

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇOCUK GELİŞİMİ VE EV YÖNETİMİ EĞİTİMİ ANABİLİM DALI
BESLENME EĞİTİMİ BİLİM DALI

YETİŞKİN BİREYLERİN AĞIRLIK KAYBINDA ETKİLİ
OLAN DEĞİŞKENLER VE KULLANDIKLARI
STRATEJİLERİN İNCELENMESİ

MİNE BİLİNÇ ALTUN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman

Prof. Dr. Nazan AKTAŞ

Konya -2019



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Müdürlüğü



BİLİMSEL ETİK SAYFASI

Bu tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadar ki bütün süreçlerde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini, tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını bildiririm.

Mine Bilinç ALTUN

İmza



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Müdürlüğü



YÜKSEK LİSANS TEZİ KABUL FORMU

	Adı Soyadı:	Mine Bilinç ALTUN
	Numarası:	164238021006
Öğrencinin	Ana Bilim /Bilim Dalı:	Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi Eğitimi/Beslenme Eğitimi
	Programı:	Tezli Yüksek Lisans ☒ Doktora ☐
	Tez Danışmanı:	Prof. Dr. Nazan AKTAŞ
	Tezin Adı:	Yetişkin Bireylerin Ağırlık Kaybında Etkili Olan Değişkenler ve Kullandıkları Stratejilerin İncelenmesi

Yukarıda adı geçen öğrenci tarafından hazırlanan Yetişkin Bireylerin Ağırlık Kaybında Etkili Olan Değişkenler ve Kullandıkları Stratejilerin İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma başlıklı bu çalışma 25/07/2019 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda oybirliği/oyçokluğu ile başarılı bulunarak, jürimiz tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Ünvanı, Adı Soyadı	Danışman ve Üyeler	İmza
Prof. Dr. Nazan AKTAŞ	(Danışman)	<i>N. Aktaş</i>
Dr.Öğr.Üyesi M.Ali CEBİRBAY	(Üye)	<i>Cebirbay</i>
Dr.Öğr.Üyesi Yahya ÖZDOĞAN	(Üye)	<i>Y. Özdoğan</i>

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince kendisinden öğrendiğim bilgilerle, tez çalışmamın her aşamasında manevi ve akademik desteğini ve büyük yardımlarını hiç esirgemeyen; araştırmanın planlanması ve yürütülmesinde emeği geçen, her zaman örnek alacağım çok değerli ve saygı değer danışmanım Sayın Prof. Dr. Nazan Aktaş'a,

Lisans eğitimimde mesleki gelişimimin sağlanmasında büyük rolü olan Okan Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'ndeki değerli hocalarıma,

Yüksek lisans eğitimim süresince kendimi geliştirmeme yardımcı olan Selçuk Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'ndeki saygıdeğer hocalarıma,

Bu günlere gelmemde büyük emekleri olan, hayatım boyunca bana verdikleri sevgi ve destek ile her zaman yanımda olan çok değerli annem, babam ve tüm aileme,

Aldığım tüm kararlarda beni daima destekleyen ve yanımda olan, çalışmalarım boyunca maddi ve manevi desteğiyle beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan eşim Onur YALÇIN'a ve dostlarım Aybüke Büşra ÇAĞLAK'a ve Büşra COŞKUN'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Mine Bilinç ALTUN



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



Öğrencinin	Adı Soyadı	Mine Bilinç ALTUN
	Numarası	164238021006
	Ana Bilim / Bilim Dalı	Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi Eğitimi/Beslenme Eğitimi
	Programı	Tezli Yüksek Lisans ☒ Doktora ☐
	Tez Danışmanı	Prof. Dr. Nazan AKTAŞ
	Tezin Adı	Yetişkin Bireylerin Ağırlık Kaybında Etkili Olan Değişkenler ve Kullandıkları Stratejilerin İncelenmesi

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, yetişkin bireylerin ağırlık kaybında etkili olan değişkenler ve kullandıkları stratejilerin incelenmesidir. Betimsel nitelikte tarama modeli kullanılarak yürütülen araştırmanın örneklemini Konya ili merkez ilçelerinde yaşayan 19-65 yaşları arasında diyet yaparak ağırlık kaybı yaşamış 406 (Erkek:130, Kadın:276) birey oluşturmuştur. Araştırmacı tarafından geliştirilen veri toplama aracında kişisel bilgiler, beslenme alışkanlıkları, yaşam biçimi ve diyet davranışları, ağırlık kaybında kullanılan etmenler ve ağırlık kaybında kullanılan stratejileri belirlemeye yönelik sorular yer almıştır. Araştırma verileri SPSS programı kullanılarak uygun istatistiksel yöntemlerle analiz edilmiştir. Katılımcılar, ağırlık kaybında en çok etkili olan etmenin %49,5 ile “obezitenin neden olduğu hastalıklara yakalanmak istemiyorum” etkisi en az olan etmeni ise %16,5 ile “diyet yapmayı seviyorum” olarak bildirmişlerdir. Ağırlık kaybı için en çok kullanılan strateji %45,3 ile “sabahları erken uyanırım” en az kullanılan strateji ise %2,7 ile “zayıflama kamplarına giderim” olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların kaybettikleri ağırlık ile beslenme bilgileri ve eğitim seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). Ağırlık kaybında etkili olan etmenler arasından yapılan regresyon analizi sonucunda sadece sağlık etmeni alt boyutunun kaybedilen ağırlık üzerinde negatif bir ($\beta=-0,245$) etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Ağırlık kaybında kullanılan stratejilerden beslenme alt boyutu ağırlık kaybında negatif bir ($\beta=-0,154$) etkiye sahipken, yaşam biçimi alt boyutunun pozitif ($\beta=0,213$) bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Cinsiyet değişkeni ile sigara ve alkol kullanım durumu, en çok sevilen öğün ve yiyecek azaltma veya bırakmayı deneme durumu arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırma sonuçları katılımcıların ağırlık kaybında sağlık, beden imajı gibi etmenlerin başta olmak üzere daha birçok değişkenin rol oynadığını, ağırlık kaybı için kullandıkları stratejilerin ise düzenli spor yapma, az uyuma, diyet yemekleri yeme gibi stratejiler olduğunu ortaya koymuştur.

Anahtar Kelimeler: Ağırlık kaybı, Ağırlık Kaybı Stratejileri, Obezite, Diyet



T. C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



Öğrencinin

Adı Soyadı	Mine Bilinç ALTUN
Numarası	164238021006
Ana Bilim / Bilim Dalı	Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi Eğitimi/Beslenme Eğitimi
Programı	Tezli Yüksek Lisans ☒ Doktora ☐
Tez Danışmanı	Prof. Dr. Nazan AKTAŞ
Tezin İngilizce Adı	Analysis of the Variables Affecting Weight Loss of Adult Individuals and the Strategies They Use

SUMMARY

The aim of this study is to investigate the variables and strategies used in weight loss of adult individuals. The sample of the study, which was conducted by using descriptive screening model, consisted of 406 (Women:276, Man: 130) individuals between 19-65 years of age living in the central districts of Konya who were randomly selected to participate in the study voluntarily and who lost weight by dieting. In the first part, personal habits, eating habits and dietary behavior tendencies to determine dietary habits, lifestyle and diet behaviors are mentioned, in the third part weight loss factors and in the fourth part weight loss strategies are explained. Research data were analyzed by using SPSS program with appropriate statistical methods. The most important factor affecting weight loss was found to be “I do not want to catch obesity-related diseases” with 49.5% and the least effective factor was “I like to diet” with 16.5%. The most commonly used strategy for weight loss is “I wake up early in the morning” with 45.3% and the least used strategy is “I go to slimming camps” with 2.7%. A significant difference was found between gender variable and smoking and alcohol use, the favourite meals and attempting to reduce or quit food ($p < 0.05$).

There was a significant relationship between weight loss and nutritional information and education levels of the participants ($p < 0.05$). As a result of the regression analysis among the factors affecting weight loss, it was determined that only the sub-dimension of the health factor had a negative ($\beta = -0.245$) effect on the lost weight. Nutrition sub-dimension, which is one of the strategies used in weight loss, has a negative effect on weight loss ($\beta = -0.154$), while the lifestyle sub-dimension has a positive ($\beta = 0.213$) effect. A significant difference was found between gender variable and smoking and alcohol use, the most popular meal and food reduction or quitting ($p < 0.05$).

The results of the research revealed that many variables, especially health and body image, played a role in weight loss and the strategies they used for weight loss were regular sports, less sleep, and eating diet food.

Keywords: Weight Loss, Weight Loss Strategies, Obesity, Diet

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

BİLİMSEL ETİK SAYFASI.....	i
YÜKSEK LİSANS TEZİ KABUL FORMU	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET.....	iv
SUMMARY	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR VE SİMGELER	viii
TABLolar LİSTESİ.....	ix

BÖLÜM I

GİRİŞ	1
1.1. Problem	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Hipotezler	3
1.4. Araştırmanın Önemi	3
1.6. Sınırlılıklar	6
1.7. Tanımlar	6

BÖLÜM II

ARAŞTIRMANIN KURAMSAL VE KAVRAMSAL TEMELİ

2.1. Obezitenin Saptanması ve Prevelansı	7
2.2. Obeziteye Neden Olan Faktörler	7
2.3. Obezite İle İlgili Sağlık Sorunları	9
2.4. Ağırlık Kaybı ve Önemi	10
2.5. Ağırlık Kaybı Stratejileri	12
2.5.1. Sağlıklı Beslenme	12
2.5.2. Fiziksel Aktivite	13
2.5.3. Bilişsel Davranış Değişikliği	15
2.5.4 Farmakolojik Destek	17
2.5.5. Obezite Cerrahisi	17
2.6. Konu İle İlgili Araştırmalar	18

BÖLÜM III

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli, Yeri ve Zamanı	27
3.2. Araştırma Evreni ve Örneklem	27
3.3. Araştırma Verilerinin Toplanması ve Analizi:	28
3.3.1. Anket Formu	28
3.3.2. Araştırmanın Etik Boyutu	30
3.3.3. Verilerin Analizi	30

BÖLÜM IV

BULGULAR VE TARTIŞMA.....	31
4.1. Bulgular.....	31
4.2. Tartışma.....	54

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER.....	60
5.1. Sonuçlar	60
5.2. Öneriler	62
KAYNAKÇA	64
EKLER.....	78
ÖZGEÇMİŞ.....	93



KISALTMALAR VE SİMGELER

AB: Avrupa Birliği

AKEE: Ağırlık Kaybını Etkileyen Etmenler

AKKS: Ağırlık Kaybında Kullanılan Stratejiler

BKİ: Beden Kütle İndeksi

DEBQ: The Dutch Behavior Questionnaire (Hollanda Yeme Davranışı Anketi)

DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

DM: Diabetes Mellitus

HDL: High Density Lipoprotein (Yüksek Dansiteli Lipoprotein)

IDF: International Diabetes Federation (Uluslararası Diyabet Fedarasyonu)

KMO: Kaiser- Meyer- Olkin Testi

LDL: Low Density Lipoprotein (Düşük Dansiteli Lipoprotein)

LOOK AHEAD: Action for Health in Diabetes

MSG: Monosodyum Glutamat

NWCR: National Weight Control Registry

SPSS: Statistical Package For Social Sciencies

SYBD: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

TBSA: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırmaları

TEKHARF: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı Risk Faktörü

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TURDEP: Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması

TÜBER: Türkiye Beslenme Rehberi

VLDL: Very Low Density Lipoprotein (Çok Düşük Dansiteli Lipoprotein)

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa No

Tablo- 1: Bireylerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı (n=406) ..	31
Tablo- 2: Bireylerin Cinsiyete Göre Sigara, Alkol Kullanımı ve Fiziksel Aktivite Yapma Durumları (n=406)	32
Tablo- 3: Bireylerin Cinsiyete Göre Beslenme Bilgi ve Alışkanlıkları Öz Değerlendirmeleri (n=406)	33
Tablo- 4: Bireylerin Cinsiyete Göre Antropometrik Ölçümleri (n=406).....	34
Tablo- 5: Bireylerin Cinsiyete Göre BKİ Sınıflandırması (n=406)	34
Tablo- 6: Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Beslenme Alışkanlıkları (n=406)	35
Tablo- 7: Bireylerin Cinsiyete Göre Diyet Davranışları (n=406).....	37
Tablo- 8: Bireylerin Cinsiyete Göre Vücut Ağırlığı Kayıpları (kg)	39
Tablo- 9: Bireylerin Ağırlık Kayıplarının Bazı Değişkenler Açısından Analizleri ..	39
Tablo- 10: Bireylerin Kaybettikleri Vücut Ağırlıkları Üzerinde Etkili Olan Etmenlere İlişkin Regresyon Analizi (n=406)	41
Tablo- 11: Bireylerin Ağırlık Kaybını Etkileyen Etmenler (n=406)	42
Tablo- 12: Bireylerin Vücut Ağırlığı Kaybında Kullanıldıkları Stratejilere İlişkin Regresyon Analizi (n=406).....	44
Tablo- 13: Ağırlık Kaybında Kullanılan Stratejiler (n=406)	45
Tablo- 14: Bireylerin Diyete Uyumuna Göre Çalışma Durumu ve Sağlık Problemlerinin Dağılımı (n=406)	48
Tablo- 15: Ağırlık Kaybını Etkileyen Etmenlerin Diyete Uyum Durumlarına Göre İstatistiksel Analizleri (n=406)	49
Tablo- 16: Ağırlık Kaybını Etkileyen Etmenlerin BKİ sınıflandırmasına göre İstatistiksel Analizleri (n=406)	50
Tablo- 17: Ağırlık Kaybında Kullanılan Stratejilerin Diyete Uyum Durumlarına Göre İstatistiksel Analizleri (n=406)	52
Tablo- 18: Ağırlık Kaybında Kullanılan Stratejilerin BKİ sınıflandırmasına Göre İstatistiksel Analizleri (n=406) (n=406)	53

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Problem

Sağlık; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali ve hastalık ile sakatlıkların olmaması durumu olarak tanımlanır (WHO, 2000). Dengeli ve yeterli beslenerek yaşamın her evresinde fiziksel ve ruhsal yönden sağlığın korunması ve sürdürülmesi mümkündür (Sağlık Bakanlığı, 2004). İnsan sağlığına etki eden en önemli çevresel faktörlerden biri olan beslenme; yaşamın devamı, büyüme ve gelişme, sağlığın iyileştirilmesi ve sürdürülmesi, hayat kalitesinin artırılması, üretkenliğin sağlanması için ihtiyaç duyulan besin öğelerinin vücutta kullanılmasıdır (Aslan, 2008; TÜBER, 2015; Baysal, 2016). Türkiye’de beslenme, yaşam şekli, fiziksel aktivite, sosyo-ekonomik durum, coğrafi konum, gelenek-görenek gibi birçok etmenin etkisi altındadır. Bu etmenler, beslenme sorunlarının niteliği ve obezitenin artma sıklığı üzerinde etkili olmaktadır (Pekcan, 1998; Pekcan ve Karaağaoğlu, 2000).

Günümüzde obezitenin; aşırı enerji tüketimi ve yetersiz enerji harcamasına bağlı olarak ortaya çıkan pozitif enerji dengesi ve sedanter yaşam tarzının benimsenmesiyle oluşan uzun süreli enerji dengesizliğinin, kişinin genetik yapısının ve çevresinin arasındaki etkileşimlerin sonucu olarak geliştiği düşünülmektedir (Alphan, 2008). Dünya Sağlık Örgütü (WHO)’nın tanımıyla obezite, insan vücudunda aşırı yağ birikmesi ve bu yağ birikmesi sonucu komplikasyonlara sebep olabilecek bir hastalıktır (WHO, 2005).

Ağırlık kaybeden obez bireylerde, yaşam kalitesi artarak şişmanlığa bağlı oluşan komplikasyonlar ve hastalıklar azalmaktadır (Erge, 2003). Ağırlık kaybı döneminde karşılaşılan zorluk verilen ağırlığın korunamamasıdır. Bu nedenle yaşam tarzı değişikliği ve hedef davranış değişikliği ile kaybedilen ağırlığın korunması sağlanmalıdır. Hastanın uyumunu ve başarıyı sağlamak, ağırlık kaybı ve ağırlığın korunması için de stratejiler oluşturulması gerekmektedir (Kılıçarslan vd., 2006).

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, Konya il merkezinde yaşayan yetişkin bireylerin ağırlık kaybında etkili olan etmenlerin ve ağırlık kaybetmek için kullandıkları stratejilerin belirlenmesidir. Araştırmanın temel amacı doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır.

1. Yetişkin bireylerin alkol ve sigara kullanım durumları ile cinsiyet değişkeni arasında fark var mıdır?
2. Cinsiyet değişkenine göre beslenme bilgi ve alışkanlıklarının öz değerlendirmesi arasında fark var mıdır?
3. Cinsiyet değişkenine göre diyet davranışlarının (diyete uyum, diyetle sağlık sorunları vb.) arasında fark var mıdır?
4. Cinsiyet değişkenine göre beslenme alışkanlıklarının arasında fark var mıdır?
5. Yetişkin bireylerin bireylerin cinsiyete göre vücut ağırlığı kayıpları arasında fark var mıdır?
6. Yetişkin bireylerin ağırlık kayıpları ile eğitim seviyesi, çalışma durumu, egzersiz, beslenme bilgi düzeyleri gibi bazı değişkenler ile arasında fark var mıdır?
7. Cinsiyet değişkenine göre bireylerin fiziksel aktivite yapma alışkanlıklarının arasında fark var mıdır?
8. BKİ değişkeni ile ağırlık kaybını etkileyen etmenler arasında fark var mıdır?
9. Diyete uyum değişkeni ile ağırlık kaybını etkileyen etmenler arasında fark var mıdır?
10. BKİ değişkeni ile ağırlık kaybında kullanılan stratejiler arasında fark var mıdır?
11. Diyete uyum değişkeni ile ağırlık kaybında kullanılan stratejiler arasında fark var mıdır?

1.3. Hipotezler

1. Yetişkin bireylerin alkol ve sigara kullanım durumları ile cinsiyet değişkeni arasında fark vardır.
2. Cinsiyet değişkenine göre beslenme bilgi ve alışkanlıklarının öz değerlendirmesi arasında fark vardır.
3. Cinsiyet değişkenine göre diyet davranışlarının (diyete uyum, diyetle sağlık sorunları vb.) arasında fark vardır.
4. Cinsiyet değişkenine göre beslenme alışkanlıklarının arasında fark yoktur.
5. Yetişkin bireylerin bireylerin cinsiyete göre vücut ağırlığı kayıpları arasında fark yoktur.
6. Yetişkin bireylerin ağırlık kayıpları ile eğitim seviyesi, çalışma durumu, egzersiz, beslenme bilgi düzeyleri gibi bazı değişkenler ile arasında fark vardır.
7. Cinsiyet değişkenine göre bireylerin fiziksel aktivite yapma alışkanlıklarının arasında fark vardır.
8. BKİ değişkeni ile ağırlık kaybını etkileyen etmenler arasında fark yoktur.
9. Diyete uyum değişkeni ile ağırlık kaybını etkileyen etmenler arasında fark vardır.
10. BKİ değişkeni ile ağırlık kaybında kullanılan stratejiler arasında fark yoktur.
11. Diyete uyum değişkeni ile ağırlık kaybında kullanılan stratejiler arasında fark vardır.

1.4. Araştırmanın Önemi

Obezite ve sağlıksız beslenme alışkanlıkları bireylerde kalp damar hastalıkları, diyabet gibi çeşitli metabolik hastalıkların ortaya çıkmasında rol alan önemli ve belirleyici faktörler arasında gösterilmektedir.

Obezite son yıllarda psikolojik ve tıbbi problemlerin oluşmasında rol oynayan kronik ve tekrarlayıcı bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Blackburn ve Kanders, 2007). Obezitenin görülme sıklığındaki artış ilişkili olduğu komorbiditeleri de artırmaktadır. (Aktaş ve Esin, 2012). Mortalite ve morbiditeye yol açmasının yanı sıra, psikososyal alanda da kayıplara neden olmaktadır (Gortmarker vd., 2003). Suçluluk duygusu ve etiketlenme, obez bireylerde kötü beden imajı algısına yol açmaktadır. Bunun etkisi ile obez bireyler yaşamlarında sosyal normlara ulaşma arzusu yüzünden, kendilerini sınırlandırmakta, katı kuralları olan beslenme ve egzersiz programları ile sağlıklarına zarar vermektedirler (Akman vd., 2012).

Obezitede, ağırlık kaybına ulaşmaya yönelik çeşitli stratejiler kullanılmaktadır. Bu stratejilerin başlıcaları, kişiye uygun beslenme programları, fiziksel aktivite, farmakoterapi, cerrahi tedavi ve davranış değişikliği terapileri olarak bildirilmektedir. Bu stratejilerin kişiye uygun olanı ve aynı anda gerekirse birkaç stratejinin beraber uygulanması obezite tedavisinin başarı ile sonuçlanmasını sağlamaktadır (Brownell ve Wadden, 2000; Perri, 2001; Cooper ve Fairburn, 2001).

Ağırlık kaybı sürecinde, bireylerde motivasyon eksikliği ve hızlı sonuca varma isteği, diyetle kontrollerini kaybetmelerine, yeme bozukluklarına ve hedef davranıştan vazgeçmelerine sebep olmaktadır (Leibbrand ve Fichter, 2002). Bilimsel temeli olmayan alternatif tedavilerin kullanımı, estetik nedenlerden dolayı ağırlık kaybetmek ve herhangi bir çaba harcamadan hızlı ağırlık kaybı vaatlerini yerine getirmek, bireyleri etkisiz olan tehlikeli maddelere maruz bırakmak (örneğin: çaylar, diyet takviyeleri) olası faydalarından daha çok sağlık sorunlarına neden olmaktadır (French vd., 2007).

Kaybedilen vücut ağırlığı bireylerin tıbbi ve psikolojik sağlığını olumlu etkilemekte, bireylerin sosyal yaşamına fayda sağlamakta, yaşam tarzında da değişiklikler meydana getirmektedir. Bireyler hedef vücut ağırlığı belirlemeden önce ağırlık kaybetmenin yararlarını anlamalıdır, sağlıklarını sürdürmeleri ve geliştirmeleri için kendilerine özgü yeme alışkanlıkları ve davranış modeli oluşturmaları gerekmektedir (Allender ve Spradly, 2001). Oluşturulması gereken davranış modeli;

bireylerin yaşam kalitelerini, biçimlerini ve sağlıklarını iyi yönde etkileyen etmenler üzerinde kontrol sahibi olmayı hedefleyen ve bu etmenler üzerinde kontrol sahibi olmak için geliştirilecek olan davranış stratejilerini içermelidir. Davranış değişikliği için bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden değişikliğe hazır olması, uygun zamanın seçilmesi ve çevre koşullarının buna yönelik düzenlenerek sürecin aşamalı olarak planlanması gerekmektedir (Zaybak ve Fadıloğlu, 2004; Özvarış, 2006).

Ağırlık kaybı tedavisinde kullanılacak stratejiler kişiye özel olmalıdır. Bireyin biyokimyasal bulguları, sosyal yaşamı, beslenme öyküsü, cinsiyeti, yaşı, ekonomik durumu, eşlik eden hastalıkları ağırlık kaybı tedavisinde kullanılacak stratejileri etkilemektedir. Obezitede görülen bireysel farklılıklar nedeniyle genel bir ağırlık kaybı önerisi vermek son derece sakıncalıdır. Bireye özgü ağırlık kaybı programı planlanmadan önce kişinin besleme öyküsünün detaylı bir şekilde alınması, beslenme konusunda eğitilmesi ve izlenmesi gerekmektedir. Eğitim ve izleme ile desteklenmeyen ağırlık kaybı yöntemlerinin uygulanması oldukça zor olmaktadır (Aktaş vd., 2015). Başarması zor, gerçekliği olmayan ağırlık kaybı stratejilerini uygulamak yerine ideal olan vücut ağırlığına ulaşmak, hastalık risklerini azaltmak için sağlıklı yaşam biçimini oluşturmaya yönelik öneriler getirilmelidir (Yurttagül, 2010). Sağlığın sürdürülmesi, kaliteli yaşam için ağırlık kaybını etkileyen etmenlerin ve ağırlık kaybında kullanılacak stratejilerin belirlenmesinin gerekli olduğu düşünülmektedir (TBSA, 2010; TÜBER, 2015).

İlgili literatürlerin incelenmesi sonucunda Türkiye'de yetişkin bireylerin ağırlık kaybında etkili olan etmenler ve kullandıkları stratejileri belirlemeye yönelik bir çalışmanın henüz yapılmadığı saptanmıştır. Bu çalışma literatürdeki önemli bir boşluğu doldurması, sonraki araştırmalara yol göstermesi ve ağırlık kaybında daha etkili müdahalelere ışık tutması açısından önemlidir.

1.5. Varsayımlar (Sayıtlar)

1. Araştırmada kullanılan anket formundaki soruların yetişkin bireylerin ağırlık kaybında etkili olan etmenler ve kullandıkları stratejileri ortaya koyacak nitelikte olduğu varsayılmaktadır.

2. Araştırmaya katılan yetişkin bireylerin bu sorulara içtenlikle ve gerçek durumlarını yansıtacak şekilde cevap verecekleri varsayılmaktadır.

1.6. Sınırlılıklar

Araştırma,

1. Konya ili merkez ilçesinde yaşayan (Meram, Karatay, Selçuklu) ağırlık kaybı deneyimi olan yetişkin bireylerle,
2. Ulaşılabilecek Türkçe ve yabancı kaynaklarla,
3. 19-65 yaş arası bireylerle,
4. Araştırma kapsamında kullanılan anket formunda yer alan sorularla sınırlıdır.

1.7. Tanımlar

Obezite: Obezite, vücuda besinler ile alınan enerjinin, harcanan enerjiden fazla olmasından kaynaklanan ve vücut yağ kitlesinin, yağsız vücut kitlesine oranla artması ile karakterize olan kronik bir hastalıktır (WHO, 2000).

Ağırlık Kaybı: Bireyin biyolojik ve genetik yapısına uygun olarak, doğru yapılan fiziksel aktivite, sağlıklı ve dengeli olarak besin ögesi alımının azaltılmasıyla vücut ağırlığını istenilen düzeye indirmektir (WHO, 2005).

Ağırlık Kaybı Stratejisi: Ağırlık kaybı ve kaybedilen ağırlığın korunması amacıyla bireylerin ilgili meslek profesyonellerinden aldıkları danışmanlık, beceri eğitimi, sosyal destek, fiziksel aktivite, diyet uygulamaları, çok yönlü programlar vb. gibi uyguladıkları çok yönlü yöntemlerin tümüdür (Alvarez vd., 2007; Blundell, 2014; Brownell, 2014).

BÖLÜM II

ARAŞTIRMANIN KURAMSAL VE KAVRAMSAL TEMELİ

2.1. Obezitenin Saptanması ve Prevelansı

Obezitenin tanısı koyulurken çeşitli yöntemler kullanılır. Obezitenin saptanması için kullanılan yöntemler maliyetsiz, kolay ve tekrarlanabilir olmalıdır. Vücut analiz cihazları ile vücudun biyoelektrik iletim prensibini kullanarak yağ yüzdesi, kas kütlesi ve su oranının ölçümü son zamanlarda en sık kullanılan yöntemdir. Bu yöntemin dışında Beden Kütle İndeksi (BKİ) hesaplanması, deri kıvrım kalınlığı ölçümü, bel/kalça oranı, bel çevresi ölçümü, persentil eğrileri de dünyada obezitenin saptanmasında kullanılan en yaygın yöntemlerdir (Switzer vd., 2013). Vücudumuz kemik, su, kas, organlar ve yağlardan oluşmaktadır. Yetişkin bireylerde olması gereken ideal yağ yüzdesi erkeklerde %20-22, kadınlar için %24-26'dır (WHO, 2005; Contento, 2011). Yağ miktarı kadınlarda %32 erkeklerde %25'i geçtiğinde obezite riski ortaya çıkmaktadır (Gallagher vd., 1990; DiPietro vd., 2006). BKİ, 24,9'un üzerine çıktığında şişmanlık oluşmaya başlar 30'un üzerinde bir değer hesaplandığında ise obezite tanısı konulur. Bel çevresi ölçümünde ise erkeklerde 102 cm, kadınlarda 88 cm'nin üzerinde olması obezite tanısında kullanılmaktadır (WHO, 1997).

Türkiye'de obezite sıklığı; erkeklerde %20,5, kadınlarda % 41,0, toplamda %30,3 olarak bulunmuştur. Toplamda hafif şişman olanlar %34,6, hafif şişman ve şişman olanlar %64,9, obez olanların prevelansının %2,9 olduğu belirtilmektedir (TBSA, 2010). Dünyada ise WHO verilerine göre dünyada yaşayan 400 milyon obez ve 1,6 milyar şişman birey bulunmaktadır (WHO, 2005).

2.2. Obeziteye Neden Olan Faktörler

Obezitenin oluşumunda çevresel, genetik, cinsiyet, yaş gibi birçok etmen bulunmaktadır (Bakhshi vd., 2008). Obezite oluşumunda rol oynayan etmenlerin belirlenmesi, obezitenin neden olabileceği metabolik hastalıkların önlenmesi ve gerekli olan tedavinin yapılması için önem taşımaktadır (Insel vd., 2007).

Obezitenin oluşumunda genetik faktörler %25-40 oranında rol oynamaktadır (Kelly vd., 2013). Ebeveynlerde varolan obezite veya şişmanlığın çocukluk çağı obezitesi için büyük bir risk etmeni olduğu saptanmıştır (Malczewska vd., 2004). Obezitenin, otozomal olarak genlerle çocuklara aktarılabileceği kanıtlanmıştır (Norman vd., 1997). Ailede olan obezite öyküsünün yanısıra çevresel etmenlerle birlikte obezite riski bu bireylerde iki kat artış göstermektedir. (Wangensteen vd., 2005).

Küresel düzeyde yağ ve enerji içeriği yüksek besin alımının artması, çalışma hayatının bireyleri sedanter yaşama yönlendirmesi, çevresel ve sosyal problemler, intrauterin dönemde bebeğin sağlığı, psikososyal etmenler obezitenin prevalansını artıran nedenler arasında sayılmaktadır (TNSA, 2013).

Ülkemiz, beslenme durumu yönünden hem gelişmekte olan, hem de gelişmiş ülkelerin sorunlarını birlikte içeren bir görünüme sahiptir. Gelir dağılımındaki dengesizlik beslenme sorunlarının niteliği ve görülme sıklığı üzerinde etkili olmaktadır (TBSA, 2010).

Besinlerin hazırlama ve pişirme yöntemleri, uygun saklama koşulları, doğru besin seçimi ve beslenme bilgisi konularındaki eksiklikler de obezitenin artmasında rol oynamaktadır (TBSA, 2010). Tüketilen hazır gıdalar, enerjisi yoğun karbonhidrat ve yağdan zengin besinler, düşük posalı beslenme davranışı, tatlandırıcı ve MSG eklenmiş gıdalar, besine ulaşma kolaylığı ve çeşitliliği de obezite sıklığını arttırmaktadır (Hajian vd., 2007). Gelişen teknoloji ile birlikte hayatımıza yerleşen cihazlar (TV, cep telefonu, bilgisayar v.b) bireyleri hareketsizleştirerek obezitenin artmasında rol oynamaktadır (Akbulut vd., 2007).

Yemek yeme hızı, vücuttaki yağ ve karbonhidrat depolarıyla orantılı olarak düzenlenmektedir. Normal bir insanda bu depolar optimal düzeyi aştığı zaman aşırı depolanmayı önlemek amacıyla beslenme hızı azaltılmaktadır (Nelson vd., 2005). Obezitenin en yaygın nedenlerinden biri de üç öğün yemek yeme düşüncesidir. Doğru olan az ve sık beslenmektir. Ana öğünler ara öğünlerle desteklendiğinde kan şekeri regüle olur ve insülin miktarı kanda dengelenir. Böylece iştah kontrolü sağlanmış olur.

Stres anlarında ve depresyonda besin tüketimi, stresten kurtulma faaliyeti olarak görülmemelidir. Mutfağa gitmeyerek ve başka aktivitelerle meşgul olarak anlık yemek tüketme isteği çözümlenmelidir (Guyton ve Hall, 2001).

Obezitenin tam olarak metabolik anlamda nedeni çözümlenmemiş olsada beyinde hipotalamustaki iştah merkezinden kaynaklandığı bilinmektedir. Hipotalamusta veya hormonlarda meydana gelen değişiklikler iştah merkezini etkileyerek biyolojik bozukluk ile ağırlığın artmasına sebep olmaktadır (Fox ve Byerly, 2004).

Metabolik faaliteyler, endüstriyel yaşam, çevresel etmenler, fiziksel aktivite düzeyi gibi birçok obeziteye neden olan faktör vardır. Bireylerin ağırlık kaybı sürecinde veya yaşamlarında obeziteye neden bu faktörler iyi belirlenmeli ve önlem alınmalıdır (Babaoğlu ve Hatun, 2002).

2.3. Obezite İle İlgili Sağlık Sorunları

Dünyada sıklığı her geçen gün artmakta olan ve hayat kalitesini olumsuz etkileyerek çeşitli hastalıklara yol açarak, yüksek morbidite ve mortaliteye sebep olan obezitenin saptanması ve tedavi edilmesi önem taşımaktadır (Young vd., 2003).

Obezitenin prevalansı arttıkça obezitenin neden olduğu hastalıklar da artmaktadır (Dyer ve Elliot, 2009). Obezite, dünyada ve ülkemizde önemli birçok metabolik hastalıklara neden olmaktadır. Bunlar; Tip 2 Diabetes Mellitus, dislipidemi, kardiyovasküler hastalıklar, insülin direnci, karaciğer yağlanması, hipoksi vb. hastalıklardır (Kurth vd., 2005).

Serbest yağ asitlerinin, vazokonstrüksiyonu artırdığı ve nitrik okside bağlı damar gevşemesini azalttığı ve artmış sempatik aktivitenin bu duruma katkıda bulunduğu belirtilmektedir (Bray, 2004). Hiperinsülinemiye bağlı olarak böbrek sodyum emiliminin artması da obez kişilerde kan basıncının artmasına yol açmaktadır. Ağırlık problemi olan kişilerde hipertansiyon varlığında ventrikül duvar kalınlığı, kalp boşluklarının hacmi ve bunun sonucunda kalp yetmezliği riski artmaktadır (Jensen, 2008).

Ağırlık artışının diyabet riskini artırdığı bilinmektedir ve tip 2 DM riski obezitenin derecesi, süresi ve abdominal obezite varlığı ile artmaktadır. Tip 2 diyabetli hastaların %65'inin etiolojisinde obezite yer almaktadır (Bray, 2004). 2014 yılı IDF'a göre ülkemizde diyabet prevalansı %14,7'dir. (Bray, 2014).

Yapılan araştırmalarda obezitenin lipid metabolizmasını negatif yönde etkilediği ve dislipidemi ile aralarında ilişki olduğu gösterilmiştir. Obezite karaciğer yağlanması artırarak; total kolesterol, LDL ve VLDL değerlerini yükselterek, HDL değerini düşürmektedir (Bray, 2004; Jensen, 2008)

Obstrüksiyona bağlı olarak apne, hipoksi, hiperkapni ve artmış stres cevabı (katekolamin, endotelin) oluşmaktadır. Uyku apne sendromu, pulmoner hipertansiyon ve safra taşı, reflü gelişiminde rol oynamaktadır. Obez bireylerde kan basıncı yüksektir ve taşikardi görülme riski vardır (Ying vd., 2015). Obezite bazı kanser çeşitlerinin riskini artırmaktadır (Hursting, 2010). Obezite kadınlarda meme, yumurtalık ve rahim kanseri, erkeklerde ise prostat, kolon ve rektum kanseri oranını ve sıklığını artırmaktadır (Dallar, 2006; Donnelly, 2009).

Bu hastalıkların dışında, böbreklerde taş, stria ve acantosis nigricans gibi deri hastalıklarına, anksiyete, olumsuz beden algısı, depresyon gibi psiko-sosyal bozukluklara ve cerrahi müdahale sonucu gelişen komplikasyonlara sebep olabilmektedir (Chute vd., 2001; Luppino vd., 2010).

2.4. Ağırlık Kaybı ve Önemi

Ağırlık kaybı, bireyin biyolojik ve genetik yapısına uygun olarak doğru yapılan fiziksel aktivite, sağlıklı ve dengeli olarak besin ögesi alımının azaltılmasıyla vücut ağırlığını istenilen düzeye indirmektir (WHO, 2000). Obez veya şişman bireylerde ağırlık kaybı yaşam kalitesinin artmasını, obeziteye bağlı hastalıkların azalmasını, sosyal ve ruhsal yönden iyi olmayı ve sağlığın korunmasını sağlamaktadır (Erge, 2003).

Bireylerin ağırlık kaybetmek istemelerinde birçok etmen olabilir. Ağırlık kaybetmek isteyen obez bireylerin, duygu ve düşünceleri önemsenerek saygı gösterilmesi gerekmektedir. Ağırlık kaybetmek isteyen bireyler bazı davranışlarından

ve alışkanlıklarından zor vazgeçebilirler. Onlar için spor yapmak veya yeme hazzından vazgeçmek depresyon sebebi olabilir çünkü zamanla günlük yaşamlarının dışında bıraktıkları aktiviteler (alışveriş, fiziksel aktivite vb.) onlar için önemini yitirmiştir (Seppälä vd., 2014).

Obez bireylerin sosyal ve psikolojik yönden daha iyi olmak için ağırlık kaybetme istekleri hakkında günümüzde birden çok teori vardır (Ha vd., 2017). Davranışsal mekanizmaların (işlevsel bozukluk ve tekrarlanan diyetler gibi) ile bilişsel mekanizmaların (beden imgesi memnuniyetsizliği gibi) ve sosyal mekanizmaların (damgalanma gibi) obeziteden depresyona geçişte rol oynayabileceği öne sürülmüştür. Depresyona neden olan obezite ile ilgili olarak hem doğrudan fizyolojik, hem de dolaylı psikososyal mekanizmaların etkili olabileceği belirtilmiştir (Neki, 2013).

Obez bireylerde, ideal ağırlığında olan bireylere göre yeme atakları daha fazla görülür. Araştırmalara göre obez bireylerde depresyon, hoşnut olunmayan beden imajı, stres ve anksiyete daha fazladır (Hamurcu, 2014). Yeme atakları olan bireylerde diyet uygulamaları da daha güç olmaktadır. Çünkü diyet yapılan kısıtlanmalı dönemleri, yeme atakları takip edebilmektedir (Mahan ve Escott-Stump, 2004). Yeme ataklarından sonra veya birey aynaya baktığında kendisini başarısız olarak nitelendirir ve ağırlık kaybı çabaları başarısızlıkla sonuçlanır (Sullivan vd., 2012). Birçok obez birey için sosyal destek çok önemlidir. Eş, aile ve arkadaşların ağırlık kaybı programında aktif desteği, elde edilecek sonuçları olumlu yönde etkiler (Gonzalez vd., 2010). Yüksek kalorili besinlerin tüketilmesi konusundaki ısrar ve obez bireyin çabalarının alay konusu olması, ağırlık kaybı tedavisinin sürdürülme şansını azaltır. Obez kişiler uygun kişilerden destek almayı ve zayıflama çabalarını tehdit eden sosyal faktörlerle mücadele etmeyi öğrenmek zorundadırlar (Fryar vd., 2015).

Davranış ve tutum, ağırlık kaybını ve ağırlığın korunmasını etkileyen önemli faktörlerdir. Bir davranış, önceden yaşanan olaylara, herhangi bir uyarana (harekete geçirici, tetikleyen bir söz, bir olay) karşı oluşan bir cevap, şartlı bir reflekstir. Bu yaklaşım obez bireylerin davranışlarına uyarlandığında yeme davranışı, daima yeme olayının başlamasına işaret eden belirli koşullar ve uyaranlar varlığında gerçekleşir. Uyaranlar davranışı, davranış da belirli sonuçları (ceza veya ödül) izler (Whitney vd.,

1994; Blundell, 2014). Örneğin; katıldığı davette ikram edilen besinleri gören kişi, bu besinlerin tadını, lezzetini hatırlayarak (uyaranlar) ikram edilen besinleri tüketmekte (eylem-yanıt) ve bu davranışın sonucu olarak da kimi zaman besinlerden aldığı hazla kendisini ödüllendirmekte, kimi zaman da yememesi gereken besinleri yediği için kendisini cezalandırmaktadır (Whitney vd., 1994; Brownell, 2014).

Ağırlık kaybı ile sağlığın korunması, hastalık yükünün azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılmasının sağlanabileceği ortaya konulmaktadır. Ağırlık kaybı, kronik hastalıkların yönetimi üzerine olumlu sonuçlar yaratmaktadır. Glisemik kontrol, kan basıncı kontrolü ve kan yağları kontrolü iyileşir, kardiyovasküler risk azalır. İstemli ağırlık kaybıyla kardiyovasküler hastalıklara bağlı mortalite riski azalabilir. Solunum fonksiyonları gelişir ve uyku apnesi kontrol altına alınır. Günlük yaşam aktiviteleri ve fonksiyonel kapasite gelişir, kas iskelet sistemi ile ilişkili morbiditeler azalır. Depresyon belirtileri düzelir, yaşam kalitesi artar (Heywood vd., 2006).

Yapılan araştırmalara göre obez bireylerde orta düzeyde ve uzun sürede kaybedilen ağırlık daha kalıcı ve uzun süreli olmaktadır. Obez bireyler ağırlık kaybı süresince kendileri için belirledikleri ve ulaşılması kolay bireysel hedefler oluşturmalıdır. Obez bireylerde genellikle kaybedilecek ağırlık fazla olduğu için hedefin büyüklüğü ağırlık kaybı sürecinin başarısızlıkla sonuçlanmasına neden olabilir. Haftalık veya aylık ağırlık kaybı, önerilen davranışa sahip olma süresi, yediklerini yazma vb. oluşturulacak hedeflere örnek olabilir (Ruotsalainen vd., 2015).

2.5. Ağırlık Kaybı Stratejileri

Ağırlık kaybı ve kaybedilen ağırlığın korunması amacıyla bireylerin ilgili meslek profesyonellerinden aldıkları danışmanlık, beceri eğitimi, sosyal destek, fiziksel aktivite, diyet uygulamaları, çok yönlü programlar vb. gibi uyguladıkları çok yönlü yöntemlerin tümüdür (Alvarez vd., 2007; Blundell, 2014; Brownell, 2014).

2.5.1. Sağlıklı Beslenme

Bireyin yaşına, cinsiyetine, yaşam biçimine, fizyolojik durumuna uygun hedef olarak haftalık 0,5-1,0 kg ağırlık kaybı sağlanacak şekilde günlük enerji alımı

kısıtlanarak bazal metabolizma hızının altına düşülmeden diyet tedavisi uygulanmalıdır (Lau vd., 2007). Obezite diyetinin temel özelliği, hastanın harcadığından daha az enerji alımını sağlamak üzere, enerjisi kısıtlı bir diyet planlanması olmalıdır. Enerji düzeyi hastanın durumunun değerlendirilmesinden sonra belirlenir ancak burada enerji kısıtlamasının hastada bir komplikasyona neden olmayan, uygulanmasını zorlaştırmayan ve hızlı ağırlık kaybını önleyen düzeyde olması önem taşımaktadır (Erge, 2003).

Beslenme tedavisini uygularken hedeflenen ağırlık kaybı belirlenmelidir. Amaç hızlı ağırlık kaybı değil, sağlıklı referans aralıklarında ağırlık kaybetmektir. İdeal ağırlığa ulaşıldığında, tekrardan ağırlık kazanımı önlenerek ideal değerler arasında tutulmalıdır (Hankey, 2014). Diyetteki enerji düşüklüğü kişinin kendisini bitkin ve aç hissetmesine neden olabilir. Burada en önemli risk; kişinin kendisini sürekli aç hissederek diyetten vazgeçmesidir. Ayrıca ağırlık kaybı, yağ kaybı sağladığı kadar kas kütlesi kaybına da neden olur. Çünkü vücut metabolizması beyne gerekli enerjiyi sağlamak için proteinleri karbondihidrata dönüştürmek ister. Bu da günde 250-1000 kalori daha az almamız demektir (Aplegate, 2011).

Uygulanacak olan diyet tedavisi yaşlılar, yetişkinler ve çocuklar için farklılık göstermektedir. Sağlıklı beslenme programında alınan enerjinin %55-60'ı karbondihidratlardan, %25-30 yağlardan ve %15-20'si proteinlerden karşılanmalıdır. Kişilere uygulanacak beslenme tedavisi onlara özel olmalıdır ve bireylere yetecek kadar vitamin, mineral ve posa alımına özen gösterilmelidir (TÜBER, 2015).

2.5.2. Fiziksel Aktivite

Obezitenin önlenmesi ve ağırlık kaybı stratejilerinin temel yöntemlerinden biri de fiziksel aktivitedir. Sedanter yaşam sürmek bireylerin sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Alınan enerjinin harcanması, ağırlık kaybında yağ kütlesinin azalması, kas kütlesinin korunması için egzersiz yapmak önem taşımaktadır (Günöz vd., 2003; Sothorn ve Gordon, 2003). Obez bireylerde ağırlık arttıkça fiziksel aktivite kısıtlanır, azalan fiziksel aktivite ise vücut ağırlığının daha da artmasına neden olmaktadır (Robinson, 2009; Durukan 2001).

Düzenli fiziksel aktivite, kas gücünü artırarak direnç ve esneklik sağlar. Bireyin sosyal yaşamını ve ruh sağlığını olumlu yönde etkiler. Total kolesterol ve LDL seviyelerini düşürerek kardiyovasküler hastalıkların riskini azaltır. İnsülin direnci, karaciğer yağlanması ve dislipidemi azaltarak daha sağlıklı ve zinde olunmasını sağlar (Jellinger vd., 2017).

Kişiler kendi yapacağı egzersizi fizyolojik durumuna uygun olarak kendileri seçmelidir. Fiziksel aktivite yaparken ağırlıklı olarak yağ yakmak için aerobik egzersiz çeşitlerine, kas kütlesini arttırmak için direnç egzersizi çeşitlerine ağırlık verilmelidir (Akkurt, 2015). Bireylere haftalık 150 dakika egzersiz önerilmektedir. Haftanın üç günü aerobik egzersiz, iki günü direnç egzersizi yapılmalıdır. Her egzersiz seansı için 200 kalori harcanma hedefi koyulmalıdır (WHO, 2005). Kardiyovasküler hastalık riski taşıyan bireylerin günlük egzersiz süresi 90 dakikayı aşmamalıdır. Gün içinde yapılan egzersizler ise en az 10 dakikalık periotlara bölünebilir (Sağlık Bakanlığı, 2014; Swift vd., 2014).

Yapılan çalışmalar, düzenli egzersiz yapan insanların yapmayanlara göre fazla yemek yediğini ancak daha az vücut yağına sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Kısa vadede egzersiz yapmak açlık hissini bastırır. Özellikle bu durum kısa süreli antrenmanlar ve koşularda geçerlidir (Johnstone, 2015).

Egzersiz yapmak bazal metabolizmanın çalışmasını hızlandırır. Bu da günlük daha çok enerji yakılması demektir. Uzun mesafeli koşularda ise bu daha da artacaktır. Bu nedenle düzenli egzersiz yapan kişiler hareketsizken bile hiç egzersiz yapmayan kişilerden daha fazla enerji harcarlar. Ayrıca egzersiz yapan kişilerin düşük kalorili diyet yapanlara göre daha fazla ağırlık kaybettiği saptanmıştır (Lee vd., 2005).

Sağlığı korumak için kişinin fiziksel aktivite dışındaki zamanları nasıl değerlendirdiği de önemlidir. Sedanter yaşayan bireylerin obezite riski daha yüksektir. Tüm fazla kilolu ve obez bireyler gün içinde aktif olmalı ve egzersiz dışı fiziksel aktivitelerini artırmalıdır (Grubbs, 1993).

2.5.3. Bilişsel Davranış Değişikliği

Obezite tedavisi çok yönlü yaklaşım ile tedavi edilmelidir. Bilişsel davranış değişikliğinin amacı, bireye hedef davranış oluşturmak, hayatı boyunca sürdürebileceği davranış değişikliği sağlamak, sağlığını ön planda tutarak ağırlık kaybının uzun süre korunmasını sağlamaktır (Flechtner-Mors vd., 2000; Hindle, 2014). Davranış değişikliği tedavisinde yöntem terapist ve uygulanan bireye göre farklılık gösterse de tedavi planı genellikle kendi kendini gözlemleme, uyaran kontrol, hedef belirleme, alternatif davranış geliştirme, pekiştirme, kendi kendini dinleme, stres kontrol, sosyal destek gibi yöntemlerin tümü veya bir kaçından oluşmaktadır (Garaulet ve Pérez de Heredia, 2009).

Davranış değişikliği tedavisi kapsamında bireylerin obezite ve diyet konusunda eğitilmesi kendilerine olan güveni artıracak ve belirlenen tedavi programına uyumu kolaylaştıracaktır. Eğitimde amaç, bireyi düzenlenen diyet programının içine çekmek, programın bir parçası olduğuna inandırmak, programı uygulaması için yapılması gerekenler konusunda bilinçlendirip ve sonuçta istenen davranış değişikliğine ulaşmasını ve sürdürmesini sağlamaktır (Teixeira vd., 2010).

Kendi kendini gözlemleme, bireyin obeziteye neden olan davranışlarının farkına varmasını sağlayarak kontrol edilecek davranışların tanımlanması esasına dayanır. Beslenme ve fiziksel aktivite ile ilgili davranışların kaydedilmesi ile uygulanır. Yemek yenilen yeri ve zamanı, ana ve ara öğünleri, tüketilen besinlerin miktar ve çeşitini, yapılan egzersizi ve süresini, beslenme ve egzersiz sonrası hissedilenleri içeren kayıt formu tutulur. Kayıt tutma işlemi, bireyin obeziteye neden olan davranışlarını ortaya koyarak ağırlık kaybı tedavisinde yöntem belirlemeyi kolaylaştırır (Rigaud vd., 2014). Tutulması istenen kayıt formu ilk başta bireyler için zaman kaybı ve hoş olmayan bir iş gibi görünsede, yapılan araştırmalarda kişilerin zamanla aldıkları besinlerde azalma olduğu saptanmıştır. Yine bu yöntem bireydeki davranış değişikliğinde hangi tekniklerin faydalı olduğunun ve özellikle hangi olaylar ve davranışların sorun oluşturduğunun değerlendirilmesinde önemli rol oynar. Program süresince ve sonrasında kayıt tutma yönteminin kullanılması yararlı olacaktır (Grave vd., 2013).

Bireylerin herhangi bir uyaran karşısında oluşan yoğun duygular ile yanlış aldıkları açlık sinyali yemek yemelerine neden olur. Besinlerin tadı ve yeme hazzı bireyleri sakinleştirir ve kendilerini ödüllendirir. İçsel ve dışsal uyaranlar, besinlere karşı iştah artışı ve azalan aktiviteye neden olurlar. Bu nedenle, uyaranların kontrol altına alınması tedavide başarıyı artıracığından bilişsel davranış değişikliğinde önemli bir yer tutmaktadır. Yemek tüketmeden önce gelen uyarının kontrolü, hatalı besin tüketimini azaltarak az yememizi sağlar. Uyarın kontrolü, yeme davranışına sorun olan uyaranları bulmak, bu uyaranlara erken müdahale etmek ve stratejiler geliştirme esasına dayanır (Foster vd., 2000; O'Neil vd., 2000).

Yeme davranışının amacı, yeme hızını ve sıklığını azaltmaktır. Yemek yerken kontrollü olmak için televizyon izlemek, telefonla konuşmak, kitap okumak gibi aktivitelerden kaçınmak gerekir. Sağlıksız besin tüketme durumlarından kaçınmak gerekir. Evde bulunan yiyecek ve içeceklerin az olması, yemek yenilen yerin özel olması önemlidir. Yeme kontrolüne yardımcı davranışlara ek olarak; yemek yerken çiğneme hızının azaltılması, yemeğin ortasında ara verilmesi, tabağa az yemek konulması, lokmalar arasında çatalın indirilmesi, stresten uzak durulması örnek verilebilir (Jacobson ve Melynt, 2011; Santos Silva vd., 2011).

Obez bireylere hayatlarına katabilecekleri küçük öneriler verilmelidir. Yemek yerken çok çiğnemek, kişisel araçlar yerine toplu taşıma aracı kullanmak veya bisiklet sürmek, toplu taşıma aracından bir durak önce inip yürümek, bilgisayar ve televizyon karşısında zararlı gıdalar atıştırmamak gibi önerileri uygulamak ağırlık kaybı sürecini kolaylaştırır ve kalıcılığını artırır. Obez bireylerde davranış değişikliği oluşturulurken bireylerin istekleri, psikolojik durumu göz önüne alınarak eğitim verilmeli ve izleme yöntemi ile bilinçlendirilmelidir (Tam ve Çakır, 2012).

Algılamalarda ve alışkanlıklarda değişiklikler yapmak obez veya aşırı kilolu bireyler için daha zor olacaktır. Gün içinde nasıl beslendiklerini görmek için bireyler yediklerini yazmalıdır. Tüketilen gıdaların hangi ortam şartlarında ne kadar sıklıkla tüketildiği konusunda farkındalığının artmasına yardımcı olacaktır. Ayrıca alınan notlarda kişiyi yemeğe teşvik eden çevresel faktörlerde belirlenecektir (Applegate, 2011).

2.5.4 Farmakolojik Destek

Obezitede farmakolojik destek son yıllarda büyük ilgi görmeye başlamıştır ve günümüzde bu alanda birçok araştırma yapılmaktadır. Hızlı ağırlık kaybı isteği, sedanter yaşam, fiziksel aktiviteye zaman olmaması, yeme bağımlılığı, verilen ağırlığın korunamaması gibi sebeplere bağlı olarak farmakolojik destek obezite tanısı konulmuş bireylerin oldukça ilgisini çekmektedir (Apovian vd., 2015). Ancak farmakolojik tedavi alacak kişinin biyomedikal sonuçları ve eşlik eden hastalıkları göz önünde bulundurulmalıdır. Bireylerin kullanacağı ilaçların çeşitli yan etkilerinin olabileceği, medikal tedavinin kısa süreli oluşu, ağırlık kaybı sürecinin sonunda sağlıklı ağırlığını koruyabilmesi için davranış değişikliğini yaşamı boyunca sürdürmesi gerektiği konusunda hastalar bilgilendirilmelidir. Yani farmakolojik tedavinin obezitede tek başına bir tedavi yöntemi olmadığı açıklanmalıdır (Fried vd., 2015).

Farmakoterapiye uygun hastalar; BKİ>30 kg/m² den yüksek olan veya obezitenin neden olduğu komorbideteleri (kardiyovasküler hastalıklar, tip 2 diyabet, hipertansiyon, dislipidemi vb.) barındırıp BKİ>27 kg/m²'den yüksek hastalardır. Medikal tedaviye başlanan obez bireylerin takibi devamlı yapılmalı ve bireyler üç ayın sonunda değerlendirmeye alınmalıdır. Tedaviye gereken cevabı vermeyen kişilerde, tedavi durdurulmalıdır (Toplak vd., 2014).

Dünyada farmakolojik tedavide kullanılan çok sayıda etken madde var olmasına karşın ülkemizde sadece iki tane ilaç bulunmaktadır. Bunlar orlistat ve liraglutiddir. Ülkemizde en çok orlistat etken maddeli ilaçlar kullanılmaktadır. Orlistat, barsaklarda yağın emilimini azaltarak vücuttan dışkı ile atımını sağlar. Obezite tedavisi için orlistat kullanacak olan bireye yağda eriyen vitaminlerin emilimi azalacağı için multivitamin desteği yapılmalıdır ve hastanın başka kullandığı ilaçların emilimini de azaltacağı için uyarılmalıdır (Tam ve Çakır, 2012).

2.5.5. Obezite Cerrahisi

Ağırlık kaybı gereksinimi daha fazla ve ağırlık kaybı tedavisi daha uzun sürecek hastalarda kullanılması uygun görülen tedavi yöntemidir. Bariatrik cerrahi,

komplikasyonların oluşabileceği ve hasta seçimine çok özen gösterilmesi gereken bir yöntemdir. Operasyon öncesi ve sonrasında hasta yeterince bilgilendirilmelidir. Hasta operasyona girmeden önce psikolog ve diyetisyen tarafından da değerlendirilmelidir. Bu tedavi yöntemi uygulanacak olan hastalarda öncelikle sağlıklı beslenme ve egzersiz ile ağırlık kaybı denenmelidir. Hasta takibi sonucunda eğer ki başarısızlık ile sonuçlanmışsa cerrahi yönetime başvurulmalıdır (Sabuncu vd., 2017).

Bu tedavi yöntemi $BKI > 40 \text{ kg/m}^2$ üzerinde çıkan morbid obezlerde veya BKI 35-40 kg/m^2 arasında olup metabolik rahatsızlığı olanlarda kişilerde uygulanmaktadır. Bunun için çeşitli teknikler bulunmaktadır (TEMD, 2014). Bu yöntemler arasında intestinal bypass, parsiyel biliopankreatik bypass, gastropласти, ayarlanabilir silikon mide bandı takılması, laparoskopik gastrik bant uygulaması yine daha az invaziv olan ve endoskopik olarak uygulanan bir yöntem olarak gastrik balon uygulaması sayılabilir (Maggard vd., 2005). Cerrahi tedavi ile sağlanan ağırlık kaybı ile beraber diyabet, hipertansiyon, venöz hastalıklar, hiperlipidemi gibi hastalıklarda iyileşme sağlanabilir. Cerrahi prosedürler ile bir yılda BKI 'de ortalama 16,4 kg/m^2 azalma ve 1,5-2 yılda %35 ağırlık kaybı sağlanabilir. Bu yöntemler ile midede oluşturulan 30-60 ml kapasiteli bir bölüm ile gastrointestinal sistemin devamlılığı sağlanır ve erken doyma hissi ile besin alımı kısıtlanır (Oranzo ve Scott, 2004). Ancak komplikasyonlar bariatrik cerrahi türüne göre değişkenlik göstermekle beraber anastomoz kaçağı, bu kaçağa bağlı intra-abdominal enfeksiyon, bulantı ve kusma, dumping sendromu erken dönemde; protein, demir, B12 vitamini, fosfat, kalsiyum, yağda eriyen vitaminler (A, D, E, K) ve diğer mikro vitaminleri kapsayan vitamin emilim bozuklukları, insizyonel herni, kolelitiazis ve renal hastalıklar gibi komplikasyonlar görülebilmektedir (Lau vd., 2007).

2.6. Konu İle İlgili Araştırmalar

Bu başlık altında konu ile ilgili benzer araştırmaların özetleri sunulmuştur.

The National Weight Control Registry (NWCR) tarafından yürütülen çalışmaya daha önceden obez olan ve ağırlık kaybı deneyimi yaşamış bireyler katılmıştır. Araştırmada, 629 kadın ve 155 erkek katılımcının herbiri ortalama 30 kg ağırlık

kaybedip 5 yıl süre ile ağırlıklarını korumuşlardır. Katılımcıların kaybettiği minimum ağırlık 13,6 kg'dır. Anket ve yüzyüze görüşmelerle yapılan çalışmada katılımcıların %56'sı profesyonel destek alarak, %46'sı ise kendi çabaları ile ağırlık kaybetmiştir. Her iki grup da hem diyet hem de egzersizi ağırlık kaybı için kullandığını ve yaklaşık %77'si tetikleyici bir olayın başarılı ağırlık kaybından önce geldiğini bildirmişlerdir. Katılımcıların ortalama olarak egzersiz ile haftalık 11830 kcal harcadıkları ve günlük ortalama 2200 kcal diyet aldıkları saptanmıştır. Bireylerin %42'si ağırlığı korumanın ağırlığı kaybetmekten daha zor olduğunu bildirmiştir. Tüm katılımcılar ise ağırlık kaybının fiziksel hareketlilik, genel ruh hali, kendine güven ve fiziksel sağlık seviyelerinde iyileşmelere yol açtığını belirtmişlerdir. Araştırmanın sonucunda ağırlık kaybının bireylerde çeşitli kazanımları sağladığı ortaya konulmuştur (Klem vd., 1997).

Yurttagül (2000) tarafından yürütülen araştırma; 338 hafif şişman, 141 şişman yetişkin kadın üzerinde yapılmıştır. Bireylerin genel özellikleri, beslenme alışkanlıkları ve zayıflamaya ilişkin tutum ve davranışları soruşturma yöntemi ile saptanmıştır. Diyet uygulayan hafif şişman kadınların %50'si, şişman kadınların ise %37,7'si diyeti sık sık bıraktıklarını belirtmişlerdir ($p>0.05$). Diyeti bırakma nedeni, hafif şişman kadınlarda, diyetin çok sınırlı olması (%27,3), istenilen ağırlığa gelme (%23,6), sağlık sorunlarının çıkması (%20,5) şeklinde sıralanırken, şişman kadınlarda sağlık sorunlarının çıkması (%31,7), diyetin çok sınırlı olması (%25,6) ve istenilen ağırlığa gelme (%19,5) şeklinde sıralanmaktadır. Diyetin alındığı kaynak incelendiğinde hafif şişmanların %27,4'ü, şişmanların %33,3'ü kendi bildikleri diyeti uygulamışlardır. Hafif şişmanların %19,1'i beslenme uzmanından %14,8'i hekimden diyet alırken, bu oranlar şişmanlarda sırasıyla %15,4 ve %24,8'dir. Diyet uygulayanların %82,5'i ağırlık kaybettiğini, %17,5'i ise ağırlık kaybedemediğini belirtmiştir. Araştırmanın sonucunda BKİ'nin 25'i aşması durumunda özellikle de 50 yaş altı bireylerde hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabet ve üst vücut yağ depolanması söz konusu ise uygun diyet, fiziksel aktivitenin artırılması ve davranış değişikliği ile BKİ 25' in altına getirilmeli ve ağırlık sürekli izlenmelidir.

Esposito ve arkadaşlarının (2003), Şubat 1999 ile Şubat 2002 arasında İtalya'daki bir üniversite hastanesinde yapılan randomize bir çalışmada Akdeniz diyetinin kalp sağlığı üzerindeki etkisi araştırılmıştır. BKİ>30 olan 120 premenopozal kadının katıldığı çalışmada katılımcılar rastgele iki gruba ayrılmıştır. Birinci grupta olan kadınlara sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite ile ilgili genel bilgiler verilmiştir. İkinci grupta olan kadınlara ise düşük kalorili akdeniz diyeti verilerek, %10 ağırlık kaybı sağlayacak şekilde fiziksel aktivite planı yapılmıştır. 2 yılın sonunda, müdahale grubundaki kadınlar, kontrol grubundaki kadınlara göre kompleks karbonhidrat, tekli doymamış yağ asitleri ve lif bakımından zengin olan daha fazla yiyecek tüketmişlerdir. Kontrol grubundakiler ise daha düşük enerji (-310 kcal), doymuş yağ ve kolesterol almışlardır. Bu çalışmada, obez kadınlarda yaşam tarzı değişiklikleri ile vücut ağırlığını azaltmayı amaçlayan multidisipliner bir program oluşturulmuştur. Akdeniz diyetinin sağlıklı bir şekilde ağırlık kaybı sürecini sağladığı ve Kardiyovasküler hastalık riskini azalttığına altı çizilmiştir.

Kruger ve arkadaşlarının (2004), obez bireylerin üzerinde yürüttüğü çalışmanın amacı, ağırlık kaybı için kullandıkları stratejilerin yaygınlığını araştırmaktır. Ulusal olarak temsili olan Amerika yetişkin örnekleminin (n=32440) yüz yüze görüşme tekniği ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerde erkeklerin %24'ü kadınların %38'i ağırlık kaybetmeye çalışmaktadır. Bireylerin arasında en yaygın kullanılan stratejiler sırasıyla: daha az kalori almak (%58 erkek, %63 kadın), daha az yağ tüketmek (%49, %56) ve daha fazla egzersiz yapmaktır (%54, %52). Daha az sıklıkta kullanılan stratejiler ise; öğün atlamak (%11 erkek, %9 kadın), besin takviyesi kullanmak (%5, %6), diyet hapları almak (%2, %3), diüretikler kullanmak (%1, %2) ve 24 saat boyunca oruç tutmaktır (%0,6, %0,7). Araştırmada ağırlık kaybı isteyen ve ağırlık kaybı sürecinde olan obez bireyler için stratejiler daha çok geliştirilmeli, eğitim verilmeli ve doğru stratejileri kullanmaları için desteklenmeleri sonucuna ulaşılmıştır.

Lau ve arkadaşlarının (2007), Avrupa Birliği (AB) kapsamında olan ülkelerde obezite tanısı konulmuş bireylerde yaptığı çalışmanın amacı, ağırlık kaybını ve ağırlık kaybında kullanılan stratejilerin beden imajı üzerindeki etkisini araştırmaktır. Yapılan kesitsel çalışmada yüzyüze görüşme ile bireylere anket uygulanmıştır. Anket, Mart-

Nisan 1997 tarihleri arasında AB üyesi 15 ülkeden 15239 kişiye uygulanmıştır. Görüşmelere 15 yaşın üzerinde bireyler dahil edilmiş ve veriler, her ülke için nüfus büyüklüğüne ve her üye devlet içindeki cinsiyet, yaş ve bölgesel dağılıma göre ağırlıklandırılmıştır. AB'deki katılımcıların sadece % 39'u ağırlıklarından memnun olduğu saptanmıştır. AB genelinde en çok Belçika'da (%47) ve Lüksemburg'da (%48) yaşayan bireyler beden imajına daha çok önem vermektedir. Diyet, özellikle daha hafif (%27) olmak isteyen kadınlarda ağırlık kaybı için en sık kullanılan yöntem iken, erkekler ağırlık kaybı stratejisi olarak egzersizi kullanmaktadır.

Cevizlerin yaptığı çalışmada (2007), kadınların, aşırı beslenme veya doğum kilolarının sebep olduğu obezite problemleri ile karşı karşıya kaldıkları gözlenmektedir. Bu araştırmada, ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının (SYBD) incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmaya, 383 ev hanımı ve 414 çalışan kadın olmak üzere toplam 797 gönüllü kadın alınmıştır. Sağlıklı yaşam davranışları, Walker & Pender (1987)'in SYBD ölçeği ile değerlendirilmiştir. Vücut kompozisyonları, biyoelektrik impedans yöntemi ile elde edilmiştir. Aynı yaş ve boydaki ev hanımı ve çalışan kadınların vücut kompozisyonları arasında, ağırlık, BKİ, bel çevresi, bel/kalça oranı, biyolojik yaş, vücut yağ oranı ve vücut yağ kütlesi parametreleri bakımından çalışan kadınların lehine, yağsız kas kütlesi, toplam vücut suyu bakımından ise EH'nın lehine anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından kendini gerçekleştirme, kişiler arası destek ve stres yönetimi arasında farklılık gözlenmemiştir ($p>0.05$). Sağlık sorumluluğu, egzersiz ve beslenme alışkanlığı arasında ise çalışan kadınların lehine anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Sonuç olarak, çalışan kadınların SYBD ölçek puanları ev hanımlarından yüksek bulunmuştur. Ev hanımı ve çalışan kadının vücut tipi olarak, “fazla kilolu” grup içinde yer aldıkları, çocuk sayısı artıkça, vücut ağırlığında artış olduğu saptanmıştır. Ayrıca, eğitim düzeyinin ve düzenli diyet uygulama alışkanlığının vücut ağırlığını kontrol altına almada önemli bir faktör olduğu gözlenmiştir.

Özmen vd. (2007) tarafından, Manisa il merkezinde rastgele örneklem yöntemi ile yapılan kesitsel araştırma 2444 bireyle yürütülmüştür. Araştırmada öğrencilerin

%34,0'ının düzenli kahvaltı yapma alışkanlığının olmadığı, %38,3'ünün düzenli öğle yeme alışkanlığı olmadığı, %6,5'inin düzenli akşam yemeği yeme alışkanlığının olmadığı, %36,7'sinin şişmanlamaktan çok korktuğu, %6,5'inin diyet yaptığı, %39,4'ünün düzenli spor yapma alışkanlığının olmadığı ve %59,1'inin abur cubur yediği belirlenmiştir. Bu araştırmada öğrencilerde öğün atlamanın yaygın görülen bir beslenme alışkanlığı olduğu ve birçok ergenin günlük üç öğün düzenli yemek yemediği belirtilmiştir. Diğer yandan öğrencilerin düzenli egzersiz yapma alışkanlığının bulunmadığı saptanmıştır. Bu araştırmanın bulguları ergenlerde yeme alışkanlıklarını ve düzenli egzersiz yapmayı içeren sağlıklı bir yaşam biçimini desteklemeye gereksinim olduğunu düşündürmektedir.

Amerika'da yaşayan obez bireyler üzerinde yapılan çalışmada sağlık uzmanlarının önerdiği ağırlık kaybı stratejilerine uyumun araştırılması amaçlanmıştır. Araştırmaya 18 yaşının üzerindeki ve BKİ>30 olan bireyler dahil edilmiştir. 1873 yetişkin obez bireyin katıldığı çalışmada lineer regresyon yöntemi kullanılmıştır. Katılımcıların ideal ağırlıkları belirlenmiş olup fiziksel aktivite ve diyetleri için öneriler verilmiştir. 12 ay süren çalışmada katılımcılar sağlık uzmanları ile her hafta görüşme sağlamışlardır. Çalışmanın sonunda katılımcıların %20,9'u istatistiksel olarak anlamlı (8,2 kg) ağırlık kaybetmiştir. Sadece diyetle uyum %64,2, sadece fiziksel aktiviteyi artırma %85,7, diyet ve fiziksel aktivite stratejilerine uyum ise %58,5 olarak ölçülmüştür. Çalışmadan elde edilen bu bilgiler doğrultusunda sonuç olarak sağlık çalışanlarının ağırlık kaybı ve ağırlık kaybı stratejilerini önermesi toplumda daha çok etkili olmaktadır ve sağlık profesyonellerinin halk sağlığı ve obeziteyi önleme adına toplumda daha çok çalışma yapması fikri öne sürülmüştür (Jean vd., 2008)

Yücel'in (2008) yaptığı araştırmada aşırı kilolu ve obez kadınlarda benlik saygısının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya 86 aşırı kilolu ve obez (BKİ>25) ve 84 normal kilolu (BKİ=20-25) olmak üzere toplam 170 kadın alınmıştır. Araştırmaya alınan kadınlara sosyodemografik anket formu ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği uygulanmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına bakıldığında evli olmak ($p<0,001$), alt sosyoekonomik statüde bulunmak ($p<0,001$), ileri yaşta olmak ($p<0,001$) aşırı kilolu olanlarda normal kilolulara göre daha fazla gözlenmiştir.

Bununla beraber evli olan ($p=0,027$), alt sosyoekonomik statüde bulunan ($p<0,001$) aşırı kilolu-obezlerde benlik saygısı daha düşüktür. Aşırı kilolu-obezlerde benlik saygısı ($p<0,001$), kendilik kavramı sürekliliği ($p=0,009$) normal kilolulara göre daha düşük görülürken; eleştiriye duyarlılık ($p=0,001$), tehdit hissi hissetme ($p=0,005$) ve psikosomatik belirtiler ($p=0,002$) daha yüksek görülmüştür. Sonuç olarak bu çalışmada aşırı kilolu-obez kadınlarda benlik saygısı normal kilolu kadınlara göre daha düşük bulunmuştur. Obezite tedavisinde esas olarak psikolojik yaklaşım güncelleştirilmelidir.

Villareal ve arkadaşlarının (2011), obezite tanısı konulan yetişkin bireylerde fiziksel aktivite ve diyet tedavisinin ağırlık kaybı üzerine etkisinin incelendiği dört yıl süren çalışmaya 107 birey katılmıştır. Çalışma, Nisan 2005 - Ağustos 2009 tarihleri arasında Washington Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde gerçekleştirilmiştir. 65 yaşın üzerinde olan bireylerde ağırlık kaybı ve egzersizin bağımsız ve kombine olarak etkileri değerlendirilmiştir. Katılımcılardan rastgele bir kontrol grubu, bir ağırlık kaybı (diyet) grubu, bir egzersiz grubu ve birde diyet- egzersiz grubu oluşturulmuştur. Çalışmayı sadece 93 katılımcı tamamlamıştır. Çalışmada; sadece diyet grubunda vücut ağırlığı ortalama %10, egzersiz ve diyet grubunda ortalama %15 azalma saptanırken sadece egzersiz ve kontrol grubunda azalma olmamıştır. ($p<0.001$). Kalçadaki yağsız vücut kütlesi ve kemik mineral yoğunluğu diyet egzersiz grubunda, diyet grubuna göre daha az azalmıştır (diyet egzersiz grubunda sırasıyla %3 ve %1 azalma, %5 ve %3 azalma, sırasıyla diyet grubunda; her iki karşılaştırma için $p<0.05$). Dayanıklılık, denge ve yürüme diyet egzersiz grubunda sürekli olarak gelişmiştir (tüm karşılaştırmalar için $p<0.05$). Bu bulgular, ağırlık kaybı ve egzersiz kombinasyonunun fiziksel işlevde tek başına yapılan müdahalelerden daha fazla iyileşme sağladığını göstermektedir.

Diyabette Sağlık İçin Eylem (LOOK AHEAD) çalışması 5145 gönüllü diyabet hastalığı olan bireyde yapılmıştır. Çalışma Nisan 2010- Aralık 2011 tarihleri arasında sürdürülmüştür. Araştırmaya katılan bireylerin BKİ>25 ve yaşları 55-76 aralığındadır. Katılımcılar arasında iki grup oluşturulmuştur. Kontrol grubuna herhangi bir şart oluşturulmamışken, deney grubuna enerjinin en fazla %20 si yağlardan gelecek şekilde 1200-1800 kcal arasında beslenme tedavisi, haftalık 175 dakika fiziksel aktivite ve görüşmelerle sosyal destek uygulanmıştır. Katılımcıların her üç ayda bir

kan tahlillerine bakılarak inceleme yapılmıştır. Bir yılın sonunda katılımcılardaki sonuçlar incelendiğinde deney grubunda ortalama %10'luk bir ağırlık kaybı gözlemlenmiştir. Ayrıca kan değerlerinde değişimler görülmüştür. HbA1C seviyesinde %0,5 düşüş, diyastolik kan basıncında 5 mmHg düşüş, HDL kolesterolünde 5 mg/dL artış ve trigliseritlerde 40 mg/dL düşüş gözlemlenmiştir. Bu bulgular sonucunda diyabet ve kardivasküler hastalığa sahip bireylerde beslenme ve egzersiz tedavisi olumlu sonuç vererek kan değerlerinde anlamlı iyileşme sağlamıştır (Wadden vd., 2012).

Çayır ve arkadaşlarının (2011), Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beslenme ve Diyet Bölümü'ne başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yaptığı bir araştırmadır. Araştırma tanımlayıcı bir araştırma olup, ilgili bölüme başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 450 kişi üzerinde yürütülmüştür. Araştırma grubunda obezite sıklığı %28,0'dır. Obezite durumu cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim düzeyi, meslek, aylık gelir gibi sosyodemografik özelliklerle ilişkili bulunmuştur. Evlilik süresi, çocuk sayısı, çocukluk çağında şişman olma durumu, daha önce obezite tedavisi görme ve daha önce zayıflamak için diyet yapma durumunun ve menopozun obezite durumunu etkilediği belirlenmiştir. Ailesinde obez bir kişi bulunanların, ana ve ara öğünleri atlayanların daha yüksek oranda obez olduğunun belirlenmesi, obezitenin beslenme biçimi ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Obezitenin ortaya çıkmasında beslenme alışkanlıklarının yanı sıra, yaşam biçimi, yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik özellikler gibi birden çok faktörün etkili olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle yüksek risk taşıyan bireylere öncelik verilerek değiştirilebilir faktörlere yönelik korunma ve müdahale çalışmalarının düzenlenmesinin, obezitenin önlenmesi ve kontrolünde etkili olacağı sonucuna ulaşılmıştır.

Amerika'da obez bireylerin %5 ile %10 ağırlık kaybı sırasında kullandıkları ağırlık kaybı stratejilerini incelemek amacıyla yapılan çalışma, 2009-2011 yılları arasında 19-65 yaş arası 4021 obez bireyle yürütülmüştür. Katılımcıların ağırlık kaybı ile ilgili stratejilerinden en çok tercih ettikleri: daha az yağ tüketmek, daha fazla egzersiz yapmak, reçeteli ağırlık kaybı ilaçlarını kullanmak, daha az yemek tüketmek olarak belirtmiştir. Diyet ürünleri, sıvı diyetler ve reçetesiz ürün kullanma

yöntemlerini ağırlık kaybında kullananların oranı çok düşüktür. Araştırmanın sonucunda ABD'de yaşayan obez yetişkinlerin büyük bir kısmının kısa vadede ağırlık kaybettiklerini ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarını devam ettirdirdikleri taktirde anlamlı ağırlık kaybı sağlayacaklarını belirtmişlerdir (Jacinda ve Nicklas, 2012).

Maureen ve arkadaşlarının (2012) Amerika'da yaptığı çalışmaya daha önce vücut ağırlığının %10 ve daha fazlasını kaybetmiş 238 birey katılmıştır. Araştırmaya 18 yaşından büyük bireyler dahil edilmiştir. Rastgele aranan telefon numaraları ile telefon üzerinden görüşmeler yapılarak yürütülen çalışmada aranan 2382 telefon numarası, 1210 adet geçersiz görüşme (uygun olmayan, telefon bağlantısı kesilmiş, dil engeli bulunan), 299 meşgul telefon görüşmesi, 373 reddetme ve 500 tamamlanmış görüşme ile sonuçlanmıştır. Çalışmaya dahil olan bireyler 3 gruba göre seçilmiştir. Birinci grupta daha önce vücut ağırlığının % 10'unu kaybetmiş ve 5 yıl boyunca korumuş (n=113), ikinci grupta daha önce vücut ağırlığının % 10'unu kaybetmiş ve 1 yıl boyunca korumuş (n=69), üçüncü grupta ise vücut ağırlığının %10'unu kaybetmiş fakat tekrar ağırlık kazanmış kişiler (n=56) katılmıştır. Ağırlık kaybı olan kişiler ortalama 37 kilo vermiş ve 7 yıl boyunca korumuşlardır. Bu kişiler şu anda diyetteki yağ ve kalori alımını kontrol etmek için daha fazla davranış stratejileri kullandıklarını, daha yüksek fiziksel aktivite seviyelerine (özellikle yorucu aktivite) sahip olduklarını belirtmişlerdir. Bu sonuçlar doğrultusunda uzun süre ağırlık kaybını koruyanlar diyet ve egzersiz ile ilgili daha fazla davranış stratejisi uygulamaktadır.

Diyetisyen kontrolünde zayıflama diyetine başlayan bireylerin, diyetle devam etme durumları, diyeti bırakma nedenleri ve diyet sonrasında vücut ağırlığını koruyanların ve koruyamayanların saptanması ile diyetin başarısına etki eden etmenlerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmaya; zayıflama diyeti uygulamak için bir diyetisyene başvuran, sonrasında 5 kg ve üzerinde ağırlık kaybeden, ağırlık kaybından sonra diyeti bırakan ve bu sürecin üzerinden en az bir yıl geçmiş olan 200 birey katılmıştır. Çalışmadaki tüm bireylere uyguladıkları diyet, verdikleri ağırlık, korudukları süre, diyet sırasında ve sonrasında karşılaşılan zorluklar, nedenlerine ait bulguların yer aldığı bir anket uygulanmış ve antropometrik ölçümleri alınmıştır. Vücut ağırlığını ≤ 1 yıl koruyan bireylerin motivasyonsuzluk nedeniyle

(%27,4) diyeti bırakma sıklığı, ağırlığını >1 yıl koruyan bireylere (%12,4) göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Ağırlığını >1 yıl koruyan bireylerin, diyet sonrasında koruma programı alma oranları (%59,0), ağırlığını ≤ 1 yıl koruyan bireylere göre (%30,5) daha yüksektir ($p<0.05$). Ağırlığını >1 yıl koruyan bireylerin, diyet sürecinde edindikleri alışkanlıklardan beslenme tarzının tamamen değişmesi (%41,9), ağırlığını ≤ 1 yıl koruyan bireylerden (%19,0) daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Zayıflama diyeti uygulayan bireylerde, bireyin motivasyonunu sürekli kılarak ve beslenme tarzının tamamen değişmesini sağlayarak kaybedilen ağırlığın korunması sağlanmalıdır (Tıǧlı ve Özel, 2012).



BÖLÜM III

YÖNTEM

Bu bölümde; araştırmanın modeli, yeri, zamanı, evreni, örnekleme, verilerin toplanması ve analizi alt başlıkları yer almaktadır.

3.1. Araştırmanın Modeli, Yeri ve Zamanı

Bu çalışma, yetişkin bireylerin ağırlık kaybında etkili olan etmenler ve kullandıkları stratejilerin incelenmesi amacıyla, 2019 yılında Konya İli merkez ilçelerinde yaşayan yetişkin bireylerle betimsel nitelikte tarama modeli kullanılarak yürütülmüştür. Tarama modelleri olayların, varlıkların, grupların mevcut durum ve özelliklerini kendi koşullarında betimlemeye ve incelemeye çalışan araştırmalardır (Kaptan, 1998). Tarama modelleri, geçmişte varolmuş ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımıdır. Araştırmaya konu olan olay, birey ya da nesne kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Onları herhangi bir şekilde değiştirme, etkileme çabası gösterilmez (Karasar, 2005).

3.2. Araştırma Evreni ve Örneklem

Araştırmayı 2019 yılında, Konya ili merkez ilçelerinde (Karatay, Selçuklu, Meram) yaşayan 19-65 yaşları arasında ağırlık kaybı girişiminde bulunarak ağırlık kaybeden gönüllü bireyler oluşturmuştur.

Örneklem büyüklüğün belirlenmesinde evrendeki birim sayısının bilinmediği durumlarda kullanılan $n = \frac{(t^2 \cdot P(1-P))}{d^2}$ formülünden de yararlanılmıştır (Collins, 1986; Miran, 2003). Bu formüle göre örnek hacmi 386 olarak hesaplanmıştır. (n = örnek hacmi t = %95 önem düzeyine karşılık gelen tablo değeri (1,96) P = söz konusu olayın olma olasılığı (%50) d = örneklemede kabul edilen hata oranı (%5). Anketlerin eksik doldurulması durumunda, hesaplanan 386 örnek hacmine ulaşamama ihtimaline karşı 50 anket daha uygulanmıştır. Çalışma kapsamından eksik ve hatalı doldurulan 30 anket çıkarılarak, 406 katılımcı üzerinde analizler yapılmıştır.

3.3. Araştırma Verilerinin Toplanması ve Analizi:

Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu (Ek-1) kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile elde edilmiştir.

3.3.1. Anket Formu

Konya’da merkez ilçelerde yaşayan yetişkin bireylerde ağırlık kaybını etkileyen etmenler ve ağırlık kaybında kullandıkları stratejilerini sorgulamak üzere hazırlanan anket formu dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde kişisel bilgiler (bireylerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, çalışma durumları), ikinci bölümde beslenme alışkanlıkları, yaşam biçimi ve diyet davranışları, üçüncü bölümde ağırlık kaybını etkileyen etmenler, dördüncü bölümde ağırlık kaybında kullanılan stratejiler hakkında sorular yer almaktadır. Üçüncü ve dördüncü bölümdeki soruların hazırlanmasında alanda benzer konudan yapılmış çalışmalardan yararlanılmıştır (Garner ve Garfinkel, 1979; Van Strein vd., 1986; Wadden vd., 2012; Evans vd., 2018; Tengku vd., 2018). (Ek-1).

Anketin üçüncü bölümünde ağırlık kaybını etkileyen etmenlere yönelik hazırlanan sorular dört alt boyuttan ve 21 maddeden oluşmaktadır. Sağlık alt boyutunda dört madde (örneğin; mesleğim için ağırlık kaybetmeliyim, obezitenin neden olduğu hastalıklara yakalanmak istemiyorum), beden imajı alt boyutunda beş madde (örneğin; aynaya bakmaktan hoşlanmam, sevdiğim kıyafetleri giymek istemem), yaşam biçimi alt boyutunda sekiz madde (örneğin; daha aktif olmak istiyorum, kilo takıntım var, diyet yapmayı seviyorum), fizyolojik etmenler alt boyutunda ise dört madde (örneğin; daha enerjik olacağımı düşünüyorum, uzun yaşamayı arzuluyorum) bulunmaktadır. Ankette yer alan maddeler, 5’li likert şeklinde değerlendirilmektedir (1:tamamen etkili, 2:çok etkili, 3:orta düzeyde etkili, 4:az etkili, 5:tamamen etkisiz). Ağırlık kaybını etkileyen etmenler ölçeğin geçerliliği için doğrulayıcı faktör analizi (DFA) analizi yapılmıştır. DFA sonuçlarına göre; KMO değeri 0,88 olarak bulunmuş bu değer 0,50 den büyük olması örneklem büyüklüğünün DFA için yeterli olduğunu göstermektedir. Bu maddeler için ayrıca Bartlett’s testi uygulanmış $p=0,00<0,05$ olması nedeniyle faktör analizi yapılmıştır. Analizler sonucunda sağlık durumu alt boyutundan soru atılmamış dört soru ile

ankette doğrulanmıştır ve toplam varyansın %35,52'sini açıkladığı, beden imajı alt boyutundan iki soru atılarak beş madde ile toplam varyansın %11,14'ünü açıkladığı, yaşam biçimi alt boyutundan iki soru atılarak yedi madde ile toplam varyansın %7,92'sini açıkladığı, fizyolojik etmenler alt boyutundan yedi soru atılarak üç madde ile ankette doğrulanmıştır ve toplam varyansın %6,21'ini açıkladığı belirlenmiştir. Toplam dört alt boyutta ise toplam olarak varyansın %58,8'ini açıkladığı belirlenmiştir. Dört alt boyutun güvenirlik katsayısı 0,70'ten büyük bulunmuştur.

Anketin dördüncü bölümünde ağırlık kaybında kullanılan stratejileri belirlemek amacıyla yer alan sorular bölümü, dört alt boyuttan ve 38 maddeden oluşmaktadır. Beslenme alt boyutunda 10 madde (örneğin; kendimi aç bırakırım, yemek yeme süremi uzatırım), egzersiz alt başlığında yedi madde (örneğin; spor yaparım, toplu taşıma aracı kullanırım), yaşam biçimi alt boyutunda beş madde (sabahları erken uyanırım, az uyurum) bulunmaktadır. Bu üç alt boyuta dahil olmayan ve diğer stratejiler adlı dördüncü boyutunda ise 16 madde (hacamat yaptırım, müshil ilaçları kullanırım, zayıflama kamplarına giderim) bulunmaktadır. Ankette yer alan maddeler, 5'li likert şeklinde değerlendirilmektedir (1:hiçbir zaman, 2:nadiren, 3:bazen, 4:sık, 5:çok sık). DFA sonuçlarına göre KMO değeri 0,87 olarak bulunmuştur. Bu değer 0,50 den büyük olması örneklem büyüklüğünün DFA için yeterli olduğunu göstermektedir. Ayrıca Bartlett's testi için $p=0,00<0,05$ olduğundan verilere faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizi sonuçlarına göre diğer stratejiler alt boyutundan iki soru atılarak 16 madde ile ankette doğrulanmıştır ve toplam varyansın %23,57'sini açıkladığı, beslenme alt boyutundan 14 soru içinden beş soru atılarak ankette doğrulanmıştır ve toplam varyansın %10,53'ünü açıkladığı, egzersiz alt boyutundan soru atılmayarak yedi madde ile toplam varyansın %5,16'sını açıkladığı, yaşam biçimi alt boyutundan üç soru atılarak beş madde ile toplam varyansın %4,69'unu açıkladığı, toplam dört alt boyut toplam olarak varyansın %43,95'ini açıkladığı belirtilmiştir. Dört alt boyutun güvenirlik katsayısı 0,70'ten büyüktür.

Katılımcıların antropometrik ölçümleri (vücut ağırlığı, boy uzunluğu) araştırmacı tarafından usulüne uygun olarak ölçülmüştür. Vücut ağırlıkları ölçümleri elle taşınabilir, 0,1 kg duyarlı elektronik baskül ile; boy uzunluğu ölçümleri ise çelikten yapılmış 0,5 cm'ye duyarlı şerit metre kullanılarak, baş Frankfort düzleminde

iken ölçülmüştür (Baysal, 2011). Elde edilen BKİ sonuçları WHO'nın sınıflandırmasına göre değerlendirilmiştir. WHO'na ait BKİ gruplama kriteri; $BKİ \leq 18.5$ olanlar zayıf, 18.5-24.99 arasında olanlar normal, 25-29.9 arasında olanlar hafif şişman, 30-34.9 arasında olanlar I. derece obez, 35-39.9 arasında olanlar II. derece obez ve ≥ 40 olanlar III. derece obez şeklindedir (WHO, 2019).

3.3.2. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için; Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2019/481 karar numaralı "Etik Kurul Onayı" alınmıştır (Ek-2). Araştırmanın bütçesi araştırmacı tarafından sağlanmıştır.

Araştırmaya katılan bireyler, araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirilmiştir. Bu bilgilendirme ve onam alma süreci, çalışma anketinin giriş bölümünde bulunan, araştırmayı açıklayan ve katılımlarını isteyen bir metin yardımıyla sağlanmıştır ve kabul ettiklerini bildiren gönüllüler çalışmaya alınmıştır.

3.3.3. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler, SPSS 21 for Windows (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Kesikli (gruplanmış) veriler için frekans analizi, sürekli (gruplanmamış) veriler için tanımlayıcı istatistikler hesaplanmıştır. Ağırlık kaybını etkileyen etmenler ve ağırlık kaybında kullanılan stratejiler ölçeklerinin alt boyut ve ölçek genel toplam puanları hesaplanmıştır. Elde edilen puanları (verilerin) analiz etmek için değerlerin normal dağılıma uygunluğu ve varyans eşitliğine bakılarak parametrik veya parametrik olmayan testlerin uygulanabilirliğine karar verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluk testi Kolmogorov-Smirnov testi kullanılarak, varyans homojenliği için Levene testi kullanılarak test edilmiştir. Yapılan Kolmogorov-Smirnov testi sonucunda veriler normal dağılım göstermediği için Kruskal-Wallis testi ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki farkların önemlilik durumu ki-kare analizi kullanılarak tespit edilmiştir. Ayrıca ağırlık kaybında etkili olan etmenler ve kullanılan stratejilerin belirlenmesinde regresyon analizi kullanılmıştır.

BÖLÜM IV

BULGULAR VE TARTIŞMA

4.1. Bulgular

Bu bölümde araştırma kapsamında elde edilen veriler analiz edilerek sunulmuştur. Tablo 1’de 406 bireyin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir.

Tablo- 1: Bireylerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı (n=406)

Cinsiyet	n	%
Erkek	130	32
Kadın	276	68
Yaş		
19-24	169	41.6
25-35	133	32.8
35-50	76	18.7
50-65	28	6.9
Medeni durum		
Bekar	216	53.2
Evli	190	46.8
Eğitim seviyesi		
İlkokul	29	7.1
Ortaokul	26	6.4
Lise	77	19.0
Üniversite	274	67.5
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	254	62.6
Çalışmıyor	152	37.4

Tablo 1’e göre çalışma grubundaki bireylerin %32’si erkek, %68’i kadın; %41,6’sı 19-24 yaş aralığında, %53,2’si bekindir. Bireylerin %67,5’i eğitim seviyesini üniversite; %62,6’sı ise çalıştığını belirtmişlerdir.

Tablo 2’de bireylerin cinsiyete göre sigara ve alkol kullanma durumu ve sıklığı gibi yaşam alışkanlıkları incelenmiştir.

Tablo- 2: Bireylerin Cinsiyete Göre Sigara, Alkol Kullanımı ve Fiziksel Aktivite Yapma Durumları (n=406)

	Erkek		Kadın		Toplam		
Yaşam Alışkanlıkları	n	%	n	%	n	%	
Sigara Kullanma Durumu							
Kullanıyor	68	50.4	67	49.6	135	33.2	$\chi^2=28,814$
Kullanmıyor	63	23.2	208	76.8	271	66.8	$p=0,000^*$
Alkol Kullanma Durumu							
Kullanıyor	27	55.1	22	44.9	49	12.0	$\chi^2=13,640$
Kullanmıyor	103	28.9	254	71.1	357	88.0	$p=0,000^*$
Hastalık Durumu							
Var	19	24.1	60	75.9	79	19.4	$\chi^2=2,7551$
Yok	111	33.9	216	66.1	327	80.6	$p=0,206$
Fiziksel Aktivite							
Evet	39	37.5	65	62.5	104	25.6	$\chi^2=20,279$
Hayır	91	30.1	211	69.9	302	75.4	$p=0,296$

Tablo 2’de bireylerin sigara ve alkol kullanma durumu verilmiştir. Katılımcıların %33,2’si sigara kullanırken, %66,8’i sigara kullanmamaktadır. Sigara kullanım durumu ile cinsiyet değişkeni arasında yapılan ki-kare testi sonucunda anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre erkeklerin kadınlara göre sigara tüketme oranı daha fazla olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin %12’si alkol kullanırken, %88’i alkol kullanmamaktadır. Alkol kullanma durumu ile cinsiyet değişkeni arasında yapılan ki-kare testi sonucunda; alkol kullanma durumu ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre erkeklerin kadınlara göre daha fazla alkol tükettiği saptanmıştır.

Cinsiyete göre bireylerin hastalık durumu sorgulanmış toplamda bireylerin %19,4’ü hastalık sahibi olduğunu, %80,6’sı bir hastalığının olmadığını ifade etmişlerdir. Hastalık durumu ile cinsiyet değişkeni arasında yapılan ki-kare testi sonucunda anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Bireylerin fiziksel aktivite yapma alışkanlıkları sorgulanmış erkeklerin %37,5'i, kadınların %30,1'i egzersiz yaptıklarını ifade etmişlerdir. Fiziksel aktivite yapma durumu ile cinsiyet değişkeni arasında yapılan ki-kare testi sonucunda anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). (Tablo 2).

Tablo 3'te bireylerin cinsiyetlerine göre beslenme bilgileri ve alışkanlıklarının öz değerlendirmeleri incelenmiştir.

Tablo- 3: Bireylerin Cinsiyete Göre Beslenme Bilgi ve Alışkanlıkları Öz Değerlendirmeleri (n=406)

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Beslenme Bilgisi						
Çok kötü	7	5.4	10	3.6	17	4.1
Kötü	15	11.5	34	12.3	49	12.0
Orta	71	54.6	108	39.1	179	44.0
İyi	31	23.8	98	35.5	129	31.7
Çok iyi	10	4.7	22	9.5	32	8.2
Beslenme Alışkanlıkları						
Çok kötü	9	6.9	14	5.1	23	5.6
Kötü	21	16.2	48	17.4	69	16.9
Orta	63	48.5	119	43.1	182	44.8
İyi	30	23.1	75	27.2	105	25.8
Çok iyi	7	5.3	20	7.2	27	6.9

$\chi^2=7,725$
 $P=0,052$

$\chi^2=3,214$
 $p=0,375$

Katılımcıların yarısı (%49,9) beslenme bilgilerini iyi ve çok iyi olarak değerlendirmiştir. Beslenme bilgisi özdeğerlendirme ile cinsiyet değişkeni arasında yapılan ki-kare testi sonucunda arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). (Tablo 3).

Tablo 3'e göre, katılımcıların %22,5'i beslenme alışkanlıklarını çok kötü ve kötü olarak değerlendirilmiştir. Beslenme alışkanlıkları özdeğerlendirme ile cinsiyet değişkeni arasında yapılan ki-kare testi sonucunda arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Bireylerin cinsiyetlerine göre antropometrik ölçümleri incelenmiştir. Saptanan veriler tablo 4’de verilmiştir.

Tablo- 4: Bireylerin Cinsiyete Göre Antropometrik Ölçümleri (n=406)

Antropometrik Ölçümler	Erkek (n=130)			Kadın (n=276)		
	$\bar{X} \pm SE$	Ortanca	Alt-üst	$\bar{X} \pm SE$	Ortanca	Alt-üst
Vücut Ağırlığı (kg)	84.84±1.426	85	30-140	65.18±0.813	65	40-120
Boy uzunluğu (cm)	177.32±0.636	177	158-195	163.92±0.387	164	150-185
BKİ (kg/m ²)	26.92±0.398	27	10.4-40.1	24.27±0.301	24	16.5-44.7

Tablo 4 incelendiğinde; erkek bireylerin ortalama vücut ağırlıkları 84,84±1,426 kg, boy uzunluğu ortalamaları 177,32±0,636 cm, BKİ ortalamaları 26,92±0,398 kg/m² bulunmuştur. Kadın bireylerin ağırlık ortalamaları 65,18±0,813 kg, boy uzunluğu ortalamaları 163,92±0,387 cm, BKİ ortalamaları 24,27±0,301 kg/m² bulunmuştur.

Tablo 5’de bireylerin cinsiyetlerine göre beden kütle indeksi sınıflandırılmaları incelenmiştir.

Tablo- 5: Bireylerin Cinsiyete Göre BKİ Sınıflandırması (n=406)

	Erkek(n)		Kadın(n)		Toplam (n)	
	n	%	n	%	n	%
BKİ Sınıflandırması						
Zayıf	2	1.5	18	6.5	20	4.9
Normal	39	30.0	157	56.8	196	48.2
Hafif Şişman	59	45.3	68	24.6	127	31.2
I.Derece Obez	30	23.2	33	12.1	63	15.7

$\chi^2=36,889$
p=0,000*

Tablo 5’de BKİ sınıflandırmasına göre tüm bireylerin, %4,9’u “zayıf”, %48,2’si “normal”, %31,2’si “hafif şişman”, %15,7’si “I.Derece obez” olarak dağılım göstermiştir. BKİ sınıflandırması ile cinsiyet değişkeni arasında yapılan ki-kare testi sonucunda BKİ sınıflandırması ile cinsiyet arasında ilişki bulunmuştur (p<0,05). Buna göre erkek bireylerin daha çok hafif şişman ve normal ağırlıkta olduğu görülürken, kadın bireylerin ise daha çok normal ağırlıkta ve hafif şişman olduğu görülmüştür. II. Derece obez ve morbid obez yoktur.

Bireylerin cinsiyetlerine göre beslenme alışkanlıkları, öğün sayıları, öğün atlama durumları tablo 6'da incelenmiştir.

Tablo- 6: Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Beslenme Alışkanlıkları (n=406)

	Erkek(n)		Kadın(n)		Toplam(n)		
Beslenme Alışkanlıkları	n	%	n	%	n	%	
A)Ana Öğün Sayısı							
1	4	3.0	7	2.5	11	2.7	$\chi^2=1,597$ p=0,450
2	30	23.0	80	28.9	110	27.2	
3	96	74.0	189	68.6	285	60.1	
B)Ara Öğün Sayısı							
1	16	33.3	69	43.3	85	41.0	$\chi^2=3,750$ p=0,153
2	25	52.0	58	36.4	83	40.0	
3	7	14.7	32	20.3	39	19.0	
C)Öğün Atlama							
Hayır	62	47.6	112	40.5	174	42.8	$\chi^2=1,826$ p=0,177
Evet	68	52.4	164	59.5	232	57.2	
D)En Sevdiğiniz Öğün							
Kahvaltı	42	32.3	127	46.0	169	41.6	$\chi^2=8,327$ p=0,040*
Öğle	30	23.0	41	14.8	71	17.4	
Akşam	54	41.5	100	36.2	154	37.9	
Ara Öğün	4	3.2	8	3.0	12	3.1	
E)En Çok Tüketilen Besin Grubu							
Tahıl ürünleri	21	16.1	51	18.4	72	17.7	$\chi^2=37,699$ p=0,000*
Süt ve süt ürünleri	23	17.6	49	17.7	72	17.7	
Et ve et ürünleri	72	55.3	79	28.6	151	37.1	
Sebze	6	4.6	49	17.7	55	13.5	
Meyve	8	6.4	48	17.6	56	14.0	
F)Sık Acıkma							
Evet	57	43.8	145	52.5	202	49.7	$\chi^2=2,670$ p=0,102
Hayır	73	56.2	131	47.5	204	50.3	
G)Acıkınca Tüketilen Yiyecek-İçecek							
Ev Yemeği	63	48.4	105	38.0	168	41.3	$\chi^2=5,919$ p=0,116
Fast-food	26	20.0	56	20.2	82	20.1	
Atıştırılmalıklar	24	18.4	79	28.6	103	25.3	
İçecekler	17	13.2	36	13.2	53	13.3	

Bireylerin cinsiyete göre beslenme alışkanlıkları tablo 6'da verilmiştir. Tablo 6-A'ya bakıldığında; erkek bireylerin %74.'ü, kadın bireylerin %68,6'sı üç ana öğün tükettiği saptanmıştır. Ana öğün sayısı ile cinsiyet değişkeni arasında yapılan ki-kare testi sonucunda ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6-B'de tüm bireylerin %41'i bir ara öğün, %40'ı iki ara öğün, %19'u üç ara öğün yaptığı saptanmıştır. Ara öğün sayısı ile cinsiyet değişkeni arasında yapılan ki-kare testi sonucunda ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tabloya 6-C'ye göre, erkek bireylerin %47,6'sı öğün atlamadığını, %52,4'ü öğün atladığını ve kadın bireylerin ise %40,5'i öğün atlamadığını, %59,5'i öğün atladığını belirtmiştir. Öğün atlama ile cinsiyet değişkeni arasında ki-kare testi sonucunda anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 6-D'de erkek bireylerin çoğu en sevdiği öğünün akşam yemeği olduğunu; kadın bireylerin ise çoğu kahvaltı olduğunu belirtmiştir. Toplam üzerinden incelendiğinde; %41,6'sı en sevilen öğünün kahvaltı, %37,9'u akşam yemeği olduğunu belirtmiştir. En çok sevilen öğün ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 6-E'de katılımcıların en çok tükettikleri besin grupları verilmiştir. Buna göre; erkeklerin yarısından fazlası (%55,3) ve kadınların (%28,6) çoğu en çok et ve et ürünlerini tükettiklerini belirtmişlerdir. En çok tüketilen besin grubu ile cinsiyet arasında yapılan ki-kare testi sonucunda ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Yapılan testin sonucuna göre erkek bireylerin daha çok et ve et ürünleri tükettiği, kadın bireylerin ise sebze ve meyve ürünlerini tükettiği görülmüştür.

Tablo 6-F'de bireylerin sık acıkma durumu verilmiştir. Erkeklerin %43,8'i sık acıkırken, kadınların, %52,5'i sık acıkmaktadır. Sık acıkma durumu ile cinsiyet arasında yapılan ki-kare testi sonucunda ilişki yoktur ($p>0,05$).

Tablo 6-G toplam üzerinden incelendiğinde %41,3'ü acıkınca ev yemeği, %20,1'i fast-food, %25,3'ü atıştırmalıklar, %13,3'ü içecekleri tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Acıkınca tüketilen besin ile cinsiyet arasında yapılan ki-kare testi sonucunda ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). (Tablo 6).

Bireylerin cinsiyete göre diyet davranışları tablo 7’de verilmiştir. Bireylerin kilolu olduğunu düşünme, yiyecek azaltma veya bırakma, kaybedilen ağırlığı koruma, diyet uygulama zorluğu, diyet uygulanırken yaşanan sağlık problem, diyetle uyum özdeğerlendirme, diyeti bırakma nedenleri araştırılmıştır.

Tablo- 7: Bireylerin Cinsiyete Göre Diyet Davranışları (n=406)

	Erkek		Kadın		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
A)Kilolu Olduğunu Düşünme							
Evet	60	46.1	148	53.6	208	51.6	$\chi^2=1,973$
Hayır	70	53.9	128	46.4	198	48.4	$p=0,160$
B)Yiyecek Azaltma veya Bırakma							
Evet	66	50.7	190	68.8	256	63.0	$\chi^2=12,389$
Hayır	64	49.3	86	31.2	150	37.0	$p=0,000^*$
C)Kaybedilen Ağırlığı Koruma							
Evet	44	33.8	131	47.4	175	43.1	$\chi^2=6,682$
Hayır	86	66.2	145	52.6	231	56.9	$p=0,010^*$
D)Diyet Uygulama Zorluğu							
Evet	56	43.0	125	45.2	181	44.5	$\chi^2=4,369$
Hayır	35	26.9	93	33.6	128	31.5	$p=0,113$
Bilmiyorum	39	30.1	58	21.2	97	24.0	
E)Diyette Uygulanırken Yaşanan Sağlık Problemi							
Evet	11	8.4	30	10.8	41	10.0	$\chi^2=0,564$
Hayır	119	91.6	246	89.2	365	90.0	$p=0,452$
F)Diyete Uyum Özdeğerlendirme							
Kötü	26	20.0	40	14.4	66	16.2	$\chi^2=1,969$
Normal	79	60.7	179	64.8	258	63.5	$p=0,374$
İyi	25	19.3	57	20.8	82	20.3	
G)Diyeti Bırakma Nedeni							
Diyeti bırakmadım	27	20.7	71	25.7	98	24.3	$\chi^2=1,473$
Hedef ağırlığa ulaştım	55	42.3	116	40.0	171	42.4	$p=0,479$
Diğer (hastalık vb.)	48	37.0	89	34.3	137	33.3	

Tablo 7-A’ya göre erkek bireylerin %46,1’i kilolu olduğunu düşünürken, kadınların yarısından fazlası (%53,9) kilolu olduğunu düşünmektedir. Kilolu olduğunu düşünme ile cinsiyet değişkeni arasında yapılan ki-kare testi sonucunda arasında ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Erkek bireylerin %50,7’si neredeyse yarısı daha önce herhangi bir yiyeceği azalttığı veya bıraktığını, %49,3’ü herhangi bir yiyeceği azaltmayı veya bırakmayı denemediğini belirtmiştir. Yiyecek azaltma veya bırakma durumu ile cinsiyet

değişkeni arasında yapılan ki-kare testi sonucunda anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Sonuç olarak araştırmadaki kadın katılımcıların bazı yiyeceklerin tüketimini azaltmak yada tüketmeyi bırakma durumları erkeklere göre daha yüksektir (Tablo 7-B).

Erkek bireylerin %33,7'si ve kadınların %47,4'ü kaybettiği ağırlığı korurken; erkeklerin %66,2'si ve kadınların %52,6'sı kaybettikleri ağırlığı koruyamadıklarını belirtmiştir. Kaybedilen ağırlığı koruma durumu ile cinsiyet değişkeni arasında yapılan ki-kare testi sonucunda arasında anlamlı ilişki vardır ($p<0,05$). Buna göre erkek bireyler daha çok kaybedilen ağırlığı korumak istemezken, kadın bireyler korumak istemektedir (Tablo 7-C).

Tablo 7-D'ye göre; toplama bakıldığında, diyet uygulama zorluğuna %44,5'i "evet", %31,5'i "hayır" ve %34'ü "bilmiyorum" cevabını vermiştir. Diyet uygulama zorluğu ile cinsiyet değişkeni arasında yapılan ki-kare testi sonucunda arasında ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Erkek bireylerin %8,4'ü, kadın bireylerin %10,8'i diyet uygularken sağlık problem yaşadığını; erkek bireylerin %91,6'sı ve kadın bireylerin %90,0'ı diyetle sağlık problem yaşamadığını belirtmiştir. Diyetle sağlık problem yaşama durumu ile cinsiyet değişkeni arasında yapılan ki-kare testi sonucunda arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$). (Tablo 7-E).

Tablo 7-F'ye göre katılımcıların %63,5'i diyetle uyumlarını normal olarak değerlendirmiştir. Diyetle uyum durumu ile cinsiyet arasında yapılan ki-kare testi sonucunda arasında ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hedef vücut ağırlığına ulaştığı için diyeti bırakan kadınların oranı (%40.0) ile erkeklerin (%42,3) oranı birbirine oldukça yakındır. Diyeti bırakma nedeni ile cinsiyet değişkeni arasında yapılan ki-kare testi arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$). (Tablo 7-G).

Tablo 8’de Bireylerin cinsiyet değişkenine göre vücut ağırlığı kayıpları saptanmıştır.

Tablo- 8: Bireylerin Cinsiyete Göre Vücut Ağırlığı Kayıpları (kg)

	n	$\bar{X}$	SE	Min.	Max.
Erkek	130	7.66	0.433	1	27
Kadın	276	8.22	0.356	1	50

Bireylerin cinsiyete göre vücut ağırlığı kayıp ortalama ve standart hata değeri (x+se) erkek ve kadınlarda sırasıyla 7.66+0.43 kg, 8.22+0.35 kg olarak belirlenmiştir (Tablo 8).

Tablo 9’da bireylerin ağırlık kayıplarının cinsiyet, eğitim seviyesi, çalışma durumu, diyet uyumu, beslenme bilgi düzeyleri, beslenme alışkanlıkları, öğün atlama ve egzersiz gibi değişkenler açısından analizleri verilmiştir.

Tablo- 9: Bireylerin Ağırlık Kayıplarının Bazı Değişkenler Açısından Analizleri

		n	$\bar{X}$	SE	Ortanca	Min	Max	
Cinsiyet	Erkek	130	7.66	0.433	8	1	27	Z=-0,638 p=0,523
	Kadın	276	8.22	0.356	8	1	50	
Eğitim Seviyesi	İlkokul	29	5.59 ^b	0.592	6	2	16	$\chi^2=10,694$ p=0,030*
	Ortaokul	21	9.67 ^a	1.308	10	2	27	
	Lise	77	8.22 ^a	0.797	8	2	50	
	Üniversite	274	8.12 ^a	0.321	8	1	40	
	Diğer	5	8.40 ^a	2.657	8	3	18	
Çalışma Durumu	Evet	254	8.01	0.365	8	1	50	Z =-0,256 p=0,798
	Hayır	152	8.10	0.430	8	1	27	
Diyet Uyumu	Kötü	66	6.59 ^c	0.500	7	1	25	$\chi^2=11,431$ p=0,003*
	Normal	258	7.89 ^b	0.359	8	1	50	
	İyi	82	9.70 ^a	0.649	10	1	27	
Beslenme bilgi düzeyleri	Çok kötü	17	7.94 ^a	1.365	8	1	22	$\chi^2=5,891$ p=0,207
	Kötü	49	7.76 ^a	0.740	8	1	27	
	Orta	179	7.18 ^a	0.318	7	1	25	
	İyi	129	9.02 ^a	0.604	9	1	50	
	Çok iyi	32	9.38 ^a	1.211	9	2	27	
Beslenme alışkanlıkları	Çok kotu	23	7.26 ^b	0.966	7	1	20	$\chi^2=11,677$ p=0,020*
	Kötü	69	7.52 ^b	0.649	7	1	27	
	Orta	182	7.26 ^b	0.404	7	1	50	
	İyi	105	9.05 ^a	0.610	9	1	40	
	Çok iyi	27	8.85 ^a	0.971	9	4	27	
Öğün atlama	Evet	232	8.15	0.367	8	1	40	Z =-0,948 p=0,343
	Hayır	174	7.90	0.431	8	1	50	
Egzersiz	Evet	104	8.35	0.495	8	2	27	Z =-1,244 p=0,214
	Hayır	302	7.94	0.334	8	1	50	

*a>b>c=grupların puan sıralamaları

Tablo 9 cinsiyet değişkeni açısından incelendiğinde; cinsiyet değişkeninin, ağırlık kaybı üzerinde etkili olup olmadığı Mann Whitney U testi ile analiz edilmiştir ve anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ağırlık kaybı ile eğitim seviyesi arasında ise Kruskal Wallis testi sonuçlarına göre anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre eğitim seviyesi ilkokul olan bireylerin ağırlık kaybı en düşükken, diğer eğitim seviyesine sahip bireylerin ağırlık kaybı birbirleriyle aynı veya yüksektir.

Ağırlık kaybında çalışma durumunun etkisi olup olmadığını incelemek için yapılan Mann Whitney U testinde $p>0,05$ olduğundan aralarında anlamlı ilişki yoktur. Buna göre bireyin çalışıp çalışmaması ağırlık kaybında önemli değildir.

Diyete uyumu iyi olan bireyin ağırlık kaybı en yüksek iken, diyet uyumu orta olan bireyin vücut ağırlığı kaybı ikinci en yüksek ve diyet uyumu kötü olan bireyin vücut ağırlığı kaybı ise en düşüktür. Yapılan Kruskal Wallis testinde anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Ağırlık kaybı değişkeninde beslenme bilgi düzeylerinin özdeğerlendirmesi anlamlı olup olmadığının testi için yapılan Kruskal Wallis testinde fark bulunmamıştır. Buna göre beslenme bilgi düzeyleri özdeğerlendirmesi, vücut ağırlık kaybında önemli değildir ($p>0,05$). (Tablo 9)

Beslenme alışkanlıklarının öz değerlendirmesi iyi ve çok iyi olan bireylerin vücut ağırlık kaybı aynı ve yüksek iken, beslenme alışkanlıkları orta, kötü ve çok kötü olan bireylerin ağırlık kaybı aynı ve düşük bulunmuş olup fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Ağırlık kaybı değişkeni ile öğün atlama değişkeninin arasında yapılan Mann Whitney U testinde fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 9’da vücut ağırlığı kaybı değişkeninde egzersizin anlamlı olup olmadığını saptamak için Mann Whitney U testi yapılmıştır. Test sonucunda egzersizin ağırlık kaybında önemi yoktur ($p>0,05$).

Tablo 10’da bireylerin ağırlık kaybını etkileyen etmenler incelenmiştir.

Tablo- 10: Bireylerin Kaybettikleri Vücut Ağırlıkları Üzerinde Etkili Olan Etmenlere İlişkin Regresyon Analizi (n=406)

Bağımlı Değişken: Kaybedilen Vücut Ağırlığı						
	Sabit	β	SE	t	P	R²
Sağlık Etmeni	10.602	-0.245	0.066	-3.693	0.000	0.181

Ağırlık kaybın üzerinde etkili olan sağlık etmeni, yaşam biçimi etmeni, beden imajı etmeni ve fizyolojik etmen değişkenlerinin etkisini araştırmak için yapılan adımsal regresyon analizi sonucunda modelin anlamlı olduğuna ($p < 0,05$) ve modelde sadece sağlık etmeninin etkisi olduğuna karar verilmiştir. Buna göre sağlık etmeni kaybedilen ağırlık üzerinde negatif bir etkiye sahiptir ($\beta = -0,245$). Verilen tabloya göre sağlık etmeni ağırlık kaybı değişkenini %18,1 oranında açıklamaktadır ($R^2 = 0,181$). Yine sağlık etmeni değişkeni bir birim artırdığında ağırlık kaybı değişkenini 0,245 oranında azaltılmış olur (Tablo 10).

Bireylerin ağırlık kaybını etkileyen etmenlere ilişkin bulgular tablo 11’de incelenmiştir.

Tablo- 11: Bireylerin Ağırlık Kaybını Etkileyen Etmenler (n=406)

	Tamamen etkili		Çok etkili		Orta düzeyde etkili		Az etkili		Tamamen etkisiz	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sağlık Durumu										
1.Ameliyat olmamak için ağırlık kaybetmeliyim	78	19.2	70	17.2	74	18.2	52	12.8	132	32.5
2.Ağırlık kaybedersem sağlık sorunlarım azalır	140	34.5	120	29.6	66	16.3	31	7.6	49	12.1
3.Obezitenin neden olduğu hastalıklara yakalanmak istemiyorum	201	49.5	103	25.4	61	15.0	20	4.9	21	5.2
4. Doktorum ağırlık kaybetmem gerektiğini söyledi	106	26.1	66	16.3	68	16.7	53	13.1	113	27.8
Beden İmajı										
5.Aynadaki görüntümden memnun değilim	108	26.6	66	16.3	81	20.0	63	15.5	88	21.7
6.Daha güzel/yakışıklı görüneceğim	143	35.2	95	23.4	71	17.5	50	12.3	47	11.6
7.Sevdiğim kıyafetleri giymek isterim	143	35.2	92	22.7	80	19.7	26	6.4	65	16.0
8.Zayıf olan insanlara özeniyorum	117	28.8	79	19.5	84	20.7	45	11.1	81	20.0
9.Zayıflarsam hayattan daha çok zevk alacağıma inanıyorum	156	38.4	102	25.1	72	17.7	26	6.4	50	12.3
Yaşam biçimi										
10.Hareketlerim kısıtlanıyor	128	31.5	95	23.4	111	27.3	46	11.3	26	6.4
11.Kaliteli bir yaşam sürmek istiyorum	190	46.8	125	30.8	58	14.3	17	4.2	16	3.9
12.Diyet yapmayı seviyorum	67	16.5	47	11.6	88	21.7	75	18.5	129	31.8
13.Kilo takıntım var	92	22.7	59	14.5	101	24.9	68	16.7	86	21.2
14.Sağlıklı ve dengeli beslenmek istiyorum	179	44.1	112	27.6	66	16.3	32	7.9	17	4.2
15.Daha aktif olmak istiyorum	174	42.9	111	27.3	75	18.5	17	4.2	29	7.1
16.Yaşam tarzımı ve hayata dair düşüncelerimi değiştirmek istiyorum	148	36.5	89	21.9	84	20.7	49	12.1	36	8.9
17.İnsanların beni daha çok seveceğini/önemseyeceğini düşünüyorum	91	22.4	71	17.5	82	20.2	55	13.5	107	26.4
Fizyolojik										
18.Daha enerjik olacağımı düşünüyorum	128	31.5	95	23.4	111	27.3	46	11.3	26	6.4
19.Cinsel hayatımın daha iyi olacağını düşünüyorum	91	22.4	70	17.5	82	20.2	55	13.5	105	26.4
20.Uykularımın düzene girmesini istiyorum	136	33.5	91	22.4	96	23.6	40	9.9	43	10.6
21.Yaşam süremi uzatmak istiyorum	161	39.7	91	22.4	75	18.5	47	11.6	32	7.6

Tablo 11 incelendiğinde, ağırlık kaybında etkili olan etmenler arasında sağlık boyutunda yer alan bireylerin neredeyse yarısı (%49,5) “obezitenin neden olduğu hastalıklara yakalanmak istemiyorum”, %46,8’i “kaliteli yaşam sürmek istiyorum” %44,1’i “sağlıklı ve dengeli beslenmek istiyorum” (Yaşam Biçimi Boyutu) maddesinin, erkeklerde ve kadınlarda cinsiyete göre ağırlık kaybını etkileyen etmenler incelendiğinde ise “kaliteli bir yaşam sürmek istiyorum” (Yaşam Biçimi Boyutu) maddesinin tamamen etkili olduğu saptanmıştır.

Sağlık boyutu detaylı incelendiğinde; tamamen etkili olan etmen (%49,5) “obezitenin neden olduğu hastalıklara yakalanmak istemiyorum” maddesi, tamamen etkisiz olan etmen (%32,5) “ameliyet/mesleğim için ağırlık kaybetmeliyim” maddesi olduğu belirtilmiştir (Tablo 11).

Beden imajı boyutunda tamamen etkili etmen (%38,4) “zayıflarsam hayattan daha çok zevk alacağıma inanıyorum” maddesi, tamamen etkisiz olan etmen (%21,7) “aynaya bakmaktan hoşlanmam” maddesi olduğu belirtilmiştir (Tablo 11).

Yaşam biçimi boyutuna bakıldığında tamamen etkili olan ilk sıradaki etmen (%46,8) “kaliteli bir yaşam sürmek istiyorum”, ikinci tamamen etkili olan etmen (%44,1) “sağlıklı ve dengeli beslenmek istiyorum” maddeleri olarak saptanmıştır. Tamamen etkisiz olan etmenler ise (%31,8) “diyet yapmayı seviyorum” ve (%26,4) “insanların beni daha çok seveceğini/önemseyeceğini düşünüyorum” maddeleridir (Tablo 11).

Fizyolojik etmenler boyutunda tamamen etkili olan etmen (%39,7) “uzun yaşamayı arzuluyorum” iken; tamamen etkisiz olan etmen (%26,4) “cinsel hayatımın daha iyi olacağını düşünüyorum” maddesi olarak saptanmıştır (Tablo 11).

Tablo 12’de bireylerin ağırlık kaybında kullanılan stratejilerin alt boyutları saptanmıştır.

Tablo- 12: Bireylerin Vücut Ağırlığı Kaybında Kullanıldıkları Stratejilere İlişkin Regresyon Analizi (n=406)

Bağımlı Değişken: Kaybedilen Vücut Ağırlığı						
	Sabit	β	SE	t	P	R²
Beslenme	9.662	-0.154	0.040	-3.885	0.000	0.201
Yaşam biçimi		0.213	0.077	2.769	0.006	

Ağırlık kaybında kullanılan stratejiler (beslenme stratejileri, yaşam biçimi stratejileri, egzersiz stratejileri ve diğer stratejiler) bağımsız değişkenlerinin kilo verme üzerinde etkisi araştırmak için yapılan adımsal regresyon analizi sonucunda modelin anlamlı olduğuna ($P < 0,05$) ve modelde sadece beslenme stratejileri ve yaşam biçimi olduğuna karar verilmiştir. Buna göre beslenme stratejisi kilo verme üzerinde negatif bir etkiye sahiptir ($\beta = -0,154$). Yaşam biçimi stratejileri ağırlık kaybı üzerinde pozitif bir etkiye sahiptir ($\beta = 0,213$). Tablo 12’ye göre, beslenme ve yaşam biçimi stratejisi ağırlık kaybı değişkenini %20,1 oranında açıklamaktadır ($R^2 = 0,201$). Beslenme stratejisi değişkeni bir birim arttığında ağırlık kaybı değişkenini 0,154 oranında azalmaktadır. Yaşam biçimi stratejisi değişkenini bir birim arttığında ağırlık kaybı değişkeni 0,213 oranında artış göstermektedir (Tablo 12).

Ağırlık kaybında kullanılan stratejiler Tablo 13'te incelenmiştir.

Tablo- 13: Ağırlık Kaybında Kullanılan Stratejiler (n=406)

Ağırlık Kaybında Kullanılan Stratejiler	Çok Sık		Sık		Bazen		Nadiren		Hiçbir zaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Beslenme										
1. Çok fazla yediğimde, ertesi gün daha az yiyerek dengelerim	49	12.1	92	22.7	160	39.4	52	12.8	53	13.1
2.Öğün aralarında yemek yememeye çalışırım	50	12.3	87	21.4	125	30.8	83	20.4	61	15.0
3.Kendimi aç bırakırım	32	7.9	35	8.6	94	23.2	116	28.6	129	31.8
4. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim	60	14.8	101	24.9	121	29.8	71	17.5	53	13.1
5. Yediğim yiyecek ve içeceklerin enerjisini/porsiyonunu azaltırım	45	11.1	99	24.4	137	33.7	77	19.0	48	11.8
6.Yemek yeme süremi uzatırım	56	13.8	84	20.7	131	32.3	80	19.7	55	13.5
7. Yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım	54	13.3	76	18.7	120	29.6	101	24.9	55	13.5
8.Ekmek ile eti aynı anda tüketmem	44	10.8	56	13.8	93	22.9	83	20.4	130	32.0
9.Yemeklerden önce ve sonra su tüketmek için en az iki saat beklerim	31	7.6	39	9.6	75	18.5	88	21.7	173	42.6
10. Lokmalarımı daha çok çiğnerim	83	20.4	83	20.4	114	28.1	70	17.2	56	13.8
Egzersiz										
11.Düzenli spor yaparım	69	17.0	57	14.0	132	32.5	93	22.9	55	13.5
12. Kas kütleli arttıran sporları yaparım	44	10.8	49	12.1	72	17.7	120	29.6	121	29.8
13.Yediklerimi yakana kadar spor yaparım	34	8.4	43	10.6	66	16.3	104	25.6	159	39.2
14. Asansör yerine merdiven kullanırım	77	19.0	78	19.2	100	24.6	86	21.2	65	16.0
15.Adım sayımı artırırım	72	17.7	76	18.7	113	27.8	81	20.0	64	15.8
16.Toplu taşıma aracı kullanırım	86	21.2	70	17.2	111	27.3	69	17.0	70	17.2
17.Toplu taşıma aracından bir durak önce iner, yürürüm	50	12.3	56	13.8	63	15.5	91	22.4	146	36.0
Yaşam Biçimi										
18.Sabahları erken uyanırım	184	45.3	90	22.2	67	16.5	41	10.1	24	5.9
19. Dışarda yemek yemem	46	11.3	58	14.3	113	27.8	94	23.2	95	23.4
20.Diyet yemekleri yerim	27	6.7	39	9.6	109	26.8	94	23.2	137	33.7
21.Her gün aynı saatte yemeklerimi yerim	51	12.6	78	19.2	113	27.8	71	17.5	93	22.9
22. Az uyurum	55	13.5	77	19.0	111	27.3	105	25.9	58	14.3

Tablo-13: Ağırlık Kaybında Kullanılan Stratejiler (n=406) – (devamı)

Diğer stratejiler	Çok sık		Sık		Bazen		Nadiren		Hiçbir Zaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
23. Müshil ilaçları kullanırım	15	3.7	25	6.2	54	13.3	43	10.6	269	66.3
24. İnternette edindiğim diyeti uygulamam	18	4.4	22	5.4	53	13.1	76	18.7	237	58.4
25. Ünlü/medyatik diyetisyenlerin verdiği diyetleri uygulamam	26	6.4	19	4.7	58	14.3	77	19.0	226	55.7
26. Zayıflama ilaçları kullanırım	14	3.4	26	6.4	35	8.6	55	13.5	276	68.0
27. Doktorumun verdiği diyeti uygulamam	36	8.9	58	14.3	71	17.5	76	18.7	165	40.6
28. Çevremde tanıdığım kişilerin diyetini uygulamam	22	5.4	20	4.9	58	14.3	83	20.4	223	54.9
29. Diyet danışmanlığı alırım	74	18.2	36	8.9	55	13.5	77	19.0	164	40.4
30. Ağırlık kaybına yardımcı mobil uygulamalardan yararlanırım	31	7.6	25	6.2	64	15.8	86	21.2	200	49.3
31. Ağırlık kaybetmek için obezite cerrahisini düşünüyorum	17	4.2	22	5.4	46	11.3	49	12.1	272	67.0
32. Korse giyerim	19	4.7	17	4.2	44	10.8	64	15.8	262	64.5
33. Akapunktur tedavisi yaptırım	14	3.4	18	4.4	30	7.4	48	11.8	296	72.9
34. Zayıflama kamplarına giderim	11	2.7	10	2.5	28	6.9	52	12.8	305	75.1
35. Hacamat yaptırım	10	2.5	12	3.0	38	9.4	47	11.6	299	73.6
36. Meditasyon/ yoga ile zayıflarım	12	3.0	10	2.5	41	10.1	55	13.5	288	70.9
37. Kendimi kontrol etmek için yediklerimi yazarım	23	5.7	21	5.2	41	10.1	69	17.0	252	62.1
38. Terleyerek zayıflarım (sauna, buhar odası vb.)	21	5.2	19	4.7	45	11.1	86	21.2	235	57.9

Tablo 13'e göre bireylerin ağırlık kaybında en çok kullandıkları stratejiler; %45,3'ünün sabahları erken uyanma (Yaşam Biçimi Boyutu), %21,2'sinin toplu taşıma aracı kullanımı (Ezgersiz Boyutu), %20,4'ünün lokmalarını daha çok çiğneme (Diğer Stratejiler Boyutu) maddeleridir. Erkeklerde ve kadınlarda cinsiyete göre ağırlık kaybında en çok kullandıkları strateji incelendiğinde ise sabahları erken uyanım (Yaşam Biçimi Boyutu) maddesi olmuştur.

Beslenme alt boyutuna bakıldığında bireylerin yüzdelik olarak en çok kullandığı stratejiler sırasıyla; “çok sık” kullandığı strateji (%20,4) lokmalarını daha çok çiğnerim, “sık” kullanılan strateji (%24,9) yiyeceğimi küçük parçalara bölerim, “bazen” kullanıldığı strateji (%39,4) çok fazla yediğimde, ertesi gün daha az yiyerek

dengelerim, “nadiren” kullandığı strateji (%28,6) kendimi aç bırakırım, “hiçbir zaman” kullanmadığı strateji (%42,6) yemeklerden önce ve sonra su tüketmek için en az iki saat beklerim olduğu belirlenmiştir.

Egzersiz alt boyutuna bakıldığında bireylerin yüzdeler olarak en çok kullandığı stratejiler sırasıyla; “çok sık” kullandığı strateji (%21,2) toplu taşıma aracı kullanırım, “sık” kullanılan strateji (%19,2) asansör yerine merdiven kullanırım, “bazen” kullanıldığı strateji (%32,5) düzenli spor yaparım, “nadiren” kullandığı strateji (%29,6) kas kütlemi arttıran spor yaparım, “hiçbir zaman” kullanmadığı strateji (%39,2) yediklerimi yakana kadar durmadan spor yaparım olduğu belirlenmiştir.

Yaşam biçimi alt boyutuna bakıldığında bireylerin yüzdeler olarak en çok kullandığı stratejiler sırasıyla; “çok sık” kullandığı strateji (%45,3) sabahları erken uyanırım, “sık” kullanılan strateji (%22,2) sabahları erken uyanırım, “bazen” kullanıldığı strateji (%27,8) dışarıda yemek yemem, “nadiren” kullandığı strateji (%25,9) az uyurum, “hiçbir zaman” kullanmadığı strateji (%33,7) diyet yemekleri yerim olduğu saptanmıştır.

Diğer stratejiler boyutu detaylı incelendiğinde; bireylerin “çok sık” kullandığı strateji (%18,2) diyet danışmanlığı alırım, “sık” kullanılan strateji (%14,3) doktorumun verdiği diyeti uygulayım, “bazen” kullanıldığı strateji (%17,5) doktorumun verdiği diyeti uygulayım, “nadiren” kullandığı stratejiler (%21,2) ağırlık kaybına yardımcı mobil uygulamalardan yararlanırım ve terleyerek zayıflarım, “hiçbir zaman” kullanmadığı stratejiler; sırasıyla (%75,1) “zayıflama kamplarına giderim”, (%73,6) “hacamat yaptırırım”, (%72,9) “akapunktur tedavisi yaptırırım” olduğu saptanmıştır (Tablo 13).

Tablo 14'te bireylerin diyetle uyumuna göre çalışma durumu ve sağlık problemlerinin dağılımı incelenmiştir.

Tablo- 14: Bireylerin Diyetle Uyumuna Göre Çalışma Durumu ve Sağlık Problemlerinin Dağılımı (n=406)

	Diyete Uyum						
	İyi		Normal		Kötü		
	n	%	n	%	n	%	
Çalışma Durumu							
Evet	49	59.8	158	61.2	47	71.2	$\chi^2=2,577$ p=0,276
Hayır	33	40.2	100	38.8	19	28.8	
Sağlık Problemleri Durumu							
Evet	5	6.1	25	9.7	11	16.7	$\chi^2=0,557$ p=0,099
Hayır	77	93.9	233	90.7	55	83.3	

Diyete uyum ile çalışma durumu arasında yapılan ki-kare testi sonucunda $p>0,05$ olduğundan diyetle uyum ile çalışma durumu arasında ilişki bulunamamıştır. Diyetle uyum ile sağlık problemleri durumu arasında yapılan ki-kare testi sonucunda $p>0,05$ olduğundan diyetle uyum ile sağlık problemleri durumu arasında ilişki bulunmamıştır (Tablo 14).

Tablo 15’te diyetle uyum durumunun, ağırlık kaybını etkileyen etmenler ve alt boyutları üzerindeki istatistiksel analizleri incelenmiştir.

Tablo- 15: Ağırlık Kaybını Etkileyen Etmenlerin Diyetle Uyum Durumlarına Göre İstatistiksel Analizleri (n=406)

	Diyet Uyum	n	$\bar{X}$	SE	Ortanca	Min	Max	
Yaşam Biçimi	Kötü	66	18.35 ^a	0.775	18	7	33	$\chi^2=9,395$ $p=0,009^*$
	Normal	258	17.14 ^a	0.352	17	7	33	
	İyi	82	15.46 ^b	0.611	15	7	30	
Beden İmajı	Kötü	66	12.89 ^a	0.727	13	5	25	$\chi^2=4,022$ $p=0,131$
	Normal	258	13.10 ^a	0.349	13	5	25	
	İyi	82	11.71 ^a	0.608	12	5	25	
Sağlık Durumu	Kötü	66	11.15 ^a	0.555	11	4	20	$\chi^2=3,905$ $p=0,142$
	Normal	258	10.50 ^a	0.253	10	4	20	
	İyi	82	9.80 ^a	0.450	10	4	20	
Fizyolojik Etmenler	Kötü	66	7.62 ^a	0.433	8	3	15	$\chi^2=0,123$ $p=0,940$
	Normal	258	7.75 ^a	0.200	8	3	15	
	İyi	82	7.66 ^a	0.349	8	3	15	
Toplam AKEE	Kötü	66	50.01 ^a	1.877	50	19	85	$\chi^2=6,160$ $p=0,046^*$
	Normal	258	48.50 ^a	0.918	48	19	83	
	İyi	82	44.65 ^b	1.428	45	19	80	

*AKEE=Ağırlık Kaybında Etkili Olan Etmenler *a>b>c= grupların puan sıralamaları

Ağırlık kaybında etkili olan etmenlerden yaşam biçimi alt boyutu puanı ile diyetle uyum arasında Kruskal Wallis testi sonuçlarına göre anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre diyet uyumu iyi olan bireylerin yaşam biçimi puanı en düşükken, diğer diyet uyumu normal ve kötü olan bireylerin yaşam biçimi puanı birbirleriyle aynı ve yüksektir (Tablo 15).

Ağırlık kaybında etkili olan etmenlerden beden imajı alt boyutu puanı ile diyetle uyumun önemli olup olmadığının testi için yapılan Kruskal Wallis testinde fark yoktur ($p>0,05$).

Ağırlık kaybında etkili olan etmenlerden sağlık durumu alt boyutu puanı ile diyetle uyum arasında ise Kruskal Wallis testi sonuçlarına göre anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ağırlık kaybında etkili olan etmenlerden fizyolojik etmenler alt boyutu puanı ile diyet uyum arasında ise Kruskal Wallis testi sonuçlarına göre anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Ağırlık kaybını etkileyen etmenlerin toplam puanı ile diyet uyum arasında ise Kruskal Wallis testi sonuçlarına göre anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre diyet uyumu iyi olan bireylerin etmenler toplam puanı en düşükken, diğer diyet uyumu normal ve kötü olan bireylerin etmenler toplam puanı birbirleriyle aynı ve yüksektir (Tablo 15).

Tablo 16'da BKİ'nin ağırlık kaybını etkileyen etmenlerin ve alt boyutları üzerindeki istatistiksel analizleri incelenmiştir.

Tablo- 16: Ağırlık Kaybını Etkileyen Etmenlerin BKİ sınıflandırmasına göre İstatistiksel Analizleri (n=406)

	BKİ	n	$\bar{X}$	S.H	Ortanca	Min	Max	
Yaşam Biçimi	Zayıf	20	18.40	1.220	18	8	27	$\chi^2=3,737$ $p=0,291$
	Normal	196	16.52	0.396	16	7	33	
	Hafif Şişman	127	17.15	0.490	17	7	30	
	I.derece obez	63	17.73	0.884	18	7	33	
Beden İmajı	Zayıf	20	16.65	1.351	17	5	25	$\chi^2=10,088$ $p=0,018^*$
	Normal	196	12.93	0.400	13	5	25	
	Hafif Şişman	127	12.37	0.472	12	5	25	
	I.derece obez	63	11.98	0.749	12	5	25	
Sağlık Durumu	Zayıf	20	12.70	1.084	13	4	20	$\chi^2=32,631$ $p=0,000^*$
	Normal	196	11.33	0.301	11	4	20	
	Hafif Şişman	127	9.83	0.317	10	4	18	
	I.derece obez	63	8.35	0.476	8	4	19	
Fizyolojik Etmenler	Zayıf	20	8.95	0.815	9	3	15	$\chi^2=2,917$ $p=0,405$
	Normal	196	7.73	0.220	8	3	15	
	Hafif Şişman	127	7.58	0.304	7	3	15	
	I.derece obez	63	7.52	0.409	7	3	15	
Toplam AKEE	Zayıf	20	56.70	3.348	57	29	80	$\chi^2=8,563$ $p=0,036^*$
	Normal	196	48.51	1.014	48	19	82	
	Hafif Şişman	127	46.94	1.247	47	19	83	
	I.derece obez	63	45.59	2.069	45	19	85	

*AKEE=Ağırlık Kaybında Etkili Olan Etmenler

Tablo 16’da ağırlık kaybını etkileyen etmenlerin yaşam biçimi alt boyutu puanı ile BKİ arasında ilişki olup olmadığının testi için yapılan Kruskal Wallis testinde fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ağırlık kaybını etkileyen etmenlerin beden imajı alt boyutu puanı ile BKİ arasında ilişki olup olmadığının testi için yapılan Kruskal Wallis testinde fark bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre BKİ grubu zayıf olan bireylerin beden imajı puanı en yüksek iken, diğer BKİ grubu normal kilolu, hafif şişman ve I.derece obez olan bireylerin beden imajı puanı birbirleriyle aynı ve düşüktür.

Ağırlık kaybını etkileyen etmenlerin sağlık durumu alt boyutu puanı ile BKİ arasında ilişki olup olmadığının testi için yapılan Kruskal Wallis testinde fark ($p<0,05$). Buna göre BKİ grubu I.derece obez olan bireylerin sağlık puanı en düşük iken, diğer BKİ grubu zayıf, normal kilolu ve hafif şişman olan bireylerin sağlık puanı birbirleriyle aynı ve yüksektir.

Ağırlık kaybını etkileyen etmenlerin fizyolojik etmenler alt boyutu puanı ile BKİ arasında ilişki olup olmadığının testi için yapılan Kruskal Wallis testinde fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ağırlık kaybında etkili olan etmenler toplam puanı ile BKİ arasında ise Kruskal Wallis testi sonuçlarına göre anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre BKİ grubu zayıf olan bireylerin etmenler toplam puanı en yüksek iken, diğer BKİ grubu normal kilolu, hafif şişman ve I.derece obez olan bireylerin etmenler toplam puanı birbirleriyle aynı ve düşüktür.

Tablo 17’de diyetle uyumun ağırlık kaybında kullanılan stratejilerin alt boyutları üzerindeki dağılımları incelenmiştir.

Tablo- 17: Ağırlık Kaybında Kullanılan Stratejilerin Diyetle Uyum Durumlarına Göre İstatistiksel Analizleri (n=406)

	Diyet Uyumu	n	$\bar{X}$	S.H	Ortanca	Min	Max	
Beslenme Biçimi	Kötü	66	32.27 ^a	0.832	32	11	46	$\chi^2=9,687$ p=0,008*
	Normal	258	32.33 ^a	0.473	32	10	50	
	İyi	82	29.20 ^b	0.809	29	10	45	
Egzersiz	Kötü	66	23.21 ^a	0.723	23	7	35	$\chi^2=7,504$ p=0,023
	Normal	258	23.23 ^a	0.387	23	7	35	
	İyi	82	20.88 ^b	0.795	21	7	35	
Yaşam Biçimi	Kötü	66	15.83 ^a	0.500	16	5	25	$\chi^2=2,276$ p=0,321
	Normal	258	15.41 ^a	0.229	15	5	25	
	İyi	82	14.86 ^a	0.471	15	5	25	
Diğer Stratejiler	Kötü	66	67.14 ^a	1.553	67	16	80	$\chi^2=0,327$ p=0,849
	Normal	258	67.70 ^a	0.686	68	16	80	
	İyi	82	66.90 ^a	1.301	67	16	80	
Toplam AKKS	Kötü	66	138.45 ^a	2.696	138	56	168	$\chi^2=5,873$ p=0,053
	Normal	258	138.67 ^a	1.292	139	38	187	
	İyi	82	131.85 ^a	2.633	132	38	171	

*AKEE=Ağırlık Kaybında Kullanılan Stratejiler

*a>b>c= grupların puan sıralamaları

Ağırlık kaybında kullanılan stratejilerin alt boyutu olan beslenme biçimi puanı ile diyetle uyum arasında ise Kruskal Wallis testi sonuçlarına göre anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05). Buna göre diyet uyumu iyi olan bireylerin beslenme biçimi puanı en düşükken, diğer diyet uyumu normal ve kötü olan bireylerin yaşam biçimi puanı birbirleriyle aynı ve yüksektir (Tablo-17).

Ağırlık kaybında kullanılan stratejilerin alt boyutu olan egzersiz puanı ile diyetle uyum arasında ise Kruskal Wallis testi sonuçlarına göre anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05). Buna göre diyet uyumu iyi olan bireylerin beslenme biçimi puanı en düşükken, diğer diyet uyumu normal ve kötü olan bireylerin yaşam biçimi puanı birbirleriyle aynı ve yüksektir.

Ağırlık kaybında kullanılan stratejilerin alt boyutu olan yaşam biçimi puanı değişkeninde diyetle uyumun önemli olup olmadığının testi için yapılan Kruskal Wallis testine göre anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Ağırlık kaybında kullanılan stratejilerin alt boyutu olan diğer stratejiler puanı değişkeninde diyetle uyumun önemli olup olmadığının testi için yapılan Kruskal Wallis testinde fark yoktur ($p>0,05$). Strateji toplam puanı değişkeninde diyetle uyumun önemli olup olmadığının testi için yapılan Kruskal Wallis testinde fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 18’de BKİ’nin ağırlık kaybında kullanılan stratejilerin alt boyutları üzerindeki dağılımları incelenmiştir.

Tablo- 18: Ağırlık Kaybında Kullanılan Stratejilerin BKİ sınıflandırmasına Göre İstatistiksel Analizleri (n=406) (n=406)

	BKİ	n	$\bar{X}$	S.H	Ortanca	Min	Max	
Beslenme Biçimi	Zayıf	20	32.90 ^a	1.632	32	17	43	$\chi^2=7,577$ $p=0,056$
	Normal	196	30.83 ^a	0.542	31	10	50	
	Hafif Şişman	127	32.03 ^a	0.621	32	16	49	
	I.derece obez	63	33.30 ^a	1.016	33	10	48	
Egzersiz	Zayıf	20	23.75 ^b	1.187	24	9	30	$\chi^2=17,979$ $p=0,000$
	Normal	196	21.67 ^b	0.414	22	7	35	
	Hafif Şişman	127	23.13 ^b	0.615	23	7	35	
	I.derece obez	63	25.05 ^a	0.873	25	7	35	
Yaşam Biçimi	Zayıf	20	15.20 ^b	0.893	15	8	23	$\chi^2=8,547$ $p=0,036^*$
	Normal	196	15.21 ^b	0.278	15	5	25	
	Hafif Şişman	127	15.01 ^b	0.311	15	5	23	
	I.derece obez	63	16.00 ^a	0.547	16	5	25	
Diğer Stratejiler	Zayıf	20	69.05 ^a	2.982	69	28	80	$\chi^2=5,877$ $p=0,118$
	Normal	196	68.58 ^a	0.741	69	16	80	
	Hafif Şişman	127	66.58 ^a	0.997	67	16	80	
	I.derece obez	63	65.16 ^a	1.743	65	16	80	
Toplam AKKS	Zayıf	20	142.90 ^a	5.153	143	62	165	$\chi^2=6,582$ $p=0,086$
	Normal	196	136.29 ^a	1.447	136	38	172	
	Hafif Şişman	127	136.75 ^a	1.925	137	56	187	
	I.derece obez	63	139.51 ^a	3.212	140	38	171	

*AKEE=Ağırlık Kaybında Kullanılan Stratejiler

*a>b>c= grupların puan sıralamaları

Ağırlık kaybında kullanılan stratejilerin alt boyutu olan beslenme biçimi puanı değişkeninde BKİ grubun önemli olup olmadığının testi için yapılan Kruskal Wallis testinde fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Ağırlık kaybında kullanılan stratejilerin alt boyutu olan egzersiz puanı ile BKİ grubun arasında ise Kruskal Wallis testi sonuçlarına göre anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre BKİ grubu I.derece obez olan bireylerin egzersiz puanı en yüksek iken, diğer BKİ grubu normal kilolu, hafif şişman ve I.derece obez olan bireylerin egzersiz puanı birbirleriyle aynı ve düşüktür.

Ağırlık kaybında kullanılan stratejilerin alt boyutu olan yaşam biçimi puanı ile BKİ grubun arasında ise Kruskal Wallis testi sonuçlarına göre anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre BKİ grubu I.derece obez olan bireylerin yaşam biçimi puanı en yüksek iken, diğer BKİ grubu normal kilolu, hafif şişman ve I.derece obez olan bireylerin yaşam biçimi puanı birbirleriyle aynı ve düşüktür.

Ağırlık kaybında kullanılan stratejilerin alt boyutu olan diğer stratejiler puanı değişkeninde BKİ grubun önemli olup olmadığının testi için yapılan Kruskal Wallis testinde fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

AKKS toplam puanı değişkeninde BKİ grubun önemli olup olmadığının testi için yapılan Kruskal Wallis testinde fark bulunmamıştır. Buna göre BKİ grup strateji toplam puanında önemli değildir ($p>0,05$).

4.2. Tartışma

Bu çalışmanın genel amacı Konya il merkezinde yaşayan yetişkin bireylerin ağırlık kaybında etkili olan değişkenler ve kullandıkları stratejilerin belirlenmesidir. Bu amaç doğrultusunda, bireylerin cinsiyetine, BKİ, fiziksel aktivite yapma durumlarına, beslenme davranışının öz değerlendirilmesine, diyet davranışlarına, ağırlık kaybını etkileyen etmenlere ve bireylerin ağırlık kaybında kullandıkları stratejilere göre değerlendirmeler yapılmıştır.

Çalışmaya yaşları 19-65 arasında değişen, farklı yaşam tarzı süren ve farklı meslek gruplarından 406 yetişkin birey katılmıştır. Bireylere anket uygulanırken cinsiyet değişkeni açısından özel bir seçime tabi tutulmamıştır. Bu nedenle bireylerin cinsiyet dağılımı, tesadüfi bir dağılımı yansıtmaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin %32'si erkek, %68'i kadındır (Tablo 1). BKİ sınıflandırmasına göre çalışmamıza katılan erkeklerde ortalama BKİ değeri 27, kadınlarda ortalama BKİ değeri 24 bulunmuştur. Buna göre erkek bireylerin daha çok hafif şişman ve normal ağırlıkta olduğu görülürken, kadın bireylerin ise daha normal ve zayıf olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Bu şekilde dağılım göstermeleri, son dönemlerde beden imajı ve sağlıklı beslenmenin öneminin artmasından ve özellikle kadınların daha ince bir bedene sahip olma isteğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ankara'da vakıf üniversitelerinde yapılan bir çalışmada; BKİ gruplarına göre öğrenciler %7,2'si zayıf, %69,5'i şişman, %21'i normal olarak ayrılmıştır. Çalışmaya katılan üniversite öğrencilerinin %69,5'i şişman olarak gruplandırılmıştır (Kazkondu, 2010). Gazi Üniversitesi'nde çeşitli fakültelerde okuyan öğrencilerde beslenme bilgi, alışkanlık ve davranışları ile BKİ arasındaki ilişkiyi saptama amacı ile yapılan bir araştırmada da erkek öğrencilerin BKİ ortalama 22,84 kg/m², kız öğrencilerin ise 20,47 kg/m² olarak hesaplanmıştır (Şanlıer vd., 2009). Kız öğrencilerin BKİ ortalaması, erkek öğrencilerin BKİ ortalamasından daha düşük çıkmıştır. Bu sonuçlar ile çalışmamızdan elde edilen sonuçlar benzerlik göstermektedir.

Bireyler eğitim seviyelerini; 29'u "ilkokul", 26'sı "ortaokul", 77'si "lise", 274'ü "üniversite" olarak belirtmiştir. 254'ü çalışmakta, 152'si çalışmamaktadır (Tablo 1). Çalışmamızda öğrenim seviyesi arttıkça obezite oranı azalmaktadır. Buna göre eğitim seviyesi ilkokul olan bireylerin ağırlık kaybı en düşükken, diğer eğitim seviyesine sahip bireylerin ağırlık kaybı birbirleriyle aynı veya yüksektir.

Hawaii'de farklı etnik gruplar arasında yapılan bir çalışmada eğitim seviyesi arttıkça obezite sıklığının azaldığı saptanmıştır (Maskarinec vd., 2006). İspanya'da yapılan obezite prevalansının sosyo-ekonomik belirleyicilerini araştırıldığı bir çalışmada benzer şekilde artan eğitim düzeyi ile obezite prevalansının azaldığı saptanmıştır (Snoek Herriette vd., 2007).

Çalışmaya katılan bireylerde sigara içme sıklığı % 33,2, alkol kullanma sıklığı %12 bulunmuştur (Tablo 2). Sigara ve alkol kullanma durumu ile ağırlık kaybı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasına rağmen sigara kullananlardaki obezite oranı, kullanmayanlara göre daha azdır. Bakhshi'nin çalışmasında ve çeşitli çalışmalarda da sigara kullanımı ile obezite arasında azalan yönde bir ilişki bulunmuştur (Yetkin, 2008; Fouad vd., 2006; Efil, 2005). Ayrıca alkol kullanan bireylerdeki obezite oranı kullanmayanlara göre yapılan çalışmalarda daha fazla bulunmuştur (Breslow vd., 2005; Tolstrup vd., 2005). Tolstrup vd. (2005) yaptıkları bir çalışmada BKİ ile obezite arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Breslow vd. (2005) ise yaptığı çalışmada alkol alımının BKİ artışına neden olduğu saptamışlardır. Bu sonuçlar ile çalışmamızdan elde edilen sonuçlar benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda, erkek bireylerin 7'si beslenme bilgisini “çok kötü”, 15'i “kötü”, 71'i “orta”, 31'i “iyi”, 10'u “çok iyi” olarak değerlendirmiştir. Kadın bireylerin 10'u beslenme bilgisini “çok kötü”, 34'ü “kötü”, 108'i “orta”, 98'i “iyi”, 22'u “çok iyi” olarak değerlendirmiştir. Tüm bireylerin ise; 17'si beslenme bilgisini “çok kötü”, 49'u “kötü”, 179'u “orta”, 129'u “iyi”, 32'si “çok iyi” olarak değerlendirmiştir. Ağırlık kaybı değişkeninde beslenme bilgi düzeylerinin önemli olup olmadığının testi için yapılan Kruskal Wallis testinde fark bulunamamıştır ($p>0,05$). (Tablo 3).

500 yetişkin birey üzerinde İrlanda'da yapılan çalışmada, beslenme bilgisi ile ağırlık kaybı arasındaki ilişki araştırılmış ve arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Araştırma verileri çalışmamızla benzer bir sonuç göstermektedir (Sengier, 2005).

Çalışmamıza göre, erkek bireylerin 62'si öğün atlamadığını, 68'i öğün atladığını ve kadın bireylerin ise 112'si öğün atlamadığını, 164'ü öğün atladığını belirtmiştir. Tüm bireylere bakıldığında 174'ü öğün atlamadığını, 232'si öğün atladığını belirtmiştir. Öğün atlama ile cinsiyet değişkeni arasında yapılan ki-kare testi sonucunda öğün atlama ile cinsiyet arasında ilişki bulunamamıştır ($P>0,05$). (Tablo 6).

Sevindi ve arkadaşlarının (2007) çalışma sonucuna göre, ağırlık kaybetmek isteyen obez katılımcılardan erkek olanların %71'i, bayanların %77'si öğün atladığı, Türk ve arkadaşlarının (2007) çalışmalarında, ise bireylerin % 81'i öğün atladığı belirlenmiştir. Veriler çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda, tüm bireylerin 85'i "1 ara öğün", 83'ü "2 ara öğün", 39'u "3 ara öğün" yaptığı saptanmıştır. Alemdar (2016), 110 yetişkin obez bireyin yaptığı çalışmada katılımcıların %20,9'u hiç ara öğün yapmazken, %79,1'i ara öğün yapmaktadır. Ara öğün yapan katılımcıların %21,8'i bir, %44,8'i iki, %26,6'sı üç %6,8'i ise dört ve üzeri ara öğün yapmaktadır. Bu çalışmadan elde edilen veriler çalışmamızla benzerlik göstermektedir (Tablo 6).

Ağırlık artışının başlama yaşının erken yaşlarda olması ile bireyin ailesi, arkadaş çevresi ve diğer çevresel etkenler bireyler üzerinde baskı oluşturmakta ve bunun sonucu olarak diyet yapma yaşı adölesan dönemlere kadar düşmektedir. Özellikle kadınların adölesan dönemde aç kalarak ya da öğün atlayarak diyet yapmaya çalıştıkları görülmektedir (Erge, 2003).

Çalışmamızda bireylerin ağırlık kaybında kullandıkları stratejiler incelendiğinde katılımcıların %7,6'sı "ağırlık kaybına yardımcı mobil uygulamalardan yararlanırım" stratejisini "çok sık", %6,2'si "sık" kullandığını belirtmiştir (Tablo 13).

Gustafson vd. (2009) yaptıkları araştırmada 4 ay süre ile mobil uygulamaların ağırlık kaybına olan etkisine bakılmıştır. Araştırma sonunda kişilerin BKİ ortalamasının 34,5 kg/m²'den 33,1 kg/m²'ye düştüğü görülmüştür. Amerika'da yapılan bir çalışmada da obez bireylere haftalık telefon görüşmeleri ve mobil egzersiz programı ile sağlıklı yaşam eğitimi verilmiştir ve 3.ayın sonunda katılımcıların BKİ'nde başlangıca göre anlamlı bir farklılık gözlenmiştir (Smith vd., 2009).

Çalışmamızda bireylerin %18,2'si "diyetisyenden diyet danışmanlığı alırım", %3,7'si "müshil ilaçları kullanırım", %8,9'u "doktorun verdiği diyeti uygularım", %3,4'ü "zayıflama ilaçları kullanırım", ve %4,4'ü "internetten edindiğim diyetleri uygularım" stratejilerine "sık sık" yanıtını vermişlerdir (Tablo 13).

Alemdar (2016), katılımcıların %47,1'i diyetisyenden, %40'ı kendi kendilerine, %4,3'ü alternatif tıp ile uğraşan kişilerden, %4,3'ü doktordan, %2,9'u arkadaş, komşu gibi yakın çevrelerinden, %1,4'ü televizyon, gazete, dergiden diyet önerileri aldıklarını çalışmalarında saptanmıştır. Zayıflamak amacı ile ürün ya da ilaç kullanma sıklığı %27,3'dür. Katılımcıların % 63'ü zayıflama ilacı (Herbal life, Lida, Biber hapı,

Fat blog, Exodex, XLS medical, mango kapsül, L-carnitine), %7'si vitamin, mineral takviyeleri ve %30'u bitki karışımları (Yeşilçay, Altınotu, 7 otlı çay) kullanmışlardır. Yapılan bir başka çalışmada, hastaların 56'sı (%54,4) zayıflamak için kendi kendine diyet yapmış, 9'u (%8,7) doktora başvurmuş, 26'sı (%25,2) diyetisyene başvurmuş, 20'si (%19,4) spor yapmış, 4'ü (%3,9) diğer yöntemler ile zayıflamaya çalıştığını söylemiştir. Daha önceden zayıflamaya çalışanlardan 37'si (%43,5) uyguladığı yöntemle başarılı olmuş, 48'i (%56,5) ise başarılı olamamıştır Hastaların 52'sine (%61,2) diyet yaptığı zamanlarda ailesi destek olduğu, ancak 33'üne ise (%38,8) ailesinin destek olmadığı saptanmıştır (Kaya, 2016).

Çalışmamızda bireylerin %5,2'si “terleyerek zayıflarım” stratejisini “sık sık” kullandıklarını belirtmişlerdir. McElhone ve arkadaşlarının (2007), Avusturya’da 110 jokey üzerinde yaptığı araştırmada katılımcıların yarış esnasında performanslarını artırma amacıyla zayıflama yöntemi olarak %29’unun terlemek için saunaya girdiğini saptamıştır. Ağırlık kaybı için terleme yöntemini kullananlar ile kullanmayan arasında fark bulunmamıştır (Tablo 13).

Katılımcıların %11,1'i “yediğim yiyecek ve içeceklerin enerjisini/porsiyonunu azaltırım”, %13,3’ü “yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım”, %17’si “düzenli spor yaparım” ve %10,8'i “kas kütlemini arttıran spor yaparım” stratejilerini “sık sık” kullandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 13).

Jeffery ve arkadaşlarının (1999), 1120 ABD’li yetişkin bireylerde yapılan çalışmada bireylerin ağırlık kaybında kullandığı stratejiler incelemişlerdir. Bireylerin %82,2'si fiziksel aktiviteyi artırarak, %78,2'si tükettiği yiyecekleri azaltarak ve %73,2'si aldığı kaloriyi azaltarak çalışmayı tamamladı. Çalışmanın sonucunda katılımcılarda kullandıkları stratejiler ile ağırlık kayıplarının arasında anlamlı fark bulundu.

Donnelly ve arkadaşlarının (2009), Amerika’da yaptığı 334 yetişkin birey üzerindeki çalışmada bireylere uygun diyet ve haftalık 150 dakikalık egzersiz programı verilerek yapılan araştırmada erkek bireylerin bir ayda ortalama 5,6 kg., kadın bireylerin ise 4,8 kg. ağırlık kaybettikleri saptanmıştır.

Amerika’da 4021 obez yetişkinlerin ağırlık kaybında kullandıkları stratejileri belirlemek amacıyla yapılan çalışmada; bireylerin %14’ü daha az yağ tükettiğini, %39’u egzersiz süresini arttırdığını, %15’i zayıflama haplarını tercih ettiğini, %10’unun diyet ürünleri yemeği tercih ettiğini ve %6’sının diüretik sıvılar kullandığını saptamıştır (Jacinda ve Nicklas, 2012).

French ve arkadaşlarının (2007), Jameika’da 1015 yetişkin üzerinde ağırlık kaybında kullandıkları beslenme stratejilerinin incelendiği çalışmada katılımcıların: %32,4’ünün egzersizi arttırdığını, %26,0 yağ alımını azalttığını, %25,0’inin atıştırmalıkları azalttığını, %22,4’ünün kalori alımını azalttığını, %8,1’inin oruç tuttuğunu, %5,4’ünün diyet hapları kullandığını, %4,4’ünün yediklerini kustuğu belirtmiştir.

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Bu çalışmadan elde edilen bulgulara dayalı elde edilen sonuçlar ana hatlarıyla aşağıdaki şekilde özetlenmiştir.

- 1) Çalışmaya katılan kadın ve erkek bireylerin BKİ sınıflandırmalarına bakıldığında; bireyler “normal” ve “hafif şişman” grubunda daha çok dağılım göstermektedir ($p<0,05$).
- 2) Sigara kullanım durumu ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Erkeklerin kadınlara göre sigara tüketme sıklığının daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).
- 3) Alkol kullanma durumu ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Erkeklerin kadınlara göre daha fazla alkol tükettiği saptanmıştır ($p<0,05$).
- 4) En çok sevilen öğün ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Erkek bireylerin daha çok akşam öğününü sevdiği, kadın bireylerin daha çok kahvaltı öğününü sevdiği bulunmuştur ($p<0,05$).
- 5) Yiyecek azaltma veya bırakmayı deneme durumu ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı fark bulunmuştur. Erkek bireylere göre kadın bireyler daha çok yiyecek azaltmayı veya bırakmayı denemiştir ($p<0,05$).
- 6) Ağırlık kaybı ile eğitim seviyesi arasında anlamlı fark bulunmuştur. Eğitim seviyesi yüksedikçe kaybedilen ağırlık artmakta ve obezitenin görülme sıklığı azalmaktadır.
- 7) Ağırlık kaybı ile çalışma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).
- 8) Ağırlık kaybı ile beslenme bilgisi arasında anlamlı bir ilişki vardır. Beslenme bilgisi iyi olan bireylerin kötü olanlara göre ağırlık kaybı daha fazladır.
- 9) Ağırlık kaybında etkili olan etmenler arasından sadece sağlık etmeni alt boyutu kaybedilen ağırlık üzerinde negatif bir ($\beta=-0,245$) etkiye sahiptir.

- 10) Ağırlık kaybı kullanılan stratejilerin alt boyutlarından beslenme alt boyutu ağırlık kaybında negatif bir ($\beta=-0,154$) etkiye sahipken, yaşam biçimi alt boyutu pozitif ($\beta=0,213$) bir etkiye sahiptir.
- 11) Ağırlık kaybını en çok etkileyen etmen “obezitenin neden olduğu hastalıklara yakalanmak istemiyorum” olmuştur (%49,5)
- 12) Ağırlık kaybında etkisi en az olan etmen “diyet yapmayı seviyorum” olarak saptanmıştır (%31,8).
- 13) Ağırlık kaybı için en çok kullanılan strateji “sabahları erken uyanırım” olarak bulunmuştur (%45,3).
- 14) Ağırlık kaybında en az kullanılan strateji “zayıflama kamplarına giderim” olarak saptanmıştır (%75,1).

5.2. Öneriler

Toplumun gelişmesi ve bireylerin sağlıklı yaşamasının temeli yeterli ve dengeli beslenmeden geçmektedir. Bu doğrultuda yaşam kalitesinin artırılması, sağlığın korunması ve iyileştirilmesi ve sağlıklı yaşam stratejilerinin uygulanması gerekmektedir.

Obezite, dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de sıklığı giderek artan toplumsal sorun oluşturan bir hastalıktır. Bireylerde yaşam kalitesini düşürerek, bir çok hastalığa sebep olmaktadır. Araştırmalarda obezitenin primer nedeni tam olarak anlaşılabilmiş olmasa da genetik ve çevresel faktörlerin sebep olduğu bilinmektedir.

Obezite tanısı konulmuş bireylerde, bireyin ağırlık kaybına neden olan etmen, ağırlık kaybı süreci ve ağırlık kaybında kullandıkları stratejiler büyük önem taşımaktadır. Bu süreçte bireylerin beden algıları, diyet kaliteleri ve beslenme bilgilerini geliştirmek gerekmektedir. Toplumda yaşayan bireylerin sağlıklarını sürdürmeleri ve geliştirmeleri için kendilerine özgü yeme alışkanlıkları ve davranış modeli oluşturmaları gerekmektedir. Oluşturulması gereken davranış modeli; hayat kalitelerini, yaşam biçimlerini ve sağlıklarını iyi yönde etkileyen etmenler üzerinde kontrol sahibi olmayı hedefleyen ve bu etmenler üzerinde kontrol sahibi olmak için geliştirilecek olan davranış stratejilerini içermelidir. Davranış değişikliği için bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden değişikliğe hazır olması, uygun zamanın seçilmesi ve çevre koşullarının buna yönelik düzenlenerek sürecin aşamalı olarak planlanması gerekmektedir.

Toplumda obezitenin önlenmesi, bedenen ve ruhen sağlıklı bir ağırlık kaybetme süreci için bireylere güvenilir kaynaklardan doğru bilgiler aktarılmalı ve uygun ortamlar hazırlanmalıdır. Anne karnından itibaren her yaşta bireyin obezitenin önlenmesine yönelik; aldıkları eğitim programına obezite konusunun dahil edilmesi, yeterli ve dengeli beslenme bilincinin kazandırılması, fiziksel aktiviteye teşvik edilmesi gerekmektedir.

Sosyal bir sorun olan obezite konusunun, ulusal sağlık sorunu olarak ele alınarak girişimlerde bulunulması ve yapılan araştırmaların daha net sonuçların alınması yönünde çok sektörlü çaba harcanmalıdır. Ağırlık kaybı sürecinde, bireysel müdahalelerin doğru yapılması ve uygulanacak stratejilerin özenle belirlenmesi gerekmektedir.

Ağırlık kaybı ve ağırlık kaybında kullanılan stratejiler ile ilgili yapılan araştırmalarda daha net sonuçlar alınabilmesi için değerlendirilen yöntemlerin güncellenmesi ve geliştirilmesi gerekmektedir.



KAYNAKÇA

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

Akkurt S. (2015). Obezite ve Fiziksel Aktivite. *Türkiye Klinikleri Journal of Medicine*. Special Topics, 1(1): 6-12.

Akman M., Tuzun S., Ünal PC. (2012). *Adölesanlarda Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Durumu*. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul, 8(1):24-29.

Aktaş D., Öztürk F., Kapan Y. (2015).Adölesanlarda obezite sıklığı ve etkileyen risk faktörleri, beslenme alışkanlıklarının belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 14(5):406-412.

Aktaş E., Esin MN. (2012). Çalışanların Sağlık Davranışları Ve Etkileyen Faktörler: Sistemik İnceleme. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(2), s.166-176.

Alemdar S. (2016). *Özel bir zayıflama merkezine devam eden yetişkin kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ağırlık kaybına yansımalarının değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Allender JA., Spradly BW. (2001). Community health nursing: concepts and practice. USA: Lippincott Williams and Wilkins, 5: 600-621.

Alphan E. (2008).Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi. İçinde: Obezitenin Etiyolojisi. *Türkiye Diyetisyenler Derneği*. İstanbul, 17-33.

Alvarez AG., Majem LS., Barba LR., Castell C., Faz M., Uauy R. (2007). Obesity and overweight trends in Catalonia, Spain (1992-2003): Gender an socio-economic determinants. *Public Health Nutr*, 10:1368-78.

Apovian CM., Aronne LJ., Bessesen DH. (2015). Pharmacological management of obesity: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*, 100:342–362.

Applegate L. (2011). Beslenme ve Diyet Temel İlkeleri. İstanbul Tıp Kitabevi.

Aslan D. (2008). Sağlıklı Beslenme Konusunda Hekim Rolü. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 39 (4), 175-179.

Babaoğlu K., Hatun Ş. (2002). Çocukluk Çağında Obezite, 11:1-8.

Bakhshi E., Eshraghian MR., Mohammad K., Foroushani AR., Zeraati H., Fotouhi A. (2008). Sociodemographic and smoking associated with obesity in adult women in Iran: Results from the National Health Survey. *J Public Health*, 30:429-35.

Baysal A. (2016). Beslenme (15. Baskı). Ankara: Hatipoğlu Yayınları.

Blackburn GL., Kanders BS. (2007). Medical evaluation and treatment of the obese patients with cardiovascular disease. *Am J Cardiol*, 60: 55-58.

Blundell JE. (2014). Behaviour modification and exercise in the treatment of obesity. *Postgraduate Medical Journal*, 60(suppl.3): 37.

Bray GA. (2004). Medical consequences of obesity. *J Clin Endocrinol Metab*, 89:2583-9.

Brownell KD. (2014). The psychology and physiology of obesity: implications for screening and treatment. *JADA*, 84(4): 406.

Brownell KD., Wadden TA. (2000). Obesity. In Comprehensive Textbook of Psychiatry, In: Kaplan HI, Sadock BJ (editors). Seventh ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1787-1797.

Ceviz A., Ceviz D. (2007). *Ev Hanımı ve Çalışan Kadınların Obezite Prevalansı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi*. Fırat Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu, Elazığ, 21 (5): 211- 220.

Chute CG., Willett WC., Colditz GA., Stampfer MJ., Baron JA., Rosner B.,

Speizer FE. (2001). A prospective study of body mass, height, and smoking on the risk of colorectal cancer in women. *Cancer Causes Control*. 2:117-24.

Clark AM., Ledger W., Galletly C., Tomlinson L., Blaney F., Wang X., Norman RJ. (1995). Weight loss results in significant improvement in pregnancy and ovulation rates in anovulatory obese women. *Human Reproduction*, 10: 2705-2712.

Collins, M. (1986), Sampling. Editors: Worcester, R.M. and Downham, J. Consumer Market Research Handbook, 3rd Edition, Esomar, McGraw-Hill, Maidenhead.

Contento RI. (2011). Nutrition Education Linking Research, Theory and Practice. Jones and Bartlett Publishers. Massachusetts.

Cooper Z., Fairburn GC. (2001). A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behav Res Ther*, 39: 499-511.

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

Dallar Y., Erdeve S., Çakır Y., Köstü M. (2006). Obezite, çocuklarda depresyon ve özgüven eksikliğine neden oluyor mu?, *Gülhane Tıp Dergisi*, 48: 1-3.

DiPietro L., Dziura J., Yeckel CW., Neufer PD. (2006). Exercise and improve insulin sensitivity in older women: evidence of the benefits of higher intensity training. *J Appl Physiol*, 100:142-9.

Donnelly J., Blair S., Jakicic J., Manore M., Rankin J., Smith B. (2009). Appropriate Physical Activity Intervention Strategies for Weight Loss and Prevention of Weight Regain for Adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 41(2):459-471.

Dyer AR., Elliott P. (2009). The Intersalt study: relations of body mass index to blood pressure. Intersalt Co-operative Research Group. *J Hum Hypertens*. 3:299-308.

Efil S. (2005). *Sağlık Çalışanlarında Obezite Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi*. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Afyon, s:57.

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

Esposito K., Pontillo A., Di Palo C. (2003). Effect of Weight Loss and Lifestyle Changes on Vascular Inflammatory Markers in Obese Women. *JAMA*, 289(14):1799-1804.

Evans E.H., Sainsbury K., Kwasnicka D., Bolster A., Araujo-Soares V. (2018). Supportneeds of patients with obesity in primary care: a practice-listsurvey. *BMC Family Practice*, 19: 6.

Flechtner-Mors M., Ditschuneit HH., Johnson TD. (2000). Metabolic and weight loss effects of long-term dietary intervention in obese patients: four-year results. *Obes Res*, 8:399.

Foster GD., Wadden TA., Phelan S., Sarwer DB., Sanderson RS. (2000). Obese patients' perceptions of treatment outcomes and the factors that influence them. *Arch Intern Med*, 161:2133–2139.

Fouad MF., Rastam S., Ward KD., Maziak W. (2006). Prevalence of Obesity and Its Associated Factors in Aleppo, Syria. *Prev Control*, 2:85-94.

Fox EA., Byerly MS. (2004). A mechanism underlying mature-onset obesity: evidence from the hyperphagic phenotype of brain-derived neurotrophic factor mutants. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol*, 286: 994-1004.

French SA., Harnack LJ., Toomey TL., Hannan PJ. (2007). Association between body weight, physical activity and food choices among metropolitan transit workers. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 4: 52.

Fried M., Yumuk V., Tsigos C. (2015). Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity. European Guidelines for Obesity Management in Adults. *Obes Facts*. 8(6):402-24.

Fryar CD., Carroll MD., Ogden CL. (2015). Prevalence of Overweight, Obesity, and Extreme Obesity Among Adults: United States, 1960–1962 Through 2011– 2012.

Gallagher D., Heymsfield SB., Heo M. (1990). Healthy percentage body fat ranges: an approach for developing guidelines based on body mass index. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 72(3): 694-701.

Garaulet M., Perez de Heredia F. (2009). Behavioural therapy in the treatment of obesity (I): new directions for clinical practice. *Nutricion Hospitalaria*, 24:629-639.

Garner DM., Garfinkel PE. (1979). The Eating Attitudes Test: An Index of the Symptoms of Anorexia Nervosa, *Psychological Medicine*, 9 (2): 273-27.

Gonzalez CA., Pera G., Quiros JR. (2010). Types of fat intake and body mass index in a Mediterranean country. *Public Health Nutr*, 3:329-336.

Gortmarker SL., Must A., Perrin JM., Sobol AM., Dietz WH. (2003). Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *New Eng J Med*, 330:1008, 1008-1012.

Grave RD., Calugi S., Ghoch EM. (2013). Lifestyle modification in the management of obesity: achievement and challenges. *Eat Weight Disord*, 18: 339-349.

Grubbs L. (1993). The critical role of exercise in weight control. *Nurse Pract*, 18:20-22, 25-26, 29.

Gustafson A., Khavjou O., Stearns SC. (2009). Cost-effectiveness of a behavioral weight loss intervention for low-income women: the weight-wise program. *Preventive Medicine* 49: 390-395.

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

Günöz H., Saka N., Darendeliler F. (2003). Büyüme, gelişme ve endokrin. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 111-4.

Ha H., Han C., Kim B. (2017). Can Obesity Cause Depression Using Pseudo Panel Analysis. 1st ed. South Korea, The Institute of Economic Research.

Hajian-Tilaki KO., Heidari B. (2007). Prevalence of obesity, central obesity and the associated factors in urban population aged 20-70 years, in the North of Iran: A population-based study and regression approach. *Obes Rev*, 8:3-10.

Hamurcu P. (2014). *Obez bireylerde benlik saygısı ve benlik algısının değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, İstanbul.

Hankey C. (2014). Management of Obesity and Overweight in Adults. Manual of Dietetic Practice (Editor: Gandy J, in conjunction with British Dietetic Association), Wiley Blackwell, 5th Edition, 735-742, United Kingdom.

Heywood S., McCabe MP. (2006). Negative Affect as a Mediator between Body Dissatisfaction and Extreme Weight Loss and Muscle Gain Behaviors. *Journal of Healty Psychology*, 1(7): 19-31.

Hindle L. (2014). Obesity. Manual of Dietetic Practice, (Editor: Gandy J, in conjunction with British Dietetic Association), Wiley Blackwell, 5th Edition, 727-735, United Kingdom.

Hursting SD., Berger NA. (2010). Energy balance, host-related factors, and cancer progression. *J Clin Oncol*; 28: 4058–4065.

Insel P., Turner E., Ross DS. (2007). Energy Balance, Body Composition and Weight Management. *Nutrition Journal*, Third Edition;329-79.

Jacinda M., Nicklas MD. (2012). Successful Weight Loss Among Obese U.S. Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(5):481-485.

Jacobson D., Melnyk BM. (2011). Psychosocial correlates of healthy beliefs,

choices, and behaviors in overweight and obese schoolage children: a primary care healthy choices intervention pilot study. *J Pediatr Nurs*, 26:456-464.

Jean YK., Brown DR., Galuska DA., Zhang J., Blanck HM., Ainsworthc BE. (2008). Weight loss advice U.S. obese adults receive from health care professionals. *Preventive Medicine Journal*, 47(6):587-592.

Jellinger PS., Handelsman Y., Rosenblit PD. (2017). American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Guidelines for Management of Dyslipidemia and Prevention of Cardiovascular Disease. *Endocr Pract*, 23:1-87.

Jensen MD. (2008). Obesity. In: Cecil Medicine, 23rd Edition. Editors: Goldman L, Ausiello D. Elsevier, PA, USA: 1643- 1652.

Johnstone A. (2015). Fasting for weight loss: an effective strategy or latest dieting trend. *International Journal of Obesity*, 39,727-733.

Kantan S. (1998). Bilimsel araştırma teknikleri ve istatistik yöntemleri. Ankara: Tekışık Web Ofset Tesisleri.

Karasar N. (2005). Bilimsel Araştırma Yöntemi. Ankara: Nobel Yayınevi.

Kaya G. (2016). *Obezite Tanısı Almış Kadınların Obezite Dereceleri ile Problemlili Yeme Davranışı Arasında İlişki*. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Kazkondu İ. (2010). *Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) Belirtilerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Kelly T., Yang W., Chen CS., Reynolds K., He J. (2013). Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. *Int J Obes (Lond)*. 2008;32(9):1431-1437.

Kılıçarslan A., Işıldak M., Güven GS., Öz SG., Tannover MD., Duman AE. (2006). Demographic, socioeconomic and education all aspects of obesity in an

adult population. *Journal of the National Medical Association*, 98 (8), p. 1313-1317.

Klem ML., Wing RR., McGuire MT., Seagle HM., Hill JO. (1997). A descriptive study of individuals successful at long-term maintenance of substantial weight loss. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 66(2):239–246.

Kruger J., Galuska DA., Serdula M., Jones DA. (2004). Attempting to lose weight: Specific practices among U.S. adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 26(5):402-406.

Kurth T., Gaziano JM., Rexrode KM. (2005). Prospective study of body mass index and risk of stroke in apparently healthy women. *Circulation*, 111(15):1992-1998.

Lau D., Douketis J., Morrison K., Ur E., Hramiak I. (2007). Interventions for the treatment of overweight and obesity in adults. *J Acad Nutr Diet*, 116 (1): 129-147.

Lau DCW., Douketis JD., Morrison KM., Hramiak IM., Sharma AM. (2007). 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children (summary). *CMAJ*, 176 (8 Suppl):1-13

Lee S., Kuk JL., Davidson LE., Hudson R., Graham TE., Ross R. (2005). Exercise without weight loss is an effective strategy for obesity reduction in obese individuals with and without Type 2 diabetes. *Journal American Physiological Society* 99(3):1220-1225.

Leibbrand R., Fichter MM. (2002). Maintenance of weight loss after obesity treatment: is continuous support necessary. *Behav Res Ther*, 40: 1275-1289.

Luppino FS., Wit LM., Bouvy PF., Stijnen T., Cuijpers P., Penninx BW., Zitman FG. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry*. 67:220-9.

Maggard MA., Shugarman LR., Suttrop M. (2005). Meta-analysis: surgical treatment of obesity. *Ann Intern Med*, 142: 547–59.

Mahan LK., Escott-Stump S. (2004). Krause's food, nutrition, & diet therapy. Saunders Company, Philadelphia.

Malczewska-Malec M., Wybranska I., Leszczynska Golabek I. (2004). Analysis of candidate genes in Polish families with obesity. *Clin Chem Lab Med*, 42: 487-493.

Maskarinec G., Takata Y., Pagano I., Carlin L., Goodman M., Marchand L., Nomura A. (2006). Trends and Dietary Determinants of Overweight and Obesity in A Multiethnic Population. *Obesity Journal*, 14:717-26.

Maureen T., McGuire D., Rena R., Wing ML., Klem James O. Hillf. (2012). Behavioral Strategies of Individuals Who Have Maintained Long-Term Weight Losses. *Obesity Journal*, 7(4):334-341.

McElhone S., Kearney JM., Giachetti I., Hans-Joachim FZ. (2007). Body image perception in relation to recent weight changes and strategies for weight loss in a nationally representative sample in the European Union. *Public Health Nutrition Journal*, 2(1):141-143.

Miran, B. (2003), "Temel İstatistik." Ege Üniversitesi Basımevi, 288 s., Bornova, İzmir.

Neki NS. (2013). Obesity and depression: Is there any link. *JK Science*, 15(4):164-168.

Nelson TL., Vogler GP., Pedersen NL., Hong Y., Miles TP. (2005). Genetic and environmental influences on body fat distribution, fasting insulin levels and CVD: are the influences shared Twin Res, 3:43-50.

Norman RA., Thompson DB., Foroud T., Garvey WT., Bennett PH. (1997). Genomewide search for genes influencing percent body fat in Pima Indians suggestive linkage at chromosome 21-22. Pima Diabetes Yine Group. *Am J Hum Genet*, 60: 166-173.

O'Neil PM., Smith CF., Foster GD., Anderson DA. (2000). The perceived relative worth of reaching and maintaining goal weight. *Int J Obes*, 24:1069–1076.

Oranzo JA., Scott JG. (2004). Diagnosis and treatment of obesity in Adults: An Applied Evidence- Based Review. *J Am Board Fam Pract*, 17:359-369 29.

Özmen D., Ergin D., Çakmakçı Çetinkaya A., Şen N. (2007). Eating Habits and Body Weight Control Behaviors of High School Students. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (2).

Özvarış ŞB. (2006). Sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme. Çeviri: Güler Ç, Akın L. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, s. 1132-1188.

Pekcan G. (1998). Türkiye'de Beslenme Durumu. 5. *Uluslararası Spor Bilimleri Kongresi Bildiri Özetleri*. Ankara, 5-7 Kasım, 51-53.

Pekcan G. ve Karaağaoğlu N. (2000). State of Nutrition in Turkey. *Nutrition and Health*, 14:41-52.

Rigaud D., Jiang T., Pennacchio H., Brémont M., Perrin D. (2014) Triggers of bulimia and compulsion attacks: validation o the "Start" questionnaire. *Encephale*, 40:323-329.

Robinson TN. (2009). Reducing children's television viewing to prevent obesity: a randomized controlled trial. *Jama*, 282(16): 1561-1567.

Ruotsalainen H., Kyngäs H., Tammelin T. (2015). Systematic review of physical activity and exercise interventions on body mass indices, subsequent physical activity and psychological symptoms in overweight and obese adolescents. *Journal of Advanced Nursing*, 71(11): 2461–2477.

Sabuncu T., Kıyıcı S., Eren MA. (2017). Summary of Bariatric Surgery Guideline of the Society of Endocrinology and Metabolism of Turkey. *Turk J Endocrinol Metab*, 21:140-147.

Santos Silva DA., Nahas MV., Sousa TF., Del Duca GF., Peres KG. (2011). Prevalence and associated factors with body image dissatisfaction among adults in southern Brazil: a population-based study. *Body Image*, 8:427-431.

Sengier A. Multifactorial etiology of obesity: nutritional and central aspects. (2005). *Rev Med Brux*, 26: 211-214.

Seppälä T., Mäntyselkä P., Saxen U. (2014). Weight change and health related quality of life: population-based longitudinal study of the effects of health related quality of life on the success of weight management. *Journal of community health*, 39(2): 349-354.

Sevindi T., Yılmaz G., İbiş S., Yılmaz B. (2007). Gazi Üniversitesi Beden Eğitimi Ve Spor Yüksek Okulu Öğrencilerinin Beslenme Ve Kahvaltı Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi, 11:3.

Smith BK., Walleghen EL., Cook-Wiens G. (2009). Comparison of two self-directed weight loss interventions: limited weekly support vs. no outside support. *Obesity Research & Clinical Practice*, 3: 149-157.

Snoek Harriette M., Strien T., Janssens Jan A.M., Engels Rutger C.M.E. (2007). “Emotional, External, Restrained Eating and Overweight in Dutch Adolescent”, *Scandinavian Journal of Psychology*, Volume: 48, Issue: 1, 23-32.

Sothorn MS., Gordon ST. (2003). Prevention of obesity in young children: a critical challenge for media professionals. *Clinical Pediatrics*, 42(2): 101.

Sullivan MB., Sullivan LG., Kral JG. (2012). Quality of life assessment in obesity: physical, psychological, and social function. *Gastroenterology Clinics of North America*, 16(3): 433-442.

Swift DL., Johannsen NM., Lavie CJ. (2014). The role of exercise and physical activity in weight loss and maintenance. *Prog Cardiovasc Dis*, 56:441-447.

Switzer NJ., Mangat HS., Karmali S. (2013). Current trends in obesity: body composition assessment, weight regulation, and emerging techniques in managing severe obesity. *Journal of interventional gastroenterology*, 3(1): 34, 3.

Şanlıer N., Konaklıoğlu E., Güçer E. (2009). Gençlerin Beslenme Bilgi, Alışkanlık ve Davranışları İle Beden Kütle İndeksleri Arasındaki İlişki. *Gazi Eğitim*

Fakültesi Dergisi, 29(2):333-352.

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

Teixeira PJ., Silva MN., Coutinho SR., Palmeira AL., Mata J., Vieira PN. (2010). Mediators of weight loss and weight loss maintenance in middle-aged women. *Obesity*, 18:725-735.

Tengku AI., Rohana AJ., Wan RI., Noor FH., Wan SN. (2018). Understanding Dieting and Previous Weight Loss Attempts among Over weight and Obese Participants: Insights into My Body Is Fit and Fabulous at Work Program. *Korean J Fam Med*, 39:15-22.

Tıǧlı M., Özel H. (2012). Zayıflama Diyeti Uygulayan Bireylerin Başarı Oranları ve Etkileyen Etmenlerin Saptanması. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 40(1).

Toplak H., Woodward E., Yumuk V. (2014). EASO position statement on the use of anti-obesity drugs. *Obes Facts*. 2015;8:166–174.

Türk M., Taner Gürsoy Ş., Ergin I. (2007). Kentsel bölgede lise birinci sınıf öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları. *Genel Tıp Dergisi*, 17(2):81-7.

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması. (2010). Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayın No: SB-SAG-2014/02, Ankara Şubat, 2015.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (2014). Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu, Obezite tedavisi. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu. 1. Baskı. Ankara, Miki Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti, 33-42.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye Erişim: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf Erişim Tarihi:20.03.2019.

Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi. (TÜBER) (2015). Ankara: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Gıda Güvenli Daire Başkanlığı. Türkiye Beslenme Rehberi T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No:1031.

Van Strein T., Frijters J., Bergers G., Defares P. (1986). The Dutch eating behaviour questionnaire (DEBQ) for assesment of restrained, emotional and external eating behaviour. *International Journal of Eating Disorder*, Vol. 5, 295-315.

Villareal T., Suresh C., Parimi N., Sinacore D. (2011). Weight Loss, Exercise, or Both and Physical Function in Obese Older Adults. *N Engl J Med*, 364:1218-1229.

Wadden TA., Webb VL., Moran CH., Bailer BA. (2012). Lifestyle Modification for Obesity New Developments in Diet, Physical Activity, and Behavior Therapy. American Heart Association, 2012;125:1157-1170.

Wangensteen T., Undlien D., Tonstad S., Retterstol L. (2005). Genetic causes of obesity. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 125: 3090-3093.

Whitney EN., Cataldo CB., Rolfcs SR. (1994). Energy balance and weight control. Understanding Normal and Clinical Nutrition 4.th ed. West Publishing Company , New York, 243.

WHO. (1997). *Prevention and Management of the Global Epidemic of Obesity*. Report of the WHO Consultation on Obesity. Geneva.

WHO. (2000). Obesity: prevent ingand managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Technical Report Series No: 829, World Health Organization, Geneva.

WHO. (2005). Preventing chronic disease: a vital investment: global report. Geneva,56.

Yetkin F. (2008). *Konya İl Merkezinde Özel Hastanelere Başvuran 18-60 Yaş Grubu Kadınların Obezite Prevalansı ve Bunu Etkileyen Etmenler Üzerine Bir Araştırma*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 66.

Ying A., Arima H., Czernichow S. (2015). Effects of blood pressure lowering on cardiovascular risk according to baseline body-mass index: a meta-analysis of randomised trials, 385(9971):867-74.

Young T., Palta M., Dempsey J., Skatrud J., Weber S., Badr S. (2003). The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med.* 328:1230-5.

Yurt S. (2008). *Fazla kilolu adölesanlara uygulanan motivasyon görüşmelerinin beslenme tutumu, davranışları ve kilo üzerine etkisi.* Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Yurttagül M. (2000). Hafif Şişman ve Şişman Kadınların Beslenme Alışkanlıkları ve Zayıflamaya İlişkin Tutum ve Davranışları. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 24(1): 59-73.

Yurttagül M. (2010). Hafif Şişman ve Şişman Kadınlarda Beslenme Alışkanlıkları ve Zayıflamaya İlişkin Tutum ve Davranışları. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 24 (1), s. 59-73.

Yücel N. (2008). *Kilolu ve obez kadınlarda obezite ve benlik saygısı ilişkisinin değerlendirilmesi.* Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Zaybak A., Fadiloğlu Ç. (2004). Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 20(1): 77-95.

EKLER

Ek-1: Anket Formu

Sayın Katılımcı,

Yetişkin Bireylerin Ağırlık Kaybında Etkili Olan Değişkenler ve Kullandıkları Stratejilerin İncelenmesi amacıyla uygulanan bu anket ile elde edilen bilgiler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Bu amaç doğrultusunda araştırma dört bölümden oluşmaktadır ve iki ölçek kullanılmıştır. Ankette yer alan maddelerin doğru ya da yanlış cevabı bulunmamaktadır. Bu yüzden anketin tüm maddelerine eksiksiz cevap vererek her bir madde için size en uygun olan seçeneği işaretlemeniz önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılımınız ve samimi cevaplarınız için teşekkür ederim.

Dyt. Mine Bilinç ALTUN

BÖLÜM I: GENEL BİLGİLER

1. Cinsiyet a) Erkek b) Kadın
2. Yaş (yıl):.....
3. Boy (cm):..... Vücut ağırlığı (kg):.....
4. Medeni durum a) Bekar b) Evli
5. Eğitim seviyeniz nedir?
- a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise d) Üniversite e) Diğer
6. Çalışıyor musunuz? a) Evet b) Hayır

BÖLÜM II: BESLENME ALIŞKANLIKLARI, YAŞAM BİÇİMİ VE DİYET DAVRANIŞLARI

1. Düzenli egzersiz yapar mısınız? a) Evet b) Hayır
2. Sigara kullanıyor musunuz? a) Evet b) Hayır
3. Alkol kullanıyor musunuz? a) Evet b) Hayır
4. Hekim tarafından teşhisi konulmuş bir hastalığınız var mı?
- a) Evet b) Hayır

5. Günde kaç öğün yemek yersiniz?

a) Ana öğün (sabah/öğle/akşam):.....öğün

b) Ara öğün (kuşluk/ikindi/gece):.....öğün

6. Öğün atlar mısınız? a) Evet b) Hayır

7. En sevdiğiniz öğün hangisidir?

a) Kahvaltı b) Öğle yemeği c) Akşam yemeği d) Diğer ...

8. En çok hangi besin grubunu tüketirsiniz?

a) Tahıl ürünleri b) Süt ve süt ürünleri c) Et ve et ürünleri
d) Sebze e) Meyve f) Diğer.....

9. Sık sık açlık hisseder misiniz?

a) Evet b) Hayır

10. Acıkınca genellikle ne tüketirsiniz ?

a) Yemek b) Fast-food c) Sağlıklı ara öğünler d) Diğer.....

11. Beslenme alışkanlıklarınızı ve bilginizi nasıl değerlendirirsiniz?

Bilgi: a) Çok Kötü b) Kötü c) Orta d) İyi e) Çok iyi

Alışkanlık: a) Çok Kötü b) Kötü c) Orta d) İyi e) Çok iyi

12. Kilolu olduğunuzu düşünüyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

13. Belirli yiyecekleri azaltmayı ya da bırakmayı hayatınız boyunca hiç denediniz mi?

a) Evet b) Hayır

14. Yaşamınızda herhangi bir diyet yaptınız mı? a) Evet b) Hayır

15. Yaptığınız diyetle kaç kilo verdiniz? a).....kg verdim

16. Kaybettiğiniz ağırlığı koruyabildiniz mi?

a) Evet b) Hayır

17. Diyete devam süreci sizce zor mu?

a) Evet b) Hayır c) Kısmen

18. Diyet yaparken aç kalıyor musunuz?

a) Evet b) Bazen c) Hayır

19. Diyet sırasında yaşadığınız sağlık probleminiz oldu mu?

a) Evet b) Hayır

Cevabınız evet ise açıklayınız:.....

20. Diyete uyumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

a) Kötü b) Normal c) İyi

21. Diyeti bırakma nedeniniz nedir?

a)Diyetimi bırakmadım

b)Hedef kiloma ulaştım

c) Diğer.....

Cevabınız diğer ise açıklayınız:.....

BÖLÜM III: AĞIRLIK KAYBINI ETKİLEYEN ETMENLER

	Tamamen etkili	Çok etkili	Orta düzeyde etkili	Az etkili	Tamamen etkisiz
Sağlık Durumu					
1.Ameliyat olmamak için kilo vermeliyim					
2.Ağırılık kaybedersem sağlık sorunlarım azalır					
3.Obezitenin neden olduğu hastalıklara yakalanmak istemiyorum					
4. Doktorum ağırılık kaybetmem gerektiğini söyledi					
Beden İmajı					
5.Aynadaki görüntümden memnun değilim					
6.Daha güzel/yakışıklı görüneceğim					
7.Sevdiğim kıyafetleri giymek istemem					
8.Zayıf insanlara özeniyorum					
9.Zayıflarsam hayattan daha çok zevk alacağımı inanıyorum					
Yaşam biçimi					
10.Hareketlerim kısıtlanıyor					
11.Kaliteli bir yaşam sürmek istiyorum					
12.Diyet yapmayı seviyorum					
13.Kilo takıntım var					
14.Sağlıklı ve dengeli beslenmek istiyorum					
15.Daha aktif olmak istiyorum					
16.Yaşam tarzımı ve hayata dair düşüncelerimi değiştirmek istiyorum					
17.İnsanların beni daha çok seveceğini/önemseyeceğini düşünüyorum					
Fizyolojik					
18.Daha enerjik olacağımı düşünüyorum					
19.Cinsel hayatımın daha iyi olacağımı düşünüyorum					
20.Uykularımın düzene girmesini istiyorum					
21.Yaşam süremi uzatmak istiyorum					

BÖLÜM IV: AĞIRLIK KAYBINDA KULLANILAN STRATEJİLER

Aşağıdaki tabloda ağırlık kaybetmede kullandığınız stratejileri kullanım sıklığınıza göre belirtiniz.

Ağırlık Kaybında Kullanılan Stratejiler	Çok Sık ○	Sık ○	Bazen ○	Nadiren ○	Hiçbir zaman ○
Beslenme					
1. Çok fazla yediğimde, ertesi gün daha az yiyerek dengelerim					
2.Öğün aralarında yemek yememeye çalışırım					
3.Kendimi aç bırakırım					
4. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim					
5. Yediğim yiyecek ve içeceklerin enerjisini/porsiyonunu azaltırım					
6.Yemek yeme süremi uzatırım					
7. Yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım					
8.Ekmek ile eti aynı anda tüketmem					
9.Yemeklerden önce ve sonra su tüketmek için en az iki saat beklerim					
10. Lokmalarımı daha çok çiğnerim					
Egzersiz					
11.Düzenli spor yaparım					
12. Kas kütlemi arttıran spor yaparım					
13.Yediklerimi yakana kadar durmadan spor yaparım					
14. Asansör yerine merdiven kullanırım					
15.Adım sayımı artırırım					
16.Toplu taşıma aracı kullanırım					
17.toplu taşıma aracından bir durak önce iner, yürürüm					
Yaşam Biçimi					
18.Sabahları erken uyanırım					
19. Dışarda yemek yemem					
20.Diyet yemekleri yerim					
21.Her gün aynı saatte yemeklerimi yerim					
22. Az uyurum					
Diğer stratejiler					
23.Müşil ilaçları kullanırım					
24. İnternette edindiğim diyeti uygularam					
25. Ünlü/medyatik diyetisyenlerin verdiği diyetleri uygularam					
26.Zayıflama ilaçları kullanırım					
27.Doktorumun verdiği diyeti uygularam					

28. Çevremde tanıdığım kişilerin diyetini uyguladım					
29. Diyet danışmanlığı aldım					
30. Ağırlık kaybına yardımcı mobil uygulamalardan yararlandım					
31. Ağırlık kaybetmek için obezite cerrahisini düşünüyorum					
32. Korse giyerim					
33. Akupunktur tedavisi yaptırırım					
34. Zayıflama kamplarına giderim					
35. Hacamat yaptırırım					
36. Meditasyon/ yoga ile zayıflarım					
37. Kendimi kontrol etmek için yediklerimi yazarım					
38. Terleyerek zayıflarım (sauna, buhar odası vb.)					

EK-2



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı: 481

Tarih: 24/04/2019

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME
FORMU

Toplantı tarihi: 24.04.2019
Toplantı no: 09
Proje no: 481
Karar no: 2019/481

Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Doç. Dr. Nazan AKTAŞ “Yetişkin Bireylerin Ağırlık Kaybında Etkisi Olan Değişkenler ve Kullandıkları Stratejik: Bir Karma Yöntem Çalışması” adlı çalışması görüşüldü. Çalışma etik açıdan uygun bulunmuştur.

Doç. Dr. Handan ERTAŞ (Başkan)

Doç. Dr. Dilek ÖNAY DERİN (Üye)

Doç. Dr. Kezban TEPELİ (Üye)

Doç. Dr. Nur FEYZAL KESEN (Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Emel FİLİZ (Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Gülperi DEMİR (Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Emine ERGİN (Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Neslihan LÖK (Üye)
(İzinci)

Dr. Öğr. Üyesi Bihter AKIN (Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Seyhan ÇANKAYA (Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Özden KUŞCU (Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Sinan AKÇAY (Üye)

Arş Gör Dr. Cengiz ÇELİK (Üye)

EK-3



SELÇUK UNIVERSITY
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
Ethics Committee for Non-Interventional
Clinical Investigations



Number: 481

Tarih: 24/04/2019

RESEARCH PROJECT EVALUATION FORM

Meeting date: 24.04.2019
Meeting number: 08
Project number: 481
Decision number: 2019/481

The research project proposal titled "Variables Effecting Weight Loss of Adult Individuals and Their Strategic: A Mixed Method Study" "481" which is a researcher Assoc. Prof. Dr. Nazan AKTAŞ member of the faculty of health sciences faculty Department of Nutrition and Dietetics of our university, was examined by taking into account the justification, purpose, approach and methods and it was found appropriate from an ethical point of view.

Assoc. Prof. Dr. Handan ERTAŞ (Ethics
Committee chair)

Assoc. Prof. Dr. Didem ÖNAY DERİN (Member)

Assoc. Prof. Dr. Kezban TEPELİ (Member)

Assoc. Prof. Dr. Nur FEYZAL KESEN (Member)

Assist.Prof. Emel FİLİZ (Member)

Assist.Prof. Gülperi DİMİR (Member)

Assist.Prof. Neslihan LÖK (Member)

Assist.Prof. Emine ERGİN (Member)

Assist.Prof. Seyhan ÇANKAYA (Member)

Assist.Prof. Bihter AKIN (Member)

Assist.Prof. Sinan AKÇAY (Member)

Assist.Prof. Özden KUŞCU (Member)

Assist. Dr. Cengiz ÇELİK (Member)

EK-4: Doğrulama Faktör Analizi Yapılmadan Önceki Anket Formu**ANKET FORMU****YETİŞKİN BİREYLERİN AĞIRLIK KAYBINDA ETKİLİ OLAN DEĞİŞKENLER VE KULLANDIKLARI STRATEJİLER***Anket No:***BÖLÜM I: GENEL BİLGİLER**

1. Cinsiyet a)
Erkek b)
Kadın 2. Yaş
(yıl):.....
3. Boy (cm):.....Vücut ağırlığı (kg):.....
7. Medeni durum a) Bekar b) Evli
8. Eğitim seviyeniz nedir?
a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise d) Üniversite e) Diğer
9. Çalışıyor musunuz?
a) Evet b) Hayır

BÖLÜM II: BESLENME ALIŞKANLIKLARI, YAŞAM BİÇİMİ VE DİYET DAVRANIŞLARI

1. Düzenli egzersiz yapar mısınız? a) Evet b) Hayır
2. Sigara kullanıyor musunuz? a) Evet b) Hayır
3. Alkol kullanıyor musunuz? a) Evet b) Hayır
4. Hekim tarafından teşhisi konulmuş bir hastalığınız var mı?
a) Evet b) Hayır
Cevabınız evet ise yazınız:
5. Günde kaç öğün yemek yersiniz?
c) Ana öğün (sabah/öğle/akşam):.....öğün
d) Ara öğün (kuşluk/ikindi/gece):.....öğün
6. Öğün atlar mısınız?
a) Evet b) Hayır
7. En sevdiğiniz öğün hangisidir?

a)Kahvaltı b) Öğle yemeği c)Akşam yemeği d)

Diğer 8.En çok hangi besin grubunu tüketirsiniz?

a) Tahıl ürünleri b) Süt ve süt ürünleri c)Et ve et ürünleri d)Sebze e)Meyve
d) Diğer..... 9.Sık sık açlık hissedersiniz?

a)Evet b)Hayır

10.Acıkınca genellikle ne tüketirsiniz ?

a) Yemek b) Fast-food c) Sağlıklı ara öğünler d) Diğer..... 11.Beslenme alışkanlıklarınızı ve bilginizi nasıl değerlendirirsiniz?

Bilgi: a) Çok Kötü b) Kötü c) Orta
d) İyi e) Çok iyi Alışkanlık: a) Çok Kötü
b) Kötü c) Orta d) İyi e) Çok iyi

12.Kilolu olduğunuzu düşünüyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

Cevabınız evet ise açıklayınız:.....

13.Belirli yiyecekleri azaltmayı ya da bırakmayı hayatınız boyunca hiç denediniz mi?

a) Evet b) Hayır

Cevabınız evet ise kaç kez denediniz.....

14.Yaşamınızda herhangi bir diyet yaptınız mı?

a) Evet b) Hayır

15.Yaptığınız diyetle kaç kilo verdiniz?

a) Kilo veremedim

b)kg verdim

16.Verdiğiniz kiloyu koruyabildiniz mi?

a) Evet b) Hayır

Cevabınız evet ise süresini yazınız:.....

Cevabınız hayır ise kaç kilo aldığınızı yazınız.....

17.Diyete devam süreci sizce zor mu?

a) Evet b) Hayır c) Bilmiyorum

18.Diyet yaparken aç kalıyor musunuz?

a) Her zaman açlık hissedirim. b) Bazen c) Hayır

19.Diyet sırasında yaşadığınız sağlık probleminiz oldu mu?

a) Evet b) Hayır

Cevabınız evet ise açıklayınız:.....

.....

20.Diyet sırasında sizi hayal kırıklığına uğratan durum oldu mu?

- a)Evet b)Hayır

Cevabınız evet ise nedenini

açıklayınız:..... 21.Diyete

uyumunuzu nasıl değerlendirirsiniz

- a) Kötü b) Normal c) İyi

22. Diyeti bırakma nedeniniz nedir?

a) Diyetimi bırakmadım

b) Hedef kiloma ulaştım

c) Diğer.....

Cevabınız diğer ise açıklayınız:.....

BÖLÜM III: AĞIRLIK KAYBINI ETKİLEYEN ETMENLER

	Tamamen etkili °	Çok etkili °	Orta düzeyde etkili	Az etkili °	Tamamen etkisiz °
Sağlık Durumu					
1.Ameliyat olmamak için kilo vermeliyim					
2.Ağırılık kaybedersem sağlık sorunlarım azalır					
3.Obezitenin neden olduğu hastalıklara yakalanmak istemiyorum					
4. Doktorum ağırılık kaybetmem gerektiğini söyledi					
Beden İmajı					
5.Aynadaki görüntümden memnun değilim					
6.Daha güzel/yakışıklı görüneceğim					
7.Sevdiğim kıyafetleri giymek isterim					
8.Zayıf olan insanlara özeniyorum					
9.Zayıflarsam hayattan daha çok zevk alacağıma inanıyorum					
10.Vücudumda sarkma ve çatlak olmasını istemiyorum					
11.Özgüven kazanmak istiyorum					
Yaşam biçimi					
12.Hareketlerim kısıtlanıyor					
13.Kaliteli bir yaşam sürmek istiyorum					
14.Stresli bir hayatımın olduğunu düşünüyorum					
15.Diyet yapmayı seviyorum					
16.Kilo takıntım var					
17.Sağlıklı ve dengeli beslenmek istiyorum					
18.Daha aktif olmak istiyorum					
19.Yaşam tarzımı ve hayata dair düşüncelerimi değiştirmek istiyorum					
20.İnsanların beni daha çok seveceğini/önemseyeceğini düşünüyorum					

Diğer Değişkenler					
21.Çevremdeki (eş, anne, baba, çocuk) insanlar istediği için kilo veriyorum					
22.Daha enerjik olacağımı düşünüyorum					
23.Hamilelik dönemimden önce kilo vermek istiyorum					
24.Cinsel hayatımın daha iyi olacağını düşünüyorum					
25.Uykularımın düzene girmesini istiyorum					
26.Yaşam süremi uzatmak istiyorum					
27.Etrafımdaki insanlara örnek olmak istiyorum					
28.Birşeyler yediğimde kendimi suçlu hissedirim					
29.Doğal ürünlere ulaşmayı seviyorum					
30.Yemeğin lezzetinden daha çok sağlıklı olmasını önemsiyorum					

BÖLÜM IV: AĞIRLIK KAYBINDA KULLANILAN STRATEJİLER

Aşağıdaki tabloda ağırlık kaybetmede kullandığınız stratejileri kullanım sıklığınıza göre belirtiniz.

Ağırlık Kaybında Kullanılan Stratejiler	Çok Sık ○	Sık ○	Bazen ○	Nadiren ○	Hiçbir zaman ○
Beslenme					
1. Çok fazla yediğimde, ertesi gün daha az yiyerek dengelerim					
2.Öğün aralarında yemek yememeye çalışırım					
3.Kendimi aç bırakırım					
4.Fazla su tüketirim					
5. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim					
6. Yediğim yiyecek ve içeceklerin enerjisini/porsiyonunu azaltırım					
7.Yemek yeme süremi uzatırım					
8. Yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım					
9.Diüretik sıvılar tüketirim					
10. Hazır ve paketli gıdaları tüketmeyi bırakırım					
11. Bol acı/baharat tüketirim					
12. Akşam altıdan sonra yemek yemem					
13. Protein ağırlıklı beslenirim					
14.Ekmek ile eti aynı anda tüketmem					
15.Yemeklerden önce ve sonra su tüketmek için en az iki saat beklerim					
16. Bitki çaylarını (yeşil çay, gece kızı çayı vb.) sık tüketirim					
17. Karbonhidrat içeren gıdalardan uzak dururum					

18. Lokmalarımı daha çok çiğnerim					
19. Aç karnına sirke, kahve, tarçınlı su vb. gıdalar tüketirim					
20. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım					
21. Sebze ağırlıklı beslenirim					
22. Meyve tüketmem					
23. Gazlı içecekleri tüketmem					
Egzersiz					
24. Spor yaparım					
25. Kas kütlemini arttıran spor yaparım					
26. Yediklerimi yakana kadar durmadan spor yaparım					
27. Asansör yerine merdiven kullanırım					
28. Adım sayımı artırırım					
29. Toplu taşıma aracı kullanırım					
30. Toplu taşıma aracından bir durak önce iner, yürürüm					
Yaşam Biçimi					
31. Sabahları erken uyanırım					
32. İki öğün yerim					
33. Dışarda yemek yemem					
34. Diyet yemekleri yerim					
35. Haftanın iki günü oruç tutarım					
36. Her gün aynı saatte yemeklerimi yerim					
37. Az uyurum					
38. İki öğün yemek tüketirim					
39. Az ve sık beslenirim					
Diğer stratejiler					
40. Ödem atıcı karışım tariflerini uygularım					

41. Müshil ilaçları kullanırım					
42. İnternette edindiğim diyeti uygulamam					
43. Ünlü/medyatik diyetisyenlerin verdiği diyetleri uygulamam					
44. Her gün tartılırım					
45. Zayıflama ilaçları kullanırım					
46. Doktorumun verdiği diyeti uygulamam					
47. Çevremde tanıdığım kişilerin diyetini uygulamam					
48. Diyet danışmanlığı alırım					
49. Kilo vermeye yardımcı mobil uygulamalardan yararlanırım					
50. Ağırlık kaybetmek için obezite cerrahisini düşünüyorum					
51. Popüler diyetlerden birini uygulamam					
52. Korse giyerim					
53. Akupunktur tedavisi yaptırım					
54. Zayıflama kamplarına giderim					
55. Hacamat yaptırım					
56. Meditasyon/ yoga ile zayıflarım					
57. Kendimi kontrol etmek için yediklerimi yazırım					
58. Terleyerek zayıflarım (sauna, buhar odası vb.)					



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



ÖZGEÇMİŞ

1992 yılında Konya’da doğdu. İlkokul öğrenimini Konya’da Mareşal Mustafa Kemal İlköğretim Okulun’nda tamamladı. Lise öğrenimini Selçuklu Atatürk Lisesi’nde tamamladı. 2011 yılında girdiği Okan Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü’nden 2016 yılında Diyetisyen olarak mezun oldu. 2016 yılında Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çocuk Gelişimi Ve Ev Yönetimi Ana Bilim Dalı’nda yüksek lisansa başladı. 2016 yılında İstanbul’da Fitpoint Spor Merkezi’nde diyetisyen olarak üç ay çalıştı. Konya’ya yerleşerek altı ay Dr.Arazi Tıp Merkezi’nde ve hala 2017 yılından itibaren görevini yapmakta olduğu Akademi Meram Hastanesi’nde diyetisyen olarak çalışmaktadır. Altun, alanı ile ilgili çeşitli kongre, seminer, kurs ve sempozyumlara dinleyici olarak katılmıştır, uluslararası kongrede poster bildirisi yayınlanmıştır.