



T.C.

**İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**OBEZ BİREYLERDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE
YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Serenay BENDER

DANIŞMAN

Prof. Dr. Müveddet Emel ALPHAN

Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı

Beslenme ve Diyetetik Programı

İSTANBUL, 2023

ATLAS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
TEZ ONAY SAYFASI

ÖĞRENCİ ADI -SOYADI	Serenay BENDER
ÖĞRENCİ NUMARASI	212108007
PROGRAM ADI	Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans

İstanbul Atlas Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalında Serenay BENDER tarafından hazırlanan “Obez Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi” adlı tez çalışması jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 29/09/2023

Jüri Üyesinin Unvanı, Adı, Soyadı	Çalıştığı Kurum	İmzası
Danışman Prof. Dr. M. Emel ALPHAN	İstanbul Atlas Üniversitesi	
Doç. Dr. Hülya YILMAZ ÖNAL	İstanbul Medeniyet Üniversitesi	
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Betül DEMİRBAŞ	İstanbul Atlas Üniversitesi	

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

Prof. Dr. Hafize UZUN
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

BEYAN

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

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

Serenay BENDER

İTHAF

Annem, Babam ve değerli hocalarıma ithaf ediyorum...



BÜTÇE DESTEKLERİ

OBEZ BİREYLERDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin boyunca başta bilgi, deneyim ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen değerli tez danışman hocam Prof. Dr. Müveddet Emel Alphan olmak üzere Atlas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik bölümündeki tüm hocalarıma, her konuda beni destekleyen ve yanımda olan aileme ve arkadaşlarıma, sonsuz teşekkürü borç bilirim.

Eylül 2023

Serenay BENDER

İÇİNDEKİLER

BEYAN	IV
İTHAF	VI
BÜTÇE DESTEKLERİ	VII
TEŞEKKÜR	VIII
İÇİNDEKİLER	IX
SIMGE/SEMBOL VE KISALTMALAR LİSTESİ	XI
TABLolar LİSTESİ	1
ŞEKİLLER LİSTESİ	3
ÖZET	4
ABSTRACT	6
1. GİRİŞ VE AMAÇ	8
2. GENEL BİLGİLER	9
2.1. OBEZİTE	9
2.1.1. Obezitenin Tanımı	9
2.1.2. Obezite Epidemiyolojisi	11
2.1.3. Obezite Etiyolojisi	13
2.2. SAĞLIK ve YAŞAM KALİTESİ	14
2.2.1. Sağlık Kavramı	14
2.2.2. Yaşam Kalitesi Kavramı	14
2.2.3. Sağlıklı Yaşam Kalitesi Kavramı	16
2.2.4. Sağlığı Geliştirme Kavramı	16
2.2.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	17
2.2.6. Obezitede Sağlık ve Yaşam Kalitesi	17
2.3. OBEZİTEDE YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİĞİ	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI ve TİPİ	22
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ ve ZAMANI	22
3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	22
3.4. ARAŞTIRMANIN ETİK İZİNLERİ	23
3.5. ARAŞTIRMADAKİ VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	23
3.5.1. Bilgi Formu	24
3.5.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	24
3.5.3. Sağlıklı Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short Form-36)	25
3.6. VERİLERİN İSTATİKSEL ANALİZİ	27
4. BULGULAR	28

5. TARTIŞMA	62
5.1. ÇALIŞMANIN SINIRLILIĞI	70
5.2. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ	70
5.3. SONUÇLAR	70
5.4. ÖNERİLER	72
6. KAYNAKLAR	73
EKLER	82
EK1: İntihal Raporu.....	82
EK 2: TEZ KONUSU EKLERİ.....	83
EK 2.1: Bilgi Formu	83
EK 2.2: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	84
EK 2.3: Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	86
EK 2.4: 24 Saatlik Besin Tüketim Kaydı Formu.....	88
EK 3: Etik Kurul İzni.....	89
ÖZGEÇMİŞ.....	90

SİMGE/SEMBOL VE KISALTMALAR LİSTESİ

AKHİ	Avrupa Kardiyovasküler Hastalık İstatistikleri
BKİ	Beden Kütle İndeksi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FTO	Obezite ile İlişkili Gen
HRQoL	Yaşam Kalitesi
MCR-4	Melanokortin-4 Reseptör Geni
MHO	Metabolik Sağlıklı Obez
PKOS	Polikistik Over Sendromu
ŞİYK	Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi
TÜBER	Türkiye Beslenme Rehberi
WAGR	Wilms tümörü
F	ANOVA testi
M	Medyan
N	Sayı
Ort	Ortalama
R	Pearson korelasyon analizi
SS	Standart sapma
t	Bağımsız grup T testi
χ^2	Ki-kare testi

TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1: BKİ Sınıflandırılması (23).....	10
Tablo 2.2: Obezitenin Sebep Olduğu Komplikasyonlar (23).....	11
Tablo 3.1: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	25
Tablo 3.2: SF-36'nın Alt Gruplarının Tanımlanması	26
Tablo 4.1: Katılımcıların Demografik Bilgileri	28
Tablo 4.2: Katılımcıların Cinsiyete Göre Sağlık ve Diyet Öyküsü.....	30
Tablo 4.3: Katılımcıların Cinsiyet ile Demografik Özelliklerinin İlişkisi	32
Tablo 4.4: Katılımcıların Cinsiyete Göre Sağlık ve Diyet Öyküsü İlişkisi.....	33
Tablo 4.5: Katılımcıların Cinsiyete Göre Antropometrik Ölçümleri ve Diyet Öykülerinin Karşılaştırılması	35
Tablo 4.6: Katılımcıların Besin Tüketiminin TÜBER ile Karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.7: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Ölçek Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri	39
Tablo 4.8: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Yaşam Kalitesi Puanlarının İlişkisi.....	41
Tablo 4.9: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Puanlarının BKİ Sınıflandırmasına Göre Karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.10: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Puanlarının Yaş'a göre Değerlendirilmesi.....	44
Tablo 4.11: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Puanlarının Cinsiyete göre Karşılaştırılması.....	45
Tablo 4.12: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Puanlarının Medeni Duruma göre Karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.13: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Puanlarının Öğrenim Durumuna göre Karşılaştırılması.....	49
Tablo 4.14: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Puanlarının Sigara Kullanım Durumuna göre Karşılaştırılması.....	50
Tablo 4.15: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Puanlarının Alkol Kullanım Durumuna göre Karşılaştırılması.....	51
Tablo 4.16: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Puanlarının Tanısı Konulmuş Hastalık Durumuna göre Karşılaştırılması	53
Tablo 4.17: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Puanlarının Son 1 Ayda Hastalık Geçirme Durumuna göre Karşılaştırılması	54
Tablo 4.18: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Puanlarının Ailedeki Birey Sayısına Göre Karşılaştırılması	56

Tablo 4.19: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Puanlarının Ailede Şişman Birey Durumuna göre Karşılaştırılması.....	58
Tablo 4.20: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Puanlarının Mevcut Ağırlıktan Memnuniyet Düzeyine göre Karşılaştırılması.....	61



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3.1: Örneklem Akış Diyagramı..... 23



ÖZET

Bender S. (2023). Obez Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Atlas Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, İstanbul.

Obezite, gün geçtikçe insidansı artan ve 21. yüzyılın pandemisi olarak kabul edilen bir hastalıktır. Obeziteye neden olan genetik faktörlerin yanı sıra esas nedenler yüksek enerjili besinleri içeren, doymuş yağ ve basit şekerden zengin beslenme tipi ve hareketsiz yaşam tarzıdır. Obezite, bireyi sadece fiziksel olarak etkilemekle kalmaz birçok metabolik sorunu da beraberinde getirir.

Araştırmanın amacı, obez bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve yaşam kalitesini değerlendirmektir. Çalışma; yaşları 18-65 arasında değişiklik gösteren yaş ortalaması 30.1 ± 10.6 yıl olan toplam 388 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışmada obez bireylerde ağırlığın yaşam kalitesi üzerine etkisi sağlıklı yeme davranışı ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu çalışma sonucunda; katılımcıların obezite süreleri kadınlarda erkeklere göre daha düşük ve kadınlar ve erkekler arasında ağırlığın kaybı ve korunma süresi açısından benzerlik olduğu bulunmuştur. Kadınların ve erkeklerin arasında enerji, canlılık, vitalite puan ortalamaları sırasıyla, 43.3 ± 18.5 ve 47.7 ± 16.9 olup, puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ve erkeklerin puan ortalaması daha yüksektir. İlaç kullanımı gerektiren hastalık varlığı durumunda kendini gerçekleştirme puanı 29.9 ± 6 , egzersiz puanı 8.3 ± 2.5 , kişilerarası Destek puanı 14.2 ± 2.8 'dir. İlaç kullanımı gerektiren hastalık varlığı olmaması durumuyla karşılaştırıldığında hastalığı olan kişilerin kendini gerçekleştirme, egzersiz, kişilerarası destek puan ortalamaları daha düşüktür. Ailede birey sayısı az ise enerji, canlılık, vitalite puanı 52.7 ± 17.5 genel sağlık algısı puanı 47.4 ± 13.1 ve stres yönetimi puanı 26.3 ± 5.5 'tir. Ailede birey sayısı az olanların yüksek olanlara göre enerji, canlılık, vitalite, genel sağlık algısı, stres yönetimi puan ortalamaları daha yüksektir. Ailede şişman birey varlığında kendini gerçekleştirme puanı 29.7 ± 6.4 , sağlık sorumluluğu puanı 15.4 ± 4.1 , egzersiz puanı 7.9 ± 2.4 , beslenme puanı 5.1 ± 1.4 'tür. Ailede şişman birey olan kişilerin olmayan kişilere göre kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme puan ortalamaları daha düşüktür. Ağırlığından memnun olan katılımcıların kendini gerçekleştirme puanı 35.9 ± 8.9 , beslenme 5.6 ± 1.6 , sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı 116.5 ± 25.9 'dur. Ağırlığından memnun olan

katılımcıların olmayan katılımcılara göre kendini gerçekleştirme, beslenme, sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları daha yüksektir. Bu tez çalışmasında sonuç olarak; obezitenin yaşam kalitesini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumsuz yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar kelimeler: Obezite, Yaşam kalitesi, Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi



ABSTRACT

Bender S. (2023). Evaluation of Healthy Lifestyle Behaviors and Quality of life in Obese Individuals. Master's Thesis, Istanbul Atlas University Graduate Education Institute, Department of Nutrition and Dietetics, Istanbul.

Obesity is a disease whose incidence is increasing day by day and is considered the pandemic of the 21st century. In addition to genetic factors that cause obesity, the main reasons are a diet containing high-energy foods, rich in saturated fat and simple sugar, and a sedentary lifestyle. Obesity not only affects the individual physically but also brings with it many metabolic problems.

The aim of the research is to evaluate healthy lifestyle behaviors and quality of life in obese individuals. Study; It was conducted with a total of 388 participants, whose ages varied between 18-65 and whose average age was 30.1 ± 10.6 years.

In this study, the effect of weight on quality of life in obese individuals was evaluated using the healthy eating behavior scale and the quality of life scale. As a result of this study; It was found that the obesity duration of the participants was lower in women than in men, and there were similarities between women and men in terms of weight loss and maintenance time. The energy, vitality and vitality mean scores of women and men are 43.3 ± 18.5 and 47.7 ± 16.9 , respectively, and a statistical significance was found between the mean scores, and the mean score of men is higher. In case of a disease requiring medication use, the self-actualization score is 29.9 ± 6 , the exercise score is 8.3 ± 2.5 , and the interpersonal Support score is 14.2 ± 2.8 . Compared to those who do not have a disease that requires medication, people with the disease have lower mean scores on self-actualization, exercise, and interpersonal support. If the number of members in the family is small, the energy, vitality and vitality score is 52.7 ± 17.5 , the general health perception score is 47.4 ± 13.1 and the stress management score is 26.3 ± 5.5 . Those with fewer family members have higher average energy, vitality, vitality, general health perception and stress management scores than those with a higher number of family members. In the presence of an obese family member, the self-actualization score is 29.7 ± 6.4 , the health responsibility score is 15.4 ± 4.1 , the exercise score is 7.9 ± 2.4 , and the nutrition score is 5.1 ± 1.4 . Self-actualization, health responsibility, exercise and nutrition average scores are lower for people with an obese family member than for people without. Participants who are satisfied with their weight have a self-actualization

score of 35.9 ± 8.9 , nutrition score of 5.6 ± 1.6 , and healthy lifestyle behavior score of 116.5 ± 25.9 . Participants who are satisfied with their weight have higher mean scores on self-actualization, nutrition, and healthy lifestyle behaviors than participants who are not. As a result of this thesis study; It was concluded that obesity negatively affects the quality of life and healthy lifestyle behaviors.

Keywords: Obesity, Quality of life, Health-related quality of life



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Obezite; insanda kalp damar sistemi, solunum sistemi, hormonal sistem ve sindirim sistemini etkileyen, birçok hastalığa zemin hazırlayan bir hastalıktır (1). İnsülin direnci sendromu, diabetes mellitus, hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, hiperlipidemi, alkolsüz yağlı karaciğer hastalığı, bazı kanserler (prostat, kolorektal, endometriyal ve akciğer), obstrüktif uyku apne sendromu ve osteoartrit gibi eşlik eden hastalıklar artık toplumsal bir sorun haline gelmiştir (2). Obezite, yaşam kalitesini ve ömrü azaltan bir hastalıktır. Metabolik bozuklukların yanı sıra obeziteye bağlı psikiyatrik sorunlar da sık görülmektedir (3).

Vücutun enerji dengesini sağlayamaması sonucu oluşan obezite, sağlık açısından bir tehdit haline gelmeye başlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ye göre obezite tüm yaş gruplarını her yönden etkilemektedir (4). Yaşam kalitesini doğrudan etkileyen bu tehdit, komplikasyonları da beraberinde getirmiştir. Obezitenin yol açtığı komplikasyonların başında, kalp damar sistemi hastalıkları, metabolik sendrom, kas-iskelet sistemi hastalıkları, diyabet, psikolojik komplikasyonlar gelmektedir (5).

Obezitenin tedavisinde beslenmenin rolü oldukça fazladır. Kişiye özel hazırlanan beslenme tedavisi komplikasyonları hafifletmekte ve yaşam kalitesini olumlu anlamda düzeltmektedir (6).

Araştırmanın amacı, obez bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve yaşam kalitesini değerlendirmektir. Obezite ilerleyen yıllarda çocuklarda ve ergenlerde morbidite ve mortalite riskini arttırabilir (7). Obez ergenlerde, psikiyatrik hastalıklar, duygudurum bozuklukları, anksiyete ve yeme bozuklukları gibi hastalıklar, önemli ölçüde yüksektir (8).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. OBEZİTE

Obezite, artan yağ kütlesi, özellikle viseral yağ ile karakterize edilen dünya çapında epidemiyolojik bir durumdur (9). DSÖ'e göre obezite, "yağ dokusunda insan sağlığını bozabilecek düzeyde anormal ve aşırı yağ birikimi" olarak tanımlanmaktadır (10). Sosyal ve psikolojik yönleriyle tüm yaş gruplarını ilgilendiren obezitenin prevalansı giderek artmaktadır (9). DSÖ'nün obezite artışına ilişkin 2016 yılı verilerine bakıldığında, dünya çapında yetişkinlerin %39'unun fazla kilolu, %13'ünün ise obez olduğu görülmektedir (11). Vücuda harcanandan daha fazla enerji alınması olarak tanımlanan pozitif enerji dengesizliği sonucunda görülen obezite önemli bir halk sağlığı sorunudur ve bu fazla enerji, vücudun yağ depolarında depolanarak hücrelerin büyümesine ve işlevlerinin bozulmasına neden olur (12).

2.1.1. Obezitenin Tanımı

Büyüyen yağ hücreleri obezitenin vücut üzerindeki etkilerini ortaya koyarken, bu yağ hücrelerinin salgıladığı sitokinler ile metabolik etkileri ortaya çıkar. Büyümüş adipositler, adipokinler adı verilen antiinflamatuvar ve proinflamatuvar biyoaktif maddeler üretirler (9). Proinflamatuvar adipokin ailesi, leptin, resistin, visfatin, lipokalin 2 ve interlökin 18 gibi faktörleri içerir. Bu faktörlerin artması kronik inflamasyon gelişimine, glukoz metabolizması mekanizmalarının bozulmasına ve insülin direncine neden olur (13). Ayrıca obezite birçok mekanizma ile hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık, diyabet, kanser, uyku apnesi, osteoartrit gibi sağlık sorunlarına yol açabilmektedir (11).

Obezite, aşırı yağ dokusu birikimi (ideal vücut ağırlığının %20'sinden fazlası) ve artmış yağ hücresi boyutu (hipertrofik obezite) veya yağ hücresi sayısı (hipertrofik obezite) veya her ikisi ile karakterize çok faktörlü bir hastalıktır (14).

Artan obeziteye katkıda bulunan çevresel faktörler arasında, azalan fiziksel aktivite, artan televizyon izleme süresi ve hareketsiz bir yaşam tarzı ve artan gıda tüketimi, özellikle yüksek enerjili, yüksek kalorili, lezzetli gıdalar, daha büyük porsiyonlar yer alır (15).

Bir dizi gen, uyum içinde hareket edebilen obeziteye potansiyel katkıda bulunurlar; ikizler üzerinde yapılan çalışmalar, yeme davranışının nispeten yüksek kalıtsallığını (% 53-% 84) göstermiştir (16).

En iyi çalışılan genlerden biri, kendisi mütevazı etkiler gösteren yağ kütlesi ve obezite ile ilişkili (FTO) genidir. Obeziteye neden olan 200'e kadar tek gen mutasyonu tipi bulunmasına rağmen, nispeten az sayıda bireyde monogenik obezite formları vardır (17). Örneğin, en yaygın formlardan bazıları WAGR (Wilms tümörü, aniridia, ürogenital anomaliler ve mental retardasyon), Prader-Willi, Bardet Biedl ve Cohen sendromlarını içerir. Genetik faktörlerin yanı sıra diğer bazı nöroendokrin obezite nedenleri arasında hipotiroidizm, Cushing hastalığı, psödohipoparatiroidizm, büyüme hormonu eksikliği, hipotalamik nedenler ve Polikistik Over Sendromu (PKOS) sayılabilir (18).

Obezite tanımında en sık kullanılan antropometrik parametre beden kütle indeksidir (BKİ) (19). Kilogram cinsinden ağırlığın boyun metre karesine cinsinden bölünmesi ile hesaplanır (20). DSÖ, Avrupa'daki birkaç epidemiyolog tarafından onaylanan uluslararası bir sınıflandırma geliştirmiştir (21).

Dünya Sağlık Örgütü ilk orijinal sınıflandırma sistemini 1995 yılında BKİ; 25 kg/m² ve üzerinde olan şişman bireyler olarak tanımlamış ve bu tanım geliştirilerek BKİ'si 30 kg/m² olan bireyleri de eklenmiştir ve üzerindeki değerler ek obezite kategorisi olarak tanımlanmıştır (22).

Tablo 2.1: BKİ Sınıflandırılması (23)

Sınıflandırma	BKİ (kg/m²)	Ko-morbidite riski*
Zayıf	<18.50	Düşük risk
Normal	18.50 -24.99	Ortalama
Fazla Kilolu	25.00-29.99	Hafif artmış risk
Obezite	≥30.00	
I. Derece	30-34.99	Orta risk
II. Derece	35-39.99	Yüksek risk
III. Derece	≥40.00	Çok yüksek risk

Tablo 2.2: Obezitenin Sebep Olduğu Komplikasyonlar (23)

Diabetes Mellitus	Karaciğer Sirozu	Kısırlık
İnsülin Direnci	Osteoartrit	Yaşam Kalitesinde Düşüklük
Dislipidemi	Venöz Staz ve Ödem	Depresyon
Kalp Hastalığı	Astım	Kanser
Polikistik Over Sendromu	Menstrual Problemler	Gut
Safra Kesesi Hastalıkları	Sırt Ağrısı	Yeme Bozuklukları
Hareket Kısıtlılığı	Gebelik Riskleri	Erken Ölüm

2.1.2. Obezite Epidemiyolojisi

Halk içinde obezite, insanlık tarihi boyunca refah, sağlık ve zenginlik belirtisi olarak görülmüştür. Ancak günümüzde, yaşam standartlarındaki ilerleyici gelişmeler, daha hareketsiz ve düzensiz yaşam tarzlarına ve dünya üzerindeki tüm toplumlarda artan sağlık tehditlerine yol açmaktadır (24). Obezite epidemiyolojisini uzun yıllardır incelemek zordur, çünkü birçok ülke fazla kilonun farklı derecelerini sınıflandırmak için özel kriterler kullanmışlardır (21).

BKİ, obezite sınıflandırılmasında en sık kullanılan parametrelerden birisidir. Mortalite, morbidite ve komplikasyonlar obezite derecesiyle birlikte artar. Ancak, obezite popülasyonun kısa vadede diabetes mellitus, hiperlipidemi ve kardiyovasküler hastalık gibi kardiyometabolik komplikasyonlardan yoksun olduğu bilinen bir alt kümesi vardır (15).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre; Dünya çapında obezite, 1975'ten bu yana neredeyse üç katına çıkmıştır (23). 2016 yılında, 18 yaş ve üstü 1.9 milyardan fazla yetişkin fazla kilolu olarak tanımlanmıştır. Bunların 650 milyondan fazlası ise obezite sınıflandırması içerisindedir. 2020'de 5 yaşın altındaki 39 milyon çocuk aşırı kilolu veya obezite sınıflandırması içerisindedir (23).

Türkiye'de obezite prevalansını araştıran ilk epidemiyolojik çalışma TEKHARF çalışmasıdır (25). Özellikle abdominal obezite ile ilişkili bazı kardiyometabolik risk faktörleri tanımlanabilir. Özellikle 2000 yılından sonra daha kapsamlı ve standardize edilmiş epidemiyolojik çalışmalara hız verilmiştir (26).

Avrupa Kardiyovasküler Hastalık İstatistikleri (AKHI) araştırmasında, genel popülasyonda fazla kilo prevalansı %66.3'tür (erkeklerde %62.1 ve kadınlarda %70.5) olarak bildirilmiştir (27).

Aşırı enerji alımı, enerji harcamasını aşarsa, fazla enerji trigliserit olarak yağ depolarında depolanır ve vücut ağırlığında artış gerçekleşir. Obezitenin neden ve nasıl oluştuğu devam eden araştırmaların konusudur. Obezite gelişiminde birden fazla faktör rol oynamaktadır (28).

Çok sayıda epidemiyolojik çalışma, obezitenin oluşumunda yaş, cinsiyet, ırk, sosyokültürel faktörler (eğitim düzeyi, gelir, medeni durum), biyolojik faktörler, davranışsal faktörler (diyet, sigara, alkol tüketimi, fiziksel aktivite) gibi yaşam tarzı faktörlerinin de ilişkili olduğunu göstermiştir (27,29).

Ülkemizde yapılan altı çalışmada bel ölçüsü kadınlarda 89.7 cm olarak bulunmuştur. Bu bulgu, Türk kadınları arasında erkek obezite oranlarının standart obezite oranlarından daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu, bel ölçümünün kadınların standart fizik muayenesinin bir parçası olduğunu düşündürmektedir (28). Türk kadınları Avrupa ülkeleri arasında en yüksek obezite oranına sahiptirler (30).

Genel olarak, ekonomik değerdeki artış, genel bir nüfusun kentsel alanlara doğru kayması, tarımın ve el emeğinin yerini yerleşik ofis mesleklerine bırakması, teknolojiye gelişmeler (asansörler, kontroller, bilgisayarlar, kısa mesafeli ulaşım) fiziksel aktivitede değişikliklere neden olmaktadır (31).

Türkiye'de 2017 yılında yapılan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırma'sının (TBSA 2017) sonuçlarına göre; Diyetle karbonhidrat tüketiminde düşüş olmakla birlikte hayvansal yağ tüketiminde artış gösterilmiştir (28). Uluslararası pazarda, düşük maliyetli bitkisel yağlar ve yüksek enerji yoğunluklu işlenmiş ürünler, düşük maliyetli olup, çoğu kişi tarafından kabul görmektedir (31).

Diyabet, 2030 yılına kadar pandemik seviyelere ulaşma tehdidinde bulunan küresel bir sağlık sorunudur. 2014 itibariyle, dünya çapında diyabetle yaşayan 387 milyon insan bulunmaktadır. Ayrıca, bozulmuş glikoz toleransı olan yaklaşık 316 milyon kişi hastalık açısından yüksek risk altındadır ve bu sayının 2035 yılına kadar 471 milyona ulaşması beklenmektedir (32). Obezite ve diyabetin ikiz salgını, küresel olarak büyük bir krizdir. Birkaç epidemiyolojik çalışma, obezite ve diyabetin paralel olarak arttığını ortaya koymaktadır (24,25).

Eğitim düzeyi ile obezite prevalansı arasında negatif bir ilişki vardır. Aslında bu parametre düşük/yüksek gelir parametresiyle de ilişkilidir. Yetersiz beslenme eğitimi, obezitenin bir nedeni olarak görülmektedir (33).

Obezite salgınının bugün ulaŐtıđı dramatik seviye göz önüne alındığında, beslenme üzerine tarih veya coğrafya öğretimine eŐdeđer geçici kurslar hem ilköğretim hem de ortaöğretim düzeyinde okullarda sistematik olarak sağlanmalıdır. Böyle bir eğitim, sistematik bir enerji harcama aktiviteleri organizasyonu ile birleŐtirilmelidir (34).

2.1.3. Obezite Etiyolojisi

Obezitenin etiyolojisinde birçok faktör bulunur. Obezite multifaktöriyel ve kompleks bir hastalıktır. Tüm toplumlarda yaygın durumda olmakla birlikte her yıl en az 3.4 milyon kişi obezite sebebiyle hayata veda etmektedir (9). Obezitenin ortaya çıkıŐında psikolojik, çevresel faktörler, genetik faktörler biyokimyasal faktörler gibi çeşitli etmenler obezitenin oluşumunda rol oynamaktadır (9).

Yağ hücrelerinin boyutu veya sayısı, yağ hücrelerinin dağılım gösterdiği alan, bazal metabolizma hızı genler tarafından değişiklik gösterir. Ailede obez bir bireyin olması, diğer aile üyelerinin obez olma riskini arttırır (10). Genetik faktörler için yapılan çalışmalar sonucunda vücut ağırlık deđiŐimini etkileyen genler ortaya konulmuŐtur. Bunlardan birkaçı; Ob geni, adinopektin ve FTO genidir (9). Melanokortin reseptörü – 4 (MCR-4) ‘nde gerçekleŐen mutasyonlar, direkt obezite ile bağlantılıdır (17). MCR-4 gen mutasyonu, obezitenin % 1-4’ ünün sebebidir (9).

Obezitenin ortaya çıkıŐ aŐamasının temellerinden biri de azalan fiziksel aktivite düzeyi ve alınan enerjinin gereğinden fazla olmasıdır. Ortaya çıkan enerji dengesizliği obeziteyi oluşturur (35). Ayaküstü (fast-food) tüketilen sağlıklı olmayan besinlerle basit karbonhidrat ve Őeker içeriği yüksek, bitkisel posa miktarı düşük ve fazla ve zararlı yağlardan zengin beslenme düzeni obeziteye neden olur (28). Teknolojinin gün geçtikçe ilerlemesi, fiziksel aktivite düzeylerinin düŐmesine sebep olmaktadır. Bu durumda obeziteye olan eğilimi arttırmaktadır (26).

Obezitenin görülme oranı bebeklik döneminde tüketilen besinlerden, verilen anne sütü miktarından ve kalitesinden etkilenmektedir. Anne sütü alan bir bebek ile anne sütü almayan bir bebek karşılaştırıldığında anne sütü almayan bebeğin obeziteye daha yatkın olduğu görülmüştür (36). Obezite sağlığı her yönden etkilemektedir, buna psikolojik

sağlık da dahildir. Obezitenin neden ve nasıl ortaya çıktığı araştırılmaya devam etmektedir (36).

2.2. SAĞLIK ve YAŞAM KALİTESİ

2.2.1. Sağlık Kavramı

DSÖ sağlığı şu şekilde tanımlamaktadır: “Sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, ruhsal, bedensel (fiziksel) ve sosyal tam bir iyilik durumudur” (23).

Sağlık kavramı, insanların yaşamının merkezinde bulunmaktadır. Sağlık kavramı toplumlara bağlı olarak kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Sağlıklı kategoride kabul edilmek için sadece hastalık durumunun olmaması yeterli değildir (37). Kişinin hem ruhsal hem bedensel hem de sosyal anlamda refah durumunda olması ile ancak “sağlıklı birey” kabul edilebilir.

Sağlığın “iyi” kabul edilmesi; sosyal, ekonomik ve kişisel yaşam için oldukça önemlidir. Bu, doğrudan yaşam kalitesini etkileyen önemli bir konudur (38).

A. Fiziksel sağlık: Fiziksel muayene ve teşhis prosedürleri ile tespit edilebilecek sağlık durumudur. Fiziksel uygunluk açısından kişinin temel insani ihtiyaçlarını yeterli ve sorunsuz bir şekilde karşılayabilmesi gerekir (39).

B. Ruh sağlığı: Birey, kendisi ve çevresiyle her zaman denge ve uyum içinde hisseder, düşünür ve hareket eder. Ancak bu denge durağan değil, değişken bir denge ve esnek bir uyumdur (39).

C. Sosyal sağlık: Toplum sağlığını etkileyen en önemli faktörler, bireyin başkalarıyla iletişimi, sevilmesi, aidiyet duygusu, çalışma durumu, aile ve meslektaşlarla ilişkileri, dernekler, yaşamını ve gelişimini etkileyen tiyatro, sinema gibi sosyal etkinliklerdir (39). Obezite, özellikle morbid obezite, fiziksel, psikolojik, sosyoekonomik, ailesel veya davranışsal sorunları olan hastaların yaşamları için önemli sağlık riskleri oluşturur ve yaşam kalitelerini düşürür (40).

2.2.2. Yaşam Kalitesi Kavramı

Yaşam kalitesi, bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında ve amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları ile ilişkili olarak yaşamdaki yerlerini nasıl gördüklerini ifade eder (41). DSÖ'nün tanımına göre yaşam kalitesi, bireyin içinde yaşadığı kültür ve değerler sistemi bağlamında yaşamdaki konumuna ilişkin algısıdır.

Yaşam kalitesi, sosyal ilişkiler, kişisel inançlar (örneğin, manevi bir varlığa bağlılık, yaşamın anlamı, bütünlük ve manevi güç) ve çevre ile ilişkilerden karmaşık bir şekilde etkilenir (42). Maneviyat da yaşam kalitesinin önemli bir bileşeni haline gelmiştir (43).

Terapötik müdahalelerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisine ilişkin artan sayıda çalışma, araştırmacıların ve klinisyenlerin hastaya karşı bütüncül bir tutuma sahip olma eğiliminde olduklarını göstermektedir (44). Çok sayıda çalışma, obez hastalarda yaşam kalitesi ölçümünün tedavinin etkilerini değerlendirmek için yararlı olduğunu ve klinik yolların, hizmet sunumunun, sağlık harcamalarının ve halk sağlığı politikasının gelişimini etkileyebileceğini de göstermiştir (45).

Yaşam kalitesi, sadece bireylerin fiziksel sağlıklarını değil, aynı zamanda zihinsel ve sosyal sağlıklarını da içerir. Örneğin, bir kişinin sevdikleriyle sağlıklı ilişkilere sahip olması, iş ve okulda başarılı olması, toplulukta yer alması gibi faktörler yaşam kalitesini olumlu yönde etkiler. Bu nedenle, yaşam kalitesi, bireylerin mutluluğu, tatmini ve genel refahı için önemlidir (2).

Sağlık ve yaşam kalitesi birbirini tamamlayan kavramlardır. Sağlıklı bir beden ve zihin, yaşam kalitesinin artmasına yardımcı olurken, yüksek bir yaşam kalitesi de bireylerin sağlıklarını korumalarına yardımcı olur. Özellikle sağlık sistemi ve toplum olarak, yaşam kalitesinin artırılması için çaba göstermeli ve öncelik verilmelidir (46).

Sağlık ve yaşam kalitesi birbirini pekiştiren ve iç içe geçen alanlardır. Yaşam kalitesi, fiziksel, sosyal ve ekonomik durumları ne olursa olsun bir bireyin ihtiyaçlarının karşılandığı ve mutluluk ve doyum için fırsatlardan mahrum bırakılmadığı hissini yansıtır (46). Bu nedenle, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde yaşam kalitesini iyileştirme ve önlenebilir hastalıkları önleme hedefleri giderek daha önemli hale gelmektedir. Motivasyonun da sağlık ve yaşam kalitesiyle ilişkisi vardır (41).

Motivasyonu olan bir birey, faaliyetlerinin sonucunda iç huzuru ve zevki tatması mümkündür. Özellikle yaşlılar, kronik hastalar, ölümcül hastalar ve engellilerin ihtiyaçlarının karşılanması için yaşam kalitesinin artırılması ve sağlıklarının korunması büyük önem taşır. Bu nedenle, sağlık sistemi ve toplum olarak, bireylerin ve dolayısıyla toplumun yaşam kalitesinin artırılması için çaba gösterilmeli ve yaşam kalitesinin artırılmasına öncelik verilmelidir (46).

Hayat iki boyutta değerlendirilebilir: Nitelik ve nicelik. Yaşamın niceliği veya niteliği, yaşam süreci olarak tanımlanırken, kalite bireyin fiziksel çevresi, sosyoekonomik durumu vb. birçok faktörü içeren çok boyutlu bir kavramdır (41).

Kalite, beklenen mükemmel derece düzeyidir. Kalite, belirli kriterlere (ölçü, nicelik, süreç, zaman, test) göre ölçülebildiği için objektiftir, ancak aynı zamanda sübjektif bir kavramdır, çünkü kişisel değer yargıları, zevk ve psikolojiden (duygusal) etkilendiği için kişisel duygu ve duygulardan bağımsız değildir (41).

2.2.3. Sağlıklı Yaşam Kalitesi Kavramı

Yaşam kalitesi kavramı, DSÖ'nün sağlık, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve herkes için sağlık vizyonuna uygun olarak, sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik çağdaş yaklaşımlarda ancak son zamanlarda ele alınmaktadır (47). DSÖ'nün sağlığı "yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak tam bir iyilik hali" olarak tanımlamasından sonra, yaşam kalitesi kavramı sağlık uygulamaları ve araştırmalarında ölçmek için giderek daha önemli hale gelmiştir (42).

Yaşam kalitesi ile sağlıkla ilgili yaşam kalitesi farklı kavramlardır. Yaşam kalitesi, fiziksel, işlevsel, duygusal/zihinsel ve sosyal boyutları olan daha geniş ve çok boyutlu bir kavramdır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise yaşam kalitesinin sadece bir bölümünü oluşturmakta ve bireyin sağlık durumundan duyduğu memnuniyeti ve duygusal tepkisini içeren bir kavram olarak kabul edilmektedir (38). Günümüz dünyasında tıp bilimi, sadece hastalıkları ortadan kaldırmak için değil, aynı zamanda insanların yaşam kalitelerini yükseltmek için de sürekli ilerlemektedir. Bu nedenle klinik araştırmalarda iyilik hali ve yaşam kalitesi ölçütleri giderek daha fazla aranmakta ve kullanılmaktadır (38).

2.2.4. Sağlığı Geliştirme Kavramı

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, bireylerin yüksek düzeyde fiziksel, zihinsel ve sosyal refah elde etmek için davranışlarını değiştirme yollarını ve değişim sürecini etkileyen faktörleri tanımlar (48). Davranış değişikliğine odaklanan bu tanımda, davranışın kazanılması, sağlığın en üst düzeyde kurulmasından önce gelir. Çünkü sağlığı geliştirmenin amacı, olumlu davranışların kazanılmasını ve sürdürülmesini sağlamaktır (48). Sağlığı geliştirme faaliyetleri iki kısma ayrılır:

- Sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını elde etmek ve sürdürmek için kişisel davranışlar edinmek,

- Edinilmiş davranışların devamını destekleyecek araştırmalar yapmak.

Yaşam tarzı, sağlıklı davranışı ifade eden bir kavram olduğu için, sağlıklı davranış araştırmaları ağırlıklı olarak yaşam tarzına odaklanmaktadır (49). Sağlığı geliştiren

davranışlar; kişisel iyilik halini arttıran ve kendini gerçekleştirmeyi sağlayan davranışları içerir (49).

2.2.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlık davranışları, kişinin sağlığını korumak, hastalıklardan korunmak ve hastaliksız davranışlar sergilemek için yaptığı davranışlardır (48). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, kişinin kendi sağlığını iyileştirme ve kendi sağlığı üzerinde kontrol sahibi olma yeteneğinin edinilmesi olarak tanımlanmaktadır. Sağlığı geliştirici davranışların benimsenmesi ve kullanılması, hastalıkların önlenmesi, erken teşhis ve sağlığın sürdürülmesinde kritik öneme sahiptir (48). Bireyin sağlığını geliştirmede başarılı olabilmesi için sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımı, beslenme davranışları, fiziksel aktivite, şiddet içeren davranışlar, cinsel davranışlar, sağlıksız ağırlık kontrolü, ailedeki diğer kişilerle iletişim sorunları gibi riskli davranışlardan kaçınması ve stres yönetimine dikkat etmesi gerekir. Bu davranışları hayata bakış açısı olarak benimseyen ve hayatının her alanında uygulamaya çalışan birey, sağlığını başarılı bir şekilde koruyabilir ve mevcut durumunu iyileştirebilir (50).

Besin tüketimi ve yeme davranışı; bireyin fiziksel, psikolojik ve ruhsal sağlığında önemli rol oynamaktadır. Bireyin yaşam tarzı, yaşam kalitesini ve ömrünü etkiler. DSÖ, gelişmiş ülkelerde ölümlerin %70-80'inin ve gelişmekte olan ülkelerde %40-50'sinin yaşam tarzıyla ilgili hastalıklardan kaynaklandığını tahmin etmektedir (37). Bireyin sağlık algısı ve bunun davranışlarına yansımaları bu hastalıkların ortaya çıkmasında önemli rol oynamaktadır. DSÖ, bir bireyin sağlık kalitesinin %60'ının davranış ve yaşam tarzından kaynaklandığını belirtmektedir (37).

Ölüm nedenlerine baktığımızda kronik hastalıklar listenin başında yer alıyor. Bu sonuçlar kronik hastalık ve yaşam tarzı arasında güçlü bir ilişki olduğunu düşündürmektedir (37).

2.2.6. Obezitede Sağlık ve Yaşam Kalitesi

Obezitede morbidite ve mortaliteyi arttıran, yaşam kalitesini ve yaşam süresini azaltan birçok komplikasyon olduğu bilinmektedir. Obezite yaşam beklentisini ortalama 6-7 yıl azaltır, örneğin; 30-35 kg/m² arasındaki BKİ değerleri, yaşam beklentisini 2-4 yıl azaltırken, BKİ \geq 40 kg/m² olması durumunda yaşam süresi 10 yıl kısalmıştır (51).

Obezitenin komplikasyonları ya doğrudan obezite ile ilişkilidir ya da dolaylı olarak sedanter yaşam ve sağlıksız beslenmenin ana etki mekanizmaları ile ilişkilidir. En güçlü ilişki ise obezite ile tip 2 diyabet arasındadır. Diyabetin en önemli nedenlerinden birisi obezitedir (52).

Obezite ile ilgili önemli hastalıklardan birisi kardiyovasküler hastalıklardır; diğerleri ise; hipertansiyon, inme, koroner arter hastalığı, venöz dolaşım bozuklukları, venöz tromboz, osteoartrit, gastrointestinal hastalık, gastroözofajial reflü, alkolsüz karaciğer hastalığı, intrauterin membranöz ve meme kanserleri ve kolorektal kanserlerdir (52). Bununla birlikte, obezite ile ilişkili komorbid hastalıkların gelişmesi için bireysel riskte, sadece adipozitenin boyutuyla açıklanamayan büyük bir değişkenlik vardır (53). Obeziteli bireylerin bir kısmının kardiyometabolik anormallikler için önemli ölçüde daha düşük bir riske sahip olduğuna dair gözlemler, metabolik olarak sağlıklı obezite (MHO) kavramına yol açmıştır (53).

Metabolik anormalliklerin olmaması, metabolik olarak sağlıklı bireylerde obezite ve sağlıksız bireylere göre tip 2 diyabet ve kardiyovasküler hastalık riskini azaltabilirken, yine de sağlıklı zayıf bireylere göre daha yüksektir (54).

Ek olarak, MHO, sağlıksız obezitesi olan hastalarla aynı ölçüde vücut ağırlığını azaltmaktan fayda sağlayamayan terapötik kilo verme girişimlerini daha da haklı çıkaran geçici bir fenotip gibi görünmektedir (54). Metabolik olarak sağlıklı obezite, obeziteyi kardiyometabolik komplikasyonlara bağlayan mekanizmaları incelemek için bir modeli temsil eder. Metabolik olarak sağlıklı obezite, obezite tedavisi gerektirmeyen, ancak kişiselleştirilmiş ve risk sınıflandırılmalı bir obezite tedavisi için karar vermede yol gösterici olabilecek güvenli bir durum olarak görülmemelidir (54).

2.3. OBEZİTEDE YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİĞİ

Metabolik bozukluklar arasında metabolik sendrom, prediyabet, hiperlipidemi ve PKOS yer alır. BKİ ve bel çevresi; diyabet, alkole bağlı olmayan karaciğer hastalığı, PKOS, osteoartrit gibi obeziteye bağlı komorbiditeler dikkate alınması gereken hastalıklardandır (55).

Sanayi Devrimi ile başlayan teknolojik gelişme, hızlı kentleşme ve küreselleşme günümüzde insanların yaşam biçimlerini değiştirmiştir (56). Bu nedenle bir zamanlar çok sayıda ölüme neden olan bulaşıcı hastalıklar yerini günümüzde yüksek tansiyon, obezite

(yetersiz beslenme ve dengesizlik sorunları), fiziksel hareketsizlik, tip II diyabet, ruh sağlığı sorunları ve koroner kalp hastalığı gibi sağlık sorunlarına bırakmıştır (56).

Ağırlık kaybı tedavisi; toplumsal düzeyde obezite epidemisinin gelişimini önlemede etkili olmasa da bireysel düzeyde ağırlığa bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltmada önemli role sahiptir (57). Obezite tedavisinin ilk aşaması; diyet, egzersiz ve davranış terapisi, sıklıkla yaşam tarzı değişikliği olarak adlandırılır. İlgili terapötik stratejiler, uzun vadeli etkili ağırlık kontrolünü desteklemek ve tekrar ağırlık kazanımını önlemek için kullanılabilir (58).

Davranışçı terapi, ağırlık kaybı hedeflerini belirler, bu hedeflere ulaşmadaki zorlukları tanımlar ve küçük ama önemli değişikliklere odaklanır. Bu tedavi yaklaşımı kendini izleme, uyarıcı kontrolü, stres yönetimi, beslenme, fiziksel aktivite, problem çözme, ödül davranış değişikliği, bilinç yapısı, sosyal destek ve yeniden yapılanmayı önlemek için eğitim içeren davranışsal bir yaklaşımdır (38). Farklı hastalıkları olan hastaların yaşam kalitesine olan ilgi artmaya devam etmektedir (57). Son yıllarda, dünya, obezite prevalansında çarpıcı bir artışa tanık olmuş ve bunun sağlık ve yaşam kalitesi sonuçlarına olan ilgiyi arttırmıştır. Obez bireylerin yaşam kalitesi üzerine yapılan araştırmalar, ağırlık kaybının yaşam kalitesini iyileştirdiği kanıtlanmıştır (59).

Psikolojik açıdan bakıldığında, fazla kilolu veya obez olmak çocukların depresyona, kaygıya, duygusal bozukluklara ve ruh hali bozukluklarına yatkınlığını artırır (60). Horae ve ark. aşırı kilolu veya obez olan çocukların normal kilolu akranlarına göre depresyondan 1.83 kat daha fazla muzdarip olduğunu bulmuştur (61). Benzer şekilde, Sanderson ve ark, 20 yıllık boylamsal bir kohort çalışması boyunca aşırı kilolu veya obez olan çocukların duygudurum bozukluklarından muzdarip olma olasılığının daha yüksek olduğunu buldular. Bu nedenle, aşırı kilolu veya obez olmanın çocuklarda yaşam kalitesini olumsuz etkileyebileceği çok açıktır (62).

Aşırı kilolu veya obez olmak, çocukların ve ergenlerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir ve obezite ile ilgili müdahaleler, obez çocuklarda yaşam kalitesini iyileştirebilir. Fiziksel aktivitenin benlik saygısı ve öz-yeterlik ile olumlu bir şekilde ilişkili olduğunu gösteren artan kanıtlar vardır (63, 64) ve bu olumlu özellikler güveni ve yaşam memnuniyetini artırabilir, böylece daha yüksek yaşam kalitesine katkıda bulunur. Aşırı kilolu veya obez olmak genellikle ergenliğin daha erken başlamasına neden olarak bu boşluğu daha da genişletir (65). Örneğin, vücut yağ içeriği daha fazla olan kızların daha genç yaşlarda menarş yaşama olasılığı daha yüksektir. Brown DW ve ark. daha önce

fiziksel aktivitenin hem erkekler hem de kadınlar için yaşam kalitesini iyileştirdiğini gösteren çalışmalar yapmıştır (66). Klinik (örn. bariatrik cerrahi ve ilaçlar) ve davranışsal (örn. diyet ve egzersiz) müdahalelere dayanan ağırlık kaybı müdahalelerinin, yalnızca fiziksel sağlık sonuçlarını değil aynı zamanda sağlıkla ilgili yaşam kalitesini de etkilediği gösterilmiştir (67). Çalışmalar "Başlangıç ve takip arasında yaşam kalitesinde ölçülen iyileşmelerin, takipte BKİ'deki azalma tarafından tahmin edilenden daha büyük olduğunu" ve "kaybedilen her kilogram veya vücut ağırlığının kaybedilen yüzdesi için yaşam kalitesi iyileşmenin daha büyük olduğunu" gösterdi (68). Sağlıklı ağırlık kaybı ile ideal ağırlığa ulaştıkça, yaşam kalitesinde iyileşme de o kadar iyi olur (69). Yapılan bir çalışmada ortalama BKİ 42 kg/m² (n=109) olan bir grup hasta, obezite cerrahisi geçirmeden önce PROS anketini ve Ağırlık Yaşam Kalitesinin Etkisi anketini doldurdu. Anket, hastalara ağırlıklarını veya vücut şekillerini ne ölçüde rahatsız edici olarak algıladıklarını sormak için kullanıldı. Ortalama BKİ 29 (n = 95) olan başka bir grup, obezite cerrahisi geçirdikten 1-5 yıl sonra PROS anketini tamamladı. Cerrahi tedavi istemeyen obez hasta grupları da dahil olmak üzere hastaları zaman içinde takip etmek için anketi kullanan çalışmalara ihtiyaç vardır (71). Bu çalışma sonucunda; Şiddetli obezitesi olan hastalarda genellikle sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düşüktür ve bu nedenle tedavinin ana hedefi bunu iyileştirmektir (72). Obezite cerrahisi sonrası çoğu hasta yaşam kalitesinde iyileşme sağlasa da az ağırlık kaybetmiş ve olumsuz etki yaşayan bazı hastalarda kötüleşme görülmektedir (73).

Yaşam kalitesi ölçümlerinde sıklıkla fiziksel sağlık ve işlevsellik, ruh sağlığı, sosyal etkileşim ve ekonomik durum referans alınmaktadır (74). Fiziksel ve psikolojik problemler nedeniyle, obezitesi olan kişiler, diğer şeylerin yanı sıra, sağlıkla ilişkili yaşam kaliteleri üzerinde yıkıcı bir etkiye sahip olan günlük aktivitelerini gerçekleştirme kapasitelerinde engellenmektedir (75). Diğer çalışmalar, ağırlık kaybı ile iyileştirilmiş yaşam kalitesi arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir; bu ilişkinin ana nedenlerinden biri, diabetes mellitus, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık gibi ağırlık kaybıyla ilgili metabolik komorbiditelerin azalmasıdır (76). Yaşam kalitesi etkisi en yüksek "Acı/rahatsızlık" boyutundaydı. Bu boyut, obezite ile doğrudan ilişkilidir, çünkü kilo veren kişiler fiziksel işlevlerin iyileştiğini ve vücut ağırlıklarının azaldığını bildirmektedir (77). Hastalığa özgü yaşam kalitesi için en düşük puan "Beden imajı" ölçeğinde gösterilmektedir. Çeşitli araştırmalar, aşırı kilo ve obezitenin vücut memnuniyetsizliği ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir (75). Cerrahi

tedavi arayan obez bireylerin, tedavi aramayan obez bireylerle karşılaştırıldığında, genel olarak yaşam kalitesinde daha ciddi bir düşüş gösterdiği ileri sürülmüştür.

Psikiyatrik hastalık, obezitesi olan kişilerde daha düşük duygusal iyilik hali ile güçlü bir şekilde ilişkilidir (78). Yapılan çalışmalarda obezitesi olan hastalarda antidepresan kullanımı referans popülasyona göre daha yaygındı. Bu, psikiyatrik morbidite prevalansının daha yüksek olduğunu gösterir ve bu da gruplar arasında bulunan yaşam kalitesi farkının bir açıklaması olabilir (79).

Kilo verme tedavisi arayan obezite hastalarının akıl hastalığından muzdarip olma olasılığı daha yüksektir ve genel popülasyona göre daha kötü yaşam kalitesi sergilemektedir (80).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI ve TİPİ

Araştırmanın amacı, obez bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve yaşam kalitesini değerlendirmektir. Araştırma tanımlayıcı-kesitsel bir araştırmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ ve ZAMANI

Araştırmada kullanılan anket formları Google Forms programında hazırlanmış ve Kasım 2022- Şubat 2023 tarihleri arasında online olarak whatsapp ve instagram gibi sosyal ağlar üzerinden katılımcılara ulaştırılmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Örneklem; evreni belli olmayan örneklem hesaplama formülüne göre hesaplanmıştır.

Çalışmanın evreni maksimum evren olarak belirlenmiştir.

$$n = \frac{t^2 \cdot XpXq}{d^2} = 384$$

t:t-tablosundan %95 güven düzeyinde "sonsuz" serbestlik derecesindeki değer (=1,96)

n:Saptanacak optimum örneklem büyüklüğü

p:İncelenen olayın görülüş sıklığı

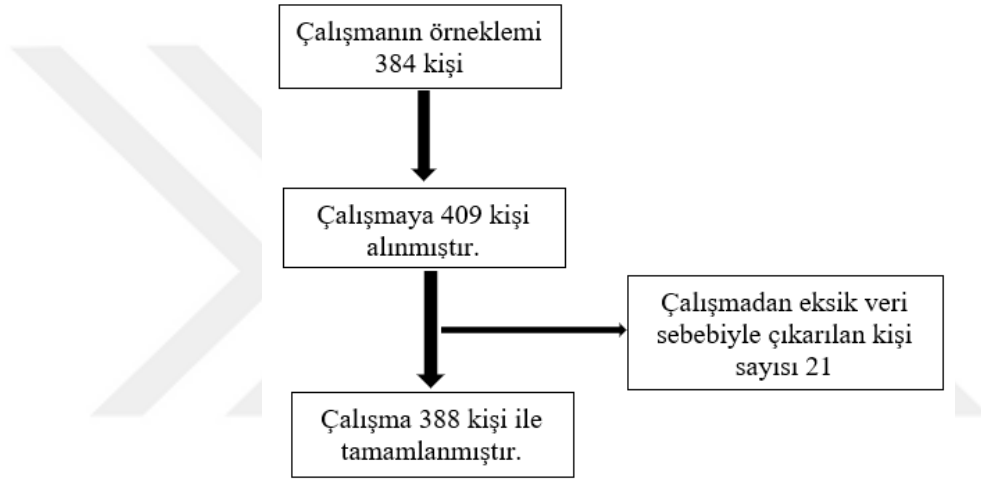
q:(1-p) incelenen olayın görülmeme olasılığı

d: Araştırmada belirlenecek hızın olası standart sapması (0,05)

Obez bireyler evreni oluşturmuş ve örneklem %95 güven aralığında, %5 hata payıyla, 384 kişi olarak hesaplanmıştır. Hesaplanan maksimum örneklem büyüklüğüne ulaşılmış ve araştırma 388 kişi ile tamamlanmıştır.

Çalışma kapsamına dahil edilme kriterleri,

- 18 yaş ve üzerinde olmak
- Hamile ve emzikli olmamak
- Demans, deliryum, diğer amnestik bozukluklar, epilepsi ve nöbet öyküsü, bilinç kaybının da olduğu kafa travması, diğer nörolojik bozukluklar ve mental retardasyona sahip olmamak
- Fiziksel bir rahatsızlık ve engele sahip olmamak
- Alkol ve ilaç bağımlısı olmamak



Şekil 3.1: Örneklem Akış Diyagramı

3.4. ARAŞTIRMANIN ETİK İZİNLERİ

Bu araştırma, İstanbul Atlas Üniversitesi Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 25.10.2022 tarihli ve E-22686390-050.99-21198 sayılı karar (EK-1) ile etik yönden uygun bulunmuştur. Çalışmaya etik kurul onayından sonra başlanmıştır.

3.5. ARAŞTIRMADAKİ VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Anket formları Google Forms programında hazırlanmış ve online internet ortamında whatsapp yolu ile katılımcılara iletilmiştir. Verilerin toplanmasında bilgi

formu (EK-2), sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (EK-3), sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeği ve 24 saatlik besin tüketim kaydı kullanılmıştır.

3.5.1. Bilgi Formu

Bu formda katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, sigara kullanımı, alkol kullanımı, herhangi bir hastalıkları olup olmadığı ve diyet süreci ile ilgili sorular yer almaktadır. Bilgi formu toplam 24 sorudan oluşmaktadır ve formdaki sorular araştırmacı diyetisyen tarafından hazırlanmıştır.

Katılımcıların boy ve ağırlık bilgileri beyana dayalıdır. Katılımcıların BKİ değerleri hesaplanmış ($BKİ = \text{Vücut ağırlığı (kg) / boy (m)}^2$) ve BKİ sonuçları DSÖ'ye göre sınıflandırılmıştır. Katılımcılardan 24 saatlik besin tüketim kaydı online ortamda whatsapp yolu ile alınmış ve değerlendirilmiştir. Katılımcıların tükettiği enerji ve besin öğeleri Ulusal Gıda Kompozisyon Veri Tabanı TÜRKOMP kullanılarak hesaplanmıştır (81). Katılımcıların günlük aldığı enerjinin hesaplanmasında "Hastalıklarda Beslenme Tedavisi" kitabındaki porsiyon listelerinden ve TÜBER 2022'den yararlanılmıştır (82,83).

3.5.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

Ölçek 1987 yılında, Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilmiştir. Bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilgili olarak sağlığı geliştiren davranışlarını ölçer. Pender tarafından geliştirilen Sağlığı Geliştirme Modelini test etmek için geliştirilmiştir. Pek çok topluluk üzerinde yapılan çalışmalarda geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış bir ölçektir (84). Ölçeğin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1997'de Esin N. tarafından yapılmış, toplam 52 maddeden oluşan ölçek, Türk toplumuna uyarlanarak toplam 48 madde olarak değiştirilmiştir. Ölçeğin 6 alt gurubu vardır. Alt grupları; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimidir. Her bir alt grup bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçeğin tümünün puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını verir. Ölçeğin alt gruplarının madde sayıları farklıdır (85). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin tüm maddeleri olumludur. Ters madde yoktur. İşaretleme dört likert tipli ölçek üzerinde yapılır. 'Hiçbir zaman' yanıtı için 1; 'Bazen' yanıtı için 2; 'Sık, sık' yanıtı için 3; 'Düzenli olarak' yanıtı için 4 puan verilir. Ölçeğin uygulanması 8-10 dakika sürmektedir (85).

Tablo 3.1: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Grupları	Min- Max Puan Aralığı	İlgili Soru Numaraları	Ölçeğin Tanımlaması
Kendini Gerçekleştirme (13 Madde)	13-52	3, 8, 9, 12, 16, 17, 21, 23, 29, 34, 37, 44 ve 48. Sorular	Bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini gerçekleştirme yeteneğini ve kendini ne derece tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler.
Sağlık Sorumluluğu (10 Madde)	10-40	7, 15, 20, 28, 32, 33, 42, 43 ve 46. Sorular	Bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığa ne düzeyde katıldığını belirler.
Egzersiz (5 Madde)	5-20	4, 13, 22, 30 ve 38. Sorular	Sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir.
Beslenme (6 Madde)	6-24	1, 5, 14, 19, 26 ve 35. Sorular	Bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirler.
Kişilerarası Destek (7 Madde)	7-28	10, 18, 24, 25, 31, 39 ve 47. Sorular	Bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler.
Stres Yönetimi (7 Madde)	7-8	6, 11, 27, 36, 40, 41 ve 45. Sorular	Bireyin stress kaynaklarını tanıma düzeyini ve stress kontrol mekanizmalarını belirler

3.5.3. Sağlıklı Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short Form-36)

Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan ölçek; Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. 1990 yılında başlayan çalışmalarda 149 madde ile yola çıkılmış ve 22000'i aşkın kişi üzerinde yapılan çalışmalarda faktör analizi ile önce 20 maddeli biçimi olan SF-20 hazırlanmıştır. Ancak psikometrik özelliklerin ve kapsamının artması nedeniyle 36 maddeye çıkarılarak SF-36 oluşturulmuştur. Koçığıt ve ark'ları tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (86).

SF-36'nın özelliklerinin başında, kendini değerlendirme ölçeği olması gelmektedir. Sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirebilmesi ölçeğin avantajları arasında sayılmaktadır. Ölçek son 4 hafta göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. Değerlendirme 4. ve 5. Maddeler dışında Likert-tipi şeklinde yapılmaktadır. 4. ve 5. inci maddeler Evet/Hayır biçiminde yanıtlanmaktadır. Ölçek sonuçta tek bir puan vermemekte her bir alt ölçek için ayrı ayrı toplam puanlardan

oluşmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0 ila 100 arasında değerlendirmekte olup, 0 puan kötü sağlık durumunu, 100 puan da iyi sağlık durumunu göstermektedir (86).

Tablo 3.2: SF-36'nın Alt Gruplarının Tanımlanması

Alt Ölçekler	Düşük Puan	Yüksek Puan
Fiziksel Fonksiyon (10 Madde)	Yıkanma ve giyinme de dahil tüm fiziksel aktiviteleri yerine getirmede kısıtlılık	En zor olanlar dahil tüm fiziksel aktiviteleri kısıtlılık olmaksızın yerine getirebilme
Fiziksel Rol Fonksiyon (4 Madde)	Fiziksel sağlığın bozulmasıyla işte ya da diğer günlük aktivitelerde sorunlar	Fiziksel sağlık olarak işte ya da günlük aktivitelerde sorun olmaması
Sosyal Fonksiyon (2 Madde)	Fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı olağan toplumsal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti olması	Fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı toplumsal etkinlikleri kesinti olmaksızın yürütme
Ağrı	Aşırı şiddetli ve kısıtlayıcı ağrı	Ağrı olmaması ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması
Ruh Sağlığı (5 Madde)	Sürekli sinirlilik ya da depresyon duyguları	Sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetme
Canlılık (4 Madde)	Sürekli yorgun ve bitkin hissetme	Sürekli canlı ve enerjik hissetme
Genel Sağlık Algısı (5 Madde)	Sağlığın kötü olduğuna ve giderek kötüleşeceğine inanma	Sağlığın mükemmel olduğuna inanma
Emosyonel Rol Fonksiyon	Emosyonel sorunların sonucu işte ya da diğer günlük aktivitelerde sorunlar	Emosyonel sorunlara bağlı işte ya da diğer günlük aktivitelerde sorun olmaması

3.6. VERİLERİN İSTATİKSEL ANALİZİ

Verilerin analizi SPSS 26 programı ile yapılmış ve %95 güven düzeyi ile çalışılmıştır. Kategorik (nitel) değişkenler için frekans (n) ve yüzde (%), sayısal (nicel) değişkenler için ortalama (Ort), standart sapma (ss), minimum, maksimum, medyan (M) istatistikleri verilmiştir.

Çalışmada Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi puanlarının demografik ve klinik özelliklere göre farklılık göstermesi bağımsız gruplar t ve tek yönlü ANOVA testi, ölçek puanları arasında ilişki Pearson korelasyon testi, cinsiyet ile demografik, sağlık, diyet bilgilerinin ilişkisi Kikare testi ile analiz edilmiştir. Anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Katılımcılara ait demografik Tablo 4.1’de verilmiştir. Araştırma, yaş ortalaması 30.1 ± 10.6 yıl olan, 189 (%48.7) kadın, 199 (%51.3) erkek toplam 388 katılımcı ile yapılmıştır.

Katılımcıların ağırlık ortalaması 100.9 ± 24.3 kg, boy ortalaması 170 ± 10.8 cm’dir. Ankete cevap verenlerin BKİ ortalaması 35 ± 6.5 kg/m²’dir.

Katılımcıların 269’u (%69.3) medeni durumu bekar, 230’ unun (%59.2) öğrenim durumu lisans düzeyinde, 195’i (%50.2) sigara içmekte ve 194’ü (%50) alkol kullanmamaktadır. Ailedek birey sayısı 5’ten fazla olanlar katılımcıların %10.7’sini oluşturmaktadır. Katılımcıların 134’ü (%34.5) öğrenci, 10’u (%2.6) çalışmamaktadır.

Tablo 4.1: Katılımcıların Demografik Bilgileri

		Kadın		Erkek		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Medeni durum	Bekar	139	73.5	130	65.3	269	69.3
	Evli	50	26.5	69	34.7	119	30.7
Öğrenim durumu	İlkokul ve altı	15	8.6	29	4.5	44	11.3
	Ortaokul	13	6.9	20	10.1	33	8.5
	Lise ve dengi	54	28.9	47	23.6	101	26.0
	Lisans ve üstü	107	56.6	123	61.8	230	59.2
Meslek	İşçi	4	2.1	23	11.6	27	6.9
	Memur	12	6.3	26	13.1	38	9.8
	Öğrenci	70	37	64	32.2	134	34.5
	Çalışmıyor	1	0.5	9	4.5	10	2.6
	Diğer meslekler	41	21.7	53	26.6	94	24.2
Ailedeki birey sayısı	1-2	25	13.2	19	9.5	44	11.3
	3	46	24.3	43	21.6	89	22.9
	4	52	27.5	59	29.6	111	28.6
	≥5	53	28.0	50	25.1	103	26.5
	5'ten fazla	13	6.9	28	14.1	41	10.7
Sigara kullanımı	Evet	75	39.7	120	60.3	195	50.2
	Hayır	80	42.3	50	25.1	130	33.5
	Bıraktı	34	18.0	29	14.6	63	16.3
Alkol kullanımı	Evet	43	22.8	84	42.2	127	32.7
	Hayır	118	62.4	76	38.2	194	50
	Bıraktı	28	14.8	39	19.6	67	17.3
Genel Toplam		189	100	199	100	388	100

Katılımcıların cinsiyete göre sağlık ve diyet öyküsü tablo 4.2’de verilmiştir. Buna göre kadınların 109’unun (%57.7) ve erkeklerin 104’ünün (%52.3) ilaç kullanımı gerektiren hastalığı bulunmaktadır. Kadınların 148’i (%78.3) ve erkeklerin 144’ü (%72.4) son 1 ay içerisinde herhangi bir hastalık geçirmemiştir. BKİ değerleri incelendiğinde kadınların 150’si

(%78.2) ve erkeklerin 120'si (%61.0) obezdir. Ailesinde şişman birey bulunan kadın katılımcıların 26'sinin babası ve 22'sinin kardeşi şişmandır. Erkek katılımcıların da 27'sinin babası ve 22'sinin kardeşi şişmandır. Katılımcılardan 269'u (%69.3) olduğu ağırlıktan memnun olmadığını belirtmiştir. Ağırlığından memnun olmayan katılımcıların 147'si (%77.8) kadın, 122'si (%61.3) erkektir. Katılımcılardan 320'si (%79.4) zayıflamak istediğini belirtmiştir. Zayıflamak isteyen katılımcıların da 156'sı (%82.5) kadın ve 164'ü (%82.4) erkektir. Zayıflamak isteme nedeni çoğunlukla dış görünüm ve sağlıktır. Kadın katılımcıların dış görünüm sebebiyle 92'si (%48.7), erkek katılımcıların dış görünümü sebebiyle 105'i (%52.8) zayıflamak istediğini belirtmiştir. Sağlık sebebiyle zayıflamak isteyen kadın katılımcıların sayısı 76 (%40.2) ve erkek katılımcıların sayısı da 107 (%53.8) kadardır. Katılımcılardan 211'i (54.4) zayıflama girişiminde bulunmuştur. Zayıflama girişiminde bulunan katılımcıların 103'ü (54.5) kadın, 108'i (54.3) erkektir. Katılımcıların en çok uyguladığı zayıflama girişimleri diyet ve egzersizdir. Kadın katılımcıların 90'ı (%47.6) diyet, 41'i (%21.7) egzersizi tercih etmiştir. Erkek katılımcıların 78'i (%39.2) diyet, 52'ü (%26.1) egzersizi tercih etmiştir. Katılımcıların uygulanan tedaviyi en çok diyetisyen önerisiyle tercih etmiştir. Kadın katılımcıların 54'ü (28.6), erkek katılımcıların 31'i (15.6) diyetisyen desteğini tercih etmiştir.

Tablo 4.2: Katılımcıların Cinsiyete Göre Sağlık ve Diyet Öyküsü

		Kadın		Erkek		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
İlaç kullanımı gerektiren, tanısı konulmuş hastalık	Yok	80	42.3	95	47.7	175	45.1
	Var	109	57.7	104	52.3	213	54.9
Son 1 ay içerisinde hastalık geçirme	Evet	41	21.7	55	27.6	96	24.7
	Hayır	148	78.3	144	72.4	274	70.6
BKİ sınıflaması	Fazla kilolu	25	13.6	50	24.5	75	19.3
	Obez	150	78.2	120	61.0	270	69.5
	Morbid obez	14	6.0	29	14.5	43	11
Ailede şişman birey	Var	105	55.6	90	45.2	195	50.2
	Yok	84	44.4	109	54.8	193	49.7
Ailedeki şişman birey	Anne	15	7.9	9	4.5	24	6.2
	Baba	27	14.3	16	5.5	43	11.1
	Anne, baba	2	1.1	2	1.0	4	1.0
	Çocuklar	10	5.3	3	1.5	13	3.3
	Eş	9	4.8	27	13.6	36	9.8
	Eş ve çocuklar	3	1.6	13	6.5	16	4.1
	Kardeşler	22	11.6	4	2.0	26	6.7
	Kardeşler, anne-baba	17	8.5	16	7.5	33	8.5
Mevcut ağırlıktan memnuniyet düzeyi	Memnun	26	13.8	36	18.1	62	16.0
	Kararsız	16	8.5	41	20.6	57	14.7
	Memnun değil	147	77.8	122	61.3	269	69.3
Zayıflamayı isteme	Evet	156	82.5	164	82.4	320	82.5
	Hayır	32	16.9	35	17.6	67	17.2
Zayıflamayı isteme nedenleri*	Sağlıklı olmak	76	40.2	107	53.8	183	47.1
	Dış görünüm	92	48.7	105	52.8	197	57.7
	Ailesel baskı	16	8.5	28	14.1	44	11.3
	Çevresel ve sosyal baskı	19	10.1	37	18.6	56	14.4
	Diğer	4	2.1	9	4.5	13	3.3
Zayıflama girişimlerini daha önce uygulamama	Hayır	86	45.5	91	45.7	177	45.6
	Evet	103	54.5	108	54.3	211	54.4
Uygulanan zayıflama girişimleri*	Diyet	90	47.6	78	39.2	168	43.2
	Egzersiz	41	21.7	52	26.1	93	23.9
	İlaç	8	4.2	5	2.5	14	3.6
	Bitkisel destek	10	5.3	9	4.5	19	4.9
	Cerrahi yöntem	3	1.6	6	3.0	9	2.3
Uygulanan tedaviyi öneren	Diyetisyen	54	28.6	31	15.6	85	21.9
	Doktor	12	6.3	24	12.1	36	9.3
	Tanıdıklar	10	5.3	24	12.1	34	8.7
	Gazete, televizyon, dergi, internet	17	9.0	15	7.5	32	8.2
	Diğer	11	5.8	14	7.0	25	6.4
Genel Toplam		189	100	199	100	388	100

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Katılımcıların cinsiyet ile demografik özelliklerinin ilişkisi tablo 4.3'te verilmiştir.

Katılımcılarda kadınların 4'ü (2.1) işçi, 12'si (%6.3) memurdur. Erkek bireylerin 23'ü (%11.6) işçi, 26'sı (%11.6) memurdur. Buna göre kadınların ve erkeklerin meslekleri arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Medeni durum, ailedeki birey sayısı ve

öğrenim durumu açısından kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Katılımcıların 230'u (%59.2) lisans mezunu, 195'i (%50.2) sigara içmekte, 127'si (%32,7) alkol kullanmaktadır. Cinsiyet ile sigara ve alkol kullanımı, BKİ düzeyi, ağırlıktan memnuniyet düzeyi, sağlık ve çevresel-sosyal baskı nedeniyle zayıflamak isteme durumu, uygulanan tedaviye öneren kişi arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Erkeklerde sigara (%60.3) ve alkol (%42.2) kullanım oranları kadınlara göre daha yüksektir. Erkeklerde morbid obez oranı (%14.5) kadınlara göre daha yüksektir.



Tablo 4.3: Katılımcıların Cinsiyet ile Demografik Özelliklerinin İlişkisi

		Kadın		Erkek		Toplam		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Medeni durum	Bekar	139	73.5	130	65.3	269	69.3	3.079	0.079
	Evli	50	26.5	69	34.7	119	30.7		
Öğrenim durumu	İlkokul ve altı	15	8.6	29	4.5	44	11.3	11.084	0.135
	Ortaokul	13	6.9	20	10.1	33	8.5		
	Lise ve dengi	54	28.9	47	23.6	101	26.0		
	Lisans ve üstü	107	56.6	123	61.8	230	59.2		
Meslek	İşçi	4	2.1	23	11.6	27	6.9	94.467	<0.001
	Memur	12	6.3	26	13.1	38	9.8		
	Öğrenci	70	37	64	32.2	134	34.5		
	Çalışmıyor	1	0.5	9	4.5	10	2.6		
	Diğer meslekler	41	21.7	53	26.6	94	24.2		
Ailedeki birey sayısı	1-2	25	13.2	19	9.5	44	11.3	5.546	0.296
	3	46	24.3	43	21.6	89	22.9		
	4	52	27.5	59	29.6	111	28.6		
	5	53	28.0	50	25.1	103	26.5		
	5'ten fazla	13	6.9	28	14.1	41	10.7		
Sigara kullanımı	Evet	75	39.7	120	60.3	195	50.2	17.458	<0.001
	Hayır	80	42.3	50	25.1	130	33.5		
	Bıraktı	34	18.0	29	14.6	63	16.3		
Alkol kullanımı	Evet	43	22.8	84	42.2	127	32.7	23.893	<0.001
	Hayır	118	62.4	76	38.2	194	50		
	Bıraktı	28	14.8	39	19.6	67	17.3		
Genel Toplam		189	100	199	100	388	100		

X²: P<0.05

Katılımcılara ait cinsiyet cinsiyete göre sağlık ve diyet öyküsü ilişkisi tablo 4.4 de verilmiştir.

Erkeklerde mevcut ağırlıktan memnuniyet oranı (%18.1) kadınlara göre daha yüksektir. Erkeklerde sağlık (%53.8), çevresel-sosyal baskı (%18.6) nedeniyle zayıflamak isteme oranı daha yüksektir. Kadınlarda uygulanan tedavinin diyetisyen tarafından önerilme oranı erkeklerle göre daha yüksektir (%28.6). Diğer sağlık ve diyet özelliklerinde cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p>0.05).

Katılımcıların 213'ünün (%54.9) ilaç kullanımı gerektiren, tanısı konulmuş hastalığı bulunmakta, 96'sı (%24.7) son 1 ay içerisinde hastalık geçirmiştir.

Katılımcıların 320'si (%82.5) zayıflamak istemektedir. Zayıflamak isteme nedeni 197'sinin (%57.7) dış görünüm ve 183'ünün (%47.1) sağlıklı olmaktır. Katılımcıların 211'i (%54.4) zayıflama girişiminde bulunmuş ve 168'i (%43.2) diyet yapmıştır. 9'u (%2.3) ise cerrahi operasyon geçirmiştir. Katılımcıların 270'i (%69.5) obez, 195'inin (%50.2) ailesinde şişman birey bulunmakta, bulunanların 26'sinin (%6.7) kardeşleri obezdir. Katılımcıların 269'u (%69.3) ağırlığından memnun değildir.

Tablo 4.4: Katılımcıların Cinsiyete Göre Sağlık ve Diyet Öyküsü İlişkisi

		Kadın		Erkek		Toplam		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
İlaç kullanımı gerektiren, tanısı konulmuş hastalık	Yok	80	42.3	95	47.7	175	45.1	1.146	0.284
	Var	109	57.7	104	52.3	213	54.9		
Son 1 ay içerisinde hastalık geçirme	Evet	41	21.7	55	27.6	96	24.7	1.840	0.175
	Hayır	148	78.3	144	72.4	274	70.6		
BKİ	Fazla kilolu	25	13.6	50	24.5	75	19.3	16.697	<0.001
	Obez	150	78.2	120	61.0	270	69.5		
	Morbid obez	14	6.0	29	14.5	43	11		
Ailede şişman birey	Var	105	55.6	90	45.2	195	50.2	2.418	0.225
	Yok	84	44.4	109	54.8	193	49.7		
Ailedeki şişman birey*	Anne	15	7.9	9	4.5	24	6.2	15.885	0.197
	Baba	27	14.3	16	5.5	43	11.1		
	Anne, baba	2	1.1	2	1.0	4	1.0		
	Çocuklar	10	5.3	3	1.5	13	3.3		
	Eş	9	4.8	27	13.6	36	9.8		
	Eş ve çocuklar	3	1.6	13	6.5	16	4.1		
	Kardeşler	22	11.6	4	2.0	26	6.7		
Mevcut ağırlıktan memnuniyet düzeyi	Memnun	26	13.8	36	18.1	62	16.0	14.653	0.001*
	Kararsız	16	8.5	41	20.6	57	14.7		
	Memnun değil	147	77.8	122	61.3	269	69.3		
Zayıflamak isteme	Evet	156	82.5	164	82.4	320	82.5	0.022	0.883
	Hayır	32	16.9	35	17.6	67	17.2		
Zayıflamak isteme nedenleri*	Sağlık	76	40.2	107	53.8	183	47.1	7.377	0.007*
	Dış görünüm	92	48.7	105	52.8	197	57.7	0.535	0.465
	Ailesel baskı	16	8.5	28	14.1	44	11.3	2.928	0.087
	Çevresel ve sosyal baskı	19	10.1	37	18.6	56	14.4	5.610	0.018*
	Diğer	4	2.1	9	4.5	13	3.3	1.682	0.195
Zayıflama girişimlerini daha önce uygulamama	Hayır	86	45.5	91	45.7	177	45.6	0.002	0.964
	Evet	103	54.5	108	54.3	211	54.4		
Uygulanan zayıflama girişimleri*	Diyet	90	47.6	78	39.2	168	43.2	0.510	0.475
	Egzersiz	41	21.7	52	26.1	93	23.9	2.801	0.094
	İlaç	8	4.2	5	2.5	14	3.6	1.047	0.306
	Bitkisel destek	10	5.3	9	4.5	19	4.9	0.886	0.347
	Cerrahi yöntem	3	1.6	6	3.0	9	2.3	0.123	0.726
Uygulanılan tedaviyi öneren	Diyetisyen	54	28.6	31	15.6	85	21.9	16.431	0.006*
	Doktor	12	6.3	24	12.1	36	9.3		
	Tanıdıklar	10	5.3	24	12.1	34	8.7		
	Gazete, televizyon, dergi, internet	17	9.0	15	7.5	32	8.2		
	Diğer	11	5.8	14	7.0	25	6.4		

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Katılımcıların cinsiyete göre antropometrik ölçümleri ve diyet öykülerinin karşılaştırılması Tablo 4.5'te verilmiştir.

1 yıl önceki ağırlık ortalamaları kadınların 89.6 ± 16.2 kg, erkeklerin 106.7 ± 25.1 kg' dır. Bu, cinsiyetler arasında ağırlık geçmişi açısından anlamlı farklılıklar olduğunu göstermektedir ($p < 0.001$).

Kadınların mevcut ağırlık ortalaması 91.7 ± 13.6 kg, erkeklerin ağırlık ortalaması 110.1 ± 28.0 kg'dır. Bu, kadınların genel olarak erkeklere göre daha düşük ağırlığa sahip olduğunu göstermektedir. Cinsiyetler açısından ağırlık ortalamasında anlamlı farklılıklar olduğunu göstermektedir ($p < 0.001$).

Kadınların boy ortalaması 162.0 ± 6.5 cm, erkeklerin boy ortalaması 177 ± 8.9 ' cm'dir. Bu, erkeklerin genel olarak kadınlara göre daha uzun boylu olduğunu göstermektedir. Cinsiyetler arasında boy farkı açısından anlamlı farklılıklar olduğunu göstermektedir ($p < 0.001$).

BKİ açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p > 0.05$). Bu, kadınlar ve erkekler arasında BKİ açısından benzerlik olduğunu göstermektedir.

Yaş açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p > 0.05$). Bu, kadınlar ve erkekler arasında yaş açısından benzerlik olduğunu göstermektedir.

Obezite süresi kadınlarda ortalama 3.7 ± 3.4 yıl, erkeklerde 5.8 ± 5.1 yıldır. Bu, erkeklerin obezite süresinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Cinsiyetler açısından obezite süre ortalamalarında anlamlı farklılıklar gözlemlenmiştir ($p < 0.05$).

Diyeti uygulama süresi açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p > 0.05$). Bu, kadınlar ve erkekler arasında diyet uygulama süreleri açısından benzerlik olduğunu göstermektedir.

Kaybedilen ağırlık miktarı açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p > 0.05$). Bu, kadınlar ve erkekler arasında ağırlık kaybı miktarı açısından benzerlik olduğunu göstermektedir.

Kaybedilen ağırlığı koruma süresi açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p > 0.05$). Bu, kadınlar ve erkekler arasında ağırlığın korunma süresi açısından benzerlik olduğunu göstermektedir.

Uyku süresi açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p > 0.05$). Bu, kadınlar ve erkekler arasında uyku süresi açısından benzerlik olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.5: Katılımcıların Cinsiyete Göre Antropometrik Ölçümleri ve Diyet Öykülerinin Karşılaştırılması

	Kadın	Erkek	Toplam	t	p
1 sene önceki ağırlık (kg)	89.6±16.2	106.7±25.1	98.1±23.0	-8.023	<0.001
Ağırlık (kg)	91.7±13.6	110.1±28.0	100.9±24.3	-8.288	<0.001
Boy (cm)	162±6.5	177±8.9	170±10.8	-19.210	<0.001
BKİ (kg/m ²)	35±4.4	35±8.0	35±6.5	-0.052	0.959
Yaş (yıl)	31.7±11.9	30.5±9.3	31.1±10.6	0.963	0.326
Obezite süresi (yıl)	3.7±3.4	5.8±5.1	4.7±4.4	-1.052	0.294
Diyeti uygulama süresi (yıl)	1.6±1.4	1.6±1.1	1.6±1.2	0.138	0.890
Verilen kilo (kg)	10.7±11.6	10.3±9.4	10.5±11.1	0.247	0.805
Ağırlığı koruma süresi (yıl)	3.1±4.2	2.8±3.9	2.9±3.9	0.527	0.599
Uyku süresi (saat)	8.0±1.5	7.9±2.0	8.0±1.7	0.394	0.694

**p*<0.05 anlamlı fark var, *p*>0.05 anlamlı fark yok; bağ. grup *t* testi

Katılımcıların besin tüketim kayıtları TÜRKOMP programı ile analizi sonucunda elde edilen enerji, protein, yağ, doymuş yağ, kolesterol, tekli doymamış yağ asidi (TDYA), çoklu doymamış yağ asidi (ÇDYA), karbonhidrat, toplam lif, magnezyum, kalsiyum, sodyum, potasyum, fosfor, demir, çinko, A vitamini, riboflavin (B₂), piridoksin (B₆), B₁₂ vitamini, E vitamini, K vitamini gibi bazı besin öğelerinin TÜBER 2022 ile karşılaştırılması Tablo 4.6'da verilmiştir.

Katılımcıların kadınların günlük aldığı enerji ortalaması 1771±750 kcal, TÜBER 2022' de önerilen enerji ihtiyacının karşılama oranı %109.9'dur. Günlük karbonhidrat tüketim ortalaması 360±68.4 g'dır. TÜBER 2022'de önerilen karbonhidrat miktarını karşılama oranı %186.7'dir. Ankete cevap veren erkeklerin günlük aldığı enerji ortalaması 2200±772 kcal, TÜBER 2022' de önerilen enerji ihtiyacının karşılama oranı %102.7'dir. Günlük karbonhidrat tüketim ortalaması 450±75.2 g'dır. TÜBER 2022'de önerilen karbonhidrat miktarını karşılama oranı %172.5'tir.

Kadın katılımcıların günlük protein tüketim ortalaması 20.5±3.1g, TÜBER 2022'de önerilen protein miktarını karşılama oranı %36.4, günlük yağ tüketim ortalaması 27.7±8.2 g TÜBER 2022'de önerilen yağ miktarını karşılama oranı %43.6'dır. Erkek katılımcıların günlük protein tüketim ortalaması 33.9±3.8 g, TÜBER 2022'de önerilen protein miktarını karşılama oranı %42.6, günlük yağ tüketim ortalaması 31.5±9 g TÜBER 2022'de önerilen yağ miktarını karşılama oranı %39.4'tür.

Kadın katılımcıların günlük toplam doymuş yağ tüketim ortalaması 16.2±4 g, TÜBER 2022'de önerilen toplam doymuş yağ tüketim miktarını karşılama oranı %81.4, günlük kolesterol tüketim ortalaması 206.6±217 g TÜBER 2022'de önerilen kolesterol tüketim

miktarını karşılama oranı %103.4'tür. Erkek katılımcıların günlük toplam doymuş yağ tüketim ortalaması 18.4 ± 4.4 g, TÜBER 2022'de önerilen toplam doymuş yağ tüketim miktarını karşılama oranı %71.8, günlük kolesterol tüketim ortalaması 208.5 ± 226.8 g TÜBER 2022'de önerilen kolesterol tüketim miktarını karşılama oranı %79.3'tür.

Kadın katılımcıların günlük toplam tekli doymamış yağ tüketim ortalaması 9.4 ± 3.7 g, TÜBER 2022'de önerilen tekli doymamış yağ tüketim miktarını karşılama oranı %43.9, günlük toplam çoklu doymamış yağ tüketim ortalaması 2.1 ± 3.1 g TÜBER 2022'de önerilen toplam çoklu doymamış yağ tüketim miktarını karşılama oranı %14.4'tür. Erkek katılımcıların günlük toplam tekli doymamış yağ tüketim ortalaması 11 ± 5 g, TÜBER 2022'de önerilen toplam tekli doymamış yağ tüketim miktarını karşılama oranı %40.2, günlük toplam çoklu doymamış yağ tüketim ortalaması 2.1 ± 3.1 g TÜBER 2022'de önerilen çoklu doymamış yağ tüketim miktarını karşılama oranı %11.5'tir.

Kadın katılımcıların günlük aldığı demir ortalaması 3.9 ± 2.4 mg, TÜBER 2022'de önerilen demir miktarını karşılama oranı %24.7, günlük aldığı fosfor ortalaması 443 ± 228.4 mg TÜBER 2022'de önerilen fosfor miktarını karşılama oranı %49'dur. Erkek katılımcıların günlük aldığı demir ortalaması 4.0 ± 3.4 mg, TÜBER 2022'de önerilen demir miktarını karşılama oranı %35.9, günlük aldığı fosfor ortalaması 445 ± 233.9 mg TÜBER 2022'de önerilen fosfor miktarını karşılama oranı %37.1dir.

Kadın katılımcıların günlük aldığı kalsiyum ortalaması 618.1 ± 463.2 mg, TÜBER 2022'de önerilen kalsiyum miktarını karşılama oranı %88.9, günlük aldığı magnezyum ortalaması $88.8.3 \pm 50.1$ mg TÜBER 2022'de önerilen magnezyum miktarını karşılama oranı %29.3'tür. Erkek katılımcıların günlük aldığı kalsiyum ortalaması 617.9 ± 457.2 mg, TÜBER 2022'de önerilen kalsiyum miktarını karşılama oranı %72.5, günlük aldığı magnezyum ortalaması 92.3 ± 51.2 mg TÜBER 2022'de önerilen magnezyum miktarını karşılama oranı %26.2'dir.

Kadın katılımcıların günlük aldığı potasyum ortalaması 1146.5 ± 477.2 mg, TÜBER 2022'de önerilen potasyum miktarını karşılama oranı %54, günlük aldığı sodyum ortalaması 2132 ± 481.2 mg TÜBER 2022'de önerilen sodyum miktarını karşılama oranı %73.5'tür. Erkek katılımcıların günlük aldığı potasyum ortalaması 1179.3 ± 551 mg, TÜBER 2022'de önerilen potasyum miktarını karşılama oranı %45.3, günlük aldığı sodyum ortalaması 2200 ± 488 mg TÜBER 2022'de önerilen sodyum miktarını karşılama oranı %73.3'tür.

Kadın katılımcıların günlük aldığı çinko ortalaması 3.7 ± 2.2 mg, TÜBER 2022'de önerilen çinko miktarını karşılama oranı %46, günlük aldığı B₂ vitamini ortalaması 0.6 ± 0.4 mg

TÜBER 2022’de önerilen B₂ vitamini miktarını karşılama oranı %37.5’tir. Erkek katılımcıların günlük aldığı çinko ortalaması 3.6±2.2 mg, TÜBER 2022’de önerilen çinko miktarını karşılama oranı %33.8, günlük aldığı B₂ vitamini ortalaması 0.6±0.4 mg TÜBER 2022’de önerilen B₂ vitamini miktarını karşılama oranı %37.5’tir.

Kadın katılımcıların günlük aldığı B₆ vitamini ortalaması 0.2±0.2 mg, TÜBER 2022’de önerilen B₆ vitamini miktarını karşılama oranı %13, günlük aldığı B₁₂ vitamini ortalaması 2.2±2.6 mcg TÜBER 2022’de önerilen B₁₂ vitamini miktarını karşılama oranı %52.5’tir. Erkek katılımcıların günlük aldığı B₆ vitamini ortalaması 0.2±0.2 mg, TÜBER 2022’de önerilen B₆ vitamini miktarını karşılama oranı %13, günlük aldığı B₁₂ vitamini ortalaması 2.0±2.3 mcg TÜBER 2022’de önerilen B₁₂ vitamini miktarını karşılama oranı %49.5’tir.

Kadın katılımcıların günlük aldığı E vitamini ortalaması 2.6±1.1 IU, TÜBER 2022’de önerilen E vitamini miktarını karşılama oranı %17.2, günlük aldığı A vitamini ortalaması 230.7±54.4 RE, TÜBER 2022’de önerilen A vitamini miktarını karşılama oranı %31.6’dır. Erkek katılımcıların günlük aldığı E vitamini ortalaması 6.6±2 IU, TÜBER 2022’de önerilen E vitamini miktarını karşılama oranı %37.7, günlük aldığı A vitamini ortalaması 210.9±50 RE, TÜBER 2022’de önerilen A vitamini miktarını karşılama oranı %25.6’dır.

Kadın katılımcıların günlük aldığı D vitamini ortalaması 112.2±110.1 IU, TÜBER 2022’de önerilen D vitamini miktarını karşılama oranı %32, erkek katılımcıların günlük aldığı D vitamini ortalaması 114±111 IU, TÜBER 2022’de önerilen D vitamini miktarını karşılama oranı %26.8’dır.

Kadın katılımcıların günlük aldığı K vitamini ortalaması 73.3±21.9 µg, günlük aldığı posa ortalaması 17.7±4.8 g, TÜBER 2022’de önerilen posa miktarını karşılama oranı %92.1’dır. Erkek katılımcıların günlük aldığı K vitamini ortalaması 92.3±40 µg, günlük aldığı posa ortalaması 13±5 g, TÜBER 2022’de önerilen posa miktarını karşılama oranı %56.5’tir.

Tablo 4.6: Katılımcıların Besin Tüketiminin TÜBER ile Karşılaştırılması

Besin Tüketim Kaydı Değişkenleri	Kadın (n=184)	Erkek (n=200)	TÜBER 2022 Kadınlar İçin Karşılama Yüzde (%)	TÜBER 2022 Erkekler İçin Karşılama Yüzde (%)
	ort±ss	ort±ss		
Alınan enerji (kcal)	1771±750	2220±772	109.9	102.7
Karbonhidrat (g)	360±68.4	450±75.2	186.7	172.5
Protein (g)	20.5±3.1	33.9±3.8	36.4	42.6
Yağ (g)	27.7±8.2	31.5±9	43.6	39.4
Toplam doymuş yağ (g)	16.2±4.0	18.4±4.4	81.4	71.8
Toplam tekli doymamış yağ (g)	9.4±3.7	11±5	43.9	40.2
Toplam çoklu doymamış yağ (g)	2.1±3.1	2.1±3.1	14.4	11.5
Kolesterol (mg)	206.6±217	208.5±226.8	103.4	79.3
Lif (g)	17.7±4.8	13±5	92.1	56.5
A vitamini (RE)	230.7±54.4	210.9±50	31.6	25.6
D vitamini (IU)	112±110.1	114±111	18.6	19.0
E vitamini (IU)	2.6±1.1	6.6±2	17.2	37.7
B ₂ (mg)	0.6±0.4	0.6±0.4	37.5	37.5
B ₆ vitamini (mg)	0.2±0.2	0.2±0.2	13	13
B ₁₂ vitamini (mcg)	2.2±2.6	2.0±2.3	52.5	49.5
K vitamini (µg)	73.3±21.9	92,3±40.4	-	-
Demir (mg)	3.9±2.4	4.0±3.4	24.7	35.9
Fosfor (mg)	443.0±228.4	445±233,9	49	37.1
Kalsiyum (mg)	618.1±463.2	617.9±457.2	88.9	72.5
Magnezyum (mg)	88.8±50.1	92.3±51.2	29.3	26.2
Potasyum (mg)	1146.5±477.2	1179.3±551	54	45.3
Sodyum (mg)	2132±481.2	2200±488	73.5	73.3
Çinko (mg)	3.71±2.2	3.69±2.2	46	33.8

KH: Karbonhidrat T.D.Y: Tekli Doymamış Yağ Ç.D.Y: Çoklu Doymamış Yağ Ort±ss: Ortalama Standart Sapma

Katılımcılara ait Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Ölçek puanlarının tanımlayıcı istatistikleri Tablo 4.7 de verilmiştir.

Katılımcıların, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarından, Kendini Gerçekleştirme puan ortalaması 28.4±6, Sağlık Sorumluluğu puan ortalaması 22.1±5, Egzersiz puan ortalaması 11.2±2.9, Beslenme puan ortalaması 5.3±1.5, Kişiler Arası Destek puan ortalaması 11.7±2.8, Stres Yönetimi puan ortalaması 15±3.7, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları puan ortalaması 104.4±20.3'tür.

Katılımcıların Yaşam Kalitesi ölçek puanlarından Fiziksel Fonksiyon ortalaması 49.2±30.8, Enerji, Canlılık, Vitalite ortalaması 45.5±17.7, Ruhsal Sağlık ortalaması 48.3±15.4, Sosyal İşlevsellik ortalaması 56.2±21.1, Ağrı ortalaması 60.3±21.8, Genel Sağlık Algısı ortalaması 43.5±18.9' dur.

Tablo 4.7: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Ölçek Puanlarının Tanımlayıcı İstatistikleri

	Ort±ss
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği;	
Kendini Gerçekleştirme	28.4±6
Sağlık Sorumluluğu	22.1±5
Egzersiz	11.2±2.9
Beslenme	5.3±1.5
Kişilerarası Destek	12.7±2.8
Stres Yönetimi	15±3.7
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Toplam Puan	104.4±20.3
Yaşam Kalitesi Ölçeği;	
Fiziksel Fonksiyon	49.2±30.8
Enerji, Canlılık, Vitalite	45.5±17.7
Ruhsal Sağlık	48.3±15.4
Sosyal İşlevsellik	56.2±21.1
Ağrı	60.3±21.8
Genel Sağlık Algısı	43.5±18.9

Ort±ss: Ortalama Standart Sapma

Katılımcılara ait Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Yaşam Kalitesi puanlarının ilişkisi Tablo 4.8’de verilmiştir.

Fiziksel Fonksiyon puanı ile Kendini Gerçekleştirme ($r=0.476$), Sağlık Sorumluluğu ($r=0.515$), Egzersiz ($r=0.529$), Kişilerarası Destek ($r=0.523$), Stres Yönetimi ($r=0.420$), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ($r=0.563$) puanları arasında pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Fiziksel Rol Güçlüğü puanı ile Kendini Gerçekleştirme ($r=0.250$), Sağlık Sorumluluğu ($r=0.313$), Egzersiz ($r=0.339$), Kişilerarası Destek ($r=0.314$), Stres Yönetimi ($r=0.243$), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ($r=0.322$) puanları arasında pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Emosyonel Rol Güçlüğü puanı ile Kendini Gerçekleştirme ($r=0.225$), Sağlık Sorumluluğu ($r=0.269$), Egzersiz ($r=0.218$), Kişilerarası Destek ($r=0.287$), Stres Yönetimi ($r=0.268$), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ($r=0.285$) puanları arasında pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Enerji, Canlılık, Vitalite puanı ile Kendini Gerçekleştirme ($r=0.337$), Sağlık Sorumluluğu ($r=0.350$), Egzersiz ($r=0.276$), Beslenme ($r=0.153$), Kişilerarası Destek ($r=0.336$), Stres Yönetimi ($r=0.427$), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ($r=0.416$) puanları arasında pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Ruhsal Sağlık puanı ile Kendini Gerçekleştirme ($r=0.318$), Sağlık Sorumluluğu ($r=0.263$), Egzersiz ($r=0.139$), Beslenme ($r=0.112$), Kişilerarası Destek ($r=0.165$), Stres Yönetimi ($r=0.320$), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ($r=0.309$) puanları arasında pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Sosyal İşlevsellik puanı ile Kendini Gerçekleştirme ($r=0.285$), Sağlık Sorumluluğu ($r=0.293$), Egzersiz ($r=0.200$), Beslenme ($r=0.204$), Kişilerarası Destek ($r=0.296$), Stres Yönetimi ($r=0.400$), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ($r=0.363$) puanları arasında pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Ağrı puanı ile Kendini Gerçekleştirme ($r=0.227$), Sağlık Sorumluluğu ($r=0.211$), Egzersiz ($r=0.213$), Kişilerarası Destek ($r=0.261$), Stres Yönetimi ($r=0.238$), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ($r=0.264$) puanları arasında pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Genel Sağlık Algısı puanı ile Kendini Gerçekleştirme ($r=0.391$), Sağlık Sorumluluğu ($r=0.309$), Egzersiz ($r=0.368$), Beslenme ($r=0.199$), Kişilerarası Destek ($r=0.408$), Stres Yönetimi ($r=0.406$), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ($r=0.449$) puanları arasında pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Beslenme ile Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol Güçlüğü, Emosyonel Rol Güçlüğü ve Ağrı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.8: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Yaşam Kalitesi Puanlarının İlişkisi

		Kendini Gerçekleştirme	Sağlık Sorumluluğu	Egzersiz	Beslenme	Kişilerarası Destek	Stres Yönetimi	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
Fiziksel Fonksiyon	r	0.476**	0.515**	0.529**	0.037	0.523**	0.420**	0.563**
	p	<0.001	<0.001	<0.001	0.472	<0.001	<0.001	<0.001
Fiziksel Rol Güçlüğü	r	0.250**	0.313**	0.339**	-0.057	0.314**	0.243**	0.322**
	p	<0.001	<0.001	<0.001	0.262	<0.001	<0.001	<0.001
Emosyonel Rol Güçlüğü	r	0.225**	0.269**	0.218**	-0.070	0.287**	0.268**	0.285**
	p	<0.001	<0.001	<0.001	0.171	<0.001	<0.001	<0.001
Enerji, Canlılık, Vitalite	r	0.337**	0.350**	0.276**	0.153**	0.336**	0.427**	0.416**
	p	<0.001	<0.001	<0.001	0.003	<0.001	<0.001	<0.001
Ruhsal Sağlık	r	0.318**	0.263**	0.139**	0.112*	0.165**	0.320**	0.309**
	p	<0.001	<0.001	0,006	0,028	0,001	<0.001	<0.001
Sosyal İşlevsellik	r	0.285**	0.293**	0.200**	0.204**	0.296**	0.400**	0.363**
	p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Ağrı	r	0.227**	0.211**	0.213**	0.002	0.261**	0.238**	0.264**
	p	<0.001	<0.001	<0.001	0,964	<0.001	<0.001	<0.001
Genel Sağlık Algısı	r	0.391**	0.309**	0.368**	0.199**	0.408**	0.406**	0.449**
	p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

**p<0.001, *p<0.05 anlamlı ilişki var

Katılımcılara ait Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Puanlarının BKİ Düzeyine göre Karşılaştırılması Tablo 4.9 da verilmiştir.

Katılımcılardan Sağlık Sorumluluğu puanı bakımından değerlendirildiğinde; ağırlığı fazla kilolu olanların BKİ ortalaması $18.4 \pm 5.9 \text{ kg/m}^2$, obez olanların BKİ ortalaması $16.1 \pm 4.2 \text{ kg/m}^2$, morbit obez olanların BKİ ortalaması $16.6 \pm 5.7 \text{ kg/m}^2$ 'dir. Buna göre fazla kilolu olanların ortalaması en yüksektir ve BKİ ortalamaları arasındaki farklılık sağlık sorumluluğu puanı bakımından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Katılımcılar Egzersiz puanı bakımından değerlendirildiğinde; fazla kilolu olanların ortalaması 10 ± 3.5 , obez olanların ortalaması $8,5 \pm 2,8$, morbid obez olanların ortalaması $8.5 \pm 2.9 \text{ kg/m}^2$ 'dir. Buna göre fazla kilolu olanların ortalaması en yüksektir ve BKİ ortalamaları arasındaki farklılık Egzersiz bakımından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Katılımcılar Kişilerarası Destek puanı bakımından değerlendirildiğinde; fazla kilolu olanların ortalaması 16.4 ± 4 , obez olanların ortalaması 14.1 ± 3 , morbit obez olanların ortalaması $15.1 \pm 3.8 \text{ kg/m}^2$ 'dir Buna göre fazla kilolu olanların ortalaması en yüksektir ve BKİ ortalamaları arasındaki farklılık Kişilerarası Destek bakımından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Katılımcılar Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları puanı bakımından değerlendirildiğinde; fazla kilolu olanların ortalaması 107.1 ± 26.6 , obez olanların ortalaması 98.3 ± 17.3 , morbit obez olanların ortalaması $101.3 \pm 22.4 \text{ kg/m}^2$ 'dir. Buna göre fazla kilolu olanların ortalaması en yüksektir ve BKİ ortalamaları arasındaki farklılık Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları bakımından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Katılımcılar Fiziksel Fonksiyon puanı bakımından değerlendirildiğinde; fazla kilolu olanların ortalaması 67.1 ± 29.6 , obez olanların ortalaması 45.6 ± 29.1 , morbit obez olanların ortalaması $37.8 \pm 31 \text{ kg/m}^2$ 'dir Buna göre fazla kilolu olanların ortalaması en yüksektir ve BKİ ortalamaları arasındaki farklılık Fiziksel Fonksiyon bakımından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Katılımcılar Ağrı puanı bakımından değerlendirildiğinde; fazla kilolu olanların ortalaması 62.5 ± 22.4 , obez olanların ortalaması 60.9 ± 21.4 , morbit obez olanların ortalaması $52 \pm 21.8 \text{ kg/m}^2$ 'dir Buna göre fazla kilolu olanların ortalaması en yüksektir ve BKİ ortalamaları

arasındaki farklılık Ağrı puanı bakımından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcılar Genel Sağlık Algısı puanı bakımından değerlendirildiğinde; fazla kilolu olanların 49 ± 17.1 , obez olanların ortalaması 42.9 ± 19 , morbid obez olanların ortalaması 36.7 ± 19.5 kg/m^2 'dir. Buna göre fazla kilolu olanların ortalaması en yüksektir ve BKİ ortalamaları arasındaki farklılık Genel Sağlık Algısı bakımından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

BKİ düzeyi farklı bireyler arasında Kendini Gerçekleştirme, Beslenme, Stres Yönetimi, Fiziksel Rol Güçlüğü, Emosyonel Rol Güçlüğü, Enerji, Canlılık, Vitalite, Ruhsal Sağlık ve Sosyal İşlevsellik puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.9: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Puanlarının BKİ Sınıflandırmasına Göre Karşılaştırılması

	BKİ Sınıflandırması (kg/m^2)			F	p
	Fazla kilolu	Obez	Morbid obez		
	ort \pm ss	ort \pm ss	ort \pm ss		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği:					
Kendini Gerçekleştirme	32.8 \pm 9	30.9 \pm 6.3	31.9 \pm 7.3	2.505	0.083
Sağlık Sorumluluğu	18.4 \pm 5.9	16.1 \pm 4.2	16.6 \pm 5.7	6.961	0.001*
Egzersiz	10 \pm 3,5	8.5 \pm 2.8	8.5 \pm 2.9	7.751	0.001*
Beslenme	5.1 \pm 1.6	5.4 \pm 1.4	5.4 \pm 1.8	1.213	0.298
Kişilerarası Destek	16.4 \pm 4	14.1 \pm 3	15.1 \pm 3.8	14.335	0.000*
Stres Yönetimi	24.2 \pm 5.5	23.1 \pm 4.5	23.7 \pm 5.4	1.431	0.240
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Toplam Puan	107.1 \pm 26.6	98.3 \pm 17.3	101.3 \pm 22.4	5.880	0.003*
Yaşam Kalitesi Ölçeği:					
Fiziksel Fonksiyon	67.1 \pm 29.6	45.6 \pm 29.1	37.8 \pm 31	19.319	0.000*
Fiziksel Rol Güçlüğü	45.5 \pm 41	41.2 \pm 40.8	34.1 \pm 35.2	1.051	0.350
Emosyonel Rol Güçlüğü	35 \pm 39.8	38.2 \pm 40.9	43.3 \pm 40	0.555	0.575
Enerji, Canlılık, Vitalite	45.5 \pm 20.5	45.1 \pm 17,4	48.3 \pm 14,1	0.564	0.570
Ruhsal Sağlık	46.6 \pm 17.8	49.1 \pm 15	46.5 \pm 13,1	1.066	0.346
Sosyal İşlevsellik	56.8 \pm 23.6	57.1 \pm 20.1	49 \pm 21,2	2.605	0.075
Ağrı	62.5 \pm 22.4	60.9 \pm 21.4	52 \pm 21.8	3.429	0.033*
Genel Sağlık Algısı	49 \pm 17.1	42.9 \pm 19	36.7 \pm 19.5	6.166	0.002*

* $p<0,05$ anlamlı ^FANOVA testi, ort \pm ss: ortalama \pm standart sapma

Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Puanlarının Yaşa göre Karşılaştırılması Tablo 4.10 da verilmiştir.

Katılımcıların yaşı 18-65 yaş aralığında Sağlık Sorumluluğu puan ortalaması 16.4 ± 4.8 'dir. Sağlık Sorumluluğu puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcıların yaşı 18-65 yaş aralığında Egzersiz puan ortalaması 8.9 ± 3 'tür. Egzersiz bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcıların yaşı 18-65 yaş aralığında Stres Yönetimi puan ortalaması 23.9 ± 4.8 'dir. Stres Yönetimi puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcıların yaşı 18-65 yaş aralığında Fiziksel Fonksiyon puan ortalaması 49.8 ± 30.8 'dir. Fiziksel Fonksiyon puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Kendini Gerçekleştirme, Beslenme, Kişilerarası Destek, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Fiziksel Rol Güçlüğü, Emosyonel Rol Güçlüğü, Enerji, Canlılık, Vitalite, Ruhsal Sağlık, Sosyal İşlevsellik, Ağrı ve Genel Sağlık Algısı puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.10: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Puanlarının Yaşa göre Değerlendirilmesi

	Yaş (yıl)	
	18-65 yaş ortss	P
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği;		
Kendini Gerçekleştirme	32.2 ± 7.1	0.583
Sağlık Sorumluluğu	16.4 ± 4.8	0.009*
Egzersiz	8.9 ± 3	0.043*
Beslenme	5.5 ± 1.4	0.454
Kişilerarası Destek	14.8 ± 3.5	0.113
Stres Yönetimi	23.9 ± 4.8	0.026*
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Toplam Puan	100 ± 19.6	0.082
Yaşam Kalitesi Ölçeği;		
Fiziksel Fonksiyon	49.8 ± 30.8	0.016*
Fiziksel Rol Güçlüğü	42.4 ± 40.3	0.877
Emosyonel Rol Güçlüğü	38 ± 40.2	0.601
Enerji, Canlılık, Vitalite	45.9 ± 17.9	0.170
Ruhsal Sağlık	48.2 ± 15.6	0.305
Sosyal İşlevsellik	56.1 ± 21.2	0.669
Ağrı	60.2 ± 21.9	0.451
Genel Sağlık Algısı	43.7 ± 19.3	0.813

* $p<0.05$ 'Bağımsız Örnek T Testi

Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Puanlarının Cinsiyete göre Değerlendirilmesi Tablo 4.11 de verilmiştir.

Katılımcılardan kadınların Enerji, Canlılık, Vitalite puanı ortalaması 43.3 ± 18.5 , erkeklerin ortalaması 47.7 ± 16.9 'dur. Buna göre erkeklerin ortalaması daha yüksektir. Kadınlar

ile erkekler arasında Enerji, Canlılık, Vitalite puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Kadınlar ile erkekler arasında Kendini Gerçekleştirme, Sağlık Sorumluluğu, Egzersiz, Beslenme, Kişilerarası Destek, Stres Yönetimi, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol Güçlüğü, Emosyonel Rol Güçlüğü, Ruhsal Sağlık, Sosyal İşlevsellik, Ağrı ve Genel Sağlık Algısı puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.11: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Puanlarının Cinsiyete göre Karşılaştırılması

	Cinsiyet		t	p
	Kadın	Erkek		
	ort±ss	ort±ss		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği				
Kendini Gerçekleştirme	31.1±7.3	31.5±6.8	-0.492	0.623
Sağlık Sorumluluğu	16.5±4.9	16.7±4.8	-0.580	0.562
Egzersiz	8.8±3.1	8.8±3	0.017	0.986
Beslenme	5.2±1.4	5.4±1.5	-1.460	0.145
Kişilerarası Destek	14.4±3.5	14.9±3.4	-1.616	0.107
Stres Yönetimi	23.2±4.8	23.7±5.1	-0.898	0.370
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Toplam Puan	99.4±20.8	101.3±19.9	-0.909	0.364
Yaşam Kalitesi Ölçeği				
Fiziksel Fonksiyon	49.3±31.8	48.5±29.7	0.257	0.797
Fiziksel Rol Güçlüğü	41.2±39.8	42.1±41	-0.225	0.822
Emosyonel Rol Güçlüğü	34.8±38.7	41.8±42	-1.698	0.090
Enerji, Canlılık, Vitalite	43.3±18.5	47.7±16.9	-2.379	0.018*
Ruhsal Sağlık	47.1±16.3	49.5±14.6	-1.468	0.143
Sosyal İşlevsellik	53.8±21	57.8±20.7	-1.876	0.061
Ağrı	59.1±22.5	61.1±21.2	-0.914	0.361
Genel Sağlık Algısı	42.14±18	44.5±19.8	-1.212	0.226

* $p<0.05$ anlamlı fark, $p>0.05$ anlamlı fark yok; t testi

Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Puanlarının Medeni Duruma göre Karşılaştırılması Tablo 4.12 de verilmiştir.

Katılımcılardan bekar olanların Egzersiz puan ortalaması 9 ± 3.2 , evli olanların ortalaması 8.2 ± 2.3 'tür. Buna göre bekar olanların ortalaması daha yüksektir. Bekar ile evliler arasında Egzersiz puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcılardan bekar olanların Fiziksel Fonksiyon puan ortalaması 52.9 ± 31.9 , evli olanların ortalaması 38.6 ± 24.3 'tür. Buna göre bekar olanların ortalaması daha yüksektir. Bekar ile evliler arasında Fiziksel Fonksiyon puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcılardan bekar olanların Ağrı puanı ortalaması 61.8±22.4, evli olanların ortalaması 55.9±19.5'tir. Buna göre bekar olanların ortalaması daha yüksektir. Bekar ile evliler arasında Ağrı puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır (p<0.05).

Katılımcılardan bekar olanların Genel Sağlık Algısı puan ortalaması 45.1±20.5, evli olanların ortalaması 38.6±12.6'dır. Buna göre bekar olanların ortalaması daha yüksektir. Bekar ile evliler arasında Genel Sağlık Algısı puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır (p<0.05).

Katılımcılardan bekar ile evliler arasında Kendini Gerçekleştirme, Sağlık Sorumluluğu, Beslenme, Kişilerarası Destek, Stres Yönetimi, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Fiziksel Rol Güçlüğü, Emosyonel Rol Güçlüğü, Enerji, Canlılık, Vitalite, Ruhsal Sağlık ve Sosyal İşlevsellik puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 4.12: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Puanlarının Medeni Duruma göre Karşılaştırılması

	Medeni durum		t	p
	Bekar	Evli		
	ort±ss	ort±ss		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği;				
Kendini Gerçekleştirme	31.6±7.4	30.4±5.8	1.664	0.097
Sağlık Sorumluluğu	16.6±5.1	16.4±3.6	0.380	0.704
Egzersiz	9±3.2	8.2±2.3	2.532	0.012*
Beslenme	5.2±1.5	5.5±1.2	-1.721	0.087
Kişilerarası Destek	14.6±3.7	14.7±2.7	-0.334	0.739
Stres Yönetimi	23.5±5.4	22.9±3.7	1.272	0.204
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Toplam Puan	100.8±22.1	98.4±13.9	1.244	0.214
Yaşam Kalitesi Ölçeği;				
Fiziksel Fonksiyon	52.9±31.9	38.6±24.3	4.727	0.000*
Fiziksel Rol Güçlüğü	42.5±39.8	36.8±41	1.272	0.204
Emosyonel Rol Güçlüğü	38.5±40	35.4±41.2	0.661	0.509
Enerji, Canlılık, Vitalite	45±19.2	46.3±13.3	-0.767	0.444
Ruhsal Sağlık	47.8±16.3	49.3±13.1	-0.949	0.343
Sosyal İşlevsellik	55.7±23	57.7±15.8	-0.995	0.320
Ağrı	61.8±22.4	55.9±19.5	2.587	0.010*
Genel Sağlık Algısı	45.1±20.5	38.6±12.6	3.754	0.000*

*p<0.05 anlamlı fark, p>0.05 anlamlı fark yok; t testi

Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Puanlarının Öğrenim Durumuna göre Karşılaştırılması Tablo 4.13 de verilmiştir.

Katılımcıların ilkokul ve altı okul mezunu olanların Kendini Gerçekleştirme puanı ortalaması 31.8±9.3; Ortaokul mezunu olanların ortalaması 29.6±5.8; lise ve dengi okul mezunu olanların ortalaması 29.4±3.9; lisans ve üstü okul mezunu olanların ortalaması 32.5±7.8'dir. Buna göre lisans ve üstü okul mezunu olanların ortalaması en yüksektir. Öğrenim

durumu farklı bireyler arasında Kendini Gerçekleştirme puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcıların ortaokul mezunu olanların Sağlık Sorumluluğu puan ortalaması 15.6 ± 3.1 ; lise ve dengi okul mezunu olanların ortalaması 15.7 ± 4 ; lisans ve üstü okul mezunu olanların ortalaması 17.2 ± 5.2 'dir. Buna göre lisans ve üstü okul mezunu olanların ortalaması en yüksektir. Öğrenim durumu farklı bireyler arasında Sağlık Sorumluluğu puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcıların ilkokul ve altı okul mezunu olanların Egzersiz puan ortalaması 8.2 ± 3 ; Ortaokul mezunu olanların ortalaması 7.9 ± 2.1 ; lise ve dengi okul mezunu olanların ortalaması 7.5 ± 2.2 ; lisans ve üstü okul mezunu olanların ortalaması 9.6 ± 3.2 'dir. Buna göre lisans ve üstü okul mezunu olanların ortalaması en yüksektir. Öğrenim durumu farklı bireyler arasında Egzersiz puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcıların ilkokul ve altı okul mezunu olanların Beslenme puanı ortalaması 5.8 ± 1.7 ; Ortaokul mezunu olanların ortalaması 5.8 ± 1.3 ; lise ve dengi okul mezunu olanların ortalaması 5.4 ± 1.3 ; lisans ve üstü okul mezunu olanların ortalaması 5.2 ± 1.5 'tir. Buna göre ilkokul ve altı okul mezunu olanların ortalaması en yüksektir. Öğrenim durumu farklı bireyler arasında Beslenme bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcıların ilkokul ve altı okul mezunu olanların Kişilerarası Destek puan ortalaması 16.2 ± 4.1 ; Ortaokul mezunu olanların ortalaması 14.6 ± 2.8 ; lise ve dengi okul mezunu olanların ortalaması 13.2 ± 2.7 ; lisans ve üstü okul mezunu olanların ortalaması 15.2 ± 3.6 'dir. Buna göre ilkokul ve altı okul mezunu olanların ortalaması en yüksektir. Öğrenim durumu farklı bireyler arasında Kişilerarası Destek puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcıların ilkokul ve altı okul mezunu olanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları puan ortalaması 100.3 ± 24.8 ; Ortaokul mezunu olanların ortalaması 97.2 ± 13.2 ; lise ve dengi okul mezunu olanların ortalaması 94.4 ± 15 ; lisans ve üstü okul mezunu olanların ortalaması 103.5 ± 22.1 'dir. Buna göre lisans ve üstü okul mezunu olanların ortalaması en yüksektir. Öğrenim durumu farklı bireyler arasında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcıların ilkokul ve altı okul mezunu olanların Fiziksel Fonksiyon puan ortalaması 36.8 ± 28.8 ; Ortaokul mezunu olanların ortalaması 38.3 ± 25.1 ; lise ve dengi okul mezunu olanların ortalaması 35.2 ± 25.9 ; lisans ve üstü okul mezunu olanların ortalaması 58.3 ± 30.6 'dir. Buna göre lisans ve üstü okul mezunu olanların ortalaması en yüksektir. Öğrenim durumu farklı

bireyler arasında Fiziksel Fonksiyon puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcıların ilkokul ve altı okul mezunu olanların Fiziksel Rol Güçlüğü puan ortalaması 37 ± 36.8 ; Ortaokul mezunu olanların ortalaması 24.2 ± 35.6 ; lise ve dengi okul mezunu olanların ortalaması 27 ± 38.4 ; lisans ve üstü okul mezunu olanların ortalaması 50.7 ± 39.7 'dir. Buna göre lisans ve üstü okul mezunu olanların ortalaması en yüksektir. Öğrenim durumu farklı bireyler arasında Fiziksel Rol Güçlüğü puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcıların ilkokul ve altı okul mezunu olanların Emosyonel Rol Güçlüğü puan ortalaması 26.6 ± 36 ; Ortaokul mezunu olanların ortalaması 27.2 ± 37.6 ; lise ve dengi okul mezunu olanların ortalaması 27.7 ± 37.9 ; lisans ve üstü okul mezunu olanların ortalaması 45.5 ± 41.1 'dir. Buna göre lisans ve üstü okul mezunu olanların ortalaması en yüksektir. Öğrenim durumu farklı bireyler arasında Emosyonel Rol Güçlüğü puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcıların ilkokul ve altı okul mezunu olanların Ağrı puan ortalaması 56.1 ± 23.9 ; Ortaokul mezunu olanların ortalaması 54.1 ± 18.3 ; lise ve dengi okul mezunu olanların ortalaması $55,5\pm18,6$; lisans ve üstü okul mezunu olanların ortalaması 63.8 ± 22.7 'dir. Buna göre lisans ve üstü okul mezunu olanların ortalaması en yüksektir. Öğrenim durumu farklı bireyler arasında Ağrı puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcıların ilkokul ve altı okul mezunu olanların Genel Sağlık Algısı puan ortalaması 40 ± 19.3 ; Ortaokul mezunu olanların ortalaması 34.2 ± 14.7 ; lise ve dengi okul mezunu olanların ortalaması 41.2 ± 13.6 ; lisans ve üstü okul mezunu olanların ortalaması 46.2 ± 20.8 'dir. Buna göre lisans ve üstü okul mezunu olanların ortalaması en yüksektir. Öğrenim durumu farklı bireyler arasında Genel Sağlık Algısı puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Öğrenim durumu farklı bireyler arasında Sağlıklı Yaşam Biçimi, Enerji, Canlılık, Vitalite, Ruhsal Sağlık ve Sosyal İşlevsellik puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.13: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Puanlarının Öğrenim Durumuna göre Karşılaştırılması

	Öğrenim durumu				F	p
	İlkokul ve altı	Ortaokul	Lise ve dengi	Lisans ve üstü		
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği;						
Kendini Gerçekleştirme	31.8±9.3	29.6±5.8	29.4±3.9	32.5±7.8	5.312	0.001*
Sağlık Sorumluluğu	16.2±5.4	15.6±3.1	15.7±4	17.2±5.2	2.936	0.033*
Egzersiz	8.2±3	7.9±2.1	7.5±2.2	9.6±3.2	14.270	0.000*
Beslenme	5.8±1.7	5.8±1.3	5.4±1.3	5.2±1.5	2.987	0.031*
Kişilerarası Destek	16.2±4.1	14.6±2.8	13.2±2.7	15.2±3.6	9.370	0.000*
Stres Yönetimi	22±5.8	23.4±3.7	23.1±4.1	23.7±5.3	1.095	0.351
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Toplam Puan	100.3±24.8	97.2±13.2	94.4±15	103.5±22.1	5.057	0.002*
Yaşam Kalitesi Ölçeği;						
Fiziksel Fonksiyon	36ç8±28.8	38.3±25.1	35.2±25.9	58.3±30.6	18.468	0.000*
Fiziksel Rol Güçlüğü	37±36.8	24.2±35.6	27±38.4	50.7±39.7	11.164	0.000*
Emosyonel Rol Güçlüğü	26ç6±36	27.2±37.6	27.7±37.9	45.5±41.1	6.463	0.000*
Enerji, Canlılık, Vitalite	43.2±15.2	45.3±8	43.7±13.7	46.7±20.4	0.804	0.492
Ruhsal Sağlık	48.3±21	50.9±9.8	48±11.3	48.1±16.9	0.332	0.802
Sosyal İşlevsellik	51.5±20.8	53.7±19.3	57.8±16.9	56.4±22.9	0.771	0.511
Ağrı	56.1±23.9	54.1±18.3	55.5±18.6	63.8±22.7	4.917	0.002*
Genel Sağlık Algısı	40±19.3	34.2±14.7	41.2±13.6	46.2±20.8	5.161	0.002*

*p<0.05 anlamlı fark, p>0.05 anlamlı fark yok; ANOVA testi.

Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Puanlarının Sigara Kullanım Durumuna göre Karşılaştırılması Tablo 4.14 de verilmiştir.

Katılımcılardan sigara içenlerin Sağlık Sorumluluğu puan ortalaması 16.2±4.6; hiç içmemiş olanların ortalaması 17.6±4.9; içip bırakmış olanların ortalaması 15.9±4.9'dur. Buna göre hiç sigara içmemiş olanların ortalaması en yüksektir. Sigara kullanım durumu farklı bireyler arasında Sağlık Sorumluluğu puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır (p<0.05).

Sigara kullanım durumu farklı bireyler arasında Kendini Gerçekleştirme, Egzersiz, Beslenme, Kişilerarası Destek, Stres Yönetimi, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol Güçlüğü, Emosyonel Rol Güçlüğü, Enerji, Canlılık, Vitalite, Ruhsal Sağlık, Sosyal İşlevsellik, Ağrı ve Genel Sağlık Algısı puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 4.14: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Puanlarının Sigara Kullanım Durumuna göre Karşılaştırılması

	Sigara kullanımı			F	p
	Evet	Hayır	Bıraktı		
	ort±ss	ort±ss	ort±ss		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği;					
Kendini Gerçekleştirme	31.4±7	31.9±7.2	30.1±6.7	1.387	0.251
Sağlık Sorumluluğu	16.2±4.6	17.6±4.9	15.9±4.9	4.088	0.018*
Egzersiz	8.5±3	9.3±2.9	8.6±3.4	2.573	0.078
Beslenme	5.2±1.5	5.3±1.5	5.8±1.2	3.132	0.045
Kişilerarası Destek	14.6±3.3	15±3.5	14.2±3.6	1.332	0.265
Stres Yönetimi	23.8±5.1	23.1±5	22.8±4.1	1.300	0.274
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Toplam Puan	99.9±20	102.4±20.7	97.6±20.5	1.262	0.284
Yaşam Kalitesi Ölçeği;					
Fiziksel Fonksiyon	47±28.4	54.3±32.1	45.1±34.4	2.819	0.061
Fiziksel Rol Güçlüğü	43.2±40.8	37.2±38.5	44.1±42.5	1.028	0.359
Emosyonel Rol Güçlüğü	38.7±40.5	36.4±40	39.4±42.2	0.165	0.848
Enerji, Canlılık, Vitalite	45±18.2	44.1±16.9	50.4±17.5	2.765	0.064
Ruhsal Sağlık	47.5±16.6	48.5±13.5	50.4±15.4	0.771	0.463
Sosyal İşlevsellik	57±21.4	55.7±20.8	54.6±20.9	0.353	0.703
Ağrı	60.8±22.8	61.1±21.1	56.8±19.5	0.927	0.397
Genel Sağlık Algısı	42.7±17.5	44.9±19.8	43±21.3	0.541	0.582

* $p < 0.05$ anlamlı fark, $p > 0.05$ anlamlı fark yok; ANOVA testi

Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Puanlarının Alkol Kullanım Durumuna göre Karşılaştırılması Tablo 4.15 de verilmiştir.

Katılımcılardan alkol içenlerin Kişilerarası Destek puanı ortalaması 15.1±3.2; hiç içmemiş olanların ortalaması 14.2±3.5; içip bırakmış olanların ortalaması 15.2±3.6'dır. Buna göre alkolü içip bırakmış olanların ortalaması en yüksektir. Alkol kullanım durumu farklı bireyler arasında Kişilerarası Destek puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Katılımcılardan alkol içenlerin Ruhsal Sağlık puanı ortalaması 44.3±17; hiç içmemiş olanların ortalaması 50,8±13,9; içip bırakmış olanların ortalaması 48.4±15.3'tür. Buna göre hiç alkol içmemiş olanların ortalaması en yüksektir. Alkol kullanım durumu farklı bireyler arasında Ruhsal Sağlık puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Alkol kullanım durumu farklı bireyler arasında Kendini Gerçekleştirme, Sağlık Sorumluluğu, Egzersiz, Beslenme, Stres Yönetimi, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol Güçlüğü, Emosyonel Rol Güçlüğü, Enerji, Canlılık, Vitalite, Ruhsal Sağlık, Sosyal İşlevsellik, Ağrı ve Genel Sağlık Algısı puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Tablo 4.15: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Puanlarının Alkol Kullanım Durumuna göre Karşılaştırılması

	Alkol kullanımı			F	P
	Evet	Hayır	Bıraktı		
	ort̄ss	ort̄ss	ort̄ss		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği;					
Kendini Gerçekleştirme	31.6±7.1	31.2±7	31.3±7.3	0.156	0.856
Sağlık Sorumluluğu	15.8±4.5	16.8±5.1	17.4±4.2	2.715	0.068
Egzersiz	9±3.1	8.5±2.9	9.2±3.2	1.617	0.200
Beslenme	5.4±1.5	5.2±1.4	5.5±1.5	1.721	0.180
Kişilerarası Destek	15.1±3.2	14.2±3.5	15.2±3.6	3.367	0.036*
Stres Yönetimi	23.2±5.1	23.3±5	24±4.3	0.686	0.504
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Toplam Puan	100.5±19.5	99.5±20.9	102.9±20.2	0.684	0.505
Yaşam Kalitesi Ölçeği;					
Fiziksel Fonksiyon	51.2±29.9	47.2±31.3	51.2±30.9	0.818	0.442
Fiziksel Rol Güçlüğü	45.6±41.6	40.8±39.5	34.8±39.9	1.557	0.212
Emosyonel Rol Güçlüğü	37.6±40.3	40±40.3	33.3±41.7	0.683	0.506
Enerji, Canlılık, Vitalite	43.6±18.6	46.2±16.9	47.4±18.5	1.266	0.283
Ruhsal Sağlık	44.3±17	50.8±13.9	48.4±15.3	6.862	0.001*
Sosyal İşlevsellik	53.9±22.6	57.3±20.4	57.2±19.7	1.090	0.337
Ağrı	61.9±24	59.1±20.1	60.8±22.2	0.613	0.543
Genel Sağlık Algısı	45.4±21.2	41.7±17.3	45±18.6	1.758	0.174

*p<0.05 anlamlı fark, p>0.05 anlamlı fark yok; ANOVA testi

Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Puanlarının Tanısı Konmuş Hastalık Durumuna göre Karşılaştırılması Tablo 4.16 de verilmiştir.

Katılımcılardan hastalığı olmayanların Kendini Gerçekleştirme puan ortalaması 33.4±7.7; hastalığı olanların ortalaması 29.9±6'dır. Buna göre tanısı konulmuş bir hastalığı olmayanların ortalaması daha yüksektir. Tanısı konulmuş hastalık durumu farklı bireyler arasında Kendini Gerçekleştirme puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır (p<0.05).

Katılımcılardan hastalığı olmayanların Egzersiz puan ortalaması 9.5±3.5; hastalığı olanların ortalaması 8.3±2.5'tir. Buna göre tanısı konulmuş bir hastalığı olmayanların ortalaması daha yüksektir. Tanısı konulmuş hastalık durumu farklı bireyler arasında Egzersiz puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır (p<0.05).

Katılımcılardan hastalığı olmayanların Kişilerarası Destek puan ortalaması 15.4±4; hastalığı olanların puan ortalaması 14.2±2.8'dir. Buna göre tanısı konulmuş bir hastalığı olmayanların ortalaması daha yüksektir. Tanısı konulmuş hastalık durumu farklı bireyler arasında Kişilerarası Destek puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır (p<0.05).

Katılımcılardan hastalığı olmayanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları puan ortalaması 105 ± 23.2 ; hastalığı olanların ortalaması 97.4 ± 16.7 'dir. Buna göre tanısı konulmuş bir hastalığı olmayanların ortalaması daha yüksektir. Tanısı konulmuş hastalık durumu farklı bireyler arasında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcılardan hastalığı olmayanların Fiziksel Fonksiyon puan ortalaması 59.3 ± 32.4 ; hastalığı olanların ortalaması 41.1 ± 27.1 'dir. Buna göre tanısı konulmuş bir hastalığı olmayanların ortalaması daha yüksektir. Tanısı konulmuş hastalık durumu farklı bireyler arasında Fiziksel Fonksiyon puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcılardan hastalığı olmayanların Fiziksel Rol Güçlüğü puan ortalaması 48.5 ± 39.5 ; hastalığı olanların ortalaması 35.6 ± 40.2 'dir. Buna göre tanısı konulmuş bir hastalığı olmayanların ortalaması daha yüksektir. Tanısı konulmuş hastalık durumu farklı bireyler arasında Fiziksel Rol Güçlüğü puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcılardan hastalığı olmayanların Emosyonel Rol Güçlüğü puanı ortalaması 42.5 ± 40.7 ; hastalığı olanların ortalaması 33.9 ± 40.4 'tür. Buna göre tanısı konulmuş bir hastalığı olmayanların ortalaması daha yüksektir. Tanısı konulmuş hastalık durumu farklı bireyler arasında Emosyonel Rol Güçlüğü puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcılardan hastalığı olmayanların Ağrı puan ortalaması 64.6 ± 21.3 ; hastalığı olanların ortalaması 57.5 ± 21.6 'dir. Buna göre tanısı konulmuş bir hastalığı olmayanların ortalaması daha yüksektir. Tanısı konulmuş hastalık durumu farklı bireyler arasında Ağrı puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcılardan hastalığı olmayanların Genel Sağlık Algısı puan ortalaması 49.1 ± 20.9 ; hastalığı olanların ortalaması 39.4 ± 15.5 'tir. Buna göre tanısı konulmuş bir hastalığı olmayanların ortalaması daha yüksektir. Tanısı konulmuş hastalık durumu farklı bireyler arasında Genel Sağlık Algısı puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Tanısı konulmuş hastalık durumu farklı bireyler arasında Sağlık Sorumluluğu, Beslenme, Stres Yönetimi, Enerji, Canlılık, Vitalite, Ruhsal Sağlık ve Sosyal İşlevsellik puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.16: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Puanlarının Tanısı Konulmuş Hastalık Durumuna göre Karşılaştırılması

	İlaç kullanımı gerektiren, tanısı konulmuş hastalık		t	P
	Yok ort±ss	Var ort±ss		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği;				
Kendini Gerçekleştirme	33.4±7.7	29.9±6	4.736	<0.001*
Sağlık Sorumluluğu	17.2±5.4	16.2±4.2	1.915	0.056
Egzersiz	9.5±3.5	8.3±2.5	3.894	<0.001*
Beslenme	5.3±1.6	5.4±1.3	-0.723	0.470
Kişilerarası Destek	15.4±4	14.2±2.8	3.311	0.001*
Stres Yönetimi	24±5.3	23.1±4.5	1.617	0.107
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Toplam Puan	105±23.2	97.4±16.7	3.583	<0.001*
Yaşam Kalitesi Ölçeği;				
Fiziksel Fonksiyon	59.3±32.4	41.1±27.1	5.829	<0.001*
Fiziksel Rol Güçlüğü	48.5±39.5	35.6±40.2	3.116	0.002*
Emosyonel Rol Güçlüğü	42.5±40.7	33.9±40.4	2.043	0.042*
Enerji, Canlılık, Vitalite	44.4±19.2	46.9±15.8	-1.352	0.177
Ruhsal Sağlık	48.6±16.2	48.7±13.9	-0.071	0.944
Sosyal İşlevsellik	58.5±22	54.9±19.8	1.632	0.104
Ağrı	64.6±21.3	57.5±21.6	3.214	0.001*
Genel Sağlık Algısı	49.1±20.9	39.4±15.5	4,978	<0.001*

*p<0.05 anlamlı fark, p>0.05 anlamlı fark yok; t testi

Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Puanlarının Son 1 Ayda Hastalık Geçirme Durumuna göre Karşılaştırılması Tablo 4.17 de verilmiştir.

Katılımcılardan hastalık geçirenlerin Kendini Gerçekleştirme puan ortalaması 30.1±6.6, geçirmemiş olanların ortalaması 31.8±7.1'dir. Buna göre son 1 ay içerisinde hastalık geçirmemiş olanların ortalaması daha yüksektir. Son 1 ayda hastalık geçirme durumu farklı bireyler arasında Kendini Gerçekleştirme puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır (p<0.05).

Son 1 ayda hastalık geçirme durumu farklı bireyler farklı bireyler arasında Sağlık Sorumluluğu, Egzersiz, Beslenme, Kişilerarası Destek, Stres Yönetimi, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol Güçlüğü, Emosyonel Rol Güçlüğü, Enerji, Canlılık, Vitalite, Ruhsal Sağlık, Sosyal İşlevsellik, Ağrı ve Genel Sağlık Algısı puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 4.17: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Puanlarının Son 1 Ayda Hastalık Geçirme Durumuna göre Karşılaştırılması

	Son 1 ay içerisinde hastalık geçirme		t	p
	Evet	Hayır		
	ort±ss	ort±ss		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği;				
Kendini Gerçekleştirme	30.1±6.6	31.8±7.1	-2.092	0037*
Sağlık Sorumluluğu	17.1±4.4	16.4±4.9	1.253	0.211
Egzersiz	9±3	8.7±3.1	0.642	0.521
Beslenme	5.3±1.4	5.3±1.5	-0.002	0.998
Kişilerarası Destek	14.6±3.3	14.7±3.5	-0.275	0.783
Stres Yönetimi	23.1±5	23.5±4.9	-0.789	0.431
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Toplam Puan	99.4±18.8	100.7±20.8	-0.567	0.571
Yaşam Kalitesi Ölçeği;				
Fiziksel Fonksiyon	45.4±28.1	50.6±31.6	-1.556	0.121
Fiziksel Rol Güçlüğü	43.2±42.8	40.9±39.4	0.498	0.619
Emosyonel Rol Güçlüğü	38.4±41.4	38.2±40.3	0.052	0.959
Enerji, Canlılık, Vitalite	44.1±18.1	46.1±17.6	-0.953	0.341
Ruhsal Sağlık	47.1±17.3	48.8±14.7	-0.878	0.381
Sosyal İşlevsellik	57.5±20.1	55.8±21.5	0.716	0.474
Ağrı	58±23.2	61.2±21.2	-1.274	0.203
Genel Sağlık Algısı	40.8±16.2	44.5±19.8	-1.840	0.067

* $p<0.05$ anlamlı fark, $p>0.05$ anlamlı fark yok; t testi

Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Puanlarının Ailedeki Birey Sayısına göre Karşılaştırılması Tablo 4.18 de verilmiştir.

Katılımcıların ailesinde 1-2 kişi yaşayanların Kişilerarası Destek puan ortalaması 15.8±3.3; 3 kişi yaşayanların ortalaması 14.7±3.2; 4 kişi yaşayanların ortalaması 13.9±3.2; 5 kişi yaşayanların ortalaması 15.1±3.5; 5'ten fazla kişi yaşayanların ortalaması 13.7±3.1'dir. Buna göre ailesinde 1-2 kişi yaşayanların ortalaması en yüksektir. Ailesinde yaşayan birey sayısı farklı bireyler arasında Kişilerarası Destek puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcıların ailesinde 1-2 kişi yaşayanların Stres Yönetimi puan ortalaması 26.3±5.5; 3 kişi yaşayanların ortalaması 23.6±4.7; 4 kişi yaşayanların ortalaması 22.8±4.6; 5 kişi yaşayanların ortalaması 23.2±4.8; 5'ten fazla kişi yaşayanların ortalaması 21.7±4.5'tir. Buna göre ailesinde 1-2 kişi yaşayanların ortalaması en yüksektir. Ailesinde yaşayan birey sayısı farklı bireyler arasında Stres Yönetimi puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcıların ailesinde 1-2 kişi yaşayanların Fiziksel Rol Güçlüğü puan ortalaması 107.4±19.7; 3 kişi yaşayanların ortalaması 100.6±20.6; 4 kişi yaşayanların ortalaması 96.6±18; 5 kişi yaşayanların ortalaması 101.7±20.6; 5'ten fazla kişi yaşayanların ortalaması

95.8±16.1'dir. Buna göre ailesinde 1-2 kişi yaşayanların ortalaması en yüksektir. Ailesinde yaşayan birey sayısı farklı bireyler arasında Fiziksel Rol Güçlüğü puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

1-2 kişi yaşayanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları puan ortalaması 58.1±42.9; 3 kişi yaşayanların ortalaması 35.6±40.9; 4 kişi yaşayanların ortalaması 35.8±39.4; 5 kişi yaşayanların ortalaması 46.8±39.1; 5'ten fazla kişi yaşayanların ortalaması 40.4±37.4'tür. Buna göre ailesinde 1-2 kişi yaşayanların ortalaması en yüksektir. Ailesinde yaşayan birey sayısı farklı bireyler arasında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcıların ailesinde 1-2 kişi yaşayanların Emosyonel Rol Güçlüğü puan ortalaması 53.1±46.7; 3 kişi yaşayanların ortalaması 34±40.1; 4 kişi yaşayanların ortalaması 32.1±39.1; 5 kişi yaşayanların ortalaması 42.3±39; 5'ten fazla kişi yaşayanların ortalaması 39.3±39.6'dır. Buna göre ailesinde 1-2 kişi yaşayanların ortalaması en yüksektir. Ailesinde yaşayan birey sayısı farklı bireyler arasında Emosyonel Rol Güçlüğü puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcıların ailesinde 1-2 kişi yaşayanların Enerji, Canlılık, Vitalite puan ortalaması 52.7±17.5; 3 kişi yaşayanların ortalaması 46.4±17; 4 kişi yaşayanların ortalaması 42.2±17.8; 5 kişi yaşayanların ortalaması 45.6±17; 5'ten fazla kişi yaşayanların ortalaması 45.7±20.2'dir. Buna göre ailesinde 1-2 kişi yaşayanların ortalaması en yüksektir. Ailesinde yaşayan birey sayısı farklı bireyler arasında Enerji, Canlılık, Vitalite puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcıların ailesinde 1-2 kişi yaşayanların Genel Sağlık Algısı puan ortalaması 47.4±13.1; 3 kişi yaşayanların ortalaması 39.6±16.5; 4 kişi yaşayanların ortalaması 41.3±16.4; 5 kişi yaşayanların ortalaması 47.8±21.5; 5'ten fazla kişi yaşayanların ortalaması 42.8±24.8'dir. Buna göre ailesinde 5 kişi yaşayanların ortalaması en yüksektir. Ailesinde yaşayan birey sayısı farklı bireyler arasında Genel Sağlık Algısı puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Ailesinde yaşayan birey sayısı farklı bireyler arasında Kendini Gerçekleştirme, Sağlık Sorumluluğu, Egzersiz, Beslenme, Fiziksel Fonksiyon, Ruhsal Sağlık, Sosyal İşlevsellik ve Ağrı puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.18: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Puanlarının Ailedeki Birey Sayısına Göre Karşılaştırılması

	Ailedeki birey sayısı					F	p
	1-2	3	4	5	5'ten fazla		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği;							
Kendini Gerçekleştirme	32.2±7.1	31.5±7.1	30.3±6	32.2±7.4	29.8±7.3	1.6	0.159
Sağlık Sorumluluğu	18.5±4.8	16.5±5.1	15.8±4.4	16.7±4.6	16.3±4.1	2.3	0.056
Egzersiz	9.2±2.8	8.6±3.3	8.4±2.7	9.1±3	8.7±2.5	1.1	0.320
Beslenme	5.1±1.2	5.6±1.2	5.2±1.4	5.2±1.6	5.3±1.7	0.9	0.418
Kişilerarası Destek	15.8±3.3	14.7±3.2	13.9±3.2	15.1±3.5	13.7±3.1	3.5	0.008*
Stres Yönetimi	26.3±55	23.6±4.7	22.8±4.6	23.2±4.8	21.7±4.5	5	0.001*
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Toplam Puan	107.4±19.7	100.6±20.6	96.6±18	101.7±20.8	95.8±16.8	2.8	0.025*
Yaşam Kalitesi Ölçeği;							
Fiziksel Fonksiyon	47±21.9	48±33.5	44±28.7	54±32.3	53.5±31.7	1.821	0.124
Fiziksel Rol Güçlüğü	58.1±42.9	35.6±40.9	35.8±39.4	46.8±39.1	40.4±37.4	3.111	0.015*
Emosyonel Rol Güçlüğü	53.1±46.7	34±40.1	32.1±39.1	42.3±39	39.3±39.6	2.430	0.047*
Enerji, Canlılık, Vitalite	52.7±17.5	46.4±17	42.2±17.8	45.6±17	45.7±20.2	2.499	0.042*
Ruhsal Sağlık	50.9±11.8	50.5±14.6	46.3±15.4	47.5±16.9	48.9±15.8	1.239	0.294
Sosyal İşlevsellik	64.3±19.9	57±18.5	54.1±20.4	56.1±21.4	52.2±27.3	2.019	0.091
Ağrı	62.7±24.1	56.3±17.9	61.6±21.6	62.7±22.6	55.4±24.5	1.771	0.134
Genel Sağlık Algısı	47.4±13.1	39.6±16.5	41.3±16.4	47.8±21.5	42.8±24.8	3.146	0.015*

* $p < 0.05$ anlamlı fark, $p > 0.05$ anlamlı fark yok; ANOVA testi

Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Puanlarının Ailede Şişman Birey Sayısına göre Karşılaştırılması Tablo 4.19 de verilmiştir.

Katılımcıların ailesinde şişman birey olanların Kendini Gerçekleştirme puan ortalaması 29.7±6.4; şişman birey olmayanların ortalaması 32.9±7.2'dir. Buna göre ailesinde şişman birey olmayanların ortalaması daha yüksektir. Ailesinde şişman birey olma durumu farklı bireyler arasında Kendini Gerçekleştirme puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Katılımcıların ailesinde şişman birey olanların Sağlık Sorumluluğu puan ortalaması 15.4±4.1; şişman birey olmayanların ortalaması 17.7±5.2'dir. Buna göre ailesinde şişman birey olmayanların ortalaması daha yüksektir. Ailesinde şişman birey olma durumu farklı bireyler

arasında Sağlık Sorumluluğu puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcıların ailesinde şişman birey olanların Egzersiz puan ortalaması 7.9 ± 2.4 ; şişman birey olmayanların ortalaması 9.6 ± 3.3 'tür. Buna göre ailesinde şişman birey olmayanların ortalaması daha yüksektir. Ailesinde şişman birey olma durumu farklı bireyler arasında Egzersiz puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcıların ailesinde şişman birey olanların Beslenme puan ortalaması 5.1 ± 1.4 ; şişman birey olmayanların ortalaması 5.6 ± 1.5 'tir. Buna göre ailesinde şişman birey olmayanların ortalaması daha yüksektir. Ailesinde şişman birey olma durumu farklı bireyler arasında Beslenme puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcıların ailesinde şişman birey olanların Kişilerarası Destek puanı ortalaması 13.9 ± 3 ; şişman birey olmayanların ortalaması 15.4 ± 3.7 'dir. Buna göre ailesinde şişman birey olmayanların ortalaması daha yüksektir. Ailesinde şişman birey olma durumu farklı bireyler arasında Kişilerarası Destek puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcıların ailesinde şişman birey olanların Stres Yönetimi puan ortalaması 22.6 ± 4.7 ; şişman birey olmayanların ortalaması 24.1 ± 5.1 'dir. Buna göre ailesinde şişman birey olmayanların ortalaması daha yüksektir. Ailesinde şişman birey olma durumu farklı bireyler arasında Stres Yönetimi puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcıların ailesinde şişman birey olanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları puan ortalaması 94.9 ± 16.7 ; şişman birey olmayanların ortalaması 105.5 ± 22 'dir. Buna göre ailesinde şişman birey olmayanların ortalaması daha yüksektir. Ailesinde şişman birey olma durumu farklı bireyler arasında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcıların ailesinde şişman birey olanların Fiziksel Fonksiyon puan ortalaması 44.2 ± 28.5 ; şişman birey olmayanların ortalaması 53.7 ± 32.1 'dir. Buna göre ailesinde şişman birey olmayanların ortalaması daha yüksektir. Ailesinde şişman birey olma durumu farklı bireyler arasında Fiziksel Fonksiyon puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcıların ailesinde şişman birey olanların Fiziksel Rol Güçlüğü puan ortalaması 36.7 ± 40.2 ; şişman birey olmayanların ortalaması 45.7 ± 40.1 'dir. Buna göre ailesinde şişman birey olmayanların ortalaması daha yüksektir. Ailesinde şişman birey olma durumu farklı

bireyler arasında Fiziksel Rol Güçlüğü puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcıların ailesinde şişman birey olanların Enerji, Canlılık, Vitalite puan ortalaması 43.2 ± 17.8 ; şişman birey olmayanların ortalaması 47.7 ± 17.5 'tir. Buna göre ailesinde şişman birey olmayanların ortalaması daha yüksektir. Ailesinde şişman birey olma durumu farklı bireyler arasında Enerji, Canlılık, Vitalite puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcıların ailesinde şişman birey olanların Genel Sağlık Algısı puan ortalaması 41.5 ± 18.7 ; şişman birey olmayanların ortalaması 45.3 ± 19 'dur. Buna göre ailesinde şişman birey olmayanların ortalaması daha yüksektir. Ailesinde şişman birey olma durumu farklı bireyler arasında Genel Sağlık Algısı puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Ailesinde şişman birey olma durumu farklı bireyler arasında Emosyonel Rol Güçlüğü, Ruhsal Sağlık, Sosyal İşlevsellik ve Ağrı puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.19: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Puanlarının Ailede Şişman Birey Durumuna göre Karşılaştırılması

	Ailede şişman birey		t	p
	Var	Yok		
	ort \pm ss	ort \pm ss		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği;				
Kendini Gerçekleştirme	29.7 \pm 6.4	32.9 \pm 7.2	-4.476	<0.001
Sağlık Sorumluluğu	15.4 \pm 4.1	17.7 \pm 5.2	-4.668	<0.001
Egzersiz	7.9 \pm 2.4	9.6 \pm 3.3	-5.547	<0.001
Beslenme	5.1 \pm 1.4	5.6 \pm 1.5	-3.162	0.002*
Kişilerarası Destek	13.9 \pm 3	15.4 \pm 3.7	-4.236	<0.001
Stres Yönetimi	22.6 \pm 4.7	24.1 \pm 5.1	-2.944	0.003*
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Toplam Puan	94.9 \pm 16.7	105.5 \pm 22	-5.234	<0.001
Yaşam Kalitesi Ölçeği;				
Fiziksel Fonksiyon	44.2 \pm 28.5	53.7 \pm 32.1	-3.029	0.003*
Fiziksel Rol Güçlüğü	36.7 \pm 40.2	45.7 \pm 40.1	-2.195	0.029*
Emosyonel Rol Güçlüğü	35.1 \pm 39.8	40.8 \pm 41.1	-1.371	0.171
Enerji, Canlılık, Vitalite	43.2 \pm 17.8	47.7 \pm 17.5	-2.474	0.014*
Ruhsal Sağlık	46.7 \pm 16.2	49.7 \pm 14.6	-1.906	0.057
Sosyal İşlevsellik	55.4 \pm 21.4	56.9 \pm 20.8	-0.685	0.494
Ağrı	59.6 \pm 23.5	60.9 \pm 20.1	-0.590	0.556
Genel Sağlık Algısı	41.5 \pm 18.7	45.3 \pm 19	-1.971	0.049*

* $p<0,05$ anlamlı fark, $p>0,05$ anlamlı fark yok; t testi

Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Puanlarının mevcut ağırlıktan memnuniyet düzeyine göre karşılaştırılması Tablo 4.20 de verilmiştir.

Katılımcıların mevcut ağırlığından memnun olanların Kendini Gerçekleştirme puan ortalaması 35.9 ± 8.9 ; kararsız olanların ortalaması 32.7 ± 7.8 ; memnun olmayanların ortalaması 29.8 ± 5.5 'tir. Buna göre ağırlığından memnun olanların ortalaması en yüksektir. mevcut ağırlığından memnuniyet düzeyi farklı bireyler arasında Kendini Gerçekleştirme puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Katılımcıların mevcut ağırlığından memnun olanların Egzersiz puan ortalaması 19.7 ± 6.6 ; kararsız olanların ortalaması 16.2 ± 5 ; memnun olmayanların ortalaması 15.8 ± 3.8 'dir. Buna göre ağırlığından memnun olanların ortalaması en yüksektir. Mevcut ağırlığından memnuniyet düzeyi farklı bireyler arasında Egzersiz puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Katılımcıların mevcut ağırlığından memnun olanların Sağlık Sorumluluğu puan ortalaması 11.4 ± 3.7 ; kararsız olanların ortalaması 8.9 ± 2.6 ; memnun olmayanların ortalaması 8.1 ± 2.5 'tir. Buna göre ağırlığından memnun olanların ortalaması en yüksektir. Mevcut ağırlığından memnuniyet düzeyi farklı bireyler arasında Sağlık Sorumluluğu puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Katılımcıların mevcut ağırlığından memnun olanların Beslenme puan ortalaması 5.6 ± 1.6 ; kararsız olanların ortalaması 5.5 ± 1.8 ; memnun olmayanların ortalaması 5.2 ± 1.3 'tür. Buna göre ağırlığından memnun olanların ortalaması en yüksektir. Mevcut ağırlığından memnuniyet düzeyi farklı bireyler arasında Beslenme puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Katılımcıların mevcut ağırlığından memnun olanların Kişilerarası Destek puan ortalaması 17.5 ± 3.8 ; kararsız olanların ortalaması 15.6 ± 3.6 ; memnun olmayanların ortalaması 13.6 ± 2.8 'dir. Buna göre ağırlığından memnun olanların ortalaması en yüksektir. mevcut ağırlığından memnuniyet düzeyi farklı bireyler arasında Kişilerarası Destek puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Katılımcıların mevcut ağırlığından memnun olanların Stres Yönetimi puan ortalaması 26.2 ± 6.6 ; kararsız olanların ortalaması 23.2 ± 5.1 ; memnun olmayanların ortalaması 22.7 ± 4 'tür. Buna göre ağırlığından memnun olanların ortalaması en yüksektir. Mevcut ağırlığından memnuniyet düzeyi farklı bireyler arasında Stres Yönetimi puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Katılımcıların mevcut ağırlığından memnun olanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları puan ortalaması 116.5 ± 25.9 ; kararsız olanların ortalaması 102.4 ± 20.9 ; memnun olmayanların ortalaması 95.4 ± 15.5 'tir. Buna göre ağırlığından memnun olanların ortalaması en

yüksektir. Mevcut ağırlığından memnuniyet düzeyi farklı bireyler arasında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcıların mevcut ağırlığından memnun olanların Fiziksel Fonksiyon puan ortalaması 68.3 ± 32.6 ; kararsız olanların ortalaması 60.7 ± 29.9 ; memnun olmayanların ortalaması 40.9 ± 27.1 'dir. Buna göre ağırlığından memnun olanların ortalaması en yüksektir. Mevcut ağırlığından memnuniyet düzeyi farklı bireyler arasında Fiziksel Fonksiyon puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcıların mevcut ağırlığından memnun olanların Fiziksel Rol Güçlüğü puan ortalaması 54.9 ± 37.9 ; kararsız olanların ortalaması 55.5 ± 39.9 ; memnun olmayanların ortalaması 34.2 ± 39.3 'tür. Buna göre ağırlığından memnun olanların ortalaması en yüksektir. Mevcut ağırlığından memnuniyet düzeyi farklı bireyler arasında Fiziksel Rol Güçlüğü puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcıların mevcut ağırlığından memnun olanların Emosyonel Rol Güçlüğü puan ortalaması 49.7 ± 42.1 ; kararsız olanların ortalaması 48.9 ± 38 ; memnun olmayanların ortalaması 32.2 ± 39.6 'dır. Buna göre ağırlığından memnun olanların ortalaması en yüksektir. Mevcut ağırlığından memnuniyet düzeyi farklı bireyler arasında Emosyonel Rol Güçlüğü puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcıların mevcut ağırlığından memnun olanların Enerji, Canlılık, Vitalite puan ortalaması 54 ± 22.2 ; kararsız olanların ortalaması 49.1 ± 15.7 ; memnun olmayanların ortalaması 42.3 ± 15.8 'dir. Buna göre ağırlığından memnun olanların ortalaması en yüksektir. Mevcut ağırlığından memnuniyet düzeyi farklı bireyler arasında Enerji, Canlılık, Vitalite puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcıların mevcut ağırlığından memnun olanların Ruhsal Sağlık puan ortalaması 52.1 ± 16.9 ; kararsız olanların ortalaması 51.1 ± 16.9 ; memnun olmayanların ortalaması 46.6 ± 14.3 'tür. Buna göre ağırlığından memnun olanların ortalaması en yüksektir. Mevcut ağırlığından memnuniyet düzeyi farklı bireyler arasında Ruhsal Sağlık puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcıların mevcut ağırlığından memnun olanların Sosyal İşlevsellik puan ortalaması 64.7 ± 22 ; kararsız olanların ortalaması 59.8 ± 22.1 ; memnun olmayanların ortalaması 52.9 ± 19.7 'dir. Buna göre ağırlığından memnun olanların ortalaması en yüksektir. Mevcut ağırlığından memnuniyet düzeyi farklı bireyler arasında Sosyal İşlevsellik puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$).

Katılımcıların mevcut ağırlığından memnun olanların Ağrı puan ortalaması 69.1 ± 20.6 ; kararsız olanların ortalaması 67.4 ± 20.4 ; memnun olmayanların ortalaması 56.1 ± 21.3 'tür. Buna göre ağırlığından memnun olanların ortalaması en yüksektir. Mevcut ağırlığından memnuniyet düzeyi farklı bireyler arasında Ağrı puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Katılımcıların mevcut ağırlığından memnun olanların Genel Sağlık Algısı puan ortalaması 55.7 ± 21.2 ; kararsız olanların ortalaması 53 ± 18.4 ; memnun olmayanların ortalaması 37.7 ± 15.5 'tir. Buna göre ağırlığından memnun olanların ortalaması en yüksektir. Mevcut ağırlığından memnuniyet düzeyi farklı bireyler arasında Genel Sağlık Algısı puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Tablo 4.20: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi Puanlarının Mevcut Ağırlıktan Memnuniyet Düzeyine göre Karşılaştırılması

	Mevcut ağırlıktan memnuniyet düzeyi			F	p
	Memnun	Kararsız	Memnun değil		
	ort \pm ss	ort \pm ss	ort \pm ss		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği;					
Kendini Gerçekleştirme	35.9 \pm 8.9	32.7 \pm 7.8	29.8 \pm 5.5	24.481	<0.001
Sağlık Sorumluluğu	19.7 \pm 6.6	16.2 \pm 5	15.8 \pm 3.8	19.253	<0.001
Egzersiz	11.4 \pm 3.7	8.9 \pm 2.6	8.1 \pm 2.5	40.092	<0.001
Beslenme	5.6 \pm 1.6	5.5 \pm 1.8	5.2 \pm 1.3	3.552	0.030*
Kişilerarası Destek	17.5 \pm 3.8	15.6 \pm 3.6	13.6 \pm 2.8	43.969	<0.001
Stres Yönetimi	26.2 \pm 6.6	23.2 \pm 5.1	22.7 \pm 4	14.700	<0.001
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Toplam Puan	116.5 \pm 25.9	102.4 \pm 20.9	95.4 \pm 15.5	35.495	<0.001
Yaşam Kalitesi Ölçeği;					
Fiziksel Fonksiyon	68.3 \pm 32.6	60.7 \pm 29.9	40.9 \pm 27.1	31.180	<0.001
Fiziksel Rol Güçlüğü	54.9 \pm 37.9	55.5 \pm 39.9	34.2 \pm 39.3	12.437	<0.001
Emosyonel Rol Güçlüğü	49.7 \pm 42.1	48.9 \pm 38	32.2 \pm 39.6	7.998	<0.001
Enerji, Canlılık, Vitalite	54 \pm 22.2	49.1 \pm 15.7	42.3 \pm 15.8	14.493	<0.001
Ruhsal Sağlık	52.1 \pm 16.9	51.1 \pm 16.9	46.6 \pm 14.3	4.731	0.009*
Sosyal İşlevsellik	64.7 \pm 22	59.8 \pm 22.1	52.9 \pm 19.7	10.174	<0.001
Ağrı	69.1 \pm 20.6	67.4 \pm 20.4	56.1 \pm 21.3	14.633	<0.001
Genel Sağlık Algısı	55.7 \pm 21.2	53 \pm 18.4	37.2 \pm 15.5	41.441	<0.001

* $p < 0,05$ anlamlı fark, $p > 0,05$ anlamlı fark yok; ANOVA testi

5. TARTIŞMA

Günümüzde obezite gittikçe artan sağlık sorunlarına sebep olmaktadır. Artan obezite prevalansı ise yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir (67). Obezite oldukça yaygın bir sağlık sorunu olmakla birlikte sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, iş üretkenliği ve yetersiz fiziksel aktivite gibi çeşitli olumsuz sonuçlarla ilişkilidir (68). Obezite gelişiminde sosyal, davranışsal, kültürel, psikolojik, metabolik ve genetik faktörlerin önemli rol oynadığı iyi bilinmektedir (69).

Bu çalışmanın amacı, obez bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve yaşam kalitesini değerlendirmektir.

Obezitesi olan kişilerde yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir çalışma 14-28 yaş aralığında 250 kişi ile yapılmıştır (87). 2020 yılında yapılan bir başka çalışmada da 150 katılımcı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi BKİ'ye göre değerlendirilmiştir (88). Yetişkin bireylerde obezite önyargısı ile yaşam kalitesi ve beslenme durumları arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bir çalışma da 19-64 yaş aralığındaki 64 erkek 135 kadın toplam 199 kişi ile yapılmıştır (89). Bu çalışma da 18-65 yaş aralığındaki 189'u (%48.7) kadın ve 199'u (%51.3) erkek toplam 388 katılımcı ile yapılmıştır (Tablo 4.1). Çalışmamızda daha geniş yaş aralığında daha fazla sayıda kişiye ulaşılmıştır. Ayrıca çalışmamızda kadın erkek cinsiyet ayrımı yapılması ve kadın erkek katılımcı sayısının birbirine yakın olması, yapılmış diğer çalışmalardan farkını ortaya koymaktadır.

Yapılan benzer bir çalışmada, çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 39.8 ± 10.0 yıl, boy uzunluğu ortalaması 160.0 ± 10.25 cm ve BKİ ortalaması ise 34.1 ± 8.0 kg/m^2 olarak bulunmuştur (90). Başka bir çalışmada yaş ortalaması 36.9 ± 14.51 yıl olarak bulunmuştur (89). Bu çalışmada da yapılan çalışmalara paralel olarak yaş, boy ve BKİ ortalamaları benzer bulunmuştur (Tablo 4.1).

Yapılan bir çalışmada katılımcılardan 13 (%25.3)'ünün öğrenim durumu lisans üstüdür (91). Başka bir çalışmada 64 erkek ve 135 kadın katılımcının öğrenim durumu değerlendirildiğinde kadın katılımcıların 103'ü lisans ve lisansüstü, 28'i lise; erkek katılımcıların ise 46'sı lisans ve lisansüstü, 12'si lise öğrenim düzeyindedir (89). Seyit

Ali ve ark. Yaptığı diğer bir çalışmada da katılımcıların öğrenim düzeyi değerlendirilmiş ve 153 kişinin lise 73 kişinin üniversite okuduğu gösterilmiştir (87). Bu çalışmada öğrenim durumu yapılmış diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında katılımcıların çoğunluğunun eğitim düzeyinin lisans ve lisansüstü olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3). Bu durumda bu çalışmaya katılan bireylerin öğrenim durumlarının daha yüksek düzeyde olduğu görülmektedir.

Gebelerde obezite sıklığının ve obezitenin yaşam kalitesine etkisinin incelendiği bir çalışmada sigara içenler ve içmeyenler arasında obezite sıklığı açısından fark bulunmamıştır (92). Yapılan bir başka çalışmada da sigara kullanımı ile obezite arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (91). Bu çalışmada da yapılan diğer çalışmalarla benzer şekilde obezite ile sigara ve alkol tüketimi arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.3).

Yapılan bir çalışmada bireylerin %68.2'sinin ailesinde de obez bireyler olduğu ve bireylerin %46.7'sinin anne ve babasında, %13.3'ünün hala ve teyzesinde, %33.3'ünün kardeşinde %6.7'sinin ise tüm ailesinde obezite hikayesinin olduğu saptanmıştır (90). Başka çalışmada da bireylerin %82.9'unun ailesinde obez birey olduğu ve bu obez bireylerin %20.6'sının anne olduğu bulunmuştur (89). Literatüre bakıldığında da bu çalışmanın sonuçlarına benzer şekilde yakın akrabalarda şişmanlık varlığı, obezite için genetik bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmada da yapılmış çalışma sonuçlarına benzer şekilde katılımcıların %47.9'unun ailesinde obez birey bulunmaktadır ve bireylerin %40'ının anne ve babası, %18.7'sinin de kardeşleri obezdir (Tablo 4.4).

Yapılan bir çalışmada, çalışmaya katılan bireylerde, mevcut ağırlıklarından memnun olup olmadıkları sorulduğunda, obez grubunda olan bireylerin mevcut ağırlığından memnun olmayanların oranı %82.8'dir. Bu oran fazla kilolu ve normal ağırlık gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Sonuçlara bakıldığında fazla kilolu ve normal ağırlıklı bireylerin çoğunun mevcut vücut ağırlıklarından memnun olmadıkları sonucuna ulaşılmıştır (91). Bu sonucun kitle iletişim araçlarının artması ve bu yolla sunulan günümüzdeki ideal beden algısının etkilediği sosyal baskının artması sonucuyla bağlantılı olabileceğini düşünebiliriz. Bizim çalışmamızda da yapılmış çalışmalara benzer şekilde katılımcıların %65.4'ü vücut ağırlığından memnun değildir (Tablo 4.4).

Yapılan bir araştırmada, bireylerin hedefledikleri ağırlık düzeylerini; aile, arkadaş ve okul çevresi tarafından yapılan sosyal baskıdan ve medyadan etkilendiği sonucuna

varılmıştır (90). Yapılan başka bir çalışmada bireylere zayıflama isteklerinin sebepleri sorulduğunda, obez bireylerin %80,0'i sağlık sebebiyle zayıflamak isterken, %37,14'ü dış görünüş, %14,29'u ailesel baskı, %8,57'si çevresel ve sosyal baskı sebebiyle zayıflamak istediklerini söylemişlerdir (88). Çalışmamızda katılımcıların %80,7'si zayıflamak istemekte, %58,6'sı sağlık nedeniyle, %61,5'i dış görünüm sebebiyle zayıflamak istemektedir. (Tablo 4.4) Yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında çalışmamıza katılan bireylerin sağlıklarından çok dış görünüşlerine önem verdiklerini, aile veya sosyal ortam tarafından baskı gördükleri belirlenmiştir.

Yapılan bir çalışmada obez bireylerde zayıflama amacıyla bitkisel destek kullanımı anlamlı derecede yüksek ve fazla kilolu bireylerin %55,6'sının sağlık profesyonelleri dışındaki kaynaklardan edindikleri diyet programlarını uyguladıkları görülmüştür (88). ABD'de yapılan bir araştırmada, 18 yaş üstü, lisans öğrencisi/mezunu, 2197 bireyin zayıflamak için uyguladıkları yöntemler sorulduğunda, bireylerin %30,5'inin egzersiz yaptığı ve %8,6'sının diyet uyguladığı, %12,1'sinin ise diyet ilaçları ve laksatif kullandığı görülmüştür (93). Sağlık Bakanlığı'nın 2011 yılında gerçekleştirdiği Türkiye Beden Algısı Araştırması'nda son bir yılda diyet yapanlar BKİ sınıflamalarına göre değerlendirilmiş, istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlenmiş, en çok %28,4 ile obezlerin diyet yaptığı kaydedilmiştir ($p < 0.001$) (94). Çalışmamızda katılımcıların %52,9'u zayıflama girişimlerini daha önce uygulamış, uygulayanların %70,6'sı diyet uygulamış, %49,8'i egzersiz yapmış, %6,5'i ilaç kullanmış, %9,5'i bitkisel destek kullanmış ve %4,5'i ise cerrahi yöntemle başvurmuştur %37,5'inde diyetisyen tedaviyi önermiştir (Tablo 4.4). Bu çalışmayla kıyaslandığında çalışmamızda katılımcıların diyet tedavisini ve diyetisyenleri tercih ettiklerini bu konuda bilinçli oldukları görülmektedir.

Yapılan bir çalışmada bireylerin ortalama 5.78 ± 7.30 ay diyet uyguladıkları, uyguladıkları bu diyetle ortalama 11.85 ± 9.37 kg ağırlık kayb ettikleri ve ağırlıklarını koruma sürelerinin ortalama 10.53 ± 14.05 ay olduğu sonucuna ulaşılmıştır. (94). Çalışmamızda bireylerin ortalama 1.6 ± 1.2 yıl diyet uyguladıkları, uyguladıkları bu diyetle ortalama 11.0 ± 11.1 kg ağırlık kayb ettikleri ve ağırlıklarını koruma sürelerinin ortalama 2.4 ± 3.9 yıl olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.5). Çalışmalar kıyaslandığında uygulanan diyet ile kaybedilen ağırlık sonucu birbirine çok yakın bulunmuştur fakat bizim çalışmamızda daha uzun bir süreçte bu ağırlık kaybı gözlenmiştir, ağırlığı koruma süresi ise bizim çalışmamızda daha uzun bulunmuştur. Bu

durumda ağırlık kaybının uzun vadede gerçekleşmesi sonucunda ağırlığın daha uzun süre korunduğu sonucuna ulaşılabilir.

135'i kadın 64'ü erkek toplam 199 kişinin katıldığı bu çalışmada katılımcılardan 24 saatlik besin tüketim kayıtları alınmıştır. Kadın katılımcıların günlük enerji alımı ortalama 1274 kcal, erkek katılımcıların günlük enerji alımı ortalama 1313 kcal almaktadır. Kadın katılımcıların günlük aldığı protein, yağ, karbonhidrat, posa ve kolesterol ortalamaları sırasıyla; 56.2 g, 63.4 g, 117.1 g, 15.7 g, 756.2 mg'dır. Erkek katılımcıların günlük aldığı protein, yağ, karbonhidrat, posa ve kolesterol ortalamaları sırasıyla; 59.8g, 61.8 g, 119.4 g, 13.9g, 255.3 mg'dır (89). Bu çalışmada da kadın katılımcılar günlük ortalama olarak 1771 ± 750 kcal alarak günlük enerji ihtiyaçlarının %109.9'unu karşılamaktadır. Erkek katılımcılar günlük ortalama 2220 ± 772 kcal alarak günlük enerji ihtiyaçlarının %102.7'sini karşılamaktadır (Tablo 4.6). Yapılan çalışmayla karşılaştırıldığında bu çalışmada hem kadınların hem de erkeklerin günlük enerji alımının daha yüksek, karbonhidrat alımının daha yüksek, protein alımının daha düşük, yağ alımının daha düşük, posa alımının daha yüksek, kolesterol alımının daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 4.6).

TÜBER 2022'de 18-64 yaş arası kadın ve erkekler için günlük tüketilen karbonhidrat miktarının günlük enerji alımına katkısının referans değeri %45-60 olarak bildirilmiştir (83). Bu çalışmada kadın katılımcıların günlük tükettiği karbonhidrat miktarı 360 ± 68.4 gr, erkek katılımcıların 450 ± 75.2 g'dır (Tablo 4.6). Bu çalışma ile TÜBER 2022 verileri karşılaştırıldığında katılımcıların belirtilen referans değerlerinden daha yüksek oranda karbonhidrat tükettiği görülmüştür.

TÜBER 2022'de 18-64 yaş arasındaki kadın ve erkeklerin yeterli karbonhidrat alım miktarının 130 g/gün ve yeterli posa alım miktarının 25 g/gün olduğu belirtilmiştir (83). Bu çalışmada katılımcıların günlük posa alım miktarları incelendiğinde kadınların ortalama 17.7 ± 4.8 g/gün ve erkeklerin ortalama 13 ± 5 g/gün posa aldığı görülmüştür (Tablo 4.6). Bu çalışma ile TÜBER 2022 verileri karşılaştırıldığında katılımcıların belirtilen referans değerlerinden daha düşük miktarda posa tükettiği görülmüştür.

TÜBER 2022'de 18-64 yaş arası kadın ve erkekler için günlük tüketilen protein miktarının günlük enerji alımına katkısının referans değeri %10-20 olarak bildirilmiştir (83). Bu çalışmada kadın katılımcıların günlük tükettiği protein miktarı 20.5 ± 3.1 gr, erkek katılımcıların 33.9 ± 3.8 gr'dır. (Tablo 4.6). Bu çalışma ve TÜBER 2022 referans değerleri

karşılaştırıldığında katılımcıların belirtilen referans değerleri altında protein tükettiği görülmüştür.

TÜBER 2022’de 18-64 yaş arası kadın ve erkekler için günlük tüketilen yağ miktarının günlük enerji alımına katkısının referans değeri %20-35 olarak bildirilmiştir (83). Bu çalışmada kadın katılımcıların günlük tükettiği yağ miktarı 27.7 ± 8.2 gr, erkek katılımcıların 31.5 ± 9 gr’dır. (Tablo 4.6). Bu çalışma ile TÜBER 2022 verileri karşılaştırıldığında katılımcıların belirtilen referans değerlerinden daha yüksek oranda yağ tükettiği görülmüştür.

TÜBER 2022’de “toplam yağdan gelen enerjinin %10’u (tercihen %7-8) doymuş yağlardan, %12-15’i tekli doymuş yağlardan %7-10’u ise çoklu doymamış yağlardan gelmesi” ve “günlük yiyeceklerle kolesterol alımının 300 mg altında tutulması” önerilmektedir (83). Katılımcıların doymuş yağ, tekli doymamış ve çoklu doymamış yağ oranları referans değerlerin altındadır. Katılımcıların kolesterol tüketim miktarı normal sınırlar içerisinde yer almaktadır. (Tablo 4.6)

TÜBER 2022’de 18-64 yaş erkekler için günlük yeterli vitamin alım miktarları A vitamini için 750 RE, D vitamini için 15 mcg (600 IU), riboflavin için 1,6 mg, B₆ vitamini için 1,7 mg, folat için 330 mcg ve B₁₂ vitamini için 4 mcg’dir (83). Bu çalışmanın erkek katılımcılarının günlük vitamin alımları değerlendirildiğinde besinlerden ortalama 210.9 ± 50 RE A vitamini, 114 ± 111 IU D vitamini, 0.6 ± 0.4 mg riboflavin, 0.2 ± 0.2 mg B₆ vitamini ve 2.0 ± 2.3 mcg B₁₂ vitamini aldıkları görülmüştür (Tablo 4.6). Böylece bu çalışmanın erkek katılımcıları vitaminler için günlük önerilen yeterli alım miktarlarının A vitamini için %25.6’sını, D vitamini için %19’unu, riboflavin için %37.5’ini, B₆ vitamini için %13’ünü ve B₁₂ vitamini için %49.5’ini karşılamaktadır.

TÜBER 2022’de 18-64 yaş kadınlar için günlük yeterli vitamin alım miktarları A vitamini için 650 RE, D vitamini için 15 mcg (600 IU), riboflavin için 1,6 mg, B₆ vitamini için 1,6 mg, folat için 330 mcg ve B₁₂ vitamini için 4 mcg’dir (83). Bu çalışmanın kadın katılımcılarının günlük vitamin alımları değerlendirildiğinde besinlerden ortalama 230.7 ± 54.4 RE A vitamini, 112 ± 110.1 IU D vitamini, 0.6 ± 0.4 mg riboflavin, 0.2 ± 0.2 mg B₆ vitamini ve 2.0 ± 2.3 mcg B₁₂ vitamini aldıkları görülmüştür (Tablo 4.6). Böylece bu çalışmanın kadın katılımcıları vitaminler için günlük önerilen yeterli alım miktarlarının A vitamini için %31.6’sını, D vitamini için %18.6’sını, riboflavin için %37.5’ini, B₆ vitamini için %13’ünü ve B₁₂ vitamini için %52.5’ini karşılamaktadır.

TÜBER 2022'de 18-64 yaş erkekler için günlük yeterli mineral alım miktarı kalsiyum için 1000 mg, demir için 11 mg, magnezyum için 350 mg, fosfor için 550 mg, sodyum için 2000 mg, potasyum için 3500 mg, çinko için 9.4 mg'dir (83). Bu çalışmanın erkek katılımcılarının günlük mineral alımları değerlendirildiğinde besinlerden ortalama 617.9 ± 457.2 mg kalsiyum, 4.0 ± 3.4 mg demir, 72.8 ± 50.9 mg magnezyum, 445 ± 233.9 mg fosfor, 2200 ± 488 mg sodyum, 1179.32 ± 551 mg potasyum 3.6 ± 2.2 , çinko 3.6 ± 2.2 mg'dir. (Tablo 4.6). Böylece bu çalışmanın erkek katılımcıları mineraller için günlük önerilen yeterli alım miktarlarının kalsiyum için %72.5'ini, demir için %35.9'unu, magnezyum için %40.9'unu, fosfor için %37.1'ini, sodyum için %73.3'ünü, potasyum için %45.3'ünü ve çinko için %33.8'ini karşılamaktadır.

TÜBER 2022'de 18-64 yaş kadınlar için günlük yeterli mineral alım miktarı kalsiyum için 1000 mg, demir için 16 mg, magnezyum için 300 mg, fosfor için 550 mg, sodyum için 2000 mg, potasyum için 3500 mg, çinko için 7.5 mg'dir. (83). Bu çalışmanın kadın katılımcılarının günlük mineral alımları değerlendirildiğinde besinlerden ortalama 618.1 ± 463.2 mg kalsiyum, 3.9 ± 2.4 mg demir, 72.8 ± 49.6 mg magnezyum, 443.05 ± 228.4 mg fosfor, 2132 ± 481.2 mg sodyum, 1146.5 ± 477.2 mg potasyum, çinko 3.7 ± 2.2 mg'dir. (Tablo 4.6). Böylece bu çalışmanın kadın katılımcıları mineraller için günlük önerilen yeterli alım miktarlarının kalsiyum için %88.9'unu, demir için %24.7'sini, magnezyum için %24.3'ünü, fosfor için %49'unu, sodyum için %73.5'ini, potasyum için %54'ünü, çinko için %46'sını karşılamaktadır.

Gürsoy ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada alt grup analizlerinde BKİ ile genel sağlık arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur (95). Çalışmamızda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Puanlarının BKİ düzeyine göre karşılaştırılması sonucunda Genel Sağlık Algısı puan ortalamaları; fazla kilolu olanlarda 49 ± 17.1 , obez olanlarda 42.9 ± 19 , morbid obez olanlarda 36.7 ± 19.5 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak; BKİ arttıkça Genel Sağlık Algısı puanı düşmektedir BKİ ile genel sağlık arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ($p < 0.05$). İki çalışmada birbirini desteklemektedir. (Tablo 4.9).

ABD, İsveç, Birleşik Krallık, Avusturya ve Fransa'daki genel popülasyonda BKİ ile sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi arasındaki ilişki üzerine yapılan bir araştırmada BKİ' de artışların gözlemlendiğini ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi arasındaki fiziksel bileşende önemli bir azalma olduğu gösterilmiştir (70). Kolotkin ve arkadaşlarının 996 kişilik obez ve kontrol (normal kilolu) grubuna uyguladıkları yaşam kalitesi ölçeği sonuçlarında, artan BKİ ile ölçeğin tüm alt gruplarında düşüş gözlenmiştir (40). Bizim çalışmamızda ise BKİ

arttıkça yaşam kalitesi puanlarında düşüş gözlemlenmiştir. Katılımcılardan BKİ değerleri en düşük olanların Sağlık Sorumluluğu puanı, Egzersiz puanı, Kişilerarası Destek puanı daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.9). Bu sonuca göre BKİ değeri arttıkça sağlık sorumluluğu, egzersiz yapma durumu ve kişilere destek olma durumu azalmaktadır.

Tayvan'da yapılan bir çalışmada ruh sağlığı bileşeni değerlendirildiğinde normal kilolu, fazla kilolu ve obez bireylerin benzer puanlar aldığı görülmüştür (71). Tıbbi ve sosyal faktörlerin diyabet hastalarının yaşam kalitesine etkisini araştıran Çıtıl ve ark.'nın çalışmasında Genel Sağlık, Vücut Rol Fonksiyonu, Ağrı alt grupları, Fiziksel Sağlık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir (72). Yapılan bir çalışmada kaybedilen kg başına yaşam kalitesinin 0.4442 birim ($p<0.0001$) arttığını ve daha fazla ağırlık kaybetmenin daha iyi yaşam kalitesi ile pozitif ilişkili olduğunu göstermiştir (67). Yaşam kalitesi iyi yapılandırılmış ağırlık kaybı müdahaleleri ile gelişir. Daha fazla ağırlık kaybı, daha büyük gelişmelere yol açar. Verimlilik ve aktivite üzerinde olumsuz bir etkisinin olmaması, bu müdahalelerin aktif bir çalışma yaşam tarzı ile uyumlu olabileceğini düşündürmektedir (69). Çalışmamızda erkek katılımcıların Enerji, Canlılık, Vitalite puanı 47.7 ± 16.9 , kadın katılımcıların Enerji, Canlılık, Vitalite puanı 43.3 ± 18.5 bulunmuştur. Buna göre erkek katılımcıların Enerji, Canlılık, Vitalite puanı daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.11).

Göçgeldi ve arkadaşlarının hipertansiyon tanısı alan bireylere (%50.8 kadın, %66.5 evli, %48.9 ortaokul ve altı) uyguladıkları SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği sonuçları incelendiğinde ortalama fiziksel uygunluk puanı (54.9 ± 21.1); ortalama ruh sağlığı puanı (57.7 ± 23.8) idi (96). Bizim çalışmamızda ise katılımcılardan hastalığı olmayanların Fiziksel Fonksiyon puanı ortalaması 59.3 ± 32.4 ; hastalığı olanların ortalaması 41.1 ± 27.1 'dur. Buna göre tanısı konulmuş bir hastalığı olmayanların puan ortalaması daha yüksektir. Tanısı konulmuş hastalık durumu farklı bireyler arasında Fiziksel Fonksiyon, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 4.16). Tanısı konulmuş hastalığı olmayan katılımcıların fiziksel açıdan fonksiyonlarının daha iyi olduğu sonucuna ulaşabiliriz.

Kaukua ve ark. 38 obez erkeği ($BKİ \geq 35$ kg/m²) çok düşük enerjili bir diyete veya bir kontrol grubunu randomize etmiştir ve RAND 36-Madde Sağlık Araştırması 1.0 ve obezite ile ilişkili psikososyal sorunlar ölçeğini kullanarak yaşam kalitesini ölçmüştür. Kontrol grubunda ağırlık sabit kalırken, müdahale grubunda ilk 4 aylık programın

sonunda %17.4 aylık idame döneminin sonunda ise %13.9 kg verildiği bulunmuştur. Bulguları diğer çalışmalarla da uyumlu bulunmuştur ve önemli ağırlık kaybının fiziksel işlevsellik, sosyal işlevsellik, obezite ile ilişkili psikososyal sorunlar ve algılanan sağlıkta iyileşmelere yol açtığını göstermiştir (97). Yaşam kalitesi ölçümlerinde sıklıkla fiziksel sağlık ve işlevsellik, ruh sağlığı, sosyal etkileşim ve ekonomik durum referans alınmaktadır (98). Fiziksel ve psikolojik problemler nedeniyle, obezitesi olan kişilerin, sağlıkla ilişkili yaşam kaliteleri üzerinde yıkıcı bir etkiye sahip olan günlük aktivitelerini gerçekleştirme kapasiteleri engellenmektedir (94). Bazı çalışmalar, ağırlık kaybı ile iyileştirilmiş yaşam kalitesi arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir; bu ilişkinin ana nedenlerinden biri, diabetes mellitus, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık gibi ağırlık kaybıyla birlikte metabolik komorbiditelerin azalmasıdır (98,99). Ağırlık kaybeden kişiler fiziksel işlevlerin iyileştiğini ve vücut ağırlarının azaldığını bildirmektedir (100). Bizim çalışmamızda ise BKİ ortalamaları arasındaki farklılık ağrı puanı bakımından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 4.9). BKİ değeri arttıkça vücutta ağrıya karşı hassasiyet artmaktadır.

Aşırı kilo ve obezite ile vücut memnuniyetsizliği arasında güçlü bir ilişki olduğu gösterilmiştir. (101). Bizim çalışmamızda ise Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları puanı bakımından; katılımcıların mevcut ağırlığından memnun olanların ortalama puanı 116.5 ± 25.9 ; kararsız olanların ortalama puanı 102.4 ± 20.9 ; memnun olmayanların puan ortalaması ise 95.4 ± 1.5 'tür. Buna göre bu çalışmada şu andaki ağırlığından memnun olanlar en yüksek puana sahiptirler. Mevcut ağırlığından memnuniyet düzeyi farklı bireyler arasında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları puanı, bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Ağırlığından memnun olan katılımcıların Kendini Gerçekleştirme, Beslenme, Stres Yönetimi puanları daha yüksektir (Tablo 4.20).

Çalışmamıza katılan bireylerin SYBD ölçeği toplam puan ortalaması 104.4 ± 20.3 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınacak en düşük puan 48, en yüksek puan 192'dir. Küçükberber ve ark.'nın kalp hastalarına yönelik yaptıkları bir çalışmada kalp hastalarının toplam SYDB puan ortalamasını 127.5 ± 20 olarak bulmuşlardır (102). Savaşan ve ark.'nın koroner arter hastalarına yönelik yaptıkları bir çalışmada toplam SYDB puan ortalamasını 128 ± 22 olarak bulmuşlardır (103). Farklı gruplarda (hastalık varlığında, genç bireylerde, sadece bayanlarda) yapılan çalışmalarda ve bu çalışmada elde edilen SYBD ölçek toplam puan ortalamalarında benzer sonuçlar çıktığı görülmüştür.

Obezite, depresyon, anksiyete bozuklukları ve bozulmuş sağlık ile ilgili yaşam kalitesi ilişkilidir (104). Yaşam kalitesi ile ilgili önceki araştırmalar, obezite ile yaşam kalitesinin çoğu bileşenindeki bozukluklar arasında bir ilişki olduğunu düşündürmektedir (105). Obeziteye sahip kişilerin normal kilolu bireylere göre daha düşük bir sağlık durumuna sahip olmadığı da öne sürülmüştür (106). Obezitenin daha iyi anlaşılması ve yönetilmesi için obez bireyler ve özellikleri ile ilgili daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir.

5.1. ÇALIşMANIN SINIRLILIğI

Araştırma online anket yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Anketlerin yüzyüze yapılmamış olması bu çalışmanın en önemli kısıtlılığıdır.

5.2. ÇALIşMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ

Araştırmada maksimum örneklem sayısına ulaşılmıştır ve yüksek sayıda katılımcı ile gerçekleştirilmiş olması çalışmanın güçlü yönünü oluşturmaktadır.

5.3. SONUÇLAR

Çalışma sonucunda;

1. Ankete cevap verenlerin BKİ ortalaması $35\pm 4.4\text{kg/m}^2$ olup katılımcıların %69.5'i obezdir. Erkeklerde morbid obez oranı (%14.5) kadınlara göre daha yüksektir.
2. Katılımcılardan %54.4'ünün zayıflama girişiminde bulunduğu ve en çok uyguladıkları zayıflama girişimlerinin diyet ve egzersiz olduğu bulunmuştur.
3. Katılımcıların %21.9'u uygulanan tedaviyi en çok diyetisyen önerisiyle tercih etmiştir. Zayıflamak isteme nedeni çoğunlukla dış görünüm ve sağlıktır. Katılımcıların %47.1'si sağlık nedeniyle zayıflamak istediğini belirtmişlerdir
4. Ankete cevap verenlerin %54.9'unun ilaç kullanımı gerektiren tanısı konmuş hastalığı bulunduğu, %24.7'sinin son 1 ay içerisinde hastalık geçirdiği belirlenmiştir.
5. TÜBER 2022'de belirtilen enerji ve besin öğeleri değerleri ile karşılaştırıldığında tüm katılımcıların enerji ihtiyaçlarının fazlasını karşıladıkları, belirtilen referans değerlerinden daha yüksek karbonhidrat, daha düşük posa, protein ve yağ

- tükettikleri ve doymuş yağ tüketimlerinin, tekli ve çoklu doymamış yağ tüketimine göre daha yüksek olduğu ve tüm katılımcıların günlük aldıkları vitamin ve mineral miktarlarının referans değerlerin altında olduğu belirlenmiştir.
6. Katılımcılardan BKİ değeri düşük olanların Sağlık Sorumluluğu puanı, Egzersiz puanı, Kişilerarası Destek puanı daha yüksek bulunmuştur.
 7. Tanısı konulmuş hastalık durumu farklı bireyler arasında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları puanlarının farklı olduğu hastalık tanısı almayan bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.
 8. İlaç kullanımı gerektiren hastalık varlığı olmaması durumuyla karşılaştırıldığında hastalığı olan kişilerin Kendini Gerçekleştirme, Egzersiz, Kişilerarası Destek puan ortalamaları daha düşüktür
 9. Enerji, Canlılık, Vitalite puan ortalamaları arasında fark vardır ve erkeklerin puan ortalaması kadınlardan daha yüksektir.
 10. Ailede birey sayısı az olanların Ailede birey sayısı yüksek olanlara göre Enerji, Canlılık, Vitalite, Genel Sağlık Algısı, Stres Yönetimi puan ortalamaları daha yüksektir.
 11. Ailede şişman birey olan kişilerin Ailede şişman birey olmayan kişilere göre Kendini Gerçekleştirme, Sağlık Sorumluluğu, Egzersiz, Beslenme puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur.
 12. Ağırılığında memnun olan katılımcıların olmayan katılımcılara göre Kendini Gerçekleştirme, Beslenme, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları puan ortalamaları daha yüksektir.

5.4. ÖNERİLER

Bireylere, obezitenin yaşamı doğrudan etkileyen, yaşam kalitesinde azalmaya sebep olan bir sağlık sorunu olduğu ve obeziteden korunma yollarının anlatılmasıyla bireylerin sağlıkları olumlu etkilenecektir

Obezite tedavisinde, yaşam tarzı değişiklikleri oluşturacak, kişilerin sürdürülebilir bir beslenme tarzını hayatlarına adapte etmelerinin önemli olduğu, sağlıklı beslenme konusunda eğitim yapılması ve bu eğitimin yazılı basın ve görsel materyallerle desteklenmesi ve bu eğitimlerin obezite konusunda uzmanlaşmış diyetisyenler tarafından verilmesi, ayrıca obezitenin tedavisinde sağlıklı beslenmeye ek olarak fiziksel aktivitenin artırılması, su tüketiminin artırılması ve yeterli ve kaliteli bir uyku düzeni sağlanması önerilmektedir.

Sonuç olarak bu çalışmada obez bireylerde ağırlığın yaşam kalitesi üzerine etkisi sağlıklı yeme davranışı ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu araştırmanın gelecekte yapılacak çalışmalara öncülük edebilecek bir çalışma olduğu ve bu konu ile ilgili daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

6. KAYNAKLAR

1. Lennerz B, Moss A, Schnurbein J, Bickenbach A, Bollow E, Brandt S, et al. Do adolescents with extreme obesity differ according to previous treatment seeking behavior? The Youth with Extreme obesity Study (YES) cohort. *International Journal of Obesity*, 2019; 103-115.
2. Felix J, Stark R, Teuner C, Leidl R, Lennerz B, Brandt S, et al. Health related quality of life associated with extreme obesity in adolescents—results from the baseline evaluation of the YES-study. *Health and quality of life outcomes*, 2020; 1-11.
3. Swinburn BA, Sacks G, Hall G, McPherson K, Finegood T, Moodie M, et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *The Lancet*, 2011; 804-814.
4. GBoDC, Network. Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015) Obesity and Overweight Prevalence 1980–2015. IHME Seattle, 2017.
5. Singh GM, Danaei G, Farzadfar F, Stevens GA, Woodward M, Wormser D, et al. The age-specific quantitative effects of metabolic risk factors on cardiovascular diseases and diabetes: a pooled analysis. *PLoS One*, 2013; 8(7): e65174.
6. Ding C, Chan Z, Magkos F. Lean, but not healthy: the metabolically obese, normal-weight' phenotype. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 2016; 19(6): 408-417.
7. Twig G, Yaniv G, Levine H, Leiba A, Goldberger N, Derazne E, Ben-Ami Shor D, Tzur D, Afek A, Shamiss A et al. Body-mass index in 2.3 million adolescents and cardiovascular death in adulthood. *N Engl J Med*, 2016; 374: 2430–40.
8. Britz B, Siegfried W, Ziegler A, Lamertz C, Herpertz-Dahlmann B, et al. Rates of psychiatric disorders in a clinical study group of adolescents with extreme obesity and in obese adolescents ascertained via a population-based study. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 2000; 24: 1707–14.
9. Alphan ME. Obezite: Nedenleri & Sonuçları; obezitenin tarihçesi, tanımı, sıklığı ve etiyojisi. *Obezite Nedenleri içinde: Alphan ME (ed.), Bölüm 1, 1. Baskı, Hatiboğlu Yayıncılık, Ankara, 2020; 11-53*
10. World Health Organization. Workshop on Obesity Prevention and Control Strategies in the Pacific, Apia, Samoa, 26-29 September 2000: report. No. WP) NUT/ICP/NCD/002-E. WHO Regional Office for the Western Pacific, 2000.

11. Bray GA, Kim KK, Wilding J. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obesity Reviews*, 2017; 18: 715–723.
12. Wu HH, Wu E. The role of gut microbiota in immune homeostasis and autoimmunity. *Gut microbes*, 2012: 4-14.
13. Raucci R. Functional and structural features of adipokine family. *Cytokine*, 2013; 1-14.
14. Alphan ME. Kronik hastalıkların temel tedavisi; yaşam tarzı değişikliği ve sağlıklı beslenme. *Hastalıklarda Beslenme Tedavisi içinde: Alphan ME (ed.), Bölüm 1, 6. Baskı, Hatiboğlu Yayıncılık, Ankara, 2022; 1-73.*
15. Bray GA, Kim KK, Wilding JPH. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obes Rev*, 2017;18(7):715–23.
16. Albuquerque D, Stice E, Rodriguez-Lopez R. Current review of genetics of human obesity: from molecular mechanisms to an evolutionary perspective. *Mol Genet Genomics*, 2015;290(4):1191–221.
17. Widiker S, Karst S, Wagener A. High-fat diet leads to a decreased methylation of the Mc4r gene in the obese BFMI and the lean B6 mouse lines. *J Appl Genet*, 2010;51(2):193–7.
18. Stieg MR, Sievers C, Farr O. Leptin: a hormone linking activation of neuroendocrine axes with neuropathology. *Psychoneuroendocrinology* 2015;51: 47–57.
19. Njike VY, Smith TM, Shuval O. Snack food, satiety, and weight. *Adv Nutr* 2016;7(5):866–78.
20. Bjornland T, Langaas M, Grill V. Assessing gene-environment interaction effects of FTO, MC4R and lifestyle factors on obesity using an extreme phenotype sampling design: results from the HUNT study. *PLoS One* 2017;12(4): e0175071.
21. Albuquerque D, Stice E, Rodriguez-Lopez R. Current review of genetics of human obesity: from molecular mechanisms to an evolutionary perspective. *Mol Genet Genomics*, 2015;290(4):1200–280.
22. Popkin BM, Hawkes C. Sweetening of the global diet, particularly beverages: patterns, trends, and policy responses. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2016; 4(2):174–86.

23. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British Journal of Sports Medicine*, 2020;54:1451-1462.
24. Hu FB. Obesity and mortality: watch your waist, not just your weight. *Archives of internal medicine*, 2007; 875-876.
25. MacLean PS. The role for adipose tissue in weight regain after weight loss. *Obesity reviews*, 2015; 45-54.
26. Park MH. The impact of childhood obesity on morbidity and mortality in adulthood: a systematic review. *Obesity reviews*, 2012; 985-1000.
27. Mercedes DO. World health organization reference curves. The ECOG's eBook on child and adolescent Obesity, 2015.
28. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması, Yayın No:1132, 2017.
29. Wabitsch M, Moss A, Kromeyer K, Hauschild K. Unexpected plateauing of childhood obesity rates in developed countries. *BMC medicine*, 2014; 1-5.
30. Abarca L, Gómez L. 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. *The lancet*, 2017; 2627-2642.
31. Verma S, Hussain ME. Obesity and diabetes: an update. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 2017; 73-79.
32. Nicolaidis S. Environment and obesity. *Metabolism*, 2019; 153942.
33. Ogden CL, Yanoski SZ, Carroll MD, Flegal KM. The epidemiology of obesity. *Gastroenterology*, 2007;2087-2102.
34. Afshin A, Forouzanfar MH, Reitsma MB, Sur P, Estep K, Lee A, et al. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *N Engl J Med*, 2017; 377(1): 13-27.
35. James PT, Leach R, Kalamara E, Shayeghi M. The worldwide obesity epidemic. *Obesity research*, 2001;9(S11):228S-33S
36. Von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, Von Mutius E, Barnert D, Grunert V, et al. Breast feeding and obesity: cross sectional study. *Bmj*, 1999;319(7203):147-50
37. Kolotkin RL, Meter K, Williams GR. Quality of life and obesity. *Obesity Reviews*, 2001; 2:219-229

38. Kolotkin RL, Crosby RD, Koloski KD, Williams GR. Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. *Obesity Research*, 2001; Vol.9 No. 2 102-111.
39. Yazdani N, Sharif F, Nasrin E, Ebadi A. Psychometric properties of quality of life assessment tools in morbid obesity: a review of literature. *Evidence Based Care Journal* 7.4, 2018; 7-21.
40. Tayyem R, Ali A, Atkinson J, Martin CR. Analysis of health-related quality-of-life instruments measuring the impact of bariatric surgery: systematic review of the instruments used and their content validity. *Patient*, 2011;4(2):73-87.
41. Aydın A. ve Paçacıoğlu B. Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, 2016; 137-150.
42. World Health Organization. WHOQOL: measuring quality of life. Available at: URL: <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>; 2017.
43. Krägeloh CU, Billington DR, Henning MA, Chai PP. Spiritual quality of life and spiritual coping: evidence for a two-factor structure of the WHOQOL spirituality, religiousness, and personal beliefs module. *Health Qual Life Outcomes*, 2015;13:26.
44. Keshavarzi S, Ayatollahi SM, Zare N, Sharif F. Quality of life of childbearing age women and its associated factors: an application of seemingly unrelated regression (SUR) models. *Qual Life Res*, 2012;22(6):1255-63
45. Fezzi M, Kolotkin RL, Nedelcu M, Jaussent A, Schaub R, Chauvet MA, et al. Improvement in quality of life after laparoscopic sleeve gastrectomy. *Obes Surg*, 2011;21(8)
46. Akın G. Sağlıklı ve Kaliteli Yaşamda Sürdürülebilir Dünya Görüşü. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2018; 877-891.
47. Kolotkin RL, Crosby RD. Psychometric evaluation of impact of weight on quality of life-lite questionnaire (IWOOL-Lite) in community sample. *Quality of life research*, 2002; 11:157-171.
48. Liu LP, Elena WDP, Razıf SM. Nutrition quality of life among female-majority malay undergraduate students of health sciences. *Malasian J Med Sci*, 2012;19(4):38-50.
49. Sirtori A, Brunani A, Villa V, Berselli ME, Croci M, Leonardi M, et al. Obesity is a marker of reduction in QoL and disability. *The Scientific World Journal*, 2012.

50. Özarıslan BB. Diyabetik Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013.
51. Blüher M. Metabolically healthy obesity. *Endocrine reviews*, 2020.
52. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). 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*, 2017;390(10113):2627–2642.
53. Eckel N, Li Y, Kuxhaus O, Stefan N, Hu FB. Transition from metabolic healthy to unhealthy phenotypes and association with cardiovascular disease risk across BMI categories in 90 257 women (the Nurses' Health Study): 30 year follow-up from a prospective cohort study. *The lancet Diabetes & endocrinology*, 2018; 714-724.
54. Magkos F. Metabolically healthy obesity: what's in a name? *Am J Clin Nutr*, 2019;110(3):533–539.
55. Lee DC, Sui X, Artero EG, Church TS, McAuley PA, Stanford FC, et al. Long-term effects of changes in cardiorespiratory fitness and body mass index on all-cause and cardiovascular disease mortality in men: the Aerobics Center Longitudinal Study. *Circulation*, 2011;124(23):2483–2490.
56. Müller MJ, Geisler C. Defining obesity as a disease. *Eur J Clin Nutr*, 2017;71(11):1256–1258.
57. Brauer P, Gorber SC, Shaw E, Singh H, Bell N, Shane AR, et al. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations for prevention of weight gain and use of behavioural and pharmacologic interventions to manage overweight and obesity in adults in primary care. *Cmaj*, 2015;187(3):184–195.
58. Wadden TA, Butryn ML, Wilson C. Lifestyle modification for the management of obesity. *Gastroenterology*, 2007; 132: 2226-2238.
59. Karimi M, Brazier J. Health, health-related quality of life, and quality of life: what is the difference?. *Pharmacoeconomics*, 2016; 645-649.
60. Diao H, Wang H, Yang L, Li T. The impacts of multiple obesity-related interventions on quality of life in children and adolescents: a randomized controlled trial. *Health and quality of life outcomes*, 2020;1-9.

61. Hoare E, Millar L, Skouteris H, Nichols M, Jacka F, Swinburn B, et al. Associations between obesogenic risk and depressive symptomatology in Australian adolescents: a cross-sectional study. *J Epidemiol Community Health*, 2014; 767-772.
62. Sanderson K, Patton G, McKercher C, Dwyer T, Venn AJ. Overweight and obesity in childhood and risk of mental disorder: a 20-year cohort study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 2011; 384-392.
63. Parfitt G, Pavey T, Rowlands AV. Children's physical activity and psychological health: the relevance of intensity. *Acta Paediatrica*, 2009; 1037-1043.
64. Schmalz DL, Deane GD, Birch LL, Davison KK. A longitudinal assessment of the links between physical activity and self-esteem in early adolescent non-Hispanic females. *Journal of Adolescent Health*, 2007; 559-565.
65. He F, Guan P, Liu Q, Crabtree D, Peng L, Wang H. The relationship between obesity and body compositions with respect to the timing of puberty in Chongqing adolescents: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 2017;17(1):664
66. Brown DW, Balluz LS, Heath GW, Moriarty DG, Ford ES, Giles WH, et al. Associations between recommended levels of physical activity and health-related quality of life. Findings from the 2001 behavioral risk factor surveillance system (BRFSS) survey. *Prev Med*, 2003;37(5):520–52
67. Dainelli L, Luo DR, Cohen SS, Marczewska A, Ard JD, Coburn SL, et al. Health-related quality of life in weight loss interventions: Results from the OPTIWIN trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021; 1785.
68. Hales CM, Carroll MD, Fryar CD, Ogden CL. Prevalence of Obesity Among Adults and Youth: United States, 2015-2016. *NCHS Data Brief*, 2017;(288):1-8.
69. Ard JD, Lewis KH, Rothberg A, Auriemma A, Coburn SL, Cohen SS, et al. Effectiveness of a Total Meal Replacement Program (OPTIFAST Program) on weight loss: results from the OPTIWIN Study. *Obesity*, 2019; 22-29.
70. Aasprang A, Våge V, Flølo TN, Hegland PA, Kolotkin R, Natvig GK, et al. Patient-reported quality of life with obesity-development of a new measurement scale. *Pasientrapportert livskvalitet ved fedme – utvikling av nytt måleinstrument. Tidsskr Nor Laegeforen*, 2019;139(11)
71. Magallares A, Schomerus G. Mental and physical health-related quality of life in obese patients before and after bariatric surgery: a meta-analysis. *Psychol Health Med*, 2015; 20: 165–76.

72. Andersen JR, Karlsen TI, Kolotkin R. Obesity and its impact upon quality of life. In: Mullin G, Cheskin LJ, Matarese LE (ed.), Chapter 2, Integrative Weight Management, New York, NY: Springer, 2014; 225–35.
73. Driscoll S, Gregory DM, Fardy JM, Twells LK. Long-term health-related quality of life in bariatric sur Obesity, 2016; 24: 60–70.
74. Andersen JR, Aasprang A, Karlsen T, Natvig GK, Vage V, Kolotkin RL. Health-related quality of life after bariatric surgery: a systematic review of prospective long-term studies. Surg Obes Relat Dis, 2015; 11: 466–73.
75. Fontaine K, Barofsky I. Obesity and health-related quality of life. Obes Rev, 2001;2(3):173–182.
76. Hecker J, Freijer K, Hiligsmann M. Burden of disease study of overweight and obesity; the societal impact in terms of cost-of-illness and health-related quality of life. BMC Public Health, 2022; 1-13.
77. Tartof SY, Qian L, Hong V, Wei R, Nadjafi RF, Fischer H, et al. Obesity and mortality among patients diagnosed with COVID-19: results from an integrated health care organization. Ann Intern Med, 2020;173(10):773–781.
78. Mejaddam A, Krantz E, Höskuldsdottir G, Mossberg K, Trimpou P, Eliasson Björn, et al. Comorbidity and quality of life in obesity—a comparative study with the general population in Gothenburg, Sweden. Plos One, 2022; e0273553.
79. Dreber H, Reynisdottir S, Angelin B, Hemmingsson E. Who is the Treatment-Seeking Young Adult with Severe Obesity: A Comprehensive Characterization with Emphasis on Mental Health. Plos One, 2015;10(12):e0145273.
80. Mannan M, Mamun A, Doi S, Clavarino A. Is there a bi-directional relationship between depression and obesity among adult men and women? Systematic review and bias-adjusted meta analysis. Asian J Psychiatr, 2016;21:51–66.
81. <https://turkomp.gov.tr/>, [Ziyaret Tarihi: 20 Şubat 2023]
82. Alphan ME, Çöl BN. Yetişkinlerde ağırlık yönetimi. Hastalıklarda Beslenme Tedavisi içinde: Alphan ME (ed.), Bölüm 2, 6. Baskı, Hatiboğlu Yayıncılık, Ankara, 2022; 181-249.
83. Türkiye Sağlık Bakanlığı. Türkiye Beslenme Rehberi. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2022.
84. Walker S, Sechrist K, Pender N. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. Nursing research, 1987; 76-81.

85. Esin N. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması. Florence Nightingale Journal of Nursing, 1999; 12(45): 87-96.
86. Kocyigit H. Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. İlaç ve tedavi dergisi,1999; 102-106.
87. Dağbakan S. Obezite hastalarında yaşam kalitesi ve anksiyete ilişkisi, Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2022.
88. Kocaman F, Telatar B. Yetişkinlerde Beden Kitle İndeksine Göre Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının ve Zayıflama Girişimlerinin Değerlendirilmesi, Demiroğlu Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2020.
- 89- Merdol SD. Yetişkin bireylerde obezite önyargısı ile yaşam kalitesi ve beslenme durumları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019.
- 90- Güçlü L. Obez bireylerde ağırlık kaybı ile antropometrik ölçümler, bazı biyokimyasal bulgular ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2016.
91. Kocaman F. Obez bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. MS İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2014.
92. Doğan R. Saymer F. Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Gebelerde Obezite Sıklığının ve Obezitenin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi / Investigation of the Effect of Obesity and Obesity on Life Quality in Pregnancy Following Family Health Center. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 5, 2018; 16-23
93. Lorwy R, Galuska DA, Fulton JE, Wechsler H, Kann L, Collins JL. Physical activity, food choice, and weight management goals and practices among U.S. college students. American Journal of Preventive Medicine, 2000; 18-27.
94. Sağlık Bakanlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 894. Ankara, 2012.
95. Gürsoy H, Türker İ, Çolak D, Kaya P, Dönderici Ö, Özyılkan E. Correlation between body mass index and health related quality of life. İç Hastalıkları Dergisi, 2008; 15(4):203-205.

96. Göçgeldi E, Babayiğit MA, Hassoy H, Açikel CH, Taşçı İ, Ceylan S. Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2008; 50:172-179.
97. Kaukua J, Pekkarinen T, Sane, T, Mustajoki P. Health-related quality of life in WHO Class II–III obese men losing weight with very-low-energy diet and behaviour modification: A randomised clinical trial. *Int. J. Obes*, 2002; 26, 487–495.
98. He F, Guan PY, Liu Q, Crabtree D, Peng LL, Wang H. The relationship between obesity and body compositions with respect to the timing of puberty in Chongqing adolescents: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 2017;17(1):1–7.
99. Rothberg AE, McEwen LN, Kraftson AT, Neshewat GM, Fowler CE, Burant CF, et al. The impact of weight loss on health-related quality-of-life: Implications for cost-effectiveness analyses. *Qual. Life Res*, 2014; 1371–1376.
100. Fontaine KR, Barofsky L. Obesity and health-related quality of life. *Obesity reviews*, 2001, 173-182.
101. van der Valk ES, van den Akker EL, Savas M, Kleinendorst L, Visser JA, Van Haelst MM, et al. A comprehensive diagnostic approach to detect underlying causes of obesity in adults. *Obes Rev*, 2019;20(6):795–804.
102. Küçükberber N, Özdilli K, Yorulmaz H. Evaluation of factors affecting healthy life style behaviours and quality of life in patients with heart disease. *Anadolu Kardiyol Derg.* 2011, 11:619-26.
103. Savaşan A, Ayten M, Ergene O. Hopelessness and healthy lifestyle behaviors in patients with coronary artery disorders. *Journal of Psychiatric Nursing.* 2013, 4(1):1-6.
104. Mitchell JE, Selzer F, Kalarchian MA, Devlin MJ, Strain GW, Elder KA, et al. Psychopathology before surgery in the longitudinal assessment of bariatric surgery-3 (LABS-3) psychosocial study. *Surg Obes Relat Dis*, 2012;8(5):533–41.
105. Adams KF, Harris TB, Kipnis V, Mouw T, Ballard-Barbash R, Hollenbeck A, et al. Overweight, obesity, and mortality in a large prospective cohort of persons 50 to 71 years old. *N Engl J Med*, 2006;355(8):763–78
106. Doll HA, Petersen SE, Stewart-Brown SL. Obesity and physical and emotional well-being: associations between body mass index, chronic illness, and the physical and mental components of the SF-36 questionnaire. *Obes Res*, 2000;8(2):160–70.

EKLER

EK1: İntihal Raporu

ORJİNALLİK RAPORU			
% 18	% 18	% 5	% 9
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
BİRİNCİL KAYNAKLAR			
1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 6	
2	acikerisim.demiroglu.bilim.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 4	
3	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	% 2	
4	Submitted to Istanbul Aydin University Öğrenci Ödevi	% 1	
5	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	% 1	
6	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1	
7	9lib.net İnternet Kaynağı	<% 1	
8	dspace.baskent.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1	
9	dspace.baskent.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1	

EK 2: TEZ KONUSU EKLERİ

EK 2.1: Bilgi Formu

BİLGİ FORMU

1. Boyunuz _____ ; _____
2. Şimdiki Ağırlığınız; _____
3. 1 Sene Önceki Ortalama Ağırlığınız; _____
4. Yaşınız _____ ; _____
5. Cinsiyetiniz;
 - a) Kadın
 - b) Erkek
6. Medeni Durumunuz;
 - a) Evli Değil
 - b) Evli
 - c) Boşanmış
 - d) Dul
7. Öğrenim durumunuz;
 - a) Okur-yazar değil
 - b) Okur-yazar
 - c) İlkokul
 - d) Ortaokul
 - e) Lise ve dengi
 - f) Lisans(Üniversite)
 - g) Yüksek Lisans
 - h) Doktora
8. Mesleğiniz; _____
9. Nerede çalışıyorsunuz? _____
10. Sigara kullanıyor musunuz?
 - a) Evet, hala içiyorum
 - b) Hayır, hiç içmedim
 - c) İçtim, bıraktım
11. Alkollü içecek tüketiyor musunuz?
 - a) Evet b) Hayır, hiç içmedim c) İçtim, bıraktım
12. İlaç kullanımınızı gerektiren veya tanısı konmuş bir hastalığınız var mı?
 - a) Yok
 - b) Var;
 - o Obezite _____ ay/yıl
 - o İnsülin Direnci _____ ay/yıl
 - o Kalp- Damar Hastalıkları _____ ay/yıl
 - o Hipertansiyon _____ ay/yıl
 - o Diyabet _____ ay/yıl
 - o Mide – Bağırsak Hastalıkları _____ ay/yıl
 - o Tiroid Hastalıkları _____ ay/yıl
 - o Solunum Sistemi Hastalıkları _____ ay/yıl
 - o Regl Düzensizlikleri _____ ay/yıl
 - o Kemik Hastalıkları _____ ay/yıl
 - o Diğer _____ ay/yıl
13. Son bir ay içinde herhangi bir hastalık geçirdiniz mi?
 - a) Evet (Lütfen belirtiniz: _____)
 - b) Hayır
14. Ailedeki birey sayısı _____
15. Ailenizde şişman birey var mı? Varsa kim/ler? _____
16. Mevcut ağırlığınız ile ilgili memnuniyet düzeyiniz;
 - a) Memnunum
 - b) Kararsızım
 - c) Memnun değilim
17. Zayıflamak istiyor musunuz?
 - a) Evet
 - b) Hayır
18. Evetse neden?
 - a) Sağlık
 - b) Dış Görünüm
 - c) Ailesel Baskı
 - d) Çevresel ve Sosyal Baskı
 - e) Diğer (_____)
19. Aşağıdaki zayıflama girişimlerini daha önce uyguladınız mı?
 - a) Hayır, uygulamadım.
 - b) Diyet _____ kez
 - c) Egzersiz _____ kez
 - d) İlaç _____ kez
 - e) Bitkisel Destek _____ kez
 - f) Cerrahi Yöntem _____ kez
 - g) Diğer (akupunktur vb.) _____ kez

(19. Soruda b)diyet şikkını seçenler; 20.,21.,22. 23. soruyu cevaplayacaklardır)
20. Uyguladığınız diyet kim/kimler tarafından önerildi?
 - a) Diyetisyen
 - b) Doktor
 - c) Tanıdıklar
 - d) Gazete, televizyon, dergi, internet
 - e) Diğer _____
21. Diyeti uygulama süreniz _____ ay/yıl
22. Bu süre zarfında kaç kilogram verdiniz? _____
23. Ağırlığınızı koruma süreniz _____ ay/yıl
24. Günde kaç saat uyuyorsunuz? _____ saat

EK 2.2: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

Aşağıda; şimdiki yaşam tarzınız veya kişisel alışkanlıklarınız hakkında cümleler yer almaktadır. Lütfen her seçeneğe en doğru cevabı vermeye ve atlamamaya özen gösteriniz. Her bir seçeneğin karşısındaki cevaplardan size en uygun olan ifadeye X işareti koyarak işaretleyiniz.

	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
1. Sabahları kahvaltı ederim.				
2. Sağlığım ile ilgili değişiklikleri fark eder, doktora giderim.				
3. Kendimi beğenirim.				
4. Haftada en az 3 kez basit beden hareketleri yaparım.				
5. Yiyecek maddeleri alırken içinde koruyucu ya da katkı maddesi bulunmayanları seçerim.				
6. Her gün kendime rahatlamak için zaman ayırırım.				
7. Kan kolesterol düzeyimi ölçtürürüm, sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
8. Hayata hevesle ve iyimserlikle bakarım.				
9. Olgunlaştığımı ve kişiliğimin iyi yönde değiştiğini fark ederim.				
10. Kişisel sorunlarımı ve endişelerimi bana yakın kişilerle tartışırım.				
11. Hayatımdaki sorun ve problemlerin sebeplerini bilirim.				
12. Kendimi mutlu ve memnun hissederim.				
13. Haftada en az 3 kez 20 dakika yoğun egzersiz yaparım.				
14. Her gün düzenli olarak 3 öğün yemek yerim.				
15. Sağlıkla ilgili konularda kitap, dergi okurum.				
16. Güçlü ve zayıf yönlerimi tanırım.				
17. Geleceğe yönelik uzun süreli hedeflerimi geliştirmek için çalışırım.				
18. Başarılı insanları kolaylıkla takdir ederim.				
19. Ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketi okurum.				
20. Doktorun önerileriyle aynı fikirde olmadığım zaman, soru sorarım veya başka bir doktorun görüşünü alırım.				
21. Geleceğe ümitle bakarım.				
22. Uzman kişilerce yönetilen sportif faaliyetlere katılırım.				
23. Hayatımda benim için neyin önemli olduğunu bilirim.				
24. Yakın bulduğum insanlara dokunmaktan ve bana dokunmalarından hoşlanırım.				
25. İnsanlarla iyi ilişkiler kurar ve sürdürürüm.				
26. Çiğ sebze, meyve, kuru baklagiller gibi posalı ve lifli maddeler içeren yiyecekler yerim.				
27. Her gün rahatlamak ve gevşemek için 15-20 dakika zaman ayırırım.				
28. Sağlığım ile ilgili endişelerimi uzman kişilerle tartışırım.				
29. Kendi başarılarımla övünürüm.				
30. Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim.				

	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
31. Yakın arkadaşlarımla birlikte zaman geçiririm.				
32. Tansiyonumu ölçtürürüm ve sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
33. Yaşadığım çevreyi iyileştirmek konusunda eğitici programlara katılırım.				
34. Her günü ilginç ve mücadeleye değer bulurum.				
35. Her gün 4 besin grubu içeren öğünler planlarım.				
36. Uyumadan önce bilinçli olarak kaslarımı kasıp-gevşetirim.				
37. Yaşadığım çevreyi hoş ve tatmin edici bulurum.				
38. Dinlenmek için yürüme, yüzme, futbol, bisiklete binme gibi fiziksel aktivitelerle meşgul olurum.				
39. Başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi ve yakınlık gösteririm.				
40. Yatarken mutlu, hoş düşüncelere yoğunlaşırım.				
41. Duygularımı ifade ederken yapıcı yollar bulurum.				
42. Kendime nasıl iyi bakacağım konusunda sağlık görevlilerinden bilgi alırım.				
43. Vücudumu en az ayda 1 kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri yönünden gözlerim.				
44. Amaçladığım hedeflere gerçekçi olarak yaklaşıyorum.				
45. Stresimi kontrol altına almak için belirli yöntemler uygularım.				
46. Sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitici toplantılara katılırım.				
47. Sevdiğim insanlara dokunmayı ve bana dokunmalarını önemserim.				
48. Hayatımın bir amacı olduğuna inanırım.				

EK 2.3: Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği

Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği

- 1) Genel olarak sağlığını için hangisini söyleyebilirsiniz?
- Mükemmel
 - Çok İyi
 - İyi
 - Orta
 - Kötü
- 2) 1 yıl öncesine karşılaştığınızda, şimdi sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?
- 1 yıl öncesine göre çok daha iyi
 - 1 yıl öncesine göre biraz daha iyi
 - 1 yıl öncesine hemen hemen aynı
 - 1 yıl öncesine göre daha kötü
 - 1 yıl öncesine göre çok daha kötü

- 3) Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız aktivitelerle ilgilidir. Sağlık durumunuz bunları kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, Oldukça Kısıtlıyor	Evet, Biraz Kısıtlıyor	Hayır, Hiç Kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır spor gibi ağır etkinlikler			
Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesi itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırmak ve taşımak			
Merdivenle çok sayıda kat çıkmak			
Merdivenle 1 kat çıkmak			
Eğilmek veya diz çökmek			
1-2 km yürümek			
Birkaç sokak öteye yürümek			
Bir sokak öteye yürümek			
Kendi kendine banyo yapmak veya giyinmek			

- 4) Son 4 hafta boyunca, Bedensel Sağlığınızın sonucu olarak, işiniz ya da diğer günlük aktivitelerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını başardınız mı?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi?		

- 5) Son 4 hafta boyunca, Duygusal Sorunlarınızın(çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük aktivitelerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde her zamanki kadar dikkatli yapamıyordunuz?		

- 6) Son 4 hafta boyunca Bedensel Sağlığınız veya Duygusal Sorunlarınız aileniz, arkadaşlarınız veya komşularınızla olan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?
- Hiç Etkilemedi
 - Biraz Etkiledi
 - Orta Derecede Etkiledi
 - Oldukça Etkiledi
 - Aşırı Etkiledi
- 7) Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?
- Hiç
 - Çok Hafif
 - Hafif
 - Orta
 - Şiddetli
 - Çok şiddetli
- 8) Son 4 hafta boyunca ağrınız normal işinizi (hem ev hem de ev dışı işlerinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?
- Hiç etkilemedi
 - Biraz etkiledi
 - Orta derecede etkiledi
 - Oldukça etkiledi
 - Aşırı etkiledi
- 9) Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi tarifleyen yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önünde bulundurarak seçiniz.

	Her zaman	Çoğu Zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendirmeyeceği kadar üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve olumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

- 10) Son 4 hafta boyunca Bedensel Sağlığınız veya Duygusal Sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi ne sıklıkta etkiledi?
- Her zaman
 - Çoğu zaman
 - Bazen
 - Nadiren
 - Hiçbir zaman
- 11) Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanı işaretleyiniz.

	Kesinlikle Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Kesinlikle Yanlış
Diğer insanlardan daha kolay hastalanıyorum gibiyim					
Diğer insanlar kadar sağlıklıyım					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum					
Sağlığım mükemmel					

EK 2.4: 24 Saatlik Besin Tüketim Kaydı Formu

**ÇALIŞMA GÜNÜ İÇİN 24 SAATLİK YİYECEK / İÇECEK TÜKETİM
KAYDI**

ÖĞÜNLER	BESİNLER	MİKTAR	İÇİNDEKİLER
SABAHA Saat:			
ARA Saat:			
ÖĞLE Saat:			
ARA Saat:			
AKŞAM Saat:			
ARA Saat:			

EK 3: Etik Kurul İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 26.10.2022-21198



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

Sayı :E-22686390-050.99-21198
Konu :Etik Kurul Kararı

26.10.2022

Sayın Prof. Dr. M. Emel Alphan

İstanbul Atlas Üniversitesi Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından yapılmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup Diyetisyen Serenay Bender ile planladığınız "**Obez Bireylerde Ağırlığın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi**" isimli araştırmanız kurulumuzun 25.10.2022 tarihli toplantısında etik yönden uygun görülmüştür.
Bilgilerinize sunarım.

EK-1: Karar İmzaları

Prof. Dr. Ahmet Şükrü AYNACIOĞLU
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSMLAMUT2 Pin Kodu :12122

https://eby.s.atlas.edu.tr:443/enVision/Validate_Doc.aspx?eD=BSMLAMUT2&cS=21

ATLAS VADI KAMPÜSÜ ANADOLU CAD. NO: 40

34408 KAĞITHANE İSTANBUL

info@atlas.edu.tr

444 34 39 / 0212 761 87 61 (FAX)



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adı

Kep Adresi : istanbulatlasuniversitesi@hs01.kep



atlas.edu.tr

ÖZGEÇMİŞ

1. Adı Soyadı: SERENAY BENDER

2. Unvanı: Diyetisyen

3. Öğrenim Durumu: Lisans

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Beslenme ve Diyetetik	Bezmialem Vakıf Üniversitesi	2021
Y. Lisans	Beslenme ve Diyetetik	İstanbul Atlas Üniversitesi	Halen
Doktora			

İş Deneyimi :

Unvan	Görev Yeri	Yıl
Diyetisyen	Nilay Keçeci Beslenme Danışmanlığı Merkezi	2021
Diyetisyen	Serenay Bender Beslenme Danışmanlığı Merkezi	2022

Yayınları (Varsa)

Bender Serenay, Adölesan Dönemde Beslenme Sorunları (Sözlü Sunum)

Kongre adı: 5. Uluslararası Sağlıklı Yaşam Konresi, 27-28 Nisan,2021

Ödülleri (Varsa)