

İSTANBUL BİLGİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ PROGRAMLAR ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YETİŞKİN BİREYLERDE DİYET UYGULAMAYA YÖNELİK
BESLENME DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİĞİ MODELİNİN BESLENME
DURUMU VE ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERLE İLİŞKİSİ

Beyza Nur ŞEKER

119505008

Dr. Öğr. Üyesi Hande SEVEN AVUK

İSTANBUL

2024

**YETİŞKİN BİREYLERDE DİYET UYGULAMAYA YÖNELİK
BESLENME DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİĞİ MODELİNİN BESLENME
DURUMU VE ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERLE İLİŞKİSİ**

**THE RELATIONSHIP OF NUTRITIONAL BEHAVIOR CHANGE
MODEL FOR DIET IMPLEMENTATION IN ADULT INDIVIDUALS
WITH NUTRITIONAL STATUS AND ANTHROPOMETRIC
MEASUREMENTS**

BEYZA NUR ŞEKER

119505008

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Hande SEVEN AVUK

İstanbul Bilgi Üniversitesi

Jüri Üyeleri: Dr. Öğr. Üyesi Negin ALMASI

İstanbul Bilgi Üniversitesi

Doç. Dr. Birsen DEMİREL

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Tezin Onaylandığı Tarih: 23/01/2024

Toplam Sayfa Sayısı: 147

Anahtar Kelimeler

- 1) Beslenme Davranışı
- 2) Beslenme Değişim Süreçleri
- 3) Beslenme Durumu
- 4) Davranış Değişikliği
- 5) Obezite

Keywords

- 1) Nutritional Behavior
- 2) Nutrition Change Processes
- 3) Nutritional Status
- 4) Behavior Change
- 5) Obesity

BEYAN

Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar olan tüm aşamalarda etik dışı davranışta bulunmadığımı, tezimdaki tüm bilgileri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tez çalışmasında elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlar için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar bölümünde belirttiğimi, yine bu tez çalışmasında hiçbir aşamada patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

BEYZA NUR ŞEKER

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans dönemimde ve tez yazım sürecim boyunca kıymetli bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, bu süreçte sevgisini ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen tez danışmanım olan sayın Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Başkanımız Dr. Öğr. Üyesi Hande SEVEN AVUK'a,

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca kıymetli tecrübelerini benimle paylaşan ve beni evladı gibi sevip bana yol gösteren sayın hocalarım Doç. Dr. Birsen DEMİREL' e, Prof. Dr. Emel ÖZER' e

Tez dönemim boyunca karamsarlığa kapıldığım her anda bana moral ve motivasyon sağlayan meslektaşlarım Sümeyra KUMRU'ya ve Aslıhan TURHAN'a,

Teşekkürlerin en büyüğünü ise, hayatımın her anında beni seven, büyüten, her zaman arkamda duran ve yürüdüğüm yolda gelişmem, ilerlemem için bana maddi ve manevi tüm destekleri sağlayan sevgili ailem; babam Fatih Mehmet ŞEKER'e, annem Fatma ŞEKER'e, kardeşlerim Hacı Ali ŞEKER, Burak ŞEKER, Gülşah HİLAL, Mustafa Taha ŞEKER ve diğer aile üyelerime,

Tüm içtenliğim ile sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

BEYAN	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	viii
SEMBOL LİSTESİ	ix
ŞEKİL LİSTESİ.....	x
TABLO LİSTESİ.....	xi
ABSTRACT.....	xiii
ÖZET	xiv
GİRİŞ	1
1. GENEL BİLGİLER	2
1.1. BESLENME.....	2
1.1.1. Yeterli ve Dengeli Beslenme	2
1.2. OBEZİTE	3
1.2.1. Obezitenin Tanısı ve Sınıflandırılması.....	3
1.2.2. Obezitenin Risk Faktörleri	5
1.2.3. Obezitenin Epidemiyolojisi.....	6
1.2.4. Obeziteye Bağlı Gelişen Sağlık Problemleri	7
1.2.5. Obezitenin Tedavisi	11
1.3. TRANSTEORETİK MODEL.....	21
1.3.1. Değişim Aşamaları.....	23
1.3.2. Değişim Süreçleri.....	24
1.3.3. Beslenme Değişim Süreçleri	27

2. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	29
2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TÜRÜ	29
2.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	29
2.3. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	29
2.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	30
2.3.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri.....	30
2.4. ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ	30
2.5. VERİLERİN TOPLANMASI.....	31
2.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	31
2.6.1. Genel Bilgiler Formu	31
2.6.2. 24 Saatlik Besin Tüketim Kaydı	35
2.6.3. Besin Tüketim Sıklığı Anketi	36
2.6.4. Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeği	36
2.6.5. Verilerin İstatiksel Analizi	38
2.6.6. Sınırlılıklar	39
3. BULGULAR.....	40
4. TARTIŞMA	78
4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	78
4.2. KATILIMCILARIN CİNSİYETE GÖRE BESLENME DEĞİŞİM SÜREÇLERİ ÖLÇEK ALT BOYUT PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI.....	82
4.3. KATILIMCILARIN EĞİTİM DURUMUNA GÖRE BESLENME DEĞİŞİM SÜREÇLERİ ÖLÇEK ALT BOYUT PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI.....	86

4.4. KATILIMCILARIN DİYET GEÇMİŞİNE GÖRE BESLENME DEĞİŞİM SÜREÇLERİ ÖLÇEK ALT BOYUT PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI.....	87
4.5. KATILIMCILARIN BKİ GÖRE BESLENME DEĞİŞİM SÜREÇLERİ ÖLÇEK ALT BOYUT PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI	90
4.6. KATILIMCILARIN CİNSİYETE GÖRE BESİN TÜKETİM VERİLERİNİN TARTIŞILMASI.....	91
4.7. KATILIMCILARIN BESİN TÜKETİM SIKLIKLARININ TARTIŞILMASI	92
4.8. KATILIMCILARIN BESİN TÜKETİM VERİLERİ VE VÜCUT ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERİ İLE BESLENME DEĞİŞİM SÜREÇLERİ ÖLÇEK ALT BOYUT PUANLARI ARASINDAKİ KORELASYONUNUN TARTIŞILMASI.....	93
SONUÇ VE ÖNERİLER	95
KAYNAKÇA.....	99
5. EKLER.....	119
Ek-1: BESLENME DEĞİŞİM SÜREÇLERİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ	119
Ek-2: GÖNÜLLÜ ONAY FORMU.....	120
Ek-3: GENEL BİLGİLER FORMU	123
Ek-4: 24 SAATLİK BESİN TÜKETİM KAYDI	127
Ek-5: BESİN TÜKETİM SIKLIĞI ANKETİ	128
Ek-6: BESLENME DEĞİŞİM SÜREÇLERİ ÖLÇEĞİ.....	130
Ek-7: ETİK KURUL DEĞERLENDİRME SONUCU	133

KISALTMALAR

BeBİS	Beslenme Bilgi Sistemi
BDSÖ	Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeği
BKİ	Beden Kütle İndeksi
BKO	Bel Kalça Oranı
BMI	Body Mass Index
BPD	Biliopankreatik Diversiyon
DM	Diabetes Mellitus
HbA1c	Glikolize Hemoglobin
HDL	Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein
HT	Hipertansiyon
JIB	Jejunioileal Bypass
KV	Kardiyovasküler
KVH	Kardiyovasküler Hastalık
LAGB	Laparoskopik Ayarlanabilir Gastrik Band
LED	Düşük Kalorili Diyet
LDL	Düşük Yoğunluklu Lipoproteinler
LFD	Düşük Yağlı Diyet
LRYGB	Laparoskopik Roux en Y Gastrik Bypass
LSG	Laparoskopik Sleeve Gastrektomi
Na	Sodyum
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TBSA	Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TEMĐ	Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
T2DM	Tip 2 Diyabet
TG	Trigliserit
TM	Transteoretik Model
TÜBER	Türkiye Beslenme Rehberi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

SEMBOL LİSTESİ

%	Yüzde
<	Küçüktür
>	Büyüktür
≥	Büyük Eşit
≤	Küçük Eşit
±	Artı Eksi
cm	Santimetre
dk	Dakika
dL	Desilitre
gr	Gram
kg	Kilogram
kcal	Kilo kalori
L	Litre
m²	Metrekare
mak	Maksimum
mg	Miligram
µg	Mikrogram
min	Minimum
mL	Mililitre
mmHg	Milimetre Cıva
n	Kişi Sayısı
p	Anlamlılık
$\bar{x}$	Aritmetik Ortalama
SS	Standart Sapma

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1.1 Teoriler Üstü Modele Göre Davranış Değişimi.....	22
--	----



TABLO LİSTESİ

Tablo 1.1 Beden Kütle İndeksine Göre Obezite Sınıflaması.....	3
Tablo 1.2 Bel Çevresi Değerlerine Göre Obezite Sınıflaması.....	4
Tablo 1.3 Yetişkinlerde Vücut Yağ Yüzdesine Göre Obezite Sınıflaması.....	5
Tablo 1.4 Obeziteye Bağlı Gelişen Hastalıklar.....	8
Tablo 1.5 Vücut Ağırlığı Kaybının Sağlık Üzerine Olumlu Etkileri.....	9
Tablo 1.6 Sağlıklı Kilo Vermek İçin Gerekli Beslenme Programı İçeriği....	13
Tablo 1.7 Obezitenin Farmakolojik Tedavisinde Kullanılan İlaçlar.....	21
Tablo 2.1 Dünya Sağlık Örgütü (WHO) BKİ Sınıflaması.....	33
Tablo 2.2 Bel/Kalça Oranına Göre Değerlendirme (WHO).....	34
Tablo 2.3 Yetişkin Bireylerin Cinsiyete Göre Besin Öğeleri Referans Alım Düzeyleri (TÜBER).....	35
Tablo 3.1 Katılımcıların Cinsiyete Göre Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı.....	40
Tablo 3.2 Katılımcıların Cinsiyete Göre Bazı Sağlık Durumuna İlişkin Bazı Bilgilerin Dağılımı.....	42
Tablo 3.3 Katılımcıların Cinsiyete Göre Diyet Uygulama Durumlarının Dağılımı.....	43
Tablo 3.4 Katılımcıların Cinsiyete Göre Fiziksel Aktivite Düzeylerine İlişkin Bilgiler.....	44
Tablo 3.5 Katılımcıların Cinsiyete Göre Fiziksel Aktivite Sürelerinin Karşılaştırılması.....	45
Tablo 3.6 Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarına Göre Dağılımı.....	46
Tablo 3.7 Katılımcıların Cinsiyete Göre Yaş ve Antropometrik Ölçülerinin Karşılaştırılması.....	48
Tablo 3.8 Katılımcıların Cinsiyete Göre BKİ Göre Sınıflandırılması.....	49
Tablo 3.9 Katılımcıların Cinsiyete Göre Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeğinin Değerlendirilmesi.....	50

Tablo 3.10 Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeğinin Değerlendirilmesi.....	52
Tablo 3.11 Diyet Yapma Durumuna Göre Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeğinin Değerlendirilmesi.....	54
Tablo 3.12 Katılımcıların BKİ Kategorilerine Göre Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeğinin Değerlendirilmesi.....	56
Tablo 3.13 Katılımcıların Cinsiyete Göre Besin Tüketim Verilerinin Değerlendirilmesi.....	61
Tablo 3.14 Katılımcıların Cinsiyete Göre Günlük Enerji ve Besin Öğeleri Alım Düzeylerinin TÜBER' e Göre Yeterlilik Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	65
Tablo 3.15 Katılımcıların Besin Tüketim Sıklıklarının Frekans ve Dağılımı.....	68
Tablo 3.16 Katılımcıların Antropometrik Değerler ve Besin Tüketim Kaydı Verileri İle Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeğinin Korelasyonu.....	71

ABSTRACT

This research was conducted with 400 adult individuals aged 18-65, living in Kahramanmaraş Center between January 2023 and October 2023, who voluntarily agreed to participate in the study, in order to examine the relationship of the nutritional behavioral change model for dieting in adult individuals with nutritional status and anthropometric measurements. A questionnaire form, 24-hour food consumption record, food consumption frequency form and nutritional change processes scale (BDSÖ) were used to collect the data of the study. Of the participants, 50% were female (n=200) and 50% were male (n=200). BMI was $24.54 \pm 5.39 \text{ kg/m}^2$ in women and $26.05 \pm 4.36 \text{ kg/m}^2$ in men. Waist-to-hip ratio was found to be low risk in women (0.8 ± 0.11) and high risk in men (0.9 ± 0.07) ($p < 0.05$). When BMI values were compared according to gender, it was found that BMI values of males were significantly higher than females ($p < 0.05$). When BDSÖ scores were compared according to gender, it was found that women scored higher than men ($p < 0.05$). There was no significant correlation between the participants' education level and the BDSÖ ($p > 0.05$). The rate of women with a diet history was 48%, while the rate of men was 27.5% ($p < 0.05$). When the BDSÖ scores of the participants were compared according to diet history, it was found that BDSÖ scores were higher in individuals with a diet history ($p < 0.05$). A statistically negative correlation was found between the participants' BDSÖ scores and their daily energy and carbohydrate consumption and a statistically positive correlation was found between their body weight, BMI and daily fat consumption. There was no statistically significant correlation between the participants' BDSÖ scores and their protein and fiber consumption ($p > 0.05$). As a result, it was observed that nutrition change processes were associated with various factors such as gender, body weight, BMI, diet history. It is seen that the nutritional change processes scale can be used effectively in nutrition therapy in order to support individuals to develop and maintain healthy eating behaviors.

Keywords: Nutritional Behavior, Nutritional Change Processes, Nutritional Status, Behavior Change, Obesity

ÖZET

Bu araştırma, yetişkin bireylerde diyet uygulamaya yönelik beslenme davranış değişikliği modelinin beslenme durumu ve antropometrik ölçümlerle ilişkisini incelemek amacıyla Ocak 2023 – Ekim 2023 tarihleri arasında Kahramanmaraş Merkez’ de yaşayan 18-65 yaş arası gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden 400 yetişkin birey ile yapılmıştır. Araştırmanın verilerini toplamak için anket formu, 24 saatlik besin tüketim kaydı, besin tüketim sıklığı formu ve beslenme değişim süreçleri ölçeği (BDSÖ) kullanılmıştır. Katılımcıların % 50’ si kadın (n=200), % 50’ si erkektir (n=200). Kadınlarda BKİ $24,54 \pm 5,39$ kg/m² iken erkeklerde $26,05 \pm 4,36$ kg/m²’dir. Kadınlarda BKO $0,8 \pm 0,11$ düşük risk değeri, erkeklerde $0,9 \pm 0,07$ yüksek risk değeri bulunmuştur (p<0,05). Cinsiyete göre BKİ değerleri karşılaştırıldığında erkeklerin BKİ değerlerinin kadınlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,05). BDSÖ puanları cinsiyete göre karşılaştırıldığında kadınların erkeklere oranla daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur (p<0,05). Katılımcıların eğitim düzeyleri ile BDSÖ arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05). Diyet geçmişini olan kadınların oranı %48 iken erkeklerin %27,5’dir (p<0,05). Katılımcıların diyet geçmişine göre BDSÖ puanları karşılaştırıldığında diyet geçmişini olan bireylerde BDSÖ puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (p< 0,05). Katılımcıların BDSÖ puanları ile günlük enerji ve karbonhidrat tüketimleri arasında istatistiksel olarak negatif korelasyon ve vücut ağırlığı, BKİ, günlük yağ tüketimleri arasında istatistiksel olarak pozitif korelasyon bulunmuştur. Katılımcıların BDSÖ puanları ile protein ve lif tüketimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05). Sonuç olarak beslenme değişim süreçlerinin cinsiyet, vücut ağırlığı, BKİ, diyet geçmişi gibi çeşitli faktörler ile ilişkili olduğu görülmüştür. Bireylerin sağlıklı beslenme davranışlarını geliştirmelerini ve sürdürmelerini desteklemek amacıyla beslenme tedavisinde değişim süreçleri ölçeğinin etkili bir şekilde kullanılabileceği görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Beslenme Davranışı, Beslenme Değişim Süreçleri, Beslenme Durumu, Davranış Değişikliği, Obezite

GİRİŞ

Obezite alınan enerjinin harcanandan daha fazla olması nedeniyle vücutta sağlığı bozacak ölçüde adipoz dokuda yağ birikmesi olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2021). Hem Türkiye hem de dünyada obezite prevalansı artmakta ve global bir sağlık sorunu haline gelmektedir (Öztürk, 2022). Türkiye’de obezite prevalansı 2010 yılında %27,4 iken 2015 yılında %31,42’ ye yükseldiği ve obez bireylerin sayısında anlamlı bir artış olduğu bildirilmiştir (WHO, 2017). Sağlıksız beslenme alışkanlıkları, yetersiz fiziksel aktivite, sigara kullanımı, alkol tüketimi, eğitim düzeyi, kullanılan ilaçlar, sosyo-kültürel etkenler gibi değiştirilebilir faktörler ve genetik yapı, yaş, cinsiyet gibi değiştirilemeyen faktörler obezitenin gelişmesinde etkin olarak rol oynamaktadır (Altunkaynak ve Özbek, 2006; Yetkin ve Sönmez, 2017; Berberoğlu ve Hoccoğlu, 2021). Obez bireylerde yaş, cinsiyet ve genetik risk faktörlerini değiştirmek mümkün olmasa da bireyin alışkanlıkları ve sağlıksız yeme davranışlarını değiştirmek, geliştirmek ve müdahale etmek mümkündür (Vilamala-Orra ve Vaqué-Crusellas, 2021). Obezite tıbbi beslenme, egzersiz, farmakolojik/ilaç, cerrahi, davranışsal tedavi veya bu tedavi yöntemlerin kombine edilmesi ile tedavi edilmektedir (Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, 2013). Obezite tedavisinde enerji açığı oluşturularak vücut ağırlığı kaybının sağlanması, yağ dokusunda azalma ve kaybedilen vücut ağırlığının korunma sürecinde bireylerin sağlıksız beslenme davranışlarının olumlu yönde değiştirilmesi ve sağlıklı beslenme davranışının devam ettirilmesi amaçlanır (Ateş, 2016). Bu bağlamda beslenme değişim süreçleri davranış değişikliği kazanmaya çalışan bireylerin süreç boyunca sağlıksız davranışlarını değiştirmek için nasıl tepkiler verdiğini, hangi metot ve deneyimleri kullandıklarını anlamamıza yardımcı olur (Erol ve Ergün, 2016; Ünver, 2019). Değişim süreçleri olumlu davranış değişim yolculuğu boyunca bireylere rehberlik etmektedir (Menekli, 2013; Cangöl, 2016).

Bu çalışmanın temel amacı, yetişkin bireylerin diyet uygulamaya yönelik beslenme davranış değişikliği modelinin beslenme durumu ve antropometrik ölçümler ile ilişkisini derinlemesine incelemektir.

1. GENEL BİLGİLER

1.1. BESLENME

Sağlık, bireyin yaşamını sürdürmesi, yaşam kalitesinin artırılması ve korunmasında önemli faktörlerden biridir (Akın, 2018). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı; bireyin hasta veya engelli olmama durumu değil fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olması şeklinde tanımlamıştır (WHO, 2023).

Beslenme; bireyin doğduğu andan itibaren büyüyüp gelişmesi, uzun yıllar sağlıklı ve üretken olarak yaşaması ve yaşam fonksiyonlarını devam ettirebilmesi için gerekli besin öğelerinin vücuda alınıp kullanılması olarak tanımlanmaktadır (Baysal, 2020; Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER), 2022; Ünsal, 2019).

1.1.1. Yeterli ve Dengeli Beslenme

Bireylerin büyümesi, gelişmesi, hastalıklardan korunması ve fizyolojik fonksiyonlarının devam etmesi için gerekli makro ve mikro besin öğelerinin vücuda alınması, öğünlerde besin çeşitliliği ve besin dengesinin sağlanması “yeterli ve dengeli beslenme” olarak tanımlanabilir (Cena ve Calder, 2020; Sormaz ve Şanlıer, 2015). Yeterli ve dengeli beslenmede bireylerin cinsiyet, yaş, boy uzunluğu, vücut ağırlığı, fiziksel aktivitesi ve yaşam şartları gibi kişisel özelliklerindeki farklılıklardan kaynaklı bireylerin günlük alması gereken makro ve mikro besin öğeleri farklılık göstermektedir (HSGM, 2023; Nevşioğulları, 2018). Bu yüzden yeterli ve dengeli beslenme programı bireye özgü planlanmalıdır. Yeterli ve dengeli beslenen bireylerin; sağlıklı ve enerjik bir bedene, boyuna uygun vücut ağırlığına ve güçlü bir bağışıklık sistemine sahip oldukları belirtilmektedir (HSGM, 2023). Bireylerde yetersiz ve dengesiz beslenmeye bağlı obezite, anoreksiya nervoza, vitamin-mineral eksikliği hastalıkları, kanser, diyabet (DM), hipertansiyon (HT) ve kardiyovasküler hastalık (KVH) gibi bazı hastalıkların gelişme riskinin arttığı ve

büyüme gelişme geriliğine neden olabileceği belirtilmektedir (Yangılar ve Kaçar, 2020; Çakırca Avcu, 2017).

1.2. OBEZİTE

Obezite alınan enerjinin harcanandan daha fazla olması nedeniyle vücutta sağlığı bozacak ölçüde adipoz dokuda yağ birikmesi olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2021). Latince “aşırı yemek” anlamına gelen “obedere” kelimesinden köken alan obezite “yemekten kaynaklanan” anlamına gelmektedir (Serter, 2003; Ergin, 2014).

1.2.1. Obezitenin Tanısı ve Sınıflandırılması

Obezitenin klinik olarak değerlendirilmesinde sıkça Body Mass Index (BMI) yani Beden Kütle İndeksi (BKİ) kullanılır (Weir ve Jan, 2022). DSÖ’ nün tablo 1.1’ de gösterilen sınıflandırılmasına göre bireyin BKİ değeri 18,5 ve altı ise zayıf, BKİ değeri 18,5 ile 25 arasında ise normal, BKİ değeri 25’e eşit veya büyük ise kilolu, BKİ değeri 30’ a eşit veya büyük ise obezite olarak belirtilmiştir (WHO, 2021).

Tablo 1.1 Beden Kütle İndeksine Göre Obezite Sınıflaması

Sınıflama	BKİ (kg/m ²)	Hastalık Riski
Zayıf	< 18.5	Düşük
Normal	18.5-24.9	Orta
Hafif Kilolu	25-29.9	Arttırılmış
1.Derece Obez	30-34.9	Hafif
2.Derece Obez	35-39.9	Şiddetli
3.Derece Obez	≥40	Çok Şiddetli

Kaynak: WHO. (2011). Waist Circumference and Waist-Hip Ratio. *Report of a WHO Expert Consultation*.

Beden kütle indeksi değeri hesaplanması kolay bir yöntem olmak ile birlikte bireyin yağlanma, su tutulumu gibi kriterlerini değerlendirmekte yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle bel çevresi, kalça çevresi gibi çevre ölçümleri ile bunlardan elde edilen çeşitli oranlar obezitenin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Obezitenin değerlendirilmesinde kullanılan çeşitli ölçümlerin referans değerleri Tablo 1.2’ de gösterilmiştir. Bel çevresinin kalça çevresine bölünmesi sonucu elde edilen bel/kalça oranı (BKO) obezite durumuyla ilgili bilgi veren bir antropometrik bulgudur. Bel ve kalça çevresinin mezura ile ölçümünün kolay olması ve bel, kalça çevresi ile hesaplanan BKO değeriyle bölgesel yağlanmayı tespit etmek pratik bir yöntemdir (Serter, 2003). Bel/kalça oranı ile bireyin santral yani “Android Tip” obezite veya periferik yani “Jinekoid Tip” obezite olarak sınıflandırılabilir. Vücutta karın bölgesindeki adipoz dokuda yağ birikmesi ile android tip obezite (elma tipi obezite) meydana gelirken, kalça bölgesinde ki adipoz dokuda yağ birikmesi sonucu jinekoid tip obezite (armut tipi obezite) meydana gelmektedir (Türkmen, 2000; Kayış, 2002). Kadınlarda bel çevresinin 88 cm ve üzeri veya BKO değerinin 0,85 ve üzeri olması, erkeklerde ise bel çevresinin 102 cm ve üzeri veya BKO değerinin 0,90 ve üzeri olması durumunda android tip obeziteden bahsedilir (Gülcan ve Özkan, 2006; HSGM, 2017; Demiray ve Yorulmaz, 2023). Android tip obezite erkeklerde daha yaygın görülürken, jinekoid tip obezite kadınlarda daha yaygın görülmektedir (Kayıran ve Taymaz, 2011; Özkoca, 2018).

Tablo 1.2 Bel Çevresi Değerlerine Göre Obezite Sınıflaması

	Kadın	Erkek	Hastalık Riski
Bel Çevresi	>80	>94	Riskli
Bel Çevresi	>88	>102	Çok Riskli
Bel/Kalça Oranı	≥0.85	≥0.90	Çok Riskli

Kaynak: WHO. (2011). Waist Circumference and Waist-Hip Ratio. *Report of a WHO Expert Consultation*.

Obezite adipoz dokuda yağ birikmesi olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2021). Yetişkin erkeklerde olması gereken referans yağ aralığı % 8-15 iken yetişkin kadınlarda % 15-22'dir (Pekcan, 2016). Erkeklerde yağ değerinin % 25, kadınlarda % 33'ün üzerine çıkması durumunda obezitenin varlığından bahsedilir (Serter, 2003). Yetişkinlerde vücut yağ yüzdesine göre obezite sınıflaması Tablo 1.3' te gösterilmiştir.

Tablo 1.3 Yetişkinlerde Vücut Yağ Yüzdesine Göre Obezite Sınıflaması

Sınıflama	Kadın	Erkek
Zayıf	< 15	< 8
Normal	15-22	8-15
Hafif Şişman	23-26	16-20
Şişman	27-32	21-24
Çok Şişman	> 32	> 25

Kaynak: Pekcan, G. (2016). Diyet El Kitabı . A. Baysal içinde, *Diyet El Kitabı* (s. 99-124) (s. 67-142). Ankara: Hatiboğlu Yayınevi.

1.2.2. Obezitenin Risk Faktörleri

Obezitenin gelişmesinde rol oynayan risk faktörleri, değiştirilebilir faktörler ve değiştirilemeyen faktörler olarak belirtilmiştir (Serter, 2003; Yaşar, 2022). Değiştirilebilir risk faktörleri arasında; sağlıksız beslenme alışkanlıkları, yetersiz fiziksel aktivite, sigara kullanımı, alkol tüketimi, evlilik, doğum sayısı, doğumlar arası süre, eğitim düzeyi, kullanılan ilaçlar, sosyo-kültürel etkenler ve yakın çevrede obez birey ile yaşamak yer almaktadır (Altunkaynak ve Özbek, 2006; Adams ve Schatzkin, 2006; Berberoğlu ve Hoccoğlu, 2021). Değiştirilemeyen risk faktörleri arasında ise, yaş, cinsiyet, genetik faktörler yer almaktadır (HSGM, 2017; Yetkin ve Sönmez, 2017). Obezitenin gelişmesinde rol oynayan önemli faktörlerden biri de bireyin yeni doğan dönemde beslenmesidir. Yapılan çalışmaların sonucuna göre anne sütü ile beslenmeyen bebeklerin anne sütü ile

beslenen bebeklere göre obezite riskinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (HSGM, 2017; Tam ve Çakır, 2012). Bunlara ek olarak bebeğin anne sütü alım miktarı, süresi, tamamlayıcı gıdaya başlama zamanı, tamamlayıcı gıdanın türü gibi etkenlerde obeziteyi etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (Harder ve Bergmann, 2005).

1.2.3. Obezitenin Epidemiyolojisi

Günümüzde obezite dünya çapında artarak ilerlemekte ve global bir sağlık problemi haline gelmektedir (Öztürk, 2022). Yapılan araştırmalara göre obezitenin dünya üzerindeki beslenmeye bağlı önlenabilir, en riskli ve ölümcül hastalıklardan biri olduğu belirtilmektedir (Sağlam ve Güven, 2014; Fogelman ve Vinker, 2022). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre her yıl dünya genelinde minimum 2,8 milyon insanın obezite veya fazla kilo nedeniyle yaşamını kaybettiği bildirilmiştir (WHO, 2023).

Obezitenin, dünya çapında bir halk sağlığı sorunu olduğu ve ilk 10 global sağlık sorunları arasında yer aldığı belirtilmektedir (Tedik, 2017).

Bununla birlikte, 1980 yılından bu yana obez birey sayısında 2 kat artış meydana geldiği ve 2050 yılına kadar obezite prevalansında 2 kat artış meydana geleceği belirtilmektedir (Mohammed ve Sendra, 2018; Ruban ve Stoenchev, 2019).

Dünya’da gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde obezite görülme sıklığı günden güne artış göstererek hızlı bir şekilde ilerlemektedir (WHO, 1997). Gelişmiş ülkeler arasında yer alan Amerika Birleşik Devletleri’nde DSÖ verilerine göre 2010 yılında obezite prevalansı totalde %33,4, kadınlarda %34,5, erkeklerde %32,2 görülürken, 2016 yılında totalde %37,3, kadınlarda %38,2, erkeklerde %36,5 anlamlı bir şekilde artış göstermektedir (WHO, 2017).

Dünya genelinde olduğu gibi Türkiye’de obezite prevalansı artarak ilerlemektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre Türkiye’de 2010 yılında obezite prevalansı totalde %27,4, kadınlarda %34,8, erkeklerde %19,5 görülürken, 2015 yılında

totalde %31,4, kadınlarda %38,9, erkeklerde %23,4 anlamlı bir şekilde artış olduğu bildirilmiştir (WHO, 2017). Türkiye genelinde obezite sıklığı günden güne artış gösterirken, obezite kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülmektedir (Şimşek, 2022).

1.2.4. Obeziteye Bağlı Gelişen Sağlık Problemleri

Dünya çapında halk sağlığı problemi haline gelen ve yağ dokusunda artış ile karakterize olan obezitenin artışı bazı sağlık problemlerine neden olmaktadır (Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, 2013; James ve Kalamara, 2004). Obezitenin artması ile obeziteye bağlı hastalıkların görülmesinde ve ölüm sıklığında artış meydana geldiği belirtilmektedir (Öcalan ve Ceylantekin, 2020). Obezite ile ilişkili hastalıkların görülme riski obezitenin süresi, derecesi ve obezitenin tipine /abdominal obeziteye bağlı olarak artış göstermektedir (Aygün N. , 2014; Mert ve Adaş, 2014; Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2019).

Obeziteye bağlı gelişen hastalıklar Tablo 1.4' te belirtilmiştir (Fruh, 2017; Mohammed Ameen, 2022).

Tablo 1.4 Obeziteye Bağlı Gelişen Hastalıklar

Obeziteye Bağlı Gelişen Hastalıklar	Hastalık Türleri
Metabolik/ Hormonal	İnsülin Direnci, Prediyabet, Tip 2 DM, Dislipidemi, Metabolik Sendrom
Kardiyovasküler Sistem	Hipertansiyon, Koroner Arter Hastalığı, Kronik Kalp Yetmezliği (KKH), Lenf Ödem, Kardiyomiyopati, Serebrovasküler Hastalık
Solunum Sistemi	Uyku Apnesi, Astım, Yüksek Solunum Yolu Enfeksiyonu, Hipoventilasyon
Gastrointestinal Sistem	Safra Kesesi Hastalığı (Kolesistit), Akut Pankreatit, Alkolsüz Karaciğer Yağlanması, Gastroözofajiyal Reflü
Kanser	Meme Kanseri, Prostat Kanseri, Safra Kesesi Kanseri, Yumurtalık Kanseri,
Nörolojik	İnme, Demans, İdiyopatik İntrakraniyal Hipertansiyon
Deri	Selülit, Sedef hastalığı, Hirsutizm, Keratoz Pilaris
Psikolojik	Depresyon, Anksiyete, Kişilik Bozukluğu
Cerrahi	Artan Cerrahi Risk, Postoperatif Komplikasyonlar
Üreme Sistemleri (Erkek)	Cinsel İşlev Bozukluğu, Libido Azalması
Üreme Sistemleri (Kadın)	Cinsel İşlev Bozukluğu, Polikistik Over Sendromu (PCOS), Anovülasyon, Kısırlık, Erken Ergenlik

Kaynak: Mohammed Ameen, S. (2022). Obezite Hastalarında Egzersiz Öncesi ve Sonrası Oksidan ve Antioksidan Seviyelerinin Araştırılması. *Atatürk üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Kimya Anabilim Dalı*.

Obez bireylerde %5-10 kilo kaybına bağlı olarak kişinin sağlık yaşam kalitesinde iyileşme, ölüm riskinde ve obeziteye bağlı gelişen hastalıkların görülme riskinde azalmalar olduğu belirtilmektedir (Fruh, 2017; Kluge, 2022). Bu sebeple obeziteye bağlı gelişen hastalıkların önlenmesi amacıyla obezitenin tedavisine erken dönemde başlanmalıdır (Kalan ve Yeşil, 2010). Vücut ağırlığı kaybının sağlık üzerindeki olumlu etkileri Tablo 1.5’ de belirtilmiştir (Tüfekçi Alphan, 2018).

Tablo 1.5 Vücut Ağırlığı Kaybının Sağlık Üzerine Olumlu Etkileri

Kilo kaybının sağlık üzerine olumlu etkileri
1.Diyabet gelişme riskinde %50 oranında azalır
2.Açlık kan şekeri değerleri %30-50 oranında azalır
3.HbA1c değeri %15 oranında azalır
4.İnsülin duyarlılığında iyileşme görülür
5.İnsülin gereksinimi azalır
6.Sistolik ve diastolik kan basıncında 10 mmHg azalma görülür
7.Total kolesterolde %10 oranında azalma görülür
8.LDL kolesterolde %15 oranında azalma görülür
9.Trigliseridlerde (TG) %30 oranında azalma görülür.
10.HDL kolesterolde %8 oranında artış görülür
11.Diyabete bağlı mortalite oranlarında > %30 azalma görülür
12.Obeziteyle ilişkili mortalite oranlarında >%40 azalma görülür
Kaynak: Tüfekçi Alphan, E. (2018). Diabetes Mellitus ve Beslenme Tedavisi. In E. Tüfekçi Alphan, <i>Hastalıklarda Beslenme Tedavisi</i> (pp. 415-507). Ankara: Hatiboğlu Yayınları.

1.2.4.1. Tip 2 Diyabet

Obez bireylerde artan BKİ ile abdominal bölgede yağlanma ve pankreasta yağ birikimine bağlı olarak gelişen hiperinsülinemi ve insülin direnci, tip 2 DM riskini arttırmakta ve obeziteye bağlı gelişen tip 2 DM' in temelini oluşturmaktadır (Mert ve Adaş, 2014; Taylor ve Al-Mrabeh, 2018; Aydilek, 2022). Dünya'da artan obezite prevalansı ile doğru orantılı olarak diyabet prevalansında önemli ölçüde artışlar görülmektedir (Pedersen MD, 2013).

Obezitede vücut ağırlığı kaybı ile T2DM riskinin azaldığı bilinmektedir (Kurt G. , 2022). Diyabetli bireylerde vücut ağırlığı kaybı ile HbA1c azalma, glisemik parametrelerde iyileşme, antidiyabetik ilaçlara ihtiyacın azaldığı belirtilmektedir (Tunçekin, 2021; Bilgili, 2023).

1.2.4.2. Hipertansiyon

Obezite ve hipertansiyon birbiri ile ilişkilidir. Obezite sıklığındaki artış ile obeziteye bağlı gelişen HT görülme sıklığında artış gözlenmektedir (Elbistan, 2021). Obez bireylerde BKİ ile kan basıncı doğrusal orantıda ilerlemektedir (Kinlen ve Cody, 2017). Fazla kilolu bireylere göre HT görülme riski obez bireylerde 3 kat, morbid obezlerde 6 kat daha fazladır (Obez Hastaya Yaklaşım, 2022).

Vücut ağırlığında azalmaya bağlı hipertansif bireylerin kan basıncında azalmalar görülmektedir (do Carmo ve da Silva, 2016). Obez bireylerde vücut ağırlığındaki her 10 kg'lık kilo kaybı sistolik kan basıncında 5-20 mmHg azalma sağlanmaktadır (Baysal, 2018). Bu sebeple obezite ve hipertansiyonu olan bireylerin tedavisinde vücut ağırlığı kaybı ilk seçenek olmalıdır (Baysal, 2018).

1.2.4.3. Dislipidemi

Obezitenin lipit seviyelerini önemli ölçüde etkilediği ve dislipidemi ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Malnick ve Knobler, 2006; Zhu ve Zhang, 2022). Obez bireylerde sıklıkla görülen; yüksek total kolesterol, yüksek TG, düşük HDL kolesterol ve yüksek LDL kolesterol seviyeleri dislipidemisinin ayırt edici özelliklerindendir (Su ve Peng, 2020; Sarma ve Sockalingam, 2021). Obez bireylerde kilo kaybının dislipidemiye olumlu yönde etkilediği ve vücut ağırlığında her 3 kg'lık azalmanın TG seviyesinde ortalama 15 mg/dL azalma sağladığı ve diğer kan lipit parametrelerinde iyileşmeler görüldüğü belirtilmektedir (Sarma ve Sockalingam, 2021; Demirel, 2021; Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2019).

1.2.4.4. Kardiyovasküler Hastalıklar

Obezite, kardiyovasküler risk faktörleri arasında yer almaktadır ve KVVH ile yakından ilişkilidir (Jokinen, 2015). Obez bireylerde vücut yağ dokusu ve BKİ' de artışa bağlı olarak: HT, T2DM, HDL-Kolesterol düşüklüğü ve yüksek LDL-Kolesterol riskindeki artış ile KVVH riskinde dolaylı yoldan artış görülmektedir (Csige ve Ujvarosy, 2018; Powell-Wiley ve Poirier, 2021). Ayrıca obez bireylerde sağlıksız beslenme, toplam kalori alımındaki artış ve gereksinimden fazla karbonhidrat alımı, KVVH risk faktörlerinin artışı ile ilişkilidir (Demir Doğan ve Tayhan Kartal, 2019).

Obez bireylerde mortaliteyi arttıran en önemli sebeplerden biri kardiyovasküler hastalıklardır (Kacıroğlu ve Mutlu, 2021). Obeziteye bağlı KVVH risk faktörleri ve mortalitenin azaltılması için obez bireylere diyet tedavisi planlanmalı ve bireyin zayıflaması desteklenmelidir (Bakırhan ve İncedal Irgat, 2023).

1.2.5. Obezitenin Tedavisi

Obezite tıbbi beslenme, egzersiz, farmakolojik/ilaç, cerrahi, davranışsal tedavi veya bu tedavi yöntemlerin kombine edilmesi ile tedavi edilmektedir (Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, 2013). Obezite tedavisinde, enerji açığı oluşturularak vücut ağırlığı kaybının sağlanmasının yanı sıra yağ dokusunda azalma ile obezite derecesinin azaltılması ve ideal vücut ağırlığına ulaşılması temel hedeflerdendir (Ateş, 2016). Yapılan çalışmalarda tedavi yöntemleri sayesinde bireylerin kilo vermesine ek olarak obeziteye eşlik eden tip 2 diyabet, hipertansiyon gibi hastalıkların seyrinde azalma görüldüğü belirtilmiştir (Dizlek ve Çatal, 2018).

1.2.5.1. Beslenme Tedavisi

Bireyin diyet öyküsü, beslenme alışkanlıkları, hastalıkları alanında uzman diyetisyenler tarafından değerlendirilmeli, bireyin boyuna göre olması gereken vücut ağırlığına ulaşması için gerekli enerji açığı oluşturularak bireyin alması gereken günlük karbonhidrat, yağ, protein ve su miktarı hesaplanmalıdır (Tam ve Çakır, 2012). Tüm bu hesaplamalar yapılırken hastanın sosyo-ekonomik durumu, yaşam biçimi, kişisel özellikleri, günlük yaşam tarzı göz önünde bulundurularak sağlıklı, dengeli, sürdürülebilir ve maliyeti ucuz beslenme programı planlanmalıdır (Gülcan ve Özkan, 2006; Baltacı, 2015). Obezitede harcanan enerjinin alınan enerjiden fazla olması ile negatif enerji dengesinin oluşturulması, beslenme tedavisinin temelini oluşturmaktadır (Kushner, 2013; Baş ve Sağlam, 2018). Bireylerin kilo vermesi için günlük enerji ihtiyaçlarından günlük 500-1000 kalori açığı oluşturulur ve hastanın bir haftada 0,5-1 kilo vermesi sağlanır (Ateş, 2016; Yetkin ve Sönmez, 2017; Baş ve Sağlam, 2018). Belirlenen günlük enerjinin %12-15' i proteinlerden oluşmalıdır (Tam ve Çakır, 2012). Proteinin, bitkisel ve hayvansal kaynaklardan dengeli alımına özen gösterilmelidir (Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2019). Enerjinin %25-30' u yağlardan karşılanmalı ve yağdan gelen enerjinin, %10' u çoklu doymamış yağ asitlerinden, %10' u tekli doymamış yağ asitlerinden, %8' den azının doymuş yağlardan alımına dikkat edilmelidir. Enerjinin %55-60' ı karbonhidratlardan karşılanmalıdır (Baltacı, 2015; Baş ve Sağlam, 2018). Karbonhidratlar sağlanan enerjinin çoğunluğu nohut, yeşil mercimek gibi kompleks karbonhidratlardan tercih edilmeli, şeker, reçel, bal gibi basit karbonhidratların tüketiminin %10' dan daha az olmasına dikkat edilmelidir (Strychar, 2006; Demiray ve Yorulmaz, 2023). İlk 6 ay bireyin vücut ağırlığı kaybı ayda %5-10 olacak şekilde hedeflenmelidir (Low ve Bouldin, 2006; Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2019).

Tablo 1.6 Sağlıklı Kilo Vermek İçin Gerekli Beslenme Programı İçeriği

ENERJİ VE BESİN ÖĞELERİ	ÖNERİLEN ALIM DÜZEYİ
Enerji	500-1000 kkal/gün (azaltma)
Toplam Yağ	Enerjinin < %30
Doymuş Yağ	Enerjinin < %8
Tekli Doymamış Yağ Asitleri	Enerjinin %10
Çoklu Doymamış Yağ Asitleri	Enerjinin %10
Kolesterol	< 300 mg/gün
Karbonhidrat	Enerjinin %55-60
Protein	Enerjinin %12-15
Sodyum (Na)	2400 mg/gün Na- Tuz 6 gr/gün
Posa	20-30 gr/gün

Kaynak: Baş, M., & Sağlam, D. (2018). Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi. E. Tüfekçi Alphan içinde, *Hastalıklarda Beslenme Tedavisi* (s. 137-269). Hatiboğlu Yayınları.

1.2.5.1.1. Düşük Kalorili Diyetler

Düşük kalorili diyetler (LED), günlük enerji gereksiniminin %30 azaltılması veya günlük 500-100 kkal/gün enerji kısıtlaması yapılarak planlanan dengeli öğün içeriğine sahip ortalama 800-1500 kalori içeren diyetler olarak tanımlanmaktadır (Baltacı, 2015; Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2019). Düşük enerjili diyetlerde kalori açığına bağlı olarak bireyin 0,5-1 kg/hafta kilo verimi hedeflenmektedir (Baysal Yusuf, 2017). Düşük kalorili diyetlerde enerji ihtiyacı genel olarak bireylerin cinsiyeti, fiziksel aktivite düzeyi ve vücut ağırlığına göre belirlenmekte ve günlük kalori alımı kadınlarda günde 1200-1500 kkal arasında iken erkeklerde ise 1500-1800 kkal/gün olarak planlanmaktadır (Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2019). Düşük kalori diyetlerde günlük enerjinin karbonhidrat, protein, yağ içerikleri sırasıyla %45-65, %10-35, %20-35 olacak şekilde önerilmektedir (Chao ve Quigley, 2021).

Düşük kalorili diyetlerde enerji kısıtlanmasına bağlı olarak halsizlik, baş dönmesi, kabızlık, bazı vitamin minerallerde eksiklik gibi bazı yan etkiler görülebilmektedir (Baş ve Sağlam, 2018). Bazı kaynaklara göre kadınlarda <1200 kalori, erkeklerde <1500 kalorinin altında düşük kalori düzeyine sahip diyetlerde bireylere ek besin takviye kullanımı tavsiye edilmektedir (Yılmaz Önal, 2021; Aydılek, 2022).

1.2.5.1.2. Düşük Karbonhidratlı Diyetler

Günlük enerji ihtiyacının < %30' u veya 200 g' dan daha az karbonhidrat alımı düşük karbonhidrat diyeti olarak tanımlanmaktadır (Frigolet ve Ramos Barragan, 2011). Düşük karbonhidratlı diyetlerde karbonhidratın kısıtlanması ile diyetin protein ve yağ içeriği artmaktadır (Santos ve Esteves, 2012; Baş ve Sağlam, 2018).

TÜBER göre yetişkin bireylere önerilen karbonhidrat alım düzeyi günlük enerjinin %45-60 iken düşük karbonhidratlı diyetlerde günlük enerjinin $\leq$ %20-%45'i (60-130 g/gün), çok düşük karbonhidratlı diyetlerde ise <60 g/gün' den daha az karbonhidrat alımı önerilmektedir (Chao ve Quigley, 2021; Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER), 2022).

Düşük karbonhidratlı diyetlerde, insülin salınımında azalma ve glikojenolize bağlı olarak vücutta su kaybı gelişir. Bu sebepten dolayı düşük karbonhidratlı diyetlerde kısa dönemde hızlı kilo kaybı görülür (Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2019). Düşük karbonhidratlı beslenmede kilo kaybı ile açlık kan şekeri, kolesterol ve TG değerlerinde iyileşmeler olmasının yanı sıra T2DM, insülin direnci olan hastalarda glisemik kontrolün sağlandığı belirtilmektedir (Noakes ve Windt, 2017; Asil, 2019; Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2019).

1.2.5.1.3. Düşük Yağlı Diyetler

Düşük yağlı diyetler (LFD), günlük alınan enerjinin %30' undan daha az yağ içeren diyetler olarak tanımlanmaktadır (Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2019; Bhandari ve Sapra, 2023). Düşük yağlı Diyetlerde yağ alımının kısıtlanması ile doymuş yağ alımı azalmaktadır (Baysal Yusuf, 2017). Bazı çalışmalarda, azalmış doymuş yağ alımına bağlı olarak KVH önlendiği bildirilmiştir (Seid ve Rosenbaum, 2019; Aaseth ve Ellefsen, 2021). Uzmanlar tarafından KVH ölüm riskinin azaltılması için diyet yağ içeriğinin azaltılması önerilmektedir (La Berge, 2008; Bhandari ve Sapra, 2023).

Düşük yağlı diyetler (LFD) başka tanımlamaya göre yüksek karbonhidrat diyeti olarak adlandırılmaktadır (Aragon ve Schoenfeld, 2017). Düşük yağlı diyetlerde yağ alımının azaltılması ile diyetin karbonhidrat miktarı (enerjinin >%60' ı) artmaktadır (Baş ve Sağlam, 2018; Chao ve Quigley, 2021). Az yağlı diyetlerde fazla karbonhidrat alımı ile metabolik bozukluklar ve hipertrigliseridemi riskinde artışa bağlı olarak KV risk faktörlerinin artabileceği belirtilmektedir (Schwingshackl ve Hoffmann, 2013; Sacks ve Lihtensteyn, 2017; Chawla ve Tassarolo Silva, 2020).

Yağlar, karbonhidratlar ve proteinlere göre daha fazla kalori içerirler (yağlar 9 kkal/gram iken karbonhidrat ve proteinler 4 kkal/gr' dır) (Chao ve Quigley, 2021). Düşük yağlı diyetlerde kalori açığına bağlı negatif enerji dengesinin oluşturulması diyetten yüksek kalori içeriğine sahip yağların azaltılması ile ilişkilidir (Koliaki ve Spinos, 2018). Bu diyetlerde kalori açığına bağlı olarak kısa dönemde kilo kaybı görülür iken uzun dönemde izokalorik diğer diyet müdahaleleri ile karşılaştırıldığında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (Koliaki ve Spinos, 2018; Aaseth ve Ellefsen, 2021).

1.2.5.1.4. Yüksek Proteinli Diyetler

Günlük alınan enerjinin %25-30' u protein veya vücut ağırlığının kilogramı başına 1,6 g fazla protein içeren diyetler yüksek proteinli diyetler olarak tanımlanmaktadır (Chao ve Quigley, 2021). Makro besinler arasında en yüksek termik etki ve doyuruculuğa sahip besin ögesi proteinlerdir (Paddon Jones ve Westman, 2008; Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER), 2022). Proteinden zengin diyetlerde termik etkiye bağlı vücutta diyete bağlı termogenezin ve dinlenme metabolizma hızının artması ile harcanan kalori miktarı artmaktadır (Hwalla ve Jaafar, 2021; Betül Ateş, 2023). Proteinlerin doyurucu etkisi ile besin alımında azalmalar olduğu ve iştah kontrolünün sağlandığı; böylece enerji alımında azalmalara bağlı negatif enerji dengesinin oluşturulduğu belirtilmiştir (Navruz ve Acar Tek, 2014; de Carvalho, 2020). Yüksek proteinli diyetlerde azalmış enerji alımı ve harcanan kalorige artış ile negatif enerji dengesinin sağlandığı ve kısa dönemde vücut ağırlığında azalmalar olduğu belirtilmiştir (Magkos, 2020).

Yüksek proteinli diyetler ile izokalorik diyetlerin kısa dönem etkileri karşılaştırıldığında yüksek proteinli diyetlerin vücut ağırlığı kaybı sağlamada, yağsız vücut kütle kaybını önlemede ve yağ kütleini azaltmada daha etkili olduğu saptanmıştır (Paddon Jones ve Westman, 2008; Magkos, 2020; Onbaşı ve Akçil Ok, 2022). Yüksek proteinli diyetlerin kısa dönemde olumsuz etkilerinin olmadığı bilinirken uzun dönemde vücudun asit yükünü arttırarak, üriner kalsiyum atılımına bağlı kemik kayıpları gibi bazı sağlık problemlerine yol açabileceği belirtilmiştir (Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2019; Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER), 2022).

1.2.5.2. Egzersiz ile Tedavisi

Obezite tedavisinde enerji açığı oluşturularak negatif enerji dengesi elde edilir (Kushner, 2013). Obez bireylerde negatif enerji dengesinin oluşturulması, kilo kaybının sağlanması veya mevcut vücut ağırlığının korunmasında egzersiz

tedavisinin yeri ve önemi büyüktür (Wadden ve Webb, 2012; Ateş, 2016). Kilo verme sürecinde egzersiz tedavisi beslenme tedavisi ile birleştirildiğine daha etkili sonuç alınacaktır.

Obez bireylerde egzersiz tedavisine başlarken hafif tempolu yürüyüş gibi basit egzersizler ile haftada 2-3 gün 30-35 dakika ile başlanmalıdır (Ateş, 2016; Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2019). Daha sonra 2-3 haftada bir kademeli olarak arttırılmalı ve tempolu yürüyüş, yüzme, aerobik egzersizler gibi orta şiddette yapılacak egzersizler haftada 3-4 gün 45-60 dakika olacak şekilde önerilmelidir (Kelley ve Kelley, 2005; Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi, 2014). Egzersiz tedavisi planlanırken bireylerin yaşı, sağlık problemleri, sosyo-ekonomik durumu ve kardiyopulmoner kapasitesi sorgulanmalı ve bireye uygun egzersiz tedavisi planlanmalıdır (Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults: The Evidence Report, 1998; Kuhle ve Steffen, 2014; Evans ve LePard, 2014; Birinci Basamak Sağlık Kurumları için Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi, 2017).

1.2.5.3. Davranışsal Tedavi

Davranışsal tedavi sürecinde temel amaç zayıflama veya vücut ağırlığı kontrolü sürecinde olan bireylerin beslenme alışkanlıkları ve egzersiz davranışlarının olumlu yönde değiştirilmesini sağlamaktır (Henshka, Anderson ve Atkinson, 2003; Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2019). Davranış tedavisi obezite tedavisinin sadece tek bir aşamasında değil, bütün aşamalarda yer almalıdır. Davranışsal tedavi 10-20 kişilik gruplar halinde 20-26 hafta boyunca haftalık periyotlarla diyetisyenler, psikologlar, egzersiz uzmanları ve diğer sağlık çalışanları tarafından 60-90 dakikalık seanslar olmak üzere planlanır ve takip edilir (Wadden, Butryn ve Wilson, 2007). Seanslarda bireylerin besin tüketimi ve egzersiz takibi incelenerek problemlerin çözülmesi ve olumsuz davranışların yeniden yapılandırılması ile seansa devam edilir (Wadden ve Foster, 2000; Nicholson ve Bigal, 2008; Butryn, Webb ve Wadden, 2011). Obezite de davranışsal tedavisinde temel hedef; kalori

alımının azaltılması, fiziksel aktivitenin arttırılması ile negatif enerji dengesi oluşturmak ve bireyin yaşam boyu sürdürebileceği davranış değişikliğinin oluşturulmasıdır (Jacob ve Isaac, 2012; Oğuz ve Karabekiroğlu, 2016). Bu değişiklikler ile bireyin uzun vadede hedeflenen vücut ağırlığının korunması amaçlanmaktadır (Oğuz ve Karabekiroğlu, 2016).

Davranış tedavisi basamakları:

- 1) Kendini İzleme: Bireyin obeziteye neden olan sağlıksız davranışlarının belirlenmesi amaçlanır. Birey yediği yemekleri, yaptığı fiziksel aktivitenin türü ve süresini ve hissettiği duyguları not alması istenir (Hardeman ve Griffin, 2000). Bu sayede kişinin kendini daha rahat gözlemlemesi ve sağlıksız davranışını fark etmesi sağlanır. Bireyin tuttuğu notlar ile bireydeki sağlıksız davranışlar belirlenir ve bu davranışların sağlıklı davranışlar ile değiştirilmesi planlanır (Oğuz ve Karabekiroğlu, 2016).
- 2) Uyarın Kontrolü: Bireyin sağlıksız yeme davranışını tetikleyen uyarılara karşı ne tür tepkiler verdiği analiz edilir. Eğer birey olması gereken tepkiyi veriyorsa uyarın kontrolü pekiştirilir. Uyarın kontrolünün sağlanması için bireye uygun stratejiler geliştirilmelidir (Oğuz ve Karabekiroğlu, 2016).
- 3) Yeme Davranışının Kontrolü: Bireyin yeme hızı ve öğün tüketim sıklığının azaltılması hedeflenir. Yeme davranışının kontrolü için yeme davranışının bir aktivite eşliğinde olmadan tek başına yapılması (örneğin; televizyon karşısında öğün tüketiminden kaçınmak) istenilir (Teixeira ve Silva, 2010).
- 4) Pekiştirme ve Güçlendirme: Bireyin sağlıklı davranışı pekiştirmesi için bireye uygun, kişiye zevk verecek ödül verilmeli ve davranış pekiştirilmelidir. Ödüllendirme ile kişinin arzuladığı, özlediği besinleri tüketmesi sonucunda bireyin motivasyonu desteklenir (Erge, 2003; Oğuz ve Karabekiroğlu, 2016).
- 5) Bilişsel Yeniden Yapılandırma: Gerçekçi olmayan negatif düşüncelerin terapiler eşliğinde işlevsel düşüncelerle değiştirilmesi ve bireyin duygusal

dürtülerle başa çıkma ve problemi çözme yeteneğinin kazandırılması amaçlanır (Oğuz ve Karabekiroğlu, 2016).

- 6) Beslenme Eğitimi: Bireye uygun, kişiselleştirilmiş beslenme tedavisi diyetisyen tarafından planlanmalıdır (Jacob ve Isaac, 2012). Beslenme programının kısıtlayıcı olmaması ve uzun vadede sürdürülebilir olması obezite tedavisinde ağırlık kaybı ve vücut ağırlığı kaybının korunmasında etkili bir yöntemdir (Oğuz ve Karabekiroğlu, 2016).
- 7) Fiziksel Aktiviteyi Arttırma: İlk aşamada bireye basit egzersiz önerileri ve egzersiz süresinin kademeli olarak arttırılması ile bireylerin kolay uyum sağlaması hedeflenir (Oğuz ve Karabekiroğlu, 2016).
- 8) Davranış Sözleşmesinin Yapılması: Davranış değişikliğinin kazandırılması için hasta ve terapist birlikte sözleşme yapmalıdır. Sözleşme hedefleri bireye özgü olmalı ve adım adım ilerlemelidir (Oğuz ve Karabekiroğlu, 2016).
- 9) Verilen Kiloyu Koruma ve Sürdürme Yöntemleri: Tedavi boyunca bireyin kilo almasına yol açabilecek davranışların tespit edilmesi ve bu davranışların çözüm yollarının hastaya öğretilmesidir (Oğuz ve Karabekiroğlu, 2016).

Obezite tedavisinde bireylerin başarılı bir şekilde zayıflaması, verilen kiloların korunması ve sağlıklı davranış değişikliğini kalıcı olarak sürdürmeleri için bireye uygun, ulaşılabilir hedefler konulmalıdır (Çağlayan Tunç, 2019).

1.2.5.4. Cerrahi Tedavisi

Obezitenin tedavi yöntemlerinden; diyet tedavisi, farmakolojik tedavi, egzersiz ve davranışsal tedavileri takiben sonuç alınmayan kilolu bireylerde bariatrik cerrahi yöntemi düşünülmektedir (Öcal ve Aygen, 2018). Bariatrik cerrahi, BKİ 40 kg/m² ve üzeri ya da BKİ 35 kg/m² ve üzeri olan ve obeziteye eşlik eden hipertansiyon,

tip 2 diyabet gibi komorbiditelerden en az birinin bulunması durumunda uygulanan bir tedavi yöntemidir (Komorniak ve Stachowska, 2018).

Bariatrik cerrahide en sık; emilimi azaltan malabsoratif yöntemler (Biliopankreatik Diversiyon (BPD), Jejunoileal Bypass (JIB) vb.), gıda alımını azaltan kısıtlayıcı/restriktif (Laparoskopik Ayarlanabilir Gastrik Band (LAGB), Laparoskopik Sleeve Gastrektomi (LSG) vb.) yöntemler ve hem malabsoratif hem de restriktif' in (Laparoskopik Roux en Y Gastrik Baypass (LRYGB)) birlikte olduğu kombine yöntemler kullanılmaktadır (King ve Bond, 2013). Bariatrik cerrahinin kararlaştırılması ve uygulanması multidisipliner bir ekip tarafından planlanmalıdır. Cerrahi işleme obezite cerrahisi, gastroenterolog, kardiyolog, psikolog/psikiyatrist tarafından karar verilirken, cerrahi işlem sonrası bu uzmanlara ek olarak diyetisyen, fizyoterapist, uyku apnesi alanında çalışan uzman ve hemşire eşlik etmelidir (Balcı ve Küçükkendirici, 2019).

Cerrahi tedavinin temel amacı; gıda alımını veya emilimini azaltarak kilo veriminin sağlanması, obeziteye bağlı gelişen morbidite ve mortalitenin azaltılarak bireyin yaşam kalitesinin iyileştirilmesidir (Kayar ve Utku, 2013; Kurt ve Zoba, 2019). Bariatrik cerrahi uygulanan bireylerde 2 yıl boyunca kilo kaybının devam ettiği ve uzun dönemde verilen kilonun korunduğu belirtilmektedir (Dizlek ve Çatal, 2018).

1.2.5.5. Farmakolojik/ İlaç Tedavisi

Beslenme, egzersiz ve davranış tedavisi uygulanan obez bireylerde son 3-6 ayın sonunda %6-10 kilo kaybı gözlemlenmediği durumlarda ilaç tedavisi ilave edilir. İlaç tedavisine başlamadan önce obez bireylerin visceral obezite durumu, obeziteye eşlik eden hastalıkları değerlendirilmelidir (Baltacı, 2015). Beden kütle indeksi $>30 \text{ kg/m}^2$ ya da $\text{BKİ} >27 \text{ kg/m}^2$ ve bu duruma eşlik eden obezite ile ilişkili risk faktörü (diyabet, kardiyovasküler hastalık, hipertansiyon, dislipidemi, uyku apnesi gibi) bulunan bireylere endokrinoloji uzmanı tarafından obezite tedavisinde kullanılan: orlistat, sibutramin, metformin gibi bazı ilaçlar tedaviye eklenir (Orzano ve Scott, 2004; Martin ve Mani, 2015; Aaseth ve Ellefsen, 2021). Farmakoloji tedavisinde

kullanılan ilaçlar Tablo 1.6’ da belirtilmiştir. Bireyin ilaç tedavisine uyumu değerlendirilir. Uyum sağlayan bireylerde belirli bir süre ilaç tedavisine devam edilir, uyum sağlayamayan bireylerde ilaç tedavisi kesilir (Serter, 2003). Bireyin tedaviye uyumunun arttırılması ve tedavinin kalıcılığının korunması için ilaç tedavisi beslenme, egzersiz ve davranış değişikliği tedavisi ile birlikte yürütülmelidir (Kurt ve Zoba, 2019).

Tablo 1.7 Obezitenin Farmakolojik Tedavisinde Kullanılan İlaçlar

İLAÇLAR	ETKİ MEKANİZMALARI
Orlistat	Yağ emilimini azaltan ilaçlar
Fentermin	Sempatomimetik ilaçlar
Sibutramin	Adrenerjik
Metformin, eksenatid, liraglutid, pramlintid	Antidiyabetik ilaçlar
Lorkaserin	Selektif serotonin reseptör agonistleri
Topimarar	Antikonvülzan ilaçlar

Kaynak: Aaseth, J., & Ellefsen, S. (2021). Diets and Drugs for Weight Loss and Health in Obesity – An Update. *Biomedicine & Pharmacotherapy* 140: 111789.

1.3. TRANSTEORETİK MODEL

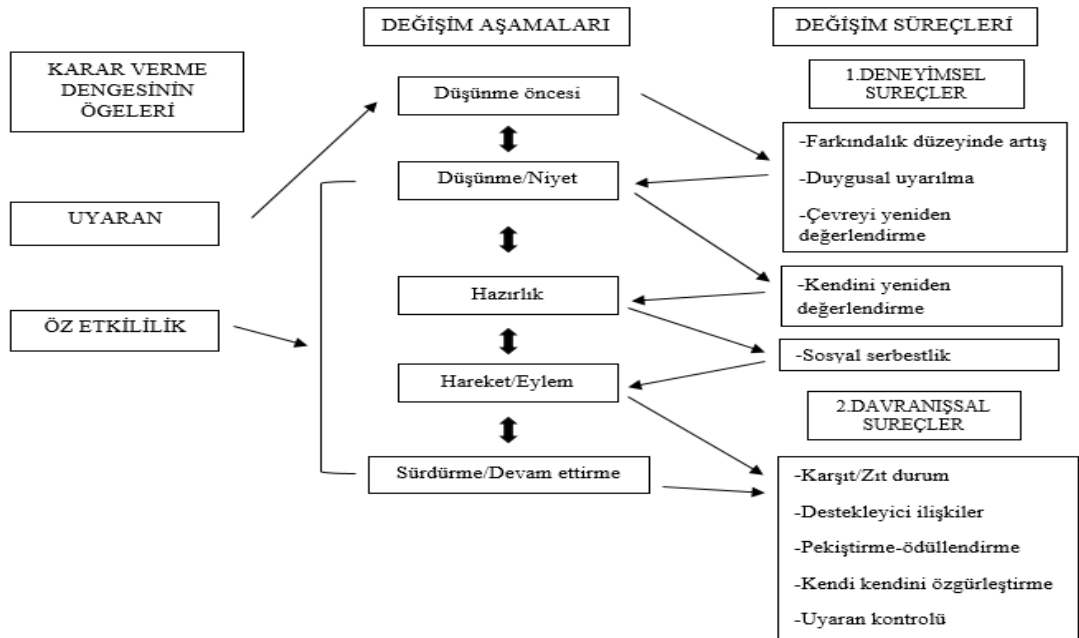
Psikolog James O. Prochaska ve Carlo DiClemente tarafından 1982 yılında davranış değişim modeli olarak Transteoretik Model (TM) geliştirilmiştir (Prochaska ve DiClemente, 1982; Adams ve White, 2003). Transteoretik model bireylerin kendilerindeki sağlıksız deneyimleri fark etmeleri ile başlayan ve sağlıklı davranış değişimini sağlayana kadar devam eden süreç odaklı biyopsikososyal bir modeldir (Ünver, 2019). Transteoretik model bireylerin değişim sürecini anlamak ve bireylere kendi istekleri doğrultusunda pozitif davranış değişimini kazandırmak amacıyla kullanılmaktadır (Di Noia ve Prochaska, 2010). Prochaska tarafından ilk olarak sigara bırakma programlarında TM kullanılırken zamanla egzersiz yapma, sağlıklı beslenme, ağırlık kontrolü, diyetle alınan fazla yağ miktarının azaltılması,

madde bağımlılığı, prezervatif kullanımı, güneşten korunma gibi birçok sağlıksız davranışın değiştirilmesinde kullanılmaktadır (Özdemir ve Taşçı, 2013; Fidancı ve Öztürk, 2017).

Prochaska tarafından değişim aşamaları olarak tanımlanan TM' de davranış değişimi aşamalı, sürekli ve dinamik bir yapıya sahip olarak tanımlanır (Taş ve Seviğ, 2016; Vilamala-Orra & Vaqué-Crusellas, 2021). Transteoretik model diğer modeller gibi sonuca odaklanmak yerine sürece odaklanan bir modeldir. Ayrıca TM kolay uygulanabilir olması nedeniyle sağlık alanındaki çalışmalarda sıklıkla kullanılmaktadır (Ünver, 2019).

Transteoretik model; değişim aşamaları, değişim süreçleri, karar verme dengesi ve öz-etkililik aşamalarından oluşmaktadır ve bu aşamalar Şekil 1.1' de organizasyonel bir şema ile gösterilmiştir (Prochaska ve Velicer, 1997; Sertel Berk ve Yücel, 2016).

Şekil 1.1 Teoriler Üstü Modele Göre Davranış Değişimi



Kaynak: Menekli, T. (2013). Obez Bireylerde Teorilerüstü Model Uygulanarak Davranış Değişiminin Sağlanması. İzmir: Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

1.3.1. Değişim Aşamaları

Sağlıksız davranışı değiştirmeyi amaçlayan, bu davranışı azaltmak ya da ortadan kaldırmak için istekli olan bireyler sağlıklı davranışı sağlayana kadar belirli aşamalardan geçmektedirler (Fidancı ve Öztürk, 2017; Bilim, 2021). Transteoretik modelde davranış değişimi; düşünme öncesi, düşünme, hazırlık, harekete geçme, sürdürme/devam ettirme olmak üzere 5 aşamadan oluşmaktadır (Horwath ve Nigg, 2010; Ünver, 2019). Değişim aşamaları, bireyin davranış değişimi için gerekli olan ilgi ve motivasyon düzeylerini göstermektedir (Menekli, 2013; Taş ve Seviş, 2016). Motivasyon teknikleri, bireyin aşamalar arası problemsiz bir şekilde ilerlemesini sağlar (Tosun ve Zincir, 2016; Menekli, Fadiloğlu ve Şenuzun Aykar, 2019). Aşamalar arası geçişler genelde ileri yöndedir fakat bazı bireyler zamanla önceki aşamalara dönebilmektedir (Başakcı, 2019; Hashemzadeh ve Rahimi, 2019). Davranış değişiminde başarılı olabilmek için bireylerin hangi aşamada olduklarına karar verilmeli ve her aşamaya uygun teknikler uygulanmalıdır (Gümüş Şekerci, 2016).

Düşünme Öncesi Aşama: Bireyler kendilerindeki sağlıksız davranışın farkında değildirler ya da farkında olsalar bile davranış değişimi için isteksizlerdir ve önlerindeki 6 ay boyunca değişimi düşünmezler (Velicer ve Prochaska, 2000; Tosun ve Zincir, 2016). Bu aşamada bireylerin farkındalığının artması için bilgilendirme yapılmalıdır.

Düşünme/Niyet Aşaması: Bu aşamada bireyler önlerindeki 6 ay içinde sağlıklı davranış değişikliğini düşünürler (Shinitzky ve Kub, 2001). Bireyler değişimin pozitif ve negatif etkilerinin farkında olmakla birlikte karar vermekte güçlük çekerler (Prochaska ve Velicer, 1994; Başakcı, 2019). Bireylerin karar vermesi için özgüvenlerinin artması ve motive olması için desteklenmelidir (Tanyeri, 2019).

Hazırlık Aşaması: Hazırlık aşamasında bireyler yakın zamanda (önlerindeki 1 ay içinde) harekete geçme eğilimindedirler (Prochaska J. , 2008; Taş ve Seviğ, 2016). Bireyler geçtikleri 1 yıl içinde değişim ile ilgili birkaç deneyim yaşamışlardır ve davranış değişikliğine hazır hissetmektedirler (Prochaska ve Velicer, 1994; Bulduk ve Yurt, 2015). Bu aşamada bireyler sağlıklı davranış değişimi için gelişim kitapları satın almak, spor salonuna kayıt olmak, profesyonel bir destek almak ve bilgi edinmek konusunda isteklidirler (Woodruff ve Lee, 2006; Fidancı ve Öztürk, 2017).

Hareket/Eylem Aşaması: Hareket aşamasında bireyler son 6 ayda sağlıklı davranışlarını sağlıklı davranışlarla değiştirmeye başlamışlardır (Freeman ve Dolan, 2001; Tosun ve Zincir, 2016). Davranış değişimi ile bireylerin motivasyonları ve başarabileceklerine olan inançları artmaktadır (Koyun, 2013; Friman ve Huck, 2017). Bu aşamada bireylerin başarmaya olan inancının azalması ile önceki aşamalara dönme riski göz önünde bulundurulmalıdır ve bireyler motive edilmelidir (Tanyeri, 2019; Ünver, 2019).

Sürdürme/Devam Ettirme Aşaması: Bireyin davranış değişimini kazandığı andan itibaren ilk 6 ay değişimin devam ettiği ve kazanılan davranış değişikliğinin bireyin hayatının sonuna kadar sürdürülmesi planlanan bir aşamadır (Erol ve Erdoğan, 2008; Menekli, 2013; Tanyeri, 2019). Bu aşamada değişimi benimseyen bireylerin kendilerine olan özgüvenleri yüksektir ve sağlıklı davranışlara dönme riskleri azalmaktadır (Koyun, 2013; Fidancı ve Öztürk, 2017; Yaşar, 2022).

1.3.2. Değişim Süreçleri

Değişim süreçleri; davranış değişikliği kazanmaya çalışan bireylerin süreç boyunca sağlıklı davranışlarını değiştirmek için nasıl tepkiler verdiğini, hangi metot ve deneyimleri kullandıklarını anlamamıza yardımcı olur (Erol ve Ergün, 2016; Ünver, 2019). Değişim süreçleri olumlu davranış değişim yolculuğu boyunca bireylere

rehberlik etmektedir (Menekli, 2013; Cangöl, 2016). Transteoretik modelde değişim süreçleri deneyimsel ve davranışsal süreçler olmak üzere 2 temel stratejiden oluşmaktadır (Menekli, 2013; Yaşar, 2022). Deneyimsel süreçler, bireyin duygu, değer ve farkındalığı ile ilişkili faktörleri gösterirken; davranışsal süreçler, bireylerin davranış değişim yolculuğu boyunca hangi tür davranışı tercih ettiklerini ve sergilediklerini gösterir (Erol ve Erdoğan, 2007; Tok, 2017).

1.3.2.1. Deneyimsel Süreçler

Farkındalık düzeyinde artış: Bireyler sağlıksız davranışlarının neden kaynaklandığının farkındadırlar ve bu durumu kabullenmişlerdir (Yaşar, 2022). Bu süreçte bireyler sağlıksız davranışlarının çözümlenmesi için yeni bilgi arayışındadır (Menekli, 2013). Farkındalık oluşturan yöntemlerden bazıları; medya kampanyaları, yüzleşme, eğitim, konferanslar, bibliyoterapi, geribildirimlerdir (Velicer ve Prochaska, 1998).

Duygusal uyarılma: Etkin uyaranların (sosyal medya, reklam vb.) kullanılması sonucu bireyin duygularının harekete geçtiği süreçtir (Menekli, 2013; Taş ve Seviğ, 2016).

Çevreyi yeniden değerlendirme: Bireyin davranış esnasında sosyal çevresini/çevreyi nasıl etkilediğini değerlendirdiği süreçtir (Erol ve Erdoğan, 2007; Tanyeri, 2019). Çevreyi yeniden değerlendirmek için kullanılacak yöntemler; empati eğitimi, aile müdahalesidir (Velicer ve Prochaska, 2000).

Kendini yeniden değerlendirme: Birey sağlıklı ve sağlıksız tüm davranışları ile kendini yeniden değerlendirir (Başakcı, 2019). Bu aşamada bireyi harekete geçiren

faktörler; hayal gücü, sağlıklı rol model, algılar, benzetmeler, eleştirel bireylerdir (Aygün H. , 2023).

Sosyal serbestlik-çevresel fırsatlar: Sosyal ortamlarda bireyin sağlıklı davranışlarını değiştirmesi için sağlanan fırsatların birey tarafından fark edildiği süreçtir (Tok, 2017; Ünver, 2019).

1.3.2.2. Davranışsal Süreçler

Karşıt/Zıt durum (yerine koyma): Karşıt koşullanma sürecinde bireyler sağlıklı davranışının yerine koymayı planladığı sağlıklı davranışı öğrenmeye ve uygulamaya odaklanır (Yaşar, 2022; Aygün H. , 2023).

Destekleyici ilişkiler: Bu süreçte bireye güven veren, bireyin sağlıklı davranış değişim sürecini kabul eden ve destekleyici ilişkileri içerir (Erol ve Erdoğan, 2007). Bu sürece yardımcı olarak kullanılabilecek ilişkiler; arkadaş ilişkileri, danışman desteği, sosyal destek grupları, motivasyon gruplarıdır (Ünver, 2019).

Pekiştirme – ödüllendirme: Pekiştirme sürecinde sağlıklı davranışı uygulayan bireyler kendilerini ödüllendirerek sağlıklı davranışı devam ettirme motivasyonlarını arttırabilirler (Yaşar, 2022).

Kendi kendini özgürleştirme: Bireyin sağlıklı davranış değişimine olan inancının arttığı, değişime uyum sağladığı ve karar verdiği yönde harekete geçtiği süreçtir (Menekli, 2013; Başakcı, 2019).

Uyaranların kontrolü: Birey sağlıklı davranışları hatırlatan uyaranları kontrol eder ya da kendisi için daha sağlıklı seçenekleri tercih eder (Aksoy, 2016).

Uyaranların kontrolünde; çevresel faktörlerin gözden geçirilmesi ve çevrenin düzenlenmesi, destek gruplarına katılmak gibi teknikler yardımcı olur (Tok, 2017).

1.3.3. Beslenme Değişim Süreçleri

Genetik faktörler, yetersiz fiziksel aktivite, hatalı beslenme (basit karbonhidratlı yiyecekler, şekerli gıdaların tüketimi, yüksek yağlı yiyeceklerin tercih edilmesi, öğün atlamak, hızlı yemek yeme vb.), yüksek kalorili beslenme, çocukluk çağı obezitesi, psikolojik faktörler obezitenin nedenleri arasında yer almaktadır (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2011).

Obezitenin gelişmesinde etkin rol oynayan temel faktörlerden biri yüksek kalorili beslenmedir (Işıldar Şentürk, 2020). Bir diğer önemli etken ise psikolojidir (Erge, 2003). Duygu durum değişiklikleri yeme davranışını etkiler (Serin ve Şanlıer, 2018). Örneğin bireyin kendini üzgün, stresli, mutlu, öfkeli gibi hissettiği duygu durumlarında yeme eğilimlerinin etkilendiği ve kilo değişimi üzerinde önemli rol oynadığı bildirilmiştir (Zengin, 2023).

Bireylerin diyetlerde başarısız olma ve davranış değişikliğini devam ettirememe nedenleri (Korkmaz ve Ünsal Barlas, 2021):

- Gece yeme sendromu
- Düzensiz beslenme ve yetersiz fiziksel aktivite
- Yiyeceklerden yoksun kalma düşüncesi
- Duygu durum değişikliği
- Duygusal yemek yeme
- Bireye uygun olmayan diyet programları
- Yemeklere yüklenen anlam ve duygular

- Ya hep ya hiç düşüncesi
- Başarısız diyet öyküsü
- Kısır diyet döngüsü

“Beslenme Değişim Süreci” beslenme ile ilgili sağlık problemleri olan özellikle obez bireylerde çevresel faktörlerin ve bazı deneyimlerin bireylerin beslenme alışkanlıklarını hangi yönde ve ne tür etkilendiğini belirlemek anlamına gelmektedir (Menekli ve Fadiloğlu, 2012). Bireylerin beslenme alışkanlıkları, yaşam tarzları, kültürleri, sosyal çevreleri ve psikolojileri/duygu durumları bireyler arası farklılık gösterebileceğinden dolayı tek tip diyet müdahaleleri tüm bireylere uyum sağlayamaz ve diyet müdahaleleri başarısızlık ile sonuçlanabilir (Korkmaz ve Ünsal Barlas, 2021). Bireylerin diyetle başarılı olmaları, kilo vermeleri, verilen ağırlığın korunması, sağlıksız yeme davranışının sağlıklı yeme davranışı ile değiştirilmesi, davranış değişimini kalıcı olarak devam ettirebilmeleri için beslenme değişim sürecinin hangi aşamasında oldukları tespit edilmeli ve bireyin bulunduğu aşamaya uygun kişiselleştirilmiş planlama yapılmalıdır (Menekli ve Fadiloğlu, 2012; Tatan, 2020).

2. GEREÇ VE YÖNTEMLER

2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TÜRÜ

Bu araştırma: yetişkin bireylerde diyet uygulamaya yönelik beslenme davranış değişikliği modelinin beslenme durumu ve antropometrik ölçümlerle ilişkisini incelemek amacıyla planlanmış kesitsel bir araştırmadır.

2.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Bu araştırma, Ocak 2023 – Ekim 2023 tarihleri arasında Kahramanmaraş / Merkez’ de yaşayan 18-65 yaş arası gönüllü bireylere yapılmıştır.

2.3. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Kahramanmaraş/ Merkez’de yaşayan 18-65 yaş aralığında ki yetişkin bireyler olmak üzere toplam 400 kişi bu araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü referans yayınlardaki gruplara göre yapılan istatistiksel karşılaştırma sonuçları baz alınarak hesaplanmıştır. Örneklem hesabı Kaiser-Meyer-Olkin ve Barlett testi kullanılarak hesaplanmıştır (Barlett, Kortlik, & Higgins, 2001). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2021 “Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi” verilerine göre Kahramanmaraş iline bağlı 18-65 yaş arası 357250 erkek (%51), 342450 kadın (%49) olmak üzere toplamda 699700 birey yer almaktadır (TÜİK, 2021). Araştırmaya katılacak gönüllü kişilerin tüm bireyleri temsil etmesi için basit rastgele örnekleme ile seçilerek tabakalı örnekleme yöntemi ile çalışmaya en az 196 erkek, 188 kadın olmak üzere toplamda 384 kişinin dahil edilmesi hesaplanmıştır. Testin gücünün ve güvenilirliğinin artması amacıyla örneklem sayısı 200 erkek, 200 kadın toplamda 400 kişi olacak şekilde arttırılmıştır.

2.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18-65 yaş arası yetişkin bireyler
- Kahramanmaraş/Merkez’ de ikamet eden
- Araştırmaya gönüllü katılım sağlayan

2.3.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- 18 yaş altı ve 65 yaş üstü bireyler
- Hamile kadınlar
- Kahramanmaraş /Merkez’ de yaşamayan bireyler

2.4. ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ

Araştırmanın etik kurallar çerçevesinde yürütülebilmesi için İstanbul Bilgi Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu’ndan 17.01.2023 tarihli ve 2023-20160-009 proje numaralı etik kurul onayı alınmıştır (EK-7).

Araştırmada kullanılacak Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeğinin kullanım izni alınmıştır (EK-1).

Araştırmaya gönüllü katılan bireylere anket uygulanmadan önce araştırmaya kendi rızaları ile gönüllü olarak katılmayı kabul ettiklerine dair anketin ilk kısmında yer alan gönüllü onam formu sözlü ve yazılı olarak bireylere aktarılmış ve imzalı onamları alınmıştır (EK-2).

2.5. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmaya katılmaya gönüllü 400 bireye çalışmanın amacı ve yürütülmesi hakkında ayrıntılı bilgi verildikten sonra verilerin toplanmıştır. Verilerin toplanmasında kullanılan anket formu, genel bilgiler (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu vb.), antropometrik ölçümler (vücut ağırlığı, boy uzunluğu, beden kütle indeksi vb.), sağlık durumu bilgileri (hastalık durumu, kullanılan ilaçlar vb.), beslenme durumu (sigara ve alkol kullanımı, öğün alışkanlıkları vb.), 24 saatlik besin tüketim kaydı, besin tüketim sıklığı anketi ve beslenme değişim süreçleri ölçeği içeren toplam 4 ana bölümden oluşmuştur. Anket formları, çalışmaya dahil edilen bireyler ile yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

2.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu çalışmada kullanılacak verilerin toplanması amacıyla, literatürde yer alan benzer çalışma taramaları sonucunda araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu (genel bilgiler, antropometrik ölçümler, sağlık durumu bilgileri, beslenme durumu bilgileri), 24 saatlik besin tüketim kaydı, besin tüketim sıklığı anketi ve Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeği kullanılmıştır.

2.6.1. Genel Bilgiler Formu

Genel bilgiler formu, yetişkin bireylerin sosyo-demografik özellikleri, antropometrik ölçümleri, sağlık durumları ve beslenme alışkanlıklarını içeren 4 alt başlık ve toplamda 32 sorudan oluşmaktadır.

2.6.1.1 Katılımcıya Ait Genel Bilgiler

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla hazırlanan formda; katılımcılara cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum ve meslek bilgileri sorgulanmıştır.

2.6.1.2 Katılımcıya Ait Antropometrik Ölçümler

Bu bölümde katılımcılara ait antropometrik ölçümlerin belirlenmesi amacıyla hazırlanan formda; katılımcıların vücut ağırlığı, boy uzunluğu, bel çevresi, kalça çevresi ölçümleri araştırmacı tarafından sorgulanarak, beden kütle indeksi, bel/kalça oranı hesaplanmıştır.

Vücut ağırlığı:

Beslenme durumunun göstergelerinden biri olarak vücut ağırlığı ölçümü kullanılır (Pekcan, 2016). Katılımcıların vücut ağırlıkları, kalibrasyonu yapılmış taşınabilir hassas tartı ile araştırmacı tarafından ölçülmüştür. Vücut ağırlığı ölçülürken katılımcıların ayakkabısız, elleri yanda dik konumda ve gözleri karşıya bakarken alınmıştır.

Boy uzunluğu:

Katılımcıların boy uzunlukları araştırmacı tarafından, taşınabilir boy ölçer ile ölçüm alınmıştır. Ölçüm yapılırken katılımcıların ayakkabısız, ayaklar yan yana birleşik, kafa Frankfurt düzlemde olmasına özen gösterilmiştir (Pekcan, 2016).

Beden Kütle İndeksi:

Çalışmada katılımcıların vücut ağırlığı (kg) ve boy uzunluğu (m) ölçümleri araştırmacı tarafından alınmıştır. Katılımcıların beden kütle indeksleri (kg/m^2), vücut ağırlığının (kg) / boy uzunluğunun (m^2) karesine bölünmesi ile hesaplanmıştır. Katılımcıların BKİ değerleri Dünya Sağlık Örgütü'nün Beden Kütle İndeksi Sınıflandırmasına göre değerlendirilmiştir (WHO, 2011).

Tablo 2.1 Dünya Sağlık Örgütü BKİ Sınıflandırması

Sınıflama	BKİ (kg/m^2)
Zayıf	< 18.5
Normal	18.5-24.9
Hafif Kilolu	25-29.9
1.Derece Obez	30-34.9
2.Derece Obez	35-39.9
3.Derece Obez	≥ 40

Kaynak: WHO. (2011). Waist Circumference and Waist-Hip Ratio. *Report of a WHO Expert Consultation*.

Bel Çevresi:

Katılımcıların bel çevreleri araştırmacı tarafından esnemeyen mezür ile ölçülmüştür ve santimetre (cm) cinsinden kaydedilmiştir. Ölçüm alınırken katılımcıların dik pozisyonda, elleri iki yanda, ayaklar birleşik, olmasına dikkat edilerek kaburganın en alt kemiği ile kalça kemik çıkıntısı (kristailiyak) arası orta noktadan esnemeyen mezura ile ölçüm yapılmıştır (Türkiye Beslenme Rehberi 2015, 2016).

Kalça Çevresi:

Katılımcıların kalça çevresi ölçülürken, bireylerin dik pozisyonda, elleri iki yana açılı iken kalçanın en çıkıntılı yerinden esnemeyen mezura ile ölçüm alınmıştır (Taşlı ve Sağır, 2021). Ölçüm alınırken araştırmacı bireyin yan tarında durur ve ölçümü cm cinsinden kaydedilmiştir (Pekcan, 2016).

Bel/Kalça Oranı:

Çalışmada katılımcıların bel çevresi (cm) ve kalça çevresi (cm) ölçümleri araştırmacı tarafından alınmıştır. Katılımcıların bel/kalça oranları hesaplanırken bel çevresi/ kalça çevresine oranlanarak hesaplanmıştır. Katılımcıları bel/kalça oranı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/ WHO) verilerine göre değerlendirilmiştir (WHO, 2011).

Tablo 2.2 Bel/Kalça Oranına Göre Değerlendirme (WHO)

Cinsiyet	Bel/Kalça Oranı
Kadın	<0.85
Erkek	<0.90

Kaynak: WHO. (2011). Waist Circumference and Waist-Hip Ratio. *Report of a WHO Expert Consultation*.

2.6.1.3 Katılımcıya Ait Sağlık Durumu Bilgileri

Katılımcıların tanısı konulan hastalık durumu, varsa kullandığı ilaçlar, varsa hastalığına yönelik uyguladığı diyet, daha önceki diyet geçmişi ve fiziksel aktivitenin frekansı (gün) ve süresi (dakika) sorgulanmıştır.

2.6.1.4 Katılımcıya Ait Beslenme Durumu

Katılımcıların beslenme durumunun saptanması amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan ve 10 sorudan oluşan anket formunda; bireylere sigara/alkol kullanımı, öğün alışkanlıkları vb. bilgiler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek sorgulanmıştır.

2.6.2. 24 Saatlik Besin Tüketim Kaydı

Katılımcıların besin tüketim kayıtları araştırmacı tarafından resimli besin kataloğu kullanılarak geriye dönük “24 saatlik besin tüketim kaydı” alınarak saptanmıştır (Rakıcıoğlu ve Acar Tek, 2017) (Ek-5). Katılımcıların bir günlük/24 saat boyunca yedikleri, içtikleri tüm besinler ve besinlerin porsiyonları ayrıntılı olarak sorgulanmıştır. Katılımcıların tükettikleri besinler Beslenme Bilgi Sistemi (BeBİS) programına girilerek günlük aldıkları besin öğeleri miktarları hesaplanmıştır. Hesaplanan besin öğeleri miktarları Tablo 2.3’ de gösterilen TÜBER’ in yetişkin bireylerin cinsiyete göre besin öğelerin referans alım düzeyleri değerlerine göre değerlendirilmiştir (TÜBER, 2022).

Tablo 2.3 Yetişkin Bireylerin Cinsiyete Göre Besin Öğeleri Referans Alım Düzeyleri (TÜBER)

Besin Öğeleri	Kadın (18-65 yaş)	Erkek (18-65 yaş)
Enerji (kkal/gün)	1600-2400	1800-2800
Karbonhidrat (% kkal)	45-60	45-60
Protein (% kkal)	10-20	10-20
Yağ (% kkal)	20-35	20-35
Lif/Posa (g/gün)	25	25

Kaynak: Pekcan, G., Şanlıer, N., & Baş, M. (2016). Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER), 2022. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No:1031

2.6.3. Besin Tüketim Sıklığı Anketi

Besin tüketim sıklığı anketi, katılımcıların besin gruplarını hangi sıklıkla tükettiklerini belirlemek amacıyla kullanılmıştır. Besin tüketim sıklığı, 24 saatlik besin tüketim kaydıyla birlikte kullanıldığında katılımcıların günlük tükettiği besin gruplarının porsiyonlarını destekler ve doğrular niteliktedir (Pekcan, 2016). Besin tüketim sıklığı anketi süt ve süt ürünleri, et-yumurta-kurubaklagil, ekmek-tahıllar, içecekler ve yağ-şeker-tatlı olmak üzere 5 ana besin grubu, toplamda 44 besinden oluşmaktadır (Ek-6). Katılımcıların besin tüketim sıklıklarını her öğün, her gün, haftada 5-6, haftada 3-4, haftada 1-2, 15 günde 1-3, ayda 1, seyrek, hiç tüketmiyor şeklinde yanıtlamaları istenmiştir. Yanıtlar araştırmacı tarafından anket formuna kaydedilmiştir

2.6.4. Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeği

Beslenme değişim süreçleri ölçeği, deneyimlerin bireylerin beslenme alışkanlıklarını nasıl etkilediğini belirlemek amacıyla 1987 yılında Prochaska ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir ve 2012 yılında Menekli ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (Prochaska ve Velicer, 1997; Menekli ve Fadiloğlu, 2012). Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.94 olarak bulunmuştur (Menekli ve Fadiloğlu, 2012).

Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeği 12 alt boyut, toplamda 48 maddeden oluşmaktadır (Özer, 2017). Bu ölçek beş dereceli likert tipinde bir ölçektir. Katılımcılardan ölçekte yazılı soruları okuması ve “hiçbir zaman”, “nadiren”, “ara sıra”, “sık sık”, “çok sık” seçeneklerinden kendisine en uygun seçeneği işaretlenmesi istenir (Şanlıer, Ayhan ve Ayyıldız, 2015). Ölçeğin puanlandırılması yapılırken seçenekler sırasıyla 1 ile 5 puan arasında puanlandırılır. Puanlama sonunda katılımcılar 48 ile 240 arasında bir puan alır. Ölçeğin alt boyutları için en düşük puan 4 iken, en yüksek puan 20'dir. Katılımcıların puanları hesaplanırken, tüm maddelerden elde edilen puanların toplamı ölçekte yer alan madde sayısına

bölünerek hesaplanmaktadır. Katılımcıların aldığı toplam puanın yüksekliği bireylerin değişime daha olumlu olduğunu gösterir (Menekli, Fadıloğlu ve Şenuzun Aykar, 2019).

Süreçler aşağıda özetlenmiştir (Menekli, 2013).

1. Bilinç düzeyinde artış; Bireyin beslenmesinde neden-sonuç ilişkilerinde farkındalıkları artması sonucu, beslenme ile alakalı yeni bilgi arayışındadırlar (Ölçekteki madde 1, 13, 25 ve 37).
2. Dramatik yardım/duygusal canlandırma; dramatize edilmiş mesajların kullanılması ile (örneğin; sosyal medya yayınları, akademik araştırmaların duyurulması ile) sağlıklı yaşamın sonuçları ile alakalı bireyin duygularının hareketlenmesidir (Ölçekteki madde 3, 15, 27 ve 39).
3. Çevreyi yeniden değerlendirme; bireyin, yaşadığı sosyal çevredeki davranışlardan nasıl etkilendiğini değerlendirir (Ölçekteki madde 4, 16, 28 ve 40)
4. Kendi kendini yeniden değerlendirme; birey sağlıklı alışkanlığını sürdürürken bu alışkanlığı olmadan kendini değerlendirmesidir (Ölçekteki madde 9, 21, 33 ve 45).
5. Sosyal serbestlik/özgürlük; sosyal çevredeki fırsatlar ve seçeneklerdeki artışı ifade eder (Ölçekteki madde 10, 22, 34 ve 46).
6. Karşıt/zıt durum; bireyin sıkıntılı davranışının yerini alabilecek yeni davranışı öğrenmesidir (Ölçekteki madde 2, 14, 26 ve 38).
7. Yardım edici ilişkiler; güven, netlik/duruluk, kabullenme ve destektir (Ölçekteki madde 5, 17, 29 ve 41).
8. Güçlendirme yöntemi; birey belirlediği davranışın sonucunu ödül-ceza yöntemi kullanarak önceden hazırlar. Yeterli ve dengeli beslenen birey kendini ödüllendirir (Ölçekteki madde 7, 19, 31 ve 43).

9. Kendi kendini özgürleştirme; bireyin değişime olan inancı, fiziksel aktivite ile alakalı inanç ve hedefleri, kendi seçimini yapması, karar vermesi ve bu güzergahta harekete geçmesidir (Ölçekteki madde 8, 20, 32 ve 44).
10. Uyaran kontrolü; bireyi sağlıksız davranışlara yönelten etkenleri hayatından çıkarması ve bu etkenler yerine sağlıklı davranışlara yönelten uyarıları eklemesidir (Ölçekteki madde 11, 23, 35 ve 47).
11. Kişiler arası sistem kontrolü; bireyin sağlıklı yaşam için gerekli davranışları kazanma aşamasında kişiler ile ilişkisini kontrol altına almasıdır (Ölçekteki madde 6, 18, 30 ve 42)
12. İlaç kullanımı; bireyin sağlıklı beslenme hakkında sağlıklı davranışı kazanabilmesi için kullandığı herhangi bir ilaç olup olmadığına dair davranışları belirler (Ölçekteki madde 12, 24, 36 ve 48).

2.6.5. Verilerin İstatiksel Analizi

Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk Shapiro-Wilk ve Kolmogorov-Smirnov Testleri ile incelenmiştir. Kategorik verilerin incelenmesinde Yates Düzeltmesi, Pearson Ki-Kare Testi ile incelenmiş ve çoklu karşılaştırmalar Bonferroni Düzeltmesi ile yapılmıştır. İkili gruplarda normal dağılıma uymayan verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Üç ve üzeri gruplarda normal dağılıma uymayan verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Testi kullanılmış ve çoklu karşılaştırmalar Dunn Testi ile yapılmıştır. Normal dağılıma uymayan ölçek puanları ve parametreler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Spearman' s rho korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Analiz sonuçları kategorik değişkenler için frekans (yüzde) şeklinde, nicel değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma ve ortanca (minimum – maksimum) şeklinde sunulmuştur. Önem düzeyi $p < 0,050$ olarak alınmıştır.

2.6.6. Sınırlılıklar

Çalışma, Kahramanmaraş Merkez’de yaşayan, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden, 18-65 yaş arası 400 yetişkin bireyler ile sınırlıdır.



3. BULGULAR

Araştırmaya toplam 400 yetişkin birey katılmıştır. Katılımcıların %50' sini (n=200) kadın, %50' sini (n=200) erkek bireyler oluşturmaktadır. Katılımcıların cinsiyete göre sosyodemografik özelliklerinin dağılımı tablo 3.1' de verilmiştir.

Tablo 3.1 Katılımcıların Cinsiyete Göre Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

		Cinsiyet						p
		Kadın		Erkek		Toplam		
		n	%	n	%	n	%	
Medeni Durum								
	Bekar	117	58,5	111	55,5	228	57	0,545
	Evli	83	41,5	89	44,5	172	43	
Eğitim								
	İlköğretim	16	8	17	8,5	33	8,25	0,971
	Ortaöğretim/Lise	28	14	31	15,5	59	14,75	
	Üniversite	149	74,5	145	72,5	294	73,5	
	Yüksek Lisans/Doktora	7	3,5	7	3,5	14	3,5	
Meslek								
	Ev Hanımı	33	16,5 ^a	-	-	33	8,25	<0,001
	Serbest Meslek	9	4,5 ^a	51	25,5 ^b	60	15	
	Memur	41	20,5	44	22	85	21,25	
	İşçi	51	25,5	46	23	97	24,25	
	Emekli	0	0 ^a	5	2,5 ^b	5	1,25	
	Öğrenci	65	32,5	53	26,5	118	29,5	
	Çalışmıyor/İşsiz	1	0,5	1	0,5	2	0,5	

Pearson Ki-Kare Testi; ^{a-b} Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur.

Araştırmaya katılan kadın bireylerin %58,5'i ve erkek bireylerin ise %55,52' si evlidir. Cinsiyet ile medeni durum arasında istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmamıştır (p>0,05).

Cinsiyet ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmamıştır (p>0,05). Kadınlarda ilköğretim mezunu olanların oranı %8,0 iken erkeklerde bu oran %8,5'dir. Kadınlarda ortaöğretim mezunu olanların oranı %14,0 iken erkeklerde bu oran %15,5'dir. Kadınlarda üniversite mezunu olanların oranı

%74,5 iken erkeklerde bu oran %72,5'dir. Kadınlarda ve erkeklerde yüksek lisans/doktora mezunlarının oranı %3,5'dir.

Cinsiyet ile meslekler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda ev hanımı olanların oranı %16,5'dir. Kadınlarda serbest mesleklerde olanların oranı %4,5 iken erkeklerde %25,5'dir. Erkeklerde emekli olanların oranı %2,5'dir. Kadınlarda işçi olanların oranı %25,5, erkeklerde %23,0'dır. Kadınlarda öğrenci olanların oranı %32,5 erkeklerde %26,5'dir. Kadınlarda ve erkeklerde çalışmayanların oranı %0,5'dir.



Tablo 3.2 Katılımcıların Cinsiyete Göre Sağlık Durumuna İlişkin Bazı Bilgilerin Dağılımı

		Cinsiyet				p
		Kadın		Erkek		
		n	%	n	%	
Hastalık Durumu						
	Evet	65	32,5	31	15,5	<0,001
	Hayır	135	67,5	169	84,5	
Hastalık tanısı~						
	Obezite	1	1,5	2	6,5	0,870
	Diyabet	9	13,6	3	9,7	
	Tansiyon	7	10,6	5	16,1	
	Kalp-damar hastalığı	2	3	1	3,2	
	Alerji/Astım	24	36,4	9	29	
	Reflü/Gastrit/Ülser	7	10,6	4	12,9	
	Nörolojik/Psikiyatrik	6	9,1	3	9,7	
	Tiroid Hastalıkları	15	22,7	5	16,1	
	Kan Hastalıkları	4	6,1	4	12,9	
	Kas İskelet Hastalıkları	6	9,1	2	6,5	
İlaç Kullanma Durumu						
	Evet	47	23,5	22	11	0,001
	Hayır	153	76,5	178	89	
Sigara Kullanımı						
	Evet	59	29,5	104	52	<0,001
	Hayır	141	70,5	96	48	
Sigara Tüketim Düzeyi (gün)						
	1-10 adet sigara	42	71,2 ^a	37	35,6 ^b	<0,001
	11-20 adet sigara	14	23,7 ^a	55	52,9 ^b	
	20 üzeri sigara	3	5,1	12	11,5	
Alkol Kullanımı						
	Evet	19	9,5	33	16,5	0,039
	Hayır	181	90,5	167	83,5	
Alkol Kullanım Düzeyi (ayda)						
	1-5 kadeh	16	84,2	24	72,7	0,610
	6-10 kadeh	2	10,5	5	15,2	
	10 üzeri kadeh	1	5,3	4	12,1	

Pearson Ki-Kare Testi; ^{a-b} Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur; ~Çoklu Yanıt

Katılımcıların sağlık durumuna ilişkin bazı bilgilerin dağılımı Tablo 3.2’ de verilmiştir. Kadınlarda hastalığı olanların oranı %32,5 iken erkeklerde %15,5’dir ($p<0,05$). Cinsiyet ile hastalık tanısı arasında istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Kadınlarda ilaç kullananların oranı %23,5 iken erkeklerde bu oran %11,0’ dır ($p<0,05$). Kadınlarda sigara kullananların oranı %29,5 iken

erkeklerde bu oran %52,0' dır ($p<0,05$). Cinsiyet ile katılımcıların sigara tüketim düzeyleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda günde 1-10 adet sigara içenlerin oranı %71,2 iken erkeklerde %35,6' dır. Kadınlarda günde 11-20 adet sigara içenlerin oranı %23,7 iken erkeklerde %52,9'dur. Kadınlarda günde 20 adetten fazla sigara içenlerin oranı %5,1 iken erkeklerde %11,5' dir. Kadınlarda alkol kullanım oranı %9,5 iken erkeklerde bu oran %16,5'dir ($p>0,05$). Cinsiyet ile katılımcıların alkol kullanım düzeyleri arasında istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3.3 Katılımcıların Cinsiyete Göre Diyet Uygulama Durumlarının Dağılımları

	Cinsiyet				p
	Kadın		Erkek		
	n	%	n	%	
Hastalığa Yönelik Diyet Uygulama Durumu					
Evet	15	7,5	5	2,5	0,039*
Hayır	185	92,5	195	97,5	
Diyet türü~					
Zayıflama Diyeti	6	40	1	20	0,269
Düşük Yağlı, Düşük Kolesterolü Diyet	-	-	3	60	
Diyabetik Diyet	3	20	1	20	
Aralıklı Oruç Diyeti	3	20	-	-	
Diyet Geçmişi					
Evet	96	48	55	27,5	<0,001**
Hayır	104	52	145	72,5	
Diyet Yapma Sıklığı					
1-4 kez	57	28,5	43	21,5	<0,001**
5-10 kez	18	9 ^a	4	2 ^b	
10’ dan fazla	18	9 ^a	6	3 ^b	
Her zaman diyet yaparım	6	3	4	2	
Daha önce hiç diyet yapmadım	101	50,5	143	71,5 ^b	

*Yates Düzeltmesi; **Pearson Ki-Kare Testi; ^{a-b} Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur; ~Çoklu Yanıt

Katılımcıların cinsiyete göre diyet uygulama durumlarının dağılımı Tablo 3.3’ de verilmiştir. Kadınlarda hastalığa yönelik diyet uygulayanların oranı %7,5 iken erkeklerde %2,5’ dir ($p<0,05$). Cinsiyet ile diyet türleri arasında istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Kadınlarda diyet geçmişi olanların oranı %48,0 erkeklerde %27,5’ dir ($p<0,05$). Cinsiyet ile katılımcıların diyet yapma sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda 1-4 kez diyet yapanların oranı %28,5, erkeklerde %21,5’ dir. Kadınlarda 5-10 kez diyet yapanların oranı %9,0, erkeklerde %2,0’ dır. Kadınlarda 10’dan fazla diyet yapanların oranı %9,0, erkeklerde %3,0’ dür. Kadınlarda her zaman diyet yapanların oranı %3,0, erkeklerde %2,0’ dir. Kadınlarda daha önce hiç diyet yapmayanların oranı %50,5, erkeklerde %71,5’ dir.

Tablo 3.4 Katılımcıların Cinsiyete Göre Fiziksel Aktivite Düzeylerine İlişkin Bilgiler

		Cinsiyet				p
		Kadın		Erkek		
		n	%	n	%	
Fiziksel Aktivite Durumu						
	Evet	56	28	80	40	0,011
	Hayır	144	72	120	60	
Fiziksel Aktivite Sıklığı						
	Haftada 1-2 gün	26	44,8	23	28,8	0,044
	Haftada 3-4 gün	21	36,2	24	30	
	Haftada 5-6 gün	7	12,1 ^a	21	26,3 ^b	
	Her gün	4	6,9	12	15	

Pearson Ki-Kare Testi; ^{a-b} Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur

Katılımcıların cinsiyete göre fiziksel aktivite düzeylerine ilişkin bilgilerin dağılımı Tablo 3.4’ de verilmiştir. Kadınlarda düzenli fiziksel aktivite yapanların oranı %28,0, erkeklerde %40,0’ dır ($p<0,05$). Cinsiyet ile fiziksel aktivite sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda haftada 1-2 gün fiziksel aktivite yapanların oranı %44,8 iken erkeklerde bu oran %28,8’ dir.

Kadınlarda haftada 3-4 gün fiziksel aktivite yapanların oranı %36,2 iken erkeklerde bu oran %30,0' dur. Kadınlarda haftada 5-6 gün fiziksel aktivite yapanların oranı %12,1 iken erkeklerde bu oran %26,3' dür. Kadınlarda her gün fiziksel aktivite yapanların oranı %6,9 iken erkeklerde bu oran %15,0' dir.

Tablo 3.5 Katılımcıların Cinsiyete Göre Fiziksel Aktivite Sürelerinin Karşılaştırılması

	Cinsiyet		p*
	Kadın	Erkek	
Fiziksel Aktivite süresi (dakika)	145,6 ± 91,17 120 (20 - 450)	296,56 ± 190,97 260 (20 - 840)	<0,001

*Mann Whitney U Testi; Ortalama ± standart sapma; Ortanca (minimum -maksimum)

Cinsiyete göre fiziksel aktivite sürelerinin ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda fiziksel aktivite süresi ortanca değeri 120 dakika iken erkeklerde bu değer 260 dakikadır.

Tablo 3.6 Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

	Cinsiyet				p
	Kadın		Erkek		
	n	%	n	%	
Ana Öğün Sıklığı					
1 ana öğün	10	5	13	6,5	0,012
2 ana öğün	111	55,5 ^a	80	40 ^b	
3 ana öğün	79	39,5 ^a	107	53,5 ^b	
Ara Öğün Sıklığı					
0 ara öğün	51	25,5	48	24	0,001
1 ara öğün	47	23,5 ^a	84	42 ^b	
2 ara öğün	83	41,5 ^a	57	25,5 ^b	
3 ara öğün	19	9,5	11	5,5	
Öğün Atlama Durumu					
Evet	73	36,5 ^a	44	22 ^b	0,006
Bazen	103	51,5 ^a	130	65 ^b	
Hayır	24	12	26	13	
Atlanılan Öğün					
Kahvaltı	76	42,9	73	42,2	0,455
Öğle yemeği	65	36,7	55	31,8	
Akşam yemeği	11	6,2	18	10,4	
Ara öğünler (kuşluk, ikindi, gece)	25	14,1	27	15,6	
Atıştırma Durumu					
Evet	163	81,5	148	74	0,071
Bazen	37	18,5	52	26	
Atıştırma Sıklığı					
Günde 1-2 kez	129	74,6	112	74,2	0,856
Günde 3-4 kez	36	20,8	30	19,9	
Günde 5 kez ve üzeri	8	4,6	9	6	
Su Tüketim Miktarı (gün)					
1-5 Bardak	83	41,5	66	33	0,038
6-10 Bardak	83	41,5	80	40	
10 Bardak üzeri	34	17 ^a	54	27 ^b	

Pearson Ki-Kare Testi; ^{a-b} Aynı harfe sahip gruplara arasında bir fark yoktur

Katılımcıların beslenme alışkanlıklarına göre dağılımı Tablo 3.6’ da verilmiştir. Cinsiyet ile ana öğün sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda 1 ana öğün tüketenlerin oranı %5,0 iken erkeklerde %6,5’ dir. Kadınlarda 2 ana öğün tüketenlerin oranı %55,5 iken erkeklerde %40,0’ dır. Kadınlarda 3 ana öğün tüketenlerin oranı %39,5 iken erkeklerde %53,5’ dir.

Cinsiyet ile ara öğün sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda ara öğün tüketmeyenlerin oranı %25,5, erkeklerde %24,0' tür. Kadınlarda 1 ara öğün tüketenlerin oranı %23,5 iken erkeklerde %42,0' dir. Kadınlarda 2 ara öğün tüketenlerin oranı %41,5 iken erkeklerde %28,5' dir. Kadınlarda 3 ara öğün tüketenlerin oranı %9,5 iken erkeklerde %5,5' dir.

Cinsiyet ile öğün atlama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda öğün atlayanların oranı %36,5, erkeklerde %22,0' dir. Kadınlarda bazen öğün atlayanların oranı %51,5, erkeklerde %65,0' dir. Kadınlarda öğün atlamayanların oranı %12,0, erkeklerde %13,0' dür.

Cinsiyet ile atlanılan öğün, atıştırma durumu ve atıştırma sıklığı arasında istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Cinsiyet ile su tüketim miktarı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda 1-5 bardak su tüketenlerin oranı %42,5, erkeklerde %33,0' dür. Kadınlarda 6-10 bardak su tüketenlerin oranı %41,5, erkeklerde %40,0' dir. Kadınlarda 10 bardak üzeri su tüketenlerin oranı %17,0, erkeklerde %27,0' dir.

Tablo 3.7 Katılımcıların Cinsiyete Göre Yaş ve Antropometrik Ölçümlerin Karşılaştırılması

	Cinsiyet				p
	Kadın		Erkek		
	Ortalama ± standart sapma	Ortanca (min - mak)	Ortalama ± standart sapma	Ortanca (min - mak)	
Yaş	29,43 ± 8,99	26 (18 - 60)	30,4 ± 10,95	28,5 (2 - 64)	0,789
Vücut Ağırlığı (kg)	65,96 ± 14,6	63 (40 - 129,4)	82,01 ± 14,35	82 (50 - 140)	<0,001
Boy uzunluğu (cm)	163,85 ± 5,46	163 (148 - 178)	177,32 ± 7,23	178 (157 - 197)	<0,001
BKİ (kg/m²)	24,54 ± 5,39	23,45 (15,5 – 53,2)	26,05 ± 4,36	25,8 (16,1 - 41,8)	<0,001
Bel çevresi (cm)	83,19 ± 15,45	80 (59 – 156)	94,68 ± 13,42	95 (65 - 136)	<0,001
Kalça çevresi (cm)	103,99 ± 11,18	102 (75 – 156)	104,43 ± 8,4	104,5 (83 - 127)	0,181
Bel/Kalça oranı	0,8 ± 0,11	0,78 (0,63 – 1,74)	0,9 ± 0,07	0,9 (0,65 - 1,1)	<0,001

Mann Whitney U Testi

Katılımcıların cinsiyete göre yaş ve antropometrik ölçümlerinin karşılaştırılması Tablo 3.7’ de verilmiştir. Kadınların vücut ağırlığı ortalama değeri 63 kg iken, erkeklerde ortalama değer 82 kg olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınların boy uzunluğu (cm) ortalama değeri 163 cm iken erkeklerde ortalama değer 178 cm olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınların BKİ (kg/m^2) ortalama değeri 23,45 kg/m^2 iken erkeklerde ortalama değer 25,8 kg/m^2 olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınların bel çevresi (cm) ortalama değeri 80 cm iken erkeklerde ortalama değer 95 cm olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınların bel/kalça oranı ortalama değeri 0,78 iken erkeklerde ortalama değer 0,9 olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Cinsiyete göre diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3.8 Katılımcıların Cinsiyete Göre Beden Kütle İndeksine Göre Sınıflandırılması

	Cinsiyet						p
	Kadın		Erkek		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
BKİ Kategorisi							
Zayıf	12	6	5	2,5	17	4,25	0,001
Normal	109	54,5 ^a	76	38 ^b	185	46,25	
Hafif Şişman	50	25 ^a	84	42 ^b	134	33,5	
1.Derece Obez	21	10,5	30	15	51	12,75	
2. Derece Obez	6	3	2	1	8	2	
3. Derece Obez	2	1	3	1,5	5	1,25	

Pearson Ki-Kare Testi; ^{a-b} Aynı harfe sahip gruplara arasında bir fark yoktur

Katılımcıların beden kütle indeksine göre sınıflandırılması Tablo 3.8’ de verilmiştir. Cinsiyet ile katılımcıların BKİ kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda normal kategoride olanların oranı %54,5, erkeklerde ise %38,0’ dir. Kadınlarda hafif şişman kategoride olanların oranı %25,0, erkeklerde ise %42,0’ dir. Kadınlarda obez kategoride olanların oranı %39,5, erkeklerde ise %59,5’ dir.

Tablo 3.9 Katılımcıların Cinsiyete Göre Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeğinin Değerlendirilmesi

	Cinsiyet				p
	Kadın		Erkek		
	Ortalama ± standart sapma	Ortanca (min - mak)	Ortalama ± standart sapma	Ortanca (min - mak)	
Bilinç düzeyinde artış	8,21 ± 3,89	7 (4 - 20)	6,88 ± 3,21	6 (4 - 19)	<0,001
Dramatik yardım/duygusal canlandırma	9,55 ± 3,81	9 (4 - 20)	8,14 ± 3,34	8 (4 - 18)	<0,001
Çevreyi yeniden değerlendirme	8,55 ± 3,59	8 (4 - 20)	7,73 ± 3,27	7 (4 - 19)	0,018
Kendi kendini yeniden değerlendirme	9,18 ± 4,58	8 (4 - 20)	7,9 ± 3,88	7 (4 - 19)	0,009
Sosyal serbestlik/özgürlük	10,07 ± 3,81	10 (4 - 20)	8,77 ± 3,2	9 (4 - 17)	0,001
Karşıt/zıt durum	8,5 ± 2,69	8 (4 - 15)	7,66 ± 2,6	7 (4 - 16)	0,001
Yardım edici ilişkiler	9,75 ± 4,44	9 (4 - 20)	8,27 ± 3,64	8 (4 - 20)	0,002
Güçlendirme yönetimi	6,65 ± 3,17	6 (4 - 19)	5,83 ± 2,36	5 (4 - 15)	0,026
Kendi kendini özgürleştirme	10,26 ± 4,26	10 (4 - 20)	8,84 ± 3,85	8 (4 - 20)	0,001
Uyaran kontrolü	6,42 ± 3,42	4 (4 - 20)	5,73 ± 2,47	4 (4 - 15)	0,165
Kişiler arası sistem kontrolü	7,28 ± 3,19	7 (4 - 20)	6,54 ± 2,61	6 (4 - 14)	0,028
İlaç kullanımı	5,19 ± 2,18	4 (4 - 15)	4,66 ± 1,79	4 (4 - 16)	0,001
Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeği	99,59 ± 32,31	94 (51 - 192)	86,92 ± 26,99	82,5 (48 - 171)	<0,001
Mann Whitney U Testi					

Katılımcıların cinsiyete göre Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeğinin değerlendirilmesi Tablo 3.9' da verilmiştir. Kadınların bilinç düzeyinde artış puanı ortanca değeri 7,0 iken erkeklerin puan ortanca değeri 6,0 olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınların dramatik yardım/duygusal canlandırma puanı ortanca değeri 9,0 iken erkeklerin puan ortanca değeri 8,0 olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınların çevreyi yeniden değerlendirme puanı ortanca değeri 8,0 iken erkeklerin puan ortanca değeri 7,0 olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınların kendi kendini yeniden değerlendirme puanı ortanca değeri 8,0 iken erkeklerin puan ortanca değeri 7,0 olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınların sosyal serbestlik/özgürlük puanı ortanca değeri 10,0 iken erkeklerin puan ortanca değeri 9,0 olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınların karşıt/zıt durum puanı ortanca değeri 8,0 iken erkeklerin puan ortanca değeri 7,0 olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınların yardım edici ilişkiler puanı ortanca değeri 9,0 iken erkeklerin puan ortanca değeri 8,0 olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınların güçlendirme yönetimi puanı ortanca değeri 6,0 iken erkeklerin puan ortanca değeri 5,0 olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınların kendi kendini özgürleştirme puanı ortanca değeri 10,0 iken erkeklerin puan ortanca değeri 8,0 olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınların kişiler arası sistem kontrolü puanı ortanca değeri 7,0 iken erkeklerin puan ortanca değeri 6,0 olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınların İlaç kullanımı puanı ortanca değeri 4,0 iken erkeklerin puan ortanca değeri 4,0 olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınların Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeği puanı ortanca değeri 94,0 iken erkeklerin puan ortanca değeri 82,5 olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Cinsiyete göre uyaran kontrolü puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3.10 Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeği						
Eğitim durumu	Cinsiyet				p1	p2
	Kadın		Erkek			
	Ortalama ± standart sapma	Ortanca (min - mak)	Ortalama ± standart sapma	Ortanca (min - mak)		
İlköğretim	114,31 ± 43,27	112 (51 - 184)	84,94 ± 27,76	76 (48 - 149)	0,573	0,602
Ortaöğretim/Lise	95,79 ± 30,34	96 (51 - 179)	89,9 ± 28,46	87 (50 - 165)		
Üniversite	98,93 ± 31,37	93 (52 - 192)	85,81 ± 26,21	80 (48 - 171)		
Yüksek Lisans /Doktora	95 ± 29,19	97 (53 - 123)	101,29 ± 35,3	86 (71 - 167)		

*Kruskal Wallis Testi; Ortalama $\pm$ standart sapma; Ortanca (minimum -maksimum)(p1:kadınlar arasındaki fark)(p2:erkekler arasındaki fark)

Katılımcıların eğitim durumuna göre Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeğinin değerlendirilmesi Tablo 3.10' da verilmiştir. Kadınlarda ilköğretim mezunlarında ölçek puanı ortanca değeri 112,0, ortaöğretim/lise mezunlarında 96,0, üniversite mezunlarında 93,0 ve yüksek lisans/doktora mezunlarında bu değer 97,0 olarak bulunmuştur ($p>0,05$). Erkeklerde ilköğretim mezunlarında ölçek puanı ortanca değeri 76,0, ortaöğretim/lise mezunlarında 87,0, üniversite mezunlarında 80,0 ve yüksek lisans/doktora mezunlarında bu değer 86,0 olarak bulunmuştur ($p>0,05$).



Tablo 3.11 Katılımcıların Diyet Yapma Durumuna Göre Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeğinin Değerlendirilmesi

	Diyet Geçmişi				p
	Evet		Hayır		
	Ortalama ± standart sapma	Ortanca (min - mak)	Ortalama ± standart sapma	Ortanca (min - mak)	
Bilinç düzeyinde artış	9,56 ± 4,16	9 (4 - 20)	6,31 ± 2,57	5 (4 - 16)	<0,001
Dramatik yardım/duygusal canlandırma	10,55 ± 3,77	10 (4 - 20)	7,81 ± 3,15	7 (4 - 18)	<0,001
Çevreyi yeniden değerlendirme	8,56 ± 3,51	8 (4 - 20)	7,88 ± 3,4	7 (4 - 19)	0,043
Kendi kendini yeniden değerlendirme	11,3 ± 4,39	11 (4 - 20)	6,86 ± 3,24	6 (4 - 19)	<0,001
Sosyal serbestlik/özgürlük	10,92 ± 3,63	11 (4 - 20)	8,51 ± 3,22	8 (4 - 19)	<0,001
Karşıt/zıt durum	8,88 ± 2,69	9 (4 - 16)	7,59 ± 2,55	7 (4 - 15)	<0,001
Yardım edici ilişkiler	10,94 ± 4,23	11 (4 - 20)	7,83 ± 3,58	7 (4 - 20)	<0,001
Güçlendirme yönetimi	7,44 ± 3,31	7 (4 - 19)	5,51 ± 2,18	5 (4 - 15)	<0,001
Kendi kendini özgürleştirme	11,93 ± 4,01	12 (4 - 20)	8,11 ± 3,46	8 (4 - 20)	<0,001
Uyaran kontrolü	7,15 ± 3,61	6 (4 - 20)	5,43 ± 2,34	4 (4 - 14)	<0,001
Kişiler arası sistem kontrolü	7,87 ± 3,36	7 (4 - 20)	6,32 ± 2,47	6 (4 - 15)	<0,001
İlaç kullanımı	5,62 ± 2,45	4 (4 - 15)	4,5 ± 1,55	4 (4 - 16)	<0,001
Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeği	110,72 ± 30,93	110 (52 - 192)	82,66 ± 24,7	77 (48 - 176)	<0,001

Mann Whitney U Testi

Katılımcıların diyet yapma durumuna göre Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeğinin değerlendirilmesi Tablo 3.11’ de verilmiştir. Diyet yapanlarda bilinç düzeyinde artış puanı ortanca değeri 9,0 iken diyet yapmayanlarda puan ortanca değeri 5,0 olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Diyet yapanlarda dramatik yardım/duygusal canlandırma puanı ortanca değeri 10,0 iken diyet yapmayanlarda puan ortanca değeri 7,0 olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Diyet yapanlarda çevreyi yeniden değerlendirme puanı ortanca değeri 8,0 iken diyet yapmayanlarda puan ortanca değeri 7,0 olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Diyet yapanlarda kendi kendini yeniden değerlendirme puanı ortanca değeri 11,0 iken diyet yapmayanlarda puan ortanca değeri 6,0 olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Diyet yapanlarda sosyal serbestlik/özgürlük puanı ortanca değeri 11,0 iken diyet yapmayanlarda puan ortanca değeri 8,0 olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Diyet yapanlarda karşıt/zıt durum puanı ortanca değeri 9,0 iken diyet yapmayanlarda puan ortanca değeri 7,0 olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Diyet yapanlarda yardım edici ilişkiler puanı ortanca değeri 11,0 iken diyet yapmayanlarda puan ortanca değeri 7,0 olarak elde edilmiştir ($p<0,05$). Diyet yapanlarda güçlendirme yönetimi puanı ortanca değeri 7,0 iken diyet yapmayanlarda puan ortanca değeri 5,0 olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Diyet yapanlarda kendi kendini özgürleştirme puanı ortanca değeri 12,0 iken diyet yapmayanlarda puan ortanca değeri 8,0 olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Diyet yapanlarda uyaran kontrolü puanı ortanca değeri 6,0 iken diyet yapmayanlarda puan ortanca değeri 4,0 olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Diyet yapanlarda kişiler arası sistem kontrolü puanı ortanca değeri 7,0 iken diyet yapmayanlarda puan ortanca değeri 6,0 olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Diyet yapanlarda ve yapmayanlarda ilaç kullanımı puanı ortanca değeri 4,0 olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Diyet yapanlarda Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeği puanı ortanca değeri 110,0 iken diyet yapmayanlarda puan ortanca değeri 77,0 olarak saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 3.12 Katılımcıların BKİ Kategorilerine Göre Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeğinin Değerlendirilmesi

	BKİ Kategorisi						p
	Zayıf	Normal	Hafif Kilolu	1.Derece Obez	2. Derece Obez	3. Derece Obez	
Bilinç düzeyinde artış	5,94 ± 2,77 5 (4 - 13) ^b	6,66 ± 2,79 6 (4 - 19) ^b	7,89 ± 3,94 7 (4 - 19) ^b	9,73 ± 4,13 9 (4 - 20) ^a	9,63 ± 5,04 9 (4 - 19) ^{ab}	10,6 ± 3,78 11 (7 - 16) ^{ab}	<0,001
Dramatik yardım/duygusal canlandırma	7,65 ± 3,3 7 (4 - 16) ^b	8,11 ± 3,23 8 (4 - 16) ^b	8,79 ± 3,56 9 (4 - 18) ^b	11,35 ± 3,69 11 (4 - 20) ^a	11 ± 4,78 12 (5 - 17) ^{ab}	12,6 ± 5,81 14 (4 - 19) ^{ab}	<0,001
Çevreyi yeniden değerlendirme	8,71 ± 4,1 8 (4 - 19)	8,04 ± 3,28 8 (4 - 19)	8,04 ± 3,43 7 (4 - 20)	8,57 ± 3,73 8 (4 - 17)	7,75 ± 4,53 5,5 (4 - 17)	8,4 ± 4,16 8 (4 - 14)	0,929
Kendi kendini yeniden değerlendirme	5,47 ± 2,29 4 (4 - 12) ^c	6,86 ± 3,06 6 (4 - 17) ^c	9,25 ± 4,4 8 (4 - 20) ^b	12,53 ± 3,81 12 (5 - 20) ^a	13 ± 6,14 15 (4 - 20) ^{ab}	14 ± 4,85 13 (9 - 20) ^{ab}	<0,001
Sosyal serbestlik/özgürlük	8,53 ± 2,79 8 (4 - 13) ^{ab}	8,65 ± 3,29 8 (4 - 17) ^b	9,66 ± 3,59 9 (4 - 19) ^{ab}	11,35 ± 3,66 10 (5 - 20) ^a	11,13 ± 4,97 11,5 (4 - 19) ^{ab}	11,8 ± 3,42 13 (6 - 15) ^{ab}	<0,001
Karşıt/zıt durum	7,12 ± 1,27 7 (5 - 10)	7,81 ± 2,56 8 (4 - 15)	8,09 ± 2,75 8 (4 - 16)	9 ± 2,76 9 (4 - 15)	9,25 ± 3,58 8,5 (6 - 15)	9,8 ± 3,77 10 (4 - 14)	0,045
Yardım edici ilişkiler	7,59 ± 2,85 8 (4 - 12) ^{ab}	8,24 ± 3,77 8 (4 - 20) ^b	9,09 ± 4,05 9 (4 - 20) ^{ab}	11,29 ± 4,59 11 (4 - 20) ^a	12,75 ± 5,04 13,5 (6 - 20) ^{ab}	10,4 ± 4,72 12 (4 - 15) ^{ab}	<0,001

Kruskal Wallis Testi; Ortalama ± standart sapma; Ortanca (minimum – maksimum); ^{a-c} Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur

Tablo 3.12 Katılımcıların BKİ Kategorilerine Göre Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeğinin Değerlendirilmesi (Devam)

	BKİ Kategori						p
	Zayıf	Normal	Hafif Kilolu	1.Derece Obez	2. Derece Obez	3. Derece Obez	
Güçlendirme yönetimi	5,47 ± 2,27 4 (4 - 10) ^{ab}	5,57 ± 2,42 5 (4 - 17) ^b	6,64 ± 2,89 6 (4 - 17) ^a	7,14 ± 3,06 6 (4 - 19) ^a	8,63 ± 4,07 8 (4 - 15) ^a	9,8 ± 3,63 8 (6 - 15) ^{ab}	<0,001
Kendi kendini özgürleştirme	7,12 ± 3,94 6 (4 - 20) ^c	8,22 ± 3,49 8 (4 - 20) ^c	10,16 ± 4,05 10 (4 - 19) ^b	12,73 ± 3,75 13 (5 - 20) ^a	13 ± 3,89 13,5 (6 - 19) ^{ab}	12,8 ± 5,76 10 (8 - 20) ^{abc}	<0,001
Uyaran kontrolü	5,29 ± 2,76 4 (4 - 14) ^{ab}	5,54 ± 2,54 4 (4 - 17) ^b	6,34 ± 2,87 5 (4 - 15) ^{ab}	7,14 ± 3,99 6 (4 - 20) ^a	7,25 ± 3,73 6 (4 - 13) ^{ab}	8,8 ± 5,22 8 (4 - 16) ^{ab}	0,002
Kişiler arası sistem kontrolü	6,12 ± 2,55 6 (4 - 13) ^{ab}	6,37 ± 2,42 6 (4 - 14) ^b	6,99 ± 2,95 6 (4 - 15) ^{ab}	8,33 ± 3,64 8 (4 - 20) ^a	8,75 ± 3,69 8,5 (5 - 16) ^{ab}	9,6 ± 5,08 9 (5 - 17) ^{ab}	0,001
İlaç kullanımı	4,53 ± 1,33 4 (4 - 8) ^{ab}	4,56 ± 1,47 4 (4 - 13) ^b	5,19 ± 2,49 4 (4 - 16) ^{ab}	5,37 ± 2,14 4 (4 - 13) ^a	5,5 ± 1,41 5,5 (4 - 7) ^{ab}	6,8 ± 3,35 6 (4 - 12) ^{ab}	0,001
Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeği	79,53 ± 26,01 68 (52 - 160) ^b	84,63 ± 24,65 80 (48 - 177) ^c	96,13 ± 31,3 90,5 (48 - 176) ^b	114,53 ± 30,03 113 (52 - 192) ^a	117,63 ± 41,35 115 (66 - 179) ^{abc}	125,4 ± 44,04 128 (70 - 169) ^{abc}	<0,001

Kruskal Wallis Testi; Ortalama ± standart sapma; Ortanca (minimum – maksimum); ^{a-c} Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur

Katılımcıların BKİ kategorilerine göre Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeğinin değerlendirilmesi Tablo 3.12’ de verilmiştir. Zayıf kategorisinde olanların puan ortancası 5,0, normal kategorisinde olanların puan ortancası 6,0, hafif kilolu kategorisinde olanların puan ortancası 7,0, birinci derece obez kategorisinde olanların puan ortancası 9,0, ikinci derece obez kategorisinde olanların puan ortancası 9,0 iken üçüncü derece obez kategorisinde olanların puan ortancası 11,0 olarak saptanmıştır ($p<0,05$).

Zayıf kategorisinde olanların dramatik yardım/duygusal canlandırma puan ortancası 7,0, normal kategorisinde olanların puan ortancası 8,0, hafif kilolu kategorisinde olanların puan ortancası 9,0, birinci derece obez kategorisinde olanların puan ortancası 11,0, ikinci derece obez kategorisinde olanların puan ortancası 12,0 iken üçüncü derece obez kategorisinde olanların puan ortancası 14,0 olarak saptanmıştır ($p<0,05$).

Zayıf kategorisinde olanların kendi kendini yeniden değerlendirme puan ortancası 4,0, normal kategorisinde olanların puan ortancası 6,0, hafif kilolu kategorisinde olanların puan ortancası 8,0, birinci derece obez kategorisinde olanların puan ortancası 12,0, ikinci derece obez kategorisinde olanların puan ortancası 15,0 iken üçüncü derece obez kategorisinde olanların puan ortancası 13,0 olarak saptanmıştır ($p<0,05$).

Zayıf kategorisinde olanların sosyal serbestlik/özgürlük puan ortancası 8,0, normal kategorisinde olanların puan ortancası 8,0, hafif kilolu kategorisinde olanların puan ortancası 9,0, birinci derece obez kategorisinde olanların puan ortancası 10,0, ikinci derece obez kategorisinde olanların puan ortancası 11,5 iken üçüncü derece obez kategorisinde olanların puan ortancası 13,0 olarak saptanmıştır ($p<0,05$).

Zayıf kategorisinde olanların karşıt/zıt durum puan ortancası 7,0, normal kategorisinde olanların puan ortancası 8,0, hafif kilolu kategorisinde olanların puan ortancası 8,0, birinci derece obez kategorisinde olanların puan ortancası 9,0, ikinci derece obez kategorisinde olanların puan ortancası 8,5 iken üçüncü derece obez kategorisinde olanların puan ortancası 10,0 olarak saptanmıştır ($p<0,05$).

Zayıf kategorisinde olanların yardım edici ilişkiler puan ortancası 8,0, normal kategorisinde olanların puan ortancası 8,0, hafif kilolu kategorisinde olanların puan ortancası 9,0, birinci derece obez kategorisinde olanların puan ortancası 11,0, ikinci derece obez kategorisinde olanların puan ortancası 13,5 iken üçüncü derece obez kategorisinde olanların puan ortancası 12,0 olarak saptanmıştır ($p<0,05$).

Zayıf kategorisinde olanların güçlendirme yönetimi puan ortancası 4,0, normal kategorisinde olanların puan ortancası 5,0, hafif kilolu kategorisinde olanların puan ortancası 6,0, birinci derece obez kategorisinde olanların puan ortancası 6,0, ikinci derece obez kategorisinde olanların puan ortancası 8,0 iken üçüncü derece obez kategorisinde olanların puan ortancası 8,0 olarak saptanmıştır ($p<0,05$).

Zayıf kategorisinde olanların kendi kendini özgürleştirme puan ortancası 6,0, normal kategorisinde olanların puan ortancası 8,0, hafif kilolu kategorisinde olanların puan ortancası 10,0, birinci derece obez kategorisinde olanların puan ortancası 13,0, ikinci derece obez kategorisinde olanların puan ortancası 13,5 iken üçüncü derece obez kategorisinde olanların puan ortancası 10,0 olarak saptanmıştır ($p<0,05$).

Zayıf kategorisinde olanların uyarıcı kontrolü puan ortancası 4,0, normal kategorisinde olanların puan ortancası 4,0, hafif kilolu kategorisinde olanların puan ortancası 5,0, birinci derece obez kategorisinde olanların puan ortancası 6,0, ikinci derece obez kategorisinde olanların puan ortancası 6,0 iken üçüncü derece obez kategorisinde olanların puan ortancası 8,0 olarak saptanmıştır ($p<0,05$).

Zayıf kategorisinde olanların kişiler arası sistem kontrolü puan ortancası 6,0, normal kategorisinde olanların puan ortancası 6,0, hafif kilolu kategorisinde olanların puan ortancası 6,0, birinci derece obez kategorisinde olanların puan ortancası 8,0, ikinci derece obez kategorisinde olanların puan ortancası 8,5 iken üçüncü derece obez kategorisinde olanların puan ortancası 9,0 olarak saptanmıştır ($p<0,05$).

Zayıf kategorisinde olanların ilaç kullanımı puan ortancası 4,0, normal kategorisinde olanların puan ortancası 4,0, hafif kilolu kategorisinde olanların puan

ortancası 4,0, birinci derece obez kategorisinde olanların puan ortancası 4,0, ikinci derece obez kategorisinde olanların puan ortancası 5,5 iken üçüncü derece obez kategorisinde olanların puan ortancası 6,0 olarak saptanmıştır ($p<0,05$).

Zayıf kategorisinde olanların Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeği puan ortancası 68,0, normal kategorisinde olanların puan ortancası 80,0, hafif kilolu kategorisinde olanların puan ortancası 90,5, birinci derece obez kategorisinde olanların puan ortancası 113,0, ikinci derece obez kategorisinde olanların puan ortancası 115,0 iken üçüncü derece obez kategorisinde olanların puan ortancası 128 olarak saptanmıştır ($p<0,05$).

Birinci derece obez kategorisinde olanların puanı ile zayıf, normal ve hafif kilolu kategorisinde olanların puanlarından farklılık göstermektedir. BKİ kategorilerine göre çevreyi yeniden değerlendirme puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$)

Tablo 3.13 Katılımcıların Cinsiyete Göre Besin Tüketim Verilerinin Değerlendirilmesi

	Cinsiyet				p
	Kadın		Erkek		
	Ortalama ± standart sapma	Ortanca (min - mak)	Ortalama ± standart sapma	Ortanca (min - mak)	
Su (litre)	1,48 ± 0,92	1,2 (0,2 - 6)	1,75 ± 1,09	1,6 (0,2 - 6)	0,015
Enerji (kkal)	1435,81 ± 551,1	1370,2 (322,56 - 3224,25)	2277,5 ± 957,24	2155,22 (846,35 - 7645,23)	<0,001
Protein (g)	52,87 ± 21,26	49,6 (6,9 - 114,1)	89,34 ± 43,27	80,7 (18 - 292,8)	<0,001
Protein (%)	15,41 ± 4,1	15 (4 - 32)	16,22 ± 4,73	16 (8 - 44)	0,145
Yağ (g)	63,95 ± 28,38	57,95 (12,49 - 151,71)	92,95 ± 40,03	85,51 (23,91 - 233,14)	<0,001
Yağ (%)	40 ± 9,06	40 (12 - 68)	36,74 ± 8,16	37 (14 - 69)	<0,001
Karbonhidrat (g)	158,37 ± 73,18	147,1 (27,4 - 374,6)	261,17 ± 139,02	234,75 (54 - 1234,5)	<0,001
Karbonhidrat (%)	44,66 ± 9,94	45 (18 - 75)	46,7 ± 9,98	47 (13 - 72)	0,030
Posa (g)	15,98 ± 7,31	15,2 (2,4 - 38,9)	23,73 ± 11,37	22,7 (4,1 - 71,2)	<0,001
Çoklu doymamış yağ (g)	16,25 ± 10,41	14,4 (1,6 - 55,8)	25,44 ± 13,17	23,9 (3,1 - 82,2)	<0,001
Kolesterol (mg)	201,98 ± 135,01	164,7 (0 - 609)	357,16 ± 352,45	283,7 (28 - 2454,5)	<0,001

Mann Whitney U Testi

Tablo 3.13 Katılımcıların Cinsiyete Göre Besin Tüketim Verilerinin Değerlendirilmesi (Devam)

	Cinsiyet				p
	Kadın		Erkek		
	Ortalama ± standart sapma	Ortanca (min - mak)	Ortalama ± standart sapma	Ortanca (min - mak)	
Vitamin A (µg)	1101,37 ± 2591,86	615,8 (12,5 - 22985,1)	1361,27 ± 4230,16	738,75 (69 - 50801,5)	0,004
Vitamin E (eşd.) (mg)	14,55 ± 8,67	13,15 (1,7 - 53,9)	23,08 ± 12,02	21,4 (3,8 - 81,7)	<0,001
Vitamin B1 (mg)	0,63 ± 0,28	0,6 (0,1 - 1,8)	1,01 ± 0,54	0,9 (0,3 - 3,4)	<0,001
Vitamin B2 (mg)	1,14 ± 0,7	1 (0,1 - 5,6)	1,72 ± 1,23	1,5 (0,3 - 12,6)	<0,001
Vitamin B6 (mg)	0,96 ± 0,45	0,9 (0,1 - 2,8)	1,49 ± 0,73	1,4 (0,4 - 5,3)	<0,001
Topl.folik asit (µg)	209,67 ± 91,37	196,65 (24 - 601,9)	328,6 ± 171,54	289,05 (60,7 - 1280,7)	<0,001
Vitamin C (mg)	72,9 ± 60,71	55,55 (0,4 - 328,9)	90,17 ± 65,73	75,75 (2,6 - 394,1)	0,001
Sodyum (mg)	3373,17 ± 1471,09	3216,8 (539,8 - 7954,5)	5117,04 ± 2408,6	4740,15 (1382,6 - 16887,6)	<0,001
Potasyum (mg)	1738,34 ± 756,65	1677,55 (288,8 - 4379,1)	2499,74 ± 1132,13	2381,35 (632,6 - 7434,4)	<0,001
Kalsiyum (mg)	619,41 ± 340,04	562,95 (53,2 - 1868,7)	854,89 ± 514,18	746,3 (83,2 - 3588,8)	<0,001
Magnezyum (mg)	207,38 ± 87,93	186,5 (42 - 536,6)	322,63 ± 167,91	276,6 (70,4 - 1323)	<0,001
Fosfor (mg)	893,84 ± 361,95	858,45 (138,4 - 2264,5)	1427,98 ± 697,02	1287,1 (8,9 - 4958,2)	<0,001
Demir (mg)	8,72 ± 3,95	8,25 (1,5 - 24,7)	13,5 ± 6,72	12,25 (3,7 - 48,7)	<0,001
Çinko (mg)	7,78 ± 3,45	7,15 (1,2 - 17,7)	12,87 ± 6,14	11,5 (2,6 - 42,2)	<0,001

Mann Whitney U Testi

Katılımcıların cinsiyete göre besin tüketim verilerin değerlendirilmesi Tablo 3.13’ de verilmiştir. Kadınlarda su (litre) tüketim miktarı ortalama değeri 1,2 L iken erkeklerde tüketim miktarı ortalama değeri 1,6 L olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınlarda enerji (kkal) tüketim miktarı ortalama değeri 1370,2 kkal iken erkeklerde tüketim miktarı ortalama değeri 2155,22 kkal olarak elde edilmiştir ($p<0,05$). Kadınlarda protein (g) tüketim miktarı ortalama değeri 49,6 g iken erkeklerde tüketim miktarı ortalama değeri 80,7 g olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınlarda yağ (g) tüketim miktarı ortalama değeri 57,95 g iken erkeklerde tüketim miktarı ortalama değeri 85,51 g olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınlarda yağ (%) tüketim miktarı ortalama değeri 40,0 iken erkeklerde tüketim miktarı ortalama değeri 37,0 olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınlarda karbonhidrat (g) tüketim miktarı ortalama değeri 147,1 g iken erkeklerde tüketim miktarı ortalama değeri 234,75 g olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda karbonhidrat (%) tüketim miktarı ortalama değeri 45,0 iken erkeklerde tüketim miktarı ortalama değeri 47,0 olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda posa (g) tüketim miktarı ortalama değeri 15,2 g iken erkeklerde tüketim miktarı ortalama değeri 22,7 g olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda çoklu doymamış yağ (g) tüketim miktarı ortalama değeri 14,4 g iken erkeklerde tüketim miktarı ortalama değeri 23,9 g olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda kolesterol (mg) tüketim miktarı ortalama değeri 164,7 mg iken erkeklerde tüketim miktarı ortalama değeri 283,7 mg olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda vitamin A (μg) tüketim miktarı ortalama değeri 615,8 μg iken erkeklerde tüketim miktarı ortalama değeri 738,75 μg olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda vitamin E (mg) tüketim miktarı ortalama değeri 13,15 mg iken erkeklerde tüketim miktarı ortalama değeri 21,4 mg olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda vitamin B1 (mg) tüketim miktarı ortalama değeri 0,6 mg iken erkeklerde tüketim miktarı ortalama değeri 0,9 mg olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda vitamin B2 (mg) tüketim miktarı ortalama değeri 1,0 mg iken erkeklerde tüketim miktarı ortalama değeri 1,5 mg olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda vitamin B6 (mg) tüketim miktarı ortalama değeri 0,9 mg iken erkeklerde tüketim miktarı ortalama değeri 1,4 mg olarak bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınlarda toplam folik asit (μg) tüketim miktarı ortanca değeri 196,65 μg iken erkeklerde tüketim miktarı ortanca değeri 289,05 μg olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda vitamin C (mg) tüketim miktarı ortanca değeri 55,55 mg iken erkeklerde tüketim miktarı ortanca değeri 75,75 mg olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda sodyum (mg) tüketim miktarı ortanca değeri 3216,8 mg iken erkeklerde tüketim miktarı ortanca değeri 4740,15 mg olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda potasyum (mg) tüketim miktarı ortanca değeri 1677,55 mg iken erkeklerde tüketim miktarı ortanca değeri 2381,35 mg olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda kalsiyum (mg) tüketim miktarı ortanca değeri 562,95 mg iken erkeklerde tüketim miktarı ortanca değeri 746,3 mg olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda magnezyum (mg) tüketim miktarı ortanca değeri 186,5 mg iken erkeklerde tüketim miktarı ortanca değeri 276,6 mg olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda fosfor (mg) tüketim miktarı ortanca değeri 858,45 mg iken erkeklerde tüketim miktarı ortanca değeri 1287,1 mg olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda demir (mg) tüketim miktarı ortanca değeri 8,25 mg iken erkeklerde tüketim miktarı ortanca değeri 12,25 mg olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda Çinko (mg) tüketim miktarı ortanca değeri 7,15 mg iken erkeklerde tüketim miktarı ortanca değeri 11,5 mg bulunmuştur ($p<0,05$). Cinsiyete göre diğer tüketim miktarları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3.14 Katılımcıların Cinsiyete Göre Günlük Enerji ve Besin Öğeleri Alım Düzeylerinin TÜBER' e Göre Yeterlilik Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Cinsiyet				p
	Kadın		Erkek		
	Ortalama ± standart sapma	Ortanca (min - mak)	Ortalama ± standart sapma	Ortanca (min - mak)	
Su	73,95 ± 46,17	60 (10 - 300)	70,16 ± 43,76	64 (8 - 240)	0,368
Protein	126,39 ± 56,94	117,95 (17,7 - 367,9)	166,84 ± 77,45	148,95 (31,7 - 493)	<0,001
Karbonhidrat	121,82 ± 56,29	113,15 (21 - 288,1)	200,9 ± 106,94	180,6 (41,5 - 949,6)	<0,001
Lif/Posa	63,88 ± 29,24	60,9 (9,4 - 155,8)	94,9 ± 45,48	90,8 (16,4 - 284,8)	<0,001
Kolesterol	95,72 ± 63,98	78,1 (0 - 288,6)	123,03 ± 121,41	97,75 (9,6 - 845,5)	0,057
Vitamin A	169,44 ± 398,75	94,7 (1,9 - 3536,2)	181,5 ± 564,02	98,5 (9,2 - 6773,5)	0,513
Vitamin E	132,25 ± 78,85	119,6 (15,6 - 489,7)	177,47 ± 92,42	164,75 (28,9 - 628,2)	<0,001
Vitamin B1	155,76 ± 70,38	145 (20 - 452,5)	250,68 ± 136,18	218,75 (72,5 - 847,5)	<0,001
Vitamin B2	71,09 ± 43,92	63,8 (8,1 - 348,1)	107,19 ± 77,12	90,6 (17,5 - 788,1)	<0,001
Vitamin B6	59,82 ± 27,93	54,4 (8,8 - 174,4)	87,6 ± 43,07	82,9 (25,9 - 309,4)	<0,001
Toplam Folik Asit	63,54 ± 27,69	59,6 (7,3 - 182,4)	99,57 ± 51,98	87,6 (18,4 - 388,1)	<0,001
Vitamin C	76,72 ± 63,9	58,45 (0,4 - 346,2)	81,96 ± 59,75	68,85 (2,3 - 358,2)	0,120
Potasyum	49,67 ± 21,62	47,9 (8,3 - 125,1)	71,42 ± 32,35	68,05 (18,1 - 212,4)	<0,001
Kalsiyum	65,2 ± 35,79	59,25 (5,6 - 196,7)	89,99 ± 54,12	78,55 (8,8 - 377,8)	<0,001
Magnezyum	69,13 ± 29,31	62,15 (14 - 178,9)	92,18 ± 47,98	79,05 (20,1 - 378)	<0,001
Fosfor	162,51 ± 65,81	156,05 (25,2 - 411,7)	259,64 ± 126,73	234,05 (1,6 - 901,5)	<0,001
Demir	79,23 ± 35,93	75,05 (13,5 - 224,2)	122,72 ± 61,08	111,35 (33,6 - 442,7)	<0,001
Çinko	103,72 ± 46,06	95,65 (16,3 - 235,6)	136,19 ± 65,91	122,55 (0 - 448,4)	<0,001

Mann Whitney U Testi

Katılımcıların cinsiyete göre günlük enerji ve besin öğeleri alım düzeylerinin TÜBER' e göre yeterlilik düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 3.14' de verilmiştir. Kadınlarda diyet protein' in TÜBER yeterlilik düzeyine göre karşılanma yüzdesi ortalanca değeri 117,95 iken erkeklerde bu değer 148,95 olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda diyet karbonhidrat' ın TÜBER yeterlilik düzeyine göre karşılanma yüzdesi ortalanca değeri 113,15 iken erkeklerde bu değer 180,6 olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda diyet lif' in TÜBER yeterlilik düzeyine göre karşılanma yüzdesi ortalanca değeri 60,9 iken erkeklerde bu değer 90,8 olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda diyet vitamin E' nin TÜBER yeterlilik düzeyine göre karşılanma yüzdesi ortalanca değeri 119,6 iken erkeklerde bu değer 164,75 olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda diyet vitamin B1' in TÜBER yeterlilik düzeyine göre karşılanma yüzdesi ortalanca değeri 145,0 iken erkeklerde bu değer 218,75 olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda diyet vitamin B2' nin TÜBER yeterlilik düzeyine göre karşılanma yüzdesi ortalanca değeri 63,8 iken erkeklerde bu değer 90,6 olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda diyet vitamin B6' nın TÜBER yeterlilik düzeyine göre karşılanma yüzdesi ortalanca değeri 54,4 iken erkeklerde bu değer 82,9 olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda diyet toplam folik asit' in TÜBER yeterlilik düzeyine göre karşılanma yüzdesi ortalanca değeri 59,6 iken erkeklerde bu değer 87,6 olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda diyet potasyum' un TÜBER yeterlilik düzeyine göre karşılanma yüzdesi ortalanca değeri 47,9 iken erkeklerde bu değer 68,05 olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda diyet kalsiyum' un TÜBER yeterlilik düzeyine göre karşılanma yüzdesi ortalanca değeri 59,25 iken erkeklerde bu değer 78,55 olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda diyet magnezyum' un TÜBER yeterlilik düzeyine göre karşılanma yüzdesi ortalanca değeri 62,15 iken erkeklerde bu değer 79,05 olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda diyet fosfor' un TÜBER yeterlilik düzeyine göre karşılanma yüzdesi ortalanca değeri 156,05 iken erkeklerde bu değer 234,05 olarak bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınlarda diyet demir' in TÜBER yeterlilik düzeyine göre karşılanma yüzdesi ortalca değeri 75,05 iken erkeklerde bu değer 111,35 olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda diyet çinko' nun TÜBER yeterlilik düzeyine göre karşılanma yüzdesi ortalca değeri 95,65 iken erkeklerde bu değer 122,55 olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Cinsiyete göre diğer yeterlilik düzeyleri arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).



Tablo 3.15 Katılımcıların Besin Tüketim Sıklıklarının Frekans ve Dağılımı

	Hiç		Ayda 1		15 Günde 1-3		Haftada 1-2		Haftada 3-4		Haftada 5-6		Her gün	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Süt	142	35,5	46	11,5	37	9,3	80	20	50	12,5	20	5	25	6,3
Kefir	334	83,5	20	5	12	3	21	5,3	6	1,5	5	1,3	2	0,5
Ayran	20	5	5	1,3	17	4,3	44	11	92	23	89	22,3	133	33,3
Yoğurt	19	4,8	12	3	19	4,8	70	17,5	91	22,8	67	16,8	122	30,5
Peynir Çeşitleri	18	4,5	5	1,3	14	3,5	61	15,3	69	17,3	74	18,5	159	39,8
Kırmızı Et	17	4,3	13	3,3	25	6,3	112	28	137	34,3	55	13,8	41	10,3
Sakatatlar	277	69,3	47	11,8	33	8,3	28	7	10	2,5	4	1	1	0,3
Tavuk	45	11,3	12	3	57	14,2	149	37,3	86	21,5	40	10	11	2,8
Hindi	363	90,8	18	4,5	5	1,3	8	2	4	1	2	0,5	0	0
Balık	184	46	98	24,5	54	13,5	43	10,8	14	3,5	4	1	3	0,8
Yumurta	30	7,5	6	1,5	29	7,2	87	21,8	77	19,3	72	18	99	24,8
Kurubaklagiller	42	10,5	53	13,3	66	16,5	111	27,8	80	20	36	9	12	3
Yağlı Tohumlar	119	29,8	22	5,5	60	15	78	19,5	59	14,8	36	9	26	6,5
Taze Sebzeler	11	2,8	1	0,3	19	4,8	61	15,3	85	21,3	93	23,3	130	32,5
Taze Meyveler	22	5,5	4	1	21	5,3	52	13	77	19,3	88	22	136	34
Kuru Meyveler	97	24,3	36	9	59	14,8	81	20,3	46	11,5	37	9,3	44	11
Beyaz Ekmek Ve Türleri	62	15,5	4	1	12	3	26	6,5	30	7,5	39	9,8	227	56,8
Kepekli Ekmek Ve Türleri	257	64,3	19	4,8	25	6,3	25	6,3	22	5,5	28	7	24	6
Pirinç/Bulgur/Makarna/Erişte Vb.	11	2,8	1	0,3	12	3	60	15	97	24,3	116	29	103	25,8
Börek	51	12,8	52	13	101	25,3	107	26,8	51	12,8	31	7,8	7	1,8
Kurabiye	96	24	63	15,8	87	21,8	94	23,5	28	7	24	6	8	2
Kahvaltılık Tahıl Ürünleri	264	66	18	4,5	24	6	26	6,5	23	5,8	19	4,8	26	6,5
Cips	186	46,5	52	13	51	12,8	45	11,3	27	6,8	27	6,8	12	3

Tablo 3.15 Katılımcıların Besin Tüketim Sıklıklarının Frekans ve Dağılımı (Devam)

	Hiç		Ayda 1		15 Günde 1-3		Haftada 1-2		Haftada 3-4		Haftada 5-6		Her gün	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hazır Meyve Suları	195	48,8	37	9,3	30	7,5	50	12,5	32	8	30	7,5	26	6,5
Kolalı İçecekler	157	39,3	41	10,3	50	12,5	48	12	35	8,8	29	7,2	40	10
Maden Suları	75	18,8	25	6,3	40	10	85	21,3	54	13,5	60	15	61	15,3
Kahve	36	9	11	2,8	16	4	42	10,5	48	12	53	13,3	194	48,5
Çay	11	2,8	0	0	7	1,8	10	2,5	12	3	29	7,2	331	82,8
Bitki Çayı	183	45,8	38	9,5	34	8,5	31	7,8	39	9,8	32	8	43	10,8
Zeytinyağı	21	5,3	5	1,3	16	4	25	6,3	45	11,3	71	17,8	217	54,3
Sıvıyağ	100	25	36	9	82	20,5	71	17,8	29	7,2	26	6,5	56	14
Margarin	233	58,3	36	9	44	11	42	10,5	21	5,3	13	3,3	11	2,8
Tereyağı	38	9,5	19	4,8	46	11,5	74	18,5	78	19,5	71	17,8	74	18,5
Şeker	88	22	14	3,5	25	6,3	32	8	30	7,5	38	9,5	173	43,3
Şekerleme/Lokum	121	30,3	32	8	49	12,3	76	19	42	10,5	39	9,8	41	10,3
Çikolata	71	17,8	18	4,5	47	11,8	85	21,3	64	16	48	12	67	16,8
Bal	91	22,8	32	8	63	15,8	92	23	44	11	37	9,3	41	10,3
Reçel	143	35,8	25	6,3	46	11,5	75	18,8	44	11	31	7,8	36	9
Pekmez	169	42,3	44	11	39	9,8	56	14	37	9,3	28	7	27	6,8
Hazır Besinler	150	37,5	55	13,8	43	10,8	45	11,3	42	10,5	35	8,8	30	7,5
Hazır Çorba	327	81,8	20	5	10	2,5	18	4,5	12	3	11	2,8	2	0,5
Hamur işi Tatlılar	93	23,3	48	12	84	21	61	15,3	67	16,8	34	8,5	13	3,3
Sütlü Tatlılar	92	23	65	16,3	109	27,3	51	12,8	46	11,5	27	6,8	10	2,5

Katılımcıların besin tüketim sıklığı frekans ve dağılımları Tablo 3.15’ de verilmiştir. Katılımcıların her gün tükettikleri besinlerin sıklıkları incelendiğinde; %82,8 çay, %56,8 beyaz ekmek ve türleri, %54,3 zeytinyağı, %48,5 kahve, %43,3 şeker, %39,8 peynir çeşitleri, %34,0 taze meyveler, %33,3 ayran, %32,5 taze sebzeler, %30,5 yoğurt, %25,8 pirinç/bulgur/makarnayı daha sık tükettikleri görülmüştür.

Katılımcıların haftada 5-6 gün tükettikleri besinlerin sıklıkları incelendiğinde; %29,0 pirinç/bulgur/makarna, %23,3 taze sebzeler, %22,3 ayran, %18,5 peynir çeşitleri, %18 yumurta, %17,8 tereyağı ve zeytinyağı, %16,8 yoğurt, %13,8 kırmızı eti daha sık tükettikleri görülmüştür.

Katılımcıların haftada 3-4 gün tükettikleri besinlerin sıklıkları incelendiğinde; %34,3 kırmızı et, %24,3 pirinç/bulgur/makarna, %22,8 yoğurt, %21,5 tavuk, %20,0 kurubaklagiller, %19,5 tereyağı, %19,3 yumurtayı daha sık tükettikleri görülmüştür.

Katılımcıların haftada 1-2 gün tükettikleri besinlerin sıklıkları incelendiğinde; %37,3 tavuk, %28,0 kırmızı et, %27,8 kurubaklagiller, %26,8 börek, %23,5 kurabiye, %21,8 yumurta, %21,3 çikolatayı daha sık tükettikleri görülmüştür.

Katılımcıların 15 günde 1-3 gün tükettikleri besinlerin sıklıkları incelendiğinde; %27,3 sütlu tatlılar, %25,3 börek, %21,8 kurabiye, %21,0 hamur işi tatlılar, %20,5 sıvıyağ, %16,5 kurubaklagilleri daha sık tükettikleri görülmüştür.

Katılımcıların ayda 1 tükettikleri besinlerin sıklıkları incelendiğinde; %24,5 balık, %16,3 sütlu tatlılar, %15,8 kurabiye, %13,8 hazır besinler, %13,3 kurubaklagiller, %13,0 cips, %12,0 hamur işi tatlılar, %11,8 sakatatları daha sık tükettikleri görülmüştür.

Katılımcıların; %90,8 hindi, %83,5 kefir, %81,8 hazır çorba, %69,3 sakatatlar, %66,0 kahvaltılık tahıl ürünleri, %64,3 kepekli ekmek türleri, %58,3 margarini hiç tüketmedikleri görülmüştür.

Tablo 3.16 Katılımcıların Antropometrik Değerler Ve Besin Tüketim Kaydı Verileri İle Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeğinin Korelasyonu

		Vücut Ağırlığı (kg)	BKİ (kg/m ²)	Enerji (kkal)	Karbonhidrat (g)	Karbonhidrat %	Protein (g)	Protein %	Yağ (g)	Yağ %	Lif (g)
Bilinç düzeyinde artış	r	0,173	0,300	-0,178	-0,196	-0,130	-0,132	0,041	-0,100	0,140	-0,050
	p	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,009	0,008	0,409	0,045	0,005	0,318
Dramatik yardım/duygusal canlandırma	r	0,126	0,267	-0,140	-0,174	-0,152	-0,106	0,020	-0,050	0,173	-0,030
	p	0,012	<0,001	0,005	<0,001	0,002	0,034	0,687	0,318	<0,001	0,551
Çevreyi yeniden değerlendirme	r	-0,072	-0,007	-0,070	-0,054	-0,006	-0,065	-0,014	-0,064	0,016	0,023
	p	0,151	0,886	0,163	0,284	0,899	0,197	0,786	0,201	0,749	0,646
Kendi kendini yeniden değerlendirme	r	0,356	0,497	-0,103	-0,150	-0,183	-0,036	0,126	-0,012	0,172	-0,043
	p	<0,001	<0,001	0,040	0,003	<0,001	0,470	0,012	0,818	0,001	0,392
Sosyal serbestlik/özgürlük	r	0,112	0,237	-0,087	-0,101	-0,077	-0,057	0,036	-0,034	0,083	-0,034
	p	0,025	<0,001	0,084	0,043	0,125	0,258	0,467	0,493	0,097	0,496
Karşıt/zıt durum	r	0,047	0,178	-0,013	-0,024	-0,073	0,005	0,039	0,020	0,078	0,037
	p	0,349	<0,001	0,795	0,634	0,143	0,926	0,437	0,694	0,119	0,464
Yardım edici ilişkiler	r	0,128	0,252	-0,126	-0,120	-0,091	-0,074	0,054	-0,097	0,101	-0,012
	p	0,011	<0,001	0,012	0,017	0,069	0,142	0,284	0,052	0,043	0,807

r: Spearman's rho Korelasyon Katsayısı

Tablo 3.16 Katılımcıların Antropometrik Değerler Ve Besin Tüketim Kaydı Verileri İle Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeğinin Korelasyonu (Devam)

		Vücut Ağırlığı (kg)	BKİ (kg/m ²)	Enerji (kkal)	Karbonhidrat (g)	Karbonhidrat %	Protein (g)	Protein %	Yağ (g)	Yağ %	Lif (g)
Güçlendirme yönetimi	r	0,210	0,317	-0,084	-0,124	-0,157	-0,045	0,062	0,003	0,163	-0,047
	p	<0,001	<0,001	0,092	0,013	0,002	0,374	0,213	0,958	0,001	0,353
Kendi kendini özgürleştirme	r	0,277	0,421	-0,132	-0,182	-0,186	-0,056	0,143	-0,046	0,165	-0,050
	p	<0,001	<0,001	0,008	<0,001	<0,001	0,264	0,004	0,356	0,001	0,322
Uyaran kontrolü	r	0,145	0,212	-0,045	-0,045	-0,052	0,001	0,060	-0,029	0,034	0,021
	p	0,004	<0,001	0,365	0,369	0,301	0,987	0,230	0,563	0,496	0,678
Kişiler arası sistem kontrolü	r	0,125	0,228	-0,085	-0,139	-0,175	-0,059	0,051	-0,001	0,194	-0,038
	p	0,012	<0,001	0,088	0,005	<0,001	0,241	0,309	0,987	<0,001	0,444
İlaç kullanımı	r	0,111	0,212	-0,200	-0,226	-0,122	-0,132	0,080	-0,129	0,116	-0,063
	p	0,026	<0,001	<0,001	<0,001	0,015	0,008	0,111	0,010	0,020	0,207
Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeği	r	0,200	0,355	-0,132	-0,165	-0,158	-0,075	0,086	-0,051	0,161	-0,028
	p	<0,001	<0,001	0,008	0,001	0,002	0,136	0,087	0,306	0,001	0,580

r: Spearman's rho Korelasyon Katsayısı

Katılımcıların antropometrik değerler ve besin tüketim Kaydı verileri ile beslenme değişim süreçleri ölçeğinin korelasyonu Tablo 3.16' da verilmiştir. Vücut ağırlığı (kg) ile bilinç düzeyinde artış puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=0,173$; $p<0,05$). BKİ (kg/m^2) ile bilinç düzeyinde artış puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0,3$; $p<0,05$). Enerji (kcal) ile bilinç düzeyinde artış puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,178$; $p<0,05$). Karbonhidrat (g) ile bilinç düzeyinde artış puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,196$; $p<0,05$). Karbonhidrat (%) ile bilinç düzeyinde artış puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,13$; $p<0,05$). Protein (g) ile bilinç düzeyinde artış puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,132$; $p<0,05$). Yağ (g) ile bilinç düzeyinde artış puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,1$; $p<0,05$). Yağ (%) ile bilinç düzeyinde artış puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=0,14$; $p<0,05$).

Vücut ağırlığı (kg) ile dramatik yardım/duygusal canlandırma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=0,126$; $p<0,05$). BKİ (kg/m^2) ile dramatik yardım/duygusal canlandırma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0,267$; $p<0,05$). Enerji (kcal) ile dramatik yardım/duygusal canlandırma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,14$; $p<0,05$). Karbonhidrat (g) ile dramatik yardım/duygusal canlandırma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,174$; $p<0,05$). Karbonhidrat (%) ile dramatik yardım/duygusal canlandırma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,152$; $p<0,05$). Protein (g) ile dramatik yardım/duygusal canlandırma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,106$; $p<0,05$). Yağ (%) ile dramatik yardım/duygusal canlandırma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=0,173$; $p<0,05$).

Vücut ağırlığı (kg) ile kendi kendini yeniden değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0,356$; $p<0,05$). BKİ (kg/m^2) ile kendi kendini yeniden değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır ($r=0,497$; $p<0,05$). Enerji (kcal) ile kendi kendini yeniden değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,103$; $p<0,05$). Karbonhidrat (g) ile kendi kendini yeniden değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,15$; $p<0,05$). Karbonhidrat (%) ile kendi kendini yeniden değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,183$; $p<0,05$). Protein % ile kendi kendini yeniden değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=0,126$; $p<0,05$). Yağ (%) ile kendi kendini yeniden değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=0,172$; $p<0,05$).

Vücut ağırlığı (kg) ile sosyal serbestlik/özgürlük puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=0,112$; $p<0,05$). BKİ (kg/m^2) ile sosyal serbestlik/özgürlük puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0,237$; $p<0,05$). Karbonhidrat (g) ile sosyal serbestlik/özgürlük puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,101$; $p<0,05$).

BKİ (kg/m^2) ile karşıt/zıt durum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=0,178$; $p<0,05$).

Vücut ağırlığı (kg) ile yardım edici ilişkiler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=0,128$; $p<0,05$). BKİ (kg/m^2) ile yardım edici ilişkiler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0,252$; $p<0,05$). Enerji (kcal) ile yardım edici ilişkiler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,126$; $p<0,05$). Karbonhidrat (g) ile yardım edici ilişkiler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,12$; $p<0,05$).

Yağ % ile yardım edici ilişkiler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=0,101$; $p<0,05$).

Vücut ağırlığı (kg) ile güçlendirme yönetimi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0,21$; $p<0,05$). BKİ (kg/m^2) ile güçlendirme yönetimi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0,317$; $p<0,05$). Karbonhidrat (g) ile güçlendirme yönetimi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,124$; $p<0,05$). Karbonhidrat (%) ile güçlendirme yönetimi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,157$; $p<0,05$). Yağ (%) ile güçlendirme yönetimi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=0,163$; $p<0,05$).

Vücut ağırlığı (kg) ile kendi kendini özgürleştirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0,277$; $p<0,05$). BKİ (kg/m^2) ile kendi kendini özgürleştirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır ($r=0,421$; $p<0,05$). Enerji (kcal) ile kendi kendini özgürleştirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,132$; $p<0,05$). Karbonhidrat (g) ile kendi kendini özgürleştirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,182$; $p<0,05$). Karbonhidrat (%) ile kendi kendini özgürleştirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,186$; $p<0,05$). Protein % ile kendi kendini özgürleştirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=0,143$; $p<0,05$). Yağ (%) ile kendi kendini özgürleştirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=0,165$; $p<0,05$).

Vücut ağırlığı (kg) ile uyaran kontrolü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=0,145$; $p=0,004$). BKİ (kg/m^2) ile uyaran kontrolü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0,212$; $p<0,05$).

Vücut ağırlığı (kg) ile kişiler arası sistem kontrolü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=0,125$; $p<0,05$). BKİ (kg/m^2) ile kişiler arası sistem kontrolü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0,228$; $p<0,05$). Karbonhidrat (g) ile kişiler arası sistem kontrolü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,139$; $p<0,05$). Karbonhidrat (%) ile kişiler arası sistem kontrolü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,175$; $p<0,05$). Yağ (%) ile kişiler arası sistem kontrolü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=0,194$; $p<0,05$).

Vücut ağırlığı (kg) ile ilaç kullanımı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=0,111$; $p<0,05$). BKİ (kg/m^2) ile ilaç kullanımı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0,212$; $p<0,05$). Enerji (kcal) ile ilaç kullanımı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,2$; $p<0,05$). Karbonhidrat (g) ile ilaç kullanımı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,226$; $p<0,05$). Karbonhidrat (%) ile ilaç kullanımı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,122$; $p<0,05$). Protein (g) ile ilaç kullanımı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,132$; $p<0,05$). Yağ (g) ile ilaç kullanımı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,129$; $p<0,05$). Yağ (%) ile ilaç kullanımı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=0,116$; $p<0,05$).

Vücut ağırlığı (kg) ile Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0,2$; $p<0,05$). BKİ (kg/m^2) ile Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0,355$; $p<0,05$). Enerji (kcal) ile Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,132$; $p<0,05$). Karbonhidrat (g) ile

Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,165$; $p<0,05$). Karbonhidrat (%) ile Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,158$; $p<0,05$). Yağ (%) ile Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır ($r=0,161$; $p<0,05$).



4. TARTIŞMA

Beslenme değişim süreçleri davranış değişikliği kazanmaya çalışan bireylerin süreç boyunca sağlıklı davranışlarını sağlıklı davranışlar ile değiştirmek için hangi metot ve deneyimleri kullandıklarını ve verdikleri tepkileri anlamamıza yardımcı olur (Erol ve Ergün, 2016; Ünver, 2019). Değişim süreçleri olumlu davranış değişim yolculuğu boyunca bireylere rehberlik etmektedir (Menekli, 2013; Cangöl, 2016). Çalışmamızın amacı, yetişkin bireylerde diyet uygulamaya yönelik beslenme davranış değişikliği modelinin beslenme durumu ve antropometrik ölçümler ile ilişkisinin değerlendirilmesidir.

4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Araştırmaya katılan bireylerin %50' sini kadınlar ve %50' sini erkekler olmak üzere toplamda 400 yetişkin birey oluşturmaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların toplamda %43' ü evli olduğu ve kadınların %41,5' i, erkeklerin %44,5' i evli olduğu saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 3.1). Yapılan bir çalışmada kadınların %59,0' u, erkeklerin % 79,0' unun evli olduğu bulunmuş olup bizim çalışmamızda evli kadın ve erkeklerin oranının daha düşük olduğu görülmüştür (Kurtgil, 2020).

Katılımcıların %8,25' i ilköğretim, %14,75' i lise, %73,5' i üniversite, %3,5'i yüksek lisans/doktora mezunudur ($p>0,05$) (Tablo 3.1). Kahramanmaraş merkezde yaşayan 551 yetişkin katılımcı ile yapılan bir çalışmada eğitim düzeylerine bakıldığında katılımcıların %8,9' u ilköğretim, %22,9' u lise, %50,8'i üniversite, %8,5' i yüksek lisans/doktora mezunu olduğu görülmüştür (Hatunoğlu ve Başar, 2023).

Çalışmamızda kadınların %32,5' i ve erkeklerin %15,5' i doktor tarafından hastalık tanısı konulduğu ve hastalığa bağlı ilaç kullanımı kadınlarda %23,5 ve erkeklerde %11,0 olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 3.2). Yapılan bir çalışmada, hastalık

tanısı konulanların oranı kadınlarda %19,3, erkeklerde %7,0 ve ilaç kullanımı kadınlarda %23,5, erkeklerde %8,1 olarak bulunmuş olup bizim çalışmamızda kadınlarda ve erkeklerde hastalık tanısı olanların oranının daha yüksek olduğu fakat ilaç kullanımı oranlarının bizim çalışmamızla paralel sonuçlar olduğu görülmüştür (Güzel Atlıhan, 2022).

Çalışmamızda kadınların %29,5' i ve erkeklerin %52,0' sinin sigara kullandığı saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 3.2). Yapılan çalışmada kadınların %29,1' i, erkeklerin %36,8' inin sigara kullandığı bildirilmiş ve kadınların sigara tüketimleri bizim çalışmamızla benzer sonuçlar göstermektedir (Öksüzoğlu, 2021).

Çalışmamızda kadınların %9,5' i ve erkeklerin %16,5' inin alkol kullandığı saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 3.2). Yapılan çalışmada kadınların %12,1' i, erkeklerin %22,7' sinin alkol kullandığı bildirilmiş ve bizim çalışmamızda kadın ve erkeklerde alkol tüketim oranları daha düşük olduğu görülmüştür (Öksüzoğlu, 2021). Alkol tüketiminin kadın ve erkeklerde daha düşük bulunmasının sebebi toplumsal ve kültürel farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların toplamda %37,75' inin diyet geçmişi olduğu ve diyet geçmişi olanların %48,0' ini kadınlar, %27,5 'ini erkeklerin oluşturduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 3.3). Diyet geçmişi olan katılımcıların %25,0' inin 1-4 kez, %5,5' inin 5-10 kez, %6,0' sının 10 dan fazla diyet yaptığı saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo3.3). Yapılan bir çalışmada katılımcıların %20,4' ünün diyet geçmişinin olduğu ve kadınların %28,3'ünün, erkeklerin ise %15,4' ünün diyet geçmişi olduğu bildirilmiştir (Öksüzoğlu, 2021). Yapılan çalışmada diyet geçmişi olan kadınların erkeklere oranla daha yüksek bulunması bizim çalışma bulgularımızla paralellik gösterirken, çalışmamızda toplam diyet geçmişi olan katılımcıların Öksüzoğlu' nun çalışmasına göre daha yüksek bulunmasının sebebi yaptığımız çalışmada katılımcıların tüm diyet geçmişinin sorgulanmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Öksüzoğlu, 2021). Yapılan başka bir çalışmada katılımcıların %70,2' sinin diyet geçmişi olduğu bildirilmiştir (Başakcı, 2019). Bizim çalışmamızda diyet geçmişinin daha düşük çıkmasının sebebi

katılımcılarımızın obez bireyler gibi spesifik bir popülasyondan oluşmamasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda kadınların %28,0' ı ve erkeklerin %40,0' ı düzenli fiziksel aktivite yaptığı saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 3.4). Katılımcıların fiziksel aktivite süresi ortalamaları kadınlarda $145,6 \pm 91,17$ dk/hafta ve erkeklerde $296,56 \pm 190,97$ dk/hafta olarak bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 3.5). Yetişkin bireyler ile yürütülen bir çalışmada kadınların %30,0' u erkeklerin %34,0' ünün düzenli fiziksel aktivite yaptığı bulunmuş olup düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların oranı bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir (Pehlivan, 2015).

Çalışmamızda kadınların çoğunlukla 2 ana öğün ve 2 ara öğün tükettiği, erkeklerin ise çoğunlukla 3 ana öğün ve 1 ara öğün tükettiği saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 3.6). Yapılan çalışmada kadın ve erkeklerin çoğunlukla 3 ana öğün ve 1 ara öğün tükettikleri bulunmuş olup erkeklerin beslenme alışkanlıklarının bizim çalışmamızla benzer sonuçlar göstermiştir (Öksüzoğlu, 2021). Beslenme alışkanlıklarının kadınlarda farklılık göstermesinin sebebi yapılan çalışma grubunun beyaz yakalı çalışan bireylerden oluşması ve çalışan bireylerin iş yerlerinde düzenli yemek çıkmasından kaynaklanabileceği olarak düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların %36,5'i ve erkeklerin % 22,0' si öğün atladığını ve hem kadınlarda hem de erkeklerde en sık atlanılan öğünün kahvaltı olduğu saptanmıştır (Tablo 3.6). Yetişkin bireyler ile yürütülen bir çalışmada kadınların %36,4' ü ve erkeklerin % 25,8' i öğün atladığını ve hem kadınlarda hem de erkeklerde en sık atlanılan öğünün öğle yemeği olduğu belirtilmiştir (Sopalı, 2019).

Çalışmamızda katılımcıların yaş ortalamaları kadınlarda $29,43 \pm 8,99$ yıl, erkeklerde $30,4 \pm 10,95$ yıl bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 3.7). Çalışmamızda katılımcıların vücut ağırlığı ortalamaları kadınlarda $65,96 \pm 14,6$ kg, erkeklerde ise $82,01 \pm 14,35$ kg saptanmıştır (Tablo 3.7). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırmalarına (TBSA) katılan 19-64 yaş grubu 9506 katılımcı ile yürütülen çalışmanın verilerine göre vücut ağırlığı ortalaması kadınlarda, $71,6 \pm 15,82$ kg

erkeklerde ise 81.2 ± 15.34 kg olarak bulunmuş olup erkeklerin vücut ağırlığı ortalamaları bizim çalışmamızla benzer sonuçlar göstermiştir (TBSA, 2019).

Çalışmamızda katılımcıların BKİ ortalamaları kadınlarda $24,54 \pm 5,39$ kg/m² BKİ sınıflamasına göre normal iken erkeklerde $26,05 \pm 4,36$ kg/m² BKİ sınıflamasına göre fazla kilolu olduğu bulunmuştur (Tablo3.7). Kahramanmaraş merkezde yürütülen bir çalışmada BKİ ortalamaları kadınlarda $25,9 \pm 5,38$ kg/m² iken erkeklerde $27,18 \pm 4,17$ kg/m² olarak görülmüştür (Hatunoğlu ve Başar, 2023). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırmalarına (TBSA) katılan 19-64 yaş grubu 9503 katılımcı ile yürütülen çalışmanın verilerine göre BKİ ortalaması kadınlarda $28,8 \pm 6,92$ kg/m² iken erkeklerde $27,3 \pm 5,21$ kg/m² olarak bulunmuştur (TBSA, 2019). Yapılan başka bir çalışmada BKİ ortalamaları kadınlarda $23,6 \pm 3,51$ kg/m² iken erkeklerde $26,2 \pm 3,73$ kg/m² olarak bulunmuş olup kadın ve erkeklerin BKİ ortalamaları bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir (Öksüzoğlu, 2021). Yapılan çalışmalar BKİ sınıflamasına göre erkeklerin fazla kilolu olduğu sonuçları bizim çalışma bulgularımızla paralellik göstermektedir (TBSA, 2019; Öksüzoğlu, 2021; Hatunoğlu ve Başar, 2023).

Çalışmamızda katılımcıların bel çevresi ortalamaları kadınlarda $83,19 \pm 15,45$ cm iken erkeklerde $94,68 \pm 13,42$ cm ve kalça çevresi ortalamaları kadınlarda $103,99 \pm 11,18$ cm, erkeklerde $104,43 \pm 8,4$ cm bulunmuştur (Tablo 3.7). Çalışma bulgularımıza göre bel/kalça oranları kadınlarda $0,8 \pm 0,11$ ve erkeklerde $0,9 \pm 0,07$ olarak saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada, 183 kadın, 117 erkek toplamda 300 katılımcının bel çevresi ortalamaları kadınlarda $85,6 \pm 12,51$ cm, erkeklerde $97,8 \pm 8,96$ cm, kalça çevresi ortalamaları kadınlarda $100,5 \pm 7,97$ cm, erkeklerde ise $104,9 \pm 7,11$ cm ve bel/kalça oranları kadınlarda $0,8 \pm 0,09$, erkeklerde $0,9 \pm 0,06$ olarak bulunmuştur (Öksüzoğlu, 2021). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırma (TBSA) verilerine göre 19-64 yaş grubu katılımcıların bel çevresi ortalaması kadınlarda $90,2 \pm 15,5$ cm, erkeklerde $95 \pm 12,93$ cm, kalça çevresi ortalaması kadınlarda $106,6 \pm 12,43$ cm, erkeklerde $103,6 \pm 8,7$ cm ve bel/kalça oranı kadınlarda $0,84 \pm 0,08$ iken erkeklerde $0,91 \pm 0,07$ bulunmuştur (TBSA, 2019). Yapılan çalışmalar bizim

Çalışma bulgularımızla paralel olarak kadınlarda ve erkeklerde bel/kalça oranı risk değerleri normal bulunmuştur (kszoğlu, 2021).

4.2. KATILIMCILARIN CİNSİYETE GÖRE BESLENME DEğİşİM SÜREÇLERİ ÖLÇEK ALT BOYUT PUANLARI ARASINDAKİ İLİşKİNİN TARTIşILMASI

Bu bölümde, katılımcıların cinsiyetlerine göre Beslenme Değişim Süreçleri Ölçek alt boyut puanları incelenmiştir. Elde edilen bulgular, cinsiyetin beslenme davranışlarını ve değişim süreçlerini etkileyen önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Bu durum, Prochaska ve DiClemente'nin Transteoretik Modeli ve daha sonraki çalışmaların vurguladığı gibi, bireylerin sağlıkla ilgili davranış değişiminde cinsiyetin önemli bir değişken olduğunu desteklemektedir (Prochaska ve DiClemente, 1982; Prochaska ve Velicer, 1997). Ölçek alt boyutları incelendiğinde uyaran kontrolü hariç, kadın ve erkek katılımcılar arasında anlamlı farklılıklar görölmüştür. Çalışmamızda cinsiyete göre BDSÖ puan ortancaları kadınlarda 94, erkeklerde 82,5 bulunmuş ve kadın katılımcıların erkeklere göre daha yüksek BDSÖ puanlarına sahip oldukları görölmüştür ($p<0,05$) (Tablo 3.9).

Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada BDSÖ puan ortanca değerleri bizim çalışmamıza paralel olarak kadınlarda (94,5) erkeklere (91) göre daha yüksek bulunmuştur (Hamurcu, 2023). Rekreasyon amaçlı fitness yapan 561 erkek, 489 kadın olmak üzere 1050 katılımcı ile yapılan bir çalışmada BDSÖ alt boyut puanları cinsiyete göre incelendiğinde bizim çalışmamızla paralel olarak kadın katılımcıların alt boyut puanları erkeklerden daha yüksek bulunmuştur (Özer, 2017). Beyaz yakalı çalışanlar üzerinde yapılan 183 erkek, 117 kadın toplamda 300 katılımcı ile yürütölen bir çalışmada BDSÖ toplam puan ortalaması kadınlarda 93.5 ± 30.33 , erkeklerde ise 78.1 ± 25.59 olarak bulunmuştur ($p<0,05$) (kszoğlu, 2021). Çalışma sonuçları bizim çalışmamıza paralel olarak BDSÖ toplam puanları kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu görölmüştür (Hamurcu, 2023; kszoğlu, 2021; Özer, 2017).

Bireylerin beslenme değişim süreçleri alt boyutu olan bilinç düzeyinde artış ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görölmüşür ($p<0,05$) (Tablo 3.9). Katılımcıların puan ortanca değerlerine bakıldığında kadınların erkeklere göre daha yüksek ortanca değerine sahip oldukları görölmüşür. Araştırma bulgularımıza göre kadın ve erkek katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görölmesinin sebebi kadınların meraklı ve araştırmacı karakterleri doğrultusunda sağlıklı beslenme hakkında yeni bilgi arayış isteklerinin erkeklere oranla daha yüksek olmasından kaynaklanabilir.

Bireylerin beslenme değişim süreçleri alt boyutu olan çevreyi yeniden değerlendirme ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görölmüşür ($p<0,05$) (Tablo 3.9). Katılımcıların puan ortanca değerlerine bakıldığında kadınların erkeklere göre daha yüksek ortanca değerine sahip oldukları görölmüşür. Araştırma bulgularımıza göre kadın ve erkek katılımcıların alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görölmesinin sebebi kadınların sosyal çevreyi değerlendirirken bilişsel, duygusal ve empati kurma becerilerinin erkeklere göre daha yüksek olmasından kaynaklanabilir.

Bireylerin beslenme değişim süreçleri alt boyutu olan dramatik yardım/duygusal canlandırma ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görölmüşür ($p<0,05$) (Tablo 3.9). Katılımcıların puan ortanca değerlerine bakıldığında kadınların erkeklere göre daha yüksek ortanca değerine sahip oldukları görölmüşür. Araştırma bulgularımıza göre kadın ve erkek katılımcıların alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görölmesinin sebebi kadınların duygusal içerikli mesajlara/kampanyalara erkeklere oranla daha hassas tepkiler vermesinden kaynaklanabilir.

Bireylerin beslenme değişim süreçleri alt boyutu olan kendi kendini yeniden değerlendirme ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görölmüşür ($p<0,05$) (Tablo 3.9). Katılımcıların puan ortanca değerlerine bakıldığında kadınların erkeklere göre daha yüksek ortanca değerine sahip oldukları görölmüşür. Araştırma bulgularımıza göre kadın ve erkek katılımcıların alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görölmesinin sebebi kadınların

erkeklere oranla yüksek sorumluluk almaları ve yüksek empati yetenekleri sayesinde sağlıklı beslenme konusunda kendilerini daha iyi değerlendirebildikleri şeklinde yorumlanabilir.

Bireylerin beslenme değişim süreçleri alt boyutu olan sosyal serbestlik/özgürlük ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 3.9). Katılımcıların puan ortanca değerlerine bakıldığında kadınların erkeklere göre daha yüksek ortanca değerine sahip oldukları görülmüştür. Araştırma bulgularımıza göre kadın ve erkek katılımcıların alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmesinin sebebi sosyal, kültürel, hormonal ve yapısal faktörlerin kadın ve erkeklerde farklılık göstermesinden kaynaklanabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Bireylerin beslenme değişim süreçleri alt boyutu olan karşıt/zıt durum ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 3.9). Katılımcıların puan ortanca değerlerine bakıldığında kadınların erkeklere göre daha yüksek ortanca değerine sahip oldukları görülmüştür. Araştırma bulgularımıza göre kadın ve erkek katılımcıların alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmesinin sebebi kadınların öğrenme, karar verme stratejilerini erkeklere oranla daha fazla kullanarak sağlıksız beslenme davranışını sağlıklı olan ile değiştirme konusunda daha etkin olabilecekleri yönünde yorumlanabilir.

Bireylerin beslenme değişim süreçleri alt boyutu olan yardım edici ilişkiler ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 3.9). Katılımcıların puan ortanca değerlerine bakıldığında kadınların erkeklere göre daha yüksek ortanca değerine sahip oldukları görülmüştür. Araştırma bulgularımıza göre kadın ve erkek katılımcıların alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmesinin sebebi kadınların iletişim kurma ve kendilerini net olarak ifade etme becerilerinin erkeklere oranla yüksek olması sebebiyle kadınların dışarıdan yardım isteme ve yardımı kabul etme eğilimleri daha fazladır şeklinde yorumlanabilir.

Bireylerin beslenme değişim süreçleri alt boyutu olan güçlendirme yöntemi ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görölmüştür ($p<0,05$) (Tablo 3.9). Katılımcıların puan ortanca değerlerine bakıldığında kadınların erkeklere göre daha yüksek ortanca değerine sahip oldukları görölmüştür. Araştırma bulgularımıza göre kadın ve erkek katılımcıların alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görölmesinin sebebi kadın ve erkek arasındaki yapısal ve genetik özellik farklılıklarından kaynaklanabileceği olarak yorumlanabilir.

Bireylerin beslenme değişim süreçleri alt boyutu olan kendi kendini özgürleştirme ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görölmüştür ($p<0,05$) (Tablo 3.9). Katılımcıların puan ortanca değerlerine bakıldığında kadınların erkeklere göre daha yüksek ortanca değerine sahip oldukları görölmüştür. Araştırma bulgularımıza göre kadın ve erkek katılımcıların alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görölmesinin sebebi kadınların karar verme ve öz bakım yeteneklerinin erkeklerden daha yüksek olması ve cinsiyetler arası sosyal, kültürel farklılıklardan kaynaklandığı şeklinde yorumlanabilir.

Bireylerin beslenme değişim süreçleri alt boyutu olan uyaran kontrolü ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görölmüştür ($p>0,05$) (Tablo 3.9). Katılımcıların puan ortanca değerlerine bakıldığında kadınlar ile erkeklerin aynı ortanca değerine sahip oldukları görölmüştür.

Bireylerin beslenme değişim süreçleri alt boyutu olan kişiler arası sistem kontrolü ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görölmüştür ($p<0,05$) (Tablo 3.9). Katılımcıların puan ortanca değerlerine bakıldığında kadınların erkeklere göre daha yüksek ortanca değerine sahip oldukları görölmüştür. Araştırma bulgularımıza göre kadın ve erkek katılımcıların alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görölmesinin sebebi kadınların ilişki kontrolü sağlamada sosyal bağ kurma, sıcakkanlı karakterleri ve iletişim becerilerinin erkeklere oranla daha yüksek olmasından kaynaklandığı şeklinde yorumlanabilir.

Bireylerin beslenme değişim süreçleri alt boyutu olan ilaç kullanımı ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görölmüştür ($p<0,05$) (Tablo 3.9). Katılımcıların puan değerlerine bakıldığında kadınların erkeklere göre daha yüksek puana sahip oldukları görölmüştür. Araştırma bulgularımıza göre kadın ve erkek katılımcıların alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görölmesinin sebebi kadınların dış görünüş ve estetiğe erkeklere oranla daha fazla önem vermelerinden dolayı kilo verme veya sağlıklı beslenme konusunda ilaç kullanım eğilimlerinin fazla olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

4.3. KATILIMCILARIN EğİTİM DURUMUNA GÖRE BESLENME DEğİŞİM SÜREÇLERİ ÖLÇEK ALT BOYUT PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI

Eğitim düzeyi, bireylerin beslenme bilgisi, sağlıkla ilgili farkındalık ve sağlıklı beslenme davranışları geliştirmedeki yetenekleri üzerinde önemli bir rol oynamaktadır (Rakıcıoğlu ve Acar Tek, 2017). Araştırmalar, daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin genellikle daha sağlıklı beslenme alışkanlıklarına sahip olduğunu göstermektedir (Kayısoğlu ve İçöz, 2012; Özenoğlu ve Gün, 2021).

Çalışmamızda elde edilen bulgular, farklı eğitim seviyelerine sahip katılımcılar arasında BDSÖ puanlarına ilişkin istatistiksel olarak önemli farklılıklar olmadığını göstermektedir ($p>0,05$) (Tablo 3.10).

Özer'in yaptığı çalışmada katılımcıların eğitim düzeyleri ile beslenme değişim süreçleri alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmadığı bildirilmiştir (Özer, 2017). Özer' in çalışma bulguları bizim çalışma bulgularımızla benzer sonuçlar göstermektedir.

Bizim çalışmamızın diğer çalışmalardan farklı olarak eğitim düzeyi ile BDSÖ puanları arasında ilişki bulunmamasının sebebi bireylerin sahip oldukları bilgi düzeyinin sağlıklı beslenme davranışını geliştirmede etkili olarak kullanılmamasından, bireylerin besin tercihi yaparken eğitim düzeyine göre değil

besinin tat, doku veya kokusuna göre tercih etmesi ya da televizyon, sosyal medya, internet gibi bilgi kaynaklarına tüm bireylerin ulaşımının kolay olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Çalışma bulgularımıza göre bireylere sağlıklı davranış değişimini kazandırmak amacıyla bireylerin hangi aşamada olduklarını tespit edilmesinde kullanılan BDSÖ ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür.

4.4. KATILIMCILARIN DİYET GEÇMİŞİNE GÖRE BESLENME DEĞİŞİM SÜREÇLERİ ÖLÇEK ALT BOYUT PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI

Bu bölümde, katılımcıların diyet geçmişine göre beslenme değişim süreçleri ölçek alt boyut puanları incelenmiştir. Elde edilen bulgular, diyet geçmişinin beslenme davranışlarını ve değişim süreçlerini etkileyen önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda BDSÖ toplam puan ortancaları diyet geçmişi olanlarda 110, diyet geçmişi olmayanlarda 77 bulunmuştur. Katılımcıların diyet geçmişine göre BDSÖ puanları karşılaştırıldığında diyet geçmişi olan katılımcıların diyet geçmişi olmayanlara göre daha yüksek BDSÖ toplam puan ortancasına sahip oldukları görülmüştür ($p < 0,05$) (Tablo 3.11).

Bireylerin beslenme değişim süreçleri alt boyutu olan bilinç düzeyinde artış ile diyet geçmişi değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p < 0,05$) (Tablo 3.11). Katılımcıların puan ortanca değerlerine bakıldığında diyet geçmişi olanların olmayanlara göre daha yüksek ortanca değerine sahip oldukları görülmüştür. Diyet yapan katılımcıların sağlıklı davranış değişimi için daha olumlu olmasının sebebi düşük beden algısından kurtulmak için yeni bilgi arayışında daha istekli olmaları şeklinde yorumlanabilir.

Bireylerin beslenme değişim süreçleri alt boyutu olan dramatik yardım/duygusal canlandırma ile diyet geçmişi değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p < 0,05$) (Tablo 3.11). Katılımcıların puan ortanca değerlerine bakıldığında diyet geçmişi olanların olmayanlara göre daha yüksek ortanca

değerine sahip oldukları görülmüştür. Diyet yapan katılımcıların sağlıklı davranış değişimi için daha olumlu olmasının sebebi başarılı veya başarısız deneyimlerinin fazla olması sebebiyle duygusal içerikli mesajlara daha hassas tepkiler vermesi şeklinde yorumlanabilir.

Bireylerin beslenme değişim süreçleri alt boyutu olan çevreyi yeniden değerlendirme ile diyet geçmişi değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 3.11). Katılımcıların puan ortanca değerlerine bakıldığında diyet geçmişi olanların olmayanlara göre daha yüksek ortanca değerine sahip oldukları görülmüştür. Diyet yapan katılımcıların sağlıklı davranış değişimi için daha olumlu olmasının sebebi diyet yapanların sosyal çevreyi değerlendirirken daha fazla geçmiş deneyimleri sonucu daha yüksek empati yapmaları olarak yorumlanabilir.

Bireylerin beslenme değişim süreçleri alt boyutu olan kendi kendini yeniden değerlendirme ile diyet geçmişi değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 3.11). Katılımcıların puan ortanca değerlerine bakıldığında diyet geçmişi olanların olmayanlara göre daha yüksek ortanca değerine sahip oldukları görülmüştür.

Bireylerin beslenme değişim süreçleri alt boyutu olan sosyal serbestlik/özgürlük ile diyet geçmişi değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 3.11). Katılımcıların puan ortanca değerlerine bakıldığında diyet geçmişi olanların olmayanlara göre daha yüksek ortanca değerine sahip oldukları görülmüştür.

Bireylerin beslenme değişim süreçleri alt boyutu olan karşıt/zıt durum ile diyet geçmişi değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 3.11). Katılımcıların puan ortanca değerlerine bakıldığında diyet geçmişi olanların olmayanlara göre daha yüksek ortanca değerine sahip oldukları görülmüştür. Diyet yapan katılımcıların sağlıklı davranış değişimi için daha olumlu olmasının sebebi bireylerin sağlıklı davranışı öğrenme konusunda geçmiş deneyimlerinden yararlandıkları düşünülebilir.

Bireylerin beslenme değişim süreçleri alt boyutu olan yardım edici ilişkiler ile diyet geçmişı değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görölmüşür ($p<0,05$) (Tablo 3.11). Katılımcıların puan ortanca değerlerine bakıldığında diyet geçmişı olanların olmayanlara göre daha yüksek ortanca değerine sahip oldukları görölmüşür.

Bireylerin beslenme değişim süreçleri alt boyutu olan güçlendirme yöntemi ile diyet geçmişı değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görölmüşür ($p<0,05$) (Tablo 3.11). Katılımcıların puan ortanca değerlerine bakıldığında diyet geçmişı olanların olmayanlara göre daha yüksek ortanca değerine sahip oldukları görölmüşür.

Bireylerin beslenme değişim süreçleri alt boyutu olan kendi kendin özgürleştirme ile diyet geçmişı değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görölmüşür ($p<0,05$) (Tablo 3.11). Katılımcıların puan ortanca değerlerine bakıldığında diyet geçmişı olanların olmayanlara göre daha yüksek ortanca değerine sahip oldukları görölmüşür.

Bireylerin beslenme değişim süreçleri alt boyutu olan uyaran kontrolü ile diyet geçmişı değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görölmüşür ($p<0,05$) (Tablo 3.11). Katılımcıların puan ortanca değerlerine bakıldığında diyet geçmişı olanların olmayanlara göre daha yüksek ortanca değerine sahip oldukları görölmüşür.

Bireylerin beslenme değişim süreçleri alt boyutu olan kişiler arası sistem kontrolü ile diyet geçmişı değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görölmüşür ($p<0,05$) (Tablo 3.11). Katılımcıların puan ortanca değerlerine bakıldığında diyet geçmişı olanların olmayanlara göre daha yüksek ortanca değerine sahip oldukları görölmüşür.

Bireylerin beslenme değişim süreçleri alt boyutu olan ilaç kullanımı ile diyet geçmişı değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görölmüşür ($p<0,05$) (Tablo 3.11). Katılımcıların puan ortanca değerlerine bakıldığında diyet

geçmiş olanların olmayanlara göre daha yüksek ortanca değerine sahip oldukları görülmüştür.

4.5. KATILIMCILARIN BKİ GÖRE BESLENME DEĞİŞİM SÜREÇLERİ ÖLÇEK ALT BOYUT PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI

Beden kütle indeksi, bireylerin vücut ağırlığının, boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle hesaplanan ve obezite ile aşırı kilonun sınıflandırılmasında kullanılan bir göstergedir. Bu bağlamda, bulgularımızın, farklı BKİ kategorilerindeki bireylerin beslenme alışkanlıklarının, motivasyonlarının ve beslenme değişim süreçlerinin nasıl farklılaştığını gözlemledik. Özellikle, beslenme değişim süreçleriyle ilgili bulgularımız, bireylerin sağlıklı beslenme alışkanlıklarını benimseme sürecinde hangi aşamada olduklarını ve bu süreçlerin BKİ ile nasıl ilişkilendirildiğini göstermektedir.

Araştırmamızda elde ettiğimiz bulgular, BKİ kategorilerine göre beslenme değişim süreçlerinin farklılıklarını ortaya koymuştur. Çalışmamızda BDSÖ toplam puan ortancaları obezlerde 113,0, fazla kilolularda 90,5, normal kilolularda 80,0, zayıflarda 68,0 olarak bulunmuştur. Katılımcıların beslenme değişim süreçleri toplam puan sonuçları incelendiğinde obez katılımcıların zayıf kilolu katılımcılara göre daha yüksek BDSÖ toplam puan ortancasına sahip oldukları ve beslenme alışkanlıklarını değiştirmede daha uyumlu oldukları görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 3.12).

Yapılan çalışmada 610 kadın, 183 erkek öğrencinin BKİ değişkenine göre BDSÖ toplam puan ortancaları değerlendirildiğinde obezlerde 108,5, fazla kilolularda 104,0, normal kilolularda 91,0, zayıflarda 71,0 puan aldıkları ve obez öğrencilerin daha yüksek BDSÖ toplam puan ortancasına sahip olduğu bildirilmiştir ($p<0,05$). Bu çalışma bizim çalışma bulgularımızla paralel olarak daha yüksek BKİ' ne sahip bireylerde BDSÖ puanlarının yüksek olduğu bulunmuş ve BKİ ile BDSÖ puanları arasında anlamlı zayıf pozitif korelasyon saptanmıştır (Hamurcu, 2023).

4.6. KATILIMCILARIN CİNSİYETE GÖRE BESİN TÜKETİM VERİLERİNİN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda katılımcıların günlük enerji alımı kadınlarda $1435,81 \pm 551,1$ kkal/gün ve erkeklerde $2277,5 \pm 957,24$ kkal/gün olarak saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 3.13). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırma (TBSA) verilerine göre 19-64 yaş grubu katılımcıların günlük enerji alımı kadınlarda 1657.6 ± 569.58 kkal/gün, erkeklerde 2249 ± 760.9 kkal/gün olarak bulunmuş olup erkek katılımcıların günlük enerji alım düzeyleri bizim çalışma bulgularımızla benzerlik gösterirken kadın katılımcılarımızın günlük enerji alım düzeyleri daha düşük bulunmuştur (TBSA, 2019).

Çalışmamızda katılımcıların günlük protein (%) alımı kadınlarda $15,41 \pm 4,1$ ve erkeklerde $16,22 \pm 4,73$ olarak saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 3.13). Yapılan bir çalışmada günlük protein (%) alımı kadınlarda $15,5 \pm 4,1$ ve erkeklerde $17,0 \pm 4,3$ olarak bulunmuş olup kadın ve erkek katılımcıların günlük protein (%) alımları bizim çalışma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir (Yılmaz, 2023).

Çalışmamızda katılımcıların günlük yağ (%) alımı kadınlarda $40 \pm 9,06$ ve erkeklerde $36,74 \pm 8,16$ olarak saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 3.13). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırma (TBSA) verilerine göre 19-64 yaş grubu katılımcıların günlük yağ (%) alımı kadınlarda $35,6 \pm 7,91$ ve erkeklerde $33,5 \pm 7,99$ olarak bulunmuş olup bizim çalışmamızda hem kadın hem de erkeklerde yağ alım yüzdeleri daha yüksek bulunmuştur (TBSA, 2019). Bunun sebebi yemek kültürü farklılıklarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların günlük karbonhidrat (%) alımı kadınlarda $44,66 \pm 9,94$ ve erkeklerde $46,7 \pm 9,98$ olarak saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 3.13). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırma (TBSA) verilerine göre 19-64 yaş grubu katılımcıların günlük karbonhidrat (%) alımı kadınlarda $49,6 \pm 8,97$ ve erkeklerde $50,7 \pm 9,22$ olarak bulunmuş olup bizim çalışmamızda hem kadın hem de erkeklerde karbonhidrat (%) alımları daha düşük bulunmuştur (TBSA, 2019).

Çalışmamızda katılımcıların günlük posa alımı kadınlarda $15,98 \pm 7,31$ g/gün ve erkeklerde $23,73 \pm 11,37$ g/gün olarak saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 3.13). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırma (TBSA) verilerine göre 19-64 yaş grubu katılımcıların günlük posa alımı kadınlarda $20,6 \pm 8,65$ ve erkeklerde $24,6 \pm 10,95$ olarak bulunmuş olup bizim çalışmamızda hem kadın hem de erkeklerde posa alım miktarları daha düşük bulunmuştur (TBSA, 2019). Bunun sebebi yemek kültüründeki farklılıklardan kaynaklanabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda katılımcıların günlük su tüketimi kadınlarda $1,48 \pm 0,92$ L ve erkeklerde $1,75 \pm 1,09$ L olarak saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 3.13). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırma (TBSA) verilerine göre 19-64 yaş grubu katılımcıların günlük su tüketimi kadınlarda $1,42 \pm 0,86$ L, erkeklerde $1,76 \pm 1,03$ L olarak bulunmuş olup bizim çalışma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir (TBSA, 2019).

4.7. KATILIMCILARIN BESİN TÜKETİM SIKLIKLARININ TARTIŞILMASI

Çalışmamızda katılımcıların en sık beyaz ekmek ve türleri, zeytinyağı, şeker, peynir çeşitleri, taze meyveler, ayran, taze sebzeler, yoğurt, pirinç/bulgur/makarnayı tükettikleri ve katılımcıların çoğunlukla hindi, kefir, hazır çorba, sakatatlar, kahvaltılık tahıl ürünleri, kepekli ekmek türleri, margarini hiç tüketmedikleri saptanmıştır (Tablo 3.15). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırma (TBSA) verilerine göre 19-64 yaş grubu katılımcıların en sık peynir, beyaz ekmek, ayçiçek yağı, şeker, taze meyveler, taze sebzeler, yoğurt-ayran tükettikleri ve katılımcıların çoğunlukla kefir, kahvaltılık tahıllar, hindi eti, hazır çorba, margarin, kepekli ekmek türleri, cips, sakatatları hiç tüketmedikleri bulunmuş olup katılımcıların sık tükettikleri ve hiç tüketmedikleri besinlerin bizim çalışmamıza sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir (TBSA, 2019).

4.8. KATILIMCILARIN BESİN TÜKETİM VERİLERİ VE VÜCUT ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERİ İLE BESLENME DEĞİŞİM SÜREÇLERİ ÖLÇEK ALT BOYUT PUANLARI ARASINDAKİ KORELASYONUNUN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda katılımcıların enerji alımları ile BDSÖ toplam puanı ve bazı alt boyut puanları (bilinç düzeyinde artış, dramatik yardım/duygusal canlandırma, kendi kendini yeniden değerlendirme, yardım edici ilişkiler, kendi kendini özgürleştirme, ilaç kullanımı) arasında anlamlı negatif zayıf korelasyon olduğu saptanmıştır (Tablo 3.16). Yapılan bir çalışmada bizim çalışma bulgularımızla paralel olarak BDSÖ puanları yüksek olan bireylerde enerji alımının daha düşük olduğu bulunmuş fakat bizim çalışmamızdan farklı olarak enerji alımı ile BDSÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Öksüzoğlu, 2021).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırma (TBSA) verilerine göre 19-64 yaş grubu katılımcıların günlük protein (%) alımı kadınlarda 14.8 ± 3.32 , erkeklerde ise 15.4 ± 3.43 bulunmuş olup çalışma bulgularımızla benzer sonuçlar görülmüştür (Tablo 3.16) (TBSA, 2019). Çalışmamızda katılımcıların protein alım yüzdeleri ile kendi kendini yeniden değerlendirme ve kendi kendini özgürleştirme BDSÖ alt boyut puanları arasında anlamlı pozitif zayıf korelasyon saptanmıştır (Tablo 3.16). Yapılan bir çalışmada bizim çalışma bulgularımızla paralel olarak BDSÖ puanları yüksek olan bireylerde protein (%) alımının daha yüksek olduğu bulunmuştur fakat bizim çalışmamızdan farklı olarak protein (%) alımı ile BDSÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Öksüzoğlu, 2021).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırma (TBSA) verilerine göre 19-64 yaş grubu katılımcıların günlük karbonhidrat (g) alımı kadınlarda 201.8 ± 80.32 g/gün, erkeklerde 279.7 ± 111.16 g/gün bulunmuş olup çalışmamıza katılan kadın katılımcıların günlük karbonhidrat alımı daha düşük bulunmuştur (TBSA, 2019). Bunun sebebi çalışmamızda ki kadın katılımcıların büyük kısmının (%54,0) ideal BKİ sahip olması olarak yorumlanabilir (Tablo 3.8). Çalışmamızda katılımcıların karbonhidrat (g) alımları ile BDSÖ toplam puanı ve bazı alt boyut puanları (bilinç düzeyinde artış, dramatik yardım/duygusal canlandırma, kendi kendini yeniden

değerlendirme, sosyal serbestlik, yardım edici ilişkiler, güçlendirme yöntemi, kendi kendini özgürleştirme, kişiler arası sistem kontrolü, ilaç kullanımı) arasında anlamlı negatif zayıf korelasyon olduğu saptanmıştır (Tablo 3.16). Yapılan bir çalışmada bizim çalışma bulgularımızla paralel olarak BDSÖ puanları yüksek olan bireylerde karbonhidrat (g) alımının daha düşük olduğu bulunmuştur fakat bizim çalışmamızdan farklı olarak karbonhidrat (g) alımı ile BDSÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Öksüzoğlu, 2021).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırma (TBSA) verilerine göre 19-64 yaş grubu katılımcıların günlük yağ (%) alımı kadınlarda 35.6 ± 7.91 , erkeklerde ise 33.5 ± 7.99 bulunmuş olup bizim çalışma bulgularımıza göre günlük yağ alım yüzdelerinden daha düşük olduğu saptanmıştır (TBSA, 2019). Çalışma bulgularımıza göre günlük yağ tüketim yüzdesinin daha yüksek görülmesinin sebebi çalışmayı yaptığımız bölgenin yemek kültüründen kaynaklanabileceği olarak yorumlanabilir. Çalışmamızda katılımcıların protein alım yüzdeleri ile BDSÖ toplam puanı ve bazı alt boyut puanları (bilinç düzeyinde artış, dramatik yardım/duygusal canlandırma, kendi kendini yeniden değerlendirme, yardım edici ilişkiler, güçlendirme yöntemi, kendi kendini özgürleştirme, kişiler arası sistem kontrolü, ilaç kullanımı) arasında anlamlı pozitif zayıf korelasyon saptanmıştır (Tablo 3.16).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma Kahramanmaraş Merkezde yaşayan yetişkin bireylerde diyet uygulamaya yönelik beslenme davranış değişikliği modelinin beslenme durumu ve antropometrik ölçümler ile ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır ve çalışma sonuçları aşağıda özetlenmiştir.

- Katılımcıların %50' si kadın (n=200), %50' si (n=200) erkek olmak üzere çalışma toplamda 400 yetişkin birey ile yürütülmüştür. Katılımcıların yaş ortalamaları kadınlarda $29,43 \pm 8,99$ yıl, erkeklerde $30,4 \pm 10,95$ yıl bulunmuştur.
- Kadın katılımcıların %58,5'i, erkek katılımcıların ise %55,52' si evlidir. Katılımcıların medeni durumları ile cinsiyetleri arasında önemli bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Katılımcıların %8,25' i ilköğretim, %14,75' i lise, %73,5' i üniversite, %3,5'i yüksek lisans/doktora mezunudur. Katılımcıların eğitim durumları ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Doktor tarafından tanısı konulmuş bir hastalığı olan kadınların (%32,5) oranı erkeklere (%15,5) göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcıların %8,25'i alerji/astım, %5,0' i tiroid, %3' ü diyabet, %3,0' ü tansiyon hastasıdır.
- Katılımcıların %62,25' inin diyet geçmişi olmadığı bulunmuştur. Kadınların diyet geçmişi erkeklere oranla daha yüksektir ($p<0,05$).
- Katılımcıların %40,75' i, kadınların %29,5' i, erkeklerin %52,0' si sigara tükettiğini belirtmiştir. Erkeklerin sigara tüketimi kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

- Katılımcıların %13,0' ü, kadınların %9,5' i, erkeklerin %16,5' i alkol tüketmektedir. Erkeklerin alkol tüketimi kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).
- Katılımcıların %34,0' ü, kadınların %28,0' i, erkeklerin %40,0' ı düzenli fiziksel aktivite yapmaktadır. Erkeklerin düzenli fiziksel aktivite yapma oranları kadınlara oranla daha yüksektir ($p<0,05$). Fiziksel aktivite süresi ortalamaları kadınlarda 120 dk/hafta, erkeklerde 260 dk/hafta' dır.
- Katılımcıların vücut ağırlığı ortalamaları kadınlarda $65,96 \pm 14,6$ kg, erkeklerde ise $82,01 \pm 14,35$ kg bulunmuştur ($p<0,05$). Erkekler kadınlara oranla daha yüksek vücut ağırlığına sahiptir.
- Katılımcıların BKİ sınıflamasına göre %4,25 zayıf, %46,25 normal, %33,5 hafifi kilolu ve %16,0 obez' dir. Katılımcıların BKİ ortalamaları kadınlarda $24,54 \pm 5,39$ kg/m², erkeklerde $26,05 \pm 4,36$ kg/m² ve erkeklerin BKİ ortalamaları kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).
- Katılımcıların bel çevresi ortalamaları kadınlarda $83,19 \pm 15,45$ cm, erkeklerde $94,68 \pm 13,42$ cm ve kalça çevresi ortalamaları kadınlarda $103,99 \pm 11,18$ cm, erkeklerde $104,43 \pm 8,4$ cm bulunmuştur. Kadın ve erkeklerde bel çevreleri riskli bulunmuştur.
- Katılımcıların bel/kalça oranı ortalamaları kadınlarda $0,8 \pm 0,11$, erkeklerde $0,9 \pm 0,07$ olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Bel/kalça oranları kadınlarda normal, erkeklerde riskli bulunmuştur.
- Katılımcıların BDSÖ puan ortancaları kadınlarda 94,0, erkeklerde 82,5 bulunmuştur. Kadın katılımcıların BDSÖ puanları erkeklere göre daha yüksektir ($p<0,05$).
- Katılımcıların BDSÖ puanları ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

- Beslenme değişim süreçleri toplam puanları diyet geçmişı olan katılımcılarda 110,0, diyet geçmişı olmayan katılımcılarda 77,0 bulunmuştur ve diyet geçmişı ile BDSÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Diyet geçmişı olan katılımcıların diyet geçmişı olmayanlara göre daha yüksek BDSÖ toplam puan ortancasına sahip oldukları görölmüştür ($p < 0,05$).
- Obez katılımcıların zayıf kilolu katılımcılara göre daha yüksek BDSÖ puanına sahip oldukları ve beslenme alışkanlıklarını değiştirmede daha uyumlu oldukları görölmüştür ($p < 0,05$). BKİ ile BDSÖ puanları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır ($r:0,355$, $p < 0,05$).
- Katılımcıların BDSÖ puanları ile günlük enerji ve karbonhidrat tüketimleri arasında negatif yönlü korelasyon bulunmuştur. Karbonhidrat ve enerji tüketimleri yüksek olan katılımcıların BDSÖ puanları düşük bulunmuştur (karbonhidrat (g); $r:-0,165$, $p < 0,05$, enerji (kkal); $r:-0,132$, $p < 0,05$).
- Katılımcıların BDSÖ puanları ile günlük yağ tüketim yüzdeleri arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Yağ tüketim yüzdeleri yüksek katılımcıların BDSÖ puanları yüksek bulunmuştur ($r:0,161$, $p < 0,05$).
- Beslenme değişim süreçleri ölçeği ile katılımcıların protein ve lif tüketimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (protein (g); $r:-0,075$, $p > 0,05$, lif (g); $r:-0,028$, $p > 0,05$).

Sonuç olarak diyet uygulamaya yönelik beslenme davranış değişikliği modelinin beslenme durumu ve antropometrik ölçümler ile ilişkisi olduğu bulunmuştur. Özellikle yüksek BKİ, diyet geçmişı olan ya da kadın cinsiyete sahip bireylerin sağlıklı davranışlarında olumlu değişim sağlama durumlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bireylerin davranış değişimine ne kadar uyumlu olduklarını anlamak, zorlandıkları aşamaları tespit etmek ve kazandıkları sağlıklı davranışı sürdürmelerini sağlamak konusunda beslenme değişim süreçleri ölçeğinin sağlık

profesyonelleri tarafından pratik uygulamalar ve klinik çalışmalarda kullanılması nerilmektedir. Değişim süreçleri ile beslenme arasındaki ilişkinin tam olarak anlam kazanması için bu alanda yapılacak daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Bu tez çalışması, yetişkin bireylerin diyet uygulamaya yönelik davranış değişikliği modelinin beslenme durumu ve antropometrik ölçümler ile ilişkisi kapsamlı bir şekilde incelemiştir. Çalışmamız bu alanda yapılmış sınırlı sayıdaki çalışmalardan biridir ve bu alanda ki bilgi birikimine önemli katkı sağlamıştır.



KAYNAKÇA

Aaseth, J., & Ellefsen, S. (2021). Diets and Drugs for Weight Loss and Health in Obesity – An Update. *Biomedicine & Pharmacotherapy* 140: 111789.

Adams, J., & White, M. (2003). Are activity promotion interventions based on the transtheoretical model effective? A critical review. *British Journal of Sports Medicine*, 37(2): 106-14.

Adams, K. F., & Schatzkin, A. (2006). Overweight, Obesity, and Mortality in a Large Prospective Cohort of Persons 50 to 71 Years Old. *The New England Journal of Medicine*, Vol: 355, No: 8.

Akın, G. (2018). Sağlıklı ve Kaliteli Yaşamda Sürdürülebilir Dünya Görüşü. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11(2):877-891.

Aksoy, Y. (2016). *Davranış Değişim Aşamalarına Göre Düzenli Egzersize Katılımı Engelleyen ve Güdüleyen Faktörlerin İncelenmesi*. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.

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

Aragon, A. A., & Schoenfeld, B. J. (2017). International Society of Sports Nutrition Position Stand: Diets and Body Composition. *Journal of The International Society of Sports Nutrition*, 14:16.

Asil, E. (2019). Obezitenin Tedavisinde Güncel Diyetler ve Metabolik Etkileri. 2. *Uluslararası Sağlıklı Beslenme Kongresi "Endokrin Hastalıklar"*, (pp. 44-46). Ankara.

Ateş, C. (2016). Obez Hastalarda Vücut Kitle İndekslerine Göre Framingham Risk Skorlarının ve Skoru Etkileyen Faktörlerin Kraşılaştırılması. Bursa: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı.

Aydilek, M. (2022). *Türkiye'deki Tam Zamanlı Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Obezite Yönetimi Hakkında Bilgi Düzeyi ve Tutumları*. Kocaeli: Türkiye Cumhuriyeti Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Aygün, H. (2023). *Lise Öğrencilerinde Transteoretik Model Temelli Sigarayı Bırakma Eğitiminin Öz Etkililik Düzeyi, Karar Alma Düzeyi ve Nikotin Bağımlılık Düzeylerine Etkisi: Randomize Kontrollü Deneyisel Araştırma*. Aydın: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

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

Bakırhan, H., & İncedal Irgat, S. (2023). Diyet Özellikleri Kardiyovasküler Hastalık İçin Bir Risk Faktörü Olabilir Mi? *Osmangazi Tıp Dergisi*, 45 (3): 382-394.

Balcı, H., & Küçükkendirci, H. (2019). Obezite ve Obezite Cerrahisinde Beslenme. *Türk Bilimsel Derlemeler Dergisi*, 12 (2): 45-50.

Baltacı, D. (2015). Birinci Basamakta Obezite Tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Fam Med Special Topics*, 6(3):96-102.

Barlett, J. E., Kortlik, J., & Higgins, C. (2001). *Organizational Research: Determining Appropriate Sample Size in Survey Research*. *Information Technology Learning and Performance Journal* Vol: 19 (1), (s.43-50).

Baş, M., & Sağlam, D. (2018). Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi. In E. Tüfekçi Alphan, *Hastalıklarda Beslenme Tedavisi* (pp. 137-269). Hatiboğlu Yayınları.

Başakcı, B. (2019). *Fazla Kilolu ve Obez Üniversite Öğrencileri Üzerinde Bir Çalışma: Whatsapp Mesajlarıyla Zenginleştirilmiş Transteoretik Model Tabanlı Ağırlık Yönetimi*. Aydın: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Baysal Yusuf, F. (2017). Obezitede Diyetin Düzenlenmesi. *Klinik Tıp Bilimleri Dergisi*, 5 (5): 1-4.

Baysal, A. (2018). Kardiyovasküler Aterosklerotik Hastalıklarda Beslenme Tedavisi. In E. Tüfekçi Alphan, *Hastalıklarda Beslenme Tedavisi* (pp. 341- 384). Ankara: Hatiboğlu Yayınları.

Baysal, A. (2020). *Beslenme*. Ankara, 20. Baskı: Hatiboğlu Yayınları.

Berberoğlu, Z., & Hocaoglu, Ç. (2021). Küresel Sağlık Sorunu ‘Obezite’: Güncel Bir Gözden Geçirme. *MCBU SBED*, 8(3): 543-552.

Betül Ateş, M. (2023). Yüksek Proteinli Diyet. In H. Baygut, *Sağlık ve Bilim 2023: Beslenme-I* (pp. 31-45). İstanbul: Efe Akademi Yayınları.

Bhandari, P., & Sapra, A. (2023). *Low Fat Diet*. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553097/>.

Bilgili, F. F. (2023). Aile Hekimlerinin Obezite Yönetimi ve Bariatrik Cerrahi Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları. İstanbul: TC. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi.

Bilim, G. (2021). *Sağlık Psikoeğitim Programının, Obez Ergenlerin Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Sağlık Denetim Odağına Etkisi*. Mersin: Toros Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Ana Bilim Dalı.

Birinci Basamak Sağlık Kurumları için Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi. (2017). Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (1070).

Bulduk, S., & Yurt, S. (2015). Sağlık Davranışı Modelleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(1): 28-34.

Butryn, M., Webb, V., & Wadden, T. (2011). Behavioral Treatment of Obesity. *Psychiatr Clin North Am*; 34(4):841-859.

Cangöl, S. (2016). *Erkek Adölesanlarda Obeziteyi Önleyen Belirleyicilerin Transteoretik Model' in Davranış Değişim Aşamalarına Göre İncelenmesi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Cena, H., & Calder, P. (2020). Defining a Healthy Diet: Evidence for The Role of Contemporary Dietary Patterns in Health and Disease. *Nutrients*, 12(2):334.

Chao, A., & Quigley, K. (2021). Dietary Interventions for Obesity: Clinical and Mechanistic Findings. *The Journal of Clinical Investigation*, 131 (1): e140065.

Chawla, S., & Tessarolo Silva, F. (2020). The Effect of Low-Fat and Low-Carbohydrate Diets on Weight Loss and Lipid Levels: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*, 12(12): 3774.

Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults: The Evidence Report. (1998). National Institutes of Health; National Heart, Lung and Blood Institute ; Publication No:98-4083.

Csige, I., & Ujvarosy, D. (2018). The Impact of Obesity on the Cardiovascular System. *Journal of Diabetes Research*, 3407306: 1-12.

Çağlayan Tunç, A. (2019). Obezite ve Beslenmeni Psiko-Sosyal Boyutu. In Ç. Yaman, *Beslenme ve Obezite* (pp. 51-65). İstanbul: Güven Plus Grup Danışmanlık A.Ş. Yayınları.

Çakırca Avcu, E. (2017). Sağlıklı Beslenme–Neleri Gözden Kaçıyoruz? *Klinik Tıp Bilimleri Dergisi*, 5(5):31-34.

de Carvalho, K. B. (2020). Dietary Protein and Appetite Sensations in Individuals With Overweight and Obesity: A Systematic Review. *European Journal of Nutrition*, 59(6):2317-2332.

Demir Doğan, M., & Tayhan Kartal, F. (2019). Kardiyovasküler Sistem Hastalıklarının Risk Faktörleri Üzerine Beslenme Durumunun Etkisi. *Journal of Health Services and Education*, 3 (1): 11-19.

Demiray, G., & Yorulmaz, F. (2023). Halk Sağlığı Bakışıyla Obezite Yönetimi. *SABD*, 13(1): 147-155.

Demirel, F. (2021). *Obezite Kliniğine Başvuran Erişkinlerde Kan Lipid Parametreleri İle Vücut Kompozisyon Değerlerinin İncelenmesi*. Kars: Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.

Di Noia, J., & Prochaska, J. (2010). Mediating Variables in a Transtheoretical Model Dietary Intervention Program. *Health Educ Behav*, 37(5): 753–762.

Dizlek, D., & Çatal, E. (2018). Morbid Obezitede Bariatrik Cerrahi Sonrası Hasta Sonuçları. *Düzce Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 6 (2): 501-5012.

do Carmo, J., & da Silva, A. (2016). Obesity-Induced Hypertension: Brain Signaling Pathways. *Curr Hypertens Rep.*, 18 (7): 58.

Elbistan, M. E. (2021). Kontrol Altında Hipertansiyonu Olan Obez ve Nonobez Hastalarda Kan Basıncı Değişkenliği ve Egzersizin Etkisi. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı*.

Erge, S. (2003). Obezlerde Yeme Davranışı ve Obezitede Davranış Tedavisi İlkeleri. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 32(1): 47-59.

Ergin, A. B. (2014). Obezitenin Kadın Sağlığı ve Toplumsal Cinsiyet Açısından Değerlendirilmesi. *KASHED*, 1(1):41-54.

Erol, S., & Erdoğan, S. (2007). Sağlık Davranışlarını Geliştirmek ve Değiştirmek İçin Transteoretik Modelin Kullanılması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2): 86-94.

Erol, S., & Erdoğan, S. (2008). Application of a stage based motivational interviewing approach to adolescent smoking cessation: the Transtheoretical Model-based study. *Patient Educ Couns*, 72(1):42-8.

Erol, S., & Ergün, A. (2016). Adölesanlarda Meyve ve Sebze Tüketimi Değişim Süreci Ölçeği Türkçe Formunun Güvenilirlik ve Geçerliliği. *Sağlık Bilimleri Ve Meslekleri Dergisi*, 3(2):106-114.

Evans, C., & LePard, K. (2014). Exercise Prevents Weight Gain and Alters the Gut Microbiota in a Mouse Model of High Fat Diet-Induced Obesity. *PLoS One* 9(3): e92193.

Fidancı, İ., & Öztürk, O. (2017). Transtheoretic model in smoking cessation. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 34(1): 9-13.

Fogelman, Y., & Vinker, S. (2022). Managing Obesity: A Survey of Attitudes and Practices Among Israeli Primary Care Physicians. *International Journal of Obesity*, 26 (10): 1393-7.

Freeman, A., & Dolan, M. (2001). Revisiting Prochaska and DiClemente's Stages of Change Theory: An Expansion and Specification to Aid in Treatment Planning and Outcome Evaluation . *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(3): 224-234.

Frigolet, M. E., & Ramos Barragan, V. (2011). Low-Carbohydrate Diets: A Matter of Love or Hate. *Annals of Nutrition & Metabolism*, 58(4):320-34.

Friman, M., & Huck, J. (2017). Transtheoretical Model of Change during Travel Behavior Interventions: An Integrative Review. *Int J Environ Res Public Health*, 14(6): 581.

Fruh, S. (2017). Obesity: Risk Factors, Complications, and Strategies for Sustainable Long-Term Weight Management. *Journal of The American Association of Nurse Practitioners*, 29 (1): 3-14.

Gülcan, E., & Özkan, A. (2006). Obezite. Kütahya: Dumlupınar Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Sayı: 10.

Gümüş Şekerci, Y. (2016). *Yetişkin Diaybetli Kadınlara Değişim Aşamaları Modeli ile Yapılan Eğitimin Egzersiz Davranışı Üzerine Etkisi*. Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.

Güzel Atlıhan, B. (2022). *Yetişkin Bireylerde Yeme Farkındalığı ve Sezgisel Yemenin Beden Kütle İndeksi İle İlişkisinin Değerlendirilmesi*. İstanbul: İstanbul Okan Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

Hamurcu, P. (2023). COVID-19 Korkusu, Beslenme ve Egzersiz Alışkanlıklarını Etkiler Mi? Genç Yetişkinler Üzerine Bir Araştırma. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 13(2): 180-188.

Hardeman , W., & Griffin, S. (2000). Interventions to prevent weight gain: a systematic review of psychological models and behaviour change methods. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 24(2):131-43.

Harder, T., & Bergmann, R. (2005). Duration Breastfeeding and Risk of Overweight: A Meta-Analysis. *Amercan Journal of Epidemiology*, Vol: 162, No: 5.

Hashemzadeh, M., & Rahimi, A. (2019). Transtheoretical Model of Health Behavioral Change: A Systematic Review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 24(2): 83–90.

Hatunoğlu, E. E., & Başar, D. (2023). Sosyoekonomik Faktörler Perspektifinden Obezite: Kahramanmaraş Örneği. *Fiscaoeconomia*, 7(2):1123-1145 .

Henshka, S., Anderson, J., & Atkinson, R. (2003). Weight Loss With Self-Help Compared With a Structured Commercial Program: A Randomized Trial. *JAMA*; 289(14):1792-8.

Horwath, C., & Nigg, C. (2010). Investigating Fruit and Vegetable Consumption Using the Transtheoretical Model. *American Journal of Health Promotion*, 24(5):324-333.

HSGM. (2017). *Obezite Nasıl Saptanır*. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü: 14.07.2023 tarihinde <http://www.hsgm.saglik.gov.tr> sitesinden erişilmiştir.

HSGM. (2017). *Obezitenin Nedenleri*. Retrieved from Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü: 14.07.2023 tarihinde <http://www.hsgm.saglik.gov.tr> sitesinden erişilmiştir.

HSGM. (2023, Kasım 21). *Obezite Nedir?* Retrieved from T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite>

HSGM. (2023, Temmuz 14). *Yeterli ve Dengeli Beslenme Nedir?* Retrieved from T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/component/content/article/yeterli-ve-dengeli-beslenme-nedir.html?catid=199&Itemid=188>

Hwalla, N., & Jaafar, Z. (2021). Dietary Management of Obesity: A Review of the Evidence. *Diagnostics (Basel)*, 11(1): 24.

Işıldar Şentürk, H. (2020). *Obezite Müdahalelerine Psikolojik Yaklaşım Önerisi*. İstanbul: Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

Jacob, J., & Isaac, R. (2012). Behavioral therapy for management of obesity. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 16 (1), 28.

James, W. P., & Kalamara, E. (2004). Overweight and Obesity (High Body Mass Index). *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attribution to selected major risk factors*, 1: 497- 596. Geneva: WHO.

Jokinen, E. (2015). Obesity and Cardiovascular Disease. *Minerva Pediatrica*, 67 (1): 25-32.

Kacıroğlu, B., & Mutlu, H. H. (2021). Obezite Polikliniğine Başvuran Hastaların Metabolik Fenotiplerine Göre Kardiyovasküler Riskleri. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 26 (1): 70-79.

Kalan, I., & Yeşil, Y. (2010). Obezite İle İlişkili Kronik Hastalıklar. *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı*, 23-24: 78-81.

Karakoç Kumsar, A., & Taşkın Yılmaz, F. (2011). Obezitede Güncel Yaklaşımlar. *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi*, 3(1): 21- 29.

Kayar, H., & Utku, S. (2013). Çağımızın Hastalığı Obezite ve Tedavisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi*, 6 (2).

Kayıran, P. G., & Taymaz, T. (2011). Türkiye' nin Üç Farklı Bölgesinde İlköğretim Okulu Öğrencilerinde Kilo Fazlalığı, Obezite ve Boy Kısalığı Sıklığı. *Şişli Etfal Hatanesi Tıp Bülteni*, Cilt: 45, Sayı: 1.

Kayış, M. M. (2002). Gaziantep Şehir Merkezinde Yaşayan Erişkinlerde Obezite Sıklığı ve Obeziteyi Etkileyen Faktörler. *Gaziantep*.

Kayışoğlu, S., & İçöz, A. (2012). Eğitim Düzeyinin Fast- Food Tüketim Alışkanlığına Etkisi. *Tekirdağ Ziraat Fakültesi Dergisi*, 9(2): 16-19.

Kelley, G., Kelley, K., & Tran, Z. (2005). Aerobic Exercise, Lipids on Lipoproteins in Overweight and Obese Adults: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *International Journal of Obesity* 29, 881-893.

King, W., & Bond, D. (2013). The importance of preoperative and postoperative physical activity counseling in bariatric surgery. *Excercise and Sports Sciences Reviews*, 41 (1): 26-35.

Kinlen, D., & Cody, D. (2017). Complications Of Obesity. *International Journal of Medicine*, 111 (7): 437-443.

Kluge, H. H. (2022). *WHO European Regional Obesity Report 2022*. World health Organization.

Koliaki, C., & Spinos, T. (2018). Defining the Optimal Dietary Approach for Safe, Effective and Sustainable Weight Loss in Overweight and Obese Adults. *Healthcare (Basel)*, 6(3): 73.

Komorniak, N., & Stachowska, E. (2018). Surgical treatment of obesity from the nutritional point - opportunities and dangers. *Polski Merkurusz Lekarski Polish Medical Journal*, 45 (269): 179-184.

Korkmaz, G., & Ünsal Barlas, G. (2021). Başarısız Kilo Verme Deneyimlerinin İncelenmesi: Niteliksel Bir Araştırma. *Journal of Health Sciences and Management* , 1: 54-68.

Koyun, A. (2013). *Yetişkin Kadınlarda Değişim Aşamaları Modeli (Transteoretik Model) ile Yapılan Eğitimin Sigarayı Bırakma Davranışı Üzerine Etkisi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kuhle, C., & Steffen, M. (2014). Effect of Exercise on Anthropometric Measures and Serum Lipids in Older Individuals: A Systematic Review and Meta- Analysis. *BMJ Open* 4:e005283.

Kurt, A. K., & Zoba, C. (2019). Birinci Basamakta Obezite Yönetimi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 11 (2): 55-60.

Kurt, G. (2022). Tıbbi Beslenme Tedavisi Alan Yetişkin Obez Kadınların Beslenme Durumu, Yaşam Kalitesi ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İstanbul: TC. Biruni Üniversite Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

Kurtgil, S. (2020). *Gaziantep İli Sanko Üniversitesinde Çalışan Yetişkin Bireylerde Kahvaltı Alışkanlığı, Besin Örüntüsü İle Kalitesinin Belirlenmesi*. Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kushner, R. F. (2013). Weight Loss Strategies for Treatment of Obesity. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 56(4): 465-472.

La Berge, A. F. (2008). How the Ideology of Low Fat Conquered America. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 63(2):139–177.

Low, A., & Bouldin, M. (2006). A clinician's Approach to Medical Management of Obesity. *The American Journal of Medical Sciences*, 331(4):175-82.

Magkos, F. (2020). The Role of Dietary Protein in Obesity. *Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders*, 21(3):329-340.

Malnick, S., & Knobler, H. (2006). The medical complications of obesity. *International Journal of Medicine*, 99 (9): 565–579.

Martin, K. A., & Mani, M. (2015). New Targets to Treat Obesity and The Metabolic Syndrome. *European Journal of Pharmacology* 763:64-74.

- Menekli, T. (2013). *Obez Bireylerde Teorilerüstü Model Uygulanarak Davranış Değişiminin Sağlanması*. İzmir: Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Menekli, T., & Fadiloğlu, Ç. (2012). *Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliği*. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 1- 21.
- Menekli, T., Fadiloğlu, Ç., & Şenuzun Aykar, F. (2019). Obez Bireylerde Davranış Değişimi: Transteoretik Model Yaklaşımı. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 7(1):39-57.
- Mert, M., & Adaş, M. (2014). Obezitenin Endokrin ve Metabolik Komplikasyonları. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30 (1): 1-4.
- Mohammed Ameen, S. (2022). *Obezite Hastalarında Egzersiz Öncesi ve Sonrası Oksidan ve Antioksidan Seviyelerinin Araştırılması*. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Kimya Anabilim Dalı.
- Mohammed, M. S., & Sendra, S. (2018). Systems and WBANs for Controlling Obesity. *Journal of Healthcare Engineering*.
- Navruz, S., & Acar Tek, N. (2014). Yüksek Proteinli Diyet Akımlarının Vücut Ağırlığının Korunması ve Sağlık Üzerine Kısa ve Uzun Dönemli Etkileri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1):656-673.
- Nevşioğulları, C. (2018). *Beslenme ve Diyetetik Öğrencilerinde Yeme Bozuklukları ve Obsesif Kompulsif Belirtilerin Değerlendirilmesi*. İstanbul: T.C. İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Nicholson, R., & Bigal, M. (2008). Screening and Behavioral Management: Obesity and Weight Management. *Headache*; 48(1):51-57.
- Noakes, T., & Windt, J. (2017). Evidence That Supports The Prescription of Low-Carbohydrate High-Fat Diets: A Narrative Review. *British Journal of Sports Medicine*, 51(2):133-139.

Obez Hastaya Yaklaşım. (2022). In A. Ersoy, *Uludağ İç Hastalıkları Kitabı Cilt 2-Semptomdan Tanıya* (pp. 454-460). Bursa: Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları.

Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu. (2019). Ankara: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, ISBN: 978-605-4011-31-5. <http://www.temd.org.tr>.

Oğuz, G., & Karabekiroğlu, A. (2016). Obezite ve Bilişsel Davranışçı Terapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry*, 8 (2): 133-144.

Onbaşı, Z. Ç., & Akçıl Ok, M. (2022). Ağırlık Yönetiminde Yaklaşımlar ve Beslenme Bilgi Düzeyi ile İlişkisi. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(1):49-65.

Orzano, A. J., & Scott, J. (2004). Diagnosis and Treatment of Obesity in Adults: An Applied Evidence-Based Review. *Journal of The American Board of Family Medicine*: 17(5): 359-69.

Öcal, H., & Aygen, E. (2018). Obezitenin Cerrahi Tedavisi. *Fırat Tıp Dergisi*, 23: 78-87.

Öcalan, D., & Ceylantekin, Y. (2020). Üniversite Öğrencilerinde Beden Kitle İndeksi, Tükenmişlik Düzeyi ve İyi Hâli Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 3: 270-278.

Öksüzöğlü, İ. E. (2021). *Beyaz Yakalı Çalışanların Beslenme Alışkanlıkları, Fiziksel Aktivite Düzeyleri ve Duygu Durumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*. Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Özdemir, H., & Taşçı, S. (2013). Motivasyonel Görüşme Tekniği ve Hemşirelikte Kullanımı. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1): 41-47.

Özenoğlu, A., & Gün, B. (2021). Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığın Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutumlar ve Beden Kütle İndeksi İle İlişkisi. *Life Sciences*, 6(1):1-18.

- Özer, Ö. (2017). *Rekreasyonel Amaçlı Fitness Yapan Bireylerin Egzersiz, Motivasyon, Beslenme Değişim ve Fiziksel aktivite Düzeylerinin Araştırılması*. Kütahya: Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Özkoca, Ö. (2018). *Obez Bireylerde Yeme Tutumu, Algılanan Sosyal Destek ile Psikopatolojilerinin Değerlendirilmesi ve Motivasyonel Süreç Yönünden İlişkisi*. Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Öztürk, D. (2022). Obezite Tanım ve Sınıflama. In B. Işık, F. Köse, & S. Küçüktürk, *Sağlık Bilimlerinde Güncel Tartışmalar 3* (pp. 317-325). İzmir: Duvar Yayınları.
- Paddon Jones, D., & Westman, E. (2008). Protein, Weight Management, and Satiety. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 87(5):1558-1561.
- Pedersen MD, S. (2013). Metabolic Complications of Obesity. *Specialist in Endocrinology & Metabolism*, 27 (2): 179-193.
- Pehlivan, M. (2015). *Yetişkin Bireylerde Kendine Saygı ve Duygu Durumunun Antropometrik Ölçümler ve Beslenme Durumu İle İlişkisi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Pekcan, G. (2016). Diyet El Kitabı . In A. Baysal, *Diyet El Kitabı* (s. 99-124) (pp. 67-142). Ankara: Hatiboğlu Yayınevi.
- Powell-Wiley, T. M., & Poirier, P. (2021). Obesity and Cardiovascular Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 143 (21): 984-1010.
- Prochaska, J. (2008). Decision making in the transtheoretical model of behavior change. *Med Decis Making*, 28: 845–849.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion* 12(1): 38-48.
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change. *Psychotherapy* , 19(3): 276-288.

Prochaska, J., & Velicer, W. (1994). Stages of Change and Decisional Balance for 12 Problem Behaviors. *Health Psychology*, 13(1): 39-46.

Rakıcıoğlu, N., & Acar Tek, N. (2017). *Yemek ve Besin Fotoğraf Kataloğu Ölçü ve Miktarlar*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Cilt:7.

Ruban, A., & Stoenchev, K. (2019). Current Treatments for Obesity. *Clinical Medicine (Lond)*, 19 (3): 205-212.

Sacks, F. M., & Lihtenstain, A. H. (2017). Dietary Fats and Cardiovascular Disease: A Presidential Advisory From the American Heart Association. *Circulation*, 136(3):e1-e23.

Sağlam, F., & Güven, H. (2014). Obezitenin Cerrahi Tedavisi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30 (1): 60-65.

Santos, F., & Esteves, S. (2012). Systematic Review and Meta-Analysis of Clinical Trials of The Effects of Low Carbohydrate Diets On Cardiovascular Risk Factors. *Obesity Reviews*, 13(11):1048-66.

Sarma, S., & Sockalingam, S. (2021). Obesity as A Multisystem Disease: Trends in Obesity Rates and Obesity-Related Complications. *Diabetes, Obesity & Metabolism*, 23 (1): 3-16.

Schwingshackl, L., & Hoffmann, G. (2013). Comparison of Effects of Long-Term Low-Fat vs High-Fat Diets on Blood Lipid Levels in Overweight or Obese Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 113(12):1640-61.

Seid, H., & Rosenbaum, M. (2019). Low Carbohydrate and Low-Fat Diets: What We Don't Know and Why we Should Know It. *Nutrients*, 11(11):2749.

Serin, Y., & Şanlıer, N. (2018). Duygusal Yeme, Besin Alımını Etkileyen Faktörler ve Temel Hemşirelik Yaklaşımları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(2):135-146.

Sertel Berk, H. Ö., & Yücel, B. (2016). Ergenlik Döneminde Obezite; Bilişsel Davranışçı Kuramlar ve Motivasyon Kuramları Açısından Karşılaştırmalı Bir İnceleme. *Türkiye Klinikleri J Psychol-Special Topics*, 1(2): 50-8.

Serter, R. (2003). Obezite Atlası. Ankara.

Shinitzky, H., & Kub, J. (2001). The Art of Motivating Behavior Change: The Use of Motivational Interviewing to Promote Health. *Public Health Nursing*, 18(3):178-85.

Sopalı, T. (2019). *Yetişkinlerde Beslenme Durum ve Alışkanlıkları, Antropometrik Ölçümleri İle Uyku Kalite İlişkisinin Belirlenmesi*. Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Sormaz, Ü., & Şanlıer, N. (2015). Yiyecek-İçecek Hizmetleri Bölümü Çırak Öğrencilerinin Öğün Tüketimi ve Sağlık Sorunlarının Değerlendirilmesi. *Kastamonu Üniversitesi Kastamonu Eğitim Dergisi*, 23(4):1619-1632.

Strychar, I. (2006). Diet in the Management of Weight Loss. *CMAJ*, 174(1):56-63.

Su, X., & Peng, D. (2020). The Exchangeable Apolipoproteins in Lipid Metabolism and Obesity. *Clinica Chimica Acta; International Journal of Clinical Chemistry*, 503: 128-135.

Şanlıer, N., Ayhan, B., & Ayyıldız, F. (2015). The Scales Frequently Used and Have Validity-Reliability in Field of Nutrition and Dietetics. *International Peer-Reviewed Journal of Nutrition Research*, 47-68.

Şimşek, R. (2022). *Obezite Hastalığında Yeme Bağımlılığı ve Yeme Davranış Bozukluğu Olan ve Olmayanlarda Dopamin Nörotransmisyonun Genetik, Biyokimyasal Açidan Değerlendirilmesi*. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi. (2019). *Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA)*. Ankara: 31.12.2023 tarihinde https://bdb.hku.edu.tr/wp-content/uploads/2020/10/TBSA_RAPOR_KITAP_20.08.pdf sitesinden erişilmiştir.

Tam, A. A., & Çakır, B. (2012). Birinci Basamakta Obeziteye Yaklaşım. *Ankara Medikal Journal*, 12 (1), (s. 37-41).

Tanyeri, B. (2019). *Fazla Kilolu Yetişkinlerde Transteoretik Modele Göre Verilen Eğitimin Beden İmajı ve Egzersiz Davranışı Üzerine Etkisi*. Elazığ: Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Taş, F., & Seviğ, E. Ü. (2016). Sigara Bağımlılığında Davranış Değişimi için Transteoretik Model ile Motivasyonel Görüşme Tekniğinin Kullanılması. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(4):380-393.

Taşlı, H., & Sağır, S. (2021). Obezitenin Belirlenmesinde Kullanılan Beden Kütle İndeksi, Bel Çevresi, Bel-Kalça Oranları Metodlarının Karşılaştırılması. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt 7, Sayı 1, (s. 138- 150).

Tatan, D. (2020). *Hafif Şişman ve Obez Kadınlarda Aralıklı Enerji Kısıtlaması ve Sürekli Enerji Kısıtlaması Diyetlerinin Vücut Kompozisyonu, Metabolik Profil ve Duygu Durumu Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi*. Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Taylor, R., & Al-Mrabeh, A. (2018). Remission of Human Type 2 Diabetes Requires Decrease in Liver and Pancreas Fat Content but Is Dependent upon Capacity for β Cell Recovery. *Cell Metabolism*, 28(4): 547-556.

Tedik, S. E. (2017). Fazla Kilo/ Obezitenin Önlenmesinde ve Sağlıklı Yaşamın Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 2: 54-62.

Teixeira, P., & Silva, M. (2010). Mediators of weight loss and weight loss maintenance in middle-aged women. *Obesity (Silver Spring)*, 18(4):725-35.

Tok, Ö. (2017). *Türk Toplumunda Transteoretik Model Sedanter Yaşam Ölçeklerinin Geçerlik ve Güvenirliği*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.

Tosun, A. S., & Zincir, H. (2016). Tıp 2 Diabetes Mellitus'ta Sağlık Davranış Değişiminde Transteoretik Model Temelli Motivasyonel Görüşme Tekniği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(1):32-41.

Tunçekin, Ş. (2021). Van İlindeki Aile Hekimlerinin Obezite Yönetimi; Tutum, Yaklaşım ve Uygulamalarının İncelenmesi. Van: Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Tüfekçi Alphan, E. (2018). Diabetes Mellitus ve Beslenme Tedavisi. In E. Tüfekçi Alphan, *Hastalıklarda Beslenme Tedavisi* (pp. 415-507). Ankara: Hatiboğlu Yayınları.

TÜİK. (2021). *İl, Yaş Grubu, Cinsiyete Göre Nüfus Dağılımı*. Retrieved from Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Web Sitesi: <http://www.tuik.gov.tr>

(2022). *Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER)*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-db/Dokumanlar/Rehberler/Turkiye_Beslenme_Rehber_TUBER_2022_min.pdf. Erişim Tarihi: 07 Kasım 2023.

(2016). *Türkiye Beslenme Rehberi 2015*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No:1031.

Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi. (2014). Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sağlık Bakanlığı, 2. Baskı, Sağlık Bakanlığı Yayın No:940.

Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı. (2013). Retrieved from T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Programlar/Turkiye_Saglikli_Beslenme_ve_Hareketli_Hayat_Programi_2014_-_2017.pdf

Türkmen, E. (2000). Akut Koroner Sendromların Tanımı, Risk Faktörleri ve Fiziopatolojisi. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi*, 15-21.

Ünsal, A. (2019). Beslenmenin Önemi ve Temel Besin Öğeleri. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3):1-10.

Ünver, Z. (2019). Sağlık Davranışlarının Değiştirilmesinde Transteoretik Model Kullanımı. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 7(2): 218-228.

Velicer, W., & Prochaska, J. (1998). Smoking Cessation and Stress Management Applications of the Transtheoretical Model of Behavior Change. *Homeostasis*, 38: 216-233.

Velicer, W., & Prochaska, J. (2000). Using the Transtheoretical Model for Population-based Approaches to Health Promotion and Disease Prevention. *Homeostasis in Health and Disease*, 40: 174-195.

Vilamala-Orra, M., & Vaqué-Crusellas, C. (2021). Applying the Stages of Change Model in a Nutrition Education Programme for the Promotion of Fruit and Vegetable Consumption among People with Severe Mental Disorders (DIETMENT). *Nutrients*, 13(6): 2105.

Wadden, T. A., Butryn, M., & Wilson, C. (2007). Lifestyle Modification for the Management of Obesity. *Gastroenterology*; 132(6):2226-2238.

Wadden, T., & Foster, G. (2000). Behavioral Treatment of Obesity. *Medical Clinics of North America*, 84(2) :441-61.

Wadden, T., & Webb, V. (2012). Lifestyle Modification for Obesity: New Developments in Diet, Physical Activity, and Behavior Therapy. *Circulation*, 125(9): 1157-70.

Weir, C. B., & Jan, A. (2022). BMI Classification Percentile And Cut Off Points. *StatPearls Publishing, Treasure Island (FL), PMID: 31082114, Bookshelf ID: NBK541070*.

WHO. (1997). *Prevention and management of the global epidemic of obesity*. Geneva: Report of the WHO Consultation on Obesity.

WHO. (2011). Waist Circumference and Waist-Hip Ratio. *Report of a WHO Expert Consultation*.

WHO. (2017). *Prevalence of obesity among adults, BMI $\geq$ 30 (crude estimate) (%)*. Retrieved from World Health Organization : [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-adults-bmi-30-\(crude-estimate\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-adults-bmi-30-(crude-estimate)-(-))

WHO. (2021). *Obesity and Overweight*. Retrieved from World Health Organization: <http://www.who.int>

WHO. (2023, Kasım 17). *What is the WHO definition of health?* Retrieved from World Health Organization: Available at: <http://www.who.int/about/frequently-asked-questions>

WHO. (2023). *WHO Global Database: On Body Mass Index (BMI)*. Retrieved from World Health Organization: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/body-mass-index>

Woodruff, S., & Lee, J. (2006). Smoking and quitting history correlates of readiness to quit in multiethnic adolescents. *Am J Health Behav*, 30(6): 663-74.

Yangılar, F., & Kaçar, M. (2020). Yetersiz ve Dengesiz Beslenmeyle İlişkili Sağlık Sorunları, Gıda Endüstrisindeki Teknolojik Uygulamalar ve Öneriler. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 3(2):61-74.

Yaşar, C. (2022). Fazla Kilolu Üniversite Öğrencilerine Çevrimiçi Transteoretik Model Temelli Verilen Sağlık Eğitiminin Beslenme ve Fiziksel Aktivite Değişim Süreçlerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane/Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Yetkin, İ., & Sönmez, A. (2017). Yetişkinlikte Obezite. In *Birinci Basamak Sağlık Kurumları İçin Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi* (pp. 25-60). Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Yayın No: 1070, [http:// www.thsk.gov.tr](http://www.thsk.gov.tr).
- Yılmaz Önal, H. (2021). Vücut Ağırlığı Yönetiminde Yeni Diyet Yaklaşımları. *Atlas Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1 (2): 42-49.
- Yılmaz, G. (2023). *Yetişkin Bireylerde Akdeniz Diyetine Uyum İle Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeyleri ve Yeme Davranışları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*. Antalya: Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Zengin, F. H. (2023). Beslenme ve Davranış Alanında Kullanılan Ölçekler. *Kastamonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(1): 24-39.
- Zhu, J., & Zhang, Y. (2022). Obesity and Dyslipidemia in Chinese Adults: A Cross-Sectional Study in Shanghai, China. *Nutrients*, 14 (11): 2321.

5. EKLER

Ek-1: BESLENME DEĞİŞİM SÜREÇLERİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

Beslenme Değişim Süreçleri Ölçek kullanım izni, bu tezin basılı halinde mevcuttur.



Ek-2: GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yetişkin bireylerde diyet uygulamaya yönelik beslenme davranış değişikliği modelinin beslenme durumu ve antropometrik ölçümlerle ilişkisinin belirlenmesi amacıyla bu araştırma planlanmıştır. Bu çalışma İstanbul Bilgi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nden Dr. Öğr. Üyesi Hande SEVEN AVUK'un danışmanlığında Beyza Nur Şeker tarafından yürütülmektedir.

Araştırmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önem arz etmektedir. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararnızdan önce araştırma hakkında size bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Bu çalışmada, yetişkin bireylerde beslenme değişim süreçleri, diyet uygulama, beslenme durumu ve antropometrik ölçüler ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Beyza Nur Şeker size anket formu uygulayacaktır. Yetişkin bireylere, araştırmacı tarafından benzer çalışmalar ve literatürden yararlanılarak hazırlanan toplam 4 ana bölümden oluşan anket formu uygulanacaktır. Birinci bölümde katılımcıların genel bilgileri, sosyo-demografik özellikleri, antropometrik ölçüm bilgileri, sağlık bilgileri ve beslenme alışkanlıkları hakkında bilgi alınacaktır. İkinci bölümde 24 Saatlik Besin Tüketim Kaydı, üçüncü bölümde Besin Tüketim Sıklığı ve dördüncü bölümde ise Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeği uygulanacaktır. Çalışmaya katılımınız nedeniyle ortaya çıkabilecek istenmeyen bir etki veya risk belirlenmemiştir. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır. bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Ek-2: (Devam) GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Sayın **Beyza Nur Şeker** tarafından **İstanbul Bilgi Üniversitesi Lisansüstü Programlar Enstitüsü**'nde bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güvence verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma (klinik çalışmalarda) herhangi bir zarar verilmemesi amacıyla araştırmacı tarafından araştırmadan çıkartılabileceğimi de biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı ve bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi isteğimle adı geçen bu araştırma projesine gönüllü olarak yer alma kararı aldım. Bu çalışma için yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya e-posta adresi ve numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Ek-2: (Devam) GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi isteğimle hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün:

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Tel no.:

Açıklamaları yapan araştırmacının:

Adı-Soyadı: Beyza Nur Şeker

İmzası:

Ek-3: GENEL BİLGİLER FORMU

İSTANBUL BİLGİ ÜNİVERSİTESİ

Lisansüstü Programlar Enstitüsü

Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı

Yetişkin Bireylerde Diyet Uygulamaya Yönelik Beslenme Davranış Değişikliği
Modelinin Beslenme Durumu ve Antropometrik Ölçümlerle İlişkisi

Bu çalışma, yetişkin bireylerde beslenme değişim süreçlerinin bireylerdeki beslenme durumu, diyet uygulama ve antropometrik ölçüler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlanmıştır. Çalışma için gerekli izinler alınmış olup sizlerin katılımı istenmektedir. Sonuçlar yalnızca bilimsel amaçla kullanılacak ve bilgiler araştırmacılar tarafından gizli tutulacaktır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz.

ANKET NO:

TARİH:

A) GENEL BİLGİLER:

- 1) Adınız- Soyadınız: _____ Tel: _____
- 2) Cinsiyetiniz: 1) Kadın 2) Erkek
- 3) Yaşınız: _____ (yıl)
- 4) Medeni durumunuz nedir?
1) Bekar 2) Evli 3) Boşanmış/Dul
- 5) Eğitim durumunuz nedir?
1) Okur yazar değil 2) İlköğretim 3) Ortaöğretim 4) Lise 5) Üniversite 6) Diğer
- 6) Mesleğiniz nedir?
1) Ev Hanımı 2) Serbest Meslek 3) Memur 4) İşçi
5) Emekli 6) Öğrenci 7) Çalışmıyor
8) Diğer.....(belirtiniz)

B) ANTROPOMETRİK ÖLÇÜM BİLGİLERİ:

- 1) Vücut ağırlığınız: kg
- 2) Boyunuz: cm
- 3) Beden Kütle İndeksi (BKİ): kg/m²
- 4) Bel çevresi: cm
- 5) Kalça çevresi: cm
- 6) Bel/Kalça oranı:

C) SAĞLIK DURUMU BİLGİLERİ:

- 1) Doktor tarafından tanısı konulmuş herhangi bir kronik hastalığınız var mı?
1) Evet 2) Hayır
- 2) Cevabınız evet ise hastalığınız nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
1) Obezite 2) Diyabet 3) Tansiyon 4) Kalp-damar hastalığı
5) Böbrek hastalığı 6) Alerji/Astım 7) Reflü/Gastrit/Ülser
8) Nörolojik/Psikiyatrik 9) Diğer.....(belirtiniz)
- 3) Düzenli kullandığınız bir ilaç var mı?
1) Evet 2) Hayır
- 4) Cevabınız evet ise kullandığınız ilacın adı nedir?
- 5) Hastalığınıza yönelik diyet uyguluyor musunuz?
1) Evet 2) Hayır
- 6) Cevabınız evet ise yapılan diyet türünü belirtiniz.
1) Zayıflama Diyeti 2) Düşük Yağlı, Düşük Kolesterolü Diyet
3) Akdeniz Diyeti 4) Diyabetik Diyet 5) Ketojenik Diyet
6) Aralıklı Oruç Diyeti 7) Dukan Diyeti 8) Yüksek Proteinli Diyet
9) Detoks Diyetleri 10) Diğer.....(belirtiniz)

7) Daha önce diyet yaptınız mı?

1)Evet 2)Hayır

8) Daha önce zayıflamak için kaç kez diyet yaptınız?

1) 1-4 kez 2) 5-10 kez 3) 10' dan fazla
2) 4)Her zaman diyet yaparım 5)Daha önce hiç diyet yapmadım
3)

9) Düzenli fiziksel aktivite yapıyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır

10) Düzenli fiziksel aktivite yapıyorsanız; haftada kaç gün ve ne kadar süre yapıyorsunuz?

Haftada gün dakika

D) BESLENME DURUMU BİLGİLERİ:

1) Sigara içiyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır

2) Kullanıyorsanız günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

Günde adet

3) Alkol kullanıyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır

4) Kullanıyorsanız ayda kaç kadeh/bardak tüketiyorsunuz?

Ayda bardak/kadeh

5) Günde kaç öğün tüketiyorsunuz?

.....ana öğün ara öğün

6) Öğün atlar mısınız?

1)Evet 2)Bazen 3)Hayır

- 7) Cevabınız evet veya bazen ise en çok hangi öğünü atlıyorsunuz?
1)Kahvaltı 2)Öğle yemeği 3)Akşam yemeği 4)Ara öğünler
(kuşluk, ikindi, gece)
- 8) Gün içinde atıştırıyor musunuz?
1)Evet 2)Hayır
- 9) Acıkmadığınız halde gün içinde ne sıklıkta atıştırma yaparsınız?
1)Günde 1-2 kez 2)Günde 3-4 kez 3)Günde 5 kez ve üzeri
- 10) Günde kaç bardak su tüketiyorsunuz? (1 bardak 200 ml)
Günde bardak

Ek-4: 24 SAATLİK BESİN TÜKETİM KAYDI

BİREYİN 24 SAATLİK BESİN TÜKETİM KAYDI

Bir gün boyunca sabah uyandıktan gece yatana kadar tükettiğiniz bütün yiyecek ve içecekleri miktarları ile birlikte tabloda bulunan ilgili alanları doldurunuz.

ÖĞÜNLER	TÜKETİLEN BESİNLER/YEMEKLER	MİKTARLARI (g veya adet)
SABAHA		
KUŞLUK		
ÖĞLE YEMEĞİ		
İKİNDİ		
AKŞAM YEMEĞİ		
GECE		

Ek-5: BESİN TÜKETİM SIKLIĞI ANKETİ**BESİN TÜKETİM SIKLIĞI ANKETİ**

BESİNLER	HER ÖĞÜ N	HE R GÜ N	HAFTA DA 5-6	HAFTA DA 3-4	HAFTA DA 1-2	15 GÜND E 1-3	AYD A BİR	SEYRE K	HiÇ
SÜT VE SÜT ÜRÜNLERİ									
Süt									
Kefir									
Ayran									
Yoğurt									
Peynir çeşitleri									
Diğer (.....)*									
ET, YUMURTA, K.BAKLAGİL									
Kırmızı et									
Et ürünleri (.....)*									
Sakatatlar (.....)*									
Tavuk									
Hindi									
Balık									
Yumurta									
Kurubaklagiller									
Yağlı tohumlar									
Taze Sebzeler									
Taze Meyveler									
Kuru meyveler									
EKMEK – TAHILLAR									
Beyaz ekmek ve türleri									
Kepekli ekmek ve türleri									
Diğer (.....)*									
Pirinç, bulgur, makarna, erişte vb.									
Börek									
Kurabiye									
Kahvaltılık tahıl ürünleri (cornflakes vb.)									
Cips vb.									
İÇECEKLER									
Hazır meyve suları									

Kolalı içecekler									
Maden suları									
Kahve									
Çay									
Bitki çayları (.....)*									
YAĞ- ŞEKER-TATLI									
Zeytinyağı									
Diğer sıvıyağ (.....)*									
Margarin									
Tereyağ									
Şeker									
Şekerleme, lokum									
Çikolata									
Bal									
Reçel									
Pekmez									
Hazır besinler									
Hazır çorba									
Hamur işi tatlılar									
Sütlü tatlılar									

*(.....) En çok ve sık tüketilen besin çeşidi ve türü yazılmalıdır.

Ek-6: BESLENME DEĞİŞİM SÜREÇLERİ ÖLÇEĞİ

BESLENME DEĞİŞİM SÜREÇLERİ ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki soruları okuyun ve yapmakta olduğunuz veya geçmiş aylarda yapmış olduğunuz buna benzer deneyimleri düşünün. Daha sonra bu olayın ne kadar sıklıkla yapıldığına ilişkin aşağıdaki ifadelerden; hiçbir zaman 1, nadiren 2, ara sıra 3, sık sık 4 ile çok sık 5 seçeneklerinden, sizin için uygun olan bir tanesini işaretleyerek soruları cevaplayınız.

BESLENME DEĞİŞİM SÜREÇLERİ ÖLÇEĞİ	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Sık sık	Çok sık
1. Başarılı bir şekilde kilo veren insanların hikâyelerini okurum					
2. Bazı fiziksel aktiviteler yerine yemek yeme ile meşgul olurum.					
3. Kilolu olmanın sağlığı olumsuz etkilediğini içeren uyarılar beni kilo vermek için harekete geçirmektedir.					
4. Kilo verenlerin dünyayı geliştirmek için yardımcı olacağını düşünüyorum.					
5. Aşırı yeme davranışı ile ilgili deneyimim hakkında en azından özel bir kişi ile konuşabilirim.					
6. İnsanların çok yemek yediği yerlerden ayrılırım.					
7. Kilo verdiğimde başkaları tarafından ödüllendiriliyorum.					
8. Aşırı yemek ya da yememek konusunda seçim yapabileceğimi kendi kendime söylüyorum.					
9. Yiyeceklere olan bağımlılığım hayal kırıklığı hissettiriyor.					
10. Aşırı kilom nedeniyle ayrımcılık yapıldığını hissediyorum.					
11. Yemek yemeyi hatırlatan nesneleri çalışma yerimden kaldırıyorum.					
12. Kilo vermemi sağlayacak bazı ilaçlar alıyorum.					
13. Kilo vermenin yararları ile ilgili reklamlardan ya da makalelerden bilgi almayı düşünüyorum.					
14. Ellerimle başka şeyler yaparak dikkati başka yöne çekmenin aşırı yememem için iyi bir alternatif olacağını düşünüyorum.					
15. Kilolu kişilerin dramatik sorunları beni duygusal olarak etkilemektedir.					
16. Fazla yemek yediğimde dünyada kişi başına düşen yiyecek payından daha fazlasını aldığımı düşünüyorum.					
17. Kilo verme ile ilgili konuşmam gerektiğinde beni dinleyen biri var.					
18. Aşırı yememe neden olan kişisel ilişkilerimi değiştiriyorum.					

19. Çok yemediğimde başkaları tarafından ödüllendirilmeyi bekliyorum.					
20. Kilo vermeyi istediğimi kendi kendime söylüyorum.					
21. Aşırı kilomu düşündükçe üzülüyorum					
22. Aşırı kilolu insanların çekici kıyafetler satın alırken zor zamanlar yaşadığını biliyorum.					
23. Yemek yememeyi hatırlatan nesneler işyerimde bulunduruyorum.					
24. Kilo vermeye yardımcı olacak bazı diyet destekleri kullanıyorum.					
25. Kilo nasıl verilir konusunda makalelerden ve reklamlardan bilgi almayı düşünüyorum.					
26. Yemek yemek istediğim zaman, başka şeyler düşünüyorum.					
27. Kilo verme ile ilgili uyarılara çok fazla duygusal tepkiler veriyorum.					
28. Aşırı kilonun çevreye zararlı olacağını düşünüyorum.					
29. Aşırı yeme ile ilgili problemim olduğunda paylaşabileceğim biri var.					
30. Kilo almamı destekleyen insanlarla özellikle daha az görüşürüm.					
31. Aşırı yemek yemediğimde kendimi ödüllendiririm.					
32. Aşırı kilomdan kurtulmak için çaba sarf edeceğimi kendi kendime söylüyorum					
33. Kilo vermeyle ilgili değişikliklerin bana yarar sağlayacağını düşünüyorum					
34. Toplumun zayıf insanlara daha çok değer verdiğini düşünüyorum.					
35. Bana yemek yememem gerektiğini hatırlatan eşyalarımı evimin etrafına koyarım					
36. Kilo vermeme yardımcı olacak ilaçlar alıyorum					
37. Nasıl kilo verdiklerine ilişkin insanlardan bilgi almaya çalışıyorum					
38. Gevşemeye gereksinimim olduğundan yemek dışında başka şeyler yapıyorum					
39. Aşırı kilonun hastalıklara neden olduğuna ilişkin çalışmaları hatırlamak beni üzüyor					
40. Aşırı yemenin dünyada ki gıda malzemelerini azaltarak ekonomik olarak zarar vereceğini düşünüyorum					
41. Yeme ile ilgili sorunlarımı anlayan biri var					
42. İnsanlara ne yememem gerektiğini sorarım					
43. Günlük yaşamımda diğer insanlar aşırı yemediğimde beni iyi hissettirirler					
44. Kilo vermek için eğitim broşürlerini okurum					

45. Kilolu biri olarak kendi görünüşümü değiştirmek için çaba sarf ediyorum.					
46. Dünyanın en yoksullarının daha fazla besin kaynaklarına sahip olmaları gerektiğine inanıyorum.					
47. Yemek yemeyi hatırlatan şeyleri evimden kaldırıyorum.					
48. Kilo vermeme yardımcı diyet hapları kullanıyorum					



Ek-7: ETİK KURUL DEĞERLENDİRME SONUCU

Etik Kurul Onayı, bu tezin basılı halinde mevcuttur.

