



T.C.

BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİNDE ÖĞRENİM GÖREN
ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE ABDOMİNAL OBEZİTE
SIKLIĞI VE YEME FARKINDALIKLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

HİLAL BARIŞKAN

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Azime KARAKOÇ KUMSAR

İstanbul

2019

Anabilim Dalı: Hemşirelik

Program Adı: Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı

Öğrencinin Adı Soyadı: Hilal BARIŞKAN

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Azime KARAKOÇ KUMSAR

Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında Hilal BARIŞKAN tarafından hazırlanan "Sağlık Bilimleri Fakültesinde Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinde Abdominal Obezite Sıklığı ve Yeme Farkındalıklarının Değerlendirilmesi" adlı tez çalışması jüri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 17/05/2019

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu)

İmza

Dr. Öğr. Üyesi Azime KARAKOÇ KUMSAR

Biruni Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Selmin KÖSE

Biruni Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Havva SERT

Sakarya Üniversitesi

Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca bu tez jüri tarafından onaylanmış ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tezin bana ait olduğunu, tüm aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, içinde yer alan bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, kullanmış olduğum bütün bilgilere kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin yürütülmesi ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Hilal Barışkan



TEŞEKKÜR

Araştırmamın başından sonuna kadar bilgi, deneyim ve desteğinden dolayı çok değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Azime Karakoç Kumsar'a, araştırmama katılmayı kabul eden Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi öğrencilerine, araştırma sürecimde yardımını esirgemeyen hocalarıma, süreç boyunca hiçbir şekilde desteğini üzerimden eksik etmeyen canım babam, ailem ve nişanlıma sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

Saygı ve sevgilerimle...

Hilal Barışkan

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK	
ONAY SAYFASI	
BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
SİMGE VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
TABLO LİSTESİ.....	x
ŞEKİL LİSTESİ.....	xi
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Obezitenin Tanımı.....	7
2.2.Obezitenin Belirlenmesi ve Ölçüm Yöntemleri.....	7
2.3. Abdominal Obezite.....	8
2.3.1. Bel Çevresi.....	10
2.3.2. Bel/Kalça Oranı.....	11
2.4. Obezite Etiyolojisi.....	12
2.4.1.Genetik Faktörler.....	12
2.4.2.Cinsiyet.....	14
2.4.3.Yaş.....	15
2.4.4.Beslenme Alışkanlıkları.....	15

2.4.5.Fiziksel Aktivite.....	16
2.4.6.Psikolojik Faktörler.....	17
2.4.7.Sosyo-Ekonomik ve Kültürel Faktörler.....	17
2.5 .Obezitenin Tedavisi.....	18
2.5.1.Tıbbi Beslenme Tedavisi (Diyet)	19
2.5.2.Egzersiz	20
2.5.3.Davranışsal Tedavi.....	21
2.5.4.Farmakolojik (İlaç) Tedavi.....	22
2.5.5.Cerrahi Tedavi.....	23
2.6.Obezitenin Epidemiyolojisi.....	24
2.6.1. Dünya’da Obezite Epidemiyolojisi	24
2.6.2. Türkiye’de Obezite Epidemiyolojisi	25
2.7. Yeme Farkındalığı	26
2.7.1. Obezite Gelişiminde Yeme Farkındalığı.....	28
3.GEREÇ ve YÖNTEM.....	30
3.1. Araştırmanın Gerekçesi ve Amacı.....	30
3.2. Araştırma Soruları.....	30
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	30
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	30
3.4.1. Örneklem Sayısının Belirlenmesi.....	31
3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	32
3.5.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	32
3.5.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	33

3.6. Veri Toplama Araçları.....	33
3.6.1. Öğrenci Tanılama Formu.....	33
3.6.2. Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30).....	33
3.7. Veri Toplama Yöntemi.....	35
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	35
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	36
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	36
4.BULGULAR.....	37
4.1. Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri.....	37
4.2.Öğrencilerde Obezite ve Abdominal Obezite Sıklığı.....	39
4.3. Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıkları ve Yeme Farkındalığı Ölçeğine İlişkin Bulgular.....	41
4.4. Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri ve Yeme Farkındalığı Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki.....	42
4.5. Öğrencilerin Abdominal Obezite Varlığı ve Yeme Farkındalığı Düzeyi Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular.....	51
5.TARTIŞMA.....	54
6.SONUÇ.....	60
KAYNAKLAR.....	61
EKLER.....	74
Ek 1. Öğrenci Tanılama Formu.....	74
Ek 2. Yeme Farkındalığı Ölçeği.....	77
Ek 3. Gönüllü Olur Formu.....	79
Ek 4. Etik Kurul Kararı.....	80

Ek 5. Biruni Üniversitesi İzin Yazısı.....	82
Ek 6. YFÖ-30 Kullanım İzni.....	83
ÖZGEÇMİŞ.....	84
İntihal Raporu.....	85



SİMGE VE KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

WHO: World Health Organization

BKİ: Beden Kitle İndeksi

BÇ: Bel Çevresi

KÇ: Kalça Çevresi

BKO: Bel/Kalça Oranı

YFÖ: Yeme Farkındalığı Ölçeği

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development

NHANES: National Health and Nutrition Examination Survey

TURDEP: Türkiye Diyabet Epidemiyoloji

TEKHARF: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri

IDF: International Diabetes Federation

TABLO LİSTESİ

Tablo No:	Sayfa No
Tablo 1: Yetişkinlerde BKİ'ne Göre Zayıflık, Fazla Kiloluluk ve Obezitenin Sınıflandırılması.....	8
Tablo 2: Öğrencinin Öğrenim Gördüğü Bölüme Göre Belirlenen Orantılı Örneklem Dağıtımı.....	32
Tablo 3: Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	38
Tablo 4: BKİ' ye Göre Obezite Sınıflandırılması	40
Tablo 5: Cinsiyete Göre Bel Çevresi Değeri (Abdominal Obezite) ve Bel/Kalça Oranı Dağılımı	40
Tablo 6: Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıklarının Dağılımı.....	41
Tablo 7: Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30) Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımı	42
Tablo 8: Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri İle YFÖ-30 Alt Boyut ve Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	43
Tablo 9: Öğrencilerin Vücut Kompozisyonları İle YFÖ-30 Alt Boyut ve Toplam Puanları Arasındaki İlişki.....	51
Tablo 10: Kadınlarda Bel Çevresine Göre Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30) Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi.....	52
Tablo 11: Erkeklerde Bel Çevresine Göre Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30) Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi.....	52

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil No:	Sayfa No
Şekil 1: Bel Çevresi Ölçümü.....	11
Şekil 2: Kalça Çevresi Ölçümü.....	12



ÖZET

Amaç: Bu araştırma, sağlık bilimleri fakültesinde öğrenim gören üniversite öğrencilerinde abdominal obezite sıklığını ve yeme farkındalıkları düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı tasarımda yapılan araştırmanın örneklemini, 01 Ekim 2018 – 04 Ocak 2019 tarihleri arasında Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde öğrenim gören 972 öğrenci oluşturdu. Araştırmanın verileri, "Öğrenci Tanılama Formu", "Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ)" ve mezura ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, frekans, yüzde) yanı sıra Student-t Testi, Tek Yönlü ANOVA, Tukey HSD Post-hoc testi, Pearson Korelasyon Analizi kullanıldı. Sonuçlar $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: Öğrencilerde abdominal obezite sıklığı kadınlarda %14, erkeklerde ise %57.7 olarak belirlendi. Öğrencilerin yeme farkındalıkları YFÖ-30 ortalama puanı 97.63 ± 13.26 ile yüksek düzey olarak saptandı. Öğrencilerin en yüksek puan alınan ölçek alt boyutu "yeme kontrolü" iken, en düşük puan alınan alt boyut ise "yeme disiplini" olarak belirlendi.

Sonuç: Öğrencilerde BÇ ölçümüne göre abdominal obezite sıklığı %20.9 olup, öğrencilerin yeme farkındalık düzeyleri yüksektir. Öğrencilerin BÇ değeri yeme farkındalık düzeyini etkilememektedir.

Anahtar Kelimeler: Abdominal Obezite, Yeme Farkındalığı, Üniversite Öğrencileri

ABSTRACT

“Evaluation of Frequency of Abdominal Obesity and Eating Awareness in University Students Studying in Faculty of Health Sciences”

Objective: The aim of this study is to evaluate the frequency of abdominal obesity and the level of eating awareness in university students studying at the Faculty of Health Sciences.

Materials and Methods: The sample of the research conducted in descriptive, cross-sectional and interrelated design was composed of 972 students who were studying at Biruni University Faculty of Health Sciences between 01 October 2018 and 04 January 2019. The data of the study were collected with Student Diagnostic Form, Mindful Eating Questionnaire(MEQ) and a tape measure. Descriptive statistical methods (mean, standard deviation, frequency, percentage) as well as Student-t Test, One-Way ANOVA, Tukey HSD Post-hoc test, Pearson Correlation Analysis were used to evaluate the data. Results were evaluated at $p < 0.05$ significance level.

Results: The frequency of abdominal obesity was determined as %14 in females and %57.7 in males. Student’s eating awareness MEQ was found to be high with an average score of 97.63 ± 13.26 . While the subscale of the students with the highest score was 'eating control', the lowest score was determined as 'eating discipline'.

Conclusion: According to the waist circumference measurement, abdominal obesity frequency is %20.9 and students have high eating awareness levels. The waist circumference values of students do not affect the level of eating awareness

Key Words : Abdominal Obesity, Eating Awareness, University Students

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Obezite, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “sağlığı bozacak ölçüde vücutta anormal veya aşırı yağ birikmesi” olarak tanımlanmaktadır (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>, Erişim tarihi: 25 Kasım, 2018). Obezite prevalansı, dünya genelinde pek çok ülkede belirgin bir şekilde artış göstererek artmaya devam etmektedir (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/%20index.html>, Erişim tarihi: 10.12.2018). Dünyada obez birey oranı 2015 yılında Küresel Hastalık Yüğü (Global Burden of Disease: GBD) Obezite İşbirliği Grubu raporuna göre, 711.4 milyona ulaşmıştır. Dünya Sağlık Örgütü tahminlerine göre ise, dünyada 2016 yılında yetişkinlerin %39’u fazla kilolu, %13’ü obezdir (Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2018). Ülkemizde de dünyaya paralel olarak obezite prevalansında artış olduğu bilinmektedir (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/turkiyede-obezitenin-gorulme-sikligi.html>, Erişim tarihi: 20.01.2019).

Özellikle kardiovasküler ve endokrin sistemi önemli ölçüde etkileyen obezite, önüne geçilmediği takdirde ölümlere bile yol açabilen ve DSÖ tarafından en riskli on hastalıktan biri olarak kabul edilmektedir (Altunkaynak ve Özbek, 2006). Obezitenin, insülin direnci, tip 2 diyabet, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, hiperlipidemi, metabolik sendrom, bazı kanserler (kadınlarda endometriyum, over ve meme kanseri, erkeklerde kolon ve prostat kanseri), osteoartrit, astım, solunum zorluğu ve ruhsal sorunlar gibi birçok kronik hastalık ve sağlık sorunu ile ilişkisi olduğu da bilinmektedir (İstanbul Sağlık Müdürlüğü Çalışanlarında Obezitenin Değerlendirilmesinde Beden Kitle İndeksinin İncelenmesi 2015, www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/arsag/belge/2015_obezire_inc_rapor.pdf, Erişim tarihi: 10.03.2019). Bu nedenle, obezite gelişiminde rol oynayan risk faktörlerinin ve tedavi seçeneklerinin iyi bilinmesi, obezite ve komplikasyonlarının etkin tedavisinin yürütülmesi açısından oldukça önemlidir (Semerci, 2004).

Diğer taraftan, özellikle bel bölgesinde toplanan yağların başta kardiyovasküler hastalıklar (KVH) olmak üzere birçok hastalığın habercisi olduğu kanıtlanmıştır. Bu anlamda bel çevresi (BÇ) ölçümü bu riskin değerlendirilmesinde büyük önem taşır. Bu nedenle BÇ değerinin abdominal obezitenin saptanması açısından BKİ'den daha önemli olduğu da vurgulanmaktadır (Appel, Jones and Kennedy-Malone, 2004).

Abdominal bölgedeki yağ dokusu; adipokinler, çeşitli moleküller olarak tanımlanan hormon grubunu oluşturur ve önemli bir endokrin doku olarak kabul edilmektedir (Oğuz, 2008). Bu sebeple bel çevresi ölçümü sadece obez bireyler için değil, tüm bireyler için kardiyometabolik riski erken saptamak adına da oldukça önemlidir (Appel, Jones and Kennedy-Malone, 2004).

Obezitenin etiyolojisinde; yetersiz fiziksel aktivite, aşırı ve yanlış beslenme alışkanlıkları, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyo – kültürel etmenler, gelir durumu, hormonal ve metabolik etmenler, psikolojik problemler, sigara – alkol kullanma durumu, evlilik, doğum sayısı ve doğumlar arası süre, kullanılan bazı ilaçlar (antidepresanlar) ve genetik yatkınlık gibi pek çok risk faktörleri rol oynamaktadır (Wiley, 2007; Aygün, 2014; Türkiye Obezite İle Mücadele ve Kontrol Programı, 2010).

Son yıllarda obez birey sayısındaki hızlı ve devam eden artışın en önemli nedeni ise, özellikle sedanter yaşam tarzı ve vücut gereksiniminden fazla yani aşırı beslenme, düzensiz beslenme ve ayaküstü beslenme (fast food) gibi beslenme alışkanlıkları bireysel faktörler gösterilmektedir (Aygün, 2014; Wiley, 2007; Korkmaz ve Topal, 2006; Sattar, 2006; Semerci, 2004).

Dünyada beslenme sorunları incelediğinde, başlıca iki ana sorun dikkati çekmektedir. Bunlardan ilki, yeterli besin maddesinin bulunamamasına bağlı açlık sorunu; ikincisi ise, aşırı ve dengesiz beslenme nedenli sağlık sorunlarıdır (Sümbül , 2009). Obez bireylerde de aşırı şekilde yemek yeme alışkanlığı olabildiği literatürde vurgulanmakta,

obezitenin bir tür yeme bağımlılığı olduğu da belirtilmektedir (Wilson, 2010).

Yiyecek seçiminde ve beslenme alışkanlıklarının oluşumunda duyguların önemli bir belirleyici olduğu, günlük maruz kalınan stresle başa çıkılmadığında duygu durumunun iyi olması için besin seçimlerinin şekillenebildiği ve yiyecek arama davranışının ortaya çıktığı bilinmektedir. Bireylerin yeme farkındalığı arttırıldığında, duygu durumlarının farkına varmasının yanında bu duygu durumlarıyla başa çıkabilme potansiyellerinin de arttığı görülmektedir (Köse, 2017).

Yeme farkındalığı, en basit tanımı ile “yenilen besine ve/veya tüketilen içeceğe odaklanarak farkında olarak yeme” olarak tanımlanabilir. “Mindfulness” sözcüğünün tam karşılığı olan “Bilinçli Farkındalık” kavramı, ‘şu ana kayıtsız şartsız bilinçli olarak dikkatini vermeyi içeren bir farkındalık’ olarak ifade edilmektedir (Bishop et al., 2004). Farkındalık kavramı, yeme davranışlarını tanımlamak ve değiştirmek için adapte edilerek yeme farkındalığı kavramı oluşturulmuştur (Köse, 2017).

Yeme farkındalığının amacı, tüketilen besinin her lokmasında yani her bir tüketim anında ‘ilk ısırık’ tadını yeniden yaratmaktır. Böylece bireyin vücut ağırlığından ya da beslenme durumundan etkilenmeksizin tüketilen besinin farkında olarak daha sağlıklı ve doyurucu seçimler yapması hedeflenmektedir. Böylece hem bireyi tatmin ederek hem de bireyin bedenini doyurarak yemek yeme sürecini tamamlamak, yeme farkındalığının önemli bir parçasıdır. Birey aynı zamanda hangi tür açlığının olduğunun farkına varmalı ve kendisini yönlendirebilmelidir (Framson et al., 2009; Beshara et al., 2013).

Üniversite öğrencilerinde de yemek yeme alışkanlığı genellikle düzensiz olup ya az yeme ya da aşırıya kaçma şeklinde dengesiz ve yetersiz beslenme şekilde görülmektedir (Ermış ve ark, 2014). Üniversite dönemi çocukluk çağı sonrası aileden uzakta yaşanan ilk dönem olması sebebiyle genelde dış ortama açık hale gelip kendi seçimlerini aileden uzak ortamda oldukları için özgürce yaparlar. Bu dönem ile farklılaşan

yaşam şekli öğrencilerin özellikle beslenme alışkanlıklarını etkiler. Beslenme alışkanlığını etkileyen etkenler ise, bu dönemde yeni kurulan düzene uyum sağlama çabası ve ekonomik problemlerdir. Bu alışkanlık okul performanslarını da dolaylı yoldan etkiler. Bu sebeple üniversite öğrencilerinin beslenme konusunda ki bilgileri ve alışkanlıklarının belirlenmesi ve bu konuda önerilerin geliştirilmesi uygunsuz beslenmenin getireceği olumsuzluklar açısından önemlidir (Erten, 2006; Mazıcıoğlu ve Öztürk, 2003).

Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde önemli bir role sahip olan sağlık profesyonellerinin, öğrencilik yıllarından itibaren abdominal obezite ve yemek yeme tutumlarının farkında olması, vücut ağırlığının korunması ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının benimsemesi açısından oldukça önemlidir. Bu bağlamda araştırma, sağlık bilimleri fakültesinde öğrenim gören üniversite öğrencilerinde abdominal obezite sıklığı ve yeme farkındalık düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezitenin Tanımı

Obezite, Latince “obezus” sözcüğünden türetilmiştir. “Obezus” şişman anlamının yanında iyi beslenmiş anlamına da gelir. “Obesity” ise, İngilizce’de şişmanlık ve “obese” çok şişman anlamına gelmektedir (Koç, 2006). DSÖ’ne göre 10 riskli hastalıktan biri olarak kabul edilen obezite, vücuda alınan enerjinin harcanan enerjiden fazla olmasıyla gelişen, ciddi bir kronik hastalık olarak tanımlanmakta (WHO, 1997) ve vücutta olması gerekenden daha fazla yağ birikmesi ile kendini gösterir (Altunkaynak, Özbek, 2006). Normalde erkeklerde vücut ağırlığının %15-18’ini, kadınlarda ise %20-25’ini yağ dokusu oluşturmaktadır. Erkeklerde oranın %25, kadınlarda ise bu oranın %30’un üstüne çıkması kabaca obezite göstergesidir (Gülcan ve Özkan, 2006).

2.2. Obezitenin Belirlenmesi ve Ölçüm Yöntemleri

Obezitenin değerlendirilmesinde kullanılan yöntemin güvenilir, tekrarlanabilir, ekonomik ve adipoziteyi belirleyici olması önemlidir (Şanlıer, 2005). Vücutta bulunan yağ miktarının ölçümü için antropometrik yöntemler ucuz, kolay, uygulanabilir ve doğruluk oranı yüksek bir yöntem olup (Güler ve ark, 2009), aynı zamanda bireyin beslenme durumunun saptanmasını ve mortalite hakkında bilgi sahibi olunmasını sağlar (Şanlıer, 2005).

Obezitenin hesaplanması için en çok kullanılan ölçümler vücut ağırlığı ve boy ölçümleridir (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezite-nasil-saptanir.html>, Erişim tarihi: 14.01.2019). Obezitenin belirlenmesinde basit bir ölçüm olan BKİ kullanılır ve en çok tercih edilen ölçüm yöntemi olarak bilinir (Sarria A et al., 2001).

Birçok ülke yıllar boyu kilolu bireylerin sınıflandırılmasında kendine özgü yöntemler kullanmıştır. 1990’lı yıllarda ise, bu sınıflandırmanın ortak bir dil haline gelmesi için BKİ aşırı kiloluluk ölçütü olmuş ve evrensel olarak kabul görmüştür (WHO,1997).

Günümüzde obezitenin sınıflandırılmasında DSÖ'nün belirlediği ve kullanılmakta olan BKİ değeri vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (m) karesine ($BKİ=kg/m^2$) bölünmesiyle elde edilen değerdir. DSÖ'ne göre obezite sınıflandırılması Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1: Yetişkinlerde BKİ'ne Göre Zayıflık, Fazla Kiloluluk ve Obezitenin Sınıflandırılması

Sınıflandırma	BKİ (kg/m ²)
Zayıf (düşük ağırlıklı)	<18.50
Aşırı düzeyde zayıflık	<16.00
Orta düzeyde zayıflık	16.00 - 16.99
Hafif düzeyde zayıflık	17.00 - 18.49
Normal	18.50 - 24.99
Toplu, hafif şişman, fazla kilolu	≥ 25.00
Şişmanlık öncesi (Pre-obez)	25.00 - 29.99
Obez (Şişman)	≥ 30.00
Şişman I. Derece	30.00 - 34.99
Şişman II. Derece	35.00 - 39.99
Şişman III. Derece	≥ 40.00

(apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html, Erişim tarihi:

10.03.2019)

2.3. Abdominal Obezite

Bel çevresi ya da bel/kalça oranı (BKO)'nın artmış olduğu obezite tipi, santral (visseral ya da abdominal) obezite'' olarak adlandırılır (Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2018, www.temd.org.tr/admin/uploads/tbl_gruplar/20180525144116-2018-05-25tbl_gruplar144108.pdf, Erişim tarihi: 05.02.2019).

Karın bölgesinde ve organlarda toplanan yağ insülin direncine yol açabilir. İnsülin direnci de obezitenin beraberinde tip 2 diyabet, hipertansiyon, dislipidemi, KVH ile ilişkili en önemli risk

faktörlerindendir (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezite-nasil-saptanir.html>, Erişim tarihi: 02.03.2019; Koran, 2009; Kültürsay ve Yavuzgil, 2003).

Yağ (Adipoz) dokunun aynı zamanda metabolik, inflamatuvar ve vasküler etkilerinden dolayı oldukça büyük bir endokrin organ olarak bilinmektedir (Ahbab ve Yenigün, 2011; Koran, 2009; Kültürsay ve Yavuzgil, 2003). Yağ dokusu tarafından salgılanan birçok hormon ve adiposit proteinler (IL-1, IL-6, IL-10, TNF- α , ASP, FIAF gibi) vardır (Yenigün, 2010). Salgılanan bu maddeler vücuttaki besin alımını ve enerji dengesini sağlar, insülin aktivitesinde ve yağ, şeker gibi maddelerin metabolizmasında etkilidir (Gürbüz ve ark, 2016). Leptin, resistin, adiponektin, adipsin ve visfatin olmak üzere yağ dokusundan salgılanan hormonlar vücutta hem enerji metabolizması hem de immün sistem üzerine etkili maddelerdir (Gürbüz ve ark, 2016). Bu sebeple oldukça aktif bir endokrin organ olarak tanımlanır (Ahbab ve Yenigün, 2011).

Leptin: Primer görevi vücuttaki yağı korumak, insülin direncini ve iştahı azaltmak, sempatik sistemi ise uyararak arttırmaktır. Yağ dokusu ve pankreastan salgılanan leptin (Yenigün ve ark., 2005; Yenigün, 2010), plazmada ki seviyesinin yükselmesi ile kardiyovasküler hastalıkların oluşma riskini de artırır. Kortikostreoid kullanılması ise leptin seviyesini azaltmaktadır (Yenigün ve ark., 2005). Leptin salgısı subkutan yağ dokusunda visceral yağ dokusundan daha fazladır. Subkutan doku kadınlarda erkeklerden daha fazla bulunur. Böylelikle leptin salgılanması kadınlarda daha fazla olduğu bilinir (Yenigün, 2010).

Resistin: Obezite ve diabetes mellitus ile ilişkili bir hormondur. Resistin hormonunun insülin hassasiyetini ve glukoz intoleransını azaltıcı etkisi bulunur (Steppan nad Lazar, 2002).

Adiponektin: Yağ dokusu tarafından sentezlenen adiponektin hormonu yağ dokusunda en çok bulunan proteindir. Yapılan çalışmalara göre adiponektin seviyesi obez ve erkeklerde ayrıca diabetes mellitus, koroner arter gibi hastalıklarda düşük saptanmıştır (Hotta et al., 2000).

Adipsin: Diyabet ve obezite hastalığında vücutta azalan adipsin, yağ dokusuna ait ana proteinlerden biridir (Flier et al., 1987). Obez bir bireyin adipsin seviyesi yüksek ise metabolik açıdan sağlıklı olarak kabul edildiği söylenir (Lo et al., 2014).

Visfatin: Nötrofillerde apoptoza engel olan viseraladipoz dokudan salgılanan bir sitokindir (Lee et al., 2013). Diyabet ve obez hastalarında, ayrıca obez kadın, çocuk ve gençlerde visfatinin serum ve plazma değerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Obezite ve BKİ ile ilişkili olan visfatinin bel-kalça oranı ile ilişkisi olmadığı kanıtlanmıştır. Yapılan egzersiz ile kilo kaybı sonucunda da plazmada bulunan visfatin seviyesinin düştüğü bilinmektedir (Lai et al., 2013).

Abdominal obezitenin belirlenmesinde yağ seviyesini kolayca gösteren ve en sık kullanılan yöntem ise BÇ ölçümüdür (Türkiye Obezite (Şişmanlık) İle Mücadele ve Kontrol Programı, 2010-2014).

2.3.1. Bel Çevresi

Özellikle abdominal bölgede biriken yağ, diğer bölümlerde biriken yağlardan farklı olarak belirgin bir risk göstergesidir (Sarria ve ark, 2001). Bel çevresi ölçümü tek başına bize abdominal bölgedeki bu yağlanmayı ve oluşturacak riski göstermek adına oldukça pratik yöntem olarak kullanılır (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezite-nasil-saptanir.html>, Erişim tarihi: 02.03.2019).

İntra abdominal yağ dokusunun belirlenmesinde kullanılan BÇ değeri, BKİ değerinden daha geçerlidir. Sadece obez bireylerin değil normal ya da fazla kilolu kişilerin BÇ ölçüm sonucu, KVH ve tip 2 diyabet riski taşıyan bireyleri erken saptamak adına oldukça etkin bir değerdir (Karakoç Kumsar, 2012).

Bel çevresi ölçümü birey ayakta ve dik pozisyonda iken üzerinde kalın giysiler olmadan bireyin ayakları arasında 20-30cm açıklık olacak şekilde, iliak (spina iliaca anterior superior) çıkıntı ile palpe edilen en son kosta arasında kalan mesafenin orta noktasından ve bireyin ekspirasyonu

sonunda ölçülen değerdir (Alıcı ve Pınar 2008; Visscher et al., 2010). Bel çevresi ölçümü Şekil 1’de gösterilmiştir.



Şekil 1. Bel Çevresi Ölçümü

Bel çevresinin erkeklerde 94cm üzeri kadınlarda ise 80cm üzeri olması hastalık riskinin göstergesidir ve abdominal obezite olarak tanımlanır

(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44583/1/9789241501491_eng.pdf?ua=1, Erişim tarihi: 08.03.2019).

2.3.2. Bel/Kalça Oranı

Obezitenin değerlendirilmesinde, bel kalça oranı (BKO) da önemli bir ölçüttür. Ancak, kalça çevresi (KÇ) değeri BÇ değeri gibi tek başına bir anlam ifade etmez ve kalça çevresi bel çevresinden ayrı düşünülemez. Bel/kalça oranı metabolik hastalık riski açısından önemli bir ölçüm yöntemi olup, BKİ’den bağımsız bir şekilde tip 2 diyabet ve KVH ilişkili olduğu kanıtlanmıştır (Onat ve ark, 2003).

Bel/kalça oranı erkeklerde 0.90cm ve üzeri, kadınlarda ise 0.85cm ve üzerine çıkmamalıdır (Özkan, 2015). Bu değerlerin üstü, obeziteye

bağlı kronik hastalıkların görülme riskinin de arttığını göstermektedir (Pekcan,2008).

Kalça çevresi, gluteus maksimus ve simfisis pubis üzerinden geçen, en geniş çaptan ölçülen değerdir (Akman ve ark. 2004). Kalça çevresi ölçümü Şekil 2’de gösterilmiştir.



Şekil 2. Kalça Çevresi Ölçümü

2.4. Obezite Etiyolojisi

Obezite, genetik ve çevresel etkileşimleri olan önemli bir kronik hastalıktır. Genetik, cinsiyet, yaş, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite, psikolojik faktörler, sosyo ekonomik ve kültürel faktörler başta olmak üzere; eğitim düzeyi, doğum sayısı gibi faktörler de obezitenin etiolojisinde rol oynayan risk faktörleri olarak bilinmektedir (Altunkaynak ve Özbek, 2006).

2.4.1. Genetik Faktörler

Obezite oluşumunda genetik faktörlerin önemli yeri olduğu bilinmektedir. Hem insanlar hem de hayvanlar üzerinde yapılan çalışmaların bulgularında; genlerin obezite gelişimine önemli katkıda

bulunduğu gösterilmiştir (Sözen, 2006). Obeziteye yol açan yeni aday gen lokuslarının taranmasına dair çalışmalar da devam ettiği bildirilmektedir (Kılınç, 2018).

Obezite ve aşırı kiloluk durumunun birden çok genetik polimorfizm arasında bir ilişki kurulmuştur. Birçok metabolizma hızı, yağ ve karbonhidrat metabolizmasındaki değişiklikler konusunda yapılan araştırmalarda kurulan ilişkiye rağmen ilişkili genlerin hangi mekanizma yoluyla obeziteye yol açtığı henüz net olarak bilinmemektedir (Gülcan ve Özkan, 2006).

Genetik faktörlerin obezite oluşumundaki önemi giderek daha çok vurgulanmaktadır (Caterson, 2001). Genetik anlamda insan ve hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalar sonucu genlerin etkileri enerji tüketiminde değişiklik, yemek yeme ve yağ dağılımının kontrolünü düzenlediği şeklinde belirtilmiştir (Gülcan ve Özkan, 2006; Position Statement On The Prevention, Diagnosis, And Treatment Of Obesity. American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology 1998).

Vücuttaki yağ dağılımında genetik faktörlerin rol oynadığını gösteren birçok çalışma vardır (Caterson, 2001). Yetişkinlerin vücut ağırlığını etkileyen etmenlerin üçte birinin genetik faktörlerden kaynaklandığı saptanmıştır ve obezitenin etiyojisine bakıldığında ise genlerin obezite oluşumuna etkisi %25-40 arasında değiştiği vurgusu yapılmaktadır (<http://www.turkcewiki.org/wiki/Obezite>, Erişim tarihi: 13.02.2019).

Bazı gen bozukluklarının da obezite ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Bunlar leptin geni, melanokortin reseptörü, bölünme enzimi ve PPAR gama'daki (bir transkripsiyon faktörü) mutasyonlardır. Örneğin leptin seviyesi kadınlarda erkeklere göre daha yüksektir. Vücuda alınan enerjinin artması ile leptin seviyesi de artmaktadır. Bunun aksine alınan enerjinin azalması ile (alınan karbonhidrat miktarının azalması ile) leptin seviyesi de azalmaktadır. Fakat leptindeki düşme diyetin sonucunda iştah

artmasına yol açabilir. Ancak, vücudun bu sinyaline aldırılmayıp kararlı olan bireyler diyetine devam ederler (Caterson, 2001).

2.4.2.Cinsiyet

İki cinsiyet için de obezite riski olmasına rağmen, kadınlar daha fazla yağ depoladıkları için obezite görülme sıklıkları erkeklere oranla daha fazladır (Yücel, 2008; Atkinson, 2005). Özellikle kızlarda puberteden sonra erkeklere göre daha fazla kilo alımı gözlenir. Kadınlarda obezitenin görülme sıklığında ise, gebelik ve emzirme dönemleri önemli rol oynar. Bu dönemlerde alınan kilolar kolaylıkla verilemez ve obezite sıklığının yükselmesinde önemli bir etken olarak belirtilmektedir (Musaiger 2011; Kanter and Caballero 2012; Kokino ve ark., 2006).

Ergin ve arkadaşlarının yaklaşık sekiz yüz bin kişilik ve 20 yaş üzeri ile yapmış olduğu bir çalışmada fazla kiloluluk oranı kadınlarda %48.4, erkeklerde ise %46.1 olarak saptanmıştır (Ergin, 2012). İngiltere, Almanya, Finlandiya ve Yunanistan ülkelerinde kadınlardaki obezite oranı %20'nin üzerindedir. Arnavutluk, İngiltere (İskoçya bölgesi), Bosna-Hersek ise aşırı kilolu oranının en yüksek olduğu ülkelerdir. Özbekistan ve Türkmenistan ülkelerinde ise, obezite oranı oldukça düşüktür ve bu oran erkeklerde %5-23, kadınlarda ise %7-36 oranları arasındadır (Beyaz ve Koç, 2009).

Toplam 56 ülkede yapılan bir çalışmada, kadınların obezite oranı 46 ülke arasında erkeklerin obezite oranından yüksek bulunmuştur (Nishida ve Mucavele, 2005). Türkiye'de de dünyadaki benzer çalışmalar yapılmış ve obezite sıklığı erkeklere oranla kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (Doğan ve ark, 2011; Aydın ve ark, 2012).

Gelişmekte olan ülkelerde, obezite nedenlerinden (cinsiyete bağlı) biri de meslektir. Bu ülkelerde mesleğe bağlı olarak da erkekler kadınlara oranla daha fazla fiziksel aktivitede bulunmaktadır (Kanter ve Caballero 2012; Casea ve Menendez 2009; Pikhart ve ark. 2007). Mısır, Ürdün, Bahreyn, Katar, Sudan ve Irak gibi muhafazakarlığın yüksek olduğu ülkelerde kadınlar için spor ve aktivite kulüp eksiklikleri, kadınlara karşı

ayrım, sosyal engeller, kültürel inançlar gibi sebepler de kadınların fiziksel aktivitesi kısıtladığı için farklı açıdan kadında artan obezite nedenlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır (Musaiger, 2011).

2.4.3. Yaş

Aşırı kiloluluk ve obezitenin temelleri çocukluk çağında atılır. Bu çağlarda BKİ değeri fazla olanlar için aşırı kiloluluk ve obezite riski fazladır ve yaşla birlikte risk artmaktadır (Ogden, 2014; İnal, 2013; Freedman et al., 2005). Her iki cinsiyet için de yaşın ilerlemesi sebebiyle aktivite azalması olur ve sonuç olarak bu azalma enerji harcanmamasına neden olur (Kokino ve ark, 2006).

Ülkemizde genel olarak obezite sıklığı 20 yaşından 45 yaşına kadar doğrusal şekilde artmaktadır, 45'ten 65 yaşına kadar ise artış gösteren bir tablo çizmektedir. 65 yaşından sonra da yaş gruplarında belirgin olarak azalmaktadır ve bu azalma her iki cinsiyette paralellik göstermektedir (Satman, 2002).

2.4.4. Beslenme Alışkanlıkları

İnsanın büyümesi ve gelişmesi, sağlıklı ve üretken bir şekilde yaşamını devam ettirmesi amacıyla gerekli besin öğelerini yeterli şekilde vücuduna alıp kullanması gerekmektedir (Eaton, 2008). Yeterli ve dengeli beslenmeyenlerin karşı karşıya geldiği ilk sorun ise kendini obezite olarak göstermektedir. Aynı zamanda hızlı yeme, lokmaları bütün halinde yutma, yemek yerken başka şeylerle meşgul olma gibi beslenme alışkanlıklarının da obezite nedenleri arasında olduğu bilinmektedir. Günlük yeme düzeni açısından ise; günde bir ya da iki öğün düzensiz yemek yiyen bireylerin, günlük üç ya da dört defa düzenli yemek yiyen bireylere göre obez olma eğilimi daha fazla olduğu saptanmıştır (Köse ve Yıldız, 2018).

Ekonomik koşullar başta olmak üzere diğer dış etkenler sebebiyle de ayaküstü beslenme (fast food) yayılmıştır ve beslenme alışkanlıklarını değiştirmektedir. Bu değişen beslenme alışkanlıkları tüm toplumu olumsuz yönde etkilemektedir (Ulusal Gıda ve Beslenme Stratejisi

Çalışma Grubu Raporu, tarim.kalkinma.gov.tr/wp-content/uploads/2015/01/Ulusal_GidaveBeslenme_Eylem_PlaniTaslak-04-11-2014.pdf, Erişim tarihi: 12.03.2019). Özellikle çocuklar ve gençlerde yaygın şekilde görülen fast food tarzı beslenme fazla kiloluluk ve obezitenin ortaya çıkmasına neden olan önemli faktörler arasında yer almaktadır (Stewart, 2009; Giannakopoulos, 2009).

2.4.5. Fiziksel Aktivite

Birbirinin yerine kullanılan egzersiz ve fiziksel aktivite kavramları farklı anlamlar içermektedir. Egzersiz; sürekli ve düzenli şekilde kas hareketlerini çalıştırmaya yönelik bir aktivite iken, fiziksel aktivite ise; oturma, kalkma, dolaşma gibi günlük işleri içerir (Bek, 2008). Düzenli bir fiziksel aktivitenin; sağlığın korunması ve geliştirilmesi, bireylerin sosyalleşmesi, kötü alışkanlıkların önlenmesi gibi yaşam kalitesinin yükseltilmesinde önemli yeri vardır (Kavas, 2003).

Fiziksel aktivite, iskelet kasları tarafından yapılan herhangi bir hareket olarak da söylenebilir. Bu hareket sıklığının artması ile harcanan enerji, vücuttaki yağ seviyesinin azalmasına neden olur. Fiziksel aktivitenin özellikle sık ve düzenli olarak yapılması sağlıklı yaşam biçimi için oldukça önemlidir (Özkan ve ark, 2013).

Obezitenin önlenmesinde aktif bir hayatın önemi büyüktür ve fiziksel aktivitenin özellikle orta yaşlarda kilo alımını azalttığı görülmektedir. Aynı zamanda abdominal obezite riskini azaltmada da oldukça önemli role sahiptir (Şişmanlık (Obezite) ve Fiziksel Aktivite, 2008. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t44.pdf>, Erişim tarihi: 05.03.2019). Kilo verilmesinin sağlanması ve alımının engellenmesi için ise, asıl olarak harcanan enerjinin artması gerekir ve bunun için temel etken fiziksel aktivitenin artırılmasıdır. Günlük hayatta yürüyüş yapmak, merdivenleri kullanmak, ev işleri gibi yapılan birçok fiziksel aktivitenin de faydası vardır (Gülçelik ve Gürlek, 2007).

2.4.6. Psikolojik Faktörler

Psikolojik faktörler obez bireylerin kilo almasında önemli rol oynar. Özellikle stres, anksiyete, depresyon gibi çeşitli psikiyatrik davranışlar hipotalamik merkezleri etkilediği için yeme alışkanlıklarını değiştirir ve obeziteye sebep olabilmektedir (Doğan, 2012). Özellikle anksiyete ve depresyon gibi psikolojik faktörlerin obeziteye neden olduğu kanıtlanmıştır (Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, 2013-2017).

Obeziteyi etkileyen psikolojik faktörler arasında stres, ağır hastalık geçirmek, bir yakının ölmesi ya da mental depresyon gibi etkenler insanlarda gözlemlenen kilonun sık alındığı durumlardır. Psikolojik faktörler sonucunda gerilim seviyesi artar ve insanlar gerilimden kurtulma çaresi olarak yemek yemeye başvururlardır (Guyton, 2001).

Yaygın olarak yeme davranışının farklı duygulara göre değiştiği kabul edilmektedir. Emosyonel durumla değişen yeme davranışı 'emosyonel yeme' olarak tanımlanır. Emosyonel yeme ile yapılan çalışmalarda gerilim, korku, ağrı esnasında yemede azalma, depresyon, yorgunluk, sıkıntı esnasında ise yeme miktarında artma gözlenmektedir. Çıkan sonuçlarda neşe ve üzüntünün yeme davranışını etkilediği belirtilmiştir (Eren ve Erdi, 2003). Yetişkin kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada kadınların stresli ve üzüntülü olduğu durumlarda %83.8' inin, heyecanlı ve sevinçli olduğu durumlarda ise %49.6'sının besin alımında değişiklik olmuştur (Atkinson, 2005).

2.4.7. Sosyo-ekonomik ve kültürel faktörler

Sosyo-ekonomik durum ile obezite arasında pozitif ilişki olduğu orta ve düşük gelirli ülkeler için vurgulanmıştır. Ülkemizde ki beslenme durumu, yaşanan bölgeye ve sosyo-ekonomik düzeye göre farklılıklar göstermektedir. Ülkenin geneline bakıldığında ise, düşük sosyo-ekonomik güce sahip ve kırsal kesimde sahip topluluklarda obezite sıklığı artmaktadır (Beyaz ve Koç, 2009).

Dünya çapındaki satın alma gücünün artması ile birlikte gıda tüketiminin de arttığını ve sonucunda alınan kalori miktarının da artması ile beslenme durumunun etkilendiğini ileri sürmektedir (Beyaz ve Koç, 2009).

Birçok gelişmiş ülkede, sosyal statü arttıkça erkeklerin obez oldukları gözlenmiş, kadınlarda ise daha zayıf olma fikri aşılmasıyla aşırı kiloluluk durumu ve obezitedeki toplumsal cinsiyet farkı ortaya konmuştur (Kanter and Caballero, 2012). Latin Amerika ve Karayipler’de ise sosyokültürel ve inançsal faktörler kadınları erkeklere oranla daha çok aşırı kilo alımına itmiştir. Marşal Adaları’nda da, kültürel inançlar obeziteyi etkiler şeklinde inanç vardır. Zayıflık durumu özellikle kadınlarda hastalık ya da infertilite ile ilişkilendirilirken büyük bedenli olmak sağlıklı olarak görülmektedir. Bu tarz kültürel anlamdaki inançlar, yaşam biçimini ve gıda seçimini etkilemektedir (Kanter and Caballero 2012). Afrika, Güney-Doğu Asya ve Doğu Akdeniz Bölgelerinde, sosyal statünün yüksekliği ve fiziksel hareketsizlik sebebiyle obezite oranı artmaktadır (Casea and Menendes, 2009).

2.5. Obezitenin Tedavisi

Obezite ve fazla kilolu olma, birçok sağlık sorununa yol açtığı için tedavi edilmesi zorunlu bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Tedavi aşaması bireyin kararlılık ve çabasını esas alan, uzun ve süreklilik gerektiren bir süreçtir (Alıcı, 2008).

Obezitenin tedavisi; davranış değişikliği ve tıbbi tedavi olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Orhan, 2001). Bu kapsamda ise, obezitenin tedavisinde kullanılan yöntemler tıbbi beslenme tedavisi (diyet), egzersiz tedavisi, davranış değişikliği tedavisi, farmakolojik tedavi ve cerrahi tedavi olmak üzere beşe ayrılmaktadır; (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezitenin-tedavisi.html>, Erişim tarihi: 02.02.2019).

2.5.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi (Diyet)

Obezitenin ortaya çıkmasında pek çok yanlış beslenme alışkanlığı rol oynamaktadır. Fazla miktarda besin tüketimi, fast food gıdaların fazla tüketilmesi, abur cubur tüketimi, yanlış diyet uygulanması, yüksek enerjili yiyecek ve içeceklerin tercih edilmesi, hızlı yeme alışkanlığı ve lokmaların büyük halde yutulması gibi faktörler oldukça etkilidir (Kardaş ve Orbak, 2002).

Obezite tedavisinde öncelikli amaç, bireyin aldığı enerjiden daha fazlasını harcamalarıdır. Diyet tedavisindeki öncelikli amaç ise, besin yoluyla alınan enerjinin azaltılmasıdır. Kilo kaybı uğruna yapılan bu tedavi sürecinde diyet bireye özgüdür ve diyetin içeriğinden çok besinlerle alınan kaloringin azlığı önemlidir (Kutluay Merdol, 2003). Günlük alınan enerjinin yaklaşık %85'i karbonhidrat ve yağlardan oluşmaktadır. Bu tedavide uygulanan düşük kalorili diyetler (1000-1600kcal/gün) ve çok düşük kalorili yapılan diyetler (800 kaloringin altında) arasında kilo kaybı açısından anlamlı bir fark görülmemiştir (Wadden, 2002; Mustajoki, 2001). Bunlar yerine günlük alınan enerjinin günden güne yavaşça azaltılarak, yavaş ve kalıcı şekilde kilo kaybının sağlanacağı; yeterli, dengeli ve az kalorili bir diyet uygulanır. Bireyin günlük alması gereken kalori %30-40 oranında azaltılır ve toplam kalori ortalama 5-8 öğüne bölünerek verilir (Babaoğlu, 2002). Hedeflenen kilo kaybı ise ilk 3-6 ayda olan kilonun %5-10'u şeklindedir (Metabolik Sendrom Kılavuzu, 2009).

Vücuttaki metabolik atıkların atılabilmesi için yeterli sıvı alınması da oldukça önemlidir. Bu sebepten alınması gereken sıvı miktarı günlük en az 2-3 litre olmalıdır. Sıvı alımında hazır şekerli ve gazlı içeceklerden uzak durulmalıdır. Ayrıca doğal posa kaynağı olan meyve ve sebze alımı sağlanmalıdır. Diyet aşamasında günlük tuz alımı da <5 gr olmalıdır. Yıllar geçtikçe vitamin ve posa yönünden fakir beslenmenin arttığı, meyve-sebze alımının azaldığı, özellikle gençler tarafından fast food alımının arttığı gözlenmektedir. Fast food tarzında yüksek tuz oranı, doymuş yağ asidinden zengin ve yüksek kalorili besinler yer almaktadır

(Ulusal Gıda ve Beslenme Stratejisi Çalışma Grubu Raporu, 2003; Toplumun Beslenmede Bilinçlendirilmesi Saha Personeli İçin Toplum Beslenmesi Programı Eğitim Materyali, 2002).

Diyet tedavisinde mutlaka besin ve besin grupları hakkında hasta bilgilendirilir (Tam ve Çakır, 2012). Tedavinin ilk aşaması olan tıbbi beslenme (diyet) tek başına uygulanmamalıdır, mutlaka egzersiz ve davranışsal tedavi ile desteklenmelidir (Gülçelik ve Gürlek, 2007).

2.5.2.Egzersiz

Egzersiz ve diyet tedavileri birbirinden ayrı düşünülemez. Kalori kısıtlaması olmadan yapılan egzersiz programlarının tek başına daha az kilo kaybettirmesi bunun göstergesi olarak kabul edilmektedir (Özata, 2001). Egzersiz, obezite tedavisinde kaybedilen kilonun geri alınmaması adına da önemli bir destek tedavidir (Akbulut ve ark, 2007). Bu sebeple diyetle ek olarak yapılan egzersiz sırasında harcanan enerjinin önemi kilo kaybı ve kontrolünde oldukça büyüktür. Sadece diyet yapan kişilerde yağ dokusunun yanında kas kütlesi kaybı da olur. Fakat egzersiz ile desteklenen tedavi sırasında egzersiz kas kütlesini korumaya da yardımcı olduğu bilinmektedir (Özkan ve ark, 2013).

Obez bireylerin egzersiz tedavisi ile kilo kaybının sağlanması için özellikle büyük kas gruplarının kullanıldığı tempolu koşu ve yürüyüş gibi aktif ve düzenli ritmik hareketlerin yapıldığı egzersiz programları önerilmektedir. Fiziksel aktivite ve egzersizin özellikle karın bölgesindeki yağlanmayı azalttığı da bilinmektedir. Bu anlamda egzersiz programlarının artırılması ise oldukça önemlidir. Program belirlenirken bireyin yaşı, cinsiyeti, başlangıç kilosunu, hastalıkları gibi bireysel faktörler mutlaka dikkate alınmalıdır. Bu faktörler dikkate alınarak egzersizin tipi, şiddeti, sıklığı ve süresi belirlenir (Özkan ve ark, 2013).

Obez bireyler genelde az hareket ederler. Bu sebepten egzersiz tedavisi programının planlanması bu bireyler için oldukça önem taşır. Bu aşamada çok ağır egzersiz programlarının verilmesi de bir anlam ifade etmez. Haftada en az 4-5 kez ve günde 40-60 dakika şeklinde bir program

uygulanması uygun görülür (Tam ve Çakır, 2012). Egzersiz esnasında kalp hızının ise, maksimum kalp hızının %60-70 aralığında olması hedeflenir (Özkan ve ark, 2013).

2.5.3. Davranışsal Tedavi

Davranışsal tedavisi, yeme alışkanlığı ve fiziksel aktivite gibi alışkanlıkları değiştirmek amacıyla asıl olarak düşünce tarzını değiştirme odaklı bir tedavi çeşididir (Babaoğlu, 2002). Bu tedavi çeşidi bireyin öncelikle değişmesi gereken alışkanlıkların izlenip tespit edilmesini, sonrasında ise sosyal, fizik ve bilişsel boyutların değiştirilmesini sağlar ve obeziteye neden olan yeme davranışlarını fark etmesine yardımcı olur (Oğuz, 2016).

Obezitenin davranışsal tedavi süreci diğer tedavi yöntemlerini de kapsar. Bireyin beslenme alışkanlıklarını ve yaşam tarzını da içinde barındıran tedavi süreci bu alışkanlıkların yaşam stilini doğru şekilde değiştirmesi ve bireyin vücut ağırlığının kontrol etmesi sağlanır. Bunların başında bireyin ruh hali, yeme alışkanlığı, daha önceden kilo kaybetmek için ne kadar çaba sarfettiği, günlük fiziksel aktivite alışkanlığı ve şu anki kilosuna göre yaşam kalitesi gibi bir çok durum değerlendirilir (www.turkpsikiyatri.org/blog/2012/07/18/obezite-icin-davranis-terapisi, Erişim tarihi: 14.03.2019). Davranış değişikliği tedavisinin net amacı; vücut ağırlığı denetiminde zıt etkili olan yemek yeme ve fiziksel aktivite ile ilgili alışkanlıkları olumlu olarak değiştirmektir. Bu amaç doğrultusunda olan tedavide kullanılan belli başlı basamaklar sırasıyla şu şekilde sıralanmaktadır;

1. Kendi kendini gözlemlenme
2. Uyarı kontrolü
3. Alternatif davranış geliştirme
4. Pekiştirme, kendi kendini ödüllendirme
5. Bilişsel yeniden yapılandırma
6. Sosyal destek

(<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezitenin-tedavisi.html>, Erişim tarihi: 02.02.2019).

Kilo kaybı amacıyla sadece günlük besin listesi yazıp bireyin buna uymasını beklemek uygun olmaz. Bireyin yeme alışkanlıklarının farkında olması ve bu alışkanlıkların değişimini sağlamak oldukça önemlidir. Günlük alışkanlıklarını değiştirmek üzere birey asansör kullanımı yerine merdiven kullanmaya yönlendirilir, otobüsten erken inip gideceği yere kadar yürümesi gibi yürümeyi arttırmaya yönelik öneriler yapılır. Özellikle gençlerin televizyon ve bilgisayar başında çok zaman geçirdiği bilinir. Televizyon seyrederken de hastaların atıştırma yapmamasına yönelik önerilerde sunulur. Bu tarz değişimlerin oluşturulması için hasta eğitimi ve sonucunda hastanın bilinçlenmesi tedavi aşamasında oldukça önem taşır (Tam ve Çakır, 2012).

2.5.4. Farmakolojik (İlaç) Tedavi

İlaç tedavisi, BKİ 30 üzeri olan ve egzersiz, diyet, davranış değişikliği gibi tedavi yöntemleri uygulanmasına rağmen kilo kontrolü sağlanamadığı durumlarda, BKİ=25-29.9kg/m² olup, buna ek bel çevresinin erkeklerde 102cm, kadınlarda ise 88cm ve üzeri olan hastalarda kullanılan ilave tedavi yöntemi olarak tanımlanmaktadır (Eker ve Şahin, 2002). Tedavide kullanılan ilaçlara bağlı yan etkilerin ortaya çıkması, diğer tedavi yöntemlerine göre daha fazladır. Bu sebepten farmakolojik tedaviye fayda ve zarar oranı göz önünde bulundurularak başlanmalıdır (Yanovski and Yanovski, 2002).

Kullanılmasına karar verilen bireylerde kullanılacak ilaçların, o bireydeki obezitenin etiyojisine uygun bir etki göstermesi önemlidir. Ayrıca bu ilaçların uzun dönem için önemli yan etkilerinin olmaması, güvenilirliğinin sağlık yönünden ispatlanmış olması, bağımlılık yapmayacak etkide olması, bu ilaçların mutlaka hekim tavsiyesi üzerine kullanılması ve kontrollerinin düzenli sağlanması son derece önem taşır (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezitenin-tedavisi.html>, Erişim tarihi: 11.12.2018). Tedavide kullanılan ilaçların dezavantajları; birçok yan etkisinin bulunması, etkilerinin kısıtlı olması ve ilaç bırakıldıktan sonra verilen kiloların tekrar alınmasıdır. Diğer tedavi yöntemlerine göre yan etkisi oldukça fazladır ve farmakolojik tedavi yönteminde fayda-zarar

oranı oldukça önemlidir. Bunların yanında obezitenin farmakolojik tedavisinde başarı sağlanması için bu tedavi yönteminin yanında diyet ve egzersiz tedavisinin de sürdürülüyor olması gerekmektedir (Gülçelik ve Gürlek, 2007).

2.5.5. Cerrahi Tedavi

Obezite tedavisi hasta, hekim, diyetisyen, hemşire gibi ekip üyeleri için sabır gerektiren bir süreçtir. Tedavi öncesinde öncelikli olarak gerçekçi hedefler belirlenir ve diyet, egzersiz ve davranışsal tedavi yöntemlerini içeren bireye özgü tedavi planı belirlenir. Yaşam tarzı değişikliği ile kilo verme sağlanamadıysa ve gerekli şartlar sağlanıyorsa farmakolojik yöntemlere başvurulur. Morbid obezite durumunda ise, cerrahi tedavi düşünülebilir (Gülçelik ve Gürlek, 2007).

Minimum üç yıldır obezite varlığı olan 18-60 yaş arasındaki bireylerin, aynı zamanda BKİ'nin 40'ın üzerinde olması veya 35 yaş üstü hastaların obezitenin yanında kronik hastalıkların eşlik ederek en az bir yıl diyet, egzersiz ve farmakolojik tedaviye rağmen kilo verememesi durumunda cerrahi tedavi düşünülür (Akbulut, 2007; Aygin ve Açıl, 2015).

Obezitenin cerrahi tedavisi temel olarak ikiye ayrılır. İlk olarak bariyatrik cerrahidir ve hedefi gastrointestinal sisteme alınan besinlerin emilimini azaltarak alınan enerjinin azaltılmasına yönelik bir cerrahi çeşididir. Bu amaca yönelik yapılan cerrahi yöntemler; bypass, gastroplastisi, gastrik bantlama, gastrik balon gibi yöntemlerdir. İkincisi ise, vücudun farklı yerlerinde birikmiş yağ dokularının uzaklaştırılmasını hedefleyen rekonstrüktif cerrahidir. Bu tedavide öncelikli amaç estetik ağırlıklıdır ve obezite tedavisinin tüm şartları yapılmaz ise, yağ birikimi tekrar gerçekleşebilir (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezitenin-tedavisi.html>, Erişim tarihi: 08.01.2019).

Obezite cerrahisi sonucunda öncelikli olarak kilo vermek hedeflenirken, bunun yanında eşlik eden birçok kronik hastalık ve sağlık sorununun da büyük oranda iyileşmesi sağlanır. Cerrahi sonrası dönemde

ömür boyu takip ve destek gerekir. Ameliyat sonrası dönemde hastanın önerilere dikkat etmesi ve düzenli kontrol başarılı bir sonuç için oldukça önemlidir (Tekin ve Toydemir, 2013).

2.6. Obezitenin Epidemiyolojisi

Obezite, dünya genelinde gelişmiş ve gelişmekte olan pek çok ülkede giderek artış gösteren ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/dunyada-obezitenin-gorulme-sikligi.html>, Erişim tarihi: 27.02.2019).

2.6.1. Dünya’da Obezite Epidemiyolojisi

Avrupa’daki fazla kiloluluk ve obezite oranı DSÖ’nün verilerine göre; yetişkinlerde %80 oranında Tip 2 diyabet, %35 oranında iskemik kalp hastalıkları ve %55 oranında hipertansiyon hastalığından sorumlu tutulmaktadır. Diğer taraftan, her geçen yıl 1 milyondan fazla ölümün obeziye bağlı sağlık sorunlarından kaynaklandığı da bildirilmektedir (WHO, 2007; <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/dunyada-obezitenin-gorulme-sikligi.html>, Erişim tarihi: 27.02.2019).

DSÖ tarafından Asya, Afrika ve Avrupa’nın 6 ayrı yöresinde yapılan ve 12 yıl süren MONICA çalışmasında, 10 yılda obezite prevalansında %10-30 arasında bir artış olduğu belirlenmiştir. MONICA sonucuna göre, 2008 yılında 400 milyon olan obez birey sayısı, 2015 yılında 700 milyona ulaşmıştır (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/dunyada-obezitenin-gorulme-sikligi.html>, Erişim tarihi: 27.02.2019).

Avrupa’da fazla kiloluluk oranı yetişkin erkeklerde %32-79 iken, kadınlarda bu oran %28-78 arasında değişkenlik göstermektedir. Fazla kilolu birey sıklığının en yüksek olduğu ülkeler; Arnavutluk, Bosna-Hersek ve İngiltere (İskoçya bölgesinde)’dir. Türkmenistan ve Özbekistan ülkeleri ise, fazla kilolu birey sıklığının en düşük görüldüğü ülkeler olarak bildirilmektedir. Bu ülkelerin obezite görülme sıklığı erkeklerde %5-23, kadınlarda %7-36 oranı arasında değişkenlik göstermektedir

(<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/dunyada-obezitenin-gorulme-sikligi.html>, Erişim tarihi: 27.02.2019).

Obezitenin en sık görüldüğü ülke ABD'dir. ABD'de Kronik Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC) tarafından yapılan NHANES (ABD-Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması) 'e göre 2003-2004 yıllarında obezite (BKI>30) sıklığı erkeklerde %31.1, kadınlarda %33.2, 2005-2006 yıllarında ise erkeklerde %33.3, kadınlarda %35.3 olarak belirtilmiştir (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/dunyada-obezitenin-gorulme-sikligi.html>, Erişim tarihi: 02.12.2018).

Fazla kilo ve obeziteye bağlı gelişen hastalıklar nedeni ölümlerin, dünyadaki ölüm nedenlerin beşinci sırasında yer aldığı ve her geçen yıl 2.8 milyon yetişkin bireyin bu sebepten öldüğü rapor edilmektedir (Deitel, 2003). Sağlıklı Yaşam Yılı Kaybı (DALY), fazla kilo ve obezite sebebi ile dünya geneli toplam 35.8 milyon olarak belirlenmiştir (WHO Global Health Observatory (GHO) "http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors_obesity_text/en/" , Erişim tarihi: 05.11.2018).

2.6.2. Türkiye'de Obezite Epidemiyolojisi

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de obezite görülme sıklığı hızla artmaktadır (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/turkiyede-obezitenin-gorulme-sikligi.html>, Erişim tarihi: 07.01.2019) ve ülkemiz genelinde toplumumuzun %30'undan fazlası (erkeklerin % 7.9'u, kadınların %23.4'ü) obez olarak saptanmıştır (Altunkaynak ve Özbek, 2006).

Bakanlığımız tarafından yetişkinlerde yapılan "Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010" adlı ön çalışma raporunda, Türkiye obezite sıklığı kadınlarda %41.0, erkeklerde %20.5, toplam olarak %30.3 olarak saptanmıştır. Fazla kilolu bireyler toplam %34.6, fazla kilolu ve şişman bireyler %64.9, çok şişman bireyler ise %2.9 sıklığında bulunmuştur (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/turkiyede-obezitenin-gorulme-sikligi.html>, Erişim tarihi: 07.01.2019).

Ülkemizde yapılan, ‘‘Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) ‘‘ çalışmasında obezite oranı erkeklerde %25.2, kadınlarda ise %44.2 olarak saptanmıştır. Yine ülkemizde yapılan ‘‘Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi (TURDEP)’’ çalışmasında ise obezite oranı yetişkin kadınlarda %29.9, erkeklerde %12.9 olarak belirlenmiştir (Satman, 2010). Yine bu yapılan çalışma sonucunda 20 yaş ve üzeri bireylerin %34.3’ünde abdominal obezite saptanmıştır (Türkiye Obezite (Şişmanlık) İle Mücadele Kontrol Programı, 2014).

TURDEP-I çalışması 1997-1998 yılları arasında yapılmış olup, 12 yıl ardından TURDEP-II çalışması aynı yerde ve aynı metotla yapılmıştır. Bu geçen zaman diliminde ülkemizde yaş ortalaması 4 yıl, boy uzunluğu ise her iki cinsiyette 1cm artmıştır. Kilo değeri kadınlarda 6kg, erkeklerde ise 8kg artmıştır. Bel çevresi değeri kadınlarda 6cm, erkekler ise 7cm artmıştır. Kalça çevresi kadınlarda 7cm, erkeklerde ise 2cm artmıştır. Obezite ortalaması ise, geçen 12yılıda %44 oranında artış gösterdiği saptanmıştır (<http://www.diabetcemiyeti.org/c/turdep-2-sonuclarinin-ozeti>, Erişim tarihi: 13.02.2019).

Ural ve arkadaşlarının (2018) Türkiye’de son 15 yıl içerisinde yapılmış epidemiyolojik çalışmaları ele alıp yapmış olduğu meta-analizi sonucu; abdominal obeziteye ait beş çalışmaya rastlanmıştır. Tüm bu çalışmaların meta-analizi sonucu abdominal obezite sıklığı kadınlarda %50.8, erkeklerde ise %20.8 ve tüm grubun ortalama abdominal obezite sıklığı ise %39.6 olarak bulunmuştur. Bel/kalça oranına ait ise, üç çalışmaya rastlanmıştır. Bu üç çalışma sonucu BKO kadınlarda 0.83, erkeklerde 0.92 ve tüm grubun meta-analizinde ortalama BKO 0.87 olarak bulunmuştur.

2.7. Yeme Farkındalığı

Yeme farkındalığı kavramı, tüketilen besin içeriğine odaklanarak yeme şekli olarak tanımlanabilir. ‘Mindfulness’ sözcüğü tam karşılığı olan ‘Bilinçli Farkındalık’ kavramı, ‘şu ana kayıtsız şartsız

bilinçli olarak dikkatini vermeyi içeren bir farkındalık' olarak tanımlanmıştır (Bishop, 2004).

Yeme davranışlarına 'Bilinçli Farkındalık' kavramı yansıtıldığında kavram 'Yeme Farkındalığı' olarak tabir edilmektedir. Bu farkındalık duygusal, fiziksel ve mental olarak farkında olmayı kapsayan süreç olarak nitelendirilir (Beshara, 2013; Bishop 2004). Yenen besin türünden çok, neden ve nasıl yeme davranışının geliştiğini fark ederek aynı zamanda açlık-tokluk kavramının çevresel etmenlerin, duygu ve düşüncelerin etkisinde olmadan o an için tüketilecek besine odaklanarak yeme şeklidir. Yeme farkındalığındaki odak nokta, bireyin tüketileceği besin öğesinin dokusu ve tadı da dahil yeme konusundaki tam farkındalığı içermektedir (Köse, 2016; Anderson, 2016). Genellikle bu farkındalık sonucunda yeme hızı azalarak besin istekleri azalmakta, bu da ağırlığı kontrol altına almaya yardımcı olmaktadır (Alberts et al., 2012). Çünkü "Yeme Farkındalığı" kavramı tam olarak açlığı hissederek durmak, durup düşünmek, düşündükten sonra ise yiyeceklerinin farkında olarak harekete geçerek bilinçli şekilde besin tüketmek anlamına gelir (Bays, 2009). Yeme davranışlarında özellikle hangi sebepten yeme bozukluğu olduğu tespit edilir. Bu yeme bozuklukları aşırı yeme, duygusal yeme ve disinhibisyon şeklinde kendini gösterebilir. Tespit edilen bozukluk sonucuna göre hastaya eğitim verilerek bilinçlenmesi ve hastanın farkındalık kazanması sağlanır (Barbee and Timmerman, 2015).

Kilo alımına sebep olan aşırı yeme kavramı; duygusal aşırı yeme ve dışsal aşırı yeme olmak üzere ikiye ayrılır (Van Strien et al., 2009). Duygusal yeme bu aşamada oldukça önem taşır. Çünkü yeme davranışı emosyonel durumlardan önemli ölçüde etkilenir. Sevinçer ve Konuk (2013) 'un belirttiğine göre; Mehrabian'ın 1980 yılında sıkıntılı ruh hali, depresyon ve yorgunluk gibi duyguların sonucunda aşırı gıda alımı gözlenirken; korkma, ağrı durumları ve gerilim gibi duygular sonucunda az gıda alımı gözlendiğini belirtmiştir. Yine duygusal yeme durumuyla hafif obez (şişman) olma ve aşırı yeme durumları arasında anlamlı ilişkisi bulunmuştur (Daubenmier et al., 2011).

Bu nedenle, obez bireylerin tedavisinde de bireye sadece diyet yazıp göndermekle kalıcı bir tedavi yakalanamaz; bireyde davranış değişikliğine de odaklanılmalıdır. Davranış değişikliğinin kalıcı olması için ise, doyma kavramının üzerinde durularak hasta bilinçlendirilerek farkındalık oluşturulması sağlanır (Mantzios and Wilson, 2015).

Farkındalık, duyguları kabullendirmekte ve negatif duygulara karşı toleransı arttırmaktadır (Çatak ve Ögel, 2010). Bu kavram neden besin tüketildiğine dair farkındalık oluşturduğundan doğru bir şekilde kilo kaybını sağlar. Bu sayede yeme farkındalığı uygulaması, bireyler için tedavi aşamasında davranış değişikliği programlarında önerilen diyet davranış değişiklikleri ile kullanılabilir (Özkan ve Bilici, 2018).

2.7.1. Obezite Gelişiminde Yeme Farkındalığı

Enerjisi yüksek gıdalara kolay ulaşabilmek ve hareketsiz yaşam obezitenin en sık nedenidir. Vücuda alınan enerji harcanan enerjiden fazla olursa bu enerjinin fazlası vücutta yağ olarak depo edilir (Obezite ile mücadele el kitabı, 2013). Obezitenin oluşması ve devamlılığında tıkanırçasına yemek yeme de önemli bir kavram şeklinde tartışılmaktadır (Sevinçer ve Konuk, 2013). Bu bireylerin psikolojik açıdan olumsuz duygu içinde olup, duygularını farketmeksizin besinlere ulaşma konusundaki kontrolünü kaybettikleri için daha fazla besin tüketimine yatkın oldukları belirtilmektedir (Müller ve ark, 2008).

Kilo kaybının gerçekleşmesi ve hedeflenen vücut ağırlığının korunması için diyet, fiziksel aktivite gibi alışkanlıklar edinilmeli ve bu alışkanlıklar kalıcı hale getirilmelidir. Aynı zamanda, başta aile olmak üzere yakın çevresinin desteği bu süreçte oldukça önemlidir (Obezite ile mücadele el kitabı, 2013). Yine bu aşamada, bireylerin yeme alışkanlıklarının farkında olarak diyete uymaları ve beslenme alışkanlıklarını değiştirmeleri oldukça önemlidir. Literatürde de diyet yapan obez bireylerin diyet yapmayan obez bireylerden daha çok yeme eğilimi gösterdikleri kanıtlanmıştır (Greeno et al., 1994).

Sağlık profesyonellerinin sağlığın geliştirilmesinde rol ve sorumlulukları oldukça fazladır. Sağlık profesyonelleri içinde hemşire, belirli plan şeklinde risk etmenlerini belirler, olan problem üzerinden tanı koyar, problemin çözülmesi için plan yapar, gerekli girişimlerde bulunur ve son olarak değerlendirir (Alıcı ve Sarıkaya, 2009). Tüm bunları gerçekleştirirken en önemli amaçlarından birisi de öncelikle bireyin yapması gereken sorumluluklarının farkına varması, kendine düşen sorumlulukları üstlenmesini sağlamaktır. Bu aşamada davranış değişikliği önem kazanır ve hemşireler eğitim ve danışmanlık rolleri ile bu amaca yönelik hedefler belirler. Davranış değişikliği hedefine ulaşmak için ise bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan hazır olması gerekmektedir (Tedik, 2017).

Bu bağlamda, tüm sağlık profesyonellerinin öncelikle kendi yemek yeme alışkanlıklarının farkına varmaları, duyguları ile yemek yeme alışkanlıkları arasındaki ilişkiyi ve BKİ ile BÇ değerlerini farkedebilmeleri önem kazanmaktadır. Bu farkındalık, önce kendileri için sonrasında çalışma hayatlarında hizmet verdikleri birey, aile ve toplum sağlığı için oldukça kıymetlidir. Böylece, obezite ya da abdominal obezitenin önlenmesinde; sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite, obezite riskleri gibi konularda bireye ve topluma koruyucu ve tedavi edici hizmet sunumuna öncülük eden sağlık profesyonellerinin öğrencilik yıllarında daha bu rolü üstleneceğini düşünmekteyiz.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Gerekçesi ve Amacı

Araştırma, Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim gören üniversite öğrencilerinde abdominal obezite sıklığı ve yeme farkındalık düzeylerinin ölçülerek değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı tasarımda gerçekleştirildi.

3.2. Araştırma Soruları

Araştırma amacı doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

1. Sağlık bilimleri fakültesinde öğrenim gören üniversite öğrencilerinde abdominal obezite sıklığı nedir?
2. Sağlık bilimleri fakültesinde öğrenim gören üniversite öğrencilerinin yeme farkındalıkları ne düzeydedir?
3. Öğrencilerin yeme farkındalık düzeyleri ile abdominal obezite arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde 01 Ekim 2018-04 Ocak 2019 (2018/2019 Güz Dönemi) tarihleri arasında yapıldı.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, 01 Ekim 2018 – 04 Ocak 2019 tarihleri arasında Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde öğrenim gören 2121 öğrenci oluşturdu. Örneklem seçimine gidilmeden belirlenen zaman aralığında evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi. Araştırmanın yapıldığı tarih ve saat aralığında devamsızlık kullanan, klinik uygulama için sağlık kurumlarında olan ya da raporlu olan öğrencilere ulaşamadığı için araştırma kapsamına alınmadı. Bu bağlamda, çalışmaya katılmayı kabul eden ve veri toplama formlarını eksiksiz dolduran toplam 972 öğrenci örnekleme oluşturdu.

3.4.1. Örneklem Sayısının Belirlenmesi

Evrenin tamamına ulaşılmaması hedeflense de çalışmanın güvenilirliği için örneklem hesabına gidildi. Araştırmanın evrenini, 2121 öğrencinin oluşturduğu göz önünde bulundurulduğunda;

N: Evren

n: Örneklem alınacak uygulama sıklığı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmeşiş sıklığı

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

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma

$$n = \frac{(2121)(1.96)^2(0.50)(0.50)}{(0.05)^2(2121-1)+(1.96)^2(0.50)(0.50)} \quad n = 325.38$$

Yukarıdaki örneklem belirleme formülü kullanıldığında, minimum $n = 325$ öğrencinin çalışmaya dâhil edilmesi uygun bulundu. Çalışmamızda ise, 972 öğrencinin verileri alınarak, daha yüksek bir örneklem sayısına ulaşıldı.

Bölümler düşünülerek tabakalara göre orantılı dağıtım yapıldığında ise; çalışmaya minimum 50 Hemşirelik, 45 Beslenme ve Diyetetik, 37 Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, 34 Çocuk Gelişimi, 33 Odyoloji, 31 Dil ve Konuşma Terapisi, 28 Sosyal Hizmet, 23 Sağlık Yönetimi, 20 Ergoterapi, 19 Ebelik ve 6 Acil Yardım ve Afet Yönetimi öğrencisi dahil edilmesi gerektiği belirlendi ve bu örneklem sayısına da ulaşıldı. Öğrencilerin öğrenim gördüğü bölüme göre belirlenen orantılı örneklem dağıtımı Tablo 2' de verilmiştir.

Tablo 2: Öğrencinin Öğrenim Gördüğü Bölüme Göre Belirlenen Orantılı Örneklem Dağıtımı

Tabaka	Vaka Sayısı	Tabaka ağırlığı	Örnekleme girecek vaka sayısı
Hemşirelik	329	0.16	50
Beslenme ve Diyetetik	291	0.14	45
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	243	0.11	37
Çocuk Gelişimi	219	0.10	34
Odyoloji	218	0.10	33
Dil ve Konuşma Terapisi	205	0.10	31
Sosyal Hizmet	180	0.08	28
Sağlık Yönetimi	148	0.07	23
Ergoterapi	128	0.06	20
Ebelik	118	0.06	18
Acil Yardım ve Afet Yönetimi	42	0.02	6
Toplam	2121		325

3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

3.5.1 Araştırmaya Alınma Kriterleri

Araştırmaya alınma kriterleri;

- Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde öğrenim gören aktif kayıtlı öğrenci olmak,
- Araştırmaya katılmayı gönüllü kabul etmek,
- Tüm soruları eksiksiz cevaplamaktır.

3.5.2 Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Araştırmadan dışlanma kriterleri ise;

- Araştırmaya katılmayı kabul etmemek,
- Anket formunu ve ölçeği eksik cevaplamış olmaktır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Veriler “Öğrenci Tanılama Formu” (Ek 1), “Yeme Farkındalığı Ölçeği” (Ek 2) ve mezura kullanılarak elde edildi.

3.6.1. Öğrenci Tanılama Formu

Araştırmacı tarafından literatür incelemesi doğrultusunda hazırlanan bu formda; yaş, cinsiyet, medeni durum, okuduğu bölüm gibi bireysel bilgileri ve beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarını içeren 27 soru bulunmaktadır (Çetinkaya, 2016; Köse, 2017; Yıldırım ve ark, 2017)

3.6.2. Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30)

Ölçek, Baer ve arkadaşları tarafından 2006 yılında “Mindful Eating Questionnaire (MEQ)” başlığıyla ve yemeye gösterilen dikkatin kalitesini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (Baer et al., 2006). Köse ve arkadaşları tarafından 2016 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30), 30 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin uygulamasında 5’li likert skalası (1:hiç, 2:nadiren, 3:bazen, 4:sık sık, 5:her zaman) kullanılmaktadır. Ölçek; Disinhibisyon, Duygusal Yeme, Yeme Kontrolü, Odaklanma, Yeme Disiplini, Farkındalık ve Enterferans olmak üzere 7 alt boyuttan oluşmaktadır (Köse ve ark., 2016). *YFÖ-30 alt boyutları ve bu boyutların içeriği aşağıda verilmiştir:*

“1. Disinhibisyon: kendini tutma, miktar ve zaman kontrolü.

2. Duygusal yeme: duygusal açlık, iyi hissetme ve tatmin için yeme.

3. Yeme kontrolü: yeme hızını ayarlama, yeme işlevinin kontrolünü elinde tutma.

4. Odaklanma: yemeğin kendisine-tadına odaklanma, yemek yerken başka aktivite ve düşüncelere ara verme.

5. Yeme disiplini: planlama, hazırlanma, dengeleme, bulundurma, düzen, saat.

6. Farkındalık: fiziksel açlık-tokluk farkındalığı, kalori ve besin değeri bilgisi, sağlıklı beslenme bilgisi, alışkanlık farkındalığı.

7. Enterferans: koku, görüntü, ses gibi sensoriyel etmenlere, davet, besin çeşitliliği ya da reklam gibi çeldiricilerle baş edebilme” şeklindedir (Köse, 2017).

Ölçekte yer alan sorulara verilen yanıtlar alt boyutlar bazında şu şekilde değerlendirilir ve puanlandırılır:

1. Düşünmeden Yeme (5 madde) : 4, 14, 17, 20, 26
2. Duygusal Yeme (5 madde): 21, 22, 23, 28, 30
3. Yeme Kontrolü (4 madde): 3, 6, 27, 29
4. Farkındalık (5 madde): 8, 9, 12, 13 15
5. Yeme Disiplini (4 madde): 1, 18, 24, 25
6. Bilinçli Beslenme (5 madde): 2, 7, 11, 16, 19
7. Enterferans (Dış etmenlerden etkilenme) (2 madde): 5, 10

1, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 24, 25 ve 27. sorular düz puanlandırılmaktadır. Geriye kalan sorular ise ters* puanlandırılmaktadır {*Ters Puanlama (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1)}. Ölçeğin değerlendirilmesi yapılırken skorlamada aritmetik ortalama alınmakta olup; çıkan sonuç 3 ve üzeri ise bu sonuç yeme farkındalığının yüksek olduğunu göstermektedir. YFÖ-30 için en düşük alınabilecek puan 30 iken en yüksek alınabilecek puan 150’ dir (Köse, 2017). Orijinal çalışmada, YFÖ-30 için güvenilirlikte

kullanılan Cronbach alfa değeri 0.733 olarak belirlenmiştir. Araştırmada, ölçek genel Cronbach alfa değeri ise 0.777 olarak saptandı.

3.7. Veri Toplama Yöntemi

Veriler, öğrencilerin derslerini aksatmayacak biçimde zaman ayarlaması yapılarak ders öncesi ya da sonrasında ders sorumlu öğretim üyesinden izin alınarak toplandı. Tüm öğrenciler araştırma hakkında bilgilendirilerek, sözel onamları alındıktan sonra Gönüllü Olur Formu (Ek.3) ile yazılı olurları da alınarak, formların katılımcıların kendileri tarafından eksiksiz doldurması istendi.

Çalışmaya katılan öğrencilerin BKİ öğrenciden alınan boy ve kilo bilgisine dayanarak hesaplandı, BÇ ve KÇ ölçümleri araştırmacı tarafından yapıldı. Bel ve kalça çevresi ölçümleri kişi ayakta ve dik pozisyonda iken, kalın kıyafetler (kaban, hırka gibi) olmaksızın kıyafet üzerinden, plastik ve esnek olmayan mezura kullanılarak yapıldı. Bel çevresi ölçümü; krista iliaka ile en alt kosta arasında mesafenin ortasından, diğer bir ifade ile en alt kostanın iki parmak altından ve ince bir kat kıyafet üzerinden yapıldı. Kalça çevresi ölçümü ise, gluteus maximus ve simfisis pubis'in üzerinden bu iki bölümün hizasında bulunan en geniş çaptan ölçüldü.

Verilerin toplanması 15-20 dakika sürdü ve veriler araştırmacı tarafından toplandı.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Helsinki Deklarasyonu Prensipleri 'ne uygun davranılarak; verileri toplamadan önce Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (Karar No: 2018/19-06) alındı (Ek.4). Etik kurul onayını takiben çalışmanın yürütülmesi için Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığından yazılı izin alındı (Ek.5). Araştırmada kullanılan YFÖ-30 araştırmamızda kullanılması için, ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapan araştırmacıdan mail yolu ile izin alındı (Ek.6).

Araştırmamızda veri toplama aşamasında gönüllülük, özerklik/bireye saygı, mahremiyet ve eşitlik ilkeleri göz önüne alınarak öğrencilere araştırmanın amacı sözlü ve yazılı olarak onam formuyla aktarıldı. Araştırmaya katılan öğrencilerin alınan bilgilerinin gizliliği hakkında bilgi verildi.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile değerlendirildi. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, frekans, yüzde) yanı sıra niceliksel verilerin iki grup arası Student-t testi kullanıldı. Niceliksel verilerin ikiden fazla grup arası değerlendirmelerinde Tek Yönlü ANOVA, farklılığa neden olan grubun tespitinde ise Tukey HSD post-hoc testi kullanıldı. Ölçek puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Pearson Korelasyon Analizi kullanıldı. Değişkenlerin ölçek puanları üzerindeki etkilerinin değerlendirmelerinde Basit Doğrusal Regresyon Analizi kullanıldı.

Sonuçlar, $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma bulguları, Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde öğrenim gören öğrencilerden elde edilen veriler ile sınırlıdır. Araştırmada öğrencilerin yeme farkındalıkları düzeyi, kullanılan ölçeğin ölçtüğü değerlerle sınırlıdır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, Sağlık Bilimleri Fakültesi bölümlerinde öğrenim gören üniversite öğrencilerinde abdominal obezite sıklığı ve yeme farkındalık düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmanın bulguları beş başlık altında verilmiştir:

4.1. Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri

4.2. Öğrencilerde Obezite ve Abdominal Obezite Sıklığı

4.3. Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıkları ve Yeme Farkındalığı Ölçeğine İlişkin Bulgular

4.4. Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri ve Yeme Farkındalığı Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki

4.5. Öğrencilerin Abdominal Obezite Varlığı ve Yeme Farkındalığı Düzeyi Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

4.1. Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri

Bu bölümde, öğrencilerin tanıtıcı özellikleri, vücut kompozisyon değerleri ve beslenme biçimi, egzersiz durumu gibi yaşam biçimi davranış özelliklerini kapsayan bulguların dağılımları yer almaktadır. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin dağılımını Tablo 3’de verilmiştir.

Araştırma, %84’ü (n=816) kadın, %16’sı (n=156) erkek olmak üzere toplam 972 öğrenci ile yapıldı. Öğrencilerin yaşları 17 ile 42 yıl arasında değişmekte olup; ortalaması 20.42 ± 2.13 yıldır. Öğrencilerin, %84’ünün (n=816) kadın olduğu, %29.3’ünün (n=285) 3.sınıfta olduğu saptandı (Tablo 3).

Öğrencilerin %19.1’inin (n=186) ailesinde aşırı kilolu birey olduğu ve bu bireylerin %61.8’inin (n=115) I. derece akrabalarda olduğu, %52.2’sinin (n=507) annesinin ilkokul-ortaokul mezunu olduğu, %43.2’sinin (n=420) babasının ilkokul-ortaokul mezunu olduğu, %63.5’inin (n=617) gelir durumunun orta düzeyde olduğu, %72.4’ünün (n=704) daha önce hiç sigara kullanmadığı, %79’unun (n=768) daha önce hiç alkol kullanmadığı belirlendi (Tablo 3).

Tablo 3: Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=972)

Tanıtıcı Özellikler		Min-Maks	Ort±SS
Yaş (yıl)		17-42	20.42±2.13
BKİ (kg/m ²)		13.56-37.55	21.79±3.32
Bel çevresi (cm)		59-135	74.41±9.06
Kalça çevresi (cm)		80-158	98.65±8.59
Günde oturarak geçirilen zaman (saat)		1-20	4.92±2.99
		n	%
Cinsiyet	Kadın	816	84.0
	Erkek	156	16.0
Sınıf	1	218	22.4
	2	278	28.6
	3	285	29.3
	4	191	19.7
Ailede aşırı kilolu bireyin olması	Evet	186	19.1
	Hayır	786	80.9
Ailedeki aşırı kilolu bireyler (n=186)	I. Derece akrabalar	115	61.8
	II.Derece akrabalar	71	38.2
Anne eğitim durumu	Okur-yazar değil	40	4.1
	İlkokul-Ortaokul	507	52.2
	Lise	288	29.6
	Üniversite	137	14.1
Baba eğitim durumu	Okur-yazar değil	7	0.7
	İlkokul-Ortaokul	420	43.2
	Lise	319	32.8
	Üniversite	226	23.3
Gelir durumu	İyi	334	34.4
	Orta	617	63.4
	Kötü	21	2.2
Sigara kullanımı	Evet	200	20.6
	Hiç kullanmamış	704	72.4
	Bırakmış	68	7.0
Alkol kullanımı	Evet	164	16.9
	Hiç kullanmamış	768	79.0
	Bırakmış	40	4.1

Düzenli egzersiz yapma durumu	Evet	301	31.0
	Hayır	671	69.0
Günlük hayatta aktivite tercihi (merdiven çıkma vs.)	Evet	629	64.7
	Hayır	343	35.3
Günlük uyku saati	6 saatten az	153	15.7
	6-8 saat	721	74.2
	8 saatten fazla	98	10.1
Genel kilodan memnuniyet durumu	Çok memnun	93	9.6
	Memnun	308	31.7
	Orta	352	36.2
Kronik hastalık varlığı	Memnun değil	219	22.5
	Evet	102	10.5
	Hayır	870	89.5
Sürekli ilaç kullanımı	Evet	95	9.8
	Hayır	877	90.2
Diyet yapma durumu	Çoğunlukla	77	7.9
	Bazen	413	42.5
	Hiçbir zaman	482	49.6
Hayatın herhangi bir döneminde kilolu/obez olma	Evet	182	18.7
	Hayır	790	81.3

Öğrencilerin %31'inin (n=301) düzenli egzersiz yaptığı, %64.7'sinin (n=629) günlük hayatta merdiven çıkma gibi benzer fiziksel aktiviteleri tercih ettiği, günde oturarak geçirdikleri ortalama zamanın 4.92 ± 2.99 saat olduğu, %74.2'sinin (n=721) günde 6-8 saat uyuduğu, %36.2'sinin (n=352) kilosundan genel olarak orta derecede memnun olduğu, %10.5'inin (n=102) kronik hastalığının olduğu, %9.8'inin (n=95) sürekli ilaç kullandığı, %49.6'sının (n=482) hiçbir zaman diyet yapmadığı ve %18.7'sinin (n=182) hayatının herhangi bir döneminde fazla kilolu/obez olduğu saptandı (Tablo 3).

4.2. Öğrencilerde Obezite ve Abdominal Obezite Sıklığı

Öğrencilerin BKİ ortalaması 21.79 ± 3.32 kg/m² olup (Tablo 3); %70.9'unun (n=689) BKİ sınıflamasına göre normal kiloda olduğu belirlendi. Öğrencilerin BKİ'ye göre obezite sınıflandırılması Tablo 4' de verilmiştir.

Tablo 4. BKİ' ye Göre Obezite Sınıflandırılması (N=972)

Ölçüm Yöntemi	Sınıflama	n	%
BKİ'ye göre sınıflama	Zayıf	139	14.3
	Normal	689	70.9
	Fazla kilolu	121	12.4
	Obez	23	2.4

Bel çevresi ölçüm ortalama değeri 74.41±9.06cm ve KÇ ölçüm ortalama değeri 98.65±8.59cm olarak belirlendi (Tablo 3). Cinsiyete göre BÇ (abdominal obezite) ve BKO dağılımı tablo 5'de verilmiştir.

Tablo 5. Cinsiyete Göre Bel Çevresi Değeri (Abdominal Obezite) ve Bel/Kalça Oranı Dağılımı (N=972)

Ölçümler	Cinsiyet		n	%
Bel Çevresi	Kadın (n=816)	<80 cm	702	86.0
		≥80 cm	114	14.0
	Erkek (n=156)	<94 cm	66	42.3
		≥94 cm	90	57.7
Toplam		(N=972)	204	20.9
Bel/Kalça Oranı	Kadın (n=816)	<0.85 cm	785	96.2
		≥0.85 cm	31	3.8
	Erkek (n=156)	<0.90 cm	141	90.4
		≥0.90 cm	15	9.6

Toplam abdominal obezite oranı %20.9 olarak belirlendi. Cinsiyete göre bakıldığında; kadınların %14'ünde (n=114), erkeklerin ise %57.7'sinde (n=90) abdominal obezite saptandı.

Kadınların %3.8'inde (n=31) bel/kalça oranı 0.85 cm ve üzeri iken, erkeklerin ise %9.6'sında (n=15) bel/kalça oranı 0.90 cm ve üzerindedir (Tablo 5).

4.3. Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıkları ve Yeme Farkındalığı Ölçeğine (YFÖ-30) İlişkin Bulgular

Öğrencilerin genel beslenme alışkanlıkları dağılımı Tablo 6'da verilmiştir.

Öğrencilerin %46.7'sinin (n=454) mutlaka her sabah kahvaltı yaptığı, %17'sinin (n=165) genellikle fast food tarzı beslendiği, %64'ünün (n=622) genellikle ev yemeği tükettiği, %18.8'inin (n=183) öğünleri atlamadığı, %15.6'sının (n=152) genellikle üniversite/yurt yemekhanesini kullandığı ve %33.3'ünün (n=234) günde en az iki litre su tükettiği saptandı (Tablo 6).

Tablo 6: Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıklarının Dağılımı (N=972)

Beslenme Alışkanlıkları	n	%
Mutlaka her sabah kahvaltı yapma	454	46.7
Genellikle fast food tarzı beslenme	165	17.0
Genellikle ev yemeği tüketme	622	64.0
Öğünleri atlamama	183	18.8
Genellikle üniversite/yurt yemekhanesini kullanma	152	15.6
Günde en az iki litre su tüketme	324	33.3

Sıklıkla Tüketilen Besin Grupları	n	%
Sebze-meyve	527	54.2
Et ve et ürünleri, kurubaklagil	621	63.9
Ekmek, makarna vb. ürünler	455	46.8
Süt, yoğurt ya da peynir	498	51.2
Cips ve benzeri gıdalar	115	11.8
Çikolata vb. tatlı gıdalar	349	35.9
Hamburger, patates kızartması vb. fast food tarzı gıdalar	247	25.4
Kola ve gazlı içecekler	125	12.9

Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Öğrencilerin %54.2'sinin (n=527) sebze-meyve, %63.9'unun (n=621) et ve et ürünleri, kurubaklagil, %46.8'inin (n=455) ekmek, makarna vb. ürünler, %51.2'sinin (n=498) süt, yoğurt ya da peynir, %11.8'inin (n=115) cips ve benzeri gıdalar, %35.9'unun (n=349) çikolata vb. tatlı gıdalar, %25.4'ünün (n=247) hamburger, patates kızartması vb. fast food tarzı gıdalar ve %12.9'unun (n=125) kola ve gazlı içecekler tükettiği saptandı (Tablo 6). Öğrencilerin YFÖ-30 alt boyut ve toplam puan ortalamalarının dağılımı Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7: Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30) Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımı

YFÖ-30 Alt Boyutları	Min-Maks	Ort±SS
Düşünmeden Yeme	5-25	16.23±4.23
Duygusal Yeme	5-25	16.24±5.11
Yeme Kontrolü	4-20	15.14±3.56
Farkındalık	5-23	16.01±2.23
Yeme Disiplini	4-20	11.65±2.82
Bilinçli Beslenme	5-23	15.07±2.81
Enterferans	2-10	7.30±1.74
Toplam YFÖ-30 Puanı	47-132	97.63±13.26

Öğrencilerin YFÖ-30 toplam puanları 47 ile 132 arasında değişmekte olup; ortalaması 97.63±13.26 puandır. Öğrencilerin YFÖ-30 alt boyutlarından “düşünmeden yeme” puan ortalaması 16.23±4.23; “duygusal yeme” puan ortalaması 16.24±5.11; “yeme kontrolü” puan ortalaması 15.14±3.56; “farkındalık” puan ortalaması 16.01±2.23; “yeme disiplini” puan ortalaması 11,65±2.82; “bilinçli beslenme” puan ortalaması 15.07±2.81 ve “enterferans” puan ortalaması 7.30±1.74'tür (Tablo 7).

4.4. Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri ve Yeme Farkındalığı Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Öğrencilerin tanıtıcı özellikleri ile YFÖ-30 toplam ve alt boyut puan ortalaması arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Analizi ile değerlendirilmiş ve sonuçlar Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8: Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri İle YFÖ-30 Alt Boyut ve Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Yeme Farkındalığı Ölçeği																	
Genel Özellikler	Düşünmeden Yeme		Duyusal Yeme		Yeme Kontrolü		Farkındalık		Yeme Disiplini		Bilinçli Beslenme		Enterferans		Toplam		
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
Kadın	16.40±4.15	15.73±5.03	15.34±3.51	16.06±2.21	11.67±2.77	15.25±2.79	7.30±1.77	7.30±1.77	15.25±2.79	15.25±2.79	15.25±2.79	15.25±2.79	15.25±2.79	15.25±2.79	15.25±2.79	15.25±2.79	97.76±13.34
Erkek	15.32±4.51	18.92±4.72	14.08±3.67	15.70±2.32	11.58±3.08	14.08±2.75	7.32±1.62	7.32±1.62	14.08±2.75	14.08±2.75	14.08±2.75	14.08±2.75	14.08±2.75	14.08±2.75	14.08±2.75	14.08±2.75	97.00±12.88
Cinsiyet	2.947;	-7.334;	4.069;			4.818;											
t; p	0.001**	0.001**	0.001**	1.880; 0.060	0.373; 0.710	0.001**	-0.149; 0.880	0.652; 0.510									
1	15.97±4.30	15.51±5.05	15.00±3.39	15.98±2.23	11.36±2.89	15.15±2.90	7.28±1.71	7.28±1.71	15.15±2.90	15.15±2.90	15.15±2.90	15.15±2.90	15.15±2.90	15.15±2.90	15.15±2.90	15.15±2.90	96.27±12.81
2	16.03±4.09	16.43±5.19	14.87±3.66	15.87±2.33	11.76±2.72	14.83±2.76	7.31±1.73	7.31±1.73	14.83±2.76	14.83±2.76	14.83±2.76	14.83±2.76	14.83±2.76	14.83±2.76	14.83±2.76	14.83±2.76	97.09±12.89
3	16.61±4.03	16.53±4.96	15.54±3.46	16.04±2.17	11.63±2.69	15.39±2.79	7.36±1.79	7.36±1.79	15.39±2.79	15.39±2.79	15.39±2.79	15.39±2.79	15.39±2.79	15.39±2.79	15.39±2.79	15.39±2.79	99.11±12.84
4	16.26±4.59	16.35±5.25	15.08±3.73	16.19±2.19	11.87±3.07	14.82±2.78	7.22±1.74	7.22±1.74	14.82±2.78	14.82±2.78	14.82±2.78	14.82±2.78	14.82±2.78	14.82±2.78	14.82±2.78	14.82±2.78	97.79±14.73
F; p	1.261; 0.286	1.941; 0.121	1.896; 0.129	0.792; 0.499	1.289; 0.277	2.444; 0.063	0.266; 0.850	2.112; 0.097									
Zayıf	16.60±4.11	16.40±5.32	15.99±3.30	16.00±2.37	11.55±2.87	15.05±2.58	6.94±1.82	6.94±1.82	15.05±2.58	15.05±2.58	15.05±2.58	15.05±2.58	15.05±2.58	15.05±2.58	15.05±2.58	15.05±2.58	98.53±12.05
Normal	16.21±4.22	16.31±5.02	15.10±3.55	16.01±2.23	11.53±2.77	15.15±2.86	7.33±1.71	7.33±1.71	15.15±2.86	15.15±2.86	15.15±2.86	15.15±2.86	15.15±2.86	15.15±2.86	15.15±2.86	15.15±2.86	97.64±13.24
Fazla kilolu/obez	15.95±4.37	15.75±5.36	14.50±3.71	15.99±2.11	12.33±2.96	14.69±2.80	7.52±1.77	7.52±1.77	14.69±2.80	14.69±2.80	14.69±2.80	14.69±2.80	14.69±2.80	14.69±2.80	14.69±2.80	14.69±2.80	96.74±14.47
BKI sınıf			6.358;		4.931;		4.326;										
F; p	0.863; 0.422	0.792; 0.453	0.002**	0.008; 0.992	0.007**	1.545; 0.214	0.013*	0.649; 0.523									
Evet	15.61±4.11	15.88±5.38	14.88±3.81	15.86±2.09	11.61±2.83	14.75±2.48	7.36±1.67	7.36±1.67	14.75±2.48	14.75±2.48	14.75±2.48	14.75±2.48	14.75±2.48	14.75±2.48	14.75±2.48	14.75±2.48	95.94±14.12
Hayır	16.38±4.24	16.32±5.05	15.20±3.50	16.04±2.26	11.67±2.82	15.14±2.88	7.29±1.76	7.29±1.76	15.14±2.88	15.14±2.88	15.14±2.88	15.14±2.88	15.14±2.88	15.14±2.88	15.14±2.88	15.14±2.88	98.04±13.03
t; p	-2.24; 0.030*	-1.075; 0.280	-1.091; 0.280	-0.992; 0.320	-0.251; 0.800	-1.72; 0.090	0.511; 0.610	-1.940; 0.052									
İlkokul-Ortaokul ve																	
Anne eğitim	16.23±4.27	16.44±5.19	15.38±3.45	15.99±2.24	11.58±2.81	14.76±2.77	7.42±1.70	7.42±1.70	14.76±2.77	14.76±2.77	14.76±2.77	14.76±2.77	14.76±2.77	14.76±2.77	14.76±2.77	14.76±2.77	97.80±13.10
durumu	15.88±4.21	15.63±5.18	14.71±3.60	15.92±2.21	11.60±2.88	15.42±2.73	7.12±1.80	7.12±1.80	15.42±2.73	15.42±2.73	15.42±2.73	15.42±2.73	15.42±2.73	15.42±2.73	15.42±2.73	15.42±2.73	96.28±13.72

Üniversite	16.97±4.02	16.71±4.55	15.08±3.85	16.26±2.23	12.05±2.77	15.55±2.99	7.20±1.76	99.82±12.70
F; p	3.095; 0.046*	3.077;	3.325;	0.036*	1.085; 0.338	1.580; 0.207	7.857;	3.134;
								0.044*
								0.001**
								3.418; 0.033*
İlkokul-Ortaokul ve								
Baba eğitim durumu	altı	16.16±4.22	16.43±4.99	15.38±3.30	16.03±2.21	11.56±2.81	14.88±2.78	97.87±13.02
	Lise	16.18±4.23	15.95±5.32	14.87±3.85	15.91±2.29	11.61±2.83	14.94±2.74	96.69±13.65
	Üniversite	16.42±4.25	16.29±5.04	15.06±3.60	16.10±2.18	11.89±2.84	15.60±2.90	98.53±13.14
								5.441;
F; p	0.312; 0.732	0.827; 0.438	1.977; 0.139	0.540; 0.583	1.090; 0.337	0.004**	1.958; 0.142	1.382; 0.252
Gelir durumu	İyi	16.46±4.33	16.40±5.13	15.22±3.73	16.07±2.18	11.91±2.89	15.16±2.71	98.44±13.60
	Orta	16.12±4.19	16.06±5.10	15.10±3.50	15.98±2.28	11.54±2.79	15.04±2.86	97.17±13.17
	Kötü	15.81±3.56	18.95±4.63	14.9±2.59	15.86±1.49	11.10±2.45	14.38±2.99	98.43±10.05
								3.518;
F; p	0.774; 0.461	0.030*	0.181; 0.835	0.212; 0.809	2.294; 0.101	0.849; 0.428	0.521; 0.594	1.022; 0.360
Sigara kullanımı	Evet	15.93±4.29	17.51±4.90	14.67±3.69	16.12±2.43	11.46±2.93	14.54±2.95	97.5±12.30
	Hiç kullanmamış	16.39±4.12	15.91±5.04	15.37±3.44	15.96±2.14	11.75±2.76	15.22±2.72	97.91±13.33
	Bırakmış	15.46±4.98	15.93±5.85	14.14±4.15	16.14±2.54	11.29±3.12	14.99±3.16	95.20±15.13
								7.837;
F; p	2.154; 0.117	0.001**	0.003**	0.511; 0.600	1.415; 0.243	0.009**	0.055; 0.947	1.325; 0.266
Alkol kullanımı	Evet	16.18±4.25	16.83±4.91	14.59±3.65	16.07±2.50	11.40±2.92	15.00±2.97	97.13±12.77
	Hiç kullanmamış	16.31±4.21	16.08±5.15	15.31±3.52	16.01±2.18	11.69±2.79	15.12±2.78	97.89±13.40
	Bırakmış	15.00±4.45	16.78±4.99	14.00±3.69	15.70±2.14	11.93±3.14	14.30±2.69	94.75±12.46
								4.951;
F; p	1.834; 0.160	1.666; 0.190	0.007**	0.450; 0.638	0.912; 0.402	1.673; 0.188	2.509; 0.082	1.208; 0.299
Düzenli egzersiz	Evet	16.57±4.33	17.00±4.93	15.30±3.63	15.85±2.34	12.19±2.94	15.11±2.99	99.37±13.25

yapma	Hayır	16.08±4.17	15.90±5.16	15.06±3.53	16.08±2.18	11.41±2.74	15.05±2.73	7.28±1.74	96.86±13.20
	t; p	1.703; 0.090	0.001**	0.964; 0.340	-1.489; 0.140	0.001**	0.300; 0.760	0.568; 0.570	2.739; 0.011*
			3.110;			4.012;			
Günlük hayatta	Evet	16.50±4.20	16.42±5.11	15.35±3.53	15.92±2.21	12.11±2.78	15.33±2.85	7.37±1.73	99.01±13.31
aktivite yapma	Hayır	15.73±4.24	15.90±5.11	14.75±3.59	16.16±2.26	10.81±2.71	14.59±2.68	7.17±1.76	95.10±12.82
(merdiven çıkma vs.)	t; p	2.710; 0.011*	1.523; 0.130	0.011*	-1.562; 0.120	0.001**	0.001**	1.750; 0.080	4.434; 0.001**
				2.538;		7.051;	3.959;		
Oturularak geçirilen zaman (saat)	r; p	-0.021; 0.513	-0.057; 0.076	0.002; 0.942	0.012; 0.706	-0.054; 0.095	0.039; 0.222	-0.009; 0.791	-0.03; 0.347
Günlük uyku saati	6 saatten az	16.20±4.23	16.69±5.24	15.13±4.14	15.87±2.02	11.72±2.76	14.90±2.94	7.37±1.76	97.87±14.23
	6-8 saat	16.23±4.23	16.22±5.13	15.25±3.42	16.02±2.26	11.70±2.82	15.13±2.80	7.33±1.74	97.89±13.09
	8 saatten fazla	16.26±4.21	15.68±4.79	14.31±3.52	16.14±2.33	11.18±2.92	14.83±2.70	6.99±1.69	95.39±12.84
	F; p	0.007; 0.993	1.170; 0.311	3.004; 0.052	0.479; 0.620	1.517; 0.220	0.821; 0.440	1.771; 0.171	1.566; 0.209
Genel memnuniyet derecesi	Çok memnun	16.67±5.06	17.67±4.84	15.57±3.75	16.31±2.38	12.18±3.30	15.06±2.90	7.19±1.96	100.66±15.91
	Memnun	16.50±4.10	16.71±4.97	15.44±3.49	16.01±2.27	11.68±2.67	15.22±2.77	7.32±1.77	98.87±12.58
	Orta	16.36±3.95	16.17±5.04	15.15±3.33	15.88±2.17	11.51±2.88	14.99±2.84	7.35±1.70	97.40±12.47
	Memnun değil	15.47±4.37	15.07±5.33	14.52±3.86	16.08±2.21	11.64±2.72	14.97±2.79	7.25±1.67	95.00±13.79
	F; p	3.257; 0.021*	0.001**	0.017*	1.063; 0.364	1.421; 0.235	0.461; 0.710	0.267; 0.849	5.503; 0.001**
				7.264;					
Kronik hastalık	Evet	17.08±4.27	16.75±5.13	15.21±3.68	15.89±2.21	11.83±3.08	15.66±2.82	7.33±1.65	99.75±14.40
	Hayır	16.13±4.21	16.18±5.11	15.13±3.55	16.02±2.24	11.63±2.79	15.00±2.80	7.30±1.75	97.39±13.11
	t; p	2.146; 0.030*	1.078; 0.280	0.204; 0.840	-0.545; 0.590	0.677; 0.500	0.020*	0.195; 0.850	1.708; 0.090
							2.249;		
Sürekli ilaç	Evet	17.47±4.28	17.06±4.78	15.15±3.66	15.91±2.22	11.80±2.97	15.33±2.98	7.24±1.69	99.96±14.04

kullanımı	Hayır	16.10±4.20	16.15±5.14	15.14±3.55	16.02±2.23	11.64±2.81	15.04±2.79	7.31±1.75	97.38±13.16
	t; p	3.031;	1.657; 0.100	0.027; 0.980	-0.464; 0.640	0.529; 0.600	0.951; 0.340	-0.349; 0.730	1.799; 0.070
	Çoğunlukla	14.56±4.19	14.90±5.64	14.36±3.93	16.05±2.11	13.10±2.84	14.25±2.82	7.27±1.94	94.49±14.81
	Bazen	16.46±3.88	15.97±5.06	14.97±3.61	15.84±2.28	11.91±2.65	15.32±2.78	7.40±1.65	97.87±13.08
	Hiçbir zaman	16.30±4.46	16.69±5.02	15.40±3.44	16.14±2.20	11.21±2.87	14.98±2.81	7.22±1.79	97.94±13.12
	F; p	6.792;	5.139;	3.611;	18.552;	5.181;	0.006**	1.224; 0.294	2.355; 0.095
	F; p	0.001**	0.006**	0.027*	2.105; 0.122	0.001**	0.006**	0.030*	0.030*
Hayatın herhangi bir döneminde	Evet	15.90±4.08	15.79±5.36	14.36±3.94	15.88±2.10	12.13±3.08	15.15±2.61	7.56±1.71	96.78±14.28
	Hayır	16.31±4.26	16.34±5.05	15.32±3.45	16.03±2.26	11.54±2.75	15.05±2.86	7.24±1.75	97.83±13.02
	t; p	-1.166; 0.240	-1.311; 0.190	0.001**	-0.815; 0.420	0.011*	0.439; 0.660	0.030*	-0.964; 0.340
	kilolu/obez olma			-3.274;	2.538;	2.228;			
	t; p								
	t; Student-t Testi								
	F; Tek Yönlü ANOVA Testi								

Kadınların ‘‘düşünmeden yeme’’ (p:0.001), ‘‘yeme kontrolü’’ (p:0.001) ve ‘‘bilinçli beslenme’’ (p:0.001) alt boyut puan ortalaması, erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p<0.01). Erkeklerin ise, ‘‘duygusal yeme’’ alt boyutu puan ortalaması, kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p:0.001; p<0.01).

Beden kitle indeksi sınıfları arasında ‘yeme kontrolü’ (p:0.002), ‘yeme disiplini’ (p:0.007) ve ‘enterferans’ (p:0.013) alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p<0.05; p<0.01). Farklılığın hangi sınıftan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili post-hoc değerlendirmeler sonucunda; zayıf olanların ‘yeme kontrolü’ alt boyutu puan ortalaması, normal (p:0.020) ve fazla kilolu/obez (p:0.001) olanlardan anlamlı şekilde yüksek saptandı (p<0.05; p<0.01). Fazla kilolu/obez olanların ‘yeme disiplini’ alt boyutu puan ortalaması, normal olanlardan anlamlı şekilde yüksek saptandı (p:0.006; p<0.01). Zayıf olanların ‘enterferans’ alt boyutu puan ortalaması, normal (p:0.039) ve fazla kilolu/obez (p:0.013) olanlardan anlamlı şekilde düşük saptandı (p<0.05).

Ailesinde aşırı kilolu birey bulunmayanların ‘düşünmeden yeme’ alt boyutu puan ortalaması, ailesinde aşırı kilolu birey bulunanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p:0.030; p<0.05).

Anne eğitim durumları arasında ‘düşünmeden yeme’ (p:0.046), ‘yeme kontrolü’ (p:0.036), ‘bilinçli beslenme’ (p:0.001), ‘enterferans’ (p:0.044) alt boyutu ve YFÖ-30 toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p<0.05; p<0.01). Farklılığın hangi durumdan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili post-hoc değerlendirmeler sonucunda; annesi üniversite mezunu olanların ‘düşünmeden yeme’ alt boyutu puan ortalaması, lise mezunu olanlardan anlamlı şekilde yüksek saptandı (p:0.035; p<0.05). Annesi ilkokul-ortaokul ve altı mezunu olanların ‘yeme kontrolü’ alt boyutu puan ortalaması, lise mezunu olanlardan anlamlı şekilde yüksek saptandı (p:0.028; p<0.05). Annesi ilkokul-ortaokul ve altı mezunu olanların ‘bilinçli beslenme’ alt boyutu puan ortalaması, lise (p:0.003) ve üniversite (p:0.008) mezunu olanlardan anlamlı şekilde düşük saptandı (p<0.01). Annesi ilkokul-ortaokul ve altı mezunu olanların ‘enterferans’ alt boyutu puan ortalaması, lise mezunu olanlardan anlamlı şekilde yüksek saptandı (p:0.043; p<0.05). Annesi üniversite mezunu olanların YFÖ-30 toplam puan ortalaması, lise mezunu olanlardan anlamlı şekilde yüksek saptandı (p:0.027; p<0.05).

Baba eğitim durumları arasında “bilinçli beslenme” alt boyutu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p:0.004$; $p<0.01$). Farklılığın hangi durumdan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili post-hoc değerlendirmeler sonucunda; babası üniversite mezunu olanların “bilinçli beslenme” alt boyutu puan ortalaması, ilkokul-ortaokul ve altı ($p:0.005$) ve lise ($p:0.018$) mezunu olanlardan anlamlı şekilde yüksek saptandı ($p<0.05$; $p<0.01$). Gelir durumları arasında “duygusal yeme” alt boyutu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p:0.030$; $p<0.05$). Farklılığın hangi durumdan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili post-hoc değerlendirmeler sonucunda; gelir durumu kötü olanların “duygusal yeme” alt boyutu puan ortalaması, gelir durumu orta olanlardan anlamlı şekilde yüksek saptandı ($p:0.029$; $p<0.05$).

Sigara kullanım durumları arasında “duygusal yeme” ($p:0.001$), “yeme kontrolü” ($p:0.003$) ve “bilinçli beslenme” ($p:0.003$) alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0.01$). Farklılığın hangi durumdan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili post-hoc değerlendirmeler sonucunda; sigara kullananların “duygusal yeme” alt boyutu puan ortalaması, hiç kullanmayanlardan anlamlı şekilde yüksek saptandı ($p:0.001$; $p<0.01$). Hiç sigara kullanmayanların “yeme kontrolü” alt boyutu puan ortalaması, sigara kullananlardan ($p:0.037$) ve sigarayı bırakmış olanlardan ($p:0.017$) anlamlı şekilde yüksek saptandı ($p<0.05$). Hiç sigara kullanmayanların “bilinçli beslenme” alt boyutu puan ortalaması, sigara kullananlardan anlamlı şekilde yüksek saptandı ($p:0.006$; $p<0.01$).

Alkol kullanım durumları arasında “yeme kontrolü” puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p:0.007$; $p<0.01$). Farklılığın hangi durumdan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili post-hoc değerlendirmeler sonucunda; hiç alkol kullanmayanların “yeme kontrolü” alt boyutu puan ortalaması, alkol kullananlardan anlamlı şekilde yüksek saptandı ($p:0.047$; $p<0.05$).

Düzenli egzersiz yapanların “duygusal yeme” (p:0.001), “yeme disiplini” (p:0.001) alt boyutu ve YFÖ-30 toplam (p:0.011) puan ortalaması, düzenli egzersiz yapmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p<0.05; p<0.01).

Günlük hayatta aktivite yapanların “düşünmeden yeme” (p:0.011), “yeme kontrolü” (p:0.011), “yeme disiplini” (p:0.001), “bilinçli beslenme” (p:0.001) alt boyut ve YFÖ-30 toplam (p:0.001) puan ortalaması, aktivite yapmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p<0.05; p<0.01).

Genel kilodan memnun olma düzeyleri arasında “düşünmeden yeme” (p:0.021), “duygusal yeme” (p:0.001), “yeme kontrolü” (p:0.017) alt boyut ve YFÖ-30 toplam (p:0.001) puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p<0.05; p<0.01). Farklılığın hangi düzeyden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili post-hoc değerlendirmeler sonucunda; genel kilosundan memnun olanların “düşünmeden yeme” alt boyutu puan ortalaması, memnun olmayanlardan anlamlı şekilde yüksek saptandı (p:0.029; p<0.05). Genel kilosundan memnun olmayanların “duygusal yeme” alt boyut puan ortalaması, kilosundan çok memnun (p:0.001) ve memnun (p:0.001) olanlardan anlamlı şekilde düşük saptandı (p<0.01). Genel kilosundan memnun olanların “yeme kontrolü” alt boyutu puan ortalaması, memnun olmayanlardan anlamlı şekilde yüksek saptandı (p:0.018; p<0.05). Genel kilosundan memnun olmayanların YFÖ-30 toplam puan ortalaması, kilosundan çok memnun (p:0.003) ve memnun (p:0.005) olanlardan anlamlı şekilde düşük saptandı (p<0.01).

Kronik hastalığı olanların “düşünmeden yeme” (p:0.030) ve “bilinçli beslenme” (p:0.020) alt boyut puan ortalaması, kronik hastalığı olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p<0.05).

Sürekli ilaç kullananların “düşünmeden yeme” alt boyut puan ortalaması, ilaç kullanmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p:0.001; p<0.01).

Diyet yapma durumları arasında “düşünmeden yeme” (p:0.001), “duygusal yeme” (p:0.006), “yeme kontrolü” (p:0.027), “yeme disiplini” (p:0.001) ve “bilinçli beslenme” (p:0.006) alt boyut puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p<0.05; p<0.01). Farklılığın hangi durumdan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan ikili post-hoc değerlendirmeler sonucunda; çoğunlukla diyet yapanların “düşünmeden yeme” alt boyutu puan ortalaması, bazen diyet yapanlardan (p:0.001) ve hiç diyet yapmayanlardan (p:0.002) anlamlı şekilde düşük saptandı (p<0.01). Hiçbir zaman diyet yapmayanların “duygusal yeme” alt boyutu puan ortalaması, çoğunlukla diyet yapanlardan anlamlı şekilde yüksek saptandı (p:0.012; p<0.05). Hiçbir zaman diyet yapmayanların “yeme kontrolü” alt boyutu puan ortalaması, çoğunlukla diyet yapanlardan anlamlı şekilde yüksek saptandı (p:0.046; p<0.05). Çoğunlukla diyet yapanların “yeme disiplini” alt boyutu puan ortalaması, bazen diyet yapanlardan (p:0.001) ve hiç diyet yapmayanlardan (p:0.001) anlamlı şekilde yüksek saptandı (p<0.01). Bazın diyet yapanların “bilinçli beslenme” alt boyutu puan ortalaması, çoğunlukla diyet yapanlardan anlamlı şekilde yüksek saptandı (p:0.001; p<0.01).

Hayatının herhangi bir döneminde kilolu/obez olmayanların “yeme kontrolü” alt boyutu puan ortalaması, olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p:0.001; p<0.01). Hayatının herhangi bir döneminde kilolu/obez olanların “yeme disiplini” (p:0.011) ve “enterferans” (p:0.030) alt boyut puan ortalaması, olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p<0.05). Öğrencilerin vücut kompozisyonları ile YFÖ-30 alt boyut ve toplam puanları arasındaki ilişki Tablo 9’ da verilmiştir.

Tablo 9. Öğrencilerin Vücut Kompozisyonları İle YFÖ-30 Alt Boyut ve Toplam Puanları Arasındaki İlişki

YFÖ-30	BKİ (kg/m ²)	Bel çevresi (cm)	Kalça çevresi (cm)
	r; p	r; p	r; p
Düşünmeden Yeme	-0.073; 0.022*	-0.073; 0.024*	-0.064; 0.044*
Duygusal Yeme	-0.023; 0.468	0.032; 0.315	-0.037; 0.245
Yeme Kontrolü	-0.144; 0.001**	-0.138; 0.001**	-0.135; 0.001**
Farkındalık	-0.001; 0.979	0.015; 0.635	0.022; 0.500
Yeme Disiplini	0.073; 0.022**	0.052; 0.103	0.022; 0.489
Bilinçli Beslenme	-0.041; 0.205	-0.067; 0.038*	-0.027; 0.402
Enterferans	0.068; 0.034*	0.044; 0.171	0.050; 0.119
Toplam	-0.055; 0.085	-0.042; 0.188	-0.062; 0.054
	<i>r: Pearson Korelasyon Analizi</i>	<i>*p<0.05</i>	<i>**p<0.01</i>

BKİ ile ‘‘düşünmeden yeme’’ (p:0.022), ‘‘yeme kontrolü’’ (p:0.001), yeme disiplini’’ (p:0.022) ve ‘‘enterferans’’ (p:0.034) alt boyut puanları arasında negatif yönde ve sırasıyla %7.3, %14.4, %7.3 ve %6.8 düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmasına rağmen bu ilişkilerin oldukça zayıf olduğu saptandı (p<0.05; p<0.01), (Tablo 9).

Bel çevresi ile ‘‘düşünmeden yeme’’ (p:0.024), ‘‘yeme kontrolü’’ (p:0.001) ve ‘‘bilinçli beslenme’’ (p:0.038) alt boyut puanları arasında negatif yönde ve sırasıyla %7.3, %13.8 ve %6.7 düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmasına rağmen bu ilişkilerin oldukça zayıf olduğu saptandı (p<0.05; p<0.01), (Tablo 9).

Kalça çevresi ile ‘‘düşünmeden yeme’’ (p:0.044) ve ‘‘yeme kontrolü’’ (p:0.001) alt boyut puanları arasında negatif yönde ve sırasıyla %6.4 ve %13.5 düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmasına rağmen bu ilişkilerin oldukça zayıf olduğu saptandı (p<0.05; p<0.01), (Tablo 9).

4.5. Öğrencilerin Abdominal Obezite Varlığı ve Yeme Farkındalığı Düzeyi Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

Kadın öğrencilerde BÇ’ye göre YFÖ-30 alt boyut ve toplam puanlarının arasındaki ilişki Tablo 10’ da verilmiştir.

Tablo 10. Kadınlarda Abdominal Obeziteye Göre Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30) Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi

YFÖ-30 Alt Boyutları	Bel Çevresi (Kadın)		t	p
	80<cm (n=702)	≥80 cm (n=114)		
	Ort±SS	Ort±SS		
Düşünmeden Yeme	16.44±4.17	16.16±4.03	-0.684	0.494
Duygusal Yeme	15.86±5.05	14.89±4.78	-1.028	0.304
Yeme Kontrolü	15.39±3.52	15.03±3.40	1.215	0.225
Farkındalık	16.03±2.18	16.30±2.40	3.621	0.001**
Yeme Disiplini	11.53±2.72	12.54±2.95	-0.686	0.493
Bilinçli Beslenme	15.28±2.80	15.09±2.67	1.719	0.086
Enterferans	7.25±1.79	7.56±1.63	-0.176	0.861
Toplam	97.79±13.22	97.55±14.12	-0.684	0.494

t: Student-t Testi

**p<0.01

Bel çevresi 80cm ve üzerinde olan yani abdominal obezitesi olan kadınların “farkındalık” alt boyutu puan ortalaması, BÇ 80cm’nin altı olanlardan yani abdominal obezitesi olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p:0.001; p<0.01). Erkek öğrencilerde BÇ’ye göre YFÖ-30 alt boyut ve toplam puanlarının arasındaki ilişki Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11. Erkeklerde Abdominal Obeziteye Göre Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30) Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi

YFÖ-30	Bel Çevresi (Erkek)		t	p
	<94 cm (n=66)	≥94 cm (n=90)		
	Ort±SS	Ort±SS		
Düşünmeden Yeme	15.44±4.53	14.07±4.27	-1.086	0.279
Duygusal Yeme	18.89±4.73	19.21±4.79	0.247	0.806
Yeme Kontrolü	14.30±3.49	11.86±4.80	-2.414	0.017*
Farkındalık	15.65±2.39	16.21±1.53	0.870	0.386
Yeme Disiplini	11.66±3.05	10.71±3.34	-1.099	0.274
Bilinçli Beslenme	14.12±2.81	13.71±2.09	-0.525	0.600
Enterferans	7.35±1.54	7.00±2.29	-0.776	0.439
Toplam	97.42±12.51	92.79±16.08	-1.286	0.200

t: Student-t Testi

*p<0.05

Bel çevresi 94cm' in altı yani abdominal obezitesi olmayan erkeklerin “yeme kontrolü” alt boyutu puan ortalaması, BÇ 94cm ve üzeri yani abdominal obezitesi olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (p:0.017; p<0.05).



5. TARTIŞMA

Sağlık Bilimleri Fakültesi bölümlerinde öğrenim gören üniversite öğrencilerinde abdominal obezite sıklığı ve yeme farkındalık düzeylerinin ölçülerek değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmanın bulguları tartışılmıştır.

Çalışmamızda BKİ ortalaması $21.79 \pm 3.32 \text{ kg/m}^2$ olup; WHO'nun belirlemiş olduğu BKİ değerine göre ortalamamız 18.50 - 24.99 değer aralığında normal düzeyde belirlenmiştir. Üniversite öğrencileri ile yürütülen benzer çalışmalar incelendiğinde BKİ ortalaması; Çetinkaya (2016)'nın çalışmasında $22.26 \pm 3.53 \text{ kg/m}^2$, Köse (2017)'nin çalışmasında $21.87 \pm 3.57 \text{ kg/m}^2$, Soyuer ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında 21.37 ± 2.70 , Özyazıcıoğlu ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında $22.03 \pm 3.0 \text{ kg/m}^2$ olarak saptanmıştır. Yapılan diğer benzer çalışmalarda da üniversite öğrencilerinde BKİ değerinin $21.8 \pm 0.13 \text{ kg/m}^2$ ile $22.6 \pm 3.85 \text{ kg/m}^2$ aralığı ile normal kilo sınıflamasında olduğu görülmektedir (Ayhan ve ark, 2012; Gezer 2017; Altun 2015; Yıldırım ve ark, 2017). Araştırmamız ile çalışmalardaki bulgular benzer bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin %14.3'ü zayıf, %70.9'u normal, %12.4'ü fazla kilolu, %2.4'ü ise obez olarak saptanmıştır. Çetinkaya'nın çalışmasında, öğrencilerin %12.2'si zayıf, %68'si normal, %16.1'in kilolu, %2.9'u ise obez olarak saptanmıştır. Orak ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında, erkek öğrencilerin %2.7'si zayıf, %81.9'u normal, %14.5'i fazla kilolu, %0.8'i obez; kadın öğrencilerin ise %17.1'i zayıf, %78.1'i normal, %3.7 si fazla kilolu, %0.9'u ise obezdir. Cinsiyete göre bakıldığında çalışma bulguları, kadın öğrencilerde obezite görülme sıklığının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğunu göstermektedir (Zileli ve ark, 2016; Beyaz ve Koç, 2009; İşeri ve Arslan, 2008). Üniversite öğrencileri ile yürütülen benzer çalışmalarda, fazla kilo ve obezite görülme sıklığının %8.5 - %20 arasında değiştiği görülmektedir (Soyuer, 2010; Kadioğlu ve Ergün, 2015; Ayhan ve ark, 2012). Çalışma bulguları araştırmamız ile benzer sonuçlar göstermektedir. Bu bulgulara dayanarak,

üniversite öğrencilerinde obezite görülme sıklığının düşük olduğu sonucuna varılmaktadır.

Obezitenin BKİ ile belirlenmesinin yanında, metabolik risk açısından abdominal obezitenin belirlenmesi açısından BÇ ölçümü yaygın olarak kullanılan diğer ölçüm yöntemidir. Buna göre, BÇ ölçüm değeri bize abdominal obezite hakkında bilgi sunar (Tam ve Çakır, 2012). Çalışmamızda, BÇ ortalaması 74.41 ± 9.06 cm olarak bulunmuştur. Çetinkaya (2016)'nın benzer olarak yaptığı çalışmada, BÇ ortalaması 77.94 ± 11.48 cm, benzer olarak yine üniversite öğrencileri ile yapılan Gezer (2017)'in çalışmasında 76.0 ± 11.4 cm, Yıldırım ve arkadaşlarının (2017) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada kadınların BÇ ortalaması 78.33cm, erkeklerin ise 86.10cm, Genç (2015)' in yaptığı çalışmada kadınların 93.36 ± 9.12 cm, erkeklerin ise 98.06 ± 11.27 cm olarak bulunmuştur. Araştırmamız ve benzer yaş grubu ve popülasyonda yürütülen çalışma bulgularına göre, üniversite öğrencilerinin ortalama BÇ değerleri, kabul edilen sınır değerinin altında seyretmektedir.

Uluslararası Diyabet Federasyonu tarafından Avrupa kökenli toplumlar için belirlenen değerler (kadınlarda 80cm üzeri, erkeklerde 94cm üzeri) baz alındığında; çalışmamızdaki abdominal obezite sıklığı %20.9 olarak belirlenmiştir. Cinsiyete göre bakıldığında; kadınlarda abdominal obezite sıklığı %14, erkeklerde ise %57.7 olarak belirlenmiştir. Çetinkaya (2016)'nın üniversite öğrencileri ile benzer olarak yaptığı çalışmada da abdominal obezite sıklığı %16.19 oranı ile araştırmamız ile benzer sıklıkta bulunmuştur. Abdominal obezite üzerine erişkinler ile yapılmış; Doğan Kaya (2018)'nin çalışmasında abdominal obezite sıklığı %31.2 olup araştırmamızda olduğu gibi erkeklerde kadınlara göre daha yüksek saptanmıştır. Özçelik (2012)'in çalışmasında ise abdominal obezite sıklığı %32.5 olup, bu sıklık kadınlarda daha yüksek saptanmıştır. Üniversite öğrencilerinde erişkin bireylere göre abdominal obezite sıklığı daha az olup, cinsiyetler arasında ki farklılığın sosyo-ekonomik ve kültürel farklılıklardan kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Kitiş ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında, yirmi yaş ve üzeri kadınlar ile çalışılmış ve abdominal obezite sıklığı %75.2 oranı ile oldukça yüksek saptanmıştır. Oğuz ve arkadaşlarının (2008) sağlık çalışanları ile yaptığı araştırmada ise, abdominal obezite sıklığı %13.8 bulunmuş olup; erkeklerde %19.1, kadınlarda ise %10.6 şeklinde bulunmuştur. Yetişkinlerle yapılan başka bir araştırmada da abdominal obezite göstergesi olan BÇ ölçümünün cinsiyetler arasında fark görülmemiştir (Koçyiğit ve ark, 2018). Farklı yaş grupları ile yürütülen benzer çalışma bulgularının araştırmamız ile farklı sonuçlar gösterdiği ve yaş arttıkça abdominal obezite sıklığının arttığı görülmektedir. Bu durumun, yaş arttıkça beslenme alışkanlıklarının değişmesi, iş yaşamının yoğunluğuna bağlı fiziksel aktivite seviyesinin azalması ve azalan metabolizma hızı gibi birçok faktörden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda, öğrencilik döneminde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmesi ve bu yönde alışkanlık kazandırılmasının, yetişkinlik döneminde artan obezite ile mücadelede etkili bir yöntem olacağını düşünmekteyiz.

Kalça çevresi BÇ'den ayrı düşünülemez ve aynı şekilde BÇ gibi BKO'da ileri derece abdominal obeziteyi gösterirken, metabolik komplikasyon riskinin arttığına da göstergesi olarak kabul edilmektedir (Tam ve Çakır, 2012). Çalışmamızda, KÇ ortalaması 98.65 ± 8.59 cm olarak belirlenmiştir. Benzer olarak üniversite öğrencileri ile yapılmış olan; Çetinkaya (2016)'nın çalışmasında KÇ ortalaması 97.22 ± 8.84 cm, Murathan ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında erkeklerde 101.4 ± 8.8 cm, kadınlarda ise 103.1 ± 8.4 cm olarak bulunmuştur. Bulgular araştırmamız ile yakın bulunmuştur.

Metabolik komplikasyon riski açısından BKO (bel/kalça oranı) incelendiğinde WHO tarafından belirlenen değerler baz alındığında (kadınlarda 0.85cm ve üzeri, erkeklerde ise 0.90cm ve üzeri) kadınların %3.8'i, erkeklerin ise %9.6'sı metabolik komplikasyon açısından yüksek risk taşımaktadır. Üniversite öğrencileri ile yapılan; Mendeş ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında BKO erkeklerde 0.71 ve 0.95 arası,

kadınlarda ise 0.61 ve 1.04 arasında, Gezer (2017)'in yaptığı çalışmada ise BKO 0.77 ± 0.08 şeklinde bulunmuştur. Çalışma bulguları araştırma bulgumuz ile benzer şekilde, üniversite öğrencilerinde BKO değerinin hafif düzeyde yüksek olduğunu göstermektedir. Bel çevresinde olduğu gibi, bu yaşlarda normal BKO değerinin yetişkinlik döneminde de korunması önem taşımaktadır.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin, yeme farkındalıkları YFÖ-30 ortalama puanı 97.63 ± 13.26 ile yüksek düzey olarak bulunmuştur. Yeme farkındalığı ölçeği alt boyutları incelendiğinde; “düşünmeden yeme” puan ortalaması 16.23 ± 4.23 ile; “duygusal yeme” puan ortalaması 16.24 ± 5.11 ile; “yeme kontrolü” puan ortalaması 15.14 ± 3.56 ile; yüksek düzey “farkındalık” puan ortalaması 16.01 ± 2.23 ile; “bilinçli beslenme” puan ortalaması 15.07 ± 2.81 ile; “enterferans” puan ortalaması 7.30 ± 1.74 ile yüksek düzeyde bulunurken, sadece “yeme disiplini” puan ortalaması 11.65 ± 2.82 ile düşük düzeyde bulunmuştur. Bu bulgulara dayanarak; öğrencilerin yeme kontrolü konusunda güçlü davranış sergiledikleri, yeme disiplini alanında ise en zayıf yeme farkındalığı davranışı sergiledikleri belirlenmiştir. Köse (2017)'nin yeme farkındalığı üzerine benzer olarak yapmış olduğu çalışmada da öğrencilerin YFÖ-30 ortalama puanı 98.11 ± 13.81 olarak yüksek düzeyde bulunmuştur. Farklı olarak sağlık çalışanları ile yapılmış olan ve abdominal obezite farkındalığı değerlendirilen bir çalışmada farkındalık %16.7 oranında olup bu farkındalık oldukça az değerlendirilmiştir (Özçelik, 2012). Literatürde konu ile ilgili başka çalışmaya rastlanmamıştır, bu nedenle aynı ya da farklı popülasyonlarda yeme farkındalık düzeylerinin belirlenmesine yönelik çalışmaların yürütülmesi önerilmektedir.

Öğrencilerin üniversite zamanlarında aileden uzakta olmaları, vakitlerinin çoğunu dışarıda geçirmeleri, kendi seçimlerinde özgür olmaları gibi ana etkenlerin yanında yaş, cinsiyet, ekonomik etkenler ve yeni kurulan düzene uyum sağlama gibi pek çok faktör yemek yeme düzeni, yeme farkındalığı ve besin seçimini etkileyebilmektedir (Özyazıcıoğlu ve ark, 2009; Garibağaoğlu ve ark, 2006). Çalışmamızda, öğrencilerin BKİ ile ”düşünmeden yeme”, “yeme kontrolü”, “yeme

disiplini” ve “enterferans” alt boyutları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmasına rağmen bu ilişkilerin oldukça zayıf olduğu saptandı. Benzer şekilde yapılan Köse (2017)’ nin çalışmasında vücut ağırlığı ve BKİ arasında negatif ilişki vardır. Vücut ağırlığı ve BKİ değeri yükselirken; “yeme kontrolü” düşmekte olup, bu ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Framson ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında ise, BKİ değeri arttıkça aynı şekilde yeme farkındalık ölçeği puanı giderek azalmaktadır. Grinnell ve arkadaşları (2011) çalışmasında da BKİ azaldıkça yeme farkındalık düzeyinin arttığını belirtmiştir. Üniversite öğrencileri ile yürütülen başka bir araştırmanın sonuçlarına göre de beslenme bilgi, alışkanlık ve davranışın BKİ ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış, araştırma bulgumuz ile farklılık göstermiştir (Şanlıer, 2009). Çalışma bulgularının benzerlik ve fark göstermesi, çalışmaların yürütüldüğü popülasyonun yaş benzerlik ve farkına bağlanmıştır. Beden kitle indeksi daha yüksek olan öğrencilerde yeme farkındalık düzeyinin düşük olması, edinilen yanlış yeme davranışlarının devam edebileceği ve bu durumun BKİ’ de artışa sebep olabileceği ihtimalini düşündürmektedir. Bu nedenle özellikle obez, abdominal obez ya da kilo almaya eğilimi olan öğrenciler de yeme farkındalığının geliştirilmesi daha da önem taşıdığı görüşündeyiz.

Çalışmamızda, yeme farkındalığı düzeyi abdominal obezitesi olan kadınlarda (BÇ 80cm ve üzeri) “farkındalık” alt boyutunda, abdominal obezitesi olmayan kadınlardan daha yüksek saptandı. Abdominal obezitesi olmayan (BÇ 94cm ve altı) erkeklerde ise “yeme kontrolü” alt boyutu puan ortalaması, abdominal obezitesi olan (BÇ 94cm üzeri) erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Literatürdeki diğer çalışmalarda da BKİ ve BÇ değerleri erkeklerde yüksek olup ve araştırmamızla paralellik göstermektedir (Koç ve Yardımcı, 2010; Dülger ve Mayda, 2016). Bu anlamda araştırmamızda ki abdominal obezite oranının erkeklerde yüksek olması ve farkındalığın kız öğrencilerde yüksek çıkması; kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre beden imajlarına ve beslenme alışkanlıklarına daha dikkat ettiklerinden kaynaklandığını ve farkındalık düzeylerinin yüksek olduğunu düşünmekteyiz.

Literatür incelendiğinde, üniversite öğrencilerinin yeme farkındalık düzeylerini inceleyen başka çalışmaya rastlanmamıştır. Benzer çalışmaların yürütülmesi abdominal obezite oranının azaltılmasında önemli katkı sağlayacaktır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyan öğrenciler ile yapılan araştırmada öğrencilerin abdominal obezite sıklığı ve yeme farkındalık düzeyleri ölçülerek değerlendirilmiştir ve elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

- Öğrencilerin BKİ ortalamasına göre; %14.3'ü zayıf, %70.9'u normal, %12.4'ü fazla kilolu, %2.4'ü ise obezdir.
- Öğrencilerde BÇ ölçümüne göre abdominal obezite sıklığı %20.9 olup; kadınlarda %14, erkeklerde ise %57.7 olarak belirlenmiştir.
- Öğrencilerin yeme farkındalığı, (YFÖ-30 ortalama puanı 97.63±13.26) yüksek düzeydedir.
- Abdominal obez olan kadınların YFÖ-30 "farkındalık" alt boyutu puan ortalaması abdominal obez olmayan kadınlara göre, abdominal obez olmayan erkeklerin ise "yeme kontrolü" alt boyutu puan ortalaması abdominal obez olan erkeklere göre daha yüksek bulundu.
- Öğrencilerin BKİ ve BÇ değerinin yeme farkındalık düzeyini etkilemediği belirlendi.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda şu öneriler geliştirilebilir:

- Öğrencilerin yeme farkındalık düzeylerini geliştirecek ve kilo kontrollerini sağlayacak yönde konuların, müfredatta işlendiği ders/seçmeli derslere yer verilmesi,
- Öğrencilerin farkındalıklarını artırmak amacıyla konu ile ilgili bilimsel etkinliklere katılımlarının desteklenmesi,
- Abdominal obezite ve obezitenin önlenmesi ile yeme farkındalık düzeylerini artırmaya yönelik mesleki ve toplumsal sorumluluklar için öğrencilere fırsat verilmesi,
- Yeme farkındalık düzeyi ve abdominal obezite çalışmaların, daha geniş örnekleme ve farklı popülasyonları kapsayan araştırmalar ile yürütülmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

Ahbab S, Yenigün M. (2011), Yağ Dokusu Hormonları; Genel Bir Bakış. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 4. İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye.

Akbulut G, Özmen M, Besler T. (2007), Çağın Hastalığı Obezite. Bilim ve Teknik Dergisi, Yeni Ufuklar, 1-15.

Akman M, Budak Ş, Kendir M. (2004), Genel Dâhiliye Polikliniğine Başvuran Hastalarda Obezite Sıklığı Ve İlişkili Sağlık Problemleri. Marmara Medical Journal, 17(3), 113-120.

Alberts HJ, Thewissen R, Raes L. (2012), Dealing With Problematic Eating Behaviour. The Effects Of A Mindfulness-Based İntervention On Eating Behaviour, Food Cravings, Dichotomous Thinking And Body İmage Concern. Appetite, 58(3), 847-51.

Alıcı M, Pınar R. (2008), Obez Hastalara Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2.

Alıcı S, Sarıkaya Ö. (2009), Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Yaşantılayarak Öğrenme Uygulaması. Doku Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2(3), 95-101.

Altun S. (2015), Üniversite Öğrencilerinin Obeziteye İlişkin Önyargılarının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme Diyetetik Anabilim Dalı, Ankara, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Aydan Ercan).

Altunkaynak B, Özbek E. (2006), Obezite: Nedenleri ve Tedavi Seçenekleri, Van Tıp Dergisi, 13(4), 138-142.

Anderson LM, Reilly EE, Schaumberg K, Dmochowski S, Anderson DA. (2016), Contributions Of Mindful Eating, İntuitive Eating, And Restraint To BMI, Disordered Eating, And Meal Consumption İn College Students. Eating and Weight Disorders 21(1), 83-90.

Appel SJ, Jones ED, Kennedy□Malone L. (2004), Central Obesity and the Metabolic Syndrome: Implications for Primary Care Providers, Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 16(8).

Atkinson RL. (2005), The Management Of Eating Disorders And Obesity. In: Etiologies of Obesity. Ed:DJ. Goldstein. Totowa, NJ, Humana Press Inc.

Aydın Y, Celbek G, Kutlucan A, Önder E, Güngör A, Alemdar R, Coşkun H, Özhan, H. (2012), Batı Karadeniz Bölgesinde Obezite Prevelansı: Melen Çalışması, Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism, Turk Jem 16, 52-57.

Aygin D, Açıl H. (2015), Morbid Obezlerde Bariyatrik Cerrahi Sonrası Erken Dönem Hemşirelik Bakımı, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Gümüşhane University Journal of Health Sciences, 4(4).

Aygün N. (2014), Obezite Tanımı, Komplikasyonları, Endokrin Kontrolü ve Beslenme Tedavisi, Okmeydanı Tıp Dergisi 30 (Ek sayı 1),45-49.

Ayhan DE, Günaydın E, Gönluoçak E, Arslan U, Çetinkaya F, Asımı H, Uncu Y. (2012), Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları ve Bunları Etkileyen Faktörler, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 38(2), 97-104.

Babaoğlu K, Hatun Ş. (2002), Çocukluk Çağında Obezite. Kocaeli Ü. Tıp Fak. Çocuk Sağ. ve Hast. AD, 11(1).

Baer R.A, Smith G.T, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. (2006), Using Selfreport Assessment Methods To Explore Facets Of Mindfulness. Assessment, 13(1), 27-45.

Barbee KG, Timmerman GM. (2015), Emotional Eating, Nonpurge Binge Eating, And Self-Efficacy In Healthy Perimenopausal Women. Journal Of Holistic Nursing 33(4), 298-307.

Bays JC. (2009), Mindful Eating: A Guide To Rediscovering A Healthy And Joyful Relationship With Food. First Edition. Shambhala Publications Vol.1. Boston, Massachusetts.

Bek N. (2008), Fiziksel Aktivite ve Sağlığımız. 1.Basım. Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayın, 730, 7-20.

Beshara M, Hutchinson A.D, Wilson C. (2013), Does Mindfulness Matter? Everyday Mindfulness, Mindful Eating And Self-Reported Serving Size Of Energy Dense Foods Among A Sample Of South Australian Adults. Appetite, 67, 25–29.

Beyaz B, Koç A. (2009), Obezitenin Ekonomisi: Güncel Durum, Mücadele Politikaları Ve Ekonomik Analizler, Econ Anadolu, 17-19.

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Devins, G. (2004), Mindfulness: A proposed operational definition. Clinical psychology: Science and practice, 11(3), 230- 41.

Casea A, Menendez A. (2009), Sex differences in obesity rates in poor countries: Evidence from South Africa. *Economics and Human Biology* 7, 271–282.

Caterson ID, Brom J. (2001), *Pocket Picture Guide Obesity* 1th edition, 20-47.

Çatak PD, Ögel K. (2010), Farkındalık Temelli Terapiler ve Terapötik Süreçler, *Klinik Psikiyatri*, 13, 85-91.

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

Çetinkaya S. (2016), Sakarya Üniversitesi Öğrencilerinin Kilofobi Düzeyleri ve Obez Bireylere Yönelik Tutumların Değerlendirilmesi Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Havva Sert).

Daubenmier J, Kristeller J, Hecht FM, Maninger N, Kuwata M, Jhaveri K. (2011), Mindfulness Intervention For Stress Eating To Reduce Cortisol And Abdominal Fat Among Overweight And Obese Women: An Exploratory Randomized Controlled Study. *Journal of Obesity* 9: 1-14.

Deitel M. (2003), Overweight and obesity worldwide now estimated to involve 1.7 billion people. *Obes Surg*, 13, 329-30. doi:10.1381/096089203765887598

Doğan Kaya Y. (2018), Erişkinlerde Abdominal Obezite Ve Huzursuz Barsak Sendromu İlişkisi Tıpta Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.

Doğan N, Toprak D, Demir S. (2011), Afyonkarahisar İlinde Obezite Prevalansı ve İlgili Risk Faktörleri *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 31(1), 122-32.

Doğan R. (2012), Eskişehir Büyükdere Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Gebelerde Obezite Sıklığının ve Obezitenin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Eskişehir, (Danışman: Doç.Dr. Nebahat Özerdoğan).

Dülger H, Mayda AS. (2016), Bartın Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlıkları ve Obezite Prevalansı, 6(3).

Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Joseph Hawkins J, Haris WA, Lowry R, McManus T, Chyen D, Lim C, Brener ND, Wechsler H. (2008), Youth Risk Behavior Surveillance United States, CDC,MMWR Surveillance Summaries, 57(4), 1-131.

Eker, E. ve Şahin, M. (2002), Birinci Basamakta Obeziteye Yaklaşım. Sted, 11(7), 246-249.

Eren İ, Erdi Ö. (2003), Obez Hastalarda Psikiyatrik Bozuklukların Sıklığı, Klinik Psikiyatri, 6, 152-157.

Ergin I, Hassoy H, Kunst A. (2012), Socio-economic inequalities in overweight among adults in Turkey: A regional evaluation Public Health Nutrition: 15(1), 58–66

Ermış E, Doğan E, Erilli NA, Satıcı A. (2014), Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Örneği, 6(1).

Erten M. (2006), Adıyaman ilinde eğitim gören üniversite öğrencilerinin beslenme bilgilerinin ve alışkanlıklarının araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Flier JS, Cook KS, Usher P, Spiegelman BM. (1987), Severely Impaired Adipsin Expression İn Genetic And Acquired Obesity. Science.

Framson C, Kristal AR, Schenk JM, Littman AJ, Zeliadt S, Benitez D. (2009), Development and validation of the mindful eating questionnaire. Journal of the American Dietetic Association 109(8), 1439-1444.

Freedman DS, Khan LK, Serdula MK, Dietz WH, et al. (2005), The relation of childhood BMI to adult adiposity: the Bogalusa Heart Study. Pediatrics, 115, 22-27.

Garibağaoğlu M, Budak N, Öner N, Sağlam Ö, Nişli K. (2006), Üç Farklı Üniversitede Eğitim Gören Kız Öğrencilerin Beslenme Durumları ve Vücut Ağırlıklarının Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Dergisi 15(3), 173-80.

Genç T. (2015), Kronik Periodontitisli Hastalarda Obezite ve İnflamasyon İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Kayseri.

Gezer C. (2017), Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinde Bel/Boy Oranı Ve Tip 2 Diyabet Riski İlişkisinin Değerlendirilmesi, Journal of Food and Health Science, 3(4), 141-149.

Giannakopoulos G, Panagiotakos D, Mihas C, Yountas Y. (2009), Adolescent smoking and health- related behaviours interrelations in a Greek school- based sample, 35(2), 164-170.

Greeno CG, Wing RR. (1994), Stress-Induced Eating, Psychological Bulletin, 115, 444-64.

Grinnell S, Greene G, Melanson K, Blissmer B, Lofgren IE. (2011), Anthropometric and behavioral measures related to mindfulness in college students. Journal of American College Health 59(6), 539-545.

Guyton AC, Hall JE. (2001), Textbook of Medical Physiology. İstanbul, Nobel Kitapevi, 797-800.

Gülcan E, Özkan A. (2006), Obezite, Dumlupınar Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 10.

Gülçelik NE, Gürlek A, Usman A. (2007), Obezitenin Medikal Tedavisi, Hacettepe Tıp Dergisi, 38, 212217.

Güler Y, Gönener D, Altay B, Gönener A. (2009), Adölesanlarda obezite ve hemşirelik bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4(10), 165-181.

Gürbüz P, Yetiş G, Çelikean G. (2016), Obezite ve Yağ Dokusu, T.C.İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 4(2).

Hotta K, Funahashi T, Arita Y, et al. (2000), Plasma con-centrations of a novel, adipose-specific protein, adiponectin, in type 2 diabetic patients. Arteri-oscler Thromb Vasc Biol, 20, 1595-9.

İnal S, Canbulat N. (2013), Çocukluk Çağı Obezitesine Genel Bakış, Güncel Pediatri, 11, 27-30.

İstanbul Sağlık Müdürlüğü Çalışanlarında Obezitenin Değerlendirilmesinde Beden Kitle İndeksinin İncelenmesi, Araştırma Raporu İstanbul, 2015. Erişim: www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/arsag/belge/2015_obezi_re_inc_rapor.pdf, 10.03.2019.

İşeri A, Arslan N. (2008), Obesity in adults in Turkey: age and regional effects. European Journal of Public Health, 19(1), 91-94.

Kadıoğlu M, Ergün A. (2015), Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumu, Öz-Etkililik ve Etkileyen Faktörler, MÜSBED 5(2), 96-104. DOI: 10.5455/musbed.20150309011008.

Kanter R, Caballero B. (2012), Global Gender Disparities in Obesity: A Review. *Advances in Nutrition An International Review Journal* 3, 491–498. doi: 10.3945/an.112.002063

Karakoç Kumsar A. (2012), Metabolik Sendromlu Kadınlarda Hemşire Danışmanlığının Metabolik Sendrom Temel Bileşenlerini Kontrol Altına Almada Etkinliği (Doktora Tezi). İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.

Kardaş F, Orbak Z. (2002), Adölesansta Beslenme. Sendrom Aylık Aktüel Tıp Dergisi, 90-96.

Kavas A. (2003), Sağlıklı Yaşam İçin Doğru Beslenme. 3. Basım. İstanbul, Literatür Yayıncılık, 6, 15.

Kayar H, Utku S. (2013), Çağımızın Hastalığı Obezite ve Tedavisi, Mersin Üniv Sağlık Bilim Derg, 6(2).

Kılınç F, Gözel N. (2018), Obezite ve Genetik, Fırat Tıp Dergisi/Fırat Med J, 23, (Özel Sayı/Supp) 9-13.

Kitiş Y, Bilgili N, Hisar F, Ayaz S. (2010), Yirmi Yaş Ve Üzeri Kadınlarda Metabolik Sendrom Sıklığı Ve Bunu Etkileyen Faktörler, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara. *Anadolu Kardiyol Derg.* 10, 111-9.

Koç N, Yardımcı H. (2018), Obez Adölesanların Sağlıklı Yeme Durumlarının Değerlendirilmesi (HEI-2010): Üçüncü Basamak Hastane Deneyimi, Türkiye Çocuk Hast Derg, Turkish J Pediatr Dis, 3, 155-16.

Koç S. (2006), Obez Adölesanlarda Metabolik Sendromun ve Alkolik Olmayan Karaciğer Yağlanması Araştırılması, Aralarındaki İlişkinin Değerlendirilmesi Uzmanlık Tezi. İstanbul: T.C Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği. (Erişim: istanbul.saglik.gov.tr/w/tez/pdf/cocuk_sagligi/dr_seher_koc.pdf, 03.02.2019).

Koçyiğit E, Arslan N, Köksal E. (2018), Yetişkin Bireylerde Vücut Farkındalığı ve Antropometrik Ölçümlerle İlişkisi, *Bes Diy Derg*, 46(3), 248-256.

Kokino S, Özdemir F, Zateri C. (2006), Obezite ve Fiziksel Tıp Yöntemleri. *Trakya Univ Tıp Fak Derg*, 23(1), 47-54.

Koran S. (2009), Obezitesi ve Abdominal Obezitesi Olan Hastalarda Kardiyovasküler Risk Profili Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Korkmaz A, Topal T. (2006), Modern Yaşam Tarzı ve Yeni Hastalıklar: Metabolik Sendrom Örneği, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 5 (4).

Köse G, Tayfur M, Birincioğlu İ, Dönmez A. (2016), Yeme Farkındalığı Ölçeği'ni Türkçeye Uyarlama Çalışması, Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi 3, 125-134.

Köse G. (2017), Üniversite Öğrencilerinin Yeme Farkındalığının Üzerine Bir Araştırma, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Doktora Tezi.

Köse S, Yıldız S. (2018), Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Akademisyen Yayınevi Bilimsel Araştırmalar Kitabı, Ankara.

Kutluay Merdol T. (2003), Obezitede Diyet Tedavisi Temel İlkeleri ve Eğitim, Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism, (Suppl. 2), 33-38

Kültürsay H, Yavuzgil O. (2003), Obezite ve Kardiyovasküler Risk. Türk Kardiyoloji Seminerleri; 3, 129-135.

Lai A, Chen W, Helm K. (2013), Effects of Visfatin Gene Polymorphism RS4730153 on Exercise-induced Weight Loss of Obese Children and Adolescents of Han Chinese. Int J Biol Sci. 9(1), 16-21. DOI:10.7150/ijbs.4918. PMID:PMC3535530.

Lee H, Lee IS, Choue R. Obesity, Inflammation And Diet. (2013), Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. 16(3), 143-52. doi: 10.5223/pghn.2013.16.3.143. Epub 2013 Sep 30.

Lo JC, Ljubicic S, Leibiger B, et.al. (2014), Adipsin is an Adipokine That Improves B Cell Function in Diabetes, 158(1), 41-53. doi:10.1016/j.cell.2014.06.005.

Mantzios M, Wilson JC. (2015), Mindfulness, eating behaviours, and obesity: a review and reflection on current findings. Current Obesity Reports 4(1), 141-146.

Mazıcıoğlu MM, Öztürk A. (2003), Üniversite 3 ve 4. Sınıf Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlıkları ve Bunu Etkileyen Faktörler, Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal), 25(4), 172-178.

Mendeş B, Mendeş M, Mendeş E. (2018), Üniversite Öğrencilerinde Kan Grupları İle Abdominal Obezite İlişkisinin İncelenmesi, SPORMETRE, 16(2), 72-79.

Metabolik Sendrom Kılavuzu, 2009. (Erişim: [temd.org.tr/admin/uploads/tbl_yayinlar/metabolik_sendrom.pdf](http://www.temd.org.tr/admin/uploads/tbl_yayinlar/metabolik_sendrom.pdf), 03.01.2019).

Murathan F, Uğurlu Mehmet F, Murathan T, Koç M. (2017), Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Karşılaştırılması, Ankara.

Musaiger A.O. (2011), Overweight and Obesity in Eastern Mediterranean Region: Prevalence and Possible Causes. Journal of Obesity Volume 1-17. <http://dx.doi.org/10.1155/2011/407237>.

Mustajoki P, Pekkarinen T. (2001), Very low energy diets in the treatment of obesity, 2(1).

Müller J, Dettmer D, Macht M. (2008), The Attitudes to Chocolate Questionnaire: psychometric properties and relationship to dimensions of eating. Appetite. 50, 499-505.

Nishida, Mucavele. (2005), Monitoring the rapidly emerging public health problem of overweight and obesity: the WHO global database on body mass index, SCN News, (29), 5-11.

Obezite ile Mücadele El Kitabı, Ankara, 2013. (Erişim: https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/ekitap/Beslenme/hekimler_icin_obezite_mucadele_el_kitabi.pdf, 06.03.2019).

Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, Ankara, 2018. (Erişim: www.temd.org.tr/admin/uploads/tbl_gruplar/20180525144116-2018-05-25tbl_gruplar144108.pdf, 05.02.2019).

Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. (2014), Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 20112012. JAMA, 311(8), 806-814.

Oğuz A, Sağun G, Uzunlulu M, Alparslan B, Yorulmaz E, Tekiner E, Sarıışık A. (2008), Sağlık Çalışanlarında Abdominal Obezite ve Metabolik Sendrom Sıklığı ve Bu Durumlar Hakkında Farkındalık Düzeyleri, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Turk Kardiyol Dern Ars. 36(5), 302-309.

Oğuz G, Karabekiroğlu A, Kocamanoğlu B, Sungur MZ. (2016), Obezite ve Bilişsel Davranışçı Terapi, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 8(2), 133-144.

Onat A, Ceyhan K, Sansoy V, Uyarel H, Yazıcı M, Uzunlar B, Doğan Y, Toprak S, Hergenç G. (2003), Yetişkinlerimizde Abdominal Obezite Ve Obezite Göstergeleri: İnsülin, Glukoz İntolerans, İnflamasyona Etkileri, Koroner Risk Öngördürücülüğü. Türk Kardiyol Dern Arş 3(1), 65-73.

Orak S, Aygün S, Orhan H. (2006), Süleyman Demirel Üniversitesi Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının Araştırılması, S.D.Ü. Tıp Fak. Derg, 13(2), 5-11.

Orhan, Yusuf. (2001), 'Endorinoloji, Metabolizma ve Beslenme Hastalıkları', Şişmanlık, Nobel tıp Kitapevleri, 716-717.

Özata M, Avcu F, Durmuş Ö, Yılmaz İ, Özdemir Ç, Yalçın A. (2001), Leptin Does Not Play a Major Role in Platelet Aggregation in Obesity and Leptin Deficiency, 9(10).

Özçelik M. (2012), Sağlık çalışanlarında abdominal obezite sıklığı ve farkındalığı - 2 çalışması, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Göztepe Eğitim Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı.

Özkan A, Köklü Y, Kayıhan G, Alemdaroğlu U, Ersöz G. (2013), Obezitenin Önlenmesi ve Tedavisinde Fiziksel Aktivite ve Egzersizin Rolü, Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi, 07(3).

Özkan N, Bilici S. (2018), Yeme Davranışında Yeni Yaklaşımlar: Sezgisel Yeme ve Yeme Farkındalığı, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(2), 16-24.

Özkan ÖP. (2015), Otozomal Dominant Polikistik Böbrek Hastalarında Antropometrik Ölçümlerin Diyet ve Böbrek Fonksiyonları İle İlişkisi, Doktora Tezi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara.

Özyazıcıoğlu N, Gökdere Çınar H, Buran G, Ayverdi D. (2009), Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlıkları, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(2), 34-40.

Pekcan G. (2008), Beslenme Durumunun Saptanması. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, Yayın No: 732.

Pikhart H, Bobak M, Malyutina S, Pajak A, Kubínová R, Marmot M. (2007), Obesity and Education in Three Countries of The Central and Eastern Europe: The Hapiece Study. Cent Eur J Public Health 15(4), 140–142. doi:10.1186/1471-2458-9-439.

Rebecca Kanter, Benjamin Caballero. (2012), Global Gender Disparities in Obesity: A Review, *advances in Nutrition*, 3(4), 491–498.

Sağlık Bakanlığı TSHGM. (2010), Türkiye Obezite (Şişmanlık) İle Mücadele ve Kontrol Programı, Ankara. (Erişim: www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/halksag/belge/mevzuat/turkiye_obezite_mucadele_kontrol_prg.pdf, 08.01.2019).

Sarria A, Moreno LA, Garcia-Clop LA, Fleta S, Morellan MP, Bueno M. (2001), Body mass index triceps skinfold and waist circumference in screening for adiposity in male children and adolescent. *Acta Pediatr*, 90, 387-92.

Satman İ, TURDEP-II Grubu. (2010), Erişim: www.turkendocrin.org/files/fileD_156.pdf, 02.11.2018.

Satman İ, Yılmaz, T, Şengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, Bastar I, Tütüncü Y, Sargin M, Dinccag N, Karsıdag K, Kalaca S, Özcan C, King H. (2002), Population-Based Study of Diabetes and Risk Characteristics in Turkey: Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP), *Diabetes Care*, 25(9), 1551-1556.

Sattar N. (2006), Metabolik Sendrom: Güncel Kriterler Klinik Uygulamayı Etkilemeli Mi? Glasgow Royal Infirmary, Glasgow, Scotland, UK.

Semerci C. (2004), Obezite ve Genetik, *Gülhane Tıp Dergisi* 46(4), 353-359.

Sevinçer GM, Konuk N. (2013), Emosyonel Yeme, *Journal of Mood Disorders*, 3(4).

Soyuer F, Ünalana D, Elmalı F. (2010), Normal Ağırlıklı Ve Obez Üniversite Öğrencilerinde Fiziksel Aktivite, 7(2).

Sözen MA. (2006), Obezite ve Obezitenin Genetigi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Kocatepe Tıp Dergisi *The Medical Journal of Kocatepe*, 7, 1-11.

Steppan CM, Lazar MA. (2002), Rezistin And Obesity-Associated Insulin Resistance. *Trends in Endocrinology & Metabolism*, 13, 18-23.

Stewart SD, Menning CL. (2009), Family Structure, Nonresident Father Involvement, And Adolescent Eating Patterns. *Journal of Adolescent Health*, 45(2), 193-201.

Sümbül Eİ. (2009), 4-6 Yaş Arasındaki Öğrencilerin Okul Dönemindeki Yetersiz Ve Dengesiz Beslenme Alışkanlıklarının Saptanması, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler enstitüsü İlköğretim Anabilim Dalı Okul Öncesi Öğretmenliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Konya.

Şanlıer N, Konaklıoğlu E, Güçer E. (2009), Gençlerin Beslenme Bilgi, Alışkanlık ve Davranışları İle Beden Kütle İndeksleri Arasındaki İlişki, GÜ, Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 29(2), 333-352.

Şanlıer N. (2005), Gençlerde Biyokimyasal Bulgular, Antropometrik Ölçümler, Vücut Bileşimi, Beslenme Ve Fiziksel Aktivite Durumlarının Değerlendirilmesi. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 25(3), 47-73.

Şişmanlık(Obezite) ve Fiziksel Aktivite ,Şubat 2008- Ankara. (Erişim: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t44.pdf>, 05.03.2019).

Tam AA, Çakır B. (2012), Birinci Basamakta Obeziteye Yaklaşım, Ankara Medical Journal, 12(1), 37-41.

Tedik SE. (2017), Fazla Kilo / Obezitenin Önlenmesinde ve Sağlıklı Yaşamın Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Erzurum. Türk Diyab Obez Turk J Diab Obes, 2, 54-62.

Tekin K, Toydemir T. (2013), Obezitenin Cerrahi Tedavisi. Türkiye Klinikleri J Endocrin-Special Topics, 6(1), 86-90.

Toplumun Beslenmede Bilinçlendirilmesi Saha Personeli İçin Toplum Beslenmesi Programı Eğitim Materyali. (2002), Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara.

Türkiye Obezite (Şişmanlık) İle Mücadele ve Kontrol Programı, 2010-2014. Erişim: www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/halksag/belge/mevzuat/turkiye_obezite_mucadele_kontrol_prg.pdf, 05.03.2019.

Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, Ankara, 2013-2017. Erişim: dosyahsm.saglik.gov.tr/Eklenti/1507,turkiye-saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-programipdf.pdf?0, 20.12.2018.

Ulusal Gıda ve Beslenme Stratejisi Çalışma Grubu Raporu. (2003), Devlet Planlama Teşkilatı İktisadi Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Yayın No DPT: 2670, Ankara.

Ural D, Kılıçkap M, Göksülük H, Karaaslan D, Kayıkçıoğlu M, Özer N, Barçın C, Yılmaz MB, Abacı A, Şengül Ş, Arınsoy T, Erdem Y, Sanisoğlu Y, Şahin M, Tokgözoğlu L. (2018), Türkiye’de Obezite Sıklığı Ve Bel Çevresi Verileri: Kardiyovasküler Risk Faktörlerine Yönelik Epidemiyolojik Çalışmaların Sistemik Derleme, Meta-Analiz Ve Meta-Regresyonu, Turk Kardiyol Dern Ars, 46(7), 577-590. doi: 10.5543/tkda.2018.62200.

Van Strien T, Herman CP, Verheijden MW. (2009), Eating Style, Overeating, And Overweight In A Representative Dutch Sample. Does External Eating Play A Role?, Appetite 52(2), 380-387.

Visscher, T.L.S, Snijder, M.B, Seidell, J.C. (2010), Epidemiology: Definition and Classification of Obesity. İçinde P.G. Kopelman, I.D. Caterson, W.H. Dietz (Ed.), In Clinical Obesity in Adults and Children. (3rd Ed.) Wiley-Blackwell; 3-14. ISBN: 978-1-4051-8226-3.

Wadden, T. A, Brownell, K. D, Foster G. D. (2002), Obesity: Responding to the global epidemic. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70(3), 510-525.

WHO. (1997), Obesity : preventing and managing the global epidemic : report of a WHO Consultation on Obesity, Geneva, 3-5, Erişim: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63854>, 17.01.2019).

Wiley J, Byrne CD, Wild SH. (eds.) (2007), The Metabolic Syndrome And Primary Care, Chichester, UK, 144.

Wilson GT. (2010), Eating disorders, obesity and addiction. Eur Eat Disord Rev ,18,341-351.

Yanovski SZ, Yanovski JA. (2012), Obesity. N Engl J Med 346(8), 591-602.

Yenigün M, Türker T, Ataoğlu HE, Temiz LE, Ahbab S. (2005), From Obesity To Diabetes. Haseki Tıp Bülteni, 43, 1-12.

Yenigün M. (2010), Her Yönüyle Kardiyovasküler Diabet, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.

Yıldırım İ, Yıldırım Y, Işık Ö, Karagöz Ş, Ersöz Y, Doğan İ. (2017), Üniversite Öğrencilerinde Farklı Ölçüm Yöntemlerine Göre Obezite Prevalansı, İnönü Üniversitesi, Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 4(2), 20-3.

Yıldırım S, Uskun E, Kurnaz M. (2017), Bir İl Merkezinde Liselerde Eğitim Gören Öğrencilerin Yeme Tutumları ve İlişkili Faktörler, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, J Pediatr Res 4(3), 149-55.

Yücel N. (2008), Kilolu ve Obez Kadınlarda Obezite ve Benlik Saygısı İlişkisinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye.

Zileli R, Cumhuri Ö, Özkamçı H, Diker G. (2016), Üniversite Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlıkları İle Obezite Görülme Sıklığı, Bilinçli Sağlıklı Yaşam Dergisi, 12.



EKLER

EK 1. ÖĞRENCİ TANILAMA FORMU

1. Yaşınız.....

2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

3. Okuduğunuz Bölüm:.....

4. Sınıfınız: () 1 () 2 () 3 () 4

5. Boy uzunluğunuz:..... m

6. Vücut ağırlığınız:..... kg

7. BKİ (tarafımızdan hesaplanacaktır):.....

8. Bel Çevresi:..... cm

9. Kalça Çevresi:..... cm

10. Aile bireylerinde aşırı kilolu/obez birey var mı? () Evet () Hayır

11. Evet ise kim/kimler?.....

12. Annenizin eğitim durumları nedir?

() Okur-yazar değil

() İlkokul-ortaokul

() Lise

() Üniversite

13. Babanızın eğitim durumları nedir?

() Okur-yazar değil

() İlkokul-ortaokul

() Lise

() Üniversite

14. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

İyi

Orta

Kötü

15. Sigara kullanıyor musunuz?()Evet ()Hiç kullanmadım ()Bıraktım

16. Alkol kullanıyor musunuz?()Evet ()Hiç kullanmadım () Bıraktım

17. Düzenli egzersiz yapar mısınız? (Haftada en az 5 gün en az 30dk düzenli yürüyüş ya da planlanmış bir egzersiz programı)

Evet Hayır

18. Günlük hayatımdaki asansör yerine merdivenleri kullanmak, arabamı uzağa park etmek, kısa mesafelere yürüyerek gitmek gibi fiziksel aktivitelere dikkat ederim.

Evet Hayır

19. Günde oturarak (bilgisayar, TV, ders vb) kaç saat vakit geçiriyorsunuz?.....st

20. Genel beslenme tarzınızı nasıl değerlendirirsiniz?

Mutlaka her sabah kahvaltı yapıyorum

Genellikle fast food tarzı besleniyorum

Genellikle ev yemeği tüketiyorum

Öğünlerimi atlamam

Genellikle üniversite/yurt yemekhanesini kullanıyorum

Günde en az iki litre su tüketirim

Diğer (.....)

21. Sıklıkla tükettiğiniz besin gurubu aşağıdakilerden hangisidir/hangisi sizi tarifler?

- Sebze- meyve
- Et ve et ürünleri, kurubaklagil
- Ekmek, makarna vb. ürünler
- Süt yoğurt ya da peynir
- Cips ve benzeri gıdalar
- Çikolata vb tatlı gıdalar
- Hamburger, patates kızartması vb. fast food tarzı gıdalar
- Kola ve gazlı içecekler

22. Günde kaç saat uyuyorsunuz?

- 6 saatten az 6-8 saat 8 saatten fazla

23. Genel kilonuzdan ne derece memnunsunuz?

- Çok memnunum Memnunum Orta Memnun değilim

24. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

- Evet (belirtiniz) Hayır

25. Sürekli olarak kullandığınız ilaç var mı?

- Evet (belirtiniz) Hayır

26. Diyet yapar mısınız? () Çoğunlukla () Bazen () Hiçbir zaman

27. Hayatınızın herhangi bir döneminde kilolu/obez oldunuz mu?

- Evet Hayır

EK 2. YEME FARKINDALIĞI ÖLÇEĞİ

YEME FARKINDALIĞI ÖLÇEĞİ (YFÖ-30)

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınız ve farkındalığınız ile ilgilidir.

Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti koyunuz.

1	2	3	4	5
Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman

		1	2	3	4	5
1.	Besinlerin kalorileri hakkında bilgim vardır.					
2.	Ana öğünümü ekmeksiz yiyemem.					
3.	Lokmalarımı çiğnmeden yutarım.					
4.	Sevdiğim yiyeceklerden birini yerken, doyduğumu fark edemem.					
5.	Fast food olmayan bir hayat düşünemiyorum.					
6.	Çevremdekiler çok hızlı yemek yediğimi söyler.					
7.	Gaz yapan yiyecekleri yemekten kaçınırım.					
8.	Yemeden önce yiyeceklerin görüntüsü ve kokusundan keyif alırım.					
9.	Dün akşam ne yediğimi hatırlayabilirim.					
10.	Bir şey ikram edildiğinde düşünmeden yerim.					
11.	Yüksek kalorili besinlerden uzak dururum.					
12.	Protein içeriği yüksek besinleri yemeyi tercih ederim.					
13.	Yediğim besinlerdeki ince tatları fark ederim.					
14.	Birden bire çok acıktığımı fark edip ne bulsam yiyecek duruma gelirim.					
15.	Yediğim her lokmanın tadına varırım.					
16.	Sık sık diyet yaparım.					
17.	Tok olsam bile bir yiyeceğin aklımı çeldiği olur.					

18.	Yemeklerimi saatli yerim.						
19.	Yemeği kaşıkla yerim.						
20.	Tıka basa yemek yerim.						
21.	Evin bir yerlerinde dondurma, kurabiye ya da cips varken yemeden duramam.						
22.	Moralim bozulunca ilk aklıma gelen Şey yemek olur.						
23.	Sıkıntıda yerim.						
24.	Sağlıklı beslenirim.						
25.	Yemek çok sıcak ise biraz soğumasını beklerim.						
26.	Yediğimi fark etmeden atıştırırım.						
27.	Küçük lokmalarla yerim.						
28.	Stresli hissettiğimde abur cubur yerim.						
29.	Yerken otomatik pilota bağlarım.						
30.	Mutlu olmak için çikolata yerim.						

EK 3. GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Gönüllü Olur Formu

Sizi “Sağlık Bilimleri Fakültesinde Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinde Abdominal Obezite Sıklığı ve Yeme Farkındalıklarının Değerlendirilmesi” başlıklı bir çalışmaya davet ediyoruz.

Bu araştırmada sizlerden “Öğrenci Tanılama Formu” ve “Yeme Farkındalığı Ölçeği” ni doldurmanız istenmektedir. Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır.

Araştırmaya katılmayı red etme hakkına sahipsiniz. Araştırmamayı kabul etmeme durumunda ya da herhangi bir nedenle çalışmadan çekilmeniz durumunda, herhangi bir aksama olmayacaktır. İstedığınız anda bana haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da gerek görüldüğünde araştırma dışında tutulabilirsiniz. Araştırmaya katıldığınızda herhangi bir ödeme ya da harcama yapmayacaksınız. Kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Sizden alınan bilgiler yalnızca adı geçen çalışmada kullanılacaktır.

Anket formunun geri dönmesi araştırma amacı için bu bilgilerin kullanılmasına onam verildiği anlamına gelmektedir.

__/__/2018

Katılımcının imzası

Araştırmacı

Hilal BARIŞKAN

Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi

ETİK KURUL KARARI

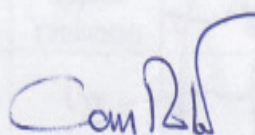
EK 4. Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İzin Yazısı

Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

27.08.2018

Sayın Dr.Öğr.Üyesi.Azime KARAKOÇ KUMSAR

Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu yapılan inceleme sonucunda planladığı “Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinin Abdominal Obezite Sıklığı ve Yeme Farkındalıklarının Değerlendirilmesi” isimli araştırmanızın kurulumuzun 27.08.2018 tarihli toplantısında etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir.


Etik Kurul Başkanı
Prof.Dr.Can Polat EYİĞÜN

T.C.
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI


Tarih: 27.08.2018 Toplantı Sayısı: 19	Karar No: 2018/19-06 Dr.Öğr.Üyesi.Azime KARAKOÇ KUMSAR'ın planladığı "Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinin Abdominal Obezite Sıklığı ve Yeme Farkındalıklarının Değerlendirilmesi" konulu araştırma incelendi, yapılan inceleme sonucunda araştırmanın etik yönden uygun olduğuna karar verildi.
--	---

ÜYELER

Adı soyadı	Alanı	Bölümü	Katılım	İmza
Prof.Dr.Can Polat EYİĞÜN	Tıp Fakültesi	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji A.D	Etik Kurul Başkanı	
Doç.Dr.Leman ŞENTURAN	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Hemşirelik Bölümü	Etik Kurul Başkan Yardımcısı	
Prof.Dr.Fatma ÇELİK	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Beslenme ve Diyetetik Bölümü	Üye	
Doç.Dr.Şölen HİMMETOĞLU	Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyokimya A.D.	Raportör	
Doç.Dr.Burcu KARADUMAN	Diş Hekimliği Fakültesi	Periodontoloji A.D.	Üye	
Dr.Öğr.Üyesi.Ayşe Tuba CEYHUN	Eğitim Fakültesi	Zihin Engelliler Bölümü	Üye	
Dr.Öğr.Üyesi.Yonca ZENGİNLER	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü	Üye	

İZİNLER

EK 5. Biruni Üniversitesi İzin Yazısı

BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ "Bilimin Geleceği"	T.C. BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ Sağlık Bilimleri Fakültesi	 E-İmzalıdır
Sayı : 95687149-399.99-E.7309		14/11/2018
Konu : Sağlık Bilimleri Fakültesi Bölüm öğrencilerine Anket Uygulaması.		
Sayın; Dr. Öğr. Üyesi Azime KARAKOÇ KUMSAR		
İlgi : 04.10.2018 tarihli Dilekçeniz.		
İlgide kayıtlı dilekçede belirtilen Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı " Sağlık Alanında Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinde Abdominal Obezite Sıklığı ve Yeme Farkındalıklarının Değerlendirilmesi " başlık tez çalışması kapsamında, 2018 - 2019 Eğitim Öğretim yılı güz döneminde veri toplanmasına ilişkin Sağlık Bilimleri Fakültesi Bölüm öğrencilerine Anket Formlarının uygulanması Dekanlığımızca uygun görülmüştür. Bilgilerinize rica ederim.		
Prof. Dr. Nezihe BEJİ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı		
10. Yıl Caddesi Protokol Yolu No.45 34010 Topkapı İstanbul T: 444 8 276 (BRN) F: (212) 416 46 46 E: info@biruni.edu.tr www.biruni.edu.tr Ayrıntılı Bilgi İçin: Ramazan Turan KAYA Tel: E-Posta: rkaya@biruni.edu.tr		
Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Nezihe BEJİ tarafından 14.11.2018 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağımızı http://ebys.biruni.edu.tr/E-Imza/Default.aspx linkinden 59D17701X1 kodu ile doğrulayabilirsiniz.		

EK 6. YFÖ-30 Kullanım İzni

İLT:Yüksek Lisans YFÖ Kullanım İzni



Siz
drgizemkose@gmail.com kişisine

18 Ara
...

Merhaba hocam,

Biruni Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. Danışmanım Yrd.Doç.Dr. Azime Karakoç Kumsar ile birlikte yürüteceğimiz "Sağlık alanında okuyan üniversite öğrencilerinin abdominal obezite sıklığı ve yeme farkındalıklarının değerlendirilmesi" adlı tez konumda doktora tezinizde kullandığınız "Yeme Farkındalığı Ölçeği" ni, yüksek lisans tezimde kullanmak istiyorum.

Teşekkür ederim. İyi günler dilerim...

Biruni Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Hilal Barışkan.

Windows 10 için [Posta](#) ile gönderildi



Gizem Köse
Siz kişisine

18 Ara
...



yeme-farkindaligi-olcegi-yf...
DOCX - 18 KB

Merhaba,

Ölçeği ekte gönderiyorum. Puanlandırması da ekin içindedir.

Herhangi bir sorunuz olursa iletişime geçebilirsiniz. İyi çalışmalar dilerim.

...



Siz
Gizem Köse kişisine

20 Ara
...

Merhaba hocam, çok teşekkür ederim. İyi günler dilerim..

Hilal Barışkan

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Hilal BARIŞKAN

Doğum Tarihi ve Yeri : 25.07.1995 / KARABÜK

Mail Adresi: bariskan95@hotmail.com

Unvanı: Hemşire

Öğrenim Durumu:

Derece	Okul Adı ve Bölümü	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Biruni Üniversitesi- Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	2019
Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi- Hemşirelik	2017
Lise	Beylikdüzü 75.Yıl Cumhuriyet Lisesi- Sayısal	2013

İNTİHAL RAPORU

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİNDE ÖĞRENİM GÖREN
ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE ABDOMİNAL OBEZİTE
SIKLIĞI VE YEME FARKINDALIKLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 17 BENZERLİK ENDEKSİ	% 15 İNTERNET KAYNAKLARI	% 7 YAYINLAR	% 12 ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
----------------------------------	---------------------------------------	------------------------	---------------------------------

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Istanbul Medipol Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 3
2	Submitted to Erciyes Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
3	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	% 1
4	halksagligiokulu.org İnternet Kaynağı	% 1
5	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	% 1
6	KÖSE, Gizem, TAYFUR, Muhittin, BİRİNCİOĞLU, İnci and DÖNMEZ, Aslıhan. "Yeme Farkındalığı Ölçeği'ni Türkçeye Uyarlama Çalışması", Bilişsel Davranışçı Psikoterapistler Derneği, 2016. Yayın	% 1