



**T.C.  
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ONLINE ZAYIFLAMA DİYETİ DANIŞMANLIĞI ALAN BİREYLERİN YEME  
DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİĞİNİN BELİRLENMESİ**

**Hazel ELAGÖZ**

**DANIŞMAN  
Prof. Dr. Müveddet Emel ALPHAN**

**Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı**

**Beslenme ve Diyetetik Programı**

**İSTANBUL, 2025**



**T.C.  
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
ONLİNE ZAYIFLAMA DİYETİ DANIŞMANLIĞI ALAN BİREYLERİN YEME  
DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİĞİNİN BELİRLENMESİ**

**Hazel Elagöz**

**DANIŞMAN  
Prof. Dr. Müveddet Emel ALPHAN**

**Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı**

**Beslenme ve Diyetetik Programı**

**İSTANBUL, 2025**

**T.C.**  
**İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**  
**TEZ ONAY SAYFASI**

<b>ÖĞRENCİ ADI -SOYADI</b>	Hazel ELAGÖZ
<b>ÖĞRENCİ NUMARASI</b>	232108020
<b>PROGRAM ADI</b>	Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans
<p>İstanbul Atlas Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalında <b>Hazel ELAGÖZ</b> tarafından hazırlanan “Online Zayıflama Diyeti Danışmanlığı Alan Bireylerin Yeme Davranış Değişikliğinin Belirlenmesi” adlı tez çalışması jüri tarafından Yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.</p> <p style="text-align:center"><b>Tez Savunma Tarihi: 11/ 06 / 2025</b></p>	

<b>Jüri Üyesinin Unvanı, Adı, Soyadı</b>	<b>Çalıştığı Kurum</b>	<b>İmzası</b>
Prof. Dr. Müveddet Emel ALPHAN	İstanbul Atlas Üniversitesi	
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Betül DEMİRBAŞ	İstanbul Atlas Üniversitesi	
Doç. Dr. Nazlı BATAR	Mudanya Üniversitesi	

İstanbul Atlas Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca bu tez jüri tarafından onaylanmış ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hafize UZUN  
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

## **BEYAN**

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bulguların sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilmeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; çalışmamın İstanbul Atlas Üniversitesinde kullanılan “bilimsel intihal tespit programı” ile tarandığını ve öngörülen standartları karşıladığını beyan ederim.

Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

Hazel ELAGÖZ

## **İTHAF**

Sevgili aileme ithaf ediyorum...



## **BÜTÇE DESTEKLERİ**

### **ONLINE ZAYIFLAMA DİYETİ DANIŞMANLIĞI ALAN BİREYLERİN YEME DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİĞİNİN BELİRLENMESİ**

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca başta bilgi, deneyim ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, kendisinden çok şey öğrendiğim değerli tez danışman hocam Prof. Dr. Müveddet Emel ALPHAN olmak üzere Atlas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik bölümündeki tüm hocalarıma,

Her konuda bana maddi, manevi desteklerini esirgemeyen, her zaman yanımda olan, dünyamı güzelleştiren annem Belkıs ELAGÖZ'e, babam Mehmet ELAGÖZ'e ve biricik kardeşim Berra Mınel ELAGÖZ'e teşekkür ediyorum.

Haziran 2025

Hazel ELAGÖZ

## İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa no</b>
BEYAN.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
İTHAF .....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
BÜTÇE DESTEKLERİ.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
TEŞEKKÜR.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
İÇİNDEKİLER .....	<b>vii</b>
SİMGE/SEMBOL VE KISALTMALAR LİSTESİ .....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
ŞEKİL VE RESİMLER LİSTESİ.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
TABLolar LİSTESİ.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış. <b>i</b>
ÖZET .....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış. <b>i</b>
ABSTRACT .....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış. <b>1. GİRİŞ VE AMAÇ</b>
.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>2</b>
2.1. BESLENME .....	2
2.1.1. Besin ve Besin Grupları .....	2
2.1.2. Yeterli ve Dengeli Beslenme.....	3
2.2. OBEZİTE.....	<b>Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b>
2.2.1. Obezite Tanımı ve Sınıflandırılması .....	4
2.2.2. Obezite Prevalansı.....	<b>Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b>
2.2.3. Obezitenin Etiyolojisi.....	8
2.2.4. Obezitenin Komplikasyonları .....	9
2.3. OBEZİTENİN TEDAVİSİ .....	10
2.3.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi.....	10
2.3.2. Egzersiz Tedavisi .....	12
2.3.3. Davranış Değişikliği Tedavisi.....	13
2.4. KAYBEDİLEN AĞIRLIĞIN KORUNMASI.....	<b>Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b>
2.5. DİYET UYUMU .....	<b>Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b>

2.6. ZAYIFLAMA DİYETLERİNDE BAŞARIYI ETKİLEYEN ETMENLER ...Hata! Yer işareti tanımlanmamış.	
2.7. ONLİNE DİYET VE DANIŞMANLIK ..... Hata! Yer işareti tanımlanmamış.	
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>21</b>
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ.....	21
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ.....	21
3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....	21
3.4. ARAŞTIRMANIN ETİK İZİNLERİ.....	22
3.5. ARAŞTIRMADAKİ VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	22
3.5.1. 24 Saatlik Besin Tüketim Kaydı .....	22
3.5.2. Sosyal Medya Teyit/Güven Ölçeği .....	23
3.5.3. Hollanda Yeme Davranışı (DEBQ) Anketi.....	23
3.5.4. Diyet Memnuniyet Ölçeği.....	23
3.6. VERİLERİN İSTATİKSEL DEĞERLENDİRİLMESİ .....	24
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b>
5.1. ÇALIŞMANIN SINIRLILIĞI .....	54
5.2. SONUÇ .....	54
5.3. ÖNERİLER.....	55
<b>6. KAYNAKLAR .....</b>	<b>57</b>
<b>7. EKLER.....</b>	<b>69</b>
EK- 1: İntihal Raporu İlk Sayfası .....	69
EK- 2: Etik Kurul İzni .....	70
EK- 3: Ölçek Kullanım İzinleri.....	71
EK- 4: Gönüllü Onam Formu .....	72
EK- 5: Çevrimiçi Form Anketi .....	73
EK- 6: 24 Saatlik Besin Tüketim Kaydı .....	74
EK- 7: Porsiyon Ölçüleri .....	75
EK- 8: Sosyal Medya Teyit/Güven Ölçeği .....	77
EK- 9: Hollanda Yeme Davranışı (DEBQ) Anketi .....	78
EK- 10: Diyet Memnuniyet Ölçeği.....	80
<b>8. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>81</b>

## SİMGE/SEMBOL VE KISALTMALAR LİSTESİ

BKİ	Beden Kütle İndeksi
COVID-19	Koronavirüs Hastalığı 2019
DEBQ	Hollanda Yeme Davranışı Anketi
DM	Diabetes Mellitus
DMÖ	Diyet Memnuniyet Ölçeği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
gr	Gram
HDL	Yüksek Yoğunluklu Kolesterol
HT	Hipertansiyon
HYDA	Hollanda Yeme Davranışı Anketi
IU	Uluslararası Birim
kcal	Kilokalori
KVH	Kardiyovasküler Hastalıklar
Medyan	Ortanca
mg	Miligram
Q1	1.Çeyrekler açıklığı
Q3	3.Çeyrekler Açıklığı
R	Spearman korelasyon analizi
RE	Retinol Eşdeğeri
SD	Standart deviasyon
SMTÖ	Sosyal Medya Teyit/Güven Ölçeği
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
TBSA	Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TBT	Tıbbi Beslenme Tedavisi
TEKHARF	Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri Çalışması
TÜBER	Türkiye Beslenme Rehberi
TURDEP	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrin Hastalıklar Prevalansı Çalışması
TÜRKOMP	Türkiye'nin Ulusal Gıda Kompozisyonu Veri Tabanı
X2	Pearson ki-kare testi
$\mu$	Ortalama

## ŞEKİL VE RESİMLER LİSTESİ

	<b>Sayfa no</b>
<b>Şekil 2.1:</b> Besin Gruplarına Göre Sağlıklı Beslenme Tabacı.....	4
<b>Şekil 2.2:</b> 2008-2022 Yılları Arasında 15 Yaş ve Üstü Kadınların Vücut Kütle İndeksi Dağılımı .....	7
<b>Şekil 2.3:</b> 2008-2022 Yılları Arasında 15 Yaş ve Üstü Kadınların Vücut Kütle İndeksi Dağılımı .....	7
<b>Şekil 2.4:</b> Besin Gruplarına Göre Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Piramidi .....	13
<b>Şekil 2.5:</b> Kaybedilen Ağırlığın Korunmasına Odaklanan Kilo Yönetimi Programları .....	15
<b>Şekil 2.6:</b> Online Diyet Danışmanlığı Aşamaları.....	19

## TABLÖLAR LİSTESİ

	Sayfa no
<b>Tablo 2.1:</b> BKİ'ye Göre Obezite Sınıflandırılması.....	5
<b>Tablo 2.2:</b> Bel Çevresi Ve Obezitenin Metabolik Riski.....	5
<b>Tablo 4.1:</b> Katılımcıların Cinsiyetlerine Demografik Bilgileri ve Sağlık Durumları.....	26
<b>Tablo 4.2:</b> Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre BKİ Dağılımı.....	27
<b>Tablo 4.3:</b> Değişkenlere Göre Normallik Testi Sonuçları.....	27
<b>Tablo 4.4:</b> Katılımcıların Çalışma Durumu İle DMÖ'ne Verilen Cevaplar Arasındaki İlişki	28
<b>Tablo 4.5:</b> Konstipasyon Durumuna Göre Günlük Lif Tüketimi ve DMÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	31
<b>Tablo 4.6:</b> Katılımcıların HYDA ve DMÖ Puanları ile Günlük Olarak Alınan Enerji, Online Diyet ile Kaybedilen Ağırlık ve Online Diyet ile Zayıflama Süresi Arasındaki Kolerasyon Test Sonuçları.....	32
<b>Tablo 4.7:</b> Online Zayıflama Diyeti Yapma Süresine Göre Katılımcı Görüşlerinin Kruskal-Wallis H Testi Sonuçları.....	32
<b>Tablo 4.8:</b> Online Diyet Danışmanlığı Alan Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Haftalık Vücut Ağırlığı. Kaybı.....	33
<b>Tablo 4.9:</b> Sosyal Medyada Geçirilen Süreye Göre Online Diyet İle Kaybedilen Ağırlığın Karşılaştırılması.....	33
<b>Tablo 4.10:</b> Katılımcıların SMTÖ Puanları İle HYDA Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları.....	34
<b>Tablo 4.11:</b> Beden Kütle İndeksine Göre Online Diyet Yapma Süresi.....	35
<b>Tablo 4.12:</b> Katılımcıların Sosyal Medya Kaynaklarına Olan Güven Düzeyleri ve Haber Teyit Etme Davranışlarının Cinsiyetlerine Göre İncelenmesi.....	37
<b>Tablo 4.13:</b> Kadın Katılımcıların Enerji, Makro ve Mikro Besin Ögesi Alımlarının Önerilen Alım Düzeyleri İle Karşılaştırılması.....	41
<b>Tablo 4.14:</b> Erkek Katılımcıların Enerji, Makro ve Mikro Besin Ögesi Alımlarının Önerilen Alım Düzeyleri İle Karşılaştırılması.....	43

## ÖZET

Elagöz, H. (2025). Online Zayıflama Diyeti Danışmanlığı Alan Bireylerin Yeme Davranış Değişikliğinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Atlas Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, İstanbul.

Bu tez çalışması, bir diyetisyenden online olarak zayıflama danışmanlığı alan 18-65 yaş yetişkin bireylerde yeme davranış değişikliğinin değerlendirilmesi amacı ile gerçekleştirilmiştir. Veriler araştırmacı tarafından Form Anket yöntemiyle çevrimiçi anket olarak katılımcılara gönüllülük esasına dayalı olarak uygulanmış olup, Sosyal Medya Güven/Teyit Ölçeği, Hollanda Yeme Davranışı (DEBQ) Anketi ve Diyet Memnuniyet Ölçeği kullanılmıştır.

Çalışma, 148'i kadın (% 85.5) ve 25'i erkek (%14.5) olmak üzere toplam 173 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Kadın katılımcıların yaş ortalamaları  $36 \pm 11.6$  yıl, erkek katılımcıların yaş ortalamaları  $38.4 \pm 13.2$  yıldır. Tüm katılımcıların yaş ortalamaları;  $36.6 \pm 11.8$  yıldır. Çalışmaya katılan kadınların %35.8'inin ve erkeklerin %56'sının fazla kilolu olduğu görülmüştür. Kronik hastalık durumu açısından bakıldığında, katılımcıların çoğunluğunun herhangi bir kronik hastalığı bulunmadığı tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların %65.4'ü, erkeklerin %63.5'i uygulanan online zayıflama diyeti ile yediklerinden zevk almasına ve yeterli çeşitlilik tükettiklerine katılmaktadırlar. Kadın katılımcıların 1 haftada ortalama 1.2 kg, erkek katılımcıların ortalama 1.4 kg vücut ağırlık kaybettiği gözlemlenmiş ve böylece online diyet danışmanlığının bireylerin üzerindeki ağırlık kaybına olumlu yönde etkili olduğu görülmüştür.

Bu çalışmanın sonunda daha yüksek ağırlığı olan katılımcıların çevrimiçi zayıflama diyeti danışmanlık almayı daha uzun süre devam ettirdiği, almış oldukları online zayıflama diyetinin evde ve ev dışında uygulanmasının kolay olduğu, kendilerini fiziksel olarak iyi hissettirdiği ve çalışan/çalışmayan katılımcılar içinde bütçeye uygunluğu konusunda hemfikir oldukları görülmüştür. Katılımcılara uygulanan online zayıflama programını hayata entegre ederek ömür boyu uygulanabileceği ifade edilmiştir. Online diyet danışmanlığı hizmetleri, bireylerin yaşam kalitesini artırmaya yönelik önemli bir potansiyel taşımaktadır. Ancak, bu hizmetlerin etik yönleri dikkatlice ele alınmalı ve bireylerin sağlığı ile haklarını ön planda tutan bir anlayışla sunulmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Online Diyet, Beslenme, Zayıflama, Sosyal Medya

## ABSTRACT

Elagöz, H. (2025). Determination of Eating Behavior Changes in Individuals Receiving Online Weight Loss Diet Counseling. Master's, İstanbul Atlas University Postgraduate Education Institute, Department of Nutrition and Dietetics, İstanbul.

Determination of Behavior Change. Master's Thesis, İstanbul Atlas University Graduate Education Institute, Department of Nutrition and Dietetics, İstanbul.

This thesis study was conducted to evaluate the change in eating behavior in adults aged 18-65 who received online weight loss counseling from a dietitian. Data were collected by the researcher using the Form Survey method online on a voluntary basis, and the Social Media Trust/Confirmation Scale, the Dutch Eating Behavior (DEBQ) Questionnaire and the Diet Satisfaction Scale were used.

The study was conducted with a total of 173 participants, 148 of whom were female (85.5%) and 25 of whom were male (14.5%). The mean age of the female participants was  $36 \pm 11.6$  years, and the mean age of the male participants was  $38.4 \pm 13.2$  years. The mean age of all participants was  $36.6 \pm 11.8$  years. It was observed that 35.8% of the female and 56% of the male participants were overweight. In terms of chronic disease status, it was determined that the majority of the participants did not have any chronic disease. 65.4% of the women and 63.5% of the men participating in the study agreed that they enjoyed what they ate and that they consumed enough variety with the online weight loss diet. It was observed that the female participants lost an average of 1.2 kg and the male participants lost an average of 1.4 kg of body weight in 1 week, and thus it was seen that the online diet consultancy had a positive effect on the weight loss of the individuals.

At the end of this study, it was observed that participants with higher weights continued to receive online weight loss diet consultancy for a longer period of time, that the online weight loss diet they received was easy to apply at home and outside the home, made them feel good physically, and that it was affordable for working/non-working participants. It was stated that the online weight loss program applied to the participants could be integrated into life and applied for a lifetime. Online diet consultancy services have significant potential to improve the quality of life of individuals. However, the ethical aspects of these services should be carefully considered and provided with an understanding that prioritizes the health and rights of individuals.

**Keywords:** Online Diet, Nutrition, Weight Loss, Social Media

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Beslenme, yaşamın sürdürülebilmesi, sağlıklı bir beden yapısının korunması ve büyümenin sağlanması için ihtiyaç duyulan besinlerin uygun miktarlarda alınmasıdır. İnsan hayatının devamlılığı açısından beslenme hayati bir öneme sahiptir. Toplumların, ailelerin ve bireylerin öncelikli amacı sağlıklı ve üretken bir yaşam sürmektir. Bunun temelinde ise fiziksel, ruhsal, zihinsel ve sosyal açıdan iyi bir gelişim sağlayan vücut yapısının uzun süre korunması yatmaktadır (1). Obezite, vücuda alınan enerjinin tüketilen enerjiden fazla olması sonucunda yağ dokusunda aşırı birikim olarak tanımlanmaktadır (2).

Aşırı kilo ve obezite hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerde önemli bir halk sağlığı meselesi olup, çeşitli kronik hastalıklarla doğrudan bağlantılıdır (3). Obezitenin tedavisinde; beslenme tedavisini, fiziksel aktiviteyi ve davranış terapisini içeren yaşam tarzı müdahaleleri temel taşlar olarak kabul edilmektedir (4). Obezite genetik, çevresel, davranışsal ve sosyoekonomik kökenleri olan çok faktörlü bir hastalık olmasına rağmen, pozitif enerji dengesi, ağırlık artışına neden olan önemli bir faktör ve ağırlık kaybı müdahalelerinin temel hedefi olarak görülmektedir (5).

Sağlıklı ağırlık programı, diyetisyen tarafından bireyin yaşam tarzına ve sosyoekonomik durumuna uygun, beslenme alışkanlıklarını değiştirecek biçimde oluşturulmalıdır (6). Obezite tedavisinde davranış değişikliği en önemli aşamadır ve obezite yönetiminin her aşamasında yer almalıdır (7). Günümüzde, bireylerin sağlık durumlarını dijital platformlar üzerinden izlemek ve verilere küresel ölçekte erişim sağlamak amaçlanmaktadır. Bu sayede, kişinin nerede bulunduğu bakılmaksızın, tıbbi geçmişine internet bağlantısıyla ulaşılabilmektedir (8).

Bu çalışmada online zayıflama diyeti danışmanlığı alan bireylerin beslenme durumunu ve uyguladıkları zayıflama programının günlük hayatlarına olan etkilerinin saptanması amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. BESLENME

Beslenme, büyüme, sağlığın korunması ve yaşamın sürdürülmesi için besinlerin kullanılmasıdır ve insanın gereksinmelerinin başında gelir. 20. yüzyılın başlarından itibaren yapılan bilimsel çalışmalar, beslenme alanını bir bilim dalı haline getirmiştir. Bu disiplin; besin öğelerinin çeşitleri, miktarları, özellikleri ve vücut üzerindeki işlevlerini, gıdaların bileşimini, fiziksel ve kimyasal özelliklerini, ayrıca üretimden tüketime kadar geçen süreçlerde besin kalitesine olan etkilerini araştırır. Ayrıca, farklı yaş grupları, cinsiyetler, çalışma koşulları ve özel durumlara uygun beslenme planlarının hazırlanması üzerinde durur. Kısaca, beslenme bilimi; gıdaların üretim aşamasından hücresel düzeydeki kullanıma kadar geçen tüm süreçlerde insan ve besin arasındaki ilişkiyi inceler (1).

#### 2.1.1. Besin ve Besin Grupları

Besinler, diyetimizde yer alan besin öğeleri ile biyoaktif kimyasal bileşikler içeren, hayvan, bitki ve mantar kaynaklı yapılardır ve beslenmeye destek sağlar. Besinler, "besin öğeleri" olarak adlandırılan temel yapı taşlarından oluşur. Günlük beslenmede yüksek miktarda tüketilen öğelere "makro besin öğeleri", vücutta hayati roller üstlenmesine rağmen düşük miktarda ihtiyaç duyulanlara ise "mikro besin öğeleri" adı verilmektedir. Yaşam için elzem olan diğer besin öğesi sudur. Sağlıklı beslenme, günlük çeşitli besinlerin tüketilerek gereksinim duyulan enerji ve çeşitli besin öğelerinin vücuda alınmasıdır. İçerdikleri besin öğelerine göre besinler beş grupta toplanır (1). Bunlar;

- Süt ve süt ürünleri,
- Et, Tavuk, Balık, Yumurta, Kuru Baklagiller, Yağlı Tohumlar ve Sert Kabuklu Yemişler,
- Ekmek ve Tahıllar,
- Sebze,
- Meyve grubudur.

Besin ögeleri, makro besin ögeleri ve mikro besinler ögeleri olarak iki ana gruba ayrılır (10).

Makrobesin ögeleri, proteinler, karbonhidratlar ve yağlar olarak üç temel gruba ayrılır. Bu ögeler, enerji temini, doku onarımı ve büyüme, hormon üretimi ile farklı biyokimyasal işlevler için vazgeçilmezdir (11).

Proteinler, metabolizmada çok yönlü roller üstlenir; hasar gören dokuların onarılması, bağışıklık sistemi savunması, hücre içi ve dışı sıvıların osmotik dengesi, hemoglobinin oksijen taşıma işlevi, enzim ve hormon üretimi, egzersiz sonrası kas hasarlarının onarımı ve enerji sağlanması bu görevler arasında yer alır (12).

Karbonhidratlar, vücudun başlıca enerji kaynağıdır ve günlük enerji ihtiyacının %55-60'ını karşılar. Ayrıca su ve elektrolit dengesinin korunmasında destekleyici bir rol oynar (13).

Yağlar, enerji depolama, hücrelerin yapısının desteklenmesi ve hormonların üretiminde önemli bir rol oynar. Aynı zamanda, uzun süreli düşük yoğunluklu fiziksel aktivitelerde temel enerji kaynağıdır. Sağlıklı yağlar, kalp sağlığını destekler, iltihaplanmayı azaltır ve vitaminlerin emilimine yardımcı olurken hücre zarlarının yapısını oluşturur (14).

Diyet lifi, sindirilemeyen besin kısmıdır ve sindirim sistemi için hayati öneme sahiptir. Bağırsak fonksiyonlarını iyileştirir, tokluk hissini uzatır, kalp sağlığını destekler ve kronik hastalık riskini düşürür (15).

### **2.1.2. Yeterli ve Dengeli Beslenme**

Sağlıklı beslenme, ancak yeterli ve dengeli bir diyetle sağlanabilir. Bu, vücudun büyümesi, yenilenmesi ve yaşamın devamı için ihtiyaç duyduğu tüm besin ögelerini yeterli miktarda almayı gerektirir ve bunu başarmak için çeşitlilik içeren bir beslenme şarttır (16). Toplumların sağlık, eğitim ve ekonomik alanlarda ilerlemesi, bireylerinin fiziksel ve zihinsel sağlık durumlarına dayanmaktadır. "Optimal beslenme" olarak da tanımlanan yeterli, dengeli ve sağlıklı beslenme; döllenmeyi takiben fetüs de dahil olmak üzere yaşamın her devresinde birey ve toplum açısından önem taşır. Sağlıklı yaşam biçiminde; fizyolojik ve mental sağlık için kaliteli beslenme ile fiziksel aktivitenin beraber olması verimliliği ve üretkenliği artırır. Sağlıklı yaşam tarzı farkındalığını artırmak ve bu anlayışı basitleştirmek için "Besin Gruplarına Göre Tabak Modeli" geliştirilmiştir. Bu model, beş temel besin grubunu, içerdiği enerji ve besin ögelerine göre şekillendirilmiş yiyecek çeşitliliğine dayanarak tasvir eder (Şekil 2.1) (9).



Şekil 2.1: Besin Gruplarına Göre Sağlıklı Beslenme Tabakası (9)

## 2.2. OBEZİTE

Dünyada yetişkinler, çocuklar ve ergenler arasında obezite oranlarındaki artış, ciddi bir sağlık problemi haline gelmiştir. Son kırk yılda yapılan çalışmalar, obezite prevalansındaki önemli artışın bir salgın haline geldiğini ortaya koydu. Obezite, biyolojik, genetik, çevresel ve davranışsal faktörler arasındaki karmaşık etkileşimlerin sonucudur (17).

### 2.2.1. Obezite Tanımı ve Sınıflandırılması

Obezite, fazla enerji alımı, düşük enerji harcaması ya da her ikisinin bir arada etkisiyle uzun süreli enerji dengesizliğinden kaynaklanan ve genetik ile çevresel faktörlerin karmaşık etkileşimi sonucu ortaya çıkan kronik bir durumdur. Bir diğer tabirle uzun süreli pozitif enerji dengesinin sonucu olarak vücutta yağ dokusunun artması ve yağların depolanmasıyla obezite oluşur. Obezite, hareketsiz bir yaşam tarzının yanı sıra aşırı gıda tüketimini teşvik eden sosyokültürel koşullarda gelişir (18). Sağlık için tehdit oluşturan anormal ya da aşırı yağ birikimi, fazla kilo ve obezite olarak adlandırılmaktadır (19). Obezite, tip 2 diyabet (T2DM) ve kalp hastalıkları riskini artırabilir, kemik sağlığı ve üreme üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir, bazı kanser türlerine yakalanma riskini yükseltebilir ve uyku ile hareket kabiliyeti gibi yaşam kalitesini düşürebilir (20). Obezite, kilo verme müdahalelerinin temel hedefi olarak görülmüştür (5).

Aşırı kilo ve obezite sınıflandırmaları, sağlık hizmeti sağlayıcılarının ağırlık ile ilgili sağlık sorunlarının olasılığını değerlendirmesine yardımcı olur. Yetişkinlerde aşırı kilo ve obezitenin en yaygın ölçü Beden Kütle İndeksi' (BKİ) dir. BKİ, kişinin kilogram cinsinden

ağırlığını metre cinsinden boyunun karesine bölerek ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) ağırlık ve boy arasındaki ilişkiyi belirler. BKİ, doğrudan vücut yağını ölçmese de boy ve ağırlık verilerinin invaziv olmayan, özel bir beceri ya da pahalı ekipman gerektirmeyen yapısı nedeniyle klinik ve sağlık izleme uygulamalarında pratik bir yöntem olarak değerlendirilmektedir (21).

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği klavuzunda bulunan BKİ'ye göre obezite sınıflaması Tablo 2.1.'de gösterilmektedir (22).

**Tablo 2.1:** BKİ'ye Göre Obezite Sınıflandırılması (22).

Zayıf	$<18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$
Normal	$18,5-24,99 \text{ kg}/\text{m}^2$
Fazla Kilolu	$25-29,99 \text{ kg}/\text{m}^2$
Obez	$>30 \text{ kg}/\text{m}^2$
Hafif Obez	$30-34,99 \text{ kg}/\text{m}^2$
Orta Derecede Obez	$35-39,99 \text{ kg}/\text{m}^2$
Morbid Obez	$40,00 - 49,99 \text{ kg}/\text{m}^2$
Süper Obez	$\geq 50,00 \text{ kg}/\text{m}^2$

BKİ'nin  $25 \text{ kg}/\text{m}^2$  ve üzerine çıkması, obezite derecesine bağlı olarak hipertansiyon, T2DM ve kardiyovasküler hastalık riskinde artışa yol açmaktadır (23). Jinoid ile android tip obezite arasındaki niteliksel fark, özellikle android tip obezitenin ateroskleroz ve diyabet gibi metabolik komplikasyonlara daha sık eşlik etmesi nedeniyle önem taşır. Bu komplikasyonların riski, bel çevresinin artışı ile doğrudan ilişkilidir. Bel çevresine ilişkin sınıflandırma Tablo 2.2'de sunulmaktadır (24).

**Tablo 2.2:** Bel Çevresi ve Obezitenin Metabolik Riski (24).

Bel çevresine göre metabolik risk	Hafif	Ağır
<b>Kadın</b>	$>80 \text{ cm}$	$>88 \text{ cm}$
<b>Erkek</b>	$>94 \text{ cm}$	$>102 \text{ cm}$

Bu yöntem, belin en dar kısmının çevresini ölçer. Daha yüksek bir bel çevresi, daha fazla miktarda iç organ yağı ve toplam vücut yağına işaret eder. Bel çevresi ölçülmesi kolay, ucuzdur ve ayrıca hastalık ve ölüm gelişimini de tahmin eder (25).

Yağ dokusunun vücutta dağılım şekli ve biriktiği bölgeler, toplam yağ miktarından daha önemli olup, morbidite ve mortalite ile ilişkilidir (26).

a. **Ovoid Tip:** yağ dokusunun belirli bir bölge yerine vücudun geneline eşit şekilde dağılmasıdır.

b. **Android Tip:** Yağ dokusunun karın bölgesindeki iç organlar ve çevresinde birikmesidir. Bu tür yağlanma, T2DM, insülin direnci, dislipidemi, koroner arter hastalığı ve metabolik sendrom gibi rahatsızlıklar için risk oluşturur.

c. **Jinoid Tip:** Yağın uyluk ve kalça bölgelerinde birikmesidir. “Kadın tipi obezite,” “armut tipi obezite” veya “periferik tip obezite” olarak da bilinir. Venöz dolaşım bozuklukları ile jinoid obezite arasında önemli bir bağ bulunmaktadır (26).

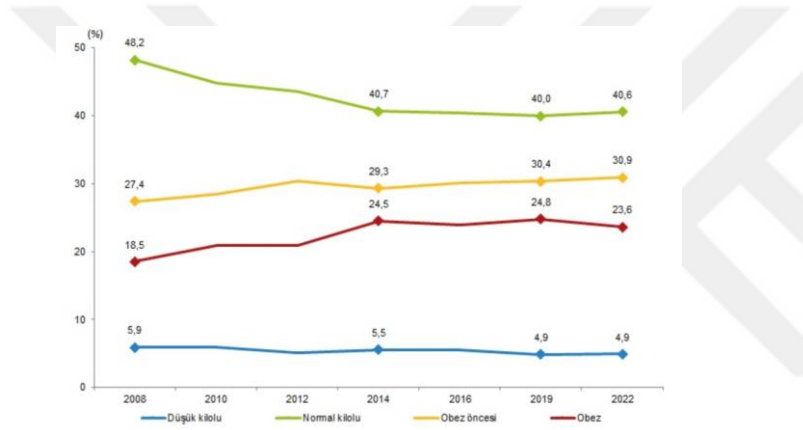
### 2.2.2. Obezite Prevalansı

Dünya’da 2022 yılında obezite ile yaşayan 890 milyondan fazla yetişkin de dahil olmak üzere 18 yaş ve üstü 2,5 milyar yetişkin fazla kiloludur. Aşırı kilo prevalansı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ne göre, Güneydoğu Asya Bölgesi ve Afrika Bölgesi’nde %31’den, Amerika Bölgesi’nde %67’ye kadar değişen miktarlarda bölgeye göre değişmiştir. 2022’de dünya çapında 18 yaş ve üstü yetişkinlerin yaklaşık %16’sının obez olduğu saptanmıştır. Dünya çapında obezite prevalansı 1990 ve 2022 yılları arasında iki kattan fazla artmıştır. 2022’de 5-19 yaş arası 390 milyondan fazla çocuk ve ergen fazla kiloludur. 5-19 yaş arası çocuklar ve ergenler arasında aşırı kilo prevalansı (obezite dahil) 1990’da sadece %8’den 2022’de %20’ye çarpıcı bir şekilde yükselmiştir. Artış hem erkekler hem de kızlar arasında benzer şekilde gerçekleşmiştir: 2022’de kızların %19’u ve erkeklerin %21’i fazla kilolu (obez öncesi) olduğu belirlenmiştir (2).

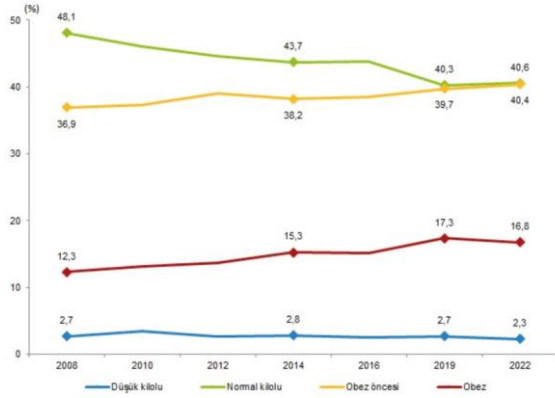
Türkiye’de 1997-1998 yıllarında gerçekleştirilen “Türkiye Diyabet Epidemiyoloji (TURDEP-I) Çalışması”nda, 20 yaş ve üzeri yetişkinlerde obezite (ham) prevalansının %22,3 (kadınlarda %30, erkeklerde %13) olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmaya yakın tarihlerde yapılan “Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF, 1997-1998) Araştırması”nda yetişkinlerde obezite prevalansı %28,6 (kadınlarda %38,8, erkeklerde %18,7) ve “Türkiye Obezite ve Hipertansiyon (TOHTA, 1999-2000) Araştırması”nda ise obezite prevalansı kadınlarda %24,6 ve erkeklerde %14,4 bulunmuştur. TURDEP-I çalışmasından 12 yıl sonra aynı merkezlerde tekrarlanan TURDEP-II Çalışması”nda ise obezite prevalansının, genel toplumda %35’e (kadın %44, erkek %27) yükseldiği görülmüştür. Çalışmada, TURDEP-I’den itibaren aradan geçen 12 yıl içinde obezite sıklığındaki artışın erkeklerde (%107) kadınlara (%34) göre çok daha fazla olduğu saptanmıştır. Obezite prevalansı, 20’li yaşlardan itibaren artarak 45-74 yaş grubundaki kadınlarda %50’yi ve erkeklerde ise %30’u aşmaktadır.

Yaşlılıkta ise obezite prevalansı, muhtemelen bu yaş grubunda yaygın görülen “sarkopeni” nedeniyle, azalma eğilimi göstermektedir (27).

Türkiye Sağlık Araştırması’na göre, boy uzunluğu ve vücut ağırlığı verilerinden hesaplanan Beden Kütle İndeksi (BKİ) incelendiğinde, 15 yaş ve üzeri obez bireylerin oranı 2019 yılında %21,1 iken 2022 yılında %20,2’ye gerilemiştir. 2022 yılında kadınların %23,6’sının obez, %30,9’unun obez öncesi (Şekil 2.2); erkeklerin ise %16,8’inin obez, %40,4’ünün fazla kilolu olduğu tespit edilmiştir (Şekil 2.3) (28).



Şekil 2.2: 2008-2022 Yılları Arasında 15 Yaş ve Üstü Kadınların BKİ Dağılımı (28)



Şekil 2.3: 2008-2022 Yılları Arasında 15 Yaş ve Üstü Erkeklerin BKİ Dağılımı (28)

### 2.2.3. Obezitenin Etiyolojisi

Obezite, karmaşık ve çok faktörlü bir hastalıktır; etiyojisinde pek çok faktör rol oynar. Beslenme alışkanlıkları, genetik yatkınlık, yetersiz fiziksel aktivite, uyku yetersizliği, bazı ilaçlar, sigara kullanımı, endokrin bozukluklar, etnik farklılıklar, yağ dağılımındaki değişiklikler, gebelik yaşı, intrauterin etkiler, genetik olarak yüksek BKİ'ye sahip bireylerin eşleşmesi, enfeksiyonlar, çevresel ve psikososyal faktörler bu nedenler arasında sayılabilir (29). Obezitenin nedenleri tam olarak açıklanamasa da mevcut yaklaşımlar bu faktörlerin birbiriyle ilişkili olduğunu ve obezitenin çok faktörlü bir hastalık olduğunu göstermektedir (30).

Beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyi, psikolojik etkenler ve sosyoekonomik durum gibi unsurların obeziteye katkıda bulunduğu belirtilmektedir (31). Bebeklikten itibaren edinilen beslenme alışkanlıkları, ilerleyen dönemlerde kilo sorunlarına yol açabilmekte ve bu alışkanlıklar obezite riskini artırmaktadır. Düzenli olarak 3 ana öğün ve 3 ara öğün tüketen kişilerle yalnızca 1-2 ana öğün tüketenler karşılaştırıldığında, düzenli öğün tüketenlerin daha az sıklıkla obeziteye maruz kaldığı saptanmıştır. Ayrıca gelir seviyesinin yükselmesi ve kentleşmenin artması, yağ, şeker ve kompleks karbonhidrat açısından zengin bir diyet modelinin yaygınlaşmasına yol açmaktadır (32).

Araştırmalar, vücut ağırlığı kontrolünün genetik faktörlerle yakından ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Obez ebeveynlerin çocuklarının obez olma ihtimali %80 iken, bu oran normal beden kitle indeksine sahip ebeveynlerde %15'tir (33).

Adipositlerde oluşan inflamasyon, hiperplazi ve hipertrofi adipoz dokunun yapısında ve adipokinlerin salınımında birçok değişikliğe neden olur. İnsan vücudunda bulunan yağ dokuları beyaz, bej ve kahverengi olmak üzere 3 çeşittir. Enerji depolanmasından beyaz yağ dokusu, enerji harcanmasından kahverengi yağ dokusu görevlidir. Bej renkli yağ dokusu ise kahverengi kadar olmasa da bir miktar termojenik etkisi olan bir yağ deposu olarak görev yapar (34).

Cep telefonu, televizyon, bilgisayar gibi ileri teknoloji ürünü araçların kullanımının yaygınlaşması ve çalışma yaşamında daha az hareket gerektiren işlere doğru değişim de fiziksel inaktiveye sebep olarak obezitenin artışına sebep olmaktadır (22,35).

Azalan fiziksel aktivite ile vücuda alınan fazla besin kaynaklarının yakılamayıp yağ olarak depolanmasına sebep olmaktadır (36).

#### 2.2.4 Obezitenin Komplikasyonları

Obezite, insülin direnci, tip, T2DM, hiperlipidemi, metabolik sendrom, non-alkolik steatohepatit ve üreme anormallikleri gibi endokrin ve metabolik bozukluklarla ilişkilidir. Adipoz dokunun artık bir endokrin organ olarak kabul edilmesi, salgıladığı adipokin ve adipositokinler aracılığıyla kronik düşük dereceli inflamasyona yol açarak metabolik komplikasyonların gelişmesine neden olur (37).

Diyabet, insülin üretimi ve kullanımındaki bozukluk sonucunda ortaya çıkmaktadır (38). T2DM ile obezite arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır ve diyabet için obezite önemli bir risk yaratmaktadır (39). TURDEP II sonuçlarına göre ülkemizde %13.7 oranında 20 yaş ve üzeri yetişkin bireylerde diyabet görülmektedir. Tüm obezler T2DM'li olmazlar fakat her T2DM'li hastanın obez olma riski çok yüksektir (40). Düşük glisemik indeksli bir beslenme planı ve artırılmış fiziksel aktivite kandaki insülin seviyesini düşürür ve insülin direncinin azalmasına neden olur. Sağlıklı ve dengeli bir beslenme programı ile kaybedilmesi planlanan %5-10'luk bir ağırlığın T2DM riskinin azalması üzerinde önemli etkisi vardır (37). Obezite ve hipertansiyon özellikle endüstri toplumlarında olmak üzere tüm dünyada hızla artmaktadır (41).

Hipertansiyonun en önemli risk faktörlerinden birisi obezitedir (42). Kalp atım hacmi ve vazokonstrüksiyondaki artış obezitede HT gelişiminde rol oynamaktadır. Serbest yağ asitlerinin vazokonstrüksiyonu arttırdığı ve nitrik okside bağlı damar gevşemesini azalttığı yapılan bazı çalışmalarda belirtilmektedir. Bu kişilerde kan basıncının yükselmesine hiperinsülinemiye bağlı olarak böbrek sodyum emiliminin artması da yol açmaktadır (23) BKİ değeri  $27 \text{ kg/m}^2$ 'nin üzerinde olan bireylerde hipertansiyon riskleri, aşırı kilolu olmayan bireylere göre üç kat daha yüksek olduğu bilinmektedir (42).

Karaciğer yağlanması için obezite yaygın bir risk etkenidir. Hem BKİ değerinin yüksek derecede oluşu hem de visseral obezite karaciğer yağlanması üzerinde etkilidir ve karaciğer yağlanması prevalansı aynı oranda yüksek BKİ değeri ile artmaktadır (43). Karaciğer yağlanması olan bireylerin büyük çoğunluğu obezdir (44). Obez kişilerde ateroskleroz ve kardiyovasküler hastalık gelişiminde şüphesiz dislipidemi önemli rol oynamaktadır (45). Obez bireylerin hiperkolesterolemi riskleri normal kişilere göre 20-75 yaş grubunda 1,5 kat, 20-45 yaş grubunda 2 kat daha yüksek olduğu bilinmektedir (42). Dislipidemi, hipertansiyon, insülin direnci, vasküler endotel disfonksiyonu ve uyku bozuklukları gibi obezite ile ilişkili faktörlerin kardiyovasküler hastalıklara neden olabileceği belirtilmiştir (46,47).

Günümüzde depresyon ve obezite iki büyük sağlık sorunlarıdır. Bazı epidemiyolojik çalışmalarda obezitenin psikolojik faktörleri ve psikiyatrik hastalıklarla arasında pozitif bir ilişkinin olduğu bildirilmektedir (48). Obezite; depresyon, anksiyete gibi psikolojik sorunlara sebep olabilmektedir (49). Obez bireylerde beden algı bozukluğu, düşük benlik saygısı, düşük öz yeterlilik, yüksek mükemmeliyetçilik, yüksek dürtüsellik gözlenmektedir (50).

Psikososyal komplikasyonlar arasında beden memnuniyetsizliği, depresyon, kontrolsüz yemek yeme, sağlıksız kilo kontrolü davranışları, bozulmuş sosyal ilişkiler ve yaşam kalitesindeki düşüş yer alır (51). Beden imajı bozukluğu ve düşük sosyal bütünleşme, bireylerin kendilerini çirkin bulmaları ve bu algının başkaları tarafından da paylaşılacağı düşüncesiyle sosyal ortamlardan kaçınmasına neden olabilir. Bu durum, obez bireylerde depresyona yol açabilir (52).

Obezitenin, intrarenal yağ birikimini, bozulmuş glomerüler filtrasyon hızını ve albuminüriyi artırarak kronik böbrek yetmezliğine yol açabileceği düşünülmektedir (53).

Ağırılık kaybı, insülin direnci, inflamasyon, dislipidemi, hipertansiyon, metabolik sendrom, diyabet, akciğer hastalığı ve KVH gibi obezite ile ilişkili çeşitli komorbiditelerin prevalansındaki ve şiddetindeki iyileşmelerle ilişkilendirilmiştir (54).

## **2.3. OBEZİTENİN TEDAVİSİ**

### **2.3.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi**

Obezite tedavisinde tıbbi beslenme tedavisi, kişiye özel olarak hazırlanmalıdır. Diyetisyen tarafından bireyin sosyoekonomik durumu ve yaşam tarzına uygun şekilde düzenlenen bu program, uzun vadede beslenme alışkanlıklarını değiştirmeyi hedefler. Ağırılık kaybı için enerji alımı haftada 0,5-1,0 kg kaybı sağlayacak şekilde azaltılmalı ve günlük 500-1000 kkal enerji açığı oluşturulmalıdır. Beslenme programında karbonhidratlar toplam enerjinin %45-60'ını, proteinler %10-20'sini, yağlar ise %20-35'ini oluşturmalıdır. Doymuş yağ oranı %7-8'i geçmemeli, trans yağlar ise toplam enerjinin %1'inden az olmalıdır. Kompleks karbonhidrat tüketimi teşvik edilmeli, basit karbonhidrat tüketimi sınırlandırılmalıdır. Sıvı tüketimine dikkat edilerek gazlı içecekler, alkollü içecekler ve meyve sularından kaçınılmalı; posa alımını artırmak için tam tahıl, baklagiller, sebze ve meyve tüketimi desteklenmelidir. Ayrıca bireylere porsiyon kontrolü ve beslenme eğitimi verilmesi önerilmektedir (10,56).

- İdeal boy uzunluğuna uygun bir vücut ağırlığının hedeflenmesi ve bu ağırlığın korunması sağlanmalıdır.
- Günlük beslenme üç ana öğün olacak şekilde düzenlenmeli, özellikle kahvaltı atlanmamalıdır. Kahvaltı, sağlıklı bir vücut ağırlığını korumanın yanı sıra gün boyunca enerji düzeyini artırır.
- Her öğünde farklı besin gruplarından bir çeşitlilik sağlanmalıdır.
- Ara öğünlerde düşük kalorili gıdalar, porsiyonlara dikkat edilerek tüketilmeli; meyve, sebze, süt ve ayran gibi sağlıklı seçenekler tercih edilmelidir.
- Şeker, çikolata, kek gibi karbonhidrat oranı yüksek ve doymuş yağ içeriği fazla yiyeceklerden uzak durulmalıdır.
- Gazlı içecekler ve hazır meyve suları gibi yüksek kalorili içecekler yerine su, süt veya doğal meyve suları tercih edilmelidir.
- Posa açısından zengin gıdaların tüketilmesi tokluk hissini artırarak kilo kontrolüne yardımcı olur. Bu bağlamda tam tahıl ürünleri, bakliyatlar ve taze sebze-meyveler önerilmektedir.
- Yavaş yeme alışkanlığı edinilmeli ve yiyecekler iyice çiğnenmelidir.
- Yetişkinlerin günlük 8-10 bardak su tüketimine dikkat etmesi gerekir.

Tıbbi beslenme tedavisin uygulanabilmesi için beslenme modelleri aşağıda verilmiştir (16,57).

**Enerjisi Kısıtlı Diyetler:** değişken makrobesin oranlarıyla 6-12 aylık bir süreçte vücut ağırlığını azaltmayı hedefler.

**Akdeniz Diyeti:** En çok tercih edilen ve tüm dünyada sağlıklı olduğu kanıtlanmış beslenme modellerinden birisidir. Meyve, sebze, zeytinyağı ve balık ağırlıklı beslenme modeli olup, glukoz düzeyini iyileştirir, HDL kolesterol ve trigliserid oranlarını olumlu etkiler, KVH ve T2DM riskini azaltır.

**DASH Diyeti:** Yüksek miktarda sebze, meyve, az yağlı süt ve ürünleri, çeşitli tahıllar, sert kabuklu kuru yemiş ve kuru baklagil içeren işlenmiş gıdaların sınırlı olduğu bir diyet planıdır.

**Vejetaryen Diyetler:** Farklı türleriyle hayvansal ürünlerin tüketimini sınırlayan bir beslenme yaklaşımıdır.

**Düşük Glisemik İndeksli Diyetler:** Düşük glisemik indeksli gıdaların tüketilmesini öneren ve önceliklendiren bir beslenme biçimidir.

**NORDİC Diyeti:** Akdeniz, Portfolio, DASH diyetlerinin İskandinav beslenme biçimine uyarlanmış halidir.

Tıbbi beslenme tedavisi uygulamalarının açlık regülasyonu, kan basıncı, kan lipidleri, vücut ağırlığı kaybı, bel çevresinde incelme ve glisemik kontrol üzerinde olumlu yanıtları bulunmaktadır. Aynı zamanda yaşam şekli değişikliği uygulamalarının da bunlara ek olarak kardiyovasküler mortalite, glisemik kontrol ve metabolik sendrom üzerinde iyi etkileri vardır (57).

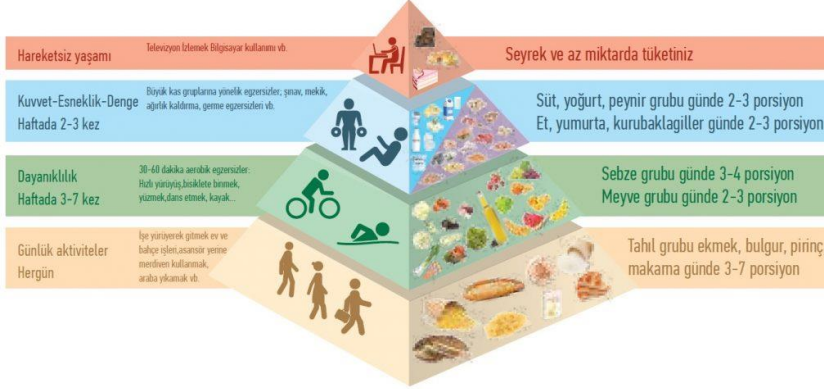
T.C. Sağlık Bakanlığı ile Beslenme ve Diyetetik Bölümlerinden akademisyenler tarafından hazırlanan “Türkiye Beslenme Rehberi”nde, bireylerde ve toplum genelinde sağlıklı yaşam farkındalığını artırmak amacıyla “Besin Gruplarına Göre Tabak Modeli” tanıtılmıştır (Şekil 2.1). Bu model, besin çeşitliliği esasına dayalı sağlıklı bir beslenme düzenini teşvik etmektedir. Modelde, saat yönünde sırasıyla; süt ve süt ürünleri, et, tavuk, balık, yumurta, kurubaklagiller ve yağlı tohumlar, taze sebze, meyve ve tahıl grupları yer almaktadır. Hedef, her öğünde bu gruplardan birer besinin tercih edilerek tüketilmesidir (58).

### 2.3.2. Egzersiz Tedavisi

Sürdürülebilir egzersiz alışkanlıkları ve aktif bir yaşam tarzı, obeziteyle mücadelede başarıyı desteklemektedir. Kişiye özel egzersiz programları, bireyin yaşına, kilosuna, cinsiyetine ve sağlık durumuna uygun olarak planlanmalı ve obezite tedavisinde önemli bir yer tutmaktadır. Genel öneriler arasında, haftada 4-5 gün, başlangıçta günde 30 dakika, ilerleyen dönemde ise günde 60 dakikaya çıkarılan orta şiddette aerobik egzersizler (250-300 dk/hafta) yer almaktadır. Bu tür düzenli egzersizler, iştah kontrolünü sağlamaya ve kilo verme sürecinde psikolojik dengeyi desteklemeye yardımcı olmaktadır (59).

Enerji kısıtlama diyetleriyle birlikte fiziksel egzersizin ağırlık üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalar, yalnızca egzersiz müdahalelerine kıyasla daha fazla ağırlık kaybı olduğunu göstermiştir. Buna göre, ağırlık kaybı elde etmek için en etkili yaklaşım diyet, egzersiz ve davranış stratejilerinin bir kombinasyonunu içerir. Ağırlık kaybını sürdürmek isteyen hastalar için, yüksek düzeyde egzersiz (225-420 dakika/hafta orta yoğunluklu egzersiz), daha düşük seviyelere kıyasla daha iyi ağırlık kaybı ile ilişkilendirilmiştir (<150 dakika/hafta) (52).

Türkiye beslenme ve fiziksel aktivite piramidine, beslenme önerileriyle birlikte fiziksel aktivite de eklenmiştir. Piramitte, besin çeşitliliği ile sağlıklı beslenme ilkesine dayandırılarak, günlük tüketilmesi önerilen porsiyon miktarları da sunulmaktadır. Ayrıca tüketiminin artırılması ve azaltılması gereken besinler belirtilmektedir. Günlük sıvı özellikle su alımı yaşamsal önem taşır ve piramidin yanında yer alır. Piramidin tabanında temel besin kaynağı olan ve enerji gereksiniminin karşılanmasında önemli yer tutan, günlük alınması gereken tahıl grubu bulunur. Yine beslenmede her gün yer alması gereken süt, yoğurt, peynir grubu ile et türleri, yumurta ve kuru bakliyat grubunda yer alan besinler önemli protein içerikleri nedeniyle aynı grup altında toplanmıştır (Şekil 2.4). Akdeniz modeli beslenmede çeşitli yararları olan zeytinyağına piramitte yer verilmiştir. Piramidin en tepesinde seyrek ve daha az tüketilmesi önerilen eklenmiş şeker ve fazla yağ içeren besinler bulunur. Piramidin fiziksel aktiviteye ilişkin bölümü 2014 Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi önerilerine göre geliştirilmiştir. Piramidin tabanında yetişkin bireylere her gün yapılması önerilen aktiviteler yer alır. Orta kısmında ise haftada en az 3 kez yapılması önerilen dayanıklılık egzersizleri ve haftada iki kez 5 ila 10 dakika olarak önerilen kuvvet ve denge egzersizleri belirtilir. Hareketsiz yaşam (televizyon izlemek, bilgisayar kullanımı vb.) tıpkı şekerli ve aşırı yağlı besinler gibi piramidin en tepesinde yer almakta ve azaltılması gereken alışkanlıklar olarak belirtilmektedir (9).



Şekil 2.4: Besin Gruplarına Göre Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Piramidi (9)

### 2.3.3. Davranış Değişikliği Tedavisi

Obezite tedavisinde bilişsel davranışçı müdahalelerin önemi giderek artmaktadır. Diyet ve fiziksel aktivitenin artırılması gibi yaşam tarzı değişikliklerinin bilişsel-davranışçı yaklaşımlarla birleştirilmesi, tedavinin etkinliğini yükseltmekte ve ulaşılan kilo kaybının

sürdürülebilir olmasını sağlamaktadır. Bu süreçte davranış değişikliği, obezite tedavisinin vazgeçilmez bir bileşenidir. Bu yaklaşım, bireylerin yeme alışkanlıklarını ve fiziksel aktivite düzeylerini gözlemleyip düzenlemelerine, aşırı yemeye neden olan tetikleyicileri belirleyip yönetmelerine yardımcı olmaktadır (7,60,61).

Ağırlık kaybı programına alınması düşünülen obez kişinin yaşam tarzı değişikliği konusunda düşünme öncesi aşama, düşünme aşaması ve hazırlık aşaması, eylem ve devam ettirme gibi transteoretik modelin hangi aşamasında olduğu ve programın gidişatı izlenmelidir (62). Davranış değişikliği süreci, bireyin mevcut yeme ve aktivite alışkanlıklarının değerlendirilmesiyle başlar. Sağlıklı alışkanlıkların pekiştirilmesi ve olumsuz davranışların yeniden yapılandırılması sağlanmalıdır. Beslenme ve egzersiz alışkanlıklarının değiştirilmesi, bireyin yaşam tarzını iyileştirir ve kilo kontrolüne destek olmaktadır (63).

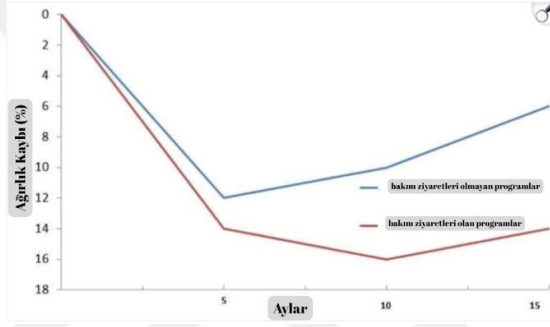
Yemeklerin kıyartma şeklinde yapılması, hazır gıda tüketimi, hazır meyve suları ve gazlı içecekler, yemeklerde kullanılan yağ türü ve miktarı, öğün alışkanlıkları, porsiyon büyüklüğü ve tatlı tüketimi beslenme alışkanlıkları içerisinde sorgulanması gerekenler arasında yer alır (64). Ana öğünlerde salata tüketimi ve ara öğünlerde meyve tüketimi teşvik edilmelidir. Tatlı tüketimi en aza indirilerek, evde hazırlanmış düşük şekerli sütlü tatlılar tercih edilebilir. Hızlı yemek yeme, televizyon karşısında yemek yeme ve gece geç saatte yeme alışkanlıkları değiştirilmeli, uyku düzeni ve kalitesi de göz önünde bulundurulmalıdır (60).

Davranış değişikliği süreci; hedef belirleme, uyarın kontrolü, öz izleme, alternatif davranış geliştirme, kendini ödüllendirme, bilişsel yeniden yapılandırma, stres yönetimi ve sosyal destek gibi unsurları içermektedir (65).

#### **2.4. KAYBEDİLEN AĞIRLIĞIN KORUNMASI**

Obez bireylerde zayıflama programı sonrasında ağırlık kayıplarını korumak oldukça zordur. Zayıflama programının bir parçası olan davranış modifikasyonu ile beslenmeye ilişkin önerilerin, bireyin yaşam biçimi haline getirilmesine ve bireyin bu konuda “kararlı” davranmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Kazanılan olumlu alışkanlıkların bir yaşam biçimi haline getirilmesi, kilo kaybının korunmasına yardımcı olur. Obezite tedavisi multidisipliner bir yaklaşımı gerektirir ve bu süreçte hasta, doktor, diyetisyen ve psikologdan oluşan bir ekip yer almalıdır (66).

Uzun vadeli davranış değişiklikleri ve obezite yönetimi sürekli dikkat gerektirir. En yüksek kalitedeki kısa vadeli müdahalelerin bile sürekli müdahale ve destek olmadan sürekli olumlu sonuçlar vermesi olası değildir. Birkaç çalışma, sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla veya grup ortamlarında devam eden etkileşimin, kısa bir süre sonra sona eren tedavilerle karşılaştırıldığında kaybedilen ağırlığın korunması uzun vadeli sonuçları önemli ölçüde iyileştirdiğini göstermektedir (Şekil 2.5.). Uzun vadeli müdahalenin önemi, ağırlık kaybı müdahalelerinin en az 1 yıl süren uzun vadeli kapsamlı ağırlık kaybı koruma programlarını içermesi gerektiğini belirten obezite tedavi kılavuzlarında kanunlaştırılmıştır (67).



Şekil 2.5: Kaybedilen Ağırlığın Korunmasına Odaklanan Kilo Yönetimi Programları (67).

Motivasyonu desteklemek ve sonuçlarla ilgili belirgin bir memnuniyet yaratmak için, genellikle göz ardı edilen hastaların ilerlemesine dikkat çekilmelidir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları, ortalama beklenen ağırlık kaybı, kan basıncı ve glisemik kontrol gibi risk faktörlerindeki klinik iyileştirmeler bağlamında ele alarak, korunan ağırlığın büyüklüğüne işaret edebilirler. Ek olarak, hastalara kendilerinin "öncesi ve sonrası" fotoğraflarını ve ilerlemenin diğer somut kanıtlarını göstermek, halihazırda elde ettikleri faydaların farkına varmalarını ve takdir etmelerini sağlar ve bu da ağırlığın korunması çabalarında uzun vadeli ısrarı artırabilir (67).

Uzun vadede ağırlık kaybını koruyup sürdüren hemen hemen hiç kimsenin olmadığı yönünde genel bir algı vardır. Ancak araştırmalar, fazla kilolu bireylerin yaklaşık %20'sinin, başlangıç vücut ağırlığının en az %10'unu kaybetmek, ağırlık kaybını en az 1 yıl boyunca korumak olarak tanımlandığında uzun vadeli ağırlık kaybında başarılı olduğunu göstermiştir (68).

Kilo koruma sürecinde motivasyonun önemi büyüktür. Fiziksel veya ruhsal rahatsızlıklar, bireyin motivasyonunu etkileyerek kilo koruma sürecini olumsuz etkileyebilir. Diyet sonrası kilo kontrolünü sürdüremeyen bireylerde, motivasyon eksikliği nedeniyle beslenme alışkanlıkları değişmez ve kilo alımı yeniden başlar. Araştırmalar, orta düzeyde ve uzun vadede kaybedilen kiloların daha kalıcı olduğunu göstermektedir. Bu kapsamda kilo koruma stratejileri geliştirilmiş ve hedefler belirlenmiştir (71).

**Terapist İlişkisi:** Bireylerin kilo koruma sürecinde karşılaştıkları engellerin çözümünde rehberlik sağlar. Terapist ile birey arasındaki etkin iletişim, sağlanan davranış değişikliklerinin devamlılığı açısından önemlidir (71).

**Beceri Eğitimi:** Kilo kaybı sürecinde karşılaşılan zorluklarla başa çıkma becerilerini geliştirmek amacıyla eğitim verilir. Bu eğitim, bireylerin kendi enerjilerini denetlemelerine yardımcı olacak teknikler içerir (71).

**Sosyal Destek:** Bireysel ya da grup halinde sağlanan sosyal etkileşim ve duygusal destek, kilo koruma sürecini teşvik edicidir (71).

**Fiziksel Aktivite:** Artan fiziksel aktivite, kilo kontrolünde uzun vadeli başarı için önemlidir (71).

**Çok Yönlü Programlar:** Tüm bu stratejilerin bir arada uygulanması, başarı şansını artırır (71).

## 2.5. DİYET UYUMU

Beslenme tedavisine bağlılık, bireyin diyetisyenin önerilerini ne derece uyguladığı ile ilişkilidir. Uygulanan diyetin lezzetli ve uygulanabilir olması, bireylerin diyeti sürdürebilmeleri açısından önem taşır. Aksi halde birey, diyeti uygulamakta güçlük çekebilir ve hedeflenen değişikliklere ulaşamayabilir (71,72,73).

DSÖ'ye göre; sosyo-ekonomik, sağlık hizmet ekibi, sağlık sistemi, hastalık durumu ve hasta ile ilgili etmenler bireylerin diyet uyumlarını etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada diyet uyumunu etkileyen etmenlerin; diyet eğitimi yetersizliği, beslenme planının içerdiği besinlerin maliyetini karşılayamama ve diyet önerilerinin yararına ilişkin zayıf farkındalık olduğu saptanmıştır (74).

Diyet uyumu, özellikle yaş, cinsiyet, sosyoekonomik faktörler gibi kişisel, hastalığın kabulü veya reddi, tedavinin yararına inanıp inanmamak gibi sağlık inanç ve tutumları,

bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili bilgi sahibi olma, anlama kapasitesi yetkinliği gibi sağlık okuryazarlığı, sağlık durumu, sağlık kuruluşlarına, beslenme bilgi/danışma merkezlerine ve egzersiz merkezlerine erişim gibi etkenlerle ilişkilidir. Tedavi uyumu; hastanın sağlık inancı, algısı, eğitim durumu, psikolojik yapısı, yaşı, cinsiyeti, motivasyonu, hastalığın sũresi, ek hastalık varlığı gibi faktœrlerden etkilenmektedir (75,76). Diyet uyumunu yükseltmek için hasta ve ailesinin eğitimi ve iş birliği oldukça elzendir. Diyet uyumu arttırmanın bir başka yolu da diyet planı stratejilerine ilişkin kararlarda hastanın da katılmasıdır. Tedavi uyumu, hasta ve diyetisyenin hastanın beslenmesi ve sağlıkla ilgili œnerilerine ilişkin iş birliğini ifade eder (77,78).

Literatũrde diyet uyumunun da iãerisinde olduğu yaşam tarzı değişikliklerine uymama nedenlerini araştıran Saleh ve arkadaşlarının 374 Hintli tip 2 obez birey üzerinde yaptđı araştırmaya gœre; eğitim seviyesinin dũřœklũđũ ve ileri yaş diyet uyumsuzluğu ile ilişkili bulunmuştur. Washington'da diyet uyumunun œnũndeki engelleri saptamak amacıyla obez bireylerle yapılan bir çalışmada, diyet dışı yeme isteği ve ev dışı diyet listesine uygun yemek bulma zorluğunu diyet uyumu etmenleri olarak gœstermiřlerdir (74).

Obezite tedavisinde temel ve kalıcı çœzœmler; beslenme ve yaşam tarzı değişikliklerinin metabolik gœstergelere ve komplikasyonlara olan olumlu etkileriyle desteklenmiştir. Ancak bu değişikliklerin uygulanmasında birœok kilolu veya obez birey, sağlıklı beslenme alışkanlıkları geliştirme ve diyet planlarına uyum sağlama konusunda zorluklar yaşamaktadır (79). Beslenme eğitiminin diyet uyumunu etkileyen etmenlerden biri olduğu gœsterilmiřtir. Eğitim; bilgi, tutum ve davranış evrelerinden oluşan bir sũreçtir. Gũndemin ve bilimsel verilerin sũrekli değişmesi nedeniyle bireylerin yeni durumlara uyumunun sağlanması amacıyla beslenme eğitiminin de sũrekli bir hale gelmesi gerekir. Eğiticinin diyet uyumunu sonucu veya diyet uyumsuzluğunda hastalık sũrecinde neler gelişebileceğini eğitim alan bireylere kalıcı œnekler vererek aktarması œnemlidir. Ayrıca bireylerin besin tũkœtim farkındalığı iãinde 24 saatlik, ũç gũnlũk gibi besin tũkœtim sıklığı kayıt formları anlatılmalı ve doldurulması istenmelidir (80). Her yũz yũze seans sonrası diyetisyenle gœrũřme randevusu planlamak, eğitimler, motivasyon mektupları, telefon gœrũřmeleri ve izlem diyet uyumunun artmasını sağlamaktadır (81).

Beslenme tedavisine uyum, diyetisyenlerin œnerilerine hastanın ne œlãũde bağlı kaldığını ifade eder. Bu durum bazen zorlayıcı veya utanç verici olarak algılanabilse de, asıl amaç bireyin diyetisyen tarafından belirlenen hedeflere ulaşmasına destek olmaktır. Beslenme

tedavisine bağıllık, bireyin ve ailesinin önerilen diyet planını benimsemesi ve uygulaması ile sağlanır (73).

## 2.6. ZAYIFLAMA DİYETLERİNDE BAŞARIYI ETKİLEYEN ETMENLER

Kilolu bireylerde uygulanan zayıflama diyetlerinin başarısını etkileyen bazı faktörler şunlardır (71):

**Gece boyunca yemek yeme alışkanlığı:** Şişman bireylerin %66'sı bu alışkanlığa sahiptir. Bu sendroma sahip kişilerin başarılı bir diyet uygulayabilmeleri için bu davranıştan vazgeçmeleri gereklidir.

**Anksiyete:** Duygusal bozukluklar obezite oluşumunda etkili olsa da, bu durumdaki bireylerin diyet uygulama başarısında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

**Cinsiyet:** Araştırmalar, erkeklerin kilo kaybı konusunda kadınlardan daha başarılı olduğunu göstermektedir.

**Çocukluk çağı şişmanlığı:** Çocukluk döneminden itibaren şişman olan bireylerin kilo kaybı ve bu kiloyu koruma oranları, yetişkinlikte şişmanlayanlara göre daha düşüktür.

## 2.7. ONLİNE DİYET VE DANIŞMANLIK


Telenütrisyon, lisanslı diyetisyenlerin elektronik bilgi ve telekomünikasyon teknolojilerini kullanarak beslenme durumlarını değerlendirmesi, tedavi planlaması ve yönetmesi sürecidir ve bu süreç diyetisyenler tarafından anamnez alınması, hastaların beslenme durumunun saptanması, antropometrik, laboratuvar ve fiziki bulguların değerlendirilmesi ve TBT'nin planlanmasını içermektedir. Bu yöntem, özellikle ulaşımın zor olduğu bölgelerde sağlık hizmetlerine erişimi artırmakta ve tedavi süreçlerini kolaylaştırmaktadır. Aynı zamanda telenütrisyon, ulaşım, konaklama ve diğer maliyetlerde tasarruf sağlarken, hastaların tedaviye bağıllığını artırır (82).

2019 yılında yaşanmış olan koronavirüs hastalığı 2019 ile küreselleşmiş dünyada korkuya neden oldu. Koronavirüs hastalığı 2019 pandemisi sırasında, klinik diyetisyenler yüz yüze müşteri etkileşimlerinden, mücadeleleriyle birlikte gelen uzaktan beslenme konsültasyonlarına geçmek zorunda kaldılar (83). Beslenme ve Diyetetik Akademisi'ne göre "Tele sağlık, uzun mesafeli klinik sağlık hizmetlerini, hasta ve profesyonel sağlıkla ilgili eğitimi

ve halk sağlığı ve sağlık yönetimini desteklemek için elektronik bilgi ve telekomünikasyon teknolojilerinin kullanılmasıdır (84).


### 1.EVİRİMİI VARLIK

Sosyal medya ve yüz yüze müşterileri dijital müşteriye dönüştürme

	<b>Haber Vermek</b> yeni iletişim aracınız hakkında onları bilgilendirmek için eski hastalarla iletişime geçin	<b>Sosyal Medya</b> eşitli platformlarda bir sosyal medya varlığı geliştirin	<b>Güvenilirlik</b> portföy sergilemek ve eğitim sunmak
---	---	--	--


### 2.HAZIRLIK

Çevrenizi ve kliniği uzaktan bağlanacak şekilde ayarlayın

	<b>Araçlar</b> kaliteli teknoloji araçlarına, tıbbi kayıtlara ve eğitim materyallerine sahip olun	<b>Ergonomi</b> iyi ergonomi uygulamalarıyla uzaktan sağlık yaralanmalarını nleme	<b>Video</b> işitme güçlüğü yaşayan müşteri tarafından tercih edilir	<b>Faturalama</b> deme almak için güvenli bir platform oluşturun
---	--	---	---	--


### 3.BAğLANTI

Tercih edilen ortamı kullanma: video-bağlantı, ses veya mesaj

	<b>Kontrol Etmek</b> ses veya videonun çalışıp çalışmadığını kontrol etmek için "beni duyabiliyor musun, görebiliyor musun" diye sormak	<b>Tanışma</b> n anketten kimlik ve bilgileri onaylayın	<b>Amaç</b> Danışma nedeni ve beklentiler
---	--	---	--

### 4.TAKİP ETMEK

Bakımın ve uzun vadeli ilişkinin devamını sağlamak

	<b>Aktif Dinleme</b> tüm hastaların endişelerini ve geçmişini dinleyin	<b>Empati</b> sıkıntı sırasında akıllı hedeflerine ulaşacağına daire güvence	<b>Plan</b> zaman içinde oluşturulan yapıcı bir tedavi planı
---	---	---	---

şekil 2.6: Online Diyet Danışmanlığı Aşamaları (83).

Modern dünyada değişen zaman kavramı, bireylerin günlük yaşam biçimlerini önemli ölçüde etkilemiştir. Teknolojinin ilerlemesi ve dijitalleşmenin yaygınlaşması, sağlık alanında da birçok yeniliği beraberinde getirmiştir. Özellikle zaman yönetiminin zorlaştığı günümüzde, bireyler sağlık hizmetlerine erişim konusunda daha pratik ve ulaşılabilir yöntemlere yönelmektedir. Obezite tedavisinde, diyetisyene gitmek ya da düzenli fiziksel aktivite programlarına katılmak gibi geleneksel yöntemler, yoğun iş temposu ve şehir yaşamının getirdiği zorluklar nedeniyle pek çok kişi için sürdürülebilir olmaktan çıkmıştır (84).

Bu noktada online diyet ve danışmanlık hizmetleri, bireylerin ihtiyaçlarına anında cevap verebilecek bir çözüm sunmaktadır. İnternetin mobil cihazlar üzerinden erişilebilirliği sayesinde, kullanıcılar hem beslenme programlarına hem de sağlık verilerine günün her saati ulaşabilme imkanına sahiptir. Online diyet programları, kullanıcıların kendi kendilerini kontrol etmelerine yardımcı olurken, kalori sayaçları, besin içerik bilgileri ve diyetisyenle anlık iletişim gibi özelliklerle bireylerin diyetlerine sadık kalma oranını artırmaktadır (84,85).

Ancak, online platformların sunduğu kolaylıklar kadar riskler de göz ardı edilmemelidir. Sosyal medyada, bireylerin sağlıklarını riske atabilecek düzeyde yanlış bilgi ve standart diyet programları yayılmaktadır. Diyet ve egzersiz planlarının bireysel ihtiyaçlara özel olarak hazırlanması gerektiği gerçeği unutulmamalıdır. Sağlıklı bir yaşam tarzı benimsemek isteyen bireylerin, uzman diyetisyenler tarafından hazırlanmış programlara yönelmesi büyük önem taşımaktadır (85).

Online diyet hizmetlerinin geleneksel yöntemlerden farkı, bireyin her an takip edilebilir olması ve sağlanan bu sürekli desteğin, davranış değişikliğinin kalıcılığına katkıda bulunmasıdır. Ayrıca, bu sistemler bireylerin zaman yönetimini kolaylaştırarak, onların yaşam kalitelerini artırmaya yardımcı olmaktadır. Ancak, online sistemlerin etkinliği, uzman diyetisyenlerin rehberliği ve bireysel takip ile doğrudan ilişkilidir. Bu yüzden, güvenilir ve profesyonel bir yaklaşım benimsemek, online diyetin başarı oranını artırmak için kritik bir unsurdur (86).

Online diyet danışmanlığının aşamaları şu şekildedir;

**Danışmanlık hizmeti öncesi hazırlık:** Online sistem veya sağlık ekibi üzerinden tarih/saat planlama, hatırlatma ve teknik altyapı kontrolü yapılmalı.

**Kayıt ve onam:** Yaş, cinsiyet gibi kişisel bilgiler, diyet öyküsü, metabolik parametreler, boy uzunluğu, vücut ağırlığı gibi antropometrik veriler toplanıp kayıt altına alınır.

**TBT planı oluşturma:** Hasta hedeflerine uygun bireysel beslenme planları hazırlanır ve yazılı olarak iletilir.

**Plan uygulaması:** Diyetisyen tarafından belirlenen plan düzenli uygulanmalı ve hedeflere yönelik ilerleme takip edilmeli.

**Süreç boyunca düzenli geribildirim:** Zorluk, yan etki ya da başarılar internet aracılığıyla paylaşılmalı ve hedeflere göre plan revizyonu sağlanmalı (87,88).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu araştırma, online zayıflama diyeti danışmanlığı alan bireylerin yeme davranış değişikliğinin belirlenmesi amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı tipte gerçekleştirilmiştir.

#### 3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ

Bu araştırma, online olarak Ekim 2024- Mayıs 2025 tarihleri arasında yürütülmüştür.

#### 3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın evreni: Türkiye’de yaşayan 18-65 yaş aralığındaki yetişkinler (n=59 milyon 474 bin 601) oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemini %95 güven aralığında, %5 hata payıyla n=385 kişi oluşturmaktadır.

Örneklem hesaplama formülü aşağıda verilmiştir.

$$x = Z^{(c/100)^2} r(100-r)$$

$$n = N^x / ((N-1)E^2 + x)$$

$$E = \text{Sqrt}[(N-n)x/n(N-1)]$$

Yukarıda örneklem boyutu n ve hata payı E, popülasyon N, yanıtların oranı r ve Z (c / 100) kritik güven seviyesi değeri c olarak ifade edilmiştir.

Dahil edilme kriterleri: Kişilerin yaşının 18-65 yaş aralığında olması, diyetisyenden online zayıflama diyeti danışmanlığı alması, kişilerin okur yazar olması.

Dışlanma kriterleri: Bariatrik cerrahi ameliyatı olmuş olanlar.

Çalışma süresince yeterli sayıya ulaşamadığı için araştırmada kullanılan örneklem büyüklüğünün istatistiksel olarak yeterli olup olmadığını belirlemek amacıyla G\*Power 3.1.9.7 programı kullanılarak post-hoc güç analizi yapılmıştır. Analiz, ki-kare uygunluk testi ( $\chi^2$  test) için gerçekleştirilmiştir. Yapılan analizde etki büyüklüğü orta düzeyde kabul edilmiştir (w =

0.30). Anlamlılık düzeyi 0.05, toplam örneklem büyüklüğü 173 ve serbestlik derecesi (df) 5 olarak girilmiştir.

Bu parametrelere göre elde edilen güç (power) değeri 0.88 olarak hesaplanmıştır ( $1 - \beta = 0.88$ ). Elde edilen bu değer, yapılan testin %88 oranında anlamlı bir farkı saptayabilme gücüne sahip olduğunu göstermektedir. Bu da örneklem büyüklüğünün çalışmanın amacı doğrultusunda istatistiksel olarak yeterli olduğunu ortaya koymaktadır. Bu çalışma 173 kişi ile tamamlanmıştır.

### 3.4. ARAŞTIRMANIN ETİK İZİNLERİ

Bu araştırma, İstanbul Atlas Üniversitesi Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 16.06.2025 tarihli E-22686390-050.99-68028 sayılı karar ile etik yönden uygun bulunmuştur (EK-2). Veri toplamak amacı ile kullanılacak ölçeklerin sahiplerinden Ölçek Kullanım İzinleri (EK-3) alınmıştır. Tüm izinler sonrasında, araştırma esnasında katılımcılardan Gönüllü Onamı (EK-4) alınarak çalışmaya başlanmıştır.

### 3.5. ARAŞTIRMADAKİ VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada kullanılan ölçekler, Çevrimiçi Form Anketi (EK-5) online olarak uygulanmış olup, katılımcılarının sosyal medyaya karşı tutumları, sosyal ve görsel medya kullanımları ve beslenme alışkanlıklarını inceleyen Sosyal Medya Güven/Teyit Ölçeği (EK-8) yeme bozukluklarının saptanacağı Hollanda Yeme Davranışı (DEBQ) Anketi (EK-9) ve uygulanan zayıflama diyetinden memnuniyeti ölçen Diyet Memnuniyet Ölçeği (EK-10) kullanılmıştır.

#### 3.5.1. 24 Saatlik Besin Tüketim Kaydı

Katılımcılardan 24 saatlik besin tüketim kaydı istenmiştir (EK-6) ve katılımcılara TÜBER 2022'de (9) yer alan besin gruplarına ait porsiyon ölçüleri araştırmacı tarafından katılımcılara anlatılmış (EK-7). Besin tüketim kaydı Çevrimiçi Form Anketi yöntemi ile online olarak uygulanmıştır.

Katılımcıların BKİ'leri hesaplanmış ( $BKİ = \frac{Vücut\ ağırlığı\ (kg)}{[boy\ (m^2)]}$ ) formülü ile) ve BKİ sonuçları DSÖ'ye göre sınıflandırılmıştır (89).

Katılımcıların sağladığı besin tüketim bilgileri değerlendirilmiş ve katılımcıların tükettiği enerji, makronütrientler ve mikronütrientler Türkiye'nin Ulusal Gıda Kompozisyonu Veri Tabanı (TÜRKOMP) üzerinden hesaplanmıştır (90).

Katılımcıların günlük aldığı enerji miktarının hesaplanmasında "Hastalıklarda Beslenme Tedavisi" kitabından "Beslenme Durumunun Belirlenmesi" konusu temel alınmıştır (16).

### **3.5.2. Sosyal Medya Teyit/Güven Ölçeği**

Sosyal Medya Güven/Teyit Ölçeği, Mehmet Fatih Çömlekçi ve Oğuz Başol tarafından 2019 yılında geliştirilmiştir (91).

Ölçek 2 bölüm ve 18 ifadeden oluşmaktadır. Buna göre; İlk bölüm, 2 alt başlıktan oluşmaktadır. İlk alt başlık, katılımcıların demografik özelliklerini belirlemeye yöneliktir ve ilgili bölümde 3 soru bulunmaktadır (cinsiyet, yaş ve aylık harcama). İkinci alt başlık ise sosyal medya platformları ile ilgilidir ve bu bölümde 3 soru bulunmaktadır (sosyal medyada geçirilen süre, en sık kullanılan sosyal medya hesabı ve haberlerin en çok hangi sosyal medya mecrasından alındığı).

İkinci bölüm, sosyal medya güven/teyit düzeyini ölçmek amacıyla yazarlar tarafından geliştirilen ölçektir ve bu bölümde 12 ifade bulunmaktadır. Bu bölümdeki ifadeler ilgili alan yazın taranarak. Ayrıca maddeler 5'li Likert tipi değerlendirme ile ölçülmüştür (1= Hiçbir zaman; 2= Nadiren; 3= Bazen; 4= Sıklıkla; 5= Her zaman)

### **3.5.3. Hollanda Yeme Davranışı (DEBQ) Anketi**

DEBQ (Hollanda Yeme Davranışı Anketi) 1986 yılında Van Strein ve ekibi tarafından geliştirilmiştir. Türkçeye uyarlama çalışması ve geçerlilik-güvenilirlik analizi ise 2009 yılında Nuray Bozan tarafından gerçekleştirilmiştir (92). Toplamda 33 maddeden oluşan Hollanda Yeme Davranış Anketi; duygusal yeme, dışsal yeme ve kısıtlı yeme davranışlarını ölçen üç alt ölçek içermektedir. Anket maddeleri, "1: hiçbir zaman" ile "5: çok sık" arasında değişen bir Likert ölçeği ile değerlendirilir. Testte genel bir toplam puan değerlendirilmez; her alt ölçek kendi içinde analiz edilir. Alt ölçeklerde yüksek puan alınması, yeme davranışlarıyla ilgili olumsuz bir durumun varlığına işaret edebilir.

### **3.5.4. Diyet Memnuniyet Ölçeği**

Orijinal adı "Diet Satisfaction Score" olan ölçek Michelle R. Jospe, Jillian J. Haszard ve Rachael W. Taylor tarafından 2020 yılında geliştirilmiştir (93).

Ölçek, 1 (kesinlikle katılmıyorum) ile 5 (kesinlikle katılıyorum) arasında değişen 5'li Likert tipi cevap seçeneklerini içermekte ve 10 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 45'tir. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Puanın yüksek olması diyet memnuniyetinin arttığını gösterir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2021 yılında Günay ESKİCİ ve Sevil Karahan Yılmaz tarafından yapılmıştır (94).

### 3.6. VERİLEN İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmaya ilişkin veri analizleri, SPSS 29.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu, Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir (değişkenlere ilişkin normallik test sonuçları Tablo 4.3.'te sunulmuştur).

Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-Kare ( $\chi^2$ ) testi kullanılmıştır. İki bağımsız grup arasındaki karşılaştırmalar için Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grup arasındaki karşılaştırmalar için ise Kruskal-Wallis H testi uygulanmıştır.

Ayrıca, sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü ve büyüklüğünü belirlemek amacıyla Spearman sıralama korelasyon analizi (Spearman's rho) kullanılmıştır.

Tüm istatistiksel analizler %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile değerlendirilmiş olup, istatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

#### 4. BULGULAR

Bu araştırma, 148'i kadın (% 85.5) ve 25'i erkek (%14.5) olmak üzere toplam 173 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Kadın katılımcıların yaş ortalamaları  $36 \pm 11.6$  yıl, erkek katılımcıların yaş ortalamaları  $38.4 \pm 13.2$  yıldır. Tüm katılımcıların yaş ortalamaları;  $36.6 \pm 11.8$  yıldır.

Kadın katılımcıların ağırlık ortalaması  $70.02 \pm 12.94$  kg, boy uzunluğu ortalaması  $163.99 \pm 6.16$  cm ve BKİ ortalaması  $26.3 \pm 4.3$  kg/m<sup>2</sup> bulunmuştur. Erkek katılımcıların ise ağırlık ortalaması  $90.76 \pm 14.66$  kg, boy uzunluğu ortalaması  $179.68 \pm 5.68$  cm, BKİ ortalaması  $26.3 \pm 4.3$  kg/m<sup>2</sup>'dir.

Katılımcıların demografik özellikleri çalışma durumuna göre incelendiğinde, erkek katılımcıların büyük çoğunluğunun çalıştığı (%92.0, n=23) görülürken, kadın katılımcıların %58.8'inin (n = 87) çalıştığı, %41.2'sinin (n = 61) çalışmadığı belirlenmiştir.

Kronik hastalık durumu açısından bakıldığında, katılımcıların çoğunluğunun herhangi bir kronik hastalığı bulunmamaktadır (kadınlar: %73.0, n = 108; erkekler: %80.0, n = 20). Kronik hastalık bulunan birey oranı kadınlarda %27.0 iken (n = 40), erkeklerde ise %20.0'dir (n = 5).

Katılımcıların aylık harcama miktarları incelendiğinde kadınların çoğunluğunun 5.000-10.000 (%32.4, n = 48) ve erkeklerin çoğunluğunun 20.000 ve daha fazla (%52, n = 13) harcadığı görülmüştür.

Düzenli olarak ilaç veya takviye kullanım durumu için inceleme yapıldığında, katılımcıların az bir fark ile hem kadın hem de erkek çoğunluğunun (kadınlar: %50.7, n = 75; erkekler: %60, n = 15) herhangi bir takviye kullanmadığı belirlenmiştir.

Konstipasyon yaşama durumlarına göre bakıldığında yine benzer şekilde hem kadınların hem de erkeklerin çoğunlukla (kadınlar: %50.7, n = 75; erkekler: %88, n = 22) konstipasyon yaşamadıkları görülmüştür.

**Tablo 4.1:** Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Demografik Bilgileri ve Sağlık Durumları

		Kadın		Erkek		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Çalışma Durumu	Çalışıyor	87	58.8	23	92.0	110	63.6
	Çalışmıyor	61	41.2	2	8.0	63	36.4
Aylık Harcama Miktarı	5.000'den daha az	28	18.9	3	12.0	31	17.9
	5.000-10.000	48	32.4	3	12.0	51	29.5
	10.000-20.000	36	24.3	6	24.0	42	24.3
	20.000 ve daha fazla	36	24.3	13	52.0	49	28.3
Kronik Hastalık Durumu	Yok	108	73.0	25	80.0	128	74.0
	Var	40	27.0	5	20.0	45	26.0
Düzenli İlaç veya Takviye Kullanımı	Kullanmıyor	75	50.7	15	60.0	90	52.0
	Kullanıyor	73	49.3	10	40.0	83	48.0
Konstipasyon Durumu	Yok	75	50.7	22	88.0	97	56.1
	Var	73	49.3	3	12.0	76	43.9

Çalışmaya katılan toplam 173 bireyin cinsiyetlerine göre BKİ dağılımı incelendiğinde, kadın katılımcıların %45.9'u (n=68) normal ağırlıkta iken, erkek katılımcıların yalnızca %24.0'ü (n = 6) bu kategoride yer almıştır. Erkek katılımcıların çoğunluğu (%56.0, n = 14) fazla kilolu sınıftayken, kadınlarda bu oran %35.8 (n = 53) olarak bulunmuştur. Ayrıca birinci derecede obez bireylerin oranı kadınlarda %12.2 iken (n = 18), erkeklerde ise %16.0'dır (n = 4). İkinci derecede obezite oranı ise her iki cinsiyette benzerlik göstermiştir (kadınlar: %4.7, erkekler: %4.0). Zayıf birey sayısı oldukça düşüktür ve sadece kadınlarda gözlemlenmiştir (%1.4, n = 2). Genel olarak, katılımcıların %42.8'i normal kiloda, %38.7'si fazla kilolu ve %17.3'ü (n = 30) obez kategorilerinde yer almaktadır.

**Tablo 4.2:** Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre BKİ Dağılımı

BKİ (kg/ m <sup>2</sup> )	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Zayıf (<18.5)	2	1.4	0	0.0	2	1.2
Normal (18.5-24.9)	68	45.9	6	24.0	74	42.8
Fazla Kilolu (25-29.9)	53	35.8	14	56.0	67	38.7
I. Derecede Obez (30-34.9)	18	12.2	4	16.0	22	12.7
II. Derecede Obez (35-39.9)	7	4.7	1	4.0	8	4.6
<b>TOPLAM</b>	148	100.0	2	100.0	173	100.0

Tablo 4.3'te SMTÖ toplam puanı ve Enerji değişkeni için anlamlılık düzeyi  $p = 0.200 > \alpha = 0.05$  olup, bu değişkenlerin normal dağılıma uygun olduğu görülmektedir. Diğer değişkenlerde ise  $p < 0.05$  olduğu için normal dağılıma uygunluk göstermediği tespit edilmiştir.

**Tablo 4.3:** Değişkenlere Göre Normallik Testi Sonuçları

Değişkenler	n	$\mu$	Standart Sapma	p değeri
Sosyal Medya Teyit Ölçeği (Toplam)	173	28.55	7.39	0.200
Yeme Alışkanlıkları Anketi Ölçeği (Toplam)	173	92.00	20.10	0.017
Diyet Memnuniyet Ölçeği (Toplam)	173	32.97	8.31	0.001
Online Zayıflama Diyet Süresi	173	6.77	7.70	0.000
Online Diyet ile Kaybedilen Ağırlık Kaybı	173	6.59	6.59	0.000
Enerji (Kcal)	173	1397.93	292.33	0.200
Vücut Ağırlığı (kg)	173	73.02	15.05	0.000
Boy Uzunluğu (cm)	173	166.25	8.21	0.003

\*  $p < 0.05$ ,  $\mu$ : ortalama

Tablo 4.4'te Katılımcıların Çalışma Durumu ile DMÖ'ne Verilen Cevaplar Arasındaki İlişkiyi incelemek üzere yapılan analizlerde tüm maddeler için elde edilen p değerleri 0.05 anlamlılık düzeyinin üzerinde bulunmuştur. Bu da çalışma durumunun katılımcıların diyetle yönelik tutumları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığını göstermektedir. "Diyette yasaklı olan yiyeceklere istek duyma" ifadesine verilen yanıtlar çalışma durumuna göre anlamlı şekilde farklılaşmamıştır,  $\chi^2(4) = 5.013$ ,  $p = 0.286$ . "Yemek hazırlamak kolaydır"

ifadesi için de anlamlı fark bulunmamıştır,  $\chi^2(4) = 4.647$ ,  $p = 0.325$ . “Bu diyeti ömür boyu uygulayabilirim” maddesi için de gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir,  $\chi^2(4) = 0.282$ ,  $p = 0.991$ . Bu bulgular, çalışıyor olmak ya da çalışmıyor olmanın bireylerin diyetle uyum, motivasyon, memnuniyet ya da sürdürülebilirlik algıları üzerinde belirgin bir etkisi olmadığını göstermektedir.

**Tablo 4.4:** Katılımcıların Çalışma Durumu ile DMÖ'ne Verilen Cevaplar Arasındaki İlişki

Çalışma Durumu	Çalışıyor		Çalışmıyor		Toplam		$\chi^2$
	n	%	n	%	n	%	
<b>Diyetimde yasaklı olan yiyeceklere istek duyuyorum.</b>							
Kesinlikle katılmıyorum	31	28.2	15	23.8	46	26.6	$\chi^2(4)= 5.013$ $p=0.286$
Katılmıyorum	33	30.0	25	39.7	58	33.5	
Kararsızım	18	16.4	11	17.5	29	16.8	
Katılıyorum	18	16.4	11	17.5	29	16.8	
Kesinlikle katılıyorum	10	9.1	1	1.6	11	6.4	
<b>Toplam</b>	110	100.0	63	100.0	173	100.0	
<b>Yemek hazırlamak kolaydır.</b>							
Kesinlikle katılmıyorum	14	12.7	8	12.7	22	12.7	$\chi^2(4)= 4.647$ $p=0.325$
Katılmıyorum	22	20.0	7	11.1	29	16.8	
Kararsızım	19	17.3	9	14.3	28	16.2	
Katılıyorum	27	24.5	24	38.1	51	29.5	
Kesinlikle katılıyorum	28	25.5	15	23.8	43	24.9	
<b>Toplam</b>	110	100.0	63	100.0	173	100.0	
<b>Bu diyeti evde uygulamak kolaydır.</b>							
Kesinlikle katılmıyorum	7	6.4	6	9.5	13	7.5	$\chi^2(4)= 2.254$ $p=0.689$
Katılmıyorum	12	10.9	5	7.9	17	9.8	
Kararsızım	10	9.1	3	4.8	13	7.5	
Katılıyorum	50	45.5	28	44.4	78	45.1	
Kesinlikle katılıyorum	31	28.2	21	33.3	52	30.1	
<b>Toplam</b>	110	100.0	63	100.0	173	100.0	

**Tablo 4.4 (devam):** Katılımcıların Çalışma Durumu ile DMÖ'ne Verilen Cevaplar Arasındaki İlişki

Çalışma Durumu	Çalışıyor		Çalışmıyor		Toplam		$\chi^2$
	n	%	n	%	n	%	
<b>Bu diyeti ev dışında uygulamak kolaydır.</b>							
Kesinlikle katılmıyorum	13	11.8	6	9.5	19	11.0	$\chi^2(4)= 3.232$ p=0.520
Katılmıyorum	26	23.6	11	17.5	37	21.4	
Kararsızım	17	15.5	14	22.2	31	17.9	
Katılıyorum	27	24.5	20	31.7	47	27.2	
Kesinlikle katılıyorum	27	24.5	12	19.0	39	22.5	
<b>Toplam</b>	110	100.0	63	100.0	173	100.0	
<b>Bu diyet bana yediklerimden zevk almamda yeterli çeşitlilik sunar.</b>							
Kesinlikle katılmıyorum	4	3.6	6	9.5	10	5.8	$\chi^2(4)= 3.595$ p=0.464
Katılmıyorum	13	11.8	9	14.3	22	12.7	
Kararsızım	21	19.1	8	12.7	29	16.8	
Katılıyorum	38	34.5	21	33.3	59	34.1	
Kesinlikle katılıyorum	34	30.9	19	30.2	53	30.6	
<b>Toplam</b>	110	100.0	63	100.0	173	100.0	
<b>Bu diyet benim bütçeme uygundur.</b>							
Kesinlikle katılmıyorum	4	3.6	5	7.9	9	5.2	$\chi^2(4)= 2.642$ p=0.619
Katılmıyorum	9	8.2	7	11.1	16	9.2	
Kararsızım	15	13.6	7	11.1	22	12.7	
Katılıyorum	41	37.3	25	39.7	66	38.2	
Kesinlikle katılıyorum	41	37.3	19	30.2	60	34.7	
<b>Toplam</b>	100	100.0	63	100.0	173	100.0	

\*  $\chi^2$  : Pearson Ki Kare Testi

**Tablo 4.4 (devam):** Katılımcıların Çalışma Durumu ile DMÖ'ne Verilen Cevaplar Arasındaki İlişki

Çalışma Durumu	Çalışıyor		Çalışmıyor		Toplam		$\chi^2$
	n	%	n	%	n	%	
<b>Bu diyeti uygularken kendimi fiziksel olarak iyi hissediyorum.</b>							
Kesinlikle katılmıyorum	4	3.6	6	9.5	10	5.8	$\chi^2(4)= 6.660$ p=0.155
Katılmıyorum	14	12.7	3	4.8	17	5.8	
Kararsızım	11	10.0	3	4.8	14	8.1	
Katılıyorum	41	37.3	25	39.7	66	38.2	
Kesinlikle katılıyorum	40	36.4	26	41.3	66	38.2	
<b>Toplam</b>	110	100.0	63	100.0	173	100.0	
<b>Bu diyetin benim ağırlık kaybı üzerindeki etkisinden memnunum.</b>							
Kesinlikle katılmıyorum	4	3.6	4	6.3	8	4.6	$\chi^2(4)= 7.481$ p=0.113
Katılmıyorum	14	12.7	7	11.1	21	12.1	
Kararsızım	11	10.0	0	0.0	11	6.4	
Katılıyorum	39	35.5	26	41.3	65	37.6	
Kesinlikle katılıyorum	42	38.2	26	41.3	68	39.3	
<b>Toplam</b>	110	100.0	63	100.0	173	100.0	
<b>Bu diyeti ömür boyu uygulayabilirim.</b>							
Kesinlikle katılmıyorum	7	6.4	4	6.3	11	6.4	$\chi^2(4)= 0.282$ p=0.0991
Katılmıyorum	19	17.3	12	19.0	31	17.9	
Kararsızım	30	27.3	15	23.8	45	26.0	
Katılıyorum	24	21.8	14	22.2	38	22.0	
Kesinlikle katılıyorum	30	27.3	18	28.6	48	27.7	
<b>Toplam</b>	110	100.0	63	100.0	173	100.0	

\*  $\chi^2$  : Pearson Ki Kare Testi

Tablo 4.5'te katılımcıların konstipasyon durumlarına göre günlük tükettikleri lif miktarları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonuçlarına göre katılımcıların konstipasyon durumu ile lif tüketim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur. Gruplar arası lif tüketiminin oldukça benzer olduğu görülmektedir.

Katılımcıların konstipasyon durumuna göre diyet memnuniyeti düzeylerinin farklılık gösterip göstermediği incelenmiş ve konstipasyon yaşamayan bireyler (n = 97) ile konstipasyon yaşayan bireyler (n=76) arasında DMÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır, U = 3269.50, p = 0.202.

**Tablo 4.5:** Konstipasyon Durumuna Göre Günlük Lif Tüketimi ve DMÖ Puanlarının karşılaştırılması

	Konstipasyon Durumu	n	Mann-Whitney U	p değeri
Günlük Lif Tüketimi (g)	Yok	97	3682.50	0.991
	Var	76		
	Toplam	173		
DMÖ puanları	Yok	97	3269.50	0.202
	Var	56		
	Toplam	173		

HYDA toplam puanı ile günlük enerji alımı arasındaki ilişkiye dair yapılan korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.6'da sunulmuştur. Analiz sonucunda, iki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $r_s = -.06$ ,  $p = 0.436$ ). Bu bulgu, bireylerin yeme alışkanlıkları ile günlük enerji alımı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermektedir. Korelasyon katsayısının negatif yönlü ve oldukça düşük olması, bu ilişkinin zayıf ve anlamsız düzeyde olduğunu ortaya koymaktadır.

Katılımcıların DMÖ toplam puanları ile online diyet sürecinde kaybedilen vücut ağırlımları arasındaki ilişki incelendiğinde iki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ( $p = 0.064$ ). Bu bulgu, bireylerin diyet memnuniyet düzeyleri arttıkça ağırlık kaybında da artış olabileceğine dair zayıf bir eğilime işaret etse de bu ilişki anlamlı değildir.

Katılımcıların online zayıflama diyet ile zayıflama süresi ile HYDA toplam puanları arasındaki ilişki de incelenmiştir. Analiz sonucunda iki değişken arasında oldukça zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki tespit edilmiştir. ( $r_s=0.036$ ,  $p = 0.634$ ).

Bu bulgu, bireylerin online diyet yapma süresi ile yeme alışkanlıkları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermektedir.

**Tablo 4.6:** Katılımcıların HYDA ve DMÖ Puanları ile Günlük Olarak Alınan Enerji, Online Diyet ile Kaybedilen Ağırlık ve Online Diyet ile Zayıflama Süresi Arasındaki Korelasyon Test Sonuçları

	<b>HYDA Toplam Puan</b>	<b>DMÖ Toplam Puan</b>
<b>Enerji (kkal)</b>	r=-0.060	r=-.092
	p=0.436	p=0.230
<b>Online Diyet ile Kaybedilen Ağırlık</b>	r=-0.033	r=0.141
	p=0.665	p=0.064
<b>Online Diyet ile Zayıflama Süresi</b>	r=0.036	r=0.097
	p=0.634	p=0.202
<b>DMÖ Toplam Puan</b>	r=-0.058	-
	p=0.448	-

Online zayıflama diyeti yapma süresi ile diyet memnuniyeti ölçeğinde yer alan maddeler arasında yapılan test sonuçlarına göre, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.7:** Online Zayıflama Diyeti Yapma Süresine Göre Katılımcı Görüşlerinin Kruskal-Wallis H Testi Sonuçları

<b>Online Zayıflama Diyet Süresi</b>	<b>Kruskal-Wallis H</b>	<b>p değeri</b>
Diyette yasaklı olan yiyeceklere istek duyuyor	0.922	0.921
Yemek hazırlamak kolaydır.	1.878	0.758
Bu diyeti evde uygulamak kolaydır.	7.193	0.126
Bu diyeti ev dışında uygulamak kolaydır.	4.915	0.296
Bu diyet yediklerinden zevk almada yeterli çeşitlilik sunar.	1.869	0.760
Bu diyet danışanın bütçesine uygundur.	3.935	0.415
Bu diyeti uygularken danışan kendini fiziksel olarak iyi hissediyor	2.312	0.679
Bu diyetin ağırlık kaybı üzerindeki etkisinden memnun	5.972	0.201
Bu diyet ömür boyu uygulanabilir.	3.240	0.518

Tablo 4.8’de online diyet danışmanlığı alan katılımcıların cinsiyetlerine göre haftalık olarak vücut ağırlığı kaybı verilmiştir. Kadın katılımcıların ortalama 1.2 kg/hafta ve erkek katılımcıların 1.4 kg/hafta ağırlık kaybı yaşadığı bulunmuştur.

**Tablo 4.8:** Online Diyet Danışmanlığı Alan Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Haftalık Vücut Ağırlığı Kaybı

Cinsiyet	Haftalık Vücut Ağırlığı Kaybı (kg)		
	n	Min.- Maks.	Ortalama
Kadın	148	0.25-4	1.2
Erkek	25	0.38-3.5	1.4

Tablo 4.9’da katılımcıların sosyal medyada günlük ortalama geçirdikleri süreye göre online diyet ile kaybettikleri ağırlık karşılaştırılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, farklı süre kategorileri arasında ağırlık kaybı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Analiz sonucuna göre, sosyal medyada geçirilen günlük sürenin, online diyet sürecindeki ağırlık kaybı üzerinde belirleyici bir etkisi olmadığını göstermektedir.

**Tablo 4.9:** Sosyal Medyada Günlük Geçirilen Süreye Göre Online Diyet ile Kaybedilen Ağırlığın Karşılaştırılması

Sosyal Medyada Geçirilen Ortalama Süre	n	Kruskal-Wallis H	p değeri
0-2 saat	60	3.849	0.278
2-5 saat	93		
5-10 saat	17		
10 saat ve üzeri	3		
Toplam	173		

\* $p < 0.05$

Tablo 4.10’da katılımcıların SMTÖ toplam puanları ile HYDA toplam puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Analiz sonucunda, SMTÖ toplam puanı ile HYDA toplam puanı arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $r = 0.231$ ,  $p = 0.002$ ).

Bu bulgu, bireylerin sosyal medyada bilgi teyidinde verdikleri önemin artmasının, yeme davranışlarındaki farkındalık ya da sağlıklı tercihlerle ilişkili olabileceğini göstermektedir.

Korelasyon katsayısının yönü ve anlamlılık düzeyi, sosyal medya kullanım tarzının yeme davranışlarıyla ilişkili olabileceğine işaret etmektedir.

Analiz sonucunda, **duygusal yeme** ile **HYDA toplam puanı** arasında çok yüksek düzeyde pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki bulunmuştur,  $r = 0.879$ ,  $p < 0.001$ . Bu ilişki, duygusal yeme davranışlarının yeme farkındalığıyla güçlü bir şekilde bağlantılı olduğunu göstermektedir.

**Kısıtlayıcı yeme** ile HYDA toplam puanı arasında orta düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır,  $r = 0.318$ ,  $p < 0.001$ . Bireylerin yeme farkındalığının kısıtlayıcı yeme davranışlarıyla bağlantılı olduğunu göstermektedir.

**Dışsal yeme** ile HYDA toplam puanı arasında da yüksek düzeyde anlamlı pozitif bir ilişki gözlenmiştir,  $r = 0.666$ ,  $p < 0.001$ . Dışsal yeme ile yeme farkındalığı arasında yüksek düzeyde pozitif bir ilişki bulunması, çevresel faktörlerin yeme farkındalığını etkileyebileceğini veya bu farkındalığın dışsal yeme davranışını güçlendirdiğini gösterebilir.

SMTÖ ile alt boyutlar incelendiğinde; **duygusal yeme** ( $r = 0.159$ ,  $p = 0.036$ ) bulgusu, bilgi teyidi yapan bireylerin duygusal yemeyle hafif bir bağlantısı olabileceğini göstermektedir. **Kısıtlayıcı yeme** ( $r = 0.173$ ,  $p = 0.023$ ), bilgi teyit etme davranışlarının, kısıtlayıcı yeme eğilimlerini sınırlı da olsa etkilediği gözlemlenmiştir. **Dışsal yeme** ile ( $r = 0.159$ ,  $p = 0.037$ ) düzeyinde anlamlı, düşük düzeyli pozitif korelasyonlar elde edilmiştir bu da çevresel tetikleyicilerle sosyal medya kullanım alışkanlıkları arasında bir bağlantıya işaret etmektedir.

**Tablo 4.10:** Katılımcıların SMTÖ Puanları ile HYDA Puanları ve Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

	HYDA Toplam Puan	SMTÖ Toplam Puan
<b>Duygusal Yeme</b>	<b>r=0.879</b>	<b>r=0.159</b>
	p=0.000	p=0.036
<b>Kısıtlayıcı Yeme</b>	<b>r=0.318</b>	<b>r=0.173</b>
	p=0.000	p=0.023
<b>Dışsal Yeme</b>	<b>r=0.666</b>	<b>r=0.159</b>
	p=0.000	p=0.037
<b>SMTÖ Toplam Puan</b>	<b>r=0.231</b>	-
	p=0.002	

Tablo 4.11’de BKİ’ye göre online diyet yapma süreleri incelenmiş ve analiz sonuçlarına göre, BKİ grupları arasında online diyet süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

**Tablo 4.11:** Beden Kütle İndeksine Göre Online Diyet Yapma Süresi

Online Zayıflama Diyet Süresi	n	Kruskal-Wallis H	p değeri
Zayıf ( $\leq 18.5$ kg/m <sup>2</sup> )	2	9.080	0.059
Normal (18.5-24.99 kg/m <sup>2</sup> )	74		
Fazla Kilolu (25-29.99 kg/m <sup>2</sup> )	67		
I. Derece Obez (30-34.99 kg/m <sup>2</sup> )	22		
II.Derece Obez (35-39.99 kg/m <sup>2</sup> )	8		
Toplam	173		

Katılımcıların sosyal medya kaynaklarına olan güven düzeyleri ve haber teyit etme davranışları cinsiyetlerine göre Tablo 4.12’de incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre; kadınlar ve erkekler arasında sosyal medya kaynaklarına güven ve haber teyit etme davranışları açısından anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (p değerleri > 0.05).

En sık verilen cevaplar genellikle "Nadiren" ve "Bazen" kategorilerindedir, bu da katılımcıların sosyal medya kaynaklarına sınırlı güven duyduklarını ve haber teyit etme davranışlarının genelde düzenli bir alışkanlık haline gelmediğini göstermektedir.

Basılı olarak dağıtılan gazetelerin paylaşımlarına güven: Kadınlar ve erkekler arasında "Nadiren" (%44.6, %36) en sık tercih edilen yanıt olmuştur.

Sosyal medya fenomenlerinin sosyal medya paylaşımlarına güvenme sorusu için kadın katılımcıların %33.8’i "Hiçbir zaman" güvenmediğini belirtirken, erkeklerde bu oran %24.0’dır.

Sosyal medya üzerinden ulaşılan haberlerin doğruluğunu farklı kaynaklardan teyit etme davranışları, her iki cinsiyette de "Bazen" ve "Sıklıkla" kategorilerinde yoğunlaşmıştır.

Kadınların %22.3’ü ve erkeklerin %20.0’ı sosyal medya üzerinden ulaştığı haberi sosyal medyadaki farklı kaynaklardan "Her zaman" araştırdığını ifade etmiştir. Bu davranışlarda anlamlı bir cinsiyet farkı göstermemiştir.

Kadın katılımcıların %44.6’sı "Nadiren" güven duyduklarını belirtirken, erkeklerde bu oran %36.0’dır.

İnternet Gazetelerinin Sosyal Medya Paylaşımına kadınlar arasında güven düzeyi "Nadiren" (%42.6) ve "Bazen" (%29.1) seçeneklerinde yoğunlaşmıştır. Erkekler ise "Hiçbir zaman" (%16.0) seçeneğinde kadınlara kıyasla daha yüksek bir oran sergilemiştir.

Kadın katılımcıların tanınmış gazetecilerin paylaşımına %33.8'i "Bazen" güven duyduklarını ifade ederken, erkeklerde bu oran %28.0'dır. Erkekler arasında "Sıklıkla" güvenenlerin oranı (%12.0), kadınlara (%22.3) kıyasla daha düşüktür. Bu da kadınların tanınmış gazetecilerin sosyal medya paylaşımına erkeklerden daha fazla güvendiğini göstermektedir.

Kadınların %33.8'i sosyal medya fenomenlerinin paylaşımına "Hiçbir zaman" güvenmediklerini belirtirken, erkeklerde bu oran %24.0'dır. Bu bulgu, kadınların sosyal medya fenomenlerini daha eleştirel değerlendirdiğini göstermektedir. "Her zaman" güvenenlerin oranı hem kadınlarda (%2.7) hem de erkeklerde (%8.0) düşüktür; genel olarak fenomenlere duyulan güvenin her iki cinsiyette de zayıf olduğu anlaşılmaktadır. Kadın katılımcılar arasında arkadaş ve tanıdıklarının sosyal medya paylaşımına "Sıklıkla" güvenenlerin oranı (%27.7), erkeklerde (%24.0) benzer düzeydedir. Ancak erkeklerde "Hiçbir zaman" güvenmediğini söyleyen kimse olmamıştır, bu da erkeklerin arkadaş ve tanıdık paylaşımına bir miktar daha fazla güven duyduğunu düşündürmektedir. Kadınların %22.3'ü "Her zaman" sosyal medya üzerinden ulaştığı haberi farklı sosyal medya kaynaklarından teyit ettiklerini belirtmiştir. Erkeklerde bu oran %16.0'dır.

Her iki cinsiyette de sosyal medya üzerinden ulaştığı bir haberi sosyal medya dışındaki internet kaynaklarından teyit etme sorusuna verdikleri "Bazen" (%29.7 kadınlar, %28.0 erkekler) ve "Her zaman" (%25.0 kadınlar, %20.0 erkekler) yanıtlar öne çıkmaktadır.

Test sonuçları, hiçbir soruda cinsiyetler arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.12:** Katılımcıların Sosyal Medya Kaynaklarına Olan Güven Düzeyleri ve Haber Teyit Etme Davranışlarının Cinsiyetlerine Göre İncelenmesi

Cinsiyet	Kadın		Erkek		Toplam		$\chi^2$
	n	%	n	%	n	%	
<b>Basılı olarak dağıtılan gazetelerin sosyal medya paylaşımlarına güvenme</b>							
Hiçbir zaman	21	14.2	7	28.0	28	16.2	$\chi^2(4)=3.805$ p=0.433
Nadiren	66	44.6	9	36.0	75	43.4	
Bazen	40	27.0	7	28.0	47	27.2	
Sıklıkla	17	11.5	2	8.0	19	11.0	
Her zaman	4	2.7	0	0.0	4	2.3	
<b>Toplam</b>	148	100.0	25	100.0	173	100.0	
<b>İnternet gazetelerinin sosyal medya paylaşımlarına güvenme</b>							
Hiçbir zaman	22	14.9	4	16.0	26	15.0	$\chi^2(4)=3.942$ p=0.414
Nadiren	63	42.6	9	36.0	72	41.6	
Bazen	43	29.1	6	24.0	49	28.3	
Sıklıkla	15	10.1	3	12.0	18	10.4	
Her zaman	5	3.4	3	12.0	8	4.6	
<b>Toplam</b>	148	100.0	25	100.0	173	100.0	
<b>Tanımlı gazetecilerin sosyal medya paylaşımlarına güvenme</b>							
Hiçbir zaman	12	8.1	4	16.0	16	9.2	$\chi^2(4)=3.593$ p=0.464
Nadiren	43	29.1	8	32.0	51	29.5	
Bazen	50	33.8	7	28.0	57	32.9	
Sıklıkla	33	22.3	3	12.0	36	10.1	
Her zaman	10	6.8	3	12.0	13	7.5	
<b>Toplam</b>	148	100.0	25	100.0	173	100.0	
<b>Kullanıcıların içerik oluşturduğu mecraların paylaşımlarına güvenme</b>							
Hiçbir zaman	20	13.5	7	28.0	27	15.6	$\chi^2(4)=6.509$ p=0.164
Nadiren	71	48.0	7	28.0	78	45.1	
Bazen	42	28.4	7	28.0	49	28.3	
Sıklıkla	11	7.4	2	8.0	13	7.5	
Her zaman	4	2.7	2	8.0	6	3.5	
<b>Toplam</b>	148	100.0	25	100.0	173	100.0	

\*  $\chi^2$ : Pearson Ki Kare Testi

**Tablo 4.12 (devam):** Katılımcıların Sosyal Medya Kaynaklarına Olan Güven Düzeyleri ve Haber Teyit Etme Davranışlarının Cinsiyetlerine Göre İncelenmesi

Cinsiyet	Kadın		Erkek		Toplam		$\chi^2$
	n	%	n	%	n	%	
<b>Sosyal medya fenomenlerinin sosyal medya paylaşımlarına güvenme</b>							
Hiçbir zaman	50	33.8	6	24.0	56	32.4	$\chi^2(4)=2.947$ p=0.567
Nadiren	55	37.2	11	44.0	66	38.2	
Bazen	30	20.3	4	2.3	34	19.7	
Sıklıkla	9	6.1	2	8.0	11	6.4	
Her zaman	4	2.7	2	8.0	6	3.5	
<b>Toplam</b>	148	100.0	25	100.0	173	100.0	
<b>Arkadaşlarının/tandıklarının sosyal medya paylaşımlarına güvenme</b>							
Hiçbir zaman	11	7.4	0	0.0	11	6.4	$\chi^2(4)=2.647$ p=0.618
Nadiren	47	31.8	10	40.0	57	32.9	
Bazen	36	24.3	6	24.0	42	24.3	
Sıklıkla	41	27.7	6	24.0	47	27.2	
Her zaman	13	8.8	3	12.0	16	9.2	
<b>Toplam</b>	148	100.0	25	100.0	173	100.0	
<b>Sosyal medya üzerinden ulaştığım haberin doğruluğu/güvenilirliği ile ilgili araştırma yapma</b>							
Hiçbir zaman	5	3.4	1	4.0	6	3.5	$\chi^2(4)=.872$ p=0.929
Nadiren	35	23.6	8	32.0	43	24.9	
Bazen	35	23.6	5	20.0	40	23.1	
Sıklıkla	40	27.0	6	24.0	46	26.6	
Her zaman	33	22.3	5	20.0	38	22.0	
<b>Toplam</b>	148	100.0	25	100.0	173	100.0	
<b>Sosyal medya üzerinden ulaştığım haberi sosyal medyadaki farklı kaynaklardan teyit etme</b>							
Hiçbir zaman	9	6.1	0	0.0	9	5.2	$\chi^2(4)=2.823$ p=0.588
Nadiren	30	20.3	7	28.0	37	21.4	
Bazen	43	29.1	7	28.0	50	28.9	
Sıklıkla	33	22.3	7	28.0	40	23.1	
Her zaman	33	22.3	4	16.0	37	21.4	
<b>Toplam</b>	148	100.0	25	100.0	173	100.0	

\*  $\chi^2$ : Pearson Ki Kare Testi

**Tablo 4.12 (devam):** Katılımcıların Sosyal Medya Kaynaklarına Olan Güven Düzeyleri ve Haber Teyit Etme Davranışlarının Cinsiyetlerine Göre İncelenmesi

Cinsiyet	Kadın		Erkek		Toplam		$\chi^2$
	n	%	n	%	n	%	
<b>Sosyal medya üzerinden ulaştığım bir haberi sosyal medya dışındaki internet kaynaklarından teyit etme</b>							
Hiçbir zaman	6	4.1	1	4.0	7	4.0	$\chi^2(4)=.478$ $p=0.976$
Nadiren	31	20.9	6	24.0	37	21.4	
Bazen	44	29.7	7	28.0	51	29.5	
Sıklıkla	30	20.3	6	24.0	36	20.8	
Her zaman	37	25.0	5	20.0	42	24.3	
<b>Toplam</b>	<b>148</b>	<b>100.0</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>	<b>173</b>	<b>100.0</b>	
<b>Sosyal medya üzerinden ulaştığım bir haberi internet dışındaki kaynaklardan teyit etme</b>							
Hiçbir zaman	12	8.1	1	4.0	13	7.5	$\chi^2(4)=3.257$ $p=0.516$
Nadiren	36	24.3	6	24.0	42	24.3	
Bazen	43	29.1	7	28.0	50	28.9	
Sıklıkla	27	18.2	8	32.0	35	20.2	
Her zaman	30	20.3	3	12.0	33	19.1	
<b>Toplam</b>	<b>148</b>	<b>100.0</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>	<b>173</b>	<b>100.0</b>	

\*  $\chi^2$ : Pearson Ki Kare Testi

Katılımcılardan 24 saatlik besin tüketim kayıt formu aracılığıyla alınan besin tüketim kayıtları TÜRKOMP ile analiz edilmiş ve daha sonra TÜBER 2022’de verilen 18-74 yaş aralığındaki yetişkinler için önerilen besin ögesi miktarları ile karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.13’te kadın katılımcıların makro ve mikro besin öğelerinin alımlarının önerilen alım düzeyleri ve TÜBER’e göre günlük karşılama yüzdeleri verilmiştir. Kadın katılımcıların günlük aldığı enerji ortalama  $1404 \pm 24$  (1380-1429) kkal, günlük aldığı karbonhidrat miktarı ortalama  $141.44 \pm 3.19$  (138.25-144.63) g, günlük aldığı protein miktarı ortalama  $76.93 \pm 1.46$  (75.47-78.39) g, günlük aldığı yağ miktarı ortalama  $62.04 \pm 10.45$  (51.59-72.49) g, günlük aldığı doymuş yağ miktarı ortalama  $15.48 \pm 0.54$  (14.94-16.02) g, günlük aldığı kolesterol miktarı ortalama  $334.03 \pm 12.42$  (321.61-346.45) mg, günlük aldığı lif miktarı  $33.35 \pm 0.81$  (32.54-34.16) g’dır

Günlük olarak aldığı vitamin miktarları incelendiğinde; A vitamini miktarı ortalama  $1698.82 \pm 58.10$  (1640.72-1756.92) RE, günlük olarak aldığı D vitamini miktarı ortalama  $3.79 \pm 0.34$  (3.45-4.13) IU, günlük olarak aldığı E vitamini miktarı ortalama  $7.62 \pm 0.42$  (7.2-8.04)

mg, günlük olarak aldığı K vitamini miktarı ortalama  $25.92 \pm 0.98$  (24.94-26.9)  $\mu\text{g}$ , günlük olarak aldığı C vitamini miktarı ortalama  $324.25 \pm 10.99$  (313.26-335.24) mg, günlük olarak aldığı tiamin miktarı ortalama  $1.09 \pm 0.02$  (1.07-1.11) mg, günlük olarak aldığı riboflavin miktarı ortalama  $1.58 \pm 0.03$  (1.55-1.61) mg, , günlük olarak aldığı niasin miktarı ortalama  $19.07 \pm 0.46$  (18.61-19.53) mg, günlük olarak aldığı B6 vitamini miktarı ortalama  $1.78 \pm 0.16$  (1.62-1.94) mg, günlük olarak aldığı folat miktarı ortalama  $422.45 \pm 12.40$  (420.05-434.85) mg ve günlük olarak aldığı B<sub>12</sub> vitamini miktarı ortalama  $6.45 \pm 3.27$  (3.18-9.72) mg olduğu görülmüştür.

Günlük olarak aldığı mineral miktarları ise, fosfor miktarı ortalama  $1311.56 \pm 35.12$  (1276.44-1346.68) mg, günlük olarak aldığı kalsiyum miktarı ortalama  $1322.36 \pm 34.65$  (1278.71-1355.01) mg, günlük olarak aldığı magnezyum miktarı ortalama  $453.97 \pm 10.50$  (443.47-464.47) mg, günlük olarak aldığı potasyum miktarı ortalama  $4329.94 \pm 110.92$  (4219.02-4440.86) mg, günlük olarak aldığı sodyum miktarı ortalama  $3093.27 \pm 208.61$  (2884.66-3301.88) mg, günlük olarak aldığı çinko miktarı ortalama  $9.75 \pm 0.22$  (9.53-9.97) mg, günlük olarak aldığı selenyum miktarı ortalama  $52.65 \pm 1.54$  (51.11-54.19) mg'dır.

TÜBER'e göre gereksinimleri karşılama yüzdelerine bakıldığında, enerjiyi (%78.1), Çoklu doymamış yağları (%68.5), D vitamini (%21.9), K vitamini (%37), Sodyum (%88.5) ve selenyumu (%75.2) gereksinim kadar karşılamadığı, diğer besin öğelerini ise oldukça yüksek miktarlarda karşıladığı görülmüştür.

**Tablo 4.13:** Kadın Katılımcıların Enerji, Makro ve Mikro Besin Ögesi Alımlarının Önerilen Alım Düzeyleri ile Karşılaştırılması

Besin Ögesi	Ortalama $\pm$ Standart Sapma	Medyan (Q1- Q3)	TÜBER'e göre karşılama yüzdesi (%)
Enerji (kkal)	1404 $\pm$ 24	1381 (1195 - 1569)	78
Karbonhidrat (g)	141.44 $\pm$ 3.19	138.40 (115.32 - 164.41)	108.8
Protein (g)	76.93 $\pm$ 1.46	78.14 (62.34 - 90.14)	137.3
Yağ Toplam (g)	62.04 $\pm$ 10.45	51.73 (40.36 - 62.26)	140.9
Toplam Doymuş Yağ (g)	15.48 $\pm$ 0.54	14.63 (10.91 - 18.17)	-
Tekli Doymamış Yağ (%)	14.75 $\pm$ 0.60	12.98 (9.55 - 18.28)	122.2
Çoklu Doymamış Yağ (%)	4.88 $\pm$ 0.28	3.57 (2.21 - 6.64)	68.5
Kolesterol (mg)	334.03 $\pm$ 12.42	333.00 (217.00 - 457.00)	111.3
Lif (g)	33.35 $\pm$ 0.81	32.19 (26.59 - 37.20)	133.4
A Vitamin (RE)	1698.82 $\pm$ 58.10	1585.00 (1261.00 - 2158.00)	261.3
D Vitamini (IU)	3.79 $\pm$ 0.34	3.00 (1.90 - 4.30)	21.9
E vitamini (mg)	7.62 $\pm$ 0.42	6.79 (4.44 - 9.20)	69.2
K Vitamini ( $\mu$ g)	25.92 $\pm$ 0.98	26.30 (17.60 - 34.60)	37
C Vitamini (mg)	324.25 $\pm$ 10.99	323.10 (237.70 - 407.40)	405.3
Tiamin (mg)	1.09 $\pm$ 0.02	1.05 (0.84 - 1.28)	272.5
Riboflavin (mg)	1.58 $\pm$ 0.03	1.58 (1.32 - 1.84)	98.75
Niasin (mg)	19.07 $\pm$ 0.46	19.27 (15.55 - 23.30)	288.9
B6 Vitamin (mg)	1.78 $\pm$ 0.16	1.61 (1.26 - 1.94)	288.9
Folat ( $\mu$ g)	422.45 $\pm$ 12.40	436.00 (305.00 - 527.00)	128
B12 Vitamin ( $\mu$ g)	6.45 $\pm$ 3.27	3.00 (2.11 - 3.97)	161.25
Fosfor (mg)	1311.56 $\pm$ 35.12	1297.00 (1104.00 - 1473.00)	238.4
Kalsiyum (mg)	1322.36 $\pm$ 34.65	1272.00 (1038.00 - 1561.00)	139.1
Magnezyum (mg)	453.97 $\pm$ 10.50	451.00 (365.00 - 521.00)	151.3
Potasyum (mg)	4329.94 $\pm$ 110.92	4141.00 (3478.00 - 4980.00)	123.7
Sodyum (mg)	3093.27 $\pm$ 208.61	1916.00 (1251.00 - 5467.00)	88.3
Çinko (mg)	9.75 $\pm$ 0.22	9.46 (7.67 - 11.13)	130
Selenyum (mg)	52.65 $\pm$ 1.54	50.70 (39.00 - 64.50)	75.2

Q1: 1. çeyrekler açıklığı; Q3: 3. çeyrekler açıklığı

Tablo 4.14'te erkek katılımcıların makro ve mikro besin öğelerinin alımlarının önerilen alım düzeyleri ile karşılaştırılması verilmiştir. Erkek katılımcıların günlük aldığı enerji ortalama  $1373 \pm 51$  (1322-1425) kkal, günlük aldığı karbonhidrat miktarı ortalama  $142.11 \pm 9.15$  (132.96-151.26) g, günlük aldığı protein miktarı ortalama  $79.12 \pm 2.45$  (76.67-81.57) g, günlük aldığı yağ miktarı ortalama  $51.46 \pm 2.76$  (48.7-54.22) g, günlük aldığı doymuş yağ miktarı ortalama  $17.54 \pm 2.57$  (14.97-20.11) g, günlük aldığı kolesterol miktarı ortalama  $286.48 \pm 35.48$  (251.03-321.96) mg, günlük aldığı lif miktarı  $32.39 \pm 1.76$  (30.63-34.15) g,

Erkek katılımcıların günlük olarak aldığı vitamin miktarları; A vitamini miktarı ortalama  $1756.24 \pm 135.32$  (1620.92-1891.56) RE, D vitamini miktarı ortalama  $3.15 \pm 0.28$  (2.87-3.43) IU, E vitamini miktarı ortalama  $7.32 \pm 1.15$  (6.17-8.47) mg, K vitamini miktarı ortalama  $21.83 \pm 2.35$  (19.48-24.18) µg, C vitamini miktarı ortalama  $300.16 \pm 26.46$  (273.7-326.62) mg, tiamin miktarı ortalama  $1.16 \pm 0.07$  (1.09-1.23) mg, riboflavin miktarı ortalama  $1.49 \pm 0.06$  (1.43-1.55) mg, niasin miktarı ortalama  $20.37 \pm 1.05$  (19.32-21.42) mg, B6 vitamini miktarı ortalama  $1.61 \pm 0.09$  (1.52-1.7) mg, folat miktarı ortalama  $396.32 \pm 40.65$  (355.67-436.97) mg ve B12 vitamini miktarı ortalama  $2.93 \pm 0.23$  (2.7-3.16) mg'dır.

Günlük olarak alınan mineral miktarları incelendiğinde; günlük olarak aldığı demir miktarı ortalama  $21.46 \pm 1.46$  (20-22.92) mg, günlük olarak aldığı fosfor miktarı ortalama  $1298.64 \pm 41.28$  (1257.36-1339.92) mg, günlük olarak aldığı kalsiyum miktarı ortalama  $1340.28 \pm 67.00$  (1273.28-1407.28) mg, günlük olarak aldığı magnezyum miktarı ortalama  $451.64 \pm 25.65$  (425.99-477.29) mg, günlük olarak aldığı potasyum miktarı ortalama  $4066.00 \pm 212.12$  (3853.88-4278.12) mg, günlük olarak aldığı sodyum miktarı ortalama  $3324.04 \pm 504.62$  (2819.42-3828.66) mg, günlük olarak aldığı çinko miktarı ortalama  $9.53 \pm 0.47$  (9.06-10) mg ve günlük olarak aldığı selenyum miktarı ortalama  $51.97 \pm 5.13$  (46.84-57.1) mg olduğu görülmüştür.

TÜBER'e göre karşılama yüzdelerine bakıldığında, erkek katılımcıların enerjii (%62.4), Çoklu doymamış yağları (%79.8), Kolesterol (%95.4), D vitamini (%210.), E vitamini (556.3), K vitamini (%31.1), Riboflavin (%93.1), B6 vitamini (94.7), B12 vitamini (73.25), Sodyum (%94.9) ve selenyum (%74.2) gereksinim kadar karşılamadığı, diğer besin öğelerini ise oldukça yüksek miktarlarda karşıladığı görülmüştür.

**Tablo 4.14:** Erkek Katılımcıların Enerji, Makro ve Mikro Besin Ögesi Alımlarının Önerilen Alım Düzeyleri ile Karşılaştırılması

Besin Ögesi	Ortalama $\pm$ Standart Sapma	Medyan (Q1- Q3)	TÜBER'e göre karşılama yüzdesi (%)
Enerji (kkal)	1373 $\pm$ 51	1400 (1210 - 1515)	62
Karbonhidrat (g)	142.11 $\pm$ 9.15	134.79 (107.75 - 173.69)	109.3
Protein (g)	79.12 $\pm$ 2.45	79.15 (70.06 - 90.76)	117.2
Yağ Toplam (g)	51.46 $\pm$ 2.76	47.55 (40.98 - 62.93)	116.9
Toplam Doymuş Yağ (g)	17.54 $\pm$ 2.57	15.58 (8.67 - 23.04)	-
Tekli Doymamış Yağ (%)	14.09 $\pm$ 1.45	12.35 (8.59 - 18.08)	117.4
Çoklu Doymamış Yağ (%)	5.59 $\pm$ 0.72	4.04 (2.28 - 8.35)	79.8
Kolesterol (mg)	286.48 $\pm$ 35.48	298.00 (106.50 - 438.50)	95.4
Lif (g)	32.39 $\pm$ 1.76	31.92 (25.95 - 39.46)	131.6
A Vitamin (RE)	1756.24 $\pm$ 135.32	1724.00 (1251.50 - 2185.50)	234.1
D Vitamini (IU)	3.15 $\pm$ 0.28	2.80 (2.15 - 3.90)	21
E vitamini (mg)	7.32 $\pm$ 1.15	6.68 (4.04 - 9.00)	56.3
K Vitamini ( $\mu$ g)	21.83 $\pm$ 2.35	20.80 (13.55 - 28.25)	31.1
C Vitamini (mg)	300.16 $\pm$ 26.46	312.40 (196.00 - 358.20)	333.5
Tiamin (mg)	1.16 $\pm$ 0.07	1.14 (0.86 - 1.41)	290
Riboflavin (mg)	1.49 $\pm$ 0.06	1.40 (1.32 - 1.72)	93.1
Niasin (mg)	20.37 $\pm$ 1.05	19.41 (16.09 - 24.19)	308.6
B6 Vitamin (mg)	1.61 $\pm$ 0.09	1.69 (1.21 - 1.97)	94.7
Folat ( $\mu$ g)	396.32 $\pm$ 40.65	400.00 (234.50 - 540.50)	120
B12 Vitamin ( $\mu$ g)	2.93 $\pm$ 0.23	2.70 ( 1.94 - 3.79)	73.25
Fosfor (mg)	1298.64 $\pm$ 41.28	1274.00 (1182.00 - 1426.00)	236.1
Kalsiyum (mg)	1340.28 $\pm$ 67.00	1408.00 (1052.50 - 1592.50)	141
Magnezyum (mg)	451.64 $\pm$ 25.65	443.00 (354.00 - 525.50)	129
Potasyum (mg)	4066.00 $\pm$ 212.12	3973.00 (3392.00 - 4433.50)	116.1
Sodyum (mg)	3324.04 $\pm$ 504. 62	1935.00 (1184.00 - 5770.50)	94.9
Çinko (mg)	9.53 $\pm$ 0.47	9.66 (7.70 - 11.18)	101.3
Selenyum (mg)	51.97 $\pm$ 5.13	47.00 (34.95 - 64.30)	74.2

Q1: 1. çeyrekler açıklığı; Q3: 3. çeyrekler açıklığı

## 5. TARTIŞMA

Bu tez çalışması, bir diyetisyenden online olarak zayıflama danışmanlığı alan bireylerin yeme davranış değişikliğinin değerlendirilmesi amacı ile 148'i kadın (%85.5) ve 25'i erkek (%14.5) olmak üzere toplam 173 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Kadın katılımcıların yaş ortalamaları  $36 \pm 11.6$  yıl, erkek katılımcıların yaş ortalamaları  $38.4 \pm 13.2$  yıldır. Tüm katılımcıların yaş ortalamaları;  $36.6 \pm 11.8$  yıldır.

Koronavirüs 2019 pandemisiyle birlikte online diyetin hastalar tarafından kullanımının yaygınlaştığı görülmüştür. Bu çalışmada katılımcıların demografik bilgileri, online zayıflama diyeti danışmanlığı ile hafta bazında vermiş olduğu ağırlık miktarı, uygulamış oldukları diyetten memnuniyetleri, sosyal medyada geçirilen süre ve sosyal medya paylaşımlarına olan güven ve günlük beslenme alışkanlıkları değerlendirilmiştir.

Çalışmamıza katılan kadın katılımcıların %73'ünde ve erkek katılımcıların %80'inde kronik hastalık bulunmadığı görülmüş olup bunun nedeninin; çalışmamızdaki kadın katılımcıların yaş ortalamalarının  $36 \pm 11.6$  yıl, erkek katılımcıların yaş ortalamalarının  $38.4 \pm 13.2$  yıl (Tablo 4.1). olup genç yaş grubunda yer alması ile kronik hastalık varlığının düşük yaş grubunda daha az sıklıkta görülmesinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Elçin Balcı ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmaya 101 kişi katılmış olup katılımcıların yaş ortalaması  $73.63 \pm 5.74$  yıldır ve Kadınların %94.2'si, erkeklerin %53.1'i kendilerinde en az bir kronik hastalık olduğunu ifade etmişlerdir (95). Bu bulgu doğrultusunda kronik hastalık varlığının artan yaş faktörü ile paralellik gösterdiği ve bizim çalışmamıza katılan katılımcıların büyük çoğunluğunda kronik hastalık bulunmamasının düşünmüş olduğumuz nedenini destekler niteliktedir.

Katılımcıların Tablo 4.1'de cinsiyetlerine göre çalışma durumu, kronik hastalık varlığı ve ilaç/takviye kullanımı gibi demografik bilgilerini gösterilmiştir. Kadınların %58,8'i çalışırken, erkeklerde bu oran %92'dir. Kronik hastalık oranı, kadınlarda %27, erkeklerde ise %20 olarak bulunmuştur. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2022 verilerine göre erkeklerin iş gücüne katılım oranlarının kadınlardan daha yüksek olduğu belirtilmiştir (28). Bu bulgular, TÜİK'in verileri ile büyük ölçüde paralellik göstermektedir.

Karatay ve arkadaşlarının 40 yaş üstü bireylerde kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeylerinin saptanması amacıyla yaptığı bir çalışmada, kronik hastalık prevalansının

kadınlarda %60.1 ve erkeklerde %39.9 oranında olduğu, özellikle 40 yaş üzeri gruplarda diyabet ve hipertansiyonun yaygın olduğu bulunmuştur (96).

Suudi Arabistan'ın Riyad şehrinde yetişkinlerde kronik hastalıkların prevalansındaki yaş ve cinsiyet farklılıklarını değerlendirmek amacıyla birinci basamak sağlık merkezlerini ziyaret eden 2997 erkek ve kadın katılımcının serum glikozile hemoglobin ve lipit seviyeleri, sırasıyla iyon değişimi yüksek performanslı sıvı kromatografisi ve enzimatik yöntemler kullanılarak tam otomatik analizör ile 1 yıl boyunca ölçüm alınmış ve sonuç olarak; erkeklerde kadınlara karşı diabetes mellitus, hipertansiyon, hiperkolesterolemi ve obezite prevalans oranları sırasıyla %20,3'e karşı %24,8'e karşı, %15'e karşı %19,5'e, %50,7'ye karşı %53,4'e ve %41,2'ye karşı %56,7 olduğu görülmüştür (97).

Bizim çalışmamızda kadınların %27'sinde, erkeklerin %20'sinde kronik hastalık görüldüğü bulunmuştur (Tablo 4.1). Yapılan çalışmalarla bizim çalışmamız arasında görülen farklılıkların örneklemimizin küçük olması nedeniyle genel popülasyonu temsil edememesi ile Karatay ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmanın 40 yaş ve üzeri bireylerde yapılmış olmasına rağmen bizim çalışmamıza katılan katılımcıların yaş ortalamasının  $36.6 \pm 11.8$  yıl olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Brezilya'nın Goiânia metropol bölgesinde yaşayan,  $BKI \geq 35 \text{ kg/m}^2$  olan 18-64 yaş arası yetişkinlerle yapılan randomize bir klinik çalışma sonucunda kadınlarda konstipasyon yaşama durumu %26.56 ve erkeklerde konstipasyon yaşama durumu %13.64 olduğu görülmüştür (98). Çalışmamızda kadınların %49.3'ü ve erkeklerin %12'si konstipasyon yaşadığı görülmüştür (Tablo 4.1). Brezilya'da yapılan çalışmada da bizim yaptığımız çalışmada olduğu gibi konstipasyon yaşayan erkek katılımcıların oranlarında benzerlik olduğu, bizim çalışmamızda kadınlardaki konstipasyonun daha fazla olduğu görülmektedir.

Çalışmamıza katılan katılımcıların %42.8 oranında normal BKİ'de olduğu görülmüştür (Tablo 4.2). Normal BKİ'li katılımcıların yüksek oranda olmasının nedeninin online zayıflama diyeti danışmanlığı aldıktan sonra bu çalışmaya katılıp güncel vücut ağırlıklarına ulaşmak için daha önceden sağlıklı beslenme uygulamaları nedeniyle çalışmanın yapıldığı bu dönemde normal ağırlıklarına ulaşmış olabilecekleri düşünülmektedir.

DSÖ verilerine göre, kadınlarda fazla kilolu oranı %71 ve erkeklerde bu oranın %66 olduğu rapor edilmektedir (99). Bizim çalışmamızda gibi erkek katılımcıların %56'sı fazla kilolu olarak sınıflandırılırken (Tablo 4.2). kadınlarda bu oran %35,8'dir. TURDEP-II verileri (27), kadınlarda obezite oranlarının erkeklerden daha yüksek olduğunu belirtse de bu farklılığın

erkek ve kadın katılımcıların oranlarının genel Türkiye Nüfusu ile kıyaslandığında %85 oranında kadın katılımcıların daha fazla olmasından ve normal BKİ'de olsalar bile diyet yapmaya daha fazla istekli olduklarını ve erkek katılımcıların ise sadece diyet ihtiyacı duydukları BKİ'de online diyet programına katılmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışan ve çalışmayan bireylerin diyet memnuniyeti açısından anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır (Tablo 4.4). Zayıflama diyetlerinin sürdürülebilirliğini etkileyen unsurları daha iyi anlamak amacıyla yapılan bir çalışmada, 19-45 yaş arasında, geçmişte diyetisyen eşliğinde zayıflama programı uygulamış ve sağlık sorunu bulunmayan 20 kadından oluşan bir grup incelenmiştir. Çalışma sonuçları, diyetlerin sürdürülebilirliğinin; bireylerin diyet yapma kararı verdikleri anlardan itibaren, diyet sürecindeki beklentileri, karşılaştıkları zorluklar ve bu zorluklara getirdikleri çözümlerin etkili olduğu birçok faktörden etkilendiğini ortaya koymuştur (100). Bizim çalışmamız da benzer şekilde, diyet memnuniyetinin bireylerin çalışma durumundan ziyade kişisel algılarla daha yakından ilişkili olduğu görüşünü desteklemektedir.

BKİ  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> olan  $\geq 18$  yaş üzeri toplam 528 katılımcı ile özel bir üniversitede yapılan bir çalışmada, obez bireylerde diyet memnuniyeti ile duygusal yeme ve kendini damgalama arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Sonuçlar, diyet memnuniyetinin, bireylerin gelir durumu, psikolojik tanı durumu ve ara öğün sayısı gibi faktörlerle anlamlı ilişkiler gösterdiğini ortaya koymuştur. Özellikle, kendini damgalama düzeyinin yüksek olduğu bireylerde, diyet memnuniyetinin daha düşük olduğu ve duygusal yeme davranışlarının arttığı gözlemlenmiştir (101). Bizim çalışmamızda, bahsedilen özel üniversitede yapılan çalışmadan farklı olarak diyet memnuniyeti ölçeğinde yer alan maddeler arasında yapılan analiz sonuçlarına göre "Bu diyet bana yediklerimden zevk almamda yeterli çeşitlilik sunar" maddesi ve "Bu diyeti uygularken kendimi fiziksel olarak iyi hissediyorum" maddesi için farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.4).

Çalışmamızda katılımcıların konstipasyon durumu ile lif tüketim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ( $p = 0.991$ ) (Tablo 4.5). Oysa Ruani ve ark. tarafından yapılan 18 ila 59 yaşları arasında 404 Perulu erkek ve kadın yetişkinden oluşan regresyon analizinde, yüksek lifli gıdaların tüketimi konstipasyon semptomlarında anlamlı azalma ile ilişkilendirilmiş daha fazla lif alımının konstipasyon semptomlarında bir azalma ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Konstipasyon semptomları arasında pozitif ve

anlamli bir korelasyon gözlenmiştir ( $r = 0,25, p < 0,001$ ) (102). Bu çalışmanın sonuçları ışığında, lif alımı ile konstipasyon arasında negatif yönlü ilişki beklenirken bizim örnekleminizde kadınlarda ( $\approx 32$  g) ve erkeklerde ( $\approx 31$  g) lif alımları TÜBER (9) önerilerine uygun olmasına rağmen bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.13 ve Tablo 4.14). Oysaki TÜBER vb. otoritelerin sağlıklı beslenme önerilerinde yüksek lif alımının genel sağlığa bağırsak sağlığına ve mikrobiyota üzerinde olumlu etkileri olduğu bildirilmiştir ve bu durum Slavin'in çalışmasında da yüksek lif alımının sindirim sağlığı ve tokluk hissi üzerinde olumlu etkileri bulunduğu rapor edilmiştir (103).

Kadın katılımcıların günlük lif tüketimini Tablo 4.13'te %1133.4 oranında ve erkek katılımcıların Tablo 4.14'te %131.6 oranında karşılamış olduğu ve katılımcıların konstipasyon yaşamaması gerektiği düşünülmesine rağmen Tablo 4.5'te 143 katılımcıdan 76'sında konstipasyon görülmüştür. Konstipasyon kadınlarda erkeklere kıyasla daha sık görülmektedir. Hamilelik döneminde ve adet döngüsü sırasında progesteron düzeyindeki artış bağırsak hareketlerini yavaşlatabilir. Kadınlarda doğum nedeniyle pelvik taban kaslarında oluşan zayıflık, defekasyon sırasında zorlanmaya neden olabilir (104). Kadınların defekasyon alışkanlıklarında mahremiyet nedeniyle tutucu davranması, konstipasyonu arttırmış olabilir Çalışmaya katılan katılımcılar için gebelik dışlanma kriteri uygulanmamıştır. Çalışmamızda görülen konstipasyon yüksekliğinin bu nedenden kaynaklandığı düşünülebilir. Düşük su tüketimi ve fiziksel hareketsizlikte konstipasyonun nedenleri arasındadır (105). Çalışmamız sırasında katılımcılardan su tüketim miktarının alınmaması ve iletilen çevrimiçi form içerisinde fiziksel aktivite konusu ile ilgili bir bölümün olmaması, katılımcılarda görülen yüksek konstipasyon oranının sebebinin çalışmamızdaki eksik olan bu bilgilerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda DMÖ toplam puanı ile kaybedilen ağırlık kaybı arasında ( $r = 0,141; p = 0,064$ ) istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.6). Buna karşın Sayer ve ark. yaptığı çalışmada altı aylık bir diyet müdahalesinde, katılımcıların yüksek diyet memnuniyet puanları ile daha fazla ağırlık kaybı arasında anlamlı pozitif korelasyon saptamışlardır (16.hafta:  $r = 0,33, p = 0,001$ ) (106). Bizim çalışmamızın sonucu ile karşılaştırıldığında diyet memnuniyetinin ağırlık kaybı üzerinde olumlu etkisi olduğu bulgusuyla kısmen örtüşmektedir.

Beleigoli ve ark. online diyet programlarının sürdürülebilirlik açısından etkili olduğunu ve kilo verme etkisinin 1 yıl boyunca her 3 ayda bir analiz edilmesi ile etkinin 3 ayda ortalama  $-2,25$  kg ve 6 ayda ortalama  $-2,66$  kg sonucuna ulaşıldığını, uzun süreli kullanımlarda ağırlık

kaybında anlamlı bir artış sağladığını bildirmiştir (107). Ancak bizim çalışmamızda, online zayıflama diyeti yapma süresi ile diyet memnuniyeti ölçeğinde yer alan maddeler arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Genel olarak düşünüldüğünde danışanların beslenme ile ilgili yaşam tarzlarında değişiklik yapılmasının oldukça zor olduğu için (16) kendilerine önerilen diyetle bireylerin genel memnuniyet seviyelerinin arasında anlamlı bir fark bulunmadığı düşünülmektedir (Tablo 4.7). Oysaki Jospe ve ark., tarafından yapılan çalışmada evde uygulanan diyetlerin, bireylerin yaşam tarzlarına entegre edilmesinin önemi vurgulanmıştır (108). Bizim çalışmamızda da evde uygulanabilirliğin yüksek olduğu, ancak süreler arasında farklılık olmadığı görülmektedir ( $p=0.126$ ) (Tablo 4.7).

Online diyet danışmanlığı alan katılımcıların cinsiyetlerine göre haftalık vücut ağırlığı kaybı Tablo 4.8'de incelendiğinde kadın katılımcıların 1.2 kg/hafta vücut ağırlığı kaybettiği ve erkek katılımcıların 1.4 kg/hafta vücut ağırlığı kaybettiği görülmüştür. Bir diyetisyen tarafından uygulanan online zayıflama diyetinin bireylerin diyetle uyumu ile hedefledikleri ve ideal olan vücut ağırlıklarına ulaşmaları için faydalı bir uygulama olabileceği düşünülmektedir. Erkeklerin kadınlara göre haftalık olarak daha yüksek vücut ağırlığı kaybetmesinin çalışmaya katılan erkek katılımcıların %56'sının fazla kilolu grubunda yer alması ile erkeklerin ortalama olarak kadınlardan daha fazla kas kütlesi ile daha yüksek bazal metabolik hızı sahip olması (109), erkeklerde karın çevresinde visseral yağ daha fazla oranda oluşu ve bu tür yağ daha kolay mobilizasyonu ile erkeklerin kadınlara göre daha hızlı vücut ağırlığı kaybetmesi mümkün olabilir. Yapılan bir çalışmada 8 haftalık düşük enerjili diyet uygulamasında erkeklerde ortalama %11.8, kadınlarda %10.3 oranında ağırlık kaybı gözlemlenmiştir (110). Bu çalışmada da bizim çalışmamızda olduğu gibi erkeklerde kadınlara oranla daha fazla vücut ağırlığı kaybı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda 60 katılımcı sosyal medyada ortalama 0-2 saat, 93 katılımcı 2-5 saat, 17 katılımcının 5-10 saat ve 3 katılımcının 10 saat ve üzeri vakit geçirdiği ve sosyal medyada geçirilen süre ile online diyetle kaybedilen ağırlık arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p=0.278$ ) (Tablo 4.9). 2019 yılında Çin'in Şangay kentinde Nisan ve Mayıs ayları arasında yetişkinlerde çevrimiçi medyaya maruz kalma ile ağırlık yönetimi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan araştırma sonucunda sosyal medya maruziyeti ile ağırlık yönetimi arasında güçlü bir korelasyon bulunmuştur (111). Özellikle kadın katılımcılar arasında, bu tür medya ve uygulamaların yeme bozukluğu düşüncelerini tetiklediği ve bu düşüncelerin yeme bozukluğu davranışlarına yol açtığı gözlemlenmiştir. Erkeklerin daha

yüksek oranda "Hiçbir zaman" (%28.0) seçeneğini işaretlemesi, erkeklerin basılı gazetelerin sosyal medya paylaşımlarına karşı daha eleştirel bir yaklaşım sergilediğini düşündürmektedir. Ancak, "Sıklıkla" ve "Her zaman" seçeneklerine bakıldığında, kadınlar (%14.2) ve erkekler (%8.0) arasında benzer bir güven düzeyi vardır. İlginç bir şekilde erkeklerin %12.0'si "Her zaman" güven duyduğunu ifade ederken, kadınlarda bu oran yalnızca %3.4'tür. Bu durum, erkeklerin internet gazetelerine kadınlardan daha fazla güven duyduğunu gösterebilir.

Çin'de yapılan bu çalışma ile bizim çalışmamız arasında ters bir ilişki olduğu görülmektedir. Bunun nedeni, insanların sosyal medyada zaman geçirme amaçlarının her iki ülkede farklı olmasından kaynaklanabilir. Çinlilerin sosyal medyada ağırlık yönetimi ile ilgili konulara daha fazla önem verdiği bizim ülkemizde ise farklı konular nedeniyle sosyal medyada vakit geçirdikleri düşünülmektedir.

DEBQ ve SMTÖ kullanılarak yeme davranışları, farkındalık ve sosyal medya üzerinden bilgi teyit etme eğilimleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Tablo 4.10'da elde edilen bulgular, bireylerin yeme davranışlarını şekillendiren psikolojik ve çevresel faktörlere dair önemli çıkarımlar sunmaktadır. Duygusal yeme ile HYDA toplam puanı arasında çok yüksek düzeyde pozitif bir ilişki bulunması ( $r = 0.879$ ,  $p < 0.001$ ), duygusal yeme davranışlarının yeme farkındalığıyla güçlü bir bağlantıya sahip olduğunu göstermektedir. Bu durum, farkındalığın bireylerin duygusal tetikleyicilerle olan ilişkisini daha fazla fark etmelerine olanak tanıdığını, ancak farkındalığın duygusal yeme davranışını kontrol etmekte yeterli olmayabileceğini işaret etmektedir (112). Farkındalık eğitiminin bireylerin duygusal yeme davranışları üzerinde olumlu etkiler yaratabileceğini ancak bu etkinin bireylerin duygusal durumlarına bağlı olarak değişkenlik gösterebileceğini belirtmiştir. Bu çerçevede farkındalığın, sadece yeme davranışlarının farkında olma değil, duygusal durumlarla başa çıkma stratejileri geliştirme açısından da desteklenmesi gerektiği ortaya çıkmaktadır.

Olumsuz duygular bireyin yemek yerken kendisini kontrol etmesine engel olabilmekte, bu durum da bireylerin sağlıksız yiyecekler tüketmesine yol açabilmektedir. Duygusal yeme davranışının, bireyler tarafından yüksek enerji ve yüksek yağ içeren besinlerin daha fazla tüketilmesine ve bunun sonucunda da vücut ağırlığında artışa neden olduğu görülmüştür (113). Çalışmamıza katılan katılımcılarda duygusal yeme ile HYDA toplam puanı arasında çok yüksek düzeyde pozitif bir ilişki bulunması (Tablo 4.10) duygudurum değişikliğiyle daha fazla yeme eğiliminde olması nedeniyle vücut ağırlıklarında artışa neden olabileceği düşünülmektedir. Duygusal yeme, bireylerin farkındalığına rağmen bu davranışlarını kontrol

etmekte zorlandıklarını veya farkındalığın duygusal yemeyi arttırıcı bir etkisi olabileceğini düşündürmektedir.

Kısıtlayıcı yeme davranışında kişi, ihtiyaç duyduğu kadar besini almak yerine yemeğinin miktarını azaltma davranışı içinde olup, besinlere karşı duyulan arzu ile bu arzuya direnme çabasıdadır, sürekli yediklerinden yakınlar ve kilolu olmaktan kaçınmak için sürekli yeme davranışını kısıtlarlar. Aynı zamanda bu kişiler kısıtlama yapmayanlara göre stres anında aşırı yemeye daha fazla eğilimlidirler ve sık sık diyet yapmaktadırlar (114). Çalışmamızın gerçekleştirildiği zaman aralığında katılımcıların ağırlık kaybı veya ağırlıklarını korumak amacıyla çeşitli girişimlerde bulunuyor olma olasılığı ve kısıtlayıcı yeme gösteren kişilerin ağırlık kaybında zorlanmalarından kaynaklı bu çalışmada kısıtlayıcı yeme puanlarının yüksek çıkması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Yiyecek sunumu, reklamlar ve yiyecek kokuları gibi çevresel tetikleyiciler, dışsal yeme davranışının temelini oluşturmaktadır. Obezite sorunu olan katılımcıların yiyeceklerle ilgili koku veya görüntü gibi dışsal ipuçlarına daha fazla tepki verebilecekleri ve bu nedenle de besin tüketimlerinin daha fazla olabileceği, farkındalık uygulamaları ile bireylerin bu tetikleyicilere karşı direnç geliştirmelerine yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda BKİ'ye göre online diyet yapma süreleri incelenmiş ve analiz sonuçlarına göre, BKİ grupları arasında online diyet süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.11). BKİ düzeyi arttıkça bireylerin daha düşük BKİ'li bireylere göre ideal/optimal ağırlığına ulaşabilmesi amacıyla daha fazla ağırlık kaybı sağlanması gerektiği için online diyet programlarının daha uzun süre uygulanma eğiliminde olacağı düşünülmektedir. Vücut ağırlığını azaltmak isteyen kişilerin o andaki BKİ'lerine bağlı olarak farklı sonuçlar elde edip edemeyeceği ve ağırlık kaybı miktarının müdahale ayları boyunca sabit olup olmadığı sorusuna cevap vermek amacıyla fazla kilolu 190 erkek, 210 kadın katılımcı ile yapılan çalışma sonucunda, fazla kilolu bireylerin ortalama %16.6, I. derece obez bireylerin %15.7 ve II. derece ve üzeri obez %15.4 oranında ağırlık kaybettikleri bulunmuştur. Bu sonuçlar, danışanların ağırlık kaybetme ile ilgili motivasyonları ile ilgili olarak fazla kilolu bireylerin online diyet programlarından daha fazla fayda sağlayabileceğini göstermektedir. Yapılan bu çalışma (115) ile bizim çalışmamızın sonuçları arasında benzerlik bulunmamıştır.

Çalışmamızda katılımcıların sosyal medya kaynaklarına olan güven düzeyleri ve haber teyit etme davranışlarının cinsiyetlerine göre incelendiğinde kadınların %33.8'i sosyal medya fenomenlerinin paylaşımlarına "Hiçbir zaman" güvenmediklerini belirtirken, erkeklerde bu

oran %24.0'tür. Kadınların %22.3'ü ve erkeklerin %20.0'si sosyal medya üzerinden ulaştığı haberi sosyal medyadaki farklı kaynaklardan "Her zaman" araştırdığını ifade etmiştir yani kadınların haber teyit etme alışkanlıklarının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu gözlenmiştir Kadınlar genel olarak sosyal medya kaynaklarına karşı erkeklere göre daha eleştirel bir yaklaşım sergilemekte ve özellikle fenomenlere, kullanıcı içeriklerine ve internet gazetelerine daha düşük düzeyde güvenmektedir. Haber teyit etme alışkanlıklarında kadınlar biraz daha önde görünmektedir. Özellikle farklı sosyal medya kaynakları ve sosyal medya dışındaki kaynaklardan teyit etme eğilimleri kadınlarda daha belirgindir. Erkekler ise arkadaş/tanıdık paylaşımlarına ve internet dışı kaynaklardan teyit etmeye bir miktar daha fazla eğilim göstermektedir. Bu sonuçlar, cinsiyetin sosyal medya güveni ve haber teyit etme davranışları üzerinde önemli bir etki yaratmadığını, ancak bazı eğilimsel farklılıklar barındırdığını ortaya koymaktadır (Tablo 4.12). Özel bir üniversitede Spor Bilimleri Fakültesi'nde öğrenim gören 481 öğrenci ile gerçekleştirilen çalışmada, cinsiyet değişkenine göre SMTÖ'den aldıkları puanlara bakıldığında, kadın ve erkek katılımcılar arasında "teyit" ( $p=.003<.05$ ) alt boyutunda kadın katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık günlük sosyal medyada daha az vakit geçiren bireylerin sosyal medyaya daha az güven duydukları bulunmuştur (116). Özel üniversitede yapılan çalışma ile bizim çalışmamızın sonuçlarının benzer olduğu söylenebilir.

Katılımcıların kendi beyanlarına göre doldurdukları besin tüketimlerinden elde edilen TÜBER 2022'ye göre gereksinimleri karşılama yüzdelerine bakıldığında, kadın ve erkek katılımcıların sırasıyla enerjiyi (%78.1 ve %62.4), çoklu doymamış yağları (%68.5 ve %79.8), D vitamini (%21.9 ve %21.0), K vitamini (%37 ve %31.1), Sodyum (%88.5 ve %94.9) ve selenyumu (%75.2 ve %74.2) gereksinimleri kadar karşılamadığı, diğer besin öğelerini ise oldukça yüksek miktarlarda karşıladığı görülmüştür (Tablo 4.13). (Tablo 4.14).

Erkek katılımcıların ise yukarıdakilere ilaveten Kolesterol (%95.4), E vitamini (%56.3), Riboflavin (%93.1), B<sub>6</sub> vitamini (%94.7), B<sub>12</sub> vitamini (%73.25), gereksinim kadar karşılamadığı, diğer besin öğelerini ise oldukça yüksek miktarlarda karşıladığı görülmüştür.

Genel olarak bakıldığında kadın ve erkek katılımcıların kendi beyanlarında belirtilen besin tüketimlerine göre almış oldukları enerjinin daha düşük olmasını zayıflama isteğinden kaynaklandığını söyleyebiliriz. Çünkü TÜBER 2022'de belirtilen enerji ihtiyaçları normal ağırlıkta olan kişiler için geçerlidir. Katılımcıların çoklu doymamış yağları daha düşük almaları

Omega-3 yağ asitlerini de normalden daha düşük almaları anlamına geleceğinden sağlıklı beslenme için olumsuz bir durum olduğunu söyleyebiliriz (9).

D vitamini eksikliği, Türkiye'de ve dünya genelinde yaygın bir halk sağlığı sorunudur (117). Türkiye genelinde 19 merkezde retrospektif tarama olarak tasarlanan bir çalışmaya katılan merkezlerin, fiziksel tıp ve rehabilitasyon poliklinikleri kayıtlarında, 2014 yılı Ocak - Mayıs ayları verilerini kapsayacak şekilde, uzman doktorlar tarafından yapılan tarama sonucunda 3.104 hastanın %70,9'unda D vitamini eksikliği saptanmıştır (118). Kemik sağlığı ve kalsiyum emilimini destekleyen D vitamini, 1-70 yaş arası bireylerde günlük 600 IU (15 µg) olarak alınmalıdır D vitamini, besinlerle değil ancak güneş ışığı yoluyla alınabilir. Cilt, güneş ışığına maruz kaldığında D vitamini üretir. Ancak, mevsimsel değişiklikler, coğrafi konum ve yaşam tarzı gibi faktörler de bu üretimi etkileyebilir (119). Katılımcıların mikro besin ögesi alımlarının önerilen alım düzeyleri ile karşılaştırıldığında kadınların D vitaminini karşılama oranı %21.9 ve erkekler için %21'dir (Tablo 4.13). (Tablo 4.14). Ayrıca kadınların günlük olarak ortalama  $3.79 \pm 0.34$  IU ve erkeklerin  $3.15 \pm 0.28$  IU D vitamini aldığı görülmüş olup ulaşılan bu bilgiler ile benzerlik göstermektedir. Slovenya'da yapılan bir çalışmada, yetişkinlerde ortalama günlük D vitamini alımı 2.7, 2.9 µg olarak bulunmuştur. Bu değer, önerilen günlük alım miktarlarının oldukça altındadır (120). Yunanistan'da yetişkinler arasında yapılan bir araştırmada, erkeklerin günlük D vitamini alımı 1.16-1.72 µg, kadınların ise 1.01-1.26 µg arasında değişmektedir. Ancak, nüfusun %90'ından fazlası önerilen alım düzeylerini karşılayamamaktadır (121). Yapılan çalışmaların sonuçlarına bakıldığında genel olarak D vitamini yetersizliğinden söz edilebilir fakat bizim çalışmamızda katılımcıların kandaki D vitamini düzeyleri bilinmediği için, besinlerden de yeterince D vitamini alınmadığı için besin tüketimleri sonuçlarına göre D vitamini alım düzeylerinin yetersiz olduğunu söylemek doğru değildir.

D vitamini gibi K vitamini de vücutta bağırsak bakterileri tarafından sentezlendiğinden ve bağırsaklarda önemli bir sorun olmadığı sürece eksikliği görülmez (9,16). O yüzden bu çalışmadaki katılımcılarda yiyeceklerle K vitamininin eksik alınmasının herhangi bir soruna neden olacağı söylenemez.

Sodyumun az alınmasının herhangi bir soruna neden olması beklenmemektedir. Çünkü düşük sodyumlu beslenmenin kalp damar hastalığı ve hipertansiyon gibi hastalıklardan koruyucu olduğu sağlık otoritelerince bildirilmiştir (9,16).

Katılımcılarımızda besin tüketimlerine göre selenyumun az alınması ise antioksidan bir besin ögesi olması nedeniyle genel sağlığı olumsuz etkileyebilir (16).

Jospe ve ark. (2020), yaptıkları çalışmada erkeklerin protein ağırlıklı diyetlere daha yatkın olduklarını ve bu tür diyetlerin enerji eksikliğiyle birlikte sürdürülebilir ağırlık kaybı sağladığını belirtmiştir (111). Tablo 4.13 ve 4.14'te hem erkek (%117.2) hem de kadın (%137.3) katılımcıların kendi beyanları doğrultusunda protein gereksinimlerini karşılama yüzdelerinin yüksek olması diyetle uyumlarının daha fazla olmasını ve dolayısıyla da ağırlık kayıplarının daha fazla olmasını sağlayabileceğini söyleyebiliriz.

Riboflavin enerji üretiminden cilt sağlığına kadar çeşitli biyolojik süreçlerde önemli bir role sahiptir. Süt, yoğurt, peynir, karaciğer, tavuk ve hindi eti, somon, sardalya, yumurta sarısı hayvansal kaynak bakımından ve tam tahıllar, ıspanak, brokoli, koyu yeşil yapraklı sebzeler, badem, ceviz, mercimek ve nohut bitkisel kaynak olarak riboflavin açısından zengin olan doğal besinlerdir. TÜBER 2022'de 18-50 yaş kadınlar için günlük yeterli riboflavin alımı 1.6 mg'dır. (9). Çalışmamızda kadınların günlük riboflavin alımını %98.75 oranında karşıladığı görülmüştür (Tablo 4.13). Duffy ve arkadaşlarının 2023 yılında 12. gebelik haftasında riboflavin durumunun kalp atış hızı ve hamilelikte hipertansiyon riski ile ilişkisini incelemek amacıyla yapılan çalışma sonucunda gebe kadınlarda %31 oranında riboflavin eksikliği saptanmıştır (122). Çalışmamız sonucunda kadın katılımcıların riboflavin karşılama yüzdesinin çok düşük olmadığı görülmektedir (Tablo 4.13).

Hem kadın hem erkek katılımcıların günlük olarak Tablo 4.13'te kadınların %272.5 ve Tablo 4.14'te erkeklerin %290 oranında tiamin alımı sağladığı, kadınların %288.9 ve erkeklerin %308.6 oranında niasin alımı sağladığı ve kadınların %128, erkeklerin %120 oranında folat alımı sağladığı görülmüştür. Kadınların günlük alması gereken enerjinin %78'ini ve erkeklerin %62'sini sağlamasına rağmen B grubu vitaminlerinin çoğunun yeterli miktarda alındığı görülmüştür. Bunun nedeninin zayıflama diyeti temelinde azalmış enerji alımı olmasına rağmen online diyet danışmanlığında uygulanan sağlıklı beslenme listesinin günlük alınan mikrobesein öğelerinden zengin olduğu düşünülmektedir.

B<sub>12</sub> vitamini; kırmızı et, balık, kabuklu deniz ürünleri, yumurta gibi hayvansal kaynaklarda bulunmaktadır. Erkeklerin Tablo 4.14'te bu vitamini günlük olarak %73.25 oranında karşıladığı görülmüştür. Bunun nedeninin bireylerin sosyoekonomik yetersizliklerinden kaynaklı hayvansal besinlerin pahalılığı ile erişimin sınırlılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

## 5.1 ÇALIŞMANIN SINIRLILIĞI

Bu çalışmanın sınırlılığı, veri toplamak için kullanılan Form Anketinin çevrimiçi oluşu ile kişilerin soruları cevaplamasının uzun sürmesi ve bu sırada sıkılarak yarıda bırakması/tam doldurmamasıdır. Çalışmanın evreni Türkiye’de yaşayan 18-65 yaş arasında yetişkinleri kapsamı ile 385 çıkan çalışmanın belirli süre içerisinde örneklem sayısına ulaşamaması nedeniyle Q-power analizi ile ve güven aralığının 0.88’e düşürülmesi ile yeniden örneklem hesabı yapılarak 173 kişi üzerinde yapılması bu çalışmanın sınırlılıklarında biridir.

## 5.2. SONUÇ

Bu araştırma, Diyetisyenden online zayıflama danışmanlığı almış olan yaş ortalamaları;  $36.6 \pm 11.8$  yıl olan 148’i kadın (% 85.5) ve 25’i erkek (%14.5) olmak üzere toplam 173 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir.

Katılımcıların Diyet Memnuniyet Ölçeğinde yer alan “diyetimde yasaklı olan yiyeceklere istek duyuyorum” maddesine %33.5 oranında katılmadıklarını belirtmişlerdir.

Uygulamış oldukları online diyetin ağırlık kaybına sağladığı etkiden katılımcıların %76.9’sının memnun olduğu görülmüştür.

Uygulanan online zayıflama diyetlerinin katılımcıların %49.7’si tarafından ömür boyu uygulanabilir olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan kadınların %65.4’ü, erkeklerin %63.5’i uygulanan online zayıflama diyeti ile yediklerinden zevk almasına ve yeterli çeşitlilik tüketildiğine katılmaktadırlar.

Kadın katılımcıların 1 haftada ortalama 1.2 kg, erkek katılımcıların ortalama 1.4 kg vücut ağırlığı kaybettiği gözlemlenmiş ve böylece online diyet danışmanlığının bireylerin üzerindeki ağırlık kaybına olumlu yönde etkili olduğu görülmüştür.

Bu çalışmanın sonunda daha kilolu veya şişman olan katılımcıların online zayıflama diyeti danışmanlığını daha uzun süre devam ettirdiği, almış oldukları online zayıflama diyetinin evde ve ev dışında uygulanmasının kolay olduğu, kendilerini fiziksel olarak iyi hissettirdiği ve çalışan/çalışmayan katılımcılar içinde bütçeye uygunluğu konusunda hemfikir oldukları görülmüştür. Normal BKİ’de olanların oranının yüksek olması uygulanan online zayıflama programını hayatına entegre ederek ömür boyu uygulanabileceği görülmüştür. Araştırma bulguları, online diyet danışmanlığının yeme davranışlarını olumlu yönde etkileyebileceğini

göstermektedir. Ancak, bu etkilerin sürekliliği ve bireysel farklılıklar göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir.

### 5.3. ÖNERİLER

İleri yaş, eğitim azlığı, kültürel yapı, medeni durum, ekonomik seviye, aile tipi, cinsiyet, BKİ, kronik ek hastalık varlığı, sigara kullanımı, sağlık inancı, depresyon ve motivasyon gibi etmenler zayıflama sürecinde diyet uyumu bozmakta bireyler ideal ağırlıklarına ulaşamayarak birçok kronik hastalıklara neden olmaktadır.

Çalışmaya katılan bireylerin diyet planlarında sevdiği ve alışık olduğu besinlere yer vererek, iş birliği içerisinde bireyi de katarak sağlıklı beslenmeyi özendirerek etkin sonuçlar alınarak diyet uyumu yükseltilebilir. Bu sayede daha uzun süre takip sağlanarak uygulanan değişiklikler hayatın merkezine kolaylıkla koyulabilir.

Beslenme alışkanlıkları ve yaşam biçimi davranışlarının sağlıklı biçimde yeniden düzenlenmesi online görüşme ile diyetisyen tarafından eğitim verilmesinin uygun olacağı düşünülmektedir.

Diyetisyenler online seansları sırasında empati yaparak danışanların ağırlık kaybının sağlık üzerine olumlu etkilerini aktararak bireylerin sağlık inanç ve motivasyonu üzerine olumlu sonuçlar alabilirler.

Diyet sürecinde kazanılan sağlıklı beslenme alışkanlıklarının, hastanın yaşamı boyunca sürdürmesi önemlidir. Bu nedenle hazırlanan diyet programının kişiye özel olması gerekir. Bu amaçla hazırlanacak diyet listeleri bireyin damak tadına, kültürüne, bütçesine, yaşam tarzına uygun hazırlanmalı, hastanın beklentileri karşılanmalı, onayı alınmalı, değişiklik taleplerine ve bazı besinleri reddetme kararlarına saygı gösterilmelidir. Bu diyet listesi esnek olmalı ve bireyin alışkanlıklarını uzun dönemde olumlu yönde değiştirmeyi hedeflemelidir.

Diyet programları hazırlanırken enerjisi düşük ve hızlı ağırlık kaybına yol açan popüler diyetlerden uzak durulmalı; karbonhidrat, protein ve yağ dengesi uyumlu diyet listeleri hazırlanmalıdır. Ayrıca hastalar, hızlı ağırlık kaybetmenin olumsuzlukları hakkında bilgilendirilmeli, hedef ağırlığa doğru sürede ulaşmak için ikna edilmelidir. Diyet sürecinde yemek hazırlama, porsiyon kontrolü ve doğru pişirme yöntemleri hakkında bireylere eğitim verilmelidir.

Online diyet danışmanlığında bireylerin kişisel verileri, sağlık durumu ve beslenme alışkanlıkları gibi hassas bilgiler işlenmektedir. Bu bilgilerin korunması, veri güvenliği

politikaları ve ilgili yasal düzenlemelere uyulması şarttır. Danışmanlık veren uzmanların, bireylerin mahremiyetine saygı duyduğundan ve bilgilerin izinsiz paylaşılmadığından emin olunmalıdır. Diyetisyenlerin etik olarak profesyonel yeterliliğe sahip olmaları gerekir. Online platformların anonim yapısı nedeniyle, yeterli eğitime ve lisansa sahip olmayan kişiler bu hizmetleri sunabilir. Bu durum, bireylerin sağlığını tehlikeye atabilir. Dolayısıyla, profesyonellerin uzmanlıklarını belgelemesi önemlidir. Online diyet danışmanlığı hizmetlerine erişimde adalet ilkesi de önemlidir. Sosyoekonomik durum, dijital okuryazarlık ve internet erişimindeki eşitsizlikler, hizmetlere ulaşımı sınırlandırabilir. Bu nedenle, uzmanların ve platform sağlayıcılarının, hizmetlerini mümkün olduğunca geniş bir kitleye ulaştıracak stratejiler geliştirmesi önerilir. Danışmanlık almadan önce bireylerin hizmetin kapsamı, potansiyel faydaları ve riskleri konusunda açık bir şekilde bilgilendirilmesi gerekir. Bilgilendirilmiş onam, etik bir gereklilik olmanın ötesinde, bireylerin bilinçli karar verme hakkını korumak için kritik bir unsurdur. Online danışmanlık süreci, bireylerin duygusal destek alma ihtiyacını karşılamakta yetersiz kalabilir. Uzmanların empatik bir yaklaşım benimsemesi ve bireylerin psikososyal ihtiyaçlarını gözetmesi önemlidir. Online diyet danışmanlığı hizmetleri, bireylerin yaşam kalitesini artırmaya yönelik önemli bir potansiyel taşımaktadır. Ancak, bu hizmetlerin etik yönleri dikkatlice ele alınmalı ve bireylerin sağlığı ile haklarını ön planda tutan bir anlayışla sunulmalıdır.

## 6. KAYNAKLAR

1. Baysal, A., 2020, Beslenme İlkeleri, Beslenme, Hatipoğlu Yayıncılık, Ankara, ISBN 978-975-7527-73-2
2. World Health Organization. News-Room Fact-Sheets Detail Obesity and Overweight. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity> Erişim tarihi: 07 Mayıs 2025.
3. Huxley, R., Mendis, S., Zheleznyakov, E., Reddy, S., & Chan, J., 2010, Body mass index, waist circumference and waist: hip ratio as predictors of cardiovascular risk a review of the literature. *Eur J Clin Nutr.* 64(1), 16-22.
4. Laddu, D., Dow, C., Hingle, M., Thomson, C., & Going, S.A., 2011, Review of Evidence-Based Strategies to Treat Obesity in Adults. *Nutr Clin Pract.* 26(5), 512-25.
5. Samakidou, G.E., Koliaki, C.C., Liberopoulos, E.N., Katsilambros, N.L., 2023, Non-Classical Aspects of Obesity Pathogenesis and Their Relative Clinical Importance for Obesity Treatment, *Healthcare*, 11(9):1310, 2023.
6. Akbulut, G., 2010, Erişkinlerde şişmanlığın diyet tedavisindeki güncel yaklaşımlar ve fiziksel aktivitenin önemi, *Diyabet ve Obezite*, 23, 86-90.
7. Spring, B., Doran, N., Pagoto, S., Schneider, K., Pingitore, R., & Hedeker, D., 2004, Randomized controlled trial for behavioral smoking and weight control treatment: effect of concurrent versus sequential intervention. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(5), 785.
8. Çelik, Z.M., & Alphan, E., 2015, Bir internet sitesine diyet almak için başvuran yetişkin kişilerde yemek yeme tutum ve davranış bozukluğunun olup olmadığının saptanması ve bunun ağırlıkları ile ilişkisinin değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı.
9. “Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER) 2022” Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No:1031, Ankara 2022

10. Alex, M., 2020, Role of nutrition in maintaining health. *International Journal of Physical Education, Sports and Health*, 7(4), 279-280.
11. Gush, L., et al. 2023, Macronutrients and micronutrients. *International Journal of Physical Education, Sports and Health*, 7, 255-273.
12. Tipton, K.D., Witard, O., C., 2007, Protein requirements and recommendations for athletes: Relevance of ivory tower arguments for practical recommendations. *Clin Sports Med.*, 26, 17-36.
13. Ünsal, A., 2019, Beslenmenin Önemi ve Temel Besin Öğeleri, *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 1-10.
14. San-Cristóbal, R., et al. 2020, Contribution of macronutrients to obesity: Implications for precision nutrition, *Nature Reviews Endocrinology*, 16, 305-320.
15. Kundi, Z.M., et al., 2020, Dietary fiber from oat and rye brans ameliorate western diet-induced body weight gain and hepatic inflammation by the modulation of short chain fatty acids, bile acids, and tryptophan metabolism, *Molecular Nutrition and Food Research*. 65(1), e1900580. <https://doi.org/10.1002/mnfr.201900580>
16. Alphan, M.E., 2022, Sağlıklı yaşam biçimi: Sağlıklı beslenme ve egzersiz, Hastalıklarda beslenme tedavisi, In: Alphan, M.E. (ed.), 1, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, ISBN: 978-975-8322-57-2, 4.
17. Engin, A., 2024, The Definition and Prevalence of Obesity and Metabolic Syndrome: Correlative Clinical Evaluation Based on Phenotypes. *Advances in experimental medicine and biology*, 1460, 1–25. [https://doi.org/10.1007/978-3-031-63657-8\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-031-63657-8_1)
18. Alphan, M. E., 2020, Obezitenin tarihçesi, tanımı, sıklığı ve etiyolojisi, Obezite, In: Alphan, M. E. (ed.), 1.1, Hatipoğlu Yayınları, Ankara, ISBN: 978-605-9541-25-1, 15.
19. World Health Organization, Obesity, Erişim Adresi: [https://www.who.int/health-topics/obesity/#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/obesity/#tab=tab_1) Erişim Tarihi: 14 Mayıs 2025.
20. World Health Organization, Obesity and Overweight, Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> Erişim Tarihi: 14 Mayıs 2025.
21. WHO European Regional Obesity Report, 2022, Measuring Obesity, 1-1, 4 ISBN: 978-92-890-5773-8

22. Kurt, A.K., 2019, Birinci Basamakta Obezite Yönetimi, Klinik Tıp Aile Hekimliği, 11 (2), 55-60.
23. Kalan, I., & Yeşil, Y., 2010, Obezite ile İlişkili Kronik Hastalıklar, Diyabet ve Obezite, 78.
24. Aygün, N., 2014, Obezite Tanımı, Komplikasyonları, Endokrin Kontrolü ve Beslenme Tedavisi, Okmeydanı Tıp Dergisi, 30 (1), 45-49.
25. Demiray, G., & Yorulmaz, F., 2023, Halk sağlığı bakışıyla obezite yönetim, Sağlık Bilimlerinde Değer, 13(1), 147-155.
26. Hu, F.B., 2008, 'Measurements of Adiposity and Body Composition', In: Hu, F.B., (ed.), Obesity Epidemiology (New York, online edn, Oxford Academic, 1 Sept. 2009), <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195312911.003.0005>
27. Obezite Tanı ve Tedavi Klavuzu, 2024, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Ankara, 2,13, ISBN:978-625-95378-0-1
28. Türkiye İstatistik Kurumu, "Türkiye Sağlık Araştırması", Ankara, 2025.
29. Wright, S.M., & Aronne, L.J., 2012, Causes of obesity. Abdominal imaging, 37(5), 730–732. <https://doi.org/10.1007/s00261-012-9862-x>
30. Conway, B., & Rene, A., 2004, Obesity as a disease: no lightweight matter. Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity, 5(3), 145–151. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2004.00144>
31. Archer, E., Lavie, C.J., & Hill, J.O., 2018, The Contributions of 'Diet', 'Genes', and Physical Activity to the Etiology of Obesity: Contrary Evidence and Consilience. Progress in cardiovascular diseases, 61(2), 89–102. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2018.06.002>
32. Balani, R., Herrington, H., Bryant, E., Lucas, C., & Kim, S. C., 2019, Nutrition knowledge, attitudes, and self-regulation as predictors of overweight and obesity. Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 31(9), 502–510. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000169>
33. Eker, E., & Şahin, M., 2002, Birinci basamakta obeziteye yaklaşım, Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 11(7), 246.

34. Alphan, M.E., 2008, Obezitenin etiyolojisi, Baysal. A.& Baş. M. (ed), Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi, 1, 17-34.
35. Ertem, M., 2017, Obezite Epidemiyolojisi ve Korunma, Klinik Tıp Bilimleri, 5 (5), 21-30.
36. Kartal, K., 2019, Düşük Kalorili Diyet Tedavisi Uygulanan Hafif Şişman/Şişman Bireylerin Depresyon Derecesi ve Yeme Davranışının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
37. Mert, M., & Adaş, M., 2014, Obezitenin endokrin ve metabolik komplikasyonları, Okmeydanı Tıp Dergisi, 30(1), 1-4.
38. Şengel, K., 2021, 18-65 Yaş Aralığındaki Bireylerin Obezite Farkındalık Durumları ve Obezite Risklerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
39. İşler, S., Koç, F. & Özkoçak, V., 2020, Obezitenin antropolojik açıdan değerlendirilmesi. International Social Mentality And Researcher Thinkers Journal, 6(31), 639-646.
40. Özdoğan, E., Özdoğan, O., Altunoğlu, E.G., & Köksal, A.R., 2015, Tip 2 diyabet hastalarında kan lipid düzeylerinin hba1c ve obezite ile ilişkisi. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 49(4), 248.
41. Kaya, A., 2003, Obezite ve hipertansiyon. Turkish Journal Of Endocrinology And Metabolism, 2, 13-21.
42. Eroğlu Samur, G., & Akal Yıldız, E., 2008, Obezite ve kardiyovasküler hastalıklar/ hipertansiyon, Sağlık Bakanlığı Yayın. 10, ISBN: 978-975-590-245-6
43. Wiechert, M., & Holzapfel, C., 2021, Nutrition concepts for the treatment of obesity in adults. nutrients, 14(1), 169. <https://doi.org/10.3390/Nu14010169>
44. Acay, A., 2015, Non alkolik yağlı karaciğer hastalığında güncel medikal tedavi, Kocatepe Tıp Dergisi, 16(1), 67-76.
45. Akçay, G., 2012, İç hastalıkları polikliniğinde dislipidemi sıklığı ve bilincinin araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Tıp Fakültesi.
46. Powell-Wiley, T. M., Poirier, P., Burke, L.E., Després, J.P., Gordon-Larsen, P., & Lavie, C.J., 2021, American Heart Association Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Clinical Cardiology;

Council on Epidemiology and Prevention; and Stroke Council, Obesity and cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 143(21), e984-e1010.

47. Samson, R., Ennezat, P.V., Le Jemtel, T.H., & Oparil, S., 2022, Cardiovascular disease risk reduction and body mass index. *Current Hypertension Reports*, 24(11), 535-546.
48. Berberoğlu, Z., & Hocaoğlu, C., 2021, Küresel sağlık sorunu 'obezite': Güncel bir gözden geçirme. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(3), 543-552.
49. Aycan, Z., 2016, Çocukluk çağında obezite ve metabolik sendrom, *Turkish Journal of Pediatric Disease*, 10(3), 1-1.
50. Ünal, G.Ö., 2018, Obezitenin psikiyatrik yönü, tedavisinde davranışçı ve bilişsel davranışçı terapi, *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 7(1), 31-41.
51. Yılmaz, H.Ö., 2009, Obez bireylere verilen beslenme eğitiminin beden imgesiyle uğraşıya, beslenme davranışına ve kilo vermeye etkisi, *Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.
52. Kurt, G., 2022, Tıbbi beslenme tedavisi alan yetişkin obez kadınların beslenme durumu, yaşam kalitesi ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi, *Yüksek Lisans Tezi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü*.
53. Stasi, A., Cosola, C., Caggiano, G., Cimmarusti, M.T., Palieri, R., Acquaviva, P.M., & Gesualdo, L., 2022, Obesity-related chronic kidney disease: principal mechanisms and new approaches in nutritional management, *Frontiers in nutrition*, 9, 925619.
54. Celik, O., & Yildiz, B. O., 2021, Obesity and physical exercise, *Minerva endocrinology*, 46(2), 131-144. <https://doi.org/10.23736/S2724-6507.20.03361-1>
55. Yusuf, F.B., 2017, Obezitede diyetin düzenlenmesi, *Klinik Tıp Bilimleri*, 5(5), 1-4.
56. Yılmaz Önal, H., 2021, Vücut Ağırlığı Yönetiminde Yeni Diyet Yaklaşımları, *Atlas Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4, 44-45.
57. Obezite Klavuzu, *Klinik Endokrinoloji ve Diyabet Derneği*, 2022, 6, 18-22, İstanbul, ISBN: 978-605-71927-1-4

58. Alphan, M.E., 2020, Obezite: nedenleri & sonuçları, Obezite, In: Alphan, M. E. (ed.), 1.6, Hatipoğlu Yayınları, Ankara, ISBN: 978-605-9541-25-1, 233.
59. Kűçük Yetgin, M., 2019, Obez Bireyin Egzersiz ncesi Deęerlendirilmesi ve Egzersiz Reęetelendirilmesi. Turkish Journal of Diabetes and Obesity, 3(3), 115-122.
60. Oęuz, G., Karabekirođlu, A., Kocamanođlu, B., & Sungur, M. Z., 2016, Obezite ve bilişsel davranışçı terapi, Psikiyatride Gűncel Yaklaşımlar, 8(2), 133-144.
61. Foster, G. D., Makris, A. P., & Bailer, B. A., 2005, Behavioral treatment of obesity. The American journal of clinical nutrition, 82(1), 230S-235S.
62. Jones, L. R., & Wadden, T. A., 2006, State of the science: behavioural treatment of obesity. Asia Pacific journal of clinical nutrition, 15 Suppl, 30-39.
63. Nicholson, R., & Bigal, M., 2008, Screening and behavioral management: obesity and weight management. Headache: The Journal of Head and Face Pain, 48(1), 51-57.
64. Wee, C.C., Davis, R.B., & Phillips, R.S., 2005, Stage of readiness to control weight and adopt weight control behaviors in primary care. Journal of general internal medicine, 20(5), 410-415.
65. Baltacı, D., nalacak, M., Kara, İ.H., & Sarıgűzel, Y.C., 2015, Birinci Basamakta Obezite Tedavisi. Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics, 6(3), 96-102.
66. Erge, S., 2003, Obezlerde Yeme Davranışı ve Obezitede Davranış Tedavisi İlkeleri, Beslenme ve Diyet dergisi, 32(1), 47-59.
67. Hall, K.D., & Kahan, S., 2018, Maintenance of lost weight and long-term management of obesity. Medical Clinics, 102(1), 183-197.
68. Wing, R.R., & Phelan, S., 2005, Long-term weight loss maintenance. The American journal of clinical nutrition, 82(1), 222S-225S.
69. Tığlı, M., & Gökmen zel, H., 2012, Zayıflama Diyeti uygulayan bireylerin başarı oranları ve etkileyen etmenlerin saptanması, Beslenme ve Diyet Dergisi, 40(1), 22-31.
70. Altun, M.B., 2019, Yetişkin bireylerin aęırlık kaybında etkili olan deęişkenler ve kullandıkları stratejilerin incelenmesi, Yűksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitűsű.
71. Akbulut, G., & Rakıcıoğlu, N., 2010, Şişmanlığın beslenme tedavisinde gűncel yaklaşımlar, Journal of General Medicine/Genel Tıp Dergisi, 20(1).

72. Kavradım, T. S., & Özer, Z., 2018, Kroner kalp hastalıklarının yönetiminde uyum ve öz yeterlik, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2018, 10(3): 324-335.
73. Özel, H.G., 2019, Diyabetli bireylerde tıbbi beslenme tedavisine uyum sorunları, *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 47, 15-28.
74. Çiçek, B., 2019, Tip 2 diyabeti olan bireylerin yaşam tarzı değişikliklerine uyabilme durumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
75. Şanlıtürk, D., & Kaplan, N., 2023, Diyabet ve Hipertansiyon Hastalarında Tamamlayıcı Tıp Kullanımının Tedaviye Uyum Üzerine Etkisi. *Bütünleyici ve Anadolu Tıbbı Dergisi*, 4(2), 45-61. <https://doi.org/10.53445/batd.1240172>
76. Türkiye Endokronoloji ve Metabolizma Derneği, Tedavi uyumu, Hipertansiyon tanı ve tedavi klavuzu, Ankara, 2019, 8: 68.
77. Vatansever, Ö., & Ünsar, S., 2014, Determination Of Medical Treatment Adherence, Self-Efficacy Levels Of Patients With Essential Hypertension And Affecting Factors. *Turk J Card Nur*, 5(8), 66-74. <https://doi.org/10.5543/khd.2014.008>.
78. Dikec, G., & Kutlu, F., 2015, Method for increased treatment adherence in mental disorders: Adherence therapy. *Journal of Psychiatric Nursing*, 6(1).
79. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014), Yayın No: 773, Ankara, 2010.
80. Merdol T.K., 2012, Beslenme Eğitimi ve Danışmanlığı, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Yayını, Yayın No: 726, Ankara.
81. Karmali, K.N., Davies, P., Taylor, F., Beswick, A., Martin, N., & Ebrahim, S., 2014, Promoting patient uptake and adherence in cardiac rehabilitation, *Cochrane database of systematic reviews*, (6).
82. Muslu, M., 2022, Tıbbi Beslenme Tedavisinde Güncel Bir Yaklaşım: Telenütrisyon. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(3), 523-531. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.957223>

83. Farid, D., 2020, COVID-19 and Telenutrition: Remote Consultation in Clinical Nutrition Practice. *Current developments in nutrition*, 4(12), 124. <https://doi.org/10.1093/cdn/nzaa124>
84. Peregrin, T., 2019, Telehealth is transforming health care: what you need to know to practice telenutrition. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 119(11), 1916-1920.
85. Turner-McGrievy, G.M., Beets, M.W., Moore, J.B., Kaczynski, A.T., Barr-Anderson, D.J., & Tate, D.F., 2013, Comparison of traditional versus mobile app self-monitoring of physical activity and dietary intake among overweight adults participating in an mHealth weight loss program, *Journal of the American Medical Informatics Association*, 20(3), 513-518.
86. Bentli, S., 2018, Online diyet yapan ve diyetisyen takibinde diyet yapan bireylerin diyet uyumları ve ağırlık kayıplarının karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
87. Daud, N. L. H. M., Nor, N. M., Jaafar, N. H., Bakar, W. A. M. A., & Shukri, N. A. M., 2023, The feasibility and effectiveness of telenutrition for remote dietary consultation: A systematic review and meta-analysis. *Current Research in Nutrition and Food Science Journal*, 13(1), 46-60.
88. Costantino, A., Roncoroni, L., Noviello, D., Nandi, N., Lombardo, V., Scricciolo, A., Scaramella, L., Vecchi, M., & Elli, L., 2021, Nutritional and Gastroenterological Monitoring of Patients With Celiac Disease During COVID-19 Pandemic: The Emerging Role of Telemedicine and Point-of-Care Gluten Detection Tests. *Frontiers in nutrition*, 8, 622514. <https://doi.org/10.3389/fnut.2021.622514>
89. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/health-statistics/overweight-obesity/>, Ziyaret tarihi: 22 Mayıs 2025
90. <https://turkomp.gov.tr>, [Ziyaret Tarihi: 22 Mayıs 2025]
91. Çömlekçi, M., & Başol, O., 2019, Sosyal Medya Haberlerine Güven ve Kullanıcı Teyit Alışkanlıkları Üzerine Bir İnceleme, *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, 30, 55-77.

92. Bozan, N., 2009, Hollanda yeme davranışı (DEBQ) anketinin Türk üniversite öğrencilerinde geçerlik ve güvenilirliğinin sınanması, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
93. Jospe, M. R., Haszard, J. J., Taylor, R. W., & Freedhoff, Y., 2020, A tool for assessing the satisfaction of a diet: Development and preliminary validation of the Diet Satisfaction Score, *Nutrition & Dietetics*, 77(2), 268-273.
94. Eskici, G., & Yılmaz, S. K., 2021, Diyet memnuniyet ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 35-45.
95. Balcı, E., Şenol, V., Eşel, E., Günay, O. & Elmalı, F., 2012, 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Depresyon ve Malnutrisyon Durumları Arasındaki İlişki. *Turkish Journal of Public Health*, 10(1), 37-43.
96. Karatay, G., Yeşltepe, A., & Aktaş, H., 2021, 40 Yaş Üstü Bireylerin Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyleri ve Bazı Değişkenlerle İlişkisi. *Acta Medica Nicomedia*, 4(2), 49-55.
97. AlQuaiz, A. M., Kazi, A., Alodhayani, A. A., Almeneessier, A., AlHabeeb, K. M., & Siddiqui, A. R., 2021, Age and gender differences in the prevalence of chronic diseases and atherosclerotic cardiovascular disease risk scores in adults in Riyadh city, Saudi Arabia. *Saudi medical journal*, 42(5), 526-536. <https://doi.org/10.15537/smj.2021.42.5.20200684>
98. Silveira, E. A., Santos, A. S. E. A. C., Ribeiro, J. N., Noll, M., Dos Santos Rodrigues, A. P., & de Oliveira, C., 2021, Prevalence of constipation in adults with obesity class II and III and associated factors. *BMC gastroenterology*, 21(1), 217. <https://doi.org/10.1186/s12876-021-01806-5>
99. World Health Organization, Prevalence of overweight among adults, BMI >= 25 (age standardized estimate) (%), Erişim adresi: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-overweight-among-adults-bmi-=-25-\(age-standardized-estimate\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-overweight-among-adults-bmi-=-25-(age-standardized-estimate)-(-)) Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2025
100. Emiroğlu, E., Şahin, S., Öztürk, E., Koç, S., Özdemir, E. & Elmacioğlu F., 2021, Zayıflama Diyetlerinin Sürdürülebilirliğini Etkileyen Faktörler: Niteliksel Bir

**Açıklamalı [Hakem1]:** Yukarıda yazdıklarım bunun için de geçerli

- Araştırma, Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(3), 418-28, doi: 10.5336/healthsci.2020-78216
101. Dilsiz, B.N., 2022, Diyet Yapan Obez Bireylerde Kendini Damgalama İle Duygusal Yeme ve Diyet Memnuniyeti Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi
  102. Rojas-Rojales, P. C., Javier-Aliaga, D., Calizaya-Milla, Y. E., & Saintila, J. (2025). Nutritional knowledge, fiber intake, body mass index, and sex associated with constipation symptoms in Peruvian adults. *Scientific Reports*, 15, Article 12673.
  103. Slavin, J. L., 2013, Fiber and prebiotics: Mechanisms and health benefits. *Nutrients*, 5(4), 1417–1435. <https://doi.org/10.3390/nu5041417>
  104. Ersoy, Ö., 2020, Kronik Kabızlığa Yaklaşım; Sebepleri Nelerdir ve Nasıl Tanı Konur?, *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*, 24(3), 122-130.
  105. Türkay, Ö., & Saka, M., 2016, Konstipasyon ve Diyet. *Güncel Gastroenteroloji*, 20(3), 234-239.
  106. Sayer, R. D., Peters, J. C., Pan, Z., Wyatt, H. R., & Hill, J. O. (2018). Hunger, Food Cravings, and Diet Satisfaction are Related to Changes in Body Weight During a 6-Month Behavioral Weight Loss Intervention: The Beef WISE Study. *Nutrients*, 10(6), 700. <https://doi.org/10.3390/nu10060700>
  107. Beilegoli, A. M., Andrade, T. L., Cançado, A. G., Paulo, M. N., & Diniz, M. F., 2020, The effects of mobile health interventions on weight loss and related outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 21(4), e12999. <https://doi.org/10.1111/obr.12999>
  108. Jospe, M. R., Roy, M., Brown, R. C., & Haszard J. J., 2020, Diets and sustainable weight loss: A review of evidence. *Nutrition Reviews*, 78(6), 451-469
  109. Hagobian, T.A., Evero, N., 2013, Exercise and Weight Loss: What Is the Evidence of Sex Differences? *Current Obesity Reports*, 2(1), 86–92.
  110. Christensen, P., Meinert Larsen, T., Westerterp-Plantenga, M., Macdonald, I., Martinez, J. A., Handjiev, S., Poppitt, S., Hansen, S., Ritz, C., Astrup, A., Pastor-Sanz, L., Sandø-Pedersen, F., Pietiläinen, K. H., Sundvall, J., Drummen, M., Taylor, M. A., Navas-Carretero, S., Handjieva-Darlenska, T., Brodie, S., Silvestre, M. P., & Raben, A., 2018,

- Men and women respond differently to rapid weight loss: Metabolic outcomes of a multi-centre intervention study after a low-energy diet in 2500 overweight, individuals with pre-diabetes (PREVIEW). *Diabetes, obesity & metabolism*, 20(12), 2840–2851. <https://doi.org/10.1111/dom.13466>
111. Guo, L., Gu, L., Peng, Y., Gao, Y., Mei, L., Kang, Q., Chen, C., Hu, Y., Xu, W., & Chen, J., 2022, Online media exposure and weight and fitness management app use correlate with disordered eating symptoms: Evidence from the mainland of China. *Journal of Eating Disorders*, 10(58). <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00577-y>
  112. Ouwens, M. A., van Strien, T., van Leeuwe, J. F., & van der Staak, C. P., 2009, The dual pathway model of overeating. Replication and extension with actual food consumption. *Appetite*, 52(1), 234–237. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.07.010>
  113. Faraji, H., & Fırat, B., 2022, Yeme bozuklukları ve duygular. *Fenerbahçe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(1), 153-174.
  114. Altıntaş, M., & Özgen, U., 2017, Kişilik yapısının yeme biçimleri üzerindeki etkisi. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 3(5), 1797-1810.
  115. Woźniak, J., Garbacz, K., Wojciechowska, O., Wrzosek, M., & Włodarek, D. (2022). Effectiveness of a 12-Month Online Weight Reduction Program in Cohorts with Different Baseline BMI-A Prospective Cohort Study. *Nutrients*, 14(16), 3281. <https://doi.org/10.3390/nu14163281>
  116. Göksel, A. G., & Akgül, A., 2021, Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Medyaya Güven Düzeylerinin İncelenmesi. *Sportmetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 19(4), 241-256.
  117. Yeditepe Üniversitesi Hastaneleri, 2023, D Vitamini Eksikliği Ülkemizde Neden Bu Kadar Yaygın? Erişim adresi: <https://yeditepehastaneleri.com/saglik-rehberi/d-vitamini-eksikligi-ulkemizde-neden-bu-kadar-yaygin>
  118. Türk Osteoporoz Derneği., 2021, Vitamin D Düzeyi ile Non-spesifik Kas İskelet Sistemi Ağrıları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi: Çok Merkezli Retrospektif Bir Çalışma. Erişim adresi: <https://www.turkosteoporozdergisi.org/tr/makaleler/vitamin-d-duzeyi-ile-non-spesifik-kas-iskelet-sistemi-agriları-arasındaki-iliskinin-degerlendirilmesi-cok-merkezli-retrospektif-bir-calisma-inme-calisma-grubu/doi/tod.88700>

119. Droxid, Günlük Alınması Gereken Vitaminler Erişim adresi: <https://www.droxid.com/blog/icerik/gunluk-alinmasi-gereken-vitaminler> Erişim tarihi: 19 Haziran 2025
120. Hribar, M., Hristov, H., Lavriša, Ž., Koroušić Seljak, B., Gregorič, M., Blaznik, U., Žmitek, K., & Pravst, I., 2021, Vitamin D Intake in Slovenian Adolescents, Adults, and the Elderly Population. *Nutrients*, *13*(10), 3528. <https://doi.org/10.3390/nu13103528>
121. Dimakopoulos, I., Magriplis, E., Mitsopoulou, A. V., Karageorgou, D., Bakogianni, I., Micha, R., Michas, G., Chourdakis, M., Chrousos, G. P., Roma, E., Panagiotakos, D. B., & Zampelas, A. (2020). Intake and contribution of food groups to vitamin D intake in a representative sample of adult Greek population. *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif.)*, *72*, 110641. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2019.110641>
122. Duffy, B., McNulty, H., Ward, M., Psara, E., O'Sullivan, E., Horigan, G., & Pentieva, K., 2023, Riboflavin Status in Pregnancy and Its Relationship with Blood Pressure, Heart Rate and Risk of Hypertension: Findings from the OptiPREG Observational Study. *Proceedings*, *91*(1), 27. <https://doi.org/10.3390/proceedings2023091027>

## 7.EKLER

### EK-1 İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

ONLINE ZAYIFLAMA DİYETİ DANIŞMANLIĞI ALAN BİREYLERİN  
YEME DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİĞİNİN BELİRLENMESİ - Hazel  
ELAGÖZ, M. Emel ALPHAN

ORJİNALLİK RAPORU

% <b>18</b>	% <b>16</b>	% <b>8</b>	% <b>8</b>
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	<a href="http://acikerisim.atlas.edu.tr">acikerisim.atlas.edu.tr</a> İnternet Kaynağı	%2
2	<a href="http://dergipark.org.tr">dergipark.org.tr</a> İnternet Kaynağı	%2
3	<a href="http://acikbilim.yok.gov.tr">acikbilim.yok.gov.tr</a> İnternet Kaynağı	%1
4	<a href="http://www.researchgate.net">www.researchgate.net</a> İnternet Kaynağı	%1
5	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%1
6	<a href="http://ozgurdenizli.com">ozgurdenizli.com</a> İnternet Kaynağı	%1
7	Submitted to Sağlık Bilimleri Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
8	<a href="http://www.kedd.org.tr">www.kedd.org.tr</a> İnternet Kaynağı	<%1
9	<a href="http://docplayer.biz.tr">docplayer.biz.tr</a> İnternet Kaynağı	<%1
10	Submitted to İstanbul Aydın University Öğrenci Ödevi	<%1
11	Submitted to İstanbul University Öğrenci Ödevi	<%1

## EK- 2: ETİK KURUL İZİNİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 18.06.2025-68028



T.C.  
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ  
Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : E-22686390-050.99-68028  
Konu : 16.06.2025 Tarih ve 06/14 Sayılı Etik  
Kurul Kararı

18.06.2025

Sayın Prof. Dr. Müveddet Emel ALPHAN

İstanbul Atlas Üniversitesi Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından, Hazel Elagöz ile birlikte yapmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup planladığınız "**Online Zayıflama Diyeti Danışmanlığı Alan Bireylerin Yeme Davranış Değişikliğinin Belirlenmesi**" isimli araştırmanız kurulumuzun 16.06.2025 tarihli ve 06 sayılı toplantısında etik yönden uygun görülmüştür. Bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. Ayhan BİLİR  
Kurul Başkanı

### EK- 3: ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ

**ÖLÇEK İZNI** Gelen kutusu

**GUNAY ESKICI** 3 Eki  
alıcı: ben

Türkçe diline çevir

merhaba Hazel,  
Tabi ki araştırmanızda ölçeği kullanabilirsiniz. Başarılar diliyorum.

Doç. Dr. Günay ESKİCİ  
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Spor Bilimleri Fakültesi,  
Antrenörlük Eğitimi Bölümü  
Tel: 0 286 218 22 97/19060

Günay ESKİCİ (PhD)  
Çanakkale Onsekiz Mart University, Faculty of Sport Sciences,  
Department of Coaching Education  
Telephone Number: +90 286 218 22 97/19060

**Sosyal Medya Teyit/Güven Ölçeği** Kullanım İzni Gelen kutusu

ben 3 Eki  
Sayın Prof. Mehmet Fatih Çömlekçi Merhaba, ben İstanbul...

**Fatih Çömlekçi** 3 Eki  
alıcı: ben

Türkçe diline çevir

Merhaba,  
Elbette kullanabilirsiniz. Kolaylıklar,  
M. Fatih Çömlekçi

Sosyal Medya Teyit:Güven Ölç...  
W Doküman

**Hollanda Yeme Ölçeği İzni Hk.** Gelen kutusu

Murat Baş 2 Eki  
alıcı: ben

Türkçe diline çevir

İngilizce dilini otomatik olarak çevir

Sayın Elagöz,

Hollanda Yeme Davranışı Ölçeği'ni (DEBQ) çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçek formu ekte yer alıyor. İyi çalışmalar.

Yeme Alışkanlıkları An...  
W Doküman

**"Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Medyaya Güven Düzeylerinin İncelenmesi" by Aygun AKGUL** Harici

Gelen kutusu

PDF By Aygu... 26 May E-posta listesinden çık  
alıcı: ben

Türkçe diline çevir

**ACADEMIA**

From your Reading History:

**Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Medyaya Güven Düzeylerinin İncelenmesi**

Aygun AKGUL  
2021, Ankara Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu SPORMETRE Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi  
6 Views  
View PDF + Download PDF

ABSTRACT

#### **EK- 4: GÖNÜLLÜ ONAM FORMU**

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

Gönüllünün;

Adı-soyadı:

Adresi (varsa telefon no, faks no, ...):

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasiinin;

Adı-soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no, ...):

Açıklamaları yapan araştırmacının;

Adı-soyadı:

İmzası:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin;

Adı-soyadı:

İmzası:

Görevi:

## EK- 5: ÇEVİRİMİÇİ FORM ANKETİ

### GENEL BİLGİLER

(Uygun olan seçeneği işaretleyiniz.)

1. Adınız-Soyadınız (isteğe bağlı):.....
2. Cinsiyetiniz:  
 Kadın  
 Erkek
3. Doğum yılınız:.....
4. Çalışıyor musunuz?  
 Evet  
 Hayır
5. Ağırlığınız :..... kg
6. Boyunuz:..... cm
7. Kronik hastalığınız var mı? Varsa nedir?:.....
8. Düzenli olarak kullandığınız ilaç ve/veya vitamin, mineral takviyesi var mı?  
Varsa bunlar nelerdir?:.....
9. Gastrointestinal sistem problemlerini hangi sıklıkta yaşarsınız?  
 Tuvalete çıkışlarım gayet düzenli, her gün 1-2 kez zorlanmadan çıkarım  
 Arada kabızlık yaşarım  
 Sık sık kabızlık yaşarım  
 Arada diyare (ishal) durumunu yaşarım  
 Sık sık diyare (ishal) durumunu yaşarım
10. Almış olduğunuz online zayıflama diyeti ile ne kadar sürede (hafta olarak) kaç kilogram kaybettiniz?:.....

**EK- 6: 24 SAATLİK BESİN TÜKETİM KAYDI**

	<b>TÜKETİLEN BESİN</b>	<b>TÜKETİLEN BESİN MİKTARI</b>
<b>KAHVALTI</b>		
<b>ARA ÖĞÜN</b>		
<b>ÖĞLE YEMEĞİ</b>		
<b>ARA ÖĞÜN</b>		
<b>AKŞAM YEMEĞİ</b>		
<b>ARA ÖĞÜN</b>		

## EK- 7: PORSİYON ÖLÇÜLERİ

### SÜT, YOĞURT, PEYNİR GRUBU

Ek 2.1. Besin gruplarına göre besinlerin standart porsiyon ölçüleri ve miktarlarının tanımlanması

1 Standart Porsiyon: 150 kkal Yaklaşık

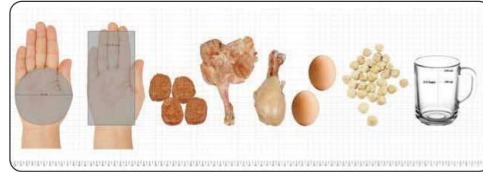
	ÖLÇÜ/MİKTAR
Süt	1 kupa veya 240 mL
Yoğurt	1 küçük kase veya 200 mL
Yoğurt (ev yapımı)	1 kupa veya 1 küçük kase veya 240 mL
Kefir	1 kupa veya 240 mL
Ayran	1.5 kupa veya 1 büyük bardak veya 1 büyük hazır ayran veya 350 mL
Beyaz peynir	3 parmak veya 2 kibrit kutusu veya 60 g
Kaşar peyniri	2 parmak veya 40 g



### ET-TAVUK-BALIK-YUMURTA-KURU BAKLAGİL YAĞLI TOHUM-SERT KABUKLU YEMİŞ GRUBU

1 Standart Porsiyon: Yaklaşık 150-200 kkal

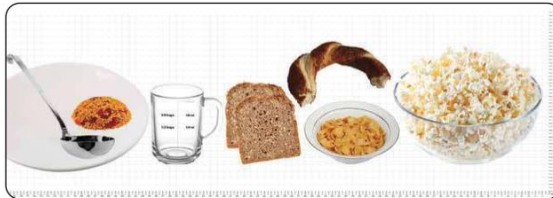
	ÖLÇÜ/MİKTAR
Yumurta	2 küçük boy veya 100 g
Kırmızı et pişmiş <sup>1,2,3</sup>	3-4 adet ızgara köfte veya 1 adet Adana köfte veya 10-14 adet inegöl köfte veya 2 hamburger köfte veya 1 el ayası kadar et veya 1 adet büyük pizzola veya 80 g
Tavuk eti pişmiş <sup>1,2,3</sup>	1 orta boy baget veya 1 el ayası kadar et veya 80 g
Balık pişmiş	1 el büyüklüğünde ince bir dilim veya 1 el ayası büyüklüğünde kalın bir dilim veya 150 g
Hamsi vb. küçük balıklar pişmiş	12-13 adet veya 150 g
Ton balığı konserve	Suyu süzülmiş 100 g
Karides ve diğer deniz ürünleri pişmiş	12-15 adet küçük veya 100 g
Nohut, fasulye, barbunya, iç bakla <sup>1</sup> , börülce (haşlanmış)	½ kupa veya 2 küçük keçe <sup>4</sup> veya 8-10 yemek kaşığı veya 130 g
Fındık <sup>4</sup>	28-30 adet veya 1 avuç veya 30 g
Ceviz <sup>4</sup>	4-5 adet büyük boy veya 6-7 adet orta boy veya 10-12 adet küçük boy tam ceviz içi veya 1 avuç veya 30 g
Badem <sup>4</sup>	24-26 adet veya 1 avuç veya 30 g
Yer fıstığı <sup>4</sup>	27-30 adet veya 1 avuç veya 30 g
Kaju <sup>4</sup>	18-20 adet veya 1 avuç veya 30 g
Ayçiçeği çekirdeği <sup>4</sup>	1 kupa veya 5 avuç veya 60g (kabuklu ölçü)
Kabak çekirdeği <sup>4</sup>	½ kupa veya 2.5 avuç veya 40 g (kabuklu ölçü)
Antep fıstığı <sup>4</sup>	2 avuç veya 60 g (kabuklu ölçü)



### EKMEK ve TAHİL GRUBU BESİNLER

1 Standart Porsiyon: Yaklaşık 150 kkal

	ÖLÇÜ/MİKTAR
Ekmek <sup>1</sup>	2 ince dilim veya 50 g
Pide- Bazlama-Lavaş <sup>1</sup>	¼ adet küçük veya 1/8 adet büyük veya 50 g
Simit <sup>1</sup>	¼ adet veya 50 g
Hamburger ekmeği <sup>2</sup>	1 küçük veya ¼ orta veya 2/3 büyük
Bulgur, pişmiş <sup>3,4</sup>	½ kupa veya 1 silme orta keçe <sup>7</sup> veya 4-5 yemek kaşığı veya 90g <sup>8</sup>
Pirinç, pişmiş <sup>3,4,5</sup>	½ kupa veya 1 silme orta keçe <sup>7</sup> veya 4-5 yemek kaşığı veya 90g
Makarna, haşlanmış <sup>3,4,5</sup>	½ kupa veya 1 silme orta keçe <sup>7</sup> veya 4-5 yemek kaşığı veya 75 g
Çorba çeşitleri <sup>10</sup> , tahıl, kuru baklagil, sebze vb.	½ kupa veya 1.5 orta keçe <sup>7</sup> veya 180 mL veya 1 küçük kase <sup>10</sup>
Galetta veya Grissini <sup>1</sup>	30 g
Bugday/pirinç gevreği	½ kupa veya 1 silme orta keçe <sup>7</sup> veya 30 g
Yulaf ezmesi/Müsli	1/4 kupa veya 30 g veya 1 silme çok küçük keçe <sup>9</sup>
Mısır gevreği	1 kupa veya 2 silme orta keçe <sup>7</sup> veya 30 g
Yufka <sup>1</sup>	1/3 yufka veya 50 g
Patlamış mısır	3 kupa veya 1 büyük kase veya 25 g



## SEBZELER GRUBU

1 Standart Porsiyon: 25-85 kkal

### ÖLÇÜ/MİKTAR<sup>1,2</sup>

<p>Koyu yeşil yapraklı sebzeler; Ispanak, pazı, semizotu, karalahana, asma yaprağı (pişmiş), kıvrıcık, marul, ispanak, semizotu, maydanoz, tere, roka, nane, kuzu kulağı, reyhan, dereotu, radika, kıvrıcık-hindibağı gibi Akdeniz/salata yeşillikleri, (söğüş doğranmış veya salata olarak)</p>	<p>1 kupa veya 1 yumruk veya 5-6 yemek kaşığı veya 2 orta kepeç3 veya 10-25 asma yaprağı 2 kupa veya 2 yumruk veya 1 büyük kase</p>  <p>1 büyük kase dolusu veya 6 kupa doğranmamış çiğ ispanak</p>
<p>Diğer yeşil sebzeler; Brokkoli, bamya, taze fasulye, taze bakla taze bezelye, yeşil kabak, enginar, kuşkonmaz, brüksel lahanası (pişmiş), sivri veya dolmalık biber çeşitleri, salatalık (doğranmış, çiğ), İceberg marul (doğranmış söğüş veya salata)</p>	<p>1 kupa veya 1 yumruk veya 5-6 yemek kaşığı veya 2 orta kepeç<sup>3</sup> 1 kupa veya 1 yumruk veya 1 küçük kase 2 kupa veya 2 yumruk veya 1 büyük kase</p>
<p>Kırmızı - turuncu - mavi - mor sebzeler; Domates, havuç (çiğ veya pişmiş) Kırmızı biber, turp, bal kabağı, pancar, patlıcan, kırmızı lahanası (doğranmış, çiğ veya pişmiş).</p>	<p>1 orta boy veya 1 kupa veya 1 yumruk 1 kupa veya 1 küçük kase veya 5-6 yemek kaşığı veya 2 orta kepeç<sup>3</sup></p>
<p>Beyaz Sebzeler; Soğan, kereviz, lahanası, karnabahar, pırasa mantar, yer elması, şalgam (doğranmış, çiğ veya pişmiş)</p>	<p>1 kupa veya 1 yumruk veya 2 orta kepeç3 veya 5-6 yemek kaşığı</p>
<p>Niğastalı sebzeler Patates Taze Mısır</p>	<p>½ orta boy veya 1 bilgisayar faresi büyüklüğü ½ kupa doğranmış veya püre veya 6-10 cm uzunluğunda kesilmiş 8-10 adet ½ kupa haşlanmış veya ½ adet 20-22 cm uzunluğunda büyük bir koçan</p> 
<p>Sebze suları</p>	<p>150 ml</p>



## MEYVELER GRUBU

1 Standart Porsiyon: 50-100 kkal

### ÖLÇÜ/MİKTAR<sup>1</sup>

<p>Elma, portakal, şeftali, nektarin Armut, Ayva Mandalın Limon Kivi Muz Trabzon hurması</p>	<p>1 orta boy; 7 cm çapında veya 1 yumruk büyüklüğünde 1 küçük boy veya 1 kg'a 5 adet giren büyüklükte 2 orta boy; 6 cm çapında 2 büyük; 6,5 cm çapında 2 orta boy; 5 cm çapında 1 el uzunluğu veya dilimlenmiş 2/3 küçük kase 2 yemek kaşığı dolusu</p> 
<p>Karpuz, kavun</p>	<p>Kibrit kutusu büyüklüğünde 4-5 dilim veya 3 parmak genişliği ve uzunluğunda 2 dilim veya 9 cm x 6 cm x 2 cm boyutlarında 3 üçgen dilim veya 8 kg'lık karpuzun 1/16'sı</p>
<p>Kiraz, vişne Çilek Üzüm çeşitleri Böğürtlen, ahududu, dut Yaban mersini Nar</p>	<p>13-15 iri boy veya 1 küçük kase 7-8 iri veya 15 orta boy 20 iri veya 25-30 küçük taneli veya 1 küçük kase 50-60 adet veya 1 küçük kase 1 küçük kase 10 cm çapında yarım veya tanelenmiş 1 küçük kase</p> 
<p>Kayısı İncir Yeni dünya Ananas Erik</p>	<p>4 büyük veya 7-8 küçük 2 adet; 6,5 cm çapında 8 büyük veya 12 küçük boy 1 parmak -1,5 cm kalınlığında 2 ince dilim 1 büyük veya 3-5 küçük</p>
<p>Kuru kayısı, erik, incir Kuru üzüm, Hurma</p>	<p>3-4 adet 20-30 adet, 30 g 1 büyük veya 3 adet küçük</p>



## EK- 8: SOSYAL MEDYA TEYİT/GÜVEN ÖLÇEĞİ

Lütfen cinsiyetinizi belirtiniz. ( ) Kadın ( ) Erkek

Lütfen yaşınızı belirtiniz. ....

Lütfen aylık harcama miktarınızı belirtiniz. ....

Lütfen sosyal medyada günde ortalama kaç saat geçirdiğinizi belirtiniz. ....

En sık kullandığınız sosyal medya hesabını belirtiniz (Yalnızca bir tercihte bulununuz).

( ) Instagram ( ) Twitter ( ) Facebook ( ) Youtube ( ) Tumblr ( ) Diğer.....

Haberleri en çok hangi sosyal medya mecrasından aldığınızı belirtiniz (Yalnızca bir tercihte bulununuz).

( ) Instagram ( ) Twitter ( ) Facebook ( ) Youtube ( ) Bundle ( ) Diğer.....

### LİKERT SORULAR

No		H i, ç b i r z a m a n	N a d i r e n	B a z e n	S ı k l ı k l a	H e r z a m a n
1	Basılı olarak dağıtılan gazetelerin sosyal medya paylaşımlarına güvenirim.					
2	İnternet gazetelerinin sosyal medya paylaşımlarına güvenirim.					
3	Tanınmış gazetecilerin sosyal medya paylaşımlarına güvenirim.					
4	Kullanıcıların içerik oluşturduğu mecraların paylaşımlarına güvenirim.					
5	Sosyal medya fenomenlerinin sosyal medya paylaşımlarına güvenirim.					
6	Arkadaşlarımın/tanıdıklarımın sosyal medya paylaşımlarına güvenirim.					
7	Sosyal medya üzerinden ulaştığım haberin doğruluğu/güvenilirliği ile ilgili araştırma yaparım.					
8	Sosyal medya üzerinden ulaştığım haberi sosyal medyadaki farklı kaynaklardan teyit ederim.					
9	Sosyal medya üzerinden ulaştığım bir haberi sosyal medya dışındaki internet kaynaklarından teyit ederim.					
10	Sosyal medya üzerinden ulaştığım bir haberi internet dışındaki kaynaklardan teyit ederim.					

## EK- 9: HOLLANDA YEME DAVRANIŞI (DEBQ) ANKETİ

Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve tüm sorulara cevap veriniz. Hiçbir sorunun doğru ve yanlış cevabı yoktur. Her bir soru için size uygun cevabın altındaki daireyi işaretleyin.

1. Eğer kilo aldıysanız, her zaman yediğinizden daha az mı yersiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
2. Yemek zamanlarında, yemek istediğinizden daha az yemeye çalışır mısınız?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
3. Kilonuzdan endişe duyduğunuz için size sunulan yiyecek yada içeceği ne sıklıkla reddedersiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
4. Ne yediğinize tam olarak dikkat eder misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
5. Bilinçli olarak zayıflatıcı besinler mi yersiniz ?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
6. Çok fazla yediğinizde, ertesi gün daha az yer misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
7. Kilo almamak için az yemeye dikkat eder misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
8. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla yemek aralarında bir şey yememeye çalışırsınız?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
9. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla akşamları yemek yememeye çalışırsınız?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
10. Ne yiyeceğinize karar verirken kilonuzu hesaba katar mısınız?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
11. Bir şeyden rahatsız olduğunuzda daha fazla yemek yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
12. Yapacak bir şeyiniz olmadığında yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
13. Depresyonda olduğunuzda yada hayal kırıklığına uğradığınızda yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
14. Kendinizi yalnız hissettiğinizde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
15. Biri sizi üzdüğünde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
16. Sinirleriniz bozuk olduğu zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
17. İstemediğiniz bir şey olduğu zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
18. Kaygılı, endişeli olduğunuz zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
19. Bir şeyler ters yada yanlış gittiğinde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
20. Korktuğunuz zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
21. Hayal kırıklığına uğradığınız zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>

22. Duygusal olarak üzüntülü olduğunuzda yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
23. Huzursuz olduğunuzda yada canınız sıkın olduğunda yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
24. Yediğiniz şey lezzetliyse, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
25. Yediğiniz şey güzel kokuyor ve güzel görünüyorsa, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
26. Lezzetli bir şey gördüğünüzde yada kokladığınızda onu yemek ister misiniz ?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
27. Eğer yemek için lezzetli bir şeyler varsa doğrudan onu yer misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
28. Eğer bir fırının önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
29. Eğer bir kafe yada büfenin önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
30. Başkalarını yerken görürseniz, sizde yemek yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
31. Lezzetli yiyeceklere karşı koyabilir misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
32. Başkalarını yerken gördüğünüzde, genelde yediğinizden daha fazla yer misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
33. Yemek hazırlarken bir şeyler yemeye meyilli misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>

## EK- 10: DİYET MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ

Diyet Memnuniyet Ölçeği						
Her bir soru için diyetinizin son 2 haftasındaki davranışınızı en iyi tanımlayan cevabı seçin.		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.	Diyetimde yasaklı olan yiyeceklere istek duyuyorum.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2.	Yemek hazırlamak kolaydır.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3.	Bu diyeti evde uygulamak kolaydır.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4.	Bu diyeti ev dışında uygulamak kolaydır.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5.	Bu diyet bana yediklerimden zevk almamda yeterli çeşitlilik sunar.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6.	Bu diyet benim bütçeme uygundur.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7.	Bu diyeti uygularken kendimi fiziksel olarak iyi hissediyorum.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8.	Bu diyetin benim (durumum)* üzerindeki etkisinden memnunum.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9.	Bu diyeti ömür boyu uygulayabilirim.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

\*Katılımcının diyetine uyma nedenine dayalı koşul (ör. ağırlık kaybı, kalp sağlığı, diyabet önleme vb.).

## 8.ÖZGEÇMİŞ

- 1. Adı Soyadı:** Hazel ELAGÖZ
- 2. Unvanı:** Diyetisyen
- 3. Öğrenim Durumu:** Yüksek Lisans

DERECE	OKUL ADI VE BÖLÜMÜ	MEZUNİYET YILI
Lisans	Bezmialem Vakıf Üniversitesi	2023
Yüksek Lisans	Atlas Üniversitesi Diyetetik Anabilim Dalı	2025

### 1. İş Deneyimi:

Unvan	Görev Yeri	Yıl
Diyetisyen	B-fit Yıldırım	2023-2024