

**T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



**AĞIRLIK KAYBI İÇİN ÖZEL BİR KLİNİĞE BAŞVURAN
HASTALARIN, YEME FARKINDALIKLARI İLE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

Fatma KENANOĞLU

**Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı
Tezli Yüksek Lisans Programı**

**GAZİANTEP
2022**

T.C.

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**AĞIRLIK KAYBI İÇİN ÖZEL BİR KLİNİĞE BAŞVURAN
HASTALARIN, YEME FARKINDALIKLARI İLE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

Fatma KENANOĞLU

Hasan Kalyoncu Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin

Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı'nın

Tezli Yüksek Lisans Programı İçin Öngördüğü

YÜKSEK LİSANS TEZİ

olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Zeynep PARLAK ÖZER

GAZİANTEP

2022

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimin süresince her zaman yanımda olan ve manevi desteğini esirgemeyen, akademik bilgi ve tecrübelerini paylaşan, tezin tüm aşamalarında büyük bir özveride bulunan tez danışmanım değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Zeynep PARLAK ÖZER'e,

Lisans eğitimin süresince bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü hocalarıma,

Yaşamım boyunca beni her alanda destekleyen ve yanımda olan, varlıklarından güç aldığım annem, babam ve arkadaşlarıma,

Çok teşekkür ederim.

Fatma KENANOĞLU, 2022

ÖZET

Fatma KENANOĞLU, Ağırlık Kaybı İçin Özel Bir Kliniğe Başvuran Hastaların, Yeme Farkındalıkları ile İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2022. Bu çalışmanın amacı ağırlık kaybı için özel bir kliniğe başvuran hastaların, yeme farkındalıkları ile ilişkili faktörlerin belirlenmesidir. Araştırma Hatay İli Dörtyol İlçesi'nde Diyetisyen Fatma Kenanoğlu Beslenme ve Diyet Danışma Merkezine Aralık 2021-Haziran 2022 tarihleri aralığında başvuran kronik hastalığı olmayan 162 (59 erkek 103 kadın) bireyle yürütülmüştür. Soru kâğıdı ile bireylerin genel bilgileri, demografik özellikleri, beslenme alışkanlıkları, 24 saatlik fiziksel aktivite durumları, Yeme Farkındalığı Ölçeği-30 (MEQ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), 24 saatlik besin tüketim kaydı değerlendirilmiştir. Katılımcıların yeme farkındalıkları ile beden kütle indeksi (BKİ), BDÖ toplam puanı ve enerji alımı, uyku süresi arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla $p=0,000$, $r=-0,481$ -orta kuvvetli, $p=0,000$, $r=-0,667$ -yüksek kuvvetli, $p=0,000$, $r=-0,476$ -orta kuvvetli, $p=0,007$, $r=0,213$ -zayıf). BDÖ puanları ile vücut yağ oranı, enerji alımı ve uyku süresi arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla $p=0,000$, $r=0,468$ -orta kuvvetli, $p=0,000$, $r=0,578$ -orta kuvvetli, $p=0,011$, $r=0,200$ -zayıf). BDÖ toplam puanı fiziksel aktivite arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,000$, $r=0,402$ -orta kuvvetli). MEQ toplam puanı ve fiziksel aktivite arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,000$, $r=0,376$ -zayıf). Bu çalışma yeme farkındalığının BKİ, alınan enerji, depresyon düzeyi, uyku süresi ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Yeme farkındalığını etkileyen etmenlerin daha net anlaşılabilmesi için daha geniş popülasyonlarda daha çok çalışma yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yeme farkındalığı, obezite, farkındalık, depresyon

ABSTRACT

Fatma KENANOĞLU, Determination of Factors Associated with Mindful Eating in Patients Applying to a Private Clinic for Weight Loss. Hasan Kalyoncu University Graduate Education Institute, Department of Nutrition and Dietetics, Master Thesis, Gaziantep, 2022. The aim of this study is to determine the factors associated with mindful eating of patients who applied to a private clinic for weight loss. The research was carried out with 162 (59 male, 103 female) individuals without any chronic disease who applied to Dietitian Fatma Kenanoğlu Nutrition and Diet Counseling Center in Hatay Province Dörtöyl District between December 2021 and June 2022. The general information, demographic characteristics, nutritional habits, 24-hour physical activity status of the individuals, Mindful Eating Questionnaire (MEQ), Beck Depression Inventory (BDI), 24-hour food consumption record were evaluated with the questionnaire. A negative significant relationship was found between the participants' mindful eating and body mass index (BMI), BDI total score, energy intake, and sleep duration ($p=0.000$, $r=-0.481$ -medium strong, $p=0.000$, $r=-0.667$ - high strong, $p=0.000$, $r=-0.476$ - medium strong, $p=0.007$, $r=0.213$ - weak respectively). A positive and significant relationship was found between BDI scores and fat ratio, energy intake and sleep duration ($p=0.000$, $r=0.468$ -medium strong, $p=0.000$, $r=0.578$ - medium strong, $p=0.011$, $r=0.200$ -weak respectively). A negative significant relationship was found between BDI total score and energy from physical activity ($p=0,000$, $r=0,402$ -medium strong). A significant positive correlation was found between MEQ total score and physical activity ($p=0,000$, $r=0,376$ -weak respectively). This study shows that mindful eating is associated with BMI, energy intake, depression level, and sleep duration. More studies are needed in larger populations to better understand the factors affecting mindful eating

Key Words: Mindful eating, obesity, awareness, depression

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	ix
İÇİNDEKİLER	x
TABLolar DİZİNİ	xiv
SEMBOLLER VE KISATMALAR LİSTESİ	xvi
1. GİRİŞ	1
1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Obezitenin Tanımı	3
2.2. Obezitenin Sınıflandırması	3
2.2.1. Beden Kütle İndeksine Göre Obezite Sınıflandırması	3
2.2.2. Vücuttaki Yağ Dağılımına Göre Obezite Sınıflandırması	3
2.2.3 Yağ Hücreleri Türüne Göre Obezite Sınıflandırması	3
2.3. Obezite Prevalansı	4
2.4. Obezitenin Etiyolojisi	4
2.4.1. Obeziteyi Etkileyen Biyolojik Faktörler	5
2.4.2. Obeziteyi Etkileyen Çevresel Faktörler	6
2.5. Obezitenin Tanı Yöntemleri	7
2.6. Obezitenin Komplikasyonları	8
2.7. Obezite ve Depresyon	9
2.8. Obezitenin Tedavi Yöntemleri.....	10

2.8.1. Obezitede Tıbbi Beslenme Tedavisi	10
2.9 Yeme Farkındalığı	11
3.BİREYLER VE YÖNTEM	13
3.1. Araştırmanın Yeri, Tipi ve Zamanı.....	13
3.2. Araştırmanın Etik Yönü.....	13
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	13
3.4 Veri Toplama Gereçleri	14
3.4.1. Soru Kâğıdı Formu.....	14
3.4.1.1. 24 Saatlik Fiziksel Aktivite Ölçeği	14
3.4.1.2. Yeme Farkındalığı Ölçeği-30 (MEQ)	14
3.4.1.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	15
3.4.1.4. 24 Saatlik Besin Tüketim Kaydı	15
3.4.2. Antropometrik Ölçümler	15
3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi	16
4.BULGULAR	17
4.1. Katılımcıların Genel Özellikleri	17
4.2. Katılımcıların Beslenme Alışkanlıkları	21
4.3 Katılımcıların 24 Saatlik Fiziksel Aktivite ve Spor/Egzersiz Yapma Durumu	23
4.4. Katılımcıların Günlük Enerji, Makro ve Mikro Besin Öğelerini Alım Miktarı	26
Tablo 4.4.3. Katılımcıların Tükettiği Besin Grupları	30
4.5 Katılımcıların Antropometrik Ölçümleri	31
4.6 Katılımcıların Cinsiyetine Göre Yeme Farkındalığı ve Beck Depresyon Ölçeği Puanlarını	33
4.7 Katılımcıların Beden Kütle İndekslerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanı ve Yeme Farkındalığı Toplam Puanı Karşılaştırması.....	33
4.8 Katılımcıların Depresyon Düzeylerine Göre Yeme Farkındalığı Toplam ve Yeme Farkındalığı Alt ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi.....	34
4.9. Katılımcıların Beden Kütle İndeksleri ile İlişkili Faktörler	35

4.10. Katılımcıların Yeme Farkındalıkları ile İlişkili Faktörler.....	37
4.11 Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği ile İlişkili Faktörler.....	37
5.TARTIŞMA	39
5.1. Katılımcıların Genel Özelliklerinin Değerlendirilmesi	39
5.2. Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi	41
5.3. Katılımcıların Fiziksel Aktivite/Spor Yapma Durumunun Değerlendirilmesi.....	42
5.4. Katılımcıların Günlük Enerji, Makro ve Mikro Besin Öğeleri Alım Miktarlarının ve Tüketilen Besin Gruplarının Değerlendirilmesi	42
5.5. Katılımcıların Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi	45
5.6. Katılımcıların Cinsiyetine Göre Yeme Farkındalığı ve Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi	46
5.7. Katılımcıların Beden Kütle İndekslerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanı ve Yeme Farkındalığı Toplam Puanı Karşılaştırmasının Değerlendirilmesi.....	47
5.8. Katılımcıların Depresyon Düzeylerine Göre Yeme Farkındalığı Toplam ve Yeme Farkındalığı Alt ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi.....	48
5.9. Katılımcıların Beden Kütle İndeksleri ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi.....	48
4.10. Katılımcıların Yeme Farkındalıkları ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi.....	49
4.11. Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi..	51
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	52
6.1. SONUÇLAR	52
6.2.ÖNERİLER.....	54
6.3.ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI	55
KAYNAKLAR	56
EK 1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı	68
EK 2. Etik Kurul Kararı	69
EK 3. Veri Toplama Formu	70
Ek 4. Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur/Rıza Formu.....	79
Ek 5. İntihal Raporu.....	80



TABLolar DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 2.2.1.1 Dünya Sağlık Örgütüne Göre Beden Kütle İndeksi Sınıflandırması	3
Tablo 2.4.1. Obeziteyi Etkileyen Faktörler	5
Tablo 2.5.1. Yetişkinlerde Bel Çevresi Ölçümlerine Göre Hastalık Riski	7
Tablo 2.6. Obezitenin Komplikasyonları	8
Tablo 4.1.1 Katılımcıların Genel Özellikleri	17
Tablo 4.1.2. Katılımcıların Eğitim Durumu ve Meslek	18
Tablo 4.1.3. Katılımcıların Ailelerinde Hastalık Olma Durumlarına Göre Dağılımı	19
Tablo 4.1.4. Katılımcıların Daha Önce Diyet Uyum Durumu, Daha Önce Uygulanan Diyet Sayısı ve Yemek Yeme Hızı	20
Tablo 4.1.5. Katılımcıların Sigara Kullanma ve Alkol Tüketme Durumu	21
Tablo 4.2.1. Katılımcıların Beslenme Alışkanlıkları	22
Tablo 4.2.2. Katılımcıların Dışarda Yemek Yeme Durumları.....	23
Tablo 4.3.1. Katılımcıların Egzersiz/Spor Yapma Durumu	24
Tablo 4.3.2 Katılımcıların 24 Saatlik Fiziksel Aktivite Durumunun Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Alt ve Üst Değerleri (Saat/Gün)	25
Tablo 4.4.1. Katılımcıların Günlük Enerji ve Makro Besin Öğeleri Alım Miktarlarının Aritmetik Ortalama (\bar{x}), Standart Sapma (S), Alt-Üst, Medyan ve DRV% Değerleri (TÜBER'e Göre)	28
Tablo 4.4.2. Katılımcıların Günlük Vitamin ve Mineralleri Alım Miktarlarının Aritmetik Ortalama (\bar{x}), Standart Sapma (S), Alt-Üst, Medyan ve DRV% Değerleri (TÜBER'e Göre)	29
Tablo 4.4.3. Katılımcıların Tükettiği Besin Gruplarının Aritmetik Ortalama (\bar{x}), Standart Sapma (S), Alt-Üst, Medyan Değerleri.....	30
Tablo 4.5.1. Bireylerin Antropometrik Ölçümlerinin Ortalama, Standart Sapma, Alt, Üst ve Medyan Değerleri	32
4.5.2. Bireylerin Cinsiyetlerine Göre BKİ Sınıflaması Dağılımı	32
Tablo 4.6.1. Cinsiyete Göre Yeme Farkındalığı Ölçeği Alt Boyutları ve Beck Depresyon Ölçeği Skorlarının Aritmetik Ortalama (\bar{x}) \pm Standart Sapma (S) Değerleri	33

Tablo 4.7. Bireylerin Beden Kütlesine göre Beck Depresyon Ölçeği ve Yeme Farkındalığı Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalama (\bar{x}) \pm Standart Sapma (S) Değerleri	34
Tablo 4.8. Bireylerin Depresyon Düzeylerine Göre Yeme Farkındalığı Toplam ve Yeme Farkındalığı Alt ölçek Puanlarının Aritmetik Ortalama (\bar{x}) \pm Standart Sapma (S) Değerleri	35
Tablo 4.9. Katılımcıların Beden Kütlesine İlişkili Faktörler.....	36
4.10. Katılımcıların Yeme Farkındalıkları ile İlişkili Faktörler	37
Tablo 4.11. Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği ile İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi...	38



SEMBOLLER VE KISATMALAR LİSTESİ

BEBİS	Beslenme Bilgi Sistemleri Paket Programı
:	
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
:	
BİA	Biyoelektrik İmpedans Analizi
:	
BKİ	Beden Kütle İndeksi
:	
CHO	Karbonhidrat
:	
cm	Santimetre
:	
DALY	İnaktif olmanın Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılları
:	
DEXA	Dual Enerji X Işını Absorbsiyometrisi
:	
DM	Diyabetes Mellitus
:	
DSM	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
:	
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
:	
DRV	Diyetle Önerilen Alım Değeri (Dietary Reference Value)
:	
E%	Enerji Yüzdesi
:	
g	Gram
:	
kg	Kilogram
:	

kkal	Kilokalori
:	
mcg	Mikrogram
:	
MEQ	Yeme Farkındalığı Ölçeği (Mindful Eating Questionnaire)
:	
m ²	Metrekare
:	
mg	Miligram
:	
n	Çalışmaya Katılan Birey Sayısı
:	
PAL	Fiziksel aktivite katsayısı (Physical Activity Level)
:	
S	Standart Sapma
:	
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin Uyumlu İstatistik Paketi)
:	
STRP	Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Prevalansı Hanehalkı Sağlık Araştırması
:	
TBSA	Türkiye Beslenme Sağlık Araştırması
:	
TEKHARF	Türk Erişkinlerde Kalp Sağlığı Risk Profiller ve Kalp Hastalığı
:	
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
:	
TOBEC	Total Vücut Elektriksel Geçirgenliği
:	
TURDEP	Türkiye Diyabet Prevalansı
:	
TÜBER	Türkiye Beslenme Rehberi
:	

TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
:	
WCRF	Dünya Kanser Araştırma Fonu (World Cancer Research Fund)
:	
WHO	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
:	
\bar{x}	Ortalama
:	
%	Yüzde
:	



1. GİRİŞ

1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

Obezite; alınan enerjinin, harcanandan fazla olmasından kaynaklanan ve vücut yağ kütesinin, yağsız kütleyle oranla artması ile karakterize olan kronik bir hastalıktır. Başta kardiyovasküler sistem olmak üzere vücudun tüm organ ve sistemlerini etkileyerek çeşitli bozukluklara ve hatta ölümlere yol açabilen önemli bir küresel sağlık sorunudur (1,2). Genetik, fizyolojik, çevresel, psikososyal, kültürel ve bilişsel faktörler obezite görülmesine neden olmaktadır (3).

Obezite, kişinin fiziksel aktivitesini azaltıp, sosyal ve psikolojik problemlere yol açarak kişinin toplumdan uzaklaşmasına neden olmaktadır (4). Obezite ile majör depresyon prevalansı da artmaktadır. Depresyon gibi psikopatolojik sorunların obeziteye neden olabileceği gibi, obezlerdeki depresyonun obezitenin sonucu olduğu da düşünülmektedir. Obez bireylerdeki psikolojik belirti sıklığının cinsiyetten etkilendiği düşünülmektedir. Obez kadınlarda normal ağırlıktaki kadınlara göre depresyon ve anksiyete daha fazla görülürken; obez erkeklerle normal ağırlıktaki erkekler arasında depresyon ve anksiyete açısından fark görülmemektedir (5,6).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2016 yılından bu yana 18 yaş ve üstü bireylerin %39'unun fazla kilolu, %13'ünün ise obez olduğu tespit edilmiştir (7). Türkiye Beslenme Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 verilerine göre yetişkin bireylerin %34,6'sı hafif şişman, %30,3'ü şişmandır (8). TBSA-2017'ye göre ise yetişkinlerin %36,9'u hafif şişman, %28,4'ü şişman, %3,8'i ise morbid obezdir (9).

Obezite tedavisinde benimsenen geleneksel yaklaşım vücut ağırlığı kaybı odaklı enerji kısıtlaması ve daha fazla egzersiz yapılmasıdır. Vücut ağırlığı kaybından sonraki ilk yıl kaybedilen vücut ağırlığının neredeyse yarısı geri kazanılmakta ve çoğunlukla 3 ile 5 yıllık bir süreçte bireylerin %80'i başlangıçtaki vücut ağırlığına geri dönmekte veya başlangıçtaki vücut ağırlıklarının da üzerine çıkmaktadır. Diyetin ve özellikle tekrarlanan diyet girişimlerinin ("yo-yo diyet") hem fiziksel, hem de zihinsel sağlığa zararlı olabileceğini düşündüren kanıtlar bulunmaktadır (10–12). Bu nedenle, geleneksel kilo kaybı yöntemlerine ve enerji kısıtlı beslenme programlarına alternatif olan müdahalelere ihtiyaç duyulmaktadır (12,13).

Bu alternatif yöntemlerden biri olan yeme farkındalığı, açlık ve tokluğu etkileyen içsel ve dışsal etmenlerin farkında olarak yeme ve yeme sürecinin tamamen bilincinde olmaktır (14). Yeme farkındalığının daha sağlıklı yemek yeme üzerinde bir etkisi olduğu, kişileri yeterli ve dengeli beslenmeye yönlendirdiği ve sağlıklı bir şekilde vücut ağırlığı kaybına destek olduğu bildirilmektedir (15).

Yeme farkındalığı neden yeme davranışının oluştuğunu fark ederek, fiziksel açlık-tokluk kavramını içselleştirip çevresel etkilerden etkilenmeden, duygu ve düşüncelerin etkisinin farkında olarak ve besin seçimlerini yargılamadan yeme olarak tanımlanmaktadır (15,16). Bu farkındalık yeme hızını yavaşlatmaktadır. Yeme farkındalığı besin aşermelerinin azaltılmasına yardımcı olarak vücut ağırlığı kontrolünde etkin rol oynamaktadır (17).

Bu çalışma, vücut ağırlığı kaybı için özel bir kliniğe başvuran hastaların, yeme farkındalıkları ile ilişkili faktörlerin belirlenmesine ve beslenme alışkanlıklarının iyileştirilmesine katkı sağlayacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı vücut ağırlığı kaybı için özel bir kliniğe başvuran hastaların, yeme farkındalıkları ile ilişkili faktörlerin belirlenmesidir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Vücut ağırlığı kaybı için özel bir kliniğe başvuran hastaların;

- Cinsiyetlerine göre Yeme Farkındalığı düzeyi ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) skoru farklıdır.
- Beden Kütle İndeksleri (BKİ) ile BDÖ skorları ve Yeme Farkındalıkları arasında bir ilişki vardır.
- Fiziksel aktivite düzeyleri BDÖ skorları ve BKİ bir ilişki vardır.
- Enerji alımları ile Yeme Farkındalığı arasında ilişki vardır.
- Uyku süresi ile BKİ değerleri ve BDÖ skorları arasında bir ilişki vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezitenin Tanımı

Kelime kökeni itibariyle Latince Obesiteus kelimesinden ortaya çıkmış olan obezite; kişinin besinler aracılığıyla vücuduna aldığı enerji miktarının, harcadığı enerji miktarından fazla olması sonucunda, aradaki enerji farkının yağ kütlelerinde artışa neden olması durumudur (18).

2.2. Obezitenin Sınıflandırması

Obezite Beden Kütle İndeksine(BKİ), vücut yağ dağılımına, yağ hücresi türüne göre sınıflandırılmaktadır (19).

2.2.1. Beden Kütle İndeksine Göre Obezite Sınıflandırması

Beden Kütle İndeksi; kişinin vücut ağırlığının kilogram cinsinden alınarak, boy uzunluğunun metre cinsinden karesine bölünmesiyle elde edilen bir değerdir (20). Tablo 2.2.1.1'de Dünya Sağlık Örgütüne Göre beden kütle indeksi sınıflaması verilmiştir.

Tablo 2.2.1.1 Dünya Sağlık Örgütüne Göre Beden Kütle İndeksi Sınıflandırması (20)

Sınıflandırma	BKİ (kg/m ²)
Zayıf	<18,5
Normal	18,5-24,9
Hafif şişman (Fazla Kilolu)	25-29,9
1.Derece Şişman	30-34,9
2.Derece Şişman	35-39,9
3.Derece Şişman (Morbid)	≥40

2.2.2. Vücuttaki Yağ Dağılımına Göre Obezite Sınıflandırması

Jinoid yani kadın tip yağlanma femur ve gluteal üzerinde biriken yağlanma, android yani erkek tip yağlanma ise batın bölgesinde biriken yağlanma olarak tanımlanmaktadır (19).

2.2.3 Yağ Hücresi Türüne Göre Obezite Sınıflandırması

Vücudumuzda bulunan yağ hücrelerinin sayısı ve hacmi yağ oranımızı oluşturmaktadır. Yetişkin bireylerde; vücut ağırlığı artışıyla hacim olarak daha

büyük(hipertrofik) yağ hücreleri görülürken, çocukluk döneminde başlayan vücut ağırlığı artışı ile yağ hücre sayısı artışı(hiperplazi) görülmektedir (21).

2.3. Obezite Prevalansı

Obezite prevalansı sosyoekonomik durumlara göre değişmektedir. Yüksek ve orta gelirli ülkelerde BKİ artış oranları daha yavaştır. Obezite bir zamanlar gelişmiş ülkelerin sorunu kabul edilirken Amerika Birleşik Devletleri, İsveç, Danimarka, Norveç, Fransa, Avustralya ve Japonya dahil olmak üzere yüksek gelirli ülkelerde 2000'lerin başından beri obez veya fazla kilolu çocukların görülme oranı azalmış veya sabit kalmıştır (22).

Gelişmiş toplumların %50'sinin hafif şişman/obez, %25'inin ise normal vücut ağırlığında olduğu saptanmıştır. Ancak normal vücut ağırlığına sahip olan grubun düzenli egzersiz ve diyet ile vücut ağırlığını korumaya çalıştığı dikkat etmediğinde ise hafif şıman veya obez sınıfına geçtiği gözlemlenmiştir (23).

Düşük ve orta gelirli ülkelerde, özellikle kentsel alanlarda obezite oranları artmaktadır. Çin'de 22 yıl boyunca izlenen 12543 katılımcıyla yapılan bir çalışmada, yaşa göre ayarlanmış obezite prevalansının toplam %2,15'ten %13,99'a, kadınlarda %2,78'den %13,22'ye, erkeklerde ise %1,46'dan %14,99'a yükseldiği rapor edilmiştir (24).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2016 yılından bu yana 18 yaş ve üstü bireylerin %39'unun fazla kilolu, %13'ünün ise obez olduğu tespit edilmiştir (7).

Ülkemizdeki obezite oranı da gelişmekte olan ülkelerle benzerlik göstermektedir (24). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre ülkemizde 15 yaş ve üstü obez bireylerin oranı 2016 yılında %19,6 iken, 2019 yılında %21,'e yükselmiştir (25).

Satman ve ark. (26) tarafından 26500 kişi üzerinde yapılan TURDEP- II (Türkiye Diyabet Prevalansı) çalışmasında toplumda obezite görülme oranı %35 olarak saptanmıştır. Bu oranın kadınlarda %44 erkeklerde ise %27 olduğu rapor edilmiştir.

Ülkemizde 2017 yılında yapılmış Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) sonuçlarına göre; 19 yaş ve üzeri kişilerde hafif şişman, şişman olma oranı sırasıyla; %36,6 ve %30'dur. Erkeklerin %39,9'u hafif şişman, %23,3'ü şişmandır. Kadınların ise %29,2'si hafif şişman, %35,6'sı obezdir (9).

2.4. Obezitenin Etiyolojisi

Obezite oluşumunda Tablo 2.4.1' de gösterildiği üzere biyolojik ve çevresel olmak üzere iki temel faktör rol oynamaktadır (27).

Tablo 2.4.1. Obeziteyi Etkileyen Faktörler (7,27–29)

Biyolojik Faktörler	Çevresel Faktörler
Yaş	Aşırı ve yanlış beslenme alışkanlıkları
Cinsiyet	Yetersiz fiziksel aktivite
Hormonal ve metabolik durum	Eğitim düzeyi
Genetik etmenler	Sosyokültürel etmenler
	Gelir durumu
	Sık aralıklarla çok düşük enerjili diyetler uygulamak
	Doğum sayısı ve doğumlar arası süre
	Sigara alkol kullanımı
	Kullanılan bazı ilaçlar

2.4.1. Obeziteyi Etkileyen Biyolojik Faktörler

Obeziteye neden olan biyolojik faktörler; yaş, cinsiyet, genetik etmenler, hormonal ve metabolik durumdur (27).

Hamurcu ve arkadaşlarının (30) yaptığı bir çalışmada beden kütle indeksi ile yaş arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon olduğu gözlemlenmiştir (31). Özenoğlu ve arkadaşlarının yaptığı bir başka çalışmada da yaş arttıkça beden kütle indeksinin anlamlı bir şekilde arttığı gözlemlenmiştir.

Erkekler ile kıyaslandığında kadınlar daha fazla yağ depoladığı için obezite görülme prevalansı erkeklerden daha yüksektir (32). TEKHARF (Türk Erişkinlerde Kalp Sağlığı, Risk Profili ve Kalp Hastalığı) araştırmasında da obez kadın ve erkek oranı sırasıyla %38,8, %18,7 olarak rapor edilmiştir (33). TBSA-2017’de ise obez kadın erkek oranı %35,6, %23,3 olarak rapor edilmiştir (9).

Obez bireylerdeki glukagon ve kortizol düzeylerinin yüksek olmasının leptin direncine neden olabileceği bildirilmiştir. Alınan enerjinin harcanan enerjiden fazla olmasına bağlı olarak oluşan insülin direnci obeziteye neden olmaktadır (34). Ghrelin hormonu veya reseptöründe meydana gelen mutasyonlar sonucunda obezite oluşmaktadır (35).

Yapılan bir çalışmada genetik etmenlerin obezitedeki rolünün %25-40 düzeyinde olduğu gözlemlenmiştir (36) Obez çocukların obez ebeveynlerinin olduğu görülmektedir (37). Aile bireylerinde obezite görülen çocukların obez olma riski 2-3 kat fazladır (36,38,39).

Artan kanıtlar bağırsak mikrobiyotasının konakçı ağırlığı ve metabolizmasında değişikliklere neden olduğunu göstermektedir. Ratlar üzerinde yapılan bir çalışmada normal bağırsak mikrobiyotasına sahip olanlarla mikrobiyotadan arındırılmış ratlar karşılaştırıldığında normal mikrobiyotaya sahip olanların günde %29 daha fazla besin tüketmesine rağmen %42 daha az vücut yağına sahip olduğu görülmüştür. Buna ek olarak çekal mikrobiyota kolonizasyonundan sonra bu ratların toplam vücut yağının %57 arttığı, yağsız vücut kütlelerinin %7 azaldığı ve günlük gıda tüketiminin %27 azaldığı gözlemlenmiştir (40).

2.4.2. Obeziteyi Etkileyen Çevresel Faktörler

Obeziteye neden olan çevresel faktörler; aşırı ve yanlış beslenme alışkanlıkları, uyku düzeni, eğitim düzeyi, uyku düzeni, yetersiz fiziksel aktivite, sosyokültürel etmenler, gelir durumu, sık aralıklarla çok düşük enerjili diyetler uygulamak, doğum sayısı ve doğumlar arası süre, sigara alkol kullanımı, kullanılan bazı ilaçlardır (27).

Duffey ve arkadaşlarının (41) 3000 katılımcı ile yaptığı bir çalışmada daha fazla fast-food tüketenlerin daha az fast-food tüketenlere oranla 6 kg daha ağır olduğu ve daha geniş bel çevresine sahip olduğu saptanmıştır.

Ngyugen ve arkadaşlarının (42) yaptığı bir çalışma eğitim düzeyi ile BKİ değerinin negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir korelasyon bulunmuştur. Ülkemizde yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (43). Zileli ve ark. (44) yaptığı çalışmada çalışan kadınlardaki obezite sıklığının çalışmayan kadınlara göre daha az olduğu saptanmıştır.

Obezite ve uyku ilişkisinin incelendiğinde normal uyku ve kısa uyku süreleri kıyaslandığında kısa uykunun %45 düzeyinde obezite riskiyle ilişkili olduğu gözlemlenmiştir (45). Başka bir çalışma ise; geç uyuyanların erken uyuyanlara oranla 1,5 kat daha fazla obez olma riskine sahip olduğu görülmüştür (46).

Sedanter (hareketsiz) yaşam durumu, dünya sağlık örgütü tarafından obezitenin oluşmasındaki en önemli sebeplerden biri olarak görülmektedir (47). Ulaş ve ark. (48)

yaptığı bir çalışmada aktif olanların BKİ değerleri inaktif olanlara oranla anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Doğan ve arkadaşları (49) sosyoekonomik ve sosyokültürel olarak düşük olan ve kırsal kesimde yaşayan bireylerde obezite görülme sıklığının daha yüksek olduğunu gözlemlemiştir.

Gebelik sayısı arttıkça obezite görülme sıklığı artmaktadır. Kaner ve ark. (50) 1117 kadın ile yaptıkları çalışmada dört ve üzeri doğum yapan kadınların %95'inin obez olduğu saptanmıştır.

Sigara kullanımının obezite ile ters bir ilişkisi olduğu ve sigara kullananların daha zayıf olduğu, sigarayı bırakanların ise zamanla kilo artışı yaşadığı yapılan çalışmalarla gözlemlenmiştir. Alkol tüketiminin bozulmuş glukoz regülasyonu ile ilişkili olduğu görülmüştür (51).

2.5. Obezitenin Tanı Yöntemleri

Obezitenin değerlendirilmesi ve tanınması farklı yöntemlerle mümkündür. Bunlardan ilki ucuz, ulaşılabilir ve pratik olduğundan ötürü Beden Kütle İndeksi (BKİ) sınıflandırmasıdır (21).

Kullanım yaygınlığı itibarıyla her ne kadar BKİ ön planda olsa da kesin tanı için tam yeterlilik göstermemektedir. Bundan dolayı net tanılama için; bel ve kalça bölgelerinin antropometrik ölçümleri, bu ölçümlerin birbirleriyle oranları (örneğin: bel/kalça oranı, bel/boy oranı gibi) da belirleyici rol üstlenmektedir. Antropometrik ölçümlerde elde edilen bel çevresi değerlerinde DSÖ verileri baz alındığında; erkeklerde bel çevresinin 94 cm'ye eşit veya fazla olması, kadınlarda ise 80 cm'ye eşit veya üzerinde olması santral obez olarak adlandırılmaktadır. Erkeklerde 102 cm'ye eşit veya üzerinde olması, kadınlarda ise 88 cm'ye eşit veya üzeri bel ölçüm değerleri obezite riski kabul edilmektedir (52,53). Yetişkin bireylerin bel çevresi ölçümlerine göre hastalık riskleri Tablo 2.2'de verilmiştir.

Tablo 2.5.1. Yetişkinlerde Bel Çevresi Ölçümlerine Göre Hastalık Riski (52,53)

Cinsiyet	Risk (=BKİ>25 kg/m ²)	Yüksek risk(=BKİ>30 kg/m ²)
Erkek	>94	>102
Kadın	>80	>88

Obezitenin değerlendirilmesi ve tanılanmasında daha çok klinik uygulamalarda kullanılan yöntemler ise; Biyoelektrik İmpedans Analizi (BİA), Total Vücut Elektriksel Geçirgenliği (TOBEC), ultrasonik yöntemler, Dual Enerji X Işını Absorbsiyometrisi (DEXA) yöntemleri kullanılmaktadır (29).

Çok düşük seviyeli elektrik akımının daha az iletken olan yağ hücreleri ile daha iletken yağsız vücut hücrelerinin bu akıma gösterdikleri direncin farkından yola çıkarak vücut kompozisyonunun belirlenmesini sağlayan yöntemin adı BİA'dır. Dehidratasyon, egzersiz, besin tüketimindeki değişiklikler, menstrasyon gibi vücut su oranındaki değişiklikler BİA ölçüm sonuçlarını etkileyebilmektedir (54). Yapılan bir çalışmada BİA değerlendirmesinin BKİ değeri 16 ile 34 kg/m² arasında olan yetişkin ve dehidratasyon sorunu olmayan kişiler için güvenilir olduğu rapor edilmiştir (55).

Yapılan bir çalışmada BKİ'nin vücut yağ yüzdesinin değerlendirmede BİA yöntemine göre yetersiz kaldığı bu nedenle daha doğru değerlendirme için BKİ ve BİA ölçümlerinin beraber kullanılmasının daha doğru olduğu gözlemlenmiştir (56).

2.6. Obezitenin Komplikasyonları

Obezite metabolik ve hormonal komplikasyonlar, psikososyal komplikasyonlar, solunum sistemi hastalıkları, mekanik komplikasyonları, cerrahi komplikasyonlar, polikistik over sendromu, immün sistem disfonksiyonu, kanser, sindirim sistemi hastalıkları ve kardiyovasküler hastalıklara neden olmaktadır. Obezitenin sebep olduğu komplikasyonlar Tablo 2.6'da verilmiştir (57).

Tablo 2.6. Obezitenin Komplikasyonları (57).

Metabolik ve hormonal komplikasyonlar

İmmün sistem disfonksiyonu

Kanser

Kardiyovasküler sistem hastalıkları

Obezitenin mekanik komplikasyonları

Polikistik over sendromu

Solunum sistemi hastalıkları

Sindirim sistemi hastalıkları

Cerrahi komplikasyonları

Psikososyal komplikasyonlar

Artan yağ dokusu nedeniyle oluşan inflamasyona karşı üretilen inflamatuvar yanıt olarak salgılanan kemokinler ve pro-inflamatuvar sitokinlerin β hücre ölümüne ve kronik hiperglisemiye neden olmaktadır (58). Farklı vücut ağırlığına sahip ikizlerden obez olanın insülin direncine sekonder olarak inflamatuvar durumlar saptanmıştır (59).

Kulie ve arkadaşlarının (60) yapmış olduğu araştırmada 16 yıl boyunca izlenmiş 84 bin hemşirede Diyabetes Mellitus (DM)'un en önemli etkeninin obezite olduğu görülmüştür. Bel/kalça oranının 0,76'nın ve BKİ'nin 24 ve üzerinde olması diyabet tanısı alma ihtimali arttığı rapor edilmiştir.

Dünya Kanser Araştırma Fonu (WCRF) obezitenin kanser oluşum riskini arttırdığı rapor etmiştir (61).

Obezitenin koroner kalp hastalıklarına sebep olmasının yanı sıra bu sebepten dolayı gelişebilecek ölümlerin sebeplerinden de biridir (62).

Obezite; osteoartrit, osteoporoz, eklem enflamasyonu ve romatizmal tablolarda başlıca sebeplerden olup buna ek olarak disk herniasyonu, omurga postüral bozuklukları eklem burkulmaları, kas yaralanmaları ve yaralanmalar sonucu oluşan enflamasyonlar gibi tablolara da sebep olmaktadır (63). Obez ve obez olmayan yetişkin bireylere sırasıyla %31, %16 oranda artrit tanısı koyulduğu görülmüştür (60).

Menstrual siklus düzensizlikleri obezite ile bağıntılı olup, bu konuda yapılan bir çalışmada yüksek vücut ağırlığına sahip kadınların %30'unun, obezlerin ise %47'sinin menstrual düzensizliği olduğu görülmüştür (59).

Diyafragma, obezite durumunda işlev bozukluğuna uğramaktadır. Yağ dokusundaki artış, diyafragmanın aşağı yönde hareketi kısıtlanmış olmakta ve bu nedenle fonksiyonel kapasitesi azalmaktadır. Görülen kapasite düşüşü kilolularda %10, obezlerde %22, morbid obezlerde ise %33 olduğu rapor edilmektedir(64).

2.7. Obezite ve Depresyon

Halk sağlığını riske atan faktörlerden obezite ve depresyon, aynı zamanda birbirini tetikleyen iki farklı klinik tablodur. Obezite; kişinin fiziksel görünümü itibariyle öz saygısında düşüğe sebep olurken, tam tersi bir durumda ise depresyon; ruh halindeki değişim sebebiyle yeme davranışı, uyku düzeni, hormonal ve metabolik bozulmalar sonucu obeziteyi tetiklemektedir (65–67).

Depresyon; zevk duygusunun yoksunluğu, uzun süreli hüzün hali, öz saygıda azalım, zihinsel ve fiziksel aktivitelerde yaşanan güçlüklerle karakterize bir tablodur. Bu tablo neticesinde duygusal, fiziksel ve davranışsal bozukluklar görülebilmektedir (68).

DSÖ verilerine göre dünyada 280 milyon kişide majör depresyon görüldüğü rapor edilmiştir (69). Cinsiyete göre depresyon görülme oranı kadınlarda erkeklerden 2 kat daha fazladır (70).

Yapılan bir meta-analiz, depresif bozukluğu olan bireylerde obezite ve olumsuz sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi desteklemektedir (71).

2.8. Obezitenin Tedavi Yöntemleri

Güncel tedavi yaklaşımlarında obezitenin tedavi yöntemleri; cerrahi tedavi, davranış değişikliği, ilaç tedavisi, tıbbi beslenme tedavisi, fiziksel aktivitenin artırılmasıdır. Bu yöntemler arasında en çok tercih edilen yaklaşım vücut ağırlığı kaybı odaklı enerji kısıtlaması ve daha fazla fiziksel aktivite sayesinde harcanan enerji miktarının artırılmasıdır (10–12).

Vücut ağırlığı kaybindan sonraki ilk yıl kaybedilen vücut ağırlığının neredeyse yarısı geri kazanılmakta ve çoğunlukla 3 ile 5 yıllık bir süreçte bireylerin %80'i başlangıçtaki vücut ağırlığına geri dönmekte veya başlangıçtaki vücut ağırlıklarının da üzerine çıkılmaktadır. Diyetin ve özellikle tekrarlanan diyet girişimlerinin (“yo-yo diyet”) hem fiziksel hem de zihinsel sağlığa zararlı olabileceğini düşünülmektedir. Bu nedenle, geleneksel kilo kaybı yöntemlerine ve enerji kısıtlı beslenme programlarına alternatif olan müdahalelere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu alternatif yöntemlerden biri de yeme farkındalığıdır (11,12).

2.8.1. Obezitede Tıbbi Beslenme Tedavisi

Obezitede benimsenen geleneksel bir yaklaşım olan tıbbi beslenme tedavisi; kişinin alması gereken enerji, mikro ve makro besin öğelerini içeren düzenli ve dengeli bir beslenme programıdır.

Tıbbi beslenme tedavisi planlanırken kişinin; beslenme alışkanlıkları, yaşı, cinsiyeti ve fizyolojik durumu değerlendirilip yeterli ve dengeli bir beslenme programı oluşturulması önerilmektedir. Oluşturulacak bu diyet programındaki alınacak enerji, günlük 500-1000 kkal azaltılarak planlanır ve böylelikle kişinin haftalık 0,5 kg ile 1 kg arası vücut ağırlığı kaybetmesi hedeflenmektedir. Hedeflenen vücut ağırlığı düzeyine

erişildiğinde düzenli aralıklarla yapılan vücut kompozisyonu takibiyle mevcut vücut ağırlığının koruması desteklenmelidir (72).

2.9 Yeme Farkındalığı

Farkındalık açık, kabul edici ve yargılamayan bir tutum sergileyerek şu anki düşünce ve eylemlerin bilincinde olmaktır (73,74). Yeme farkındalığı ise fiziksel açlık ve tokluk sinyallerini yargılamadan, baskılamadan ve çevresel faktörlerden etkilenmeden takip ederek besin tüketimidir (75). Yeme farkındalığının; yemek yeme arzusunu, yiyecek seçimlerini, besin tüketim miktarını ve şeklini etkileyen iç ve dış ipuçlarının farkındalığını içerdiği düşünülmektedir (76).

Yeme farkındalığı bilinçli seçimler yapmayı ve tokluğu gösteren ipuçlarının daha da çok farkında olmayı öğrenmeyi içermektedir (77). Bu iki faktöre dikkat etmenin daha sağlıklı beslenmeye yol açtığı gösterilmiştir (78). Ayrıca yeme farkındalığı, açlığın ve tokluğun farkında olmayı, yemek yerken dikkat dağıtıcı unsurları kaldırmayı, dikkatsizce yemek yemenin sonuçlarını bilmeyi, sağlıklı besinleri seçmeyi ve doğru porsiyonu belirlemeyi içermektedir (79).

Yeme farkındalığı disinhibisyon, duygusal yeme, farkındalık, odaklanma, yeme kontrolü, yeme disiplini, enterferans olmak üzere 7 tane alt boyuttan oluşmaktadır.

Disinhibisyon (düşünmeden yeme): Bireyin tokken bile yemeye devam etmesi anlamına gelmektedir. Bireyin besin tüketirken kendini tutmasını, zaman ve miktar kontrolünü ölçmektedir.

Duygusal yeme: Bireyin olumsuz duygu durumuna yanıt olarak yemek yemesidir. Bireyin duygusal açlık, iyi hissetmek için yeme tatmin için yeme durumunu ölçmektedir.

Yeme kontrolü: Besin tüketimi kontrolüne sahip olma ve besin tüketim hızını kontrol etme durumunu ölçmektedir.

Farkındalık: Besinin özelliklerini ve kişinin besin tüketimine yönelik duygusal deneyiminin farkındalık durumunu değerlendirir. Bireyin sağlıklı beslenme bilgisi, fiziksel açlık ve tokluk farkındalığı, alışkanlık farkındalığı ve tüketilen besinin kalori ve besin değeri farkındalığını ölçmektedir.

Yeme disiplini: Yemek saatleri düzeni, planlama ve dengeleme durumunu ölçmektedir.

Odaklanma (bilinçli beslenme): Yemek yerken başka aktivite ve düşüncelere ara verme ve yemeğin kendisine odaklanma durumunu ölçmektedir.

Enterferans (Girişim): Dış faktörlerden etkilenim anlamına gelmektedir. Bireylerin koku, besin çeşitliliği görüntü ve reklam gibi etkenlerle mücadele etme durumunu ölçmektedir (80).



3.BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri, Tipi ve Zamanı

Araştırma Hatay İli, Dörtüyl İlçesi'nde Diyetisyen Fatma Kenanoğlu Beslenme ve Diyet Danışma Merkezine Aralık 2021-Haziran 2022 tarihleri aralığında başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 18 yaş üzeri kronik hastalığı olmayan yetişkin bireylerle yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 22.12.2012 tarih ve E-97105791-302.14.01-7131 sayılı kararı ile Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programı kapsamında yürütölmek üzere kabul edilmiştir. (Ek 1)

Çalışma için 23.10.2021 tarih 2021/17 sayılı karar ile Mustafa Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığından izin alınmıştır. (Ek 2)

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini vücut ağırlığı kaybı için Diyetisyen Fatma Kenanoğlu Beslenme ve Diyet Danışma Merkezine başvuran hastalar oluşturmaktadır.

Çalışmanın örneklemi referans çalışma göz önüne alınarak en az anlamlı korelasyon $r=0,218$ ve yanılıgı düzeyi $p<0,05$ alındığında örnekleme büyüklüğü $n=162$ olarak bulunmuştur (81).

Çalışmadan önce katılımcıların "Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur/Rıza Formu" ile rızası alınmıştır (Ek 4).

Araştırma, 18 yaş ve üzeri kronik hastalığı olmayan bireyler üzerinde yürütölmüş olup, çalışmaya atılmayı kabul edip gönüllü onam formunu imzalayan bireyler bireye özgü, kişisel zayıflama diyet programı oluşturulmadan önce çalışmaya dahil edilmiştir.

Kronik hastalığı olan ve 18 yaşının altında olan bireyler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.4 Veri Toplama Gereçleri

Araştırmanın veri toplanmasında 6 çeşit veri toplama aracı kullanılmıştır.

1. Sosyodemografik özellikleri, beslenme alışkanlıkları, diyet deneyimleri ilgili soruları içeren genel anket formu (Ek 3)
2. 24 saatlik fiziksel aktivite kaydı
3. Yeme farkındalığı ölçeği
4. Beck depresyon ölçeği
5. 24 saatlik geriye dönük besin tüketim durumu
6. Antropometrik ölçüm

3.4.1. Soru Kâğıdı Formu

Katılımcılara yüz yüze olarak genel bilgiler, demografik özellikler, beslenme alışkanlıkları, 24 saatlik fiziksel aktivite durumları, Yeme Farkındalığı Ölçeği-30 (MEQ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) , 24 saatlik besin tüketim kaydını içeren bir soru kâğıdı uygulanmıştır.

3.4.1.1. 24 Saatlik Fiziksel Aktivite Ölçeği

24 saatlik fiziksel aktivite düzeyi uyku, dinlenme, ağır, orta ve hafif aktivite düzeyi saat olarak belirlenecek ve fiziksel aktivite katsayısı (PAR) değerleriyle çarpılmış ve elde edilen sonuçlar 24'e bölünerek Aktivite Düzeyi (PAL) bulunmuştur. (82).

3.4.1.2. Yeme Farkındalığı Ölçeği-30 (MEQ)

Yeme deneyimindeki dikkati ölçmek için geliştirilmiş bir ölçek olan Yeme Farkındalığı Ölçeği 2006'da Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer ve Toney tarafından geliştirilmiştir (83).

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini 2017 yılında Tayfur, Birincioğlu ve Dönmez tarafından yapılmıştır (Cronbach alfa değeri: 0,733) Ölçeğin Türkçesi 30 sorudan oluşmaktadır (84).

Likert tip ölçeklerde de olduğu gibi 5 farklı seçenekten oluşan sorulara yer verilmektedir. 5'li Likert skalası; 1: Hiç, 2: Nadiren, 3: Bazen, 4: Sık sık, 5: Her zaman seçeneklerinden oluşmaktadır. Ölçeğin alt faktörleri ise; yeme kontrolü, odaklanma, yeme disiplini, enterferans, disinhibisyon ve duygusal yeme olmak üzere 7' ye ayrılmaktadır.

Ölçekte 10 tane düz madde bulunmaktadır. (1, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 24, 25 ve 27) Diğer sorular ters puanlanmaktadır. Ters puanlama (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1) şeklinde

yapılmaktadır. Ölçek değerlendirilirken ölçeğin herhangi bir alt boyutundan alınan yüksek puan kişide alt boyutun değerlendirildiği özelliklerin var olduğunu göstermektedir (84).

3.4.1.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Depresyon şiddetini ölçmek ve hastalığı tanımlamak için Beck ve ark. (85) tarafından tasarlanmıştır. Ölçek depresyon şiddetini sayısal olarak derecelendirmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini 1989 yılında Hisli (86) yapmıştır. 21 maddeden oluşmaktadır. Depresyon belirtileri tanımlanmış 0, 1, 2, 3 gibi seçenekler verilmiştir. 0 depresyon belirtisi olmadığını diğer cevaplar ise depresyonun derecesini göstermektedir.

3.4.1.4. 24 Saatlik Besin Tüketim Kaydı

Bireylerin geriye dönük 24 saatlik besin tüketim kayıtları alınmıştır. Tüketilen besinlerin porsiyonları hesaplanıp BEBİS 9 öğrenci versiyon programında analiz edilmiştir. Katılımcıların toplam mikro ve makro besin öğeleri ve aldığı toplam enerji miktarı hesaplanmıştır. Veriler Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER-2015) ile kıyaslanmıştır (87). Besin grupları tüketim miktarları BEBİS 9 öğrenci programı ile gram cinsinden hesaplanmıştır.

3.4.2. Antropometrik Ölçümler

Vücut ağırlığı: Çalışmaya katılan bireylerin vücut ağırlığı Tanita BC-601 model tartı ile ölçülmüştür. Ölçümler çıplak ayakla ve ince giysilerle yapılmıştır (88).

Boy uzunluğu: Boy uzunluğu baş frankfort düzlemde, ayaklar yan yana iken stadiyometre ile ölçülmüştür (89).

Beden Kütle İndeksi (BKİ): Katılımcının Beden Kütle İndeksleri tartı ile ölçülen vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (m)²'sine bölünmesiyle elde edilmiştir. DSÖ sınıflamasına göre; kişilerin BKİ değeri <18,5 kg/m² olması zayıf, 18,5-24,9 kg/m² arası olması normal, 25 kg/m² ve üzerinde olması durumu fazla kilolu-hafif şişman, 30 kg/m² ve üzerinde olması durumu obez ve 40 kg/m² ve üzerinde olması durumu morbid obez olarak sınıflandırılmaktadır (90).

Bel çevresi: Katılımcıların bel çevresi mezura ile ölçülmüştür. DSÖ verileri baz alındığında; erkeklerde bel çevresinin 94 cm'ye eşit veya fazla olması, kadınlardaysa 80 cm'ye eşit veya üzerinde olması santral obez olarak adlandırılmaktadır. Erkeklerde 102 cm'ye eşit veya üzerinde olması, kadınlardaysa 88 cm'ye eşit veya üzeri bel ölçüm değerleri obezite riski kabul edilmektedir (53).

Kalça çevresi: Kalça bölgesinin ölçümü bireyin yan tarafında durularak belirlenen en çıkıntılı (geniş) kısımdan ölçüm yapılmıştır (91).

Bel/kalça oranı: Bel çevresi ölçümünün kalça çevresi ölçümüne bölünmesiyle hesaplanmıştır. Bu oranın erkeklerde 0,9'un üzerine, kadınlarda ise 0,85'in üzerine çıkması obezite olarak değerlendirilmektedir (91).

3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 26 paket programı kullanılmıştır. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Çalışmada kategorik değişkenler sayı (n), yüzde (%) şeklinde, sayısal değişkenler ise aritmetik ortalama, standart sapma şeklinde değerlendirilmiştir.

Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson Chi-Square Testi kullanılmıştır.

Normal dağılan veriler için Bağımsız T-Test kullanılmıştır.

Verilerin analizinde ikiden farklı grubun karşılaştırılmasında normal dağılıma sahip değişkenler için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve Dunnet çoklu karşılaştırma testleri kullanılmıştır.

Değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

4.BULGULAR

Vücut ağırlığı kaybı için özel bir kliniğe başvuran 18 yaş ve üzeri kronik hastalığı olmayan 162 bireyin; genel özellikleri, beslenme alışkanlıkları, antropometrik ölçümleri, 24 saatlik fiziksel aktivite durumları, besin tüketim kayıtları, Yeme Farkındalığı Ölçeği puanları, Beck Depresyon Ölçeği puanları ile ilgili bulgular yer almaktadır.

4.1. Katılımcıların Genel Özellikleri

Araştırmaya katılan bireylerin genel özellikleri sayı ve yüzde şeklinde Tablo 4.1.1’de gösterilmiştir. Katılımcıların %36,4’ü erkek, %63,6’sı kadındır. Erkek katılımcıların yaş ortalaması 36,3±11,95, kadın katılımcıların yaş ortalaması 38,8±10,9, toplam yaş ortalaması 37,8±11,34 yıldır. Araştırmaya katılanların %72,2’si evli, %23,5’i bekar, %4,3’ü eşinden ayrıdır. Araştırmaya katılanların %25,9’unun geliri giderinden az, %38,3’ünün geliri giderine eşit, %35,8’inin geliri giderinden fazladır.

Tablo 4.1.1 Katılımcıların Genel Özellikleri

Genel Özellikler	Erkek (n: 59)		Kadın (n: 103)		Toplam (n: 162)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş (yıl)						
19-24	8	13,6	11	10,6	19	11,7
25-50	44	81,6	75	76,8	119	76,5
51-64	4	6,8	17	12,6	19	11,7
65-70	1	1,7	0	0	0	0
≥70	3	3,4	0	0	0	0
$\bar{x} \pm S \pm S\bar{x}$ (yıl)	36,0±11,95		38,8±10,90		37,8 ±11,34	
Medeni Durum						
Evli	33	55,9	84	81,6	117	72,2
Bekar	25	42,4	13	12,6	38	23,5
Eşinden ayrı	1	1,7	6	5,8	7	4,3
Gelir gider durumu						
Gelirim giderimden az	8	13,6	34	33	42	25,9
Gelirim giderime eşit	15	25,4	47	45,6	62	38,3
Gelirim giderimden fazla	36	61	22	21,4	58	35,8

Araştırmaya katılanların eğitim durumu ve meslekleri sayı ve yüzde şeklinde Tablo 4.1.2 de verilmiştir.

Araştırmaya katılanların %24,1'i ilkokul mezunu, %13'ü ortaokul mezunu, %21,6'sı lise mezunu, %9,9'u önlisans mezunu, %8,6'sı lisans mezunu, %21,6'sı lisansüstü mezunudur.

Araştırmaya katılanların %42'si ev hanımı, %14,2'si serbest meslek, %19,8'i memur, %0,6'sı emekli, %13'ü işçi, %3,1'i öğrenci, %6,8'si işsizdir.

Tablo 4.1.2. Katılımcıların Eğitim Durumu ve Meslek

Meslek ve Çalışma Durumu	Erkek		Kadın		Toplam	
	(n: 59)		(n:103)		(n:162)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Eğitim durumu						
Okuryazar	0	0	1	1,0	1	0,6
İlkokul	4	6,8	35	34,0	39	24,1
Ortaokul	6	10,2	15	14,6	21	13,0
Lise	17	28,8	18	17,5	35	21,6
Önlisans	2	3,4	14	13,6	16	9,9
Lisans	13	22,0	1	1,0	14	8,6
Lisansüstü	16	27,1	19	18,4	35	21,6
Doktora	1	1,7	0	0	11	0,6
Meslek durumu						
Ev hanımı	0	0	67	65	68	42,0
Serbest meslek	14	23,7	9	8,7	23	14,2
Memur	16	27,1	16	15,5	32	19,8
Emekli	1	1,7	0	0	1	0,6
İşçi	18	30,5	3	2,9	21	13,0
Öğrenci	4	6,8	1	1,0	5	3,1
İşsizim/Çalışmıyorum	6	10,2	6	5,8	11	6,8

Araştırmaya katılan bireylerin anne ve/veya babalarında hastalık olma durumları sayı ve yüzde şeklinde Tablo 4.1.3'te verilmiştir.

Araştırmaya katılanların %64,2'sinin ailesinde hastalık vardır. Ailesinde hastalık olanların %47,5'inde şişmanlık, %24,1'inde kalp damar hastalığı, %34,6'sında hipertansiyon, %36,6'sında diyabet, %1,2'sinde hipotiroidi, %11,7'sinde hiperlipidemi vardır.

Tablo 4.1.3. Katılımcıların Ailelerinde Hastalık Olma Durumları

Hastalık durumu	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	26	44,1	32	31,1	58	35,8
Var	33	55,9	71	68,9	104	64,2
Var ise;						
Şişmanlık	26	24,1	51	49,5	77	47,5
Kalp-damar has.	9	15,3	30	29,1	39	24,1
Hipertansiyon	16	27,1	40	38,8	56	34,6
Diyabet	18	30,5	41	40,2	59	36,6
Hipotiroidi	0	0	2	1,9	2	1,2
Hiperlipidemi	3	5,1	16	15,5	19	11,7

*Hastalık durumu belirlenirken birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Sayı ve yüzdesi işaretlenen seçenek sayısına göre belirlenmiştir.

Araştırmaya katılanların daha önce diyet uygulama durumu, daha önce uygulanan diyet sayısı ve yemek yeme hızı sayı ve yüzde Tablo 4.1.4'te verilmiştir. Araştırmaya katılanların %56,8'i daha önce diyet uygulamıştır. Daha önce diyet uygulayan katılımcıların %45,7'si daha önce 1 kez, %35,1'i daha önce 2 kez, %12,8'i daha önce 3 kez, %3,2'si daha önce 4 kez diyet uygulamıştır. Daha önce diyet uygulayan katılımcıların %30,1'i hedeflenen ağırlığa hiç yaklaşamamış, %3,2'si tamamıyla yaklaşmıştır. Katılımcıların %23,6'sının yemek yeme hızı çok hızlı, %1,2'si çok yavaştır. Kadınların daha önce diyet uygulama durumu istatistiksel olarak anlamlı şekilde erkeklerden daha yüksektir ($\chi^2=9,817$, $p=0,002$).

Tablo 4.1.4. Katılımcıların Daha Önce Diyet Uyulama Durumu, Daha Önce Uygulanan Diyet Sayısı ve Yemek Yeme Hızı

	Erkek		Kadın		Toplam		X ²	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Diyet uyulama durumu								
Hayır	35	59,3	35	34,0	70	43,2	9,817	0,002*
Evet	24	40,7	68	66,0	92	56,8		
Diyet Uygulama Sayısı								
1	14	56,0	29	42,0	43	45,7		
2	7	28,0	26	37,7	33	35,1	5,433	0,490
3	2	8,0	10	14,5	12	12,8		
4	1	4,0	2	2,9	3	3,2		
Hedeflenen ağırlığa yaklaşma düzeyi								
Hiç	5	20,8	23	33,3	28	30,1		
Biraz	8	33,3	15	21,7	23	24,7		
Orta	3	12,5	15	21,7	18	19,4	5,377	0,251
Oldukça	8	33,3	13	18,8	21	22,6		
Tamamıyla	0	0	3	4,3	3	3,2		
Yemek yeme hızı								
Çok yavaş	0	0	2	2,0	2	1,2		
Yavaş	6	10,2	13	12,7	19	11,8		
Orta	15	25,4	32	31,4	47	29,2	2,978	0,561
Hızlı	24	40,7	31	30,4	55	34,2		
Çok hızlı	14	23,7	24	23,5	38	23,6		

Pearson Chi-Square Test p<0,05

Araştırmaya katılanların sigara kullanma ve alkollü içecek tüketme durumu sayı ve yüzde olarak Tablo 4.1.5'te verilmiştir.

Araştırmaya katılanların %29'u sigara tüketmektedir. Sigara tüketenlerin %17,4'ü 1-4 günde adet sigara, %15,2'si günde 5-9 adet sigara, %28,3'ü günde 10-19 adet sigara, %39,1'i günde ≥ 20 adet sigara tüketmektedir.

Araştırmaya katılanların %16,7'si alkol tüketmektedir. Alkol tüketenlerin %31'i haftada 1-2 kez, %41,4'ü ayda 1-2 kez, %27,6'sı yılda 1 kez alkol tüketmektedir.

Erkeklerin sigara kullanma ve alkol tüketme durumu kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir ($\chi^2=28,67$, $p=0,000$, $\chi^2=28,41$, $p=0,000$)

Tablo 4.1.5. Katılımcıların Sigara Kullanma ve Alkol Tüketme Durumu

	Erkek		Kadın		Toplam		X ²	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Sigara kullanma durumu								
Hayır	27	45,8	88	85,4	115	71,0	28,67	0,000*
Evet	32	54,2	15	14,6	47	29,0		
Tüketim miktarı								
1-4 adet	3	9,7	5	33,3	8	17,4		
5-9 adet	5	16,1	2	13,3	7	15,2	4,03	0,258
10-19 adet	10	32,3	3	20,0	13	28,3		
≥20	13	41,9	5	33,3	18	39,1		
Alkol tüketim durumu								
Hayır	22	62,7	98	95,1	135	83,3	28,41	0,000*
Evet	37	37,3	5	4,9	27	16,7		
Tüketim sıklığı								
Haftada 1-2	6	26,1	2	33,3	8	31,0		
Ayda 1-2 kez	10	43,5	2	33,3	12	41,4	0,222	0,895
Yılda 1 kez	7	30,4	2	33,3	9	27,6		

*Pearson Chi-Square Test $p<0,05$ *

4.2. Katılımcıların Beslenme Alışkanlıkları

Katılımcıların beslenme alışkanlıkları sayı ve yüzde olarak Tablo 4.2.1'de verilmiştir.

Araştırmaya katılanların %24,8'i her zaman, %34,4'ü bazen öğün atlamaktadır. En sık rastlanan öğün atlama nedeni ise zaman yetersizliğidir. Katılımcıların %44,5'inin ara öğün alışkanlığı yoktur. Katılımcıların %35,5'inin öğün saatleri düzensizdir.

Tablo 4.2.1. Katılımcıların Beslenme Alışkanlıkları

Öğün Sayısı	Erkek		Kadın		Toplam		X ²	p	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			
Ana öğün sayısı (adet/gün)									
1	1	1,7	0	0	1	0,6			
2	19	32,2	32	31,1	51	31,5	2,35	0,502	
3	39	66,1	71	69,0	110	67,9			
$\bar{x} \pm S$									
Ana öğün atlama durumu									
Evet	18	32,1	21	20,8	39	24,8			
Bazen	17	30,4	37	36,6	54	34,4	10,70	0,013	
Hayır	21	37,5	43	42,6	64	40,8			
Ana öğün atlama nedeni									
Unuttuğum için	1	2,9	4	6,7	5	5,3			
Zamanım olmadığı için	19	54,3	22	36,7	41	43,2			
Canım istemediği için	7	20,0	20	33,3	27	28,4	4,96	0,292	
Zayıflamak için	2	5,7	1	1,7	3	3,2			
Alışkanlığım yok	6	17,1	13	21,7	19	20,0			
Ara öğün sayısı (adet/gün)									
0	37	62,7	35	34,0	72	44,5			
1	13	22,0	39	37,9	52	32,1			
2	6	10,2	19	18,4	25	15,4	18,62	0,002*	
3	2	3,4	10	9,7	12	7,4			
≥4	1	1,7	0	0	1	0,6			
$\bar{x} \pm S$									
Öğün saatleriniz düzenli mi?									
Evet	31	52,5	43	41,7	74	45,7			
Bazen	8	13,6	22	21,4	30	18,5	2,28	0,319	
Hayır	20	33,9	38	36,9	58	35,8			

Pearson Chi-Square Test p<0,05

Katılımcıların dışarda yemek yeme durumları sayı ve yüzde olarak Tablo 4.2.2’de verilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin %46,9'u dışarda yemek yemektedir. Dışardan besin tüketen bireylerin %44,9'u öğle ve akşam yemeklerini dışarıdan tüketmektedir.

Dışarıdan besin tüketen bireylerin %51,7'si fast-food ve kebabçılardan besin tüketmektedir.

Tablo 4.2.2. Katılımcıların Dışarda Yemek Yeme Durumları

Dışarda yemek yeme durumu	Erkek		Kadın		Toplam		X ²	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Evet	30	50,8	46	44,7	76	46,9	0,84	0,657
Bazen	22	31,3	46	44,7	68	42,0		
Hayır	7	11,9	11	10,7	18	11,1		
Hangi öğünleri dışarıda yersiniz								
Sabah	1	1,9	0	0	1	0,7	4,50	0,48
Öğle	6	11,1	16	17,2	22	15,0		
Akşam	21	38,9	34	36,6	55	37,4		
Sabah ve öğle	1	1,9	0	0	1	0,7		
Öğle ve akşam	24	44,4	42	45,2	66	44,9		
Sabah öğle akşam	1	1,9	1	1,1	2	1,4		
Hangi tür işletmeleri tercih edersiniz								
Fast-food	10	18,5	5	5,4	15	10,2	10,09	0,184
Kebabçı	16	29,6	34	36,6	50	34,0		
Pastahane	1	1,9	0	0	1	0,7		
Ev yemekleri yapan işletme	1	1,9	1	1,1	2	1,4		
Diğer	0	0	1	1,1	1	0,7		
Fast-food + kebabçı	26	48,1	50	53,8	76	51,7		
Fast-food + ev yemekleri	0	0	1	1,1	1	0,7		
Fast-food + kebabçı + pastahane	0	0	1	1,1	1	0,7		

Pearson Chi-Square Test p<0,05

4.3 Katılımcıların 24 Saatlik Fiziksel Aktivite ve Spor/Egzersiz Yapma Durumu

Bireylerin egzersiz/spor yapma durumu sayı ve yüzde olarak Tablo 4.3.1.'de verilmiştir.

Katılımcıların %80,9'u düzenli egzersiz yapmamaktadır. Egzersiz/spor yapan katılımcıların %78,1'i egzersiz olarak yürüyüş yapmaktadır. Düzenli egzersiz/spor yapan

katılımcıların %28,1'i her gün, %28,1'i haftada 4-5 kez, %37,5'i haftada 2-3 kez, %6,3'ü ayda 2-3 kez egzersiz yapmaktadır.

Bireylerin 24 saatlik fiziksel aktivite durumu standart sapma, ortalama, medyan, alt ve üst değer olarak Tablo 4.3.2.'de verilmiştir.

Erkek bireylerin PAL değeri 1,63±0,28'dir. Kadın bireylerin PAL değeri 1,61±0,27 dir. Bireylerin toplam PAL değeri 1,62±0,27'dir.

Tablo 4.3.1. Katılımcıların Egzersiz/Spor Yapma Durumu

	Erkek		Kadın		Toplam		X ²	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Düzenli egzersiz/spor yapma durumu								
Evet	12	20,3	19	18,3	31	19,1	0,087	0,768
Hayır	47	79,7	84	81,6	131	80,9		
Ne tür egzersiz/spor yaparsınız								
Yürüyüş	6	46,2	19	100	25	78,1	13,10	0,001*
Fitness	6	46,2	0	0	6	18,8		
Takım sporları	1	7,7	0	0	1	3,1		
Ne sıklıkla egzersiz/spor yaparsınız								
Her gün	1	7,7	8	42,1	9	28,1		
Haftada 4-5 kez	4	30,8	5	26,3	9	28,1	6,67	0,083
Haftada 2-3 kez	6	46,2	6	31,6	12	37,5		
Ayda 2-3 kez	2	15,4	0	0	2	6,3		

Pearson Chi-Square Test p<0,05*

Tablo 4.3.2 Katılımcıların 24 Saatlik Fiziksel Aktivite Durumunun Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Alt ve Üst Değerleri (saat/gün)

Fiziksel Aktivite Durumu	Erkek					Kadın					Toplam					P
	\bar{x}	S	Med.	Alt	Üst	\bar{x}	S	Med.	Alt	Üst	\bar{x}	S	Med.	Alt	Üst	
Uyku	7,78	1,34	8	5	12	0,95	1,3	8	4	12	7,89	1,31	8	4	12	0,453
Uzanarak yapılan işler	3,93	2,07	4	0	10	0,49	2,8	4	0	12	4,28	2,59	4	0	12	0,189
Oturarak yapılan işler	7,05	3,42	6	1	18	5,52	2,6	5	1	14	6	3,03	6	1	18	,002*
Ayakta yapılan hafif aktiviteler	4,38	3,9	4	0	15	5,42	4,1	4	0	16	5,03	4,09	4	0	16	0,101
Ayakta yapılan orta aktiviteler	0,52	1,59	0	0	10	0,41	0,8	0	0	5	0,45	1,15	0	0	10	0,656
Ayakta yapılan ağır aktiviteler	0,09	0,33	0	0	2	0	0	0	0	0	0,03	0,2	0	0	2	0,011
Hafif egzersiz/spor faaliyetleri	0,15	0,52	0	0	3	0,16	0,45	0	0	2	0,16	0,47	0	0	3	0,904
Orta egzersiz/spor faaliyetleri	0,07	0,31	0	0	2	0,019	0,13	0	0	1	0,03	0,21	0	0	2	0,178
Ağır egzersiz/spor faaliyetleri	0,11	0,45	0	0	2	0,019	0,13	0	0	1	0,05	0,29	0	0	2	0,057
PAL\bar{x} ±S			1,63±0,28					1,61±0,27					1,62±0,27			0,564

* Bağımsız T Test p<0,05 *

4.4. Katılımcıların Günlük Enerji, Makro ve Mikro Besin Öğelerini Alım Miktarı

Araştırmaya katılan bireylerin günlük enerji ve makro besin öğeleri alım durumu ortalama, standart sapma, alt, üst ve Diyetle Önerilen Alım Değeri (Dietary Reference Value) DRV% olarak Tablo 4.4.1’de vitamin ve mineral alım durumu ise Tablo 4.4.2’de verilmiştir.

Araştırmaya katılan erkek bireylerin; enerji alımı $2129,2 \pm 490,4$ kkal, protein alımı $76, \pm 21,9$ g, karbonhidrat alımı $244,8 \pm 68,4$ g ve yağ alımı $91,8 \pm 31,6$ g’dir. DRV karşılama yüzdeleri enerji, protein, yağ ve karbonhidrat için sırasıyla %111,08, %133,12, %140,86 ve %89,27’dir (Tablo 4.4.1).

Araştırmaya katılan erkek bireylerin; enerjinin proteinden gelen oranı %14,4, yağdan gelen oranı %38, karbonhidrattan gelen oranı %46,4’tür (Tablo 4.4.1).

Araştırmaya katılan erkek bireylerin posa alımı $26,5$ g bulunmuş ve TÜBER 2015’e göre günlük önerilen alım düzeyinin %55,92’sini karşılamaktadır. (Tablo 4.4.1).

Araştırmaya katılan erkek bireylerin; vitamin alım düzeyleri incelendiğinde A vitamini $844 \pm 457,6$ µg, E vitamini $13,1 \pm 8,7$ mg, B1 vitamini $0,8 \pm 0,2$ mg, B2 vitamini $1,3 \pm 0,3$ mg, B6 vitamini $1 \pm 0,5$ mg, folat $224,6 \pm 73,9$ µg, C vitamini $59,2 \pm 52,5$ mg olarak bulunmuştur. Bu vitaminlerin TÜBER-2015’e göre günlük alım düzeyinin A vitamini, E vitamini, B1 vitamini, B2 vitamini, B6 vitamini, folat, C vitamini sırasıyla; %84,22, %95,32, %67,46, %93,92, %71,12, %55,98, %59,36’sını karşılanmaktadır (Tablo 4.4.2).

Araştırmaya katılan erkek bireylerin; mineral alım düzeyleri incelendiğinde kalsiyum alımı $788,1 \pm 310,7$ mg, magnezyum alımı $261,5 \pm 88,5$ mg, demir alımı $9,1 \pm 3,1$ mg, potasyum alımı $2,37,8 \pm 754,9$ mg, çinko alımı $11,3 \pm 4,3$ mg, sodyum alımı $3914,3 \pm 1650,3$ mg, fosfor alımı $1169,5 \pm 314,1$ mg olarak bulunmuştur. TÜBER-2015’e göre bu minerallerin günlük alım düzeyinin sırasıyla %78,22, %73,76, %91,08, %60,83, %112,66, %196,83, %160,83’ü karşılanmaktadır (Tablo 4.4.2)

Araştırmaya katılan kadın bireylerin; enerji alımı $2509,5 \pm 655,1$ kkal, protein alımı $82,5 \pm 24,9$ g, karbonhidrat alımı $281,1 \pm 88,2$ g, yağ alımı $114,7 \pm 40,7$ g’dir. Enerjinin proteinden gelen oranı %13,6 yağdan gelen oranı %40,3, karbonhidrattan gelen oranı %46’dır. DRV enerji, protein, yağ ve karbonhidrat için sırasıyla %128,68, %143,42, %173,76 ve %100,44’tür (Tablo 4.4.1.).

Araştırmaya katılan kadın bireylerin; posa alımı 18,8 g bulunmuştur. TÜBER-2015'e göre günlük alım düzeyinin %62,34'ünü karşılamaktadır (Tablo 4.4.1).

Araştırmaya katılan kadın bireylerin; A vitamini alımı 1297±218,8 µg, E vitamini alımı 16,3±10,3 mg, B2 vitamini alımı 1,5±0,5 mg, B6 vitamini alımı 1,3±0,5 mg, B1 vitamini alımı 0,9±0,3 mg, Folat alımı 249,9±118,6 mg, C vitamini alımı 70,7±51,1 mg olarak bulunmuştur. TÜBER-2015'e göre bu vitaminler günlük önerilen alım düzeyinin sırasıyla %161,65, %133,83, %124,17, %107,01, %89,82, %61,80, %70,80'ini karşılamaktadır (Tablo 4.4.2).

Araştırmaya katılan kadın bireylerin; mineral alım düzeyi incelendiğinde kalsiyum alımı 906,2±520,4 mg, demir alımı 10,9±4,2 mg, potasyum alımı 2457,6±880,2 mg, magnezyum alımı 306,4±107,8 mg, çinko alımı 12,2±4,7 mg, sodyum alımı 3916,8±3259,1 mg, fosfor alımı 1370,5±457 mg olarak bulunmuştur. TÜBER-2015'e göre bu mineraller günlük önerilen alım düzeyinin %90,43, %77,57, %69,65, %101,36, %173,43, %182,18, %211,5'ini karşılamaktadır (Tablo 4.4.2).

Araştırmaya katılan erkek bireylerin şeker ve yumurta hariç diğer besin grupları tüketim ortalaması kadınlardan daha yüksektir (Tablo 4.4.3).

Tablo 4.4.1. Katılımcıların Günlük Enerji ve Makro Besin Öğeleri Alım Miktarlarının Aritmetik Ortalama (\bar{x}), Standart Sapma (S), Alt-Üst, Medyan ve DRV% Değerleri (TÜBER'e Göre)

Enerji ve Besin Öğeleri	Erkek						Kadın					
	\bar{x}	S	Alt	Üst	Med.	DRV%	\bar{x}	S	Alt	Üst	Med.	DRV%
Enerji (kkal)	2129,3	490,42	2223,5	3440,5	2075,5	111,1	2509,8	655,17	1515,3	4498,3	2396	128,7
Protein (g)	76,6	21,99	41,1	159,8	74,4	133,1	82,5	24,94	40,2	181,3	77,6	143,4
Protein, E%	14,5	3,17	9	24	14	-	13,7	2,99	9	23	14	-
Yağ (g)	91,8	31,69	8	186,6	92,1	140,9	114,7	40,72	43,8	210,9	108,5	173,6
Yağ, E%	38,1	9	18	61	39	-	40,3	8,64	19	57	41	-
Çoklu doy. y. (mg)	14,0	7,513	4,1	31,7	12,3	140,0	21,4	13,03	4,9	62,5	17,3	209,9
Kolesterol(mg)	312,5	161,71	65	729	262,9	-	359,0	205,19	45	172,7	88,3	-
Karbonhidrat(g)	244,9	68,46	40	439,3	249,6	89,3	281,2	88,25	95,3	543,9	267,5	100,4
Karbonhidrat, E%	46,5	9,93	15,7	69	46	-	46,0	8,61	24	68	46	-
Posa (g)	26,6	5,84	0	34,8	15,6	55,9	18,8	7,49	5,3	52	18,6	62,3

Tablo 4.4.2. Katılımcıların Günlük Vitamin ve Mineralleri Alım Miktarlarının Aritmetik Ortalama (\bar{x}), Standart Sapma (S), Alt-Üst, Medyan ve DRV% Değerleri (TÜBER'e göre)

Vitamin ve Mineraller	Erkek						Kadın					
	\bar{x}	S	Alt	Üst	Med.	DRV %	\bar{x}	S	Alt	Üst	Med.	DRV %
A vitamini (mcg)	844,1	457,67	163,3	2679,3	802,2	84,2	1297,0	214,85	211,4	15313	927,8	161,7
E vitamini (mg)	13,1	8,76	2,4	39,8	10,5	95,3	16,4	10,37	2,4	56,6	14,6	133,8
B₁ vitamini (mg)	0,8	0,25	0,4	2	0,8	67,4	0,9	0,30	0,4	2	0,8	89,8
B₂ vitamini (mg)	1,3	0,38	0,6	2,3	1,3	93,9	1,5	0,50	0,6	3,5	1,4	124,2
B₆ vitamini (mg)	1,1	0,50	0,3	3	1	71,1	1,3	0,58	0,4	3,4	1,2	107,0
Folat (μg)	224,6	73,92	114,2	507	215,6	55,9	249,9	118,60	58,6	751	237,3	61,8
C vitamini (mg)	59,2	52,59	1,2	285,6	42,4	59,4	70,8	51,10	2,5	225,5	59,9	70,8
Kalsiyum (mg)	788,1	310,75	327,9	1807,2	757,2	78,2	906,2	520,43	260,8	3739,5	190,6	90,4
Magnezyum (mg)	261,6	88,55	138,5	626,3	244,4	73,8	306,5	107,85	106,5	577	281,6	101,4
Demir (mg)	9,1	3,15	3,2	17,2	8,2	91,1	10,9	4,29	3,7	32,1	10,1	77,6
Çinko (mg)	11,3	4,21	5,4	27,4	10,9	112,6	12,2	4,75	5,6	36,4	11,4	173,4
Potasyum (mg)	2137,8	754,97	893	4793,4	2062,8	60,8	2457,7	880,21	1044,9	5238,2	2322,8	69,7
Sodyum (mg)	3914,4	1650,3	1111,9	9628,1	3735,6	196,8	3916,8	3259,1	866,6	3333	1760,2	182,2
Fosfor (mg)	1169,5	314,10	646,3	1979,4	1130,5	160,7	1370,5	457,0	643,2	3220,1	1297,2	211,5

Tablo 4.4.3. Katılımcıların Tükettiği Besin Grupları

Besin Grupları	Erkek					Kadın				
	\bar{x}	S	Medyan	Alt	Üst	\bar{x}	S	Medyan	Alt	Üst
Süt ve Süt Ürünleri (g)	255	137,9	250	0	555	236,3	160	240	0	745
Kırmızı Et (g)	83,4	80	65	0	262	60,8	67,7	39	0	280
Tavuk (g)	25	66,9	0	0	363	18,2	48,6	0	0	320
Balık (g)	14,9	51,6	0	0	205	12,7	66,8	0	0	566
Yumurta (g)	42,1	56,8	16	0	242	54,7	71,7	19	0	269
Yağlı Tohumlar-Kurubaklagiller (g)	24,9	37,5	6	0	170	26,1	43,7	0	0	201
Sebze (g)	126	102,3	87	0	424	91,7	100,7	56	0	623
Meyve (g)	111,9	143,7	30	0	540	140,2	182,1	9	0	835
Ekmek-Tahıllar-Hamur İşleri (g)	387,3	171,2	382	115	812	365,3	171,6	323	36,0	916
Alkolsüz İçecekler (ml)	480,2	320,1	457	0	1170	440,4	263,4	427	0	1117
Sıvı ve Katı Yağlar (g)	31,2	23,3	25	0	112	29,9	25,1	24	0	107
Şekerler (g)	29,6	45,8	1	0	188	35,8	67,4	0	0	350

4.5 Katılımcıların Antropometrik Ölçümleri

Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre antropometrik ölçümleri ortalama, standart sapma, alt, üst ve medyan şeklinde Tablo 4.5.1’de verilmiştir.

Çalışmaya katılan erkek bireylerin; vücut ağırlığı $97,5\pm 13,6$ kg, BKİ $31,2\pm 4,3$ kg/m^2 , bel çevresi $106\pm 12,4$ cm, kalça çevresi $111,6\pm 11$ cm, bel/kalça oranı $0,95\pm 0,4$ cm, vücut yağ oranı $\%26,5\pm 8,85$, vücut yağsız kütle oranı $\%73,4\pm 5,8$ ’dir

Çalışmaya katılan kadın bireylerin; vücut ağırlığı $90\pm 17,8$ kg, BKİ $34,8\pm 6,8$ kg/m^2 , bel çevresi $109,6\pm 19,64$ cm, kalça çevresi $120,3\pm 15,92$ cm, bel/kalça oranı $0,90\pm 0,05$ cm, vücut yağ oranı $\%42,8\pm 6,02$, vücut yağsız kütle oranı $\%57,2\pm 6,02$ ’dir.

Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre Beden Kütle İndeksi sınıflandırması sayı ve yüzde olarak Tablo 4.5.2’de verilmiştir.

Erkek bireylerin $\%44,1$ ’i fazla kilolu, $\%49,2$ ’si obez, $\%5,8$ ’i morbid obezdir. Kadın bireylerin $\%28,2$ ’si fazla kilolu, $\%46,6$ ’su obez, $\%25,2$ ’si morbid obezdir (Tablo 4.13).

Tablo 4.5.1. Bireylerin Antropometrik Ölçümlerinin Ortalama, Standart Sapma, Alt, Üst ve Medyan Değerleri

Antropometrik ölçümler	\bar{x}	S	$S\bar{x}$	Alt	Üst	Medyan
Erkek						
Vücut ağırlığı (kg)	97,6	13,6	1,77	72,5	131,7	96,7
Boy uzunluğu (cm)	176,9	7,87	1,02	141	191	177,0
BKİ (kg/m ²)	31,3	4,3	0,56	25	45,9	30,8
Bel çevresi (cm)	106,0	12,42	1,62	80	136	106,0
Kalça çevresi (cm)	111,7	11,07	1,44	99	140	108,0
Bel/kalça oranı	0,9	0,41	0,00	0,8	1	0,95
Vücut yağ oranı (%)	26,5	8,85	0,76	17,5	50	26,1
Vücut yağ kütlesi (kg)	26,3	8,18	1,07	13,34	45,6	25,8
Vücut yağsız kütle oranı (%)	73,8	5,86	0,76	50	82,5	73,9
Vücut yağsız kütlesi (kg)	71,3	8,26	1,08	45,6	88,9	72,3
Kadın						
Vücut ağırlığı (kg)	90,0	17,89	1,76	56,5	140,4	86,6
Boy uzunluğu (cm)	160,4	6,32	0,62	144,0	178,0	160,0
BKİ (kg/m ²)	34,9	6,83	0,67	25,1	53,8	33,4
Bel çevresi (cm)	109,6	19,64	1,94	75	163,0	105,0
Kalça çevresi (cm)	120,3	15,92	1,57	99	175,0	116,0
Bel/kalça oranı	0,9	0,057	0,00	0,75	1	0,9
Vücut yağ oranı (%)	42,8	6,0	0,59	28,5	59	42,5
Vücut yağ kütlesi (kg)	39,3	12,94	1,28	16,33	75,23	37,3
Vücut yağsız kütle oranı (%)	57,3	6,02	0,59	41	71,5	57,5
Vücut yağsız kütlesi (kg)	50,9	6,12	0,60	50,17	69,5	50,5

4.5.2. Bireylerin Cinsiyetlerine Göre BKİ Sınıflaması Dağılımı

BKİ (kg/m ²)	Değerlendirme	Erkek		Kadın		Toplam		p
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
25,00-29,99	Fazla kilolu	26	44,0	29	28,2	55	34,0	0,003*
30,0-39,9	Obez	29	49,2	48	46,6	77	47,5	
≥40,00	Morbid obez	4	6,8	26	25,2	30	18,5	

One Way Anova p<0,05

4.6 Katılımcıların Cinsiyetine Göre Yeme Farkındalığı ve Beck Depresyon Ölçeği Puanlarını

Katılımcıların cinsiyetlerine göre Yeme Farkındalığı Ölçeği Alt Boyutları ve Beck Depresyon Ölçeği puanları ortalama ve standart sapma cinsinden Tablo 4.6.1’de verilmiştir.

Cinsiyete göre yeme farkındalığı alt boyutları incelendiğinde, yeme kontrolü ve enterferans alt boyutlarının ve BDÖ toplam puanlarının cinsiyete göre farklılaştığı gözlenmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların Beck Depresyon Ölçeği puanı, yeme kontrolü puanı, enterferans puanı erkeklerden anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur (sırasıyla $p=0,000$), ($p=0,21$), ($p=0,019$).

Tablo 4.6.1. Cinsiyete Göre Yeme Farkındalığı Ölçeği Alt Boyutları ve Beck Depresyon Ölçeği Skorlarının Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	Erkek (n=59)	Kadın (n=103)	P
YFÖ	75,3±20,36	80,1±26,43	0,239
Düşünmeden Yeme	10,2±5,39	11,8±5,97	0,084
Duygusal Yeme	13,5±6,46	12,6±6,86	0,370
Yeme Kontrolü	10,3±4,39	12,1±5,20	0,021*
Farkındalık	14,4±2,73	15,3±3,39	0,078
Yeme Disiplini	9,7±3,56	9,7±4,25	0,956
Bilinçli Beslenme	11,8±2,91	12,6±3,75	0,151
Enterferans	5,1±2,17	6,0±2,61	0,019*
BDÖ	15,32±11,35	24,13±11,36	0,000*

*Bağımsız T-Test $p<0,05$ *

4.7 Katılımcıların Beden Kütle İndekslerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanı ve Yeme Farkındalığı Toplam Puanı Karşılaştırması

Bireylerin Beden Kütle İndekslerine göre Beck Depresyon Ölçeği ve Yeme Farkındalığı Ölçeği puanları ortalama ve standart sapmaları Tablo 4.7’de verilmiştir.

Fazla kilolu bireylerin aşırı şişman (morbid obez) bireylere göre; depresyon düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük, düşünmeden yeme, duygusal yeme, yeme kontrolü, farkındalık, yeme disiplini, bilinçli beslenme ve enterferans alt boyut puanları ve yeme farkındalığı toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir (sırasıyla $p=0,039$, $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,19$, $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,000$).

Fazla kilolu bireylerin şişman bireylere göre; depresyon düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük düşünmeden yeme, duygusal yeme, yeme kontrolü, bilinçli beslenme ve yeme farkındalığı toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir (sırasıyla $p=0,039$, $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,019$, $p=0,000$, $p=0,000$).

Şişman bireylerin aşırı şişman (morbid obez) bireylere göre; depresyon düzeyleri anlamlı şekilde daha düşük, düşünmeden yeme, duygusal yeme, yeme kontrolü, farkındalık, yeme disiplini, bilinçli beslenme, enterferans alt boyut puanları ve yeme farkındalığı toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir (sırasıyla $p=0,039$, $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,19$, $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,000$).

Tablo 4.7. Bireylerin Beden Kütle İndekslerine göre Beck Depresyon Ölçeği ve Yeme Farkındalığı Ölçeği Puanlarının Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	Fazla kilolu	Şişman	Aşırı (morbid) şişman	p
BDÖ	1,9±0,87 ^a	2,3±1,02 ^a	3,0±0,765 ^a	,039*
YFÖ toplam	90,3±19,48 ^a	78,6±22,17 ^a	55,5 ± 22,53 ^a	,000*
Düşünmeden yeme	13,6±5,54 ^a	11,1 ± 5,63 ^a	7,0±4,18 ^a	,000*
Duygusal yeme	15,8±6,22 ^a	12,6±6,41 ^a	8,4±5,82 ^a	,000*
Yeme kontrolü	14,3±4,07 ^a	11,0±4,63 ^a	7,5±4,3 ^a	,019*
Farkındalık	15,3±2,68 ^a	15,3±3,19 ^b	13,2±3,53 ^{a,b}	,000*
Yeme disiplini	11,0 ± 3,43 ^a	10,0 ± 3,88 ^b	6,1 ± 3,33 ^{a,b}	,000*
Bilinçli beslenme	13,7±2,93 ^a	12,4±3,44 ^a	9,4±2,74 ^a	,000*
Enterferans	6,4±2,12 ^a	5,8±2,38 ^b	3,9±2,6 ^{a,b}	,000*

ANOVA $p<0,05^*$ Aynı satırda aynı harfle gösterilen değerler arasında Dunett çoklu karşılaştırılma testine göre anlamlı farklılık vardır

4.8 Katılımcıların Depresyon Düzeylerine Göre Yeme Farkındalığı Toplam ve Yeme Farkındalığı Alt ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Bireylerin Depresyon Düzeylerine Göre Yeme Farkındalığı Toplam ve Yeme Farkındalığı Alt ölçek puanlarının ortalama ve standart sapması Tablo 4.8’de verilmiştir.

Şiddetli depresyona sahip olan bireylerin, depresyonu olmayan, hafif ve orta depresyonu olan bireylere göre; düşünmeden yeme, duygusal yeme, yeme kontrolü, farkındalık, yeme disiplini, bilinçli beslenme, enterferans ve yeme farkındalığı toplam puanları istatistiksel düzeyde anlamlı derecede düşük bulunmuştur (sırasıyla p=0,000, p=0,000, p=0,000, p=0,000, p=0,000, p=0,000, p=0,000)

Tablo 4.8. Bireylerin Depresyon Düzeylerine Göre Yeme Farkındalığı Toplam ve Yeme Farkındalığı Alt ölçek Puanlarının Ortalama±Standart Sapma Değerleri

	Depresyonu olmayan	Hafif depresyon	Orta depresyon	Şiddetli depresyon	P
Düşünmeden yeme	13,8±5,66 ^a	12,0±5,57 ^b	12,0±5,37 ^c	6,1±3,34 ^{a,b,c}	,000*
Duygusal yeme	17,4±6,09 ^a	14,4±6,03 ^{a,b}	12,2±5,99 ^{a,c}	6,8±3,82 ^{a,b,c}	,000*
Yeme kontrolü	13,8±4,36 ^a	12,3±5,0 ^b	11,8±4,3 ^{a,c}	7,2±3,87 ^{a,b,c}	,000*
Farkındalık	15,6±3,12 ^a	15,7±2,93 ^b	15,8±3,04 ^c	12,2±2,17 ^{a,b,c}	,000*
Yeme disiplini	12,0±3,17 ^a	10,0±3,60 ^{a,b}	9,7±3,42 ^{a,c}	6,4±3,9 ^{a,b,c}	,000*
Bilinçli beslenme	13,6±3,56 ^a	12,9±2,98 ^b	12,7±3,05 ^c	9,6±3,16 ^{a,b,c}	,000*
Enterferans	6,7±2,28 ^a	6,0±2,01 ^b	6,5±2,12 ^c	3,1±1,97 ^{a,b,c}	,000*
YFÖ toplam puan	93,3±20,60 ^a	83,6±19,99 ^{a,b}	81,0±19,27 ^{a,c}	51,7±17,62 ^{a,b,c}	,000*

ANOVA p<0,05 Aynı satırda aynı harfle gösterilen değerler arasında Dunett çoklu karşılaştırılma testine göre anlamlı farklılık vardır

4.9. Katılımcıların Beden Kütle İndeksleri ile İlişkili Faktörler

Araştırmaya katılan bireylerin Beden Kütle İndeksi ile ilişkili faktörler Tablo 4.9'da verilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin beden kütle indeksi ile; Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde orta düzeyde korelasyon bulunmaktadır (r=0,0595, p=0,000).

Araştırmaya katılan bireylerin beden kütle indeksi ile; düşünmeden yeme puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönde orta düzeyde korelasyon bulunmaktadır (r=-0,411 p=0,000).

Araştırmaya katılan bireylerin beden kütle indeksi ile; duygusal yeme, yeme kontrolü, yeme disiplini, bilinçli beslenme alt puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde orta düzeyde korelasyon bulunmaktadır (sırasıyla $r=0,411$, $p=0,000$, $r=0,439$, $p=0,000$, $r=0,412$, $p=0,000$, $r=0,431$, $p=0,000$).

Araştırmaya katılan bireylerin beden kütle indeksi ile; farkındalık ve enterferans puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon bulunmaktadır (sırasıyla $r=0,294$, $p=0,000$, $r=0,373$, $p=0,000$).

Araştırmaya katılan bireylerin beden kütle indeksi ile; Yeme Farkındalığı Ölçeği toplam puanları arasında negatif yönde orta düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=-0,482$, $p=0,000$).

Araştırmaya katılan bireylerin beden kütle indeksi ile; vücut yağ oranı arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=0,691$, $p=0,000$).

Araştırmaya katılan bireylerin beden kütle indeksi ile; fiziksel aktivite düzeyleri arasında istatistiksel olarak negatif yönde orta düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=-0,399$, $p=0,000$).

Araştırmaya katılan bireylerin beden kütle indeksi ile; enerji tüketimi ile istatistiksel olarak pozitif yönde çok yüksek düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=0,948$, $p=0,000$).

Tablo 4.9. Katılımcıların Beden Kütle İndeksleri ile İlişkili Faktörler

	r	p
Beck Depresyon Puanı	,595	,000
Düşünmeden yeme	-,411	,000
Duygusal yeme	,411	,000
Yeme kontrolü	,439	,000
Farkındalık	,294	,000
Yeme disiplini	,412	,000
Bilinçli beslenme	,431	,000
Enterferans	,373	,000
YFÖ toplam puan	-,482	,000
Yağ oranı	,691	,000
Fiziksel aktivite düzeyi	-,399	,000
Uyku süresi	,118	,133
Enerji alımı	,948	,000

*Pearson Korelasyon Analizi

4.10. Katılımcıların Yeme Farkındalıkları ile İlişkili Faktörler

Araştırmaya katılan bireylerin Yeme Farkındalıkları ile ilişkili faktörler Tablo 4.10'da verilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin yeme farkındalıkları ile; beden kütle indeksleri arasında negatif yönde orta düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=-0,482$ $p=0,000$).

Araştırmaya katılan bireylerin yeme farkındalıkları ile; vücut yağ oranı arasında negatif yönde zayıf düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=-0,196$ $p=0,012$).

Araştırmaya katılan bireylerin yeme farkındalıkları ile; fizikse aktivite düzeyi arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=0,376$, $p=0,000$).

Araştırmaya katılan bireylerin yeme farkındalıkları ile; Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında negatif yönde yüksek düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=-0,667$, $p=0,000$).

Araştırmaya katılan bireylerin yeme farkındalıkları ile; uyku süresi ile negatif yönde zayıf düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=-0,213$ $p=0,07$).

Araştırmaya katılan bireylerin yeme farkındalıkları ile; enerji Tüketimleri arasında istatistiksel olarak negatif yönde orta düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=0,476$, $p=0,000$).

4.10. Katılımcıların Yeme Farkındalıkları ile İlişkili Faktörler

	r	p
BKİ	-,482	,000
Yağ oranı	-196	,012
Fiziksel aktivite düzeyi	376	,000
Beck Depresyon Puanı	-667	,000
Uyku Süresi	-213	,007
Enerji alımı	-,476	,000

*Pearson Korelasyon Analizi

4.11 Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği ile İlişkili Faktörler

Araştırmaya katılan bireylerin depresyon düzeyleri ile ilişkili faktörler Tablo 4.11'da verilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puanları ile; vücut yağ oranı arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=0,468$, $p=0,000$).

Araştırmaya katılan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği Puanları ile; fiziksel aktivite düzeyi arasında negatif yönde orta düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=-0,402$, $p=0,000$).

Araştırmaya katılan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puanları ile; Uyku süresi arasında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=0,200$ $p=0,011$).

Araştırmaya katılan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puanları ile; enerji alımı arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=0,598$, $p=0,000$).

Tablo 4.11. Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği ile İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi

	r	p
Yağ oranı	,468	,000
Fiziksel aktivite düzeyi	-,402	,000
Uyku süresi	,200	,011
Enerji alımı	,578	,000

*Pearson Korelasyon Analizi

5.TARTIŞMA

Vücut ağırlığı kaybı için özel bir kliniğe başvuran 18 yaş ve üzeri kronik hastalığı olmayan 162 bireyin yeme farkındalıkları ilişkili faktörler değerlendirilmiş ve çalışmadan elde edilen veriler katılımcıların genel özellikleri, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite yapma durumu, enerji, makro ve mikro besin ögesi alım durumu, antropometrik ölçümleri, cinsiyete göre yeme farkındalığı ve Beck Depresyon Ölçeği puanları, beden kütle indeksine göre yeme farkındalığı ve Beck Depresyon Ölçeği puanları, depresyon düzeyine göre yeme farkındalığı toplam ve yeme farkındalığı alt puanlarının değerlendirilmesi; beden kütle indeksi, yeme farkındalığı ve Beck Depresyon Ölçeği ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi başlıkları halinde tartışılmıştır.

5.1. Katılımcıların Genel Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan katılımcıların %63,6'sı kadındır (Tablo 4.1.1). Türkiye İstatistik Kurumu(TÜİK) 2021 verilerini incelediğimizde ise toplam nüfusun %49,9'unu kadın nüfusun, %50,1'ini ise erkek nüfusun oluşturduğu saptanmıştır (25). Obezite prevalansı incelendiğinde ise Satman ve arkadaşları (26) tarafından obezite görülme oranının kadınlarda %44 erkeklerde ise %27 olduğu rapor edilmiştir. Özmen ve arkadaşlarının (92) 2146 kişiyle yaptığı bir araştırmada ise kadınların erkeklere göre anlamlı bir şekilde daha fazla diyet yaptığı, şişmanlıktan korktuğu ve her zaman zayıf kalmayı istediği görülmüştür. Katılımcılarımızın çoğunluğunun kadınlardan oluşması obezite prevalansı ile örtüşmektedir.

Çalışmaya katılan katılımcıların toplam yaş ortalaması $37,8 \pm 11,34$ 'tür (Tablo 4.1.1). TÜİK-2021 verilerin göre medyan yaş 33,1 olarak rapor edilmiştir (25). Çalışmamıza katılan bireylerin yaş ortalaması genel nüfus özelliklerine yakın bulunmuştur.

TÜİK-2021 verilerine göre 15 yaş ve üzeri nüfusta evli kadın oranı %61,4, evli erkek oranı %62,4'tür (25). Çalışmamızda ise evli kadın oranı %81,6, evli erkek oranı %55,9'dur (Tablo 4.1.1). Nazlıcan ve arkadaşlarının (93) yaptığı bir çalışmada medeni durumu evli olanların bekar olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek obezite riskine sahip olduğu rapor edilmiştir. Çayır ve arkadaşlarının (94) yaptığı çalışmalarda evlendikten sonra kilo artışı yaşayan %34,2'sinin obez olduğunu göstermiştir.

Çalışmaya katılan erkek katılımcıların %25,6'sı, kadınların ise %45,6'sının gelirinin giderine eşit olduğunu beyan etmektedir (Tablo 4.1.1). Türkiye Beslenme ve

Sağlık Araştırması (TBSA) 2017 verilerinde ise katılımcılardan erkeklerin %32'sinin, kadınların %36,6'sının geliri giderine eşittir (9). Bu veriler TBSA-2017 ile uyumludur.

TÜİK-2021 verilerine göre 25 yaş ve üzerinde en az üniversiteden mezun olan nüfusun toplam nüfusa oranı %22,1'dir (25). Çalışmamızda katılımcıların %30,8'i lisans veya lisansüstü eğitim düzeyine sahiptir (Tablo 4.1.2). TÜİK verileri ile kıyaslandığında çalışmamıza katılan bireylerin eğitim düzeyinin Türkiye ortalamasının daha üstünde olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılan kadın katılımcıların %68'i ev hanımıdır (Tablo 4.1.2). TBSA-2017 verilerinde ise kadın katılımcıların %61,5'i ev hanımıdır (9). Çalışmamızla TBSA-2017 verileri uyumludur.

Çalışmaya katılan katılımcıların %64,2'sinin anne ve/veya babasında kronik hastalık vardır. Ve bu kişilerin ailelerinde en sık görülen hastalık %47,5 oranla obezitedir (Tablo 4.1.3). TÜRDEP-II verilerine göre toplumda %35 oranında obezite görülmektedir (26). Bizim çalışmamızda anne ve/veya babada obezite görülme oranının Türkiye ortalamasından yüksek olmasının nedeni araştırmanın örneklemini ağırlık kaybı için bir merkeze başvuran kişilerden seçilmiş olmasından kaynaklı olduğunu düşünmekteyiz. Obezite oluşum riski ile ilgili birçok çalışmada, obez çocukların obez ebeveynlerinin olduğu görülmektedir (36,37,95).

Çalışmaya katılan kadın katılımcıların %56,8'i, erkeklerin ise %40,7'si daha önce diyet uygulamıştır. Kadınların erkeklere göre anlamlı şekilde daha sık tekrarlı diyet yaptığı saptanmıştır ($\chi^2= 9,81$, $p=0,02$) (Tablo 4.1.4). TBSA-2017'de ise kadınların %11,1'inin, erkeklerin ise %7,2'sinin daha önce vücut ağırlığı kaybetmek için diyet yaptığı saptanmıştır. Bu verilerde çalışmamızla benzerlik göstermektedir (9).

Çalışmaya katılan katılımcıların %45,7'sinin daha önce 1 kez, %35,1'inin ise daha önce 2 kez zayıflama diyeti yaptığını saptanmıştır (Tablo 4.1.4). Çayır ve arkadaşlarının (94) yaptığı çalışmada daha önce zayıflama diyeti uygulayanlarda obezite görülme oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan katılımcıların %30,1'i yaptığı zayıflama diyetlerinde ideal ağırlığına hiç ulaşamamıştır (Tablo 4.1.4). Tıgılı ve arkadaşlarının (96) yaptığı bir çalışmada diyetisyene başvuran bireylerin %20'sinin vücut ağırlığına istediği sürede ulaşamadığı için %19,5'inin motivasyon düşüklüğü nedeniyle diyeti yarıda bıraktığını

saptamıştır. Hedefine ulaşmadan diyeti bırakan kişiler diyeti bıraksalar bile; tekrar ideal ağırlığa ulaşmak için tekrar zayıflama diyeti uygulayacağını düşündükleri için kaybettikleri vücut ağırlığını korumayı da önemsemediği saptanmıştır.

Çalışmaya katılan katılımcıların %57,8'inin yemek yeme hızı incelendiğinde hızlı veya çok hızlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.4). Ülkemizde yapılan bir çalışma hızlı yemek yiyen bireylerin daha yüksek vücut ağırlığına sahip olduğunu ve bu farkın anlamlı olduğunu saptamıştır (97). Çayır ve arkadaşlarının (94) yaptığı çalışmada hızlı besin tüketenlerin %40 oranda obez olduğu saptanmıştır. Bu çalışmadaki verilerle bizim çalışmamız benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan erkek katılımcıların %54,2'si, kadın katılımcıların ise 14,6'sı toplam katılımcıların ise %29'u sigara kullanmaktadır (Tablo 4.1.5). TBSA-2017 verilerine göre erkeklerin %47,2'si, kadınların %19,4'ü, toplam katılımcıların ise %33,2'si sigara kullanmaktadır (9). Çalışmamızdaki verileri TBSA-2017 ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan erkek katılımcıların %37,3'ü kadın katılımcıların ise %4,9'u alkol tüketmektedir (Tablo 4.1.5). Tolstrup ve arkadaşları (98) tüketilen alkol miktarı arttıkça BKİ değerinin arttığını saptamıştır.

5.2. Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan katılımcıların %59,2'si her zaman/bazen ana öğün atlamaktadır. En çok öğün atlama nedeni zaman yetersizliği olarak belirtilmiştir. (Tablo 4.2.1). Karadağ ve arkadaşlarının (99) yaptığı bir çalışmada da katılımcıların %46,1'inin ana öğün atladığı ve en fazla ana öğün atlama nedeninin %31,4'lük oran ise zaman yetersizliği olduğu rapor edilmiştir. Bu çalışmanın verileri bizim çalışmamızdaki verilerle benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan katılımcıların %44,5'i ara öğün yapmamaktadır (Tablo 4.2.1). Tıgılı ve arkadaşlarının (96) yaptığı çalışmada ara öğün tüketiminin vücut ağırlığının korumasında etkili olduğunu saptamıştır.

Çalışmaya katılan katılımcıların %45,7'sinin öğün saatleri düzenlidir ve dışarda yemek yemektir. Dışarda yemek yiyen katılımcıların büyük çoğunluğu öğle ve/veya akşam yemeklerini dışarda yemektir ve çoğunluğu fast-food ve/veya kebabları tercih etmektedir (Tablo 4.2.1). Obeziteye sebep olan faktörlerden biri de dışarda besin tüketiminde artış ve bu sebeple yağ içeriği yüksek ve enerji yoğunluğu fazla olan yiyecek

ve içeceklerin tüketiminin artmasıdır (100,101). Katılımcıların BKİ değerinin yüksek olmasında dışarda besin tüketimi de etkili olmuş olabilir.

5.3. Katılımcıların Fiziksel Aktivite/Spor Yapma Durumunun Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan katılımcıların %80,9'u düzenli egzersiz/spor yapmamaktadır. Düzenli egzersiz/spor yapan katılımcıların büyük çoğunluğu egzersiz/spor olarak yürüyüşü tercih etmektedir (Tablo 4.3.1). Düzenli yapılan fiziksel aktivite diyabet, obezite, bazı kanser türleri ve iskemik kalp hastalığı risklerini azaltmaktadır (102). İnaktif olmanın Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılları (DALY) ve dünya genelindeki ölümlerin en önemli risk faktörlerinden biridir (103).

Çalışmaya katılan katılımcıların fiziksel aktivite düzeyi (PAL) değeri $1,62 \pm 0,27$ 'dir. TBSA-2017'ye göre 19 yaş ve üzeri katılımcıların PAL değeri $1,78 \pm 0,1$ olarak rapor edilmiştir (9). Çalışmamıza katılan bireylerin fiziksel aktivite düzeyi Türkiye ortalamasından daha düşüktür. Fiziksel aktivitenin yetersiz olmasının obeziteye neden olmaktadır (104,105). Bizim çalışmamızda fiziksel aktivite düzeyi ile beden kütle indeksi arasında istatistiksel olarak negatif yönde orta düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r = -0,399$, $p = 0,000$). Katılımcıların bu konuda bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

5.4. Katılımcıların Günlük Enerji, Makro ve Mikro Besin Öğeleri Alım Miktarlarının ve Tüketilen Besin Gruplarının Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan erkek bireylerin; enerji alımı $2129,2 \pm 490,4$ kkal, protein alımı $76,0 \pm 21,9$ g, karbonhidrat alımı $244,8 \pm 68,4$ g ve yağ alımı $91,8 \pm 31,6$ g'dır. Araştırmaya katılan erkek bireylerin; enerjinin proteinden gelen oranı %14,4, yağdan gelen oranı %38, karbonhidrattan gelen oranı %46,4'tür. DRV enerji, protein, yağ ve karbonhidrat için sırasıyla %111,08, %133,12, %140,86 ve %89,27'dir (tablo 4.4.1). TÜBER-2015'e yetişkin bireylerde günlük tüketilen enerjinin %20-35'i yağdan, %45-60'ı karbonhidrattan, %10-20'si proteinden gelmelidir. TÜBER-2015'e göre erkek bireylerin toplam enerji ve enerjinin yağdan gelen oranı günlük önerilenin üzerinde olarak bulunmuştur (87). TBSA-2017 sonuçlarına göre erkek bireylerin enerji tüketimi $2196,0 \pm 765,03$ kkal, protein tüketimi, $81,3 \pm 30,39$ g, karbonhidrat alımı $273,2 \pm 110,97$ g, yağ alımı $83,0 \pm 35,62$ g'dır. TBSA-2017'ye göre bizim çalışmamızdaki erkek bireylerin yağ tüketiminin daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (9). Erkek bireylere yeterli ve dengeli beslenme konusunda bilgilendirilmelidir.

Çalışmaya katılan kadın bireylerin; enerji alımı $2509,5 \pm 655,1$ kkal, protein alımı $82,5 \pm 24,9$ g, karbonhidrat alımı $281,1 \pm 88,2$ g, yağ alımı $114,7 \pm 40,7$ g'dır. Enerjinin proteinden gelen oranı %13,6 yağdan gelen oranı %40,3, karbonhidrattan gelen oranı %46'dır. DRV enerji, protein, yağ ve karbonhidrat için sırasıyla %128,68, %143,42, %173,76 ve %100,44'tür (Tablo 4.4.1). TÜBER-2015'e yetişkin bireylerde günlük tüketilen enerjinin %20-35'i yağdan, %45-60'ı karbonhidrattan, %10-20'si proteinden gelmelidir. TÜBER-2015'e göre kadın bireylerin toplam enerji, enerjinin protein ve yağdan gelen oranı günlük önerilenin üzerinde olarak bulunmuştur (87). TBSA-2017 sonuçlarına göre kadın bireylerin enerji tüketimi $1617,0 \pm 568,33$ kkal, protein alımı $57,4 \pm 21,38$ g, karbonhidrat alımı $197,2 \pm 80,01$ g, yağ alımı $64,6 \pm 27,52$ g'dır (9). Kadın katılımcıların enerji, protein, karbonhidrat ve yağ tüketiminin TBSA-2017 ile kıyaslandığında daha yüksek olduğu görülmüştür. Kadın bireyler yeterli ve dengeli beslenme konusunda bilinçlendirilmelidir (9).

Araştırmaya katılan erkek bireylerin; posa alımı 26,5 olarak bulunmuş ve TÜBER-2015'e göre günlük önerilen alım düzeyinin %55,92'sini karşılamaktadır (87) (Tablo 4.4.1). TBSA-2017 sonuçlarına göre erkeklerin günlük posa tüketimi $20,3 \pm 8,65$ g'dır (9). Erkek katılımcıların TBSA-2017'ye göre daha fazla posa tükettiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan kadın bireylerin; posa alımı 18,8 olarak bulunmuştur. TÜBER-2015'e göre günlük alım düzeyinin %62,34'ünü karşılamaktadır (87) (Tablo 4.4.1). TBSA-2017 sonuçlarına göre kadınların posa tüketimi $24,4 \pm 10,89$ g'dır (9). Erkek katılımcıların TBSA-2017'ye göre daha az posa tükettiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan erkek bireylerin; vitamin alım düzeyleri incelendiğinde A vitamini $844 \pm 457,6$ µg, E vitamini $13,1 \pm 8,7$ mg, B1 vitamini $0,8 \pm 0,2$ mg, B2 vitamini $1,3 \pm 0,3$ mg, B6 vitamini $1 \pm 0,5$ mg, folat $224,6 \pm 73,9$ µg, C vitamini $59,2 \pm 52,5$ mg olarak bulunmuştur (Tablo 4.4.2) Bu vitaminlerin TÜBER-2015'e göre günlük alım düzeyinin A vitamini, E vitamini, B1 vitamini, B2 vitamini, B6 vitamini, folat, C vitamini sırasıyla; %84,22, %95,32, %67,46, %93,92, %71,12, %55,98, %59,36'sını karşılanmaktadır (87). TBSA-2017'ye göre erkek katılımcıların tükettiği A vitamini $1431,5 \pm 3126,25$ mcg, E vitamini $19,5 \pm 11,52$ mg, B1 vitamini $1,0 \pm 0,41$ mg, B2 vitamini $1,4 \pm 0,73$ mg, B6 vitamini $1,4 \pm 0,68$ mg, Folat $352,4 \pm 159,21$ mcg, C vitamini $116,9 \pm 97,80$ mg'dır (9). TBSA-2017'ye göre çalışmamıza katılan erkek bireylerin günlük vitamin tüketimi daha düşük bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadın bireylerin; A vitamini alımı $1297\pm 218,8$ µg, E vitamini alımı $16,3\pm 10,3$ mg, B2 vitamini alımı $1,5\pm 0,5$ mg, B6 vitamini alımı $1,3\pm 0,5$ mg, B1 vitamini alımı $0,9\pm 0,3$ mg, Folat alımı $249,9\pm 118,6$ mg, C vitamini alımı $70,7\pm 51,1$ mg olarak bulunmuştur. TÜBER-2015'e göre bu vitaminler günlük önerilen alım düzeyinin sırasıyla %161,65, %133,83, %124,17, %107,01, %89,82, %61,80, %70,80'ini karşılamaktadır (87) (Tablo 4.4.2). TBSA-2017'ye göre kadın katılımcıların tükettiği A vitamini $1113,0\pm 2347,99$ mcg, E vitamini $16,6\pm 9,85$ mg, B1 vitamini $0,8\pm 0,33$ mg, B2 vitamini $1,1\pm 0,52$ mg, B6 vitamini $1,1\pm 0,49$ mg, Folat $291,5\pm 126,81$ mcg, C vitamini $114,2\pm 92,43$ mg'dır (9). TBSA-2017 ile çalışmamızdaki kadınların vitamin mineral tüketimi benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan erkek bireylerin; mineral alım düzeyleri incelendiğinde kalsiyum alımı $788,1\pm 310,7$ mg, magnezyum alımı $261,5\pm 88,5$ mg, demir alımı $9,1\pm 3,1$ mg, potasyum alımı $2137,8\pm 754,9$ mg, çinko alımı $11,3\pm 4,3$ mg, sodyum alımı $3914,3\pm 1650,3$ mg, fosfor alımı $1169,5\pm 314,1$ mg olarak bulunmuştur (Tablo 4.4.2). TÜBER-2015'e göre bu minerallerin günlük alım düzeyinin sırasıyla %78,22, %73,76, %91,08, %60,83, %112,66, %196,83, %160,83'ü karşılanmaktadır (87). TBSA-2017'ye göre 19 yaş ve üzeri erkek katılımcıların tükettiği kalsiyum $881,6\pm 341,61$ mg, magnezyum $324,3\pm 123,37$ mg, demir $11,9\pm 4,87$ mg, çinko $11,3\pm 4,7$ mg, potasyum $2683,7\pm 1026,0$ mg, sodyum $4733,1\pm 1874,04$ mg, fosfor $1226,5\pm 445,33$ mg'dır (9). TBSA-2017'ye göre çalışmamıza katılan erkek bireylerin çinko hariç geri kalan günlük mineral tüketimi daha düşük bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadın bireylerin; mineral alım düzeyi incelendiğinde kalsiyum alımı $906,2\pm 520,4$ mg, demir alımı $10,9\pm 4,2$ mg, potasyum alımı $2457,6\pm 880,2$ mg, magnezyum alımı $306,4\pm 107,8$ mg, çinko alımı $12,2\pm 4,7$ mg, sodyum alımı $3916,8\pm 3259,1$ mg, fosfor alımı $1370,5\pm 457$ mg olarak bulunmuştur (Tablo 4.4.2). TÜBER-2015'e göre bu mineraller günlük önerilen alım düzeyinin %90,43, %77,57, %69,65, %101,36, %173,43, %182,18, %211,5'ini karşılamaktadır (87) (Tablo 4.11). TBSA-2017'ye göre 19 yaş ve üzeri kadın katılımcıların tükettiği kalsiyum $721,2\pm 274,61$ mg, magnezyum $260,3\pm 97,52$ mg, demir $9,4\pm 3,63$ mg, çinko $8,2\pm 3,17$ mg, potasyum $2217,1\pm 847,19$ mg, sodyum $3638,0\pm 1452,66$ mg, fosfor $927,3\pm 338,90$ mg'dır (9). TBSA-2017'ye göre çalışmamıza katılan kadın bireylerin günlük mineral tüketimi daha yüksek bulunmuştur.

Erkek katılımcıların süt ve süt ürünleri, et, yumurta, kurubaklagiller, yağlı tohumlar, ekmek ve tahıl grubu tüketimi TBSA-2017'ye göre fazla, meyve ve sebze ve yağ grubu tüketimi ise TBSA-2017'ye göre düşük bulunmuştur (9).

Kadın katılımcıların süt ve süt ürünleri, et, yumurta, yağlı tohumlar + kurubaklagiller, ekmek ve tahıl, sıvı + katı yağ toplamı, şeker grubu tüketimi TBSA-2017'ye göre yüksek, sebze + meyve grubu tüketimi ise TBSA-2017'den düşük bulunmuştur (9).

5.5. Katılımcıların Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan erkek bireylerin vücut ağırlığı ortalaması $97,5 \pm 13,6$ kg, kadın katılımcıların vücut ağırlığı ortalaması $90 \pm 17,8$ kg olarak bulunmuştur (Tablo 4.5.1). TBSA 2017'ye göre yetişkin erkek bireylerin vücut ağırlığı ortalaması $80,9 \pm 15,18$ kg, kadın bireylerin vücut ağırlığı ortalaması ise $71,9 \pm 15,85$ kg'dır (9). Çalışmamıza katılan bireylerin vücut ağırlığının Türkiye ortalamasının üzerinde olduğu görülmektedir.

Erkek bireylerin bel çevresi ortalaması $106 \pm 12,4$ cm, kadın bireylerin bel çevresi ortalaması $109,6 \pm 19,64$ cm bulunmuştur (Tablo 4.5.1). TBSA 2017'ye göre yetişkin erkek bireylerin bel çevresi ortalaması $95,7 \pm 13,04$ cm, kadın bireylerin bel çevresi ortalaması $91,9 \pm 15,90$ cm'dir (9). Abdominal obezite kronik hastalık oluşma riskini arttırmaktadır (106,107). Bizim çalışmamızda katılımcıların bel çevrelerinin Türkiye ortalamasının üzerinde olmasında çalışmanın evrenini ağırlık kaybı için bir merkeze başvuran kişilerden seçmemiz etkili olmuş olabilir. Çalışmamıza katılan bireylerin kronik hastalıklara yakalanma riski bulunmaktadır.

Erkek bireylerin kalça çevresi ortalaması $111,6 \pm 11$ cm, kadın bireylerin kalça çevresi ortalaması $120,3 \pm 15,92$ cm olarak bulunmuştur (Tablo 4.5.1). TBSA 2017'ye göre yetişkin erkek bireylerin kalça çevresi ortalaması $103,7 \pm 8,68$ cm, kadın bireylerin kalça çevresi ortalaması $107,4 \pm 12,59$ cm'dir (9).

Erkek bireylerin Bel/kalça oranı $0,95 \pm 0,4$ cm, kadın bireylerin bel/kalça oranı $0,90 \pm 0,05$ cm olarak bulunmuştur (Tablo 4.5.1). TBSA 2017'ye göre yetişkin erkek bireylerin bel/kalça $0,92 \pm 0,07$ cm, yetişkin bireylerin bel/kalça oranı $0,85 \pm 0,09$ cm'dir (9). Bel/Kalça oranlarının ortalamaları değerlendirildiğinde erkek ve kadın katılımcıların obez olduğu ve kronik hastalık riski taşıdığı saptanmıştır (53,106,107).

Erkek bireylerin BKİ ortalaması $31,2\pm 4,3$ kg/m², kadınlarınki $34,8\pm 6,8$ kg/m²'dir (Tablo 4.5.1). Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Prevalansı Hanehalkı Sağlık Araştırması (STRP) 2017 verilerine göre ise BKİ ortalamasının erkeklerde $26,4\pm 4,5$ kg/m², kadınlarda ise $28,9\pm 6,4$ kg/m²'dir (102). BKİ ortalamasının bizim çalışmamızda daha yüksek olmasında katılımcıların ağırlık kaybı için bir merkeze başvuran bireylerden seçilmesi etkili olmuş olabilir.

Erkek bireylerin yağ oranı $\%26,5\pm 8,85$, kadınlarda ise $\%42,8\pm 6,0$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.5.1). Yağ oranının kadın erkek sırasıyla $\%30$, $\%25$ 'in üzerine çıkması obezite olarak değerlendirilmektedir (108). Çalışmaya katılan bireylerin yağ oranı ortalamaları olması gerekenin üzerindedir.

Erkek bireylerin hafif şişman, obez ve morbid obez olma oranları sırasıyla $\%44,1$, $\%49,2$, $\%6,8$ 'dir. Kadın bireylerin hafif şişman, obez ve morbid obez olma oranı sırasıyla $\%28,2$, $\%46,6$, $\%25,2$ 'dir (Tablo 4.5.2). TBSA 2017'ye göre erkek nüfusun $\%42$ 'si hafif şişman, $\%23,8$ 'i obez, $\%1,3$ 'ü morbid obezdir. Kadın nüfusun ise $\%29,2$ 'si hafif şişman, $\%35,6$ 'sı obez, $\%7$ 'si morbid obezdir (9). Çalışmamıza katılan bireylerin TBSA 2017 verilerine göre daha yüksek obez/morbid obez olduğu görülmüştür.

5.6. Katılımcıların Cinsiyetine Göre Yeme Farkındalığı ve Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan kadınların Beck Depresyon Ölçeği puanı erkek katılımcılardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,021$) (Tablo 4.6.1). Öğretmenlerle yapılan bir çalışmada erkek öğretmenlerin depresyon düzeyinin kadınlardan daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (109). Ancak birçok çalışma kadınlardaki depresyon düzeyinin erkeklerden daha yüksek olduğunu göstermektedir (110,111). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışmasında toplumda $\%4$, kadınlarda $\%5,4$, erkeklerde ise erkeklerde $\%2,3$ oranda depresyon görüldüğü rapor etmiştir (112). Çalışmamızdaki veriler Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması ile uyumludur.

Çalışmaya katılan kadın katılımcıların yeme kontrolü, erkek katılımcılardan anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur ($p=0,019$) (Tablo 4.6.1). Üstündağ ve ark. (113) yaptığı bir çalışmada spor yapan erkek katılımcıların, spor yapan kadın katılımcılara göre daha düşük yeme kontrolüne sahip olduğu görülmüştür. Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da benzer şekilde kadınların yeme kontrolü erkeklerden daha yüksek

bulunmuştur (114). Lise öğrencileriyle yapılan bir çalışmada da kadınların yeme kontrolü erkek bireylerden daha yüksek bulunmuştur (115)

Çalışmaya katılan kadın katılımcıların enterferans puanı erkeklerden anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur ($p=0,000$) (Tablo 4.6.1). Spor kulübüne giden katılımcılarla yapılan bir çalışmada erkek katılımcıların enterferans değerinin kadın katılımcılardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (116). Üniversite öğrenciler ile yapılan bir başka çalışmada çalışmaya katılan kadın katılımcıların enterferans değerinin erkeklerden daha yüksek olduğu görülmüştür (117). Lise öğrencilerinde yeme farkındalığı ile yapılan çalışmalarda erkek bireylerin enterferans değerinin daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (115). Ayaktan psikiyatri polikliniğine gelen bireylerde yapılan bir çalışmada kadınların enterferans değeri erkeklerden daha yüksek bulunmuştur (118).

5.7. Katılımcıların Beden Kütle İndekslerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanı ve Yeme Farkındalığı Toplam Puanı Karşılaştırmasının Değerlendirilmesi

Çalışmamız katılan bireylerden hafif şişman bireylerin aşırı şişman bireylere göre; depresyon düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,039$). Linde ve ark. (119) kadınlarda depresyon ile obezite arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptamıştır. Jonhston ve ark. (120) BKİ arttıkça depresyon riskinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığını saptamıştır. de Wit ve ark. (121) ise beden kütle indeksi ile depresyon düzeyi arasında U şeklinde bir ilişki olduğunu hem obezitenin hem düşük kilonun depresyona neden olduğunu rapor etmiştir. Başka çalışmalarda ise BKİ ile depresyon arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon bulunduğu rapor edilmiştir (122,123). Bir başka çalışmada ise bizim çalışmamız ile benzer şekilde BKİ ile depresyon görülme riski arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır (124).

Bu bulgular göre neden sonuç ilişkisi tam olarak ortaya koymamakla beraber daha yüksek artan beden kütle indeksinin depresyon düzeyini de arttığını göstermektedir.

Çalışmamız katılan bireylerden hafif şişman bireylerin aşırı şişman bireylere göre; yeme farkındalığının anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür ($p=0,000$). Spor kulübüne giden kişilerle yapılan başka bir çalışmaya katılan bireylerden hafif şişman olanların aşırı şişman olan bireylere göre yeme farkındalığı toplam puanının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Fakat alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır (116). Demirbaş ve ark. (125) erkek ve kadın katılımcıların BKİ ile yeme farkındalığının değerlendirildiği başka bir çalışmada erkek bireylerin BKİ sınıflandırması

ile yeme farkındalığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır fakat kadınlardan normal kilolu olanların obez bireylere göre yeme farkındalığının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmamız katılan bireylerden hafif şişman bireylerin aşırı şişman bireylere göre; disinhibisyon (düşünmeden yeme) ve yeme kontrolü puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (sırasıyla $p=0,000$, $p=0,019$). Özkan ve ark. (126) 250 katılımcıyla yaptığı bir başka çalışmada katılımcıların disinhibisyon ve yeme kontrolü puanları ne kadar yüksekse, vücut ağırlığı, bel çevresi, bel-boy oranı ve BKİ değerinin o kadar düşük olduğu saptanmıştır.

Çalışmamız katılan bireylerden hafif şişman bireylerin aşırı şişman bireylere göre; enterferans değeri istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0,000$). Obezlerin enterferans puanının daha düşük olduğu saptanmıştır (84). Bir başka çalışmada ise obez katılımcıların enterferans puanının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu rapor edilmiştir (114). Bu durumun seçilen popülasyonların farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.8. Katılımcıların Depresyon Düzeylerine Göre Yeme Farkındalığı Toplam ve Yeme Farkındalığı Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan bireylerden şiddetli depresyona sahip olan bireylerin, depresyonu olmayan, hafif ve orta depresyonu olan bireylere göre; Düşünmeden yeme, duygusal yeme, yeme kontrolü, farkındalık, yeme disiplini, bilinçli beslenme, enterferans ve yeme farkındalığı toplam puanları istatistiksel düzeyde anlamlı derecede düşük bulunmuştur.

Ülkemizde öğrencilerle yapılan bir çalışmada depresyon düzeyi arttıkça ile yeme farkındalığı toplam puanı, duygusal yeme alt boyut puanı ve düşünmeden yeme alt boyut puanının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azaldığı saptanmıştır (114).

5.9. Katılımcıların Beden Kütle İndeksleri ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan bireylerin Beden Kütle İndeksi ile; Enerji tüketimi ile istatistiksel olarak pozitif yönde çok yüksek düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=0,948$ $p=0,000$) (Tablo 4.9). Yapılan bir çalışmada da bizim çalışmamızla benzer olarak tüketilen toplam enerji ile BKİ arasında pozitif korelasyon olduğu rapor edilmiştir (127).

Çalışmamıza katılan bireylerin Beden Kütle İndeksi ile; Yeme Farkındalığı Ölçeği toplam puanları arasında negatif yönde orta düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=-,482$, $p=0,000$) (Tablo 4.9). Yapılan bir başka çalışmada; 20 kişilik bir müdahale grubuna 12 hafta boyunca 2,5 saatlik oturumlar şeklinde Yeme Farkındalığı Eğitimi verilmiştir. Verilen eğitimden önce ve eğitimin sonrasında kişilerin; BKİ, depresyon düzeyi, yeme farkındalıkları ve yeme davranışları değerlendirilmiştir. Eğitim sonrasında katılımcıların vücut ağırlığında $1,9\pm 0,6$ kg'lık bir azalma gözlemlenmiştir. Verilen bu eğitimin Yeme Farkındalığını arttırmada ve kilo kaybını desteklemede etkin rol aldığı saptanmıştır (128).

Çalışmamıza katılan bireylerin Beden Kütle İndeksi ile; fiziksel aktivite düzeyleri ile Beden Kütle İndeksi puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönde hafif düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=-0,399$, $p=0,000$) (Tablo 4.9). Yapılan çalışmalarda da bizim çalışmamızla benzer sonuçlar bulunmuştur (129,130).

Çalışmamıza katılan bireylerin Beden Kütle İndeksi ile; Düşünmeden yeme (dishibisyon) puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönde orta düzeyde ilişki bulunmaktadır ($r=-0,411$ $p=0,000$) (Tablo 4.9). Bir çalışmada ise bizim çalışmamızla benzer şekilde düşünmeden yeme puanı ile BKİ arasında negatif ilişki saptanmıştır (131).

Çalışmamıza katılan bireylerin Beden Kütle İndeksi ile; Duygusal yeme, yeme kontrolü, yeme disiplini, bilinçli beslenme alt puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde orta düzeyde korelasyon ve farkındalık, enterferans puanları arasında istatistiksel olarak zayıf düzeyde korelasyon bulunmaktadır (sırasıyla $r=0,411$, $p=0,000$, $r=0,439$, $p=0,000$, $r=0,412$, $p=0,000$, $r=0,431$, $p=0,000$) (Tablo 4.9). Yapılan bir çalışmada duygusal yeme ile BKİ arasında pozitif ilişki olduğu rapor edilmiştir (131). Bir başka çalışma ise düşünmeden yeme puanı ile BKİ arasında anlamlı korelasyon olduğu ortaya koymaktadır (114). Depresyon düzeyinin azaltılması ve yeme farkındalığını arttırmanın vücut ağırlığı kaybı ve kaybedilen ağırlığın uzun süre korunmasında etkinliğinin değerlendirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

4.10. Katılımcıların Yeme Farkındalıkları ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan bireylerin Yeme Farkındalıkları ile; beden kütle indeksleri arasında istatistiksel olarak negatif yönde orta düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=-0,482$ $p=0,000$) (Tablo 4.10). Yapılan çalışmalar da bulgularımızla benzerlik göstermektedir (84,132). Sayın ve ark. (133) obez ve Tip 2 diyabet hastası bireylerle

yürüttüğü bir çalışmada yeme farkındalığı ile BKİ arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($r=-0,337$, $p=0,001$).

Araştırmaya katılan bireylerin Yeme Farkındalıkları ile; fizikse aktivite düzeyi arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=0,376$, $p=0,000$) (Tablo 4.10). Yapılan çalışmalarda yetersiz fiziksel aktivitenin daha düşük yeme farkındalığı ile ilişkili olduğu görülmüştür (75,134). Başka bir çalışmada ise yeme farkındalığı ile düzenli yapılan fiziksel aktivite arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı rapor edilmiştir (114).

Araştırmaya katılan bireylerin Yeme Farkındalıkları ile; Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında negatif yönde yüksek düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=0,476$, $p=0,000$) (Tablo 4.10). Avrupa'da 3 farklı ülkede (İspanya, Hollanda, Danimarka) yapılan bir çalışmada farkındalıkla yeme, açlık tokluk ipuçlarına yanıt olarak yeme ve dikkat dağıtmadan yeme alanında daha yüksek puanların tutarlı bir şekilde daha düşük düzeyde depresif belirtiler ve daha düşük depresyon olasılığı ile ilişkili olduğunu göstermektedir (135). Yapılan bir başka çalışma daha yüksek farkındalığın daha düşük metabolik sendrom ve depresyon riski ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (136). Çalışmamızın sonuçları depresyon şiddeti ile yeme farkındalığı arasında negatif bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin Yeme Farkındalıkları ile; uyku süresi ile negatif yönlü zayıf düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=-0,213$ $p=0,07$) (Tablo 4.10). Yapılan bir çalışma bizim bulgularımızdan farklı olarak yeme farkındalığı toplam puanı ile uyku süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmediğini saptamıştır (81). Bir başka çalışmada uyku süresi arttıkça yeme farkındalığının azaldığı görülmüştür fakat bu fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (137).

Araştırmaya katılan bireylerin Yeme Farkındalıkları ile; yağ oranı arasında negatif yönde orta düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=-0,196$ $p=0,012$) Tablo 4.10). Gebelerle yapılan bir çalışma yeme farkındalığının artmasının daha az vücut ağırlığı ve yağ kütlesi ile ilişkili olduğunu saptamıştır. Bu sonuçlar bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir (138).

Araştırmaya katılan bireylerin yeme farkındalıkları ile; toplam enerji tüketimleri arasında istatistiksel olarak negatif yönde orta düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=0,476$, $p=0,000$) (Tablo 4.10). Yeme farkındalığındaki artışın enerji yoğunluğu yüksek

olan besinlerin tüketim sıklığını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalttığı saptanmıştır (117). Alliot ve ark. yaptığı bir çalışmada katılımcılar yeme farkındalığı ve kontrol grubu olarak ikiye ayrılmıştır. Yeme farkındalığı grubunun kontrol grubuna göre enerji yoğunluğu yüksek besin tüketimi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($p=0,019$). Yeme farkındalığının artmasının toplam enerji alımını azalttığı saptanmıştır (139).

4.11. Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puanları ile; BKİ arasında pozitif yönde yüksek düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($p<,05$) (Tablo 4.11). Normal ve obez bireylerin dahil edildiği bir çalışma da bizim sonuçlarımızla benzer bir şekilde obez bireylerde psikiyatrik bozukluk görülme sıklığının daha yüksek olduğunu rapor etmiştir (140).

Araştırmaya katılan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puanları ile; Vücut yağ oranı arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($p<,05$) (Tablo 4.11). Sağlıklı bireyler ve depresyon tanısı olan bireyler ile yapılan bir çalışmada ise yağ oranı bakımından iki grup arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır (141) Bir çalışmada ise vücut yağ oranı ile depresyon arasında pozitif ilişki saptanmıştır (142).

Araştırmaya katılan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puanları ile; Fiziksel aktivite düzeyi arasında negatif yönde orta düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($p<,05$) (Tablo 4.11). Bir çalışmada katılımcıların depresyon düzeyi ile fiziksel aktivite düzeyi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır (143).

Araştırmaya katılan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puanları ile; Uyku süresi arasında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($p<,05$) (Tablo 4.11). Yapılan çalışmalarda ise depresyon ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir korelasyon bulunduğu rapor edilmiştir (144,145).

Araştırmaya katılan bireylerin Beck Depresyon Ölçeği puanları ile; Enerji alımı arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($p<,05$). Bir çalışmada ise bizim çalışmamızdan farklı şekilde toplam alınan kalori ile depresyon düzeyi arasında negatif yönde yüksek düzeyde korelasyon olduğu rapor edilmiştir (146). Gebelerle yapılan bir çalışmada ise bizim çalışmamızla benzer şekilde toplam enerji tüketimi ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur (147).

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Ağırlık kaybı için özel bir kliniğe başvuran 18 yaş ve üzeri kronik hastalığı olmayan 162 bireyin yeme farkındalıkları ilişkili faktörler değerlendirilmiştir. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar ve öneriler özetlenmiştir.

6.1. SONUÇLAR

1. Katılımcıların yaş ortalaması $37,8 \pm 11,34$ 'tür.
2. Katılımcıların %63,6'sı kadın, %36,4'ü erkektir.
3. Katılımcıların %72,2'si evli, %23,5'i bekar, %4,3'ü eşinden ayrıdır.
4. Katılımcıların %25,9'unun geliri giderinden az, %38,3'ünün geliri giderine eşit, %35,8'inin geliri giderinden fazladır.
5. Katılımcıların %0,6'sı okuryazar, %24,1'i ilkokul mezunu, %13'ü ortaokul mezunu, %21,6'sı lise mezunu, %9,9'u önlisans mezunu, %8,6'sı lisans mezunu, %21,6'sı lisansüstü mezunu, %0,6'sı doktora mezunudur.
6. Katılımcıların %42'si ev hanımı, %14,2'si serbest meslek, %19,8'i memur, %0,6'sı emekli, %13'ü işçi, %3,1'i öğrenci, %6,8'si işsizdir.
7. Katılımcıların %64,2'sinin anne ve/veya babasında hastalık vardır. Ailesinde hastalık olanların %47,5'inde şişmanlık vardır.
8. Katılımcıların %56,8'i daha önce diyet uygulamıştır. Kadınların daha önce diyet uygulama durumu istatistiksel olarak anlamlı şekilde erkeklerden daha yüksektir. Daha önce diyet uygulayan katılımcıların %30,1'i hedeflenen ağırlığa hiç yaklaşamamıştır.
9. Katılımcıların %29'u sigara, %16,7'si alkol tüketmektedir. Erkeklerin sigara ve alkol tüketme oranı kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.
10. Araştırmaya %24,8'i her zaman, %34,4'ü bazen öğün atlamaktadır. En sık rastlanan ana öğün atlama nedeni ise zaman yetersizliğidir. Katılımcıların %44,5'inin ara öğün alışkanlığı yoktur.
11. Katılımcıların %35,5'inin öğün saatleri düzensizdir.
12. Katılımcıların %46,9'u dışarda yemek yemektedir. Dışardan besin tüketen bireylerin %44,9'u öğle ve akşam yemeklerini dışarıdan tüketmektedir. Dışarıdan besin tüketen bireylerin %51,7'si fast-food ve kebapçılardan besin tüketmektedir.

13. Katılımcıların %80,9'u düzenli egzersiz yapmamaktadır. Katılımcıların ortalama PAL değeri $1,62 \pm 0,28$ 'dir. Erkek katılımcıların PAL değeri $1,63 \pm 0,28$ 'dir. Kadın katılımcıların PAL değeri $1,61 \pm 0,27$ dir.
14. Erkek katılımcıların DRV% enerji, protein, yağ, karbonhidrat sırasıyla 111,08, 133,12, 140,86, 89,27'dir
15. Kadın katılımcıların DRV% enerji, protein, yağ, karbonhidrat sırasıyla 128,68, 143,42, 173,76, 100,44'tür.
16. Erkek ve kadın katılımcıların vücut ağırlığı değerlerinin ortalama ve standart sapma değeri sırasıyla $97,5 \pm 13,6 \text{ kg/m}^2$, $90 \pm 17,8 \text{ kg/m}^2$ 'dir.
17. Erkek katılımcıların %44,1'i fazla kilolu, %49,2'si obez, %5,8'i morbid obezdir.
18. Kadın katılımcıların %28,2'si fazla kilolu, %46,6'su obez, %25,2'si morbid obezdir
19. Kadın katılımcıların BDÖ toplam puanı, yeme kontrolü puanı, enterferans puanı erkeklerden anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur (sırasıyla $p=0,021$, $p=0,019$, $p=0,000$).
20. Hafif şişman bireylerin aşırı şişman bireylere göre; depresyon düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük, düşünmeden yeme, duygusal yeme, yeme kontrolü, farkındalık, yeme disiplini, bilinçli beslenme ve enterferans alt boyut puanları ve yeme farkındalığı toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir.
21. Şiddetli depresyona sahip olan bireylerin, depresyonu olmayan, hafif ve orta depresyonu olan bireylere göre; düşünmeden yeme, duygusal yeme, yeme kontrolü, farkındalık, yeme disiplini, bilinçli beslenme, enterferans ve yeme farkındalığı toplam puanları istatistiksel düzeyde anlamlı derecede düşük bulunmuştur.
22. Katılımcıların Beden Kütle İndeksi ile; Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde orta düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=0,595$, $p=0,000$).
23. Katılımcıların Beden Kütle İndeksi ile; Enerji tüketimi ile istatistiksel olarak pozitif yönde çok yüksek düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=0,948$ $p=0,000$).
24. Katılımcıların Beden Kütle İndeksi ile; Fiziksel Aktivite Düzeyleri ile Beden Kütle İndeksi puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönde hafif düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=-0,399$, $p=0,000$).
25. Katılımcıların Beden Kütle İndeksi ile; düşünmeden yeme(dishinbisyon) puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönde orta düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=-0,411$ $p=0,000$).

26. Katılımcıların Beden Kütle İndeksi ile; duygusal yeme, yeme kontrolü, yeme disiplini, bilinçli beslenme alt puanları arasında istatistiksel olarak orta düzeyde korelasyon bulunmaktadır (sırasıyla $r=0,411$, $p=0,000$, $r=0,439$, $p=0,000$, $r=0,412$, $p=0,000$, $r=0,431$, $p=0,000$).
27. Katılımcıların Beden Kütle İndeksi ile; Farkındalık ve enterferans puanları arasında istatistiksel olarak zayıf düzeyde korelasyon bulunmaktadır (sırasıyla $r=0,294$, $p=0,000$, $r=0,373$, $p=0,000$).
28. Katılımcıların Yeme Farkındalıkları ile; Enerji Tüketimleri arasında istatistiksel olarak negatif yönde orta düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=0,476$, $p=0,000$).
29. Katılımcıların Yeme Farkındalıkları ile; Beden kütle indeksleri arasında negatif yönde orta düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=-0,482$ $p=0,000$).
30. Katılımcıların Yeme Farkındalıkları ile; Fizikse aktivite düzeyi arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=0,376$, $p=0,000$).
31. Katılımcıların Yeme Farkındalıkları ile; Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında negatif yönde yüksek düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=-0,667$, $p=0,000$).
32. Katılımcıların Yeme Farkındalıkları ile; Uyku süresi ile negatif yönlü zayıf düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=-0,213$ $p=0,07$).
33. Katılımcıların Yeme Farkındalıkları ile; Vücut yağ oranı arasında negatif yönde zayıf düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=-0,196$ $p=0,012$).
34. Katılımcıların BDÖ toplam puanları ile; Vücut yağ oranı arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=0,468$, $p=0,000$).
35. Katılımcıların BDÖ toplam puanları ile; Fiziksel aktivite düzeyi arasında negatif yönde orta düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=-0,402$, $p=0,000$).
36. Katılımcıların BDÖ toplam puanları ile; Uyku süresi arasında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=0,200$ $p=0,011$).
37. Katılımcıların BDÖ toplam puanları ile; Enerji alımı arasında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon bulunmaktadır ($r=0,598$, $p=0,000$).

6.2.ÖNERİLER

- Hafif şişman ve obez olan bireylerin toplam enerji, enerjinin yağdan ve proteinden gelen yüzdesinden zengin, vitamin ve mineral yönünden yetersiz beslendikleri görülmüştür. Bu nedenle katılımcılar yeterli ve dengeli beslenme konusunda bilgilendirilmelidir.
- Bireyler fiziksel aktivite yapmaya teşvik edilmelidir.

- Ağırlık kaybı için başvuran obez bireylerde depresyon varlığının yeme farkındalığını azaltabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.
- Ağırlık kaybı için benimsenen geleneksel yaklaşımlara ek olarak yeme farkındalığının artırılmasının faydalı olduğu düşünülmektedir.
- Bireylere düzenli uykunun önemi anlatılmalı ve uyku kalitesinin artırılması teşvik edilmelidir.

6.3.ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI

- Araştırmanın örneklemi ağırlık kaybı için bir merkeze başvuran kişilerden seçildiği için katılımcıların beden kütle indeksleri hafif şişman, obez ve morbid obezle sınırlıdır.



KAYNAKLAR

1. WHO (1997). Preventing and managing the global epidemic : report of a WHO Consultation on Obesity. p. 275.
2. Gadde K. M., Martin C. K., Berthoud H. R., Heymsfield S. B. (2018). Obesity: pathophysiology and management. *Journal of the American College of Cardiology*. 71(1):69–84.
3. Heitmann B. L., Westerterp K. R., Loos R. J. F, Sørensen T. I. A, O’Dea K., Mclean P., Jensen T. K., Eisenmann J., Speakman J. R., Simpson S. J., Reed D. R., Westerterp-Plantenga M. S. (2012). Obesity: Lessons from evolution and the environment. *Obes Rev*. 13(10):910–22.
4. Baysal A. Obezitenin Etiyolojisi Yetiskinlerde ağırlık yönetimi. İstanbul: Türkiye Diyetisyenler Derneği.
5. Balcıoğlu İ., Başer S. Z. Obezitenin Psikiyatrik Yönü. (2008). *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri 62*: 341-348.
6. Özdel O., Sözeri Varma G., Fenkçi S., Karadağ R. F., Oğuzhanoğlu Kalkan N., Ateşçi F. (2011). Obez kadınlarda psikiyatrik tanı sıklığı. *Klinik Psikiyatri*. 14: 210-217.
7. WHO (2021) Obesity and overweight <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> [07.07.2022].
8. TC. Sağlık Bakanlığı (2010) *Türkiye Beslenme Sağlık Araştırması (TBSA)-2010*.
9. TC. Sağlık Bakanlığı (2019) *Türkiye Beslenme Sağlık Araştırması (TBSA)-2017*.
10. Marchesini G., Cuzzolaro M., Mannucci E., Dalle Grave R., Gennaro M., Tomasi F., Barantani E.G., Melchionda N. (2004). Weight cycling in treatment-seeking obese persons: data from the QUOVADIS study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 28(11):1456–62.
11. Bacon L., Aphramor L. (2011). Weight science: Evaluating the evidence for a paradigm shift. *Nutr J* 10(1):1–13
12. Mann T., Tomiyama A. J., Westling E., Lew A. M., Samuels B., Chatman J. (2007). Medicare’s Search for Effective Obesity Treatments: Diets Are Not the Answer. *Am Psychol*. 62(3):220–33.
13. Wansink B., Sobal J. (2007). Mindless eating: The 200 daily food decisions we overlook. *Environ Behav*. 39(1):106–23.

14. Brown K. W., Ryan R. M., Creswell J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychol Inq.* 18(4):211–37.
15. Anderson L. M., Reilly E. E., Schaumberg K., Dmochowski S., Anderson D.A.(2016). Contributions of mindful eating, intuitive eating, and restraint to BMI, disordered eating, and meal consumption in college students. *Eat Weight Disord.* 21(1):83–90.
16. Alberts H. J., Thewissen R., Raes L. (2012). Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite.* 58(3):847
17. Mason A. E., Epel E. S., Kristeller J., Moran P. J., Dallman M., Lustig R. H. (2016). Effects of a mindfulness-based intervention on mindful eating, sweets consumption, and fasting glucose levels in obese adults: data from the SHINE randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine,* 39(2):201-213.
18. WHO 2021 Obesity and overweight <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> [07.012.2021].
19. Lukaski H. C. (1987). Methods for the assessment of human body composition: Traditional and new. *Am J Clin Nutr.* 1987;46(4):537–56.
20. WHO (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic (No. 894). [10.06.2000].
21. Baysal A., Aksoy M., Besler H. T., Bozkurt N., Keçecioğlu S., Mercanlıgil S. M., Kutluay-Merdol T., Pekcan P. ve Yıldız E. (2002). Diyet El Kitabı, Beden Ağırlığının Denetimi. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi
22. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). (2017). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *Lancet* 390(10113) :2627–42.
23. Dönder E., Önalın E. (2018). Obezitenin tanımı, epidemiyolojisi ve klinik değerlendirmesi. *Fırat Tıp Dergisi.* 23: 1-4.
24. Chen Y., Peng Q., Yang Y., Zheng S., Wang Y., Lu W. (2019). The prevalence and increasing trends of overweight, general obesity, and abdominal obesity among Chinese adults: A repeated cross-sectional study. *BMC Public Health.*19(1). a
25. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)-2016 <https://www.tuik.gov.tr/> [07.012.2021].

26. Satman İ., Ömer B., ve ar. (2013). Türk erişkinlerinde diyabet ve prediyabet prevalansı ve risk faktörlerinde on iki yıllık eğilimler, *European Journal of Epidemiology*. 28: 169-180.
27. Gürel F. S., İnan G. (2001) Çocukluk çağı obezitesi tanı yöntemleri, prevalansı ve etyolojisi. 2(3):39-46.
28. Kahan S., Cheskin L. (2014). Obesity and eating behaviors and behavior change. 38716-013
29. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (2014). Obezite tanı ve tedavi klavuzu
30. Hamurcu P., Telatar B., Yeşildağ Ş. (2015). Obezitenin benlik saygısı ve beden algısı üzerine etkisi The impact of obesity on self esteem and body image. *Türk Aile Hek Derg* 19(3):122-8.
31. Özenoğlu A., Gün B., Karadeniz B., Koç F., Bilgin V., Bembeyaz Z., (2021). Yetişkinlerde beslenme okuryazarlığın sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumlar ve beden kütle indeksi ile ilişkisi. *NWSA Acad Journals*. 16(1):1-18.
32. Yücel N. (2008). *Kilolu ve obez kadınlarda obezite ve benlik saygısı ilişkisinin değerlendirilmesi*. (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı Anabilim Dalı. İstanbul
33. Abaci A. (2011). Kardiyovasküler risk faktörlerinin ülkemizdeki durumu. *Türk Kardiyol Dern Ars*. 39(4):1-5.
34. Yüksel M. (2022). Beslenme nörobiyokimyası. Özenoğlu A. (Ed). *Beslenme ve diyetetikte biyopsikososyal konulara multidisipliner yaklaşım* Konya: Eğitim Yanevi. 15-17
35. Öztürk A., (2018). Obezite grelin/leptin ilişkisi. *MKÜT dergisi* 9(35):136-151
36. Nelson T. L., Vogler G. P., Pedersen N. L., Hong Y., Miles T. P. (2000). Genetic and environmental influences on body fat distribution, fasting insulin levels and CVD: are the influences shared? *Twin Res* 3(1):43-50.
37. Loos R. J. F. (2012). Genetic determinants of common obesity and their value in prediction. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 26(2):211-26.
38. Wangensteen T., Undlien D., Tonstad S., Retterstøl L. (2005). Genetic causes of obesity. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 125(22):3090-3.
39. Sengier A. (2005). Multifactorial etiology of obesity: nutritional and central aspects. *Rev Med Brux*. 26(4):211-4.

40. Bäckhed F., Ding H., Wang T., Hooper L. V., Gou Y. K., Nagy A., et al. The gut microbiota as an environmental factor that regulates fat storage. *Proc Natl Acad Sci* 101(44):15718–23.
41. Duffey K. J., Gordon-Larsen P., Jacobs D. R., Williams O. D., Popkin B. M. (2007). Differential associations of fast food and restaurant food consumption with 3-y change in body mass index: the coronary artery risk development in young adults study. *Am J Clin Nutr* 85(1):201–8.
42. Nguyen M. D., Beresford S. A. A., Drewnowski A. (2007). Trends in overweight by socio-economic status in Vietnam: 1992 to 2002. *Public Health Nutr* 10(2):115–21.
43. Egemen İ. (2019). Türkiye’de obezitenin sosyoekonomik belirleyicileri. *UIİİD-IJEAS*, 2019 (25):57-70
44. Zileli R., Şemşek Ö., Diker G. (2016). Bilecik ilinde yaşayan kadınlarda spora katılım, obezite prevalansı ve risk faktörleri *Marmara Univ J Sport Sci* 1(1).
45. Wu Y., Zhai L., Zhang D. (2014). Sleep duration and obesity among adults: a meta-analysis of prospective studies. *Sleep Med* 15(12):1456–62.
46. Olds T. S., Maher C. A., Matricciani L. (2011). Sleep duration or bedtime? Exploring the relationship between sleep habits and weight status and activity patterns. *Sleep* 34(10):1299–307.
47. WHO (2004). Global strategy on diet, physical activity and health. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9241592222> [03.03.2022].
48. Ulaş B., Uncu F., Soylar P. (2016). Prevalence of obesity and physical inactivity in individuals who applied to the family medicine center: the case of Elazığ. *Medicine Science* . 5(2):529-38
49. Doğan N., Toprak D., Demir S. (2011). Afyonkarahisar ilinde obezite prevalansı ve ilgili risk faktörleri, *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 31(1): 122-32.
50. Kaner G., Seremet Kürklü N., Tel Adıgüzel K., Bellikci Koyu E. (2017). İzmir’de beslenme ve diyet polikliniğine başvuran kadınlarda obezite prevalansı ve ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesi *Pam Med J* 10(3):250-257
51. Kutlutürk F., Öztürk B., Yildirim B., Özüğurlu F., Çetin I., Etikan I., et al. (2011). Obezite Prevalansı ve Metabolik Risk Faktörleri ile İlişkisi: Tokat İli Prevalans Çalışması. *Türkiye Klin J Med Sci* 31(1):156–63.

52. Sarría A., Moreno L. A., García-Llop L. A., Fleta J., Morellón M. P., Bueno M. Body mass index, triceps skinfold and waist circumference in screening for adiposity in male children and adolescents. *Acta Paediatr* 90(4):387–92.
53. WHO (2011). Waist Circumference and Waist–Hip Ratio
<http://www.nature.com/doi/10.1038/ejcn.2009.139>
54. Karakaş S., Taşer F., Yıldız Y., Köse H. (2005). Tıp fakültesi ve spor yüksekokulu öğrencilerinde biyoelektriksel impedans analiz yöntemi ile vücut kompozisyonlarının karşılaştırılması *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 6(3):5-9
55. Norman K., Stobäus N., Pirlich M., Bony-Westphal A. (2012). Bioelectrical phase angle and impedance vector analysis--clinical relevance and applicability of impedance parameters. *Clin Nutr* 31(6):854–61.
56. Kaya H., Özçelik O. Vücut Bileşimlerinin Değerlendirilmesinde Vücut Kitle İndeksi ve Biyoelektrik İmpedans Analiz Metodlarının Etkinliğinin Yaş ve Cinsiyete Göre Karşılaştırılması. *F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg.* 23 (1): 01 - 05
57. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
<https://temd.org.tr/yayinlar/kilavuzlar> [07.012.2021].
58. ÖZBAYER C., YAĞCI E. (2018). Obezite, tip 2 diyabet ve insülin direnci arasındaki bağlantı: inflamasyon *Tıp Fakültesi Klinikleri*. 1(2): 27-36
59. Pietiläinen K. H., Róg T., Seppänen-Laakso T., Virtue S., Gopalacharyulu P, Tang J, et al. (2011). Association of lipidome remodeling in the adipocyte membrane with acquired obesity in humans. *PLoS Biol*9(6).
60. Kulie T., Slattengren A., Redmer J., Counts H., Eglash A., Schragger S. (2011). Obesity and women’s health: an evidence-based review. *J Am Board Fam Med* 24(1):75–85.
61. Göktaş S. B., Çelik S. (2018). Obezite ve kanser türleri arasındaki ilişki. *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemfilielik Forumu Dergisi*. 10(1): 84
62. Lee W. J., Ser K. H., Lee Y. C., Tsou J. J., Chen S. C., Chen J. C. (2012) Laparoscopic Roux-en-Y vs. mini-gastric bypass for the treatment of morbid obesity: a 10-year experience. *Obes Surg* 22(12):1827–34.
63. Öz B., Karataş A., Akar Z. A. Koca S. S. (2018). Obezite ve Kas-İskelet Sistemi. *Firat Tıp Der.* 23:42–7.
64. Jones R. L., Nzekwu M. M. U. (2006). The effects of body mass index on lung volumes. *Chest* 130(3):827–33.

65. Assari S., Caldwell C. H. (2015). Gender and ethnic differences in the association between obesity and depression among black adolescents. *J Racial Ethn Health Disparities* 2(4):481–93.
66. Grundy A., Cotterchio M., Kirsh V. A., Kreiger N. (2014). Associations between anxiety, depression, antidepressant medication, obesity and weight gain among Canadian women. *PLoS One* 9(6).
67. Correll C. U., Detraux J., De Lepeleire J., De Hert M. (2015) Effects of antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar disorder. *World Psychiatry* 14(2):119–36.
68. Columbia Health Depression <https://www.health.columbia.edu/content/depression>
69. WHO Depression: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> [02.01.2022].
70. Helvacı Çelik R., Hocaoğlu Ç. (2016). “Major Depressive disorder” definition, etiology and epidemiology: a review. *Journal Of Contemporary Medicine*. 6(1): 51-66
71. Jantaratnotai N., Mosikanon K., Lee Y., McIntyre R. S. (2017). The interface of depression and obesity. *Obes Res Clin Pract*. 11(1):1–10.
72. TC. Sağlık Bakanlığı (2017) *Diyetisyenler İçin Hasta İzleme Rehberi-(2017)*
73. Kabat-Zinn J, Zinn J. Mindfulness meditation in everyday life. 2013 [cited 2022 Jul 10]; Available from: <http://realestateconsultingservice.com/wp-content/uploads/2018/03/97291641-Mindfulness-Meditation-for-Everyday-Life-Kabat-Zinn-Jon.pdf>
74. Bishop S. R., Lau M., Shapiro S., Carlson L., Anderson N. D., Carmody J., Segal Z. V. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clin Psychol Sci Pract*. 11:230–241.
75. Framson C., Kristal A. R., Schenk J. M., Littman A. J., Zeliadt S., Benitez D. (2009). Development and validation of the mindful eating questionnaire. *J Am Diet Assoc*. 109(8):1439-44.
76. Cheung L., Hanh T. (2010). Mindful eating, mindful life.
77. Dalen J., Smith B. W., Shelley B. M., Sloan A.L., Leahigh L., Begay D. (2010). Pilot study: mindful eating and living (meal): weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. *Complement Ther Med*. 18(6):260–4.

78. Miller C. K., Kristeller J.L., Headings A., Nagaraja H. (2014). Comparison of a mindful eating intervention to a diabetes self-management intervention among adults with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Health Educ Behav* 41(2):145–54.
79. Lofgren I. E. (2015). Mindful eating: an emerging approach for healthy weight. *Medicine*
80. Gizem K., Tayfur M., Birincioğlu İ., Dönmez A. Adaptation study of the mindful eating Questionnaire (MEQ) into Turkish. *Bilişsel Davranışçı Araştırmalar* 124-125
81. Karataş Y. F. (2020). *Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin yeme farkındalığı durumlarının değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara
82. Kılıç P., Pekcan G. (2012). Yetişkin bireylerde el kavrama gücü referans değerleri. *Beslenme ve Diyet Derg* 40(1):32–42.
83. Baer R. A., Smith G. T., Hopkins J., Krietemeyer J., Toney L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*. 13(1):27–45.
84. Köse G., Tayfur M., Birincioğlu İ., Dönmez A. Yeme farkındalığı ölçeğini Türkçeye uyarlama çalışması
85. Beck A. T., Ward C. H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4(6):561–71.
86. Hisli N. (1989). Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*. 7(23): 3-13
87. TC. Sağlık Bakanlığı (2016) *Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER)-2015*
88. Uğraş S., Özdenk Ç. (2020). Biyoelektrik impedans yöntemi ve antropometrik ölçümler ile vücut kompozisyon analizinin sedanter genç erkek ve kadınlarda karşılaştırılmalı olarak değerlendirilmesi. *J Heal Sci.* ;29(1).
89. Weiner J., Lourie J. (1969). Human biology, a guide to field methods. International Biological Programme, London (Englan
90. WHO 2000 Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation
91. Pekcan G. (2012). *Beslenme durumunun saptanması*. Ankara. Sağlık Bakanlığı.
92. Özmen D., Çetinkaya A., Ergin D., Şen N. Dünder Erbay P. (2007). Lise öğrencilerinin yeme alışkanlıkları ve beden ağırlığını denetleme davranışları. *Kor Hek*. 6 (2): 98-105

93. Nazlıcan E. (2008). *Adana ili solaklı ve karataş merkez sağlık ocağı bölgesinde yaşayan yaş arası kadınlarda obezite ve ilişkili risk faktörlerinin incelenmesi* (Tıptazmanlık Tezi) Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Adana
94. Çayır A., Atak N., Köse S. K. (2011). Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 64(1):13–9.
95. Sengier A. (2005). L'étiologie multifactorielle de l'obésité: aspects nutritionnels et centraux. *Rev Med Brux.* 26(4):211-4.
96. Tıgılı M., Özel H. G. (2012). Zayıflama diyeti uygulayan bireylerin başarı oranları ve etkileyen etmenlerin saptanması. *Beslenme ve Diyet Derg* 40(1):22–31. 102.
97. Ulutaş A., Atla P., Say Z., Sarı E. (2014). Okul çağındaki 6-18 yaş arası obez çocuklarda obezite oluşumunu etkileyen faktörlerin araştırılması. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni.* 45:192-96
98. Tolstrup J. S., Heitmann B. L., Tjønneland A. M., Overvad O. K., Sørensen T. I. A., Granbæk M. N. (2005). The relation between drinking pattern and body mass index and waist and hip circumference. *Int J Obes* (29(5):490–7.
99. Karadag M. G., Elibol E. (2016). Evaluation of the relationship between obesity with eating attitudes and orthorexic behavior in healthy adults. *Artic Gazi Med J* 27: 107-114.
100. Sağlık Bakanlığı Yetişkin ve Çocukluk Çağı Obezitesinin Önlenmesi için Fiziksel Aktivite Eylem Planı https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/programlar/Eylem_Plani_2019_01_12_2020.pdf [05.06.2022]
101. KARAÇİL M. Ş., Şanlıer N. (2014). Obezogenik çevre ve sağlık üzerine etkileri. *Gümüşhane Univ J Heal Sci.* 3(2).
102. Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Prevalansı Hanehalkı Sağlık Araştırması (STRP) 2017 https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/hastaliklar/kalpvedamar/raporlar/turkey-risk-factors-tur_STEPS-2017.pdf [05.06.2022]
103. WHO. (2018). Global status report on alcohol and health 2018. 2019 [06.06.2022] <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
104. Robinson T. N. (1999). Reducing children's television viewing to prevent obesity: a randomized controlled trial. *JAMA* 282(16):1561–7.

105. Durukan P. (2001). *Fiziksel aktivite ve psikososyal faktörlerin obezite üzerine etkisinin değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Ankara
106. Xu Z., Qi X., Dahl A. K., Xu W. (2013). Waist-to-height ratio is the best indicator for undiagnosed type 2 diabetes. *Diabet Med.* 30(6).
107. Yeşil E., Özdemir M., Çolak G. A., Aksoydan E. (2019). Bel/boy oranı ve diğer antropometrik ölçümlerin kronik hastalık riski ile ilişkisinin değerlendirilmesi. *ACU Sağlık Bil Derg* 2019; 10(2):241-246.
108. T.C Sağlık Bakanlığı Obezite Nedir? <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezite-nedir.html> [03.03.2022].
109. Tanhan F. (2014). Öğretmenlerde irrasyonel inançlar ile cinsiyet ve depresyon ilişkisinin incelenmesi. *Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, (28): 55-73
110. Ünal S., Küey L., Güleç C., Bekaroğlu M., Evlice Y. E., Kırılı S. (2002). Depresif bozukluklarda risk etkenleri. *Klinik Psikiyatri*. 5:8-15
111. Keklik İ., Keklik İ. (2011). Üniversite öğrencilerinin bağlanma stillerinin cinsiyet, kişisel anlamlılık, depresyona yatkınlık ve sürekli kaygı düzeyleriyle ilişkisi. *Eğitim ve Bilim*. 36(159).
112. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımını sonuçları
113. Üstündağ E. G. (2020). *Spor salonunda spor yapan bireylerde yeme farkındalığı ile ortoreksiya nervoza belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Bölümü. Mersin
114. Saygın G. D. (2021). *Üniversite öğrencilerinin yeme farkındalığı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi: sağlık bilimleri fakültesi örneği* Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Aydın
115. Boyraz S. N. (2020). *Lise öğrencilerinde yeme farkındalığı ile olumsuz beden konuşmaları ve sağlık algısı arasındaki ilişkinin incelenmesi ve etkileyen faktörler*. İnönü Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı, Malatya.
116. İlerlemek E. (2021). *The relationship of eating awareness with body mass index in individuals going to A sports club* Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bölümü, İstanbul
117. Kuseyri G. (2020). *Üniversite öğrencilerinde yeme farkındalığı ve sezgisel yeme davranışının beslenme durumu üzerine etkisi* Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik, Ankara

118. Aygündüz B. Ayaktan psikiyatri polikliniğine gelen hastalarda uykusuzluk şiddeti ve yeme farkındalığı arasındaki ilişkinin incelenmesi
119. Linde J. A., Jeffery R. W., Finch E. A., Simon G. E., Ludman E. J., Operskalski B. H. (2007). Relation of body mass index to depression and weighing frequency in overweight women. *Prev Med* 1;45(1):75–9.
120. Johnston E., Johnson S., McLeod P., Johnston M. (2004). The relation of body mass index to depressive symptoms. *Can J Public Heal* 953
121. De Wit L. M., Van Straten A., Van Herten M., Penninx B. W., Cuijpers P. (2009). Depression and body mass index, a u-shaped association. *BMC Public Health*. 13;9:14
122. Sayar G. H. (2018). Contemporary medicine psikiyatrik hastalıklar ve beden kitle indeksi ilişkisi relation of body mass index and psychiatric disorders. *J Contemp Med*. 8(4):326–32.
123. Paans N. P. G., Bot M., Brouwer I. A., Visser M., Penninx B. W. J. H. (2018). Contributions of depression and body mass index to body image. *J Psychiatr Res* 103:18–25.
124. Pelluri R., Kongara S., Chimakurthy J., Mahadevan S., Nagasubramanian V. (2021). The role of body mass index or metabolic syndrome components causing depression in women: an observation from weight reduction clinical trial. *J Clin Pharm Ther* 46(6):1757–63.
125. Demirbas N., Kutlu R., Kurnaz A. (2021). The Relationship between Mindful Eating and Body Mass Index and Body Compositions in Adults. *Ann Nutr Metab*. 77(5):262–70.
126. Özkan N., Bilici S. Are anthropometric measurements an indicator of intuitive and mindful eating? *Eat Weight Disord* 26(2):639–48.
127. Bozoğlan H., Karabudak E. (2016). Yetişkin bireylerin diyet enerji yoğunluğu ile beden kütle indeksi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Derg* 44(3):204–11.
128. Salvo V., Sanudo A., Kristeller J., Schweitzer M.C., Martins P., Favarato M. L. (2021). Mindful eating for overweight and obese women in Brazil: An exploratory mixed-methods pilot study. *Nutr Health* 16
129. Yamaner Y. B. Hitit Üniversitesinde çalışan akademik ve idari personelin fiziksel aktivite ve beden kitle indeksi düzeylerinin incelenmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Ana Bilim Dalı, Elazığ

130. Arslan M., İshak A. (2020). Sağlık Çalışanlarının Uyku Kalitesi ve Fiziksel Aktivite Durumlarının Beden Kitle İndeksi ile İlişkisinin Belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*. 5(1)
131. Durukan A., Gül A. (2019). Mindful eating: differences of generations and relationship of mindful eating with bmi. *Int J Gastron Food Sci*. 1:18.
132. Tulloch A. J., Murray S., Vaicekonyte R., Avena N. M. (2015). Neural responses to macronutrients: hedonic and homeostatic mechanisms. *Gastroenterology* 148(6):1205–18.
133. Sayın K. Obez Bireylerin yeme farkındalığı düzeyleri ile metabolik parametreleri arasındaki ilişki özgün araştırma. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi* 3(2): 93-98
134. Barişkan H., Karakoç Kumsar A. (2020). Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinde abdominal obezite sıklığı ve yeme farkındalık düzeyleri *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 7(2):162–71.
135. Winkens L. H. H, van Strien T., Brouwer I. A., Penninx B. W. J. H, Visser M., Lähteenmäki L. (2018). Associations of mindful eating domains with depressive symptoms and depression in three European countries. *J Affect Disord* 228:26–32.
136. Guyot E., Baudry J., Hercberg S., Galan P., Kesse-Guyot E., Péneau S. (2018). Mindfulness is associated with the metabolic syndrome among individuals with a depressive symptomatology. *Nutrients* 10(2).
137. Köse G. (2017). *Üniversite öğrencilerinin yeme farkındalığının üzerine bir araştırma* (Yüksek Lisans Tezi) Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara
138. Lindsay K. L., Most J., Buehler K., Kebbe M., Altazan A. D., Redman L. M. (2022) Maternal mindful eating as a target for improving metabolic outcomes in pregnant women with obesity. *Front Biosci* 26(12):1548–58.
139. Alliot X., Miragall M., Perdices I., Baños R. M., Urdaneta E., Cebolla A. (2017). Effects of a brief mindful eating induction on food choices and energy intake: external eating and mindfulness state as moderators. *mindfulness* 9(3):750–60.
140. Özdel O., Sözeri Varma G., Fenççi S., Değirmenci T., Karadağ F., Kalkan Oğuzhanoglu N., et al. (2011). Obez Kadınlarda Psikiyatrik Tanı Sıklığı. *Klinik Psikiyatri* 14:210-217
141. Taş H. İ., Ertekin H., Yıldızoğlu Ç. A., Ertekin Y. H., Onsekiz Ç., Tıp M. Ü., et al. (2019). Majör depresif bozukluk tanılı hastalarda yeme tutumu ve vücut kompozisyonunun depresyon şiddetiyle ilişkisi *Kafkas J Med Sci*. 9(1):39–45.

142. Özkan İ., Devrim A., Bilgiç P. (2017). Hafif Şişman ve obez kadınlarda yeme bağımlılığı ile beslenme durumu ve depresyon ilişkisinin değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi* 45(3):242–9.
143. Yıldırım İ., Özşevik K., Özer S., Canyurt E. (2015). Tortop Y. Üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite ile depresyon ilişkisi. *Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi Ve Spor Bilimleri Dergisi* 9
144. Özkan I., Özarslan A., Bekler F. (2015). Üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite uyku kalitesi ve depresyon ilişkisi. *Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi Ve Spor Bilimleri Dergisi Cilt 9*.
145. Köksal T., Sarıkaya S. (2021). Kronik bel ağrılı hastalarda uyku kalitesi; uykunun ağrı, fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Med J West Black Sea* 5(3):481–7.
146. Saka M. (2021). *Yetişkin bireylerde serum folat ve B12 vitamini düzeyleri ile duygudurum ve beslenme durumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara
147. Geyik P. (2020). *Gebelik süresince beslenme durumunun depresyon ile ilişkisi*. (Yüksek Lisans Tezi) Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bölümü, İstanbul

EKLER

EK 1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 22.12.2021-7131



T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı :E-97105791-302.14.01-7131
Konu :Tez Konu Başlığı Hk. (Fatma
KENANOĞLU)

22.12.2021

Sayın Fatma KENANOĞLU

Enstitü Yönetim Kurulunun 20.12.2021 tarih ve 2021/29 nolu kararına göre; tez konu başlığınız Tablo'da belirtilen şekilde uygun bulunmuş olup; Gereğini bilgilerinize rica ederim.

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONU BAŞLIĞI
216104554 Fatma KENANOĞLU	Ağırlık Kaybı İçin Özel Bir Kliniğe Başvuran Hastaların, Yeme Farkındalıkları İle İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi.

Prof.Dr. İbrahim Halil GÜZELBEY
Müdür V.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSC7SCR2U

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/hasan-kalyoncu-universitesi-ebys>

Adres:Hasan Kalyoncu Üniversitesi Havaalanı Yolu Üzeri 8. Km. Şahinbey / Gaziantep
Telefon:0 (342) 211 8080 / 1400/1402 Faks:0 (342) 211 80 81
e-Posta:info@hku.edu.tr Web:0 (342) 211 80 81
Kep Adresi:hasankalyoncu.unv@hs01.kep.tr

Bilgi için: Aylin FİLİZ
Unvanı: Memur
Tel No: 0(342) 211 8080



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 2. Etik Kurul Kararı

HMKÜ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL

KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 17	Tarih: 23/12/2021
	KARAR 17- Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Dr.Öğr.Üyesi Zeynep Parlak ÖZER'in (Diyetisyen Fatma KENANOĞLU'nun yüksek lisans tezi) "Ağırılık kaybı için özel bir kliniğe başvuran hastaların, yeme farkındalıkları ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi" isimli çalışması görüşülmüş olup; çalışma gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve etik kurallara uygun bulunmuş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL ÜYELERİ		
Çalışma Esası:	İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
Etik Kurul Başkanı	Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ	

ETİK KURUL ÜYELERİ							
Ünvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki		Katılım	İmza
Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ Başkan	Veteriner	HMKÜ Veteriner Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Hülya YALÇIN Başkan Yrd.	Nükleer Tıp	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. A.Güler OKYAY Başkan Yrd.	Kadın Hast. Ve Doğum	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Alper ASLAN Üye	Beden Eğitimi	HMKÜ BESYO	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Tümay ÖZGÜR Üye	Patoloji	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Cengiz ARLI Üye	Kulak Burun Boğaz	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr.Öğr.Üyesi Fatma ÖZ Üye	Anatomi	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr.Öğr.Üyesi F. B. ZORTUK Üye	Diş Hekimi	HMKÜ Diş Hekimliği Fakültesi	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Oğuzhan ÖZCAN Üye	Tıbbi Biyokimya	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Oğuz AKKUŞ Üye	Kardiyoloji	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Sibel SEVİNÇ Üye	Hiemşirelik	HMKÜ Sağlık Hiz. YO.	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	

EK 3. Veri Toplama Formu**ANKET FORMU****AĞIRLIK KAYBI İÇİN ÖZEL BİR KLİNİĞE BAŞVURAN HASTALARIN, YEME FARKINDALIKLARI İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

Anket no:

I. GENEL BİLGİLER

1	Yaşınız (yıl):
2	Cinsiyet: 1. Erkek 2. Kadın
3	Medeni durumunuz 1. Evli 2. Bekar 3. Eşinden ayrı/eşini kaybetmiş
4	Eğitim durumunuz nedir? 1. Okuryazar değil 2. Okuryazar 3. İlkokul mezunu 4. Ortaokul mezunu 5. Lise mezunu 6. Önlisans mezunu 7. Lisans mezunu 8. Yüksek lisans 9. doktora
5	Mesleğiniz nedir? 1. Ev hanımı 2. Serbest Meslek 3. Memur 4. Emekli 5. İşçi 6. Çalışmıyor 7. Öğrenci 8. Diğer.....
6	Sosyo-ekonomik durumunuz nedir? 1. Gelirim giderimden az 2. Gelirim giderime eşit 3. Gelirim giderimden fazla
7	Sigara kullanıyor musunuz? (cevabınız hayır ise 9. soruya geçiniz) 1. Evet 2. Hayır
8	Cevabınız "evet" ise günde kaç sigara içiyorsunuz? 1. 1-4 adet 2. 5-9 adet 3. 10-19 adet 4. 20≤ adet
9	Alkol tüketiyor musunuz? (cevabınız hayır ise 11. soruya geçiniz) 1. Evet 2. Hayır
10	Cevabınız "evet" ise ne sıklıkla alkol tüketiyorsunuz. 1. Yılda 1 kez 2. Ayda 1-2 kez 3. Haftada 1-2 kez 4. Her gün
11	Ailenizde hekim tarafından tanısı konulmuş hastalık var mı?
12	1. Yok 2. Şişmanlık 3. Kalp-damar hastalığı 4. Hipertansiyon 5. Hiperlipidemi 6. Diyabet 7. Kanser 8. Ülser/gastrit/reflü 9. Anemi (Demir/B ₁₂ yet.) 10. Böbrek has. 11. Karaciğer/safra kesesi has 12. Osteoporoz. 13. Artrit, gut, romatizmal has. 14. Hipotiroid 15. Hipertiroid 16. Barsak hastalığı 17. diğer....
13	Düzenli spor/ egzersiz yapıyor musunuz? (Cevabınız hayır ise 15. soruya geçiniz.) 1. Evet 2. Hayır

14	Ne tür spor/egzersiz yaparsınız? (Birden fazla seçeneği işareleyebilirsiniz) 1. Yürüyüş 2. Koşu 3. Fitness 4. Yüzme 5. Vücut geliştirme 6. Takım sporları 7. Diğer.....
15	Ne sıklıkla spor/egzersiz yaparsınız? 1. Her gün 2. Haftada 4-5 kez 3. Haftada 2-3 kez 4. Ayda 2-3 kez 5. Ayda 1 kez
16	Uyku saatleriniz düzenli midir? (her gün aynı saatte mi uyuyup uyanırsınız) 1. Evet 2. Hayır
17	Genellikle günde ortalama kaç saat uyursunuz?(saat)
18	Beslenme eğitimi aldınız mı? 1. Evet 2. Hayır
19	Evet ise kimden aldınız? 1. Doktor 2. Diyetisyen 3. Hemşire 4. Diğer.....

II. ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

1	Vücut ağırlığı (kg)	
2	Boy (cm)	
3	Beden kütle indeksi (kg/ m ²)	
4	Bel çevresi (cm)	
5	Kalça çevresi (cm)	
6	Bel/kalça oranı	
7	Vücut yağ oranı(%)	
8	Vücut yağ kütlesi(kg)	
9	.Vücut yağsız kütle oranı(%)	
10	Vücut yağsız kütlesi(kg)	

III. BESLENME ALIŞKANLIKLARI

1	Günde kaç ana öğün yersiniz?
2	Günde kaç ara öğün yersiniz?
3	Ana öğünleri(sabah, öğle, akşam) atlar mısınız? (Cevabınız hayır ise 34. soruya geçiniz.) 1.Evet 2. Bazen 3. Hayır
4	Cevabınız ' evet ' veya ' bazen ' ise genellikle hangi öğünü atlıyorsunuz? 1.Sabah 2. Öğle 3. Akşam

IV.24 SAATLİK FİZİKSEL AKTİVİTE DURUMU (Bir gün boyunca yaptığınız aktiviteleri yazınız. Dün sabah saat kaçta uyandınız? Bir gece önce kaçta yatmışınız? Uyandıktan sonra sırası ile neler yaptınız?)

Aktivite Türü	PAR (katsayı)	Ortalama süre (saat/gün)
Uyku	1	
Uzanarak yapılan işler: dinlenme, TV izleme, kitap-gazete okuma, müzik dinleme)	1	
Oturarak yapılan işler: ders dinleme, TV izleme, ofis işleri (bilgisayar, masa başı işler), ev işleri (sebze ayıklama, örgü örme, dikiş dikme, ütü yapma), diğer (araba sürme, resim yapma, müzik aleti çalma, kağıt oynama, halı dokuma vb.), balık tutma	1.75	
Ayakta yapılan HAFİF aktiviteler: yavaş yürüme, ev temizleme, yemek pişirme, çamaşır yıkama, bulaşık yıkama vb.)	2.75	
Ayakta yapılan ORTA aktiviteler: orta hızda yürüme, bahçe işleri, vb.	3	
Ayakta yapılan AĞIR aktiviteler: tarla işleri (yük taşıma, inşaat işleri vb.)	5	
Spor Faaliyetleri		
HAFİF egzersiz/spor faaliyetleri (aerobik yapma, hızlı yürüme)	3.5	
ORTA egzersiz/spor faaliyetleri (voleybol, tenis, dans, bilardo, dans, halk dansları vb.)	5.5	
AĞIR egzersiz/spor faaliyetleri (basketbol, futbol, kürek çekme, yüzme, squash (duvar tenisi), uzun mesafe koşu, uzak doğu sporları, vücut geliştirme)	7	
TOPLAM		24 SAAT

V.YEME FARKINDALIĞI ÖLÇEĞİ (YFÖ-30)

YEME FARKINDALIĞI ÖLÇEĞİ (YFÖ-30)

Değerli katılımcı, bu anket sizin yeme alışkanlıklarınız ve farkındalığınız ile ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti koyunuz.

1	2	3	4	5
Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman

		1	2	3	4	5
1.	Besinlerin kalorileri hakkında bilgim vardır.					
2.	Ana öğünümü ekmezsiz yiyemem.					
3.	Lokmalarımı çiğnemedem yutarım.					
4.	Sevdiğim yiyeceklerden birini yerken, doyduğumu fark edemem.					
5.	Fast food olmayan bir hayat düşünemiyorum.					
6.	Çevremdekiler çok hızlı yemek yediğimi söyler.					
7.	Gaz yapan yiyecekleri yemekten kaçınırım.					
8.	Yemeden önce yiyeceklerin görüntüsü ve kokusundan keyif alırım.					
9.	Dün akşam ne yediğimi hatırlayabilirim.					
10.	Bir şey ikram edildiğinde düşünmeden yerim.					
11.	Yüksek kalorili besinlerden uzak dururum.					
12.	Protein içeriği yüksek besinleri yemekten tercih ederim.					
13.	Yediğim besinlerdeki ince tatları fark ederim.					
14.	Birdenbire çok acıktığımı fark edip ne bulsam yiyecek duruma gelirim.					
15.	Yediğim her lokmanın tadına varırım.					
16.	Sık sık diyet yaparım.					
17.	Tok olsam bile bir yiyeceğin aklımı çeldiği olur.					
18.	Öğün saatlerim bellidir.					
19.	Yemek yerken çatal yerine kaşık kullanırım.					
20.	Bir öğünde daha fazla yiyemeyecek hale gelene kadar yerim.					
21.	Evin bir yerlerinde dondurma, kurabiye ya da cips varken yemeden duramam.					
22.	Moralim bozulunca ilk aklıma gelen şey yemek olur.					
23.	Canım sıkılınca yerim.					
24.	Sağlıklı beslenirim.					
25.	Yemek çok sıcak ise biraz soğumasını beklerim.					
26.	Yediğimi fark etmeden atıştırırım.					
27.	Küçük lokmalarla yerim.					
28.	Stresli hissettiğimde abur cubur yerim.					
29.	Yerken otomatik pilota bağlarım.					
30.	Mutlu olmak için çikolata yerim.					

VI.BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ)

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (B D Ö)

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

- 6-** 0. Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7-** 0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8-** 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9-** 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10-** 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11-** 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12-** Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13-** 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14-** 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.

3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

18- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo verdim.

20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

ÖĞÜN	Besin Adı-İçindekiler	Miktarı (g)	Artık (%)	Net Miktar (g)
SABAHA				
KUŞLUK				
ÖĞLE				
İKİNDİ				
AKŞAM				
GECE				

VI. 24 SAATLİK BESİN TÜKETİM KAYDI

Ek 4. Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur/Rıza Formu
T.C.

MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur / (Rıza) Formu

Araştırmanın Konusu:	Ağırlık Kaybı İçin Özel Bir Kliniğe Başvuran Hastaların, Yeme Farkındalıkları İle İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi
Araştırmanın Amacı	Ağırlık kaybı için özel bir kliniğe başvuran hastaların, yeme farkındalıkları ile ilişkili faktörlerin belirlenmesidir.
Araştırmaya Katılma Süresi	Aralık 2021-Haziran 2022
Araştırmaya Katılacak Yaklaşık Gönüllü Sayısı	162

Yapmış olduğumuz araştırmada sizlere; 19 soruluk genel bilgiler, 10 soruluk antropometrik ölçümler, 15 soruluk beslenme alışkanlıklarını içeren bir anket formu ve 24 Saatlik Fiziksel Aktivite Durumu Ölçeği, Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), 24 Saatlik Besin Tüketim Kaydı Ölçeği uygulanacaktır. Anketin doldurulması için öngörülen süre 20 dakikadır. Yukarıdaki, araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Bana, tanık huzurunda aşağıda konusu belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve katılmama hakkımın olduğunu, araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğum gibi kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızam ile katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ	
Adı Soyadı:	Telefon : (0)
Adresi:	Faks : (0)

	İmza
Bilgi Verebilecek Kişi:	
VELİ, VASİ VEYA VEKİL (18 yaşından küçük olanlar için)	
Adı Soyadı:	Telefon:
Adresi:	Faks:
Yakınlığı:	İmza:
ARAŞTIRMACI	
Adı Soyadı:	Telefon:
Adresi:	Faks:
	İmza
GEREKTİĞİNDE GÖNÜLLÜ VEYA YAKINININ BAŞVURABİLECEĞİ KİŞİ:	
Adı Soyadı:	Telefon:
Adresi:	Faks:
	İmza
TANIK:	
Adı Soyadı:	Telefon:
Görevi:	Faks:
Adresi:	
NOT:	İmza

NOT: Bu belge dört örnek halinde hazırlanacak, birer örnek araştırmacı, gönüllü, tanık ve kurum tarafından saklanacaktır.

EK 5. İntihal Raporu



LİSANSÜSTÜ TEZ İNTİHAL RAPOR FORMU

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Tez Başlığı: Ağırılık Kaybı İçin Özel Bir Kliniğe Başvuran Hastaların, Yeme Farkındalıkları İle İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi

Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 102 sayfalık kısmına ilişkin, 18/07/2022 tarihinde enstitü sekreterliği/tez danışmanı tarafından intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporu ekte (Orijinal TURNİTİN raporu eklenecektir*) olup, tezin benzerlik oranı alıntılar dahil % 18 'dir. (Benzerlik oranı; alıntılar dahil %30'un üzerindeyse açıklama gerekmektedir).

Uygulanan filtrelemeler:

- Kaynakça hariç
 Alıntılar dahil
 5 kelimededen daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Açıklamalar

Üniversitesi TURNİTİN adlı intihal tespit programı sonucunda; azami benzerlik oranlarına göre 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.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Tarih: 18/07/2022

Adı Soyadı: Fatma Kenanoğlu

Öğrenci No: 216104554

Anabilim Dalı: Beslenme ve Diyetetik AD

Programı: Tezli Yüksek Lisans

Statüsü: Y.Lisans Doktora

*TURNİTİN Programı Orijinal Raporu ektedir.

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.

Dr. Öğretim Üyesi Zeynep PARLAK ÖZER

(Ünvan, Ad Soyad, İmza)

Ek 6. Özgeçmiş

1. Adı, soyadı ve unvanı: Fatma Kenanoğlu, Diyetisyen

2. İletişim bilgileri

Adres

Email

Telefon

2. Öğrenim Durumu :

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Beslenme ve Diyetetik	SANKO Üniversitesi	2019
Y. Lisans	Beslenme ve Diyetetik	Hasan Kalyoncu Üniversitesi	2020-

3. Diğer İş Deneyimi (Eğitim, Sanayi, vb):

İş deneyimi	Unvan	Tarih
Diyetisyen Fatma Kenanoğlu Beslenme ve Diyet Danışmanlığı Merkezi	Diyetisyen	2019-hala devam ediyor

3.Projelerde Yaptığı Görevler:

- Sabri Ülker Vakfı Yemekte Denge Projesi Araştırması- SANKO Üniversitesi, Araştırmacı

4. Katıldığı Eğitim Kongre/Sempozyum

Katıldığı Kurslar

- TDD Farklı Spor Dallarında Egzersiz ve Beslenme Semineri, Gaziantep (Şubat 2018)
- Başkent Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Öğrenci Kolokiyumu, Ankara (Mayıs 2015)