



**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK BÖLÜMÜ**

**ÖZEL BİR ZAYIFLAMA MERKEZİNE DEVAM EDEN
YETİŞKİN KADINLARDA SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARININ AĞIRLIK KAYBINA YANSIMASININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Diyetisyen Selen ALEMDAR

Yüksek Lisans Tezi

Ankara

2016



**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK BÖLÜMÜ**

**ÖZEL BİR ZAYIFLAMA MERKEZİNE DEVAM EDEN
YETİŞKİN KADINLARDA SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARININ AĞIRLIK KAYBINA YANSIMASININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Diyetisyen Selen ALEMDAR

Yüksek Lisans Tezi

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Emine AKSOYDAN

Ankara

2016

T.C
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Selen Alemdar tarafından yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 18/01/2016

Tez Konusu: “Özel Bir Zayıflama Merkezine Devam Eden Yetişkin Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Ağırlık Kaybına Yansımalarının Değerlendirilmesi”

TEZ DANIŞMANI: Prof. Dr. Emine AKSOYDAN

TEZ JÜRİSİ ÜYELERİ

Prof. Dr. Emine Aksoydan

Yrd. Doç. Dr. Perim Türker

Prof. Dr. Efsun Karabudak

Başkent Üniversitesi

Başkent Üniversitesi

Gazi Üniversitesi



ONAY: Bu tez, Başkent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun 19 / 01 / 2016 tarih ve 018... Karar Sayısı ile kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Rengin ERDAL
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Çalışmam süresince tez danışmanlığımı üstlenerek tez konumun belirlenmesinde, çalışmamın planlanmasında, yürütülmesinde ve sonuçlandırılmasında bana yol gösteren, her türlü bilimsel ve manevi desteğini, engin bilgi ve tecrübelerini, zamanını, sabrını, sonsuz ilgi ve anlayışını benden esirgemeyen, değerli tez danışmanım Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğretim üyelerinden Sayın Prof. Dr. Emine AKSOYDAN' a ve diğer bölüm hocalarıma,

Çalışmamın başlangıç aşamasında her türlü yardımda bulunan ve yoğunluklarına rağmen çalışmamla ilgilenen zayıflama merkezi yetkililerine ve çalışanlarına, gönüllü olarak çalışmama katılmayı kabul eden ve zaman ayıran kıymetli danışanlarıma,

İçtenlikle ve büyük bir özveriyle çalışmamın birçok aşamasında mesleki eğitimini benimle paylaşan bu sayede de yakından tanıma fırsatı bulduğum en tatlı destekçim Sezgi ERCAN'a , tezime başlamamda ve hızlandırmamda en büyük paya sahip olan ve bunu kendimi iyi hissettirerek başaran Emir TAŞAR'a, her an yardımına hazır bekleyen, motivasyon kaynağım değerli dostlarım Beyza BALAĞA, Elif ALAVANDA, Ezgi AĞIREL, Kadriye BALCI, Oya Neva Demirkol ve değerli ablam Elçin ÖZTEKİN'e, güzel enerjisi sayesinde hayatımın belirli dönemlerinde kendime daha çok inanmamı sağlayan sevgili yengem Aysu ŞEN'e,

Sonsuz sevgilerini hep hissettiren, en iyi aile ortamını yaşatan, bana göre mutluluğumun en büyük sahipleri canım annem Selda ALEMDAR ve canım babam Sinan ALEMDAR'a ve tüm yakınlarıma,

Ve ayrıca tüm teşekkürlerin eksik kalacağı, günün her saatinde desteğiyle ve iyi dilekleriyle yanımda olan canım teyzem Semra ŞEN'e

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım..

ÖZET

Alemdar S. Özel bir zayıflama merkezine devam eden yetişkin kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ağırlık kaybına yansımalarının değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Tezi. Ankara. 2016.

Bu çalışma, özel bir zayıflama merkezine gelen yetişkin kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ağırlık kaybına yansımalarının değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır. Çalışma, 01 Aralık 2015-01 Ocak 2016 tarihleri arasında Ankara'nın Ümitköy semtinde bulunan özel bir zayıflama merkezine devam eden, gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 110 yetişkin kadının katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya 20-64 yaş arasında, izlemlerine düzenli olarak gelen ve gebe olmayan kadın danışanlar dahil edilmiştir. Çalışmaya katılanların kişisel özellikleri ve beslenme alışkanlıkları anket formu ile sorgulanmış, antropometrik ölçümleri alınmış ve Biyoelektrik Empedans Analizi (BİA) ile vücut kompozisyonları belirlenmiştir. Beslenme durumları besin tüketim sıklığı formu ile belirlenmiş, fiziksel aktivite düzeyleri ise Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ-UFAA) kısa formu kullanılarak değerlendirilmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacı ile 52 sorudan oluşan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) uygulanmıştır. İlk izlemden bir ay sonra ağırlık kaybını saptamak amacı ile antropometrik ölçümleri tekrarlanmıştır. Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması $36,19 \pm 10,06$ yıldır. Katılımcıların ilk ölçümlerinde vücut ağırlık ortalamaları $75,62 \pm 13,52$ kg, BKİ ortalamaları $28,59 \pm 5,40$ kg/m², vücut yağ yüzdesi ortalamaları $0,37 \pm 0,06$ bel/kalça oranı ortalamaları $79 \pm 0,08$ ve bel/ boy oranı ortalamaları $0,54 \pm 0,08$ olarak belirlenmiştir. İlk ölçümler ile bir ay sonra alınan ölçümler arası farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Katılımcıların, SYBDÖ II toplam puan ortalamasının $129,47 \pm 26,77$, alınan en düşük puanın 71, en yüksek puanın ise 193 olduğu, alt ölçek gruplarından alınan ortalama puanların ise en yüksekten en düşüğe doğru sıralandığında; sıralamanın kendini gerçekleştirme ($26,91 \pm 4,26$), kişiler arası destek ($26,77 \pm 34,32$), beslenme ($22,08 \pm 4,36$), sağlık sorumluluğu ($19,05 \pm 4,31$), stres yönetimi ($18,83 \pm 4,16$) ve

egzersiz ($15,83 \pm 5,36$) şeklinde olduğu görülmüştür. Yaş, eğitim durumu, meslek, sağlık kontrolü yaptırma sıklığı, sigara kullanımı, dışarıda yemek yeme sıklığı ve sağlıklı beslenmeye ilişkin düşüncelerin SYBDÖ II ve beslenme alt ölçeği puan ortalaması ile ilişkisi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Fiziksel olarak inaktif, minimum aktif, çok aktif bireyler ile SYBDÖ II puan ortalaması arasında anlamlı ilişki yoktur ($p > 0,05$). Katılımcıların başlangıç ve sonraki ağırlıklarının farkı ile demografik özellikler, tanısı konan hastalık varlığı, öğün atlama ve ara öğün tüketme durumu arasında, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$). Bel-kalça oranı ile ağırlık kaybı yüzdesi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). SYBDÖ II'den elde edilen puanlar ile ağırlık kaybı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$). Sonuç olarak, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ağırlık kaybı arasında ilişki gözlenmemiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemi vurgulanmalı ve günlük hayatta uygulanmasına destek olunmalıdır.

Anahtar kelimeler: Beden kütle indeksi, bel-kalça oranı, beslenme alışkanlıkları, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, ağırlık kaybı

Bu çalışma için, Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından KA 15/335 sayılı ve 25.11. 2015 tarihli “Etik Kurul Onayı” alınmıştır.

ABSTRACT

Alemdar S. The evaluation of healthy life behaviours' effect on weight loss for the adult females attending a private weight loss consultancy center. Başkent University, Institute of Health Science, Nutrition and Dietetics Post Graduate Programme, Ankara 2016.

This study has been under taken to evaluate the affects of healthy life behaviours on weight loss for adult females attending a weight loss consultancy center. The participants of study covered 110 adult women who voluntarily participated in the study while attending a weight loss consultancy center in Ümitköy district of Ankara between 1 December 2015 and 1 January 2016. The population constitutes of non-pregnant women between 20-64 ages who regularly attended their follow-ups. The participants' personal characteristics and dietary habits were inquired with a questionnaire they filled in; also their antropometric measurements were done and then their body compositions have been determined with Bioelectric Impedans Analysis (BIA). The participants' dietary habit status were determined by feed frequency questionnaire form and their physical activity levels were evaluated by International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) short form. Healthy Lifesyle Behaviors Scale (HLSB II) consisting of 52 questions has been applied to the participants to determine their healthy life behaviours. One month after the initial appointment, the antropometric measurements of the participants were repeated to determine their weight loss amounts. The mean age of participants was $36,19 \pm 10,06$ years. According to the initial measurement, the mean weight of the participants was $75,62 \pm 13,52$ kg, the mean of their body mass index (BMI) was $28,59 \pm 5,40$ kg/m², the mean of their body fat index was $0,37 \pm 0,06$, the mean of their waist to hip ratio was $79 \pm 0,08$ and the mean of their waist to height ratio was $0,54 \pm 0,08$. The difference between the initial measurements and the following one was found to be statistically significant ($p < 0,05$). The participants' mean total score in HLSB II was determined as $129,47 \pm 26,77$ and the lowest score was 71 while the highest score was 193.

When the mean score of subscale groups were sorted in descending order, it has been observed the rankings were as follows: self-actualization (26,91±4,26), inter-support among individuals (26,77±34,32), diet (22,08±4,36), health consciousness (19,05±4,31), stress management (18,83±4,16) and exercise (15,83±5,36). It was observed that the relationship between age, education level, occupation, frequency of check-ups, smoking, frequency of eating out and thoughts about healthy diet and the average of scores in HLSB II and nutrition subscale were statistically significant ($p<0,05$). There was not relationship between physically inactive, minimally active, very active individuals and the mean score of HLBS II ($p>0,05$). There was not also statistically significant relationship between the weight difference of participants' initial and following measurement and their demographic characteristics, the existence of diagnosed illnesses, habits for skipping meals and consumption of snack meal ($p>0,05$). The relationship between weight loss percentage and waist to hip ratios were determined as statistically significant ($p<0,05$). There was not statistically significant relationships between the weight loss percentage and HLSB II scores ($p>0,05$). Consequently, it has been observed that relying on the healthy life behaviours does not affect the individuals' weight loss amounts. It should be emphasized the importance of healthy life behaviours and also its application needs to be supported among individuals' daily lives.

Keywords: Body mass index, waist to hip ratio, dietary habits, healthy life style behaviours, weight loss

The study was approved by Baskent University Medicine and Health Science Research Committe decision KA 15/335 no. and 25.11. 2015 dated by Ethics Committe Aproval.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
TABLolar DİZİNİ	
1. GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. Sağlığın Tanımı.....	3
2.2. Sağlığın Geliştirilmesi.....	4
2.3. Sağlığı Koruma.....	5
2.3.1.Birincil koruma.....	5
2.3.2.İkincil koruma.....	5
2.3.4. Üçüncül koruma.....	5
2.4. Sağlık Davranışı	5
2.4.1. Sağlık davranışları üzerinde etkili olan faktörler.....	6
2.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	7
2.5.1. Beslenme.....	7
2.5.2. Egzersiz.....	9
2.5.3. Stres yönetimi	13
2.5.4. Kişilerarası destek.....	15
2.5.5. Kendini gerçekleştirme	16
2.5.6. Sağlık sorumluluğu	16

2.6. Sağlıksız Yaşam Biçimi Davranışlarının Sonuçları	17
2.6.1. Obezite	18
2.6.1.1. Obezitenin saptanması	18
2.6.1.2. Obezitenin görülme nedenleri.....	19
2.6.1.3. Obezitenin neden olduğu sağlık sorunları	20
2.6.1.4. Ağırlık kaybının sağlanması ve etkileyen faktörler.....	20
2.6.1.5 Kadınlarda ağırlık kaybının oluşmasında beden algısının rolü	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
3.1. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi.....	24
3.2. Araştırmanın Genel Planı	24
3.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi	24
3.4. Anket Formu Bölümleri	24
3.4.1. Kişisel özelliklere ilişkin bilgiler.....	24
3.4.2. Genel sağlık bilgileri.....	25
3.4.3. Beslenme alışkanlıkları bilgileri	25
3.4.4. Antropometrik ölçüm bilgileri.....	25
3.4.5. Fiziksel aktivite anketi	28
3.4.5.1. Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi (IPAQ-UFAA) ...	29
3.4.6. Besin tüketim sıklığı formu	30
3.4.7. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği.....	30
3.5. Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi.....	32
4. BULGULAR.....	33
5. TARTIŞMA.....	74
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	82
7. KAYNAKLAR	94

EKLER107

Ek-1 Etik Kurul Onay Formu

Ek-2 Başkent Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Bilimsel Araştırmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Ek-3 Anket Formu

SİMGELER VE KISALTMALAR

BBO	Bel Boy Oranı
BEBİS	Beslenme Bilgi Sistemleri Paket Programları
BIA	Biyoelektriksel İmpedans Analizi
BKİ	Beden Kütle İndeksi
BKO	Bel Kalça Oranı
DRI	Dietary Reference İntake
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
JNC-7	Joint National Committee
IPAQ-UFAA	Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi
SPSS	Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı
SYBDÖ II	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II
TBSA 2010	Türkiye Beslenme Sağlık Araştırması 2010
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 3.1. Kadınlarda vücut yağ yüzdeleri sınıflandırılması	26
Tablo 3.2. Yetişkinlerde BKİ' ye göre vücut ağırlığının değerlendirilmesi	27
Tablo 3.3. Kadınlarda bel çevresi ölçümleri	27
Tablo3.4. Kadınlarda BKO sınıflandırılması	28
Tablo 3.5. Vücut ağırlığındaki değişimin değerlendirilmesi	28
Tablo 3.6. SYBDÖ II genel puan ortalaması ve alt ölçekler puan ortalamaları	31
Tablo 4.1.1. Katılımcıların demografik özellikleri	34
Tablo 4.2.1. Katılımcıların sağlık durumu bilgileri	36
Tablo 4.3.1. Katılımcıların sigara ve alkol kullanım durumu	37
Tablo 4.4.1. Katılımcıların ana ve ara öğün tüketme durumları	38
Tablo 4.2.2. Katılımcıların yemek yeme alışkanlıkları	40
Tablo 4.4.3. Katılımcılardaki duyu durum değişikliklerinin iştah üzerine etkisi dağılımı	41
Tablo 4.4.4. Katılımcıların fiziksel görünümlemlerini değerlendirme ve diyet yapma durumları	43
Tablo 4.5.1. Katılımcıların antropometrik ölçümleri	45
Tablo 4.5.2. Katılımcıların BKİ grupları, bel çevresi, bel/kalça oranı, bel/boy oranı ve vücut yağ yüzdesi sınıflamasına göre dağılımları	46

	Sayfa
Tablo 4.6.1. Katılımcıların fiziksel aktivite düzeyleri	47
Tablo 4.6.2. Katılımcıların fiziksel aktivite puan ortalamaları	47
Tablo 4.7.1. Katılımcıların enerji ve makro besin öğeleri alım ortalamaları	49
Tablo 4.7.2. Katılımcıların mikro besin öğeleri alımları ve DRI'ya göre karşılama yüzdeleri	50
Tablo 4.8.1. SYBDÖ II ve Alt ölçeklerinin Puan Ortalamaları	51
Tablo 4.9.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine göre SYBDÖ II Puan Ortalamalar	53
Tablo 4.9.2. Katılımcıların mesleklerine göre SYBDÖ II alt grupları puan ortalamaları	54
Tablo 4.9.3. Katılımcıların tanısı konulan hastalık varlığı, sağlık kontrolü yaptırma sıklığı ve sigara kullanma durumlarına göre SYBDÖ II puan ortalamaları	56
Tablo 4.9.4. Katılımcıların ana öğün atlama ve ara öğün tüketme durumu dışarıda yeme sıklığı, sağlıklı beslenmeye ilişkin düşünceleri ve diyet yapma durumlarına göre SYBDÖ II puan ortalamaları	58
Tablo 4.9.5. Katılımcıların ana öğün atlama ve ara öğün tüketme durumu dışarıda yeme sıklığı, sağlıklı beslenmeye ilişkin düşünceleri ve diyet yapma durumlarına göre SYBDÖ II beslenme alt ölçek puan ortalamaları	59
Tablo 4.9.6. Katılımcıların duyu durum değişikliklerinin iştahları üzerine etkisine göre SYBDÖ II Puan Ortalamaları	61

	Sayfa
Tablo 4.9.7. Katılımcıların duygu durum değışikliklerinin iştahları üzerine etkisinin BKİ gruplarına göre dağılımı	62
Tablo 4.9.8. Katılımcıların fiziksel görünümelerini değlendirmelerinin BKİ gruplarına göre dağılımı	63
Tablo 4.9.9. Katılımcıların BKİ grupları, vücut yağ yüzdesi, bel çevresi bel/kalça oranı, bel/boy oranı gruplarına göre SYBDÖ II puan ortalamaları	64
Tablo 4.9.10. Katılımcıların BKİ grupları, vücut yağ yüzdesi, bel çevresi bel/kalça oranı, bel/boy oranı gruplarına göre beslenme alt ölçeği puan ortalamaları	66
Tablo 4.9.11. Katılımcıların fiziksel aktivite durumlarına göre SYBDÖ II Puan ortalamaları	67
Tablo 4.9.12. Katılımcıların BKİ grupları, vücut yağ yüzdesi, bel çevresi bel/kalça oranı, bel/boy oranı grupları ve fiziksel aktivite durumlarına göre ağırlık kaybı ortalamaları	68
Tablo 4.9.13. Katılımcıların yaş, eğitim durumu, çocuk sahibi olma, tanısı konulan hastalık, öğün atlama ve ara öğün tüketme durumlarına göre ağırlık kaybı yüzdelerinin dağılımı	70
Tablo 4.9.14. Katılımcıların BKİ, Bel çevresi ve bel-kalça oranı gruplarına göre ağırlık kaybı yüzdelerinin dağılımı	72
Tablo 4.9.15. Katılımcıların ağırlık kaybı yüzdelerinin SYBDÖ II puan ortalamasına göre karşılaştırılması	73

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımında sağlık; sadece hastalık veya sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak kabul edilmektedir (1). Günümüzde insanın fiziksel, duygusal ve manevi durum gibi yaşamının tüm boyutlarıyla ilgili olarak sağlık, bu anlamda yaşamdan memnuniyeti ve yaşam kalitesini içermekte, kendini gerçekleştirmenin giderek artmasını ifade etmektedir (2,3).

Bireyler sağlığını tehlikeye atan etmenlere ve koruyucu önlemlere karşı bireysel ve toplumsal kaynaklardan yola çıkarak birtakım davranışlar göstermekte ve bu davranışlar bireyler arasında da farklı algılanmaktadır (4). Ailenin sağlığı, annelik ve toplumsal görevleri düşünülürse kadın sağlığının öncelikle ele alınması, korunması ve geliştirilmesi gerekmektedir (5).

Kadınları etkileyen sağlık problemlerinden biri de obezitedir (6). Obezite tüm vücut sistemlerinde ve ruhsal durum üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır ve bu etkiler de pek çok sağlık sorununa yol açmaktadır (7). Kadınlar fiziksel aktivite düzeylerinin azalması, televizyon ve bilgisayar başında daha fazla zaman geçirmeleri, ayaküstü atıştırma alışkanlıklarının artması veya doğum kiloları, menopoz gibi durumların sebep olduğu vücut kompozisyon değişimlerinden dolayı çok sık kilo problemleri ile karşı karşıya kalmaktadırlar ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına da daha fazla ihtiyaç duymaktadırlar (8, 9, 10).

Kadınların kaliteli bir sağlığa sahip olmalarının %60'ı onların davranış ve yaşam tarzlarından kaynaklanmaktadır. Bu davranışlarını en üst düzeye çıkarabilmeleri için yaşam biçimlerini incelemeleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemeleri gereklidir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulayabilenler daha sağlıklı beslenmeyi, entelektüel kapasitelerini artırmayı, kalp-damar hastalıkları, osteoporoz, kanser gibi hastalıkların seyrini etkileyebilmeyi veya korunabilmeyi, bağışıklık sistemlerini güçlendirmeyi, ideal beden ağırlığına ulaşabilmeyi ve uygun yöntemler ile stresi yenmeyi başarırlar (11, 12).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, yeterli ve dengeli beslenme, stres yönetimi, kendini gerçekteştirme, dñzenli egzersiz yapma, kişiler arası destek ve bireyin sağlığını koruma ve geliştirmesine ilişkin sorumluluk alması başlıca sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıdır (13, 14). Bu çalışmanın amacı, özel bir zayıflama merkezine gelen yetişkin kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ağırlık kaybına yansımalarının değerlendirilmesidir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlığın Tanımı

Birey, aile ve toplumun ilk amacı sağlıklı olmaktır. DSÖ sağlık tanımını yaparken sadece hastalık veya sakatlığın görülmemesinden değil; bedensel, ruhsal ve sosyal olarak da kişinin iyi olma halinden bahsetmektedir (1).

Organların tam ve iyi çalışması, psikolojinin dengede olması sağlığın temelidir. Sağlık, sahip olduğun hayattan memnun olmayı ve kaliteli yaşamayı içermekte, kendini gerçekleştirebilmenin sürekli olarak artmasını ifade etmektedir (15).

- Fiziksel sağlık: Doktor muayenesi ve kontrollerinden sonra tanı alma esnasında herhangi bir hastalık ya da sakatlıktan söz edilmemesidir. Fiziksel sağlıkta kişi günlük işlerini sızıntısız halletmektedir.

-Ruhsal sağlık: Bireyin psikolojisinin sağlam olması, hislerini, düşünce ve tavırlarını kendisine ve çevresine denge ve uyum içinde aktarabilmesidir.

- Sosyal sağlık: Bireyin çevresindeki insanlarla olan diyalogu, sevildiğini anlaması, ait olma duygusunu yaşaması, iş yeri, aile içi ve arkadaşları ile ilişkileri, toplantı, tiyatro, sinema gibi yaşamını ve kendini geliştirmesini etkileyen sosyal faaliyetleri, bireyin sosyal sağlığının derecesidir.

- Biyolojik bilimler açısından sağlık; Vücudun bütün hücrelerinin en üst düzeyde çalıştığı ve hücrelerin uyumlu görev yaptığı durum olarak kabul edilmektedir.

- Davranış bilimleri açısından sağlık; Bireyin diğer insanlarla iletişimi ve tepki vermesi gereken bir olay karşısında nasıl davrandığıdır.

- Sosyal bilimler açısından sağlık; kişinin sosyal görevlerini yapmadaki yeterliliği olarak anlatılmaktadır (16).

-Subjektif değerlendirilen sağlık; Bireyin, bedensel, sosyal ve psikolojik yönden durumunu kendi yorumlamasıdır. Birey kendisinin bir hastalığı olmadığı halde

hastalığa yakalanmış gibi ya da hasta olduğu halde kendisini sağlıklı gibi düşünebilir.

- Objektif değerlendirilen Sağlık; Doktor tarafından muayene edildikten sonra alınan tanının ve adı konulan hastalığın ya da bozukluğun olmamasıdır. Sağlık, kişilerin sosyal, üretken ve kaliteli bir yaşam sürebilmesi için korumaları gereken hal ve haktır (16).

2.2. Sağlık Geliştirilmesi

Sağlığı geliştirme, kişi, aile ve toplumun sağlık durumunun iyilik düzeyinin artırılmasına yönelik aktivitelerin ve kişiye kazandırılan davranışların en iyi seviyede olmasını ifade etmektedir (17).

Bireyin hastalanma olasılığını azaltacak ve iyilik durumunu koruyup artıracak davranışları edinmesi ve sürdürmesi için eğitimsel, örgütsel, ekonomik ve çevresel kaynakların gerektiği gibi kullanılmasının sağlanması gelişim ile mümkündür (18).

Sağlığın geliştirilmesindeki aşamalar; bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarını daha üst seviyeye çıkarmak için, doğru ve bilinçli kararı alma süreçleridir. Bu süreçte insanların kendi sağlıkları için, kontrolü ele almaları ve tam bir sağlık potansiyelini amaçlamaları sağlanır (19).

DSÖ, bu gelişimi insanların tam bir iyilik haline ulaşmalarına olanaklar sağlanması olarak ifade etmektedir. Genel olarak bakıldığında sağlığı geliştirme, insanların en uygun sağlık şartlarına sahip olabilmeleri için yaşam tarzlarını değiştirmelerine yön verme ve destek olma bilimidir. Bu süreçte bilgileri öğrenmek yeterli olmamakta, aynı zamanda öğrenilen bilgileri bir yaşam stili haline getirilmelidir (15).

2.3. Sağlığı Koruma

2.3.1. Birincil koruma

Sağlığı yerinde olan kişilerde hastalık ihtimallerini azaltmaya yönelik müdahalelerdir. Hastalığın risklerini ve oluşma nedenlerini sorgulayarak hastalık görülmeden önce önlemek amaçlanır. Sağlık eğitimi verilmesi ve sağlığın geliştirilmesi konuları birincil korumaya dahildir.

2.3.2. İkincil koruma

Hastalığın görüldüğü kişilerde gerçekleşebilecek morbidite için önlemler alınmasını, tedavilerin uygulanmasını kapsar. Hastalıkların erkenden tanısının konulması üzücü sonuçların alınmasına engel olmada en önemli konudur.

2.3.4. Üçüncül koruma

Önceden oluşan hastalığın daha fazla ilerlemesini engellemek hedeflenir. Özellikle kronik hastalıklarda daha ciddi tabloların ve komplikasyonların önlenmesi üçüncül korumadır. Yaşamın kalitesinin arttırılmasına dikkat edilir (20).

Tarih içinde tıp ve sağlık hizmetlerindeki gelişmeler, insanların önce hastalananları iyileştirmeye önem vermeleri üzerine kurulu olmuştur. Daha sonraki dönemlerde hastalıktan korunma yolları aranmaya başlanmıştır.

Sağlığın geliştirilmesi kavramı ile beraber hastalıkların önüne geçmek, hastalığa yakalanmadan nlem almak önem kazanmıştır. Bu amaçla insanları sağlıklarını kaybetmekten koruyacak ve yaşamları boyunca iyi hissetmelerini sağlayacak pek çok uygulama geliştirilmiştir. Günümüzde bu uygulamalara verilen isim ‘‘Sağlıklı Yaşam Biçimi’’ dir (21).

2.4. Sağlık Davranışı

Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı olmak için edinmesi gereken davranışlar ve uygulamayı öğrendiği eylemlerdir. Sağlık davranışı, sağlığın kaybedilmesini engelleyebilmek, daha sağlıklı hissetmeyi sağlamak, iyilik halini sürdürmek ve çeşitli hastalıklardan korunmak için inanılan ve yapılan davranışların hepsidir (22).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının tanımlanmasında Pender tarafından oluşturulan sağlığı geliştirme modelinde yer alan temel kavram ve ilkeler yol gösterici olmuştur (23). Toplumun geneli için tasarlanan bu modele göre bireyin, sağlıkla ilgili aktivitelerde aktif olarak yer alması gerekmektedir. Pender'in görüşüne göre, bireyler olumlu sağlık davranışları göstermek için biliş, duygu ve çevrelerini değiştirebilme gücüne sahiptir. Birey bilişsel faktörlere odaklanarak sağlığın yükseltilmesini ve sağlık davranışlarının iyileştirilmesini benimser. Modeli oluşturan bileşenler; "bireysel özellikler ve deneyimler", "davranış-özel bilişsel süreçler" ve "davranış sonuçları" şeklinde tanımlanmıştır.

Pender'e göre sağlığı geliştirme; bireyin kendisinin, ailesinin ve toplumunun sağlık potansiyelini üst düzeye çıkarabilen aktiviteleridir. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modelini esas alarak bireylerin sağlığı geliştirme davranışlarını ölçmek için de Walker ve arkadaşları tarafından sağlıklı yaşam biçim davranışları ölçeği geliştirilmiştir (23, 24).

2.4.1. Sağlık davranışları üzerinde etkili olan faktörler

- Kişisel Faktörler: Biyolojik (yas, cinsiyet), ruhsal (benlik saygısı, motivasyon, sağlığın kişi için ne anlam ifade ettiği) ve sosyal faktörler (kültürel köken, eğitim, sosyo-ekonomik durum) kapsar.
- Davranışın Yararlarını Algılama: Bireyin uygulamakta olduğu sağlık davranışının, kendi sağlığı üzerindeki olumlu ve etkili olabilecek sonuçlarının farkında olması sergilediği davranışı üzerinde fark yaratır.
- Davranışın Önündeki Engelleri Algılama: Bireyin yeni bir sağlık davranışı kazanmasındaki birçok engel, davranışı öğrenmeye başlamayı ve bu davranışı devam ettirebilmeyi olumsuz etkiler. Engeller, bireyin kendisi ya da çevresindeki insanlar tarafından gerçek ya da kişinin kendi düşündüğü durumlardan oluşabilir.

En sık karşılaşılan engellere davranışı uygulamaktan sıkılma, zaman ayırma problemi yaşama, ekonomik sıkıntı ile karşılaşma, davranışın çevre tarafından desteklenmemesi örnek verilebilir. Bireyin bu engelleri algılaması davranışa adapte olma ve sürdürme üzerinde olumlu etkilidir.

- Davranış ile ilgili Tepkiler: Bireyin edineceği yeni sağlık davranışına yönelik subjektif duygu durumu davranış üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Bireyin o davranışa yönelik olumlu düşünmesi ve pozitif yaklaşması davranış üzerinde etkilidir. Davranışa ilişkin bireyde yerleşen düşünceler, davranışı tekrar uygulayıp uygulamayacağı konusunda veya uzun vadede davranışı koruyup koruyamayacağı konusunda etkili olmaktadır (17).

Sağlıklı yaşam biçimi ise, bireyin sağlığı üzerinde etki olan tüm davranışlarını kontrol altına alması, günlük yaşantısını sürdürmede kendi sağlığına uygun davranışları seçmesi olarak tanımlanmıştır. Bu tanımda bahsi geçen davranışlar; tıbbi hizmet almak (doktor muayenesi, radyolojik görüntüleme), sağlık ile ilişkili anlatılan önerilere dikkat etme (ağırlık kaybı, diyabet ve kolesterol ile ilgili diyetler) ve doğrudan sağlık ile bağlantılı davranışlardır (yeterli ve dengeli beslenme, egzersiz yapma, sigara ve alkol kullanımına dikkat etme).

Sağlık davranışı, bir yaşam şeklidir ve ne kadar kaliteli bir yaşam sürüldüğüne dair fikir vermektedir. Yeterli ve dengeli beslenmek, sosyal aktivitelerin artması, kronik hastalıklarından korunma, normal beden ağırlığını koruyabilme ve stresle başa çıkabilme birey için sağlıklı yaşam biçimini anlatmaktadır. Sağlık davranışlarının uygulanması bireyin istek ve kararlılığı ile gerçekleşmektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, yeterli ve dengeli beslenme, stres yönetimi, düzenli egzersiz yapma, kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek ve bireyin sağlık sorumluluğu almasıdır (25).

2.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

2.5.1. Beslenme

Beslenme; sağlığı korumak, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için insanın fizyolojik olarak gereksinimi olan besin öğelerini vücuda almasını gerektiren bilinçli yapılması gereken bir davranıştır. Hücrelerin yenilenip fonksiyonlarını sürdürebilmesi için gerekli olan temel besin öğelerinin bireyin fizyolojik özelliklerine göre yeterince alınmasına yeterli ve dengeli beslenme denir (26, 27).

Beslenme ve sağlık birbiriyle i içe olan kavramlardır. Yeterli ve dengeli beslenme sağlandığında vucut sıcaklığı düzenlenir, büyüme, gelişme, hücre onarımı ve yenilenme sağlanır, bağışıklık sistemi güçlenir hastalıklara karşı dayanıklılık oluşur, kronik hastalık riski azalır, vucut sıvıları için gerekli mineraller sağlanır ve sıvı dengesi korunur.

Beslenmenin amacı; bireyin yaşına, cinsiyetine, ağırlığına, hastalık varlığına, çalışma ve fiziksel aktivite gibi bireyin özel durumlarına özgü ihtiyaı belirlenen enerji ve besin ögelerinin her birinin alınması, enerji harcamasıyla dengeli olarak enerji alımının da sağlanmasıdır (27).

Besin geleri makro ve mikro besin ögeleri olmak üzere iki gruba ayrılır. Makro besin ögeleri proteinler, yağlar, karbonhidratlar, Mikro besin ögeleri ise, vitamin ve minerallerdir.

1- Süt ve süt rnleri; Süt,yoğurt, peynir, kefir gibi besinlerdir. Bu besinler, protein, kalsiyum, fosfor, A vitamini ve B2 vitamini gibi bazı vitaminler için de iyi kaynaktırlar. Tüm yaş gruplarının süt ve türevlerini her gün tüketmesi gerekir.

2- Et - Yumurta – Kuru Baklagiller Grubu: Her türlü büyük baş hayvan, kümes ve av hayvanları, suda yaşayan hayvanların yenebilen kısımları, yumurta, nohut, mercimek brlce gibi kuru baklagiller, ceviz, fındık, fıstık, susam gibi besinler bu grupta bulunur. Protein, demir, çinko, magnezyum, B vitaminleri ve posanın yeterli alınması açısından önemlidirler.

3- Ekmek ve Tahıl Grubu: Buğday, pirinç, mısır, avdar, bulgur gibi tahıl taneleri ve bunlardan yapılan un, ekmek, makarna, gibi besinler bu grup içinde yer alır. Bu besinlerin önemli kısmı karbonhidrattır. Tahıl ve tahıl ürünleri ayrıca B vitaminleri ve bazı mineralleri de içermeleri nedeni ile sağlık açısından önemli besinlerdir.

4- Sebze ve Meyve Grubu: Her türlü meyve ve sebze Mineraller ve vitaminler bakımından zengindir. Bu besinlerin önemli kısmı sudur. C vitamini başta olmak üzere, B vitaminlerinin bir çoğu A, E, K vitamini, potasyum, demir, magnezyum ve diğer önemli antioksidan özelliğe sahip bileşikler ile posa açısından zengindirler. Günde en az beş porsiyon sebze ya da meyve tüketilmelidir.

5- Yağ ve Şeker Grubu: Bu besinler diğer gruplardaki besinlerden elde edilir. Şeker saf karbonhidrat, süt yağı ve sızma zeytinyağı dışındaki yağlarda saf yağdır. Tereyağında en çok A vitamini, sıvı yağlarda da E vitamini bulunur. Tatlılardan pekmez kalsiyum ve demirden zengindir (27,28).

Yetişkinler için makro besin öğelerinden sağlanan enerji oranları; karbonhidrat %50- 55, protein %20- 25, yağ %25 şeklinde olmalıdır (28). Saf karbonhidrat yerine diyet posası yüksek kompleks karbonhidrat kullanılmalıdır. Posanın yeterli miktarda alınması (25 gr/gün) sağlıklı beslenme dengesi açısından önemlidir Besin seçiminde glisemik indeksi ve glisemik yükü düşük olanlar tercih edilmelidir. Proteini artırmak için az yağlı et ve süt ürünleri tercih edilmelidir (28, 29,30).

Yeterli besin tüketildiği halde uygun seçim yapılmadığında, ya da yanlış pişirme yöntemleri kullanıldığında da bazı olumsuzluklar söz konusu olabilmektedir. Böyle durumlarda yetersiz alınan, ya da alınamayan besin öğesinin vücuttaki işlevi yerine getirilememektedir (31).

Kadın sağlığı açısından beslenmenin önemi, gebelik, emzicilik, menstruasyon ve menopoza gibi özel durumlarda daha da artmaktadır (32).

2.5.2. Egzersiz

Egzersiz, soluk alıp verme hızını, derinliğini ve kalp ritmini belirli bir oranda arttıran, kollar ve bacaklar gibi büyük kas gruplarıyla yapılan bazal metabolizma hızına ek enerji harcamayı sağlayan bedensel hareketlerdir. Egzersiz, fiziksel aktivitede sporun da dahil olduğu alt sınıfı olarak kabul edilmektedir (33).

Bireylerin egzersiz konusunda yeterli bilgi sahibi olmamaları egzersizin sağlığı geliştirici önemli etkilerinin bilinmemesi, teknolojinin ilerlemesiyle beraber tercih edilen hareketsiz modern yaşam tarzı ve sosyal, kültürel, çevresel yapıdaki değişim insanları egzersiz yapmaya daha az ihtiyaç duyar hale getirmiştir (34). Ayrıca, hızlı kentleşme ile egzersiz yapılabilecek sosyal alanların yetersizliği veya yokluğu da, güvenli bir çevrenin sağlanamayışı ile beraber hareketsiz yaşam tarzına

yöneltmektedir. Bu ve benzeri nedenlerden dolayı toplumda enerji harcaması en alt seviyeye düşmektedir (35).

Türkiye Beslenme Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 sonuçlarına göre, 12 yaş üzeri bireylerin %71,9'u hareketsiz yaşamakta, %9,1'i ise yetersiz düzeyde fiziksel aktivite yapmaktadır. Türkiye genelinde son 7 günde, 30 dakika veya daha fazla süre ile kadınların %76,5'inin egzersiz yapmadığı saptanmıştır. 19-30 yaş grubunda kadınların %76,6, 75 ve üzeri yaş grubunda ise kadınların %88'inin egzersiz yapmadığı gözlenmiştir (36).

Egzersizın amacı, oksijenin hücrelere dağılımını yapmak, kasları kuvvetlendirmek, metabolik olayları düzenlemek, iskelet sistemini iyileştirmek ve toplam vücut yağ oranını azaltmaktır (33). Sedanter yaşam şekli özellikle ağırlık kazanımında belirgin bir etkiye sahiptir. Egzersiz yapılmayışı hem enerjinin harcanmasını hem de enerji gereksinimini azaltır. Kas aktivitesi sağlanamadığından yağ oksidasyonunda da azalma olur. Vücutta yağ depolarında artış görülür. Egzersizin yağ dokusu ve obez bireyler üzerindeki etkisi inceleyen birçok çalışma yapılmıştır. Egzersiz yapan bireylerde yapmayan bireylere göre ağırlık kaybı daha fazla olmaktadır.

Egzersiz ile metabolizma hızında artış ve ideal ağırlığa ulaşmada daha etkili sonuç alındığı görülmektedir. Enerjinin bireye göre hesaplanıp uygulanmasının sağlandığı bireylerde diyet program egzersiz ile birleştirildiğinde ağırlık kaybını artırmakta, kas dokularındaki kayıp engellenmekte ve vücut yağ dokusunda kayıp sağlanarak vücut kompozisyonu geliştirilmektedir (37).

Yapılan birçok çalışmada vücut yağ kütlesi ile egzersiz arasında negatif ilişki olduğu saptanmıştır (38). Levine ve ark yaptığı çalışmada; egzersiz yapmayan bireylerde 5 yıl içerisinde ortalama ağırlık artışı 5 kg olduğu ve ağırlıklarındaki artışın egzersiz yapan bireylere kıyasla 2 kat fazla olduğu gösterilmiştir. Şiddetli egzersiz yapan bireylerde egzersizin ağırlık kazanımını engellediği ve bu etkinin olabilmesi için egzersizin belirli periyotlarda düzenli yapılmasının gerektiği belirlenmiştir (39).

Sivalingam ve ark (40) çalışmasında haftada 3 gün yarım saat egzersiz yapan bireylerde ağırlık kaybı açısından önemli değişiklikler elde edilmiştir. Yapılan bir çalışmada da haftada en az 3-4 defa düzenli yürüyüş, yavaş tempolu koşu yapan ve egzersiz bisikleti kullanan kadınlardaki ağırlık kaybı anlamlı bulunmuştur (41).

Egzersizin ağırlık kaybından başka etkileri;

1- Bedensel Sağlığa Etkileri:

- Kas kuvvetinin, tonusunun korunması ve sağlanması,
- Eklem hareketliliğinin arttırılması,
- Kas ve eklemlerin esnekliğinin geliştirilmesi,
- Reflekslerin hızlanması,
- Vücut yapısının ve postürünün düzelmesi,
- Vücut farkındalığının sağlanması,
- Vücut dengesinin güçlendirilmesi,
- Kas aktiviteleri ve kemiklerdeki mineral yoğunluğunun artması ile kemik erimesinin önlenmesi,
- Kas tarafından kullanılan oksijen ve enerjinin artması,
- Damarlar da kanın oluşturduğu basıncın düşmesi,
- Yüksek kan kolesterol ve trigliserit düzeyini etkileyerek damar hastalıkları riskinin azaltılması,
- Akciğerlerin solunum kapasitesinde artış olması,
- Düzenli aktivite yapan kişiler sağlıklı yaşam alışkanlıklarına daha kolay adapte olur. Örneğin; egzersiz yapan kişilerin sigarayı daha kolay bırakması,
- İnsülin aktivitesini düzenleyerek kan şekerinin dengede olması,
- Kadınlarda menopoza geçiş ile birlikte oluşan şikayetlerin etkisinin azalması (42).

2- Ruhsal ve Sosyal Sağlığa Etkileri:

- Egzersize ayrılan zaman ile birey kendini daha iyi hisseder,

Egzersiz yapan bireylerin özellikle kadınlarda yapmayanlara göre bedenlerinden duydukları memnuniyetin daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır.

-Egzersiz esnasında artan endorfin salgısı mutluluk oluşturur,

- Vücut kompozisyonu ile barışık, özgüveni yüksek bireyler yaratır,

- Kişiler hayata karşı daha pozitif bakar,

- Stresle mücadele edebilme yeteneğini geliştirir,

-Her yaştan bireyler için sosyal hayata uyum sürecini kolaylaştırır (42).

Egzersiz türü:

-Yürüyüş, koşu, yüzme, bisiklet çevirme, dans etme, merdiven inip çıkma gibi büyük kas gruplarının kullanıldığı kardiyo etkisi olan aktiviteler.

-Günlük yaşamda hareketliliğin artması : Asansör yerine merdivenin tercih edilmesi, arabanın gidilecek yerden geri de park edilip yürünmesi, masa başından sık sık kalkılıp hareket edilmesi, toplu taşıma araçlarından bir kaç durak önce inip eve ya da iş yerine yürünmesi.

-Mesleki aktiviteler

-Direnç egzersizleri

Egzersiz sıklığı: Haftanın en az 3 günü yapılması egzersizin daha etkili olmasını sağlar. Egzersizin düzenli aralıklarla tekrarlamaı önemlidir.

Egzersiz süresi: Günlük 20-30 dakikanın altında olmaması etkili sonuç almayı sağlar.

Egzersiz yoğunluğu: kişiye uygun orta şiddette fiziksel aktivite önerilmektedir (43).

Bilinçli ve düzenli egzersiz programı uygulayarak, iyi bir fiziksel kondisyona sahip olan bireylerin sağlıklı ve kaliteli bir yaşam sürdürdüklerini çalışmalarda belirtilmektedir (43).

2.5.3. Stres yönetimi

İnsanların fiziksel ya da psikolojik açıdan tehlike olarak gördükleri olaylarla karşılaşmaları sonucu meydana gelen durum stres olarak adlandırılmaktadır (44). Stres fizyolojik (travma, sıcak, soğuk gibi), psikolojik (duygusal problemler, içsel sıkıntılar) ya da sosyal (çevresel faktörler, sosyo-kültürel durum v.b.) faktörlere bağlı olarak gelişebilmektedir (45). İnsanların hayatlarındaki hızlı değişim ve yoğun geçen günlük koşurmacalar, sosyal hayattaki hareketlilik, uyum sağlamakta zorlanılan gelişen hayat şartları nedeniyle sık sık stresle baş etmek durumunda kalınır (46).

Stresin insanı harekete geçirecek, motive edecek olan gücü sağlaması ve olaylara daha dikkatli yaklaşılmasına yönlendirmesi stresin olumlu yanlarıdır. Bir anlamda da stres yaşamı devam ettirmek, sorunları çözüme kavuşturmak, yaşam kalitesini arttırmak için bireyleri harekete geçirir (21).

Stresli hal ve durumlar uygun şekilde kontrol edilemediğinde, insan sağlığına zararlı etki gösterir. İşte bu hastalıklara neden olduğu durumlar ise kötüdür. Her insanın stres yaşama nedenleri birbirinden farklı olduğu gibi, strese karşı verilen tepki de farklı olmaktadır. Sağlığa zararlı olan tepkiler de, bu tepkilerden herhangi biri, vücudun sağlıklı çalışmasını bozarak, bağışıklık sistemini olumsuz etkiler ve hastalıklara yakalanmada vücudu savunmasız bırakır ve hastalığın görülmesine neden olur. Ayrıca stres, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uygulanmasını azaltarak, olumsuz sağlık davranışlarına yönlendirerek sağlığı olumsuz etkiler (47).

Stresin Sağlığa Etkileri; Strese uzun süre maruz kalmak organ, sistem ve vücut fonksiyonlarında bozulmaya sebep olur;

-Beyin, uzun süre devam eden stresten olumsuz etkilenir aşırı kortizol salgılanması sinir sistemini etkiler

-Pankreas: Kortizolün vücutta artması insülin hormonunu vücut hücrelerine etkisini azaltır. Kortizol hormonu seviyesinin belli bir süre yüksek seyretmesi, insülin

hormonunun vücuttaki azlığı olarak algılanır. Bu durumda pankreastaki beta hücreler fazla miktarda insülin salgırlar, kan glikoz seviyesi yükselir. Diyabet için bir risk faktörüdür

- Kan basıncının sürekli yüksek olması, kan damarlarının harabiyetine neden olur,
- Stres durumunda mide mukozası hassaslaşır. Mide ağrısına ve mide bulantısına neden olur,
- Bağışıklık sistemi: Stresli zamanlarda, kanda kortizol seviyesinin yükselmesi sitokin sentezini azaltır ve bağışıklık sisteminin çökmesine neden olur (46),
- Depresyon ve anksiyete; Aşırı strese maruz kalma bedensel ve ruhsal sağılığı bozar, duygusal travmalara ve psikolojik hastalıklara, uyku problemlerine, baş ağrısı migren gibi bir takım ağrılara yol açabilir. Hipertansiyon, kalp damar hastalıkları gibi yaşamı tehdit eden ciddi rahatsızlıkların ortaya çıkmasına neden olabilir (48),

Kadınların beklenen yaşam süresi erkekler ile karşılaştırıldığında daha uzundur. Ama neredeyse tüm toplumlarda kadınların erkeklere göre daha fazla hastalığa yakalandıkları ve daha sık stres yaşadıkları bildirilmektedir (48).

Stresle Başa Çıkma Yöntemleri: Vücudun maruz kaldığı stresi azaltmak için stres ile baş etme yöntemlerinin uygulanması gereklidir. Amaç stresi mümkün olduğu kadar azaltmak, kontrol altında tutmak ve nasıl baş edileceğini öğrenmektir.

- Sağılıklı yaşam tarzı davranışlarına uymak,
- Baş etme stratejileri öğrenmek, geliştirmek, hayata geçirmek,
- Çeşitli stresi azaltacak sakinleşme yöntemlerini bilmek,
- Stres ile baş etme yöntemlerini öğrenecek eğitimlerin alınması,
- Çevreden destek görmek için sosyal hayatı geliştirmek gibi yöntemler kullanılabilir (46).

Stres ile mücadele etme, bireyin kendisini strese sokmasına neden olan durumların ve stresli olduğunda yaşadığı duyguların neler olduğunu ifade edebilmesidir.

Duygusal tepkiler ile stresle baş etme; Kişiyeye anlık çözüm sunan ve duygu yükünü azaltan, gerçek sorunu görmesinde yardımcı olan ancak, etkin olmayan yöntemlerdir. Tıkınırcasına yemek yeme isteği gibi iştah artışı da duygulara yönelik stres ile baş etme yöntemidir.

Soruna odaklanan stres ile baş etme; Duyguyu kontrol altına alarak soruna odaklanıp problemi kalıcı çözmeye çalışma yöntemidir (46).

Stresle başa çıkma yöntemleri adlandırılacak olursa; gevşeme ve rahatlama teknikleri, vücut egzersizleri, düzenli spor, yoga, gerilime sebep olan durumlardan kendini uzak tutma, sosyal aktivitelere katılma, kişisel gelişim programları, davranış değişikliği ve inanç sayılabilir. Ayrıca kognitif-davranışçı terapi yöntemleri, kendini gözlemlenme, psikoterapiler ve ilaç kullanımı da stres ile başa çıkmak adına önemli olabilir (46).

2.5.4. Kişilerarası destek

Kişilerarası destek, bireylerin birbirleri arasındaki ilişkileri sonucu ortaya çıkan ve sağlığı geliştirmedeki etkinliği bilinen bir olgudur. Kişilerarası ilişkilerde destek veren kişi veya kişiler, herhangi bir şarta bağlamadan, anlayışlı bir yaklaşımla ve güven verici davranışları ile iletişimin ve desteğin nitelik kazanmasını sağlarlar (49).

Etkili bir iletişim, kişilerin birbirini daha iyi anlamalarına ve tanımalarına, kişilerin kendilerine ve diğer insanlara saygı duymalarına öncü olur (50). Kişilerarası destek ilişkinin boyutuna, ilişkinin sürekliliğine, süresine ve yakınlığına bağlıdır. Kişilerarası ilişkide en önemli nokta iletişimin etkin sağlanması ve diyalogun sağlıklı olmasıdır.

Bireyler hayatlarının çeşitli dönemlerinde yaşam tarzları ile ilgili değişiklik yaşarlar. Bu gibi zamanlarda bireylerin aile, akraba, arkadaş gibi yakın çevresinden destek görmesi, sorunların çözümünü ve olaylara yaklaşımda kişinin bulunduğu hal ve durumu daha kolay algılamasına yardımcı olur.

Destek olmak isteyen kişi problemin nedenine, çözümüne, altta nelere ihtiyaç olduğuna, bireyin sorunla baş etme yeteneğinin artmasına katkıda bulunmuş olur.

Kişilerarası desteği önemseyen kişi sorunlarıyla baş edebilme de daha dayanıklıdır. Böylece birey kendini daha iyi hissettiği için de toplumda üretkenliği artar. Sağlıklı yaşam biçimine daha kolay uyum sağlar ve yaşam kalitesi yükselir (47).

2.5.5. Kendini gerçekleştirme

Bireyler yaşamları boyunca buldukları çevreye uyum sağlayabilme toplum içinde yer edinebilme, kendi kimliğini bulabilme gibi birçok durumu aynı anda yaşamaktadırlar. Kendini gerçekleştirme her birey için önemlidir ve hayattaki amaçlardan biridir. Bu amaca ulaşabilmek için de her yaştaki bireyin önce kendini tanıması gerekir.

Ottorank, kendini gerçekleştirmeyi ‘kişinin yaratıcılığı’ olarak görmüştür. Kendini gerçekleştirme kişinin ileri görüşlü olarak bilgi ve gelişmelere açık kalabilmesi; belirsizliğe karşılık sabır gösterebilmesidir. Bireyin, kendini keşfetmesi ve yeteneklerini fark ederek her duruma uygun sonuna kadar kullanmasıdır. Hayattaki amaçlarına ulaşip istediği yere gelebilme ve başarılı olabilme isteği ve çabasıdır. Kendini gerçekleştirme sürecindeki insanlar, kendilerine ve çevresine ilişkin bilgiler edinme, dış dünyada olup bitenleri daha iyi anlayabilmeye önem verirler (51).

2.5.6. Sağlık sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu; bireyin kendi sağlığını korumak ve hastalıklara yakalanmayı önlemek için dikkat ettiği tutum ve davranışlarını uygulaması ve gerektiğinde değişiklik yapabilmesidir. Sağlık sorumluluğu bireyin kendi sağlığını korumaya yöneliktir ve sağlıklı yaşam biçimini geliştirmede önemli bir yer tutar (16). Bu kavram, bireyin sağlık kurum ve kuruluşlarından faydalanmasını, kendine bakma konusunda dikkatli olmayı gerektirir. Özellikle hastalıklardan korunmada en etkili olan, kişilerin kendilerinin alacakları önlemlerdir.

Bireyin sağlığına ilişkin edinebileceği sorumluluk düzeyi; Vücudunu, organlarının çalışma sistemini, bağışıklığının kuvvetli olup olmadığını, genetiğini, yatkın olduğu hastalıkları bilmesidir. Kendini tanıması, sağlığı ile ilgili herhangi bir

sorun olduğunda veya vücudunda değişiklikler fark ettiğinde bir doktora veya sağlık kuruluşuna gitmesidir. Düzenli aralıklarla tahlillerini, muayenesini ve tıbbi kontrollerini yaptırmaya özen göstermesi, sağlıkla ilgili konularda güncel bilgiler edinmesi, sağlıkla ilgili bilim kaynaklarını ve yayınları takip etmesi, sağlıkla ilgili bir sorunla karşılaştığında gerekli önlemleri alması ile ilişkidir.

Bu tutum ve davranışlara özen gösterilmesi, bireyin sağlığına değer verdiğini anlatır. Birey sağlığın ileriye dönük geliştirilmesinde, sağlıklı yaşam biçimini benimsemeye, yaygınlaştırmaya ve bu yaşam biçimlerine ilişkin yapılması gereken görevleri yerine getirmede aktif rol almış olur. Eğer bireyler kendi sağlığının sorumluluğunu almayı başarabilirlerse, yaşam biçiminde yapılan değişiklikler günümüzün yaşamakta olduğu pek çok sağlık sorununu engelleyebilir. Sonuçta bireyin o an sahip olduğu iyilik hali gelişir ve toplumun sağlık seviyesi yükselir (52).

2.6. Sağlıksız Yaşam Biçimi Davranışlarının Sonuçları

Kişiler sahip oldukları yaşam tarzlarının kendi sağlıkları üzerinde nasıl bir etkiye sahip olduğu konusunda fikir sahibi olduklarında, zararlı alışkanlıklarından vazgeçme ya da sağlıklı bir yaşam tarzına yönelme de çok daha hassas davranmaktadırlar. Çünkü sağlıklı yaşam biçimi davranışları günlük hayata geçirilemediğinde hayatı tehdit eden önemli sağlık sorunları ile karşılaşmaktadır (53).

Gelişmekte olan ülkelerde 5 yıl sonraki ölümlerin %71'inin koroner kalp hastalıkları, %75'inin felç, %70'inin diyabet nedeniyle olacağı öngörülmektedir. Kardiyovasküler hastalıkların ve diyabetin nedenlerine bakıldığında; sağlıksız beslenme, hareketsiz yaşam ve sigara kullanımının en önemlileri olduğu görülmektedir. Örneğin; Hipertansiyonun tedavisinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemi oldukça büyüktür. Joint National Committee (JNC-7) raporu yaşam biçimindeki birtakım değişikliklerin kan basıncını düzenlemede etkili olabileceğini göstermiştir. Tıbbi diyet tedavisine uyulması 8-14 mmHg, sodyumdan fakir beslenme 2-8 mmHg, egzersiz ise 4-9 mmHg kan basıncında düşüş sağlamaktadır (54).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına uyulmadığı takdirde karşılaşılabilecek sağlık sorunlarından birisi de obezitedir. Dünyada %44 diyabet, %23 kalp damar hastalığı ve %24 kanser ölümlerinin sebebi kiloluluk ve obezite ile ilişkilendirilmiştir (55).

2.6.1. Obezite

Obezite, dünya genelinde en önemli halk sağlığı problemlerindedir. Obezite; besinler yoluyla alınan enerjinin harcanan enerjiden fazla olması ve fazla enerjinin vücutta yağ olarak depolanması sonucu ortaya çıkar. Yaşamdan memnuniyeti ve hayatta kalma süresini olumsuz yönde etkiler (26).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçları incelendiğinde 15-49 yaş grubu kadınlarda obezite prevalansı %26,5 olarak saptanmıştır (56). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Sağlık Araştırması 2010 verilerine göre ise kilolu olma ve şişmanlık görülme sıklığının kadınlarda %28,4 olduğu belirtilmiştir. Avrupa'da da obezite sıklığı, kadınlarda % 31 olarak tahmin edilmektedir (57).

2.6.1.1. Obezitenin saptanması

Obezitenin en bilinen göstergelerinden biri Beden Kütle indeksi (BKİ) hesabıdır. Sonucun kolay elde edilmesi kullanımını artırmaktadır. Yapılan çalışmalar sonucunda BKİ değeri yükseldikçe yüksek tansiyon, kalp hastalıkları, felç, kanser, diyabet ve solunum problemleri riski artış göstermektedir (58).

Biyoelektriksel impedans analizi (BIA) yöntemi yağsız doku kütlesi ile yağın elektriksel geçirgenlik farkından yararlanarak ölçüm alan cihazdır. Yağ miktarı, yağsız vücut kütlesi, vücut su miktarı ve vücudun kol, bacak, gövde kısımlarındaki yağın dağılımı gibi birçok veri elde edilir. Vücut yağ miktarının yetişkinler için kadınlarda %32'nin üzerinde olması şişmanlık olarak değerlendirilmektedir (59).

Yağ dokusunun bel bölgesinde, visseral organlar çevresinde birikmesi olarak tanımlanan abdominal obezite hastalıklar açısından daha fazla risk oluşturmaktadır (60,61). Vücut yağ kütlesinde üreme çağından sonra belirgin değişiklikler meydana gelmektedir. Kadınlarda yağ dokusu özellikle gluteal-femoral bölgede toplanır.

Menopozal geçiş dönemi ile birlikte yağ dağılımı yeniden değişir ve abdominal adipoz dokusunda artış olduğu görülür (62).

Bel evresi, Bel/Kalça Oranı (BKO) ve Bel/Boy Oranı (BBO) da obezitenin değerlendirilmesinde yol gösteren ölçütlerdir. Yapılan bir çalışmada, bu obezite belirleyicileri ile açlık plazma glikozu, kolesterol, kan basıncı gibi kardiyovasküler risk faktörleri arasında ilişki olduğunu bildirilmiştir (63).

BKO'nun kadınlarda yüksek olması android Őiřmanlıęın ve Őiřmanlıęa bağlı kronik hastalıkların riskinin belirlenmesinde kullanılır. BBO'ı tm BKİ aralıklarındaki bireyler için geerli olan metabolik riskin belirlenmesinde basit ama etkili bir indeks olarak kabul edilmiştir. Yapılan prospektif çalışmaların sonucunda bel boy oranı ve bel çevresinin kardiyometabolik sonuçlarının belirlenmesinde BKİ'ne göre daha önemli bir belirleyici oldukları bulunmuştur (64).

2.6.1.2. Obezitenin görülme nedenleri

Günümüzde obezitenin en bilinen nedeni olarak enerjisi yüksek besinlerin fazla tüketilmesi ve fiziksel aktivitenin yetersiz olması gösterilmektedir.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından belirtilen obezitenin başlıca risk faktörleri;

1. Düzensiz ve yanlış beslenme alışkanlıkları
2. Sık aralıklarla çok düşük enerjili diyetlerin uygulanması
3. Sigara ve alkol tüketimi
4. Hormonal ve metabolik rahatsızlıklar
5. Sık kullanılan bazı ilaçların yan etkisi (antidepresanlar vb.)
6. Demografik zellikler (yaş, cinsiyet)
7. Genetik faktörler
8. Intra- uterin etkiler
9. Çevresel faktörler (Sosyo- ekonomik düzey, arkadaşlar, medya baskısı..)

10.Davranışsal faktörler (fiziksel aktivite)

11.Psikolojik faktörler (İştahsızlık, tıknırcasına yeme isteği, duygu durum değişiklikleri) (26,65,67). Psikolojik sorunları olan kişilerde ağırlık kazanımı, yanlış beslenme alışkanlıkları ve düşük bilişsel algı gözlenmektedir. Stres ve bununla bağlantılı olumsuz duygu durum, bazı insanlarda tıknırcasına yeme isteğini harekete geçirebilmektedir (67,68).

2.6.1.3.Obezitenin neden olduğu sağlık sorunları

Obezite, tüm vücut sistemlerinde (endokrin sistem, kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, gastrointestinal sistem, kas-iskelet sistemi..) ve ruhsal durum üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır. Bu etkiler de pek çok sağlık sorununa yol açmaktadır.

Obezitenin yol açtığı sağlık sorunlarından bazıları şu şekildedir: insülin direnci, tip 2 diyabet, hipertansiyon, kalp hastalığı, hiperlipidemiler, metabolik sendrom, bazı kanser türleri (kadınlarda safra kesesi, endometriyum, yumurtalık ve meme kanserleri), osteoartrit, uyku apnesi, karaciğer yağlanması, menstruasyon düzensizlikleri, yeme bozuklukları (anoreksiya nervroza, bulimia nervroza, tıknırcasına yeme, gece yeme sendromu) ve kas-iskelet sistemi problemleri (69).

Framingham çalışmasına göre obezite kardiyovasküler hastalık gelişme riskinin 1,5 kat artmasına neden olmaktadır. Pan ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada obez olan kadınlarda metabolik sendrom gelişme riskinin yüksek olduğu bildirilmiştir. Whetstone ve arkadaşları (8), normal kilolu kadınlarla kıyaslandığında fazla kiloluluk ve obezitenin depresyon ve davranış bozuklukları riskini %43 arttırdığını belirtmişlerdir.

2.6.1.4. Ağırlık kaybının sağlanması ve etkileyen faktörler

Kilolu ve obez bireylerde uygun kalori alımının sağlanması gerekmektedir. Diyet, obezite tedavisinde güvenli bir yoldur, ancak mutlaka kişiye özgü ve ılımlı olmalıdır. Kas ve yaşamsal organlarda hücre kaybı olmadan yağ depolarında azalma sağlanmalı, vitamin, mineral ve elektrolit kaybı önlenmelidir (70, 71).

Diyet tedavisi sırasında kişiyi ideal ağırlığına getirmek, kişinin günlük besin ögesi gereksinimlerini yeterli ve dengeli olarak karşılamak, kişiye doğru beslenme alışkanlıkları kazandırmak ve program sona erdiğinde kişinin kilosunu sabit tutmak hedeflenmelidir. Diyetin protein miktarının yüksek olmasını ve diyetin glisemik yükünün düşük olmasını sağlayarak insülin duyarlılığını artırmak ve kan şekerini regüle etmek tokluk hissini artırır ve bu sayede diyetin başarı oranı artar (72).

Öğün sıklığı ile obezite arasında negatif yönde bir ilişki vardır. Yapılan bir çalışmada 4 ve üzeri öğün tüketenlerde obezite görülme riskinin, sık öğün tüketmeyenlere göre %45 daha az olduğu ortaya çıkmıştır. Bir başka çalışmada da; az az ve sık sık öğün tüketimi ile ve vücut ağırlığı arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişkiye göre 5 öğün ve üzerinde tüketenlerde obezite riskinin %30 arttığı saptanmıştır (73).

Öğün sıklığından başka öğünlerin düzensiz olup olmaması da önemlidir. Enerji harcaması, besin termogenezisi, insülin duyarlılığı ve kolesterol düzeyi ile düzenli öğün tüketimi ilişkilendirilmiştir. Ayrıca öğünlerde yenilen yemeklerin seçimi, öğünlerin gün içerisinde hangi saatlerde tüketildiği, kahvaltılarının yapılmaması ve dışarıda yeme sıklığı da obezite ile ilişkili bulunmuştur (74).

Öğün atlama alışkanlığı, çocukluktan gelen düzen, yoğun çalışma temposu, zaman sıkıntısı yüzünden öğün atlama en sık karşılaşılan beslenme sorunlarından biri olmuştur. Özellikle kahvaltı öğününün atlanması bazal metabolizma hızını yavaşlatacağından vücudun enerji harcaması da azalacaktır.

Bir araştırmada; kahvaltı öğününü atlayan bireylerin düzenli kahvaltısını yapan bireylere göre obezite görülme riskinin 4,5 kat arttığı tespit edilmiştir. Kahvaltı, öğle veya akşam yemeğinden birinin ya da birden fazlasının dışarıda yenmesi de obezite riskini arttıran faktörlerden biridir. Dışarıda yenilen yemeklerin evde hazırlanan yemeklere göre daha fazla enerji ve yağ içerdiği bilinen bir gerçektir. Bu nedene dayandırılarak yapılan çalışmalarda; dışarıda yemek yeme sıklığı ile BKİ arasında pozitif yönde bir korelasyon olduğu bulunmuştur (75).

Dışarıda en çok tercih edilen yiyecek çeşidi fast-food tarzı besin tüketimidir. Fast food tarzı yiyeceklerde, diğer yağ oranı yüksek olan yiyeceklerde insülin

direnci, tip 2 diyabet ve LDL kolesterol yüksekliği ile ilişkili bulunmuştur (76). Fast-food tarzı yiyeceklerin yanında tercih edilen şekerli içecek tüketimeinin de basit karbonhidrat alımına bağlı olarak adipozitede artışa sebep olduğu bildirilmiştir. Kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada; günde 1 kutu şekerli içecek tüketimeinin, 4 yılda ortalama 4.2 kg vücut ağırlığı kazanılmasına sebep olduğu saptanmıştır (77).

Bir öğünde tüketilen besinlerin çokluğu yani porsiyon büyüklüğu obeziteyi arttıran en temel sebeplerdendir. Birçok alışma besinler ile vücuda alınan yağın vücut yağ kütlesini etkilediği ve yağ oranı yüksek diyetlerin obeziteye ve trigliseritlerin artışına neden olduğunu saptamıştır. Yapılan bir araştırmada, düşük enerjili ve özellikle yağ oranı azaltılmış bir diyetin porsiyon miktarının da küçültülmesi ile birlikte ağırlık kaybı stratejisinde daha iyi başarı elde edildiği belirtilmiştir (78).

2.6.1.5 Kadınlarda ağırlık kaybının oluşmasında beden algısının rolü

Beden algısı bireyin kendi vücut kompozisyonuna ve vücut fonksiyonlarına karşı pozitif veya negatif düşünceleri, kişinin kendi adına yaptığı bir değerlendirmedir (79). Beden imgesi özellikle de vücut şekline ve kişinin vücut ağırlığına bağlı oluşan bir olgudur. Kişinin sahip olduğu beden ile hayal ettiği beden şekli arasında fazla fark olduğunda beden memnuniyetsizliği kavramı ortaya çıkmaktadır (80).

Bireylerin aklında zayıflık, daha estetik görünen beden ölçüleri ile ilgili etkili düşünceler oluşmaktadır. Zayıflık sağlıklı vücut kompozisyonu dağılımından hiç bahsetmeden idealize edilmekte, ince olmanın kadında ilgi çekici özellik olduğunu, toplumsal kabul gördüklerini ve daha başarılı olacakları gibi düşünceler yaratmaktadır. Zayıflık yönündeki bu aşırı baskı neticesinde sürekli olarak yanlış diyet uygulamaları, vücutu yormaya sebep olacak detoks programlarına başlama, yediklerinden pişmanlık duyma sonucu kurtulmak için kusma, diüretik ya da laksatif kullanma gibi davranış bozuklukları ortaya çıkmaktadır.

Kadınlar tarafından farklı diyet eşitleri, diyet ürünleri, mekanik vücut şekillendirme araçları, zayıflama ve kaybettiği ağırlığı korumaya ile ilgili yayınlar büyük ilgi görmektedir(81). Basın ve yayın organlarında yazılan yazılar, yapılan

programlar topluma hem sağlık alanında bilgi vererek hem de doğru beslenme biçimini öğreterek yanlış yönlendirmelerin önüne geçmelidir(82).

Kadınlar da beslenme konusunda medya aracılığı ile bilgi sahibi olmak ve yönlendirilmek için yardıma gereksinim duyarlar. Bir araştırmada, telefonla sağlık programlarına katılan bireylerin %56'sını kadınların oluşturduğu, bunların %62,1'sinin Őikayetlerini anlatıp hastalıklarına tanı koydurmaya çalıştırdıkları, %22,1'inin de daha önce gittiği doktorunun verdiği tedavinin doğru olup olmadığını sormak amacıyla sorular sorduğu belirlenmiştir (83).

Yapılan çalışmalarda medyanın kişilere iletteği ideal vücut ölçüleri kadınlarda kendi vücut kompozisyonlarını beğenmemelerine neden olmaktadır. Bu sebeple de yapılan yayınların kişilerin beslenme tutumları, duygu durum değişikliklerinin iştaha etkisi ve ağırlık kaybetme isteğini etkilediğini belirlenmiştir (84). Yapılan bir incelemede dergi gazete gibi yayınlardaki beslenme konulu yazıların çoğunluğunun diyet yapma, ağırlık kaybı, detoks gibi kavramlarla ilişkili olduğu, sadece sağlıklı beslenme içeriğine sahip yazıların sayısının ise daha az olduğu bulunmuştur (82).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Çalışma, 01 Aralık 2015-01 Ocak 2016 tarihleri arasında Ankara'nın Ümitköy semtinde bulunan özel bir zayıflama merkezine devam eden, gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 110 yetişkin kadın ile yapılmıştır. Çalışmaya 20-64 yaş arasında, izlemlerine düzenli olarak gelen ve gebe olmayan kadın danışanlar dahil edilmiştir.

Bu çalışma için Başkent Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından KA15/335 nolu ve 25.11.2015 tarihli 'Etik Kurul Onayı' alınmıştır (Ek-1). Her katılımcı araştırma başlangıcında gönüllü onam formunu okuyup imzalamıştır (Ek-2).

3.2. Araştırmanın Genel Planı

Araştırmaya katılan katılımcılara; yüz yüze görüşme tekniğiyle sorular sorulmuş, antropometrik ölçümleri alınmış ve bu bilgiler anket formuna kaydedilmiştir (Ek-3). Anket formu uygulandıktan bir ay sonra katılımcıların antropometrik ölçümleri, başlangıçta yapılan ölçümlerinin tekrarlanması ile değerlendirilmek üzere yeniden kayda alınmıştır.

3.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Araştırmada, çalışmaya katılanların genel bilgileri, antropometrik ölçümleri, fiziksel aktivite düzeyleri, beslenme alışkanlıkları, besin tüketim sıklıkları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ilişkin bilgileri yer almıştır.

3.4. Anket Formu Bölümleri

3.4.1. Kişisel özelliklere ilişkin bilgiler

Anket formunda katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin yaş, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, birlikte yaşadığı kişiler ve meslek bilgileri yer almıştır.

3.4.2. Genel sağlık bilgileri

Hastalık varlığı, ilaç kullanımı, sağlık kontrolü sıklığı, sigara tüketimi ile ilgili bilgiler yer almıştır.

3.4.3. Beslenme alışkanlıkları bilgileri

Su tüketimi, ana öğün ve ara öğün sayısı, atlanan öğünler ve nedenleri, dışarıda yeme sıklığı, dışarıda hangi yemeğin tercih edildiği, hazır besin tüketme sıklığı, tuz tüketimi, yemek yeme hızı, gece yatmadan önce ya da uykudan kalkıp yemek yeme alışkanlığının olup olmadığı ile ilgili sorular sorulmuştur. Ayrıca formda katılımcıların duyu durum değişikliklerinin iştahı nasıl etkilediği, kendi fiziksel görünümelerini nasıl değerlendirdikleri ve son bir yıl içinde uyguladıkları diyetler ile ilgili bilgiler de yer almıştır

3.4.4. Antropometrik ölçüm bilgileri

Antropometrik ölçümlerden boy uzunluğu ile bel ve kalça çevresi ölçümleri bilgileri yer almıştır. Ayrıca vücut ağırlığı, vücut yağ kütlesi ile yüzdesi bilgilerine yer verilmiştir.

Katılımcıların vücut ağırlığı, vücut yağ yüzdesi, vücut yağ kütlesi TANİTA body composition analyzer BC- 418 MA marka biyoelektrik impedans analizi ölçüm aracı ile belirlenmiştir. Biyoelektrik impedans analizi, vücuttan geçirilen elektrik akımına yağ dokusunun verdiği direncin diğer vücut dokularına göre farklı olması prensibine dayanan; vücut yağ kütlesinin doğru şekilde hesaplanması için kullanılan, geçerliği ve güvenilirliğinin yüksek olduğu kanıtlanmış bir ölçüm metodudur.

Vücut analizi ölçümünde;

- Uyandıktan en az 3 saat sonra,
- Yemeklerden ve aşırı sıvı alımından ortalama 4 saat sonra,
- Ağır fiziksel aktiviteden 24 saat sonra,
- Alkol ve kafein tüketiminden 24 saat sonra,
- Seyahatlerden 24 saat sonra,

- Banyo, sauna ve yüzmeden önce olmasına,

İki ölçümünde günün hep aynı saatinde hep aynı şartlarda alınmasına dikkat edilmiştir.

Katılımcıların vücut yağ yüzdesi sonuçları Tablo 3.1'deki sınıflamaya göre değerlendirilmiştir (85).

Tablo 3.1. Kadınlarda vücut yağ yüzdesi sınıflandırılması

Sınıflandırma	Kadınların vücut yağ yüzdesi
Zayıf	<8
Normal(alt sınır)	8-23
Normal (üst sınır)	24-31
Şişman	≥32

* Lee, R. D., Nieman, D. C. (2003). Anthropometry. Nutritional Assessment. McGrawHill, Boston

Katılımcıların BKİ değerleri aşağıdaki formüle göre hesaplanmıştır:

$$BKİ (kg/m^2) = [\text{Vücut ağırlığı (kg)} / \text{Boy}^2 (m^2)]$$

Elde edilen BKİ değerleri DSÖ sınıflamasına göre değerlendirilmiştir (86). (Tablo3.2).

Tablo 3.2. Yetişkinlerde BKİ' ye göre vücut ağırlığının değerlendirilmesi

BKİ sınıflandırılması	BKİ değerleri (kg/m²)
Zayıf (düşük ağırlıklı)	<18,5
Normal ağırlık	18,5-24,99
Hafif şişman	25,00-29,99
Obez- şişman	≥30,00
Obez 1.derecede	30,00-34,99
Obez 2.derecede	35,00-39,99
Obez 3.derecede	≥40,00

*WHO, Global database on body mass index, 2010

Çalışmaya katılan bireylerin antropometrik ölçümlerinden boy uzunluğu, bel, kalça çevresi ölçümleri esnemeyen mezür ile araştırmacı tarafından alınmıştır. Boy uzunluğu; topuklar birleşik, sırt, omuzlar ve baş dik durumdayken ve frankfurt düzlemde (göz ve kulak kepçesi üstü aynı hizada) olmalarına dikkat edilerek ölçüm alınmıştır. Bel çevresi ölçümü, mezura umbilikus hizasından geçecek şekilde yapılmıştır. Kalça çevresi ölçümü ise, mezura kalçaların en geniş bölgesinden geçecek şekilde yerleştirilerek alınmıştır (87). Alınan bel çevresi ölçüm sonuçları Tablo 3.3'de gösterilen değerlere göre değerlendirilmiştir (88).

Tablo 3.3. Kadınlarda bel çevresi ölçümleri

	Yüksek risk	Riskli	Normal
	Bel çevresi	Bel çevresi	bel çevresi
	(cm)	(cm)	(cm)
Kadınlarda			
bel çevresi ölçümü	≥88	≥80	<80

*WHO, Obesity: preventing and managing the global epidemic, 2011

Bel- Kalça Oranı aşağıdaki formül ile hesaplanmıştır ve DSÖ kriterlerine göre değerlendirilmiştir (88) (Tablo 3.4).

$$\text{Bel/ kalça oranı (BKO) = [Bel çevresi (cm) / Kalça çevresi (cm)]}$$

Tablo 3.4. Kadınlarda BKO sınıflandırılması

BKO sınıflandırması	Kadınlarda BKO
Normal değerler	<0,85
Obezite sınırı	≥0,85

*WHO, Obesity: preventing and managing the global epidemic, 2011

Bel- boy oranı aşağıdaki formül ile hesaplanmıştır ve Bel-boy oranı ≥ 0.5 bulunan kadınların bel-boy oranı yüksek ve riskli kabul edilmiştir (89).

$$\text{Bel/ boy oranı} = [\text{Bel çevresi (cm)} / \text{Boy uzunluğu (cm)}]$$

Katılımcıların vücut ağırlığındaki değişimler Tablo 3.5'de gösterilen değerlere göre gruplandırılmıştır. Katılımcıların haftalık ağırlık kayıplarının 0.5-1 kg arasında tutulması önerilmektedir. Bu durum kazanılan olumlu değişikliklerin korunması ve yaşam tarzı haline dönüştürülmesi açısından da önemlidir (65).

Tablo 3.5. Vücut ağırlığındaki değişimin değerlendirilmesi

Süre	Ağırlık kaybı (%)
1 hafta	1-2
1 ay	5
3 ay	7

3.4.5. Fiziksel aktivite anketi

Fiziksel aktivite düzeyini (gün içinde oturma, yürüme, şiddetli fiziksel aktivite gibi aktivitelerin dakika cinsinden belirlenmesi) saptamak için Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi (IPAQ) kısa form kullanılmıştır.

3.4.5.1.Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi (IPAQ-UFAA)

Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi ile, bireylerin öncelikle ilk 2 soruda son 7 günde şiddetli fiziksel aktivite (ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol veya hızlı bisiklet çevirme vb.) yapıp yapmadıkları, yaptılarsa haftanın kaç gününde kaç dakika veya kaç saat yaptıkları, diğer iki soruda, geçen son 7 gün içerisinde orta dereceli fiziksel aktivite (hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya tenis oyunu) yapıp yapmadıkları, eğer yaptılarsa haftanın kaç gününde kaç dakika veya kaç saat yaptıkları, daha sonraki iki soruda bireylerin geçen son 7 gün içerisinde yürüyerek geğirdikleri zamanı, 10 dakikalık yürüyüşleri haftanın kaç gününde yaptıkları, eğer bu yürüyüşler 10 dakikadan fazla ise kaç dakika veya saat yürüdükleri sorgulanmıştır. En son soruda da bireylerin geçen son 7 gün içerisinde evde, işte, çalışırken veya dinlenirken toplamda ne kadar zamanı oturarak geğirdikleri sorgulanmıştır. Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi (Kısa Form) toplamda 7 sorudan oluşmaktadır.

IPAQ, bireylerin fiziksel aktivite düzeylerini değerlendirmek için Dr. Michael Booth (90) tarafından geliştirilmiştir. Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi ile günlük yapılan fiziksel aktiviteyi bireysel raporlara dayandırmak, fiziksel aktivite düzeyi hakkında geğerli ve karşılaştırılabilir bilgi elde edinmek amaçlanmıştır. Türkiye’ de Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketinin geçerlik ve güvenirlik çalışması Öztürk (91) tarafından yapılmıştır.

Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketinin kısa formunun skorunun hesaplanması, orta şiddetli aktivite, şiddetli aktivitenin ve yürüyüşün süre ve sıklık toplamını içermektedir. Bu hesaplamalardan, MET olarak bir skor elde edilmektedir. Bir Met- dakika; yapılan aktivitenin dakikası ile MET skorunun çarpımından hesaplanmaktadır.

Hesaplamalar sonunda kategorisel olarak sonuçlar sınıflandırılmaktadır (92)

Bu kategoriler:

I kategori: İnaktif olanlar: <600 MET- min/hf

II kategori: Minimum aktif olanlar: 600< - <3000 MET- min/hf

III kategori: Çok aktif olanlar: >3000 MET- min/hf

3.4.6. Besin tüketim sıklığı formu

Katılımcıların beslenme alışkanlıklarını belirlemek amacı ile anket formunda yer alan besin tüketim sıklık formunu doldurmaları istenmiştir. Formda, 45 ayrı besin ve besin grubunun tüketim sıklığı ve miktarlarına ilişkin bilgiler yer almaktadır.

Besin öğeleri alımlarından elde edilen veriler, “Beslenme Bilgi Sistemleri Paket Programı (BEBİS)” kullanılarak analiz edilmiştir. Hesaplanan enerji ve besin öğeleri verileri yaşa göre önerilen “Diyetle Referans Alım Düzeyi (Dietary Reference Intake=DRI)'ne göre değerlendirilmiştir (93).

3.4.7. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

Çalışmaya katılan kadınlara, zayıflama merkezine geldikleri ilk gün anket formu ile birlikte bir defaya mahsus olmak üzere, ağırlık kaybı izlemine başlanmadan önceki sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek için anket formunun bölümleri arasında yer alan 52 sorudan oluşan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) uygulanmıştır. SYBDÖ II, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçmektedir.

SYBDÖ, Sağlığı Geliştirme Yaşam Stili ölçüm aracı Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayandırılarak Walker ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (23). SYBDÖ'nin orijinal dili İngilizcedir. SYBDÖ'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği Esin (94) tarafından yapılmıştır.

SYBDÖ 1996 yılında Walker, Sechrist ve Pender (95) tarafından tekrar çalışılarak düzenlenmiş ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II olarak

adlandırılmıştır. SYBDÖ II'nin geçerlik ve güvenilirliği Bahar ve ark. (96) tarafından yapılmıştır.

Ölçek 52 madde ve altı alt faktörden oluşmaktadır. Her bir alt grup bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Bunlar;

1-Kendini gerçekleştirme; bireyin yaşamdaki amaçlarını, kendini ne kadar geliştirdiğini, yeteneklerini ve kendini tanıyıp tanımadığını belirler.

2- Kişilerarası destek; bireyin arkadaşları gibi yakınları ile iletişimini ve ne kadar süre devam ettirebildiğini belirler.

3-Beslenme; bireyin hangi besin öğelerini tercih ettiğini nasıl bir beslenme programı olduğunu ve ne şekilde değişiklik yapabildiğini anlatır.

4-Fiziksel aktivite; sağlıklı yaşamın temeli olan egzersizin birey tarafından ne kadar düzenli ve ne kadar yapıldığını gösterir

5-Sağlık sorumluluğu; bireyin kendi sağlığını ne derecede önemseydiğini gösterir.

6-Stres yönetimi; bireyin stres kaynaklarına farkındalığını ve stresini ne düzeyde yönetebildiğini belirler.

Tablo 3.6. SYBDÖ II genel puanı ve alt ölçekler puanları alt-üst sınırları

Alt Gruplar	Ölçekteki numaraları	En düşük puan	En yüksek puan
Kendini gerçekleştirme	6,12,18,24,30,36,42,48,52	9	36
Sağlık sorumluluğu	3,9,15,21,27,33,39,45,51	9	36
Egzersiz	4,10,16,22,28,34,40,46	8	32
Beslenme	2,8,14,20,26,32,38,44,50	9	36
Kişilerarası destek	1,7,13,19,25,31,37,43,49	9	36
Stres yönetimi	5,11,17,23,29,35,41,47	8	32
Sağlıklı yaşam biçimi davranışları	1-52.maddeler	52	208

Ölçeğin genel puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir. Bireyler sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinde bulunan soruların kendilerine uygun olduğunu düşündükleri derecelendirme ifadelerinden birini işaretlemişlerdir. Derecelendirme 4'lü likert şeklinde yapılmıştır. Yanıtlara "hiçbir zaman" yanıtı için 1, "bazen" yanıtı için 2, "sık sık" yanıtı için 3, "düzenli olarak" yanıtı için 4 puan verilmektedir. Ölçekte toplamda en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir (Tablo 3.6). Ölçekten alınan puanların yükselmesi bireyin önerilen sağlık davranışlarını yüksek düzeyde uyguladığını göstermiştir.

3.5.Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi

Çalışma sonucunda elde edilen veriler, Windows ortamında SPSS 17.0 İstatistik Paket Programı ile değerlendirilmiştir. Nitel ve nicel değişkenler için uygun tanımlayıcı değerler verilmiştir. Ölçümle elde edilen sürekli değişkenler (nicel değişkenler), ortalama, standart sapma ($\pm SS$), alt ve üst değerleri ile Kategorik değişkenler (nitel değişkenler) ise sayı (S) ve yüzde (%) olarak ifade edilmiştir.

Nitel değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesi için Ki-kare Testi, nicel değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde de İki Yönlü Korelasyon Testi Pearson Korelasyon Analizi ve Spearman's Korelasyon Analizi kullanılmıştır

Nicel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Nicel verilerin karşılaştırmalarında normal dağılım gösteren parametrelerin karşılaştırmalarında One way Anova (Tek yönlü Varyans Analizi) Testi kullanılmıştır.

İstatistiksel analizlerde önemlilik düzeyi %95 güven aralığında $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

4.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışmaya 20-64 yaş arasında Ankara'nın Ümitköy semtinde bulunan özel bir zayıflama merkezine devam eden toplam 110 yetişkin kadın katılmıştır.

Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 4.1.1'de gösterilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması $36,19 \pm 10,06$ yıldır. Yaklaşık %1'i ilkokul, %6,3'ü ortaokul/ilköğretim, %18,2'si lise ve %74,5'i üniversite ve üzeri eğitilidir. Yüzde %32,7'si bekâr, %60'ı evli, %7,3'ü boşanmıştır ve %39'unun çocuğu yok iken %61'i çocuk sahibidir. Ortalama çocuk sayısı $1,03 \pm 1,04$ 'dür.

Katılımcılardan %20,9'u özel sektör çalışanı, %19,1'i ev hanımı, %16,3'ü öğretmen, %14,5'i sağlık çalışanı, %10,9'u memur, %7,3'ü ise mühendis, %5,5'i emekli ve %5,5'i ise öğrencidir.

Katılımcıların %48,2'si eşi ve çocukları ile, %24,5'i anne babası ile, %11,8'i eşi ile, %8,2'si yalnız, %3,6'sı sadece çocukları ile, %2,8'i arkadaşı ile %0,9'u ise akrabası ile yaşamaktadır.

Tablo 4.1.1. Katılımcıların demografik özellikleri

Demografik Özellikler	S	%
Yaş grupları		
20-29yaş	32	29,1
30-39 yaş	39	35,5
40-49 yaş	26	23,6
50 ve üzeri yaş	13	11,8
Yaş (yıl)		
X ±S	36.19±10.06	
Eğitim durumu		
İlkokul	1	1,0
Ortaokul/ilköğretim	7	6,3
Lise	20	18,2
Lisansüstü/üniversite	82	74,5
Medeni Durum		
Bekar	36	32,7
Evli	66	60,0
Dul/ Boşanmış	8	7,3
Çocuk sahibi olma durumu		
Var	67	60,9
Yok	43	39,1
Ortalama çocuk sayısı		
X±SS	1.03±1.04	
Meslek		
Özel sektör	23	20,9
Ev hanımı	21	19,1
Öğretmen	18	16,3
Sağlık çalışanı	16	14,5
Memur	12	10,9
Mühendis	8	7,3
Emekli	6	5,5
Öğrenci	6	5,5
Birlikte yaşanan kişiler		
Eş ve çocuklar	53	48,2
Anne /baba	27	24,5
Eşi ile	13	11,8
Yalnız	9	8,2
Çocukları ile	4	3,6
Arkadaş	3	2,8
Akraba	1	0,9
Toplam	110	100,0

4.2. Katılımcıların sağlık durumlarına ilişkin bulgular

Çalışmaya katılanların %67,3'ünün doktor tarafından tanısı konmuş hastalığı vardır. Yüzde 12,6'sında kansızlık, %11,2'sinde mide rahatsızlığı, %10,5'inde insülin direnci, %10,5'inde bağırsak rahatsızlığı, %9,8'inde hipotroidi, %9,8'inde polikistik over sendromu, %8,4'ünde kolesterol, %5,6'sında hipertansiyon, %4,5'inde diyabet, %3,5'inde panik atak, %3,5'inde alerji ve %2,8'inde karaciğer yağlanması vardır. Ayrıca bulunan diğer hastalıklar, %0,7 romatizma, %0,7 hipoglisemi %1,4 epilepsi, %2,1 kalp damar hastalığı, %1,4 solunum sistemi hastalığı ve %2,1 laktoz intoleransıdır (Tablo 4.2.1).

Katılımcıların %43,6'sı hastalıkları için ilaç kullanmaktadır. Kullanılan ilaçların %1,9'u solunum hastalıkları, %18,9'u panik atak, %11,3'ü polikistik over sendromu, %11,3'ü hipotroidi, %1,9'u alerji, %11,3'ü hipertansiyon, %17'si insülin direnci, %3,8'i epilepsi %9,4'ü kansızlık, %3,8'i romatizma, %5,7'si diyabet ve %3,8'i mide rahatsızlığı içindir (gösterilmemiş veri).

Katılımcıların, %2,7'si ayda bir, %3,6'sı 2-3 ayda bir, %25,5'i 6 ayda bir, %37,3'ü yılda bir sağlık kontrolü yaptırmakta, %30,9'u ise sağlık kontrolüne sık gitmemektedir (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.1. Katılımcıların sağlık durumu bilgileri

Sağlık durumu	S	%
Tanı konulan hastalık		
Var	74	67,3
Yok	36	32,7
Tanısı konan hastalıklar (s=74)		
Kansızlık	18	12,6
Mide rahatsızlığı	16	11,2
İnsülin direnci	15	10,5
Bağırsak rahatsızlığı	15	10,5
Hipotroidi	14	9,8
Polikistik over sendromu	14	9,8
Kolesterol	12	8,4
Hipertansiyon	8	5,6
Diyabet	5	3,5
Panik atak	5	3,5
Alerji	5	3,5
Karaciğer yağlanması	4	2,8
*Diğer	12	8,4
İlaç kullanımı		
Evet	48	43,6
Hayır	62	56,4
Sağlık kontrolü yaptırma sıklığı		
Ayda bir	3	2,7
2-3 ayda bir	4	3,6
6 ayda bir	28	25,5
Yılda bir defa	41	37,3
Bir yıldan uzun sürede	34	30,9
Toplam	110	100,0

*Diğer (romatizma, astım, kalp damar hastalığı, epilepsi ve laktoz intoleransı)

4.3.Katılımcıların Sigara ve Alkol Kullanımına İlişkin Bulguları

Çalışmaya katılanların genel alışkanlıkları Tablo 4.3.1'de gösterilmiştir. Katılımcıların; %28,2'si sigara kullanmakta, %6,3'ü sigarayı bırakmış ve %65,5'i ise sigara kullanmamaktadır. Katılımcılar günde ortalama 13,03±9,47 adet sigara içmektedir. Yüzde 59,1'i alkol tüketmekte, %40,9'u ise tüketmemektedir.

Tablo 4.3.1. Katılımcıların sigara ve alkol kullanım durumu

Sigara ve Alkol Tüketimi	S	%
Sigara kullanma durumu (s=110)		
İçiyor	31	28,2
İçmiyor	72	65,5
Bırakmış	7	6,3
Sigara sayısı (adet/gün) (s=31)		
X ± SS	13,03±9,47	
Alkol tüketme durumu (s=110)		
Tüketiyor	65	59,1
Tüketmiyor	45	40,9

4.4.Katılımcıların beslenme alışkanlıkları

Çalışmaya katılan kadınların %30,9'u günde iki ana öğün, %69,1'i ise üç ana öğün yapmaktadır. Yüzde 30,9'u öğünlerden birini atlamaktadır. 34 katılımcıdan %32,4'ü sabah, %50'si öğle %17,6'sı ise akşam öğününü atlamaktadır.

Öğün atlayanların %35,9'u alışkanlığı olmadığı, %33,3'ü vakit bulamadığı, %12,8'i iştahı olmadığı, %12,8'i zayıflamak ve %5,2'si hazırlamaya üşendiği için öğün atlamaktadır.

Katılımcıların %20,9'u hiç ara öğün yapmazken, %79,1'i ara öğün yapmaktadır. Ara öğün yapan katılımcıların %21,8'i bir, %44,8'i iki, %26,6'sı üç %6,8'i ise dört ve üzeri ara öğün yapmaktadır.

Günlük ortalama su tüketimi 8,10±4,24 su bardağıdır (Tablo 4.4.1)

Tablo 4.4.1.Katılımcıların ana ve ara öğün tüketme durumları

	S	%
Ana öğün sayısı (s=110)		
2 kez	34	30,9
3 kez	76	69,1
Öğün atlama durumu (s=110)		
Evet	34	30,9
Hayır	76	69,1
En sık atlanan ana öğün (s=34)		
Sabah	11	32,4
Öğle	17	50,0
Akşam	6	17,6
Ana öğün atlama nedeni (s=34)		
Alışkanlığı yok	14	35,9
Vakit olmuyor	13	33,3
İştahsızlık	5	12,8
Zayıflamak için	5	12,8
Hazırlamaya üşeniyor	2	5,2
Ara öğün tüketme durumu (s=110)		
Evet	87	79,1
Hayır	23	20,9
Ara öğün sayısı (s=87)		
1 kez	19	21,8
2 kez	39	44,8
3 kez	23	26,6
4 kez ve üzeri	6	6,8
Su tüketimi (bardak/gün)		
X ±SS	8,10±4,24	

Dışarıda yemek yeme sıklığı değerlendirildiğinde kadınların %10'u her gün, %32,7'si haftada iki üç gün, %40'ı iki haftada bir ve %17,3'ü ayda bir dışarıda yemek yemektedir. Dışarıda en çok %34,5 kebab veya döner, %21,8 ızgara et, %9,1 balık, %12,7 fast food, %10,9 ev yemekleri, %5,5 simit veya poğaçaya, %5,5 salata tercih edilmektedir.

Hazır besin tüketim sıklığına göre incelendiğinde; kadınların %10,9'u her gün, %30'u haftada iki üç gün, %17,3'ü iki haftada bir ve %41,8'i ayda bir hazır besin tüketmektedir.

Katılımcıların %14,5'i yemeklerin tadına bakmadan tuz ilave ederken, %85,5'i etmemektedir. Yüzde 39,1'i hızlı, %47,3'ü normal hızda, %13,6'sı ise yavaş yemek yemektedir. Yüzde 26,4'ü yatmadan önce yemek yeme alışkanlığına sahipken, %73,6'sı yatmadan önce yemek yememektedir. Yüzde 6,4'ü uykudan kalkıp yemek yeme alışkanlığına sahiptir.

Sağlıklı beslendiğini düşünenlerin sıklığı %33,6'dır. Sağlıklı beslenmediğini düşünenler %47,3, sağlıklı beslenme konusunda fikir sahibi olmayanlar ise %19,1'dir (Tablo 4.4.2).

Tablo 4.4.2. Katılımcıların yemek yeme alışkanlıkları

	S	%
Dışarıda yemek yeme sıklığı		
Her gün	11	10,0
Haftada 2-3 gün	36	32,7
2 haftada bir	44	40,0
Ayda bir	19	17,3
Dışarıda en çok tercih edilen yemek		
Kebap/döner	38	34,5
Izgara et	24	21,8
Balık	10	9,1
Fast- food	14	12,7
Ev yemekleri	12	10,9
Simit/poğaç	6	5,5
Salata	6	5,5
Hazır besin tüketme sıklığı		
Her gün	12	10,9
Haftada 2-3 gün	33	30,0
2 haftada bir	19	17,3
Ayda bir	46	41,8
Yemeklere tuz ilavesi yapma		
Evet	16	14,5
Hayır	94	85,5
Yemek yeme şekli		
Hızlı	43	39,1
Normal	52	47,3
Yavaş	15	13,6
Gece yatmadan önce yemek yeme alışkanlığı		
Var	29	26,4
Yok	81	73,6
Gece uykudan kalkıp yemek yeme alışkanlığı		
Var	7	6,4
Yok	103	93,6
Sağlıklı beslenmeye ilişkin düşünce		
Sağlıklı beslendiğini düşünüyor	37	33,6
Sağlıklı beslendiğini düşünmüyor	52	47,3
Sağlıklı beslenme konusunda fikri yok	21	19,1
Toplam	110	100,0

Katılımcıların %18,2'sinin stres altındayken tıknırcasına yemek yediği, %25,5'inin normalden fazla yemek yediği, %24,5'inin iştahının değişmediği, %31,8'inin iştahının olmadığı, üzgün olduklarında; %12,7'sinin tıknırcasına yemek yediği, %20,9'unun yemek yemesinin normalden fazla olduğu, %26,4'ünün iştahında değişiklik olmadığı, %40'ının iştahının olmadığı, sinirli olduklarında; %12,7'sinin tıknırcasına yemek yediği, %20,9'unun yemek yemesinin normalden fazla olduğu, %37,3'ünün iştahının aynı olduğu, %29,1'inin iştahının olmadığı, mutlu olduklarında ise; %1,8'inin tıknırcasına yemek yediği, %10'unun yemek yemesinin normalden fazla olduğu, %55,5'inin yemek yemesinin aynı olduğu, %32,7'sinin iştahının olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.4.3).

Tablo 4.4.3. Katılımcılardaki duygu durum değişikliklerinin iştah üzerine etkisi dağılımı

	Tıknırcasına Yemek Yeme		Normalden Fazla Yemek Yeme		İştahta Değişiklik Yok		İştahsız	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Stres altındayken	20	18,2	28	25,5	27	24,5	35	31,8
Üzgün olduğunda	14	12,7	23	20,9	29	26,4	44	40,0
Sinirli olduğunda	14	12,7	23	20,9	41	37,3	32	29,1
Mutlu olduğunda	2	1,8	11	10,0	61	55,5	36	32,7

Tablo 4.4.4'te katılımcıların fiziksel görünümelerini değerlendirme ve diyet yapma durumları yer almıştır. Katılımcılar kendi fiziksel görünümelerini %0,9'u zayıf, %18,2'si normal ağırlıkta, %49,1'i hafif şişman ya da kilolu, %31,8'i ise şişman olarak değerlendirmektedir.

Katılımcılardan 70 (%63,6)'i son bir yıl içerisinde ağırlık kaybı sağlayan bir diyet uygulamıştır. Bu katılımcılardan 2'si uyguladıkları diyetlerde ağırlık kaybetmemişlerdir. Diğerleri ise uyguladıkları diyetlerde ortalama $5,82 \pm 4,15$ kg ağırlık kaybetmişlerdir.

Katılımcıların %47,1'i diyetisyenden, %40'ı kendi kendilerine, %4,3'ü alternatif tıp ile uğraşan kişilerden, %4,3'ü doktordan, %2,9'u arkadaş, komşu gibi yakın çevrelerinden, %1,4'ü televizyon, gazete, dergiden diyet önerileri almışlardır.

Zayıflamak amacı ile ürün ya da ilaç kullanma sıklığı %27,3'dür. Yüzde 63'ü zayıflama ilacı (Herbal life, Lida, Biber hapi, Fat blog, Exodex, XLS medical, mango kapsül, L-carnitine), %7'si vitamin, mineral takviyeleri ve %30'u bitki karışımları (Yeşilçay, Altınotu, 7 otlı çay) kullanmışlardır.

Zayıflama amacı ile kullanılan ürün veya ilaçların %2,7'si doktordan, %5,5'i radyo,televizyon gibi basın yayın araçlarından, %10'u arkadaş, komşu gibi yakın çevreden, %2,7'si aktarlardan, %3,6'sı eczacılardan alınmıştır (gösterilmemiş veri).

Tablo 4.4.4. Katılımcıların fiziksel görünümelerini değerlendirme ve diyet yapma durumları

	S	%
Fiziksel görünümelerini değerlendirme (s=110)		
Zayıf	1	0,9
Normal	20	18,2
Hafif şişman/ kilolu	54	49,1
Şişman	35	31,8
Son 1 yıl içinde diyet uygulama durumu (s=110)		
Evet	70	63,6
Hayır	40	36,4
Kaybedilen ağırlık (kg/yıl) (s=70)		
X ±SS	5,82±4,15	
Uygulanan diyetin kimden alındığı? (s=70)		
Diyetisyen	33	47,1
Kendi kendine	28	40,0
Alternatif tıp ile uğraşan kişi	3	4,3
Doktor	3	4,3
Yakın çevre (arkadaş, komşu..)	2	2,9
Magazin (tv, dergi, gazete..)	1	1,4

4.5. Katılımcıların Antropometrik Ölçümleri

Katılımcıların ilk başvurudaki ve bir ay sonraki antropometrik ölçüm ortalamaları Tablo 4.5.1’de gösterilmiştir. İlk ölçümdeki ortalamalar şu şekilde bulunmuştur; vücut ağırlığı $75,62\pm 13,52$ kg, boy $162,94\pm 5,83$ cm, BKI $28,59\pm 5,40$ kg/m², vücut yağ kütlesi $29,13\pm 9,89$ kg, vücut yağ yüzdesi $0,37\pm 0,06$, bel çevresi $87,80\pm 12,15$ cm, kalça çevresi $110,09\pm 9,63$ cm, bel/kalça oranı $79\pm 0,08$ ve bel/ boy oranı $0,54\pm 0,08$.

Bir ay sonundaki ölçümlerdeki ortalamalar ise; Vücut ağırlığı $71,37\pm 12,70$ kg, BKI $27,00\pm 5,06$, vücut yağ kütlesi $25,61\pm 9,21$, vücut yağ yüzdesi 34 ± 06 , bel çevresi $82,70\pm 10,74$ cm, kalça çevresi $104,53\pm 10,25$ cm, bel/kalça oranı $0,77\pm 0,07$ ve bel/boy oranı $0,50\pm 0,07$ olarak belirlenmiştir.

Ağırlık ve çevre ölçümü ortalamalarının başlangıç ve bir ay sonraki değerleri arasındaki farklar ise şöyledir: vücut ağırlığı $4,24\pm 2,15$ kg, BKI $1,58\pm 1,14$, vücut yağ kütlesi $3,51\pm 1,75$, vücut yağ yüzdesi $0,02\pm 0,01$, bel çevresi $5,10\pm 3,26$ cm, kalça çevresi $5,55\pm 7,34$, bel/kalça oranı $0,01\pm 0,05$ ve bel/boy oranı $0,03\pm 0,02$. İki ölçüm ortalamaları arası farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.5.1. Katılımcıların ilk görüşme ve bir ay sonraki antropometrik ölçümleri

	İlk ölçümler		Bir ay sonundaki ölçümler		İki ölçüm arası fark		p
	X±SS	Alt-Üst	X±SS	Alt-Üst	X±SS	Alt-Üst	
Ağırlık (kg)	75,62±13,52	53,90-135,20	71,37±12,70	51,70-124,20	4,24±2,15	0,9-11	0,000*
Boy (cm)	162,94±5,83	149,00-177,00	162,94±5,83	149,00-177,00	-	-	
Beden Kütle indeksi (kg/m²)	28,59±5,40	19,30- 54,20	27,00±5,06	18,70-49,80	1,58±1,14	0,59- 5,1	0,000*
Vücut yağ kütlesi (kg)	29,13±9,89	9,60- 72,60	25,61±9,21	8,50-65,00	3,51±1,75	0,8- 0,9	0,000*
Vücut yağ yüzdesi (%)	0,37±0,06	0,17- 0,54	0,34±0,06	0,16- 0,52	0,02±0,01	0-0,1	0,000*
Bel çevresi (cm)	87,80±12,15	64,00-140,00	82,70±10,74	60,00-121,0	5,10±3,26	0-19	0,000*
Kalça çevresi (cm)	110,09±9,63	87,00-148,00	105,17±8,77	83,00-138,0	4,91±3,05	0-15	0,000*
Bel/kalça oranı	0,79±0,08	0,66-1,05	0,78±0,07	0,64-1,02	0,01±0,05	0,04-0,55	0,001**
Bel/boy oranı	0,54±0,08	0,38-0,89	0,50±0,07	0,35-0,77	0,03±0,02	0,00-0,12	0,000*

*p=0,000 **p<0,001

Katılımcılar Dünya Sağlık Örgütü'nün BKİ, bel çevresi, bel kalça oranı, vücut yağ yüzdesi sınıflandırmasına göre Tablo 4.5.2'de değerlendirilmiştir. BKİ ölçümlerinde %21,8'inin normal, %48,2'sinin hafif şişman ve % 30'ununda şişman grupta yer aldıkları, vücut yağ yüzdelerine göre, %1,9'unun normal alt sınır, %14,5'inin normal üst sınır, %83,6'sının ise şişman grubunda yer aldıkları görülmüştür. Yüzde 30,9'unun bel çevresi normal, %24,6'sının riskli, %44,5'inin ise yüksek risk grubundadır. Bel kalça oranı normal olan %80, riskli durumda olan %20'dir. Bel boy oranına göre ise %50,9 normal, %49,1'i riskli aralıktadır.

Tablo 4.5.2. Katılımcıların BKİ grupları, bel çevresi, bel/kalça oranı, bel/boy oranı ve vücut yağ yüzdesi sınıflamasına göre dağılımları

	S	%
BKI (kg/m²)		
Normal (18,5-24,9)	24	21,8
Hafif şişman (25,0-24,9)	53	48,2
Şişman (>30)	33	30,0
Vücut yağ yüzdesi(%)		
Normal alt sınır (8-23)	2	1,9
Normal üst sınır (24-31)	16	14,5
Şişman (≥32)	92	83,6
Bel çevresi (cm)		
Normal (<80)	34	30,9
Riskli (<88)	27	24,6
Yüksek risk (≥88)	49	44,5
Bel/kalça oranı		
Normal (<0.85)	88	80,0
Riskli (≥0.85)	22	20,0
Bel /boy oranı		
Normal (<0,5)	56	50,9
Riskli (≥0,5)	54	49,1
Toplam	110	100,0

4.6. Katılımcıların Fiziksel Aktivite Durumları

Tablo 4.6.1'de katılımcıların fiziksel aktivite düzeyleri (IPAQ skorları) incelendiğinde, %60'ı inaktif, %38,2'si minimum aktif, %1,8'i çok aktif olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.6.1. Katılımcıların fiziksel aktivite düzeyleri

Fiziksel aktivite düzeyi	S	%
İnaktif olanlar	66 ¹	60,0
Minimum aktif olanlar	42	38,2
Çok aktif olanlar	2	1,8
Toplam	110	100,0

¹ Yürüyüş dahil hiçbir aktivite yapmayan 22 katılımcı vardır. Bu katılımcılar inaktif gruba dahil edilmişlerdir.

Katılımcıların ortalama fiziksel aktivite düzeyleri $778,00 \pm 807,05$ METdk/hafta, şiddetli fiziksel aktivite puan ortalamaları $1316,92 \pm 993,64$ MET-dk/hf, Orta dereceli fiziksel aktivite puan ortalamaları $901,66 \pm 1136,67$ MET-dk/hf'dir. Yürüyüş puan ortalamaları ise $761,55 \pm 687,39$ MET-dk/hf bulunmuştur. Katılımcılar ortalama $403,58 \pm 201,69$ dk/hf zamanı oturarak geçirmektedirler (Tablo 4.6.2).

Tablo 4.6.2. Katılımcıların fiziksel aktivite puan ortalamaları

	S	X±SS	Alt-Üst
Şiddetli Aktivite (MET-dk/hf)	13	$1316,92 \pm 993,64$	240-3600
Orta Derece fiziksel aktivite (Met-dk/hf)	24	$901,66 \pm 1136,67$	48-5760
Yürüme (MET-dk/hf)	83	$761,55 \pm 687,39$	19,8-3465
Toplam	88 ¹	$778,00 \pm 807,05$	$19,8 \pm 5760$

¹ 110 katılımcının 22'si yürüme dahil hiç bir fiziksel aktivite yapmamaktadır. Bu yüzden Toplam sayı ve toplam ortalama olarak yalnızca fiziksel aktivite yapanların (88) değerleri verilmiştir.

4.7. Katılımcıların Günlük Enerji ve Besin Öğeleri Tüketim Durumu

Katılımcıların diyetle aldıkları günlük enerji ve besin öğeleri ortalamaları Tablo 4.7.1 ve Tablo 4.7.2’de gösterilmiştir. Katılımcıların günlük enerji alım ortalamaları $1899,67 \pm 635,12$ kkal’dır. Karbonhidrat tüketimi $218,26 \pm 93,81$ g, toplam enerjinin karbonhidrattan gelen yüzdesi $45,90 \pm 8,95$, protein tüketimi $74,78 \pm 27,25$ g, yüzdesi $16,33 \pm 3,77$, yağ tüketimi $79,21 \pm 29,14$ g, yüzdesi $37,64 \pm 8,52$, doymuş yağ tüketimi $29,11 \pm 12,20$ g, tekli doymamış yağ asidi $29,07 \pm 11,45$ g, çoklu doymamış yağ asidi $15,57 \pm 7,76$ gramdır. Toplam n-3 yağ asidi tüketimi $1,61 \pm 0,69$ g, n-6 yağ asidi $13,03 \pm 7,12$ g, kolesterol ise $273,90 \pm 113,67$ mg’dır. Günlük posa tüketimi $25,33 \pm 9,42$ gramdır.

Katılımcıların diyet ile mikro besin öğesi alımlarının ortalamaları, DRI karşılama yüzdeleri Tablo 4.7.2’de gösterilmiştir. Diyetle günlük vitamin tüketimleri sırasıyla, A vitamini $1180,79 \pm 627,94$ µgRE, E vitamini $11,76 \pm 6,2$ mg, K vitamini $196,13 \pm 68,33$ µg, B1 vitamin $0,98 \pm 0,35$ mg, B2 vitamini $1,53 \pm 0,50$ mg, niasin $16,29 \pm 6,83$ mg, B6 vitamin $49,31 \pm 0,44$ mg, folat $134,67 \pm 42,96$ mcg, B12 vitamini $4,07 \pm 3,16$ mcg, C vitamini $90,37 \pm 54,98$ mg olarak saptanmıştır.

Günlük diyetle $2188,86 \pm 847,55$ mg sodyum, $2803,10 \pm 971,71$ mg potasyum, $794,03 \pm 309,25$ mg kalsiyum, $350,48 \pm 118,41$ mg magnezyum, $1249,49 \pm 379,53$ mg fosfor, $11,50 \pm 3,82$ mg demir, $11,29 \pm 4,09$ mg çinko ve $2,00 \pm 77$ mg bakır aldıkları belirlenmiştir.

Diyet ile alınan günlük mikro besin öğesi tüketim önerileri karşılama yüzdeleri, A vitamini için %147, E vitamini %116, K vitamini %217, B1 vitamini %98, B2 vitamini %128, niasin %115,9, B6 vitamini %114, folat %71, B12 vitamini %169,5, C vitamini %90, sodyum %109, potasyum %80, kalsiyum %78,9, magnezyum %117, fosfor %178, demir %77, çinko %159 ve bakır için %222,7’dir.

Tablo 4.7.1.Katılımcıların enerji ve makro besin öğeleri alım ortalamaları

Enerji ve Makro		
Besin Öğeleri	X±SS	Alt-Üst
Enerji (kcal)	1899,67±635,12	904,10-3961,39
Su (ml)	2138,63±1234,52	542,15-9211,75
Karbonhidrat (g)	218,26±93,81	65,78-516,98
Karbonhidrat %	45,90±8,95	20,00-71,00
Prot. (g)	74,78±27,25	34,77-232,76
Protein, %	16,33±3,77	9,00-27,00
Yağ (g)	79,21±29,14	25,22-193,99
Yağ, %	37,64±8,52	13,00-62,00
Doymuş yağ asidi(g)	29,11±12,20	6,13-85,60
Tekli doymamış yağ asidi (g)	29,07±11,45	8,51-74,61
Çoklu doymamış yağ asidi (g)	15,57±7,76	4,51-55,20
n-3 (g)	1,61±0,69	0,52-4,20
n-6 (g)	13,03±7,12	3,39-51,17
Kolesterol (mg)	273,90±113,67	31,68-621,55
Posa (g)	25,33±9,42	9,82-67,17

Tablo 4.7.2. Katılımcıların mikro besin ögesi alımları ve DRI'ya göre karşılama yüzdeleri

Vitamin ve Mineraller	X±SS	DRI karşılama yüzdesi (%)	Alt-Üst
A vitamini (µg) RE	1180,79±627,94	147,0	340,53-3894,67
E vitamini (mg)	11,76±6,2	116,0	2,03-45,91
K vitamini(µg)	196,13±68,33	217,0	86,24-470,09
B1 vitamini (mg)	0,98±0,35	98,0	0,43-2,66
B2 vitamini (mg)	1,53±0,50	128,0	0,50-3,27
Niasin (mg)	16,29±6,83	115,9	6,08-49,31
B6 vitamini (mg)	49,31±0,44	114,0	0,52-2,68
Folat (µg)	134,67±42,96	71,0	59,02-289,19
B12 vitamini (µcg)	4,07±3,16	169,5	0,33-28,28
C vitamini(mg)	90,37±54,98	90,0	7,28-265,43
Sodyum (mg)	2188,86±847,55	109,0	796,82-5522,44
Potasyum (mg)	2803,10±971,71	80,0	952,82-6194,82
Kalsiyum (mg)	794,03±309,25	78,9	214,69-1755,16
Magnezyum (mg)	350,48±118,41	117,0	137,90-918,13
Fosfor (mg)	1149,49±379,53	178,0	582,58-2576,88
Demir (mg)	11,50±3,82	77,0	5,28-30,07
Çinko (mg)	11,29±4,09	159,0	5,58-32,88
Bakır (mg)	2,00±0,77	222,7	0,81-5,57

4.8. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II bulguları

Katılımcıların, SYBDÖ'II den ve alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar, alınan en düşük ve en yüksek puanlar Tablo 4.8.1'de gösterilmiştir. SYBDÖ II alt ölçek gruplarından alınan ortalama puanlar, en yüksekten en düşüğe doğru sıralandığında; sıralamanın kendini gerçekleştirme (26,91±4,26), kişilerarası destek (26,77±4,32), beslenme (22,08±4,36), sağlık sorumluluğu (19,05±4,31), stres yönetimi (18,83±4,16) ve egzersiz (15,83±5,36) şeklinde olduğu görülmüştür. Katılımcıların, SYBDÖ II toplam puan ortalamasının 132,03±19,79, alınan en düşük puanın 82, en yüksek puanın ise 177 olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.8.1. SYBDÖ II ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları

	S	X ±SS	Alt-Üst
Kendini gerçekleştirme	110	26,91±4,26	17-36
Kişilerarası destek	110	26,77±4,32	15-36
Beslenme	110	22,08±4,36	12-34
Sağlık sorumluluğu	110	19,05±4,31	9-28
Stres yönetimi	110	18,83±4,16	10-29
Egzersiz	110	15,83±5,36	8-30
SYBDÖ II geneli	110	132,03±19,79	82-177

4.9. Katılımcıların SYBDÖ II puanları, BKİ ve ağırlık kaybı yüzdesine ilişkin bulgular

Tablo 4.9.1' de katılımcıların SYBDÖ II'den aldıkları puan ortalamalarının demografik özelliklerine göre karşılaştırılması verilmiştir. Yaş ile SYBDÖ II puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde 50 yaş ve üzerindeki kişilerin puan ortalamasının en yüksek ($142,69 \pm 23,46$) olduğu fakat bu puan ortalamasının diğer yaş gruplarının aldıkları puan ortalamaları ile arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p > 0,05$). Yaş ile SYBDÖ II alt ölçekleri arasındaki ilişki de ise yaş ile beslenme alt ölçeğinden alınan puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$) (gösterilmemiş veri).

Eğitim düzeyi yükseldikçe SYBDÖ II puan ortalamalarının da arttığı görülmektedir. Eğitim düzeyi ile SYBDÖ II puan ortalamaları arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Eğitim düzeyi ile SYBDÖ II alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, eğitim düzeyi ile SYBDÖ II alt ölçeklerinden kendini gerçekleştirme arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$) (gösterilmemiş veri).

Mesleklerine göre SYBDÖ II puan ortalaması sırasıyla, emeklilerde $159,33 \pm 17,95$, memurlarda $139,33 \pm 17,05$, ev hanımlarında $131,90 \pm 18,03$, özel sektör çalışanlarında $131,34 \pm 19,26$, mühendislerde $129,62 \pm 19,26$, öğrencilerde $129,16 \pm 29,73$, öğretmenlerde $128,66 \pm 13,40$ puan olduğu ve en düşük puan ortalamasının ise $123,56 \pm 21,02$ olarak sağlık çalışanlarının aldığı görülmüştür. Meslek ile SYBDÖ II puan ortalamaları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Katılımcıların mesleklerinin SYBDÖ II alt grupları puan ortalamasına göre dağılımı Tablo 4.9.2'de karşılaştırılmıştır. Emekli kadınların tüm SYBDÖ II alt gruplarından en yüksek puan ortalamalarını aldığı, sağlık çalışanlarının ise egzersiz alt ölçeği hariç diğer alt ölçeklerden en düşük puan ortalamalarını aldıkları saptanmıştır. Meslek grupları ile SYBDÖ II alt grupları arasındaki ilişkiye bakıldığında, meslekler ile beslenme ve egzersiz alt ölçekleri arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p < 0,05$).

Tablo 4.9.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine göre SYBDÖ II puan ortalamaları

SYBDÖ II puan ortalaması				
Demografik Özellik	S	X±SS	Alt-Üst	P
Yaş grupları				0,149
20-29 yaş	32	133,53±22,67	95-175	
30-39 yaş	39	129,41±17,51	82-164	
40-49 yaş	26	128,80±16,04	95-165	
50 ve üzeri yaş	13	142,69±23,46	105-177	
Eğitim Durumu				0,349
İlkokul	1	110,00	110-110	
Ortaokul/İlköğretim	7	123,28±17,17	95-153	
Lise	20	129,95±24,02	82-175	
Lisansüstü/Üniversite	82	133,56±18,82	95-177	
Medeni Durum				0,616
Bekar	36	133,94±21,95	95-175	
Evli	66	131,66±18,80	82-177	
Dul/ Boşanmış	8	126,50±19,79	104-156	
Çocuk Sahibi Olma Durumu				0,750
Var	67	131,55±19,42	82-177	
Yok	43	132,79±20,57	95-175	
Meslek				0,015***
Özel Sektör	23	131,34±19,26	105-177	
Ev Hanımı	21	131,90±18,03	95-165	
Öğretmen	18	128,66±13,40	110-156	
Sağlık Çalışanı	16	123,56±21,02	82-166	
Memur	12	139,33±17,05	109-165	
Mühendis	8	129,62±19,26	95-147	
Emekli	6	159,33±17,95	129-177	
Öğrenci	6	129,16±29,73	101-172	
Birlikte Yaşanılan Kişiler				0,857
Eş ve Çocuklar	53	130,45±17,60	82-165	
Anne /Baba	27	134,03±21,95	95-175	
Eşi ile	13	136,61±23,22	112-177	
Yalnız	9	134,88±24,24	104-172	
Çocukları İle	4	128,00±18,38	110-153	
Arkadaş	3	121,33±20,50	109-145	
Akraba	1	125,00	125-125	
Toplam	110	132,03±19,79	82-177	

***p<0,05

Tablo 4.9.2. Katılımcıların mesleklerine göre SYBDÖ II alt ölçekleri puan ortalamaları

	S	X±SS	Alt-üst		S	X±SS	Alt-üst
Kendini gerçekleştirme				Beslenme			
Özel sektör	23	27,17±4,46	18-36	Özel sektör	23	21,73±4,29	15-33
Ev hanımı	21	25,71±4,61	17-36	Ev hanımı	21	22,66±3,00	15-28
Öğretmen	18	27,7 ± 3,22	22-34	Öğretmen	18	20,83±2,95	15-26
Sağlık çalışanı	16	25,00±4,03	19-32	Sağlık çalışanı	16	20,18±4,72	12-29
Memur	12	27,83±3,29	20-32	Memur	12	23,91±5,74	14-33
Mühendis	8	27,75±5,06	21-36	Mühendis	8	21,62±3,73	16-26
Emekli	6	30,33±3,38	26-35	Emekli	6	28,00±4,14	23-34
Öğrenci	6	26,30±5,42	20-33	Öğrenci	6	21,16±4,62	14-26
Toplam	110	26,91±4,26	17-36	Toplam	110	22,08±4,36	12-34
P=0,156				P=0,007***			
Sağlık sorumluluğu				Kişilerarası destek			
Özel sektör	23	19,04±3,91	12-28	Özel sektör	23	27,26±4,32	15-36
Ev hanımı	21	18,85±2,85	16-25	Ev hanımı	21	26,90±5,33	18-36
Öğretmen	18	18,61±3,88	9-24	Öğretmen	18	26,35±3,55	20-34
Sağlık çalışanı	16	18,37±4,73	12-28	Sağlık çalışanı	16	25,25±4,28	15-32
Memur	12	20,25±5,18	13-28	Memur	12	26,25±4,00	20-33
Mühendis	8	18,62±5,28	12-24	Mühendis	8	26,50±5,73	18-34
Emekli	6	24,00±4,69	15-28	Emekli	6	28,83±2,92	24-33
Öğrenci	6	16,16±4,47	9-22	Öğrenci	6	28,50±5,89	19-34
Toplam	110	19,05±4,31	9-28	Toplam	110	26,77±4,32	15-36
P=0,087				P=0,687			
Egzersiz				Stres yönetimi			
Özel sektör	23	15,43±4,99	8-24	Özel sektör	23	18,08±3,65	13-26
Ev hanımı	16	15,18±5,25	8-27	Ev hanımı	21	18,61±4,31	10-27
Öğretmen	18	13,38±3,44	8-20	Öğretmen	18	19,27±3,83	12-26
Sağlık çalışanı	16	15,18±5,25	8-27	Sağlık çalışanı	16	17,25±3,56	10-24
Memur	12	19,08±4,31	14-28	Memur	12	19,50±3,87	13-26
Mühendis	8	14,00±6,18	8-28	Mühendis	8	18,75±4,97	11-24
Emekli	6	20,66±3,72	15-24	Emekli	6	23,83±3,86	18-29
Öğrenci	6	15,66±7,50	8-27	öğrenci	6	19,16±5,91	14-28
Toplam	110	15,83±5,36	8-30	Toplam	110	18,83±4,16	10-29
P=0,037***				P=0,084			

***p<0,05

Katılımcıların tanısı konulan hastalık varlığı, sağlık kontrolü yaptırma sıklığı ve sigara kullanma durumlarının SYBDÖ II puan ortalamasına göre incelenmesi Tablo 4.9.3'de gösterilmiştir. Tanısı konan hastalık varlığında SYBDÖ II puan ortalaması $131,72 \pm 19,37$ 'dir.

Sağlık kontrolü yaptırma sıklığı arttıkça SYBDÖ II puan ortalamasının yükseldiği görülmüştür. Sigara kullananların puan ortalaması $124,12 \pm 19,03$, kullanmayanların $135,05 \pm 19,30$ 'dur. Sigarayı bırakanların puan ortalaması ise en yüksektir ve $136,00 \pm 21,15$ olarak bulunmuştur. SYBDÖ II puan ortalaması ile sağlık kontrolü yaptırma sıklığı ve sigara kullanımı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Sağlık kontrolü yaptırma sıklığı ile SYBDÖ II alt ölçek puanlarından beslenme, egzersiz, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi arasında anlamlı ilişki vardır ($p < 0,05$). Sigara kullanımı ile beslenme ve sağlık sorumluluğu SYBDÖ II alt ölçek puan ortalamaları arasında da anlamlı ilişki vardır ($p < 0,05$) (gösterilmemiş veri).

Tablo 4.9.3 Katılımcıların tanısı konulan hastalık varlığı, sağlık kontrolü yaptırma sıklığı ve sigara kullanma durumlarına göre SYBDÖ II puan ortalamaları

SYBDÖ II puan ortalaması				
	S	X±SS	Alt-Üst	P
Tanısı konulan hastalık				0,817
Evet	74	131,72±19,37	82-177	
Hayır	36	132,66±20,91	95-175	
Sağlık kontrolü yaptırma sıklığı				0,002***
Ayda bir	3	158,00±21,28	135-177	
2-3 ayda bir	4	139,75±23,12	109-164	
6 ayda bir	28	138,00±22,56	95-175	
Yılda bir defa	41	133,14±16,66	105-160	
Bir yıldan uzun sürede	34	122,58±16,52	82-166	
Sigara kullanma durumu				
Evet	31	124,12±19,03	82-175	0,030***
Hayır	72	135,05±19,30	95-177	
Bıraktım	7	136,00±21,15	105-167	
Toplam	110	132,03±19,79	82-177	

***p<0,05

Katılımcıların ana öğün atlama ve ara öğün tüketme durumları, dışarıda yeme sıklığı, sağlıklı beslenmeye ilişkin düşünceleri ve diyet yapma durumlarının SYBDÖ II Puan Ortalamasına göre dağılımı Tablo 4.9.4'de gösterilmiştir. Ara öğün yapanların puan ortalamasının (132,64±20,50) daha yüksek olduğu, dışarıda yeme sıklığı arttıkça puan ortalamasının düştüğü görülmüştür. Sağlıklı beslendiğini düşünenlerin puan ortalamasının 141,51±19,40, sağlıklı beslenmediğini düşünenlerin ise 123,03±17,61 olduğu saptanmıştır. Dışarıda yemek yeme sıklığı ve sağlıklı beslenmeye ilişkin düşünce ile SYBDÖ II Puan Ortalaması arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.9.4. Katılımcıların ana öğün atlama ve ara öğün tüketme durumu, dışarıda yeme sıklığı, sağlıklı beslenmeye ilişkin düşünceleri ve diyet yapma durumlarına göre SYBDÖ II puan ortalamaları

SYBDÖ II puan ortalaması				
	S	X±SS	Alt-Üst	p
Öğün atlama durumu				0,830
Evet	34	132,64±20,50	101-175	
Hayır	76	131,76±19,60	82-177	
Ara öğün tüketme durumu				0,220
Evet	87	133,22±19,35	82-177	
Hayır	23	127,52±21,24	95-172	
Dışarıda yemek yeme sıklığı				0,024***
Her gün	11	115,00±12,13	101-142	
Haftada 2-3 gün	36	132,77±18,26	95-166	
2 haftada bir	44	134,56±18,73	105-177	
Ayda bir	19	134,63±24,55	82-175	
Sağlıklı beslenmeye ilişkin düşünce				0,000*
Sağlıklı besleniyorum	37	141,51±19,40	109-177	
Sağlıklı beslenmiyorum	52	123,03±17,61	82-162	
Sağlıklı beslenme konusunda fikri yok	21	137,61±16,05	82-177	
Son 1 yıl içinde uygulanan diyet				0,096
Evet	70	134,41±20,42	95-177	
Hayır	40	127,87±18,15	82-166	
Uygulanan diyetin kimden aldığı				0,175
Diyetisyen	33	135,96±18,63	109-177	
Kendi kendine	28	135,32±22,39	101-175	
Doktor	3	126,33±8,50	118-135	
Alternatif tıpla uğraşan kişi	3	145,66±18,14	125-159	
Yakın çevre	2	103,50±12,02	95-112	
Magazin	1	110,00±	110-110	
Toplam	70	134,41±20,42	99-177	
Genel Toplam	110	132,03±19,79	82-177	

* P=0,000 ***p<0,05

SYBDÖ II beslenme alt ölçeği ile öğün atlama, ara öğün tüketimi, dışarıda yeme sıklığı, sağlıklı beslendiğini düşünme ve son 1 yıl içinde diyet yapma arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.9.5).

Tablo 4.9.5. Katılımcıların ana öğün atlama ve ara öğün tüketme durumu, dışarıda yeme sıklığı, sağlıklı beslenmeye ilişkin düşünceleri ve diyet yapma durumlarına göre SYBDÖ II beslenme alt ölçeği puan ortalamaları

Beslenme alt ölçek puan ortalaması				
	S	X±SS	Alt-Üst	p
Öğün atlama durumu				0,016***
Evet	34	20,58±4,11	14-31	
Hayır	76	22,75±4,33	12-34	
Ara öğün tüketme durumu				0,011***
Evet	87	22,62±4,36	13-34	
Hayır	23	20,04±3,78	12-26	
Dışarıda yemek yeme sıklığı				0,007**
Her gün	11	18,18±3,12	14-23	
Haftada 2-3 gün	36	21,75±4,06	12-33	
2 haftada bir	44	22,84±3,82	15-32	
Ayda bir	19	23,21±5,53	13-34	
Sağlıklı beslenmeye ilişkin düşünce				0,000*
Sağlıklı besleniyorum	37	24,64±4,44	15-34	
Sağlıklı beslenmiyorum	52	20,11±3,63	12-27	
Sağlıklı beslenme konusunda fikri yok	21	22,42±3,48	15-29	
Son 1 yıl içinde uygulanan diyet				0,007***
Evet	70	22,92±4,51	14-34	
Hayır	40	20,60±3,69	12-28	

*P=0,000 ***P<0,05

Katılımcıların duygu durum değişikliklerinin iştahları üzerine etkisinin SYBDÖ II puan ortalamasına göre dağılımı Tablo 4.9.6' da verilmiştir. Duygu durum değişikliklerinin iştahlarını etkilemesine göre SYBDÖ II puan ortalamalarına bakıldığında, stres altındayken (134,37±19,58), üzgün olduklarında (142,62±17,85) iştahlarında herhangi bir değişiklik olmayanların, sinirli olduklarında (134,50±19,73) ve mutlu hissettiklerinde (142,00±21,21) tıknırcasına yemek yiyenlerin en yüksek puan ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir. En düşük puan ortalamaları ise stres altındayken (129,89±21,51), mutlu (122,27±18,61) ve üzgün (124,39±22,45) olduklarında normalden fazla yemek yiyenlerin ve sinirli olduklarında (130,31±18,43) iştahsız olanların aldıkları bulunmuştur. Üzgün olduklarında iştah durumu değişiklikleri ile SYBDÖ II puan ortalaması arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.9.6. Katılımcıların duygu durum değişikliklerinin iştahları üzerine etkisine göre SYBDÖ II puan ortalamaları

SYBDÖ II puan ortalaması				
	S	X±SS	Alt-Üst	p
Stres altındayken				0,840
Tıkınırcasına yemek yeme	20	133,35±20,57	101-165	
Normalden fazla yemek yeme	28	129,89±21,51	82-177	
İştahta değişiklik yok	27	134,37±19,58	95-175	
İştahsız	35	131,20±18,69	95-175	
Üzgün olduğunda				0,004***
Tıkınırcasına yemek yeme	14	126,42±16,37	101-157	
Normalden fazla yemek yeme	23	124,39±22,45	82-177	
İştahta değişiklik yok	28	142,62±17,85	108-175	
İştahsız	144	130,84±18,12	95-175	
Sinirli olduğunda				0,896
Tıkınırcasına yemek yeme	14	134,50±19,73	105-165	
Normalden fazla yemek yeme	23	131,13±24,59	82-177	
İştahta değişiklik yok	41	133,04±18,42	95-175	
İştahsız	32	130,31±18,43	95-175	
Mutlu olduğunda				0,288
Tıkınırcasına yemek yeme	2	142,00±21,21	127-157	
Normalden fazla yemek yeme	11	122,27±18,61	95-146	
İştahta değişiklik yok	61	133,91±17,95	105-175	
İştahsız	36	131,27±22,66	82-177	
Toplam	110	132,03±19,79	82-177	

***p<0,05

Katılımcıların duygu durum değişikliklerinin iştahları üzerine etkisinin BKİ'ye göre dağılımı incelendiğinde, stres altındayken, üzgün ve sinirli olduklarında tıknırcasına yemek yiyenlerin %50'sinin, mutluysen tıknırcasına yemek yiyenlerin hepsinin şişman oldukları görülmüştür. Stres altındayken iştahsız olanların %20'sinin, üzgün ve sinirli olduklarında %25'inin, mutlu olduğunda iştahı kapananların ise %30,6'sının şişman olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan kadınların üzgün olduklarıdaki iştah durumları ile beden kütle indeksleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.9.7).

Tablo 4.9.7. Katılımcıların duygu durum değişikliklerinin iştahları üzerine etkisinin BKİ gruplarına göre dağılımı

	BKİ						p
	Normal		Hafif şişman		Şişman		
	S	%	S	%	S	%	
Stres altındayken							0,039
Tıknırcasına yemek yeme	1	5,0	9	45,0	10	50,0	
Normalden fazla yemek yeme	6	21,4	12	42,9	10	35,7	
İştahta değişiklik yok	4	14,8	17	63,0	6	22,2	
İştahsız	13	37,1	15	42,9	7	20,0	
Üzgün olduğunda							0,016***
Tıknırcasına yemek yeme	-	-	7	50,0	7	50,0	
Normalden fazla yemek yeme	6	26,1	7	30,4	10	43,5	
İştahta değişiklik yok	4	13,8	20	69,0	5	17,2	
İştahsız	14	31,8	19	43,2	11	25,0	
Sinirli olduğunda							0,422
Tıknırcasına yemek yeme	1	7,1	6	42,9	7	50,0	
Normalden fazla yemek yeme	6	26,1	9	39,1	8	34,8	
İştahta değişiklik yok	8	19,1	23	56,1	10	24,4	
İştahsız	9	28,1	15	46,9	8	25,0	
Mutlu olduğunda							0,443
Tıknırcasına yemek yeme	-	-	-	-	2	100	
Normalden fazla yemek yeme	3	27,3	4	36,4	4	36,4	
İştahta değişiklik yok	13	21,3	32	52,5	16	26,2	
İştahsız	8	22,2	17	47,2	11	30,6	

*** $p<0,05$

Katılımcıların fiziksel görünümelerini değerlendirmelerinin BKİ'ne göre dağılımı Tablo 4.9.8'de gösterilmiştir. Fiziksel görünümelerini normal olarak değerlendirenlerin %52,6'sının normal ağırlıkta,%36,8'inin hafif şişman, %10,5'inin şişman olduğu,fiziksel görünümelerini şişman olarak değerlendirenlerin ise %15,4'ünün normal ağırlıkta, %50,5'inin hafif şişman, %34,1'inin şişman olduğu görülmüştür. Fiziksel görünümelerini değerlendirme ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001).

Tablo 4.9.8. Katılımcıların fiziksel görünümelerini değerlendirmelerinin BKİ gruplarına göre dağılımı

	BKİ grupları						p
	Normal		Hafif şişman		Şişman		
Fiziksel görünümelerini değerlendirme	S	%	S	%	S	%	
Normal	10	52,6	7	36,8	2	10,5	
Şişman	14	15,4	46	50,5	31	34,1	0,001**

**p<0,001

BKİ, vücut yağ yüzdesi, bel çevresi, bel/kalça oranı, bel/boy oranının SYBDÖ II puan ortalamasına göre dağılımı Tablo 4.9.9'da gösterilmiştir. BKİ değerlerine ve vücut yağ yüzdesine göre şişman olanların, bel çevresine ve bel/ boy oranına göre riskli aralıkta olanların SYBDÖ II puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülürken (sırasıyla 135,51±21,13, 133,60±19,03, 134,13±19,58, 134,44±18,97) bel/kalça oranına göre normal aralıkta olanların daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu (133,04±19,88) saptanmıştır. BKİ, vücut yağ yüzdesi, bel çevresi, bel/kalça oranı, bel/boy oranı ile SYBDÖ II arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.9.9. Katılımcıların BKİ grupları, vücut yağ yüzdesi, bel çevresi, bel/kalça oranı, bel/boy oranı gruplarına göre SYBDÖ II puan ortalamaları

SYBDÖ II puan ortalaması				
	S	X±SS	Alt-Üst	p
BKİ grupları				0,448
Normal	24	129,16±24,58	82-175	
Hafif şişman	53	131,16±16,33	101-167	
Şişman	33	135,51±21,13	95-177	
Vücut yağ yüzdesi				0,153
Normal alt sınır	2	118,00±32,52	95-141	
Normal üst sınır	16	124,75±21,91	85-172	
Şişman	92	133,60±19,03	95-177	
Bel çevresi				0,566
Normal	25	130,36±24,33	82-175	
Riskli	32	129,87±16,17	95-164	
Yüksek riskli	53	134,13±19,58	101-177	
Bel/kalça oranı				0,287
Normal	88	133,04±19,88	95-177	
Riskli	22	128,00±19,37	82-175	
Bel/boy oranı				0,212
Normal	56	129,71±20,45	82-175	
Riskli	54	134,44±18,97	101-177	
Toplam	110	132,03±19,79	82-177	

BKİ, vücut yağ yüzdesi, bel çevresi, bel/kalça oranı, bel/boy oranının beslenme alt ölçek puan ortalamalarına göre dağılımı Tablo 4.9.10'da gösterilmiştir. BKİ değerlerine ($23,78 \pm 4,29$) ve vücut yağ yüzdesine ($22,53 \pm 4,28$) göre şişman olanların, bel çevresine ($22,94 \pm 4,05$) ve bel/boy ($23,05 \pm 4,05$) oranına göre riskli aralıkta olanların beslenme alt ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülürken bel/kalça oranına ($22,10 \pm 4,28$) göre normal aralıkta olanların daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır. BKİ, vücut yağ yüzdesi ve bel/boy oranı ile beslenme alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 4.9.10. Katılımcıların BKI, vücut yağ yüzdesi, bel çevresi, bel/kalça ve bel/boy oranı gruplarına göre beslenme alt ölçeği puan ortalamaları

Beslenme alt ölçek puan ortalaması				
	S	X±SS	Alt-Üst	p
BKI				0,025***
Normal	24	21,50±4,74	12-31	
Hafif şişman	53	21,28±3,99	14-33	
Şişman	33	23,78±4,29	15-34	
Vücut yağ yüzdesi				0,004***
Normal alt sınır	2	13,50±2,52	12-15	
Normal üst sınır	16	20,56±3,61	13-27	
Şişman	92	22,53±4,28	14-34	
Bel çevresi				0,136
Normal	25	21,28±4,73	12-31	
Riskli	32	21,28±4,46	14-33	
Yüksek riskli	53	22,94±4,05	15-34	
Bel/kalça oranı				0,922
Normal	88	22,10±4,28	12-33	
Riskli	22	22,00±4,78	12-34	
Bel/boy oranı				0,021***
Normal	56	21,14±4,48	12-33	
Riskli	54	23,05±4,05	15-34	
Toplam	110	22,08±4,36	12-34	

***P<0,05

Katılımcıların fiziksel aktivite durumlarına göre SYBDÖ II Puan Ortalamaları Tablo 4.9.11'de verilmiştir. İnaktif olan katılımcıların SYBDÖ II puan ortalamaları $126,84 \pm 116,63$, minimum aktif olanların $138,54 \pm 19,05$, çok aktif olanların ise $157,00 \pm 12,72$ bulunmuştur. Fiziksel aktivite durumları ile SYBDÖ II puan ortalaması arasında anlamlı fark vardır ($p < 0,05$). Fiziksel aktivite durumları ile SYBDÖ II alt ölçeklerinden egzersiz arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$) (gösterilmemiş veri).

Tablo 4.9.11. Katılımcıların fiziksel aktivite durumlarına göre SYBDÖ II puan ortalamaları

SYBDÖ II puan ortalaması				
Fiziksel aktivite durumları	S	X±SS	Alt-Üst	p
İnaktif olanlar	66	$126,84 \pm 16,63$	95-175	
Minimum aktif olanlar	42	$138,54 \pm 19,05$	107-177	0,002***
Çok aktif olanlar	2	$157,00 \pm 12,72$	148-166	
Toplam	110	$130,69 \pm 18,65$	88-175	

*** $P < 0.05$

Katılımcıların BKİ, vücut yağ yüzdesi, bel çevresi, bel/kalça ve bel/boy oranı grupları ve fiziksel aktivite durumlarına göre ağırlık kaybı ortalamaları Tablo 4.9.12'de gösterilmiştir. Katılımcıların BKİ değerlerine ve vücut yağ yüzdesine göre şişman grupta, bel çevresi ölçümlerine göre yüksek risk grubunda, bel/kalça oranına göre ise riskli grupta olanların, fiziksel aktivite durumuna göre de minimum aktif olanların ağırlık kayıplarının daha fazla olduğu görülmüştür. BKİ, vücut yağ yüzdesi, bel çevresi, bel/kalça ve bel/boy oranı grupları ile ağırlık kaybı ortalaması arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 4.9.12. Katılımcıların BKİ, vücut yağ yüzdesi, bel çevresi, bel/kalça ve bel/boy oranı gruplarına göre ağırlık kaybı ortalamaları

Ağırlık kaybı ortalamaları				
	S	X±SS	Alt-Üst	p
BKİ				0,001**
Normal	24	2,99±1,21	1,10-5,80	
Şişman	86	4,59±2,23	0,90-1,00	
Vücut yağ yüzdesi				0,024***
Normal alt sınır	2	2,5±0,84	1,90-3,10	
Normal üst sınır	16	3,05±1,37	1,10-5,80	
Şişman	92	4,49±2,21	0,90-11,00	
Bel çevresi				0,015***
Normal	25	3,26±1,64	1,10-8,70	
Riskli	32	4,17±1,95	1,20-9,00	
Yüksek riskli	53	4,75±3,34	0,90-11,00	
Bel/kalça oranı				0,028***
Normal	88	4,02±1,95	0,90-9,00	
Riskli	22	5,15±2,70	1,10-11,00	
Bel/boy oranı				0,013***
Normal	56	3,74±1,82	1,10-8,70	
Riskli	54	4,76±2,36	0,90-11,00	
Fiziksel aktivite durumları				0,425
İnaktif olanlar	66	4,17±2,05	0,90-8,70	
Minimum aktif olanlar	42	4,68±2,44	1,10-11,00	
Çok aktif olanlar	2	3,15±2,61	1,30-5,00	

P<0,001 *p<0,05

Katılımcıların yaş, eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu, tanısı konulan hastalık, öğün atlama ve ara öğün tüketme durumlarının ağırlık kaybı yüzdesi ile ilişkisi Tablo 4.9.13'de yer almıştır. Ağırlığının %7'sinden fazlasını kaybedenlerin; %30,8'sinin 30-39 yaş aralığında olduğu, %26,8'inin üniversite mezunu olduğu, %30,2'si çocuk sahibiyken, %27'sinin tanısı konan hastalığı olduğu, %23,5'inin öğün atladığı ve % 20,7'sinin ara öğün tükettiği belirlenmiştir.

Ağırlığının %5'inden azını kaybedenlerin ise %48,7'sinin 30-39 yaş aralığında olduğu, %47,6'sının üniversite mezunu olduğu, %50,7'si çocuk sahibiyken, %47,3'ünün tanısı konan hastalığı olduğu, %58,8'inin öğün atladığı ve % 52,2'sinin ara öğün tüketmediği belirlenmiştir.

Katılımcıların ağırlık kaybı yüzdesinin, demografik özellikler, tanı almış hastalık varlığı, öğün atlama ve ara öğün tüketme ile arasındaki ilişkiye bakıldığında, istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.9.13).

Tablo 4.9.13. Katılımcıların yaş, eğitim durumu, çocuk sahibi olma, tanısı konulan hastalık, öğün atlama, ara öğün tüketme ve fiziksel aktivite durumlarına göre ağırlık kaybı yüzdelerinin dağılımı

	<%5		%5-7		>%7		p
	S	%	S	%	S	%	
Yaş grupları							0,858
20-29	14	4,8	10	31,2	8	25,0	
30-39	19	48,7	8	20,5	12	30,8	
40-49	13	50,0	7	26,9	6	23,1	
50 ve üzeri	6	46,1	5	38,5	2	15,4	
Eğitim Durumu							0,751
Lise ve altı	13	46,4	9	32,1	6	21,3	
Lisansüstü/Üniversite	39	47,6	21	25,6	22	26,8	
Çocuk Sahibi Olma Durumu							0,582
Var	34	50,7	18	26,9	15	22,4	
Yok	18	41,9	12	27,9	13	30,2	
Tanısı konan hastalık							0,806
Evet	35	47,3	19	25,7	20	27,0	
Hayır	17	47,2	11	30,6	8	22,2	
Öğün atlama durumu							0,209
Evet	20	58,8	6	17,6	8	23,5	
Hayır	32	42,1	24	31,6	20	26,3	
Ara öğün tüketme durumu							0,607
Evet	40	46,0	23	26,4	18	20,7	
Hayır	12	52,2	7	30,4	4	17,4	

Katılımcıların BKİ grupları, bel çevresi ve bel-kalça oranı gruplarına ve fiziksel görünümelerini değerlendirmelerine göre ağırlık kaybı yüzdeleri Tablo 4.9.14'de yer almıştır. Katılımcılardan ağırlığının %7'sinden fazlasını kaybedenlerin %28,3'ünün BKİ değerlerine göre hafif şişman olduğu, %28,3'ünün bel çevresi ölçümlerine göre yüksek risk grubunda ve %50'sinin bel/kalça oranına göre riskli grupta olduğu görülmüştür. Ağırlığının %5'inden azını kaybedenlerin %62,5'inin BKİ değerlerine, %56'sının bel çevresi ölçümlerine göre, %47,7'sinin ise bel/kalça oranına göre normal aralıkta olduğu belirlenmiştir.

Bel çevresi, bel/kalça oranı ve BKİ ile ağırlık kaybı yüzdesi arasındaki ilişki incelendiğinde bel- kalça oranı ile ağırlık kaybı yüzdeleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Fiziksel görünümelerini normal olarak değerlendirenlerden %57,9'unun ağırlığının %5'inden azını, %26,3'ünün %5-7 arasında ağırlık kaybettiği, %15,8'inin ise ağırlığının %7'sinden fazlasını kaybettiği, fiziksel görünümelerini şişman olarak değerlendirenlerden %45,1'inin ağırlığının %5'inden azını, %25,5'inin %5-7 arasında ağırlık kaybettiği, %27,5'inin de ağırlığının %7'sinden fazlasını kaybettiği görülmüştür. Katılımcıların fiziksel görünümelerini değerlendirmeleri ile ağırlık kaybı yüzdeleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.9.14. Katılımcıların BKİ, bel çevresi ve bel/kalça oranı gruplarına göre ağırlık kaybı yüzdelerinin dağılımı

	<%5		%5-7		>%7		p
	S	%	S	%	S	%	
BKİ (kg/m²)							0,702
Normal (18,5-24,9)	15	62,5	5	20,8	4	16,7	
Hafif şişman (25,0-24,9)	24	45,3	14	26,4	15	28,3	
Şişman (>30)	13	39,4	11	33,3	9	27,3	
Bel çevresi (cm)							0,884
Normal (<80)	14	56,0	6	24,0	5	20,0	
Riskli (<88)	15	46,9	9	28,1	8	25,0	
Yüksek risk (≥88)	23	43,4	15	28,3	15	28,3	
Bel/kalça oranı							0,003***
Normal (<0,85)	42	47,7	29	33,0	17	19,3	
Riskli (≥0,85)	10	45,5	1	4,5	11	50,0	
Fiziksel görünümlerini değerlendirme							0,497
Normal	11	57,9	5	26,3	3	15,8	
Şişman	41	45,1	25	27,5	25	27,5	

***p<0,05

Katılımcıların ağırlık kaybı yüzdelerine göre SYBDÖ II Puan Ortalaması Tablo 4.9.15'de verilmiştir. Ağırlığının %5'inden azını kaybedenlerin SYBDÖ II puan ortalamaları $130,05 \pm 21,60$, %5-7 arasında ağırlık kaybedenlerin $133,60 \pm 20,02$, ağırlığının %7'sinden fazlasını kaybedenlerin ise SYBDÖ II puan ortalamaları $134,03 \pm 15,99$ olarak belirlenmiştir. Ağırlık kaybı yüzdeleri ile SYBDÖ II Puan Ortalaması karşılaştırılmasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.9.15. Katılımcıların ağırlık kaybı yüzdelerinin SYBDÖ II puan ortalamasına göre karşılaştırılması

Katılımcıların SYBDÖ II puan ortalaması				
Katılımcıların ağırlık kaybı (%)	S	X±SS	Alt-Üst	P
<5	52	$130,05 \pm 21,60$	82-177	
5-7	30	$133,60 \pm 20,02$	95-166	0,619
>7	28	$134,03 \pm 15,99$	107-172	
Toplam	110	$132,03 \pm 19,79$	82-177	

5. TARTIŞMA

Özel bir zayıflama merkezine başvuran yetişkin kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ağırlık kaybına yansımalarının değerlendirilmesinin amaçlandığı bu çalışmada; Yaş, medeni durum, birlikte yaşanan kişiler, eğitim durumu, meslek, hastalık varlığı, sağlık kontrolü yaptırma sıklığı, sigara kullanımı, günlük tüketilen su miktarı, ana ve ara öğün tüketme durumları, dışarıda yeme sıklığı gibi beslenme alışkanlıkları, duyu durum değişikliklerinin iştah üzerine etkisi, uygulanan diyetler, antropometrik ölçümler, günlük alınan enerji ve besin öğelerinin yeterlilik düzeyi, fiziksel aktivite gibi değişkenlerin katılımcıların ağırlık kaybına yansımaları ve bu değişkenlerin SYBDÖ II puan ortalamalarına göre dağılımları incelenmiştir.

Türkiye’de SYBDÖ kullanılarak yapılmış birçok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalar hemşireler, öğretmenler, öğrenciler, sağlık çalışanları, ev hanımları, göç eden kadınlar, menopoza giren kadınlar, kalp hastaları gibi farklı örneklem grupları ile yapılmıştır (5, 10, 12, 14, 15, 19).

Çalışmada yaş ortalaması $36,19 \pm 10,06$ yıl olan katılımcıların yüzde 32,7’si bekâr, %60’ı evli, %7,3’ü boşanmıştır ve %61’i çocuk sahibidir (Tablo 4.1.1). Altıparmak ve ark. (97) 15-49 yaş kadınlar ile yaptığı çalışmada yaş ortalamasını $30,1 \pm 9,6$ yıl saptamışlardır.

Çalışmaya katılanların %67,3’ünün doktor tarafından tanısı konmuş hastalığı bulunmaktadır. Kansızlık, mide bağırsak rahatsızlığı, insülin direnci, hipotroidi ve polikistik over sendromu en sık rastlanan hastalıklardandır (Tablo 4.2.1). İzmir’de yapılan bir çalışmada kadınların %15,8’inin kronik hastalığı olduğu bulunmuştur (98).

Katılımcıların; %28,2’si sigara kullanmakta, %6,3’ü sigarayı bırakmış ve %65,5’i ise sigara kullanmamaktadır (Tablo 4.3.1). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirildiği bir araştırmada kişilerin %26,7.2sinin sigara içtikleri, %46,7’sinin ise sigara kullanmadığı görülmüştür (99).

Çalışmada kadınların %30,9'u ana öğünlerden birini atlamaktadır. En fazla öğle öğünü (%50) atlanmaktadır. Sonra sırası ile sabah ve akşam öğünleri atlanmaktadır (%32,4 sabah, %17,6 ise akşam öğün) Öğün atlayanların %35,9'u alışkanlığı olmadığı, %33,3'ü vakit bulamadığı için öğün atlamaktadır (Tablo 4.4.1) Ankara'da yetişkin kadınlarda yapılan bir çalışmada kadınların %61'inin sabah kahvaltısını erken saatte yapmaya zorlandıkları için o öğünü atladıkları görülmüştür. Aynı çalışmada katılımcıların %78,9'u ara öğün tüketmemektedir (100).

Katılımcıların stres altındayken %31,8'inin, üzgün olduklarında ise %40'ının iştahının olmadığı, sinirli olduklarında %37,3'ünün mutlu olduklarında ise %55,5'inin iştahının değişmediği saptanmıştır (Tablo 4.4.3). Literatürde duygu durum ve yeme davranışı arasında karşılıklı bir etkileşim bulunduğu ve yeme davranışının anksiyete, üzüntü, mutluluk, öfke, depresyon gibi farklı duygulara göre değiştiği kabul edilmektedir (101). Strien ve ark. (102) çalışmasında da üzücü ya da neşeli durumlarda kişilerin yeme miktarının değişmediği gösterilmiştir. Konttinen ve ark. (103) yaptığı bir diğer çalışmada, 2674 kadında depresif semptomlara bağlı duygusal yeme puanları yüksek bulunmuştur. Swedish Obese Subjects (SOS) çalışmasında ise, duygusal yeme davranışı kadınlarda yaygın bir durum olarak görülmüştür (104).

Çalışmada BKİ gruplarına göre kadınların %21,8'inin normal, %48,2'sinin fazla kilolu ve % 30'unun da obez olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5.2). TNSA 2013 raporu sonuçlarına göre 15-49 yaş grubu kadınlarda obezite prevalansı %26,5 olarak bulunmuştur (56). TBSA (2010) raporuna göre kadınların %73,4'ünün bel çevresinin 80 cm' nin üzerinde olduğu saptanmıştır (36). Bu çalışmada da kadınların %44,5'inin bel çevresi değerleri (>88 cm) kronik hastalıklar için yüksek risk grubundadır. Kadınlardaki obezite sıklığının incelendiği Çayır ve ark. (105) çalışmasında %35,1'nin, İngiltere'de Rennie ve ark. (106) araştırmasında %20,9'unun, Japonya'da Nakade ve ark. (107) yaptığı çalışmada ise kadınların %26'sinin obez olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada alınan ilk ölçüm ve bir ay sonra tekrar alınan ölçüm arasındaki farklara bakıldığında katılımcıların vücut ağırlığında ortalama $4,24 \pm 2,15$ kg, BKİ' de ise 1.58 ± 1.14 kg/m² fark bulunmuştur (Tablo 4.5.1). Zayıflama diyeti uygulayan

kadınların başarı düzeylerinin incelendiği bir çalışmada kadınlar ortalama $10,9\pm 9,7$ ağırlık kaybetmişlerdir ve BKİ $29,4\pm 6,4$ kg/m^2 iken $24,4\pm 4,7$ kg/m^2 'ye düşmüştür (108).

Çalışmada kadınların ortalama enerji ve besin öğeleri tüketimlerine bakıldığında enerji tüketiminin kadınlarda DRI (Dietary Reference Intakes)'nin önerdiği enerji alımından eksik olduğu belirlenmiştir. Enerjinin makro besin öğelerine dağılımı incelendiğinde, protein tüketiminin istenilen düzeyde olduğu yağ tüketiminin önerilenden fazla olmasına karşın karbonhidrat tüketiminin ise yetersiz olduğu dikkat çekmektedir (Tablo 4.7.1). Mikro besin öğelerinin diyet ile alımına bakıldığında, vitamin ve minerallerden folat %71, C vitamini %90, potasyum %80, kalsiyum %78,9, demir %77 düzeyinde karşılanmaktadır. Bu durum yetersiz alım olduğunu göstermektedir (Tablo 4.7.2).

Çalışmada katılımcıların SYBDÖ II'den aldıkları puan ortalaması $132,03\pm 19,79$, alınan en düşük puan 82, en yüksek puan ise 177 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.8.1). SYBDÖ II'den alınabilecek en üst puanın 208 olabileceği göz önüne alındığında, katılımcıların puan ortalamalarının ölçeğin orta düzeyinin üstünde olduğu görülmektedir. Demir ve Arıöz (15) araştırmalarında kadınların SYBDÖ II puan ortalamasını $127,30\pm 19,53$ bulmuşlardır. SYBDÖ II puan ortalaması benzer düzeyde bulunduğu diğer çalışmalar da, Tokuç (109) ve Sisk (110) tarafından yapılmıştır.

SYBDÖ II puanlarının yüksek olması bireyin sağlıklı yaşam biçimine ilişkin daha fazla olumlu sağlık davranışına sahip olduğunu anlatmaktadır. Kaya ve ark. (45) öğretim elemanlarında yaptıkları çalışmada SYBDÖ II puanı ortalamasını $139,5\pm 18,0$ bulmuşlar ve bu çalışmadan daha yüksek sonuç elde etmişlerdir. Altıparmak ve ark. (97) 15-49 yaş grubu kadınlarda yaptığı çalışmada SYBDÖ II puan ortalaması $112,7\pm 20,8$ 'dir ve çalışmada alınan puana göre oldukça düşüktür. Bilgili ve Ayaz'ın (5) 365 evli kadın ile yaptığı çalışmada da SYBDÖ II genel puan ortalamasının bu çalışmanın sonucundan düşük olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmaların büyük bir kısmında da düşük puan alınan benzer sonuçlar saptanmıştır (3, 113, 114).

Çalışmada SYBDÖ II alt ölçekleri değerlendirildiğinde, sağlıklı yaşam biçimi davranışları içinde en yüksek puan ortalamaları sırasıyla kendini gerçekleştirme ($26,91\pm 4,26$), kişilerarası destek ($26,77\pm 4,32$), beslenme ($22,08\pm 4,36$), stres yönetimi ($18,83\pm 4,16$), sağlık sorumluluğu ($19,05\pm 4,31$) ve egzersiz ($15,83\pm 5,36$) şeklindedir (Tablo 4.8.1). Meksika’da Diez ve ark. (113) yaptıkları çalışmada da SYBDÖ II alt ölçek puan ortalamalarına göre sıralama aynı bulunmuştur. Yalçınkaya ve ark (19) sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada da en düşük puan egzersiz alt ölçeğinden alınırken, en yüksek puan kişilerarası destek alt boyutundan alınmıştır. Yapılan çalışmaların büyük bir kısmında da bu çalışma ile benzer sonuçlar elde edilmiştir (3, 114, 115,116, 117).

50 yaş ve üzerindeki kişilerin SYBDÖ II puan ortalamasının en yüksek olduğu fakat bu puan ortalamasının diğer yaş gruplarının aldıkları puan ortalamaları ile arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 4.9.1). Katılımcıların yaşları arttıkça sağlık davranışlarına uyumları da artmaktadır. Bu bilgi ile ilişkili olarak yaş ile beslenme alt ölçeğinden alınan puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda da kendini gerçekleştirme, beslenme ve stres yönetimi alt ölçeklerinin yaş ile birlikte arttığı belirlenmiştir (118-119).

Çalışmada katılımcıların % 25,5’i lise ve %74,5’i üniversite ve üzeri eğitimlidir. Eğitim durumlarının seviyesi yükseldikçe SYBDÖ II puan ortalamalarının da arttığı görülmektedir fakat aralarında ki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.9.1). Küçükberber ve ark. (12) çalışmasında, Sağlık ocağına başvuran kadınlardan eğitim durumu yüksek olanların SYBDÖ II puanları daha yüksek bulunmuştur.

Thanavaro ve ark. (3) eğitim durumu ile sağlıklı yaşam davranışları arasında anlamlı ilişki olduğunu ayrıca kadınların eğitim durumunun kendini gerçekleştirme alt grubunu da etkilediğini belirlemişlerdir. Bu çalışmada da eğitim durumu ile SYBDÖ II alt ölçeklerinden kendini gerçekleştirme arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (gösterilmemiş veri). Eğitim, bireylere olaylara daha farklı açıdan bakmayı, sorunların çözümünde başka yolların da olabileceğini öğretir,

kişi hem kendisi hem de başkaları hakkında iyi düşüncelere sahip olur, saygı duymayı öğrenir ve kendini olduğu gibi kabul eder (51).

Katılımcıların mesleklerine göre SYBDÖ II puan ortalaması sırasıyla; Emeklilerde $159,33 \pm 17,95$, memurlarda $139,33 \pm 17,05$, ev hanımlarında $131,90 \pm 18,03$, özel sektör çalışanlarında $131,34 \pm 19,26$, mühendislerde $129,62 \pm 19,26$, öğrencilerde $129,16 \pm 29,73$, öğretmenlerde $128,66 \pm 13,40$ ve en düşük puan ortalaması ise $123,56 \pm 21,02$ ile sağlık çalışanlarındadır. Meslekler ile SYBDÖ II puan ortalamaları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 4.9.1). Emekli kadınların tüm SYBDÖ II alt gruplarından en yüksek puan ortalamalarını aldığı, sağlık çalışanlarının ise egzersiz alt ölçeği hariç diğer alt ölçeklerden en düşük puan ortalamalarını aldıkları saptanmıştır. Meslek grupları ile SYBDÖ II alt ölçekleri arasındaki ilişkiye bakıldığında, meslekler ile beslenme ve egzersiz alt ölçekleri arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p < 0,05$) (Tablo 4.9.2)

Güler ve ark. (118) bir üniversitede çalışan öğretim elemanlarında yaptığı çalışmada SYBDÖ puan ortalaması $128,74 \pm 18,24$, Lee ve ark. (120) Tayvan'da kadınlar ile yaptığı çalışmada ise $119,78$ olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin katıldığı bir çalışmada SYBDÖ II alt ölçeklerinden en düşük puan egzersizden alınırken, en yüksek puan kişilerarası destek alt ölçeğinden alınmıştır (22). Bu çalışmadaki sonucun aksine Arslan ve ark. (14) çalışmasında da çalışan kadınların egzersiz, beslenme ve sağlık sorumluluğu davranış alışkanlıklarının ev hanımlarına göre daha iyi durumda olduğu gözlenmiştir.

Kronik hastalığı olan kişilerin bu hastalıkları ile ilgili bilgilerinin olmasının sağlık sorumluluğu puanlarını artırması beklenmektedir. Küçükberber ve ark. (12) çalışmasında kalp hastalarının SYBDÖ puan ortalaması $127,45 \pm 20,51$ olup, bu değer ortalama puanın üzerindedir. Katılımcıların sağlık kontrolü yaptırma sıklığı arttıkça beslenme, egzersiz, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi alt ölçek puanlarının da arttığı görülmektedir ($p < 0,05$) (gösterilmemiş veri).

Kişilerin düzenli aralıklarla tıbbi tetkikler yaptırması, tıbbi kontrollerin sıklığına ve düzenine özen göstermesi, kişinin kendisi için yapabileceği sağlık sorumlulukları arasında sayılmaktadır (121). Bu çalışmanın sonucundan farklı olarak

Lalonde ve ark. (122) yaptığı çalışmada hipertansiyon ve dislipidemisi olan hastalarda sağlık sorumluluğu puanı düşük bulunmuştur. Özçelik yaptığı çalışmada kronik hastalığı bulunmayan kişilerin SYBDÖ II toplam puanı ile egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve sağlık sorumluluğu alt ölçek puanlarının, kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek olduğunu saptamıştır (123). Pirinççi ve ark. tarafından yapılan çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (119).

Sigara kullananların SYBDÖ II puan ortalamalarının sigara içmeyenlerin ve sigarayı bırakmış olanların puan ortalamalarına göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9.3). Özkan ve Yılmaz'ın (124) yaptığı çalışmaya bakıldığında da sigara kullanımının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Sigara kullanım durumunun sağlıklı yaşam biçimi puanlarına etkisinin sağlık çalışanları üzerinden araştırıldığı bir çalışmada sigara içmeyenlerde alt ölçek puanları daha yüksek saptanmıştır (19). Amerika'daki çalışmada sigara kullanmayan kişiler SYBDÖ II'den daha yüksek puan almışlardır (3).

Katılımcıların duygu durum değişikliklerinin iştahları üzerine etkisinin BKİ'ye göre dağılımı incelendiğinde, stres altındayken, üzgün ve sinirli olduklarında tıknırcasına yemek yiyenlerin %50'sinin, mutluysen tıknırcasına yemek yiyenlerin hepsinin şişman oldukları görülmüştür. Stres altındayken iştahsız olanların %20'sinin, üzgün ve sinirli olduklarında %25'inin, mutlu olduğunda iştahı kapananların ise %30,6'sının şişman olduğu saptanmıştır (Tablo 4.9.7).

Rollins ve ark. (125), duygu durum değişikliklerinde yemek yemeyi, kontrolsüz yemek yeme olarak tanımlamışlardır. Hays ve ark. (126) tarafından yapılan çalışmada da, kontrolsüz yeme davranışı ile BKİ arasında güçlü bir ilişki olduğu görülmüştür. Duygu durum değişiklikleri ile yeme davranışı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için yapılan bir çalışmada bu çalışmaya benzer olarak obez hastaların çoğunda üzüntü sonrası yemek yeme davranışında değişiklik gözlenmiştir (65). Orsel'in (127) kişilerin üzgün ve endişeli oldukları zamanlarda “normalden az yerim” cevabını verdiklerini göstermiştir. Başka bir çalışmada ise kişilerin mutlu olduklarında daha fazla açlık hissettikleri ve yeme isteklerinin arttığı belirtilmiştir (128).

BKİ değerlerine göre şişman olarak değerlendirilenlerin ve de bel çevresi ile bel/ boy oranına göre riskli aralıkta olanların SYBDÖ II puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.9.9). Obezite ile SYBDÖ II'nin ilişkisinin incelendiği çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Yapılan bir araştırmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları arttıkça obezite sıklığının azaldığı görülmüştür (14).

Çalışmada katılımcıların fiziksel aktiflik düzeyleri (IPAQ skorlarına göre) incelendiğinde, %60'ı inaktif, %38,2'si minimum aktif, %1,8'i çok aktif olarak belirlenmiştir ve fiziksel aktiflik düzeyleri ile SYBDÖ II puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardır ($p<0.05$) (Tablo 4.9.11). Egzersizin, sağlığı koruduğu ve geliştirdiği, kronik hastalıklardaki morbidite ve mortalite sıklıklarını, obezite riskini önemli ölçüde azaltabildiği bilinmektedir. Ayiesah ve ark (129)'nın çalışmasında BKİ ve egzersiz alışkanlığı arasında güçlü bir ilişki olduğu kanıtlanmıştır. Başka bir çalışmada da obez kişilerin %76'sının spor yapmadığı görülmüştür (130).

Çalışmada BKİ değerlerine göre hafif şişman olanların %28,3'ünün bir aylık izlem sonunda ağırlıklarının %7'sinden fazlasını kaybettiği ve en fazla ağırlık kaybının bu grupta olduğu bulunmuştur. Katılımcıların ağırlık kayıpları bel çevresi ve bel kalça oranı gruplarına göre değerlendirildiğinde de sırası ile yüksek riskli ve riskli grupta olanlarda ağırlık kaybının risksiz grupta olanlara göre daha fazla olduğu görülmüştür (Tablo 4.9.12). Akbululut ve ark. (131) BKİ değerlerine göre kişilerin ağırlık kayıplarını araştırdıkları çalışmalarında en fazla ağırlık kaybının en şişman grup olan 3.derece obez bireylerde olduğunu (8,78 kg) belirlemişlerdir.

Katılımcıların fiziksel görünümelerini değerlendirmeleri ile ağırlık kaybı yüzdeleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.9.14). Beden algısı ile ilgili bir çalışmada, BKİ değer aralığında obez olarak değerlendirilen kadınların %36,8'inin kendilerini normal vücut ağırlığında gördüğü belirtilmiştir (132).

Ağırlığının %5'inden azını kaybedenlerin SYBDÖ II puan ortalamaları $130,05\pm 21,60$, %5-7 arasında ağırlık kaybedenlerin $133,60\pm 20,02$, ağırlığının %7'sinden fazlasını kaybedenlerin ise SYBDÖ II puan ortalamaları $134,03\pm 15,99$

olarak belirlenmiştir. Ağırlık kaybı yüzdeleri ile SYBDÖ II Puan Ortalaması karşılaştırılmasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.9.15).

Gustafson ve ark. (133) yaptığı bir araştırmada 4 ay süren davranışsal tedavinin ağırlık kaybına olan etkisine bakılmıştır. Araştırma sonunda kişilerin BKİ ortalamasının 34,5 kg/m²'den 33,1 kg/m²'ye düştüğü görülmüştür. Amerika'da yapılan bir çalışmada da obez bireylere haftalık telefon görüşmeleri ile sağlıklı yaşam eğitimi verilmiştir ve 3.ayın sonunda katılımcıların BKİ'nde başlangıca göre anlamlı bir farklılık gözlenmiştir (134). İspanya'da, Avustralya'da da Amerika'da yapılan çalışmaya benzer sonuçlar elde edilmiştir (135, 136).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, özel bir zayıflama merkezine gelen yetişkin kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ağırlık kaybına yansımalarının değerlendirilmesi amacı ile yapılmış, çalışmaya 20-64 yaş arasında 110 yetişkin kadın katılmıştır ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Katılımcıların yaş ortalaması $36,19 \pm 10,06$ yıldır.
2. Yaklaşık %1'i ilkokul, %6,3'ü ortaokul/ilköğretim, %18,2'si lise ve %74,5'i üniversite ve üzeri eğitilidir.
3. Yüzde %32,7'si bekâr, %60'ı evli, %7,3'ü boşanmıştır ve %39'unun çocuğu yok iken %61'i çocuk sahibidir. Ortalama çocuk sayısı $1,03 \pm 1,04$ 'dür.
4. Katılımcılardan %20,9'u özel sektör çalışanı, %19,1'i ev hanımı, %16,3'ü öğretmen, %14,5'i sağlık çalışanı, %10,9'u memur, %7,3'ü ise mühendis, %5,5'i emekli ve %5,5'i ise öğrencidir.
5. Katılımcıların %48,2'si eşi ve çocukları ile, %24,5'i anne babası ile, %11,8'i eşi ile, %8,2'si yalnız, %3,6'sı sadece çocukları ile, %2,8'i arkadaşı ile %0,9'u ise akrabası ile yaşamaktadır.
6. Çalışmaya katılanların %67,3'ünün doktor tarafından tanısı konmuş hastalığı vardır. Yüzde 12,6'sında kansızlık, %11,2'sinde mide rahatsızlığı, %10,5'inde insülin direnci, %10,5'inde bağırsak rahatsızlığı, %9,8'inde hipotroidi, %9,8'inde polikistik over sendromu, %8,4'ünde kolesterol, %5,6'sında hipertansiyon, %4,5'inde diyabet, %3,5'inde panik atak, %3,5'inde alerji ve %2,8'inde karaciğer yağlanması vardır. Ayrıca bulunan diğer hastalıklar, %0,7 romatizma, %0,7 hipoglisemi %1,4 epilepsi, %2,1 kalp damar hastalığı, %1,4 solunum sistemi hastalığı ve %2,1 laktoz intoleransıdır.
7. Katılımcıların %43,6'sı hastalıkları için ilaç kullanmaktadır. Kullanılan ilaçların %1,9'u solunum hastalıkları, %18,9'u panik atak, %11,3'ü polikistik over sendromu, %11,3'ü hipotroidi, %1,9'u alerji, %11,3'ü hipertansiyon, %17'si insülin direnci, %3,8'i epilepsi %9,4'ü kansızlık, %3,8'i romatizma, %5,7'si diyabet ve %3,8'i mide rahatsızlığı içindir.

8. Katılımcıların, %2,7'si ayda bir, %3,6'sı 2-3 ayda bir, %25,5'i 6 ayda bir, %37,3'ü yılda bir sağlık kontrolü yaptırmakta, %30,9'u ise sağlık kontrolüne sık gitmemektedir.
9. Katılımcıların; %28,2'si sigara kullanmakta, %6,3'ü sigarayı bırakmış ve %65,5'i ise sigara kullanmamaktadır. Katılımcılar günde ortalama $13,03 \pm 9,47$ adet sigara içmektedir. Yüzde 59,1'i alkol tüketmekte, %40,9'u ise tüketmemektedir.
10. Çalışmaya katılan kadınların %30,9'u günde iki ana öğün, %69,1'i ise üç ana öğün yapmaktadır. Yüzde 30,9'u öğünlerden birini atlamaktadır. 34 katılımcıdan %32,4'ü sabah, %50'si öğle %17,6'sı ise akşam öğününü atlamaktadır.
11. Öğün atlayanların %35,9'u alışkanlığı olmadığı, %33,3'ü vakit bulamadığı, %12,8'i iştahı olmadığı, %12,8'i zayıflamak ve %5,2'si hazırlamaya üşendiği için öğün atlamaktadır.
12. Katılımcıların %20,9'u hiç ara öğün yapmazken, %79,1'i ara öğün yapmaktadır. Ara öğün yapan katılımcıların %21,8'i bir, %44,8'i iki, %26,6'sı üç %6,8'i ise dört ve üzeri ara öğün yapmaktadır.
13. Günlük ortalama su tüketimi $8,10 \pm 4,24$ su bardağıdır.
14. Dışarıda yemek yeme sıklığı değerlendirildiğinde kadınların %10'u her gün, %32,7'si haftada iki üç gün, %40'ı iki haftada bir ve %17,3'ü ayda bir dışarıda yemek yemektedir. Dışarıda en çok %34,5 kebab veya döner, %21,8 ızgara et, %9,1 balık, %12,7 fast food, %10,9 ev yemekleri, %5,5 simit veya poğaç, %5,5 salata tercih edilmektedir.
15. Hazır besin tüketim sıklığına göre incelendiğinde; kadınların %10,9'u her gün, %30'u haftada iki üç gün, %17,3'ü iki haftada bir ve %41,8'i ayda bir hazır besin tüketmektedir.
16. Katılımcıların %14,5'i yemeklerin tadına bakmadan tuz ilave ederken, %85,5'i etmemektedir.
17. Yüzde 39,1'i hızlı, %47,3'ü normal hızda, %13,6'sı ise yavaş yemek yemektedir.
18. Yüzde 26,4'ü yatmadan önce yemek yeme alışkanlığına sahipken, %73,6'sı yatmadan önce yemek yememektedir.

19. Yüzde 6,4'ü uykudan kalkıp yemek yeme alışkanlığına sahiptir.
20. Sağlıklı beslendiğini düşünenlerin sıklığı %33,6'dır. Sağlıklı beslenmediğini düşünenler %47,3, sağlıklı beslenme konusunda fikir sahibi olmayanlar ise %19,1'dir.
21. Katılımcıların %18,2'sinin stres altındayken tıknırcasına yemek yediği, %25,5'inin normalden fazla yemek yediği, %24,5'inin iştahının değişmediği, %31,8'inin iştahının olmadığı, üzgün olduklarında; %12,7'sinin tıknırcasına yemek yediği, %20,9'unun yemek yemesinin normalden fazla olduğu, %26,4'ünün iştahında değişiklik olmadığı, %40'ının iştahının olmadığı, sinirli olduklarında; %12,7'sinin tıknırcasına yemek yediği, %20,9'unun yemek yemesinin normalden fazla olduğu, %37,3'ünün iştahının aynı olduğu, %29,1'inin iştahının olmadığı, mutlu olduklarında ise; %1,8'inin tıknırcasına yemek yediği, %10'unun yemek yemesinin normalden fazla olduğu, %55,5'inin yemek yemesinin aynı olduğu, %32,7'sinin iştahının olmadığı saptanmıştır.
22. Katılımcılar kendi fiziksel görünümelerini %0,9'u zayıf, %18,2'si normal ağırlıkta, %49,1'i hafif şişman ya da kilolu, %31,8'i ise şişman olarak değerlendirmektedir.
23. Katılımcılardan 70 (%63,6)'i son bir yıl içerisinde ağırlık kaybı sağlayan bir diyet uygulamıştır. Bu katılımcılardan 2'si uyguladıkları diyetlerde ağırlık kaybetmemişlerdir. Diğerleri ise uyguladıkları diyetlerde ortalama $5,82 \pm 4,15$ kg ağırlık kaybetmişlerdir.
24. Katılımcıların %47,1'i diyetisyenden, %40'ı kendi kendilerine, %4,3'ü alternatif tıp ile uğraşan kişilerden, %4,3'ü doktordan, %2,9'u arkadaş, komşu gibi yakın çevrelerinden, %1,4'ü televizyon, gazete, dergiden diyet önerileri almışlardır.
25. Zayıflamak amacı ile ürün ya da ilaç kullanma sıklığı %27,3'dür. Yüzde 63'ü zayıflama ilacı (Herbal life, Lida, Biber hapı, Fat blog, Exodex, XLS medical, mango kapsül, L-carnitine), %7'si vitamin, mineral takviyeleri ve %30'u bitki karışımları (Yeşilçay, Altınotu, 7 otlu çay) kullanmışlardır.

26. Zayıflama amacı ile kullanılan ürün veya ilaçların %2,7'si doktordan, %5,5'i radyo,televizyon gibi basın yayın araçlarından, %10'u arkadaş, komşu gibi yakın çevreden, %2,7'si aktarlardan, %3,6'sı eczacılardan alınmıştır.
27. İlk ölçümdeki ortalamalar şu şekilde bulunmuştur; vücut ağırlığı $75,62 \pm 13,52$ kg, boy $162,94 \pm 5,83$ cm, BKİ $28,59 \pm 5,40$ kg/m², vücut yağ kütlesi $29,13 \pm 9,89$ kg, vücut yağ yüzdesi $0,37 \pm 0,06$, bel çevresi $87,80 \pm 12,15$ cm, kalça çevresi $110,09 \pm 9,63$ cm, bel/kalça oranı $79 \pm 0,08$ ve bel/ boy oranı $0,54 \pm 0,08$.
28. Bir ay sonundaki ölçümlerdeki ortalamalar ise; Vücut ağırlığı $71,37 \pm 12,70$ kg, BKİ $27,00 \pm 5,06$, vücut yağ kütlesi $25,61 \pm 9,21$, vücut yağ yüzdesi 34 ± 06 , bel çevresi $82,70 \pm 10,74$ cm, kalça çevresi $104,53 \pm 10,25$ cm, bel/kalça oranı $0,77 \pm 0,07$ ve bel/boy oranı $0,50 \pm 0,07$ olarak belirlenmiştir.
29. Ağırlık ve çevre ölçümü ortalamalarının başlangıç ve bir ay sonraki değerleri arasındaki farklar ise şöyledir: vücut ağırlığı $4,24 \pm 2,15$ kg, BKİ $1,58 \pm 1,14$, vücut yağ kütlesi $3,51 \pm 1,75$, vücut yağ yüzdesi $0,02 \pm 0,01$, bel çevresi $5,10 \pm 3,26$ cm, kalça çevresi $5,55 \pm 7,34$, bel/kalça oranı $0,01 \pm 0,05$ ve bel/boy oranı $0,03 \pm 0,02$. İki ölçüm ortalamaları arası farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).
30. BKİ ölçümlerinde %21,8'inin normal, %48,2'sinin hafif şişman ve %30'ununda şişman grupta yer aldıkları, vücut yağ yüzdelere göre, %1,9'unun normal alt sınır, %14,5'inin normal üst sınır, %83,6'sının ise şişman grubunda yer aldıkları görülmüştür. Yüzde 30,9'unun bel çevresi normal, %24,6'sının riskli, %44,5'inin ise yüksek risk grubundadır. Bel kalça oranı normal olan %80, riskli durumda olan %20'dir. Bel boy oranına göre ise %50,9 normal, %49,1'i riskli aralıktadır.
31. Katılımcıların fiziksel aktiflik düzeyleri (IPAQ skorları) incelendiğinde, %60'ı inaktif, %38,2'si minimum aktif, %1,8'i çok aktif olarak belirlenmiştir.
32. Katılımcıların ortalama fiziksel aktivite düzeyleri $778,00 \pm 807,05$ METdk/hafta, şiddetli fiziksel aktivite puan ortalamaları $1316,92 \pm 993,64$ MET-dk/hf, Orta dereceli fiziksel aktivite puan ortalamaları $901,66 \pm 1136,67$ MET-dk/hf'dir. Yürüyüş puan ortalamaları ise $761,55 \pm 687,39$ MET-dk/hf

bulunmuştur. Katılımcılar ortalama $403,58 \pm 201,69$ dk/hf zamanı oturarak geçirmektedirler.

33. Katılımcıların günlük enerji alım ortalamaları $1899,67 \pm 635,12$ kkal'dir. Karbonhidrat tüketimi $218,26 \pm 93,81$ g, toplam enerjinin karbonhidrattan gelen yüzdesi $45,90 \pm 8,95$, protein tüketimi $74,78 \pm 27,25$ g, yüzdesi $16,33 \pm 3,77$, yağ tüketimi $79,21 \pm 29,14$ g, yüzdesi $37,64 \pm 8,52$, doymuş yağ tüketimi $29,11 \pm 12,20$ g, tekli doymamış yağ asidi $29,07 \pm 11,45$ g, çoklu doymamış yağ asidi $15,57 \pm 7,76$ gramdır. Toplam n-3 yağ asidi tüketimi $1,61 \pm 0,69$ g, n-6 yağ asidi $13,03 \pm 7,12$ g, kolesterol ise $273,90 \pm 113,67$ mg'dir. Günlük posa tüketimi $25,33 \pm 9,42$ gramdır.
34. Katılımcıların diyet ile mikro besin ögesi alımlarının ortalamaları, DRI karşılama yüzdeleri Tablo 4.7.2' de gösterilmiştir. Diyetle günlük vitamin tüketimleri sırasıyla, A vitamini $1180,79 \pm 627,94$ µgRE, E vitamini $11,76 \pm 6,2$ mg, K vitamini $196,13 \pm 68,33$ µg, B1 vitamin $0,98 \pm 0,35$ mg, B2 vitamini $1,53 \pm 0,50$ mg, niasin $16,29 \pm 6,83$ mg, B6 vitamin $49,31 \pm 0,44$ mg, folat $134,67 \pm 42,96$ mcg, B12 vitamini $4,07 \pm 3,16$ mcg, C vitamini $90,37 \pm 54,98$ mg olarak saptanmıştır.
35. Günlük diyetle $2188,86 \pm 847,55$ mg sodyum, $2803,10 \pm 971,71$ mg potasyum, $794,03 \pm 309,25$ mg kalsiyum, $350,48 \pm 118,41$ mg magnezyum, $1249,49 \pm 379,53$ mg fosfor, $11,50 \pm 3,82$ mg demir, $11,29 \pm 4,09$ mg çinko ve $2,00 \pm 77$ mg bakır aldıkları belirlenmiştir.
36. Diyet ile alınan günlük mikro besin ögesi tüketim önerileri karşılama yüzdeleri, A vitamini için %147, E vitamini %116, K vitamini %217, B1 vitamini %98, B2 vitamini %128, niasin %115,9, B6 vitamini %114, folat %71, B12 vitamini %169,5, C vitamini %90, sodyum %109, potasyum %80, kalsiyum %78,9, magnezyum %117, fosfor %178, demir %77, çinko %159 ve bakır için %222,7'dir.
37. . SYBDÖ II alt ölçek gruplarından alınan ortalama puanlar, en yüksekte en düşüğe doğru sıralandığında; sıralamanın kendini gerçekleştirme ($26,91 \pm 4,26$), kişilerarası destek ($26,77 \pm 34,32$), beslenme ($22,08 \pm 4,36$), sağlık sorumluluğu ($19,05 \pm 4,31$), stres yönetimi ($18,83 \pm 4,16$) ve egzersiz ($15,83 \pm 5,36$) şeklinde olduğu görülmüştür. Katılımcıların, SYBDÖ II toplam

puan ortalamasının $132,03 \pm 19,79$, alınan en düşük puanın 82, en yüksek puanın ise 177 olduğu bulunmuştur.

38. . Yaş ile SYBDÖ II puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde 50 yaş ve üzerindeki kişilerin puan ortalamasının en yüksek ($142,69 \pm 23,46$) olduğu fakat bu puan ortalamasının diğer yaş gruplarının aldıkları puan ortalamaları ile arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p > 0,05$). Yaş ile SYBDÖ II alt ölçekleri arasındaki ilişki de ise yaş ile beslenme alt ölçeğinden alınan puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).
39. Eğitim düzeyi yükseldikçe SYBDÖ II puan ortalamalarının da arttığı görülmektedir. Eğitim düzeyi ile SYBDÖ II puan ortalamaları arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Eğitim düzeyi ile SYBDÖ II alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, eğitim düzeyi ile SYBDÖ II alt ölçeklerinden kendini gerçekleştirme arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).
40. Mesleklerine göre SYBDÖ II puan ortalaması sırasıyla; Emeklilerde $159,33 \pm 17,95$, memurlarda $139,33 \pm 17,05$, ev hanımlarında $131,90 \pm 18,03$, özel sektör çalışanlarında $131,34 \pm 19,26$, mühendislerde $129,62 \pm 19,26$, öğrencilerde $129,16 \pm 29,73$, öğretmenlerde $128,66 \pm 13,40$ puan olduğu ve en düşük puan ortalamasının ise $123,56 \pm 21,02$ olarak sağlık çalışanlarının aldığı görülmüştür. Meslek ile SYBDÖ II puan ortalamaları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).
41. Emekli kadınların tüm SYBDÖ II alt gruplarından en yüksek puan ortalamalarını aldığı, sağlık çalışanlarının ise egzersiz alt ölçeği hariç diğer alt ölçeklerden en düşük puan ortalamalarını aldıkları saptanmıştır. Meslek grupları ile SYBDÖ II alt grupları arasındaki ilişkiye bakıldığında, meslekler ile beslenme ve egzersiz alt ölçekleri arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p < 0,05$).
42. Tanısı konan hastalık varlığında SYBDÖ II puan ortalaması $131,72 \pm 19,37$ 'dir.
43. Sağlık kontrolü yaptırma sıklığı arttıkça SYBDÖ II puan ortalamasının yükseldiği görülmüştür. Sigara kullananların puan ortalaması $124,12 \pm 19,03$,

kullanmayanların $135,05 \pm 19,30$ 'dur. Sigarayı bırakanların puan ortalaması ise en yüksektir ve $136,00 \pm 21,15$ olarak bulunmuştur. SYBDÖ II puan ortalaması ile sağlık kontrolü yaptırma sıklığı ve sigara kullanımı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

44. Sağlık kontrolü yaptırma sıklığı ile SYBDÖ II alt ölçek puanlarından beslenme, egzersiz, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi arasında anlamlı ilişki vardır ($p < 0,05$). Sigara kullanımı ile beslenme ve sağlık sorumluluğu SYBDÖ II alt ölçek puan ortalamaları arasında da anlamlı ilişki vardır ($p < 0,05$).
45. Ara öğün yapanların puan ortalamasının ($132,64 \pm 20,50$) daha yüksek olduğu, dışarıda yeme sıklığı arttıkça puan ortalamasının düştüğü görülmüştür. Sağlıklı beslendiğini düşünenlerin puan ortalamasının $141,51 \pm 19,40$, sağlıklı beslenmediğini düşünenlerin ise $123,03 \pm 17,61$ olduğu saptanmıştır. Dışarıda yemek yeme sıklığı ve sağlıklı beslenmeye ilişkin düşünce ile SYBDÖ II Puan Ortalaması arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).
46. SYBDÖ II beslenme alt ölçeği ile öğün atlama, ara öğün tüketimi, dışarıda yeme sıklığı, sağlıklı beslendiğini düşünme ve son 1 yıl içinde diyet yapma arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).
47. Duygu durum değişikliklerinin iştahlarını etkilemesine göre SYBDÖ II puan ortalamalarına bakıldığında, stres altındayken ($134,37 \pm 19,58$), üzgün olduklarında ($142,62 \pm 17,85$) iştahlarında herhangi bir değişiklik olmayanların, sinirli olduklarında ($134,50 \pm 19,73$) ve mutlu hissettiklerinde ($142,00 \pm 21,21$) tıknırcasına yemek yiyenlerin en yüksek puan ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir. En düşük puan ortalamaları ise stres altındayken ($129,89 \pm 21,51$), mutlu ($122,27 \pm 18,61$) ve üzgün ($124,39 \pm 22,45$) olduklarında normalden fazla yemek yiyenlerin ve sinirli olduklarında ($130,31 \pm 18,43$) iştahsız olanların aldıkları bulunmuştur. Üzgün olduklarında iştah durumu değişiklikleri ile SYBDÖ II puan ortalaması arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).
48. Katılımcıların duygu durum değişikliklerinin iştahları üzerine etkisinin BKİ'ye göre dağılımı incelendiğinde, stres altındayken, üzgün ve sinirli

olduklarında tıknırcasına yemek yiyenlerin %50'sinin, mutluken tıknırcasına yemek yiyenlerin hepsinin şişman oldukları görülmüştür. Stres altındayken iştahsız olanların %20'sinin, üzgün ve sinirli olduklarında %25'inin, mutlu olduğunda iştahı kapananların ise %30,6'sının şişman olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan kadınların üzgün olduklarıdaki iştah durumları ile beden kütle indeksleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

49. Fiziksel görünümünü normal olarak değerlendirenlerin %52,6'sının normal ağırlıkta,%36,8'inin hafif şişman, %10,5'inin şişman olduğu,fiziksel görünümünü şişman olarak değerlendirenlerin ise %15,4'ünün normal ağırlıkta, %50,5'inin hafif şişman, %34,1'inin şişman olduğu görülmüştür. Fiziksel görünümünü değerlendirme ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).
50. BKİ değerlerine ve vücut yağ yüzdesine göre şişman olanların, bel çevresine ve bel/ boy oranına göre riskli aralıkta olanların SYBDÖ II puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülürken (sırasıyla 135,51±21,13, 133,60±19,03, 134,13±19,58, 134,44±18,97) bel/kalça oranına göre normal aralıkta olanların daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu (133,04±19,88) saptanmıştır. BKİ, vücut yağ yüzdesi, bel çevresi, bel/kalça oranı, bel/boy oranı ile SYBDÖ II arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
51. BKİ değerlerine (23,78±4,29) ve vücut yağ yüzdesine (22,53±4,28) göre şişman olanların, bel çevresine (22,94±4,05) ve bel/boy (23,05±4,05) oranına göre riskli aralıkta olanların beslenme alt ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülürken bel/kalça oranına (22,10±4,28) göre normal aralıkta olanların daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır. BKİ, vücut yağ yüzdesi ve bel/boy oranı ile beslenme alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).
52. İnaktif olan katılımcıların SYBDÖ II puan ortalamaları 126,84±116,63, minimum aktif olanların 138,54±19,05, çok aktif olanların ise 157,00±12,72 bulunmuştur. Fiziksel aktivite durumları ile SYBDÖ II puan ortalaması arasında anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Fiziksel aktivite durumları ile SYBDÖ

II alt ölçeklerinden egzersiz arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

53. Katılımcıların BKİ değerlerine ve vücut yağ yüzdesine göre şişman grupta, bel çevresi ölçümlerine göre yüksek risk grubunda, bel/kalça oranına göre ise riskli grupta olanların, fiziksel aktivite durumuna göre de minimum aktif olanların ağırlık kayıplarının daha fazla olduğu görülmüştür. BKİ, vücut yağ yüzdesi, bel çevresi, bel/kalça ve bel/boy oranı grupları ile ağırlık kaybı ortalaması arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
54. Ağırlığının %7'sinden fazlasını kaybedenlerin; %30,8'sinin 30-39 yaş aralığında olduğu, %26,8'inin üniversite mezunu olduğu, %30,2'si çocuk sahibiyken, %27'sinin tanısı konan hastalığı olduğu, %23,5'inin öğün atladığı ve % 20,7'sinin ara öğün tükettiği belirlenmiştir.
55. Ağırlığının %5'inden azını kaybedenlerin ise %48,7'sinin 30-39 yaş aralığında olduğu, %47,6'sının üniversite mezunu olduğu, %50,7'si çocuk sahibiyken, %47,3'ünün tanısı konan hastalığı olduğu, %58,8'inin öğün atladığı ve % 52,2'sinin ara öğün tüketmediği belirlenmiştir.
56. Katılımcıların ağırlık kaybı yüzdesinin, demografik özellikler, tanı almış hastalık varlığı, öğün atlama ve ara öğün tüketme ile arasındaki ilişkiye bakıldığında, istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
57. Katılımcılardan ağırlığının %7'sinden fazlasını kaybedenlerin %28,3'ünün BKİ değerlerine göre hafif şişman olduğu, %28,3'ünün bel çevresi ölçümlerine göre yüksek risk grubunda ve %50'sinin bel/kalça oranına göre riskli grupta olduğu görülmüştür. Ağırlığının %5'inden azını kaybedenlerin %62,5'inin BKİ değerlerine, %56'sının bel çevresi ölçümlerine göre, %47,7'sinin ise bel/kalça oranına göre normal aralıkta olduğu belirlenmiştir.
58. Bel çevresi, bel/kalça oranı ve BKİ ile ağırlık kaybı yüzdesi arasındaki ilişki incelendiğinde bel- kalça oranı ile ağırlık kaybı yüzdeleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).
59. Fiziksel görünümünü normal olarak değerlendirenlerden %57,9'unun ağırlığının %5'inden azını, %26,3'ünün %5-7 arasında ağırlık kaybettiği, %15,8'inin ise ağırlığının %7'sinden fazlasını kaybettiği, fiziksel görünümünü şişman olarak değerlendirenlerden %45,1'inin ağırlığının

%5'inden azını, %25,5'inin %5-7 arasında ağırlık kaybettiği, %27,5'inin de ağırlığının %7'sinden fazlasını kaybettiği görülmüştür. Katılımcıların fiziksel görünümelerini değerlendirmeleri ile ağırlık kaybı yüzdeleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

60. Ağırlığının %5'inden azını kaybedenlerin SYBDÖ II puan ortalamaları $130,05\pm 21,60$, %5-7 arasında ağırlık kaybedenlerin $133,60\pm 20,02$, ağırlığının %7'sinden fazlasını kaybedenlerin ise SYBDÖ II puan ortalamaları $134,03\pm 15,99$ olarak belirlenmiştir. Ağırlık kaybı yüzdeleri ile SYBDÖ II Puan Ortalaması karşılaştırılmasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

ÖNERİLER

Kadın sağlığında hayatın farklı dönemlerinde (gebelik, emzicilik, menopoz) sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına uyulması her bir dönem için ayrı önem kazanmaktadır. Kadınlar genelde doğum kiloları, yanlış beslenme alışkanlıkları ve sedanter yaşam tarzına bağlı olarak ağırlık artışı ve olumsuz vücut kompozisyon değişimleri ile karşı karşıya kalmaktadır.

Bu değişikler aynı zamanda birçok hastalık için de risk faktörüdür. Bu yüzden öncelikle kişi rutin sağlık kontrolleri konusunda bilinçlendirilmeli, kişilerin ağırlıkları ile ilgili doğru değerlendirme yapmaları için de vücut ölçümleri alınarak vücut kompozisyonları belirlenmeli ve beden algılarının onları yanlış yönlendirmesine engel olunmalıdır. Bireylerde ağırlık kontrolünü sağlayarak ve bireylerin beslenme alışkanlıklarını olumlu yönde değiştirerek yeterli ve dengeli beslenmenin yaşam tarzı haline getirilmesi sağlanmalıdır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının öneminin anlaşılmasına ve günlük hayatta uygulanmasına destek olunmalıdır. Fiziksel aktivite yapmak, sigara ve alkol tüketiminden uzak durmak sağlıklı yaşam için atılacak adımların en önemlilerindedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını oluşturan beslenme, egzersiz, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi konularında bireylerin bilinçlendirilmesi, bu davranışların öneminin vurgulanması ve etkileyen faktörlere yönelik içeriği kapsamlı eğitim programlarının hazırlanmasına önem verilmelidir. Bireylerin ideal ağırlıklarına ulaşmaları ve ulaşılan ağırlığı korumaları konusunda diyetisyenlerin rolü artırılmalıdır.

Kadınlar zamanlarının büyük bir bölümünde başta televizyon olmak üzere tüm kitle iletişim araçlarını kullanmaktadırlar. Gazete ve dergi gibi yayın organlarının beslenme bilgisi elde etmede temel kaynak rolü oynamaya başladığı da düşünülürse kadınların doğru ve sağlıklı bilgiye ulaşabilmeleri için diyetisyenlerin de medya ile ilişkide olmaları gerekmektedir.

Bu çalışmanın benzer içerikli yapılan çalışmalara ek olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ağırlık kaybına etkisini de araştırdığı için literatüre önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ağırlık kaybına yansımalarının öneminin anlaşılması adına daha büyük örneklemler ile yapılacak çalışmalar desteklenmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. WHO-World Health Organization. WHO Definition of Health, d2003. Erişim: ([http:// www. who. int/about/definition/en/print.html](http://www.who.int/about/definition/en/print.html)). Erişim Tarihi:26/11/15
2. Edelman C, Mandle CL. Health promotion through the lifespan. fifth edition. Philadelphia, 2002.
3. Thanavaro JL, Moore SM, Anthony M. Predictors of health promotion behavior in women without prior history of coronary heart disease. Applied Nursing Research 19: 149-55, 2006.
4. Allender JA, Spradly BW. Community health nursing: promoting and protecting the sixth edition. Philadelphia, 2004.
5. Bilgili N, Ayaz S. Kadınların sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin 8(6): 497-502, 2009.
6. Esin MN, Aktaş E. Çalışanların Sağlık davranışları ve etkileyen faktörler: sistematik inceleme. İ.Ü.F.N Hem. Derg 20(2): 166-176, 2012.
7. James WPT, Jackson-Leach R, Mhurchu CN. Overweight and obesity (high body mass index). Ezzati M. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attribution to selected major risk factors.WHO, Geneva, 2004.
8. Pan HJ, Cole BM, Geliebter A. The benefits of body weight loss on health-related quality of life. Journal of the Chinese Medical Association 74: 169-175, 2011.
9. Kayar H, Utku S. Çağımızın hastalığı obezite ve tedavisi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi. 6(2), 2013.
10. Özpulat F, Sivri BB. Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran 55 yaş ve üstü kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları.Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 22(3): 80-89, 2013.
11. Lees SJ, Booth FW. Physical inactivity is a disease. World Rev Nutr Diet 95: 73-79, 2005.

12. Küçükberber N, Özdili K, Yorulmaz H. Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Anadolu Kardiyolog Dergisi* 11: 619-26, 2011.
13. Komduur RH, Korthals M, Molder H. The good life: living for health and a life without risks? On a prominent script of nutrigenomics. *Br J Nutrition* 101: 307- 316, 2009.
14. Arslan C, Ceviz D. Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *F.Ü. Sağ. Bil. Derg* 21(5): 266-270, 2007.
15. Demir G, Arıöz A. Göç eden kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 4(2): 1-8,2014.
16. Onkun E. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Yüksek Lisans Tezi, K.K.T.C Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Lefkoşa, 2014.
17. Altay B. Samsun 6 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15–49 Yaş Evli Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *O.M.Ü. Tıp Dergisi* 23(1): 1-8, 2006.
18. Spear HJ, Kulbok P. Adolescent health behaviors and related factor: A review. *Public Health Nursing* 18 (2): 82-93, 2001.
19. Yalçınkaya M, Özer F, Karamanoğlu A. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 6(6):409-420, 2007.
20. Jones R, Britten N, Culpepper L. *Oxford Textbook of Primary Medical Care Prevention and health promotion*. New York, 2004.
21. Tambağ H. Yaşlılarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam doyumu. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi* 4(16): 23-31, 2013.
22. Choi H. The health promoting lifestyles of under graduate nurses in Hong Kong. *Journal of Professional Nursing* 18(2): 101-111, 2002.
23. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health promoting lifestyle profile development and psychometric characteristics. *Nursing Research* 36(2): 76-80, 1987.

24. Johnson RL. Gender differences in health promoting life styles of African Americans. *Public Health Nursing* 22(2): 130-137, 2005.
25. Ünalın E. Üniversite öğrencilerinde ruh sağlığı, sağlık kaygısı ve sağlık davranışları arasındaki ilişkiler. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2014.
26. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Obezite. Erişim (<http://www.thsk.gov.tr/>). Erişim tarihi: 26/11/2015.
27. Baysal A. Beslenme. 12'nci Baskı, Ankara, Hatiboğlu Yayınları, 2008.
28. Baysal A, Aksoy M, Besler TH. Diyet El Kitabı, 6'ncı Baskı. Ankara, Hatiboğlu Yayınları, 2011.
29. Mohan L, Arlin M. Krause's Food, Nutrition and Diet Therapy. eleventh Edition, WB Saunders Company, Philadelphia, 2004.
30. Tudor M, Havranek J, Serafini M. Dairy foods and body weight management. *Mljekarstvo* 59: 88- 95, 2009.
31. Baysal, A. Genel Beslenme. 14'ncü Baskı, Ankara, Hatiboğlu Yayınları, 2007.
32. Nazif S. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde yaşayan 19-40 yaş arası kadınların beslenme durumunun saptanması ve kalsiyum tüketim durumunun değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2012.
33. Özer K. Fiziksel Uygunluk. 1'inci Baskı, Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, 2001.
34. American College of Sports Medicine (ACSM). There commended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal and neurmotorfitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Medicine and Science in Sports and Exercise*: 1334-1359, 2011.
35. Yılmaz S. Yetişkinlerde öğün sıklığının vücut kompozisyonu üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2010.

36. Türkiye Sağlık ve Beslenme Araştırması 2010. Beslenme durumu ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi sonuç raporu. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, 2014.
Erişim: (http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf).
Erişim tarihi:30/11/15.
37. Manios Y, Kolotourou M, Moschonis G. Macronutrient intake, physical activity, serum lipids and increased body weight in primary schoolchildren. *Pediatrics International* 47: 159-66, 2005.
38. Jakicic JM, OTTO AD. Physical activity considerations for the treatment and prevention of obesity. *American Journal of Clinical Nutrition* 82: 226-229, 2005.
39. Levine AS. Physical activity and obesity. *American Journal of Clinical Nutrition* 74: 275, 2001.
40. Sivalingam SK, Ashraf J, Vallurupalli N. Ethnic differences in the self-recognition of obesity and obesity-related comorbidities: a cross-sectional analysis. *J Gen Intern Med* 26(6): 616-620, 2011.
41. Rasheed P. Perception of body weight and self-reported eating and exercise behaviour among obese and non-obese women in Saudi Arabia *Public Health* 112(6): 409-14, 1998.
42. Mülazımoğlu Ö, Kirazcı S, Aşçı FH. Sporcu ve sporcu olmayan bayanların sosyal fiziksel kaygı ve beden imgesinden hoşnut olma düzeyleri, 2002.
Erişim: (www.bilalcoban.com/index.php?id=dokuman). Erişim tarihi: 28/11/15.
43. Aşçı H. Physical self-perception of elite athletes and nonathletes: A Turkish sample. *Perceptual and Motor Skills* 99: 1047-1052, 2004.
44. Atkinson RC, Smith EE, Bem DJ. *Psikolojiye Giriş* (Çev. Yavuz Alogan). Ankara, Arkadaş Yayınları, 2012.
45. Kaya MF, Alım M. Coğrafya öğretmenlerinin stres kaynakları üzerine bir araştırma. *Doğu Coğrafya Dergisi* 34: 171-186, 2015.
46. Balcıoğlu İ. Medikal açıdan stres ve çareleri. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi: 47, 2005.

47. Kafkas ME, Kafkas AS, Acet M. Beden eğitimi öğretmenlerinin sağlığı geliştirici yaşam biçimi düzeylerinin incelenmesi. 32(2): 47-56,2012.
48. Crimmins EM, Kim JK, Solé-Auro A. Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS. The European Journal of Public Health 21(1): 81-91, 2011.
49. Tomaka J, Thompson S, Palacios R. The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. Journal of Aging And Health 18(3): 359-384, 2006.
50. Haveman-Nies A, Groot C, Burema J. Dietary quality and lifestyle factors in relation to 10-year mortality in older Europeans (The SENECA Study). American Journal of Epidemiology 156: 962–968, 2002.
51. Çırak G. Üniversite öğrencilerinin ahlaki yargı yetenekleri ve ahlaki yargı yetenekleri ile kendini gerçekleştirme düzeylerinin karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana, 2006.
52. Chew F, Palmer S, Slonska S. Enhancing health knowledge, health belief and health behaviour in Poland through a health promoting television program series. J of Health Communication 7(2): 179-196, 2002.
53. Scholz U, Nagy G, Göhner W. Changes in self-regulatory cognitions as predictors of changes in smoking and nutrition behavior. Psychology and Health 24: 545-561, 2009.
54. Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood National Heart, Lung, and Blood Institute 2004.
55. World Health Organization. Obesity and over weight.
Erişim:(<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/#>).
Erişim tarihi: 01/12/15
56. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2013.
Erişim(http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf).
Erişim Tarihi: 02/01/2015.
57. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)

Erişim: (http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=6) Erişim Tarihi: 03/01/2015.

58. Khullar K, Agarwal A, Stefan S. BMI and obesity. Springer Science, Business Media New York, 2014.
59. World Health Organization. BMI classification.
Erişim: (http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html#)
Erişim Tarihi: 26/11/2015.
60. Li WL, Chen IC, Chang YC, Loke S-S. Waist-to-height ratio, waist circumference, and body mass index as indices of cardiometabolic risk among Taiwanese adults. *Eur J Nutr* 52: 57–65, 2013.
61. Grundy SM, Brewer HB, Jr Cleeman JI. Definition of metabolic syndrome: report of the national heart, lung, and blood institute / American Heart Association Conference on Scientific Issues Related to Definition. *American Heart Association* 109: 433-438, 2004.
62. Piche ME, Lapointe A, Weisnagel SJ. Regional body fat distribution and metabolic profile in postmenopausal women. *J Metab Clin Exp* 57: 1101–1107, 2008.
63. Tseng CH. Waist-to-height ratio and coronary artery disease in Taiwanese type 2 diabetic patients. *Obesity* 16: 2754–2759, 2008
64. World Health Organization. Waist circumference and waist–hip ratio: Report of a WHO Expert Consultation Geneva, 8–11 December, 2008.
65. Baysal A, Baş M. Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi. 1'inci baskı, İstanbul, Express Baskı Basımevi, 2008.
66. Baş M, Kızıltan G. Çocuk ve Ergenlerde Ağırlık Yönetimi. 1'inci baskı. Ankara, 2011
67. Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ. Are the obese at greater risk for depression? *American Journal of Epidemiology* 152(2): 163-170, 2000.
68. De Hert M, Detraus J, Van Winkel R. Metabolic and cardiovascular adverse effects associated with antipsychotic drugs. *Nat Rev Endocrinol* 8:114-126, 2012.

69. Uzun N. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile obezitenin ilişkisi: obezite için koruyucu ve risk faktörleri. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın, 2014.
70. Savaşan A, Ayten M, Ergene O. Koroner kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluk. *Psikiyatri Hemşireleri Dergisi* 4(1): 1-6, 2013.
71. Obezite tedavi klavuzu ve yaşam tarzı önerileri
Erişim:(<http://www.turkendokrin.org/files/pdf/Obezite.pdf>). Erişim tarihi:27/11//2015.
72. Astrup A. Carbohydrates as macronutrients in relation to protein and fat for body weight control. *Int J Obesity* 30: 4- 9, 2006.
73. Bertone ER, Stanek EJ, Reed GW. Association between eating patterns and obesity in a free-living us adult population. *American Journal of Epidemiology* 158: 85-92, 2003.
74. Slinde F, Hulthen LR. Bioelectrical impedance: effect of 3 identical meals on diurnal impedance variation and calculation of body composition. *American Journal of Clinical Nutrition* 74: 474–8, 2001.
75. Schlundt DG, Hill JO, Sbrocco T. The role of breakfast in the treatment of obesity: a randomized clinical trial. *American Journal of Clinical Nutrition* 55: 645-651, 2004.
76. Bezerra IN, Sichieri R. Eating out of home and obesity. *Public Health Nutrition* 12: 2037-2043, 2009.
77. Monsivais P, Perrigue MM, Drewnowski A. Sugars and satiety: does the type of sweetener make a difference. *American Journal of Clinical Nutrition* 86: 116-23, 2007.
78. Rolls BJ, Roe LS, Meengs JS. Reductions in portion size and energy density of foods are additive and lead to sustained decreases in energy intake. *American Journal of Clinical Nutrition* 83: 11-17, 2006.
79. Uskun E, Şabaplı A. Lise öğrencilerinin beden algıları ile yeme tutumları arasındaki ilişki. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 12(5): 519-528, 2013.
80. Tiggemann M. *Body image across the adult life span: stability and change, body image*, Adelaide, Australia, 2003.

81. Öngeren B. Sosyolojik açıdan sağlıklı beden imgesi. Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi 34: 25-45, 2015.
82. Tutar S. Kadınların besin satın alma ve besin tüketimlerine basın ve reklamların etkileri. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2012.
83. Jacobsan JC. Analysis of weight-related advertisements and nutrition articles in popular women's magazines. Thesis of Master of Science, Brigham Young University. Dept. of Nutrition, Dietetics, and Food Science, 2003.
84. Madanat H, Ralp B, Steven RH. The impact of body mass index and western advertising and media on eating style, body image and nutrition among Jordanian women, 10(10): 1039-1046, 2007.
85. Lee RD, Nieman DC. Anthropometry. Nutritional Assessment. McGraw Hill, Boston, 2003.
86. WHO. Global database on BMI, 2010.
Erişim:(http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html)
Erişim tarihi: 03/12/2015.
87. Cruz ML, Goran M. Current Diabetes Report, 53-62, 2004.
88. WHO Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Technical Report Series No: 829. Geneva: World Health Organization, 2011. Erişim: (<http://www.who.int/healthinfo>) Erişim tarihi: 03/12/15.
89. Ashwell M, Hsieh D. Six reasons why the waist-to-height ratio is a rapid and effective global indicator for health risks of obesity and how its use could simplify the international public health message on obesity. Int J Food Sci Nutr 56:303–307, 2005.
90. Craig CL, Marshall AL, Sjostrom, M. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. Medicine and Science in Sports and Exercise 35: 1381-1395, 2003.
91. Öztürk M. Üniversitede eğitim-öğretim gören öğrencilerde Uluslararası Fiziksel Aktivite anketinin geçerliliği ve güvenilirliği ve fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2005.

92. Karaca A, Turnagöl HH. IPAQ anketinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Hacettepe Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi 18(2): 68-84, 2007.
93. Dietary Reference Intakes: The Essential Guide to Nutrient Requirements Erişim: (<http://www.nap.edu/catalog/11537.html>). Erişim tarihi: 27/11/15.
94. Esin MN. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması, Hemşirelik Bülteni 2(45): 87-96, 1999.
95. Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of The Health Promoting Lifestyle Profile II unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center, 1996.
96. Bahar Z, Beşer A, Gördes N. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 12(1): 1-13, 2008.
97. Altıparmak S, Koca Kutlu A. 15-49 yaş grubu kadınlarda sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin 8(5): 421-26, 2009.
98. Okyay P, Uçku R. İzmir'de kentsel bir bölgedeki doğurgan çağdaki kadınlarda şişmanlık prevalansı ve risk faktörleri. Adnan Menderes Univ Tıp Fak Derg 3(3):5-12, 2002.
99. Koç Z. Yetişkin kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile besin tüketimi ve vücut bileşimlerinin karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2013.
100. Yardımcı H, Özçelik A. Ankara ili gölbaşı ilçesinde yetişkin kadınların antropometrik ölçümleri ve beslenme alışkanlıkları üzerinde bir araştırma. Ankara Üniversitesi Ev Ekonomisi Yüksekokulu Bilimsel Araştırma ve İncelemeler, 2006.
101. Jacka FN, Pasco JA, Mykletun A. Association of Western and Traditional Diets With Depression and Anxiety in Women. Am J Psychiatry 167: 1-7, 2010.
102. Van Strien T, Cebolla A, Ethemendy E. Emotional eating and food intake after sadness and joy. Appetite 66: 20-25, 2013.
103. Konttinen H, Mannisto S, Sarlio-Lahteenlorva S. Emotional eating and physical activity self-efficacy as pathways in the association between

- depressive symptoms and adiposity indicators, *Am J Clin Nutr* 92: 1031–1039, 2010.
104. Karlsson J, Persson LO, Sjöström L. Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study, *Int J Obes Relat Metab Disord* 24: 1715-1725, 2000.
105. Çayır A, Atak N, Köse SN. Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 64(1): 13-19, 2011.
106. Rennie K, Jebb S. Prevalence of obesity in Great Britain. *Obes Rev* 6:11–12, 2005.
107. Nakade M, Lee J, Kawakubo K. Correlation between food intake change patterns and body weight loss in middle-aged women in Japan. *Obes Res Clin Pract* 1: 179-89, 2007.
108. Tıǧlı M. Zayıflama diyeti uygulayan bireylerin başarı oranları ve etkileyen faktörlerin saptanması. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2012.
109. Tokuç B, Berberoǧlu U. Edirne merkez ilçe ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerde sağlığı geliştirici davranışlar. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 6(6): 10-16, 2007.
110. Sisk RJ. Caregiver burden and health promotion. *International Journal of Nursing Studies* 7(1): 37-43, 2000
111. Çakır M, Piyal B, Aycan S. Hekimlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi: tıp fakültesi tabanlı kesitsel bir çalışma. *Ankara Med J* 15(4): 209-219, 2015.
112. Tashiro J. Exploring health promoting lifestyle behaviors of Japanese college women: perceptions, practices, and issues. *Health Care Women Int* 23(1): 59-70, 2002.
113. Diez SM, Perez A. Socio-demographic predictors of health behaviors in Mexican college students. *Health Promot Int* 44(6): 266-270, 2009.

114. Kostak M, Kurt S. Hemşirelik ve sınıf öğretmenliği öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. TAF Preventive Medicine Bulletin 13(3): 189-196, 2014.
115. Cürcani M, Tan M, Küçüköglü S. Hemşirelik bölümü öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 14(1):41-49, 2011.
116. McElligott D, Siemers S, Thomas L. Health promotion in nurses: Is there a healthy nurse in the house? Appl Nurs Res 22: 211-215, 2009.
117. Türkol E, Güneş G. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde ihtisas yapan asistanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları. İnönü Univ Tıp Fak Derg 19(3): 159-66, 2012.
118. Güler G, Güler N, Kocataş S. Bir üniversitede çalışan öğretim elemanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları. C.Ü. Hemşirelik Dergisi 12(3): 18-26, 2008.
119. Pirinççi E, Rahman S, Durmuş A. Factors affecting health-promoting behaviours in academic staff. Public Health 122: 1261-1263, 2008.
120. Lee F, Wang H. A preliminary study of a health-promoting life style among southeast Asian women in Taiwan. Kaohsiung J Med Sci 21: 114-120, 2005.
121. Bozhüyük A. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana, 2010.
122. Lalonde L, O'connor A, Joseph L. Health-related quality of life in cardiac patients with dyslipidemia and hypertension. Qual Life Res 13: 793-804, 2004.
123. Özçelik H. Isparta il merkezinde görev yapan toplum öncüsü bazı meslek üyelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Isparta, 2012.
124. Özkan S, Yılmaz E. Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 3: 90-105, 2008.

125. Rollins YB, Riggs N, Spruijt-Metz D. Psychometrics of the eating in Emotional Situations Questionnaire (EESQ) among low-income Latino elementary-school children. *Eat Behav* 12: 156-159, 2012.
126. Hays NP, Bathalon GP, McCrory MA. Eating behavior correlates of adult weight gain and obesity in healthy women aged 55–65 y. *Am J Clin Nutr* 75: 476–83, 2002.
127. Orsel S, Canpolat BI, Akdemür A. Diyet yapan ve yapmayan ergenlerin kendilik algısı, beden imajı ve beden kütle indeksi açısından karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 15: 5-15, 2004.
128. Macht M. Characteristics of eating in anger, fear, sadness, and joy, *Appetite* 33: 129–139, 1999.
129. Ayiesah R, Leonard JH, Vijaykumar P. Obesity and habitual physical activity level among staffs working in a Military Hospital in Malacca, Malaysia. *International Medical Journal Malaysia* 12(1), 2013.
130. Özger İ. Fazla kilolu ve obez bireylerde duygu değişiklikleri ve yeme eğilimi ilişkisinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2012.
131. Akbulut G, Rakıcıoğlu N. On iki hafta süresince düşük kalorili diyet ve/veya fiziksel aktivite uygulayan hafif şişman/şişman kadınların besin ve besin ögesi tüketim durumlarının ve bazı antropometrik ölçümlerinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci* 23(1): 29-39, 2011.
132. Bornholt L, Brake N, Thomas S, Russell L, Madden S, Anderson G, Kohn M, Clarke S. Understanding affective and cognitive selfevaluations about the body for adolescent girls. *Br J Health Psychol* 10(4): 485-503, 2005.
133. Gustafson A, Khavjou O, Stearns SC. Cost-effectiveness of a behavioral weight loss intervention for low-income women: the weight-wise program. *Preventive Medicine* 49: 390-395, 2009.
134. Smith BK, Walleghen EL, Cook-Wiens G. Comparison of two self-directed weight loss interventions: limited weekly support vs. no outside support. *Obesity Research&Clinical Practice* 3: 149-157, 2009.
135. Dalen J, Smith BW, Shelley BM. Pilot study: mindful eating and living (MEAL): weight, eating behavior, and psychological outcomes associated

with a mindfulness-based intervention for people with obesity. *Complementary Therapies in Medicine* 18: 260-264, 2010.

136. Corbalan MD, Morales EM, Canteras M. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy based on theMediterranean diet for the treatment of obesity. *Nutrition* 25: 861-869.

Ek-1



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu



Sayı : 94603339-604.01.02/ 11755
Konu : Proje Onayı

26/11/2015

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Selen Alemdar tarafından yürütülecek olan KA15/335 nolu "Özel bir zayıflama merkezine devam eden yetişkin kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ağırlık kaybına yansımalarının değerlendirilmesi" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz ve Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 25/11/2015 tarih ve 15/104 sayılı kararı ile uygun görülmüştür. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayınlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ
Kurul Başkanı

Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board and Ethics Committee (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

Ek-2

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bilimsel araştırma amaçlı klinik bir çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini tam olarak anlamanız ve kararınızı, araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu bilgilendirme formu söz konusu araştırmayı ayrıntılı olarak tanıtmak amacıyla size özel olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz. Araştırma ile ilgili olarak bu formda belirtildiği halde anlayamadığınızı ya da belirtilemediğini fark ettiğiniz noktalar olursa araştırmacıya sorunuz ve sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım **gönüllülük** esasına dayalıdır. Araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra, kararınızı özgürce verebilmeniz ve düşünmeniz için formu imzalamadan önce araştırmacı size zaman tanıyacaktır. Kararınız ne olursa olsun, araştırmacılarımız sizin tam sağlık halinizin sağlanmasına ve korunmasına yönelik görevlerini bundan sonra da eksiksiz yapacaklardır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde formu imzalayınız.

1. ARAŞTIRMANIN ADI

Özel Bir Zayıflama Merkezine Devam eden Yetişkin Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Ağırlık Kaybına Yansımalarının Değerlendirilmesi

2. GÖNÜLLÜ SAYISI

Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam katılımcı sayısı, Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu onayı alındıktan sonra 01 Aralık 2015-01 Ocak 2016 tarihleri arasında Özel Elmas Life Polikliniği'ne devam eden 20-64 yaş arası yetişkin kadınların sayısı kadardır

3. ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 20 dakikadır.

4. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı, özel bir zayıflama merkezine gelen yetişkin kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ağırlık kaybına yansımalarının değerlendirilmesidir.

5. ARAŞTIRMAYA KATILMA KOŞULLARI

Çalışmaya 20-64 yaş arasında, izlemlerine düzenli olarak gelen ve gebe olmayan kadın danışanlar dahil edilecektir.

6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Çalışma kapsamında size ilişkin genel bilgilerinizi ve beslenme alışkanlıklarınızı belirlemek amacıyla bir anket formu uygulanacaktır. Besin öğeleri alımınızın belirlenmesi için besinlerin tüketim durumu, eğer tüketiliyorsa ne sıklıkla tüketildiği ve her bir tüketimde ne miktarda besin tüketildiğini sorgulayan besin sıklığı tüketim formu doldurtulacaktır. Fiziksel aktivite düzeyinizi (Gün içindeki uyku, oturma, yürüme gibi aktivitelerinizin dakika cinsinden belirlenmesi) saptamak için fiziksel aktivite formu (kısa form) uygulanacaktır. Antropometrik ölçümleriniz belirlenecektir. Boy uzunluğu, bel, mide, göbük, alt göbük, basen ve kalça çevresi ölçümleriniz mezür ile alınacaktır. Vücut ağırlığı, yağ, kas kütlesi, su miktarı ile metabolizma hızı bir vücut kompozisyonu ölçüm aracı ile yapılacaktır. Yaşam kalitenizin değerlendirilmesi için 52 sorudan oluşan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II uygulanacaktır.

7. GÖNÜLLÜNÜN SORUMLULUKLARI

Katılımcıların çalışma boyunca herhangi bir sorumlulukları yoktur.

8. ARAŞTIRMADAN BEKLENEN OLASI YARARLAR

Bu araştırma yalnızca bilimsel amaçlıdır. Ancak, bu araştırmadan elde edilen sonuçlar yetişkin kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile gözlenen ağırlık kayıpları arasında kurulabilecek ilişkinin değerlendirilmesine katkı sağlayacaktır.

9. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK OLASI RİSKLER

Araştırmadan kaynaklanacak bir risk yoktur.

10.ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK / SORUMLULUK DURUMU

Araştırmadan kaynaklanan herhangi bir zararlanma durumu yoktur.

11.ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLARDA ARANACAK KİŞİ

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için adresi ve telefonu aşağıda belirtilen ilgili diyetisyene ulaşabilirsiniz.

İstediginizde Günün 24 Saati Ulaşılabilir Diyetisyenin Adres ve Telefonları:

Diyetisyen Selen ALEMDAR

3289. cad. 4481. Sk. Aydoğan Sitesi No: 70/21 Çayyolu / Ankara

Cep: 05545544636

12. GİDERLERİN KARŞILANMASI VE ÖDEMELER

Bu araştırmaya katılımınız için herhangi bir gider söz konusu değildir.

13. ARAŞTIRMAYI DESTEKLEYEN KURUM

Araştırmayı destekleyen kurum Başkent Üniversitesi'dir.

14. GÖNÜLLÜYE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILIP YAPILMAYACAĞI

Bu araştırmaya katılmanızla ilgili size veya yasal temsilcilerinize herhangi bir maddi katkı sağlanmayacaktır.

15. BİLGİLERİN GİZLİLİĞİ

Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak, gerektiğinde araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar tıbbi bilgilerinize ulaşabilecektir.

16. ARAŞTIRMA DIŐI BIRAKILMA KOŞULLARI

Araştırma programını aksatmanız, gebe kalmanız veya araştırmaya bağlı veya araştırmadan bağımsız geliŐebilecek istenmeyen bir etkiye maruz kalmanız vb. nedenlerle araştırmacı sizin izniniz olmadan sizi araştırmadan çıkarabilir. Ancak araştırma dıŐı bırakılmanız durumunda da, sizinle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

17.ARAŞTIRMADA UYGULANACAK TEDAVİ DIŞINDAKİ DİŐER TEDAVİLER

Araştırma kapsamında uygulanacak bir tedavi yoktur.

18. ARAŞTIRMAYA KATILMAYI REDDETME VEYA AYRILMA DURUMU

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aŐamada araştırmadan ayrılabilirsiniz.

Araştırmadan ekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda da, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

19. YENİ BİLGİLERİN PAYLAŐILMASI VE ARAŞTIRMANIN DURDURULMASI

Sayın Dyt. Selen ALEMDAR tarafından Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Beslenme ve Diyetetik Bólümü'nde tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra bÓyle bir araştırmaya "katılımcı" (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam diyetisyen ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da bÓy¼k ózen ve sayėı ile yaklaŐılacaėına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ózenle korunacağı konusunda bana gerekli g¼vence verildi.

Araştırmanın y¼r¼t¼lmesi sırasında herhangi bir sebep g¼stermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca, tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koŐuluyla araştırmacı tarafından araştırma dıŐı tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun diyetisyen ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

ARAşTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 4 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜ		İMZASI
<i>İSİM SOYİSİM</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		

VASİ (Varsa)		İMZASI
<i>İSİM SOYİSİM</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		

ONAM ALMA İŞİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİ		İMZASI
<i>İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		
ARAŞTIRMACI		İMZASI
<i>İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		

Ek-3

ÖZEL BİR ZAYIFLAMA MERKEZİNE DEVAM EDEN YETİŞKİN KADINLARDA SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ AĞIRLIK KAYBINA YANSIMASININ DEĞERLENDİRİLMESİ ÇALIŞMASI ANKET FORMU

Anket no.....

A. GENEL BİLGİLER

1.Yaş

2.Medeni durumunuz

1) Bekar

2) Evli

3) Dul/ boşanmış

3.Çocuğunuz var ise kaç tane?

4. Kim ile birlikte yaşıyorsunuz?

1. Yalnız

2. Eşim ile

3. Eş ve çocuklar

4. Anne/baba

5. Akraba

6. Arkadaş

7. Diğer

5.Eğitim durumunuz

1) okur-yazar değil

2) okur-yazar

3) ilkokul

4) ortaokul/ilköğretim

5) lise

6) üniversite/lisans üstü

6.Meslek ...

7.Doktor tarafından tanısı konulan bir rahatsızlığınız var mı ?

1.Evet

2. Hayır

8. Cevabınız‘EVET ise hastalığınız nedir ? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1) Diyabet (Şeker hastalığı)	9) Romatizma
2) Hipotroidi / Guatr	10) Hipoglisemi
3) Kabızlık	11) Kansızlık
4) İnsülin direnci	12) Epilepsi
5) PCOS (polikistik over sendromu)	13) Kalp – damar hastalığı
6)Kolesterol	14) Gastrit / reflü / ülser
7) Yüksek tansiyon	15) Solunum sistemi hastalıkları (Astm..)
8) Karaciğer yağlanması	Diğer

9. Kullandığınız ilaçlar var mı ?

1.Evet (günlük kullanılan ilaç sayısı:.....)

2.Hayır

10. Cevabınız‘EVET ise hangi hastalığınız için ilaç kullanıyorsunuz ?

11. Ne sıklıkla sağlık kontrolü yaptırıyorsunuz ?

1.ayda 1 2. 2-3 ayda 1 3. 6 ayda 1 4. yılda bir defa

5. Sık kontrole gitmem

12. Sigara kullanıyor musunuz?

1.Evet 2. Hayır 3. Bıraktım

13.Cevabınız 'EVET' ise Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?.....

B.BESLENME ALIŞKANLIKLARI

14.Günde ne kadar su tüketiyorsunuz? bardak / litre

15.Günde kaç ana öğün tüketiyorsunuz?

16. Öğün atlıyor musunuz?

1.Evet

2.Hayır

17. Cevabınız 'EVET' ise en sık atladığınız öğün hangidir?

1. Sabah

2. Öğle

3. Akşam

18.Cevabınız 'EVET' ise öğün atlama nedeniniz nedir?

(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

1. İştahsızlık

2. Vakit olmuyor

3. Alışkanlığım yok

4. Zayıflamak için

5. Hazırlamaya üşeniyorum

Diğer.....

19. Ara öğün tüketir misiniz?

1. Evet

2. Hayır

20. Cevabınız 'EVET' ise tükettiğiniz ara öğün sayısı nedir?

.....

21. Dışarda yemek yeme sıklığınız nedir?

1. Her gün

2. Haftada 2-3 gün

3. 2 haftada bir

4. Ayda bir

22. Dışarda en çok tercih edilen yemek çeşidi

1. Fast-food

2. Ev yemekleri

3. Simit/ poğaça

4. Izgara et

5. Kebap/ döner

6. Salata

Diğer

23. Hazır besin tüketme sıklığınız nedir ?

1. Her gün 2. Haftada 2-3 gün

3. 2 haftada bir 4. Ayda bir

24. Yemeklerin tadına bakmadan tuz ilavesi yapar mısınız?

1. Evet

2. Hayır

25. Yemek yeme şeklinizi nasıl tanımlarsınız?

1. Hızlı

2. Normal

3. Yavaş

26. Gece yatmadan önce yemek yeme alışkanlığınız var mıdır?

1. Evet

2. Hayır

27. Gece uykudan kalkıp yemek yeme alışkanlığınız var mıdır?

1. Evet

2. Hayır

28. Sağlıklı bir şekilde beslendiğinizi düşünüyor musunuz?

1. Evet

2. Hayır

3. Fikrim yok

29. Duygu durum değişiklikleriniz iştahınızı nasıl etkiler?

	Tıkınırcasına yemek yerim	Yemek yemem normalden fazladır	Yemek yemem normaldir	Yemek yemem normalden azdır	İştahım olmaz
Stres altındayken					
Üzgün olduğumda					
Sinirli olduğumda					
Mutlu olduğumda					

30. Fiziksel görünümünüzü nasıl değerlendirirsiniz?

1. Zayıf
2. Normal
3. Hafif Şişman / Kilolu
4. Şişman

31. Son 1 yıl içerisinde ağırlık kaybı sağlamak amacı ile bir diyet uyguladınız mı ?

1. Evet (kaç kez?.....)
2. Hayır

32. Cevabınız "EVET" ise ne kadar ağırlık kaybınız oldu ?

1. kg
2. gram
3. Ağırlık kaybım olmadı

33. Cevabınız 'EVET' ise uyguladığınız diyeti nerden/kimden aldınız?

1. Diyetisyen
2. Doktor
3. Kendi kendine
4. Magazin (Radyo, TV,Gazete, Dergi)
5. Yakın Çevre (Arkadaş, Komşu vb.)
6. Alternatif tıpla Uğraşan kişi
7. Diğer.....

34. Daha önce zayıflamak için bir ürün veya ilaç kullandınız mı?

1. Evet 2. Hayır

35. Cevabınız "EVET" ise ne kullandınız ?

1. Zayıflama ilacı adı
2. Vitamin / mineral takviyeleri adı
3. Bitki Karışımları İçeriği
4. Diğer

36. Size kullandığınız zayıflama ilacı veya ürünlerini kim önerdi ?

1. Diyetisyen
2. Doktor
3. Kendi
4. Magazin (Radyo, TV,Gazete, Dergi)
5. Yakın Çevre (Arkadaş, Komşu vb.)
6. Aktarlar

ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

	İLK ÖLÇÜMLER	İZLEM SONRASI ÖLÇÜMLER
Ağırlık (kg)		
Boy (cm)		
Beden Kütle İndeksi (kg/m ²)		
Vücut Yağ Kütleli (kg)		
Vücut Yağ Yüzdesi (%)		
Vücut Kas Kütleli (kg)		
Vücut Suyu (kg)		
Metabolizma Hızı (kcal)		
Bel / Kalça Oranı		
Bel Çevresi(cm)		
Mide Çevresi (cm)		
Göbek Çevresi (cm)		
Alt göbek Çevresi (cm)		
Kalça Çevresi (cm)		
Basen Çevresi (cm)		

ULUSLAR ARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ (KISA FORM)

Son 7 günde yaptığınız şiddetli aktiviteleri düşünün. Şiddetli fiziksel aktiviteler; zor fiziksel efor yapıldığını ve nefes almanın normalden çok daha fazla olduğu aktiviteleri ifade eder. Sadece herhangi bir zamanda en az 10 dakika yaptığınız bu aktiviteleri düşünün.

1. Geçen 7 gün içerisinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli fiziksel aktivitelerden yaptınız mı?

Haftada ___gün

Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım.

(3.soruya gidin.)

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

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim

Geçen 7 günde yaptığınız orta dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Orta dereceli aktivite orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir. Yalnız bir seferde en az 10 dakika boyunca yaptığınız fiziksel aktiviteleri düşünün.

3. Geçen 7 gün içerisinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya çiftler tenis oyunu gibi orta dereceli fiziksel aktivitelerden yaptınız mı? (Yürüme hariç)

Haftada ___gün

Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım.

(5.soruya gidin.)

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

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim

Geçen 7 günde yürüyerek geçirdiğiniz zamanı düşünün. Bu işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığınız yürüyüş olabilir.

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

Haftada ___gün

Yürümedim. (7.soruya gidin.)

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

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim

Geçen 7 günde hafta içinde oturarak geçirdiğiniz zamanlarla ilgilidir. İşte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dahildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde oturarak geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır.

7. Geçen 7 gün içerisinde,günde oturarak ne kadar zaman harcadınız?

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim

BESİN TÜKETİM SIKLIĞI KAYIT FORMU

Aşağıdaki tabloda verilen besinleri ne sıklıkta tükettiğinizi lütfen belirtiniz.

	Her gün	Gün aşırı	Haftada bir	İki haftada bir	Ayda bir	Hiç yemem	Miktar (Kaşık, su bardağı vb.)
Kırmızı Et							
Tavuk eti							
Balık							
Yumurta							
Salam, sucuk vb.							
Kuru baklagiller							
Yağlı Tohumlar (Ceviz, fındık, fıstık)							
Sakatat (Karaciğer, böbrek, beyin)							
Süt							
Yoğurt							

Ayran							
Kefir							
Peynir							
Yeşil yapraklı sebzeler							
Diğer sebzeler							
Kuru meyveler							
Taze Meyveler							
Taze sıkılmış meyve suyu							
Beyaz ekmek							
Kepekli ekmek							
Tam tahıllı ekmek							

	Her gün	Gün aşırı	Haftada bir	İki haftada bir	Ayda bir	Hiç yemem	Miktar (kaşık, adet, dilim)
Simit-poğaç							
Pirinç Pilavı							
Bulgur Pilavı							
Makarna							
Pasta-bisküvi							
Diyet bisküvi							

	Her gün	Gün aşırı	Haftada bir	İki haftada bir	Ayda bir	Hiç yemem	Miktar (kaşık, adet, dilim, kase)
Hamur tatlıları							
Sütlü tatlılar							
Çikolata							
Reçel/bal/pekmez							
Zeytin							
Tereyağ							
Margarin							
Zeytinyağı							
Ayçiçeği yağı							

	Her gün	Gün aşırı	Haftada bir	İki haftada bir	Ayda bir	Hiç yemem	Miktar (bardak)
Siyah çay							
Türk kahvesi							
Neskafe							
Bitki Çayları							
Gazlı İçecekler (kola, gazoz vs.)							
Maden suyu (soda)							
Hazır meyve suyu							
Alkollü İçecekler							
Diğer.....							

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Aşağıdaki tabloda verilen sorular için size en uygun cevabı lütfen işaretleyiniz.

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekerli ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izlerim				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, erobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez)				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fiziksel aktiviteler yaparım.				

23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				

47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				