

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
BESLENME VE DİYETETİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**YETİŞKİNLERDE OBEZİTE FARKINDALIK DÜZEYİ İLE SAĞLIKLI
YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

HAZIRLAYAN

GÖZDE PERKTAŞ EYÜBOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA - 2021

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
BESLENME VE DİYETETİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**YETİŞKİNLERDE OBEZİTE FARKINDALIK DÜZEYİ İLE SAĞLIKLI
YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

HAZIRLAYAN

GÖZDE PERKTAŞ EYÜBOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. GÜL KIZILTAN

ANKARA - 2021

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Gözde Perктаş Eyüboğlu tarafından hazırlanan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 21/10/2021

Tez Adı: Yetişkinlerde Obezite Farkındalık Düzeyi İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi

Tez Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı - Soyadı, Kurumu)

İmza

ONAY

Enstitü Müdürü

Tarih: 20 / 10 / 2021

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: 21/10/2021

Öğrencinin Adı, Soyadı:Gözde Perктаş Eyüboğlu.

Öğrencinin Numarası:21710514

Anabilim Dalı:Beslenme ve Diyetetik.

Programı:Tezli Yüksek Lisans

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı:Prof. Dr. Gül Kızıltan

Tez Başlığı: Yetişkinlerde Obezite Farkındalık Düzeyi İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans/Doktora tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 115. sayfalık kısmına ilişkin, 04/10/2021 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 17.'dir. Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

"Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını" inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:.

ONAY

Tarih: 21/10/2021.

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad, İmza:

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans ve tez çalışması süresince çalışmamın planlanması, yürütülmesi ve tamamlanmasında bilimsel katkıları, fikirleri, hoşgörüsü ve sonsuz desteğinden dolayı değerli tez danışmanım ve çok sevgili hocam Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Bölüm Başkanı Prof. Dr. Gül Kızıltan’a,

Yaşamım boyunca olduğu gibi eğitim hayatımın her aşamasında da bana hem maddi hem de manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen her daim arkamda olan ve bana güçlü bir kadın olmayı öğreten canım babam Yaşar Perktaş, canım annem Sibel Perktaş ve canım kız kardeşim Gökçe Yoğurtçu başta olmak üzere tüm aileme,

Yüksek lisans eğitimimin her anında bana karşılıksız bir şekilde sevgisini, desteğini ve sonsuz anlayışını veren, umutsuzluğa kapıldığım zamanlarda en büyük motivasyon kaynağım olan ve elini her zaman omuzumda hissettiğim sevgili eşim, hayat arkadaşım Bahadır Eyüboğlu’na,

Tez bitirme sürecimde öncelikle karnımda bana enerji veren, daha sonra kucağımda mis kokusunu ve gülen yüzünü benden eksik etmeyen, beni sabırla bekleyen, pamuk kalpli canım oğlum, kıymetlim Ali Karan Eyüboğlu’na,

En içten duygularımla sonsuz teşekkür ederim...

ÖZET

Perktaş Eyüboğlu G. Yetişkinlerde Obezite Farkındalık Düzeyi ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Tezi, 2021.

Bu çalışma, yetişkin bireylerde obezite farkındalık düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır. Çalışma, Nisan 2019 – Kasım 2019 tarihleri arasında özel bir Beslenme ve Diyet Danışmanlık Merkezine başvuran 19-64 yaş aralığında olan 177 (126 kadın, 51 erkek) yetişkin birey ile yürütülmüştür. Bu çalışmaya katılmayı kabul eden tüm bireylere çalışma başlangıcında sosyo-demografik özellikleri, antropometrik ölçümleri, iştah durumlarını ve obezite bilgi düzeyi vb. sorular içeren 20 soruluk bir anket formu uygulanmıştır. Ayrıca bireylerin obezite farkındalık düzeylerini değerlendirmek amacı ile Obezite Farkındalık Ölçeği (OFÖ) ve sağlıklı geliştiren davranışları ölçmeye yönelik Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) II uygulanmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 38.1 ± 12.44 yıl olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılan kadınlar ile erkeklerin beden kütle indeksi (BKİ) ortalamaları sırasıyla 23.39 ± 4.01 kg/m² ve 26.71 ± 3.46 kg/m² olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin OFÖ toplam puanları ortalama 60.50 ± 5.06 , alınan en düşük puanın 39, en yüksek puanın ise 73 olduğu, alt ölçek gruplarından alınan ortalama puanları ise en yüksekten en düşüğe doğru sıralandığında; sıralamanın obezite farkındalığı (26.72 ± 2.75), beslenme farkındalığı (19.08 ± 2.17) ve fiziksel aktivite farkındalığı (14.70 ± 1.68) şeklinde olduğu belirlenmiştir. SYBDÖ II toplam puanları ortalama 131.17 ± 18.77 , alınan en düşük puanın 65, en yüksek puanın ise 195 olduğu, alt ölçek gruplarından alınan ortalama puanların ise en yüksekten en düşüğe doğru; sıralamanın kendini gerçekleştirme (26.72 ± 4.22), kişiler arası destek (26.23 ± 1.14), beslenme (21.60 ± 3.58), sağlık sorumluluğu (20.07 ± 4.03), stres yönetimi (18.84 ± 3.59) ve egzersiz (17.71 ± 5.32) şeklinde olduğu görülmüştür. Yaş grupları, gelir düzeyi, sigara ve alkol kullanımı, eğitim düzeyi, BKİ değeri, bel çevresi, bel/boy oranı ile OFÖ alt boyut ve toplam puanları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). Yaş grupları ile SYBDÖ II-Egzersiz , SYBDÖ II-Kişiler Arası Destek, SYBDÖ II- Stres Yönetimi alt grupları puanları ve SYBDÖ II- Toplam puanları arasındaki ilişki istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). Geliri giderinden fazla olan bireylerin SYBDÖ II- Kendini Gerçekleştirme ($p < 0.01$), SYBDÖ II- Kişiler Arası Destek ($p < 0.05$) alt grupları ve

SYBDÖ II- toplam puanları ($p<0.05$) geliri giderine eşit ve geliri giderinden az olan bireylerin puanlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Sigara kullanma durumu ile SYBDÖ II alt boyut ve toplam puanları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Alkol kullanımı ile SYBDÖ II-Egzersiz puanları ve SYBDÖ II-Toplam puanları arasında farklılık saptanmıştır (sırasıyla $p<0.01$, $p<0.05$). Sigara içen bireylerin günlük tükettikleri sigara sayısı ile SYBDÖ II-Sağlık Sorumluluğu puanları arasında negatif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r:-0.397$, $p<0.01$). Günlük tüketilen sigara sayısı arttıkça SYBDÖ II-Sağlık Sorumluluğu puanlarının azaldığı gözlemlenmiştir. BKİ grupları arasında BKİ düzeyi 18.5-24.9 kg/m² olanların SYBDÖ II-Egzersiz ve SYBDÖ II-Beslenme alt grup puanları BKİ düzeyi ≥ 30 olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p<0.05$, $p<0.05$). Çalışmaya katılan bireylerin bel çevresi değerleri ile SYBDÖ II-Egzersiz puanları arasında negatif yönlü ilişki bulunmuştur ($r:-0.164$, $p<0.05$). Bireylerin bel çevresi değeri arttıkça SYBDÖ II-Egzersiz puanlarının düştüğü gözlemlenmiştir. Sonuç olarak, obezite farkındalığının bireylerin sosyo-demografik özellikleri, antropometrik ölçümleri ve yaşam biçimi davranışları ile anlamlı bir ilişkisi saptanmamıştır. Ancak sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile bireylerin sosyo-demografik özellikleri, antropometrik ölçümleri ve yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir. Bireylerin sağlığı için obezitenin beslenme tedavisinde multidisipliner bir yaklaşım izlenerek obezite farkındalığı arttırılmalıdır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemi vurgulanarak, bireyler bu konuda bilinçlendirilmeli; uygulanabilir ve sürdürülebilir olması sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Obezite, obezite farkındalığı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları

ABSTRACT

Perktaş Eyüboğlu G. Evaluation of Obesity Awareness Level and Healthy Lifestyle Behaviors in Adults. Baskent University Institute of Health Sciences, Nutrition and Dietetics Master Thesis, 2021.

This study was conducted with the aim of evaluating obesity awareness level and healthy lifestyle behaviors in adult individuals. The study was conducted with 177 (126 woman, 51 man) adult individuals aged 19-64 who applied to a private Nutrition and Diet Counseling Center between April 2019 and November 2019. All individuals who agreed to participate in this study were informed about their socio-demographic characteristics, anthropometric measurements, appetite status, and obesity knowledge level, etc., at the beginning of the study. A questionnaire consisting of 20 questions was applied. In addition, the Obesity Awareness Scale was used to evaluate the obesity awareness levels of individuals and the Healthy Lifestyle Behaviors Scale (HLBS) II was applied to measure health-promoting behaviors. The mean age of the individuals participating in the study was determined as 38.1 ± 12.44 years. The mean body mass index (BMI) of women and men participating in the study were 23.39 ± 4.01 and 26.71 ± 3.46 , respectively. The mean body weight of the individuals was 70.1 ± 14.89 , and the mean body mass index was 24.3 ± 4.13 kg/m². The mean total score of the individuals participating in the study was 60.50 ± 5.06 , the lowest score was 39, and the highest score was 73. The ranking was determined as obesity awareness (26.72 ± 2.75), nutrition awareness (19.08 ± 2.17) and physical activity awareness (14.70 ± 1.68). The mean HLBS II total scores were 131.17 ± 18.77 , the lowest score was 65, and the highest score was 195. The ranking was found to be self-actualization (26.72 ± 4.22), interpersonal support (26.23 ± 1.14), nutrition (21.60 ± 3.58), health responsibility (20.07 ± 4.03), stress management (18.84 ± 3.59) and exercise (17.71 ± 5.32). No statistically significant difference was found between age groups, income level, smoking and alcohol use, education level, BMI value, waist circumference, waist/height ratio, and SPI sub-dimension and total scores ($p > 0.05$). The relationship between age groups and HLBS II-Exercise, HLBS II-Interpersonal Support, HLBS II-Stress Management subgroup scores and HLBS II-Total scores was statistically significant ($p < 0.05$). The HLBS II-Self-Realization ($p < 0.01$), HLBS II- Interpersonal Support ($p < 0.05$) subgroups and HLBS II- total scores ($p < 0.05$) of the individuals whose income is more than their expenses are the scores of the individuals whose income is equal to their

expenses and whose income is less than their expenses. was found to be significantly higher. There was no statistically significant difference between smoking status and HLBS II sub-dimension and total scores ($p>0.05$). A difference was found between alcohol use and HLBS II-Exercise scores and HLBS II-Total scores ($p<0.01$, $p<0.05$, respectively). A negative correlation was found between the number of cigarettes consumed per day by smokers and their HLBS II-Health Responsibility scores ($r:-0.397, p<0.01$). It was observed that as the number of cigarettes consumed per day increased, the HLBS II-Health Responsibility scores decreased. Among the BMI groups, the HLBS II-Exercise and HLBS II-Nutrition subgroup scores of those with a BMI level of 18.5-24.9 were found to be significantly higher than those with a BMI level of ≥ 30 ($p<0.05$, $p<0.05$, respectively). A negative correlation was found between the waist circumference values of the individuals participating in the study and their HLBS II-Exercise scores ($r:-0.164$, $p<0.05$). It was observed that as the waist circumference of the individuals increased, their HLBS II-Exercise scores decreased. As a result, no significant relationship was found between obesity awareness and socio-demographic characteristics, anthropometric measurements and lifestyle behaviors of individuals. However, a significant relationship was observed between healthy lifestyle behaviors and individuals' socio-demographic characteristics, anthropometric measurements and lifestyle behaviors. For the health of individuals, obesity awareness should be increased by following a multidisciplinary approach in the nutritional treatment of obesity. By emphasizing the importance of healthy lifestyle behaviors, individuals should be made aware of this issue; must be feasible and sustainable.

Keywords: Obesity, obesity awareness, healthy lifestyle behaviors

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Obezitenin Tanımı	3
2.2. Obezitenin Tanı Yöntemleri	3
2.3. Obezitenin Epidemiyolojisi.....	5
2.4. Obezitenin Etiyolojisi	7
2.4.1. Genetik nedenler.....	7
2.4.2. Beslenme alışkanlıkları	8
2.4.3. Fiziksel Aktivite	11
2.4.4. Çevresel nedenler.....	12
2.4.5. Psikososyal nedenler.....	13
2.5. Obezitenin Komplikasyonları.....	13
2.5.1. Obezite ve diyabet	14
2.5.2. Obezite ve hipertansiyon.....	14
2.5.3. Obezite ve metabolik sendrom	15
2.5.4. Obezite ve kardiyovasküler hastalıklar.....	16
2.5.5. Obezite ve dislipidemi	17
2.5.6. Obezite ve gastrointestinal problemler.....	17
2.5.7. Obezite ve üreme hastalıkları.....	18
2.5.8. Obezite ve psikolojik bozukluklar	19
2.5.9. Obezite ve kanser.....	20
2.6. Obezitede Tıbbi Beslenme Tedavisi	20
2.7. Obezite Farkındalığı.....	23
2.8. Sağlık Kavramına Genel Bakış.....	25
2.8.1. Sağlığın geliştirilmesi ve korunması	25

2.9. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	26
2.9.1. Sağlık sorumluluğu.....	26
2.9.2. Beslenme	27
2.9.3. Egzersiz.....	29
2.9.4. Stres Yönetimi.....	30
2.9.5. Kendini gerçekleştirme	32
2.9.6. Kişiler arası destek	33
3. GEREÇ VE YÖNTEM	34
3.1. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi	34
3.2. Araştırmanın Genel Planı	34
3.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi	35
3.3.1. Kişisel özellikler	35
3.3.2. Antropometrik ölçümler	35
3.3.2.1. Vücut ağırlığı ve boy uzunluğu ölçümleri	35
3.3.2.2. Beden kütle indeksi (BKİ)	35
3.3.2.3. Bel çevresi.....	36
3.3.2.4. Bel çevresi /Boy uzunluğu oranı.....	36
3.3.3. Obezite farkındalık ölçeği.....	37
3.3.4. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II.....	37
3.4. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi.....	39
4. BULGULAR.....	41
4.1. Bireylerin Genel Özellikleri	41
4.2. Bireylerin Genel Alışkanlıkları.....	42
4.3. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri.....	44
4.4. Bireylerin Bireysel Özellikleri	46
4.5. Bireylerin Obezite Farkındalık Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Sonuçları	52
5. TARTIŞMA.....	72
5.1. Bireylerin Genel Özellikleri	72
5.2. Bireylerin Genel Alışkanlıkları.....	72
5.3. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri.....	73
5.4. Bireylerin Bireysel Özellikleri	74
5.5. Bireylerin Obezite Farkındalık Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Sonuçları	75

6. SONUÇ VE ÖNERİLER	78
-----------------------------------	-----------

6.1. Sonuç	78
-------------------------	-----------

6.2. Öneriler	81
----------------------------	-----------

KAYNAKLAR	83
------------------------	-----------

EKLER

EK 1: Etik Kurul Onayı

EK 2: Anket Formu

EK 3: Obezite Farkındalık Ölçeği

EK 4: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II



TABLÖLAR LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 2.1. Dünya Sağlık Örgütüne Göre BKİ Sınıflandırması	4
Tablo 2.2. Obezitenin Oluşmasındaki Başlıca Riskler Ve Riski Etkileyen Faktörler	7
Tablo 2.3. Türkiye Endokrinoloji Metabolizma Derneği, Metabolik Sendrom Çalışma Grubu- Nun Önerdiği, Metabolik Sendrom Tanı Kriterleri (2005)	15
Tablo 2.4. Sağlıklı Zayıflama Programının İçeriği	21
Tablo 3.1. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) BKİ Sınıflaması	36
Tablo 3.2. DSÖ'ye Göre Bel Çevresi Değerlendirmesi	36
Tablo 3.3. DSÖ'ye Göre Bel/Boy Oranı Değerlendirmesi	36
Tablo 3.4. SYBDÖ II Genel Puanı Ve Alt Ölçekler Puanları En Düşük-En Yüksek Sınırları	39
Tablo 4.1. Bireylerin Demografik Özellikleri	41
Tablo 4.2. Bireylerin Sigara Ve Alkol Kullanma Durumları	43
Tablo 4.3. Bireylerin Fiziksel Aktivite Durumları	44
Tablo 4.4. Bireylerin BKİ, Bel Boy Oranı Ve Bel Çevresi Dağılımları	45
Tablo 4.5. Bireylerin Cinsiyetlere Göre Antropometrik Ölçümleri	46
Tablo 4.6. Bireylerin Beden Algıları Ve Kendilerini Şişman Bulma Durumları	47
Tablo 4.7. Bireylerin Cinsiyete Göre Beden Algıları Ve Kendilerini Şişman Bulma Durumları	48
Tablo 4.8. Bireylerin Ailelerinde Şişmanlık Öyküsü Olma Durumu	49
Tablo 4.9. Bireylerin Ailede Şişmanlık Öyküsü Olma Durumları	50
Tablo 4.10. Bireylerin Obezite İle İlgili Yayın Takip Durumlarının Dağılımı	50
Tablo 4.11. Bireylerin Obezite İle İlgili Bilgi Alma Durumları	51
Tablo 4.12. Bireylerin Cinsiyete Göre Kendi İştah Algı Durumları	51
Tablo 4.13. Bireylerin Obezite Farkındalık Ölçeği (OFÖ) Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'den(SYBDÖ II) Aldıkları Puanlar	52
Tablo 4.14. Bireylerin Yaş Gruplarına Göre Obezite Farkındalık Ölçeği (OFÖ) Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'den(SYBDÖ II) Aldıkları Puan Ortalamaları	54

Tablo 4.15. Bireylerin Gelir Düzeylerine Göre Obezite Farkındalık Ölçeği (OFÖ) Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'den(SYBDÖ II) Aldıkları Puanlar	56
Tablo 4.16. Bireylerin Sigara Kullanma Durumuna Göre Obezite Farkındalık Ölçeği (OFÖ) Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'den(SYBDÖ II) Aldıkları Puanlar	57
Tablo 4.17. Bireylerin Alkol Kullanma Durumuna Göre Obezite Farkındalık Ölçeği (OFÖ) Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'den(SYBDÖ II) Aldıkları Puanlar	58
Tablo 4.18. Bireylerin Eğitim Düzeyleri İle Obezite Farkındalık Ölçeği (OFÖ) Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'den(SYBDÖ II) Aldıkları Puanlar Arasında İlişki	59
Tablo 4.19. Bireylerin Günlük Sigara Adet Ve Alkol Tüketim Miktarları İle Obezite Farkındalık Ölçeği (OFÖ) Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'den (SYBDÖ II) Aldıkları Puanlar Arasında İlişki	60
Tablo 4.20. Bireylerin BKİ Gruplarına Göre Obezite Farkındalık Ölçeği (OFÖ) Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'den (SYBDÖ II) Aldıkları Puanlar.....	61
Tablo 4.21. Kadın Bireylerin BKİ Gruplarına Göre Obezite Farkındalık Ölçeği (OFÖ) Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'den(SYBDÖ II) Aldıkları Puanlar	62
Tablo 4.22. Erkek Bireylerin BKİ Gruplarına Göre Obezite Farkındalık Ölçeği (OFÖ) Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'den(SYBDÖ II) Aldıkları Puanlar	64
Tablo 4.23. Bireylerin Bel Çevresi Ölçümlerine Göre Obezite Farkındalık Ölçeği (OFÖ) Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'den (SYBDÖ II) Aldıkları Puanlar	66
Tablo 4.24. Bireylerin Bel/Boy Oranlarına Göre Obezite Farkındalık Ölçeği (OFÖ) Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'den(SYBDÖ II) Aldıkları Puan Ortalamaları	67
Tablo 4.25. Bireylerin Boy,Vücut Ağırlığı Ve BKİ Değerleri İle Obezite Farkındalık Ölçeği (OFÖ) Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'den(SYBDÖ II) Aldıkları Puanlar Arasında İlişki	68

Tablo 4.26. Bireylerin Bel Çevresi Ve Bel/Boy Oranı Değerleri İle Obezite Farkındalık Ölçeği (OFÖ) Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'den(SYBDÖ II) Aldıkları Puanlar Arasında İlişki.....	69
Tablo 4.27. Bireylerin SYBDÖ II-Beslenme Alt Boyutu Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı	71



SİMGELER VE KISALTMALAR

BIA	Biyoelektriksel İmpedans Analizi
BKİ	Beden Kütle İndeksi
DEXA	Dual Enerji X-Işın absorbsiyometresi
Gİ	Gastro İntestinal
GÖRH	Gastroözofajiyal reflü hastalığı
HDL	Yüksek yoğunluklu lipoprotein
IOTF	Uluslararası Obezite Çalışma Grubunun
KAH	Koroner arter hastalığı
KNHANES	Kore Ulusal Sağlık ve Besleme Çalışması
LDL	Düşük yoğunluklu lipoprotein
MONICA	Kardiyovasküler Hastalıklarda Eğilimlerin ve Belirleyicilerinin İzlenmesi çalışması
NHANES	ABD Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması
OFÖ	Obezite Farkındalık Ölçeği
SYBDÖ II	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II
TBSA	Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TEKHARF	Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Çalışması
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TOBEC	Total Vücut Elektriksel Geçirgenliği
TOHTA	Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması
TURDEP	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması
VLDL	Çok düşük yoğunluklu lipoprotein

1. GİRİŞ

Obezite, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından vücutta anormal veya aşırı yağ birikimi olarak tanımlanmaktadır. Erkekler için vücut ağırlığının %15-18'i, kadınlar için ise vücut ağırlığının %20-25'ini yağ dokusu oluşturmaktadır. Obezite ise bu oranın erkekler için %25, kadınlar için de %30'un üstünde olması durumudur (1). Obezite, besinlerin vücuda fazla alınması sonucu ortaya çıkan fazla enerjinin vücut yağı olarak depolanması ve buna bağlı olarak vücut yağ dokusunun artması sonucunda oluşan ancak tedavi edilebilen kronik bir hastalıktır (2).

Obezite gelişen dünyada yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen multi-faktöriyel bir hastalıktır (3). Obezite, kardiyovasküler hastalıklar, Tip 2 diyabet, hipertansiyon, metabolik sendrom gibi hastalıkların ve gastrointestinal problemlerin görülmesinde ve bu hastalıklardan dolayı mortalitenin artmasında önemli bir faktördür (4). Obezitenin yarattığı riskler arasında insülin direnci, hipertrigliseridemi, HDL kolesterol düzeylerinde azalma ve LDL kolesterol düzeylerinde artışta bulunur. Bir çok hastalık için zemin yaratan obezitenin değerlendirilmesinde birçok farklı tanı yöntemi kullanılmaktadır. Bunlardan en yaygın olanı bireylerin vücut ağırlığı ve boy uzunluğu ile hesaplanan beden kütle indeksi (BKİ) dir (5). BKİ, bireylerin kg cinsinden ölçülen vücut ağırlıklarının, metre cinsinden ölçülen boy uzunluklarının karesine bölünmesi sonucu elde edilir (6). DSÖ'nün BKİ sınıflandırmasına göre; bireyler, 25 kg/m² BKİ'ye eşit veya üstünde olması durumunda kilolu (fazla kilolu-preobez), 30 kg/m² BKİ'ye eşit veya üzerinde olması durumunda obez ve 40 kg/m² BKİ'ye eşit veya üzerinde olması durumunda morbid obez olarak tanımlanmaktadır (7).

Obezitenin oluşmasında en önemli nedenler olarak aşırı ve yanlış beslenme ile fiziksel aktivite yetersizliği gösterilmekle birlikte; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir durumu gibi sosyo-demografik etmenler ile psikolojik, hormonal, genetik ve metabolik etmenler, sık aralıklarla uygulanan çok düşük enerjili diyetler, sigara-alkol kullanımı gibi olumsuz yaşam tarzı gibi etmenler obezitenin oluşmasında etkisi olduğu düşünülen nedenlerdendir (8).

Birçok farklı etmen obezite oluşumunda rol oynamaktadır. Bu sebeplerin bir bölümü bireyin yaşam biçimi davranışlarına bağlı iken, bireyin kontrolü dışındaki sebepler

de büyük önem taşır. Yapılan halk sağlığı çalışmalarında, obezitenin iyileştirilmesi ve etkili sonuçlar alınabilmesi için bireysel davranışların yanısıra obezogenik çevrenin de gözden geçirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (9,10).

Bununla birlikte obezite ile mücadele strateji içerisinde, obezite ile ilgili farkındalığın artırılması ve sağlıklı beslenme ve sağlıklı yaşam bilinci oluşturulması için halkın doğru bilgilendirilmesi ve eğitimleri büyük önem taşır (10).

Bu çalışmanın amacı, yetişkin bireylerin obezite farkındalık düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını saptamaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezitenin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) obeziteyi vücutta anormal veya aşırı yağ birikimi olarak tanımlamaktadır. Yetişkinlerde vücut ağırlığının erkeklerde %15-18'i, kadınlarda ise %20-25'ini yağ dokusu oluşturmaktadır. Bu oran erkeklerde %25, kadınlarda ise %30'un üzerine çıktığında ise obezite oluşmaktadır (1). Obezite, vücuda besinlerle alınan fazla enerjinin vücut yağı olarak depolanması ve vücut yağ dokusunun artması sonucunda oluşan ancak tedavi edilebilen kronik bir hastalıktır (2).

Obezite, gelişen dünyanın en önemli sağlık sorunlarından biridir. Yaşam kalitesini ve süresini olumsuz yönde etkileyen kronik multi-faktöriyel bir hastalıktır (3). Bununla birlikte, obezitenin basit bir şekilde aşırı beslenmeden ve çok az hareket etmekten kaynaklandığı söylenirken; kişisel tercihler, besin alımı, fiziksel aktivite ve vücut ağırlığı gibi yüzlerce nedenden etkilendiği de göz ardı edilmemelidir (2). Obezite, hipertansiyon, Tip 2 diyabet, koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği gibi hastalıkların görülmesinde ve bu hastalıklardan dolayı ölümlerin oluşumunda önemli bir faktördür (4).

2.2. Obezitenin Tanı Yöntemleri

Obezite değerlendirilmesinde birçok farklı tanı yöntemleri kullanılmaktadır. Obezitenin tanımlanması için kullanılan en yaygın antropometrik ölçüm beden kütle indeksi (BKİ') dir (5). BKİ, bireylerin kg cinsinden ölçülen vücut ağırlıklarının, metre cinsinden ölçülen boy uzunluklarının karesine bölünmesi sonucu elde edilir (6).

DSÖ'nün BKİ sınıflandırmasına göre; bireyler, 25 kg/m² BKİ'ye eşit veya üstünde olması durumunda kilolu (fazla kilolu-preobez), 30 kg/m² BKİ'ye eşit veya üzerinde olması durumunda obez ve 40 kg/m² BKİ'ye eşit veya üzerinde olması durumunda morbid obez olarak tanımlanmaktadır (7) (Tablo 2.1).

Tablo 2.1. Dünya Sağlık Örgütüne göre BKİ sınıflandırması (7)

Sınıflandırma	BKİ (kg/ m ²) Temel Sınıflandırma
Zayıf	< 18.50
Ciddi Düzey Zayıflık	<16.00
Orta Düzey Zayıflık	16.00 – 16.99
Hafif Zayıflık	17.00 – 18.49
Normal Aralık	18.50 – 24.99
Kilolu / Pre-obez	25.00 – 29.99
Obez	≥ 30.00
I.Derece	30.00 – 34.99
II.Derece	35.00 – 39.99
III.Derece (Morbid Obez)	≥ 40.00

BKİ obezite için tanı belirleyicisi olmasına rağmen vücut yağ dağılımının net bir belirleyicisi değildir. Bu nedenle obeziteyi tanımlarken bel, kalça çevresi ölçümü vücuttaki yağ doku dağılımının önemli belirleyicileridir (8).

Avrupa verilerine göre; bel çevresi erkeklerde ≥ 94 cm ve kadınlarda ≥ 80 cm olan bireyler santral obez kabul edilmektedir. DSÖ'ye göre bel çevresinin erkekler için ≥ 102 cm, kadınlar için ≥ 88 cm olması obezite riski kabul edilmektedir. Türkiye'de ise Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP) verilerine göre bel çevresinin erkeklerde ≥ 96 cm, kadınlarda ≥ 90 cm olması obezite göstergesi kabul edilmektedir (9).

Obeziteyi tanımlamada; BKİ ve bel, kalça çevresi ölçümleri dışında bel/kalça oranı, bel/boy oranı gibi farklı antropometrik ölçüm değerleri de incelenmektedir. Mezura ölçümleri dışında; obezite tanısı koymada, klinikte sıklıkla tercih edilen birçok teknolojik cihaz da bulunmaktadır. Bunlar; ultrason, Biyoelektriksel İmpedans Analizi (BIA), Total Vücut Elektriksel Geçirgenliği (TOBEC), Dual Enerji X-Işın absorbsiyometresi (DEXA)'dir (10).

Yapılan bir çalışmada, BIA ölçümünün BKİ değerine göre daha etkili bir yöntem olarak kabul edilmiştir (11). Vücut suyu ölçümü için su altında tartım uzun süredir geleneksel olarak kullanılmaktadır. Ancak hava yer değiştirmeli pletismografi ve DEXA son zamanlarda iki yeni referans yöntem olarak kullanılmıştır. Ölçümlerinde daha kesin

olmasına rağmen, bu yöntemlerin kullanımı yüksek maliyeti ve kolay erişilebilir olmamaları nedeniyle sınırlıdır.

2.3. Obezitenin Epidemiyolojisi

Obezite, tüm dünyada hızla artmakta olan genel bir sağlık sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) obeziteyi sağlığa zarar verebilecek anormal veya aşırı yağ birikimi olarak tanımlanmaktadır. 1975 ile 2016 yılları arasında dünyada obezite prevalansı yaklaşık üç katına çıkmıştır. 18 yaş ve üstü yetişkin erkeklerin % 39'u ve kadınların % 40'ı aşırı kilolu, erkeklerin %11'i, kadınların %15'i olmak üzere ortalama % 13'ü şişmandır (12).

Yapılan bir epidemiyolojik çalışma, 1980-2013 yılları arasında obezite prevalansının yaklaşık %41 oranında arttığını göstermektedir. Bu çalışma da 1980 yılında fazla kiloluluk ve obezite sıklığı sırasıyla %28.8 ve %29.8 olmakla birlikte, 2013 yılında ise sırasıyla %36.9 ve %38.0 olmuştur (13). Bu sonuçlar 33 yılda yaklaşık %41'lik bir artış olduğunu göstermektedir. Dünyada 1989 yılında 20 yaş üzeri fazla kilolu ve obez birey sayısı 857 milyon iken, 2013 yılında bu sayı 2.1 milyara çıkmıştır (13).

Dünya genelinde obezite prevalansının 1980 yılı ile karşılaştırıldığında yaklaşık iki katına çıktığı görülmektedir (14). Amerika, obezite prevalansının en yüksek olduğu bölge olmakla birlikte hafif şişmanlık prevalansı %62, obezite prevalansı ise %26'dır. Amerika'da yapılan National Health and Nutrition Examination Survey-ABD Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması (NHANES) sonuçlarına göre ise 2003-2004 yıllarında obezite prevalansı erkeklerde %31.1, kadınlarda %33.2'dir. Bu oranların 2005-2006 yıllarında erkeklerde %33.3, kadınlarda ise %35.3'e yükseldiği rapor edilmiştir (4). 2010 yılı sonuçlarına bakıldığında erkeklerin %35.5'i kadınların ise %35.8'i obez bulunmuştur (15). 2015-2016 yılı yetişkinlerde obezite prevalansı, Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi'nin (Center for Disease Control and Prevention-CDC) verilerine göre ise %39.8 bulunmuştur (16).

Obezite prevalansını saptamak amacıyla ülkemizde de bir çok çalışma yapılmıştır. Yapılan çalışmalar, Batılı ülkelerde görüldüğü gibi, ülkemizde de obezite prevalansının hızlı bir artış olduğunu göstermiştir (17). 24788 yetişkin bireyin, 540 merkezde incelendiği Türkiye Diyabet Epidemiyoloji (TURDEP-1) çalışması verilerine göre; %13'ü erkek,

%30'u kadın olmakla birlikte genel toplamda %22.3'lük bir obezite prevalansı saptanmıştır (18).

TURDEP-1 çalışmasının 12 yıl sonrasında tekrarlanan TURDEP-2 sonuçları ise iki çalışma arasındaki 12 yılda ülkemizde obezite sıklığının %44 arttığını göstermekle birlikte obezite prevalansının %32'ye yükseldiğini saptamıştır (18).

Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yapılan Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Çalışması (TEKHARF) verilerine göre erkeklerin %25.2'si, kadınların %44.2'si obez olarak saptanmıştır (4).

Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması (TOHTA) çalışması 1999-2000 yılları arasında 23.888 erişkin birey ile yapılmıştır; bu çalışmaya göre 20 yaş üzeri kadınlarda obezite görülme prevalansı %35.4 olarak bulunmuş ve erkeklere göre kadınların obezite riskinin 1.8 kat daha yüksek olduğu belirtilmiştir (19).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 sonuçlarına göre Türkiye'deki obezite prevalansı; kadınlarda %41.0, erkeklerde %20.5, toplamda ise %30.3 olarak belirtilmiştir. Fazla kilolu bireylerin prevalansı %34.6, fazla kilolu ve obez bireyler %64.9, morbid obez olan bireylerin prevalansı ise %2.9 olarak saptanmıştır (20).

Türkiye'de obezite profilini değerlendirmek için Bağrıaçık ve ark (21) tarafından yapılan, Türkiye'nin 6 farklı bölgesinden 13878 bireyin katıldığı çalışmanın ortalama BKİ değerleri erkekler için 26.8 kg/m², kadınlar için 28.24 kg/m² olarak saptanmakla birlikte hafif şişmanlık görülme prevalansı ise erkeklerde %44.8 kadınlarda ise %34.5 bulunmuştur. Obezite prevalansı ise erkeklerde %21.8 kadınlarda ise %36.9 olarak saptanmıştır.

Ülkemizde yapılan, örneklemini doğurganlık çağındaki kadınların oluşturduğu, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın (TNSA) 2013 yılı verileri 19-45 yaş arası kadın bireylerin (n:9746) %28.6'sının hafif şişman, %26.5'inin ise obez olduğu göstermektedir (22).

2.4. Obezitenin Etiyolojisi

Aşırı kiloluluk ve obezite, sağlığa zarar verebilecek anormal veya aşırı yağ birikimi olarak tanımlanan ve birçok nedene bağlı olarak gelişebilecek bir hastalıktır. Obezite genetik, çevresel ve psikolojik faktörlerin etkileşimi ile meydana gelir. Obezitenin meydana gelmesinde kişilerarası farklılıklar ve alışkanlıklar ile tüm bu faktörler rol oynamaktadır. Obezitenin etiyolojisi ile ilgili literatürde yer verilen temel faktörler haricinde birçok yeni gelişme bulunmaktadır (1, 23) (Tablo 2.2).

Tablo 2.2. Obezitenin oluşmasındaki başlıca riskler ve riski etkileyen faktörler (2, 8, 10)

1. Aşırı ve yanlış beslenme alışkanlıkları	8. Hormonal ve metabolik etmenler
2. Yetersiz fiziksel aktivite	9. Genetik etmenler
3. Yaş	10. Psikolojik problemler
4. Cinsiyet	11. Sık aralıklarla çok düşük enerjili diyetler uygulama
5. Eğitim düzeyi	12. Sigara- alkol kullanma durumu
6. Sosyo-kültürel etmenler	13. Kullanılan bazı ilaçlar (anti depresanlar vb.)
7. Gelir durumu	14. Doğum sayısı ve doğumlar arası süre

2.4.1. Genetik nedenler

Obezitenin oluşumunda ana etken, alınan enerjinin harcanan enerjiden uzun süreli fazla olmasına bağlı enerji dengesizliğidir. Bu istenmeyen pozitif enerji dengesi vücut ağırlığında artışa ve buna bağlı obeziteye sebep olur (24). Bunun haricinde, obeziteye sebep olan çeşitli biyolojik ve sosyal risk faktörleri bulunmaktadır. Birçok bilim insanı genetik faktörlerin obezite üzerindeki etkilerini kabul ediyor olsada obezitenin meydana gelmesinde etkili mekanizmalar kesin olarak bilinmemektedir. Obezite genetik nedenlere dayanarak üç ana tip obezite formu göz önünde bulundurulur: monogenik obezite, sendromik obezite ve yaygın obezite. Obezitenin monogenik formları için fenotipe neden olan gen açıkça tanımlanmıştır ancak yaygın obezite için fenotipin altında yer alan gen henüz karakterize edilememiştir (25).

Mendel hastalıklarında obezitenin ana fenotip olduğunu göstermiştir. İştah regülasyonunda yer alan proteinleri kodlayan genlerdeki mutasyonların da bu Mendel hastalıklarından sorumlu bulunmuştur. Bu tür monogenik obezite formları arasında Prader-Willi sendromu (bu, paternal olarak bulunan kromozom 15ql-ql3'ün silinmesini veya

mutasyonunu kapsar) ve Bardet Biedl sendromu (en az on iki farklı lokustaki mutasyonlarla ilişkilidir) vardır. Obezite, leptin geni, leptin reseptörü geni ve melanokortin-4 reseptörü geni (MC4R; ref 38) gibi iştah regülasyonunda yer alan genlerdeki tek gen mutasyonlarından yani monogenik sendromlardan kaynaklanabilir. Literatürde bu mutasyonların genetiği hakkında yeterli bilgi olmasına rağmen, sendromik obezite formları genel popülasyonda oldukça nadirdir (11).

İnsan obezite gen haritasının Ekim 2005 verilerine göre, literatürde 11 farklı gendeki tekli gen mutasyonlarına bağlı olarak sadece 176 bireyde obezite olgusu bildirilmiştir (26).

Yapılan çalışmalar ile, nadir obezite formlarında bulunan genlerin tanımlanmasında büyük adımlar atılmış olmasına rağmen, henüz yaygın obezite formunun altında yatan genetik nedenler kesin olarak açıklanamamıştır. Yaygın obezite karmaşık ve çok faktörlü bir hastalıktır, bu nedenle bireyler arası değişimlerin, çoklu genlerin ve çevre etkisinin bir sonucu olduğu düşünülmektedir (27).

Son birkaç yılda, genom çapında ilişki çalışmasının (GWAS) uygulanması, spesifik genetik varyantların tanımlanmasında önemli ilerlemeler kaydetmiştir ve buna bağlı olarak 30'dan fazla genomik lokus içeren ve BKİ'yi etkileyen değişiklikler tespit edilmiştir. İlginç bir şekilde, birçok obezite geni, beyinin özel bölgelerinde iştah ve gıda alımının düzenlenmesinde görev alır ve bunlara bağlı olarak vücut ağırlığının düzenlenmesinde nöronal bir etki yaratır (28).

2.4.2. Beslenme alışkanlıkları

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2008 yılı verileri dünya çapında 18.3 milyon ölümün Tip 2 diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar nedeni ile meydana geldiğini göstermektedir. 2010 yılında küresel hastalık yükü değerlendirildiğinde; düşük sebze meyve tüketimi, yetersiz tahıl ve balık tüketimi, yüksek tuz tüketimi gibi sağlıksız beslenme alışkanlıklarının düşük fiziksel aktivite ile birlikte küresel hastalık yükünün %10'unu oluşturduğu rapor edilmiştir (29).

Obezitenin meydana gelmesinde, besin alımındaki artış etkili faktörler arasında yer almaktadır. Dünyada insanların daha varlıklı hale gelmeleri, boş zamanlarını yemek

yiyecekler, yiyeceklerin ulaşılabilirliğini kolaylaştırması, artan restoran sayısı ile birlikte ev dışında yemek yeme alışkanlığının artması, daha uygun fiyata büyük porsiyonlu ve yüksek yağlı besinlere ulaşımın artması ve yemek porsiyon boyutlarının büyümesi obezite prevalansında artışa sebep olmuştur (30).

Obezitenin gelişimi için günlük enerji alımının çok üzerinde enerji alımı gereklidir. Ancak aşırı besin alımının dışında alınan besinin içeriği de obezite için etkilidir. Hayvan modellerinde yapılan çalışmalarda yağ oranı yüksek diyetlerin karbonhidrat oranı yüksek olan diyetlere oranla obezite riskini arttırdığı gözlemlenmiştir (30).

Yüksek yağ oranına sahip diyetlerde obezite mekanizması:

1. Artan besin alımı

- a) Aynı hacim veya ağırlıkta yüksek enerji içeriği
- b) Yüksek yağ oranına sahip besinlerin daha lezzetli bulunması
- c) Yüksek yağ oranına sahip besinlerin genellikle daha kısa sürede çiğnenmesi ve yutulması
- d) Yüksek yağ oranına sahip besinlerin tokluk derecesinin daha düşük olması

2. Aşırı besin alımı ile depolamada daha fazla verimlilik

3. Diyet yağ asitlerinin oksidasyonu üzerinde kişiler arası farklılıklar (30).

Ravussin ve Smith (31) yaptığı çalışmada, bireylerin fazla kilo alımını sonrasında yağ dokusunun aşırı yağ depolamak için yeni yağ hücreleri yapma yeteneğini kayb ettiklerini, bunun sonucunda da kas, karaciğer ve diğer dokularda yağ biriktirmeye başladıklarını ileri sürmüşlerdir. Bu yağ birikiminin, insülin direnci, metabolik sendrom ve diyabet oluşumuna sebep olduğunu saptamışlardır. İnsülin direnci, metabolik sendrom ve diyabetin de obezite ile pozitif ilişkide olduğu belirtilmiştir. Ancak bu teoriyi kanıtlamak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Yüksek diyet yağ alımının, vücutta yağ olarak depolanmasına bağlı olarak obezitenin etiyolojisinde anahtar rol alabileceği düşünülmektedir. Diyet yağları aynı miktardaki karbonhidrat alımına oranla 2 katından daha fazla enerji üretmektedir. Bunun yanında yağlı

besinler, yüksek karbonhidratlı ve yüksek proteinli besinlere göre daha kolay çiğnenerek ve daha hızlı yutulmaktadır. Aynı zamanda yağlı yiyecekler posa miktarı bakımından daha fakirdir. Bu nedenle daha hızlı tüketilmelerine rağmen daha kısa süreli tokluk sağlayarak obezitenin gelişmesinde etken olabilmektedirler (32).

Besinlerin vücutta etkin kullanımı, besin kaynaklı termogenezis besin öğelerinin emilmesi, işlenmesi ve depolanmasındaki enerji maliyetine bağlı olarak değişmektedir. Makro besin öğelerinin termik etkileri proteinlerin enerji içeriğinin %25-30'u, karbonhidratların enerji içeriğinin %6-8'i, yağların ise enerji içeriğinin %2-3'ü olarak belirtilmiştir. Besin öğelerinin termik etkisi, vücut için enerji kaybını temsil etmektedir. Makro besin öğelerinin termik etkileri göz önünde bulundurulduğunda diyet yağlarının yüksek bir verimlilikte kullanıldığını gözlemlenmiştir. Yüksek verimlilikte kullanılan diyet yağların kişilerin benzer oranda besin tüketme eğiliminde olmalarına sebep olmaktadır. Sonuç olarak, hem yağ kullanımının verimliliği hem de yağ tüketimi sonrası yağ yakıtı seçimi, diyet yağlarının, kilo artışı için diyet karbonhidratlarından veya proteinlerden daha fazla metabolik potansiyele sahip olduğunu göstermektedir (33).

Sindirim sonrası yakıt seçimi, glukoz ve serbest yağ asitlerinin plazma konsantrasyonlarına ve insülin sekresyonuna bağlıdır. İnsülin, insüline duyarlı dokularda glukoz alımını ve oksidasyonu teşvik eder. İnsülin ayrıca hormona duyarlı lipazın aktivitesini baskılar ve buna bağlı olarak lipolizi ve lipit oksidasyonunu inhibe eder. Böylece, insülin sekresyonunu uyaran yüksek karbonhidratlı bir yemek sonrası, glukoz oksidasyonu teşvik edilirken, yağ oksidasyonu engellenir. Buna karşılık, diyet yağları öncelikle yağ dokusunda birikir ve yağ içeriği yüksek olsa bile bir yemekten sonra lipit oksidasyonu uyarılmaz (33).

Yağ oksidasyonuna göre karbonhidrat oksidasyonu metabolik olarak daha önceliklidir. Bu durum karbonhidrat dengesinin 24 saatlik bir süre boyunca kontrol edilmesinden kaynaklanmaktadır. 24 saat içerisinde gerçekleşen oksidasyon glikojen depolarının kapasitesi ile sınırlıdır. Yağ dengesi ise enerji alımındaki ve harcanmasındaki farklılığa bağlı olarak 24 saat içerisinde dengelenemez. Bu 24 saat içerisinde enerji dengesinin negatif olmasına bağlı olarak lipitler okside olurlar ve enerji açığını kapatırlar. Bunun aksine gereksinimden fazla alınan yağa bağlı olarak enerji dengesi pozitif

olduğunda ise lipitler okside olamazlar ve bunun sonucunda okside olamayan yağ, yağ dokularında depolanmaya başlarlar (33).

Protein oksidasyonu incelendiğinde ise gereksinmenin üzerinde protein alımının yalnızca geçici pozitif azot dengesine neden olduğu belirtilmiştir. Metabolik olarak protein dengesi iyi düzenlenebilmektedir, bunun nedeni protein oksidasyonunun diyetle protein alımına bağlı olarak uyarılmasıdır. Yüksek proteinli bir besinler tüketildikten sonra protein sentezinde ve protein dönüşümünde artışa sebep olurlar. Proteinler termik etkilerine bağlı olarak yemekten sonra enerji harcamasında artışa neden olurlar. Bu sebeple gereksinmeden fazla protein alımı ağırlık kazanımına ve buna bağlı olarak obezitenin etiyolojisinde çok önemli bir etken değildir (33).

2.4.3. Fiziksel Aktivite

Obezite dünyada artmakta olan küresel bir hastalıktır. Aşırı kiloluluk ve obezite dünyadaki mortalite için öncelikli risk faktörleri listesinde beşinci sırada yer almaktadır. Fiziksel inaktivite ise aynı listede dördüncü sırada yer almaktadır. Uluslararası Obezite Çalışma Grubunun (IOTF) yaptığı çalışmaya göre; gelişmekte olan ülkelerde çocuklar ve adolesanlar (2- 19 yaş) arasında aşırı şişmanlık ve obezite sıklığının yaklaşık %13, gelişmiş ülkelerde ise aşırı şişmanlık ve obezite sıklığının %22'nin üzerinde olduğu belirtilmiştir (34).

Çocukluk ve ergenlik dönemlerinde yapılan düzenli fiziksel aktivite fizyolojik ve psikolojik sağlıktaki gelişmelerle ilişkili bulunmuştur. Buna bağlı olarak hastalıkların önlenmesi için bir hedef olarak teşvik edilmektedir. Ayrıca, çocukların genel fiziksel aktivitelerini arttırmanın, çocukların sağlıkla ilgili fiziksel uygunluğunu arttırabileceği düşünülmektedir (35).

Fiziksel aktivite, obezitenin önlenmesinde ve tedavisinde önemli bir etkidir. Fiziksel aktivite, enerji harcamasını arttırarak vücut ağırlığı kontrolüne destek olur. Bunun yanında düzenli fiziksel aktivitenin diyetle uyumu da olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir (36). Fiziksel aktivite ile diyetin uyumlu uygulanması obez bireylerde kas kaybını önleyerek ve bununla birlikte karın bölgesinde yağlanmayı engellemektedir. Her bireyde olduğu gibi obez bireyler için de fiziksel aktivite programının ve diyet listesinin kişiye

özel olması büyük önem taşımaktadır. En etkin sonucu alabilmek için fiziksel aktivite programı ve diyet listeleri bireylerin antropometrik ölçümleri, alışkanlıkları, sosyokültürel özellikleri, ekonomik koşulları doğrultusunda kişiye özel hazırlanmalıdır (37).

Fiziksel aktivite, enerji harcama şekillerinin en değişken bileşenidir ve bu nedenle vücut ağırlığını korumak veya değiştirmek için davranışsal müdahalelerin hedefi haline gelmiştir. Fiziksel aktivite, uzun dönemde kilo kontrolü için önemli bir bileşendir. Bu nedenle küresel bir sorun olan obezite ile mücadelede etkili fiziksel aktivite seviyeleri belirtilmiştir. 30 dakikalık orta yoğunlukta fiziksel aktivitenin sağlık sonuçlarını iyileştirebileceğine dair kanıtlar bulunmaktadır, bununla birlikte vücut ağırlığını kontrol etmek için gerekli olabilecek fiziksel aktivite miktarı da 30 dk/gün olarak belirtilmiştir. En üst düzeyde ağırlık kaybı sağlamak ve vücut ağırlığı artışını önemli ölçüde önlemek için en az 60 dakikalık orta yoğunlukta fiziksel aktivitenin gerekli olabileceğini düşündüren bilimsel bir literatür bulunmaktadır. Düzenli ve yeterli fiziksel aktivite vücut ağırlığı artışını kontrol etmekle birlikte obezitenin gelişimini önlemede önemli görünmektedir. Yeterli fiziksel aktivite seviyelerinin vücut ağırlığının, sağlık sonuçları üzerindeki olumsuz etkisini azaltabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle, vücut ağırlığını kontrolünde yeterli miktarda fiziksel aktivitenin benimsenmesi ve sürdürülmesi için müdahale stratejileri büyük önem taşımaktadır (38).

2.4.4. Çevresel nedenler

Yapılan çalışmalar sonucu oluşan uzman görüşleri biyolojinin obezite üzerindeki etkisinin kanıtlamakla birlikte çevresel faktörlerin de obezite riskini arttırdığını göstermektedir. Bireylerin biyolojik faktörleri vücut ağırlığı ve boy uzunluğunda bireysel farklılıklara etki etse dahi son otuz yılda meydana gelen hızlı vücut ağırlığı artışı ve buna bağlı obezite görülme sıklığındaki artış değişen çevresel faktörlerin bir sonucudur. ABD'deki mevcut çevresel faktörler enerji tüketimini teşvik etmekle birlikte ve enerji harcanmasını önlemektedir (39, 40).

Aşırı enerji tüketimini teşvik eden olası çevresel faktörler arasında enerjisi ve tadı yoğun besinlere daha uygun fiyatlarla ve daha kolay şekilde ulaşılabilmesi ve bu besinlerin porsiyonlarının büyük olması sayılabilir. Diğer çevresel faktörlere bakıldığında ise okulda ve günlük yaşantıda enerji harcamasında azalma, fiziksel güç gerektiren işlerde azalma,

fazla televizyon izlemek, uzun süre boyunca video oyunları oynamak, bilgisayar başında fazla oturmak özetle fiziksel aktivitede azalma ve teknolojik gelişmelere bağlı olarak rahatlayan ve yavaşlayan günlük yaşam sıralanabilir (41).

2.4.5. Psikososyal nedenler

Yemek yeme ile bireylerin duygu durum değişiklikleri arasındaki ilişki her zaman araştırmacılar tarafından incelenmiştir. Bireylerin yemek yeme davranışlarında, duygularından fazlaca etkilendiği gözlemlenmiştir. Yemek seçenekleri, yemeklerin porsiyon miktarı ve yemek yeme sıklığı, fizyolojik ihtiyaçlarının dışında birçok değişkene bağlıdır. Batı toplumlarında yeme bozukluklarının ve obezite prevalansının artması ile birlikte, duyguların bu hastalıklar etiyolojisinde oynadığı rol incelenmiştir ve metabolik veya genetik faktörleri dışında çevresel ve psikolojik faktörlerin de obezitenin gelişmesinde sorumlu olduğunu saptanmıştır (42).

Bireylerin yeme davranışları stres, anksiyete, mutluluk, üzüntü, öfke gibi farklı duygu durumlarına göre değişiklik göstermektedir. Duygu durum değişiklikleri ile bağlantılı olarak gerçekleşen yemek yeme davranışı “emosyonel yeme” olarak isimlendirilmiştir (43).

Emosyonel yeme ile ilgili yapılan çalışmalarda bireyler arası değişiklikler var olsa dahi mutluluk gibi olumlu duygu durumları ile sıkıntı, depresyon, yorgunluk gibi bazı duygu durumlarının yemek yeme miktarını arttırdığı; korku, gerilim ve ağrı gibi duygu durumlarının yemek yeme miktarını azalttığı görülmüştür. Bunlarla birlikte öfke, depresyon, sıkıntı, anksiyete ve yalnızlık gibi negatif duygu durumları da emosyonel yeme durumunu harekete geçirmektedir (42,44).

2.5. Obezitenin Komplikasyonları

Sağlığı bozan, multifaktöriyel bir hastalık kabul edilen obezite, öncelikle tip 2 diyabet ve prediyabet olmak üzere kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, hiperlipidemi, serebrovasküler hastalık, çeşitli kanserler, obstrüktif uyku-apne sendromu, non-alkolik karaciğer yağlanması, gastroözofageyal reflü, safra yolları hastalığı, polikistik over sendromu, infertilite, osteoartroz ve depresyon gibi birçok hastalığa sebep olmaktadır.

Obezite ile birlikte meydana gelen sağlık sorunları komplikasyon gelişme riskini artırmakla birlikte, obezite tedavisinin düzenlenmesini de zorlaştırmaktadır (10).

2.5.1. Obezite ve diyabet

Obezitenin bozulmuş glukoz toleransı ve tip 2 diyabet ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Bunun sebebinin insülin direnci olduğu düşünülmektedir (45).

Nurses' Health Study çalışmasında 84.941 kadın hemşire 16 yıl boyunca izlenmiştir. Çalışmanın sonunda kadınlardaki BKİ ve diyabet riski arasında önemli bir ilişki olduğu, 3.300'ünde yeni tip 2 diyabet vakasına rastlandığı kaydedilmiştir (46).

1986 yılında 40-75 yaş aralığındaki 51.529 ABD'li erkek sağlık uzmanı ile yapılan çalışma (Health Professional Follow-up Study) sonucunda elde edilen veriler BKİ ile obeziteye bağlı diyabet riski arasında güçlü bir pozitif ilişki olduğunu göstermiştir. BKİ değeri ≥ 35 kg/m² bulunan bireyler, BKİ değeri < 23 kg/m² bulunan bireyler ile karşılaştırıldığında obeziteye bağlı diyabet gelişme riskinde 60.9 katlık artış gözlemlenmiştir (47).

Obez bireylerde obeziteye eşlik eden tip 2 diyabet tedavisi oldukça önemlidir. Obeziteye eşlik eden tip 2 diyabeti olan obez bireylerde %5-15 vücut ağırlığı kaybı ile glisemik değerlerde ve kan parametrelerinde etkili iyileşmeler saptanmıştır. Kısa süreli tip 2 diyabet hikayesi olan obez bireylerde vücut ağırlığı kaybı ile diyabetin iyileşme olasılığı bulunmaktadır. Bu nedenle Tip 2 diyabeti olan obez bireylerde vücut ağırlığı kontrolü çok önemlidir ve %10 vücut ağırlığı kaybının hedeflenmesi tavsiye edilir (10).

2.5.2. Obezite ve hipertansiyon

Framingham Kalp Çalışması verileri hipertansif erkeklerin %26'sında, kadınların ise %28'inde fazla kiloluluk veya obezite varlığını ortaya koymuştur. Sağlıklı bireylerde fazla kiloluluk veya obezite gelişiminin yeni hipertansiyon geliştirme riskini her iki cinsiyet için de arttırdığı belirtilmiştir.

“National Health and Nutrition Examination Survey” (NHANES) çalışması verilerine bakıldığında BKİ değeri 25 kg/ m² üzerinde olan kadınların 5-9,9 kg vücut ağırlığı

fazlalılığına sahip olması hipertansiyon gelişme riskini 1,7 kat, 25 kg ve üzerindeki vücut ağırlığı fazlalığının ise hipertansiyon gelişme riskini 5,2 kat arttırdığı gösterilmiştir (10).

1976-1992 yılları arasında her 2 yılda bir 30 ila 55 yaşları arasında 82.473 ABD'li kadın hemşirenin gözlemlendiği kohort araştırmada bireylerin 18 yaş ve orta yaş BKİ değerleri ve uzun süreli ve orta vadeli vücut ağırlığı değişikliklerinin hipertansiyon ile ilişkisi araştırılmıştır. Araştırmanın sonucunda 16.395 hipertansiyon vakası tespit edilmiştir. 18 yaş ve orta yaştaki BKİ değerinin hipertansiyon oluşumu ile pozitif ilişkili olduğu saptanmıştır. 18 yaşından sonra uzun süreli vücut ağırlığı kaybı, hipertansiyon için önemli ölçüde daha düşük bir riskle ilişkili bulunurken, vücut ağırlığı artışının hipertansiyon riskini önemli ölçüde arttırdığı belirtilmiştir (48).

Fazla kiloluluk ve obezite hipertansiyon gelişimine katkı sağlarken, vücut ağırlığı kaybı da sahip olduğu kan basıncını düşürücü etkisi sayesinde hipertansiyonun önlenmesine veya iyileştirilmesine destek sağlar (10).

2.5.3. Obezite ve metabolik sendrom

Metabolik sendrom, insülin direnciyle başlayan abdominal obezite, glukoz intoleransı veya diabetes mellitus, dislipidemi, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı (KAH) gibi sistemik bozuklukların bir- birine eklendiği ölümcül bir endokrinopatidir. Metabolik sendrom prevalansı erişkinlerde ortalama %22 olarak bildirilmektedir. Metabolik sendrom için farklı tanı kriterleri tanımlanmıştır (Tablo 2.3).

Tablo 2.3. Türkiye Endokrinoloji Metabolizma Derneği, Metabolik Sendrom Çalışma Grubu- nun önerdiği, Metabolik Sendrom Tanı Kriterleri (2005)

Aşağıdakilerden en az biri:

- İnsülin direnci veya
- Bozulmuş glukoz toleransı veya
- Diateses mellitus

ve

Aşağıdakilerden en az ikisi:

- Hipertansiyon (sistolik kan basıncı >130, diyastolik kan basıncı >85 mmHg veya anti-hipertansif kullanıyor olmak)
 - Dislipidemi (trigliserid düzeyi > 150 mg/dl veya HDL düzeyi erkekte <40 mg/dl, kadında <50 mg/dl)
 - Abdominal obezite (BKİ > 30 kg/m² veya bel çevresi: erkeklerde > 94 cm, kadınlarda > 80 cm)
-

Glukoz metabolizmasında bozulmalara sebep olan obezite insülin direncinin ve metabolik sendromun en önemli nedenlerinden gösterilmektedir (49).

2.5.4. Obezite ve kardiyovasküler hastalıklar

Obezite ile kardiyovasküler hastalıklar arasındaki ilişki uzun zamandır araştırılan bir konudur. Obezitenin ateroskleroz, semptomatik konjenital adrenal hiperplazi, kalp yetmezliği ve atriyal fibrilasyon gelişimi üzerinde etken olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. Yapılan bir çalışmada 10 kg'lık vücut ağırlığı artışının koroner arter hastalığı riskini %12, sistolik kan basıncında 3 mmHg ve diastolik kan basıncında 2,3 mmHg artışa neden olduğu saptanmıştır (10).

Obezite kalp üzerinde yapısal değişiklikler yaratarak tek başına kardiyovasküler hastalık riskini artırmaktadır. Obeziteye hipertansiyonun eşlik etmesi ise kalbin yapısı ve fonksiyonları üzerindeki olumsuz etkiyi çok daha şiddetli hale getirmektedir (50).

Obezite ve aterosklerozis ortak patofizyolojik durumları barındırmaktadır. Obezite ile ateroskleroz arasındaki temel bağlantı ise inflamasyondur. Lidip dokusundan salınan adipositokinler endotelial disfonksiyon, insülin direnci, sistemik inflamasyon ve hiperkoagülabiteye sebep olarak ateroskleroz oluşumuna yol açar (10).

NHANES III 1988-1994 verileri ile NHANES 1999-2000 verileri karşılaştırıldığında, yetişkinlerde fazla kiloluluk prevalansının %56'dan %65'e, obezite prevalansının ise % 23'ten% 31'e yükseldiği kaydedilmiştir. Obezitenin, dislipidemi, hipertansiyon, azalmış insülin duyarlılığı, diyabetes mellitus, sol ventrikül hipertrofisi, bazı kanserler ve uyku apnesi gibi sayısız komorbidite ile ilişkili olduğu bilinmektedir (51).

Fazla kilolu ve obez kardiyak hastalarda kilo vermenin kardiyovasküler hastalıklara etkisi araştırılmıştır. BKİ, yağsız vücut ağırlığı ve toplam vücut yağ ağırlığına bağlı mortalite değerlendirildiğinde yağsız vücut ağırlığı kaybının değil vücut yağ ağırlığı kaybetmenin mortalite üzerinde olumlu etkileri olduğu saptanmıştır (51).

Alpert ve ark. (52) yaptığı çalışmada 74 obez hastayı incelemişlerdir. Obez bireylerde gastropласти ile %30'luk kilo kaybının sol ventriküler boyutlarında ve sistolik fonksiyonlarında belirgin iyileşmeler sağladığını bulunmuştur.

2.5.5. Obezite ve dislipidemi

Dislipidemi sıklıkla obeziteye eşlik eden metabolik bozukluklardan biridir. Dislipidemi sıklığının BKİ ile doğru orantılı olarak arttığı belirtilmiştir (BKİ<25 kg/m²:%38, 25-26,9 kg/m²:%53, 27-29,9 kg/m²: %62, 30- 34,9 kg/m²:%68, 35-39,9 kg/m²:%68 ve ≥40 kg/m²:%60) (10).

Obeziteye eşlik eden dislipidemi, ateroskleroz ve kardiyovasküler hastalıkların gelişmesinde de büyük bir etkidir. Dislipidemi lipit profillerindeki değişikliklere bağlı olarak bu riskleri artırır. Dislipidemide meydana gelen lipit profili değişiklikleri; yüksek trigliserit seviyeleri, azalmış yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) seviyeleri ve düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) parçacıklar, aterojenik etki göstererek kardiyovasküler hastalık riskini arttırmaktadır. Bu faktörler arasında en tehlikeli risk faktörü ise düşük HDL olarak belirtilmiştir (53).

İnsülin direnci dislipideminin gelişmesine en sık eşlik eden etkidir. Çok düşük yoğunluklu lipoprotein (VLDL), plazmadan temizlenmesi hepatik sentez hızına ve lipoprotein lipaz tarafından katabolizmasına bağlıdır. Lipoprotein lipaz aynı zamanda yüksek yoğunluklu protein (HDL) oluşumuna dâhil olmaktadır. Obez bireylerde insülin direnci, VLDL'nin hepatik sentezinin artması ve lipoprotein lipazın azalması ile ilişkilidir. Bu durumda insülin direnci ile dislipideminin ilişkisini açıklamaktadır (54).

2.5.6. Obezite ve gastrointestinal problemler

Epidemiyolojik veriler, aşırı adipozite ve gastroözofajiyal reflü hastalığı (GÖRH) arasında güçlü bir ilişki olduğunu desteklemektedir. Aşırı kilolu veya obez hastalardaki GÖRH prevalansı, genel popülasyona göre anlamlı derecede yüksektir (10).

Vücuttaki yağın etkili olmayan bir deposu olarak görülen adipoz doku aslında aktif bir endokrin organ ve immün fonksiyon düzenleyicisidir. Adipoz dokudaki aktiviteler fazla kiloluluk ve obezite ile diyabet ve kardiyovasküler hastalık arasındaki ilişkiyi tanımlamaktadır. Mezenterik adipoz doku; gastrointestinal kanserler, akut pankreatit, karaciğer yağlanması, Crohn hastalığı ve fonksiyonel bağırsak bozuklukları gibi çok sayıda

gastrointestinal hastalıklarda etkindir. Obezite ve gastrointestinal hastalıklar arasındaki ilişki, temelde insülin direnci patogenezine bağlı olarak meydana gelmektedir (55).

Yapılan bir meta-analiz çalışmasında obezitenin, GÖRH semptomları, eroziv özofajit ve özofagus adenokarsinomu riskinde istatistiksel olarak anlamlı bir artış ile ilişkili bulunmuştur. Bu bozuklukların riskinin, artan vücut ağırlığı ve artan BKİ değerine bağlı olarak artmakta olduğu kaydedilmiştir (56).

Obezite kolorektal kanser için de bir risk faktörüdür ve bu risk kadınlara oranla erkeklerde daha yüksektir. Tip 2 diyabet hastalarında % 40-60 oranında artmış kolorektal kanser riski saptanmıştır. İnflamasyon - displazi - karsinom sıralaması, uzun dönem ülseratif kolit hastalarında kanser gelişimini açıklamaktadır (55).

Yapılan başka bir çalışmada yüksek BKİ değerlerinin, bireylerin safra taşı geliştirme riskinin artmasıyla ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu ilişki genellikle eşlik eden insülin direnci, hiperinsülinemi ve dislipidemiye bağlıdır. Bunun nedeni, kolesterolün hepatik salgılanmasının artması ve kolesterol yönünden zengin safra kesesi taşlarının eğiliminde artışa neden olabilmesidir. Obez bireylerin, normal BKİ değerlerine sahip bireylere kıyasla kusma ve ishal gibi Gİ semptomları daha sık yaşadıkları kaydedilmiştir. Bu semptomların kesin nedeni belirsiz olmakla birlikte, yeme alışkanlıklarına veya gastrointestinal motilitedeki değişikliklere bağlı olduğu düşünülmektedir (57).

2.5.7. Obezite ve üreme hastalıkları

Obezite vakaların en az %30'unda, bazı çalışmalarda bu oran %75'e kadar yükselmektedir, polikistik over sendromu bulunmaktadır. Bu durum artmış adipozite, özellikle yüksek bel çevresi (> 88 cm) veya bel-kalça oranı ile yansıtılan visceral adipozite, hiperandrojenemi, insülin direnci, glukoz intoleransı ve dislipidemi ile ilişkilendirilmiştir. İnsülin direncinin kontrol altına alınması polikistik over sendromlu kadınlarda metabolik anormallikleri normalleştiremez ancak çoğunu iyileştirebilmektedir (58).

Obezitenin doğurganlık üzerindeki etkilerinin araştırıldığı bir başka çalışmada, obezitenin doğurganlığı olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Kadınlarda erken yaşta

obezitenin, yetişkin yaşta adet düzensizlikleri, kronik oligo-anovülasyon (yumurtlama düzensizliği) ve kısırlık gelişimini desteklediği belirtilmiştir. Ayrıca BKİ değeri 30 kg / m²'yi aşan obez kadınlarda düşük yapma riskini artırabildiği, yardımcı üreme teknolojilerinin ve gebelik sürecini ve sonuçlarını bozabildiği kaydedilmiştir. Bu ilişkide ana etkenin insülin fazlalığı ve insülin direnci olduğu düşünülmektedir. Erkeklerde ise obezite düşük testosteron seviyeleri ile ilişkili bulunmuştur. Morbid obez erkek bireylerde hipotestesteronemi ile ilişkili azalmış spermatogenez infertiliteyi arttırmaktadır (59).

Maternal obezite, gestasyonel diyabet, preeklampsi ve makrozomi, omuz distosisi gibi komplikasyon risklerini arttırmaktadır. Ayrıca obez gebelerde sezaryen doğum ve enfeksiyon gelişme oranlarının da normal BKİ değerlerine sahip gebelere kıyasla daha yüksek olduğu kaydedilmiştir (60).

2.5.8. Obezite ve psikolojik bozukluklar

Yapılan birçok çalışma obezite ve depresyon arasında ilişki olduğunu göstermektedir. NHANES verileri depresif yetişkin bireylerin %43'ünün obez olduğunu ve major depresyon ve benzeri duygu durum bozukluklarının, cinsiyete göre farklılık göstermekle birlikte, vücut ağırlığı artışı, fazla kiloluluk ve obezite ile ilişkili olduğunu belirtmektedir (10).

Obez çocuklar veya obez ergenler yaşamlarının birçok alanında damgalanma ve ayrımcılık ile karşı karşıya kalabilmektedirler. Bu durum erken yaşta psikolojik sorunlar yaratabilirken özgüven eksikliğine sebep olabilmektedir (61).

Depresyon gibi duygu durum bozuklukları besin tüketimi, tat duyusu ve besin tercihi gibi birçok faktörü etkilemektedir. Major depresyon yaşayan bireylerin bazılarında iştah kaybı ve yüksek vücut ağırlığı kayıpları gözlemlenirken bazı hastalarda ise kontrolsüz besin tüketimi, yüksek karbonhidrat içeren besinlere eğilim ve bunlara bağlı olarak vücut ağırlığı artışı görülmektedir. Kullanılan antidepresan ilaçlar da vücut ağırlığı değişimlerine sebep olabilmektedir (62).

Obez bireylerde, benlik saygısında azalma, vücut ağırlığı üzerinde kontrolü kaybetme, suçluluk duyguları gibi psikolojik problemler görülmektedir. Obezite psikolojik

problemleri arttırırken, psikolojik durumlarda obeziteyi oranını arttırmaktadır. Duygusal yeme; stres, öfke, hüzün, sevinç gibi duygularla başa çıkabilmek için gerçekleşmektedir. Bu durum da obezite riskini arttırmaktadır (63).

294 obez birey ile yapılan bir çalışmada, obezite cerrahisi öncesi bireyler psikolojik açıdan değerlendirilmişlerdir. Bireylerin %29.3'ünde somatizyon, %18'inde sosyal fobi, %13.6'sında obsesif-kompulsif bozukluk ve %18'inde hipokondriyazis sıklıkları tespit edilmiştir. Bariatrik cerrahi sonrası yapılan psikolojik değerlendirmede ise bu faktörlerin büyük ölçüde azaldığı belirtilmiştir (64).

2.5.9. Obezite ve kanser

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı'nın 2002 yılı verileri obezitenin kanser çeşitleri ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Sıklıkla görülen kanser kanser çeşitleri kolon, postmenapozal meme, endometriyal, böbrek ve özefagus kanserleridir. Obezitenin kolon kanserine katkısı %11, postmenapozal meme kanserine katkısı %9, endometriyal kansere katkısı %39, böbrek kanserine katkısı %25, özefagus kanserine katkısı ise %37 bulunmuştur (10).

Fazla kiloluluk ve obezite kardiyovasküler hastalık ve tip 2 diyabet dışında çeşitli kanser riski ile doğrudan ilişkili bulunmuştur. Obezite ve kanser riski arasındaki bu ilişki; seks steroidleri, insülin ve insülin benzeri büyüme faktörleri dahil olmak üzere endojen hormonların metabolizmasındaki değişiklikler, hücre çoğalması, farklılaşması ve apoptozis arasındaki normal dengenin bozulmasına yol açabilecek değişiklikler ile açıklanabilir. Vücut ağırlığının fazla artışının önlenmesi, kanserin önlenmesi için önemli bir faktördür (65).

Obezite tüm kanser çeşitleri için önemli bir risk faktörüdür. Yetişkin bireylerde vücut ağırlığı kaybının ve fiziksel aktivitenin arttırılmasının kanser riskini azalttığı belirtilmiştir (66).

2.6. Obezitede Tıbbi Beslenme Tedavisi

Obezite vücut yağ oranının artması ile birlikte vücutta endokrin, metabolik ve davranışsal değişikliklerin meydana geldiği multi-faktöriyel bir hastalıktır. Vücut

ağırlığının kaybı, obeziteye bağlı komplikasyonların azalmasını sağlayarak sağlığın korunmasına destek olarak ve beklenen yaşam süresini arttırmaktadır. Bununla yanında obezitenin iyileştirilmesi sağlıkla ilgili harcamalar azaltarak ekonomiye katkı sağlamaktadır (67).

Obezitede beslenme tedavisinin hedefleri aşağıdaki gibi özetlenebilir:

- Bireylerin; cinsiyetine, yaşına, boyuna, fiziksel aktivite alışkanlığına, yaşam tarzına uygun besin ögesi ihtiyaçlarını yeterli ve dengeli şekilde sağlamak,
- Vücut ağırlığının, hedef değerlere inmesini sağlamak,
- Bireylerin yanlış beslenme alışkanlıklarının yerini, kalıcı ve sürdürülebilir bir beslenme alışkanlıkları ile değiştirerek bunun sürdürülebilirliğini sağlamak,
- Vücut ağırlığını hedeflenen değerlere ulaştığında bu ağırlığın korunmasını sağlamak,
- Çocuklar için beklenen büyüme ve gelişmeyi sağlamak ve sürdürmektir (9).

Obezitenin beslenme tedavisinde; bireyin günlük enerji alımı bazal metabolizma hızının altına inmeyecek şekilde azaltılmalıdır. Günlük alınan toplam enerjinin en az %55'i karbonhidrattan, en fazla %30'u yağdan, %15'i ise proteinden gelecek şekilde düzenlenmelidir. Vitamin-mineral tüketimleri ise bireyin yaş ve cinsiyetine göre gereksinim belirlenerek tavsiye edilen değerlerde olmalıdır. Obezitenin beslenme tedavisinde sağlıklı ağırlık kaybı için önerilen makro ve mikro besin ögesi verileri Tablo 2.4'de gösterilmiştir (4).

Tablo 2.4. Sağlıklı zayıflama programının içeriği (4)

Enerji ve besin ögeleri	
Enerji	500-1000 kkal/gün (azaltma)
Toplam yağ	Enerjinin <%30
Doymuş yağlar	Enerjinin <%7
Tekli doymamış yağ asitleri	Enerjinin %15
Çoklu doymamış yağ asitleri	Enerjinin %10
Kolesterol	<300 mg
Karbonhidrat	Enerjinin >%55
Sodyum	Na 2400 mg/gün, Tuz 6 g/gün
Kalsiyum	1000-1500 mg/gün
Posa	20-30 g/gün

Obezitenin tıbbi beslenme tedavisinde düşük yağlı ve yüksek posalı beslenme esastır. Yüksek posa oranını sağlayan karbonhidratın çeşidi de obezitenin tıbbi beslenme tedavisinde çok önemlidir. Kompleks karbonhidratlar yüksek posaları sayesinde metabolizmayı hızlandırırken, basit karbonhidratlar ise adipoz dokuda trigliserit sentezini artırmakla birlikte yağ dokusunun artmasına sebep olmaktadır (67).

Bir vaka-kontrol çalışmasında düşük yağlı diyetin vücut ağırlığı kontrollü ile ilişkisini incelemek için bireylere düşük yağlı diyet uygulanmıştır. 1 yıl süren çalışmanın sonucunda düşük yağlı diyet ile beslenen bireylerin tükettikleri toplam yağ miktarı 45.3 g, kontrol grubundaki bireylerin tükettikleri toplam yağ miktarı ise 8.8 g azaldığı saptanmıştır. Bunun yanında düşük yağlı diyet ile beslenen bireylerde 3.1 kg vücut ağırlığı kaybı gözlenirken kontrol grubunda 0.4 kg vücut ağırlığı kaybı gözlemlenmiştir (68).

Protein, yağ ve karbonhidrat ile karşılaştırıldığında daha uzun süre doyma hissini sağlamaktadır. 6 ay süren ve 65 obez hasta ile yapılan bir çalışmada yüksek proteinli diyet (toplam enerjinin %25'i protein) ve yüksek karbonhidratlı diyetin (enerjinin %12'si protein) etkileri incelendiğinde; yüksek proteinli diyet ile hastaların ortalama 8.9 kg kaybettiği, yüksek karbonhidratlı diyet ile 5.1 kg ağırlık kaybettiği kaydedilmiştir (69).

Obezitenin adölesanlarda oluşma nedenleri arasında en önemlisi yüksek enerji yoğunluklu, yağı yüksek, ucuz ve kolay ulaşılabilen besin türleridir. Adölesanlar üzerinde uygulanan bir çalışmada 20 adölesan kadına normal protein oranına sahip (%15 protein, %65 karbonhidrat, %20 yağ) ve yüksek protein oranına sahip kahvaltılık (%40 protein, %40 karbonhidrat, %20 yağ) verilmiş; öğle ve akşam yemekleri için 290 kkal'lık bir öğün (%14 protein, %65 yağ, %22 yağ) ve akşam atıştırmalıkları için de 4000 kkal'lık besinlerin bulunduğu bir yiyecek paketi verilmiştir. Katılımcılara akşam atıştırmalıklarını kendi istedikleri miktarda tüketebilecekleri belirtilmiştir. Çalışma tamamlandığında protein oranı yüksek bir kahvaltılık ile güne başlayan adölesanların günlük toplam enerji alımlarının ve akşam atıştırmalıklarını tüketme miktarlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (70).

Düşük karbonhidratlı diyetlerin obezitenin beslenme tedavisindeki etkilerinin incelendiği bir çalışmada bu diyetlerin sürdürülebilir bir kilo kaybı sağlamadığı belirtilmiştir. Bu diyetlerin kısa vadede etkili olduğu ve kısa dönem uygulanmasında sağlık açısından bir sakınca olmadığı belirtilirken uzun süre düşük karbonhidratlı diyet ile

beslenmenin kronik hastalık risklerini arttırdığı kaydedilmiştir. Bunun temel nedeni ise bu diyetlerin, karbonhidratlardan sağlanan posa, vitamin, minerallerden eksik olmasıdır. Bunun yanında bu bireyler karbonhidratı kısıtladıkları için ihtiyaç duydukları enerjiyi diyetlerinde protein ve yağ oranını arttırarak sağlamaktadırlar. Bu durum da böbrek hastalığı ve kardiyovasküler hastalıklara yakalanma riskini arttırmaktadır (71).

Karbonhidrat türü ile obezite arasındaki ilişki incelendiğinde ise karbonhidrat türünün obezitenin üzerinde büyük önem taşıdığı görülmüştür. Posa oranı yüksek, glisemik indeksi düşük kompleks karbonhidratların diyetle eklenmesi obezitenin ve kronik hastalıkların önlenmesinde etkilidir (72).

Obezitenin tedavisinde en önemli faktör bireylerin ağırlık kaybetmeleridir. Bu nedenle beslenme tedavisinde birey tarafından uygulanabilir, sürdürülebilir, bireyin yaşamına uygun olacak şekilde enerji kısıtlaması uygulanmalıdır. Diyet tedavisi boyunca birey takip edilmeli ve fiziksel aktiviteye yönlendirilmelidir (73).

2.7. Obezite Farkındalığı

Küresel bir salgın olan obezite, tüm Dünyada her geçen gün artmaktadır. 12 yıl devam eden ve Afrika, Asya ve Avrupa'nın 6 ayrı bölgesinde yapılan Kardiyovasküler Hastalıklarda Eğilimlerin ve Belirleyicilerinin İzlenmesi (MONICA) çalışması obezite sıklığının 10 sene içerisinde %10-30 oranında arttığını kaydetmiştir (74).

Türkiye'de bireylerin beslenme alışkanlıkları coğrafyaya, yerleşim bölgelerine, iklimlere, mevsimlere ve sosyoekonomik değerlere göre değişkenlik göstermektedir. Bunun yanında bireylerin beslenme ile ilgili alanlarda bilgi düzeylerinin düşük olması, yanlış besin tercihleri yapmalarına, doğru olmayan hazırlama, pişirme ve saklama yöntemleri kullanmalarına sebep olmaktadır. Bunların sonucunda da beslenme problemleri ve beraberinde obezite meydana gelmektedir (75).

Eğitim düzeyinin obezitenin önlenmesinde olumlu etkileri olmasına rağmen , eğitim seviyesi yüksek bireylerde dahil olmak üzere tüm sosyoekonomik topluluklarda, besinlere ulaşılabilirliğin artmasıyla obezite sıklığı da eşzamanlı olarak artmaya devam etmektedir. Mevcut besin ortamı, bireylerde yemek yeme arzusunu ve kalori alımını arttıran

davranışlara sebep olarak bireylerin aşırı besin alımına direnmelerini zorlaştırmıştır. Beslenme alanında uzman bireylerde dahi görülen obezitenin sebebi olan aşırı besin alımının kişisel içgüdülere ve bireysel farkındalığa bağlı olduğu düşünülmüştür (76).

Koreli yetişkin bireyler arasında yapılan bir çalışmada (75) obezite prevalansı, bireysel obezite farkındalığı ve obezite yönetimi araştırılmıştır. Çalışmada 1998 ile 2011 yılları arasındaki Kore Ulusal Sağlık ve Besleme Çalışması (KNHANES) verileri kullanılmıştır. Diyabetik olmayan bireylerde obezite ile ilgili bireysel farkındalık 2001 ile 2011 yılları arasında artan bir eğilim göstermiştir. Ancak bunun yanında kendi vücut şeklini normal kabul eden bireylerin 2007 itibarıyla bireysel farkındalıklarının azaldığı saptanmıştır. Çalışmanın sonucunda yıllar içerisinde obezite prevalansında artış görüldüğü ancak bunun yanında obezite farkındalığı ve yönetimi konusunda da iyileşme kaydedilmiştir. Bu sonuçta obeziteyi kontrol etmek için daha etkili stratejilere ihtiyaç olduğunu göstermiştir (77).

Üniversite öğrencilerinde obezite farkındalığını saptamak için yapılan bir çalışmada kadınların erkeklere oranla obezite farkındalıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca üniversite öğrencilerinin sınıf düzeyleri arttıkça obezite farkındalık düzeylerinin de aynı oranda arttığı saptanmıştır (78).

Yeme hastalığı bulunan bireylerde ihtiyaca bağlı ve duygusal açlık tokluk durumları arasında ayırım yapabilme kabiliyetini ölçen introspektif farkındalık (IA) düzeylerini belirlemek için bir çalışma yapılmıştır. Anoreksiya nervosa, bulimia nervosa ve obezite hastaları üzerinde yapılan çalışmada IA düzeyleri normal değerlerin üzerinde kaydedilmiştir. Bulimia nervosa hastalarının IA düzeyleri anoreksiya nervosa ve obezite hastalarına göre daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışma sonucunda ise yeme bozukluklarında bireylerin değişken psikolojik durumlarının önemi desteklenmiştir. Mükemmeliyetçi bireylerin depresyona bağlı kendini iradesini yönetemediği ve düşük iradelerinin yeme bozukluklarına yol açabileceği kaydedilmiştir (79).

Obezitenin tedavisinde koruyucu önlemler içerisinde başta yeterli ve dengeli beslenme ve beraberinde aktif fiziksel hareketli bir yaşam tarzı yer almaktadır. Obezite farkındalığını arttırmak için halkın her kesiminin beslenme ve sağlıklı yaşam alanında etkili ve ulaşılabilir eğitim çalışmalarına dahil edilmesi gerekmektedir. Türkiye’de 2010 ile

2014 yılları arasında obezite ve beslenme bozukluklarının önlenmesi amacıyla yürütülen “Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı” yayımlanmıştır. Bunun yanında “Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı” 2011-2014 yılları arasında bireylere obezite ile ilgili farkındalık eğitim çalışmaları yapılmıştır. 2010 yılında başlanan “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı”nın 2018-2023 güncellemesi ise yürütülmeye devam etmektedir (80).

2.8. Sağlık Kavramına Genel Bakış

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık kavramını yalnızca hastalık olmaması durumu yerine, beden, ruhen ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır (8). Bunun nedeni bireylerin bir hastalığa veya sakatlığa sahip olmamasına rağmen, sağlıklı olmak için uygun ortamın sağlanamaması veya bireylerin mevcut ortamına uyum sağlayamamaları bedensel ve ruhsal açıdan sağlığı olumsuz etkileyebilmektedir (81).

Bireyin sağlıklı olması kavramı ise bireyler için sağlığın sürdürülebilirliğine ve geliştirilebilmesine bağlıdır (82).

2.8.1. Sağlığın geliştirilmesi ve korunması

Sağlığın geliştirilmesinde en önemli etken bireylerde sağlıklı davranış değişikliklerinin sağlanmasıdır. Bunun nedeni sağlığın geliştirilmesinin bireylerde olumlu davranışların edinilmesi ve sürdürülebilir olması ile mümkün olmasıdır.

Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili çalışmalar iki bölümde değerlendirilmiştir.

- Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanması ve sürdürebilmesi için uygun davranışların kazandırılması
- Bireylere kazandırılan davranışların sürdürülebilirliğini sağlayan çalışmalar ile desteklenmesi (83).

Sağlığın korunması, bireylerde hastalık oluşturabilecek risk unsurlarının kontrol edilmesi, bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması, eğer bir hastalık var ise hastalık tanısının erken konulması, hastalık sahibi bireylerde hastalığın

ilerlemesinin yavaşlatılması, meydana gelebilecek komplikasyonların önlenmesi veya minimum seviyeye indirilmesi ile sağlanabilmektedir (84).

Sağlığın geliştirilmesi, korunması ve yaygınlaştırılması konularında günümüze kadar birçok bildirge yayınlanmıştır. Bu bildirelerde varılan ortak nokta, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için toplumun temel ihtiyaçlarının sağlanmasının, sağlığı destekleyen kurum ve kuruluşların kurulmasının, sağlık hizmetlerinin ekonomik olarak devletlerce destek görmesinin büyük önem taşıdığıdır (85,86).

2.9. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlığın geliştirilmesi, bireylerin kendi sağlıkları üzerinde bireysel kontrollerini sağlayabilmesi olarak tanımlanmıştır. Sağlığın geliştirilmesi konusunda bireyin başarılı olması için sigara içme, alkol ve madde kullanma durumu, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyi, şiddet davranışları, cinsel davranışlar, sağlıksız vücut ağırlığı kontrolü, aile içi iletişim problemleri ve bireysel stres yönetimi gibi risk faktörleri etkindir. Bu risk faktörlerinden uzak kalarak sağlıklı yaşamı benimseyen ve yaşamının her noktasında uygulayabilen bireyler, bu yaşam biçimini koruyarak ve sürdürerek sağlıklı kalabilir ve sağlıklarını geliştirebilirler (87).

Sağlıklı yaşam biçimi, bireylerin kendi sağlıklarını etkileyecek alışkanlık ve davranışları kontrol edebilmesi bu sayede günlük yaşamını kendi sağlık unsurlarını göz önüne alarak kendi sağlığı için faydalı seçimler yapması olarak belirtilmiştir. Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları edinmeleri, sağlıklı kalmak ve sağlıklarını geliştirme için çok önemli bir etkindir (88).

DSÖ ölümlerin, gelişmekte olan ülkeler için %40-50 oranında, gelişmiş ülkeler için ise %70-80 oranında yaşam biçimi ile bağlantılı hastalıklar nedeniyle meydana geldiğini kaydetmiştir (89).

2.9.1. Sağlık sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu, bireylerin hastalıklara yakalanma risklerini azaltmak ve sağlıklarını korumak için özen gösterdiği alışkanlık ve davranışları edinmesi, uygulaması ve gerekli durumlarda uygun değişiklikleri yapabilmesidir. Bireyin sağlık sorumluluğuna

sahip olması sağlığını korumasına destek olur. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını gerçekleştirirde de büyük bir yere sahiptir (90).

Bireyin kendi sağlığını koruyucu ve geliştirici davranışlar edinmesi; bu davranışları edinmek için istekli olmasına ve kendini kontrol edebilmesine bağlıdır. Bunun yanında bireyin bu davranışları geliştirmesi ve sürdürebilmesi önemlidir (91).

Bireyin sağlık sorumluluğuna sahip olması için kendini tanıması gerekmektedir. Bireyin kendini tanıması, sağlığı ile ilgili bir rahatsızlık yaşadığında veya vücudunda olağan dışı bir değişim fark ettiğinde bir sağlık kuruluşuna başvurmasıdır. Düzenli periyotlarla doktor muayenesini, kan tahlillerini ve kontrollerini yaptırmayı, sağlık ile ilgili güncel bilgileri bilimsel kaynaklar ve yayınlardan takip etmesi, sağlıksal bir problem yaşadığında doğru önlemleri alması ile bağlantılıdır. Bireyler kendi sağlık sorumluluklarına sahip olabilirlerse, yaşanabilecek birçok sağlık sorununun önüne geçebilirler. Bu sayede bireylerin ve toplumun iyilik hali ve sağlık seviyesi artar (92).

2.9.2. Beslenme

Beslenme temel olarak, bireyin büyümesi, gelişmesi, sağlığını koruyup iyileştirebilmesi ve bu sayede hastalıkların riskini azaltabilmek için ihtiyaç duyduğu besin öğelerini yeteri kadar ve dengeli bir şekilde tüketmesi olarak tanımlanmıştır (93). Beslenme yaşamsal fonksiyonların sürdürülebilmesi için elzemdir. Vücudun ihtiyacı olan enerji ve besin öğelerinin yeterli miktarda ve dengeli olarak tüketilmesi ve vücutta kullanılması yeterli ve dengeli beslenme olarak adlandırılmaktadır (94).

Yeterli ve dengeli beslenme sayesinde büyüme, gelişme, hücrelerin tamiri ve yenilenmesi gerçekleşir. Bununla birlikte güçlenen bağışıklık sistemi sayesinde hastalıklara yakalanma riski ve kronik hastalık riski azalır, vücutta sıvı dengesi ve gerekli vitamin ve mineraller sağlanır. Beslenme planı bireylere özgü olmalıdır. Beslenme planı oluşturulurken bireylerin cinsiyet, yaşı, vücut ağırlığı, fiziksel aktivite düzeyi gibi etkenlere bağlı olarak bireylerin gereksinimleri belirlenir. Bireyler belirlenen gereksinimlerine göre gerekli enerji ve besin öğelerini alırlar (95).

Besin ögeleri makro ve mikro besin ögeleri olmak üzere iki grupta incelenir. Makro besin ögeleri karbonhidratlar, yağlar ve proteinler; mikro besin ögeleri ise vitamin ve minerallerdir. Sağlıklı beslenme tanımlanırken besinler 5 ana gruba ayrılmıştır;

1- Süt ve Süt Ürünleri: Süt, yoğurt, ayran, kefir, peynir bu besin grubuna dahil edilmiştir. Süt ve süt ürünleri kalsiyum, protein, fosfor, A vitamini, B12 vitamini ve B2 vitamini ağırlıklı olmak üzere birçok besin ögesi için önemli kaynaklardır.

2- Et, Yumurta, Kurubaklagil Grubu: Et, tavuk, balık, yumurta ve nohut, kuru fasulye, mercimek, börülce gibi kurubaklagiller bu gruba dahil edilmiştir. Bu besinler protein, demir, fosfor, çinko, magnezyum ve B vitaminlerinden zengindir. Kurubaklagiller yüksek besin değeriyle birlikte yüksek posa içermeleri nedeniyle beslenmede önemli bir yer almaktadır.

3- Sebze ve Meyve Grubu: Her çeşit sebze ve meyve bu gruba dahil edilmiştir. Vitamin ve minerallerden zengin olan sebze ve meyveler yüksek oranda su içermektedirler. Başta C vitamini, B2 ve B6 vitaminleri, A, E, K VİTAMİNİ, kalsiyum, potasyum, magnezyum, beta-karoten, lycopene ve luteinden zengindir. Yüksek posa içeren sebze ve meyve grubu ayrıca yüksek antioksidan özelliğe sahiptirler. Günlük en az 5 porsiyon meyve veya sebze grubu besini tüketilmesi önerilmektedir.

4- Ekmek ve Tahıl Grubu: Bulgur, pirinç, çavdar, yulaf gibi tahıl taneleri ve bu tahıl tanelerinden elde edilen un, makarna, ekmek ve benzeri besinler bu gruba dahil edilmiştir. Bu besin grubunun temel makro besin ögesi karbonhidrattır. B vitaminlerinden de zengin olan bu besin grubu vücudun temel enerji kaynağıdır.

5- Yağ ve Şeker Grubu: Ceviz, badem, fındık, fıstık, susam gibi yağlı tohumlar ve zeytinyağı benzeri sıvıyağlar, tereyağı benzeri katı yağlar bu gruba dahil edilmiştir. B grubu vitaminlerden zengin olan yağ grubu ögeleri aynı zamanda omega-3, omega-6, omega-9 yağ asitlerinden de zengindir. Yağlı tohumlar diğer besin gruplarına oranla yüksek yağ içeriğine sahip oldukları için tüketirken miktarına dikkat edilmesi gerekmektedir. Şeker saf karbonhidrattır ve bu grupta yer almaktadır (94-96).

Yetişkinler için önerilen enerji oranı dağılımı; günlük besin tüketiminin %50-55'i karbonhidrat, %20-25'i protein ve %25'i yağ olarak tanımlanmıştır. Günlük alınması gereken posa miktarı da 25 gr olarak belirtilmiştir (96).

2.9.3. Egzersiz

Günlük hayatın ayrılmaz bir parçası olan fiziksel aktivite, iskelet kaslar tarafından üretilen istemli hareketlerdir. Fiziksel aktivitenin alt grupları içerisinde sporun da bulunduğu egzersiz vardır. Egzersiz bireyin nabzını belli seviyede arttıran, kol ve bacaklardaki büyük kas gruplarının çalıştığı ve bazal metabolizma hızına ek olarak enerji harcamasını arttıran fiziksel hareketlerdir (97).

Düzenli egzersiz yapan bireylerin, iskelet ve kas sisteminin işlevi artar, kolon kanserine yakalanma riskleri azalır, kanserli hastalarda ise hastalık sonrası egzersizin psikolojik olumlu etkileri saptanmıştır. Bununla birlikte aktif ve düzenli egzersiz yapıyor olmak, anksiyete bozukluklarına ve strese karşı bireyde koruyucu etki göstermektedir. Ayrıca hafif ve orta depresyon yaşama riskini azaltır (98).

Düzenli egzersiz yapmaktaki asıl hedef vücudun yağ oranını azaltmak, kas-iskelet sistemini geliştirmek ve güçlendirmek, meydana gelen metabolik fonksiyonları düzenlemektir. Vücut ağırlığının artış nedenleri incelendiğinde hareketsiz yaşamın bu artışta büyük bir rol oynadığı kanıtlanmıştır. Bunun nedeni fiziksel aktivitenin yeterli olmadığı durumlarda enerjinin tüketilmesinde ve yağ oksidasyonundaki azalmaya bağlı olarak vücudun adipoz dokularında artış meydana gelmesidir (99).

2010 yılı Türkiye Beslenme Sağlık Araştırması (TBSA) verilerine göre, 12 yaş üzeri bireylerin hareketsiz yaşayanların oranı %71.9, yetersiz fiziksel aktivite yapanların oranı ise %9.1'dir. Türkiye'de son 7 gün içerisinde, 30 dakika veya daha fazla süre ile egzersiz yapan kadınlar sorgulandığında ise yalnızca %23.5 bu değerleri sağladığı saptanmıştır. Egzersiz yapmama oranı incelendiğindeyse 19-30 yaş aralığındaki kadınların %76.6'sının, 75 ve üzeri yaş aralığındaki kadınların ise %88'inin egzersiz yapmadığı kaydedilmiştir (20).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2010 verilerine bakıldığında ise 18 yaş ve üzeri yetişkin bireylerin fiziksel olarak aktif olmama oranı kadınlarda %27, erkeklerde %20 toplam olarak popülasyonda ise %23'tür. Yüksek gelirli ülkeler incelendiğinde kadınların %35'i, erkeklerin %26'sı düşük fiziksel aktivite yapma sıklığına sahip iken, düşük gelirli ülkelerde kadınların %24'ü, erkeklerin %12'si düşük fiziksel aktivite yapmaktadır. Yetersiz fiziksel aktivitenin nedenleri araştırıldığında boş zamanların fazlalığı ve bu zamanlardaki hareketsizlik, evde ve çalışma ortamında hareketsiz yaşam biçimi, hareketi kısıtlayan pasif ulaşım çeşitlerinin tercih edilmesindeki artış etken gösterilmiştir (100).

Levine ve ark.(101) tarafından egzersiz yapmayan bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada, 5 yıl süresince egzersiz yapmayan bireylerde ortalama 5 kg vücut ağırlığı artışı saptanmıştır. Bunun yanında egzersiz yapan bireyler ile karşılaştırıldığında, egzersiz yapmayan bireylerdeki vücut ağırlığı artışı yaklaşık 2 kat fazla bulunmuştur. Şiddetli egzersiz yapan bireylerde ise ağırlık kazanımını engellediği bu nedenle egzersizin yaşam biçimi haline getirilerek düzenli olarak yapılması gerektiği belirtilmiştir.

Yapılan başka bir çalışma hareketsiz yaşamın kardiyovasküler hastalıklar için büyük bir risk faktörü olduğunu belirtmiştir. Egzersizin çeşidi, süresi veya ne şiddette yapıldığı farketmeksizin haftanın 5 günü yapılan minimum yarım saatlik düzenli egzersizin kardiyovasküler hastalıklara yakalanma riskini azalttığı kaydedilmiştir (102).

Sivalingam ve ark. (103), yaptığı başka bir çalışmada, düzenli olarak haftanın 3 günü yarım saatlik egzersiz yapan bireyler takip edilmiştir. Çalışmanın sonucunda bireylerde önemli vücut ağırlığı kaybı kaydedilmiştir.

Sağlıklı bir yaşam için bireylere uygun orta şiddette, günlük minimum 20-30 dakika ve haftanın en az 3 günü yapılan egzersizin daha etkili olacağı kaydedilmiştir. Bilinçli ve düzenli periyotlarla uygulanan egzersiz planını sağlıklı ve kaliteli bir yaşam sürdürebilmek için önemli olduğu belirtilmiştir (104).

2.9.4. Stres Yönetimi

Stres, strese sebep olan bir uyarıcı veya fizyolojik uyarılım sonucunda kaygı ve benzeri bir etki ile karakterize bir cevap olarak tanımlanmaktadır (105). Bireylerin

hayatlarında gelişen hızlı değişimler ve günlük yoğun yaşam temposu uyum sağlanamayan hayat koşulları sebebiyle sıklıkla stresle başa çıkma durumunda kalınır (106). Stres altında olan bireyler kendilerine karşı özensiz ve sağlıklarını riske atacak davranışlarda bulunabilirler. Bu olumsuz davranışlar, bireylerin vücut fonksiyonlarını bozarak hastalıklara karşı savunma yeteneğini azaltır ve hastalıkların gelişmesine olanak sağlar (107).

Stres, zihnen ve fiziken hissedilebilen, hormonlar ile yönetilen ve otomatik cevaplı bir oluşumdur. Genetik olarak bireylerde nesiller boyu devam etmektedir. Bireyin strese maruz kalma süresi uzadıkça, zihni ve vücudu yıpratma düzeyi de artar. Bunun yanında kronik hale gelen stres; bireyleri aşırı yeme isteği, sigara içme ve benzer kötü alışkanlıklara yönlendirebileceği gibi ilerleyen zamanlarda kronik hastalıklara da sebep olabilmektedir (108).

Stresin sağlık üzerinde birçok olumsuz etkisi vardır. Uzun süre maruz kalınan stres beyine fazla kortizol salgılanmasına sebep olarak sinir sistemini etkiler. Kortizolün vücutta aşırı artmasına bağlı olarak insülin hormonunun vücut hücrelerine etki etmesini baskılar. Bu da vücutta insülin hormonu azlığı olarak baş gösterir. Azalan insülin hormonu pankreas beta hücrelerinin daha fazla insülin salgılamasına ve kan glukoz düzeylerinin yükselmesine neden olur. İnsülin metabolizmasındaki bu bozukluk diyabet için önemli bir risk faktörü oluşturmaktadır. Bu olumsuz etkilerin yanında uzun süre strese maruz kalmak kan basıncının yükselmesine ve buna bağlı kan damarlarında bozulmalara neden olur (108) (109).

Uzun süreli strese maruz kalmak yine artan kortizol seviyesine bağlı olarak sitokin sentezini azaltır. Bu durum bağışıklık sisteminin baskılanmasına ve beraberinde çökmesine neden olur. Yoğun stres anında mide salgısında hassasiyet oluşur bu da bireyde mide ağrısı veya mide bulantısı olarak hissedilir (109).

Stres yönetiminin amacı; stresin azaltılması, kontrol altına alınması ve bunun sürdürülebilmesidir. Başarılı stres yönetiminde bireyin sağlığı iyileşir, bakım maliyeti azalır, yaşam kalitesi yükselir ve oluşabilecek hastalıkların önüne geçilmiş olur. Stres kontrolü sağlanması sağlığın geliştirilmesinde çok büyük rol oynar (107).

Stres ile baş edebilmek için öncelikle bireyin kendisini stres altına alan durumları ve bu durumlarda bireyin yaşadığı duyguları tespit edebilmesi gerekmektedir. Stresle baş etmek için duygusal yaklaşımlar bireye ancak kısa dönemde yanıt verir. Duygusal yaklaşımlar bireyin duygusal yoğunluğuna etki eder, sorunun aslını fark etmesine yardımcı olabilir ancak etkili bir yöntem değildir. Duygusal yaklaşımlara örnek olarak kontrolsüz ve tıknırcasına yemek yeme hali veya iştah artışı gösterilebilir. Bir diğer stres ile baş etme yöntemi ise soruna odaklanıcı yöntemdir. Soruna odaklanan stres yönetimi sayesinde birey duygularını kontrol altına aldıktan sonra asıl probleme yoğunlaşarak problemi etkili ve kalıcı bir şekilde çözebilmektedir (106).

Stres ile mücadele etmek için yapılabilecekler arasında:

- Sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıkları edinmek ve bunları geliştirmek,
- Stres ile baş edebilmek için bireysel yöntemler geliştirmek,
- Gevşeme ve rahatlama yöntemleri geliştirmek,
- Eğitim ve kişisel gelişim programları,
- Sosyal aktivitelere katılmak gibi yöntemler uygulanabilir (107).

2.9.5. Kendini gerçekleştirme

Kendini gerçekleştirme kavramı, Maslow'a göre bireylerin kendini ifade etmesi, her açıdan özünde sahip olduğu potansiyeli açığa çıkarması ve bu potansiyelini en mükemmel seviyede kullanabilmesi olarak tanımlanmıştır. Diğer bir tabirle, kendini tanıyan bir bireyin yapmak istediği bütün kapasiteye sahip olabilmesidir (110). İnsanlar var olmaları itibarıyla yaşadıkları ortama uyum sağlama, toplumda kendilerine bir yer bulma, kendi kimliğini keşfetme ve benzeri duygu ve durumları yaşamaktadır. Kendini gerçekleştirme bireylerin hayatta kalma amaçları arasındadır ve bireylerin bu amacı gerçekleştirebilmeleri için ilk olarak kendilerini tanımaları ve kendilerini ifade edebilmeleri gerekmektedir (111).

Kendini gerçekleştirme; bireylerin davranışlarını yönlendiren bir duygu olmakla birlikte bireylerin kendilerini geliştirmek için ulaşmaya çalıştıkları seviyedir. Yaşam boyunca devam eden bir oluşum olan kendini gerçekleştirme yönünden bireyler hayatlarının belli bir döneminde belli bir seviyeye ulaşabilirler. Kendini gerçekleştirmede

gelenen seviye bireyler arasında farklılık gösterebilmektedir (112). Kendini gerçekleştirme yoluna girmiş bireyler, çevrelerine ve kendilerine dair bilgilere ulaşmaya, dış çevrede olup biten durumları daha iyi gözlemleyebilmeye önem verirler (111).

2.9.6. Kişiler arası destek

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında olan kişiler arası destek, bireylerin birbirleriyle olan ilişkileri ile meydana gelen ve sağlığın geliştirilmesi ve korunmasında büyük rol üstlenen bir kavramdır. Kişiler arası destek kavramını, bireylerin arasındaki ilişkinin seviyesine, niteliğine ve sürekliliğine bağlı olarak gelişir (107).

Bireyler yaşamları boyunca yaşadıkları olaylar ve durumlar nedeniyle vücutlarında, sosyal yaşamlarında, insan ilişkilerinde ve hayattaki rollerinde değişiklikler yaşamaktadırlar. Bireylerin yaşam tarzı değişiklikleri yaşadıkları bu dönemlerde bireyin ailesi, arkadaşları gibi yakın çevresinin desteği, yaşadığı problemleri çözmesinde ve problemleri çözmedeki yaklaşımında, olumlu etkiler sağlar. Birey bu sayede içinde olduğu durumu daha doğru ve daha kolay algılar. Kişiler arası ilişkilerde destek vermek isteyen kişiler, problem çözülürken; problemin neden meydana geldiğini, çözmek için yapılabilecekleri, nelere ihtiyaç olduğunu bireye göstermede yardımcı olurlar, bu sayede bireyin problemle baş edebilme yeteneğinin artmasına destek olurlar. Kişiler arası ilişkilere ve desteğe yaşam biçiminde önem veren ve uygulayan bireyler yaşadıkları sorunlar ile başa çıkma konusunda daha dayanıklı ve daha başarılı olmaktadır. Bunun sonucunda bireylerin üretkenliği artar ve sağlıklı yaşam biçimini hayatlarına uygulamaları kolaylaşır. Bireylerin yaşam kaliteleri yükselir (113).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Bu araştırma, Nisan 2019 – Kasım 2019 tarihleri arasında özel bir Beslenme ve Diyet Danışmanlık Merkezi'ne başvuran 19-64 yaş aralığında olan 177 yetişkin birey ile yürütülmüştür. Araştırmaya ilişkin veriler yüz yüze görüşme ve online görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

Çalışmaya başlamadan önce katılımcılara “Bilimsel Araştırmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” okutulmuş ve çalışmaya katılmak isteyip istemedikleri sorulmuştur. Çalışmaya, gönüllü olarak katılmayı kabul eden bireyler dahil edilmiştir.

Bu araştırma, 05.12.2018 tarihinde KA18/382 proje no ile Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve uygun bulunmuştur (Ek-1).

3.2. Araştırmanın Genel Planı

Bu çalışmaya katılmayı kabul eden tüm bireylere çalışma başlangıcında 20 soruluk bir anket formu uygulanmıştır (Ek-2). Bu anket formu; sosyo-demografik özellikleri (yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, ailede şişman birey vb.), antropometrik ölçümleri, iştah durumlarını ve obezite ile ilgili düşünceleri gibi sorular içermektedir.

Bireylerin obezite farkındalık düzeylerinin değerlendirmek amacı ile Obezite Farkındalık Ölçeği (OFÖ) (Ek-3) uygulanmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlıklı geliştiren davranışları ölçmeye yönelik Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Ek-4) uygulanmıştır.

3.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

3.3.1. Kişisel özellikler

Bireylerin kişisel özelliklerini belirlemek için, sosyo-demografik özelliklerini (yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, ailede şişman birey vb.), iştah durumlarını, fiziksel aktivite yapma durumlarını, türünü ve süresini, alkol ve sigara tüketim alışkanlığını, obezite ile ilgili düşüncelerini sorgulayan 20 soruluk bir anket formu uygulanmıştır.

3.3.2. Antropometrik ölçümler

Bireylerin vücut ağırlığı (kg), boy uzunluğu (cm) ve bel çevresi (cm) ölçümleri alınmıştır. Ölçümler yüz yüze görüşmelerde araştırmacı tarafından ölçülerek anket formuna kaydedilmiştir. Online görüşmelerde ise antropometrik ölçümler katılımcılar tarafından ölçülerek anket formuna kaydedilmiştir.

3.3.2.1. Vücut ağırlığı ve boy uzunluğu ölçümleri

Araştırmaya katılan bireylerin vücut ağırlıkları yüz yüze görüşmelerde İnbody 270 cihazı kullanılarak, online görüşmelerde dijital tartı aleti kullanılarak ölçülmüştür. Boy uzunluğu ölçümü ise; bireyler hazır ol durumda iken, ayaklar bitişik durumda ve Frankfurt düzlemde (göz ve kulak kepçesi üstü aynı hizada) olacak şekilde boy ölçer ile yapılmıştır (114).

3.3.2.2. Beden kütle indeksi (BKİ)

Bireylerin vücut ağırlıkları (kg) ve boy uzunlukları (m) kullanılarak Beden Kütle İndeksi (BKİ) (kg/m^2) değerleri; $[\text{Vücut ağırlığı (kg)}/\text{Boy Uzunluğu (m}^2\text{)}]$ formülü kullanılarak hesaplanmıştır. BKİ sonuçları; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sınıflamasına göre değerlendirilmiştir (8). (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) BKİ sınıflaması (8)

Sınıflandırma	BKİ (kg/ m ²) Temel Sınıflandırma
Zayıf	< 18.50
Ciddi Düzey Zayıflık	<16.00
Orta Düzey Zayıflık	16.00 – 16.99
Hafif Zayıflık	17.00 – 18.49
Normal Aralık	18.50 – 24.99
Kilolu / Pre-obez	25.00 – 29.99
Obez	≥ 30.00
I.Derece	30.00 – 34.99
II.Derece	35.00 – 39.99
III.Derece (Morbid Obez)	≥ 40.00

3.3.2.3. Bel çevresi

Bireylerin bel çevresi ölçümleri, ayakları birleşik ve kollarının iki yanda olacak şekilde, en alt kaburga kemiği ile kristailiyak arası orta noktadan geçen çevre esnek olmayan mezür ile yere paralel olarak alınmıştır (96). DSÖ verilerine göre (Tablo 3.2.) değerlendirilmiştir (24). (Tablo 3.2).

Tablo 3.2. DSÖ'ye göre bel çevresi değerlendirmesi

	Risk	Yüksek Risk
Erkek	≥94	≥102
Kadın	≥80	≥88

3.3.2.4. Bel çevresi /Boy uzunluğu oranı

Bel çevresi(cm) / Boy uzunluğu (cm) oranı hesaplanmış ve DSÖ kriterlerine göre (Tablo 3.3.) değerlendirilmiştir (115).

Tablo 3.3. DSÖ'ye göre bel/boy oranı değerlendirmesi

Bel/boy oranı	Sınıflama
<0.4	Dikkat
0.4-0.5	Uygun
0.5-0.6	Önlem alınmalı (<5 yaşta eyleme geç)
>0.6	Eyleme geç

3.3.3. Obezite farkındalık ölçeği

Bu çalışmada kullanılan Obezite Farkındalığı Ölçeğinin, Türkçeye ve Türk kültürüne uyarlanması 2014 yılında Kafkas ve Özen (116) tarafından gerçekleştirilmiştir. Türkçeye uyarlanan obezite farkındalık ölçeği, üç alt boyut ve toplam 21 maddeden oluşan bir ölçme aracıdır. Ölçeğin genel iç tutarlılık Cronbach Alpha değeri 0.87 olarak iyi düzeyde bulunmuştur. Ölçeğe ait üç alt boyut aşağıda belirtilmiştir.

Birinci Alt Boyut (Obezite Farkındalığı): Bu alt boyut 8 maddeden oluşmaktadır (21., 3., 1., 7., 9., 20., 4., 6. ve 10. maddeler).

İkinci Alt Boyut (Beslenme Farkındalığı): Bu alt boyut 8 maddeden oluşmaktadır (11., 12., 8., 14., 2., ve 5. maddeler).

Üçüncü Alt Boyut (Fiziksel Aktivite Farkındalığı): (16., 19., 13., 18. ve 17. maddeler) Bu alt boyut 5 maddeden oluşmaktadır (116).

OFÖ toplam puanı bireyin obezite farkındalık düzeyini göstermektedir. Ölçekte 21 madde bulunmaktadır ve dördümlü likert derecelendirme yapılmıştır. Bireyler maddeleri okuduktan sonra kendilerine uygun buldukları yanıt ifadelerinden birini işaretlemişlerdir. Derecelendirmelere, " Kesinlikle Katılmıyorum " yanıtı için 1, "Katılmıyorum" yanıtı için 2, "Katılıyorum" yanıtı için 3, " Tamamen Katılıyorum " yanıtı için 4 puan verilmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan en düşük 21, en yüksek 84'dir. Bireylerin ölçekten aldıkları puanın artması bireylerin obezite farkındalığının daha yüksek olduğunu göstermektedir.

3.3.4. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II

Bu çalışmada, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemeye yönelik 52 maddeden oluşan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) uygulanmıştır. SYBDÖ II, sağlığı geliştirmeye yönelik olarak bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ölçmektedir.

Bu ölçeğin ilki olan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ), Sağlığı Geliştirme Yaşam Stili ölçüm aracı Pender'in sağlığı geliştirme modeli temel alınarak

Walker ve ark. (117) tarafından geliştirilmiştir. Orijinal dili İngilizce olan SYBDÖ'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenirliği Esin (118) tarafından yapılmıştır.

SYBDÖ 1996 yılında Walker, Sechrist ve Pender (119) tarafından tekrar çalışılmış, düzenlenmiş ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II olarak güncellenmiştir. SYBDÖ II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması 2008 yılında Bahar ve ark. (120) tarafından yapılmıştır.

SYBDÖ II 52 madde ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Her bir alt boyut bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. (Tablo 3.4) Bunlar alt boyutlar;

1-Kendini Gerçekleştirme: Bu alt boyut 9 maddeden oluşmaktadır (6., 12., 18., 24., 30., 36., 42., 48., 52. maddeler). Bu alt boyutta bireyin yaşamdaki hedefleri, kendini ne kadar geliştirdiği, kabiliyetleri ve kendini tanıma durumu sorgulanır.

2- Kişilerarası Destek: Bu alt boyut 9 maddeden oluşmaktadır (1., 7., 13., 19., 25., 31., 37., 43., 49. maddeler). Bu alt boyutta bireyin sosyal çevresi ile iletişimi ve bu iletişimi ne kadar süre boyunca sürdürebildiği sorgulanır.

3-Beslenme: Bu alt boyut 9 maddeden oluşmaktadır (2., 8., 14., 20., 26., 32., 38., 44., 50. maddeler). Bu alt boyutta bireyin beslenme alışkanlıkları ve beslenme düzenini incelemeye yönelik maddeler bulunmaktadır.

4-Fiziksel Aktivite: Bu alt boyut 8 maddeden oluşmaktadır (3., 9., 15., 21., 27., 33., 39., 45., 51. maddeler). Bu alt boyutta bireyin fiziksel aktivite alışkanlıkları sorgulanmaktadır.

5-Sağlık Sorumluluğu: Bu alt boyut 9 maddeden oluşmaktadır (3., 9., 15., 21., 27., 33., 39., 45., 51. maddeler). Bu alt boyutta bireyin kendine karşı sağlık sorumluluğuna verdiği önem sorgulanır.

6-Stres Yönetimi: Bu alt boyut 8 maddeden oluşmaktadır (5., 11., 17., 23., 29., 35., 41., 47. maddeler). Bu alt boyutta bireyin stres kavramına yaklaşımı ve stresi yönetme düzeyi sorgulanır.

Tablo 3.4. SYBDÖ II genel puanı ve alt ölçekler puanları en düşük-en yüksek sınırları

Alt Gruplar	Ölçekteki Madde Numaraları	En Düşük Puan	En Yüksek Puan
Sağlık Sorumluluğu	3,9,15,21,27,33,39,45,51	9	36
Beslenme	2,8,14,20,26,32,38,44,50	9	36
Egzersiz	4,10,16,22,28,34,40,46	8	32
Stres Yönetimi	5,11,17,23,29,35,41,47	8	32
Kendini Gerçekleştirme	6,12,18,24,30,36,42,48,52	9	36
Kişiler Arası Destek	1,7,13,19,25,31,37,43,49	9	36
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	1-52.maddeler	52	208

SYBDÖ II toplam puanı bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına uyumunu göstermektedir. Ölçekte 52 madde bulunmaktadır ve dördümlük likert derecelendirme yapılmıştır. Bireyler maddeleri okuduktan sonra kendilerine uygun buldukları yanıt ifadelerinden birini işaretlemişlerdir. Derecelendirmelere, "hiçbir zaman" yanıtı için 1, "bazen" yanıtı için 2, "sık sık" yanıtı için 3, "düzenli olarak" yanıtı için 4 puan verilmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan en düşük 52, en yüksek 208'dir (Tablo 3.4.). Bireylerin ölçekten aldıkları puanın artması bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha iyi uygulayabildiğini göstermektedir.

3.4. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizleri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 20.0 istatistik yazılım programı kullanılarak yapılmıştır.

Çalışmadaki sürekli verilere ilişkin tanımlayıcı istatistiklerde ortalama, standart sapma (SS), medyan, alt ve üst değerler olarak ifade edilirken; değişkenler sayısı (S) ve yüzde (%) olarak ifade edilmiştir. Sürekli nicel (ölçüm) verilerinin normal dağılıp dağılmadığı "Kolmogorov-Smirnov Testi" ile saptanmıştır.

Ölçek puanlarının iki grupta bağımsız değişkenlerle karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, ikiden fazla grupta bağımsız değişkenlerle karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır. Farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığı Kruskal Wallis Varyans Analizi çoklu karşılaştırma testi ile incelenmiştir.

Normal dağılıma uyan sürekli verilerin iki gruplu bağımsız değişkenlerle karşılaştırılmasında T test, normal dağılıma uymayan sürekli verilerin iki gruplu bağımsız değişkenlerle karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Nominal değişkenlerin grup karşılaştırmalarında (çapraz tablolarda) Ki-Kare ve Fisher's Exact test kullanılmıştır. Ölçek puanları ile sürekli veriler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman's Korelasyon katsayısından faydalanılmıştır.

Kategorik değişkenlerin değerlendirilmesinde Ki-kare (χ^2) testi kullanılmış, değişkenler arasındaki ilişki, verilerde kişi sayısı 30'un altında olduğu için ve veriler normal dağılmadığı için "Spearman" iki yönlü korelasyon testi kullanılarak belirlenmiştir. Çalışmadaki anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak bütün istatistiksel analizler için kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Bireylerin Genel Özellikleri

Bireylerin yaş aralığı, yaş ortalaması, cinsiyet, medeni ve eğitim durumları ile yaşam şekilleri Tablo 4.1’de gösterilmiştir.

Çalışmaya, 19-64 yaş arasında %71.2’si kadın, %28.8’i erkek olmak üzere 177 birey katılmıştır. Bireylerin yaş ortalaması 38.1 ± 12.72 olup %43.5’inin 35-50 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Bireylerin %63.3’ü evli, %56.5’i üniversite mezunu ve %58.8’i çocuk sahibi olarak saptanmıştır. Çocuk sahibi olan bireylerin çocuk sayısı ortancası 2 (1-4) olarak saptanmıştır. Bireylerin %43.5’inin geliri giderinden fazla, %41.8’inin geliri giderine eşit ve %14.7’sinin geliri giderinden az olarak belirlenmiştir. Bireylerin %35.6’sı serbest meslek dalında çalışırken, %18.1’i emeklidir (Tablo 4.1.).

Tablo 4.1. Bireylerin Demografik Özellikleri

Demografik Özellikler	S (n:177)	%
Yaş grupları		
19-30 yaş arası	59	33.3
31-50 yaş arası	77	43.5
> 50 yaş	41	23.2
Yaş ($\bar{X} \pm SS$ yıl)	38.1 $\pm$ 12.44	
Cinsiyet		
Kadın	126	71.2
Erkek	51	28.8
Medeni durum		
Evli	112	63.3
Bekar	54	30.5
Boşanmış/Dul	11	6.2
Eğitim durumu		
İlkokul	1	0.6
Lise	29	16.4
Yüksekokul	25	14.1
Üniversite	100	56.5
Yüksek lisans/Doktora	22	12.4

Demografik Özellikler	S (n:177)	%
Gelir düzeyi		
Geliri giderinden fazla	77	43.5
Geliri giderine eşit	74	41.8
Geliri giderinden az	26	14.7
Çocuk varlığı		
Çocuğu var	104	58.8
Çocuğu yok	73	41.2
Meslek		
İşçi	6	3.4
Memur	23	13.0
Emekli	32	18.1
Öğrenci	21	11.9
Serbest meslek	63	35.5
Mühendis	6	3.4
Ev hanımı	14	7.9
Aşçı	6	3.4
Doktor	2	1.1
İşsiz	4	2.3

4.2. Bireylerin Genel Alışkanlıkları

Bireylerin %40.1'i sigara, %49.7'si alkol kullanmaktadır. Sigara kullanan bireylerin günlük tükettikleri sigara sayısı ortalaması 12.58 ± 7.00 adet/gün, alkol tüketen bireylerin günlük alkol tüketim ortalaması 59.04 ± 86.63 ml/gün olarak saptanmıştır (Tablo 4.2.).

Kadınlarla erkeklerin sigara kullanma sıklıkları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Kadınlarla erkeklerin alkol tüketme durumları açısından istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmıştır ($p < 0.01$). Erkeklerde alkol tüketim miktarı kadınlara göre istatistiksel açıdan önemli düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.2.).

Tablo 4.2. Bireylerin Sigara Ve Alkol Kullanma Durumları

	Kadın (n:126)		Erkek (n:51)		Toplam (n:177)		
	S	%	S	%	S	%	P
Sigara Kullanma Durumu							
İçiyor	46	36.5	25	49	71	40.1	0.173
İçmiyor	69	54.8	20	39.2	89	50.3	
İçmiş Bırakmış	11	8.7	6	11.8	17	9.6	
Alkol Tüketme Durumu							
Tüketiyor	53	42.1	35	68.6	88	49.7	0.001 *
Tüketmiyor	73	57.9	16	31.4	89	50.3	
	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)		$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)		$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)		
Sigara sayısı (adet/gün)	11.35±6.03 (2-30)		14.84±8.17 (3-40)		12.58±7.00 (2-40)		0.059
Alkol tüketim miktarı (ml/gün)	46.58±73.32 (3-332)		77.91±101.85 (4.1-98.4)		59.04±86.63 (3-398.4)		0.020 *

*p<0.05

Çalışmaya katılan bireylerin %38.4' ü düzenli fiziksel aktivite yaptıklarını, %61.6'sı düzenli fiziksel aktivite yapmadıklarını belirtmiştir. Düzenli fiziksel aktivite yapanlarda dayanıklılık egzersizleri yapma sıklığı %82.4, esneklik egzersizleri yapma sıklığı %33.8, kuvvet egzersizleri yapma sıklığı %13.2 olarak bulunmuştur. Günlük fiziksel aktivite yapma süresi ortalaması 226.32±122.98 dk/hf olarak saptanmıştır (Tablo 4.3.).

Çalışmaya katılan kadınlarla erkeklerin düzenli fiziksel aktivite yapma sıklıkları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.3).

Esneklik egzersizleri yapma durumları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmıştır (p<0.01).

Tablo 4.3. Bireylerin Fiziksel Aktivite Durumları

	Kadın (n:126)		Erkek (n:51)		Toplam (n:177)		p
	S	%	S	%	S	%	
Düzenli Fiziksel Aktivite							
Yapıyor	46	36.5	22	43.1	68	38.4	0.412
Yapmıyor	80	63.5	29	56.9	109	61.6	
Dayanıklılık Egzersizleri							
Yapıyor	35	76.1	21	95.5	56	82.4	0.086
Yapmıyor	11	23.9	1	4.5	12	17.6	
Kuvvet Egzersizleri							
Yapıyor	7	15.2	2	9.1	59	86.8	0.707
Yapmıyor	39	84.8	20	90.9	9	13.2	
Esneklik Egzersizleri							
Yapıyor	21	45.7	2	9.1	45	66.2	0.003
Yapmıyor	25	54.3	20	90.9	23	33.8	
	$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$		
	(Alt-Üst)		(Alt-Üst)		(Alt-Üst)		
Günlük Fiziksel Aktivite süresi (dk/hf)	223.37±123.59		232.50±124.34		226.32±122.98		0.716
	(70-720)		(90-540)		(70-720)		

4.3. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri

Tablo 4.4. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri

	Kadın (n:126)	Erkek (n:51)
	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)
Boy (m)	1.66±0.05 (1.52-1.77)	1.78±0.05 (1.70-1.92)
Vücut Ağırlığı (kg)	64.14±11.02 (43-103)	85.08±12.61 (64-116)
BKİ (kg/m²)	23.39±4.01 (16.8-37.83)	26.71±3.46 (19.66-33.89)
Bel çevresi	77.80±12.55 (51-115)	89.37±14.58 (40-117)
Bel/Boy oranı	0.47±0.08 (0.32-0.68)	0.50±0.08 (0.22-0.67)

Bireylerin %49.7'sinin BKİ değeri 18.6-24.9 kg/m² aralığında, %32.8'inin BKİ değeri 25-29.9 kg/m² aralığındadır. %53.7'sinin bel boy oranı 0.5'den küçük, %46.3'ünün bel/boy oranı 0.5'den büyüktür (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Bireylerin BKİ, Bel Boy Oranı Ve Bel Çevresi Dağılımları

	S	%
BKİ sınıflaması (kg/m²)		
≤ 18.5	11	6.2
18.6-24.9	88	49.7
25-29.9	58	32.8
≥ 30	20	11.3
Bel Boy oranı sınıflaması		
<0.5	95	53.7
≥ 0.5	82	46.3
Bel çevresi sınıflaması		
<88 cm K, <120 cm E	142	80.2
≥ 88 cm K, ≥120 cm E	35	19.8

Çalışmaya katılan kadınlar ile erkeklerin BKİ sınıflanmasında arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmıştır ($p<0.001$). Erkeklerin BKİ sınıflamasında 25-29.9 kg/m² ve ≥ 30 kg/m² olan erkek bireylerin oranı kadınlara göre daha fazla iken, kadınlarda ≤ 18.5 kg/m² ve 18.6-24.9 kg/m² BKİ değerine sahip olma oranı erkeklere göre daha fazla bulunmuştur (Tablo 4.6.).

Kadınlarla erkeklerin Bel/Boy oranının <0.5 ve ≥ 0.5 olma oranları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmıştır ($p<0.001$). Erkeklerin Bel/Boy oranının ≥ 0.5 olma oranı kadınlara göre anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur (Tablo 4.6.).

Kadınlarla erkeklerin bel çevresi oranları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6.).

Tablo 4.5. Bireylerin Cinsiyetlere Göre Antropometrik Ölçümleri

	Kadın (n:126)		Erkek (n:51)		Toplam (n:177)		
	S	%	S	%	S	%	p
BKİ Sınıflaması (kg/m²)							
≤ 18.5	11	8.7	0	0	11	6.2	0.000*
18.6-24.9	74	58.7	14	27.5	88	49.7	
25-29.9	31	24.6	27	52.9	58	32.8	
≥ 30	10	7.9	10	19.6	20	11.3	
Bel/Boy Oranı Sınıflaması							
<0.5	79	62.7	16	31.4	95	53.7	0.000*
≥ 0.5	47	37.3	35	68.6	82	46.3	
Bel Çevresi Sınıflaması							
<88 cm K, <120 cm E	100	79.4	42	82.4	142	80.2	0.651
≥ 88 cm K, ≥120 cm E	26	20.6	9	17.6	35	19.8	

* p<0.05

4.4. Bireylerin Bireysel Özellikleri

Bireylerin %52.5'i kendi ağırlıklarını normal olarak değerlendirmiştir. Bireylerin %69.5 yaşamları boyunca herhangi bir dönemde kendilerini şişman bulduklarını belirtmiştir. Kendilerini yaşamlarının herhangi bir döneminde şişman bulanlar bireylerde çocukluk çağında şişman bulanların sıklığı %10.6, ergenlikte şişman bulanların sıklığı %34.1, erken erişkinlik döneminde şişman bulanların sıklığı %20.3, sigarayı bıraktıktan sonra şişman bulanların sıklığı %4.9 diğer dönemlerde şişman bulanların sıklığı %4.9'dur (Tablo 4.7.).

Kadınlarda hamilelik döneminde kendilerini şişman bulanların sıklığı %28.7, hamilelikten sonra şişman bulanların sıklığı %34, menopoz döneminde şişman bulanların sıklığı %20.2 olarak saptanmıştır (Tablo 4.7.).

Tablo 4.6. Bireylerin Beden Algıları Ve Kendilerini Şişman Bulma Durumları

	S	%
Bireylerin kendi ağırlıklarını değerlendirme		
Çok zayıf	2	1.1
Zayıf	12	6.8
Normal	93	52.5
Hafif şişman	55	31.1
Şişman	15	8.5
Bireylerin yaşamları boyunca kendilerini şişman bulma durumu		
Evet	123	69.65
Hayır	54	30.5
Bireylerin yaşamları boyunca kendilerini şişman bulduğu dönemler *		
Çocukluk döneminde kendini şişman bulma	13	10.6
Ergenlik döneminde kendini şişman bulma	42	34.1
Erken erişkinlik döneminde kendini şişman bulma	25	20.3
Hamilelik döneminde kendini şişman bulma	27	28.7
Doğum sonrası döneminde kendini şişman bulma	32	34
Menopoz döneminde kendini şişman bulma	19	20.2
Sigarayı bıraktıktan sonraki dönemde kendini şişman bulma	6	4.9
Diğer dönemlerde kendini şişman bulma	6	4.9

* Bide fazla seçenek işaretlenmiştir

Kadınlar ile erkeklerin kendi vücut ağırlıklarını zayıf, normal, hafif şişman ve şişman olarak değerlendirme oranları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Kadınlarla erkeklerin yaşamları boyunca kendilerini şişman bulma oranları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmıştır ($p<0.01$). Kadınların yaşamları boyunca herhangi bir dönemde kendilerini şişman bulma oranları erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.8.).

Kendini şişman bulan kadınlarla erkeklerin çocukluk çağında kendilerini şişman bulma oranları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Kendini şişman bulan kadınlarla erkeklerin ergenlik döneminde şişman bulma oranları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Kendini şişman bulan kadınlarla erkeklerin erken erişkinlik döneminde kendilerini şişman bulma oranları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmıştır ($p<0.01$). Erkeklerin erken erişkinlik döneminde kendilerini şişman bulma oranları kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.8.).

Kendini şişman bulan kadınlarla erkeklerin sigarayı bıraktıktan sonraki dönemde kendini şişman bulma oranları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Kendini şişman bulan kadınlarla erkeklerin diğer dönemlerde kendini şişman bulma oranları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmıştır ($p<0.01$) (Tablo 4.8.).

Tablo 4.7. Bireylerin Cinsiyete Göre Beden Algıları Ve Kendilerini Şişman Bulma Durumları

	Kadın (n:126)		Erkek (n:51)		Toplam (n:177)		
	S	%	S	%	S	%	P
Bireylerin kendi ağırlıklarını değerlendirme							
Zayıf	14	11.1	0	0	14	7.9	0.056
Normal	66	52.4	27	52.9	93	52.5	
Hafif şişman	34	27	21	41.2	55	31.1	
Şişman	12	9.5	3	5.9	15	8.5	
Bireylerin yaşamları boyunca kendilerini şişman bulma durumu							
Evet	95	75.4	28	54.9	123	69.5	0.007*
Hayır	31	24.6	23	45.1	54	30.5	
Çocukluk döneminde kendini şişman bulma (n:123)							
Evet	9	9.6	4	13.8	13	10.6	0.503
Hayır	85	90.4	25	86.2	110	89.4	
Ergenlik döneminde kendini şişman bulma (n:123)							
Evet	28	29.8	14	48.3	42	34.1	0.066
Hayır	66	70.2	15	51.7	81	65.9	
Erken erişkinlik döneminde kendini şişman bulma (n:123)							
Evet	13	13.8	12	41.4	25	20.3	0.001*
Hayır	81	86.2	17	58.6	98	79.7	
Sigarayı bıraktıktan sonraki dönemde kendini şişman bulma							
Evet	4	4.3	2	6.9	6	6.9	0.625
Hayır	90	95.7	27	93.1	27	93.1	
Diğer dönemler							
Evet	2	2.1	4	13.8	6	4.9	0.027*
Hayır	92	97.9	25	86.2	117	95.1	

* $p<0.05$

Bireylerin %32.8'inin ailesinde şışmanlık öyküsü bulunmaktadır. Ailesinde şışmanlık öyküsü bulunanlarda annede şışmanlık öyküsü olanların sıklığı % 51.7, babada şışmanlık öyküsü olanların sıklığı % 41.4, çocukta şışmanlık öyküsü olanların sıklığı ise % 17.2'dir (Tablo 4.9.).

Tablo 4.8. Bireylerin Ailelerinde Şışmanlık Öyküsü Olma Durumu

	S	%
Ailede şışmanlık öyküsü		
Evet	58	32.8
Hayır	119	67.2
Ailede şışmanlık öyküsü bulunan kişiler*		
Annede	30	51.7
Babada	24	41.4
Eşte	3	5.2
Çocukta	10	17.2

* Bide fazla seçenek işaretlenmiştir

Kadınlarla erkeklerin ailelerinde şışmanlık öyküsü bulunma oranları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ailesinde şışmanlık öyküsü olan kadınlarla erkeklerin annelerinde şışmanlık öyküsü bulunma oranları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.10.).

Ailesinde şışmanlık öyküsü olan kadınlarla erkeklerin babalarında şışmanlık öyküsü bulunma oranları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Ailesinde şışmanlık öyküsü olan erkeklerin babalarında şışmanlık bulunma oranı kadınların babalarında şışmanlık öyküsü bulunma oranına göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.10.).

Ailesinde şışmanlık öyküsü olan bireylerin eşlerinde şışmanlık öyküsü bulunma oranları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ailesinde şışmanlık öyküsü olan kadınlarla erkeklerin çocuklarında şışmanlık öyküsü bulunma oranları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.10.).

Tablo 4.9. Bireylerin Ailede Şişmanlık Öyküsü Olma Durumları

	Kadın (n:126)		Erkek (n:51)		Toplam (n:177)		p
	S	%	S	%	S	%	
Ailede şişmanlık öyküsü							
Evet	37	29.4	21	41.2	58	32.8	0.129
Hayır	89	70.6	30	58.8	119	67.2	
Annede (n:58)							
Evet	21	56.8	9	42.9	30	51.7	0.309
Hayır	16	43.2	12	57.1	28	48.3	
Babada(n:58)							
Evet	11	29.7	13	61.9	24	41.4	0.017*
Hayır	26	70.3	8	38.1	34	58.6	
Eşte (n:58)							
Evet	2	5.4	1	4.8	3	5.2	1.000
Hayır	35	94.6	20	95.2	55	94.8	
Çocukta (n:58)							
Evet	7	18.9	3	14.3	10	17.2	0.733
Hayır	30	81.1	18	85.7	48	82.8	

* p<0.05

Bireylerin %28.2'si obezite ile ilgili yayın takip ettiklerini belirtmiştir. Yayın takip eden bireylerde yazılı basından yayın takip etme oranı %44, TV den takip etme oranı %50, sosyal medyadan takip etme oranı %64'tür (Tablo 4.11.).

Tablo 4.10. Bireylerin Obezite İle İlgili Yayın Takip Durumlarının Dağılımı

	S	%
Obezite ile ilgili bilgi almak için yayın takip etme durumu		
Evet	50	28.2
Hayır	127	71.8
Yayın takip kaynağı*		
Yazılı basından takip etme	22	44.0
TV den takip etme	25	50.0
Sosyal medyadan takip etme	32	64.0

* Bide fazla seçenek işaretlenmiştir

Çalışmaya katılan bireylerin obezite ile ilgili bilgi almak için yayın takip etme oranları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmıştır (p<0.05). Kadınların obezite ile ilgili bilgi almak için yayın takip etme oranları erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.12.).

Obezite ile ilgili bilgi almak için yayın takip eden kadınlarla ile erkeklerin bu bilgiyi yazılı basından takip etme sıklıkları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Obezite ile ilgili yayın takip eden kadınlarla erkeklerin TVden takip etme sıklıkları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Obezite ile ilgili yayın takip eden kadınlarla erkeklerin sosyal medyadan takip etme oranları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.12.).

Tablo 4.11. Bireylerin Obezite İle İlgili Bilgi Alma Durumları

	Kadın (n:126)		Erkek (n:51)		Toplam (n:177)		p
	S	%	S	%	S	%	
Obezite ile ilgili bilgi almak için yayın takip etme durumu							
Evet	41	32.5	9	17.6	50	28.2	0.046*
Hayır	85	67.5	42	82.4	127	82.4	
Yazılı basından takip etme							
Evet	18	43.9	4	44.4	22	44	0.976
Hayır	23	56.1	5	55.6	28	56	
TV den takip etme							
Evet	20	48.8	5	55.6	25	50	1.000
Hayır	21	51.2	4	44.4	25	50	
Sosyal medyadan takip etme							
Evet	26	63.4	6	66.7	32	64	1.000
Hayır	15	36.6	3	33.3	18	36	

* $p<0.05$

Çalışmaya katılan bireylerin kendi iştah durumlarını değerlendirme puanları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Erkeklerin iştah durumlarını değerlendirme puanları kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.13.).

Tablo 4.12. Bireylerin Cinsiyete Göre Kendi İştah Algı Durumları

	Kadın (n:126)	Erkek (n:51)	Toplam (n:177)	p
	Ortanca (Alt-Üst)	Ortanca (Alt-Üst)	Ortanca (Alt-Üst)	
İştah Durumu Değerlendirmesi	7 (1-10)	8 (3-10)	7 (1-10)	0.010*

* $p<0.05$

4.5. Bireylerin Obezite Farkındalık Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Sonuçları

Kadınlarla erkeklerin OFÖ alt boyut ve toplam puanları arasında fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Kadınlarla erkeklerin SYBDÖ II alt boyut ve toplam puanları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.14.).

Tablo 4.13. Bireylerin Obezite Farkındalık Ölçeği (OFÖ) Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'den(SYBDÖ II) Aldıkları Puanlar

	Kadın (n:126)	Erkek (n:51)	p
	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	
OFÖ			
OFÖ-Obezite Farkındalığı	26.75±2.64 (16-34)	26.65±3.03 (19-35)	0.661
OFÖ-Beslenme Farkındalığı	18.94±2.22 (12-24)	19.45±2.02 (15-23)	0.167
OFÖ-Fiziksel Aktivite Farkındalığı	14.71±1.64 (10-20)	14.69±1.80 (11-20)	0.766
OFÖ-TOPLAM	60.39±5.11 (39-73)	60.78±4.97 (49-73)	0.808
SYBDÖ II			
SYBDÖ II-Sağlık Sorumluluğu	20.30±4.09 (11-35)	19.51±3.87 (10-29)	0.177
SYBDÖ II-Egzersiz	17.37±5.54 (8-32)	18.55±4.66 (8-29)	0.060
SYBDÖ II-Beslenme	21.91±3.53 (14-31)	20.84±3.63 (13-32)	0.136
SYBDÖ II- Kendini Gerçekleştirme	26.67±4.09 (16-36)	26.82±4.56 (10-35)	0.705
SYBDÖ II-Kişiler Arası Destek	26.21±4.08 (17-36)	26.29±4.31 (13-35)	0.733
SYBDÖ II-Stres Yönetimi	18.90±3.70 (11-29)	18.69±3.32 (10-26)	0.927
SYBDÖ II-TOPLAM	131.36±19.10 (92-195)	130.71±18.12 (65-170)	0.879

Yaş grupları arasında OFÖ alt boyut ve toplam puanları bakımından fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Yaş grupları arasında SYBDÖ II-Egzersiz puanları bakımından fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Yaş grubu 19-30 yaş arasında olanlar ile 31-50 yaş arasında olanlar arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). 19-30 yaş arasında olanların SYBDÖ II-Egzersiz puanları 31-50 yaş arasında olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Yaş grupları arasında SYBDÖ II-Kişiler Arası Destek puanları bakımından fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Yaş grubu 19-30 yaş arasında olanlarla 31-50 yaş arasında olanlar arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). 19-30 yaş arasında olanların SYBDÖ II-Kişiler Arası Destek puanları 31-50 yaş arasında olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Diğer yaş grupları arasında ise fark bulunmamıştır.

Yaş grupları arasında SYBDÖ II- Stres Yönetimi puanları bakımından fark saptanmıştır ($p<0.05$). Yaş grubu 31-50 yaş arasında olanlarla 50 yaşından büyük olanlar arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). 50 yaşından büyük olanların SYBDÖ II-Stres Yönetimi puanları 31-50 yaş arasında olanlara göre daha yüksek bulunmuştur .Diğer yaş grupları arasında ise fark bulunmamıştır.

Yaş grupları arasında SYBDÖ II- Toplam puanları bakımından farklılık saptanmıştır ($p<0.05$).

Yaş grubu 31-50 yaş arasında olanlarla 19-30 yaş ve 50 yaşından büyük olanlar arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). 31-50 yaş arasında olanların Toplam puanları hem 19-30 yaş hem de 50 yaşından büyük olanlara göre daha düşük bulunmuştur. Yaş grupları arasında SYBDÖ II-Sağlık Sorumluluğu, SYBDÖ II-Beslenme ve SYBDÖ II-Kendini Gerçekleştirme puanları arasında ise fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.15.).

Tablo 4.14. Bireylerin Yaş Gruplarına Göre Obezite Farkındalık Ölçeği (OFÖ) Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'den(SYBDÖ II) Aldıkları Puan Ortalamaları

	YAŞ GRUPLARI			p
	19-30 (n:59)	31-50 (n:77)	> 50 (n:41)	
	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	
OFÖ				
OFÖ-Obezite Farkındalığı	27.32±2.90 (19-34)	26.22±2.66 (16-32)	26.78±2.57 (24-35)	0.144
OFÖ- Beslenme Farkındalığı	19.47±2.37 (12-24)	19.01±2.00 (13-23)	18.66±2.13 (15-23)	0.147
OFÖ-Fiziksel Aktivite Farkındalığı	14.88±1.52 (11-19)	14.57±1.81 (10-20)	14.68±1.68 (12-20)	0.466
OFÖ-TOPLAM	61.68±5.04 (49-73)	59.80±5.15 (39-73)	60.12±4.72 (53-73)	0.091
SYBDÖ II				
SYBDÖ II-Sağlık Sorumluluğu	20.15±4.27 (10-29)	19.95±4.35 (11-35)	20.20±3.00 (14-29)	0.731
SYBDÖ II-Egzersiz	19.25±5.20 (8-32)	17.09±5.55 (8-32)	16.63±4.59 (9-28)	0.017*
SYBDÖ II- Beslenme	21.46±3.89 (14-32)	21.21±3.33 (13-31)	22.56±3.48 (16-30)	0.106
SYBDÖ II- Kendini Gerçekleştirme	26.83±4.85 27 (10-36)	26.66±3.68 (17-35)	26.85±4.26 (16-35)	0.703
SYBDÖ II-Kişiler Arası Destek	26.98±4.71 (13-34)	25.47±3.67 (18-36)	26.59±3.94 (17-34)	0.032
SYBDÖ II-Stres Yönetimi	18.90±3.58 19 (10-27)	18.12±3.40 (11-27)	20.10±3.67 (12-29)	0.013*
SYBDÖ II-TOPLAM	133.58±20.11 (65-175)	128.39±18.01 (92-195)	132.93±17.92 (93-170)	0.035*

* p<0.05

Geliri giderinden fazla, geliri giderine eşit ve geliri giderinden az olan bireylerin OFÖ alt boyut ve toplam puanları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Geliri giderinden fazla, geliri giderine eşit ve geliri giderinden az olan bireylerin SYBDÖ II-Kendini Gerçekleştirme puanları arasında farklılık saptanmıştır (p<0.01). Geliri giderinden fazla olanlarla geliri giderine eşit (p:0.012) ve geliri giderinden az (p:0.006) olanlar arasında fark saptanmıştır (sırasıyla p<0.05, p<0.01). Geliri giderinden fazla

olanların SYBDÖ II-Kendini Gerçekleştirme puanları hem geliri giderine eşit hem de geliri giderinden az olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Geliri giderinden fazla, geliri giderine eşit ve geliri giderinden az olan bireylerin SYBDÖ II- Kişiler Arası Destek puanları arasında farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Gelir düzeyi geliri giderinden fazla olanlarla geliri giderine eşit ($p:0.025$) ve geliri giderinden az ($p:0.011$) olanlar arasında farklılık saptanmıştır (sırasıyla $p<0.05$, $p<0.01$). Geliri giderinden fazla olanların SYBDÖ II-Kişiler Arası Destek puanları hem geliri giderine eşit hem de geliri giderinden az olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Geliri giderinden fazla, geliri giderine eşit ve geliri giderinden az olan bireylerin SYBDÖ II- toplam puanları arasında da farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Gelir düzeyi geliri giderinden fazla olanlarla geliri giderine eşit ($p:0.035$) ve geliri giderinden az ($p:0.02$) olanlar arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmıştır (sırasıyla $p<0.05$, $p<0.01$). Geliri giderinden fazla olanların toplam puanları hem geliri giderine eşit hem de geliri giderinden az olanlara göre daha yüksektir.

Geliri giderinden fazla, geliri giderine eşit ve geliri giderinden az olan bireylerin SYBDÖ II-Sağlık Sorumluluğu, SYBDÖ II-Egzersiz, SYBDÖ II-Beslenme ve SYBDÖ II-Stres yönetimi puanları arasında ise fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.16.).

Tablo 4.15. Bireylerin Gelir Düzeylerine Göre Obezite Farkındalık Ölçeği (OFÖ) Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'den(SYBDÖ II) Aldıkları Puanlar

	Geliri giderinden fazla (n:77)	Geliri giderine eşit (n:74)	Geliri giderinden az (n:26)	Test istatistiği	p*
	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	χ^2	
OFÖ					
OFÖ-Obezite Farkındalığı	26.62±3.18 (16-35)	26.69±2.44 (23-34)	27.08±2.23 (23-31)	1.098	0.577
OFÖ-Beslenme Farkındalığı	19.12±2.28 (13-24)	18.97±2.14 (12-24)	19.31±1.98 (17-24)	0.327	0.849
OFÖ-Fiziksel Aktivite Farkındalığı	14.62±1.72 (10-18)	14.92±1.58 (12-20)	14.31±1.81 (11-20)	2.956	0.228
OFÖ-TOPLAM	60.36±5.83 (39-73)	60.58±4.39 (53-73)	60.69±4.52 (53-73)	0.010	0.995
SYBDÖ II					
SYBDÖ II-Sağlık Sorumluluğu	20.78±3.97 (11-31)	19.76±3.93 (11-35)	18.88±4.25 (10-29)	5.077	0.079
SYBDÖ II-Egzersiz	18.56±5.62 (10-32)	17.31±4.78 (9-31)	16.31±5.60 (8-26)	3.328	0.189
SYBDÖ II-Beslenme	21.62±3.62 (14-32)	21.69±3.75 (13-31)	21.31±3.06 (14-27)	0.172	0.917
SYBDÖ II-Kendini Gerçekleştirme	27.99±3.45 (20-36)	25.99±4.33 (16-35)	25.04±4.98 (10-35)	13.304	0.001*
SYBDÖ II-Kişiler Arası Destek	27.23±3.43 (19-34)	25.57±4.32 (17-36)	25.15±4.97 (13-35)	8.526	0.014*
SYBDÖ II-Stres Yönetimi	19.36±3.41 (13-27)	18.68±3.52 (14-29)	17.73±4.12 (10-26)	3.812	0.149
SYBDÖ II-TOPLAM	135.55±17.48 (106-176)	128.99±18.27 (92-195)	124.42±21.37 (65-166)	7.230	0.027*

* p<0.05

Sigara kullananlarla kullanmayan bireylerin OFÖ alt boyut ve toplam puanları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır (p>0.05). Sigara kullananlarla kullanmayan bireylerin SYBDÖ II alt boyut ve toplam puanları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.18.).

Tablo 4.16. Bireylerin Sigara Kullanma Durumuna Göre Obezite Farkındalık Ölçeği (OFÖ) Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'den(SYBDÖ II) Aldıkları Puanlar

	Sigara kullananlar (n:71)	Sigara kullanmayanlar (n:106)	p
	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	
OFÖ			
OFÖ-Obezite Farkındalığı	26.68±3.17 (16-34)	26.75±2.44 (22-35)	0.840
OFÖ-Beslenme Farkındalığı	19.10±2.14 (13-23)	19.08±2.20 (12-24)	0.907
OFÖ-Fiziksel Aktivite Farkındalığı	14.51±1.68 (10-20)	14.83±1.68 (11-20)	0.203
OFÖ-TOPLAM	60.28±5.70 (39-73)	60.65±4.61 (52-73)	0.963
SYBDÖ II			
SYBDÖ II-Sağlık Sorumluluğu	19.80±4.00 (10-31)	20.25±4.06 (11-35)	0.591
SYBDÖ II-Egzersiz	17.65±5.84 (8-32)	17.75±4.96 (8-32)	0.461
SYBDÖ II-Beslenme	21.35±3.91 (13-32)	21.77±3.35 (14-31)	0.502
SYBDÖ II- Kendini Gerçekleştirme	26.68±4.59 (10-35)	26.75±3.97 (17-36)	0.952
SYBDÖ II-Kişiler Arası Destek	26.11±4.15 (13-35)	26.31±4.15 (17-36)	0.780
SYBDÖ II-Stres Yönetimi	18.37±3.98 (10-29)	19.15±3.28 (13-27)	0.115
SYBDÖ II-TOPLAM	129.96±20.41 (65-176)	131.98±17.64 (92-195)	0.299

Çalışmaya katılan bireylerden alkol kullananlar ile kullanmayan bireylerin OFÖ alt boyut ve toplam puanları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Alkol kullananlar ile kullanmayan bireylerin SYBDÖ II-Egzersiz puanları arasında farklılık saptanmıştır ($p<0.01$). Alkol kullanan bireylerin SYBDÖ II-Egzersiz puanları kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Alkol kullanan ve kullanmayan bireylerin SYBDÖ II-Toplam puanları arasında farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Alkol kullanan bireylerin SYBDÖ II-Toplam puanları kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Alkol kullananlar ile kullanmayan bireylerin SYBDÖ II-Sağlık Sorumluluğu, SYBDÖ II-Beslenme, SYBDÖ II-Kendini Gerçekleştirme, SYBDÖ II-Kişiler Arası Destek ve SYBDÖ II-Stres Yönetimi puanları arasında ise fark bulunmamıştır (Tablo 4.18.).

Tablo 4.17. Bireylerin Alkol Kullanma Durumuna Göre Obezite Farkındalık Ölçeği (OFÖ) Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'den(SYBDÖ II) Aldıkları Puanlar

	Alkol kullanan (n:88)	Alkol kullanmıyor (n:89)	p
	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	
OFÖ			
OFÖ-Obezite Farkındalığı	26.49±2.60 (21-35)	26.94±2.89 (16-34)	0.141
OFÖ-Beslenme Farkındalığı	19.00±2.08 (12-24)	19.17±2.26 (13-24)	0.511
OFÖ-Fiziksel Aktivite Farkındalığı	14.72±1.72 (11-20)	14.69±1.66 (10-20)	0.968
OFÖ-TOPLAM	60.20±4.95 (53-73)	60.80±5.19 (39-73)	0.198
SYBDÖ II			
SYBDÖ II-Sağlık Sorumluluğu	20.44±4.06 (11-31)	19.71±3.99 (10-35)	0.208
SYBDÖ II-Egzersiz	19.01±5.34 (9-32)	16.42±4.99 (8-31)	0.001*
SYBDÖ II-Beslenme	22.00±3.87 (13-31)	21.21±3.25 (14-32)	0.112
SYBDÖ II- Kendini Gerçekleştirme	27.07±4.10 (16-35)	26.37±4.32 (10-36)	0.247
SYBDÖ II-Kişiler Arası Destek	26.47±3.82 (18-35)	26.00±4.34 (13-36)	0.470
SYBDÖ II-Stres Yönetimi	19.10±3.59 (11-27)	18.57±3.59 (10-29)	0.283
SYBDÖ II-TOPLAM	134.09±18.08 (92-176)	128.28±19.09 (65-195)	0.013*

* $p<0.05$

Bireylerin eğitim düzeyleri ile OFÖ alt boyut ve toplam puanları arasında ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Aynı şekilde bireylerin eğitim düzeyleri ile SYBDÖ II alt boyut ve toplam puanları arasında ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.19.).

Tablo 4.18. Bireylerin Eğitim Düzeyleri İle Obezite Farkındalık Ölçeği (OFÖ) Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'den (SYBDÖ II) Aldıkları Puanlar Arasında İlişki

	Eğitim Düzeyi	
	r	p
OFÖ		
OFÖ-Obezite Farkındalığı	0.015	0.839
OFÖ-Beslenme Farkındalığı	0.104	0.170
OFÖ-Fiziksel Aktivite Farkındalığı	-0.015	0.848
OFÖ-TOPLAM	0.057	0.453
SYBDÖ II		
SYBDÖ II-Sağlık Sorumluluğu	0.105	0.163
SYBDÖ II-Egzersiz	0.110	0.146
SYBDÖ II-Beslenme	-0.086	0.257
SYBDÖ II- Kendini Gerçekleştirme	0.111	0.140
SYBDÖ II-Kişiler Arası Destek	-0.091	0.231
SYBDÖ II-Stres Yönetimi	0.050	0.513
SYBDÖ II-TOPLAM	0.050	0.511

Sigara içen bireylerin günlük tükettikleri sigara sayısı ile OFÖ alt boyut ve toplam puanları arasında ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Sigara içen bireylerin günlük tükettikleri sigara sayısı ile SYBDÖ II-Sağlık Sorumluluğu puanları arasında negatif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r:-0.397, p<0.01$). Günlük tüketilen sigara sayısı arttıkça SYBDÖ II-Sağlık Sorumluluğu puanlarının azaldığı gözlemlenmiştir. Sigara içen bireylerin günlük sigara sayısı ile diğer SYBDÖ II alt boyut puanları arasında ise korelasyon bulunmamıştır ($p>0.05$).

Alkol kullanan bireylerin günlük tükettikleri alkol miktarı ile OFÖ alt boyut ve toplam puanları arasında ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Alkol kullanan bireylerin günlük tükettikleri alkol miktarı ile SYBDÖ II alt boyut ve toplam puanları arasında ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.20.).

Tablo 4.19. Bireylerin Günlük Sigara Adet Ve Alkol Tüketim Miktarları İle Obezite Farkındalık Ölçeği (OFÖ) Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'den (SYBDÖ II) Aldıkları Puanlar Arasında İlişki

	Sigara Miktarı (adet/gün)		Alkol Miktarı (ml/gün)	
	r	p	r	p
OFÖ				
OFÖ-Obezite Farkındalığı	-0.100	0.406	-0.132	0.222
OFÖ-Beslenme Farkındalığı	0.018	0.882	0.017	0.877
OFÖ-Fiziksel Aktivite Farkındalığı	-0.105	0.384	-0.060	0.578
OFÖ-TOPLAM	-0.118	0.328	-0.118	0.273
SYBDÖ II				
SYBDÖ II-Sağlık Sorumluluğu	-0.397	0.001*	-0.094	0.384
SYBDÖ II-Egzersiz	-0.043	0.720	0.132	0.222
SYBDÖ II-Beslenme	-0.202	0.091	-0.084	0.435
SYBDÖ II- Kendini Gerçekleştirme	-0.039	0.748	-0.041	0.702
SYBDÖ II-Kişiler Arası Destek	-0.026	0.827	-0.184	0.086
SYBDÖ II-Stres Yönetimi	-0.205	0.086	-0.015	0.891
SYBDÖ II-TOPLAM	-0.173	0.148	-0.070	0.516

* p<0.05

BKİ grupları arasında OFÖ alt boyut ve toplam puanları bakımından farklılık bulunmamıştır (p>0.05).

BKİ grupları arasında SYBDÖ II-Egzersiz puanları bakımından farklılık saptanmıştır (p<0.05). BKİ düzeyi 18.5-24.9 kg/m² olanlar ile ≥ 30 kg/m² olanlar arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmıştır (p:0.044, p<0.05). BKİ düzeyi 18.5-24.9 kg/m² olanların fiziksel aktivite puanları ≥ 30 kg/m² olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Diğer BKİ grupları arasında fiziksel aktivite puanları bakımından fark bulunmamıştır.

BKİ grupları arasında SYBDÖ II-Beslenme puanları bakımından farklılık saptanmıştır (p<0.05). BKİ düzeyi 18.5-24.9 kg/m² olanlar ile ≥ 30 kg/m² olanlar arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmıştır (p:0.014, p<0.05). BKİ düzeyi 18.5-24.9 kg/m² olanların SYBDÖ II-beslenme puanları ≥ 30 kg/m² olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Diğer BKİ grupları arasında SYBDÖ II-beslenme puanları bakımından fark bulunmamıştır.

BKİ grupları arasında SYBDÖ II-Sağlık Sorumluluğu, SYBDÖ II-Kendini Gerçekleştirme, SYBDÖ II-Kişiler Arası Destek, SYBDÖ II-Stres Yönetimi ve SYBDÖ II-TOPLAM puanları bakımından fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.21.).

Tablo 4.20. Bireylerin BKİ Gruplarına Göre Obezite Farkındalık Ölçeği (OFÖ) Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'den (SYBDÖ II) Aldıkları Puanlar

BKİ Grupları	≤ 18.5 (n:11)	18.5-24.9 (n:88)	25-25.9 (n:58)	≥ 30 (n:20)	p
	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	
OFÖ					
OFÖ-Obezite Farkındalığı	26.73±2.57 (24-33)	26.64±2.42 (21-32)	26.76±2.79 (16-33)	26.95±4.06 (19-35)	0.888
OFÖ-Beslenme Farkındalığı	18.45±3.33 (12-24)	19.19±1.99 (15-24)	18.98±2.28 (13-23)	19.25±1.86 (17-23)	0.807
OFÖ-Fiziksel Aktivite Farkındalığı	15.64±1.50 (13-18)	14.66±1.52 (11-19)	14.60±1.86 (10-20)	14.75±1.92 (12-20)	0.225
OFÖ-TOPLAM	60.82±5.98 (53-73)	60.49±4.37 (52-71)	60.31±5.51 (39-73)	60.95±6.30 (49-73)	0.998
SYBDÖ II					
SYBDÖ II-Sağlık Sorumluluğu	20.18±5.33 (12-29)	20.81±4.21 (11-35)	19.31±3.80 (10-29)	19.00±2.38 (15-26)	0.171
SYBDÖ II-Egzersiz	19.82±5.81 (10-29)	18.35±5.68 (8-32)	17.29±4.88 (8-29)	14.90±3.35 (10-23)	0.025*
SYBDÖ II-Beslenme	20.45±3.33 (15-28)	22.25±3.73 (14-32)	21.36±3.59 (13-30)	20.10±2.92 (16-23)	0.042*
SYBDÖ II- Kendini Gerçekleştirme	28.00±4.45 (21-36)	26.72±4.01 (17-35)	26.45±4.75 (10-35)	26.80±3.46 (19-32)	0.769
SYBDÖ II-Kişiler Arası Destek	26.73±6.00 (17-34)	26.30±3.80 (18-36)	26.14±4.31 (13-35)	25.95±4.17 (17-33)	0.981
SYBDÖ II-Stres Yönetimi	19.36±3.58 (14-25)	19.49±3.70 (12-29)	18.17±3.50 (10-26)	17.60±2.82 (11-23)	0.088
SYBDÖ II-TOPLAM	134.55±24.77 (93-173)	133.91±18.61 (96-195)	128.72±19.15 (65-170)	124.35±12.36 (98-152)	0.188

* $p<0.05$

Çalışmaya katılan kadınlarda BKİ grupları arasında OFÖ alt boyut ve toplam puanları bakımından farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kadınlarda BKİ grupları arasında SYBDÖ II-Egzersiz puanları bakımından fark saptanmıştır ($p<0.05$). BKİ düzeyi ≤ 18.5 kg/m² olanlar ile ≥ 30 kg/m² olanlar arasında farklılık saptanmıştır ($p:0.042$, $p<0.05$). BKİ düzeyi ≤ 18.5 kg/m² olanların fiziksel aktivite

puanları ≥ 30 kg/m² olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Diğer BKİ grupları arasında SYBDÖ II-Egzersiz puanları bakımından fark bulunmamıştır.

Kadınlarda BKİ grupları arasında SYBDÖ II-Beslenme puanları bakımından farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). BKİ düzeyi 18.5-24.9 kg/m² olanlar ve 25-25.9 kg/m² olanlar ile ≥ 30 kg/m² olanlar arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmıştır (sırasıyla $p:0.027$, $p:0.026$; $p<0.05$, $p<0.05$). BKİ düzeyi 18.5-24.9 kg/m² olanların ve BKİ düzeyi 25-25.9 kg/m² olanların SYBDÖ II-beslenme puanları ≥ 30 kg/m² olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Diğer BKİ grupları arasında beslenme puanları bakımından fark bulunmamıştır.

Kadınlarda BKİ grupları arasında SYBDÖ II- Sağlık Sorumluluğu, SYBDÖ II-Kendini Gerçekleştirme, SYBDÖ II-Kişiler Arası Destek, SYBDÖ II-Stres Yönetimi ve SYBDÖ II-toplam puanlar bakımından farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.22.).

Tablo 4.21. Kadın Bireylerin BKİ Gruplarına Göre Obezite Farkındalık Ölçeği (OFÖ) Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'den(SYBDÖ II) Aldıkları Puanlar

Kadınlarda BKİ (kg/m ²)	≤ 18.5 (n:11)	18.5-24.9 (n:74)	25-25.9 (n:31)	≥ 30 (n:10)	p
	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	
OFÖ					
OFÖ-Obezite Farkındalığı	26.73 $\pm$ 2.57 (24-33)	26.54 $\pm$ 2.29 (26 (21-32)	27.00 $\pm$ 2.98 (27 (16-33)	27.50 $\pm$ 4.03 (26 (24-34)	0.694
OFÖ-Beslenme Farkındalığı	18.45 $\pm$ 3.33 (12-24)	18.99 $\pm$ 2.02 (15-24)	19.10 $\pm$ 2.48 (13-23)	18.60 $\pm$ 1.26 (17-20)	0.732
OFÖ-Fiziksel Aktivite Farkındalığı	15.64 $\pm$ 1.50 (13-18)	14.53 $\pm$ 1.46 (11-18)	14.87 $\pm$ 1.99 (10-20)	14.50 $\pm$ 1.65 (12-18)	0.161
OFÖ-TOPLAM	60.82 $\pm$ 5.98 (53-73)	60.05 $\pm$ 4.32 (52-71)	60.97 $\pm$ 6.52 (39-73)	60.60 $\pm$ 5.27 (53-67)	0.674
SYBDÖ II					
SYBDÖ II-Sağlık Sorumluluğu	20.18 $\pm$ 5.33 (12-29)	20.85 $\pm$ 4.34 (11-35)	19.58 $\pm$ 3.33 (11-25)	18.60 $\pm$ 1.78 (16-21)	0.354
SYBDÖ II-Egzersiz	19.82 $\pm$ 5.81 (10-29)	17.80 $\pm$ 5.80 (8-32)	16.61 $\pm$ 4.86 (9-28)	13.80 $\pm$ 3.46 (10-21)	0.043*
SYBDÖ II-Beslenme	20.45 $\pm$ 3.33 (15-28)	22.28 $\pm$ 3.62 (14-31)	22.45 $\pm$ 3.25 (17-30)	19.10 $\pm$ 2.33 (16-23)	0.010*
SYBDÖ II- Kendini Gerçekleştirme	28.00 $\pm$ 4.45 (21-36)	26.64 $\pm$ 4.08 (17-35)	26.81 $\pm$ 4.09 (16-34)	25.10 $\pm$ 3.75 (19-30)	0.437
SYBDÖ II-Kişiler Arası Destek	26.73 $\pm$ 6.00 (17-34)	26.03 $\pm$ 3.77 (18-36)	26.61 $\pm$ 3.77 (18-33)	25.70 $\pm$ 5.21 (17-33)	0.783

Kadınlarda BKİ (kg/m ²)	≤ 18.5 (n:11)	18.5-24.9 (n:74)	25-25.9 (n:31)	≥ 30 (n:10)	p
	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	
SYBDÖ II-Stres Yönetimi	19.36±3.58 19 (14-25)	19.24±3.78 (12-29)	18.48±3.72 (12-25)	17.10±2.99 (11-21)	0.406
SYBDÖ II-TOPLAM	134.55±24.48 (93-173)	132.84±19.35 (96-195)	130.55±17.29 (92-167)	119.40±13.17 (98-136)	0.206

*p<0.05

Çalışmaya katılan erkeklerde BKİ grupları arasında OFÖ alt boyut ve toplam puanları bakımından fark bulunmamıştır (p>0.05).

Erkeklerde BKİ grupları arasında SYBDÖ II-Egzersiz puanları bakımından fark saptanmıştır (p<0.01). BKİ düzeyi 18.5-24.9 kg/m² olanlar ile ≥ 30 kg/m² olanlar arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmıştır (p:0.008, p<0.01). BKİ düzeyi 18.5-24.9 kg/m² olanların fiziksel aktivite puanları ≥ 30 kg/m² olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Diğer BKİ grupları arasında fiziksel aktivite puanları bakımından fark bulunmamıştır.

Erkeklerde BKİ grupları arasında SYBDÖ II- Stres Yönetimi puanları bakımından farklılık saptanmıştır (p<0.05). BKİ düzeyi 18.5-24.9 kg/m² olanlar ile 25-25.9 kg/m² olanlar arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmıştır (p:0.019, p<0.05). BKİ düzeyi 18.5-24.9 kg/m² olanların SYBDÖ II-Stres Yönetimi puanları BKİ düzeyi 25-25.9 kg/m² olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Diğer BKİ grupları arasında SYBDÖ II-Stres Yönetimi puanları bakımından fark bulunmamıştır.

Erkeklerde BKİ grupları arasında SYBDÖ II-Sağlık Sorumluluğu, SYBDÖ II-Beslenme, SYBDÖ II-Kendini Gerçekleştirme, SYBDÖ II-Kişiler Arası Destek ve SYBDÖ II-TOPLAM puanları bakımından fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.23.).

Tablo 4.22. Erkek Bireylerin BKİ Gruplarına Göre Obezite Farkındalık Ölçeği (OFÖ) Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'den(SYBDÖ II) Aldıkları Puanlar

Erkeklerde BKİ (kg/m²)	18.5-24.9 kg/m²	25-25.9 kg/m²	≥ 30 kg/m²	p
	(n:14)	(n:27)	(n:10)	
	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	
OFÖ				
OFÖ-Obezite Farkındalığı	27.14±3.06 (23-32)	26.48±2.58 (22-31)	26.40±4.22 (19-35)	0.848
OFÖ-Beslenme Farkındalığı	20.29±1.49 (17-23)	18.85±2.07 (15-23)	19.90±2.18 (17-23)	0.052
OFÖ-Fiziksel Aktivite Farkındalığı	15.36±1.65 (13-19)	14.22±1.65 (11-17)	15.00±2.21 (13-20)	0.175
OFÖ-TOPLAM	62.78±3.98 (57-70)	59.56±4.05 (53-68)	61.30±7.47 (49-73)	0.093
SYBDÖ II				
SYBDÖ II-Sağlık Sorumluluğu	20.57±3.55 (16-28)	19.00±4.32 (10-29)	19.40±2.91 (15-26)	0.456
SYBDÖ II-Egzersiz	21.29±3.99 (15-26)	18.07±4.88 (8-29)	16.00±3.02 (12-23)	0.009*
SYBDÖ II-Beslenme	22.07±4.41 (14-32)	20.11±3.61 (13-27)	21.10±1.85 (18-23)	0.266
SYBDÖ II- Kendini Gerçekleştirme	27.14±3.68 (22-34)	26.04±5.46 (10-35)	28.50±2.17 (25-32)	0.341
SYBDÖ II-Kişiler Arası Destek	27.71±3.77 (19-33)	25.59±4.88 (13-35)	26.20±3.08 (21-30)	0.254
SYBDÖ II-Stres Yönetimi	20.79±3.07 (16-26)	17.81±3.27 (10-26)	18.10±2.68 (15-23)	0.018*
SYBDÖ II-TOPLAM	139.57±13.21 (122-167)	126.63±21.23 (65-170)	129.30±9.74 (120-152)	0.052

* p<0.05

Çalışmaya katılan bireylerin bel çevresi sınıflaması normal (<88 cm K, <120 cm E) olanlarla bel çevresi riskli (≥ 88 cm K, ≥120 cm E) olanların OFÖ alt boyut ve toplam puanları arasında fark bulunmamıştır (p>0.05).

Bel çevresi sınıflaması normal olan katılımcılar ile bel çevresi riskli olanların SYBDÖ II-Sağlık Sorumluluğu puanları arasında farklılık saptanmıştır (p<0.01). Bel çevresi sınıflaması normal olanların SYBDÖ II-Sağlık Sorumluluğu puanları bel çevresi riskli olanlara göre anlamlı düzeyde büyük bulunmuştur.

Bel çevresi sınıflaması normal olanlarla bel çevresi riskli olanların SYBDÖ II-Egzersiz puanları arasında da fark saptanmıştır ($p<0.01$). Bel çevresi sınıflaması normal olan bireylerin SYBDÖ II-Egzersiz puanları bel çevresi riskli olanlara göre anlamlı düzeyde büyük bulunmuştur.

Bel çevresi sınıflaması normal olanlarla bel çevresi riskli olanların SYBDÖ II-Kişiler Arası Destek puanları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Bel çevresi sınıflaması normal olanların SYBDÖ II-Kişiler Arası Destek puanları bel çevresi riskli olanlara göre anlamlı düzeyde büyük bulunmuştur.

Bel çevresi sınıflaması normal olanlarla bel çevresi riskli olanların SYBDÖ II-TOPLAM puanları arasında farklılık saptanmıştır ($p<0.01$). Bel çevresi sınıflaması normal olanların SYBDÖ II-TOPLAM puanları bel çevresi riskli olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Bel çevresi sınıflaması normal olanlarla bel çevresi riskli olanların SYBDÖ II-Beslenme, SYBDÖ II-Kendini Gerçekleştirme ve SYBDÖ II-Stres Yönetimi puanları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.24.).

Tablo 4.23. Bireylerin Bel Çevresi Ölçümlerine Göre Obezite Farkındalık Ölçeği (OFÖ) Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'den (SYBDÖ II) Aldıkları Puanlar

BEL ÇEVRESİ	Normal (n:142)	Riskli (n:35)	p
	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	
OFÖ			
OFÖ-Obezite Farkındalığı	26.72±2.69 (16-34)	26.71±3.04 (19-35)	0.863
OFÖ-Beslenme Farkındalığı	19.00±2.19 (12-24)	19.43±2.06 (15-23)	0.283
OFÖ-Fiziksel Aktivite Farkındalığı	14.70±1.67 (10-20)	14.69±1.76 (12-20)	0.698
OFÖ-TOPLAM	60.42±5.03 (39-73)	60.83±5.24 (49-73)	0.775
SYBDÖ II			
SYBDÖ II-Sağlık Sorumluluğu	20.49±4.19 (11-35)	18.37±2.72 (10-24)	0.004*
SYBDÖ II-Egzersiz	18.38±5.41 (8-32)	14.97±3.91 (8-28)	0.001*
SYBDÖ II-Beslenme	21.73±3.72 (13-32)	21.11±2.93 (14-28)	0.422
SYBDÖ II- Kendini Gerçekleştirme	26.97±4.21 (16-36)	25.69±4.12 (10-34)	0.131
SYBDÖ II-Kişiler Arası Destek	26.60±4.07 (17-36)	24.74±4.15 (13-32)	0.030*
SYBDÖ II-Stres Yönetimi	19.08±3.60 (12-29)	17.83±3.40 (10-25)	0.073
SYBDÖ II-TOPLAM	133.25±18.75 (92-195)	122.71±16.57 (65-167)	0.002*

* p<0.05

Bel/Boy oranı <0.5 olanlarla Bel/Boy oranı ≥0.5 olanların OFÖ alt boyut ve toplam puanları arasında fark bulunmamıştır (p>0.05). Bel/Boy oranı <0.5 olanlarla Bel/Boy oranı ≥0.5 olanların SYBDÖ II alt boyut ve toplam puanları arasında fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.25.).

Tablo 4.24. Bireylerin Bel/Boy Oranlarına Göre Obezite Farkındalık Ölçeği (OFÖ) Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'den(SYBDÖ II) Aldıkları Puan Ortalamaları

BEL/BOY ORANI	<0.5 (n:95)	≥0.5 (n:82)	p
	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	
OFÖ			
OFÖ-Obezite Farkındalığı	26.57±2.69 (16-33)	26.89±2.82 (19-35)	0.667
OFÖ-Beslenme Farkındalığı	18.85±2.36 (12-24)	19.35±1.91 (15-23)	0.093
OFÖ-Fiziksel Aktivite Farkındalığı	14.62±1.73 (10-20)	14.79±1.64 (11-20)	0.496
OFÖ-TOPLAM	60.04±5.50 (39-73)	61.04±4.48 (49-73)	0.175
SYBDÖ II			
SYBDÖ II-Sağlık Sorumluluğu	20.53±4.45 (11-35)	19.55±3.44 (10-29)	0.234
SYBDÖ II-Egzersiz	18.64±5.80 (8-32)	16.62±4.89 (8-28)	0.053
SYBDÖ II-Beslenme	21.53±3.73 (13-31)	21.70±3.42 (14-32)	0.656
SYBDÖ II- Kendini Gerçekleştirme	26.85±4.13 (17-36)	26.56±4.34 (10-35)	0.813
SYBDÖ II-Kişiler Arası Destek	26.16±4.08 (17-36)	26.32±4.22 (13-35)	0.646
SYBDÖ II-Stres Yönetimi	19.13±3.66 (12-29)	18.50±3.50 (10-26)	0.252
SYBDÖ II-TOPLAM	132.83±19.44 (93-195)	129.24±17.89 (65-170)	0.352

Bireylerin boyları ile OFÖ alt boyut ve toplam puanları arasında ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bireylerin boyları ile SYBDÖ II-Egzersiz puanları arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuştur ($r:0.189$, $p<0.05$).

Bireylerin boyları ile SYBDÖ II-Sağlık Sorumluluğu, SYBDÖ II-Beslenme, SYBDÖ II-Kendini Gerçekleştirme, SYBDÖ II-Kişiler Arası Destek, SYBDÖ II-Stres Yönetimi ve SYBDÖ II-TOPLAM puanları arasında ise ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.27.).

Bireylerin BKİ değerleri ile OFÖ alt boyut ve toplam puanları arasında ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bireylerin BKİ değerleri ile SYBDÖ II-Egzersiz puanları arasında negatif yönlü ilişki bulunmuştur ($r:-0.245$, $p<0.01$). Bireylerin BKİ değerleri ile SYBDÖ II-Stres Yönetimi puanları arasında negatif yönlü ilişki bulunmuştur ($r:-0.213$, $p<0.01$). Bireylerin BKİ değerleri ile SYBDÖ II-TOPLAM puanları arasında negatif yönlü ilişki bulunmuştur ($r:-0.183$, $p<0.05$).

Bireylerin BKİ değerleri ile SYBDÖ II-Sağlık sorumluluğu , SYBDÖ II-Beslenme, SYBDÖ II-Kendini Gerçekleştirme, SYBDÖ II-Kişiler Arası Destek puanları arasında ise ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.26.).

Tablo 4.25. Bireylerin Boy,Vücut Ağırlığı Ve BKİ Değerleri İle Obezite Farkındalık Ölçeği (OFÖ) Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'den(SYBDÖ II) Aldıkları Puanlar Arasında İlişki

	BOY		VÜCUT AĞIRLIĞI		BKİ	
	r	p	r	p	r	p
OFÖ						
OFÖ-Obezite Farkındalığı	0.079	0.296	-0.002	0.981	0.033	0.660
OFÖ-Beslenme Farkındalığı	0.131	0.082	0.054	0.476	-0.007	0.926
OFÖ-Fiziksel Aktivite Farkındalığı	-0.010	0.894	-0.095	0.211	-0.100	0.184
OFÖ-TOPLAM	0.003	0.970	0.011	0.886	0.003	0.966
SYBDÖ II						
SYBDÖ II-Sağlık Sorumluluğu	-0.071	0.346	-0.152	0.044*	-0.147	0.050
SYBDÖ II-Egzersiz	0.189	0.012*	-0.130	0.084	-0.245	0.001*
SYBDÖ II-Beslenme	-0.078	0.300	-0.098	0.196	-0.094	0.214
SYBDÖ II- Kendini Gerçekleştirme	-0.007	0.929	-0.065	0.389	-0.053	0.488
SYBDÖ II-Kişiler Arası Destek	-0.028	0.707	-0.041	0.588	-0.033	0.666
SYBDÖ II-Stres Yönetimi	-0.039	0.608	-0.184	0.014*	-0.213	0.004*
SYBDÖ II-TOPLAM	-0.004	0.963	-0.154	0.041*	-0.183	0.015*

* $p<0.05$

Bireylerin Bel çevresi değerleri ile OFÖ alt boyut ve toplam puanları arasında ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bireylerin Bel çevresi değerleri ile SYBDÖ II-Egzersiz puanları arasında negatif yönlü ilişki bulunmuştur ($r:-0.164$, $p<0.05$). Bireylerin Bel çevresi ile SYBDÖ II-Sağlık Sorumluluğu, SYBDÖ II-Beslenme, SYBDÖ II-Kendini Gerçekleştirme, SYBDÖ II-Kişiler Arası Destek, SYBDÖ II-Stres Yönetimi ve SYBDÖ II-TOPLAM puanları arasında ise ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.28.).

Bireylerin Bel/Boy oranı değerleri ile OFÖ alt boyut ve toplam puanları arasında ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).Bireylerin Bel/Boy oranı değerleri ile SYBDÖ II-Sağlık Sorumluluğu puanları arasında negatif yönlü ilişki bulunmuştur ($r:-0.149$, $p<0.05$). Bireylerin Bel/Boy oranı değerleri ile SYBDÖ II- Egzersiz puanları arasında negatif yönlü ilişki bulunmuştur ($r:-0.226$, $p<0.01$).

Bireylerin Bel/Boy oranı değerleri ile SYBDÖ II-Beslenme, SYBDÖ II-Kendini Gerçekleştirme, SYBDÖ II-Kişiler Arası Destek, SYBDÖ II-Stres Yönetimi ve SYBDÖ II-TOPLAM puanları arasında ise ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.27.).

Tablo 4.26. Bireylerin Bel Çevresi Ve Bel/Boy Oranı Değerleri İle Obezite Farkındalık Ölçeği (OFÖ) Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'den(SYBDÖ II) Aldıkları Puanlar Arasında İlişki

	Bel çevresi		Bel/Boy oranı	
	r	p	r	p
OFÖ				
OFÖ-Obezite Farkındalığı	-0.036	0.637	0.005	0.951
OFÖ-Beslenme Farkındalığı	0.146	0.053	0.111	0.140
OFÖ-Fiziksel Aktivite Farkındalığı	0.005	0.947	0.006	0.938
OFÖ-TOPLAM	0.055	0.467	0.068	0.372
SYBDÖ II				
SYBDÖ II-Sağlık Sorumluluğu	-0.143	0.058	-0.149	0.047*
SYBDÖ II-Egzersiz	-0.164	0.029*	-0.226	0.002*
SYBDÖ II-Beslenme	0.010	0.898	0.015	0.847
SYBDÖ II- Kendini Gerçekleştirme	-0.066	0.385	-0.068	0.370
SYBDÖ II-Kişiler Arası Destek	-0.060	0.428	-0.059	0.432
SYBDÖ II-Stres Yönetimi	-0.111	0.143	-0.105	0.166
SYBDÖ II-TOPLAM	-0.131	0.082	-0.147	0.052

* $p<0.05$

Çalışmaya katılan bireylerin SYBDÖ II-Beslenme alt boyutu sorularına verdikleri yanıtlar incelendiğinde ‘Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.’

maddesine sırasıyla erkeklerin %58.8'i ve kadınların %55.6'sı 'Bazen' yanıtını vermiştir. Sık sık yanıtını verenlerin oranı ise sırasıyla erkek ve kadınlarda %17.6 ve %21.4'tür.

'Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım.' maddesine erkeklerin %58.8'i, kadınların ise %52.4'ü 'Bazen' yanıtını vermiştir. 'Düzenli' yanıtını verenlerin oranı ise sırasıyla erkek ve kadınlarda %13.7 ve %12.7'dir.

'Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.' maddesine erkeklerin %45.1'i, kadınların ise %52.4'ü 'Hiçbir Zaman' yanıtını vermiştir. 'Bazen' yanıtını verenlerin oranı ise sırasıyla erkek ve kadınlarda %43.1 ve %38.1'dir.

'Her gün 2-4 öğün meyve yerim.' maddesine erkeklerin %58.8'i, kadınların ise %57.9'u 'Bazen' yanıtını vermiştir. 'Hiçbir Zaman' yanıtını verenlerin oranı sırasıyla erkek ve kadınlarda %25.5 ve %13.5'dir. 'Düzenli' yanıtını verenlerin oranı ise sırasıyla erkek ve kadınlarda %5.9 ve %7.1'dir.

'Her gün 3-5 öğün sebze yerim.' maddesine erkeklerin %60.8'i, kadınların ise %46.8'i 'Bazen' yanıtını vermiştir. 'Sık Sık' yanıtını verenlerin oranı sırasıyla erkek ve kadınlarda %15.7 ve %28.6'dır. 'Düzenli' yanıtını verenlerin oranı ise sırasıyla erkek ve kadınlarda %0 ve %9.5'dir.

'Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim.' maddesine erkeklerin %29.4'ü, kadınların ise %46.8'i 'Sık Sık' yanıtını vermiştir. 'Bazen' yanıtını verenlerin oranı sırasıyla erkek ve kadınlarda %41.2 ve %34.9'dur. 'Düzenli' yanıtını verenlerin oranı ise sırasıyla erkek ve kadınlarda %17.6 ve %15.9'dur.

'Hergün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.' maddesine erkeklerin %31.4'ü, kadınların ise %48.4'ü 'Bazen' yanıtını vermiştir. 'Sık Sık' yanıtını verenlerin oranı sırasıyla erkek ve kadınlarda %37.3 ve %33.3'tür. 'Düzenli' yanıtını verenlerin oranı ise sırasıyla erkek ve kadınlarda %19.6 ve %9.5'tir.

'Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.' maddesine erkeklerin %43.1'i, kadınların ise %40.5'i 'Bazen' yanıtını vermiştir. 'Sık Sık' yanıtını verenlerin oranı sırasıyla erkek ve kadınlarda %25.5 ve %25.4'tür. 'Düzenli' yanıtını verenlerin oranı ise sırasıyla erkek ve kadınlarda %13.7 ve %17.5'tir.

‘Kahvaltı yaparım.’ maddesine erkeklerin %58.8’i, kadınların ise %72.2’si ‘Düzenli’ yanıtını vermiştir. ‘Sık Sık’ yanıtını verenlerin oranı sırasıyla erkek ve kadınlarda %23.5 ve %16.7’dir. ‘Düzenli’ yanıtını verenlerin oranı ise sırasıyla erkek ve kadınlarda %13.7 ve %17.5’tir (Tablo 4.28.).

Tablo 4.27. Bireylerin SYBDÖ II-Beslenme Alt Boyutu Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı

		Hiçbir zaman		Bazen		Sık Sık		Düzenli	
		S	%	S	%	S	%	S	%
Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim	Kadın	17	13.5	70	55.6	27	21.4	12	9.5
	Erkek	8	15.7	30	58.8	9	17.6	4	7.8
Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım	Kadın	20	15.9	66	52.4	24	19	16	12.7
	Erkek	9	17.6	30	58.8	5	9.8	7	13.7
Hergün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim	Kadın	66	52.4	48	38.1	11	8.7	1	0.8
	Erkek	23	45.1	22	43.1	5	9.8	1	2.0
Her gün 2-4 öğün meyve yerim	Kadın	17	13.5	73	57.9	27	21.4	9	7.1
	Erkek	13	25.5	30	58.8	5	9.8	3	5.9
Her gün 3-5 öğün sebze yerim	Kadın	19	15.1	59	46.8	36	28.6	12	9.5
	Erkek	12	23.5	31	60.8	8	15.7	0	0
Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim	Kadın	3	2.4	44	34.9	59	46.8	20	15.9
	Erkek	6	11.8	21	41.2	15	29.4	9	17.6
Hergün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim	Kadın	11	8.7	61	48.4	42	33.3	12	9.5
	Erkek	6	11.8	16	31.4	19	37.3	10	19.6
Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum	Kadın	21	16.7	51	40.5	32	25.4	22	17.5
	Erkek	9	17.6	22	43.1	13	25.5	7	13.7
Kahvaltı yaparım	Kadın	2	1.6	12	9.5	21	16.7	91	72.2
	Erkek	2	3.9	7	13.7	12	23.5	30	58.8

5. TARTIŞMA

Obezite, dünyada hızla artmaya devam eden, yaşam tarzı değişikliklerinden kaynaklanan istenmeyen genel bir sağlık durumudur. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımlamasıyla sağlığa zarar verebilecek anormal veya aşırı yağ birikimine sahip olmak aşırı kiloluluk ve obezite olarak tanımlanmaktadır (7).

Aşırı kiloluluk, diyabet, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar gibi sayısız kronik hastalık için artmış risk faktörüdür. Ayrıca, gastroözofageal reflü hastalığı ve komplikasyonları, kanser ve karaciğer hastalığı dahil olmak üzere çeşitli sindirim sistemi hastalıkları ile de ilişkili bulunmuştur (121). Obezite, özellikle obez bireyler arasında yaşam kalitesini hem fiziksel hem de psikososyal açıdan olumsuz yönde etkilemektedir (122).

5.1. Bireylerin Genel Özellikleri

Bazal metabolizma hızı artan yaş ile ters orantılı olarak düşmekte ve buna bağlı olarak obezite görülme oranı artmaktadır (94). Yapılan bir çalışmada kadın ve erkeklerin vücut ağırlığı incelendiğinde, en yüksek vücut ağırlığı dağılımının 25-34 yaş aralığında görüldüğünü saptanmıştır (123). Bu çalışmada bireylerin yaş ortalaması da 38.1 ± 12.44 yıl olarak belirlenmiştir (Tablo 4.1.).

Eğitimin obezite üzerinde önemli bir rolü bulunmaktadır. Eğitim ve obezite arasındaki ilişkiyi incelemek için Avustralya, Kanada, İngiltere ve Kore'de yapılan bir çalışmanın sonuçları; eğitim düzeyi düşük olan bireylerde obezite sıklığının yüksek olduğunu ortaya koymuştur (124). Bu çalışmada ise bireylerin %0.6'sının ilkokul, %56.5'inin üniversite ve %12.4'ünün yüksek lisans/doktora mezunu olduğu saptanmıştır. Bu çalışmanın örneklemini oluşturan bireyler sosyo ekonomik gücü ve eğitim düzeyi yüksek ve beslenme konusunda danışmanlık hizmeti alan bireyler oluşturmaktadır (Tablo 4.1.).

5.2. Bireylerin Genel Alışkanlıkları

Çalışmada bireylerin %40.1'i sigara, %49.7'si alkol kullanmaktadır. Sigara kullanan bireylerin günlük tükettikleri sigara sayısı ortalaması 12.58 ± 7.00 adet/gün, alkol

tüketen bireylerin günlük alkol tüketim ortalaması 59.04 ± 86.63 ml/gün olarak saptanmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ölçüldüğü bir çalışmada bireylerin %26,7'sinin sigara kullandığı, %46,7'sinin ise sigara kullanmadığı saptanmıştır (125) (Tablo 4.2.).

Fiziksel aktivitenin ağırlık kaybı üzerinde olumlu etkisi olduğu bilinmektedir. Obezite tanısı alan bireyler arasında yapılan bir araştırmada direnç egzersizlerinin ve aerobik egzersizlerin, yağsız vücut kütlelerini korumakla birlikte vücut yağ dokusunun azalmasını sağladığı saptanmıştır (126). Bu çalışmada bireylerin %82.4'ü dayanıklılık egzersizi, %86.8'i kuvvet egzersizi, %66.2'si esneklik egzersizi yaptıklarını belirtmişlerdir. Kokino ve ark (127) yaptıkları araştırmada; hayat boyu fiziksel aktivite varlığının, yaşam kalitesini arttırmak ile birlikte, bireyleri kronik hastalıklardan koruduğu gözlemlenmiştir. Günde 30 dakikalık orta şiddetli egzersizlerin vücut ağırlığını sabit tutarken, 60 dakikalık orta şiddetli egzersizlerin vücut ağırlığı kaybına destek olduğu saptanmıştır (127) (Tablo 4.3).

5.3. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri

Obezite birçok hastalık için neden olmakla beraber, yüksek vücut yağı oranı da mortalite nedenlerinden birisidir. Bu nedenle bireylerde ağırlık kaybı ile birlikte, kaybedilen vücut ağırlığının içeriği de önem taşımaktadır (128). Bu çalışmada bireylerin vücut ağırlığı ölçümü bireylerin kendileri tarafından alınmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin şişman olanlarının oranı %11.3, normal vücut ağırlığına sahip olanlarının oranı ise %49.7 olarak bulunmuştur (Tablo 4.6).

BKİ değeri bireyleri fazla zayıf – şişman olarak tanımlamaktadır. Ancak bel çevresi, bel/boy oranı, kalça çevresi gibi farklı antropometrik ölçümler bireylerin risk altında oldukları kardiyovasküler hastalıkların belirlenmesinde BKİ değerine oranla daha etkilidir. Bunun nedeni insülin direncindeki artma, glukoz duyarlılığındaki azalma gibi metabolik sorunların yağ dokusundaki yükselişe bağlı olarak artmasına bağlıdır (115).

Seidell (129) yaptığı araştırmada; bel çevresi ve bel/kalça oranının yetişkin bireylerde her BKİ değerinde mortalite ile sonuçlanan risklerin artışı ile ilişkili olduğunu gözlemlemiştir. Bel çevresi ve bel/kalça oranı değerleri genç ve orta yaşlı obez bireylerde düşük BKİ'li yaşlı bireylere oranla çok daha güçlü bir etkidir (129). Lei çalışmasında, 793 obez kadın bireyi incelemiş ve bu obez bireylerde vücut yağ ağırlığının, bel çevresini ve kalça çevresinin BKİ gruplandırmasına göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir (130).

Bu çalışmada ise erkeklerin BKİ ortalaması $26.71 \pm 3.46 \text{ kg/m}^2$, kadınların BKİ ortalaması $23.39 \pm 4.01 \text{ kg/m}^2$ iken bel çevresi ortalamaları da aynı orantıda erkeklerde daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmaya katılan kadınların bel çevresi ölçümleri incelendiğinde ise %80.2'sinin 88 cm'nin altında, %19.8'inin ise 88 cm'nin üzerinde olduğu belirlenmiştir. TBSA (2010) sonuçları kadınların %73.4'ünün bel çevresi değerlerinin 88 cm'nin üzerinde olduğunu saptamıştır (20) (Tablo 4.4) (Tablo 4.5).

5.4. Bireylerin Bireysel Özellikleri

Bireylerin kendi vücut ağırlıklarını değerlendirirken fiziksel özellikleri ile orantılı olarak göre davranış ve duygu durumları değişebilmektedir. Belirlenmiş ve kabul görmüş ölçülerin dışında bir vücut ağırlığına sahip olmak bireylerin kendileri hakkındaki değerlendirmelerinde değişiklikler yaratmaktadır (131).

Bu çalışmada bireylerin kendi vücut ağırlıklarını değerlendirmeleri istenmiştir. Bireylerin %8.5'i kendilerini şişman olarak değerlendirmişlerdir. Bireylerin kendi vücut ağırlıklarını değerlendirme durumları cinsiyete göre incelendiğinde ise kadınların %52.4'ü kendini normal vücut ağırlığında değerlendirirken %9.5'i şişman olarak değerlendirmiştir. Erkeklerin ise %5.9'u kendini şişman olarak değerlendirirken, %52.9'u kendini normal vücut ağırlığında değerlendirmiştir. Bireylerin yaşamları boyunca herhangi bir dönemde kendilerini şişman bulma oranlarına bakıldığında ise kadınların erkeklere göre kendilerini şişman bulma oranları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bunun yanında erkeklerin erken erişkinlik döneminde kendilerini şişman bulma oranları kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yapılan bir araştırmada 'sosyal fizik kaygısı'nın bireylerde gelişmesindeki başlıca nedenin, başkalarının o bireyin görünümüleri hakkında olumsuz düşüncelere sahip olacaklarına inanmaları olarak gözlemlenmiştir (132). Beden algısının incelendiği başka bir çalışmada ise bireylerin vücut ağırlıklarından duydukları memnuniyetin artması ile dış görünümlelerinden duydukları kaygının azaldığı, buna bağlı olarak dış görünümüleri hakkındaki hoşnutluklarının azalması ile dış görünümüleri ile ilgili yaşadıkları kaygının arttığı saptanmıştır (133) (Tablo 4.7).

Obezite varlığının iştah metabolizması üzerinde etkili birçok hormonun düzeyinde değişikliğe neden olduğu bilinmektedir (134). Matsuda ve ark. (135) yaptıkları araştırmada bireyler oral glukoz almışlardır ve bunun sonunda hipotalamus aktiviteleri değerlendirilmiştir. Normal vücut ağırlığına sahip bireylerin obez olanlara göre daha düşük

hipotalamus aktivitesine sahip bulunmuşlardır. Bu durum tokluk hissiyatının obez bireylerde daha körelmiş ve gecikmeli olmasına bağlanmıştır (135). Bu çalışmaya katılan bireylerin kendi iştah durumlarını değerlendirmeleri istenmiştir. Erkeklerin iştah durumlarını değerlendirme puanları ve BKİ değerleri kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.13).

5.5. Bireylerin Obezite Farkındalık Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Sonuçları

Çalışmada bireylerin OFÖ'den aldıkları puan ortalaması 60.50 ± 5.06 , alınan en düşük puan 39, en yüksek puan ise 73 olarak belirlenmiştir. OFÖ'den alınabilecek en üst puanın 80 olması nedeniyle, çalışmaya katılan bireylerin puan ortalamalarının ölçeğin üst düzeylerinde olduğu görülmektedir (Tablo 4.14).

Bireylerin SYBDÖ II'den aldıkları puan ortalaması ise 131.17 ± 18.77 , alınan en düşük puan 65, en yüksek puan ise 195 olarak belirlenmiştir. SYBDÖ II'den alınabilecek en üst puanın 208 olabileceği değerlendirildiğinde, çalışmaya katılan bireylerin puan ortalamalarının ölçeğin orta düzeyinin üstünde olduğu görülmektedir. SYBDÖ II puanlarının yüksek olması, sağlıklı yaşam biçimi ile ilgili olumlu sağlık davranışlarının daha fazla uygulandığını göstermektedir. Altıparmak ve ark. (136) 350 kadın birey ile yaptığı araştırmada SYBDÖ II puan ortalaması 112.7 ± 20.8 'dir ve bu çalışmanın ortalama puanına göre oldukça düşüktür (Tablo 4.14).

SYBDÖ II alt ölçekleri değerlendirildiğinde, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutları puan ortalamaları en yüksekten en düşüğe sırasıyla kendini gerçekleştirme (26.72 ± 4.22), kişilerarası destek (26.23 ± 1.14), beslenme (21.60 ± 3.58), sağlık sorumluluğu (18.84 ± 3.59), stres yönetimi (18.83 ± 4.16) ve egzersiz (17.71 ± 5.32) şeklindedir. Yalçınkaya ve ark (137) sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları değerlendirilmiş, bu çalışmada da en düşük puan egzersiz alt ölçeğine aitken, en yüksek puan kişilerarası destek alt boyutundan alınmıştır (Tablo 4.14).

Bu çalışmaya katılan bireylerin aldıkları toplam puanlar cinsiyete göre incelendiğinde ise hem OFÖ hem de SYBDÖ II toplam puanları için kadınlar ve erkekler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.14).

Ölçeklerin alt boyut ve toplam puanları ile yaş gruplarının ilişkisi incelendiğinde OFÖ için anlamlı bir fark bulunamazken SYBDÖ II – Egzersiz alt boyutu için 19-30 yaş arasında olanların SYBDÖ II-Egzersiz ve SYBDÖ II-Kişiler Arası Destek puanları 31-50 yaş arasında olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada (138), 20-48 ve 49-60 yaş grubundaki bireyler, 61-80 yaş grubundaki bireylerle karşılaştırıldığında, SYBDÖ II-Egzersiz alt boyut puanının 20-48 ve 49-60 yaş grubundaki bireylerde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durumun yaşın artması ile birlikte fonksiyonel yetersizliklerin ve kronik hastalık riskinin artması, bunların sonucunda da yaşam kalitesinin düşmesine bağlı olarak geliştiği düşünülmektedir (138,139) (Tablo 4.15).

Bu çalışmada bireylerin sosyo-ekonomik durumları incelendiğinde gelir durumunun değişmesi durumlarında bireylerin OFÖ alt boyut ve toplam puanları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır. Ancak geliri giderinden fazla olanların SYBDÖ II-Kendini Gerçekleştirme alt boyutu, SYBDÖ II-Kişiler Arası Destek alt boyutu ve SYBDÖ II toplam puanları hem geliri giderine eşit hem de geliri giderinden az olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Küçükberber ve ark. (138) kalp hastası bireyler üzerinde yaptığı çalışmada, çalışmaya katılan bireylerin sosyo-ekonomik durumunun yükseldikçe SYBDÖ II'den aldıkları puanın da paralel olarak yükseldiğini saptamışlardır. Bunun yanında gelir düzeyi iyi olan bireylerin, kötü ve orta olan bireylere göre, SYBDÖ II- Kendini Gerçekleştirme alt boyutundan daha yüksek puan aldıklarını saptamışlardır. Gelir düzeyi bireylerin beslenme alışkanlıkları üzerinde etkili olmakla birlikte, bireylerin kronik hastalıklara yakalanma durumunu da etkileyebilmektedir. Bu nedenle gelir düzeyi düşük olan bireylerde yaşam kalitesini düşüren kronik hastalıklara yakalanma riskinin de arttığı belirtilmiştir (138) (Tablo 4.16).

Çalışmada sigara kullanan bireyler ile kullanmayan bireylerin OFÖ alt boyut ve toplam puanları ve SYBDÖ II alt boyut ve toplam puanları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır. Sigara içen bireylerin günlük tükettikleri sigara sayısı ile SYBDÖ II-Sağlık Sorumluluğu puanları arasında negatif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r:-0.397, p<0.01$). Günlük tüketilen sigara sayısı arttıkça SYBDÖ II-Sağlık Sorumluluğu puanlarının azaldığı gözlemlenmiştir. Yapılan başka bir çalışmada sigara kullanma durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını negatif yönde etkilediği saptanmıştır (89). Sigara kullanma durumunun SYBDÖ II puanlarına etkisinin incelendiği başka bir çalışmada da sigara içmeyen bireylerin SYBDÖ II alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (137) (Tablo 4.17).

BKİ grupları arasında OFÖ alt boyut ve toplam puanları bakımından farklılık bulunmamıştır. Ancak BKİ düzeyi 18.5-24.9 kg/m² olanların SYBDÖ II-Egzersiz puanları ve SYBDÖ II-Beslenme puanları BKİ düzeyi ≥ 30 kg/m² olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Kadınlar incelendiğinde BKİ düzeyi 18.5-24.9 kg/m² olanların ve BKİ düzeyi 25-25.9 kg/m² olanların SYBDÖ II-Beslenme puanları ≥ 30 kg/m² olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. SYBDÖ II ile obezite ilişkisini araştıran çalışmalar kısıtlıdır. Yapılan bir çalışma bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uyguladıkça obezite prevalansının düştüğü gözlemlenmiştir (140) (Tablo 4.21) (Tablo 4.22).

Yapılan başka bir çalışmada beslenme ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ilişkisini incelemek için katılımcıların bir günlük besin tüketimleri alınmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen verilere bakıldığında, sağlık sorumluluğunun ile bireylerin günlük aldıkları enerji ve toplam karbonhidrat miktarı (gr) arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ($p<0,01$). SYBDÖ II-Beslenme puanı ile besin tüketiminden sağlanan yağ miktarı ve alınan enerji arasındaki ilişki anlamlıdır ($p<0,05$) (141). Bu çalışmada ise besin tüketim kaydının alınmaması çalışmanın kısıtlılığı olarak belirlenmiştir.

Sağlık sorumluluğu, bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk duygusu taşımasıdır. Yapılan bir çalışmada bireylerin cinsiyetlerine göre sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Kadın bireylerin iyilik halini sağlamak için aktif sorumluluk alma ve kendi sağlıklarını önemseme oranı daha yüksektir bulunmuştur (142).

Eğitim seviyesi, yaş, gelir düzeyi gibi etkenlerin bireylerin farkındalıklarını da arttıracak düşünülürse obezite farkındalığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında bu etkenlerin pozitif etkileri ve katkıları olacağı analiz edilmektedir. Ancak bu çalışmanın verilerine bakıldığında eğitim seviyesi, yaş, gelir düzeyi vb etkenler ile obezite farkındalığı arasında anlamlı bir ilişki ortaya çıkmamıştır. Bu durum ölçeğin güvenilirliğini düşündürmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu çalışmada, özel bir Beslenme ve Diyet Danışmanlık Merkezi'ne başvuran 19-64 yaş aralığında olan 177 yetişkin birey ile yetişkinlerde obezite farkındalık düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Çalışmaya katılan 177 yetişkin bireyin yaş ortalaması 38.1 ± 12.44 yıldır. Çalışmaya katılan 177 yetişkin bireyin %71.2'si kadın, %28.8', erkektir.
2. Bireylerin %0.6'sının ilkokul, %16.4'ü lise, %56.5'inin üniversite ve %12.4'ünün yüksek lisans/doktora mezunudur.
3. Bireylerin %43.5'inin geliri giderinden fazla, %41.8'inin geliri giderine eşit, %14.7'sinin geliri giderinden azdır. Bireylerin %3.4'ü işçi, %13'ü memur, %18.1'i emekli, %11.9'u öğrenci, %35.5'i serbest meslek, %3.4'ü mühendis, %7.9'u ev hanımı, %3.4'ü aşçı, %1.1'idoktor ve %2.3'ü işsizdir.
4. Bireylerin %40.1'i sigara kullanırken, %50.3'ü sigara kullanmamaktadır. Alkol tüketimine bakıldığında ise %49.7'si alkol tüketirken, %50.3'ü alkol tüketmemektedir.
5. Bireylerin %38.4'ünde düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı mevcut iken, %61.6'sı düzenli fiziksel aktivite yapmamaktadır.
6. Bireylerin %49.7'sinin BKİ değeri $18.6-24.9 \text{ kg/m}^2$ aralığında, %32.8'inin BKİ değeri $25-29.9 \text{ kg/m}^2$ aralığındadır. Kadınlarla erkeklerin BKİ ortalamaları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmıştır ($p < 0.001$). Erkeklerin BKİ ortalaması kadınların BKİ ortalamasına göre anlamlı düzeyde büyük bulunmuştur.
7. Çalışmaya katılan kadınlar ile erkeklerin boy ortalamaları ve bel çevresi değerleri arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmıştır ($p < 0.001$). Erkeklerin boy ortalaması ve bel çevresi değerleri kadınların boy ortalamasına ve bel çevresi değerlerine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bireylerin %53.7'sinin bel boy oranı 0.5'den küçük, %46.3'ünün bel/boy oranı 0.5'den büyüktür. Cinsiyetler arası Bel/Boy oranı değerlendirildiğinde, erkeklerin Bel/Boy oranı

değerleri kadınların Bel/Boy oranı değerlerine göre anlamlı düzeyde büyük bulunmuştur ($p<0.001$).

8. Bireylerin %52.5'i kendini normal vücut ağırlığında değerlendirirken %31.1'i hafif şişman, %8.5'i de şişman olarak değerlendirmiştir. Bireylerin %32.8'inin ailesinde şişmanlık öyküsü bulunmaktadır.
9. Çalışmaya katılan kadınların ve erkeklerin kendi iştah durumlarını değerlendirme puanları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Erkeklerin iştah durumlarını değerlendirme puanları kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.
10. Bireylerin OFÖ toplam puanları ortalama 60.50 ± 5.06 , alınan en düşük puanın 39, en yüksek puanın ise 73'tür. Alt ölçek gruplarından alınan ortalama puanların ise en yüksekten en düşüğe doğru sıralandığında; sıralamanın obezite farkındalığı (26.72 ± 2.75), beslenme farkındalığı (19.08 ± 2.17) ve fiziksel aktivite farkındalığı (14.70 ± 1.68) şeklinde olduğu belirlenmiştir.
11. SYBDÖ II toplam puanları ortalama 131.17 ± 18.77 , alınan en düşük puanın 65, en yüksek puanın ise 195'tir. Alt ölçek gruplarından alınan ortalama puanların ise en yüksekten en düşüğe doğru sıralandığında; sıralamanın kendini gerçekleştirme (26.72 ± 4.22), kişiler arası destek (26.23 ± 1.14), beslenme (21.60 ± 3.58), sağlık sorumluluğu (20.07 ± 4.03), stres yönetimi (18.84 ± 3.59) ve egzersiz (17.71 ± 5.32) şeklinde olduğu görülmüştür.
12. Kadınlarla erkeklerin OFÖ alt boyut ve toplam puanları arasında fark bulunamamıştır ($p>0.05$).
13. Bireylerin 19-30 yaş arasında olanların SYBDÖ II-Egzersiz puanları 31-50 yaş arasında olanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Bireylerin 50 yaşından büyük olanlarının SYBDÖ II-Stres Yönetimi puanları 31-50 yaş arasında olanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Yaş grubu 31-50 yaş arasında olanlar ile 19-30 yaş grubunda ve 50 yaşından büyük olanlar arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). 31-50 yaş arasında olan bireylerin SYBDÖ II Toplam puanları hem 19-30 yaş grubu hem de 50 yaşından büyük olanlara göre daha düşük bulunmuştur.
14. Bireylerin geliri giderinden fazla olanlarının SYBDÖ II-Kendini Gerçekleştirme puanları hem geliri giderine eşit hem de geliri giderinden az olanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.01$). Bireylerin geliri giderinden fazla olanlarının SYBDÖ II-Kişiler Arası Destek puanları hem geliri giderine eşit hem de geliri

giderinden az olanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Geliri giderinden fazla, geliri giderine eşit ve geliri giderinden az olan bireylerin SYBDÖ II-toplam puanları arasında da farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Gelir düzeyi, geliri giderinden fazla olanlar ile geliri giderine eşit ve geliri giderinden az olanlar arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmıştır (sırasıyla $p<0.05$, $p<0.01$). Geliri giderinden fazla olan bireylerin SYBDÖ II-toplam puanları hem geliri giderine eşit hem de geliri giderinden az olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

15. Sigara kullanan bireyler ile kullanmayan bireylerin OFÖ alt boyut ve toplam puanları ve SYBDÖ II alt boyut ve toplam puanları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Sigara içen bireylerin günlük tükettikleri sigara sayısı ile SYBDÖ II-Sağlık Sorumluluğu puanları arasında negatif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r:-0.397, p<0.01$). Günlük tüketilen sigara sayısı arttıkça SYBDÖ II-Sağlık Sorumluluğu puanlarının azaldığı gözlemlenmiştir. Sigara içen bireylerin günlük sigara sayısı ile diğer SYBDÖ II alt boyut puanları arasında ise korelasyon bulunmamıştır ($p>0.05$).
16. Bireylerin eğitim düzeyleri ile OFÖ alt boyut ve toplam puanları arasında ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Aynı şekilde bireylerin eğitim düzeyleri ile SYBDÖ II alt boyut ve toplam puanları arasında da ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).
17. Bireylerin alkol kullananlarının SYBDÖ II-Egzersiz puanları ve SYBDÖ II-Toplam puanları kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p<0.01$, $p<0.05$).
18. BKİ grupları arasında SYBDÖ II-Egzersiz puanları ve SYBDÖ II-Beslenme puanları bakımından farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). BKİ düzeyi $18.5-24.9 \text{ kg/m}^2$ olanların SYBDÖ II-Egzersiz puanları ve SYBDÖ II-Beslenme puanları $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.
19. Bel çevresi sınıflaması risk grubunun altında olan bireyler ile ($<88 \text{ cm K}$, $<120 \text{ cm E}$), bel çevresi ölçümü riskli grupta olan bireyler ($\geq 88 \text{ cm K}$, $\geq 120 \text{ cm E}$) arasında SYBDÖ II-Kişiler Arası Destek ve SYBDÖ II-Toplam puanları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmıştır (sırasıyla $p<0.05$, $p<0.01$). Bel çevresi sınıflaması risk grubunun altında olan bireylerin SYBDÖ II-Kişiler Arası Destek ve SYBDÖ II-Toplam puanları bel çevresi ölçümü riskli grupta olan bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

20. Bireylerin Bel çevresi/Boy uzunluğu oranı değerleri ile SYBDÖ II-Sağlık Sorumluluğu puanları arasında negatif yönlü ilişki bulunmuştur ($r:-0.149$, $p<0.05$). Aynı şekilde Bel çevresi/Boy uzunluğu oranı değerleri ile SYBDÖ II-Egzersiz puanları arasında da negatif yönlü ilişki bulunmuştur ($r:-0.226$, $p<0.01$). Bireylerin Bel çevresi/Boy uzunluğu oranı arttıkça SYBDÖ II-Sağlık Sorumluluğu ve SYBDÖ II- Egzersiz puanlarının azaldığı gözlemlenmiştir.
21. Çalışmaya katılan bireylerin SYBDÖ II-Beslenme alt boyutu sorularına verdikleri yanıtlar incelendiğinde ‘Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.’ maddesine ‘Sık sık’ yanıtını verenlerin oranı ise sırasıyla erkek ve kadınlarda %17.6 ve %21.4’tür. ‘Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım.’ maddesine ‘Düzenli’ yanıtını verenlerin oranı ise sırasıyla erkek ve kadınlarda %13.7 ve %12.7’dir. ‘Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.’ maddesine erkeklerin %45.1’i, kadınların ise %52.4’ü ‘Hiçbir Zaman’ yanıtını vermiştir. ‘Her gün 2-4 öğün meyve yerim.’ maddesine ‘Hiçbir Zaman’ yanıtını verenlerin oranı sırasıyla erkek ve kadınlarda %25.5 ve %13.5’dir. ‘Düzenli’ yanıtını verenlerin oranı ise sırasıyla erkek ve kadınlarda %5.9 ve %7.1’dir. ‘Her gün 3-5 öğün sebze yerim.’ maddesine ‘Sık Sık’ yanıtını verenlerin oranı sırasıyla erkek ve kadınlarda %15.7 ve %28.6’dır. ‘Düzenli’ yanıtını verenlerin oranı ise sırasıyla erkek ve kadınlarda %0 ve %9.5’dir. ‘Hergün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.’ maddesine ‘Düzenli’ yanıtını verenlerin oranı ise sırasıyla erkek ve kadınlarda %19.6 ve %9.5’tir. ‘Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.’ maddesine ‘Düzenli’ yanıtını verenlerin oranı ise sırasıyla erkek ve kadınlarda %13.7 ve %17.5’tir. ‘Kahvaltı yaparım.’ maddesine erkeklerin %58.8’i, kadınların ise %72.2’si ‘Düzenli’ yanıtını vermiştir.

6.2. Öneriler

Obezite, tüm dünyada hızla artmakta olan bir sağlık sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) tanımına göre sağlığa zarar verebilecek anormal veya aşırı yağ birikimi olarak açıklanmaktadır. Obezitenin gelişiminde, genetik, yaş, cinsiyet, hormonlar, psikolojik ve çevresel faktörler gibi bir çok etiyolojik faktör etkilidir. Ağırlık kaybı ile birlikte antropometrik ölçümlerde iyileşmeler obezitenin neden olduğu komplikasyonları azaltmaktadır. Bunun yanında bireylerin obezite farkındalığına sahip olmaları ve sağlıklı

yaşam biçimi davranışlarını gerçekleştirmeleri obezitenin önlenmesinde büyük önem taşımaktadır.

Obezitenin önlenmesinde ve tedavi edilmesinde, obezite farkındalığının oluşturulması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bireylere aktarılabilmesi için bireylerin bu konuda bilgi düzeyinin artırılması öncelikli adım olmalıdır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt gruplarını oluşturan beslenme, egzersiz, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi alanlarında bireylerin bilgi düzeyinin artırılması, bu davranışların yaşama etkisinin aktarılması ve etkileyen faktörler hakkında detaylı eğitim programlarının hazırlanmasına önem verilmelidir. Bu çalışmada gelir düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulamada büyük önem taşıdığı gözlemlenmiştir. Bu durum göz önüne alındığında bireylerin gelir durumuna göre plan ve politikaların incelenmesi ve geliştirilmesi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulanabilir ve sürdürülebilir kılınmasında etkili olacaktır.

Obezite farkındalığını ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını araştıran çalışmaların sınırlı olması nedeniyle bu alanda kapsamlı ve daha fazla sayıda çalışma planlanmalı ve yürütülmelidir. Her iki alanda da daha büyük örneklemeler ile çalışmalar yapılması daha belirgin sonuçlar alınmasını sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. ‘Obezite Nedir?’. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezite-nedir.html> Erişim tarihi: 19.11.2019.
2. Kahan S, Cheskin LJ. Obesity and eating behaviors and behavior change. In Health Behavior Change in Populations. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press, 2014.
3. Seidell JC. (). The current epidemic of obesity. Bouchard, C. (Ed.). Physical activity and obesity. Champaign, IL: Human Kinetics 2000; 21-30.
4. Baş M, Sağlam D. Yetişkinlerde ağırlık yönetimi, hastalıklarda beslenme tedavisi. Hatiboğlu Yayınları, 2013.
5. Pi-Sunyer FX. Medical hazards of obesity. Annals of Internal Med 1993; 119: 655-660.
6. Korugan Ü, Özbey N, ve ark. Klinik obezite açılma grubu yayını. İstanbul: Roche Yayınları, 2000.
7. WHO. Prevention and management of the global epidemic of obesity. Geneva: WHO, 1997.
8. WHO Media Center, World Health Organization, Ocak 2015. [Çevrimiçi]. Erişim: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. Erişim tarihi: 15.03.2020.
9. Pekcan G. Şişmanlık belirleyicileri: Bugün ve gelecek için olası senaryolar. Baysal A. ve Baş M. (Editörler). Yetişkinlerde ağırlık yönetimi. İstanbul: Türkiye Diyetisyenler Derneği, Ekspres Baskı A.Ş., 2008
10. Obezite D, Grubu HÇ. Obezite tanı ve tedavi kılavuzu. Ankara: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2014
11. Shea JL. Understanding the etiology of obesity: A multi-faceted approach. Doctoral dissertation, Memorial University of Newfoundland, 2011.
12. WHO. Obesity and overweight 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> Erişim tarihi: 03.10.2019.
13. Albuquerque D, Stice E, Rodríguez-López R, et. al. Current review of genetics of human obesity: from molecular mechanisms to an evolutionary perspective. MGG. 2015; 290: 1191-1221,

14. Internet: WHO. Global Observatory Data-Obesity.URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fgho%2Fncd%2Frisk_factors%2Fobesity_text%2Fen%2F&date=2018-09-03, Erişim tarihi: 08.03.2018.
15. Flegal KM, Carroll MD, Kit BK, Ogden CL. Prevalence of obesity and trends in the distribution of body mass index among US adults, 1999-2010. The Journal of the AMA. 2012; 307(5): 491-497.
16. Craig MH, Carroll MD, Fryar CD, Ogden CL. Prevalence of obesity among adults and youth: United States, 2015–2016. NCHS Data Brief 2017; 28: 1-8.
17. Akkurt Çiftçi ř. Food craving questionnaire- trait / Yeme arzusu ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Yüksek Lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2017.
18. Satman I, Yilmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, Bastar, I, Tütüncü Y, Sargın M, Dinççağ N, Karşıdag K, Kalaça S, Özcan C, King H, The TURGEP Group. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). Diabetes Care 2002; 25(9): 1551-1556.
19. Hatemi H, Turan N, Arık N, Yumuk V. Türkiye obezite ve hipertansiyon taraması sonuçları (TOHTA). Endokrinolojide Yönelişler Derg 2002; 11(1).
20. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye beslenme ve sağlık araştırması 2010: Beslenme durumu ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi sonuç raporu. Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2014.
21. Bagriacik N, Onat H, İlhan B, Tarakci T, Oşar Z, Ozyazar M, Yıldız G. Obesity profile in Turkey. IJD. 2009; 17: 5-8.
22. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı, TÜBİTAK. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı, TÜBİTAK, 2014; 171-172.
23. Gürel FS, İnan G. Çocukluk çağı obezitesi tanı yöntemleri, prevalansı ve etyolojisi. ADÜ Tıp Fak Derg 2001; 2(3): 39-46.
24. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. WHO Technical Report, 894, Geneva: WHO 1999; 9.

25. Albuquerque D, Stice E, Rodríguez-López R, Manco L, Nóbrega C. Current review of genetics of human obesity: from molecular mechanisms to an evolutionary perspective. *MGG*. 2015; 290(4): 1191-1221.
26. Rankinen T, Zuberi A, Chagnon YC, Weisnagel SJ, Argyropoulos G, Walts B, Bouchard C. The human obesity gene map: the 2005 update. *Obesity* 2006; 14(4): 529-644.
27. Loos RJF, Bouchard C. Obesity - is it a genetic disorder? *J Intern Med* 2003; 254: 401-425.
28. Loos RJ, Rankinen T. Gene-diet interactions on body weight changes. *ADA*. 2005; 105(5): 29-34.
29. England CY, Andrews RC, Jago R, Thompson JL. A systematic review of brief dietary questionnaires suitable for clinical use in the prevention and management of obesity, cardiovascular disease and type 2 diabetes. *EJCN*. 2015; 69: 977-1003.
30. Atkinson RL. Etiologies of obesity. In *The management of eating disorders and obesity*. Humana Press 2005; 105-118
31. Ravussin E, Smith SR. Increased fat intake, impaired fat oxidation, and failure of fat cell proliferation result in ectopic fat storage, insulin resistance, and type 2 diabetes mellitus. *Ann N Y Acad Sci* 2002; 967: 363–378.
32. Rolls BJ, Kim-Harris S, Fischman MW, Foltin RW, Moran TH, Stoner SA. Satiety after preloads with different amounts of fat and carbohydrate: implications for obesity. *AJCN*. 1994; 60(4): 476-487.
33. Jequier E. Pathways to obesity. *IJO*. 2002; 26(2): 12-17.
34. Ruotsalainen H, Kyngäs H, Tammelin T, Kääriäinen M. Systematic review of physical activity and exercise interventions on body mass indices, subsequent physical activity and psychological symptoms in overweight and obese adolescents. *JAN*. 2015; 71(11): 2461–2477.
35. Verstraete SJ, Cardon GM, De Clercq DL, De Bourdeaudhuij IM. A comprehensive physical activity promotion programme at elementary school: the effects on physical activity, physical fitness and psychosocial correlates of physical activity. *PHN*. 2007; 10(5): 477-484.
36. Kurumu THS. Birinci basamak sağlık kurumları için obezite ve diyabet klinik rehberi. Kurumu THS, 2017.
37. Sağlık Bakanlığı. Şişmanlık (obezite) ve beslenme. Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2002.

38. Jakicic JM, Otto AD. Physical activity considerations for the treatment and prevention of obesity-. AJCN. 2005; 82(1): 226-229.
39. Hill JO, Peters JC. Environmental contributions to the obesity epidemic. Science 1998; 280(5368): 1371-1374.
40. Hill JO, Wyatt HR, Reed GW, Peters JC. Obesity and the environment: where do we go from here?. Science 2003; 299(5608): 853-855.
41. Gleick, J. Faster: The acceleration of just about everything. New York: Pantheon, 1999.
42. Canetti L, Bachar E, Berry EM. (2002). Food and emotion. BP. 60(2), 157-164.
43. Tezcan B. Obez bireylerde benlik saygısı, beden algısı ve travma tik geçmiş yaşantılar. Uzmanlık Tezi, TC Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2009.
44. Ganley RM. Emotion and eating in obesity: A review of the literature. IJED. 1989; 8(3): 343-361.
45. Keskin M, Kurtoglu S, Kendirci M, et al. Homeostasis model assessment is more reliable than the fasting glucose/insulin ratio and quantitative insulin sensitivity check index for assessing insulin resistance among obese children and adolescents. Pediatrics 2005; 115: 500.
46. Jakicic JM, Otto AD. Physical activity considerations for the treatment and prevention of obesity. AJCN. 2005; 82(1): 226-229.
47. Chan JM, Rimm EB, Colditz GA, et. al. Obesity, fat distribution, and weight gain as risk factors for clinical diabetes in men. Diabetes Care 1994; 17(9): 961-969.
48. Huang Z, Willett WC, Manson JE, Rosner B, Stampfer MJ, Speizer FE, Colditz GA. Body weight, weight change, and risk for hypertension in women. ACP. 1998; 128(2): 81-88.
49. Arslan M, Atmaca A, Ayvaz G, Başkal N, Beyhan Z, Bolu E, Demirer AN. Metabolik sendrom klavuzu. Ankara: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2009.
50. Samur G, Yıldız E. Obezite ve kardiyovasküler hastalıklar / hipertansiyon. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın, 2008.
51. Artham SM, Lavie CJ, Milani RV, Ventura HO. Obesity and hypertension, heart failure, and coronary heart disease—risk factor, paradox, and recommendations for weight loss. OJ. 2009; 9(3): 124-132.

52. Alpert MA, Lambert CR, Panayiotou H, et al. Relation of duration of morbid obesity to left ventricular mass, systolic function, and diastolic filling, and effect of weight loss. *Am J Cardiol* 1995; 76: 1194–1197.
53. Franssen R, Monajemi H, Stroes ES, Kastelein JJ. Obesity and dyslipidemia. *MCNA*. 2011; 95(5): 893-902.
54. Després JP, Moorjani S, Pouliot MC, et. al. Correlates of plasma very-low- density lipoprotein concentration and composition in premenopausal women. *Metabolism*, 1990; 39(6): 577-583.
55. John BJ, Irukulla S, Abulafi AM, Kumar D, Mendall MA. Systematic review: adipose tissue, obesity and gastrointestinal diseases. *AP&T*. 2006; 23(11): 1511-1523.
56. Hampel H, Abraham NS, El-Serag HB. Meta-analysis: obesity and the risk for gastroesophageal reflux disease and its complications. *ACP*. 2005; 143(3): 199-211.
57. Moayyedi P. The epidemiology of obesity and gastrointestinal and other diseases: an overview. *DDS*. 2008; 53(9): 2293-2299.
58. Ehrmann DA. Polycystic ovary syndrome. *NEJM*. 2005; 352(12): 1223-1236.
59. Pasquali R, Patton L, Gambineri A. Obesity and infertility. *Current Opinion in Endocrinology, DOIJ*. 2007; 14(6): 482-487.
60. Dietl J. Maternal obesity and complications during pregnancy. *JPM*. 2005; 33(2): 100-105,
61. Wardle J, Cooke L. The impact of obesity on psychological well-being. *RCEM*. 2005; 19(3): 421-440.
62. Müftüoğlu S. Majör depresyon tanısı almış hastaların beslenme durumlarının ve aşırı besin isteklerinin değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2016.
63. Şengönül M, Arancioğlu İÖ, Maviş ÇY, Ergüden B. Obezite ve psikoloji. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2021; 2(3), 1-12.
64. Rosik CH. Psychiatric symptoms among prospective bariatric surgery patients: rates of prevalence and their relation to social desirability, pursuit of surgery, and follow-up attendance. *Obesity Surgery* 2005; 15(5): 677-683.
65. Bianchini F, Kaaks R, Vainio H. Overweight, obesity, and cancer risk. *The Lancet Oncology* 2002; 3(9): 565-574.
66. Wolin KY, Carson K, Colditz GA. Obesity and cancer. *The Oncologist* 2010; 15(6): 556-565.

67. Akbulut G, Rakıcıoğlu N. Şişmanlığın beslenme tedavisinde güncel yaklaşımlar. Genel Tıp Derg 2010; 20(1): 35-42.
68. Sheppard L, Kristal AR, Kushi LH. Weight loss in women participating in a randomized trial of low-fat diets. AJCN. 1991; 54(5): 821-828.
69. Astrup A, Ryan L, Grunwald GK, Storgaard M, Saris W, Melanson E, Hill JO. (). The role of dietary fat in body fatness: evidence from a preliminary meta-analysis of ad libitum low-fat dietary intervention studies. BJN. 2000; 83(1): 25-32.
70. Leidy HJ, Ortinau LC, Douglas SM, Hoertel HA. Beneficial effects of a higher-protein breakfast on the appetitive, hormonal, and neural signals controlling energy intake regulation in overweight/obese, "breakfast-skipping," late-adolescent girls. AJCN. 2013; 97(4): 677-688.
71. Crowe TC. Safety of low-carbohydrate diets. Obesity Reviews, 2005; 6(3): 235-245.
72. Flood A, Mai V, Pfeiffer R, et. al. The effects of a high-fruit and-vegetable, high-fiber, low-fat dietary intervention on serum concentrations of insulin, glucose, IGF-I and IGFBP-3. EJCN. 2008; 62(2): 186-196.
73. Keser AGMG. Obez Diyabetik bireylerin tıbbi beslenmetedavisi planlarında yağ ve protein. Klinik Tıp Bilimleri 2019; 7(3): 1-5.
74. Molarius A. Seidel JC, Sans S, Toumlehto J, Kuulasmaa K. Varying sensitivity of waist action levels to identify subjects with overweight or obesity in 19 populations of the WHO MONICA Project. J Clin Epidemiol 1999; 52: 1213-1224,
75. Pekcan G. Türkiye'de beslenme sorunları ve boyutları: Besin ve beslenme politikalarının önemi. Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı I, 2001; 39: 572-585.
76. Cohen DA. Neurophysiological pathways to obesity: below awareness and beyond individual control. Diabetes 2008; 57(7): 1768-1773.
77. Kim, C. S., Ko, S. H., Kwon, H. S., Kim, N. H., Kim, J. H., Lim, S., ... Cha, B. Y. (). Prevalence, awareness, and management of obesity in Korea: data from the Korea national health and nutrition examination survey (1998-2011). DMJ. 2014; 38(1): 35-43.
78. Sozen H, Bebek G. Üniversite öğrencilerinin obezite farkındalığının belirlenmesi. In ICPESS (International Congress on Politic, Economic and Social Studies) (No. 4), 2018.
79. Fassino S, Pierò A, Gramaglia C, Abbate-Daga G. Clinical, psychopathological and personality correlates of interoceptive awareness in anorexia nervosa, bulimia nervosa and obesity. Psychopathology, 2004; 37(4): 168-174.

80. Internet: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2017). Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2018-2023 Güncelleme Çalıştayı. URL: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenmehareket-haberler/293-t%C3%BCrkiye-sa%C4%9Fl%C4%B1kl%C4%B1-beslenme-ve-hareketli-hayat-program%C4%B1-2018-2023-g%C3%BCncelleme-%C3%A7al%C4%B1%C5%9Ftay%C4%B1.html.&date=2018-12-16>, Erişim tarihi: 16.12.2018.
81. Dalak M. Esansiyel Hipertansiyonlu olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sosyal destek arasındaki ilişki, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, 2010.
82. Sisk RJ. (). Caregiver burden and health promotion. IJNS. 2000; 37(1): 37-43. doi:10.1016/s0020- 7489(99)00053-x.
83. Esin (Özabacı) MN, Endüstriyel alanda çalışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması ve geliştirilmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1997.
84. Johnson RL. Gender differences in health-promoting lifestyles of african americans. Public Health Nursing, 2005; 22(2): 130-137.
85. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü (1 Baskı). Ankara: Anıl Matbaacılık, 2011; 1-21.
86. Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2009.
87. Özarslan BB. Diyabetik koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2013.
88. Özyazıcıoğlu N, Kılıç M, Erdem N, Yavuz C, Afacan S. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2011; 8(2).
89. Özkan S. Yılmaz E. Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2008; 3(7): 89-105.
90. Onkun E. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Yüksek Lisans Tezi, K.K.T.C Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Lefkoşa, 2014.
91. Gürsel N, Özbey S, Güzel P. Öğretim elemanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi. International Journal of Social Science Research, 2016; 5(2): 21-26.

92. Chew F, Palmer S, Slonska S. Enhancing health knowledge, health belief and health behaviour in Poland through a health promoting television program series. *J of Health Communication* 2002; 7(2): 179-196.
93. Baysal A. Sağlıklı beslenme: Uzmanların önerisi tüketicinin algılaması. *Beslenme ve Diyet Dergisi* 1998; 27(2): 1-4.
94. Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Türkiye'ye özgü beslenme rehberi, 2004. http://www.bdb.hacettepe.edu.tr/TOBR_kitap.pdf Erişim tarihi: 10.08.2017.
95. Baysal A. Beslenme. 12. Baskı, Ankara: Hatiboğlu Yayınları, 2008.
96. Baysal A, Aksoy M, Besler TH. Diyet El Kitabı, 6. Baskı. Ankara: Hatiboğlu Yayınları, 2011.
97. Özer K. Fiziksel uygunluk. 1. Baskı, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2001.
98. Ersoy G. Egzersiz ve spor yapanlar için beslenme sorular ve cevapları ile açıklamalı sözlük. Geliştirilmiş 3. Baskı. Ankara: Nobel Yayıncılık, 2004.
99. Rhodes RE, Janssen I, Bredin SS, Warburton DE, Bauman A. Physical activity: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychology & Health*, 2017; 32(8): 942-975.
100. WHO. "Physical activity", Media Centre, 2017, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/> Erişim tarihi: 19.08.2020.
101. Levine AS. Physical activity and obesity. *AJCN*. 2001; 74: 275.
102. Ünsal E. Diyet Eğitiminin Hiperlipidemik Hastaların Beslenme Alışkanlıkları, Beslenme Bilgi Düzeyleri ve Beslenme Durumuna Etkisinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2008.
103. Sivalingam SK, Ashraf J, Vallurupalli N. Ethnic differences in the self- recognition of obesity and obesity-related comorbidities: a cross-sectional analysis. *J Gen Intern Med* 2011; 26(6): 616-620.
104. Aşçı H. Physical self-perception of elite athletes and nonathletes: A Turkish sample. *SAGE*. 2004; 99: 1047-1052.
105. Folkman S. Stress: appraisal and coping. *Encyclopedia of Behavioral Medicine*: Springer, 2013; 19(1): 13-15.
106. Balcıoğlu İ. Medikal açıdan stres ve çareleri. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi: 47, 2005.

107. Özçelik H. Isparta il merkezinde görev yapan toplum öncüsü bazı meslek üyelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Isparta, 2012.
108. Krantz DS, McCeney MK. Effects of psychological and social factors on organic disease: A critical assessment of research on coronary heart disease. ARP. 2002; 53(1): 341-369.
109. Balcıoğlu İ. Medikal açıdan stres ve çareleri. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi: 47, 2005.
110. Hoffman ML. A comprehensive theory of prosocial moral development. In D. Stipek ve A. Bohart (Eds.), Constructive and destructive behavior. Washington D.C: American Psychological Association, 2001; 61-86.
111. Çırak G. Üniversite öğrencilerinin ahlaki yargı yetenekleri ve ahlaki yargı yetenekleri ile kendini gerçekleştirme düzeylerinin karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana, 2006.
112. Kuzgun Y. Kendini gerçekleştirme. Araştırma Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Felsefe Bölümü Dergisi 1972; 10(1): 24-30.
113. Kafkas ME, Kafkas AS, Acet M. Beden eğitimi öğretmenlerinin sağlığı geliştirici yaşam biçimi düzeylerinin incelenmesi. DPUSBE. 2012; 32(2): 47-56.
114. Pearson D, Grace C. How to measure height in weight management. West Sussex, UK: John Wiley and Sons Ltd., 2012.
115. World Health Organization. Waist Circumference and Waist-Hip Ratio. Report of a WHO Expert Consultation. Geneva. 2008. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44583/9789241501491_eng.pdf?ua=1 Erişim tarihi: 18.12.2019
116. Kafkas ME, Özen G. Obezite Farkındalık Ölçeği'nin (Ofö) Türkçeye uyarlanması: Bir geçerlik ve güvenirlik çalışması. İNUBESYO. 2014; 1(2): 1-15.
117. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health promoting lifestyle profile development and psychometric characteristics. JNR. 1987; 36(2): 76- 80,.
118. Esin MN. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması, Hemşirelik Bülteni 1999; 2(45): 87-96.
119. Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of the health promoting lifestyle profile 11 unpublished manuscript. University of Nebraska Medical Center, 1996.

120. Bahar Z, Beşer A, Gördes N. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 12(1): 1-13.
121. Nguyen DM, El-Serag HB. The epidemiology of obesity. Gastroenterology Clinics 2010; 39(1): 1-7.
122. Fontaine KR, Barofsky I. Obesity and health-related quality of life. OBES REV. 2001; 2(3): 173-182.
123. Doğan, R. Eskişehir büyükdere aile sağlığı merkezine başvuran gebelerde obezite sıklığının ve obezitenin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir, 2012.
124. Sassi F, Devaux M, Church J, Cecchini M, Borgonovi F. Education and obesity in four OECD countries. Paris: OECD, 2009
125. Koç, Z. Yetişkin kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile besin tüketimi ve vücut bileşimlerinin karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2013.
126. Villareal DT, Aguirre L, Gurney AB, Waters DL, Sinacore DR, Colombo E, Armamento Villareal R, Qualls, C. Aerobic or resistance exercise, or both, in dieting obese older adults. NEJM. 2017; 376(20): 1943-1955.
127. Kokino, S., & Zateri, C. (2004). Obezite ve aerobik egzersizler. Türkiye Klinikleri J PM&R. 4(3), 91-99.
128. Willoughby D, Hewlings S, Kalman D. Body composition changes in weight loss: strategies and supplementation for maintaining lean body mass, a brief review. Nutrients 2018; 10(12): 1876.
129. Seidell J, Waist circumference and waist/hip ratio in relation to all-cause mortality, cancer and sleep apnea. EJCN. 2010; 64(1): 35-41.
130. Lei, S. F., Liu, M. Y., Chen, X. D., Deng, F. Y., Lv, J. H., Jian, W. X., Yang, YJ, Wang YB, Xiao SM, Sun X, Jiang C, Guo YF, Guo JJ, Li YN, Liu YJ, Deng HW. (). Relationship of total body fatness and five anthropometric indices in Chinese aged 20–40 years: different effects of age and gender. EJCN. 2006; 60(4): 511.
131. Hausenblas HA, Mack DF. Social physique anxiety and eating disorder correlates among female athletic and nonathletic populations. JSB. 1999; 22(4): 502-513.
132. Davison TE, McCabe MP. Relationship between men's and women's body image and their psychological, social and sexual functioning, Sex Roles 2005; 5: 463-475.
133. Mülazımoğlu-Ballı Ö, Aşçı FH. Sosyal fiziksel kaygı envanterinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. SBD. 2006; 17: 11-19.

134. Gil-Campos M, Aguilera CM, Canete R, Gil A. Ghrelin: a hormone regulating food intake and energy homeostasis. Br J Nutr. 2006; 96(2): 201-26.
135. Matsuda M, Liu Y, Mahankali S, Pu Y, Mahankali A, Wang J, et al. Altered hypothalamic function in response to glucose ingestion in obese humans. Diabetes. 1999; 48(9): 1801-6.
136. Altıparmak S, Koca Kutlu A. 15-49 yaş grubu kadınlarda sağlıklı geliştirme davranışları ve etkileyen faktörler. TAF Prev. Med. Bull. 2009; 8(5): 421-26.
137. Yalçınkaya M, Özer F, Karamanoğlu A. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6(6): 409-420.
138. Küçükberber N, Özdilli K, Yorulmaz H. Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. Anadolu Kardiyol Derg, 2011; 11: 619-26.
139. Kinney LaPier TL, Howell D. Functional limitations in older patients during recovery from coronary artery bypass surgery. Cardiopulm Phys Ther J 2003; 14: 3-8.
140. Arslan C, Ceviz D. Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. F.Ü. Sağ. Bil. Derg 2007; 21(5): 266-270.
141. Yılmaz AN. *Yetişkin Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Besin Tüketimi ve Vücut Bileşimlerinin Karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. 2013.
142. Akgül B, Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutum ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Saptanması. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. 2017.

EK 1: Etik Kurul Onayı



BAŞKENT
ÜNİVERSİTESİ

25.
Yılı

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARI		
PROJE NO	KARAR SAYISI	KARAR TARİHİ
KA18/382	18/113	05/12/2018

Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gözde Perkeş Eyüboğlu tarafından yürütülecek olan KA18/382 nolu “Yetişkinlerde obezite farkındalık düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi” başlıklı araştırma projesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelendi ve etik açıdan uygun olduğuna karar verildi.

EK 2: Anket Formu

Yetişkinlerde Obezite Farkındalık Düzeyi ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi Çalışması Anket Formu

Bu çalışma Başkent Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisinin Tez Çalışması kapsamında yapılmaktadır. Veriler yalnızca bilimsel amaçlı olarak değerlendirilecek ve etik kurallara özen gösterilecektir. Katılımınız için teşekkür ederim.

Anket No:

I. TANIMLAYICI BİLGİLER

Anket No:

1-Cinsiyetiniz:

1.Kadın 2.Erkek

2- Yaşınız:.....yıl

3- Eğitim durumunuz:

1. Okuryazar değil
2. Okuryazar
3. İlkokul
4. Ortaokul
5. Lise
6. Yüksekokul
7. Üniversite
8. Yüksek Lisans/Doktora

4-Gelir durumunuz?

1.Gelirim giderimden fazla 2.Gelirim giderime eşit 3.Gelirim giderimden az

5-Medeni durumunuz:

1. Bekâr
2. Evli
3. Boşanmış/Dul

6-Çocuğunuz var mı?

1.Var (Var ise sayısını belirtiniz) 2.Hayır

7-Mesleğiniz:

- 1.İşçi 3.Emekli 5.Serbest Meslek
- 2.Memur 4.Öğrenci 6.Diğer (.....)

8- Sigara kullanıyor musunuz?

- 1.Evet, içiyorum adet/gün 2.Hayır 3. İçtim, bıraktım

9- Alkol kullanıyor musunuz?

- 1.Evet ,bira/şarap/rakı..... ml/gün/hafta/ay 2.Hayır

10- Düzenli (haftada 150 dk) fiziksel aktivite yapıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

Cevabınız evet ise; fiziksel aktivite türünü ve süresini belirtiniz

.....,dk

11- Vücut ağırlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

1. Çok Zayıf 2.Zayıf 3.Normal 4.Hafif şişman 5.Şişman

12- Yaşamınızda kendinizi şişman bulduğunuz bir dönem oldu mu?

- 1.Evet 2.Hayır

Cevabınız evet ise; hangi dönemde şişmandınız? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1.Çocukluk Dönemi 2.Ergenlik Dönemi 3. Erken Erişkinlik Dönemi (25-35 yaş)
4.Hamilelik Dönemi 5. Doğum Sonrası Dönem 6.Askerlik Dönemi
7. Menapoz Dönemi 8. Sigaray1 Bıraktıktan Sonraki Dönem
9. Diğer (belirtiniz:.....)

13- En fazla çıktığınız vücut ağırlığı:....., kg

14- Aile bireylerinizde şişmanlık öyküsü var mı?

- 1.Evet 2.Hayır

Var ise; kimler olduğunu belirtiniz. (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Anne 2. Baba 3. Eş 4. Çocuk 1 5. Çocuk 2 6. Çocuk 3

15- İştah durumunuzu 1 ile 10 arasında numaralandırarak işaretleyiniz:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1

5

10

Çok İştahsız

Çok İştahlı

16- Obezite nedir? (1-2 kendi cümleiniz ile tanımlayınız)

.....

.....

.....

.....

17- Obezite ile ilgili bilgi almak için yayınları takip eder misiniz?

1.Evet 2. Hayır

Cevabınız evet ise hangi yayınları takip edersiniz? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

1.Gazete 2. Dergi 3. Kitap 4. Televizyon Programları 5. Sosyal Medya
6. Diğer (belirtiniz:.....)

Antropometrik ölçümler:

Boyunuz: cm

Vücut ağırlığınız: kg

Bel çevreniz: cm



EK 3: Obezite Farkındalık Ölçeği

OBEZİTE FARKINDALIK DÜZEYİ ÖLÇEĞİ

SIRA NO	Lütfen aşağıdaki tabloda soruların karşısında size uygun gelen 4 kutucuktan birisini (X) işareti ile cevaplayınız.	Kesimlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1.	Çocukluk döneminde obezite okulumda, toplumumda ve ülkemde artıyor.	1	2	3	4
2.	Sağlıklı olmak için çoğu akşam ailelerle birlikte yemek önemlidir.	1	2	3	4
3.	Obez çocukların kilolarıyla ilişkili örneğin diyabet gibi sağlık sorunlarının gelişmesinde daha yüksek risk vardır.	1	2	3	4
4.	Obez çocukların çoğu obezite ile büyüyecek ve yetişkin bir insan olarak normal bir kiloda olacak.	1	2	3	4
5.	Sağlıklı olmak için her gün 8 bardak su içmek önemlidir.	1	2	3	4
6.	Akran baskısı (akran egzersizi ve beslenme alışkanlıkları) obezite nedenlerinde önemli bir rol oynar.	1	2	3	4
7.	Dışarıda oyun oynamak veya bir oyuna katılmak yerine bilgisayar oyunları oynamak, TV izlemek veya bilgisayarda zaman harcamak önemli bir obezite olma nedenidir.	1	2	3	4
8.	Eğer düzenli olarak fiziksel aktivite yapmazsam kendimi huzursuz hissederim.	1	2	3	4
9.	Obez çocukların arkadaşlık ve özgüven problemleri daha fazla olabilir.	1	2	3	4
10.	Dergiler, filmler ve TV yorumları obeziteye neden olmada önemli bir rol oynar.	1	2	3	4
11.	Her gün çeşitli yiyecekler yemek sağlıklı bir diyeteye katkı sağlar.	1	2	3	4
12.	Sağlıklı olmak için her sabah kahvaltıda besleyici gıdalar yemek önemlidir.	1	2	3	4
13.	Egzersiz boyunca kalori yakmak sağlıklı vücut ağırlığını korumak için gereklidir.	1	2	3	4
14.	Her gün abur cubur yemek gibi kötü yeme davranışları önemli bir obezite olma nedenidir.	1	2	3	4
16.	Düzenli egzersiz stresten kurtulma ve rahatlama sağlayabilir.	1	2	3	4
17.	32 BKİ (Beden kitle endeksi) değeri, sağlıklı bir BKİ değeridir.	1	2	3	4
18.	Haftada 3 gün 30-60 dakika orta şiddette egzersiz yapmak sağlıklı vücut ağırlığını korumak için yeterlidir.	1	2	3	4
19.	Kısa mesafe (10 dakika) yürüyüş ve kısa aktiviteler yapmak kötü sağlık etkilerini önlemek ve sağlıklı olmak için yeterlidir.	1	2	3	4
20.	Ailenizdeki diğer insanlar obezse sizin obez olma ihtimaliniz daha yüksektir.	1	2	3	4
21.	Normal bir kiloda olmak sağlıklı bir kişi olmak için önemlidir.	1	2	3	4

EK 4: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiç bir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim				
7	Đnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	Đnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Hergün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Hergün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Hergün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				