

İSTANBUL BİLGİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ PROGRAMLAR ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DÜZENLİ EGZERSİZİN YEME FARKINDALIĞI
VE
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

Handan IŞIKLAR

116505009

Doç. Dr. Zühal Aydan SAĞLAM

İSTANBUL

2019

Düzenli Egzersizin Yeme Farkındalığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi

Effect of Regular Exercise on Mindful Eating and Healthy Lifestyle Behavior

Handan IŞIKLAR

116505009

Tez Danışmanı : Doç.Dr. Zuhal Aydan SAĞLAM

(İmza)

Istanbul Medeniyet..... Üniversitesi

Jüri Üyeleri Dr. Öğr. Üyesi Birsen DEMİREL

(İmza)

Istanbul Bilgi..... Üniversitesi

Jüri Üyesi: Dr. Öğr. Üyesi Nazlı BATAR

(İmza)

Istanbul Kültür..... Üniversitesi

Tezin Onaylandığı Tarih : 05/08/2019

Toplam Sayfa Sayısı: 84

Anahtar Kelimeler (Türkçe)

- 1) Yeme Sarkındalığı
- 2) Sağlıklı Yaşam Biçimi
- 3) Düzenli Egzersiz
- 4) Beslenme
- 5) Farkındalık

Anahtar Kelimeler (İngilizce)

- 1) Mindful Eating
- 2) Healthy Lifestyle Behavior
- 3) Regular Exercise
- 4) Nutrition
- 5) Awareness

TEŞEKKÜR

Bu çalışmada vermiş olduğu destek ve hoşgörölü yaklaşımı için tez danışmanım Doç. Dr. Zuhâl Aydan SAĞLAM'a

Çalışmanın uygulama aşamasında organizasyona destek veren arkadaşım Uzman Gülşah KOLDAŞ'a

Sürecime desteğini esirgemeyen, yoluma ışık tutan, sevgili dostum Nilüfer ŞEN'e

Her başım sıkıştığında tecrübeleriyle yol gösteren değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Şule ŞAKAR ve Dr. Öğretim Üyesi Özlem PERSİL ÖZKAN'a

Sorduğum her soruya bıkmadan cevap veren, kritik dokunuşlarda bulunan dostlarım Beraat DENER'e ve Gizem UZLU'ya

Excel bilgisiyle harikalar yaratan Umur Osman ARICA'ya

Son olarak bana her zaman inanan, yanımda olan desteklerini ve sevgilerini hissettiren sevgili annem Gülersin IŞIKLAR'a, babam Mustafa IŞIKLAR'a teşekkürlerimi sunarım...

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
SEMBOL LİSTESİ.....	vii
TABLO LİSTESİ.....	x
ABSTRACT	xi
ÖZET	xiii
GİRİŞ	1
1.GENEL BİLGİLER	2
1.1.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Bileşenleri.....	2
1.1.1.Sağlık Kavramı	2
1.1.2.Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi	2
1.2.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı (SYBD).....	3
1.2.1.Beslenme	4
1.2.2.Stres Kavramı ve Stresle Başa Çıkma Yöntemleri	4
1.2.3.Tinsellik (Spiritüalizm)	6
1.2.4.Kişiler Arası İlişkiler	7
1.3 Fiziksel Aktivite.....	7
1.3.1 Fiziksel Aktivite ve Egzersiz Kavramı.....	7
1.3.2. Egzersiz Türleri.....	7
1.3.2.1. Aerobik Egzersiz	7
1.3.2.2 Direnç Egzersizleri	8
1.3.3 Fiziksel Aktivitenin Sağlığa Etkileri	8
1.4 Açlık Türleri	9
1.4.1 Hücresel (Homeostatik) Açlık	9
1.4.2 Duyusal (Hedonik) Açlık	9
1.4.3 Duygusal Açlık	10
1.5.Yeme Farkındalığı Kavramı	11

1.5.1 Yeme Farkındalığı ve Ağırlık Denetimi Üzerine Etkisi.....	11
1.5.2. Yeme Farkındalığı Eğitimi	12
2.GEREÇ VE YÖNTEM	15
2.1.Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	15
2.2.Araştırma yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi	15
2.3.Verilerin Toplanması	17
2.4.Demografik Özellikler ve Genel Sağlık Bilgileri	17
2.5.Ölçekler	18
2.5.1. Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30)	19
2.5.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ-II).....	20
2.6.Çalışmanın Sınırlılıkları	21
2.7.İstatistiksel İncelemeler	21
3.BULGULAR	23
3.1. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı	23
3.2. Bireylerin Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	24
3.3. Bireylerin Beslenme ve Sağlıklı Yaşam Özelliklerinin Dağılımları.....	25
3.4. Gruplara Göre Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması	26
3.5. Gruplara Göre Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması	27
3.6. Gruplara Göre Beslenme ve Sağlıklı Yaşam Özelliklerin Karşılaştırılması ..	28
3.7. Gruplara Göre YFÖ-30 Puanlarının Karşılaştırılması	29
3.8 Grupların SYBDÖ-II karşılaştırılması	30
3.9 Bireylerin Enerji, Makro Besin Alım Düzeylerine Göre Dağılımı.....	32
3.10. Grupların Enerji, Makro Besin Alım Düzeylerinin Karşılaştırılması	33
3.11. Gruplara Göre Enerji, Karbonhidrat, Protein ve Yağ Alımlarının Referans Değerlerinin Karşılama Oranlarının Karşılaştırılması	34
3.12. Yaş Düzeylerine Göre YFÖ-30 Puanlarının Karşılaştırılması	35
3.13. Yaş Gruplarına göre SYBDÖ-II Puanlarının Karşılaştırılması	36
3.14. BKİ Değerlerine Göre YFÖ-30 Puanlarının Değerlendirilmesi	37
3.15. BKİ Değerlerine Göre SYBDÖ-II Puanlarının Değerlendirilmesi	37
3.16. Eğitim Durumuna Göre BKİ değerleri arasındaki ilişki	38
3.17. Eğitim Durumuna Göre YFÖ-30 Puanlarının Değerlendirmesi	39

3.18. Eğitim Durumuna Göre SYBDÖ-II Puanlarının Değerlendirmesi	40
4.TARTIŞMA.....	41
SONUÇ	47
KAYNAKLAR.....	51
EKLER	62
Ek 1: Etik Kurul Kararları	62
Ek 2: Onam Formu	63
Ek 3: Katılımcı Tanıma Anketi	64
Ek 4: Besin Tüketim Kayıt Formu.....	65
Ek 5 : Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30).....	66
Ek 6: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-II).....	67

SEMBOL LİSTESİ

Bu çalışmada bulunan sembol ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

SEMBOLLER	AÇIKLAMALAR
%	Yüzde
cm	Santimetre
g	Gram
kg	Kilogram
kkal	Kilokalori
m ²	Metrekare
m	Metre
p	Anlamlılık Düzeyi
r	Korelasyon Katsayısı
n	Katılımcı Sayısı
x ²	Kikare Test Değeri

KISALTMALAR

AÇIKLAMALAR

BKI	Beden Kütle İndeksi
BMI	Body Mass Index
DG	Düzenli Egzersiz Alışkanlığı Olan Grup
DRI	Dietary Reference Intake
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DYG	Düzenli Alışkanlığı Olmayan Grup
HLBS-II	Healthy Lifestyle Behaviors Scale-II
MB-EAT	Farkındalık Temelli Yeme Farkındalığı Eğitimi
MES-30	Mindful Eating Scale
NCSS	Number Cruncher Statistical System
NRE	Non-Regularly Exercising
RE	Regularly Exercising
SYB	Sağlıklı Yaşam Biçimi
SYBD	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı
SYBDÖ-II	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II
TURDEP- II	Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması-II
TURDEP-I	Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması-1
TÜBER	Türkiye Beslen Rehberi
WHO	World Health Organization

YFÖ-30

Yeme Farkındalığı Ölçeği-30

TABLO LİSTESİ

Sayfa No:

Tablo 1.1 Dokuz Seanslı Farkındalık Temelli Yeme Farkındalığı Eğitimi Programından Bir Farkındalık Müdahalesi Örneği	13
Tablo 1.2 Basit Yeme Farkındalığı Pratiği	14
Tablo 3.1 Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı (n:156)	24
Tablo 3.2 Bireylerin Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerin Dağılımları (n:156) .	25
Tablo 3.3 Bireylerin Beslenme ve Sağlıklı Yaşam Özelliklerinin Dağılımları	26
Tablo 3.4 Gruplara Göre Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması	27
Tablo 3.5 Gruplara Göre Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması	28
Tablo 3.6 Gruplara Göre Beslenme ve Sağlıklı Yaşam Özelliklerinin Karşılaştırılması	29
Tablo 3.7 Gruplara Göre YFÖ-30 Puanlarının Karşılaştırılması.....	30
Tablo 3.8 Grupların SYBDÖ-II karşılaştırılması.....	32
Tablo 3.9 Bireylerin Enerji, Makro Besin Alım Düzeylerine Göre Dağılımı	33
Tablo 3.10 Grupların Enerji, Makro Besin Alım Düzeylerinin Karşılaştırılması	34
Tablo 3.11 Gruplara Göre Enerji, Karbonhidrat Protein ve Yağ Alımlarının Referans Değerlerini Karşılama Oranlarının Karşılaştırılması	35
Tablo 3.12 Yaş Düzeyine Göre YFÖ-30 Puanlarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 3.13 Yaş Gruplarına Göre SYBDÖ-II Puanlarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 3.14 BKİ Değerlerine Göre YFÖ-30 Puanlarının Değerlendirmesi.....	37
Tablo 3.15 BKİ Değerlerine Göre SYBDÖ-II Puanlarının Değerlendirmesi.....	38
Tablo 3.16 Eğitim Durumuna Göre BKİ Değerlerinin Değerlendirmesi	38
Tablo 3.17 Eğitim Durumuna Göre YFÖ-30 Puanlarının Değerlendirmesi	40
Tablo 3.18 Eğitim Durumuna Göre SYBDÖ-II Puanlarının Değerlendirmesi	40

ABSTRACT

This cross-sectional analytical descriptive study was planned and conducted in order to evaluate whether there is a difference between the level of eating awareness and healthy lifestyle behaviour among individuals with regular exercise habits. The study was conducted between December 2018 and January 2019 with 156 women aged between 18-62 years who were registered at the sports centers of the Municipality of Esenyurt. The individuals were divided into two groups; regularly exercising group (RE) and the non-regularly exercising group (NRE). Group RE (n:68) consisted of individuals who were registered to the related gymnasium in the last 6 months and who had at least 3 days of exercise habits per week for at least 3 months, whereas group NRE (n:88) consisted of individuals who did not go to any gym in the last 6 months. The study data was collected by the researcher through a questionnaire containing questions about demographic information, body weight, height, nutritional habits and health status of the individuals, 24-hour dietary recall form, the Mindful Eating Scale (MES-30), the Healthy Lifestyle Behaviors Scale-II (HLBS-II) with face-to-face interview method.

The mean age of the individuals was 39.0 ± 9 years, mean body weight was 78.35 ± 12.47 kg, and mean body mass index (BMI) was 30.81 ± 4.94 kg/m². The majority of the participants were secondary school graduates (42.3%) and housewives (85.9%). 38.5% of the individuals had a chronic disease and 47.4% had previously seen to a dietician. 49.3% of the participants consumed two main meals a day while 48.1% consumed three or more snacks a day. There was no significant difference between the groups in terms of mean age, comorbid diseases, number of daily main meals and snacks consumption. ($p > 0.05$). Only the RE group had a lower BMI average than the NRE group (mean BMI 29.76 ± 3.60 ; 31.62 ± 5.65 kg/m², respectively).

The mean scores of the MES-30 ($100,41 \pm 14,18$; $96,17 \pm 18,49$, respectively) were similar between the groups, and the mean score of the HLBS-II ($150,16 \pm 20,95$;

139,02±20,95, respectively) found to be higher than the median level in RE group. This was because of the subscales of the HLBS-II; health responsibility, physical activity, nutrition scores and stress management scores were high. While there was no statistically significant relationship between age and MES-30 scores, it has been seen that the tendency of individuals to develop healthier lifestyle behaviour increased with age ($r:0,188$; $p=0,019$; $p<0,05$). No significant difference was found between MES-30 and HLBS-II scores among overweight and obese individuals ($p> 0.05$). There was no statistically significant relationship between the scores of HLBS-II and MES-30 in both groups ($p> 0.05$). As a result, although regular exercise does not significantly affect the eating behaviour of individuals; spiritual development, stress management, health responsibility in terms of positive impact on individuals and leads to a healthier lifestyle. However, the awareness of acquiring and maintaining healthy living habits in individuals at an early age provides a lasting and positive effect. Therefore, it is thought that similar studies should be performed in children and adolescents in which both genders are included.

Key words: mindful eating, healthy lifestyle behaviour, regular exercise, nutrition, awareness

ÖZET

Bu araştırma; düzenli egzersiz alışkanlığı olan bireylerle, egzersiz alışkanlığı olmayan bireyler arasında yeme farkındalığı düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasında bir fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla planlanarak yürütülmüş kesitsel analitik tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırma Aralık 2018 - Ocak 2019 tarihleri arasında Esenyurt Belediyesi Gençlik ve Spor Hizmetleri Müdürlüğü'ne bağlı bulunan beş spor merkezine kayıtlı 18-62 yaş arası 156 kadın ile gerçekleştirilmiştir. Bireyler düzenli egzersiz yapanlar (DG) ve düzenli egzersiz yapmayanlar (DYG) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. DG (n:68) son 6 ay içinde ilgili spor salonuna kayıtlı ve en az 3 aydır haftada minimum 3 gün egzersiz alışkanlığı olan bireylerden oluşurken, DYG (n:88) son 6 ay içerisinde herhangi bir spor salonuna gitmemiş düzenli egzersiz alışkanlığı olmayan bireylerden oluşmaktadır. Çalışma verileri bireylerin demografik bilgileri, vücut ağırlığı, boy uzunluğu, beslenme alışkanlıkları ve sağlık durumunu sorgulayan soruları içeren bir anket, 24 saatlik geriye dönük besin tüketim kaydı, yeme farkındalığı ölçeği (YFÖ-30) ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II (SYBDÖ-II) kullanılarak araştırmacı tarafından bire bir görüşme yöntemi ile elde edilmiştir.

Bireylerin yaş ortalaması $39,07 \pm 9$ yıl, vücut ağırlıkları ortalaması $78,35 \pm 12,47$ kg, beden kütle indeksleri (BKI) ortalaması $30,81 \pm 4,94$ kg/m^2 olarak saptanmıştır. Bireylerin büyük çoğunluğu ortaokul mezunu (%42,3) ve ev hanımı (%85,9)'dir. Bireylerin %38,5'inin kronik hastalığa sahip olup, %47,4'ünün daha önce diyetisyene gittiği saptanmıştır. Katılımcıların %49,3'ü günde iki ana öğün tüketirken, %48,1'i üç ve daha fazla öğün tüketmektedir. Gruplar arasında yaş ortalamaları, hastalık durumları, günlük ana - ara öğün tüketim sayıları açısından önemli farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$). Yalnızca DG'un BKI ortalaması DYG'dan daha düşük bulunmuştur (ortalama BKI sırasıyla $29,76 \pm 3,60$; $31,62 \pm 5,65$ kg/m^2).

DG ile DYG arasında YFÖ-30 puan ortalamaları (sırasıyla 100,41±14,18; 96,17±18,49) benzer bulunmuş olup DG'un SYBDÖ-II ortalama puanı (sırasıyla 150,16±20,95; 139,02±20,95) orta düzeyin üstünde bulunmuştur. Bunun sebebi SYBDÖ-II'in alt ölçeklerinden; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme puanları ve stres yönetimi puanlarının yüksek olmasıdır. Yaş ile YFÖ-30 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmazken, yaş artışı ile bireylerin daha sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirme eğiliminin artış gösterdiği görülmektedir (r:0,188; p=0,019; p<0,05). Hafif şişman veya obez bireylerin YFÖ-30 ve SYBDÖ-II puanları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır (p>0,05). Her iki grubun BKİ ortalamalarıyla YFÖ-30 puanı ve SYBDÖ-II puanı arasında istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmamıştır (p>0,05).

Sonuç olarak düzenli egzersiz, bireylerin yeme davranışını belirgin bir şekilde etkilemezken; manevi gelişim, stres yönetimi, sağlık sorumluluğu açısından bireyleri olumlu yönde etkilediği ve daha sağlıklı bir yaşam biçimine yönlendirdiği görülmektedir. Ancak, bireylerde sağlıklı yaşam alışkanlıkları edinme ve sürdürme farkındalığı ne kadar erken yaşlarda başlarsa o kadar kalıcı ve olumlu etki sağlayacağından benzer çalışmaların her iki cinsiyetin dâhil edildiği çocuk ve adolesan dönemindeki bireylerde de yapılmasının yararlı olabileceğini düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: yeme farkındalığı, sağlıklı yaşam biçimi, düzenli egzersiz, beslenme, farkındalık

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı; sadece hastalık veya sakatlık halinin olmaması değil, beden, ruhen, toplumsal olarak tam iyilik hali olarak tanımlamıştır (96).

Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde akla gelen ilk etmenler; hekimler, hemşireler ve hastanelerdir. Aynı zamanda sağlığın korunması ve geliştirilmesinde bireylerin yaşam tarzı da öneme sahiptir. Sağlıklı yaşam tarzı, kişinin iyilik halini olumsuz etkileyecek davranışları kontrol edebilmesi ve günlük aktivitelerini planladığı sırada sağlığı için doğru davranışları seçmesi olarak tanımlanmıştır (1). Günümüzde egzersiz, beslenme, sigara – alkol kullanımı ve yaşamın içinde bulunan etmenlerin sağlığı ve birçok kronik hastalığın seyrini etkilediği bilinmektedir ve ölüm oranının yaşam tarzı değişiklikleri ile büyük oranda azaltılabileceği bilinmektedir (102).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını (SYBD), hayatının bir parçası olarak benimseyen birey, sağlıklı olma halini sürdürülebilir kıldığı gibi, iyilik halini de daha iyi bir düzeye çıkartabilir. Bu nedenle, SYBD'nin geliştirilmesi ve sürdürülmesi bireyin sağlığını korumasını ve hastalıklardan korunmasını esaslarını oluşturur. Böylece iyilik halinin korunması ve sağlığın geliştirilmesinde yaşam şeklinin değiştirilmesine yönelik pratiklerin önemi ortaya konmuştur (2).

Günümüze kadar endişe, üzüntü ve kızgınlık gibi olumsuz duyguların (3,4) azalmasını ve olumlu duyguların açığa çıkmasını sağlayan etmenin yiyecekler olduğu düşünülmekteydi (5). Birçok çalışmada yeme davranışı, duygular ve yüksek kalori alımı arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur (4,97,98). Vücut ağırlığını azaltmayı amaçlayan programların etkinliğini artırmak için duygu durumlarıyla başa çıkılması gerekmektedir. Son yıllardaki çalışmalara bakıldığında söz konusu ilişkinin ölçülebilir olması konunun öneminin arttığını göstermiştir (6,99,100,101). Farklı duygu hallerinin yeme davranışını nasıl ve hangi düzeyde etkilediği duygusal yeme kavramının en önemli konularından birini oluşturmaktadır (7). Obez bireylerin yeme tutumunun en çok duygu

değişimlerini temel aldığı birçok araştırmayla desteklenmiştir (8). Bireylerin yeme farkındalık düzeyleri arttırıldığında duygularını tanınmasının yanında bu duygularla başa çıkabilme ihtimalinin arttığı görülmektedir.

Yeme davranışını anlamak ve değiştirmek için yeme farkındalığı kavramı oluşturulmuştur (9). Yeme farkındalığının amacı her bir tüketim anında (her lokmada) “ilk ısırık” tadını yeniden oluşturabilmektir. Bu sayede bireyin vücut ağırlığından veya beslenme durumundan etkilenmeksizin tüketilen yiyeceğin farkında olarak daha sağlıklı ve doyurucu seçimlerde bulunması sağlanabilmektedir. Beş duyunun kullanılması gereken süreçte bireyin bedenini ve ruhunu doyurmak yeme farkındalığının önemli bir parçasıdır. Birey bu doygunluğu yaşarken hangi tür açlığının olduğunu farkına varmalı ve buna göre ne zaman yemeye başlayıp ne zaman yemeye son vereceğini önceden belirleyerek kendini yönlendirmelidir (10). Bu çalışmanın amacı düzenli egzersiz alışkanlığı olan (üç ay ve üzerinde haftada minimum üç gün egzersiz yapan) kadınlar ile düzenli egzersiz alışkanlığı olmayan (son 6 ay içerisinde herhangi bir spor salonunda egzersiz yapmamış) kadınlar arasında SYBD’ni ve yeme farkındalık düzeylerini değerlendirmektir.

1.GENEL BİLGİLER

1.1.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Bileşenleri

1.1.1.Sağlık Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı, sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziki, ruhen ve toplumsal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır. DSÖ sağlığın, en temel insan hakkı olduğunu ve tüm insanların temel sağlık hakkından yararlanabilme gerekliliğini vurgulamıştır (96).

Sağlıklı olmak ise; bireyin ve toplumun sağlığının korunması, sürdürülmesi, geliştirilmesi ile bireyin sağlığını koruyacak ve geliştirecek davranışları kazanması olarak tanımlanmıştır (11).

1.1.2.Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi

Sağlığın korunması, sosyal, ekonomik koşulların, fiziksel çevreyi yöneten tüm sistem ve yapıların olumlu hale getirilmesi ve bireylere yönelik olumsuz etmenlerden koruyucu önlemlerin ihmal edilmemesiyle mümkündür. Sağlıklı bireylerde hastalığa neden olabilecek risk faktörlerinin kontrol altına alınması, sağlığın geliştirilmesi, bireylere sağlıklı davranış biçimi kazandırılması birincil korumayı, hastalıklara erken tanı konulması, morbiditenin önlenmesi ikincil korumayı, hasta bireylerde hastalığın seyrinin yavaşlatılması, komplikasyonların önlenmesi veya en aza indirilmesi ise üçüncül korumayı oluşturmaktadır (12).

Sağlığın geliştirilmesi, her bir bireyin sağlığını iyileştirme ve sağlığı üzerindeki kontrolünü artırma gücü olarak tanımlanmıştır (13).

Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasıyla uyumlu hareket oluşturmak amaçlanarak yayımlanan Ottawa Bidirgesi'nde (1986) bu konuya yönelik üç temel strateji belirlenmiştir. Bunlar: Optimum sağlık koşullarının oluşturulması için sağlığın desteklenmesi; bireylerin sağlığa erişmelerinin sağlanması ve sağlık arayışındaki toplumlarda arabuluculuk yapılmasıdır. Bu stratejilerin gerçekleştirilebilmesi için beş ilke belirlenmiştir.

- 1.Devletler sağlıklı halk politikaları oluşturmalıdır.
 - 2.Sağlığı destekleyen kuruluşlara ihtiyaç duyulmaktadır.
 - 3.Sağlığın geliştirilmesi için toplum hareketlerinin güçlendirilmesi şarttır.
 - 4.Bireylerin kişisel becerilerinin geliştirilmesi gereklidir.
 - 5.Sağlık hizmetleri yeniden yapılandırılmalıdır.
21. yüzyılda sağlığın geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması amacıyla yayımlanan, Jakarta Bildirgesi'nde de beş öncelik belirlenmiştir:

1. Sağlığa yönelik sosyal sorumluluğun teşvik edilmesi
2. Sağlığın gelişimi için yatırımların arttırılması
3. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için ortaklıkların genişletilmesi
4. Toplum kapasitesinin arttırılması ve bireylerin yetkilendirilmesi
5. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için altyapının garantilenmesi (14).

Sonuç olarak yayımlanan bildirgelerde; sosyal adaletin ve barışın sağlanması, bireylerin temel ihtiyaçlarının karşılanması, ekonomik, politik açıdan sağlığın devletlerce desteklenmesi sağlığın geliştirilmesinde temel faktör olarak vurgulanmıştır (15).

1.2.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı (SYBD)

Sağlığın geliştirilmesinde temel unsurlardan biri bireylere sağlıklı yaşam biçimi (SYB) davranışı kazandırmaktır (15).

SYB, sağlığı etkileyebilecek davranış ve tutumları kontrol altına alınabilmesi, günlük aktivitelerini planlarken kendi sağlık durumlarını göz önünde bulundurarak yararlı tutumları tercih etmesi olarak tanımlanmıştır (16).

Bireyin SYBD kazanması, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi için oldukça önemlidir. Bireylerin yaşam kalitesinin artması için gerekli ekonomik koşullar sağlanmalı, yeterli eğitim verilmeli, olumlu tutum ve davranışlar kazandırılmalı, alışkanlık haline getirilmelidir (17).

Beslenme, stresle başa çıkabilme, egzersiz, spritüellik, toplumla olan ilişkiler SYBD'lerini oluşturmaktadır (12).

1.2.1.Beslenme

Besinler, günlük diyetimizde yer alan, tüketildiğinde yaşam için gerekli besin öğeleri ile biyoaktif bileşenleri içeren bitki ve hayvan dokularıdır. Beslenme ise hayatın sürdürülmesi, büyüme ve gelişme, sağlığının korunması, geliştirilmesi için gerekli besinlerin vücutta kullanılması olarak tanımlanmıştır (18).

Her besin 'besin öğesi' olarak adlandırılan kimyasal moleküllerden oluşur. Besin öğeleri "makro besin öğeleri" ve "mikro besin öğeleri" olmak üzere iki gruba ayrılırlar. Makro besin öğeleri (karbonhidrat, yağ, protein) başlıca yararı vücuda enerji sağlamaktır. Enerji oluşumunu ise mikro besin öğeleri (vitamin ve mineraller) yardımcı olur. Besinler içerdikleri besin öğelerine göre 5 ana besin grubu altında incelenir. Bunlar; Süt ve süt ürünleri grubu, et, kurubaklagiller, tahıl grubu, sebze, meyve grubu ve yağlar, şekerler grubudur (19).

1.2.2.Stres Kavramı ve Stresle Başa Çıkma Yöntemleri

Günümüzde yaşam şartlarının zorluğu, iş ve sosyal hayatta yaşanan hızlı değişim ve gelişmeler sosyal bir değer olan insanın fiziki ve ruhsal durumunu etkilemiş, stres kavramını günlük yaşamın bir parçası haline getirmiştir (20).

Stres sözcüğu kelime anlamı olarak Latince "estricia" eyleminden türetilmiştir. Eylem olarak; baskı yapmak, bastırmak, isim olarak; baskı, basınç, gerilim anlamlarında kullanılmaktadır (21).

Literatüre bakıldığında stres, bireyin tehdit edici olarak algıladığı, üzerinde fiziksel veya psikolojik etki yaratan çevresel faktörlere karşı gösterdiği tepkiler olarak tanımlanmaktadır (20).

Stres üç basamaktan oluşmaktadır. İlk basamak alarm verme basamağıdır. Bu dönemde otonom sinir sistemi tarafından salgı bezleri uyarılır, kana adrenalin ve çeşitli biyokimyasal maddeler salınır. Bu sayede vücut, alarm durumuna geçip acil durumlara hazır hale gelir. Strese neden olan uyarılar devam ettiğinde direnç basamağı olarak adlandırılan ikinci basamak ortaya çıkar. Bu basamakta alarm verme döneminde salınan biyokimyasal maddeler kandan uzaklaştırılır, vücut normal şartlarda ki işleyişine devam eder ancak yorulmaya başlar. Son basamak olan tükenmede ise vücut devam eden stres uyaranlarına karşı direncini kaybederken organ ve sistemlerin işleyişinde bozulmalar, hastalıklar ortaya çıkar. Ancak stres günümüz dünyasında yaşamın bir bütünü haline geldiğinden bireyler stres ile başa çıkmak zorundadır (20).

Bireylerin stres olarak algıladığı, yaşamını, ruh ve bedenini tehdit eden durumlara karşı sağlıklı ruh ve beden bütünlüğünü koruyabilmek için gösterdiği çabaların tümüne stresle başa çıkma denilmektedir. (22,92).

Baltaş ve Baltas (2000), stresle baş etme araçlarını bedenle, zihinle ve davranışla ilişkili olarak üç gruba ayırmıştır. İlk grupta rahatlama yöntemleri, fiziksel aktivite ve beslenme tarzları, ikinci grupta stresle zihinsel mücadele etme yolları, zihinsel düzenleme teknikleri, üçüncü grupta davranış tarzının değiştirilmesi, güvenli girişkenlik ve atılgan davranış eğitimi ve zaman düzenlemesi yöntemleri yer almaktadır (22). Bireylerin olaylara yüklediği anlamlar, bakış açıları, iyimserlik, kötümserlik gibi kişilik özellikleri stresle başa çıkmada temel faktör olarak belirlenmiştir. Literatüre bakıldığında iyimser bireylerin, stres yaratan olaylar karşısında, problem odaklı, durumu kabullenme, duruma farklı açılardan bakma gibi başa çıkma yöntemlerini kullandıklarını, kötümserlerin ise durumu çözmek ve farklı açılardan bakmak yerine stres yaratan durumu reddetme, inkar etme tepkileri verdikleri belirlenmiştir (23).

1.2.3.Tinsellik (Spiritüalizm)

Spiritüalite Latince bir kelime olup “Nefes almak” anlamına gelmektedir. Spiritüalite, kavramının Türkçe karşılığı olmadığından, karşılık olarak Arapça bir sözcük olan“ maneviyat” kullanılmaktadır. Maneviyat; maddesel olmayan (görülmeyen, duyularla sezilebilen, ruhani, ruhi) şeyler, metafor olarak gönül gücü, anlamına gelmektedir (24, 25).

Spiritüalite, dini inanç ve uygulamalar ile sınırlı değildir. Spiritüalite, dini kapsamakla birlikte, dinsel inançları olmayan bireylerin tinsel boyutlarını da kapsar. Altı Spritüel boyut bireyin benliğinin bir parçasıdır fakat her insanda farkındalık düzeyi değişiklik göstermektedir (26).

Tinsel gereklilikler tüm bireyler için esastır. Bireyler bu gerekliliklerini birbirleriyle olan iletişimleri sırasında ya da Tanrıyla bağ kurarak karşılamaktadırlar. Tinsel gereklilikler; güven, umut, sevgi, doğruluk, hayatın anlam ve amacını keşfetme arzusu, ilişkiler, deneyim edinme, duyarlılık, dini ritüeller, dua etme, tinsel değerler ise bireyin eskiden de kendini rahatlamış hissetmesini sağlayan ögeler olarak tanımlanmaktadır (27).

Bireylerin spiritüel tarafı, fiziki, duygusal, sosyal tarafı kadar önemlidir ve bunlar da birbiriyle ilişkilidir. Bireylerin sağlık ve hastalık davranışlarını sorgulamada, değişimlere uyum göstermede, sorunlarla başa çıkabilmede, tekrardan iyileşme gücü ve isteği bulmada spiritüelliğin pozitif yansıması olduğu savunulmuştur (20).

Sağlığın spiritüel biçimi, bireyin bütünlüğünü ve devamlılığını riske sokan fiziki ve duygusal tehditler varlığında bireyi destekler. Sağlığın tanımını yapmak ve sağlık değeri oluşturmak için olanak sağlar. Sağlığın spiritüel boyutu; hayatın manasını, ölümün kabulünü ve tanrı gibi yüksek bir güçle bireysel ilişkiyi vurgular (28).

1.2.4.Kişiler Arası İlişkiler

Kişilik; bireyin duygusal - sosyal özellikleri ve zihinsel süreçleri ile süreklilik gösteren sosyal yaşamında edindiği alışkanlıkların ve tutumların tamamı olarak ifade edilmektedir. Bireyler dünyaya geldikleri andan itibaren, çevrelerindeki kişilerle iletişim kurmaya başlarlar (29), karı-koca, anne-baba-çocuk, akrabalar, arkadaşlar, meslektaşlar, öğrenci-öğretmen ilişkilerinin tümü kişiler arası ilişkileri oluşturur. Sağlığın korunması, geliştirilmesi, mutlu olma ve yaşam boyu başarıda kişiler arası ilişkiler oldukça önemlidir (23,25).

1.3 Fiziksel Aktivite

1.3.1 Fiziksel Aktivite ve Egzersiz Kavramı

Fiziksel aktivite, günlük hayatımızda kas ve iskelet sistemimizi kullanarak enerji harcanmasını içeren, kalp atım ve solunum hızını arttıran, terlemeye sebep olan farklı şiddetlerde yapılabilen bedensel hareketler olarak tanımlanır. Egzersiz ise fiziksel uyumluluğun bir ya da birkaç unsurunu iletmeyi hedefleyen planlanmış, devamlı yapılan aktiviteler olarak tanımlanmıştır (29).

1.3.2. Egzersiz Türleri

1.3.2.1. Aerobik Egzersiz

Oksijenin ortamda mutlaka bulunduğu, karbonhidrat ve yağların, su ve karbondioksite kadar parçalanarak enerjinin açığa çıktığı metabolik yol aerobik metabolik yol olarak tanımlanmıştır. Aerobik enerji metabolizması kullanılarak enerji sağlanan egzersizler de aerobik egzersizler olarak adlandırılmıştır (29).

Aerobik egzersizler, 10 dakikadan fazla hızlı tempoda yürüyüş, hafif ve hızlı tempo koşular, doğa yürüyüşleri, sıçrama, ip atlama, bisiklet sürme, dans, step-aerobik çalışmalar, yüzme gibi düşük ama devamlı tempoda yapılan aktivitelerden oluşur. Step-aerobik egzersizler, özel dizayn edilmiş bir platform yardımı ile platformun üstünde yanında, çaprazında veya arkasında egzersize katılan kas gruplarını çeşitlendirmek için değişik adım formları (temel adım, diz kaldırma,

bacak açma v.b) kullanılan, müzik eşliğinde yapılan eğlenceli bir egzersiz türüdür (30).

1.3.2.2 Direnç Egzersizleri

Direnç egzersizleri, kasa yüklenme esasına dayanmaktadır. Kaslara yüklenildiğinde kas liflerinin büyük bir kısmı kasılır. Direnç egzersizlerinde ağırlıklar, kum torbaları, elastik bantlar kullanılarak, alet veya terapist yardımıyla kaslar çalıştırılarak kuvvetlendirilirler. Direnç egzersizlerinin haftada 2-4 gün, günde 1-2 set olmak üzere kendini tekrarlayan periyotlarla uygulanması önerilmektedir. (31).

1.3.3 Fiziksel Aktivitenin Sağlığa Etkileri

Fiziksel aktivite tüm yaş grubundaki bireyler için faydalıdır. Fiziksel aktivite alışkanlığı, çocukların ve gençlerin sağlıklı büyümesi ve gelişmesinde, kişilik gelişiminde zararlı alışkanlıklardan uzaklaşmada, sosyalleşmede, bunalım - kaygı bozukluğu olmasının engellemesinde, yetişkinlerin diyabet, hipertansiyon, obezite vb. hastalıklardan korunmasında, hastalıkların tedavisinde, zihinsel ve bedensel fonksiyonların korunmasında, yaşam boyu hayat kalitesinin geliştirilmesinde oldukça önemlidir (32).

Fiziksel aktivite; kas gücünün korunması ve artırılması, kas tonusunun ve eklem hareketliliğinin korunması ve artırılması, öglisemi sağlayarak diyabetin kontrol altına alınması, metabolizmanın hızlandırılması, kadınlarda menopozun olumsuz etkilerinin hafifletilmesinde oldukça etkilidir. Ruhsal ve sosyal sağlık açısından bakıldığında da bireyin kendini iyi hissetmesini sağlar, sosyal uyum yeteneğini artırır. Gelecekte kanser, diyabet, hipertansiyon gibi hastalıklara yakalanma riskini düşürdüğü için sağlıklı bir yaşlılık dönemi geçirmeyi sağlar (33).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 datalarına göre Türkiye'deki obezite oranı yüzde 31,1 oranında artış göstermiştir. Aşırı şişmanlık oranı 2008 yılında yüzde 15,2 iken 2014 yılında yüzde 31,1 oranında artarak %19,9'a ulaşmıştır (34).

1.4 Açlık Türleri

Beslenme eyleminin başlayabilmesi için açlık dediğimiz hissin oluşması gereklidir. Literatürde, açlık türlerinden hücresel açlık, duyuşsal açlık ve duyuşsal açlık yeme farkındalığı kavramı ile ilişkilendirilmiştir (35).

1.4.1 Hücresel (Homeostatik) Açlık

Vücutta organ ve dokuların aktivitelerini gerçekleştirmeleri ve metabolik gereksinimlerin karşılanabilmesi için enerjiye ihtiyaç vardır. Vücut için gerekli olan enerji tükettiğimiz besinlerden karşılanır. Hipotalamus besin alımının düzenlenmesinde rol oynayan temel ön beyin bölgesidir. Hücresel açlık hipotalamustan ve periferal organlardan gelen sinyaller ile besin alımının uyarılması sonucu besin öğelerinin alınıp kan dolaşımında ve organlarda yeterli düzeye ulaşması olarak tanımlanır (35,36).

1.4.2 Duyuşsal (Hedonik) Açlık

Hedonik açlık zevk ve ödülle ilişkili beyin sistemleri üzerinden gelen sinyaller ile besin alımını uyararak açlık türüdür (37).

Besini görme, koklama, duyuşsal, bilişsel ve davranışsal süreçlerin keyif verme etkisi, ödüllendirme ya da rahatlatma gibi nedenlerle besin alımının uyarılması duyuşsal açlık olarak tanımlanır (38).

Hedonik açlıkta, bireyler tokken sevdiği bir yemeği gördüğünde yeme arzusu artar. Örneğin yemeğini yeni bitirmiş bir bireye sevdiği tatlıyı yemek isteyip istemediği sorulduğunda fizyolojik olarak tok olmasına rağmen yemek istemesi bu duruma bir örnektir (39).

Görsel uyarılar sonucu oluşan hedonik açlığın, hücresel açlığa kıyasla daha güçlü bir açlık türü olduğu bildirilmektedir (38,40).

1.4.3 Duygusal Açlık

Duygusal açlık, hedonik ve homeostatik açlıktan farklı olarak fizyolojik doygunluk sağlansa dahi, duygusal tetikleyicilere yanıt olarak açlık hissinin oluşmasıdır (41,42).

Duygusal açlık durumunda bireyler açlık ya da tokluk hissini birbirinden ayırmakta zorlanır (43). Stres, anksiyete, depresyon, kızgınlık ve öfke gibi duygular ile (44,45) karşılaşıldığında, bireyler durumu düzeltecek yiyecek arayışına girer ve duygusal yeme durumu ortaya çıkar. Bu durum birkaç kez tekrarlandığında alışkanlık haline alır (46). Duygusal açlıkta aşırı yeme eğilimi, çoğunlukla dış ortamlar yerine evde, gizlice yapılmaktadır (45).

Olumsuz duyguları bastırmak ya da onlardan kaçmak yerine duyguların farkında olmak, olumsuz duygularla başa çıkmada yiyeceklerin tüketilmesini engeller. Yapılan araştırmalarda duygusal yeme ile vücut ağırlığı yönetiminin negatif ilişkili olduğu görülmüştür (47).

Duygusal yemenin patofizyolojisi; karbonhidrat içeriği yüksek besinler tüketildikten sonra beyinde serotonin miktarının artmasıyla kişide pozitif ruh hali görülmesi, aynı şekilde protein içeriği yüksek bir besin tüketildikten sonra kan-beyin bariyerindeki triptofan seviyesindeki artışın serotoninini yükseltmesi ile duygu durumunun pozitif şekilde değişmesi olarak açıklanmaktadır (44,47)

İnalkaç ve arkadaşları (2018), yaptıkları çalışmada obez ve normal kilolu bireylerde duygusal yeme davranışı sonucunda vücut ağırlığında artış görüldüğünü ve obez bireylerde duygusal yeme davranışının daha yaygın görüldüğünü bildirmişlerdir (44).

Lazarevich ve arkadaşlarının (2016), yaptığı çalışmada da benzer şekilde depresyon, duygusal yeme ve yüksek BKİ'nin ilişkili olduğu bildirilmiştir (48).

1.5.Yeme Farkındalığı Kavramı

Farkındalık, bireyin duygusal durumu, fiziksel durumu ve çevresiyle tam bir bilinç hali oluşturarak, hiçbir uyarandan etkilenmeden anda kalmayı kapsar. (49).

Davranışlarının farkında olan bireyler, duygusal tepkilerini daha iyi kontrol etme, daha fazla öz-şefkat, otokontrol ve irade yeteneklerine sahiptir. (50).

Köse ve ark. (2016), yeme farkındalığını; yeme davranışının nasıl ve neden oluştuğunu bilerek, fiziksel açlık ve tokluk sinyallerini içselleştirip duygu ve düşüncelerinin farkında olarak, çevresel etmenlerden etkilenmeden besin seçimleri yapıp o anda tüketilen besine odaklanarak yemek yeme olarak tanımlamıştır (51).

Özkan ve ark. (2018), yeme farkındalığını; ne yenildiğinden çok nasıl ve neden yenildiği, fiziksel açlık tokluk kavramını içselleştirip duygu ve düşüncelerin etkisinin farkında olarak, çevresel etmenlerden etkilenmeden ve besin seçimlerini yargılamadan o anda tüketilecek olan besine odaklanan yeme şekli olarak tanımlamıştır (52).

Yeme farkındalığında temel nokta, bireyin yiyeceğin tadını, görüntüsünü ve dokusunu içeren yeme konusundaki tam farkındalığıdır. Bu farkındalık genellikle yeme hızını yavaşlatabilmekte, besin aşermelerini azaltabilmekte, ağırlık kontrolünü sağlamaya yardımcı olmakta ve böylece vücut ağırlığı kontrolünün sağlanmasında etkin rol oynamaktadır (53,43,93).

1.5.1 Yeme Farkındalığı ve Ağırlık Denetimi Üzerine Etkisi

Yeme farkındalığı eğitimi sonucunda bireyler ne yemesi ne kadar yemesi, nasıl yemesi konusunda farkındalık kazanırlar buna bağlı olarak fazla enerji alımı azaltılmış olur ve ağırlık kaybı görülür (54).

Yeme farkındalığı eğitimi sonrası bireylerin porsiyon kontrolü ve besin seçimlerinin nasıl değiştiğini inceleyen bir çalışmada, farkındalık eğitimi sonrası

bireylerin yüksek enerjili besinleri daha küçük porsiyonlarda tükettikleri belirlenmiştir (55).

Dunn ve ark. (2018), derlemesinde yer alan 5 takip çalışmasının 4'ünde yeme farkındalığı eğitimi alan bireylerin uzun zamanda ağırlık korunumu sağladıkları belirtilmiştir (56).

Yapılan bir başka çalışmada yeme farkındalığı eğitimi alan bireylerin farkındalık ve kendini sevme durumunun birbirleriyle pozitif yönde ilişkili olduğu tespit edilmiştir (57).

Timmerman ve ark.(2012), yaptığı çalışmada dışarıda besin tüketim tercihleri ve porsiyon kontrolünü içeren yeme farkındalığı eğitimi verilen kadınlarda enerji ve yağ alımı öncesine göre anlamlı derecede azalma görülmüştür (58).

Araştırmalardan elde edilen sonuçlara bakıldığında yeme farkındalığı eğitiminin ağırlığın, duygusal ve duyuşsal yemenin azaltılmasında güçlü bir etken olduğu gösterilmiştir. Kısa süreli farkındalık eğitimlerinin, bireylerin vücut ağırlığı denetimini sağlamalarında etkili olduğu ve bu farkındalık eğitimlerinin uzun dönemli hale getirilmesiyle vücut ağırlığı yönetiminin kalıcı olarak sağlanabileceği belirtmiştir (46,59, 60).

1.5.2. Yeme Farkındalığı Eğitimi

Farkındalık Temelli Yeme Farkındalığı Eğitimi'nin (Mindfulness-Based Eating Awareness Training, MB-EAT) amacı, yedikleriniz ile bedeniniz, duygularınız ve aklınız arasındaki ilişkileri kontrol altına alabilmek yemek seçimlerinde ve yemek yerken konsantre olmayı (anda olmayı) öğrenmek, duylara verdiğimiz cevabın bilincinde olmaktır (61).

Yeme farkındalığı eğitimi dört basamakta gerçekleştirilir; birinci basamak yediğini seçebilmektir. Besin alışverişi yaparken, yemek hazırlarken tavsiyeler göz önünde bulundurularak doğru besinleri seçmek, doğru hazırlama ve pişirme yöntemlerini uygulayabilmeyi kapsar. İkinci basamak tüketilen besinlerin sağlığa

faydaları, ücreti, lezzeti vb. gibi pek çok faktöre bağlı olarak neden tercih edildiğinin belirlenmesidir. Üçüncü basamak ne kadar yediğinin farkında olabilmektir. Bu basamak hücresel açlıkla ilişkilidir, bireyin fizyolojik olarak doyduğunun farkına varabilmesi ve tüketmesi gereken porsiyon miktarının farkında olabilmelerini kapsar. Dördüncü basamak ise nasıl yediğini görebilmeyi kapsar. Dikkatli şekilde, acele etmeden yenilen besinin tat, koku, görüntüsünün farkına varılarak tüketilebilmesidir (61).

Yeme farkındalığı eğitiminin (Tablo 1.1) her basamağında besinler kullanılır. İlk başta üzüm meditasyonu ile başlanıp, daha sonra birden çok besin arasından ve bir restoran menüsünden, ne yediğini ne sürede, ne kadar yediğini bilerek farkındalıkla seçimler yapabilmeyi öğretir. Yemekten önce bireylerin derin nefes alma vb. kısa meditasyonlar yapmaları önerilir, bireylere yeterli ve dengeli beslenme eğitimi verilerek buna uygun olarak seçimler yapabilmeleri öğretilir (Tablo 1.2) (62). Monroe 2015 yılında çalışmasında basit yeme farkındalığı pratiği prensiplerini ve nasıl uygulanacağını anlatmıştır (63).

Tablo 1.1 Dokuz Seanslı Farkındalık Temelli Yeme Farkındalığı Eğitimi Programından Bir Farkındalık Müdahalesi Örneği

Seans 1	Öz-düzenleme modeline giriş, üzüm alıştırmaları, grupta uygulama ile farkındalık meditasyonuna giriş
Seans 2	Kısa meditasyon (tüm seanslarda devam eder), yeme farkındalığı; egzersiz (peynir ve kraker); yeme farkındalığı kavramı, vücut taraması kavramı
Seans 3	Aşırı yeme tetikleyicileri - aşırı yeme tetikleyicileri meditasyonu, yeme farkındalığı alıştırmaları (tatlılar, kalorisi yüksek yiyecekler)
Seans 4	Açlık türleri - fizyolojik / duygusal, açlık meditasyonu, yeme alıştırmaları, dikkatli yiyecek seçimleri (kurabiyeler / çipsler), iyileşme, kendinle ilgilenmek
Seans 5	Tat doyumu ipuçları - ipuçları tipleri ve seviyeleri, tat doyumu meditasyonu, oturarak yoga
Seans 6	Doygunluk ipuçları - ipuçları tipleri ve seviyeleri, doygunluk meditasyonu, rastgele yemek
Seans 7	Affetmek - bağışlama meditasyonu
Seans 8	İçsel bilgelik - bilgelik meditasyonu, yürüyüş meditasyonu
Seans 9	Başkalarını fark ettin mi? Buradan nereye gidiyorsun?

Kaynak: Miller, C. K. (2017). Mindful Eating With Diabetes. *Diabetes Spectrum*,30(2), 89-94. doi:10.2337/ds16-0039.

Tablo 1.2 Basit Yeme Farkındalığı Pratiği

Prensipleri	Nasıl uygulanır
Hızlı yemek yeme!	Yutmadan önce iyice çiğne, besinleri daha küçük parçalara ayır, ısırıklar arasında durakla ve / veya ısırıklar arasında su iç,
Açlık ve tokluk ipuçlarını değerlendir	Yemek yeme nedenini (duygular ve açlık) ve açlık düzeyini değerlendir
Porsiyon kontrolünü sağla	Tabağına daha az yemek koy, daha küçük tabaklar kullan, restoranlarda daha az porsiyonlarda yemek sipariş et
Yemek yerken dikkat dağıtıcıları azalt	Televizyonu ve müziği kapat, bir masada otur, yemek yemeye odaklan
Yemeğin tadını çıkar	Yemekten zevk al, yiyeceğin tadını çıkarmak için tüm duyuları kullan ve yemek için olumlu ve keyifli bir ortam yarat

Kaynak: Monroe, J. T. (2015). Mindful Eating. American Journal of Lifestyle Medicine,9(3), 217-220. doi:10.1177/1559827615569682.

2.GEREÇ VE YÖNTEM

2.1.Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma; düzenli egzersiz alışkanlığı olan bireylerle egzersiz alışkanlığı olmayan bireyler arasında yeme farkındalığı düzeyini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışını değerlendirmek amacıyla yapılmış kesitsel analitik tanımlayıcı bir çalışmadır.

2.2.Araştırma yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Esenyurt Belediyesi Gençlik ve Spor Hizmetleri Müdürlüğü'nden alınan izin doğrultusunda ilgili müdürlüğe bağlı bulunan dokuz spor merkezinden beş spor merkezine kayıtlı üyelerle çalışılmıştır. Diğer dört merkez sadece erkeklere hizmet verdiği için ilgili kurum sadece kadınlarla iletişim kurulmasına izin vermiştir. Çalışmanın kriterlerine uyan kadınlardan, araştırmacı tarafından birebir görüşmeler yoluyla onam formu (Ek-2) alınarak katılmayı kabul eden bireyler çalışmaya dahil edilmiştir. Bu araştırma; Aralık 2018 - Ocak 2019 tarihleri arasında 156 kadın olgu ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın genel planı, ilgili kuruluşa bağlı spor salonlarına kayıtlı kadınların bilgileri doğrultusunda yapılmıştır. Çalışmada, son 6 ay içinde ilgili spor salonuna kayıtlı ve en az 3 aydır haftada minimum 3 gün egzersiz yapan kadınlardan oluşturulan grup ile son 1 ay içerisinde spor salonuna yeni kayıt yaptırmış ve son 6 ay içerisinde herhangi bir spor salonuna gitmemiş kadınlar arasında, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ölçekler ışığında karşılaştırma yapılmıştır. Ayrıca çalışmanın dışlanma kriterleri olarak; 18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük bireyler, kronik bir hastalık nedeniyle (diyabet, kalp hastalığı, kronik karaciğer hastalığı vb.) yoğun beslenme ve egzersiz programında olanlar, doğru bilgi paylaşımı yapamayacak düzeyde mental hastalığı bulunan bireyler çalışmaya dahil edilmemiştir. Dışlama kriterleri haricinde kalan, gönüllü ve beden kütle indeksi (BKI) 25 kg/m^2 üstü tüm kadınlar çalışmaya davet edilmiştir.

Çalışmanın süreci bir ay olarak planlanmıştır. Basit rastgele örneklem genişliği tahmini hesaplamasını yapabilmek için bir ay içerisinde ilgili kuruma bağlı beş merkeze kaç adet yeni üye kaydı yapıldığını saptamak amacıyla 1 haftalık ön bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada yeni üye olan bireylere daha önceden bir spor merkezine kayıtlı olup olmama durumu sorgulanmıştır. Herhangi bir spor merkezine kayıtlı olmayan yeni kayıt yaptıran üyeler dikkate alınmıştır. Düzenli egzersiz alışkanlığı olan grup sayısını öngörmek için ise merkezin üye takip sisteminden kişi sayısı belirlenmiştir. Çalışmanın evrenini Esenyurt Belediyesi Gençlik ve Spor Hizmetleri Müdürlüğüne bağlı spor merkezlerine giden tüm düzenli egzersiz alışkanlığı olanlar ile spor merkezine yeni kayıt yaptıran egzersiz alışkanlığı olmayan bireylerdir.

İstanbul Arel Üniversitesi Etik Kurulu tarafından 12/12/2018 tarihinde 69396709-200 sayılı “Etik Kurul Onayı” (Ek 1) alınmıştır.

Çalışmanın gücü $1-\beta$ ($\beta =$ II. tip hata olasılığı) olarak ifade edilir ve genel olarak araştırmaların %80 güce sahip olmaları gerekmektedir. Bizim çalışmamızda toplamda $\alpha=0.05$ düzeyinde %80 güç elde etmek için çalışmaya alınacak olgu sayısının “Basit rastgele örneklem genişliği tahmini” kullanılarak belirlenmiştir. Formüle göre minimum 129 toplam birey sayısına ulaşılmıştır. Toplamda alınacak birey sayısında kayıplar göz önüne alındığında en az 150 kişiye ulaşılması uygun görülmüştür.

Basit Rastgele Örneklemede Örneklem Genişliği Tahmini:

$$n: \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq} \quad n = \frac{(270)(1,96)^2(0.80)(0.20)}{(0,05)^2(270-1) + (1,96)^2(0.80)(0.20)} = 129$$

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmeşiş sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma

Düzenli egzersiz alışkanlığı olan ve düzenli egzersiz alışkanlığı olmayan toplam 270 kişilik evrenden örneklem seçimi yapılmış, örnekleme dahil edilecek 150 kişi saptanmıştır.

Seçimlerimizde düzenli egzersiz alışkanlığı olan ve düzenli egzersiz alışkanlığı olmayan gruplar tabakalarımızı oluşturmaktadır. Düzenli egzersiz alışkanlığı olan bireylerin evreni 70 kişi, tabaka ağırlığı (tüm evren içerisindeki bu grubun yüzdesi onun tabakadaki ağırlığı demektir) % 25,9; düzenli egzersiz alışkanlığı olmayan bireylerin evreni 200 kişi, tabaka ağırlığı ise %74,1 olarak elde edilmiştir.

2.3.Verilerin Toplanması

Bu kesitsel analitik tanımlayıcı çalışmada, çalışmanın kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlara araştırmacı tarafından bire bir görüşmelerle Katılımcı Tanıma Anketi (Ek-3), 24 Saatlik Besin Tüketim Kaydı (Ek-4), Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30) (Ek-5) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ-II) (Ek-6) uygulanmıştır (51,13).

Anket uygulaması 17 Aralık 2018 ve 17 Ocak 2019 tarihleri arasında yürütülmüş olup toplam 163 katılımcıya ulaşılmıştır. Ancak 163 kişiden yalnızca 156 'sı anket sorularını tamamen cevaplamıştır.

2.4.Demografik Özellikler ve Genel Sağlık Bilgileri

Çalışmada katılımcı tanıma anketinde (Ek-3) dört ana bölüm bulunmaktadır. Birinci bölümde sosyodemografik özellikleri, (yaş, eğitim durumu, meslek) ikinci bölümde antropometrik bilgileri, (3 ay önceki vücut ağırlığı, güncel vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve beden kütle indeksi) üçüncü bölümde sağlık bilgileri (doktor tarafından tanısı konmuş herhangi bir hastalığı olup olmadığı, daha önceden diyetisyene gidip gitmediği, sigara- alkol tüketimi) sorgulanmıştır. Dördüncü bölümde ise spor salonuna kendi isteğiyle gelip gelmem durumu ve güncel beslenme bilgilerinin takip edilip edilmediği sorgulanmıştır.

Antropometrik Ölçümlerin Alınması ve Değerlendirilmesi

Vücut ağırlığı, spor salonunda bulunan Felix Form Dijital Cam Banyo Baskülü FL593 ile ölçüm yapılmıştır. Boy uzunluğu ölçümü baş Frankfurt düzleminde, ayaklar topuklardan bitişik, sırt, kalça ve topuklar duvara değecek şekilde derin nefes aldırılarak taşınabilir Leicester marka stadiometre ile yapılmıştır (64). *Beden Kütle İndeksi (BKI)*; katılımcıların vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun metre cinsinden karesine (m²) bölünmesi ile hesaplanmıştır (65). Elde edilen BKİ 18,50-24,99 kg/m² normal, ≥ 25.00 kg/m² hafif şişman, 25,00-29,99 kg/m² arası şişmanlık öncesi, ≥ 30.00 kg/m² şişman, 30,00-34,99 kg/m² birinci derece şişman, 35,00-39,99kg/m² ikinci derece şişman, ≥ 40.00 kg/m² üstü üçüncü derece şişman olarak sınıflandırılmıştır (66).

Besin Tüketim Kaydı

Bireylerin bir günlük besin tüketim kayıt formu (Ek-3) ile besin tüketim kayıtları belirlenmiştir. Veriler toplanırken “Yemek ve besin kataloğu” yardımıyla (95) bireylerin hangi besini tükettiği ve ne miktarda tükettiği sorgulanarak elde edilen veriler; Beslenme Bilgi Sistemi (BeBiS) versiyon 7.0 programı kullanılarak günlük tüketilen enerji ve makronutrient alımları hesaplanmıştır. BeBiS, tüketilen besin maddelerinin makro ve mikro besin öğeleri miktarlarını gösteren ve beslenme alanında yapılan çalışmalarda sıklıkla kullanılan bir programdır. Bu program aracılığı ile hesaplanan besin ögesi değerleri, cinsiyete ve yaşa göre önerilen “Diyetle Referans Alım Düzeyi” (DRI)’ne göre değerlendirilmiştir (68). Referans değerlerin, $\leq \%67$ 'sini karşılayanlar yetersiz, $\%67$ - $\%133$ arasını karşılayanlar yeterli, $\geq \%133$ 'ünü karşılayanlar aşırı alım şeklinde değerlendirilmiştir (67,94).

2.5. Ölçekler

Katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ölçebilmek için SYBDÖ-II ve yeme farkındalıklarının ölçülmesi için YFÖ-30 kullanılmıştır.

2.5.1. Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30)

Yeme farkındalığını değerlendirmek, yeme tutumu, farkındalığı ve duygusal durum arasında ki ilişkileri belirleyebilmek için Framson ve ark. (2009) 28 maddelik bir self-report ölçeği olan ‘Yeme Farkındalığı Ölçeği (Mindful Eating Questionnaire, MEQ) ölçeğini geliştirmiştir. Ölçekte yer alan maddeler 4’lü likert skalası (1:hiç /nadiren, 2:bazen, 3: sık sık, 4: genellikle/her zaman) ve 28 soruluk likertin etki faktörleri: disinhibisyon, farkındalık, dış etkenler, duygusal cevap ve dikkat dağılması şeklindedir. Ölçekte yüksek puan alanlar açlık ve tokluk durumları konusunda farkındalıkları yüksek, düşük puan alanlar farkındalıkları düşük olarak sınıflandırılmaktadır. Ölçeğin disinhibisyon (tok olduğunda bile yemek yemeyi bırakamama), dışsal ipuçları, duygusal tepki, farkındalık ve dikkat dağıtma alt başlıklarında bireylerin tüketilen besinlerin karakteristiklerine, aşırı yeme tetikleyicilerine ve çevre özelliklerine bağlı olarak besin tüketme durumları sorgulanır, dışsal ipuçlarıyla yeme, çevresel işaretlere cevaben yemeyi; duygusal yeme, olumsuz duygulara cevaben yemeyi tanımlarken, farkındalık, bireylerin yemeye özgü duygusal deneyiminin yanı sıra, besine özgü özelliklerle ilgili farkındalıklarını; dikkat dağıtma, bireylerin diğer düşüncelere odaklanma derecesini veya yemek yerken acele etmelerini değerlendirmektedir (10).

Framson ve arkadaşları (Framson ark.,2009) tarafından 2009 yılında geliştirilen ölçek, Köse ve arkadaşları (2016) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak Yeme Farkındalığı Ölçeği olarak Türkçe’ye uyarlanmıştır. (51). YFÖ-30 (Ek-5) 5 madde orjinalinden alınmış olup, geri kalan maddeler ise yine aynı ölçekten esinlenerek uyarlanmış ve toplam 30 sorudan oluşan yeni ölçek geliştirilmiştir. Ölçeğin puanlandırmasında düz ve ters puanlandırmalar şu şekildedir: 1, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 24, 25 ve 27.maddeler düz puanlandırılmakta olup, geriye kalan sorular ters puanlandırılmaktadır (Ters Puanlama: 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1). Ölçeğin puanı yükseldikçe yeme farkındalığı da yükselmektedir.

Ölçeğin alt faktörleri; disinhibisyon, duygusal yeme, yeme kontrolü, odaklanma, yeme disiplini, farkındalık ve enterferans şeklinde 7 faktöre ayrılmıştır. Ölçeklerin

alt faktörleri, araştırma yapılan örnekleme ilgili daha detaylı bir bilgi vermektedir. Bu çalışmada kullanılan ölçeğin alt faktörleri ve faktörlerin içerikleri aşağıdaki gibi sıralanmıştır:

1. Disinhibisyon: kendini tutma, miktar ve zaman kontrolü.
2. Duygusal yeme: duygusal açlık, iyi hissetme ve tatmin için yeme.
3. Yeme kontrolü: yeme hızını ayarlama, yeme işlevinin kontrolünü elinde tutma.
4. Odaklanma: yemeğin kendisine-tadına odaklanma, yemek yerken başka aktivite ve düşüncelere ara verme.
5. Yeme disiplini: planlama, hazırlanma, dengeleme, bulundurma, düzen, saat.
6. Farkındalık: fiziksel açlık-tokluk farkındalığı, kalori ve besin değeri bilgisi, sağlıklı beslenme bilgisi, alışkanlık farkındalığı.
7. Enterferans: koku, görüntü, ses gibi sensoriyel etmenlere, davet, besin çeşitliliği ya da reklam gibi çeldiricilerle baş edebilme şeklindedir (51).

2.5.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ-II)

Walker ve ark. kişilerin sağlığı geliştirme davranışlarını ölçmek amacıyla 1987 yılında (SYBDÖ-II) geliştirmişlerdir (69). Bu çalışma 1996 yılında yeniden incelenerek SYBDÖ- II (Ek-6) olarak isimlendirilmiş ve ülkemizde geçerlilik güvenilirlik çalışması Bahar ve ark. tarafından yapılmıştır. Bu ölçek 52 madde ve altı alt boyuttan oluşmaktadır ve dördümlü likert tipindedir. Her bir madde için sırasıyla 1 (hiçbir zaman), 2 (bazen), 3 (sık sık) ve 4 (düzenli olarak) puan verilir. Ölçeğin alpha güvenirlik katsayısı 0.79–0.94 arasında değişmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 208, en düşük 52'dir. Ölçeğin, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı, beslenme alışkanlığı, kişilerarası destek ve stres yönetimi olmak üzere 6 alt boyutu vardır. Ölçekteki sorular, bireyin SYB ile ilişkili olarak, sağlığını geliştiren davranışlarını ölçer. Ölçekten alınan puanların yükselmesi bireyin belirtilen sağlık davranışlarını

yüksek düzeyde uyguladığını gösterir. Ölçeğin alt boyutlarının içerdiği madde sayısı ve minimum-maksimum puanları; manevi gelişim 13 madde (min 13 – maks 52 puan), sağlık sorumluluğu 10 madde (min 10 – maks 40 puan), fiziksel aktivite 5 madde (min 5 – maks 20 puan), beslenme 6 madde (min 6 – maks 24 puan), kişilerarası ilişkiler 7 madde (min 7 – maks 28 puan), stres yönetimi 7 maddeden (min 7 – maks 28 puan) oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 208, en düşük ise 52'dir. Alınan puanların yükselmesi bireylerin sağlık davranışlarını ne kadar iyi düzeyde uyguladığını göstermektedir (13).

2.6.Çalışmanın Sınırlılıkları

Çalışma tek merkeze bağlı spor merkezlerinde yürütüldüğü ,sadece kadınlar üzerinde uygulandığından cinsiyet çeşitliliği sağlanamadığı için, elde edilen sonuçların tüm düzenli egzersiz alışkanlığı olan veya düzenli egzersiz alışkanlığı olmayan kişiler adına genellenmesi mümkün olmamaktadır. Tüm veriler, araştırmacı tarafından bire bir görüşme yapılarak formların doldurulması sırasında kişinin beyanına tabi kaydedilmiştir.

2.7.İstatistiksel İncelemeler

İstatistiksel incelemeler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programından yararlanılmıştır. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanılmıştır. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile sınanmıştır. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t Test, normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin üç ve üzeri grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis test kullanılmıştır. Nicel değişkenler arası ilişkilerin incelenmesinde Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi, Fisher-Freeman-Halton testi ve Fisher's Exact test kullanıldı. Anlamlılık en az $p<0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Alfa katsayısının değerlendirilmesi aşağıdaki ölçüte göre yapılır:

$0.0 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir

$0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise oldukça güvenilirirdir.

$0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir (70).

Korelasyon katsayısının (r) değerlendirilmesi aşağıdaki ölçüte göre yapılır: (71)

0 - 0,25	Çok zayıf
0,26 - 0,49	zayıf
0,50 - 0,69	orta
0,70 - 0,89	iyi
0,90 - 1,00	çok iyi

3.BULGULAR

Çalışma 02.11.2017- 02.12.2017 tarihleri arasında, Esenyurt Belediyesi Gençlik ve Spor Hizmetleri Müdürlüğüne bağlı bulunan Bağlarçeşme, Namık Kemal, Nene Hatun, Cumhuriyet ve Siteler olmak üzere 5 merkezde; %43,6'sı (n=68) üç ay ve daha fazla haftada minimum 3 gün düzenli egzersiz alışkanlığı olan, %56,4'ü (n=88) son 3 aydır herhangi bir düzenli egzersiz alışkanlığı bulunmayan spor salonuna yeni kayıt yaptıran 156 kadın olgu ile gerçekleştirilmiştir.

3.1. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı

Tablo 3.1'de araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Buna göre çalışma grubunun yaşları 18 ile 63 arasında değişmekte olup, ortalama $39,07 \pm 9,70$ yıldır.

Bireylerin 3 ay önceki vücut ağırlıkları incelendiğinde; 59 ile 151 kg arasında değişmekte olup, ortalama $79,62 \pm 13,24$ kgdır.

Güncel vücut ağırlıkları incelendiğinde; 60 ile 151 kg aralığında değişmekte olup, ortalama $78,35 \pm 12,47$ kgdır.

Boy uzunlukları incelendiğinde; 150 ile 175 cm arasında değişmekte olup, ortalama $160,31 \pm 5,66$ cmdir.

BKI değerleri 25 ile $56,8 \text{ kg/m}^2$ arasında değişmekte olup, ortalama $30,81 \pm 4,94 \text{ kg/m}^2$ saptanmıştır.

Eğitim düzeyleri incelendiğinde; %19,9 (n=31) ilkokul mezunu, %14,1 (n=22) ortaokul mezunu, %42,3 (n=66) lise mezunu, %9,0 (n=14) ön lisans mezunu, %13,4 (n=21) lisans mezunu, %1,3 (n=2) yüksek lisans mezunu olduğu görülmüştür.

Bireylerin meslek gruplarına göre dağılımı incelendiğinde %85,9'u (n=134) çalışmıyor, %9,6'sı (s=15) çalışıyor ve %4,5'i (s=7) öğrenci olduğu belirtilmiştir.

Tablo 3.1 Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı (n:156)

Demografik Özellikler			
Yaş (yıl)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	18-63	(39)
	$\bar{X} \pm SS$	39,07±9,70	
	18-29 yaş; n (%)	25	(16,0)
	30-39 yaş; n (%)	57	(36,5)
	40-49 yaş; n (%)	51	(32,7)
	≥ 50 yaş; n (%)	23	(14,7)
3 ay önceki vücut ağırlığı (kg)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	59-151	(77)
	$\bar{X} \pm SS$	79,62±13,24	
Güncel vücut ağırlığı (kg)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	60-151	(75)
	$\bar{X} \pm SS$	78,35±12,47	
Boy uzunluğu (cm)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	150-175	(160)
	$\bar{X} \pm SS$	160,31±5,66	
BKI (kg/m²)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	25-56,8	(29,9)
	$\bar{X} \pm SS$	30,81±4,94	
	25-29,99 kg/m²; n (%)	79	(50,6)
	30-34,99 kg/m²; n (%)	52	(33,4)
	35-39,99 kg/m²; n (%)	15	(9,6)
	≥40 kg/m²; n (%)	10	(6,4)

3.2. Bireylerin Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 3.2’de araştırmaya katılan bireylerin sağlık durumuna ilişkin özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Buna göre; doktor tarafından tanı almış, kronik hastalığı bulunan birey oranı %38,5 (n=60) olarak bulunmuştur. Görülen hastalıklar incelendiğinde; %31,1 (n=19) insülin direnci, %21,3 (n=13) hipotiroidi, %11,5 (n=7) yüksek kolesterol, %14,8 (n=9) hipertansiyon, %9,8 (n=6) diyabet, %11,5 (n=7) bel fitiği, %8,2 (n=5) astım ve %26,2 (n=16) diğer hastalıklar belirtilmiştir.

Çalışma grubunun sigara (adet/gün) kullanım alışkanlığı incelendiğinde %9,6 (n=15) oranında birey bulunmaktadır. Günlük kullanılan sigara adedi 2 ile 20 aralığında değişmekte olup, ortalama 10,13±6,82 olarak hesaplanmıştır. Alkol kullanımına bakıldığında sadece 1 birey bulunmakta ve aylık alkol tüketim miktarı 100 ml olarak belirtilmiştir.

Tablo 3.2 Bireylerin Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerin Dağılımları (n:156)

Sağlık Durumu Özellikleri		n	%
Kronik hastalık durumu	Var	60	38,5
	Yok	96	61,5
	Toplam	156	100
•Varsa tanı konulmuş hastalıklar (s=60)	İnsülin direnci	19	31,1
	Hipotiroidi	13	21,3
	Kolesterol	7	11,5
	Hipertansiyon	9	14,8
	Diyabet	6	9,8
	Bel fıtığı	7	11,5
	Astım	5	8,2
	Diğer	16	26,2

•Birden çok hastalığı olan olgu bulunmaktadır.

3.3. Bireylerin Beslenme ve Sağlıklı Yaşam Özelliklerinin Dağılımları

Tablo 3.3’de bireylerin beslenme ve sağlıklı yaşam özelliklerinin dağılımı incelenmiştir. Buna göre; bireylerin %44,9’u (n=70) güncel beslenme bilgilerini takip ettiklerini belirtmiştir. Beslenme bilgilerini takip edenlerin %35,7’si (n=25) TV’den, %25,7’si (n=18) internetten, %31,5’i (n=22) TV, internetten ve %7,1’i (n=5) diyetisyenden bilgileri edindiğini ifade etmiştir.

Bireylerin diyetisyene gitme durumları incelendiğinde %47,4 (n=74) olarak belirlenmiştir. Diyetisyenle görüşme sayıları incelendiğinde 1 ile 60 arasında değişmekte olup, ortalama $5,34 \pm 11,00$ ’dır.

Bireylerin %99,4’ü (n=155) fitness salonuna kendi isteği ile gittiğini belirtmişlerdir.

Bireylerin günlük ana öğün sayıları 1 ile 5 arasında değişmekte olup, ortalama $2,47 \pm 0,58$ ’dir; bireylerin %2,6’sı (n=4) bir ana öğün, %49,3’ü (n=77) iki ana öğün, %48,1’i (n=75) üç ve daha çok sayıda ana öğün tükettiği belirtilmiştir.

Ara öğün tüketen birey oranı %83,3 (s=130) saptanmıştır. Günlük ara öğün sayıları 1 ile 4 arasında değişmekte olup, ortalama $1,55 \pm 0,71$ ’dir; %55,4’ü (n=72) bir ara öğün, %35,4’ü (n=46) iki ara öğün, %9,2’si (n=12) üç ve daha çok ara öğün tüketmektedir.

Tablo 3.3 Bireylerin Beslenme ve Sağlıklı Yaşam Özelliklerinin Dağılımları (n:156)

Beslenme ve Sağlıklı Yaşam Özellikleri		S	%
Güncel beslenme bilgilerini takip etme durumu	Evet	70	44,9
	Hayır	86	55,1
Güncel beslenme hakkında takip edilen kaynaklar (s=70)	TV	25	35,7
	İnternet	18	25,7
	TV + İnternet	22	31,5
	Diyetisyen	5	7,1
Daha önce diyetisyene gitme durumu	Evet	74	47,4
	Hayır	82	52,6
Fitness salonuna kendi isteği ile gitme durumu	Evet	155	99,4
	Hayır	1	0,6
Ara öğün yeme durumu	Evet	130	83,3
	Hayır	26	16,7

3.4. Gruplara Göre Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Tablo 3.4’de düzenli egzeriz alışkanlığı olan grup (DG) ve düzenli egzeriz alışkanlığı olmayan grup (DYG) arasında sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması yapılmıştır.

Gruplara göre yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Gruplara göre 3 ay önceki kilo ölçümleri arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Gruplara göre BKİ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış ve düzenli grubun ölçümleri düzensiz gruptan düşük bulunmuştur ($p=0,013$; $p<0,05$).

Eğitim düzeyine göre gruplar arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmıştır ($p=0,014$; $p<0,05$). DG’ta ilkokul ve ortaokul mezunu oranı DYG’den yüksek bulunmuştur. DYG’te lise mezunu oranı düzenli gruptan yüksek bulunmuştur.

Mesleğe göre ise gruplar arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3.4 Gruplara Göre Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması (n:156)

		DG (n=68)	DYG (n=88)	P
Yaş (yıl)	Min-Mak	18-63 (41)	18-60 (37)	^a 0,089
	(Medyan)			
	$\bar{X} \pm SS$	40,57±9,80	37,91±9,53	
	18-29 yaş; n(%)	8 (11,8)	17 (19,3)	
	30-39 yaş; n(%)	22 (32,4)	35 (39,8)	
	40-49 yaş; n(%)	25 (36,8)	26 (29,5)	
3 ay vücut ağırlığı (kg)	Min-Mak	62-110 (77)	59-151 (77)	^a 0,278
	(Medyan)			
	$\bar{X} \pm SS$	78,31±11,13	80,64±14,65	
	25-29,99 kg/m²; n(%)	42 (61,8)	37 (42)	
	30-34,99 kg/m²; n(%)	18 (26,5)	34 (38,6)	
	35-39,99 kg/m²; n(%)	6 (8,8)	9 (10,2)	
BKI (kg/m ²)	Min-Mak	25-40,2 (28,9)	25-56,8 (30,4)	^a 0,013*
	(Medyan)			
	$\bar{X} \pm SS$	29,76±3,60	31,62±5,65	
	≥40 kg/m²; n(%)	2 (2,9)	8 (9,1)	
	25-29,99 kg/m²; n(%)	42 (61,8)	37 (42)	
	30-34,99 kg/m²; n(%)	18 (26,5)	34 (38,6)	

^aStudent t Test

* $p<0,05$

3.5. Gruplara Göre Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması

Tablo 3.5’de gruplara göre sağlık durumuna ilişkin özelliklerin karşılaştırılması yapılmıştır. Buna göre; grupların hastalık durumları karşılaştırıldığında arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

İnsülin direnci, hipotiroidi, yüksek kolesterol, hipertansiyon, diyabet, bel fitiği, astım ve diğer hastalıkların varlığına göre gruplar arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Sigara kullanma durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmış olup; düzenli grupta sigara kullanım oranı düzensiz gruptan düşük bulunmuştur ($p=0,048$; $p<0,05$).

Tablo 3.5 Gruplara Göre Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması (n:156)

		DG (n=68)	DYG (n=88)	P
Hastalık durumu	Evet	25 (36,8)	35 (39,8)	^b 0,702
	Hayır	43 (63,2)	53 (60,2)	
Hastalıklar (n=60)	İnsülin direnci	8 (30,8)	11 (31,4)	^b 0,956
	Hipotiroidi	7 (26,9)	6 (17,1)	^b 0,356
	Kolesterol	3 (11,5)	4 (11,4)	^d 1,000
	Hipertansiyon	2 (7,7)	7 (20,0)	^d 0,278
	Diyabet	1 (3,8)	5 (14,3)	^d 0,227
	Bel fıtığı	1 (3,8)	6 (17,1)	^d 0,222
	Astım	4 (15,4)	1 (2,9)	^d 0,154
	Diğer	6 (23,1)	10 (28,6)	^b 0,629

•Birden çok hastalığı olan olgu bulunmaktadır .

^dFisher's Exact Test

* $p < 0,05$

3.6. Gruplara Göre Beslenme ve Sağlıklı Yaşam Özelliklerin Karşılaştırılması

Tablo 3.6'da gruplara göre beslenme ve sağlıklı yaşam özelliklerin karşılaştırılması yapılmıştır. Buna göre; güncel beslenme bilgilerini takip etme durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Gruplara göre güncel beslenme hakkında takip edilen kaynaklar istatistiksel olarak önemli farklılık göstermektedir ($p = 0,003$; $p < 0,01$). DYG'ta TV ve internetten bilgi edinme oranı DG'tan yüksek bulunmuştur.

Daha önce diyetisyene gitme durumu ve sayısına göre gruplar arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Günlük tüketilen ana öğün sayısına ve ara öğün tüketim durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Gruplara göre günlük tüketilen ara öğün sayıları arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmış ve DG'ta tüketilen ara öğün sayısı DYG'tan yüksek bulunmuştur ($p = 0,013$; $p < 0,05$).

Tablo 3.6 Gruplara Göre Beslenme ve Sağlıklı Yaşam Özelliklerinin Karşılaştırılması (n:156)

		DG (n=68)	DYG (n=88)	P
Güncel beslenme bilgilerini takip etme durumu	Evet	32 (47,1)	38 (43,2)	^b 0,629
	Hayır	36 (52,9)	50 (56,8)	
Güncel beslenme bilgileri hakkında takip edilen kaynaklar (s=70)	TV	15 (46,9)	10 (26,3)	^c 0,003**
	İnternet	7 (21,9)	11 (28,9)	
	TV + İnternet	5 (15,6)	17 (44,7)	
	Diyetisyen	5 (15,6)	0 (0)	
Daha önce diyetisyene gitme durumu	Evet	34 (50,0)	40 (45,5)	^b 0,573
	Hayır	34 (50,0)	48 (54,5)	
Ara öğün yeme durumu	Evet	59 (86,8)	71 (80,7)	^b 0,312
	Hayır	9 (13,2)	17 (19,3)	

^bPearson Chi-Square Test

^cFisher Freeman Halton Test

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

3.7. Gruplara Göre YFÖ-30 Puanlarının Karşılaştırılması

YFÖ-30 “Disinhibisyon” puanları 5 ile 25 aralığında değişmekte olup, ortalama $15,87 \pm 4,66$; “Duygusal yeme” puanları 5 ile 25 aralığında değişmekte olup, ortalama $16,35 \pm 5,64$; “Yeme kontrolü” puanları 4 ile 20 aralığında değişmekte olup, ortalama $14,03 \pm 4,65$; “Odaklanma” puanları 9 ile 23 aralığında değişmekte olup, ortalama $17,05 \pm 2,32$; “Yeme disiplini” puanları 4 ile 20 aralığında değişmekte olup, ortalama $11,52 \pm 3,43$; “Farkındalık” puanları 8 ile 25 aralığında değişmekte olup, ortalama $15,79 \pm 3,37$; “Enterferans” puanları 2 ile 10 aralığında değişmekte olup, ortalama $7,40 \pm 1,84$ saptanmıştır. YFÖ-30 toplam puanları 49 ile 133 aralığında değişmekte olup, ortalama $98,02 \pm 16,83$ ’tür.

Tablo 3.9’da gruplara göre yeme farkındalı ölçek (YFÖ-30) puanlarının karşılaştırılması yapılmıştır. Buna göre; gruplara göre disinhibisyon puanları arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmazken ($p=0,092$; $p>0,05$); DG’un puanlarının yüksek olması dikkat çekicidir.

Gruplara göre duygusal yeme, yeme kontrolü, odaklanma, farkındalık ve enterferans puanları ve toplam puanlar arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmamıştır (tümü $p>0,05$).

Gruplara göre yeme disiplini puanları arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmış ve düzenli grubun puanları düzensiz gruptan yüksek bulunmuştur (p=0,003; p<0,01).

Tablo 3.7 Gruplara Göre YFÖ-30 Puanlarının Karşılaştırılması (n:156)

	DG (n=68)	DYG (n=88)	^a p
	Min-Mak (Medyan) X̄ ± SS	Min-Mak (Medyan) X̄ ± SS	
Disinhibisyon	6-23 (17) 16,59±4,12	5-25 (15) 15,32±5,00	0,092
Duygusal yeme	5-25 (16,5) 16,28±5,24	5-25 (17,5) 16,41±5,96	0,887
Yeme kontrolü	4-20 (16) 14,37±4,37	4-20 (14) 13,76±4,86	0,421
Odaklanma	12-23 (17) 17,18±2,27	9-23 (17) 16,95±2,37	0,556
Yeme disiplini	5-20 (12) 12,43±3,50	4-20 (10) 10,82±3,21	0,003**
Farkındalık	8-22 (16) 15,91±3,30	10-25 (16) 15,70±3,43	0,705
Enterferans	2-10 (8) 7,66±1,79	3-10 (7) 7,20±1,86	0,124
Toplam	55-128 (102) 100,41±14,18	49-133 (97,5) 96,17±18,49	0,107

^aStudent t Test

**p<0,01

3.8 Grupların SYBDÖ-II karşılaştırılması

SYBDÖ-II “Sağlık sorumluluğu” puanları 12 ile 36 aralığında değişmekte olup, ortalama 24,74±6,08; “Fiziksel aktivite” puanları 8 ile 32 aralığında değişmekte olup, ortalama 19,46±5,68; “Beslenme” puanları 14 ile 36 aralığında değişmekte olup, ortalama 22,65±4,33; “Manevi gelişim” puanları 16 ile 36 aralığında değişmekte olup, ortalama 28,07±4,63; “Kişiler arası ilişkiler” puanları 17 ile 36 aralığında değişmekte olup, ortalama 28,47±4,46; “Stres yönetimi” puanları 10 ile 30 aralığında değişmekte olup, ortalama 20,48±4,16 saptanmıştır. SYBDÖ-II toplam puanları 90 ile 194 aralığında değişmekte olup, ortalama 143,88±21,43’tür.

Tablo 3.8’de grupların SYBDÖ-II karşılaştırılması incelenmiştir. Buna göre; gruplara göre sağlık sorumluluğu puanları arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmazken ($p=0,054$; $p>0,05$); DG’un puanlarının yüksek olması anlamlılığa çok yakın bulunmuştur.

Gruplara göre fiziksel aktivite ve beslenme puanları arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmış ve DG’un puanları düzensiz gruptan yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0,001$; $p=0,015$).

Gruplara göre manevi gelişim puanları arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmazken ($p=0,074$; $p>0,05$); DG’un puanlarının yüksek olması dikkat çekicidir.

Gruplara göre kişiler arası ilişkiler puanları arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Gruplara göre stres yönetimi puanları arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmış ve DG’un puanları DYG’tan yüksek bulunmuştur ($p=0,006$; $p<0,01$).

Gruplara göre toplam puanlar arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmış ve DG’un puanları DYG’tan yüksek bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$).

Tablo 3.8 Grupların SYBDÖ-II karşılaştırılması (n:156)

	DG (n=68)	DYG (n=88)	^a p
	Min-Mak (Medyan) $\bar{X} \pm SS$	Min-Mak (Medyan) $\bar{X} \pm SS$	
Sağlık sorumluluğu	13-36 (25,5) 25,81±5,70	12-35 (25) 23,92±6,27	0,054
Fiziksel aktivite	14-32 (21,5) 21,85±4,74	8-32 (17) 17,61±5,68	0,001**
Beslenme	14-36 (23,5) 23,60±4,27	14-32 (22) 21,91±4,26	0,015*
Manevi gelişim	18-36 (29) 28,82±4,22	16-36 (28) 27,49±4,87	0,074
Kişiler arası ilişkiler	20-36 (28) 28,56±4,51	17-36 (29) 28,41±4,44	0,836
Stres yönetimi	10-30 (21,5) 21,51±3,85	11-30 (20) 19,68±4,23	0,006**
Toplam	102-194 (149) 150,16±20,52	90-188 (140) 139,02±20,95	0,001**

^aStudent t Test

*p<0,0

**p<0,01

3.9 Bireylerin Enerji, Makro Besin Alım Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 3.9’da bireylerin enerji, makro besin alım düzeylerine göre dağılımı analiz edilmiştir. Buna göre bireylerin aldıkları günlük enerji miktarları incelendiğinde; minimum 577,95 ile 2601,67 arasında değişmekte olup ortalaması 1061,95±384,14 kkal/gün dür.

Günlük karbonhidrat tüketimleri 14,53 ile 420,51 g/gün arasında değişmekte olup ortalaması 103,99±58,63 gr/gündür. Enerjinin karbonhidrat kaynaklı alım yüzdesi ise %7 ile %75 arasında değişmekte olup ortalaması %39,66±14,32 dir.

Günlük protein tüketimleri 12,97 ile 108,66 arasında değişmekte olup ortalaması 38,17±17,57 g/gün olarak saptanmıştır Enerjinin protein kaynaklı alım yüzdesi %3 ile %42 arasında değişmekte olup ortalaması 14,96±5,22 dir.

Günlük yağ tüketimleri 7,97 ile 154,12 g/gün olup ortalaması 53,91±24,64 gr/gündür. Enerjinin yağ kaynaklı alım yüzdesi ise %11 ile %78 arasında değişmekte olup ortalaası 45,44±14,46 olarak saptanmıştır.

Tablo 3.9 Bireylerin Enerji, Makro Besin Alım Düzeylerine Göre Dağılımı

	Min – Max	$\bar{X} \pm SS$
Enerji (kkal/gün)	577,95-2601,67	1061,95±384,14
Karbonhidrat (g/gün)	14,53-420,51	103,99±58,63
Karbonhidrat %	7-75	39,66±14,32
Protein (g/gün)	12,97-108,66	38,17±17,57
Protein %	3-42	14,96±5,22
Yağ (g/gün)	7,97-154,12	53,91±24,65
Yağ %	11-78	45,44±14,46

3.10. Grupların Enerji, Makro Besin Alım Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 3.10’da grupların enerji ve makro besin alım düzeylerinin karşılaştırılması yapılmıştır. Buna göre; grupların enerji alım düzeyleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Gruplara göre karbonhidrat alım düzeyi ve karbonhidrat alım oranı istatistiksel olarak önemli farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Gruplara göre protein alım düzeyi ve protein alım oranı istatistiksel olarak önemli farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Gruplara göre yağ alım düzeyi ve yağ alım oranı istatistiksel olarak önemli farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 3.10 Grupların Enerji, Makro Besin Alım Düzeylerinin Karşılaştırılması (n:156)

	DG (n=68)	DYG (n=88)	^a p
	Min-Mak (Medyan) $\bar{X} \pm SS$	Min-Mak (Medyan) $\bar{X} \pm SS$	
Enerji (kkal)	590,8-2167,8 (993,5) 1042,68±347,91	578-2601,7 (1016,3) 1076,84±411,31	0,583
Karbonhidrat (g/gün)	19,9-242,2 (85,1) 97,50±51,39	14,5-420,5 (91,2) 109,00±63,50	0,575
Karbonhidrat %	7-71 (38) 38,07±14,17	10-75 (41) 40,89±14,41	0,225
Protein (g/gün)	13-108,7 (34,3) 39,55±18,89	13,1-87,5 (33,6) 37,12±16,53	0,392
Protein %	8-30 (14) 15,40±4,76	3-42 (13) 14,64±5,56	0,369
Yağ (g)	17-115,2 (50,4) 54,01±23,00	8-154,1 (50,9) 53,85±25,98	0,968
Yağ %	17-75 (47) 46,68±14,49	11-78 (44) 44,50±14,45	0,353

^aStudent t Test

3.11. Gruplara Göre Enerji, Karbonhidrat, Protein ve Yağ Alımlarının Referans Değerlerinin Karşılama Oranlarının Karşılaştırılması

Tablo 3.11'de gruplara göre enerji, karbonhidrat ve protein alımlarının referans değerlerini karşılama oranlarının değerlendirilmesi yapılmıştır. Gruplara göre alınan enerji düzeylerinin DRI referansını ve TÜBER referansını karşılama oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Gruplara göre alınan karbonhidrat düzeylerinin DRI referansını ve TÜBER referansını karşılama oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Gruplara göre alınan protein düzeylerinin DRI referansını ve TÜBER referansını karşılama oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 3.11 Gruplara Göre Enerji, Karbonhidrat Protein ve Yağ Alımlarının Referans Değerlerini Karşılama Oranlarının Karşılaştırılması

	DRI referansını karşılama %			Tüber referansını karşılama %		
	DG	DYG	^a p	DG	DYG	^a p
	<i>Min-Mak</i> (<i>Medyan</i>) $\bar{X} \pm SS$	<i>Min-Mak</i> (<i>Medyan</i>) $\bar{X} \pm SS$		<i>Min-Mak</i> (<i>Medyan</i>) $\bar{X} \pm SS$	<i>Min-Mak</i> (<i>Medyan</i>) $\bar{X} \pm SS$	
Enerji (kkal/gün)	25,2-99,8 (44,5) 46,36±15,58	24,9-110,2 (44,5) 47,43±17,91	0,696	28,9-113,1 (50,6) 53,31±17,92	28,7-127,5 (51,2) 54,63±20,73	0,677
CHO (g/gün)	15,3-186,3 (65,4) 75,00±39,53	11,2-323,5 (70,1) 83,85±48,85	0,226	15,3-186,3 (65,4) 75,00±39,53	11,2-323,5 (70,1) 83,85±48,85	0,226
Protein (g/gün)	28,2-236,2 (74,5) 85,99±41,07	28,5-190,2 (73) 80,69±35,92	0,392	21,1-160,5 (55,8) 63,38±29,81	17,7-164,7 (49,3) 56,46±26,22	0,126

^aStudent t Test

3.12. Yaş Düzeylerine Göre YFÖ-30 Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 3.12'de bireylerin yaş düzeylerine göre YFÖ-30 puanlarının karşılaştırılması yapılmıştır. Buna göre; çalışmaya katılan tüm bireylerin yaş düzeyine göre YFÖ-30 puanları arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Düzenli egzersiz alışkanlığı olan grupta yaş düzeyine göre YFÖ-30 puanları arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Düzenli egzersiz alışkanlığı olmayan grupta yaş düzeyine göre YFÖ-30 puanları arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3.12 Yaş düzeyine göre YFÖ-30 Puanlarının Karşılaştırılması

Yaş (yıl)	YFÖ-30 Paunu		
	Tüm Bireyler (n=156) Min-Mak (Medyan) $\bar{X} \pm SS$	DG (n=68) Min-Mak (Medyan) $\bar{X} \pm SS$	DYG (n=88) Min-Mak (Medyan) $\bar{X} \pm SS$
18-29 yaş	49-129 (94) 93,76±20,13	73-128 (97) 96,50±18,72	49-129 (94) 92,47±21,18
30-39 yaş	55-133 (99) 97,91±17,77	55-123 (101) 99,55±16,28	63-133 (98) 96,89±18,81
40-49 yaş	59-131 (101) 99,73±14,80	81-120 (102) 101,76±11,31	59-131 (98) 97,77±17,53
≥50 yaş	73-126 (98) 99,13±14,91	80-126 (104) 101,69±13,46	73-120 (98) 95,80±16,74
^f p	0,621	0,847	0,863

^fKruskall Wallis Test

3.13. Yaş Gruplarına göre SYBDÖ-II Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 3.13'de yaş gruplarına göre SYBDÖ-II puanlarının değerlendirilmesi yapılmıştır. Buna göre tüm bireylerde ve her iki grupta yaş gruplarına göre SYBDÖ-II puanları arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3.13 Yaş gruplarına göre SYBDÖ-II Puanlarının Karşılaştırılması

Yaş (yıl)	SYBDÖ-II Paunu		
	Tüm Bireyler (n=156) Min-Mak (Medyan) $\bar{X} \pm SS$	DG (n=68) Min-Mak (Medyan) $\bar{X} \pm SS$	DYG (n=88) Min-Mak (Medyan) $\bar{X} \pm SS$
18-29 yaş	111-188 (142) 140,48±18,10	121-159 (148,5) 146,50±12,24	111-188 (138) 137,65±19,99
30-39 yaş	96-193 (143) 139,00±21,96	102-193 (145,5) 146,82±21,57	96-178 (132) 134,09±21,03
40-49 yaş	90-186 (144) 148,37±21,95	116-185 (154) 153,12±20,46	90-186 (141) 143,81±22,74
≥50 yaş	120-194 (152) 149,70±19,94	120-194 (142) 152,38±23,66	121-164 (152,5) 146,20±14,20
^f p	0,092	0,810	0,171

^fKruskall Wallis Test

3.14. BKI Değerlerine Göre YFÖ-30 Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 3.14’de BKI değerlerine göre YFÖ-30 puanlarının değerlendirilmesi yapılmıştır. Buna göre tüm bireylerde ve her iki grupta BKI değerlerine göre YFÖ-30 puanları arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3.14 BKI değerlerine göre YFÖ-30 Puanlarının Değerlendirmesi

BKI (kg/m ²)	YFÖ-30 Paum		
	Tüm Bireyler (n=156) Min-Mak (Medyan) X̄ ± SS	DG (n=68) Min-Mak (Medyan) X̄ ± SS	DYG (n=88) Min-Mak (Medyan) X̄ ± SS
25-29,99 kg/m ²	49-133 (102) 100,71±16,33	74-128 (101,5) 100,83±13,03	49-133 (104) 100,57±19,61
30-34,99 kg/m ²	55-125 (94,5) 95,02±16,86	55-123 (97) 95,94±16,47	59-125 (94) 94,53±17,28
35-39,99 kg/m ²	66-126 (92) 96,00±17,80	92-126 (110) 108,33±14,18	66-120 (88) 87,78±15,46
≥40 kg/m ²	73-120 (95,5) 95,40±18,20	104-112 (108) 108,00±5,66	73-120 (87,5) 92,25±19,09
P	0,210	0,276	0,127

^fKruskall Wallis Test

3.15. BKI Değerlerine Göre SYBDÖ-II Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 3.15’de . BKI değerlerine göre SYBDÖ-II puanlarının değerlendirilmesi yapılmıştır. Buna göre tüm bireylerde ve her iki grupta BKI düzeyine göre SYBDÖ-II puanları arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3.15 BKI değerlerine göre SYBDÖ-II Puanlarının Değerlendirmesi

BKI (kg/m ²)	SYBDÖ-II Puanı		
	Tüm Bireyler(n=156) Min-Mak (Medyan) X̄ ± SS	DG (n=68) Min-Mak (Medyan) X̄ ± SS	DYG (n=88) Min-Mak (Medyan) X̄ ± SS
25-29,99 kg/m ²	90-188 (145) 144,84±20,94	116-185 (149) 150,55±16,95	90-188 (143) 138,35±23,27
30-34,99 kg/m ²	96-180 (140) 139,37±17,99	105-180 (144) 142,50±19,04	96-164 (139) 137,71±17,47
35-39,99 kg/m ²	102-194 (150) 149,27±30,02	102-194 (175,5) 159,67±35,68	103-179 (139) 142,33±25,43
≥40 kg/m ²	111-193 (152,5) 151,70±25,06	172-193 (182,5) 182,50±14,85	111-178 (150,5) 144,00±20,91
<i>P</i>	0,321	0,067	0,897

3.16. Eğitim Durumuna Göre BKI değerleri arasındaki ilişki

Tablo 3.16’da eğitim durumuna göre BKI değerleri arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Buna göre tüm bireylerde ve her iki grupta eğitim düzeyine göre BKI değerleri arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3.16 Eğitim Durumuna Göre BKI değerlerinin Değerlendirmesi

Eğitim durumu	BKI (kg/m ²)		
	Tüm Bireylerde (n=156) Min-Mak (Medyan) X̄ ± SS	DG (n=68) Min-Mak (Medyan) X̄ ± SS	DYG (n=88) Min-Mak (Medyan) X̄ ± SS
İlkokul	25-36,6 (30,4) 30,50±3,25	25-36,6 (30) 30,04±3,66	27,1-35,9 (31) 31,24±2,44
Ortaokul	25,2-36,2 (28,7) 29,05±2,44	25,2-36,2 (28,5) 28,86±2,70	26,6-32,3 (28,8) 29,39±2,03
Lise	25-56,8 (30,2) 31,90±6,23	25,1-40,2 (29,4) 30,60±4,10	25-56,8 (30,4) 32,50±6,96
Ön lisans	25-41 (29,5) 29,79±4,69	25-34,8 (28) 28,93±4,28	25,2-41 (30,1) 30,14±5,02
Lisans ve üzeri	25,3-38,7 (29) 30,38±4,06	25,3-35,6 (28,2) 29,03±3,46	25,6-38,7 (31,2) 31,42±4,32
<i>f_p</i>	0,323	0,559	0,684

*f_p*Kruskall Wallis Test

3.17. Eğitim Durumuna Göre YFÖ-30 Puanlarının Değerlendirmesi

Tablo 3.17’de eğitim durumuna göre YFÖ-30 puanlarının değerlendirilmesi yapılmıştır. Buna göre, tüm bireylerde ve her iki grupta eğitim düzeyine göre YFÖ-30 puanları arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3.17 Eğitim Durumuna Göre YFÖ-30 Puanlarının Değerlendirmesi

Eğitim durumu	YFÖ-30 Paunu		
	Tüm Bireyler (n=156) Min-Mak (Medyan) $\bar{X} \pm SS$	DG (n=68) Min-Mak (Medyan) $\bar{X} \pm SS$	DYG (n=88) Min-Mak (Medyan) $\bar{X} \pm SS$
İlkokul	55-126 (104) 101,77±14,21	55-126 (99) 100,05±15,73	86-121 (106) 104,5±11,50
Ortaokul	59-133 (103,5) 99,73±19,35	81-123 (103,5) 103,79±12,05	59-133 (92,5) 92,63±27,61
Lise	49-132 (94,5) 94,88±17,27	79-119 (96) 96,86±10,91	49-132 (92) 93,96±19,59
Ön lisans	73-119 (103) 98,93±13,59	73-119 (109) 102,5±20,49	80-111 (99,5) 97,5±10,91
Lisans ve üzeri	70-131 (103) 99,78±17,77	74-128 (108,5) 103±18,17	70-131 (94) 97,31±17,78
f_p	0,248	0,499	0,416

^fKruskall Wallis Test

3.18. Eğitim Durumuna Göre SYBDÖ-II Puanlarının Değerlendirmesi

Tablo 3.18’de eğitim durumuna göre SYBDÖ-II puanlarının değerlendirilmesi yapılmıştır. Buna göre, tüm bireylerde ve her iki grupta eğitim düzeyine göre YFÖ-30 puanları arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3.18 Eğitim Durumuna Göre SYBDÖ-II Puanlarının Değerlendirmesi

Eğitim durumu	SYBDÖ-II Paunu		
	Tüm Bireyler (n=156) Min-Mak (Medyan) $\bar{X} \pm SS$	DG (n=68) Min-Mak (Medyan) $\bar{X} \pm SS$	DYG (n=88) Min-Mak (Medyan) $\bar{X} \pm SS$
İlkokul	108-194 (144) 146,16±22,54	126-194 (154) 156,37±21,23	108-150 (128,5) 130,00±13,53
Ortaokul	90-179 (148,5) 147,41±20,48	121-179 (151) 153,21±16,61	90-164 (141,5) 137,25±23,67
Lise	96-193 (141) 140,39±22,31	102-193 (141) 143,86±24,61	96-188 (141) 138,78±21,25
Ön lisans	111-181 (147,5) 145,43±19,13	135-181 (144) 151±20,7	111-165 (148,5) 143,2±19,14
Lisans ve üzeri	105-186 (149) 146,48±19,72	126-159 (152) 147,00±12,09	105-186 (148) 146,08±24,55
f_p	0,470	0,433	0,329

^fKruskall Wallis Test

4.TARTIŞMA

Bu çalışma düzenli egzersiz alışkanlığı olan bireyler ile düzenli egzersiz alışkanlığı olmayan bireyler arasında yeme farkındalığı düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasında bir fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla planlanıp yürütülmüştür.

Obezite çağımızın en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Fazla kilo, erken ölüm ve morbiditenin ana nedenlerinden biri olarak kabul edilmektedir, bu doğrultuda yapılan pek çok çalışmada fazla kilonun kardiyovasküler hastalıklar, tip 2 diyabet, hipertansiyon, dislipidemi, inme vb. sağlık sorunları ile doğrudan ilişkili olduğu bildirilmiştir (60,99,100,101).

Obezitenin önlenmesi ve tedavisi bireylere doğru beslenme alışkanlığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının (egzersiz vb.) kazandırılması ile mümkündür. Brancati ve arkadaşları sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha iyi anlamak ve potansiyel olarak değiştirebilmek için farkındalık kavramının önemine dikkat çekmektedir (72).

Dünyada beslenme ve sağlık otoriteleri; sağlık durumunun ve ideal ağırlığın korunması için günde yeterli ve dengeli olacak şekilde planlanmış üç ana öğün tüketilmesini önermektedir. Bu doğrultuda düzenli olarak hiç kahvaltı yapmayan veya öğün atlayan bireylerin şişmanlık açısından risk altında oldukları ve düzenli öğün tüketme alışkanlığı olan bireylere kıyasla daha fazla kilolu veya şişman oldukları çalışmalar ile desteklenmiştir (73,103).

Beslenme alışkanlıkları ve yeme davranışları arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yetişkin bireyler ile gerçekleştirilen çalışmada kadınların %48,0'ının hiç sabah kahvaltısı yapmadığını bildirilmiştir (74).

Bireylerin (130 birey 74'ü kadın) beslenme alışkanlıklarını belirlemek amacıyla yapılan farklı bir çalışmada ise katılımcıların %55,4'ünün öğle yemeklerini atladıkları belirlenmiştir (75).

Katılımcıların (450 birey, %59.1'i kadın) beslenme bilgi düzeylerinin beslenme durumu ile yeme tutum ve davranışlarına etkisinin değerlendirildiği başka bir çalışmada kadınlarda en fazla atlanılan öğünün öğle öğünü olduğu saptanmıştır (76).

Aynı amaç ile 19-45 yaş arası 250 (68'i erkek, 182'si kadın) birey ile gerçekleştirilen çalışmada en fazla atlanılan öğünün öğle öğünü (%35,9) olduğu belirlenmiştir (52).

Bu çalışmanın bulgularına bakıldığında bireylerin günde ortalama $2,47 \pm 0,58$ ana öğün yaptığı ve %83,3'ünün ara öğün tükettiği belirlenmiştir. Ancak bireylerin düzenli öğün tüketip BKİ değerlerinin $30,81 \pm 4,94$ (1 derece şişman grubunda) olması literatür ile çelişmektedir. Bu durumun örneklem büyüklükleri, katılımcıların özellikleri, bireylerin eğitim düzeylerinin farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bireylerin %55,1'inin beslenme ile ilgili güncel bilgileri takip etmemesi, %52,6'sının daha önce hiç diyetisyene gitmemesi ve yalnızca bireylerin %7,1'inin beslenmeye dair bilgileri diyetisyenlerden takip etmesinin yanı sıra bireylerin sadece %9,0'ının lise, %13,4'ünün lisans ve %1,3'ünün yüksek lisans mezunu olması literatürle çelişmeyi destekleyen bulgulardır.

Sezgisel yeme ve yeme farkındalığının beslenme durumu ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla 19-45 yaş arası 250 (68'i erkek, 182'si kadın) birey ile yapılan çalışmada bireylerin enerji, makro ve mikro besin öğelerinin günlük alımları karşılama yüzdeleri DRI'ya göre %50'nin üzerinde olduğu tespit edilmiştir (78).

Avustralya'da 171 yetişkin birey ile yeme farkındalığı ve günlük enerji alımı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada farkındalık düzeyi yüksek olan bireylerin kendileri tarafından tutulan kayıtlara göre enerjisi yüksek besinleri daha küçük porsiyonlarda tükettiği ($r = 0,41$, $p < 0,05$) bildirilmiştir (54).

Yetişkin 663 bireyin diyet kalitesi ve besin alım düzeylerini araştırmak amacıyla yapılan çalışmanın sonuçlarına göre günlük alınan enerji DRI'ya göre kadınlarda %129,7 daha fazla bulunmuştur (77).

Bu çalışmada bireylerin %87,2'nin enerji alımı, %46,2'sinin protein alımı, DRI önerilerinin altında iken %67,3'ünde yağ alımı DRI önerilerinin üzerindedir. Bu sonuçların çalışmada besin tüketim durumunun değerlendirilmesinde sadece 24 saatlik besin tüketim kaydının kullanılmasının, farklılıklara neden olduğu düşünülmektedir. Ayrıca bireylerin BKİ ortalamasının sınıflandırmasına göre birinci derece şişman olmaları yağ tüketim miktarının önerilerin üzerinde olması ile ilişkilendirilebilir.

Son on yılda yapılan çalışmalar, farkındalığın psikolojik ve fiziksel sağlık üzerine yararlı etkileri olabileceğini bildirmiştir (53). Yeme farkındalığının obezite üzerine etkilerini inceleyen çalışmalar yeme farkındalığı müdahaleleri sonucunda bireylerin besin tüketme isteğinde azalma olduğunu bildirmiştir (53,79).

Literatürde farkındalık kavramı, yeme farkındalığı davranışları ve egzersiz ilişkisini inceleyen az sayıda çalışma yapılmış olup, sonuçların bütünlük (korelasyon) göstermemesi sebebiyle farkındalık, yeme farkındalığının egzersiz üzerine etkisi konusunda kesin yargıya varılamamıştır (80,81,82).

Farkındalığın, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite ile ilişkisini inceleyen kız ve erkek lisans öğrencileri (s=269) ile gerçekleştirilen çalışmanın sonuçları yalnızca erkek bireylerde daha yüksek farkındalık seviyelerinin, daha yüksek seviyelerde orta ve kuvvetli fiziksel aktivite ile ilişkili olduğunu gösterirken, kız öğrencilerde böyle bir sonuca varılmamıştır (83).

Yeme farkındalığı müdahalesinin BKİ ve fiziksel aktivite üzerine potansiyel yararını belirlemek amacıyla yaş ortalaması 25.86 ± 9.67 olan 83 üniversite öğrencisi (kadın %56.6 n=47, erkek %43.4 n=36 BKİ ortalamaları $25,2 \pm 4,3$ kg/m² aktivite düzeyleri %18.9'u 60dk/hafta daha az aktif, %50.0'ı 60-300dk/hafta aktif ve %31.'i 300dk/hafta daha fazla aktif) ile gerçekleştirilen

çalışmada katılımcılar Framson ve ark.,(2009), geliştirdiği yeme farkındalığı ölçeğini ve uzunluk, vücut ağırlığı ve fiziksel aktivite ile ilgili sorulardan oluşan anketle çalışma yapılmıştır. Sonuçlara bakıldığında düşük BKİ ile yüksek yeme farkındalığı düzeyi anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur. Fiziksel aktivite düzeyi, yeme farkındalığı ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. BKİ ile toplam yeme farkındalığı ölçeği puanı arasında anlamlı bir negatif korelasyon vardır ($r=0.28$; $p<0.005$). BKİ arttıkça, yeme farkındalığı ölçeği puanlarının azaldığı görülmektedir (84).

Framson ve arkadaşlarının (2009), yeme farkındalığı ölçeğinin geliştirilmesi geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında da egzersiz ve yeme farkındalığı ölçeği puanları arasında önemli bir ilişki bulunmamıştır.

Kadın Lisans öğrencileriyle (n:441) farkındalığın uyku, yemek yeme, egzersiz ve fiziksel sağlığı ne ölçüde etkilediğini incelemek amacıyla bir çalışma yapılmıştır. Farkındalık, sağlıklı beslenme alışkanlıkları, egzersiz sıklığı, uyku kalitesi ve fiziksel sağlığı değerlendiren soruların yer aldığı anket ile değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre farkındalık düzeyi ile sağlıklı beslenme alışkanlıkları ve daha iyi uyku kalitesi arasında önemli bir ilişkili bulunmuş ($p<0,05$), ancak egzersiz sıklığı ile farkındalık arasında önemli bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (85).

Bir başka çalışmada düzenli olarak spor yapan üniversite öğrencileri, profesyonel sporcuları, yoga eğitmenleri ve obez bireylerin, Mindful Eating Questionnaire (MEQ) ile yeme farkındalığı ölçeği puanları kıyaslandığında, yoga eğitmenlerinin, profesyonel sporcuların, spor yapan öğrencilerin ve obez bireylerin MEQ ölçeği puanları arasında farklılık bulunmuştur. Ölçek puanı en yüksek grup yoga eğitmenleri olarak bulunmuştur (86). Literatürde yapılan diğer çalışmalarda yoganın beden farkındalığını arttırdığını bildirmiştir (87; 88).

Farklı egzersiz türlerinin (yoga, kardiyo temelli), yeme farkındalığı davranışı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmada fitness, yoga merkezlerinde ve evde egzersiz yapan 159 (18-80 yaş arası) kadın bireylerin (ortalama (BKİ= 24.93 (SD

= 4.52), beden farkındalığı, özellik bilinci, dikkatli yeme, besin tüketimlerini sorgulamaya yönelik bir anket değerlendirildi. Sonuçlar incelendiğinde evde, yoga merkezi ve fitness merkezinde egzersiz yapan bireyler arasından yalnızca yoga yapanların yeme farkındalığı düzeyi yüksek bulunmuştur (89).

Ankara'da 19-45 yaş arası yetişkin bireyler ile sezgisel yeme ve yeme farkındalığının beslenme durumu ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmanın sonuçlarına bakıldığında, çalışma toplam 250 (68'i erkek, 182'si kadın) katılımcı (E: %51,5; K: %75,8 BKİ ortalaması 25 kg/m²) üzerinde yapılmıştır. Erkeklerin ve kadınların YFÖ-30 puan ortalamaları sırasıyla 104,4±12,02 ve 103±11,06'dır (p>0,05). YFÖ-30 puanı ile BKİ arasında ise negatif yönlü önemli bir ilişki bulunmuştur (r=-0,159;p=0,012) (52).

Bu çalışmada ise literatürdeki çalışmaları destekler nitelikte düzenli ve düzensiz egzersiz yapan bireyler arasında yeme farkındalığı düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık çıkmamıştır (p>0,05). Ayrıca yeme farkındalığı ölçeği puanları ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu sonuç literatürde farklı yaş grupları ile yapılmış yeme farkındalığı düzeyi ve fiziksel aktivite ilişkisini inceleyen çalışmaların benzer sonuçları da göz önünde bulundurulduğunda yeme farkındalığı düzeylerinin yaştan bağımsız olduğunu göstermiştir. Aynı şekilde literatür de üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda bu çalışmanın bulgularını destekler nitelikte yeme farkındalığı düzeyi ve fiziksel aktivite ilişkisinin bireylerin eğitim düzeyinden bağımsız olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada literatürdeki çalışmalardan farklı olarak BKİ ile yeme farkındalığı arasında her iki grupta da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bunun sonucunun her iki grubun BKİ ortalamalarının yüksek olmasına (düzenli grup 29,76±3,60; düzensiz grup 31,62±5,65) bağlı olduğu düşünülebilir.

Bazı çalışmalarda yoga yapan bireylerin farkındalık düzeylerinin diğer bireylere kıyasla daha yüksek oluşu literatürde yoganın meditasyon temelli bir aktivite olması nedeniyle, daha önce meditasyon yapmamış bireylere kıyasla

farkındalıklarının yüksek olmasının beklenen bir sonuç olması şeklinde açıklanmıştır (90).

Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının (SYBD) incelenmesinin amaçlandığı 383 EH ve 414 ÇK olmak üzere toplam 797 gönüllü kadın birey ile gerçekleştirilen çalışmada, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ilişkin veriler, Walker & Pender (1987)'de geliştirdiği ölçek ile elde edildi. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından kendini gerçekleştirme, kişiler arası destek ve stres yönetimi arasında bir farklılık gözlenmedi ($p>0.05$). Sağlık sorumluluğu, egzersiz ve beslenme alışkanlığı arasında ise ÇK'nın lehine anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$) (91).

Bu çalışmanın sonuçları incelendiğinde düzenli egzersiz yapan grubun sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek puanı daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca yaş ile SYBDÖ arasında bulunan anlamlı ilişki bireylerin yaşla birlikte sağlığın korunması ve iyi halin devamına daha fazla önem vermelerinin bir göstergesidir.

SONUÇ

Düzenli egzersiz alışkanlığı olan bireylerle egzersiz alışkanlığı olmayan bireyler arasında yeme farkındalığı düzeyini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışını değerlendirmek amacıyla yapılmış bu çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Araştırmaya 18-63 yaş arası 156 kadın katılmıştır. Katılımcıların %43,6'sını (n=68) en az üç aydır minimum haftada 3 gün düzenli egzersiz alışkanlığı olan bireyler, %56,4'ünü (n=88) son 3 aydır herhangi bir düzenli egzersiz alışkanlığı olmayan spor salonuna yeni kayıt yaptıran bireyler oluşturmaktadır.
- Bireylerin yaş ortalaması 39,07±9,70 yıl olarak belirlenmiştir. DG'un yaş ortalaması (n=68) 40,57±9,80, DYG'un (n=88) yaş ortalaması 37,91±9,53'dir. İki grubun yaş ortalaması arasında önemli farklılık saptanmamıştır (p>0,05).
- Bireylerin 3 ay önceki vücut ağırlığı ortalamaları 79,62±13,24 kg, güncel vücut ağırlığı ortalaması 78,35±12,47 kg'dır. BKİ ortalamaları 30,81±4,94 kg/m², boy uzunluğu ortalamaları 160,31±5,66 cm'dir.
- Düzenli ve düzensiz egzersiz yapan grupların BKİ ortalaması sırasıyla; 29,76±3,60 kg/m², 31,62±5,65 kg/m²'dir.
- Bireylerin %38,5'inin kronik bir hastalığı varken, %61,5'inin kronik bir hastalığı yoktur. DG'da %36,8'inin DYG'da %39,8'inin kronik bir hastalığı vardır.
- Bireylerin eğitim durumları incelendiğinde en çok ortaokulu mezunu en az yüksek lisans mezunu bulunmaktadır.
- Bireylerin %90,4'ü sigara içmezken, %9,6'si sigara içmektedir.
- Bireylerin %44,9'u güncel beslenme ve sağlık hakkında bilgileri takip ederken, %55,1'i güncel beslenme ve sağlık hakkında bilgileri takip etmemektedir. Takip ettikleri kaynaklar ise en çok televizyondur.
- Bireylerin %94,4'ü spor salonuna kendi isteğiyle gelmektedir.
- Bireyler günlük ortalama olarak 2,47±0,58 ana öğün tüketmekte olup, %83,3'ü ara öğün tüketmektedir.

- Bireylerin YFÖ-30 ortalama puanı $98,02 \pm 16,83$, en az alınan puan 49, en fazla alınan puan 133'dür.
- Bireylerin YFÖ-30 disinhibisyon puanı ortalaması $15,87 \pm 4,66$; olup, sırasıyla DG ve DYG'un disinhibisyon puanı; $16,59 \pm 4,12$, $15,32 \pm 5,00$ 'dir.
- Bireylerin SYBDÖ-II ortalama puanı $143,88 \pm 21,43$, en az alınan puan 90, en fazla alınan puan 194'tür.
- Bireylerin günlük enerji alımları 577,9 kkal ile 2601,67 kkal arasında değişmekte olup, ortalama olarak bir bireyin günlük alması gereken enerjiden düşüktür.
- Bireylerin günlük karbonhidrat alımları $14,53 \text{g/gün}$ ile $420,51 \text{g/gün}$ arasında değişmekte olup, ortalama olarak $103,99 \pm 58,63 \text{g}$ 'dir.
- Bireylerin günlük protein alımları $12,97 \text{g/gün}$ ile $108,66 \text{g/gün}$ arasında değişmekte olup, ortalama olarak günlük referansa göre normaldir.
- Gruplara göre BKİ değerleri arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmış ve DG'un ölçümleri DYG'tan düşük bulunmuştur ($p=0,013$; $p<0,05$).
- Eğitim düzeylerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,014$; $p<0,05$). DG'ta ilkökul ve ortaokul mezunu oranı DYG'tan yüksek bulunmuştur. DYG'ta lise mezunu oranı DG'tan yüksek bulunmuştur.
- Kronik hastalık durumlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Sigara kullanma durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup; DG'ta sigara kullanım oranı DYG'tan düşük bulunmuştur ($p=0,048$; $p<0,05$).
- Güncel beslenme bilgilerinin takip etme durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Gruplara göre güncel beslenme hakkında takip edilen kaynaklar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. ($p=0,003$; $p<0,01$).

- Ana ve ara öğün tüketimi konusunda gruplar arası farka bakıldığında ana ve ara öğün tüketiminde gruplar arası önemli fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak gruplara göre günlük tüketilen ara öğün sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış, DG'ta DYG'a göre yüksek bulunmuştur ($p=0,013$; $p<0,05$).
- Bireylerin YFÖ-30 disinhibisyon puanı gruplara göre disinhibisyon puanları arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Gruplara göre yeme disiplini puanları arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmış ve DG'un yeme disiplini DYG'tan yüksek bulunmuştur ($p=0,003$; $p<0,01$).
- YFÖ-30 toplam puanları arasında düzenli grup ($\bar{X} \pm SS: 100,41 \pm 14,18$) ve düzensiz grup ($\bar{X} \pm SS: 96,17 \pm 18,49$) arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmamış ($p>0,05$) yani düzenli egzersiz yapma durumu ve yeme farkındalığı arasında ilişki bulunamamıştır.
- YFÖ-30'un alt gruplarından olan sağlık sorumluluğu puanları, gruplara göre incelendiğinde istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmazken ($p=0,054$; $p>0,05$); DG'un puanlarının ($\bar{X} \pm SS 25,81 \pm 5,70$) DYG'tan ($\bar{X} \pm SS: 23,92 \pm 6,27$) yüksek olması anlamlılığa çok yakın bulunmuştur.
- YFÖ-30'un alt gruplarından olan fiziksel aktivite puanları gruplara göre incelendiğinde istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmış ve DG'un fiziksel aktivitesi DYG'tan yüksek bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$).
- YFÖ-30'un alt gruplarından olan beslenme puanları gruplara göre incelendiğinde istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmış ve DG'un beslenme puanı DYG'tan yüksek bulunmuştur ($p=0,015$; $p<0,05$).
- YFÖ-30'un alt gruplarından olan stres yönetimi puanları gruplar arasında incelendiğinde istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmış ve düzenli egzersiz yapan grubun daha doğru bir stres yönetime sahip olduğu bulunmuştur ($p=0,006$; $p<0,01$).

- SYBDÖ-II gruplar arası toplam puanlar arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmış ve düzenli egzersiz alışkanlığı olan grubun sağlıklı yaşam biçimi davranışı yüksektir. ($p=0,001$; $p<0,01$).
- Tüm bireylerde yaş ile YFÖ-30 ortalama puanları arasında istatistiksel olarak önemli ilişki saptanmamış yeme farkındalığının yaşla ilişkili bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Tüm bireylerde yaş ile SYBDÖ-II ortalama puanları arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuştur ($r:0,188$; $p=0,019$; $p<0,05$). Buna göre daha yaşlı katılımcıların daha fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışları (beslenme, maneviyat, fiziksel aktivite) gösterdiği belirlenmiştir.
- BKİ değerleri ile YFÖ-30 ve SYBDÖ-II puanları arasında istatistiksel olarak önemli ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Hafif şişman veya obez bireyler arasında YFÖ-30 ve SYBDÖ-II arasında fark bulunmamıştır.
- Her iki grupta da YFÖ-30 puanları ve SYBDÖ-II puanları arasında istatistiksel olarak önemli ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).
- DG ve DYG'un, DRI ve TÜBER'e göre alması gereken enerji miktarları arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Gruplara göre alınan protein düzeylerinin DRI referansını ve TÜBER referansını karşılama oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- Gruplara göre alınan karbonhidrat düzeylerinin DRI referansını ve TÜBER referansını karşılama oranları istatistiksel olarak önemli farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Sonuç olarak düzenli egzersiz, bireylerin yeme davranışını belirgin bir şekilde etkilemezken; manevi gelişim, stres yönetimi, sağlık sorumluluğu açısından bireyleri olumlu yönde etkilediği ve daha sağlıklı bir yaşam biçimine yönlendirdiği görülmektedir. Ancak, bireylerde sağlıklı yaşam alışkanlıkları edinme ve sürdürme farkındalığı ne kadar erken yaşlarda başlarsa o kadar kalıcı ve olumlu etki sağlayacağı için, benzer çalışmaların her iki cinsiyetin dâhil edildiği çocuk ve adolesan dönemindeki bireylerde yapılmasının yararlı olabileceğini düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Özvarış ŞB. Sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme. Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006: 1132-1136.
2. Zaybak A, Fadıloğlu Ç. Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Ege Üniv Hemşire YO Derg 2004; 20 (1):77-95.
3. Wardle J, Steptoe A, Oliver G, Lipsey Z. Stress, dietary restraint and food intake. *Journal of Psychosomatic Research* 48(2): 195-202, 2000.
4. Bello NT, Walters AL, Verpeut JL, Caverly J. Dietary-induced binge eating increases prefrontal cortex neural activation to restraint stress and increases binge 94 food consumption following chronic guanfacine. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior* 125: 21-28, 2014.
5. Desmet PM, Schifferstein HN. Sources of positive and negative emotions in food experience. *Appetite* 50(2): 290-301, 2008.
6. Fung, T. T., Long, M. W., Hung, P., & Cheung, L. W. (2016). An Expanded Model for Mindful Eating for Health Promotion and Sustainability: Issues and Challenges for Dietetics Practice. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 116(7), 1081-1086. doi:10.1016/j.jand.2016.03.013.
7. Meyer C, Leung N, Barry L, De Feo D. Emotion and eating psychopathology: links with attitudes toward emotional expression among young women. *International Journal of Eating Disorders* 43(2): 187-189, 2010.
8. Vandewalle J, Moens E, Braet C. Comprehending emotional eating in obese youngsters: the role of parental rejection and emotion regulation. *International Journal of Obesity* 38(4):525-530, 2014.
9. Hammond M. Mindful eating, tuning in to your food. *Diabetes Self Management* 24(2): 36, 38, 40, 2007.

10. Framson C, Kristal AR, Schenk JM, Littman AJ, Zeliadt S, Benitez D. Development and validation of the mindful eating questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association* 109(8): 1439-1444, 2009.
11. Sisk, R. J. (2000). Caregiver burden and health promotion. *International Journal of Nursing Studies*,37(1), 37-43. doi:10.1016/s0020-7489(99)00053-x.
12. Johnson, R. L. (2005). Gender Differences in Health-Promoting Lifestyles of African Americans. *Public Health Nursing*, 22(2), 130-137. doi:10.1111/j.0737-1209.2005.220206.x.
13. Bahar,Z.,Beser,A.,GORDES,N.,ERSİN,F.,K.(2008).Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması.C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.12(1),1-13.
14. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. (2011).1 baskı.2011 ankara anıl matbaacılık 1-21.
15. Koçoğlu,D.,Akın,B.(2009). Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile ilişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2 (4), 145-154.
16. Bozhüyük,A.(2010). Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. (Yayınlanmamış uzmanlık tezi).T.C.Çukurova Üniversitesi/Tıp Fakültesi, Adana.
17. Özyazıcıoğlu,N.,Kılıç,M.,Erdem,N.,Yavuz,C.,Afacan,S.(2011). Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 8(2).
18. Pekcan G. Beslenme durumunun saptanması. *Diyet El Kitabı* (Baysal A, ed). 7. Baskı. Ankara, Hatipoğlu. 67-142, 2013.
19. T.C. Sağlık Bakanlığı, Beslenme Bilgi Serisi 1, Optimal Beslenme, Ankara, 2012.

20. Avşaroğlu, S, (2007). Üniversite Öğrencilerinin Karar Vermede Özsaygı, Karar Verme Ve Stresle Başa çıkma Stilllerinin Benlik Saygısı Ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). T.C Selçuk Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Konya.
21. Altuntaş, E. (2003). “Stres Yönetimi”. İstanbul: Alfa Basım Yayım ve Dağıtım.
22. Baltaş,Z., Baltaş, A. (2000). “Stres ve Başa çıkma Yolları”. İstanbul: Remzi Kitabevi.
23. Türküm,S.(2001). Stresle Başa çıkma Biçimi, iyimserlik, Bilişsel Çarpıtma Düzeyleri ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutumlar Arasındaki İlişkiler Öğrencileri Üzerinde Bir Araştırma. Sosyal Bilimler Dergisi 1-16.
24. Öztürk,A.(2013).Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Öğrencilerinin Öznel İyi Oluş Düzeyleri İle Tinsellik, İyimserlik, Kaygı ve Olumsuz Duygu Düzeyleri Arasındaki İlişki.(Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). T.C. Uludağ Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı. Bursa.
25. Velioğlu P, Pektekin Ç, Şanlı T. Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Ders Kitapları 1991; Yayın No: 102/HKİ. Erişim: (<http://www.aof.anadolu.edu.tr/kitap/EHSM/1208/unite05.pdf>) Erişim tarihi: 01.02.2019.
26. Çınar,F.,Aslan,F.,(2017). Spiritüalizm ve Hemşirelik: Yoğun Bakım Hastalarında Spiritüel Bakımın Önemi. G.O.P. Taksim E.A.H. Dergisi,3(1),37-42.
27. Arslan,C.,Ceviz.,D.(2007). Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 21 (5): 211 – 220.
28. Kostak,M.A.(2007). Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi.2(6).

29. Aşkar,H.S.(2018). X ve Y Kuşağı Bireylerinde Bağlanma Stilllerinin Yaşam Doyumuna ve Kişiler Arası İlişkilere Etkilerinin Karşılaştırılması. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). T.C. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
30. Yenigün,Ö.,Çolak,T.,Özbek,A.,Yenigün,N.,Büyükdemirtaş,T.,Kurt,Ş.,Çolak,E. (2007). Farklı Müzik Hızlarında Yapılan Step Aerobik Çalışmalarında Diz Eklemine İlişkin Fiziksel Performans Farklılıklarının Değerlendirilmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 4(1).1-13.
31. Altınbaş, D. (2006). Pilates egzersizlerinin fiziksel uygunluk üzerine etkileri. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
32. Özer K. Fiziksel Uygunluk. 1.Basım Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2001: 1-19.
33. Bek N. Fiziksel Aktivite ve Sağlığımız. 1.Basım Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 730, 2008.
34. Türkiye İstatistik Kurumu “Türkiye’deki obezite oranı”, Türkiye İstatistik Kurumu, Basın Odası Haberleri, 2015,Haber Bülten No:58/2015.
35. Saper, C. B., Chou, T. C., & Elmquist, J. K. (2002). The Need to Feed. *Neuron*,36(2), 199-211. doi:10.1016/s0896-6273(02)00969-8.
36. Tulloch, A. J., Murray, S., Vaicekonyte, R., & Avena, N. M. (2015). Neural Responses to Macronutrients: Hedonic and Homeostatic Mechanisms. *Gastroenterology*,148(6), 1205-1218. doi:10.1053/j.gastro.2014.12.058.
37. Yu, Y. (2017). Making sense of metabolic obesity and hedonic obesity. *Journal of Diabetes*, 9(7), 656-666. doi:10.1111/1753-0407.12529.
38. Delwiche, J. F. (2012). You eat with your eyes first. *Physiology & Behavior*, 107(4), 502-504. doi:10.1016/j.physbeh.2012.07.007.
39. Köse,S., Şanlıer, N. (2015).Hedonik Açlık ve Obezite. *Turkiye Klinikleri Journal of Endocrinology*.10(1),16-23.
40. Ohla, K., Toepel, U., Coutre, J. L., & Hudry, J. (2012). Visual-Gustatory Interaction: Orbitofrontal and Insular Cortices Mediate the Effect of High-

- Calorie Visual Food Cues on Taste Pleasantness. *PLoS ONE*, 7(3). doi:10.1371/journal.pone.0032434.
41. Braden, A., Musher-Eizenman, D., Watford, T., & Emley, E. (2018). Eating when depressed, anxious, bored, or happy: Are emotional eating types associated with unique psychological and physical health correlates? *Appetite*, 125, 410-417. doi:10.1016/j.appet.2018.02.022.
 42. Akay, G.G. (2016). Yeme Bozukluklarında Fiziksel Açlığı Duygusal Açlıktan Ayırt Edebilme. *Türkiye Klinikleri, Psikoloji* 1(2).17-22.
 43. Anderson, L. M., Reilly, E. E., Schaumberg, K., Dmochowski, S., & Anderson, D. A. (2015). Contributions of mindful eating, intuitive eating, and restraint to BMI, disordered eating, and meal consumption in college students. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 21(1), 83-90. doi:10.1007/s40519-015-0210-3.
 44. İnalkaç, S., Arslantaş, H. (2018). Duygusal Yeme. *Kaynak Tarama Dergisi*, 27(1).1-1.
 45. Sevinçer, G.M., Konuk, N. (2013). Emosyonel yeme. *Journal of Mood Disorders*, 3(4).171-8.
 46. Mantzios, M., & Wilson, J. C. (2015). Mindfulness, Eating Behaviours, and Obesity: A Review and Reflection on Current Findings. *Current Obesity Reports*, 4(1), 141-146. doi:10.1007/s13679-014-0131-x.
 47. Lemmens, S. G., Martens, E. A., Born, J. M., Martens, M. J., & Westerterp-Plantenga, M. S. (2011). Lack of effect of high-protein vs. highcarbohydrate meal intake on stress-related mood and eating behavior. *Nutrition Journal*, 10(1). doi:10.1186/1475-2891-10-136.
 48. Lazarevich, I., Camacho, M. E., Velázquez-Alva, M. D., & Zepeda, M. Z. (2016). Relationship among obesity, depression, and emotional eating in young adults. *Appetite*, 107, 639-644. doi:10.1016/j.appet.2016.09.011.
 49. Ludwig, D. S. (2008). Mindfulness in Medicine. *Jama*, 300(11), 1350. doi:10.1001/jama.300.11.1350.

50. Baer, R. A., & Krietemeyer, J. (2006). Overview Of Mindfulness- And Acceptance-Based Treatment Approaches. *Mindfulness-Based Treatment Approaches*,3-27. doi:10.1016/b978-012088519-0/50002-2.
51. Köse,G.,Tayfur,M.,Birincioğlu,İ.,Dönmez,A.(2016). Adaptation study of the Mindful Eating Questionnaire (MEQ) into Turkish. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*.
52. Özkan,N.,Bilici,S.(2018).Yeme Davranışında Yeni Yaklaşımlar: Sezgisel Yeme Ve Yeme Farkındalığı, derleme. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*,3(2),16-24.
53. Alberts, H. J., Mulkens, S., Smeets, M., & Thewissen, R. (2010). Coping with food cravings. Investigating the potential of a mindfulness-based intervention. *Appetite*, 55(1), 160-163. doi:10.1016/j.appet.2010.05.044.
54. Beshara, M., Hutchinson, A. D., & Wilson, C. (2013). Does mindfulness matter? Everyday mindfulness, mindful eating and self-reported serving size of energy dense foods among a sample of South Australian adults. *Appetite*,67, 25-29. doi:10.1016/j.appet.2013.03.012.
55. Seguias, L., & Tapper, K. (2018). The effect of mindful eating on subsequent intake of a high calorie snack. *Appetite*,121, 93-100. doi:10.1016/j.appet.2017.10.041.
56. Dunn,C.,Haubenreiser,M.,Johnson,M.,Nordby,K.,Aggarwal,S.,Myer,S.,Thomas,C.(2018).Mindfulness approaches and weight loss, weight maintenance, and weight regain. *Current Obesity Reports*. 7(1), 37-49.
57. Mantzios, M., & Giannou, K. (2014). Group vs. Single Mindfulness Meditation: Exploring Avoidance, Impulsivity, and Weight Management in Two Separate Mindfulness Meditation Settings. *Applied Psychology: Health and Well-Being*,6(2), 173-191. doi:10.1111/aphw.12023.
58. Timmerman, G. M., & Brown, A. (2012). The Effect of a Mindful Restaurant Eating Intervention on Weight Management in Women. *Journal of Nutrition Education and Behavior*,44(1), 22-28. doi:10.1016/j.jneb.2011.03.143.

59. Daubenmier, J., Kristeller, J., Hecht, F. M., Maninger, N., Kuwata, M., Jhaveri, K., Epel, E. (2011). Mindfulness Intervention for Stress Eating to Reduce Cortisol and Abdominal Fat among Overweight and Obese Women: An Exploratory Randomized Controlled Study. *Journal of Obesity*, 2011, 1-13. doi:10.1155/2011/651936.
60. Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156. doi:10.1093/clipsy/bpg016.
61. Fung, T. T., Long, M. W., Hung, P., & Cheung, L. W. (2016). An Expanded Model for Mindful Eating for Health Promotion and Sustainability: Issues and Challenges for Dietetics Practice. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 116(7), 1081-1086. doi:10.1016/j.jand.2016.03.013.
62. Miller, C. K. (2017). Mindful Eating With Diabetes. *Diabetes Spectrum*, 30(2), 89-94. doi:10.2337/ds16-0039.
63. Miller, C. K. (2017). Mindful Eating With Diabetes. *Diabetes Spectrum*, 30(2), 89-94. doi:10.2337/ds16-0039.
64. Lohman, T. G., Roche, A. F., and Martorell, R. (1988). Anthropometric standardization reference manual. Champaign, Illinois: Human Kinetics Books.
65. Santos, D., A. Dawson, J., Matias, C., Rocha, P., Minderico, C., and Allison, D. (2014). Reference Values for Body Composition and Anthropometric Measurements in Athletes. *Plos One*, 8(5), 97-98.
66. T.C.Sağlık Bakanlığı, Türkiye Beslenme Rehberi 2015 (TÜBER), Ankara, 2016.
67. Pekcan G. Beslenme durumunun saptanması. *Diyet El Kitabı* (Baysal A, ed). 7. Baskı. Ankara, Hatipoğlu. 67-142, 2013.
68. Institute of Medicine Subcommittee on, Interpretation Uses of Dietary Reference, Intakes Institute of Medicine Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference, Intakes, in *DRI Dietary Reference Intakes: Applications in Dietary Assessment*. (2000). National

Academies Press (US) Copyright 2000 by the National Academy of Sciences. Washington (DC): All rights reserved.

69. Walker SN, Hill-Polerecky DM (1996) Psychometric evaluation of the Health Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center.
70. Y.Karagöz; “SPSS 21.1 uygulama, Biyoistatistik; 1.basım; 2014; sf:698
71. Akgül A. Çevik O. (2003) “İstatistiksel Analiz Teknikleri”, Emek Ofset, Ankara.
72. Brancati, F. L., Kao, W. H. L., Folsom, A. R., Watson, R. L., & Szklo, M. (2000). Incident type 2 diabetes mellitus in African American and white adults: The Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Journal of the American Medical Association*, 283, 2253-2259.
73. Snoek, H. M., Strien, T. V., Janssens, J. M., & Engels, R. C. (2007). Emotional, external, restrained eating and overweight in Dutch adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(1), 23-32. doi:10.1111/j.1467-9450.2006.00568.x.
74. Şanlier, N., Konaklıoğlu, E. and Güçer, E. (2009). Gençlerin beslenme bilgi, alışkanlık ve davranışları ile beden kütle indeksleri arasındaki ilişki. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 29(2), 333-352.
75. Erdoğan, M.S. (2014). Beyaz yakalı çalışanların beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 15(1), 20-26.
76. Beyaz Coşkun, A. (2017). Üniversite öğrencilerinde beslenme bilgi düzeylerinin beslenme durumu ile yeme tutum ve davranışlarına etkisinin değerlendirilmesi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
77. Özkan, N. (2018). Yetişkin bireylerde sezgisel yeme ve yeme farkındalığının beslenme durumu ile ilişkisi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
78. Šatalić, Z., Barić, I. C., & Keser, I. (2007). Diet quality in Croatian university students: Energy, macronutrient and micronutrient intakes

- according to gender. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 58(5), 398-410. doi:10.1080/09637480701252393.
79. Tapper, K., Shaw, C., Ilesley, J., Hill, A. J., Bond, F. W., & Moore, L. (2009). Exploratory randomised controlled trial of a mindfulness-based weight loss intervention for women. *Appetite*, 52(2), 396-404. doi:10.1016/j.appet.2008.11.012.
80. Carlson, L. E., Speca, M., Patel, K. D., & Goodey, E. (2004). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and levels of cortisol, dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS) and melatonin in breast and prostate cancer outpatients. *Psychoneuroendocrinology*, 29(4), 448-474. doi:10.1016/s0306-4530(03)00054-4.
81. Grinnell, S., Greene, G., Melanson, K., Blissmer, B., & Lofgren, I. E. (2011). Anthropometric and Behavioral Measures Related to Mindfulness in College Students. *Journal of American College Health*, 59(6), 539-545. doi:10.1080/07448481.2011.555932.
82. Murphy, M. J., Mermelstein, L. C., Edwards, K. M., & Gidycz, C. A. (2012). The Benefits of Dispositional Mindfulness in Physical Health: A Longitudinal Study of Female College Students. *Journal of American College Health*, 60(5), 341-348. doi:10.1080/07448481.2011.629260.
83. Gilbert, D., & Waltz, J. (2010). Mindfulness and Health Behaviors. *Mindfulness*, 1(4), 227-234. doi:10.1007/s12671-010-0032-3.
84. Moor, K. R., Scott, A. J., & McIntosh, W. D. (2012). Mindful Eating and Its Relationship to Body Mass Index and Physical Activity Among University Students. *Mindfulness*, 4(3), 269-274. doi:10.1007/s12671-012-0124-3.
85. Roberts, K. C., & Danoff-Burg, S. (2010). Mindfulness and Health Behaviors: Is Paying Attention Good for You? *Journal of American College Health*, 59(3), 165-173. doi:10.1080/07448481.2010.484452.
86. Pintado-Cucarella, S., & Rodríguez-Salgado, P. (2016). Mindful eating and its relationship with body mass index, binge eating, anxiety and

- negative affect. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*,8(2), 19-24. doi:10.1016/j.jbhsi.2016.11.003.
87. Davenport, K., Houston, J. E., & Griffiths, M. D. (2012). Excessive eating and compulsive buying behaviors in women: An empirical pilot study examining reward sensitivity, anxiety, impulsivity, self-esteem and social desirability. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10(4), 474–489. <http://dx.doi.org/10.1007/s11469-011-9332-7>.
88. Hearon, B., Utschig, A., Smits, J., Moshier, S., & Otto, M. (2013). The role of anxiety sensitivity and eating expectancy in maladaptive eating behavior. *Cognitive Therapy & Research*, 37(5), 923–933. <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-012-9491-2>.
89. Martin, R., Prichard, I., Hutchinson, A. D., & Wilson, C. (2013). The Role of Body Awareness and Mindfulness in the Relationship between Exercise and Eating Behavior. *Journal of Sport and Exercise Psychology*,35(6), 655-660. doi:10.1123/jsep.35.6.655.
90. Baer, R., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., et al. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15, 329–342.
91. Arslan, C., Ceviz, D. (2007). Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 21 (5): 211 – 220.
92. Aksoy, A., Kutlaca, F. (2005). Çalışma Hayatında Stres Kaynakları, Stres Belirtileri ve Stres Sonuçlarının İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma. *Journal of Social Policy Conferences*. 49, (458-486).
93. Alberts, H., Thewissen, R., & Raes, L. (2012). Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite*,58(3), 847-851. doi:10.1016/j.appet.2012.01.009.
94. Dietary reference intakes (DRI) for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein, and amino acids. The National Academies Press, 2005.

95. Rakıcıoğlu, N., Tek, Y., Ayaz, A. ve Pekcan, G. (2014). Yemek ve Besin Fotoğraf Kataloğu. Ankara:Ata Ofset.
96. Home. (n.d.). Retrieved from <https://www.who.int/>Erişim Tarihi:01.02.2019.
97. Robert M. Kessler, Peter H. Hutson, Barry K. Herman, Marc N. P.(2016). The neurobiological basis of binge of binge- eating disorder.13, 223-238. doi; 10.1016/j.neubiorev.2016.01.013.
98. Peter H.Hutson, Iris M. Balodis, Marc N. Potenza.(2018). Binge- eating disorder; Clinical and therapeutic advances. Pharmacology and Therapeutics.182, 15-27. doi: 10.1016/j.pharmthere.2017.08.002.
99. Pintado-Cucarella, S., & Rodriguez- Salgado P. (2016). Mindful eating and its relationship with body mass index, binge eating, anxiety and negative affect. Journal of Behavior, Health & Social Issues, 8(2), 19-24. doi:10.1016/j.jbhsi.2016.11.003
- 100.Khan, Z., & Zadeh, Z. F. (2014). Mindful Eating and its Relationship with Mental Well-being. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 159, 69-73. doi:10.1016/j.sbspro.2014.12.330.
- 101.Katterman, S. N., Kleiman, B. M., Hood, M.M., Nackers, L.M.,&Corsica, J. A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating and weight loss: A systematic review. Eating Behaviors, 15(2), 197-204. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.01.005.
- 102.Özkan, P. Ö, Büyükünäl K. S.,Yiğit,Z.,İnci, Y.,Şakar, Ş. Ş.,Ersü, D.Ö.(2019). Kardiyovasküler Hastalık Tanısı Almış Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Mersin Univ Sağlık Bilim Derg. 12(1):22-31 doi:10.26559/mersinsbd.407399.
- 103.Ranjbar,F.N., Basharpoor S., Hajloo,N., Narimani M., (2018). The Effect of Emotion Regulation Skills' Training on Self-Control, Eating Styles and Body Mass Index in Overweight Students, 6(2):125-133.

EKLER

Ek 1: Etik Kurul Kararları



T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ



Sayı : 69396709-200
Konu : Etik Kurul Kararları

Sayın Handan IŞIKLAR

Üniversitemiz Etik Kurulu'nun 12/12/2018 tarih ve 2018/16 sayılı toplantısında alınan karar aşağıda sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim

e-İmzalıdır
Prof. Dr. İsa EŞME
Rektör V.

12/12/2018 tarih ve 2018/16 Sayılı Etik Kurulu kararı:

KARAR NO-13: Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğretim elemanlarından Diyetisyen **Handan IŞIKLAR**'ın "*Düzenli Egzersizin Yeme Farkındalığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi*" isimli çalışması görüldü. Yapılan görüşmeler sonucunda; Dyt. Handan IŞIKLAR'ın çalışmasıyla ilgili Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü öğretim üyelerinden Prof. Dr. Yılmaz ÖZAKPINAR'ın da görüşü doğrultusunda söz konusu projenin uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Türkoba Mahallesi Erguvan Sokak No:26 / K 34537 Tepeköy - Büyükdere/İSTANBUL (www.arel.edu.tr)
Aynur EKEN (Yazı İşleri Memuru) aynureken@arel.edu.tr

Tel: +90 850 8502735 Fax: +90 212 860 04 81

Evrakın elektronik imzalı suretine <https://e-belge.arel.edu.tr> adresinden ca7ba29d-0c1e-43f1-a713-580d0f63aa97 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Ek 2: Onam Formu

Bu çalışma, “Düzenli egzersizin yeme farkındalığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi “ başlıklı bir araştırma çalışması düzenli egzersiz alışkanlığı olanlar ile düzenli egzersiz alışkanlığı olmayan bireylerin yeme farkındalığı ölçeği ile sağlıklı yaşam biçimi ölçeği ışığında karşılaştırma yapmayı amaçlamıştır. Çalışma, Handan IŞIKLAR tarafından yürütülmektedir.

- Bu çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır.
- Çalışmanın amacı doğrultusunda, vaka kontrol çalışması yapılarak sizden veriler toplanacaktır.
- İsminizi yazmak ya da kimliğinizi açığa çıkaracak bir bilgi vermek zorunda değilsiniz/araştırmada katılımcıların isimleri gizli tutulacaktır.
- Araştırma kapsamında toplanan veriler, sadece bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacak, araştırmanın amacı dışında ya da bir başka araştırmada kullanılmayacak ve gerekmesi halinde, sizin (yazılı) izniniz olmadan başkalarıyla paylaşılmayacaktır.
- İstemeniz halinde sizden toplanan verileri inceleme hakkınız bulunmaktadır.
- Sizden toplanan veriler şifreli bilgisayar yöntemi ile korunacak ve araştırma bitiminde arşivlenecek veya çalışma yayın haline geldikten sonra imha edilecektir.
- Veri toplama sürecinde size rahatsızlık verebilecek herhangi bir soru ve talep olmayacaktır. Yine de katılımınız sırasında herhangi bir sebepten rahatsızlık hissederseniz çalışmadan istediğiniz zamanda ayrılabilirsiniz. Çalışmadan ayrılmanız durumunda sizden toplanan veriler çalışmadan çıkarılacak ve imha edilecektir.

Gönüllü katılım formunu okumak ve değerlendirmek üzere ayırdığımız zaman için teşekkür ederim. Çalışma hakkındaki sorularınızı İstanbul Bilgi Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik bölümünden Handan IŞIKLAR’a (mail adresi: handanisiklar@gmail.com) yöneltebilirsiniz.

Araştırmacı Adı: Handan IŞIKLAR

Adres: İstanbul Bilgi Üniversitesi- Dolapdere Kampüsü- Sağlık Bilimleri Fakültesi- Beslenme ve Diyetetik

İş Tel :5065514649
Cep Tel :5065514649

Bu çalışmaya tamamen kendi rızamla, istediğim takdirde çalışmadan ayrılabileceğimi bilerek verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabule diyorum.

(Lütfen bu formu doldurup imzaladıktan sonra veri toplayan kişiye veriniz.

Katılımcı Ad ve Soyadı:

İmza:

Tarih:

Ek 3: Katılımcı Tanıma Anketi

Katılımcı Tanıma Anketi

Tarih:

Grup:

Ad-Soyad :

Sosyodemografik Bilgiler

1- Yaş:

2-Eğitim düzeyi:

3-Meslek:

Antropometrik Bilgiler

1-3 Ay önceki vücut ağırlığı ;.....kg

2-Güncel vücut ağırlığı ;.....kg

3-Boy Uzunluğu ;.....cm

4-Beden kütle indeksi (BKİ) ;.....

Sağlık Bilgileri

1-Doktor tarafından tanısı konulmuş herhangi bir hastalığınız var mı ?

EVET HAYIR varsa

2-Daha önceden diyetisyene gittiniz mi ?

EVET HAYIR

3- Sigara kullanıyor musunuz ?

EVET HAYIR

4-Alkol kullanıyor musunuz ?

EVET HAYIR

DİĞER

1-Güncel beslenme bilgilerini takip ediyor musunuz ?

EVET HAYIR

2-Fitness salonuna kendi isteğinizle mi geldiniz ?

EVET HAYIR

Ek 4: Besin Tüketim Kayıt Formu

Ad soyad:

Tarih:

1 günlük besin tüketimleri alınacaktır. Günlük aldıkları yiyecek ve içecek türü, miktarları kaydedilecektir.

ÖĞÜN	Besin Adı	Miktar
SABAHA (.. :..)		
KUŞLUK (.. :..)		
ÖĞLE (.. :..)		
İKİNDİ (.. :..)		
AKŞAM (.. :..)		
GECE (.. :..)		

Ek 5 : Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30)

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

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

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

Ek 6: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-II)

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

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağ, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora veya bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada enaz 3 kez 2 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için sorarım				

16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım.(Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla yürürüm)				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzmeye, dans etmeye, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımda ki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				

36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-2 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				