

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
UYGULAMALI PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**OBEZ OLAN VE OLMAYAN BİR GRUP BİREYDE DİYET
UYUM DAVRANIŞININ PSİKOSOSYAL YORDAYICILARININ
İNCELENMESİ: PLANLI DAVRANIŞ KURAMI
ÇERÇEVESİNDE BİR BATARYA GELİŞTİRME VE MODEL
SINAMA ÇALIŞMASI**

Bircan AKMERCAN

2501160930

TEZ DANIŞMANI



Doç. Dr. H.Özlem SERTEL BERK

İSTANBUL – 2019

	T.C. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ	
YÜKSEK LİSANS TEZ ONAYI		

ÖĞRENCİNİN;		
Adı ve Soyadı	: BİRCAN AKMERCAN	Numarası : 2501160930
Anabilim Dalı / Anasanat Dalı / Programı	: PSIKOLJİ ANABİLİM DALI UYGULAMALI PSIKOLOJİ BİLİM DALI	Danışmanı : DOÇ.DR.ÖZLEM SERTEL BERK
Tez Savunma Tarihi	: 13.09.2019	Saati : 13.00
Tez Başlığı	: OBEZ OLAN VE OLMAYAN BİR GRUP BİREYDE DİYET UYUM DAVRANIŞININ PSİKOSOSYAL YORDAYICILARININ İNCELENMESİ: PLANLI DAVRANIŞ KURAMI ÇERÇEVESİNDE BİR BATARYA GELİŞTİRME VE MODEL SINAMA ÇALIŞMASI.	

TEZ SAVUNMA SINAVI, İÜ Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 36. Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULÜNE OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.
--

JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
PROF.DR.SEVİM CESUR		Kabul
DOÇ.DR.ÖZLEM SERTEL BERK		Kabul
DR.ÖĞR.ÜYESİ ELİF ERGÜNEY OKUMUŞ		Kabul

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
DR.ÖĞR.ÜYESİ GÖKLEM TEKDEMİR YURTDAŞ		
DR.ÖĞR.ÜYESİ AYŞENUR AKTAŞ		

ÖZ

Obez Olan ve Olmayan Bir Grup Bireyde Diyet Uyum Davranışının Psikososyal Yordayıcılarının İncelenmesi: Planlı Davranış Kuramı Çerçevesinde Bir Batarya Geliştirme ve Model Sınama Çalışması

Bircan AKMERCAN

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından obezite, bireyin vücudunda sağlığını bozacak derecede yağın birikmesi olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 1997). Genetik, çevresel ve psikolojik etkileşimler sonucu oluşabilen obezite, birçok tıbbi problemi beraberinde getirdiği için tedavi edilmesi gereken kronik bir hastalıktır. Obezite tedavisinde yaygın olarak kullanılan yöntemlerden biri diyet tedavisidir. Araştırma bulguları, risk grubunda olan kişilerin diyet başlama ve uyum göstermede zorluklar yaşadığını göstermektedir. Bu araştırmanın temel amacı: diyet uyum davranışının psikososyal neden ve yordayıcılarını Planlı Davranış Kuramı (PDK) perspektifinde ele alan bir diyet uyum bataryasının geliştirilmesidir. Araştırmanın diğer amacı ise, PDK'nın yapıları arasında öngördüğü: tutumlar, öznel normlar ve algılanan davranışsal kontrolün davranışı niyet üzerinden dolaylı olarak yordayacağı; davranışın en güçlü yordayıcısının niyet olacağı yönündeki modelin sınanmasıdır.

Bu kapsamda geliştirilen Planlı Davranış Kuramı Diyet Uyum Bataryası (PDKDUB); tutumlar, öznel normlar, algılanan davranışsal kontrol, niyet ve davranış yapılarını ölçümleyen iki endeks ve 13 ölçekten oluşmaktadır. Batarya ölçeklerinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması İstanbul Üniversitesi ve İstanbul Kültür Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nde eğitim görmeye devam eden, 18-59 yaş arası, 303 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Güvenirlik kapsamında iç-tutarlılık katsayıları hesaplanmıştır. Geçerlik kapsamında ise madde analizi ve faktör analizi gerçekleştirilmiş; bataryanın içerisinde yer alan ölçeklerin birbirleri ve Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ), Yeme Tutum Testi (YTT-26), Hasta Sağlık Anketi (HSA), Kısa Form-36 Sağlık Taraması (SF-36), Diyet Özyeterlilik İnançları Ölçeği (DÖİÖ) ile arasındaki korelasyon katsayıları incelenmiştir.

Çalışmanın sonuçlarına göre, PDKDUB'nin 68 maddeden oluştuğu, içinde yer alan ölçeklerin geçerli ve güvenilir olduğu gözlemlenmiştir. Davranışsal niyeti en fazla dolaylı tutumların; davranışı ise niyetin yordadığı görülmüştür. Tutumlar ve özyeterlik ile davranış arasında davranışsal niyetin kısmi aracı etkisi bulgulanmıştır.

Sonuç olarak, ilgili bulgular bataryanın geçerlik ve güvenilirliği ile PDK öngörülerine dair kanıtlar sunmakta olup, diyet uyum davranışı konusunda PDK temelli oluşturulacak müdahale programlarında özellikle tutumlar ve özyeterlik yapılarının göz önünde bulundurulmasının önem taşıdığını düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Obezite, Diyet Uyumu, Planlı Davranış Kuramı, Tutumlar, Öznel Normlar, Algılanan Davranışsal Kontrol

ABSTRACT

Investigating psychosocial predictors of diet adherence behaviour in a group of obese and non-obese individuals: A study of a battery development and a model testing with in the scope of Theory of Planned Behaviour

Bircan AKMERCAN

According to World Health Organization (WHO), obesity is defined as an excessive accumulation of fat causing harms on person's body and health (WHO,1997) due to genetic, environmental and psychosocial influences. As obesity comes along with various medical problems, it is a chronic disease that should be treated. One of the common treatments for obesity is dieting. Research findings show that people at risk have difficulties in starting and adapting to a diet which is defined as diet adherence behaviour. Main goal of this research is to develop a diet adherence behaviour battery in order to investigate the psychosocial predictors of diet adherence behaviour within the scope of Theory of Planned Behaviour (TPB). The second aim of this research is to test the major premises of TPB which suggests that attitudes, subjective norms and perceived behavioural control, which are considered among TPB structures, predict behaviour via intention in directly and that the strongest predictor of behaviour is the intention.

The Theory of Planned Behaviour Diet Adherence Battery (TPBDA): consists of two index measures and 13 scales evaluating attitudes, subjective norms, perceived behavioural control, intention and behaviour structures. Validity and reliability of the battery scales have been carried out with 303 participants from psychology students at Istanbul University and Istanbul Kültür University. Their ages ranged between 18 and 59. With in the scope of reliability, internal consistency coefficients were calculated. For the validity of the battery scales, factor analysis were carried out after running item analysis. Correlation coefficients of the scales included in the battery, with each other and with Eating Disorder Examination Questionnaire (EDEQ), Eating Attitude Test (EAT-26), Patient Health Questionnaire (PHQ), Short Form Health Survey (SF-36) and Diet Self-efficacy Beliefs Scale

(DSBS) were also examined. With respect to discriminative validity, obese (n=17) and non- obese (n=286) participants were compared in terms of mean scores received from TPBDA scales.

According to the results, the final version of the battery consisted of a total of 68 items. The scales included in TPBDA were observed to have expected values of validity and reliability. In line with the expectations, it has been observed that strongest predictor of diet intention was indirect attitudes and the strongest predictor of diet adherence behaviour was intention. It has also been found that behavioural intention partial mediating role on the relationship between attitudes and perceived behavioural control with behaviour.

To conclude, these findings can be accepted as evidence for the validity and reliability of the battery and TPB predictions. These findings suggest that especially attitudes and self-efficacy constructs should be taken into consideration while planning TPB based intervention programs with respect to diet adherence behaviour.

Keywords: Obesity, Diet Adherence, Theory of Planned Behaviour, Attitudes, Subjective Norms, Perceived Behavioural Control

ÖNSÖZ

Obezitenin ülkemizde ve dünyada görülme sıklığının giderek artması, tedavi süreçlerine katkıda bulunmayı ve önleyici çalışmaları geliştirme gerekliliğini beraberinde getirmektedir. Diyet, obezite tedavisinde en sık kullanılan yöntemlerden biri olmakla birlikte kişilerin diyetle başlama ve sürdürmede güçlük çektikleri bilinmektedir. Bu tez çalışmasında obez olan ve olmayan bir grup bireyde diyet uyum davranışının psikososyal yordayıcıları Planlı Davranış Kuramı çerçevesinde ele alınacaktır.

Lisans ve Yüksek Lisans eğitimim süresince engin bilgisinden çok şey öğrendiğim ve öğrenmeye devam etmeyi temenni ettiğim, tez sürem boyunca her türlü yardım ve desteğini hissettiğim; kendisini, bilime bakış açısını ve saygısını örnek aldığım; sakin, güleryüzlü ve destekleyici tavrıyla motivasyon kaynağım olan; yol göstericim, kıymetli hocam, tez danışmanım Doç. Dr. H. Özlem Sertel-Berk'e;

Veri toplama sürecimde benden yardım ve desteklerini esirgemeyen iş arkadaşlarım Diyetisyen İlknur Eker ve Şeyma Topuz'a;

Saygıdeğer hocam Doç. Dr. H. Özlem Sertel-Berk ve asistanları vasıtasıyla araştırmama katılan İstanbul Üniversitesi ve İstanbul Kültür Üniversitesi Psikoloji Bölümü öğrencilerine;

İhtiyaç duyduğum her an İngilizce çeviri konusunda elinden geleni yapan Şirin Denizaltı'ya;

Tezimin her aşamasında elinden geleni yapan, bana daima destek olup değerli emeğini ve sevgisini esirgemeyen Akın Yılmazel'e

Neşeleri, hayata olumlu bakış açıları ve yardımseverlikleriyle tezimin yazılması esnasında bana destek olan mesai arkadaşlarım Elif Gülmez, Elif İlhan ve Sümeyye Sönmez'e;

Yaşamımın her alanında, her zaman maddi ve manevi desteklerini üzerimde hissettiğim, bugüne gelmemi sağlayan ve bu süreçte benden yardımlarını esirgemeyen, bana verdikleri emeğin karşılığını asla ödeyemeyeceğim, ailem oldukları için kendimi şanslı hissettiğim, hayatımın en büyük destekçileri canım annem ve babama sonsuz teşekkür ederim.

Bircan AKMERCAN

İstanbul, 2019



İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	iii
ABSTRACT.....	v
ÖNSÖZ.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	ix
TABLOLAR LİSTESİ.....	xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xvi
KISALTMALAR.....	xvii
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

LİTERATÜR

2.1. OBEZİTE.....	3
2.1.1. Obezitenin Tanımı.....	3
2.2. OBEZİTENİN ÖLÇÜM YÖNTEMLERİ.....	3
2.2.1. BKİ Sınıflandırması.....	4
2.2.2. Bel/Kalça Oranı.....	5
2.3. OBEZİTENİN GÖRÜLME SIKLIĞI.....	5
2.3.1. Dünya’da Obezite.....	5
2.3.2. Türkiye’de Obezite.....	7
2.4. OBEZİTENİN NEDENLERİ.....	9
2.4.1. Çevresel Nedenler.....	9

2.4.2. Biyolojik Faktörler.....	9
2.4.3. Psikolojik Nedenler.....	10
2.4.4. Diğer Nedenler.....	10
2.5. OBEZİTENİN SONUÇLARI.....	11
2.5.1. Sağlık Sorunları.....	11
2.5.2. Psikolojik Sorunlar.....	12
2.5.3. Sosyal Sorunlar.....	12
2.5.4. Ekonomik Sorunlar.....	13
2.6. OBEZİTE VE PSİKOPATALOJİ.....	14
2.7. OBEZİTEYİ ÖNLEME.....	16
2.8. OBEZİTENİN TEDAVİSİ.....	17
2.8.1. Diyet.....	18
2.8.2. Egzersiz.....	20
2.8.3. Davranış Tedavileri.....	21
2.8.4. Farmakolojik (İlaç) Tedavi.....	24
2.8.5. Cerrahi Tedavi.....	25
2.9. SAĞLIK PSİKOLOJİSİ.....	26
2.9.1. Sağlık İnanç Modeli.....	28
2.9.2. Transteorik Model.....	30
2.9.3. Gerekçelendirilmiş Eylem Kuramı ve Planlı Davranış Kuramı.....	31
2.9.4. PDK ve Diğer Sağlık Davranış Modelleri.....	41

2.9.5. Diyet Uyum Davranışı ile İlgili PDK Temelli Gerçekleştirilmiş Araştırmalar.....	41
Amaç ve Hipotezler.....	45

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. KATILIMCILAR.....	48
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	52
3.3. İŞLEM.....	64
3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	64

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1.PDKDUB’NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK BULGULARI.....	67
4.2. PDKDUB’DA MODEL SINAMASI.....	95

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

5.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi.....	106
5.2.PDKDUB’nin Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışılması.....	108
5.3. PDKDUB’nin Model Sınama Bulgularının Tartışılması.....	122
5.4. PDK’ye Yönelik Eleştiriler.....	128
5.5. Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	129
SONUÇ.....	131
KAYNAKÇA.....	133

EKLER.....	160
EK 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	160
EK 2. Psikososyodemografik Bilgi Formu.....	162
EK 3. Planlı Davranış Kuramı Diyet Uyum Bataryası (PDKDUB).....	167
EK 4. PDKDUB Dolaylı Tutum Endeksi.....	175
EK 5. PDKDUB Öznel Normlar Endeksi.....	177
EK 6. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği.....	178
EK 7. Yeme Tutum Testi.....	183
EK 8. Hasta Sağlık Anketi.....	187
EK 9. Kısa Form-36 Sağlık Taraması.....	190
EK 10. Diyet Özyeterlilik İnançları Ölçeği.....	194

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 2.1. Yetişkinlerde BKİ'ye Göre Zayıflık, Fazla Kiloluluk ve Obezitenin Sınıflandırılması.....	4
Tablo 2.2. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 verilerine göre seçilmiş OECD ülkelerinde obezite oranları.....	6
Tablo 3.1. Öğrenci Grubunun Cinsiyet ve Eğitim Durumuna Göre Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri.....	48
Tablo 3.2. Öğrenci Grubunun Yaş, Kilo, Boy Ortalamaları ve Standart Sapmaları.....	49
Tablo 3.3. Öğrenci Grubunun Beden Kitle İndekslerine Göre Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri.....	49
Tablo 3.4. Obez Öğrenci Grubunun Sosyoekonomik Seviye Göre Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri.....	50
Tablo 3.5. Obez Öğrenci Grubunun Fiziksel Hastalık, Ailede Fiziksel Hastalık, Psikiyatrik Hastalık, Ailede Psikiyatrik Hastalık ve Diyet Geçmişine Dair Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri.....	50
Tablo 3.6. Obez Olmayan Öğrenci Grubunun Sosyoekonomik Seviye Göre Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri.....	51
Tablo 3.7. Obez Olmayan Öğrenci Grubunun Fiziksel Hastalık, Ailede Fiziksel Hastalık, Psikiyatrik Hastalık, Ailede Psikiyatrik Hastalık ve Diyet Geçmişine Dair Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri.....	52
Tablo 3.8. Planlı Davranış Kuramı Diyet Uyum Bataryası'nda (PDKDUB) yer alan her bir ölçeğin PDK'nın hangi yapısına ait olduğu ve madde sayılarına dair bilgiler.....	55
Tablo 4.1. PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği'ne ait varimax rotasyon sonrası elde edilen faktörler, maddeler, faktör yükleri, ortak varyans değerleri ve madde toplam puan korelasyonları.....	69
Tablo 4.2. PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği'nde Yer Alan Faktörlerin Birbirleri ve Ölçek Toplam Puanlarına İlişkin Pearson Korelasyon Katsayıları.....	70
Tablo 4.3. PDKDUB Davranış Sonuçlarına Verilen Değer Ölçeği'ne ait varimax rotasyon sonrası elde edilen faktörler, maddeler, faktör yükleri, ortak varyans değerleri ve madde toplam puan korelasyonları.....	71
Tablo 4.4. PDKDUB Davranış Sonuçlarına Verilen Değer Ölçeği'nde Yer Alan Faktörlerin Birbirleri ve Ölçek Toplam Puanlarına İlişkin Pearson Korelasyon Katsayıları.....	73

Tablo 4.5. PDKDUB Dolaylı Tutum Endeksi'ne ait varimax rotasyon sonrası elde edilen faktörler, maddeler, faktör yükleri, ortak varyans değerleri ve madde toplam puan korelasyonları.....	76
Tablo 4.6. PDKDUB Dolaylı Tutum Endeksi'nde Yer Alan Faktörlerin Birbirleri ve Ölçek Toplam Puanlarına İlişkin Pearson Korelasyon Katsayıları.....	77
Tablo 4.7. PDKDUB Doğrudan Tutum Ölçeği'ne ait varimax rotasyon sonrası elde edilen faktörler, maddeler, faktör yükleri, ortak varyans değerleri ve madde toplam puan korelasyonları.....	79
Tablo 4.8. PDKDUB Doğrudan Tutum Ölçeği'nde Yer Alan Faktörlerin Birbirleri ve Ölçek Toplam Puanlarına İlişkin Pearson Korelasyon Katsayıları.....	80
Tablo 4.9. PDKDUB Normatif İnançlar Ölçeği'ne ait varimax rotasyon sonrası elde edilen faktörler, maddeler, faktör yükleri, ortak varyans değerleri ve madde toplam puan korelasyonları.....	81
Tablo 4.10. PDKDUB Uyum Motivasyonu Ölçeği'ne ait varimax rotasyon sonrası elde edilen faktörler, maddeler, faktör yükleri, ortak varyans değerleri ve madde toplam puan korelasyonları.....	83
Tablo 4.11. PDKDUB Uyum Motivasyonu Ölçeği'nde Yer Alan Faktörlerin Birbirleri ve Ölçek Toplam Puanlarına İlişkin Pearson Korelasyon Katsayıları.....	84
Tablo 4.12. PDKDUB Öznel Normlar Endeksi'ne ait varimax rotasyon sonrası elde edilen faktörler, maddeler, faktör yükleri ve ortak varyans değerleri.....	86
Tablo 4.13. PDKDUB Ölçeklerinin Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ) ile Pearson Korelasyon Katsayı Değerleri.....	89
Tablo 4.14. PDKDUB Ölçeklerinin Hasta Sağlık Anketi (HSA) ile Pearson Korelasyon Katsayı Değerleri.....	90
Tablo 4.15. PDKDUB Ölçeklerinin Genel Sağlık Anketi (SF-36) ile Pearson Korelasyon Katsayı Değerleri.....	91
Tablo 4.16. PDKDUB Ölçeklerinin Yeme Tutum Testi (YTT) ve Diyet Özyeterlik İnanç Ölçeği (DÖİÖ) ile Pearson Korelasyon Katsayı Değerleri.....	92
Tablo 4.17. Planlı Davranış Kuramı Diyet Uyum Bataryası Ölçekleri Pearson korelasyon katsayıları.....	97
Tablo 4.18. PDKDUB Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği'nin; PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği, PDKDUB Özyeterlik Ölçeği ve PDKDUB Normatif İnançlar Ölçeği Tarafından Yordanmasına İlişkin Çoklu Doğrusal Adımsal Regresyon Analizi Sonuçları.....	99

Tablo 4.19. PDKDUB Davranış Ölçeği'nin; PDKDUB Davranış Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği, PDKDUB Özyeterlik Ölçeği ve PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Tarafından Yordanmasına İlişkin Çoklu Doğrusal Adımsal Regresyon Analizi Sonuçları.....100

Tablo 4.20. PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği ve PDKDUB Özyeterlik Ölçeği'nin PDKDUB Davranış Ölçeği üzerindeki yordayıcı etkisinde PDKDU Davranış Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği'nin aracı rolüne ilişkin çoklu doğrusal hiyerarşik aracı regresyon analizi sonuçları.....102

Tablo 4.21. PDKDUB Davranış Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği'nin PDKDUB Davranış Sonuçları Ölçeği üzerindeki yordayıcı etkisinde PDKDUB Davranış Ölçeği'nin aracı rolüne ilişkin çoklu doğrusal hiyerarşik aracı regresyon analizi sonuçları.....104

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Sağlık İnanç Modeli.....	29
Şekil 2.2. Planlı Davranış Kuramı Yapıları ve Aralarındaki İlişkiler.....	33
Şekil 2.3. Planlı Davranış Kuramı.....	39
Şekil 3.1. Yordayıcı-Yordanan ve Aracılık Etkisine Yönelik Öngörülen İlişkiler.....	57
Şekil 5.1. PDKDUB Ölçeklerinin Birbirleriyle Olan İlişkisi.....	127



KISALTMALAR LİSTESİ

AG	: Algılanan Güç
BE	: YBDÖ- Beden ile ilgili Endişeler Alt Ölçeği
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
Dİ	: Davranışsal İnançlar
DÖİÖ	: Diyet Özyeterlik İnanç Ölçeği
DSM	: Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GEK	: Gerekçelendirilmiş Eylem Kuramı
Gİ	: DÖİÖ-Genel İnançlar
HSA	: Hasta Sağlık Anketi
İÜ	: İstanbul Üniversitesi
İKÜ	: İstanbul Kültür Üniversitesi
K	: YBDÖ-Yeme Kısıtlama Alt Ölçeği
KE	: YBDÖ- Kilo Endişeleri Alt Ölçeği
Kİ	: DÖİÖ-Kontrol İnançları
NIH	: Ulusal Sağlık Enstitüleri
Nİ	: Normatif İnançlar
PDK	: Planlı Davranış Kuramı
SİM	: Sağlık İnanç Modeli
TEKHARF	: Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı Risk Faktörleri
Tİ	: DÖİÖ-Tıbbi İnançlar
TOAD	: Türkiye Obezite Araştırma Derneği
TOHTA	: Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taraması
TTM	: Transteorik Model
TURDEP I-II	: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevelans Çalışması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

TY	: YBDÖ- Tıkınırcasına Yeme Alt Ölçeği
TYB	: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
UM	: Uyum Motivasyonu
YBDÖ	: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği
YE	: YBDÖ-Yeme ile ilgili Endişeler Alt Ölçeği
YTT	: Yeme Tutum Testi
v.d.	: ve diğerleri



GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sağlık; bireyin hastalığının olmamasının yanı sıra fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden iyi ve uyum içinde olması; obezite ise bireyin vücudunda sağlığını bozacak derecede yağ birikmesi olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 1997). Beslenme, vücudun ihtiyaç duyduğu besinlerin uygun zamanda ve yeterli miktarda tüketilmesi anlamına gelmektedir ve sağlığın geliştirilmesi ve korunması için önemli bir faktördür (Baydur, 2019). Genetik, çevresel ve psikolojik etkileşimler sonucu oluşabilen obezite, birçok tıbbi problemi beraberinde getirdiği için tedavi edilmesi gereken kronik bir hastalıktır. Obezite; çeşitli kanser tipleri, tip II diyabet, koroner kalp hastalığı, osteoartrit ve hipertansiyon gibi hastalıkların nedeni olarak görülmekte ve bu hastalıkların görülme sıklığını arttırmaktadır (Erkul, 2018).

Dünya düzeni, ekolojik sistem, pasif yaşam biçimi ve yoğun tempolu yaşam sürecine bağlı olarak zamanın kısıtlı olması nedeniyle sağlıklı beslenme ihmal edilmektedir. Yeme alışkanlıklarının gündün güne değişiyor olması (besinleri büyük porsiyonlarda tüketilmesi ve organik gıdalar yerine tüketilen hormonlu gıdalar) obezitenin görülme sıklığının hızla artıyor olmasının başlıca nedenleri arasında yer almaktadır (Pekcan, 2008). Obez bireylerde kilo kaybının sağlanabilmesi için temel olarak gün içinde tüketilen enerji miktarından daha düşük miktarda enerji içeren bir beslenme listesinin uygulanması gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2010). Kişilerin yaşam tarzına psikolojik ve sosyo-kültürel değişkenler etki etmektedir. Bu değişkenlerin kontrolü ile diyet programlarına uyuma ve diyet programlarının sürdürülmesine bu sayede de sağlıklılık haline katkıda bulunulacaktır (Blaxter, 1990). Obezitenin tedavisinde çeşitli yöntemler bulunmakta olup bunlar; diyet, egzersiz, ilaç, cerrahi yöntemler ve davranışçı tekniklerdir. Sadece obezitenin tedavisinde değil birçok kronik hastalığın tedavisinde diyet programını başlatıp sürdürebilmek önem taşımaktadır. Ancak araştırma bulguları risk gruplarının diyet ile ilişkili davranışlara uyum göstermede zorluklar yaşadığını ortaya koymaktadır; bu durumun olası nedenleri çeşitli sağlık davranış modelleri perspektifinden ele alınmaktadır (Yüksel, 2014). Sağlık davranış müdahalelerinin en yaygın dayanak

olarak aldığı dört bireysel sağlık davranış modeli; Sağlık İnanç Modeli (SİM), Transteorik Model (TTM), Gerekçelendirilmiş Eylem Kuramı (GEK) ve Planlı Davranış Kuramı'dır (PDK).

Ülkemizde ise henüz diyet davranışının neden ve yordayıcılarını sağlık davranışına yönelik tutumlar, normatif inançlar ve kontrol algısını bünyesinde barındıran Planlı Davranış Kuramı perspektifinde ele alan çalışma bulunmadığı için araştırmada bu konunun incelenmesi ve PDK temelli bir diyete uyum bataryası geliştirilmesi hedeflenmiştir.



BİRİNCİ BÖLÜM

LİTERATÜR

2.1. OBEZİTE

2.1.1. Obezitenin Tanımı

Obez sözcüğü Latince “obesus” sözcüğü ile ilişkilidir ve obesus sözcüğü de obedere kelimesinden türemiştir. Obedere kelimesi kendi içerisinde ob (over/aşırı) ve edere (edible/to eat/yeme) olarak ele alındığında; aşırı yemek yeme şeklinde ifade edilmektedir (Okumuşoğlu, 2014).

Obezite; vücudun yağ kitlesinin yağsız kitleye oranının aşırı artması sonucu, boya göre ağırlığın ortalamasının üstüne çıkması olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 1997). Obezite yüksek vücut ağırlığı ile eşdeğer olarak görülse de yağ dokusunda artış olmadan zayıf fakat kaslı bireylerde de standartların üzerinde vücut ağırlığı gözlelenebilir (Jameson, 2009).

Obezite sanayi devrimi öncesinde güçlülük, kudret, doğurganlık, bolluk gibi olumlu kavramlarla birlikte anılırken, sanayi devrimi ile beraber harekette sınırlılık ve sağlıksızlık gibi olumsuz kavramlar ile anılmaya başlanmıştır (Bahçeci, Tuzcu, Arıkan ve Gökalp, 2009). Günümüzde de dünyanın birçok yerinde kişiye yüklediği fiziksel hastalıklar ve psikososyal sorunlar nedeniyle hastalık olarak kabul edilmekte ve olumsuz sıfatlarla anılmaya devam etmektedir (Özarmağan ve Bozbora, 2008). Yiyecek bulma konusunda sıkıntı yaşanan Afrika'nın bazı bölgelerinde ise obezite hala zenginlik göstergesi sayılmaya devam etmektedir (Özkoca, 2018).

2.2. OBEZİTE ÖLÇÜM YÖNTEMLERİ

Obezitenin belirlenmesinde kullanılan en geçerli ölçüm olan vücuttaki yağ miktarı çeşitli yöntemlerle saptanabilmektedir. Bu saptama için klinik ve bilimsel açıdan en fazla kullanılan yöntemler aşağıda sıralanmıştır (Deveci, 2013).

2.2.1. Beden Kitle İndeksi (BKİ) Sınıflandırması

Obeziteyi belirlemek için Beden Kitle İndeksi (BKİ) sınıflandırması yaygın olarak kullanılmaktadır. BKİ, bireyin vücut ağırlığının, boy uzunluğunun metre karesine ($BKI=kg/m^2$) bölünmesiyle elde edilen bir değerdir ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) obezite sınıflandırması esas alınarak oluşturulmuştur. DSÖ'ye göre uluslararası obezite sınıflandırması Tablo 2.1'de gösterilmektedir

Tablo 2.1. Yetişkinlerde BKİ'ye Göre Zayıflık, Fazla Kiloluluk ve Obezitenin Sınıflandırılması (DSÖ, 1997)

Sınıflandırma	Temel Kesişim Noktaları
Zayıf	<18.50
Aşırı düzeyde zayıf	<16.00
Orta düzeyde zayıf	16.00 - 16.99
Hafif düzeyde zayıf	17.00 - 18.49
Normal	18.50 - 24.99
Hafif şişman	>25.00
Şişmanlık öncesi	25.00 - 29.99
Obez	>30.00
I. Derece Obez	30.00 - 34.99
II. Derece Obez	35.00 - 39.99
III. Derece Obez	>40.00

BKİ sınıflandırma yöntemi kullanım açısından kolay olması nedeniyle tercih edilmektedir ancak kimi zaman yeterli olmamaktadır (Deveci, 2013). Sadece BKİ'nin belirleniyor olmasındaki önemli eksikliklerden biri; obezitenin komplikasyonlarıyla ilişkili olan vücut yağ dağılımı hakkında bilgi vermiyor oluşudur (Bahçeci, Tuzcu, Arıkan ve Gökalp, 2009). Vücuttaki yağ dağılımı kronik hastalıklar ve hastalıkların morbidite (hastalığa tutulan kişilerin sayısı) ve mortalite

(hastalık nedeniyle ölüm) oranları ile ilişkilendirilmektedir (Pi-Sunyer, 1993). Örneğin “Santral Obezite” de vücuttaki yağ abdominal bölgede ve iç organlarda toplanmakta ve bu obezite türü hipertansiyon, dislipidemi, koroner arter hastalığı ile ilişkili olan insülin direncine yol açmaktadır (Çömlekçi, 2011).

2.2.2. Bel/Kalça Oranı ve Bel Çevresi Kalınlığı

Son yıllarda BKİ sınıflamasının eksik kaldığı alandaki boşluğu doldurulması ile ilgili araştırmalar yürütülmektedir. Bu yönde kullanılan yöntemlerden biri “Bel/Kalça Oranı ve Bel Çevresi Kalınlığı”nın saptanmasıdır. Bel çevresi kalınlığının kadınlarda 88, erkeklerde ise 102 cm üzeri olmasının birtakım hastalıklar (koroner kalp hastalığı ve metabolik hastalıklar) için riskin artmasına neden olduğu kabul edilmektedir (James, Leach, Kalamara ve Shayeghi, 2001). Ülkemizde bel çevresi ölçümü ile ilgili yapılmış altı çalışmada kadınlarda Türkiye ortalamasının 90.7 cm, erkeklerde 93.6 cm olduğu bulgulanmıştır. Bu değerler kadınların sınır değerden yüksek, erkeklerin ise nispeten düşük olduğu anlamına gelmektedir (Ural, 2018).

Şişmanlık, android ve jinoid olarak ikiye ayrılmaktadır. Android tip şişmanlıkta (Elma Tip) yağ başlıca karın bölgesi ve iç organların etrafında, jinoid tip şişmanlıkta (Armut Tip) ise kalça bölgesi ve bacaklarda toplanmaktadır (Deveci, 2013). Ülkemizde android obezite prevalansı ise kadınlar için %51, erkekler için %21 olarak belirlenmiş olup bu bulgu, Türk kadınında elma tipi yağlanma oranının standart obeziteden de fazla olduğunun göstergesidir. Avrupa ülkeleri arasında en yüksek obezite oranına sahip Türk kadınları, özellikle android obezite sıklığı açısından Ortadoğu ülkelerine yakın bir profil çizmektedir (Ural, 2018).

2.3. OBEZİTENİN GÖRÜLME SIKLIĞI

2.3.1. Dünyada Obezite

Dünya nüfusunun çoğunluğu obezite ve obeziteye bağlı hastalıkların neden olduğu ölümlerin, zayıflıktan kaynaklı ölümlerden daha fazla olduğu ülkelerde yaşamakta ve her yıl yaklaşık 2.8 milyon kişi obezite nedeniyle yaşamını yitirmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2017). DSÖ başta olmak üzere, toplum sağlığı ile

ilgili kurumlar kilo fazlalığı ve obezite sıklığının yıllar içerisindeki değişimini yakından izlemekte ve toplum sağlığını koruyucu önlemler almaya çalışmaktadır.

DSÖ'nün verilerine göre obezitenin görülme sıklığının her geçen gün arttığı, 1980 ve 2008 yılları arasında 2 katına çıktığı ve kadınlarda daha yaygın görüldüğü bulgulanmıştır (DSÖ, 2008). Avrupa 2007 verilerine göre obezite prevalansı kadınlar arasında %7.1 – %35.6 arasında iken, bu oran erkeklerde %5.6 - %22.8 arasında seyretmektedir. (DSÖ, 2007). İtalya, İspanya ve Birleşik Krallık dahil birçok Avrupa ülkesinde obezite oranı %20'nin üzerinde bildirilmektedir; prevalans özellikle Avrupa'nın Orta, Doğu ve Güney bölgelerinde; Batı ve Kuzey bölgelerine kıyasla daha fazladır (Berghöfer, Pischon, Reinhold, Apovian, Sharma ve Willich, 2008). DSÖ'nün 2008 yılı verilerine göre ise, obezitenin en yüksek görüldüğü ülkeler sırasıyla Suudi Arabistan (%35.2), Mısır (%34.6), Meksika (%32.8), Amerika Birleşik Devletleri (ABD) (%31.8) ve Libya (%30.8) iken Güneydoğu Asya Ülkeleri ise %3 görülme sıklığı ile son sıralarda yer almaktadır. DSÖ'nün 2016 verilerine göre; 1975'ten bu yana dünya çapında obezite oranının üç kat arttığı; dünya genelinde yetişkinlerin %39'unun fazla kilolu, %13'ünün obez olduğu belirtilmiş; beş yaş altı 41 milyon çocuğun, 5-19 yaş grubu aralığında ise 340 milyon kişinin şişman veya obez grubunda yer aldığı bulgulanmıştır.

TÜİK (2015) verilerinde ise dünyada ABD'nin obezite oranının en yüksek (%28,7), Kore'nin en düşük olduğu bildirilmiştir (%2,4). İlgili bulgular Tablo 2.2'de gösterilmiştir.

Tablo 2.2. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 verilerine göre seçilmiş Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ülkelerinde obezite oranları (TÜİK, 2015)

Ülkeler	Obezite Oranları %
ADB	28,7
İzlanda	22,2
Türkiye	19,9

Estonya	19,0
Kanada	18,2
Almanya	15,7
İsrail	15,7
Finlandiya	15,7
Fransa	14,5
Danimarka	14,2
Belçika	13,7
Hollanda	11,8
İsveç	11,7
İsviçre	10,3
İtalya	10,3
Kore	2,4

2.3.2. Türkiye’de Obezite

Türkiye’de son 40 yılda obezite oranında büyük bir artış meydana gelmiştir. 2005 yılında ölüme ve sakatlığa en fazla yol açan risk faktörleri bakımından ilk sırada “Tütün Ürünleri” yer almaktayken 2016 yılında “Yüksek BKİ” ilk sıraya yerleşmiştir. Türkiye’de yetişkin nüfusun yaklaşık üçte birinin obez olduğu bulgulanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2017). Ülkemizde yetişkinlerde obezite prevalansını araştıran çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalar arasında; Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Çalışması (TEKHARF), Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Çalışması (TURDEP), Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010 (Sağlık Bakanlığı 2013) ve TÜİK verileri yer almaktadır.

Türkiye’de obezite sıklığını araştıran ilk epidemiyolojik çalışma “TEKHARF” çalışmasıdır. TEK HARF çalışmasında aynı bireylerin yıllar içerisindeki değişimleri izlenmiş bu yüzden yaşla birlikte kilo alımı ve kilo artışının

neden olduğu hastalıklar incelenebilmiştir. 1990 yılında yapılan çalışmada şişmanlığın kadınlarda %32, erkeklerde %12,5 oranında görüldüğü bulgulanmıştır. 2001 yılı takip çalışmasında ise şişmanlığın görülme oranı kadınlarda %43, erkeklerde ise %21.1 olarak bulunmuş ve bu da obezitenin yıllara göre arttığının bir kanıtı olarak değerlendirilmiştir (Onat, v.d., 2001).

Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taraması'na (TOHTA) göre 2001 yılında obezitenin toplam yaygınlığı %44.4 (kadınlarda %50, erkeklerde %40) olarak bulgulanmıştır. Satman ve arkadaşları tarafından 24.788 kişide yapılan Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması (TURDEP-I) verilerine göre erkeklerin %12,9'unun, kadınların %29,9'unun obez olduğu tespit edilmiştir (Satman ve ark. 2002). 2010 yılında yapılan TURDEP-II çalışmasında ise obezite sıklığı %32 bulunmuştur ve 12 yıllık sürede bu sıklığın %44 arttığı gözlenmiştir (Satman, 2011).

Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen "Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması" 2010'da ülkemizde obezite yaygınlığı %30,3 (erkeklerde %20,5; kadınlarda %41) olarak tespit edilmiştir. Aynı raporun sonuçlarına göre, Türkiye'de 0-5 yaş arasında obezite yaygınlığı %8,5; (erkeklerdeki obezite oranı %10,1, kızlardaki obezite oranı ise % 6,8); 6-18 yaş arası grubun obezite yaygınlığı ise %8,2 (erkeklerde %9,1, kızlarda %7,3) olarak bildirilmiştir. Bölgesel olarak obezite yaygınlığı ise: Batı Marmara Bölgesi %30.7, Doğu Marmara Bölgesi %30.6, Ege Bölgesi %28, Akdeniz Bölgesi %30.1, Batı Anadolu Bölgesi %33, Orta Anadolu Bölgesi %32.9, Batı Karadeniz Bölgesi %31.3, Doğu Karadeniz Bölgesi %33.1, Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi %23.5, Ortadoğu Anadolu Bölgesi %20.5, ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi %22.9 olarak rapor edilmiştir (Okumuşoğlu, 2014). TÜİK tarafından 2017 yılı Haziran ayında yayınlanan rapora göre; Türkiye'de 15 yaş ve üzeri obez bireylerin oranı 2014 yılında %19,9 iken, 2016 yılında %19,6'ya düşmüştür; obezitenin erkeklerde görülme sıklığı %15,2 iken, kadınlarda görülme sıklığı ise %24'tür. Bu bulgular ışığında TÜİK istatistikleri kadınların daha yüksek obezite riski içerisinde olduğunu doğrulamaktadır (Özkoca, 2018).

2.4. OBEZİTENİN NEDENLERİ

Obezite sebepleri açısından; çevresel, biyolojik, psikolojik ve diğer nedenler olmak üzere çok faktörlü karmaşık bir hastalıktır.

2.4.1. Çevresel Nedenler

Obezite sadece yetişkin bireyleri değil, çocukları ve gençleri de etkilemektedir (Bahçeci, Tuzcu, Arıkan ve Gökalp, 2009). Bu yüzden yaşamın ilk yıllarındaki beslenme şekline dikkat edilmesi gerekmekte olup ek besinler ve anne sütü verilme süresinin obezite oluşumunu etkilediği bildirilmektedir (T.C. Halk Sağlığı Kurumu, 2013). Dünyada çocukluk çağı obezitesindeki artışın sadece genetik yapıdaki değişikliklerle açıklanamayacak derecede fazla olması nedeniyle, obezitenin oluşumunda çevresel faktörlerin rolünün önemli rolü olduğu kabul edilmektedir.

Obezitenin etiyolojisi tam olarak açıklanamamakla birlikte; yanlış beslenme ve fiziksel aktivite yetersizliği obezitenin en önemli nedenleri olarak kabul edilmektedir. Enerji dengesi: alınan enerji miktarının harcanan enerji miktarına eşitliği anlamına gelmekte ve bu döngüdeki dengesizlik obezitenin oluşumuna neden olmaktadır. Günümüzde kolayca elde edilebilen, yüksek kalorili yiyecekler mevcuttur ve bireyler tüketime hazır olan yiyecekleri geleneksel yöntemlerle uzun sürede pişirilen yiyeceklere tercih etmektedir (Alphan, 2008). Tüketilen porsiyonların büyük olması ve şekerle tatlandırılmış içeceklerin tüketimi obeziteyi arttıran çevresel etkenler arasında gösterilebilir (Pekcan, 2008). Yüksek kalorili hazır gıdalar ve şekerle tatlandırılmış içeceklerin tüketilmesinin ardından pasif yaşam biçimi ve fiziksel aktivitenin azlığı; obezitenin oluşumunda risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.4.2. Biyolojik Faktörler

Çevresel faktörlerin yanı sıra hastalıklar, genler, nörolojik ve fizyolojik pek çok faktör birbiri ile ilişkili olarak obezitenin oluşumuna neden olmaktadır. Obezitede genetik yatkınlığın incelenmesine yönelik gerçekleştirilen çalışmalarda,

çift yumurta ikizlerine göre tek yumurta ikizlerinde daha fazla benzerlik elde edilmesi genetik yatkınlığın olduğunu destekleyen kanıtlar arasında yer almaktadır (Sözen, 2006). Obezite ve nörofizyolojik sistem arasında da ilişki olduğu tespit edilmiştir. İnsan beyninde iştaha etki eden birçok merkez bulunmaktadır ve bunlardan biri de amigdaladır; amigdalanın farklı lezyon alanlarının uyarılmasına bağlı olarak beslenme azalmakta ya da çoğalmaktadır (Altunkaynak ve Özbek, 2007). Hormonların obeziteye etkisine bakıldığında ise serotonin salınımı yiyecek alımını baskımlarken, dopamin salınımindaki değişimin aşırı yemeye ve obeziteye etki ettiği bildirilmiştir (Volkow, v.d., 2008).

2.4.3. Psikolojik Nedenler

Obezitenin psikolojik faktörlerle olan ilişkisine bakıldığında stres, depresyon ve ruhsal problemler ile gündelik hayatta yaşanan gerginlikler yemek yeme alışkanlıklarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bazı kişilerde ‘duygusal yeme’ olarak tanımlanan durumda, olumsuz duyguların fazla yemek yemeye neden olduğu ileri sürülmektedir (Ganley, 1989). Tıkınırcasına yeme bozukluğu, depresyon, duygudurum bozukluğu ve anksiyete gibi birtakım psikolojik bozukluklar obezite ile sonuçlanabilir.

Ancak aynı zamanda obezite de bu bozuklukların ortaya çıkmasına etki edebilir. Faith ve arkadaşları (2011) yaptıkları gözden geçirmede; araştırmaların bir kısmında obezitenin depresyona ve bir kısmında ise depresyonun obeziteye neden olduğunun ileri sürüldüğünü belirtmişlerdir. Duygudurum bozukluğu ve anksiyete gibi psikolojik rahatsızlıkların aşırı yemeye dolayısıyla obeziteye neden olduğu tartışmalarının yanında; bu rahatsızlıklardan kaynaklı kullanılan psikotrop ilaçların da kilo alımına yol açarak obeziteye neden olduğu ileri sürülmektedir (Smits, v.d., 2010).

2.4.4. Diğer Nedenler

Obezite ile ilişkili olan diğer faktörler arasında en belirgin olanları; sosyo-ekonomik seviye, eğitim durumu, uyku düzeni ve gebeliktir. NHLBI’ya (Ulusal Kalp Ciğer ve Kan Enstitüsü-National Heart Lung and Blood Institute) göre (1998)

obezitenin varlığı eğitim seviyesine göre değişmekte olup yapılan çalışmada, 12 yıl ve altında eğitim alan kişilerin daha fazla eğitim alan kişilere kıyasla daha fazla obez olduğu bulgulanmıştır (Deveci, 2013). Yeterince uyuyamayan insanlar düzenli olarak açlığa neden olan ghrelin denilen hormonun yüksek seviyelerine ve leptin denen açlığın önlenmesine yardımcı olan hormonun düşük düzeylerine sahiptirler (Enriori, Evans, Sinnayah ve Cowley, 2006). Hamilelik sırasında ise kadınlar kilo almaktadırlar ve doğum sonrasında düzenli beslenmeye dikkat edilmediği ve egzersiz yapılmadığı takdirde gebelikte alınan kiloların verilememesi obeziteye neden olabilmektedir.

2.5. OBEZİTENİN SONUÇLARI

Nedenleri açısından çok faktörlü bir hastalık olan obezitenin önceki bölümlerde bahsedildiği üzere sıklığı giderek artmakta olup beraberinde sağlık, psikolojik, ekonomik ve sosyal sorunlarını getirmektedir. Obezite tedavi edilemediğinde ise hem birey hem de toplum sağlığı açısından tehlike oluşturmaktadır.

2.5.1. Sağlık Sorunları

Obezite her yaşta birey için birtakım sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Toplumun geleceği açısından çocuk ve ergen obezitesinin yetişkin obezitesinden çok daha önemli olduğuna dikkat çekilmektedir. Çünkü obez çocukların gelecekte büyük bir olasılıkla obez yetişkinler olacakları öngörülmektedir (Mooney, 2012). Sağlık açısından da kronik hastalıkların obez çocuklarda daha şiddetli seyir gösterdiği bildirilmektedir (Belamarich, v.d., 2000).

Yetişkin obezitesinde ise bel çevresi kalınlığı standartların üzerinde olduğu takdirde kalp damar hastalıklarına yakalanma riskinin yükseldiği bildirilmiştir (Kaplan, 1998). Abdominal obeziteye; dislipidemi, hipertansiyon ve açlık kan şekeri yüksekliğinden biri eşlik ettiğinde kronik hastalıkların ortaya çıkma ihtimalinin arttığı bildirilmektedir (İkinci ve Atak, 2010). Yapılan bir çalışmada BKİ'si 30 ve üstü olan kadınlarda hipertansiyonun görülme oranının %37.8, erkeklerde %41.9; BKİ'si 25 ve altında olan kadınlarda hipertansiyonun görülme oranının %15.2,

erkeklerde ise %14.9 olduğu bulgulanmıştır (Brown, v.d., 2000). Bu bulgu obezitenin hipertansiyona neden olduğu yönünde kanıt olarak gösterilebilir.

Obezitenin diyabet ve kardiyovasküler problemlerle de ilişkili olduğu bildirilmektedir (Behn ve Ur, 2006). Kardiyovasküler hastalıklara bağlı olarak mortalite ve morbidite de arttırmaktadır. Elma tip obezitesi olan kişilerde diyabet gelişme riski armut tip obezitesi olan kişilere oranla daha fazladır. Dolayısıyla obezite tip 2 diyabet oluşumunu ortaya çıkarıcı ve tetikleyici faktörlerden biridir (Kızıltan, 2008). Ayrıca obezitenin uyku apnesi ve solunum problemleri ile (Barnes, Goldsworthy, Cary ve Hill, 2009); hareket kısıtlılığına olarak bağlı eklem sorunları ve osteoartrit başta olmak üzere çeşitli kas-iskelet sorunlarıyla da ilişkisinden söz edilmektedir (Gümüş Atalay, 2013).

2.5.2. Psikolojik Sorunlar

Obezitenin nedenleri kısmında da bahsedildiği gibi literatürde obezite ve psikolojik sorunlar arasındaki ilişkinin çift yönlü olduğuna dair tartışmalar mevcuttur. Psikolojik açıdan obez ve fazla kilolu çocukların normal kilolu olanlara göre akranlarıyla daha fazla çatışma ve daha fazla duygusal problem yaşadıkları bulgulanmıştır (Dave ve Rashad, 2009).

Obez kişilerin bazı psikiyatrik bozukluklar açısından (özellikle depresyon ve anksiyete bozukluğu) risk altında oldukları ve bu kişilerin sadece kilo kaybı açısından değil ruh hallerinin de içine katıldığı multidisipliner bir tedaviye gereksinim duydukları vurgulanmaktadır (Fabricatore ve Wadden, 2004). Konu araştırmanın “Obezite ve Psikopatoloji” bölümünde ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

2.5.3. Sosyal Sorunlar

Bazı çevreler obez bireyler üzerinde baskı oluşturarak sosyal problemlerin yaşanmasına neden olmaktadır. Birçok obez bireyin kilo ile ilişkili ayrımcılık ve damgalanma hissettikleri bilinen bir durumdur. Damgalanmada medyanın büyük bir etkisi olduğu ifade edilmektedir. Medyada obez bireylerin normal kilodakilere kıyasla olumsuz basmakalıplarla sunulması (fazla kilolu beden parçalarına odaklanan çekimler, sağlıksız yiyecekleri yemekte olan obez birey görselleri gibi) bu kişilerin

sosyal problemler yaşamasının nedenleri arasında kabul edilmektedir (Okumuşoğlu, 2014). Kilo etiketlemesinin kişiler üzerinde olumlu ve olumsuz etkilerinin olabileceği tartışılmaktadır. Kişileri kilo vermeye motive edebileceği görüşlerinin yanı sıra, bu durumun daha çok depresyon ve düşük benlik saygısına neden olabileceği görüşleri de mevcuttur. Son zamanlarda yapılan çalışmalar da etiketlenmenin kilo kaybını olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir (örn., Giel, v.d., 2012).

Obez bireyler iş, eğitim, sağlık ve sosyal çevre gibi yaşamlarının birçok alanında ayrımcılığa maruz kaldığını bildirmekte ve yapılan çalışmalar da bu görüşü desteklemektedir (Deveci, 2013). Önyargı, damgalanma, ayrımcılık ve sosyal dışlanma obez bireylerin yaşadığı fiziksel ve psikolojik problemlerin şiddetini de arttırmaktadır (Altun ve Ercan, 2016). Obez bireylerin obeziteyi nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinden duydukları rahatsızlık düzeyleri ölçümlenmiş; normal kilolu bireylere kıyasla halka açık alanlarda yıkanma, yüzme, giysi deneme veya satın alma gibi aktivitelere ilişkin endişeleri daha yüksek düzeyde bulunmuştur (Erkol ve Khorshid, 2004).

2.5.4. Ekonomik Sorunlar

Günümüzde birçok ülke obezitenin sağlık bakım masraflarını yükseltmesi sonucu ekonomik maliyet tehdidiyle karşı karşıya kalmaktadır. Obeziteye eşlik eden sağlık sorunları nedeniyle sağlık bakım sistemine yük eklenmekte, bundan kaynaklı birey ve ülke ekonomisi önemli oranda etkilemektedir (Çömlekçi, 2011). Bu nedenle obezitenin önlenmesi hem bireysel sağlık problemlerinin çözümüne hem de ülke ekonomisinin kalkınmasına katkı sağlayacaktır. Obez bireylerin yaşadıkları fiziksel zorluklar hem iş gücünü hem de elde edilen geliri etkilemekte olup ve yapılan araştırmalar çalışma hayatında aşırı kilolu ve obez kadınların ücret seviyelerinin obez olmayanlara kıyasla daha düşük olduğunu göstermektedir (Gortmarker, Must, Perrin, Sobel ve Dietz, 1993).

Obezitenin tüm bu sonuçlarına rağmen kişiler hala “sağlıklı ve uygun miktarda yemek yeme” davranışını göstermekte güçlük çekmektedirler. Bu yüzden

davranışa etki eden psikolojik süreçleri anlamak büyük önem taşımaktadır (Payne, Jones ve Harris, 2004)

2.6. OBEZİTE VE PSİKOPATOLOJİ

Basit obezite, beslenme biçimindeki hatalar sonucunda meydana gelen ve obezitenin nedeni olarak altta herhangi bir sebebin görülmediği obezite durumu olarak tanımlanmakta psikolojik ya da davranışsal bir nedeni olduğu düşünülmediğinden DSM-IV'te (Diagnostic and Statistical Manuel- IV/ Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-IV) yer almamaktadır. Obezitenin DSM-5 sınıflamasında yer alması öneri ve tartışmalarına (Devlin, 2007; Volkow ve O'Brien, 2007; Walsh, 2009) rağmen, 2013 itibarıyla yayınlanan DSM-V'te de "basit obezite" yer almamaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Obezitenin hala psikolojik ya da davranışsal bir sendromla tutarlı bir biçimde ilişkili olduğu saptanmamıştır (Okumuşoğlu, 2014). Obezite psikiyatrik bozukluk olarak sayılmamasına rağmen ruh sağlığı uzmanlarının hastalarıyla ilgili tedavi sürecinde göz önünde bulundurması gereken önemli bir durumdur (Fagiolini, 2003). Çünkü obezite tedavisinde süreci olumsuz etkileyebilecek faktörlerden biri de psikopatolojinin varlığıdır. Özdel ve arkadaşları (2011) obez bireylerin psikiyatrik tanı sıklıklarının normal kilolu bireylere göre daha yüksek olduğunu (%60) bulgulamıştır. Yapılan çalışmalar, obez bireylerdeki psikolojik belirti sıklıklarının cinsiyetten etkilendiğini düşündürmektedir. Jorm ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada obez kadınların normal kilolu kadınlara kıyasla daha yüksek depresyon ve anksiyete belirtisi bildirdiklerini bulgulamışlardır. Buna karşın, obez ve normal kilolu erkekler arasında psikiyatrik belirti açısından farklılık saptanmamıştır.

Obezite ve psikopatoloji ilişkisi çok fazla araştırmanın konusu olmuş ancak aradaki ilişki tam olarak anlaşılammıştır. Crisp ve Guinness'in (1975) "Jolly fat" (neşeli şişman) hipotezinde orta yaş grubu obez kadınlarda obez olmayanlara kıyasla anksiyetenin, erkeklerde anksiyete ve depresyonun düşük olduğunu; sonraki çalışmalar ise aksine obez bireylerde bu bozukluklarının sık görüldüğünü bildirmiştir (Simon, v.d., 2006). Obezite ile birlikte major depresyon, bipolar bozukluk, panik

bozukluk ve agorafobi prevalansı artmakta iken madde kullanım bozukluğu riski ise belirgin olarak azalmaktadır (Balcioglu ve Başer, 2008).

Obezite ve psikopatoloji arasındaki ilişkide önemli bir yere sahip olan ve risk faktörü oluşturan bir diğer konu da çeşitli “Yeme Bozuklukları”dır. Bu bağlamda tıknırcasına yeme bozukluğu, gece yeme bozukluğu ve emosyonel yeme ile obezitenin ilişkisinden bahsedilecektir. Tıknırcasına Yeme Bozukluğu’nun kilo alımı, obezite başlangıcı ve ilerlemesinin nedenlerinden biri olduğu öne sürülmektedir (Yanovski, 2003). Kiloları benzer obez bireylerden tıknırcasına yeme bozukluğu olanların olmayanlara göre daha fazla kalori aldıkları, işlevsel bozukluklarının daha fazla olduğu, yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu, bireysel sıkıntı düzeylerinin ve psikiyatrik eş tanılarının daha çok olduğu görülmüştür (DSM V, 2013). Vücudun yeme paterni ile ilgili biyolojik saatinin bozulmasıyla ilişkili olan gece yeme bozukluğunda ise kişiler gece yemek için uyanabilirler ve bu durumun sonucunda obezite ortaya çıkabilir (Balcioglu ve Başer, 2008). Yapılan çalışmalar da gece yeme sendromunun görülme oranının beden kitle indeksinin artmasıyla pozitif ilişki gösterdiğini ve obez bireylerde daha fazla görüldüğünü ortaya koymuştur (Legenbauer, v.d., 2009). Emosyonel yeme ise, kişinin açlık hissi olduğu veya yeme zamanı geldiği için değil, sadece duygulanıma ve stresli yaşam koşullarına yanıt olarak gelişen yeme eğilimi olarak tanımlanmaktadır (Sevinçer, 2016). Olumsuz duygular neticesinde ortaya çıkan emosyonel yeme genelde evde yalnızken görülmektedir (Sevinçer, 2013). Bu yeme durumunda genellikle yağlı, karbonhidrat değeri yüksek, fazla şeker içeren, yüksek enerjili yiyecekler tercih edilir (Sevinçer, 2016). Bu yeme davranışının obez bireylerde sık görüldüğü bulgulanmıştır (Ouwens, Van Strien ve Van Der, 2003).

Verdikleri kiloları geri alan bireylerin; özdeğerlerini kilo ve görünüşleriyle değerlendirme, kilo koruma konusunda yeterli çabayı göstermeme ve siyah-beyaz düşünme biçimlerinin olduğu bildirilmektedir (Byrne, Cooper ve Fairburn, 2003). Yapılan bir diğer çalışmada algılanan yalnızlık ve izolasyonu yüksek olanların daha yüksek BKİ’ye sahip oldukları ve fiziksel aktiviteyi artırma konusunda daha az özgüven bildirdikleri bulgulanmıştır (Lauder, Mummery, Jones ve Caperchione, 2006). Benlik saygısı, obezitesi olan kişilerde psikiyatrik belirtiler ile ilişkili olduğu

düşünülen başka bir alandır. Bazı çalışmalar ilişki olmadığını savunurken, bazılarıysa obezitenin benlik saygısına negatif etkisi olduğunu savunmaktadır (Tezcan, 2009).

2.7. OBEZİTEYİ ÖNLEME

Obezitenin dünya genelinde önemli bir halk sağlık problemi olması nedeniyle önleyici tedbirlerin alınması gerekmektedir. Bu nedenle obezite ile mücadele konusunda politikalar geliştirilmekte, ulusal eylem planları hazırlanmaktadır. DSÖ tarafından sağlıklı yetişkinlerin günde 2000 kalori tüketmesi tavsiye edilmekte, şekerli içeceklerin tüketimi ve sağlığa etkileri konusunda da önlemler alınması gerekliliği çağırısı yapılmaktadır. Bu bağlamda bazı ülkelerde (Meksika, Fransa ve Macaristan) şekerli içeceklerin tüketimini azaltmak için özel vergi uygulanması getirilmiş ve DSÖ verileri de bu uygulamanın tüketimi azalttığını göstermiştir. Ayrıca DSÖ gıdalarda besin değerlerini gösteren, paketlenmiş gıda ürünlerinin üzerinde tüketiciye bilgi veren etiket kullanımı uygulamasının yaygınlaştırılmasını tavsiye etmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2017). Türkiye’de de 15-17 Kasım 2006 tarihleri arasında İstanbul’da “DSÖ Avrupa Obezite ile Mücadele Bakanlar Konferansı” düzenlenmiş ve “obezite” ile ilgili çözüm önerileri tartışılmıştır. Konferans sonunda “Avrupa Obezite ile Mücadele Belgesi” imzalanarak obezitenin evrensel bir sağlık problemi olduğuna dikkat çekilmiş ve Sağlık Bakanlığı bünyesinde “Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı” kurulmuştur (Yüksel, 2014). Ardından Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından “Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014)” hazırlanmıştır. Bu programın amacı:

- Obezite ile etkin şekilde mücadele etmek,
- Toplumun bilgi düzeyini artırarak bireyleri yeterli, dengeli beslenme ve düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı kazanmaları konusunda teşvik etmek,
- Tüm bunların sonucunda ülkemizde obezite ve obezite ile ilişkili hastalıkların görülme sıklığını azaltmaktır (Sağlık Bakanlığı 2010).

Bu doğrultuda 27 Haziran 2012 tarihinde “Beden Kitle İndeksi” ve “HareketEt” adlı iki kamu spotu; “Porsiyon Küçültme” ve “Günde 10.000 Adım Atıyoruz”

başlıklı iletişim materyalleriyle tüm yurttta “Obezite Mücadele Hareketi” kampanyası başlamıştır (Yüksel, 2014).

Obezitenin gelişmesinde dikkat edilmesi gereken faktörlerden biri de yaşamın ilk yıllarındaki beslenme şeklidir. DSÖ ve UNICEF (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu) tarafından yayımlanan çeşitli dökümanlarda altı ay tek başına anne sütü verilmesinin, altıncı ay ve iki yaş arasında emzirmenin sürdürülmesi ile birlikte güvenilir, uygun kalite ve miktarda tamamlayıcı besinlere başlanmasının kısa ve uzun dönemde obezite ve kronik hastalık riskini azaltabileceği belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2017).

2.8. OBEZİTENİN TEDAVİSİ

Obezitenin etiyolojisinde pek çok faktörün etkili olması, bu hastalığın önlem ve tedavisini karmaşık hale getirmektedir. Obezite tedavisinde temel hedef; obezitenin sonuçlarına bağlı riskleri ve hastalıkları azaltmak, bu sayede kişilerin yaşam kalitesini artırmak; tedavinin yan etkilerinden kaçınmak ve verilen kilonun yeniden alınmasını önlemektir (Kut, 2009).

Obezite tedavisinde kullanılan yöntemler beş grup altında toplanmaktadır:

1. Diyet tedavisi
2. Egzersiz tedavisi
3. Davranış değişikliği tedavisi
4. İlaç tedavisi
5. Cerrahi tedavi

Obezite tedavisinde kullanılan yukarıda belirtilmiş beş yöntem “Geleneksel Yöntemler ve Cerrahi Yöntem” olmak üzere iki başlık altında toplanabilir. Geleneksel yöntemler; diyet, egzersiz, davranış ve ilaç tedavisini kapsamakta ve cerrahi yöntem, mide hacmini küçülten girişimlerden oluşmaktadır (Deveci, 2013). Tedavinin temelini diyet, egzersiz ve davranış değişikliği tedavisi oluşturmakla

birlikte bu yöntemler kilo vermeyi sağlamada yetersiz kalırsa ya da obeziteye ek başka hastalıklar eşlik ediyorsa ilaç tedavisi, morbid obezite durumunda ise obezite cerrahisi düşünülebilmektedir (Gülçelik, Gürlek ve Usman, 2007).

Obezitenin tedavi edilebilmesi için uzmanların desteğine ihtiyaç duyulmaktadır. Obezite tedavisi hekim, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist ve hemşireden oluşan bir ekip tarafından düzenlenmeli ve tedavi hastaya özel olarak planlanmalıdır. Obezitenin tedavisi süreklilik ve bireylerin aktif katılımını gerektirmektedir. Tedavi planlaması yapılırken kişinin sadece obezite derecesi değil; sağlığı, psikolojik durumu, sosyo-kültürel yaşantısı ve ekonomik özellikleri de değerlendirilmelidir (Sertkaya, 2008).

2.8.1. Diyet Tedavisi

Obezite tedavisinde oluşturulan diyet programı kişiye özeldir. Kişinin yaşı, cinsiyeti, yeme alışkanlıkları, eşlik eden hastalığın varlığı ve obezite derecesi oluşturulacak diyet programına etki etmektedir (Kutluay, 2003).

Diyetle tedavide; düşük kalorili, çok düşük kalorili, karbonhidratlı ve yağlı diyetler gibi değişik diyet tipleri kullanılmaktadır (Çömlekçi, 2011). “Düşük Kalorili Diyet”e göre günlük ortalama kadınlar tarafından 1000-1200, erkekler tarafından 1200-1500 kalori alınmalı; “Çok Düşük Kalorili Diyet”e göre ise günlük 800’den az kalori almak gerekmektedir (Johnson, 2010). DKD’de toplam günlük enerjinin %50-55’i karbonhidratlardan, %25-30’u yağlardan, %15-20’si de proteinlerden alınmalıdır (Türker, 2013). Günlük 4 veya 6 öğün olacak şekilde, sık aralıklarla planlama yapılmalıdır çünkü bu sayede acıkma gecikmesi sağlanmakta ve gereğinden fazla yeme önlenmektedir (Özkoca, 2018). Aynı zamanda bireylerin tükettiği yiyeceklerin içerisindeki vitamin, mineral, tuz ve lif miktarının dengeli olmasına; su tüketiminin kiloya bağlı olarak ayarlanmasına dikkat etmesi beklenmektedir (Melanson ve Dwyer, 2003).

Literatürde “başarılı kilo kaybı”, kişinin isteyerek beden ağırlığının en az %10’unu kaybetmesi ve bunu 1 yıl koruması şeklinde tanımlanmaktadır (Wing ve Hill, 2001). Diyetle ilgili araştırmalar, diyet yapanların kilo vermede zorluk

yaşadığını ve yaklaşık üçte ikisinin yeni kilolarını sürdüremediklerini göstermektedir (Mann, v.d., 2007). Diyet ve beslenme programlarına uyumla ilgili problemlerin ele alındığı araştırmalardan birini İstek (2006) gerçekleştirmiş, hasta kişilerin hastalıkları nedeniyle kendilerine verilen diyetleri uygulamama sebeplerinin başında; başkalarıyla birlikte yaşıyor olma, yiyecek miktarının az gelmesi, hastalıklarının ilaçla kontrol altına alınmış olmasının geldiğini bulgulamıştır (akt. Yüksel, 2014). İnsanların bazılarının sağlıklı diyet programlarına uyum gösterirken, bazılarının gösterememesi nedeniyle bu süreci doğru şekilde açıklayacak modellere ihtiyaç duyulmaktadır (Di Noia ve Prochaska, 2009).

Diyet davranışının tutumsal, normatif ve davranışsal kontrol inançlarına dair belirleyicileri ortaya konularak, sağlıklı ve yeterli beslenme motivasyonunun artırılması hedeflenmelidir. Etkili bir beslenme eğitimi programının da söz konusu belirleyicileri göz önünde bulundurması gerekmektedir (Sloan, 1987). Kilo verirken edinilen stratejilerin devam ettirilmesi ile düşük kilonun korunması ilişkili olduğundan bu stratejileri sürdürebilmeyi sağlayan psikolojik faktörlerin iyi anlaşılması, obezitenin tedavisine yönelik daha etkili psikolojik müdahale protokollerinin hazırlanabilmesi açısından önemlidir (Byrne, 2002).

Diyet tedavisi sürecinde başvurulması gereken psikolojik yöntemlerde değerlendirilmesi gereken önemli kavramlardan biri tedavi motivasyonudur. Motivasyon araştırmaları insanların birtakım davranışları neden gerçekleştirdiğini anlamaya çalışmaktadır. Maslow'un (1970) "İhtiyaçlar Hiyerarşisi Teorisi"nde, kişileri birtakım ihtiyaçlarının onları davranışa yönelttiği üzerinde durulmaktadır. Bunlar; fizyolojik ihtiyaçlar, güvenlik ihtiyacı, ait olma ve sevgi ihtiyacı, değer ihtiyaçları ve kendini gerçekleştirme olarak beş basamağa ayrılmaktadır (Payne, Jones ve Harris, 2004).

Tedavi motivasyonu, kişinin tedavi olmak ve tedavinin gereklerini yerine getirmek için duyduğu istek anlamına gelmektedir. Tedaviye başvuran kişinin tedavi için uygunluğunu, tedaviye uyumunu ve tedavi gerekliliklerini yerine getirmesi gibi davranışları temel alır ve tedaviye uyumun en önemli yordayıcılarından olması açısından önem taşımaktadır (Drieschner, Lammers ve Staak, 2004). Bu yüzden diyet

programlarına uyumda tedavi motivasyonunun önemli olduğu düşünülmektedir (Huon ve Strong, 1998). Tedavi motivasyonu eksikliği; tedavi terki, tedavide başarısız olma, nüks gibi negatif sonuçlarla ilişkilidir. Obez bireylerin tedavilerini neden sürdüremediği ve nükslerin ortaya çıktığı ile ilgili literatüre bakıldığında; egzersiz programlarının ve davranış değişimi terapilerinin uygulanmadığı, psikolojik sorunların tedavi edilmediği ve bireyin tedaviye hazır oluş sürecinin göz önünde bulundurulmadığı görülmektedir (Özkoca, 2018). Kilo kaybında ve kiloyu korumada başarılı olabilmek için diyet davranışı ve bununla ilişkili psikolojik süreçlerin iyi anlaşılması ve diyet motivasyonunun doğru değerlendirilmesi (Meule, Papiès ve Kubler, 2012); egzersiz programlarına ve davranış terapilerine gereken önemin verilmesi gerekmektedir.

2.8.2. Egzersiz Tedavisi

Obezite tedavisinde alınan enerji miktarının kısıtlanması kadar harcanan enerji miktarının artırılması da önem taşımaktadır (DSÖ, 2000). Obez bireylerin kilo verme hızlarının artırılması ve tekrar kilo alımının yaşanmaması için diyetle birlikte egzersiz yapmaları gerekmektedir. Diyet tedavisi ile diyet ve egzersizin birlikte uygulandığı tedavi sonuçları karşılaştırıldığında, iki programın birlikte uygulandığı tedavi yaklaşımında hastaların kilo verme miktarlarının daha yüksek olduğu bulgulanmıştır (Üzmez, 2007). Diyetle birlikte yapılan egzersiz, vücut kas kitlesinin korunmasına ve yağ dokusunun azalmasına katkı sağlaması nedeniyle de önem taşımaktadır (Çıtak Akbulut, Özmen ve Besler, 2007).

Fiziksel aktivite bireyleri aynı zamanda kilo artışı nedeniyle oluşan ikincil hastalıklardan (kalp hastalıklarını, bazı kanser çeşitlerini ve Tip 2 diyabet) korumakta ve birtakım psikolojik faydaları (anksiyeteyi, depresyonu azaltma; özyeterlik ve benlik saygısını yükseltme) bulunmaktadır (Povey ve Conner, 2000).

Egzersiz tedavisine uyumda da tıpkı diyet tedavisinde olduğu gibi bireyin tutumları ve tedavi motivasyonu önem taşımaktadır bu yüzden bahsedilen faktörlerin de göz ardı edilememesi gerekmektedir.

2.8.3. Davranış Tedavileri

Davranış tedavisinin amacı, bireyin sağlıksız davranışlarının yerine yeni sağlıklı davranış alternatifleri oluşturup bu davranışı nasıl değiştireceğini belirlemesine yardımcı olmaktır. Obezite tedavisinde davranış terapilerinin amacı; şişmanlığa neden olan yemek yeme ve fiziksel aktivite ile ilgili istenmeyen davranışları istenen davranışlarla değiştirerek, kilo kaybının sağlanması ve korunmasına katkıda bulunmak; olumlu davranışlarının ise pekiştirilerek sürdürülmesini sağlamak olarak tanımlanabilir (Foster, Makris ve Bailer, 2005). Obezite tedavisi sürecinde davranışçı teknikler dahil edilmeden önce kişi tarafından; ne tür yiyeceklerin yendiği, varsa aşırı yeme nöbetlerinin ne zaman ortaya çıktığı, stres nedenleri, eşlik eden ruhsal sıkıntının olup olmadığı, gece atıştırmaları, sosyal ve çevresel koşullar ile ilgili ayrıntılı öykü alınmalıdır. Çünkü tedavi amaçlarının en önemlilerinden biri; aşırı yeme davranışını tetikleyen çevresel etkenleri kontrol edebilmektir (Yücel, 2008).

Davranış değişikliği tedavisi planlanırken yapılması gerekenlerden ilki; tedavi gören birey için hedefler belirlenmesidir. Bireyin amacı bu hedeflere ulaşmak olmalıdır. İkincisi, tedavi süreci boyunca hastalar hedeflerine ulaşmaları konusunda teşvik edilmelidir. Son olarak hastaların ulaşılması kolay hedeflerden zor hedeflere doğru ilerlemeleri sağlanmalıdır (Garaulet ve Heredia, 2010).

Davranışsal tedavi, uygulayan ve uygulanan bireye göre farklılıklar göstermekle birlikte içerisinde tedavi uyumu ile ilgili teknikleri barındırmaktadır. Tedavi planı; “1. Kendini İzleme (Self-Monitorization), 2. Uyarın Kontrolü, 3. Yeme Davranışının Kontrolü, 4. Pekiştirme ve Güçlendirme, 5. Bilişsel Yeniden Yapılandırma, 6. Doğru Beslenme Eğitimi, 7.Sosyal Destek, 8.İdeal Kiloyu Sürdürme Yöntemleri” gibi yöntemlerin tümü ya da birkaçından oluşur. Bu teknikler uzman kişiler tarafından uygulanır ve bireyin becerilerini geliştirmelerini sağlamak hedeflenmektedir.

1. Kendini İzleme: Davranış değişiminin başarısında kritik önemi olan kendini düzenleme (self regulation) kategorisinde yer alır (Yüksel, 2014). Amaç; şişmanlığa neden olan davranışların farkına varılmasını sağlamaktır. Bunun için

bireylerden davranışlarını kayıt altına almaları, belli bir zaman aralığında (örn. 24 saat boyunca) ne yediğini not etmesi, neler tükettiğini kayıt etmesi istenebilir ve bu sayede katılımcıların davranışlarına yönelik farkındalıklarının artırılması hedeflenmektedir (Paulson, 2011). Ana ve ara öğünlere ek olarak; yemek yenilen yerler, yemek miktarı, yemek zamanı, fiziksel aktivite türü ve süresi gibi davranışların da kayıt altına alınması istenmektedir (Akgün, 2008).

2.Uyaran Kontrolü: İstenen davranışın oluşabilmesi için kişilerin uyaranlara verdikleri/verecekleri tepkileri biliyor olmak gereklidir. Birey beklenen davranışı sergilediğinde bu davranışın pekiştirilmesiyle uyaran kontrolü kurulur. Obezitede bireyleri aşırı yemeye sevk eden çevresel uyaranlar açlık için yanlış sinyal meydana getirdikleri için bu uyaranların kontrol altına alınmasıyla kişiyi yemeğe sevk edecek duygu ve düşünce oluşumunun önlenmesi amaçlanmaktadır (Akgün, 2008).

3.Yeme Davranışının Kontrolü: Temel amaç; yeme davranışının hızının ve sıklığının azaltılmasıdır (Teixeira, v.d., 2010). Ana ve ara öğünlerde yenilen yiyeceklerin listelenmesi ile sağlıklı ve sağlıksız yeme davranışlarını tetikleyen durumlar belirlenmelidir. Bunlar belirlendikten sonra kişiyi yemek yemeye sevk eden durumlar ortaya çıktığında alternatif davranışların geliştirilmesi gereklidir.

4.Pekiştirme: Öğrenme ilkelerine göre pekiştirme, davranışın sonucunun onun sıklığı ve yoğunluğu üzerine olan etkisine dayanmaktadır. Obezitede olumlu pekiştirme ağırlık kaybına yönelik uygun davranışları ödüllendirmeyi kapsamaktadır. Kişiler yaşam tarzındaki değişikliklere (kilo kaybının sürdürülmesi ve korunmasına yardımcı olan davranışların gerçekleştirilmesi) uyum sağlayabilmek için "ödül" gereksinimi duyabilirler. Bu bağlamda bazı araştırmacılar tedavi süresince bireylere ayda bir gün "serbest beslenme günü" vererek bireyi ödüllendirmeyi ve motivasyonunu arttırmayı amaçlamaktadırlar (Kabalak, 1995).

5.Bilişsel Yeniden Yapılanma: Kişinin otomatik düşünceleri, tutumları ve inançları yani kişinin bilişsel yapısı başarılı kilo kaybı ile ilişkilidir. Bilişsel yeniden yapılanma temel anlamda kişinin işlevsel olmayan bilişlerinin, uygun tekniklerle gözden geçirilip ele alınması ve bu bilişlerin yerine işlevsel yeni bilişlerin konması esasına dayanır. Obezitenin psikolojik tedavisinde bilişsel davranışçı teknikler

giderek önemli rol oynamaya başlamıştır (Cooper, Fairburn ve Hawker, 2003). Kilo kaybetme ile ilgili bilişsel yaklaşımlar diyet, kilo, egzersiz gibi kilo verme ile ilişkili ve yeme davranışını etkileyen davranışsal ve düşünsel paternleri belirlemeye odaklanır. Obez bireyler kendileri ve kendi bedenleri hakkında, zayıflamak için gösterdikleri çabalara yönelik olumsuz inanışlar taşıyabilirler (Jacobson ve Melynt, 2011). Başarısız ya da sürdürülemeyen diyet ve egzersiz davranışları ile ilişkili olumsuz otomatik düşünceleri ve olumsuz benlik algısını değiştirerek kilo kaybetme tedavisinin etkililiğinin artırılması amaçlanmaktadır (Akgün, 2008).

6.Beslenme ve Egzersiz Eğitimi: Beslenme eğitimi yaşam boyu sürecek bir yeme davranışını öğrenme yöntemi olarak tanımlanmaktadır. Bu eğitimin içerisinde kişilere temel anlamda harcanandan daha az miktarda alınan kalori ile vücudun kilo kaybedeceği bu nedenle tedavi için diyetin gerekli olduğu ve diyet için uygun gıdaların nasıl seçileceği konularında bilgiler verilir.

Eğitimde dört temel amaç bulunmaktadır, bunlardan ilki düzenlenen diyet programının içine bireyi çekmek, ikincisi kişiyi programın bir parçası olduğuna inandırmak, üçüncüsü programı uygulaması için yapılması gerekenler konusunda bilinçlendirip istenen davranış değişikliğine ulaşmak ve son olarak dördüncüsü bu davranışın sürekliliğini sağlamaktır (Garipoğlu, İşsever, Alphan ve Sabuncu, 1995).

7.Sosyal Destek: Güçlü bir sistem olan sosyal desteğin, kilo kaybında önemli etkisi bulunmaktadır. Kişinin çevresindeki kendisi için önemli olan kişiler kilo kaybı için gerekli motivasyonu ve pozitif desteği sağlayabilirler. Yapılan araştırmalar ailelerinden destek alan bireylerde, destek almayanlara göre kilo kaybının daha fazla olduğunu göstermektedir (Açikel, 2011).

8.İdeal Kiloyu Sürdürme Yöntemleri: Tedavi sonrasında verilen kiloların geri alınmasından dolayı yinelenmeleri önlemeye yönelik yöntemler ve stratejiler geliştirilmeye çalışılır. Kişiler için hazırlanan kilo koruma planı; yeniden kilo almak istememe nedenleri, aktivite planlanması, yeme ile ilgili devam edilecek olumlu alışkanlıkların ve yemek yemeye sevk konusunda tehlike oluşturabilecek durumların belirlenmesini içerir (Oğuz, Karabekiroğlu, Kocamanoğlu ve Sungur, 2016).

Son yıllarda yeme davranışlarıyla ilgili bilinçli farkındalık (mindfulness) baz alınarak oluşturulan müdahale programları dikkatleri üzerine çekmektedir. Bilinçli farkındalık anlık deneyimlere, amaçlara ve düşüncelere; açık, yargılayıcı olmayan bir yaklaşımla dikkat etme deneyimini ifade etmektedir (Reilly, Cook, Metz ve Black, 2014).

Reilly ve arkadaşları (2014) obezitenin tedavisinde bilinçli farkındalığın etkililiğini gözden geçirmiş ve literatür taraması gerçekleştirmişlerdir. Obezite ile ilişkili yeme davranışları (tıknırcasına yeme, duygusal yeme gibi); müdahale programlarında bilinçli farkındalık baz alınarak (stres azaltma, kabul odaklı terapi gibi yöntemlerin kullanıldığı) oluşturulan tedavi yöntemlerinin kullanıldığı çalışmaları incelemişlerdir. Çalışmaların sonucu bilinçli farkındalığın obezite ile ilişkili yeme davranışlarının değişiminde etkili olduğunu desteklemiştir.

Stres, obezitenin nedenlerinden olan “Stresle İlişkili Yeme” davranışını etkileyebilir ve kişiler stresle baş etme yöntemi olarak yemek yemeyi seçebilirler. Bilinçli farkındalık stres ve buna eşlik eden sağlıksız beslenme alışkanlıklarını hafifleten psikolojik bir olgu olarak ifade edilmektedir. Bireylerin dürtüsel davranışlarına odaklanarak duygularını azaltmayla uğraşmak yerine bu zor duyguları değiştirmeye odaklanmaz ve bireylere bu duyguları deneyimleme becerisini öğretmeyi amaçlar. Kilo verme müdahalelerine eklendiğinde başarılı sonuçlar alındığına dair çalışmalar da mevcuttur (Cotter ve Kelly, 2018).

2.8.4. Farmakolojik (İlaç) Tedavi

Farmakoterapi BKİ’si 30 ve üzerinde olan bireyler ile BKİ’si 27 ve üzerinde olup; tip 2 diyabet, hipertansiyon gibi komorbiditenin varlığında diğer tedaviler yetersizse düşünülmektedir (Kang ve Park, 2012). Obezite tedavisinde kullanılan ilaç; tolerans geliştirmemeli, kilo kaybının devamını sağlayabilmeli ve kaybedilen kilonun geri alımını engellemeli, uzun süre kullanım için güvenilir olmalı, kötüye kullanım ya da bağımlılık yapmamalıdır (TEMD, 2014). Obezite ilaçlarının harcanan enerji miktarını arttırması ya da alınan gıda miktarını azaltması beklenmektedir. Günümüzde enerji harcamasını arttırıcı ilaç bulunmamaktadır. Gıda alımının azalmasını sağlayan ilaçlara “Periferik ve Santral Etkililer” olarak iki gruba

ayrılmaktadır. Periferik etkili olan orlistattır (yiyecekten alınan yağın yaklaşık % 30'unun emilimini azaltır), santral etkili olanlarsa fentermin, rimonobant ve sibutramindir (yiyecek alımının azaltılmasını sağlar) (Gülçelik, Gürlek ve Usman, 2007). Yapılan araştırmalar tedavi sürecinde sibutramine ve orlistat kullanan obez bireylerin iki yıl sonra başlangıçtaki kilolarının %8 ile 10 civarını verdiğini göstermektedir (Davidson, v.d., 1999).

Obezite tedavisinde kullanılan ilaçların dezavantajları; istenmeyen yan etkilere sahip olmaları, etkilerinin sınırlı olması ve hastanın ilacı bıraktığında tekrar kilo alması olarak sıralanabilir. Bütün ilaçlar diyet ve egzersize göre daha fazla yan etkiye sahip oldukları için ilaç tedavisine yarar-zarar oranı göz önünde bulundurularak başlanmalıdır (Gülçelik, Gürlek ve Usman, 2007)

Amerikan Hekimler Birliği (ACP–The American College of Physicians), klinisyenlere üç temel öneride bulunmuştur. Bunlardan ilki: obezitenin farmakolojik ve cerrahi tedavisine başvurmadan önce obezitesi olan kişilerin kilo kaybını sürdürmelerini sağlamak için davranışsal müdahale sürecini de kapsayan multidisipliner bir tedavi sürecine girmeleri gerektiğidir. İkincisi, farmakolojik tedavi sadece diyet ve egzersiz yolu ile kilo vermede başarısız olan obez hastalara önerilmelidir. Üçüncüsü ise, hangi ilacın seçileceğine hastanın durumuna göre karar verilmelidir (akt. Snow, Barry, Fitterman, Qaseem ve Weiss, 2005).

2.8.5. Cerrahi Tedavi

Geleneksel yöntemlerle verilemeyen ya da verilmiş olup geri alınan kilolar obez bireyleri hayal kırıklığına uğratmakta ve kilo vermek için yeni yöntemler aramaya itmektedir. Bu yeni yöntemler içinde son yıllarda yaygın olarak başvuru alan ve güvenilir olduğu düşünülenlerden biri de obezite cerrahisidir (Sjöström ve ark, 2004). Bariyatrik cerrahi, enerji alımını ve emilimini azaltmak için gastrointestinal sistemi değiştirme işlemleri olarak tanımlanır (Polat, 2018). Obezitenin tedavisi için geliştirilen girişimsel teknikleri içermekte, temel olarak engelleyici (gastroplastiler tüp mide, ayarlanabilir mide bandı) ve emilim bozucu girişimler (Gastrik by-pass, biliyopankreatikdiversiyon) olarak ikiye ayrılmaktadır (Sağlık Teknolojileri Değerlendirme, 2014).

Ulusal Sağlık Enstitüleri'ne (NIH) göre (1991); BKİ'si 40 ve üstünde olan ya da BKİ'si 35 ve üstünde olup birtakım hastalıkların eşlik ettiği ve ruhsal durumu ameliyat için uygun ve genel anestezi alabilecek durumda, düzenli olarak diyet ve egzersiz yapıp başarısız olan kişiler bariatrik cerrahi için uygundur.

Obezite cerrahisi sonrasında kişi fazla olan kilosunun %40'ından azını veriyse ameliyatın başarısız geçtiğini; %40-60 arasında kilo kaybı orta düzeyde, %60'ın üzerindeki kilo kaybı ise iyi düzeyde ameliyat başarısını düşündürmektedir (Yorgancı ve Tırnaksız, 2007).

Yukarıdaki tüm tedavilerde kişinin tedavi motivasyonu ve tedavilere ilişkin tutumlarının öneminden bahsedilmiştir. Bu faktörlerin anlaşılması ve bu sayede tedaviye uyumun artırılabilmesi amacıyla çeşitli teorik modeller geliştirilmiştir. Bu modeller "sağlık psikolojisi" çatısı altında çalışılmaktadır. Bu doğrultuda bir sonraki bölümde önce kısaca sağlık psikolojisi alanından bahsedilecektir.

2.9. SAĞLIK PSİKOLOJİSİ

Sağlık psikolojisinin temel amacı: sağlığın geliştirilmesi, sağlığın sürdürülmesi, hastalıktan korunma, sağlık ve hastalığın etiyolojik ve diagnostik özelliklerini tanımlama, sağlık bakım sistemleri ve politikalarının iyileştirilmesi konularının bütününe katkı sunmaktır (Matarazzo, 1980, 1982, 2001). Hastalığın ve sağlığın tanımına yönelik tarihte farklı görüşler göze çarpmaktadır. Tarih öncesi dönemde hastalıkların; bedenin içine şeytan girmesi sonucunda oluştuğu, Ortaçağ'da ise hastalığa; kötü ruhların sebep olduğu görüşü savunulmuştur (Walker, 1981). 18. yüzyılda biyomedikal modelde: tüm hastalıkların nedeninin organik olduğu görüşü savunulurken; 20. yüzyılın başlarında Freud ile birlikte hastalıkların temelinde bilinçdışı çatışmaların yattığı görüşü ön plana çıkmıştır (Freedheim, Weiner, 2003). Bu iki görüşten etkilenerek Alexander ve Szass'ın (1948) ortaya koyduğu "psikosomatik tıp" yaklaşımında; hastalıkların ortaya çıkışında strese doğuştan yatkınlıktan bahsedilmiş, belli kişilik tipinde olan insanlarda belli hastalıkların oluşma ihtimalinin daha yüksek olduğu görüşü savunulmuştur. Engel (1977) ise biyomedikal görüşe yönelik eleştirilerde bulunmuş; hastalık ve sağlığı etkileyen psikolojik, sosyal ve kültürel alanların önemi üzerinde durmuştur. DSÖ'de sağlığı;

yalnızca fiziksel hastalığın olmaması değil; fiziksel, ruhsal ve toplumsal açıdan iyi olma hali olarak tanımlanmıştır (WHO, 1995). Hastalık ise sağlıkta olduğu gibi kapsamlı şekilde tanımlanamamaktadır. İngilizce’de disease (hastalığın tıbbi rahatsızlık kısmı), illness (bireysel yakınma kısmı) ve sickness (sosyal rol ve statüleri yerine getirirken çekilen güçlük kısmı) (Marinker, 1975); kelimeleri arasındaki ayrım bu konuya kapsamlı açıklama getirebilirken Türkçe’de böyle bir ayrım olmaması tanımlama konusunda sıkıntıyı beraberinde getirmektedir.

Görüşlerden ve DSÖ’nün tanımlamasından yola çıkarak “biyopsikososyal model”in temelleri atılmış ve fiziksel sağlığın psikolojik durum ve sosyal çevreyle olan bağı, sağlığın psikolojik boyutunun göz ardı edilmemesi gerektiği fikrini uyandırmıştır (Freedheim, Weiner, 2003). Hastalıkların sadece medikal modellerle açıklanamıyor olması ve tıbbi müdahalede psikologların rolünün anlaşılması sağlık psikolojisi alanını bir gereksinim haline getirmiştir. 1970’li yıllarda, Amerikan Psikologlar Birliği (APA) bünyesi altında ve Matarazzo’nun önderliğinde psikolojik kuram ve uygulamaların fiziksel sağlık sorunlarına fayda sağlaması amacıyla sağlık psikolojisinin temelleri atılmaya başlanmıştır. Bu doğrultuda sağlık psikolojisi alanı; psikosomatik tıp ve klinik psikoloji gibi alanları da kapsayarak çalışmalarına devam etmektedir (Matarazzo, 1980). Sağlık psikolojisinin koruyucu/önleyici (toplum sağlığı) ve klinik olmak üzere iki temel alt alanı bulunmaktadır. Koruyucu/önleyici ya da toplum sağlığı psikolojisi: sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, sağlık hizmetleri ve politikalarının üretilmesi amacıyla okullar, işyerleri ve medya yoluyla hizmetler sunmaktadır. Klinik sağlık psikolojisi APA tarafından 1993 yılında bir uygulama alanı olarak tanınmış olup (Belar, Deardoff, APA, 1995) sağlık sisteminin örgüt yapısı içinde hastaneler, sağlık merkezleri gibi klinik alanlarda hizmet sunmaya devam etmektedir.

Sağlık psikolojisi, sağlık durumunu bir sonuç değişkeni olarak değerlendirmekte ve en temel belirleyicisini sağlık davranışı olarak kabul etmektedir. Sağlık davranışı; sağlığın sürdürülmesi, korunması ve geliştirilmesiyle ilişkili olan tutumlar ve alışkanlıkları kapsayan, gözlenebilir ve örtük davranışların tümü olarak tanımlanmakta; riskli ve koruyucu olmak üzere iki ana başlık altında ele alınmaktadır. Araştırmamızda da bu kapsamda diyet uyumuna yönelik sağlık

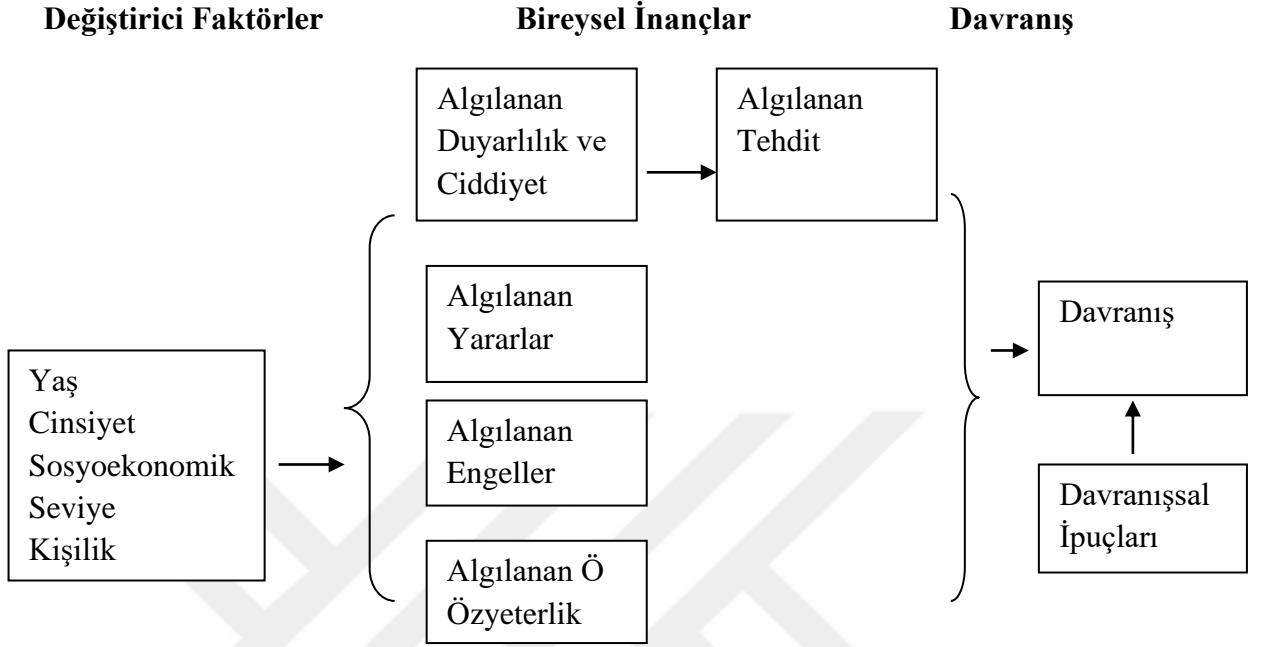
davranışı ele alınmıştır. Sağlık davranışları üzerinde kişilik eğitim, kültür v.b. değiştirilemez, uzak değişkenlerin yanı sıra bireysel tutum değişkenlerinin de önemli rolü olduğunu ileri sürülmektedir (Glanz, Rimer ve Viswanath, 2008). Sağlık davranışının oluşturulmasına dair müdahale programları da klasik klinik psikoloji kuramlarına değil sağlık davranış kuramlarına dayanmaktadır. Bu kuramlar da bireysel, kişilerarası, toplumsal, örgütsel ve sağlık politikaları düzeyinde farklı bakış açılarını içinde barındırmaktadır. Bu tez çalışmasında bu kuramların çatısında yer alan ve sağlık davranış müdahalelerinin en yaygın dayanak olarak aldığı dört bireysel sağlık davranış modelinden aşağıda bahsedilecektir. Ayrıca bu modeller arasında yer alan Planlı Davranış Kuramı (PDK)'nın neden bu tezin çerçevesini oluşturduğu diğer sağlık davranış kuramları ile karşılaştırılarak ele alınacak, ardından PDK bağlamında obeziteye yönelik araştırmalardan bahsedilecektir.

2.9.1. Sağlık İnanç Modeli (SİM)

Sağlık İnanç Modeli sağlık davranışını açıklamak için yaygın olarak kullanılan modellerden biridir. Başlangıçta Hochbaum, Kegels ve Rosenstock tarafından 1950'lerde Amerika'da Halk Sağlığı Servisi'nde "Tüberküloz" ile ilgili geliştirilen tarama programlarının yararının fark edilmesiyle bu programlara katılımdaki azlığın nedenini açıklamak için geliştirilmiş ve programa katılan kişilerin özellikleri belirlenmeye çalışılmıştır.

Model algılanan tehdit, yararlar, engeller ve özyeterlik olmak üzere 4 temel yordayıcının davranışa etki ettiğini savunmaktadır (Hochbaum, 1958, akt. Champion ve Skinner, 2008). Modelin temel varsayımı Şekil 2.1'de gösterilmiştir

Şekil 2.1. Sağlık İnanç Modeli



(Prochaska, Redding ve Evers, 2008)

Algılanan Duyarlılık ve Ciddiyet: Algılanan duyarlılık: kişinin hastalığa yakalanma olasılığına olan inancı; algılanan ciddiyet: kişinin hastalığın nasıl bir hastalık olduğu ve sonuçlarının ciddiyet düzeyine dair algısı olarak tanımlanmaktadır (Champion ve Skinner 2008). Modele göre bu iki yapı “algılanan tehdit” olarak kavramsallaştırılmıştır ve kişi kendini hastalıkla ilgili ne kadar risk altında hisseder ve bu hastalığın sonuçlarını ne kadar ciddi olarak algırsa riskli sağlık davranışını o kadar azaltacak ve koruyucu sağlık davranışını gösterme olasılığı da o kadar artacaktır (Champion ve Skinner, 2008).

Algılanan Yararlar: Kişinin sağlık davranışını gerçekleştirdiği takdirde bunun kendisine sağlayacağı yarara yönelik algısıdır (Rosenstock, 1974). Bir başka deyişle kişinin sağlık davranışının sonucunda elde edilecek yararlarla dair beklentileridir.

Algılanan Engeller: Kişinin sağlık davranışını gerçekleştirmediği takdirde bunun kendisine getireceği zarara yönelik algısıdır (Rosenstock, 1974). Yapılan birçok araştırma algılanan engellerin davranışının en önemli yordayıcısı olduğunu bildirmiştir (Champion ve Skinner, 2008).

Algılanan Özyeterlik: Kişinin sağlık davranışını gerçekleştirmeye yönelik kendine olan inancı olarak tanımlanmaktadır (Prochaska, Redding ve Evers, 2008).

Davranışsal İpuçları: Kişiyi sağlık davranışında bulunmaya teşvik eden dış uyarıcılardır.

Sağlık davranışının ortaya çıkışına en fazla algılanan engel ve yarar arasındaki fark etki etmektedir. Modelin öngörülerine göre algılanan duyarlılık, ciddiyet ve yarar algısı ne kadar fazla olur ve engelin etkisini azaltırsa sağlık davranışının gösterilme olasılığı da o kadar artar (Champion ve Skinner, 2008).

2.9.2. Transteorik Model (TTM)

Prochaska ve DiClemente tarafından 1982’de geliştirilmiştir. TTM, riskli sağlık davranışının değişiminde sürecin önemini vurgulamakta ve farklı evrelerin olduğunu belirtmektedir. İlk olarak sigara bırakma programlarında kullanılan ardından farklı riskli sağlık davranışları ile ilgili alanlara da hızla yayılan TTM, söz konusu riskli sağlık davranışının değişimi için bireyin içinde bulunduğu değişim evresine uygun olan girişimlerin kullanılması gerektiğini savunmaktadır (Prochaska ve Velicer, 1997). TTM’nin değişim evreleri, değişim süreçleri, karar dengesi ve özyeterlik olmak üzere 4 temel yapısı bulunmaktadır.

Değişim Evreleri: Davranış değişiminin gerçekleşmesi için kişinin birtakım evrelerden geçmesi gerekmektedir. İlk üç evre “eylemsizlik” son üç evre “eylem” evresidir. Evreler arasında ileriye gidiş beklenmekle birlikte geriye dönüşler de yaşanabilmektedir (Prochaska, DiClemente ve Norcross, 1992). Bu evreler:

Değişimi Tasarlama Öncesi: Birey, gelecek altı ay içinde davranışını değiştirmeye istekli değildir, problemin çok az farkındadır ya da problemden habersizdir. *Değişimi Tasarlama:* Bireyin gelecek altı ay içinde davranışını değiştirme isteği mevcuttur. *Değişime Hazırlık:* Bireyin gelecek bir ay içerisinde davranışını değiştirme isteği mevcuttur ve davranışın ortaya çıkışıyla ilgili harekete geçmeye başlamıştır. *Değişimi Eyleme Dökme:* Bireyin davranış değişimi altı aydan az bir süredir gerçekleşmiştir. *Değişimi Sürdürme:* Bireyin davranış değişimi altı aydan fazla süredir gerçekleşmiştir. *Değişimin Sonlandırılması:* Bireyin davranış

değişimi tamamen gerçekleştirmiş ve bir daha nüksetme olasılığı yoktur (Prochaska ve Diclemente, 1982).

Değişim Süreçleri: Davranış değişimi için gerekli bilişsel ve davranışsal değişim süreçlerini kapsamaktadır; genel anlamda bilişsel süreçler değişim evrelerinin ilk basamaklarında olan kişiler için; davranışsal süreçler ise eyleme geçiş ve sonrasındaki süreçler için kullanılmaktadır (Özkoca, 2018).

Bahsedilen bilişsel ve davranışsal değişim süreçleri; Farkındalık Arttırma Teknikleri, Kendini Yeniden Değerlendirme, Çevreyi Yeniden Değerlendirme, Sosyal Özgürleşme, Uyarıların Kontrolü, Destekleyici Sosyal İlişkiler, Karşıt Koşullama, Ödüllendirme, Kendiyle Anlaşma olarak sınıflandırılmaktadır (Saime, 2007).

Karar Dengesi: Bireyin davranış değişiminin gerçekleşmesi durumunda davranış değişikliğinin yarar ve zararlarına dair algısı olarak tanımlanmaktadır (Prochaska, Redding ve Evers, 2008). Örneğin, söz konusu davranış sigara bırakma davranışı ise, bu davranışı gerçekleştirmenin yararlarına (daha sağlıklı olma, sigraya harcanan paradan tasarruf etme) ve zararlarına (konsantrasyon güçlükleri, kilo alma) dair beklentilerin kişinin davranış gerçekleştirme motivasyonu üzerinde etkisi olacağı öngörülmektedir. Araştırmalar modelin bir diğer yapısı olan değişim evreleri ile karar dengesi arasında güçlü ilişkiler olduğunu ortaya koymuştur. Tasarlama öncesi evrede bulunanların sağlık davranışı gerçekleştirmenin zararlarına dair inançların daha yüksek olduğu, eylem evresine ilerledikçe bu inançların sıklığında bir standart sapma azalma, yarar inançlarının sıklığında ise yaklaşık yarım standart sapma artış olduğu bulgusu 12 sağlık davranışı için 50'den fazla araştırmada doğrulanmıştır (Prochaska v.d., 1994).

Özyeterlik: Farklı çeldirici durumlara rağmen bireyin riskli sağlık davranışını değiştirebileceğine dair inancı olarak tanımlanmaktadır (Paulson, 2011).

2.9.3. Gerekçelendirilmiş Eylem Kuramı (GEK) ve Planlı Davranış Kuramı

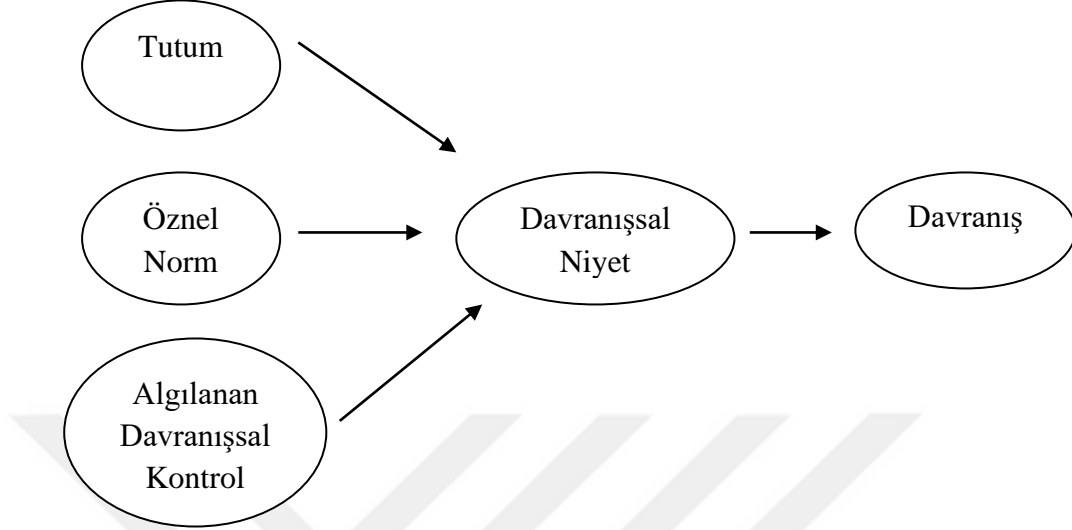
Gerekçelendirilmiş Eylem Kuramı ve Planlı Davranış Kuramı sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesine dair bireyden kaynaklı nedenleri bulmaya

odaklanan beklenti-değer kuramlarıdır. Porter ve Lawler'in (1968) beklenti-değer kuramında, beklenti; bireyin davranışının onu belli bir sonuca ulaştıracağı yönündeki inancı olarak tanımlanmaktadır. Değer, sonuçların birey için önemini ifade etmektedir. Diğer bir ifadeyle, bireyin almayı beklediği sonuç ile aldığı sonucun birbirine yakınlığıdır (Onaran, 1981; akt. Cihangiroğlu ve Şahin, 2010). Önemli olan kişinin aldığı ödül değil, ödülün beklentisini karşılama düzeyidir. Birey bir sonucu elde etmeyi elde etmemeye tercih ediyorsa sonucun değeri olumlu, bunun tersi ise olumsuzdur. Elde edip etmemek birey için fark etmiyorsa, değer nötr olacaktır. Buradan hareketle, bireyin harekete geçme gücü, beklenti ve değerlerin çarpımına eşittir (Cihangiroğlu ve Şahin, 2010).

Fishbein ve Ajzen'in Planlı Davranış Kuramı, araştırmacılar tarafından davranış üzerindeki motivasyonel etkilerin anlaşılması ve tahmin edilmesi amacıyla kullanılmaktadır (Madden, Ellen ve Ajzen, 1992). PDK, sağlık davranışlarının belirleyicilerini anlama ve tahmin etmeye yönelik sosyopsikolojik bir yaklaşım olup, yaygın olarak kullanılan bir tahmin teorisidir (Bulduk, Yurt, Dinçer ve Ardıç, 2015) ve insanların niyetlerini inceleyerek davranışlarının tahmin edilebileceğini öne sürmektedir (Yasak, 2002). İnsanların davranışı gerçekleştirirken (veya gerçekleştirmezken) eylemlerinin örtük veya açık çıkarımlarını düşündüğünü varsaymaktadır. Bilişsel öğelerin davranış üzerinde dolaylı etkisi bulunduğunu savunan kuramın dört temel yapısı bulunmaktadır. Bu yapılar; niyet, tutum, öznel norm ve algılanan davranışsal kontroldür.

GEK, PDK'nin öncülü olmakla birlikte davranış üzerindeki bilişsel ve motivasyonel etkiler ile davranışın öngörülmesini sağlamayı hedeflemektedir. PDK, Ajzen ve Fishbein (1977)'in geliştirdikleri Gerekçelendirilmiş Eylem Kuramı'nın genişletilmiş hali olup GEK'e algılanan davranış kontrol (ADK) bileşeninin dahil edilmesiyle, PDK ortaya çıkmıştır (Bulduk, Yurt, Dinçer ve Ardıç, 2015). PDK'nin içerdiği söz konusu yapılar ve aralarında beklenen ilişkiler Şekil 2.2'de gösterilmiştir.

Şekil 2.2. Planlı Davranış Kuramı Yapıları ve Aralarındaki İlişkiler



Davranış üzerindeki etki kişinin herhangi bir davranışı gerçekleştirme olasılığı olarak tanımlanan niyet aracılığı ile gerçekleşmektedir. Niyet; tutumlar, öznel normlar ve algılanan davranış kontrol yapıları tarafından belirlenmektedir (Ajzen, 1991). Davranışa yönelik tutum, kişi tarafından davranışın olumlu ya da olumsuz değerlendirilmesini ifade eder (Schifter ve Ajzen, 1985). Öznel norm, davranışın gerçekleştirilmesi ya da gerçekleştirilmemesi yönündeki sosyal baskı olarak tanımlanır. Algılanan davranışsal kontrol ise kişilerin ilgilendikleri davranışı gerçekleştirme yönünde algıladıkları kolaylık ya da zorluk olarak tanımlanır (Ajzen, 1991). Bu bileşenler niyet yoluyla davranışı dolaylı olarak etkileyebilir (Yasak, 2002). Genel bir kural olarak, tutum ve öznel norm ne kadar olumlu ve algılanan kontrol ne kadar yüksek olursa, kişinin söz konusu davranışı yerine getirme niyeti daha güçlü olmalıdır (Ajzen, 2006).

Özetle PDK, bir kişinin herhangi bir davranışı gerçekleştirip gerçekleştirilmeyeceğini saptayabilmek için birtakım yapı bilgisine ihtiyaç duymakta olup aşağıda bu yapılardan bahsedilecektir.

Dış Değişkenler

Dış değişkenler; demografik değişkenler, hedefle ilgili yüklemeler, kişilik özellikleri, bireyle ilgili değişkenler olarak gruplandırılmaktadır (Montano ve

Kasprzyk, 2008). Davranışın gerçekleşmesine tutumlar, öznel normlar ve algılanan davranışsal kontrol yapıları katkıda bulunurken dış değişkenlerin bu yapılara olan etkisi göz ardı edilmemelidir. Gerçekleştirilecek davranışa bağlı olarak bazı demografik özellikler belli davranışların gerçekleştirilmesinde tutumlardan daha fazla etkili olabilir. Bununla birlikte PDK’de bu dış değişkenler aynı zamanda sabit ya da değiştirilemez değişkenler olarak ele alınmaktadır. Davranışı belirleme güçleri tutumlar, öznel normlar ve algılanan davranışsal kontrolü içeren iç değişkenlerden daha güçlü olsa dahi PDK’de tanımlanan bu iç değişkenlerin değiştirilebilir özellikte olduğu öne sürülmektedir ve davranış değişim müdahalelerinin asıl hedef de iç değişkenlerdir (Ajzen ve Fishbein, 1980; akt. Montano ve Kasprzyk, 2008). PDK’de davranışa yakınlığı açısından dış değişkenler “uzak”, iç değişkenler ise “yakın” olarak da ifade edilmektedir. Aşağıda iç değişkenlerin kapsamına giren tutumlar, öznel normlar ve ADK’den bahsedilecektir.

Tutumlar

Tutum, kişinin davranışının sonucu ve bu sonucun önemine dair değerlendirmelerin bileşkesinden oluşan inançlar olarak tanımlanmaktadır (Payne, Jones ve Harris, 2004). Kişinin davranışa yönelik tutumunu, gerçekleştirdiği davranışın sonuçlarıyla ilgili beklentileri ve kendisinin sonucu ne kadar önemseydiği belirler (Bulduk, Yurt, Dinçer ve Ardiç, 2015). Bu yüzden tutumların “davranışsal inançlar” ve “davranışın sonuçlarıyla ilgili değerlendirme” olmak üzere iki temel parçası mevcuttur. Davranışsal inançlar, kişinin herhangi bir davranışı gerçekleştirdiği takdirde davranışın sonuçlarıyla ilgili yarar-zarar algısıdır. Davranışın sonuçlarıyla ilgili değerlendirme, davranışın sonucunun ister yayarlı ister zararlı olduğuna inanışın, kişi için ne kadar önemli olduğuna dair algısı olarak tanımlanmaktadır (Montano ve Kasprzyk, 2008).

Tutumlar yapısının ölçümü iki şekilde gerçekleştirilebilir. Bunlardan ilkinde 7’li likert tipi ölçek kullanılır ve yüksek sayı davranışın gerçekleştirilmesinde daha olumlu değerlendirme anlamına gelmektedir. İkincisinde değerlendirme “-3 ve +3” arasındaki puanlarla sağlanmaktadır. Olumsuz değerlendirmeler negatif sayılarla, olumlu değerlendirmeler pozitif sayılarla ifade edilir. Sıfır değeri ise nötr tutumlara

işaret etmektedir. Tutumlar yapısının puanlaması, davranışsal inançlar (Dİ) ve sonuç değerlendirmelerine (SD) verilen puanların çarpımının, inanç sayısına oranıyla elde edilmektedir (Haktanır, 2011).

$$\text{Tutum} = \alpha \sum_{i=1}^n \text{Dİ} \text{ SD}$$

Tutum: Kişinin ilgilendiği davranışı gerçekleştirmesine ilişkin tutumu

Dİ: Bireyin gerçekleştireceği davranışın neden olacağı sonuçlarla ilgili inançları

SD: Bireyin sonuçlarla ilgili değerlendirmesi

n: Belirtilmiş inançların sayısı (Haktanır, 2011)

Ancak Paisley ve Spark (1998) tarafından, kişilerin birtakım davranışlar konusunda pozitif tutumlara sahip olsalar da bu davranışı gerçekleştirmeleri gerektiği anlamına gelmediği ve davranışın gerçekleşmesinin iki duruma bağlı olduğu öne sürülmüştür. Kişi için davranışın kar-zarar dengesi değerlendirilirken yarar ne kadar ağır basıyorsa ve davranışın sonucunun değeri kişi için ne kadar yüksekse davranışın gerçekleşme ihtimali de o kadar artmaktadır (Payne, Jones ve Harris, 2004).

Öznel Normlar

Öznel norm; kişinin söz konusu davranışı gerçekleştirme durumuna yönelik kendisine uygulanan sosyal baskıya dair algısı olarak tanımlanmaktadır (Ajzen, 1985). Kişinin kendisi için önemli olan diğer kişilerin inançlarını ve o inançlara ilişkin güdüsünü içerir (Yasak, 2002).

Öznel normun, normatif inançlar ve uyum motivasyonu olmak üzere iki yapısı mevcuttur. Normatif inançlar; kişi için önemli olan bireylerin, kişinin davranışının gerçekleşmesine yönelik düşünceleriyle ilgili algısıdır (Payne, Jones ve Harris, 2004). Uyum motivasyonu ise birey için davranışın gerçekleştirilmesine

yönelik çevredeki insanların düşüncelerinin önemi olarak tanımlanmaktadır (Ajzen, 1985).

Öznel normlar yapısının puanlaması; normatif inançlar (Nİ) ve uyum motivasyonuna (UM) verilen puanların çarpımının öznel normların sayısına oranıyla elde edilmektedir.

$$n \\ \text{Öznel Normlar} \propto \sum_{i=1} Nİ \cdot UM$$

Öznel Normlar: Bireyin gerçekleştireceği davranışla ilgili öznel normları

Nİ: Bireyin normatif inançları

UM: Bireyin uyum motivasyonu

n: Belirtilmiş öznel normların sayısı (Haktanır, 2011)

Algılanan Davranışsal Kontrol

ADK, kişinin davranışı kolay ya da zor olarak algılama biçimi olarak tanımlanmakta ve geçmiş deneyimleri yansıtmaktadır. Kişi, istenen davranışı kolaylıkla yapılabilir olarak algılıyorsa davranışı gerçekleştirme olasılığı artacak, zor olarak algılıyor ise gerçekleştirme olasılığı azalacaktır (Yasak, 2002).

Ajzen'in (1991) ADK yapısı ile Bandura'nın özyeterlik inançları yapıları birbirleri ile benzer olarak düşünülmekte olup literatürde bu konuda birtakım tartışmalar mevcuttur. Ancak bu iki kavram birbirinden ayrı tutulmaktadır. İki yapıdan biri içsel (özyeterlik) diğeri ise dışsal faktörlerle (ADK) ilişkilidir. Bandura (1997) öz yeterliliği, bireyin belli bir performansı gerçekleştirme gücüne ilişkin kendi yargısı olarak tanımlamaktadır. ADK ise birçok dış faktörün (kolaylaştırıcı ve çeldiriciler) kişinin davranışı gerçekleştirmesine olan etkisine yönelik algısı olarak tanımlanır (Armitage ve Conner, 1999). Özyeterliğin davranışsal niyeti, ADK'nin ise davranışı daha fazla yordayacağına dair hipotezler öne sürülmüştür. Bu hipotezi

destekleyen (Terry ve O'Leary, 1995) ve desteklemeyen araştırma bulguları mevcuttur (Povey ve Conner, 2000).

ADK'nin kontrol inançları ve algılanan güç olmak üzere iki parçası bulunmaktadır. Kontrol inançları, bireyin davranışın gerçekleşmesine yönelik çeldirici (diyet yaparken evinin alt katında pastane bulunması) ve kolaylaştırıcılar (mamografi çekimi için evinin yakınına ücretsiz gezici aracın gelmiş olması) gibi dışta olduğu varsayılan faktörlere yönelik algısıdır. Algılanan güç, bireyin dışta olduğu varsayılan faktörlerin davranışı gerçekleştirmesindeki etkisine yönelik algısıdır.

ADK yapısının puanlaması, kontrol inançları (Kİ) ve algılanan güce (AG) verilen puanların çarpımının inanç sayısına oranıyla elde edilmektedir.

$$ADK = \frac{\sum_{i=1}^n Kİ_i \cdot AG_i}{n}$$

Kİ: Bireyin kontrol inançları

AG: Bireyin algıladığı gücü

n: Belirtilmiş algılanan davranışsal kontrol inançlarının sayısı (Haktanır, 2011)

Birtakım araştırmacılar algılanan davranışsal kontrolün davranış üzerinde niyet aracılığıyla dolaylı olarak etkisi olmasının yanı sıra doğrudan da davranışı etkileyebildiğini çünkü bazı davranışların önünde istemli kontrolün yanı sıra kişinin iradesi dışında kalan farklı zorlukların da söz konusu olabileceğini savunmaktadır (Ajzen, 2006).

Niyet

Niyet, davranışın en yakın ve yukarıda bahsedilen yapılara kıyasla en güçlü belirleyicisi olarak görülmekte ve kişinin davranışı gerçekleştirme ya da gerçekleştirme konusunda motivasyonunu göstermektedir (Ajzen, 1991). Niyet

ile gerçek davranış arasında mükemmel bir ilişki olmamasına rağmen niyet, davranışın en yakın ve en güçlü ölçümü olarak kullanılmaktadır. Modelde yer alan niyet yapısı PDK'yi diğer modellerden ayıran en önemli özelliğidir (Bulduk, Yurt, Dinçer ve Ardiç, 2015). Bu bağlamda niyet, yordayıcılar ve davranış arasında aracı bir rol oynamaktadır (Ajzen, 2006).

Davranış

Davranışın gerçekleşmesi dört temel kritere bağlıdır. Bunlardan birincisi, kişinin davranışı gerçekleştirme niyetinin olması; ikincisi, davranışın gerçekleşmesi için önünde çok fazla zorlaştırıcı çevresel engelin olmaması; üçüncüsü, davranışın daha önce gerçekleşmiş olması; dördüncüsü ise davranışın iyi tanımlanmış olmasıdır (Jaccard, Dodge ve Dittus, 2002; Triandis, 1980; Becker, 1974; akt. Montano ve Kasprzyk, 2008).

Davranış tanımlanırken; amaç, eylem, bağlam ve zaman elementleri ile açıklanmaktadır. Modelde ilişkilerin görülebilmesi için temel bileşenlerin ve davranışın net şekilde tanımlanması gerekmektedir. Bu yüzden davranış tanımlanırken elementlerinin spesifik ve genel anlamda belirtiliyor olması önem taşımaktadır (Ajzen, 2006). Örneğin: “Zayıflamak amacıyla önümüzdeki ay her gün en az 30 dakika boyunca, fitness merkezinde, koşu bandı üzerinde yürümek” davranışında amaç, zayıflamayı; zaman, davranışın ne zaman gerçekleşeceğini bildirir (önümüzdeki ay her gün); bağlam, davranışın gerçekleşeceği yeri (fitness merkezi); eylem, gerçekleştirilecek olan davranışı (yürümek) temsil etmektedir. Örnekte belirtildiği gibi yapıların ilgili davranışa uygun şekilde tanımlanması gerekmektedir.

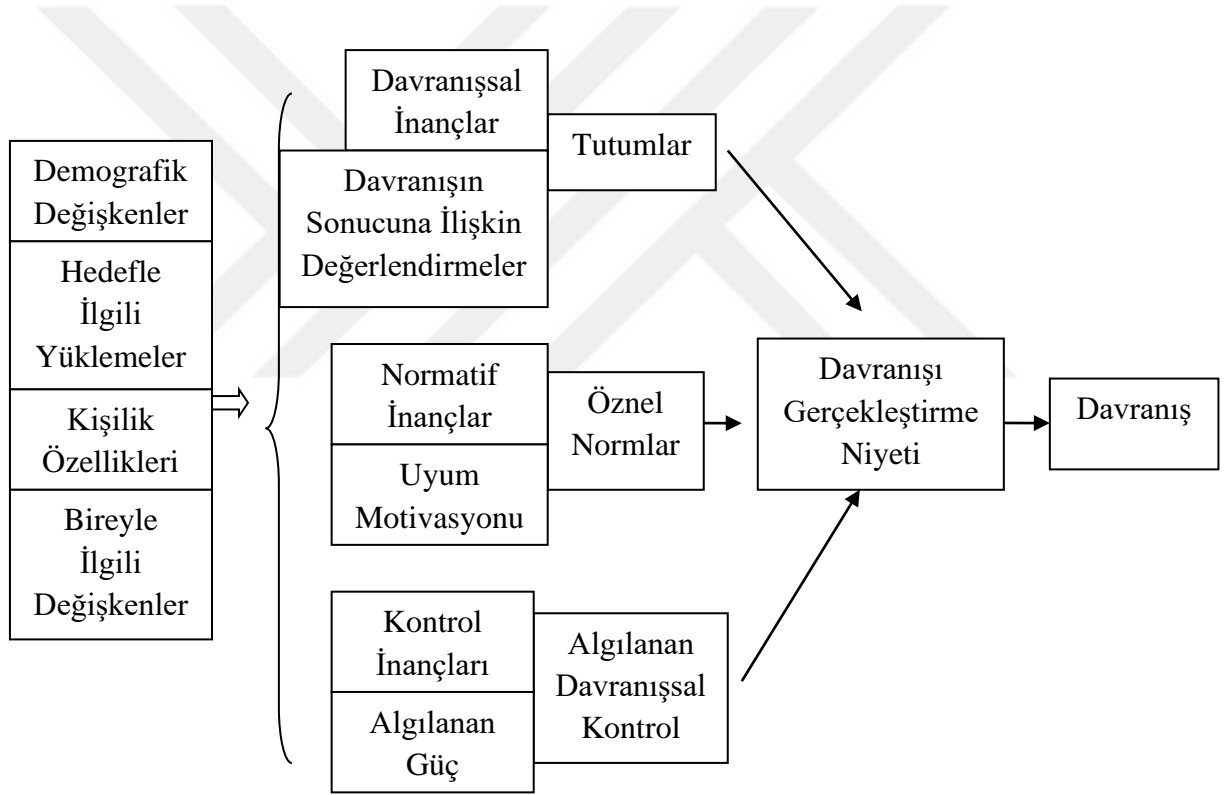
Davranış Sonuçları

Sağlık davranış modellerinde, sağlık davranışının gelişmesi ve hastalık davranışının azalması sonucunda genel olarak kişinin sağlığının gelişmesi ya da hastalıktan korunmasını sağlayıcı somut sonuçların elde edilmesi beklenmektedir (Glanz, Rimer ve Viswanath, 2008). Örneğin: sigara içme davranışının sonucu kanser veya akciğer hastalıkları gibi bir sağlık durumu olabilirken bu tez kapsamında

ele alınacak olan diyet uyumu davranışının sonucu ise kilo değişimidir. Bu sebeple “davranışın sonucu” her ne kadar PDK kapsamında yer almasa da herhangi bir müdahale çalışmasında sadece davranışın yordayıcılarını değil, sonucunu da ölçmek önemli olduğundan araştırmamızda ölçüm aracına bu yapıyı ölçümleyen maddeler de eklenmiştir.

Bu bağlamda PDK'nin yukarıda bahsedilen yapılar arasında öngördüğü ilişkiler Şekil 2.3'te sunulmuştur.

Şekil 2.3. Planlı Davranış Kuramı



(Montano ve Kasprzyk, 2008)

PDK'ye göre bu yapıların niyet ve davranış ile olan ilişkileri hedef alınan sağlık davranışına, davranışın kimler tarafından gerçekleştirileceğine göre farklılık gösterebilir. Örneğin: bir davranış için öznel normların davranış üzerindeki etkisi niyet aracılığı ile diğer yapılara göre daha fazla olabilirken, aynı ilişki cinsiyet, sosyoekonomik seviye v.b. dış değişkenlere veya hedef davranışa göre farklılık gösterebilir. Dolayısıyla modelin amacı, değişkenler arasında mutlak ve değişmez

ilişki normları tanımlamak değildir. Bunun yerine hangi grupta hangi bileşeni hedef alacak bir müdahalenin geliştirilmesi gerekliliği konusunda bir kılavuz ortaya koyabilmek, davranışa ve dış değişkenlere göre özelleştirilmiş ve bu sayede etkinliği artmış müdahale programları geliştirebilmektir. Bu bağlamda modelin tek bir davranış için dahi farklı gruplar için tutum, öznel norm ya da algılanan davranışsal kontrol yapılarının etkisi değişebileceğinden, o gruba özel maddeleri içeren ölçeklerle ölçme esnekliği söz konusudur. Bu bağlamda model müdahale programı oluşturmayı da aşamalandırmaktadır:

- ✓ İlgili grupta davranışa yönelik ilgili tutum, öznel norm ve algılanan davranışsal kontrol inançlarının neler olabileceğine dair odak görüşmeler yapılması,
- ✓ Bu odak görüşmelere göre ölçüm araçlarının geliştirilmesi,
- ✓ Geliştirilen ölçüm araçlarının psikometrik özelliklerinin sınanması,
- ✓ Kabul edilebilir düzeyde psikometrik özellikler taşıdığı kanıtlanan bu araçlar kullanılarak ayrı bir temsil edici örnekleme ilgili davranışın ve davranışın en yakın belirleyicisi olan niyetin en güçlü yordayıcılarının belirlenmesi,
- ✓ Belirlenen en güçlü yordayıcıları hedef alan müdahale programlarının geliştirilmesi,
- ✓ Müdahalelerin uygulanması ve etkinliklerinin sınanması şeklindedir (Prochaska, Redding ve Evers, 2008).

Özetlemek gerekirse PDK, kişinin üzerindeki etkilere bağlı olarak belli bir davranışı yapmaya karar verme sürecini açıklamaya çalışır. Bir sağlık davranışının yerine getirilmesi için kişinin sağlığına önem veriyor olması; yaşam tarzının sağlığı için bir tehdit oluşturduğuna, yeni davranışın sağlığı üzerindeki tehdidi azaltacağına ve kendisinin o davranışı yapma yetkinliğinin olduğuna inanması gereklidir (Yüksel, 2014). İnançlar, PDK'de önemli bir yer tutmaktadır. Davranışsal tutumun, öznel normların ve davranışsal kontrol algılarının bilişsel ve duygusal sağlık davranışının temellerini sağladıkları varsayılır. İnançlar ölçülerek kuramsal olarak, bilişsel yapının temeline dair kavrayış kazanılabilir ve buna bağlı olarak da müdahale programları geliştirilebilir (Ajzen, 2006).

2.9.4. PDK ve Diğer Sağlık Davranış Modelleri

Yukarıda bahsedilmiş olan sağlık davranış modelleriyle ilgili birtakım eleştiriler mevcuttur. SİM, model içerisinde çok fazla kavramsal yapının olması ve kavramlar arasındaki ilişkiyi net olarak ortaya koymaması; sosyal, ilişkisel ve duygusal bileşenlerin inançlarına dair herhangi bir yapıyı içerisinde barındırmıyor olması, yapıların kişi için değerini ölçmüyor olması ve davranışı gerçekleştirme niyetine ilişkin bir yapısının olmaması nedeniyle eleştirilmektedir. TTM ise, değişim evrelerini süre ile net çizgiler koyarak ayırıyor olması, SİM gibi sosyal, ilişkisel ve duygusal bileşenlerin inançlarına dair herhangi bir yapıyı içerisinde barındırmıyor olması ve davranışı gerçekleştirme niyetine ilişkin bir yapısının olmaması nedeniyle eleştirilmektedir. Beklenti-değer modeli olan PDK ise sadece beklentileri değil beklentilerin sonuçlarına dair değerlendirmeleri de (örneğin: tutumların davranışsal inançlar ve davranışın sonucuna ilişkin değerlendirmeler olarak iki başlık altında ölçülüyor olması) kapsamına almaktadır. Buna ek olarak diğer kuramların açıkça vurgulamadığı bileşenlerden öznel normları da içermektedir. PDK'nin en önemli bileşeni olan ve davranışın en yakın yordayıcısı olarak kabul edilen niyet aslında TTM'de değişim motivasyonu ile örtüşmekte ve dolayısı ile evre modellerini de içermektedir (Glanz, Rimer ve Viswanath, 2008).

2.9.5. Diyet Uyum Davranışı ile İlgili PDK Temelli Gerçekleştirilmiş Araştırmalar

Literatürde PDK; kilo kaybı, sağlıklı beslenme, egzersiz yapma, sigarayı bırakma, güneşten korunma, mamografi çekirme ve HIV risk davranışlarını kapsayan sağlıkla ilgili birçok davranışa uygulanmıştır (Bulduk, Yurt, Dinçer ve Ardıç, 2015). Örneğin Godin and Kok (1996) yeme, egzersiz ve kondom kullanımı gibi sağlıkla ilişkili davranışlarda PDK bileşenlerinin niyeti, niyetin de davranışın önemli bir kısmını yordadığını göstermiştir. Fishbein gerçekleştirilecek olan davranışa bağlı olarak etkin olan yordayıcının değişebileceğine vurgu yapmış; kolonoskopi çekirmede tutum ve algılanan davranışsal kontrolün yordayıcılığını, egzersiz ve diyet davranışında ise öznel normların yordayıcılığını daha yüksek olarak bulgulamıştır (Fishbein ve Ajzen, 1975; akt. Ajzen, 1985).

Diyet ve diyete uyum davranışını açıklamak için PDK baz alınarak oluşturulmuş birtakım çalışmalar mevcuttur. Diyete uyum davranışı ile ilgili PDK temelli gerçekleştirilmiş araştırmalara geçmeden önce “diyete uyum” ve “diyet davranışı” kavramları arasındaki farka değinmenin faydalı olabileceği düşünülmüştür. Diyete uyum; özellikle belli bir beslenme rejim protokolüne bağlı olarak ve belli bir hedef doğrultusunda (diyabet kontrolü, kilo kaybı, sağlığı koruma vb.) oluşturulan diyet programına sadık kalabilme davranışı olarak tanımlanabilir. Ancak diyet davranışı; daha kapsamlı bir davranış olup sağlıklı beslenme veya riskli beslenme kapsamına giren tüm davranışlar olarak ele alınabilir. Bu tezin kapsamındaki davranış ise diyete uyum davranışıdır. Literatürde diyet davranışını açıklamak için yapılan araştırmalarda konu edinilen davranışlar ise; kanser hastalarında, yaşlı insanlarda, lise öğrencilerinde düşük kalorili diyet yiyeceklerini tüketme (Armitage ve Conner, 1999), kilo kaybı programında egzersiz ve diyet davranışıdır (Rodgers ve Brawley, 1993; akt. Povey ve Conner, 2000). Bu çalışmaların çoğunluğunda davranışı gerçekleştirme niyeti ve algılanan davranışsal kontrol yapılarının diyet davranışını anlamlı derecede yordadığı bulgulanmıştır. Buna ek olarak algılanan davranışsal kontrolden sonra tutumlar ve sonrasında da öznel normlar yapısının davranışı gerçekleştirme niyetini yordadığı gözlemlenmiştir (Povey ve Conner, 2000). Diyete uyum davranışıyla ilgili PDK temelli çalışmalar belli yiyeceklerin yenmesi, yüksek kalorili yiyeceklerin tüketilmemesi konusunda yapılan araştırmalar, genel anlamda tutumları niyetin en önemli yordayıcısı, öznel normları ise nadiren katkıda bulunan yordayıcı olarak bulgulanmışlardır (Armitage ve Conner, 1999; Paisley ve Sparks, 1998; Povey ve Conner, 2000). Armitage ve Conner’ın (2001) metaanaliz çalışmasında 185 araştırma incelenmiştir. Tutumlar, öznel normlar ve algılanan davranışsal kontrol yapıları niyeti ortalama olarak %27-39 varyans aralığında açıklamıştır. Bu üç yordayıcı ve niyet arasında .34 ve .49 arasında ilişki bulunmuş, en az ilişki gösteren bileşenin ise yukarıda belirtildiği gibi öznel normlar olduğu saptanmıştır. Algılanan davranışsal kontrolün davranış üzerindeki doğrudan ve dolaylı etkisi incelenmiş ve niyete ek olarak davranışı %2 oranında yordadığı, niyeti ise diğer iki yordayıcıya ek olarak %6 oranında yordadığı bulgulanmıştır. Payne, Jones ve Harris (2004) de sağlıklı beslenme niyetini PDK bileşenlerinden en fazla tutumların yordadığını bulgulanmıştır. Nejad Wertheim ve

Greenwood'un (2004) yapmış oldukları çalışmada perhiz ve diyet davranışını SİM ve PDK karşılaştırılarak açıklamayı amaçlamaktadır. Niyet "öznel normlar" hariç tüm yapılarla ilişkili olarak bulgulanmış en önemli yordayıcısının da "doğrudan tutum"lar ardında "dolaylı ADK" olduğu gözlemlenmiştir. Povey ve Conner (2000) ise PDK bileşenlerinin (öznel normlar hariç) düşük kalorili diyet niyetini %64 yordadığı, algılanan ihtiyaç bileşeninin de ek olarak niyeti %6 oranında yordadığı; sebze ve meyve tüketim niyetini ise PDK bileşenlerinin tümünün yordama gücünün %57 olduğu buna ek olarak algılanan ihtiyacın %11'lik bir yordayıcı güce sahip olduğu bulgulanmıştır. Başka bir çalışmada ise protein ağırlıklı beslenme; sebze, meyve tüketiminin arttırılması; şekerli yiyeceklerden, içeceklerden ve hazır yiyeceklerin tüketiminde kaçınma; her gün 30 dakika egzersiz yapma davranışları PDK temelli incelenmiştir. Araştırmaya 136 kişi katılmış ve tutumlar tüm davranışlar için niyetin yordayıcısı olarak bulgulanmış; öznel normlar ise şekerli yiyeceklerden kaçınma hariç herhangi bir davranışın niyetini anlamlı düzeyde yordayamamıştır. Ancak davranışsal niyetin davranışı düşük düzeyde yordadığı bulgulanmıştır. Bu bulgu sonucunda niyete etki edebilecek farklı yordayıcıların dahil edilmesi önerisinde bulunulmuştur (Persaud, 2019).

Wu ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında ise PDK yapılarının düşük sodyum diyetini açıklama düzeyine bakılmış diyet katılımda öznel normların önemli yeri olduğu bildirilmiştir. Baker, Brownell ve Little (2003) tarafından gençlerde diyet, sağlıklı yemek yeme ve aktivite (spor) yapma davranışını PDK yapılarıyla açıklamayı hedeflenmiş; öznel normların (akran desteği aile desteğinden daha önemli) niyeti doğrudan etkilemediği ancak tutumlar üzerinden dolaylı etkisinin olduğu bulgulanmıştır.

PDK ve diyet programları konu edinilerek birtakım boylamsal çalışmalar da gerçekleştirilmiştir. Deborah, Schifter ve Ajzen'in (1985) yapmış olduğu çalışmada, 6 haftalık bir periyodun başlangıç ve sonunda ölçüm yapılmıştır. Kilo kaybı ile sonuçlanan diyet davranışında tutumlar, öznel normlar ve algılanan davranışsal kontrolün niyet aracılığıyla davranış üzerinde etkisi bulgulanmıştır. Davranış üzerinde niyetle birlikte algılanan davranışsal kontrol ve bu iki yapının etkileşiminin de etkisine bakılmış, ADK ve etkileşim yapılarının kilo verme davranışı üzerindeki

etkisi niyeti gölgede bırakmıştır. Gardner ve Hausenblas (2004), dört haftalık kilo verme programında yer alan obez kadınlarla diyet ve egzersiz davranışını açıklamaya yönelik PDK değişkenlerinin kullanıldığı bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar bir ay boyunca haftada üç gün egzersiz ve düşük kalorili diyet programına tabi tutulmuşlardır. Bir aylık programın başlangıcında ve sonunda ölçüm gerçekleştirilmiş olup kişilerin beden kitle indekslerinde ve beden yağ oranlarında düşüş meydana geldiği gözlemlenmiştir. Araştırma sonucunda niyetin, diyet ve kilo kaybında tek yordayıcı olduğu gözlemlenmiş ancak PDK değişkenlerinin niyeti yordamadığı bulgulanmıştır.

Hackman'ın (2014) yapmış olduğu bir başka çalışmada ise ergenlerde PDK bazlı gerçekleştirilen diyet davranışına ilişkin dokuz ayrı müdahale programı gözden geçirilmiş ve diyet davranışlarını değiştirmek için en uygun PDK ve GEK bileşenlerini ve bu bileşenlerin ölçüm yöntemlerini belirlemek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu sonucuna varılmıştır. Bu bağlamda bu tez çalışması da literatürde PDK ekseninde az sayıda araştırmada ele alınmış olan diyet uyum davranışını ve bu davranışın PDK temelli yordayıcılarını değerlendirmeyi hedefleyen bir diyet uyum davranışı bataryasını geliştirmeyi hedeflemektedir. Türkiye'de bu amaçla geliştirilmiş bir ölçüm aracı olmadığından bu çalışma ile Türkiye'de PDK temelli araştırmalarda da kullanılabilir ya da temel alınabilecek geçerli ve güvenilir bir aracı literatüre kazandırmak hedeflenmektedir. Aynı zamanda bu batarya aracılığı ile obezitesi olanlarda hatta diyet yapma gerekliliği olan klinik gruplarda diyet uyumunu yordayan bileşenlerin keşfedilmesi ve buna uygun müdahaleler geliştirilmesi konusuna katkı sunması umulmaktadır. Bir sonraki bölümde bu amacın dayanakları ve bu amaç doğrultusunda geliştirilmiş olan hipotezler sunulacaktır.

Amaç ve Hipotezler

Obez olan ya da kronik bir hastalığı bulunup diyet yapması gereken kişilerin diyet programına başlamakta ve devam etmekte güçlük çektiklerine dair bulgular literatürde sunulmuştur. Diyet uyumu aynı zamanda bir sağlık davranışı olup bu uyumda rol oynayan faktörlerin sağlık davranış kuramları çerçevesinde incelenmesinin önemi de yine literatür bölümünde vurgulanmıştır. Bu doğrultuda bu araştırmanın temel amacı; sağlık davranış kuramlarından “Planlı Davranış Kuramı” çerçevesinde diyet programına başlamaya ve programı sürdürmeye etki eden söz konusu psikososyal süreçleri incelemektir. PDK literatür bölümünde de bahsedildiği gibi “tutumlar, öznel normlar, algılanan davranışsal kontrol, niyet ve davranış” yapılarından oluşmaktadır. Dolayısıyla her bir yapıyı ölçen ölçüm aracı/araçları gerekmektedir. Türkiye’de diyet uyum davranışının psikososyal yordayıcılarını “Sağlık Psikolojisi”nde başvurulan kuramlardan olan “Planlı Davranış Kuramı” çerçevesinde ölçen bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Bu bağlamda Baker, Brownell ve Little (2003) ve Nejad, Wertheim ve Greenwood’un (2004) diyet uyumu ve kilo kaybı davranışına yönelik PDK çerçevesinde geliştirmiş oldukları ölçek maddelerinden yararlanılarak yeni bir batarya oluşturulması hedeflenmiştir. Bu doğrultuda “Planlı Davranış Kuramı Diyet Uyum Bataryası (PDKDUB)” ismi verilen bataryada PDK öngörülerini doğrultusunda her bir yapıyı doğrudan ve dolaylı olarak ölçen ikisi endeks toplam 13 ölçek geliştirilmiştir. Araştırmanın ilk aşamasında geliştirilmiş olan her ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının gerçekleştirilmesi planlanmış, psikometrik özellikleri sınanmış ve ardından bataryanın bileşenlerinin PDK’nin öngörülerini ne denli desteklediğinin araştırılması hedeflenmiştir. Bu doğrultuda:

Hipotez 1:

- a. PDKDUB’de yer alan her bir ölçümü değerlendirmek için geliştirilen tüm ölçeklerin madde analizi kapsamında madde-toplam puan korelasyonları .20 ve üstünde olacaktır.
- b. Geçerlik bağlamında her bir ölçek tek faktörlü bir yapı gösterecektir.
- c. Her bir ölçeğin gösterdiği yapıların iç tutarlılığı yüksek olacaktır (>.70)

- d. Her bir ölçeğin aynı ya da benzer yapıyı ölçen ölçeklerle de ilişkisi anlamlı olacaktır.

PDK'de yapılar doğrudan ölçümlenebildiği gibi dolaylı olarak da ölçümlenebilmektedir. PDKDUB'de de tutumlar ve niyet bileşeni hem doğrudan hem dolaylı şekilde ölçümlenmiştir. Modelde dolaylı ölçümler kuramın bel kemiğini oluşturmakta olup doğrudan ölçümler sadece modelin sınamasını içermektedir. PDK'de dolaylı ölçümlerin iki sebeple önemli olduğuna dikkat çekilmektedir. Bunlardan birincisi: dolaylı ölçümler, doğrudan ölçümlerle güçlü ilişki içerisinde olmalıdır. İkincisi: doğrudan ölçümler niyet ve davranışla dolaylı ölçüme kıyasla daha güçlü ilişki içerisinde olmasından kaynaklı önem arz etmektedir (Glanz, Rimer ve Viswanath, 2008). Bu bağlamda;

Hipotez 2:

- a. PDKDUB'de yer alan tutumların doğrudan ölçümünün niyet ile olan ilişkisi bu yapının dolaylı ölçümünün niyet ile olan ilişkisinden güçlü olacaktır.
- b. Niyetin doğrudan ölçümünün davranış ile olan ilişkisi niyetin dolaylı ölçümünün davranış ile olan ilişkisinden daha güçlü olacaktır.

Psikometrik özellikleri sınanmış olan bu ölçeklerin geçerlik ve güvenilirliği kanıtlandıktan sonra bataryada yer alan yapıların öngörülleri ne derece desteklediği PDK'nin model sınaması kapsamında incelenmesi hedeflenmiştir. PDK tarafından tutumlar ve öznel normların dolaylı ölçümlerinin, davranış niyetin dolaylı ölçümü aracılığıyla yordayacağı öngörülmektedir. Literatür, ADK ve özyeterlik yapılarının bir ya da iki madde ile doğrudan ölçümlenebildiğinden bahsetmekte olup (Leganger, Kraft ve Roysamb, 1999) bataryamızda bu iki yapıda tek madde ile doğrudan ölçümlenmekte, dolaylı ölçümü bulunmamaktadır. Bu yüzden bu yapıların doğrudan ölçümlerinin, davranış niyetin dolaylı ölçümü aracılığıyla yordayacağı öngörülmektedir. Geçerliğinin sınaması amacıyla modelin öngörülleri kapsamında niyetin dolaylı ölçümü de dahil tüm bileşenlerin davranış anlamlı derece yordaması beklenmektedir. Bu bağlamda:

Hipotez 3:

- a. Tutumların dolaylı ölçümü, davranışsal niyeti anlamlı düzeyde yordayacaktır.
- b. Öznel normların dolaylı ölçümü, davranışsal niyeti anlamlı düzeyde yordayacaktır.
- c. Algılanan davranışsal kontrol ve özyeterlik, davranışsal niyeti anlamlı düzeyde yordayacaktır.

Hipotez 4:

- a. Tutumların dolaylı ölçümü, davranışı anlamlı derecede yordayacaktır.
- b. Öznel normların dolaylı ölçümü, davranışı anlamlı derecede yordayacaktır.
- c. Algılanan davranışsal kontrol ve özyeterlik, davranışı anlamlı derecede yordayacaktır.
- d. Niyetin dolaylı ölçümü, davranışı anlamlı derecede yordayacaktır.
- e. PDK'nin tutum, öznel norm, algılanan davranışsal kontrol ve niyet olmak üzere 4 yordayıcı yapısı arasında davranışın en güçlü yordayıcısı niyetin dolaylı ölçümü olacaktır.

Hipotez 5:

- a. Tutumların dolaylı ölçümü ile davranış arasındaki ilişkide niyetin dolaylı ölçümü aracı etkiye sahip olacaktır.
- b. Öznel normların dolaylı ölçümü ile davranış arasındaki ilişkide niyetin dolaylı ölçümü aracı etkiye sahip olacaktır.
- c. Algılanan davranışsal kontrol ile davranış arasındaki ilişkide niyetin dolaylı ölçümü aracı etkiye sahip olacaktır.

Hipotez 6:

- a. Niyetin dolaylı ölçümü ile davranış sonuçları 1. maddesi (kilo alma) arasındaki ilişkide sağlık davranışı aracı etkiye sahip olacaktır.
- b. Niyetin dolaylı ölçümü ile davranış sonuçları 2. maddesi (kilo verme) arasındaki ilişkide sağlık davranışı aracı etkiye sahip olacaktır.

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. KATILIMCILAR

Araştırmada İstanbul Üniversitesi (İÜ) Edebiyat Fakültesi ve İstanbul Kültür Üniversitesi (İKÜ) Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümünde lisans düzeyinde eğitim görmekte olan öğrencilerden 303 katılımcı yer almıştır. Tüm BKİ kategorilerindeki öğrenciler araştırmaya dahil edilmiştir.

İçleme Kriterleri;

- 18-65 yaş arası,
- Sorulan soruları anlayabilecek, ölçek ve formları okuyup algılayabilecek derecede mental beceriye sahip olup araştırmaya katılmaya gönüllü kişiler örnekleme dahil edilmiştir.

Öğrenci grubunda ilgili içleme ve dışlama kriterleri doğrultusunda araştırmaya katılanların %16,8'i erkek (n=51), %83,2'si kadın (n=252); %69,3'ü lise mezunu (n=210), %27,4'ü üniversite mezunu (n=83), %3,3'ü yüksek lisans mezunudur (n=10). İlgili bulgular Tablo 3.1'de gösterilmiştir.

Tablo 3.1. Öğrenci Grubunun Cinsiyet ve Eğitim Durumuna Göre Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri

Değişkenler		Frekans	Yüzde %
Cinsiyet	Kadın	252	83,2
	Erkek	51	16,8
Eğitim	Lise	210	69,3
	Üniversite	83	27,4
	Yüksek Lisans	10	3,3
Toplam		303	100,0

Tablo 3.2. Öğrenci Grubunun Yaş, Kilo, Boy Ortalamaları ve Standart Sapmaları (n=303)

	Ortalama (medyan d.)	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Yaş	21,0	4,77	18	59
Kilo	60,0	13,26	42	106
Boy (metre)	1,65	,07	1,50	1,93

Grubun %2,3'ü (n=7) orta zayıf (BKİ aralığı: 16.00-16.99), %8,6'sı (n=26) hafif zayıf (BKİ aralığı: 17.00-18.49), %69'u (n=209) normal (BKİ aralığı: 18.50-24.99), %14,5'i (n=44) fazla kilolu (BKİ aralığı: 25.00-29.99), %5'i (n=15) birinci derece obez (BKİ aralığı: 30.00-34.99), %0,7'si (n=2) ikinci derece obezdir (BKİ aralığı: 35.00-39.99). İlgili bulgular Tablo 3.3'de sunulmuştur.

Tablo 3.3. Öğrenci Grubunun Beden Kitle İndekslerine Göre Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri

BKİ	Frekans	Yüzde %
Orta Zayıf	7	2,3
Hafif Zayıf	26	8,6
Normal	209	69,0
Fazla Kilolu	44	14,5
Birinci Derece Obez	15	5,0
İkinci Derece Obez	2	,7

Toplam	303	100,0
---------------	-----	-------

Katılımcılardan obez olan öğrenci grubunun %35,3'ünün (n=6) düşük (aylık geliri 0-1603 tl arası); %58,8'inin (n=10) orta (aylık geliri 1604-5200 tl arası); %5,9'unun (n=1) yüksek (aylık geliri 5201-10.000 tl arası) sosyoekonomik seviyede olduğu bulunmuştur. İlgili bulgular tablo 3.4'de gösterilmiştir. Yine aynı grubun %23,5'inin (n=4) fiziksel hastalığının olduğu, %35,3'ünün (n=6) ailesinin fiziksel hastalığa sahip olduğu, %11,8'inin (n=2) hem kendisinin hem de ailesinin psikiyatrik rahatsızlığının olduğu, %35,3'ünün (n=6) psikiyatrik ya da fiziksel hastalığı nedeniyle ilaç kullandığı ve hepsinin hayatından en az bir kez diyet yaptığı bulunmuştur. İlgili bulgular tablo 3.5'te gösterilmiştir.

Tablo 3.4. Obez Öğrenci Grubunun Sosyoekonomik Seviye Göre Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri

Değişkenler	Frekans	Yüzde %	
	Düşük	6	35,3
Sosyoekonomik Seviye	Orta	10	58,8
	Yüksek	1	5,9
Toplam		17	100

Tablo 3.5. Obez Öğrenci Grubunun Fiziksel Hastalık, Ailede Fiziksel Hastalık, Psikiyatrik Hastalık, Ailede Psikiyatrik Hastalık ve Diyet Geçmişine Dair Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri

		Frekans	Yüzde %
Fiziksel Hastalık	Var	4	23,5
	Yok	13	76,5
Ailede Fiziksel Hastalık	Var	6	35,3
	Yok	11	64,7

Psikiyatrik Hastalık	Var	2	11,8
	Yok	15	88,2
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Var	2	11,8
	Yok	15	88,2
İlaç Kullanımı	Var	6	35,3
	Yok	11	64,7
Diyet Geçmişi	Var	17	100
	Yok	-	-

Katılımcılardan obez olmayan öğrenci grubunun %51'inin (n=146) düşük (aylık geliri 0-1603 tl arası); %37,4'ünün (n=107) orta (aylık geliri 1604-5200 tl arası); %9,1'inin (n=26) yüksek (aylık geliri 5201-10.000 tl arası) ve %2,4'ünün (n=7) çok yüksek (aylık geliri 10.001 tl üstü) sosyoekonomik seviyede olduğu bulgulanmıştır. İlgili bulgular tablo 3.6'da gösterilmiştir. Yine aynı grubun %8,7'sinin (n=25) fiziksel hastalığının olduğu, %16,1'inin (n=46) ailesinin fiziksel hastalığa sahip olduğu, %5,6'sının (n=16) psikiyatrik rahatsızlığının olduğu, %11,5'inin (n=33) ailesinde psikiyatrik rahatsızlığın olduğu, %15,4'ünün (n=44) psikiyatrik ya da fiziksel hastalığı nedeniyle ilaç kullandığı ve %46,9'unun (n=134) hayatından en az bir kez diyet yaptığı bulgulanmıştır. İlgili bulgular tablo 3.7'de gösterilmiştir

Tablo 3.6. Obez Olmayan Öğrenci Grubunun Sosyoekonomik Seviye Göre Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri

Değişkenler	Frekans	Yüzde %	
Sosyoekonomik Seviye	Düşük	146	51
	Orta	107	37,4
	Yüksek	26	9,1
	Çok Yüksek	7	2,4
Toplam	286	100	

Tablo 3.7. Obez Olmayan Öğrenci Grubunun Fiziksel Hastalık, Ailede Fiziksel Hastalık, Psikiyatrik Hastalık, Ailede Psikiyatrik Hastalık ve Diyet Geçmişine Dair Frekans Dağılımları ve Yüzdeleri

		Frekans	Yüzde %
Fiziksel Hastalık	Var	25	8,7
	Yok	261	91,3
Ailede Fiziksel Hastalık	Var	46	16,1
	Yok	240	83,9
Psikiyatrik Hastalık	Var	16	5,6
	Yok	270	94,4
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Var	33	11,5
	Yok	253	88,5
İlaç Kullanımı	Var	44	15,4
	Yok	242	84,6
Diyet Geçmişi	Var	134	46,9
	Yok	152	53,1

3.2.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın bu bölümünde kullanılmış olan veri toplama araçları tanıtılacaktır.

Bilgilendirilmiş Onam Formu: Araştırmaya katılan her katılımcının bilgilendirilmiş onamı alınmıştır. Araştırmanın amacı ve bilgilerin gizliliği ile ilgili açıklamaların yer aldığı Bilgilendirilmiş Onam Formu Ek 1’de görülebilir.

Psikososyodemografik Bilgi Formu: Deveci (2013), tarafından yapılandırılmış kişinin yaşı, cinsiyeti, kilosu ve boyu, eğitim ve medeni durumu, mesleği, şu an ve geçmişteki ağrı, hastalık, obezite ve psikopatoloji soygeçmişi (kendi, eşi, çocukları, annesi, babası), diyet ve egzersiz davranışları ile ilgili bilgileri içeren form kullanılmıştır (Ek 2).

Planlı Davranış Kuramı Diyet Uyum Bataryası (PDKDUB)

Bu çalışmanın temel amacı; obezitesi olan bireylerde diyet uyum davranışını yordayan faktörlerin sağlık davranış kuramları arasında yer alan ve sağlık davranışlarını etkileyen faktörlerden davranış inançları, normatif inançlar, kontrol inançları, davranışı gerçekleştirme niyeti ve davranış değişkenleri kapsamında inceleyen bir beklenti-değer modeli olan Planlı Davranış Kuramı (PDK) bağlamında incelenmesi ve bu hedef doğrultusunda PDK temelli bir Diyet Uyum Bataryası'nın geliştirilmesidir. Aşağıda öncelikle bu bataryanın geliştirilme basamaklarına dair bilgiler sunulacaktır. Ardından psikometrik özellikleri sınanacak olan bataryada yer alan ölçeklerin son halleri tanıtılacaktır.

PDKDUB'nin geliştirilmesi: Batarya geliştirme süreci altı temel adımdan oluşmuştur. Bunlar: 1. Literatür Taraması, 2. Yazarlarla İletişim ve İzin Süreci, 3. Bataryada Yer Alacak Ölçekler ve Maddelerinin Belirlenmesi, 4. Türkçe Çeviri Çalışması, 5. Pilot Çalışma, 6. Geri Çeviridir.

- 1. Literatür Taraması:** Tarama “Theory of Planned Behavior and Obesity”, “Theory of Planned Behavior and Diet” ve “Theory of Planned Behavior and Weight Loss” kelimeleri ile gerçekleştirilmiştir. Yapılan taramada çocuklarda sağlıklı beslenme, diyet ve obeziteyi; yetişkinlerde sağlıklı beslenmeyi ve PDK'nın tek bir yapısını (sadece tutumlar ya da algılanan davranışsal kontrol gibi) ölçümleyen ölçüm araçlarına ulaşılmış ancak PDK'yi tüm yapıları ile değerlendirmedikleri ve bu sebeple araştırmanın amacına uygun olmadıkları için bu araçlar kullanılmamıştır. Ardından Nejad, Wertheim ve Greenwood'un (2004) perhiz ve diyet davranışını Sağlık İnanç Modeli ve Planlı Davranış Kuramı karşılaştırılarak açıklamayı amaçlayan “Comparison of the Health Belief Model and the Theory of Planned Behaviour in the Prediction of Dieting and Fasting Behaviour” makalesinde yer alan bataryanın kullanılmasına karar verilmiştir. Bunun yanı sıra Baker, Brownell ve Little (2003) tarafından gençlerde diyet, sağlıklı yemek yeme ve aktivite (spor) yapma davranışını PDK yapılarıyla açıklamayı hedefleyen “Predicting Adolescent Eating and Activity Behaviors: The Role of Social Norms and Personal Agency” makalesinde yer alan bataryanın kullanılmasına karar

verilmiştir. Her iki batarya da PDK'nin tutumlar, öznel normlar, algılanan davranışsal kontrol, niyet ve davranış yapılarını ölçümleyen birbirine benzer maddeleri içermekle birlikte bazı maddeler açısından farklılıklar göstermektedir. Bu yüzden kapsamlı bir ölçümün yapılması amacıyla PDK'nin her bir yapısı için iki ölçüm aracında kullanılan maddelerin entegre edilmesine karar verilmiştir. İlgili bataryalardan alınan maddeler Ek 3'de belirtilmiştir.

2. Yazarlardan İzin: Bataryanın Türkçe adaptasyon çalışmasına karar verildiğinde, "Predicting Adolescent Eating and Activity Behaviors: The Role of Social Norms and Personal Agency" makalesinin Christina Wood Baker isimli yazarı ile, "Comparison of the Health Belief Model and the Theory of Planned Behaviour in the Prediction of Dieting and Fasting Behaviour" makalesinin de Eleanor H. Wertheim yazarı ile mail yoluyla irtibat kurulmuş ve gerekli izin ve batarya ile ilgili bilgiler alınmıştır. Yazarlar araştırmalarında kullandıkları ölçeklerin istenilen maddelerini araştırmamızda kullanmamız yönünde izin vermişlerdir.

3. PDKDUB'de Yer Alacak Ölçekler ve Maddelerinin Belirlenmesi: Yazarlardan izin alındıktan sonra her iki bataryada yer alan ölçekler ve bu ölçeklerdeki maddeler birbirleriyle karşılaştırılarak ve araştırmanın amacı doğrultusunda değerlendirilerek hangi bataryadaki hangi maddenin PDKDUB'nin içinde yer almasının daha uygun olduğuna bu kuramlar ile ilgili yüksek lisans eğitiminin ders aşamasında kapsamlı dersler alan ve bu alanda bir derleme ödevi hazırlamış olan araştırmacı ve yine sağlık davranış kuramları ve ölçümleri konusunda çeşitli çalışmaları bulunan tez danışmanı tarafından karar verilmiştir.

PDK'nin "Tutumlar" yapısının ölçekleri oluşturulurken PDKDUB Davranış Sonuçlarına Verilen Değer Ölçeği'nin maddeleri için Baker, Brownell ve Little'm (2003), PDKDUB Davranışı Sonuç İnançları Ölçeği'nin maddeleri için Nejad, Wertheim ve Greenwood'un (2004) makalesinden yararlanılmıştır. PDKDUB Davranışa Yönelik Doğrudan Tutumlar Ölçeği'nin maddeleri için ise her iki makalenin maddeleri bir araya getirilmiştir.

Öznel Normlar yapısı ölçümlenirken Baker, Brownell ve Little'ın (2003) ve Nejad, Wertheim ve Greenwood'un (2004) bataryasında öznel norm listesini; anne, baba, insanların geneli, en yakın arkadaş ve erkek-kız arkadaş oluşturmaktadır. PDKDUB oluşturulurken daha kapsamlı olduğu için Altuk'un (2016) çalışmasında normatif inançları ölçümlerken kullandığı liste baz alınmıştır. Bu liste; aile, yakın arkadaşlar, kişi için önemli insanlar, eş/partner, işyerindeki arkadaşlar, akrabalar, komşular ve diğerlerini de kapsamaktadır. PDKDUB Normatif İnançlar, Normatif Uyum Motivasyonu ve Kontrol İnançları Ölçeklerinin maddeleri Nejad, Wertheim ve Greenwood'un (2004) makalesinden yararlanılarak oluşturulmuştur.

PDKDUB Davranışı Gerçekleştirme Niyeti ve Davranışının ölçülmesi için her iki bataryanın maddeleri bir araya getirilmiştir. Bu değerlendirmeler ve entegrasyon çalışması neticesinde bataryanın son hali verilmiş olup çeviri çalışmalarına başlanmıştır. Çeviri aşamalarından bahsetmeden önce yukarıdaki işlemler sonrası bataryada yer alan ölçekler kısaca tanıtılacaktır. Aşağıda Tablo 3.8'de PDK yapıları kapsamında her bir yapı için bataryada yer alan ölçekler ile bu ölçeklerin madde sayıları özetlenmiştir.

Tablo 3.8. Planlı Davranış Kuramı Diyet Uyum Bataryası'nda (PDKDUB) yer alan her bir ölçeğin PDK'nın hangi yapısına ait olduğu ve madde sayılarına dair bilgiler

Yapı	Ölçüm	Ölçek İsmi	Madde Sayısı
Tutumlar	Dolaylı	PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği	23
	Dolaylı	PDKDUB Davranış Sonuçlarına Verilen Değer Ölçeği	23
	Dolaylı	PDKDUB Dolaylı Tutum Endeksi ¹	-
	Doğrudan	PDKDUB Doğrudan Tutum Ölçeği	8
Öznel Normlar	Dolaylı	PDKDUB Normatif İnançlar Ölçeği	8
	Dolaylı	PDKDUB Uyum Motivasyonu Ölçeği	8

	Dolaylı	PDKDUB Öznel Normlar Endeksi ¹	-
Algılanan Davranışsal Kontrol	Doğrudan	PDKDUB Algılanan Davranışsal Kontrol Ölçeği	1
	Doğrudan	PDKDUB Özyeterlik Ölçeği	1
Niyet	Dolaylı	PDKDUB Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği	1
	Doğrudan	PDKDUB Davranışsal Niyet Ölçeği	1
Sağlık Davranışı	Doğrudan	PDKDUB Davranış Ölçeği	1
Davranış Sonuçları	Doğrudan	PDKDUB Davranış Sonuçları Ölçeği	2
<i>Toplam Madde Sayısı</i>	-	-	77

¹Her iki endeks de ayrı ölçekler olmayıp PDKDUB Dolaylı Tutum Endeks puanları PDKDUB Davranış Sonuç İnançları ve PDKDUB Davranışın Sonuçlarına Verilen Değer Ölçeklerinin maddelerinin çarpımlarının toplamından; PDKDUB Öznel Normlar Endeksi ise PDKDUB Normatif İnançlar ve PDKDUB Uyum Motivasyonu Ölçeklerinin maddelerinin çarpımlarının toplamından elde edilmektedir. Bu sebeple bu endekslerin karşısına madde sayısı yazılmamıştır.

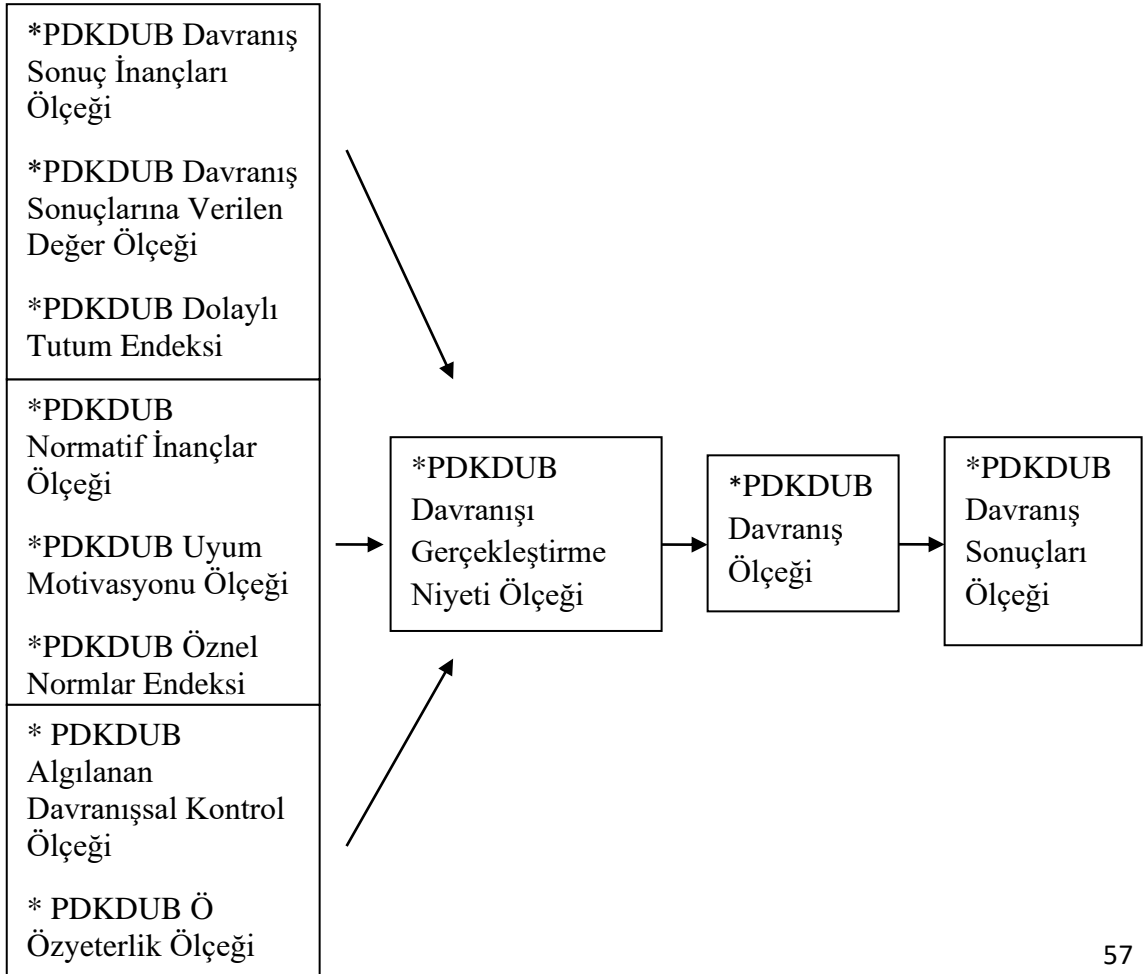
4. İngilizce'den Türke'ye Çeviri Çalışması: Yukarıdaki Tablo 3.8'de de görüldüğü gibi entegrasyonu yapılmış olan PDKDUB'nda tutumlar, öznel normlar, algılanan davranışsal kontrol, davranışı gerçekleştirme niyeti sağlık davranışı ve davranış sonuçları boyutlarını ölçmek amacıyla iki endeks 11 de ölçek olmak üzere toplam 77 maddeden oluşan 13 ölçüm bulunmaktadır. Bu ölçümlerle ilgili daha ayrıntılı bilgiler çeviri adımlarından bahsedildikten sonra sunulacaktır.

Batarya bu haliyle İngilizce diline hakim İngiliz Dili ve Edebiyatı mezunu iki kişi tarafından ayrı ayrı Türkçe'ye çevrilmiştir. Çeviriler iki Türk Dili ve Edebiyatı mezunu kişi tarafından incelenmiş her bir madde Türkçe'ye uygunluğu açısından 5'li skalada değerlendirilmiştir. Ardından bu iki çeviri, ölçeği geliştiren yazarlar tarafından kontrol edilmiş ve en uygun çeviriler seçilerek tek form haline getirilmiştir. İki dil kontrol değerlendirmesi yine araştırmacılar tarafından gözden geçirilerek maddeler gereken yerlerde revize edilmiş ve bataryanın Türkçe versiyonu hazırlanarak "Pilot Çalışma" aşamasına geçilmiştir.

5. **Pilot çalışma:** Yaşları 19 ile 57 arasında değişen toplam 8 kadın, 8 erkek (N=16) katılımcı ile pilot çalışma gerçekleştirilmiştir. Bu kişilerin %50'si normal kiloda (BKİ aralığı:18.50-29.99), %50'si ise 1. derece obezdir (BKİ aralığı:>30.00). Pilot çalışmaya katılan katılımcılara, cümlelerin anlaşılır olup olmadığı sorulmuştur. Anlaşılır değil ise nedenlerinin yazılması istenmiştir. Pilot çalışma sonrası herhangi bir maddede değişiklik yapılmasına gerek kalmamıştır.
6. **Geri çeviri:** Formun Türkçe'den İngilizce'ye geri çevirisi İngilizce diline hakim iki farklı uzman tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu iki geri çevirinin de orijinal forma çok yakın olduğu görülmüş ve tek form haline getirilmiştir. Tüm bataryada yer alan maddelerin tamamı PDK'da önerilen 7'li likert skalası ile ölçeklendirilmiştir.

PDKDU Bataryası'nda Yer Alan Ölçeklere Dair Bilgiler: PDK'nın temel varsayımı ve bu araştırma bağlamında ölçekler bazında beklenen ilişki Şekil 3.1'de gösterilmiştir.

Şekil 3.1. Yordayıcı-Yordanan ve Aracılık Etkiye Yönelik Öngörülen İlişki



Davranışa Dair Tutumlar Boyutu, PDK'ye göre davranışa dair tutumlar dolaylı ve doğrudan olmak üzere iki şekilde ölçülmektedir. Dolaylı tutumlar; davranışın sonuçlarına dair inançlar ve davranışın sonuçlarına dair değerlendirmeler dikkate alınarak ölçülür. Dolaylı davranış tutumları ölçümü kapsamında “PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği”nden alınan puanlar ve “PDKDUB Davranış Sonuçlarına Verilen Değer Ölçeği”nden alınan puanların yanı sıra üçüncü bir puan daha elde edilmektedir. Bu puan “PDKDUB Dolaylı Tutum Endeksi” olarak adlandırılmakta olup “PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği”nin her bir maddesine verilen puan o madde ile ilgili “PDKDUB Davranış Sonuçlarına Verilen Değer Ölçeği”ne verilen puanla çarpılıp bu işlem iki ölçekteki tüm maddeler için tekrarlanıp bu çarpımların toplamı alınarak elde edilen puandır. PDK'nin öngörülerine göre “PDKDUB Davranışı Gerçekleştirme Niyeti ve Davranışsal Niyet Ölçeği”nin en güçlü yordayıcısı bu puanlama sistemi ile elde edilen “PDKDUB Dolaylı Tutum Endeksi” olacaktır (Glanz, Rimer ve Viswanath, 2008). Model aynı zamanda içine katmamış olsa dahi kapsamında yer alan her bir dolaylı bileşenin doğrudan ölçümlerinin de olabileceğinin altını çizmiş ve doğrudan ölçümlerin, dolaylı ölçümlerin geçerliğinin sınımasında kullanılabilmesini önermiştir. Doğrudan ölçüm için kullanılacak ölçeğin ismi ise “PDKDUB Doğrudan Tutum Ölçeği”dir. Bu öneri doğrultusunda bataryada yer alan bazı dolaylı ölçümlerin geçerliğini sınamak amacıyla bataryaya bu ölçümle ilgili yapıyı doğrudan ölçen bir ölçek eklenmiştir. Dolayısı ile batarya kapsamında bu boyutu değerlendirmek için dört farklı ölçek kullanılmıştır. Bu ölçekler:

- 1. PDKDUB Davranış Sonuçlarına Verilen Değer Ölçeği:** PDK'nin tutumlar boyutunun değerlendirme kısmını dolaylı olarak ölçümlenmektedir. “Kilo kaybetmek, güzel bir cilde sahip olmak, mutlu ve stressiz hissetmek” gibi 23 maddeden oluşmaktadır (Ek 3, 1-23. maddeler).
- 2. PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği:** PDK'nin tutumlar boyutunun inanç kısmını dolaylı olarak ölçümlenmektedir. “Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam/ kilo kaybedeceğim, güzel bir cilde sahip olacağım, artık stresli ya da mutsuz hissetmeyeceğim” gibi 23 maddeden oluşmaktadır (Ek 3, 32-54. maddeler).

3. ***PDKDUB Dolaylı Tutum Endeksi:*** Davranış Sonuç İnançları Ölçeği ve Davranış Sonuçlarına Verilen Değer Ölçeği'nde “-3 / +3” arasında alınan puanların birbirleriyle çarpımlarının toplamından elde edilmektedir (Ek 4, 1-23. maddeler).
4. ***PDKDUB Doğrudan Tutum Ölçeği:*** PDK'nin tutumlar boyutunu doğrudan ölçümlemektedir. “Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, bu yararlıdır-yararsızdır/sıkıcıdır- ilgi çekicidir” gibi sekiz maddeden oluşmaktadır (Ek 3, 24-31. maddeler).

Öznel Normlar Boyutu, PDK'nin bu boyutu Normatif İnançlar ve Uyum Motivasyonu olmak üzere iki yapıyla ölçümlenmektedir. Normatif inançların ölçümü “PDKDUB Normatif İnançlar Ölçeği”, Uyum Motivasyonunun ölçümü “PDKDUB Uyum Motivasyonu Ölçeği” ile gerçekleştirilmiştir. Tutumlar boyutunda da olduğu gibi bu iki ölçekten alınan puanların yanı sıra üçüncü bir puan daha elde edilmektedir. Bu puan da “PDKDU Öznel Normlar Endeksi” olarak adlandırılmakta olup “PDKDUB Normatif İnançlar Ölçeği”nin her bir maddesine verilen puan o madde ile ilgili “PDKDUB Uyum Motivasyonu Ölçeği”ne verilen puanla çarpılıp bu işlem iki ölçekteki tüm maddeler için tekrarlanıp bu çarpımların toplamı alınarak elde edilen puandır. Boyutu doğrudan ölçümleyen ölçüm aracı bulunmamaktadır. Dolayısı ile batarya kapsamında bu boyutu değerlendirmek için üç farklı ölçek kullanılmıştır. Bunlar;

5. ***PDKDUB Normatif İnançlar Ölçeği:*** PDK'nin öznel normlar boyutunun normatif inançlar kısmını ölçümlemektedir. “Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam; ailem/komşularım onaylar-onaylamaz” gibi sekiz maddeden oluşmaktadır (Ek 3, 57-64. maddeler).
6. ***PDKDUB Uyum Motivasyonu Ölçeği:*** PDK'nin öznel normlar boyutunun uyum motivasyonu kısmını ölçümlemektedir. “Ailemin/Komşularımın yapmam gerektiğini düşündüğü şeyleri yapmak isterim” gibi sekiz maddeden oluşmaktadır (Ek 3, 65-72. maddeler).
7. ***PDKDUB Öznel Normlar Endeksi:*** Normatif İnançlar Ölçeği ve Uyum Motivasyonu Ölçeği'nde “-3 / +3” arasında alınan puanların birbirleriyle

çarpılması sonucu elde edilen sekiz maddeden oluşmaktadır (Ek 5, 1-8. maddeler).

Algılanan Davranışsal Kontrol Boyutu, PDK'nin bu boyutu Kontrol İnançları, Algılanan Güç ve Özyeterlik olmak üzere üç boyuta sahiptir. Bataryada özyeterliğin doğrudan ölçümü: "Özyeterlik Ölçeği" ile ve ADK'nin doğrudan ölçümü: "Algılanan Davranışsal Kontrol Ölçeği" ile gerçekleştirilmiş ve yapı toplamda iki farklı ölçekle değerlendirilmiştir. Bunlar;

8. PDKDUB Algılanan Davranışsal Kontrol Ölçeği: PDK'nin ADK boyutunu doğrudan ölçümlemektedir. "İstersem önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yapabileceğim konusunda kendimden eminim" şeklinde ifade edilen tek maddeden oluşmaktadır.

9. PDKDUB Özyeterlik Ölçeği: Özyeterlik boyutunu doğrudan ölçümlemektedir. "Diyet yapabilirim" şeklinde ifade edilen tek maddeden oluşmaktadır.

Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Boyutu, PDK'nin bu boyutu niyetin dolaylı olarak ölçümlendiği: "PDKDUB Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği" ve doğrudan ölçümlendiği "PDKDUB Davranışsal Niyet Ölçeği" iki farklı ölçek ile değerlendirilmiştir. Bunlar;

10. PDKDU Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği: PDK'nin niyet boyutunu dolaylı olarak ölçümlemektedir. "Lütfen size en iyi uyan ifadeyi işaretleyin" şeklinde ifade edilen tek maddeden oluşmaktadır.

11. PDKDUB Davranışsal Niyet Ölçeği: PDK'nin niyet boyutunu doğrudan ölçümlemektedir. "Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yapma niyetim var" şeklinde ifade edilen tek maddeden oluşmaktadır.

Sağlık Davranışı Boyutu, PDK'nin davranış boyutu "PDKDUB Davranış Ölçeği" ile değerlendirilmiştir. Ölçek ile ilgili bilgiler ise aşağıda sunulmuştur.

12. PDKDUB Davranış Ölçeği: PDK'nin sağlık davranışı boyutunu doğrudan ölçümlemektedir. "Son üç ayda ne sıklıkla diyet yaptığınızı en doğru tanımlayan durumu işaretleyiniz" şeklinde ifade edilen tek maddeden oluşmaktadır.

Bataryaya aynı zamanda bir de davranış sonuç ölçümü eklenmiştir. Diyet uyumu davranışının sonucu olan kilo değişimi, “PDKDU Davranış Sonuçları Ölçeği” ile değerlendirilmiştir. Ölçek ile ilgili bilgiler ise aşağıda sunulmuştur.

13. PDKDUB Davranış Sonuçları Ölçeği: Davranış sonuçlarını doğrudan ölçümlenmektedir. “Geçtiğimiz 3 ayda kilo verdiniz mi? (Eğer evetse kaç kilo verdiniz?)” şeklinde ifade edilen iki maddeden oluşmaktadır (Ek 3, 76-77. maddeler).

Yapı Geçerlik Sınaması ve Diğer Ölçeklerle İlişkiler Amacıyla Kullanılan Ölçüm Araçları

Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ): Bu ölçek “Yeme Bozukluğu Değerlendirme Görüşmesi”nin (Fairburn, 2008) kendini bildirim envanteridir. Geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yücel, Polat, İkiz, Pirim-Düşgör, Yavuz ve Sertel-Berk (2011) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek 33 maddeden oluşmaktadır ve ölçeğin Kısıtlama (K) (1., 2., 3., 4. ve 5. madde), Beden Şekliyle İlgili Endişeler (BE) (6., 8., 10., 11., 23., 26., 27. ve 28. Madde), Tıkınırcasına Yeme (TY) (13., 14., 15., 16., 17. ve 18. Madde), Yemeyle İlgili Endişeler (YE) (7., 9., 19., 20. ve 21. madde), Kiloyla İlgili Endişeler (KE) (8., 12., 22., 24. ve 25. madde) olmak üzere 5 alt testi vardır. Ölçeğin test- tekrar test güvenilirliği .91, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ise .93 olarak bulgulanmıştır (Yücel, 2011) (Ek 6).

Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği’nin bu araştırmadaki “Kısıtlama” alt ölçeği iç tutarlılık katsayısı $cr\alpha=.85$; “Yeme ile İlgili Endişeler” alt ölçeği iç tutarlılık katsayısı $cr\alpha=.81$; “Beden Şekli ile İlgili Endişeler” alt ölçeği iç tutarlılık katsayısı $cr\alpha=0.91$; “Kilo Endişeleri” alt ölçeği iç tutarlılık katsayısı $cr\alpha=.78$ olarak bulunmuştur (n=303).

Yeme Tutum Testi (YTT-26): Riskli yeme tutumlarının araştırılmasında kullanılan, Garner ve Garfinkel (1979) tarafından geliştirilen Yeme Tutum Testi 40’ın (YTT 40), Türkçe adaptasyonu Savaşır ve Erol (1989) tarafından yapılmıştır. Garner, Olmsted ve Garfinkel (1982) tarafından geliştirilen yeme tutumlarının araştırılmasında yaygın olarak kullanılan Yeme Tutum Testi’nin 26 (YTT 26) soruluk kısa formunun Türkçe’ye uyarlaması Ergüney-Okumuş (2016) tarafından

gerçekleştirilmiştir. Ölçek normal bireylerde var olan yeme davranışlarındaki olası bozukluklarının belirtilerini ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Katılımcılar her bir madde için “her zaman”, “çok sık”, “sıkça”, “zaman zaman”, “nadiren”, veya “hiçbir zaman” cevaplarından birini işaretlemektedirler. Diyet, bulimiya ve yeme meşguliyeti ve yemeyi kontrol olmak üzere 3 alt ölçeği bulunmaktadır ve ölçeğin kesme puanı 20 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin güvenirlik düzeyinin analiz edilmesi için hesaplanan Cronbach’s Alpha iç tutarlılık katsayı analizine göre toplam ve alt ölçekler (Diyet, Bulimiya ve yeme meşguliyeti, Yemeyi kontrol) sırasıyla; .75, .74, .66, .58 olarak bulgulanmıştır. Ölçeğin Cronbach’s Alpha içtutarlılık katsayısı .75, test tekrar test güvenirliği $r=0.78$ ($p<.001$) olarak bulgulanmıştır (Ergüney Okumuş, 2016) (Ek 7).

Bu çalışmada ölçeğin toplam puanı kullanılmış olup bu araştırmadaki iç tutarlılık katsayısı $cr\alpha=.88$ olarak bulunmuştur ($n=303$).

Hasta Sağlık Anketi (HSA): Kroenke, Spitzer ve Williams (1999) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe’ye uyarlamasını M. Güleç, H. Güleç, Şimşek, Turhan ve Sünbül (2012) gerçekleştirmiştir. Somatik semptomları değerlendiren PHQ-15, yaygın anksiyete semptomunu değerlendiren GAD-7, kaygı ataklarını değerlendiren P-5, ve major depresif bozukluğu (MD) 9 alanını değerlendiren PHQ-9 alt ölçeklerinden ve işlevselliğinin ne ölçüde bozulduğunu sorgulayan ek bir sorudan oluşur. Türkçe formun test-tekrar test güvenirliği $r=.52$ ile $r=.76$ arasında değişmektedir. Test- tekrar test analizinde tüm maddeler yeterli korelasyonu göstermiştir ($r<.26$). Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayılarının ise .86 ile .93 arasında değiştiği gözlemlenmiştir. Varimax rotasyon ve faktör analizi sonuçları anketin 4 faktörlü yapıdan oluştuğunu ortaya koymuştur (M.Güleç ve ark., 2012) (Ek 8).

Hasta Sağlık Anketi’nin bu araştırmadaki “PHQ-15” alt ölçeği iç tutarlılık katsayısı $cr\alpha=.84$; “GAD-7” alt ölçeği iç tutarlılık katsayısı $cr\alpha=.92$; “P-5” alt ölçeği iç tutarlılık katsayısı $cr\alpha=.83$; “PHQ-9” alt ölçeği iç tutarlılık katsayısı $cr\alpha=.88$ bulunmuştur ($n=303$).

Kısa Form-36 Sağlık Taraması (SF-36): Yaşam kalitesini ölçmeyi hedefleyen sağlık durumu ölçeklerinden biridir. Formun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ware ve Sherbourne tarafından (1992) yapılmıştır. Ölçek sağlıkla ilgili sekiz farklı kavramı ölçen tek bir formdan oluşmaktadır. Bu kavramlar: 1.Fiziksel Fonksiyon, 2.Fiziksel Sağlık Problemlerine Bağlı Rol Kısıtlılıkları, 3.Bedensel Ağrı, 4.Sosyal Fonksiyon, 5.Genel Zihinsel Sağlık, 6.Duygusal/Emosyonel Problemlere Bağlı Rol Kısıtlılıkları, 7.Enerji/Yorgunluk, 8.Genel Sağlık Algısıdır. Ölçek, fiziksel ve mental sağlığı ölçen ve farklı ölçeklerin özetini içeren bir sağlık profilidir. Her alt ölçek 0-100 skorları arasında puanlanır; yüksek puanlar daha iyi düzeyde yaşam kalitesini temsil eder. Ölçeğin orijinal formunun test-tekrar test güvenilirlik bulguları $r=.60$ ile $r=.81$ arasında değişmektedir. Madde ölçek korelasyonları ise $.74$ ile $.93$ arasında değişmektedir. İç-tutarlılık Cronbach Alpha değerlerinin ise $.73$ ile $.96$ arasında değiştiği gözlenmektedir (Mc Horney ve ark., 1994; akt.Sertel-Berk, 2006). Ölçek Türkçe'ye Fişek tarafından çevrilmiş olup ölçeğin iç-tutarlılık Cronbach Alpha katsayılarının $.75$ ile $.90$ arasında değiştiği görülmüştür. Faktör analizi ölçeğin orijinalindeki gibi 8 faktörde toplandığını göstermiştir (Demirsoy, 1999) (Ek 9).

Genel Sağlık Anketi'nin bu araştırmadaki "Fiziksel Fonksiyon" alt ölçeği iç tutarlılık katsayısı $\alpha=.95$; "Fiziksel Rol Güçlüğü" alt ölçeği iç tutarlılık katsayısı $\alpha=.87$; "Emosyonel Rol Güçlüğü" alt ölçeği iç tutarlılık katsayısı $\alpha=.79$; "Enerji/Canlılık/Vitalite" alt ölçeği iç tutarlılık katsayısı $\alpha=.78$; "Ruhsal Sağlık" alt ölçeği iç tutarlılık katsayısı $\alpha=.82$; "Sosyal İşlevsellik" alt ölçeği iç tutarlılık katsayısı $\alpha=.78$; "Ağrı" alt ölçeği iç tutarlılık katsayısı $\alpha=.74$; "Genel Sağlık Algısı" alt ölçeği iç tutarlılık katsayısı $\alpha=.78$ bulunmuştur ($n=303$).

Diyet Özyeterlilik İnançları Ölçeği (DÖİÖ): Yüksel (2014) tarafından geliştirilen ölçek 39 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçekle diyet motivasyonunda etkili olan özyeterlilik kavramının ölçülmesi hedeflenmektedir. Yapılan madde ve faktör analizi sonucunda ölçekte "Genel İnançlar (Gİ), Tıbbi İnançlar (Tİ) ve Kontrol İnançları (Kİ)" olarak isimlendirilen üç faktörlü 39 maddeden oluşan bir yapı gözlenmiş ve bu araştırmada da ölçeğin bu hali kullanılmıştır. Cronbach alfa katsayıları faktörler için sırasıyla $.95$, $.86$, ve $.75$; ölçeğin tamamı için ise $.95$ olarak bulunmuştur (Yüksel, 2014) (Ek 10).

Diyet Özyeterlilik İnançları Ölçeği'nin bu araştırmadaki toplam iç tutarlık katsayısı “Genel İnançlar” alt ölçeği için iç tutarlılık katsayısı $\alpha=.96$; “Tıbbi İnançlar” alt ölçeği için iç tutarlılık katsayısı $\alpha=.89$; “Kontrol” alt ölçeği için ise iç tutarlılık katsayısı $\alpha=.85$ olarak bulunmuştur ($n=303$).

3.3.İŞLEM

Araştırma, İstanbul Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'nca 19.02.2018 tarihinde etik yönden uygun bulunmuş ve ardından uygulamaya geçilmiştir. Araştırma online ortamda (<http://www.surveey.com/survey/>) gerçekleştirilmiştir. Uygulama ortalama 40 dakika sürmüştür. Katılımcılara ölçekler sırasıyla geçişin sağlandığı biçimde (Bilgilendirilmiş Onam Formu, Demografik Bilgi Formu, Planlı Davranış Kuramı Diyet Uyum Bataryası, Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği, Yeme Tutum Testi, Hasta Sağlık Anketi, Kısa Form SF-36 Sağlık Taraması ve Diyet Özyeterlilik İnançları Ölçeği) batarya halinde verilmiştir.

3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Demografik bilgi formundan elde edilen bulgular betimsel istatistik yöntemleriyle (yüzde, sıklık, ortalama, standart sapma, ranj) değerlendirilmiştir.

PDKDUB'de yer alan ölçeklerin yapı geçerliği kapsamında ilk aşamada yürütülen madde analizinde madde-toplam puan korelasyonları .20'nin altında olan tüm maddelerin ölçekten çıkarılması planlanmıştır. Yapı geçerliğinin ikinci aşamasında gerçekleştirilen Ana Bileşenler Yöntemi ve Varimax döndürmesi ile açıklayıcı faktör analizi (AFA) kapsamında ise örneklemden vaka sayısının faktör analizine uygunluğu için Kaiser-Meyer Olkin (KMO) örneklem uygunluğu testi kullanılmış ve KMO değeri için minimum .70 kriter olarak ele alınmıştır. Örneklem verilerinin dağılımının AFA'ya uygunluğu ise Bartlett'in Küresellik testi ile değerlendirilmiş olup Bartlett Ki-Kare değerinin $p<.001$ düzeyinde anlamlı olması beklenmiştir. Bu kriterler karşılandığı takdirde AFA'da öte incelemelere geçilmiştir. Bu bağlamda ilk olarak ortak varyans değeri .30'un altında olan tüm maddeler ölçekten çıkarıldıktan sonra saçılım grafiğinde (screeplot) özdeğeri 1'in üzerinde olan tüm faktörler dikkate alınmak suretiyle, döndürme öncesi faktör matrisinde varyansı en yüksek oranda açıklayan birinci faktöre faktör yükü .30'un altında

yüklenen tüm maddelerin de analiz dışı bırakılması hedeflenmiştir. Son olarak döndürme sonrası örüntü matrisinde hiçbir faktöre .30 ve üstü faktör yükü ile yüklenmeyen ve/veya .30 üstü faktör yükü olduğu halde çift yüklenen tüm maddelerin de analizden dışlanması planlanmıştır. Herhangi bir maddenin en yüksek faktör yükü ile en yakın ikinci faktör yükü arasındaki farkın maksimum .10 değerinde olması çift yüklenme kriteri olarak kabul edilmiştir. Tüm maddeler temizlendikten sonra söz konusu AFA kriterlerini karşıladığı için ölçekte bırakılan maddelerle beraber ölçeğin faktör yapısı değerlendirmeye tabi tutulmuştur. AFA'ya göre gözlenen faktör yapılarının güvenilirliği için Cronbach Alfa iç tutarlık katsayıları hesaplanmış, ölçeğin son halinin tüm madde-toplam puan korelasyonlarının .20'nin ve alfa katsayısının da .70 ve üstünde olması beklenmiştir.

Kurulmuş olan yordayıcı ilişkilere dair hipotezler ise yordanan değişkenle yalnızca anlamlı korelasyon gösteren yordayıcı değişkenlerin analize sokulduğu adımsal (stepwise) “çoklu doğrusal adımsal regresyon analizi” ile sınanmıştır. PDKDUB'nin içindeki ölçeklerin kendi içinde ve diğer ölçeklerle, ayrıca tüm ölçeklerin birbirleriyle arasındaki ilişkiye bakmak amacıyla Pearson korelasyon katsayıları hesaplanmış ve .20'nin altındaki ilişkiler regresyon analizine dahil edilmemiştir. Çoklu Doğrusallık ihlali olup olmadığı Tolerans ve Varyans Enflasyon Faktörü ile değerlendirilmiş olup 0.200-1.00 arasındaki Tolerans değerleri ve 1.00-10.00 arasındaki VIF değerleri çoklu doğrusallığın olmadığını kanıtı olarak kabul edilmiştir. Çoklu doğrusal regresyon analizi için adımsal yöntem seçilmiştir. Her bir alt ölçeğin iç tutarlığını sınamak için de Cronbach's Alfa güvenilirlik katsayıları hesaplanmıştır.

Kurulan aracı etki sınamaları değerlendirilirken ilk olarak değişkenlerin regresyon analizlerine uygunlukları değerlendirilmiştir. Yordayıcılar ve yordanan arasındaki ilişkilere dair genel kriter sınamalarının ardından (çoklu doğrusal adımsal regresyon analizinde bahsedilmiş olan kriterler) aracı etkinin değerlendirilmesi için enter yöntemiyle çoklu doğrusal hiyerarşik aracı regresyon analizi kullanılması planlanmış ancak öncesinde aracı etki sınamasının gerçekleştirilebilmesi için ise Baron ve Kenny'nin (1986) aracı etki koşulları dikkate alınmıştır. Buna göre,

1. Yordayıcı-yordanan ve aracı değişken arasındaki ikili ham korelasyonlar en az orta güçte ve anlamlı olmalıdır.
2. Yordayıcı değişken yordanan değişkendeki varyansı anlamlı düzeyde açıklamalıdır.
3. Yordayıcı değişken aracı değişkendeki varyansı anlamlı düzeyde açıklamalıdır.
4. Aracı değişken yordanan değişkendeki varyansı anlamlı düzeyde açıklamalıdır.

Bu dört koşul da karşılandığı takdirde beşinci adımda, denklemde birinci bloğa yordanan değişken, ikinci ve üçüncü bloğa aracı değişken puanları girilmiş ve enter yöntemi kullanılarak çoklu doğrusal hiyerarşik aracı regresyon analizi yürütülmesi planlanmıştır. Beşinci adımda yordayıcı değişkenin ikinci modeldeki standardize edilmemiş B katsayısının anlamsız hale gelmesi tam aracı etki işareti olarak ele alınmıştır. Bu katsayı anlamlı olmaya devam ettiği halde, değerinde ve/veya anlamlılık düzeyinde Sobel'in Z testine göre anlamlı düzeyde bir düşüş olmaması aracı etkinin yokluğu, anlamlı düzeyde bir düşüş olması ise kısmi aracı etki olarak kabul edilmiştir.

Tüm anlamlılık düzeyleri için $p < .05$ kriteri kullanılmış ve bütün analizler SPSS 21v programında yapılmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Araştırmanın bulgular bölümünde öncelikle birinci amaç doğrultusunda; Planlı Davranış Kuramı Diyet Uyum Bataryası (PDKDUB)'nın 303 öğrenciden oluşan örnekleme sınanmış olan geçerlik ve güvenirlik bulgularından bahsedilecektir. Bu amaçla geçerlik kapsamında madde analizi, faktör analizi, güvenirlik analizi kapsamında Cronbach Alfa iç tutarlık katsayıları hesaplanacaktır. Ölçeklerin faktörleri varsa faktörlerin birbirleri ve toplam puanla olan ilişkileri bildirilecek, sonrasında yapı geçerliği kapsamında diğer ölçeklerle olan ilişkilerine dair korelasyon katsayıları sunulacaktır. Ardından araştırmanın ikinci amacında yer alan model sınaması kapsamında bataryada yer alan ölçeklerin birbirleri ile olan yordayıcılık ilişkilerinin, Planlı Davranış Kuramı (PDK)'nın söz konusu ilişkilere dair öngörülerini ne denli desteklediğini sınavan bir dizi hiyerarşik doğrusal ve aracı regresyon analizi bulguları sunulacaktır.

4.1.PDKDUB'NIN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK BULGULARI

4.1.1.PDKDUB Davranışa Dair Tutumlar Boyutu

4.1.1.1. PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği'ne Ait Madde, Faktör ve Güvenirlik Analizi Bulguları

PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği madde analizine tabi tutulmuş ve 65., 67., 68., 70., 71., 74., ve 76. numaralı maddeler (sırasıyla “Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, kilo kaybedeceğim; Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, yemek yerken daha az zevk alacağım; Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, farklı aktivitelerden (t.v. gibi) uzaklaşacağım; Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, normalde olduğumdan daha az sosyalleşebileceğim; Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, tadı kötü olan yiyecekler yiyeceğim; Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, arkadaşlarımdan uzaklaşacağım; Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, sonunda kaybettiğim kiloları geri alacağım”) madde toplam puan korelasyonları .20'nin altında olması sebebi ile ölçeğin yapı geçerlik ve güvenirlik analizlerine dâhil edilmemiştir. Geri kalan 16 maddenin toplam puanla olan ilişkilerinin .24 (81. madde) ile .85 (83. madde) arasında değiştiği görülmüştür.

Bu aşamadan sonra kalan maddeler yapı geçerliği kapsamında Temel Bileşenler Boyutlandırması (Principal Component) ve Varimax Rotasyon yönteminin kullanıldığı faktör analizine tabi tutulmuştur (KMO=.92; Bartlett Testi(120)=3467,833, $p<.001$). Yürütülen faktör analizi neticesinde öz değeri 1'in üzerinde olan ve toplam varyansın % 64'ünü açıklayan 2 faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Çift yüklenen ve hiçbir faktöre yüklenmeyen madde bulunmamıştır. Ölçeğin tamamından elde edilen iç tutarlılık katsayısı .92'dir. Faktörlerin iç tutarlılık katsayıları ise “Olumlu İnançlar” olarak isimlendirilen birinci faktör için .94 (madde sayısı=13); “Olumsuz İnançlar” olarak isimlendirilen ikinci faktör için .85 (madde sayısı=3) olarak bulunmuştur. Ölçeğin toplam 16 maddeden oluşan halinin faktör isimleri, her bir faktörün madde içerikleri, öz değeri, açıkladığı varyans ile Cronbach α değerleri ve her bir maddenin faktör yükü ile ortak varyans değerleri Tablo 4.1'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği'ne ait varimax rotasyon sonrası elde edilen faktörler, maddeler, faktör yükleri, ortak varyans değerleri ve madde toplam puan korelasyonları

Faktör/Madde	Faktör Yüğü		Ortak Varyans	MTK
	1	2		
<i>1.Faktör: Olumlu İnançlar, Özdeğer=7.83, Açıklanan Varyans=%48.9, Cronbach Alfa .94</i>				
83	Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, vücudumu daha fazla kontrol edebileceğim.	.845	.86	.85
79	Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, kendime saygım artacak.	.839	.84	.83
72	Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, kıyafetlerin içinde kendimi daha iyi hissedeceğim.	.829	.263	.83
75	Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, fiziksel olarak daha çekici görüneceğim.	.825	.84	.81
86	Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, hayatımı daha fazla kontrol edeceğim.	.806	.78	.79
73	Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, güzel bir cilde sahip olacağım.	.781	.78	.76
69	Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, daha sağlıklı bir vücuda sahip olacağım.	.764	.334	.79
77	Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, artık stresli ya da mutsuz hissetmeyeceğim.	.744	.74	.72
80	Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, duygularımı daha fazla kontrol edebileceğim.	.737	.71	.72
82	Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, kilomu koruyabileceğim.	.716	.204	.73
66	Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, daha fazla enerjim olacak.	.702	.386	.70
78	Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, her yemek yediğimde suçlu hissedeceğim.(TERS)	.639	-.255	.51
81	Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, istediğim kadar yemek yiyemeyeceğim.(TERS)	.543	-.321	.44
<i>2.Faktör: Olumsuz İnançlar, Özdeğer=2.46, Açıklanan Varyans=%15.3, Cronbach Alfa .85</i>				
87	Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, kötü bir ruh hali içerisinde olacağım.	.890	.30	.76

85	Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, kendimi kötü hissedeceğim.	.887	.32	.77
84	Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam vücuduma zarar vereceğim.	.784	.35	.64

PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği Faktör 1 puanları ile Faktör 2 puanları ($r=.29$, $p<0.01$) ve toplam puan ($r=.98$, $p<0.01$) arasında; Faktör 2 puanları ile toplam puan ($r=.49$, $p<0.01$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Bulgular Tablo 4.2’de sunulmuştur.

Tablo 4.2. PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği’nde Yer Alan Faktörlerin Birbirleri ve Ölçek Toplam Puanlarına İlişkin Pearson Korelasyon Katsayıları

Değişkenler	1	2	3
Faktör 1	-		
Faktör 2	.290**	-	
Toplam	.977**	.486**	-

¹ Olumlu İnançlar, ² Olumsuz İnançlar, ³ PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği Toplam Puan

** $p<.01$

Bulgular göz önünde bulundurulduğunda 1. hipotez a. Her bir ölçümü değerlendirmek için geliştirilen tüm ölçeklerin madde-toplam puan korelasyonlarının .20 ve üstünde olması gerekliliğine dair öngörü bu ölçek için desteklenmiştir. b. Geçerlik bağlamında her bir ölçek tek faktörlü bir yapı göstereceğine dair öngörü bu ölçek için desteklenmemiştir. c. Her bir ölçeğin gösterdiği yapıların iç tutarlığının yüksek olacağına ($>.70$) dair öngörü bu ölçek için desteklenmiştir.

4.1.1.2. PDKDUB Davranış Sonuçlarına Verilen Değer Ölçeği'ne Ait Madde, Faktör ve Güvenirlik Analizi Bulguları

Bu ölçekteki her bir madde “PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği”nde yer alan her bir maddeye atfedilen değeri ölçmektedir. PDKDUB Davranış Sonuçlarına Verilen Değer Ölçeği madde analizine tabi tutulmuş ve madde toplam puan korelasyonu .20'nin altında kalan madde bulunmamıştır. Tüm maddelerin toplam puanla olan ilişkilerinin .59 (45 ve 51. madde) ile .90 (47. madde) arasında değiştiği görülmüştür.

Bu aşamadan sonra maddeler yapı geçerliği kapsamında Temel Bileşenler Boyutlandırması (Principal Component) ve Varimax Rotasyon yönteminin kullanıldığı faktör analizine tabi tutulmuştur (KMO=.91; Bartlett Testi (253)=3896,108, $p<.001$). “Kilo Kaybetmek” şeklinde ifade edilen 34. madde 1. faktöre .30'un altında yüklendiği, “Vücudumu Kontrol Edebildiğimi Hissetmek” şeklinde ifade edilen 52. madde çift yüklendiği için analizlere dahil edilmemiştir. Bu maddeler ölçekten çıkarıldıktan sonra yürütülen faktör analizi neticesinde öz değeri 1'in üzerinde olan ve toplam varyansın % 67'sini açıklayan 5 faktörlü bir yapı elde edilmiştir (KMO=.91; Bartlett Testi(210)=3435,051, $p<0.001$). Ölçeğin tamamından elde edilen iç tutarlılık katsayısı .95'tir. Faktörlerin iç tutarlılık katsayıları ise “Kendine Güven” olarak isimlendirilen birinci faktör için .90 (madde sayısı=8); “Sosyal Katılım ve Yaşam Enerjisi” olarak isimlendirilen ikinci faktör için .82 (madde sayısı=4); “Görünüme Bağlı Memnuniyet” olarak isimlendirilen üçüncü faktör için .77 (madde sayısı=4); “Yeme ile İlgili Memnuniyet” olarak isimlendirilen dördüncü faktör için .76 (madde sayısı=3); “Kilo Kontrolü” olarak isimlendirilen beşinci faktör için .71 (madde sayısı=2) olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin toplam 21 maddeden oluşan son halinin faktör isimleri, her bir faktörün madde içerikleri, öz değeri, açıkladığı varyans, madde toplam puan korelasyonları ile Cronbach α değerleri ve her bir maddenin faktör yükü ile ortak varyans değerleri Tablo 4.3'te sunulmuştur.

Tablo 4.3. PDKDUB Davranış Sonuçlarına Verilen Değer Ölçeği'ne ait varimax rotasyon sonrası elde edilen faktörler, maddeler, faktör yükleri, ortak varyans değerleri ve madde toplam puan korelasyonları

Faktör/Madde	Faktör Yükü					Ortak Varyans	MTK	
	1	2	3	4	5			
<i>1.Faktör: Kendine Güven, Özdeğer=8.46, Açıklanan Varyans=%40.2, Cronbach Alfa .90</i>								
55	Hayatımı kontrol edebildiğimi hissetmek	.827					.76	.87
56	İyi bir ruh hali içerisinde hissetmek	.786	.248				.79	.88
54	Kendimi iyi hissediyor olmak	.773				.216	.77	.88
49	Duygularımı kontrol edebildiğimi hissetmek	.748					.67	.88
42	Mutlu ve stressiz hissetmek	.694		.352		.202	.79	.88
53	Vücuduma zarar vermiyor olmak	.663	.289				.66	.89
48	Kendime saygımın artması	.596	.249	.359			.67	.89
47	Suçlu hissetmemek	.595		.200			.60	.90
<i>2.Faktör. Sosyal Katılım ve Yaşam Enerjisi ,Özdeğer=1.68, Açıklanan Varyans=%8.0, Cronbach Alfa .82</i>								
39	Sosyal aktivitelere katılıyor olmak	.220	.777				.60	.76
36	Birtakım aktiviteler için zaman ayırmak	.235	.769				.60	.76
35	Enerji sahibi olmak	.240	.745				.64	.75
38	Sağlıklı bir vücuda sahip olmak	.288	.619		.224		.63	.81
<i>3.Faktör: Görünüme Bağlı Memnuniyet, Özdeğer=1.57, Açıklanan Varyans=%7.4, Cronbach Alfa .77</i>								
44	Fiziksel olarak çekici olmak	.226		.738			.54	.72
42	Güzel bir cilde sahip olmak	.222		.690	.218	.297	.66	.67

43	Arkadaşlarım ile uyumlu olmak	.388	.639		.53	.78
41	Kıyafetlerimin içinde iyi hissediyor olmak	.342	.626	.309	.274	.74
<i>4.Faktör: Yeme ile İlgili Memnuniyet, Özdeğer=1.32, Açıklanan Varyans=%6.2, Cronbach Alfa .76</i>						
37	Yediğim şeyden zevk alıyor olmak	.331	.817		.52	.63
40	Tadı iyi yiyecekler yemek	.231	.222	.805	.58	.61
50	İstedğim kadar yiyor olmak	.203	.711		.43	.82
<i>5.Faktör: Kilo Kontrolü, Özdeğer=1.04, Açıklanan Varyans=%4.9, Cronbach Alfa .71</i>						
45	Verdiğim kiloyu geri almamak			.837	.38	.59
51	Kilomu koruyor olmak	.275		.798	.58	.59

PDKDUB Davranış Sonuçlarına Verilen Değer Ölçeği Faktör 1 puanları ile Faktör 2 puanları ($r=.58$, $p<0.01$), Faktör 3 puanları ($r=.52$, $p<0.01$), Faktör 4 puanları ($r=.34$, $p<0.01$), Faktör 5 puanları ($r=.40$, $p<0.01$) ve toplam puan ($r=.87$, $p<0.01$); Faktör 3 puanları ile Faktör 2 puanları ($r=.47$, $p<0.01$), Faktör 4 puanları ($r=.39$, $p<0.01$), Faktör 5 puanları ($r=.37$, $p<0.01$) ve toplam puan ($r=.75$, $p<0.01$); Faktör 4 puanları ile toplam puan ($r=.59$, $p<0.01$); Faktör 5 puanları ($r=.17$, $p<0.01$) ile toplam puan ($r=.57$, $p<0.01$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Faktör 4 puanları ile Faktör 5 puanları ($r=.17$, $p<0.01$) arasında ise anlamlı olmasına rağmen düşük güçte ilişki gözlemlenmiştir. İlgili bulgular Tablo 4.4'te sunulmuştur.

Tablo 4.4. PDKDUB Davranış Sonuçlarına Verilen Değer Ölçeği'nde Yer Alan Faktörlerin Birbirleri ve Ölçek Toplam Puanlarına İlişkin Pearson Korelasyon Katsayıları

Değişkenler	1	2	3	4	5	6
-------------	---	---	---	---	---	---

Faktör 1	-					
Faktör 2	.582**	-				
Faktör 3	.519**	.469**	-			
Faktör 4	.342**	.349**	.387**	-		
Faktör 5	.405**	.284**	.374**	.173**	-	
Toplam ⁶	.870**	.754**	.752**	.590**	.573**	-

¹Kendine Güven, ²Sosyal Katılım ve Yaşam Enerjisi, ³Görünüme bağlı memnuniyet, ⁴Yeme ile ilgili memnuniyet, ⁵Kilo Kontrolü, ⁶PDKDUB Davranış Sonuçlarına Verilen Değer Ölçeği Toplam Puanı

** $p < .01$

Bulgular göz önünde bulundurulduğunda 1. hipotez a. Her bir ölçümü değerlendirmek için geliştirilen tüm ölçeklerin madde-toplam puan korelasyonlarının .20 ve üstünde olması gerekliliğine dair öngörü bu ölçek için desteklenmiştir. b. Geçerlik bağlamında her bir ölçek tek faktörlü bir yapı göstereceğine dair öngörü bu ölçek için desteklenmemiştir. c. Her bir ölçeğin gösterdiği yapıların iç tutarlığının yüksek olacağına ($>.70$) dair öngörü bu ölçek için desteklenmiştir.

4.1.1.3 PDKDUB Dolaylı Tutum Endeksi'ne Ait Madde, Faktör ve Güvenirlik Analizi Bulguları

PDKDUB Dolaylı Tutum Endeksi (Ek 9) madde analizine tabi tutulmuş ve madde toplam puan korelasyonu .20'nin altında kalan madde bulunmamıştır. Tüm maddelerin toplam puanla olan ilişkilerinin .36 (14. madde) ile .79 (19. madde) arasında değiştiği görülmüştür.

Bu aşamadan sonra maddeler yapı geçerliği kapsamında Temel Bileşenler Boyutlandırması (Principal Component) ve Varimax Rotasyon yönteminin kullanıldığı faktör analizine tabi tutulmuştur (KMO=.89; Bartlett Testi(36)=1503,556, $p<.001$). Yürütülen faktör analizi neticesinde 3., 4., 7., 10., ve 17. maddeleri (PDKDUB Davranış Sonuçlarına Verilen Değer Ölçeği'nde yer alan "Birtakım aktiviteler için zaman ayırmak, Yediğim şeyden zevk alıyor olmak, Tadı iyi yiyecekler yemek, Arkadaşlarım ile uyumlu olmak, İstedğim kadar yiyor olmak" şeklinde ifade edilen maddelere verilen puan ile PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği'nde yer alan "Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, farklı aktivitelerden (t.v. gibi) uzaklaşacağım, Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, yemek yerken daha az zevk alacağım, Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, tadı kötü olan yiyecekler yiyeceğim, Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, arkadaşlarımdan uzaklaşacağım, Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, istediğim kadar yemek yiyemeyeceğim" şeklinde ifade edilen maddelere verilen puanlarının çarpımından oluşan endeks maddesi) 1. Faktöre .30'un altında yüklenmiştir. Sırasıyla 1., 6., 12., ve 20. maddeleri "Kilo kaybetmek*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, kilo kaybedeceğim; Sosyal aktivitelere katılıyor olmak*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, normalde olduğumdan daha az sosyalleşebileceğim; Verdiğim kiloyu geri almamak*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, sonunda kaybettiğim kiloları geri alacağım; Vücuduma zarar vermiyor olmak*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam vücuduma zarar vereceğim" çift yüklenmiştir. Bu maddeler ölçekten çıkarıldıktan sonra öz değeri 1'in üzerinde olan ve toplam varyansın %75'ini açıklayan 2 faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Ölçeğin tamamından elde edilen iç tutarlılık katsayısı .91'dir. Faktörlerin iç tutarlılık katsayıları ise "Spesifik Tutumlar" olarak isimlendirilen birinci faktör için .90 (madde sayısı=11); "Genel Tutumlar"

olarak isimlendirilen ikinci faktör için .83 (madde sayısı=3) olarak bulunmuştur. Ölçeğin toplam 14 maddeden oluşan halinin faktör isimleri, her bir faktörün madde içerikleri, öz değeri, açıkladığı varyans ile Cronbach α değerleri ve her bir maddenin faktör yükü ile ortak varyans değerleri Tablo 4.5'te sunulmuştur.

Tablo 4.5. PDKDUB Dolaylı Tutum Endeksi'ne ait varimax rotasyon sonrası elde edilen faktörler, maddeler, faktör yükleri, ortak varyans değerleri ve madde toplam puan korelasyonları

Faktör/Madde	Faktör Yükü		Ortak Varyans	MTK
	1	2		
1. Faktör: Spesifik Tutumlar, Özdeğer=6,17, Açıklanan Varyans=%44.1, Cronbach Alfa .90				
22	Hayatımı kontrol edebildiğimi hissetmek*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, hayatımı daha fazla kontrol edeceğim.	.834	.80	.77
19	Vücudumu kontrol edebildiğimi hissetmek*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, vücudumu daha fazla kontrol edebileceğim.	.830	.83	.79
13	Mutlu ve stressiz hissetmek*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, artık stresli ya da mutsuz hissetmeyeceğim.	.776	.76	.72
16	Duygularımı kontrol edebildiğimi hissetmek* Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, duygularımı daha fazla kontrol edebileceğim.	.763	.71	.67
8	Kıyafetlerimin içinde iyi hissediyor olmak*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, kıyafetlerin içinde kendimi daha iyi hissedeceğim.	.743	.293	.80
9	Güzel bir cilde sahip olmak*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, güzel bir cilde sahip olacağım.	.741	.75	.69
11	Fiziksel olarak çekici olmak*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, fiziksel olarak daha çekici görüneceğim.	.706	.69	.64
18	Kilomu koruyor olmak*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, kilomu koruyabileceğim.	.645	.265	.70
2	Enerji sahibi olmak*Önümüzdeki 1 ay	.607	.432	.73

	boyunca diyet yaparsam, daha fazla enerjim olacak.				
14	Suçlu hissetmemek*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, her yemek yediğimde suçlu hissedeceğim. (ters)	.504	-.218	.37	.36
1	Kilo kaybetmek*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, kilo kaybedeceğim.	.494	.213	.54	.46
2. Faktör: Genel Tutumlar, Özdeğer=1,98, Açıklanan Varyans=%14.1, Cronbach Alfa .83					
23	İyi bir ruh hali içerisinde hissetmek*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, kötü bir ruh hali içerisinde olacağım.	.876	.41	.73	
21	Kendimi iyi hissediyor olmak*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, kendimi kötü hissedeceğim.	.868	.47	.74	
20	Vücuduma zarar vermiyor olmak*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam vücuduma zarar vereceğim.	.767	.48	.59	

PDKDUB Dolaylı Tutum Endeksi Faktör 1 puanları ile Faktör 2 puanları ($r=.32$, $p<0.01$) ve toplam puan ($r=.96$, $p<0.01$) arasında; Faktör 2 puanları ile toplam puan ($r=.59$, $p<0.01$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. İlgili bulgular Tablo 4.6’da sunulmuştur.

Tablo 4.6. PDKDUB Dolaylı Tutum Endeksi’nde Yer Alan Faktörlerin Birbirleri ve Ölçek Toplam Puanlarına İlişkin Pearson Korelasyon Katsayıları

Değişkenler	1	2	3
Faktör 1	-		
Faktör 2	.352**	-	
Toplam	.963**	.591**	-

¹ Spesifik Tutumlar, ² Genel Tutumlar, ³PDKDUB Dolaylı Tutum Endeksi Toplam Puanı

** $p<.01$

Bulgular göz önünde bulundurulduğunda 1. hipotez a. Her bir ölçümü değerlendirmek için geliştirilen tüm ölçeklerin madde-toplam puan korelasyonlarının .20 ve üstünde olması gerekliliğine dair öngörü bu ölçek için desteklenmiştir. b. Geçerlik bağlamında her bir ölçek tek faktörlü bir yapı göstereceğine dair öngörü bu ölçek için desteklenmemiştir. c. Her bir ölçeğin gösterdiği yapıların iç tutarlığının yüksek olacağına ($>.70$) dair öngörü bu ölçek için desteklenmiştir.



4.1.1.4. PDKDUB Doğrudan Tutum Ölçeği'ne Ait Madde, Faktör ve Güvenirlik Analizi Bulguları

PDKDUB Doğrudan Tutum Ölçeği madde analizine tabi tutulmuş ve madde toplam puan korelasyonu .20'nin altında kalan madde bulunmamıştır. Tüm maddelerin toplam puanla olan ilişkilerinin .85 (60 ve 61. madde) ile .92 (63. madde) arasında değiştiği görülmüştür.

Bu aşamadan sonra maddeler yapı geçerliği kapsamında Temel Bileşenler Boyutlandırması (Principal Component) ve Varimax Rotasyon yönteminin kullanıldığı faktör analizine tabi tutulmuştur (KMO=.87; Bartlett Testi(28)=1951,595, $p<.001$). Yürütülen faktör analizi neticesinde öz değeri 1'in üzerinde olan ve toplam varyansın %79'unu açıklayan 2 faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Çift yüklenen veya hiçbir faktöre yüklenmeyen madde bulunmamıştır. Ölçeğin tamamından elde edilen iç tutarlılık katsayısı .92'dir. Faktörlerin iç tutarlılık katsayıları ise "Fayda" olarak isimlendirilen birinci faktör için .92 (madde sayısı=6); "Haz" olarak isimlendirilen ikinci faktör için .92 (madde sayısı=2) olarak bulunmuştur. Ölçeğin toplam 7 maddeden oluşan son halinin faktör isimleri, her bir faktörün madde içerikleri, öz değeri, açıkladığı varyans ile Cronbach α değerleri ve her bir maddenin faktör yükü, ortak varyans değerleri ve madde toplam puan korelasyonları Tablo 4.7'de sunulmuştur.

Tablo 4.7. PDKDUB Doğrudan Tutum Ölçeği'ne ait varimax rotasyon sonrası elde edilen faktörler, maddeler, faktör yükleri, ortak varyans değerleri ve madde toplam puan korelasyonları

Faktör/Madde	Faktör Yükü		Ortak Varyans	MTK
	1	2		
<i>1. Faktör: Fayda, Özdeğer=5.14, Açıklanan Varyans=%64.2, Cronbach Alfa .92</i>				
58 Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, bu zararlıdır faydalıdır	.907		.79	.91
57 Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, bu yararsızdır yararlıdır	.847	.241	.84	.91
59 Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, bu arzu edilmez arzu edilir	.836	.286	.85	.90

62	Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, bu kötüdür iyidir	.818	.313	.85	.90
64	Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yapmam, olası değildir olasıdır	.692	.427	.81	.92
63	Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, bu hoş değildir hoştur	.648	.538	.84	.92
2. Faktör: Haz, Özdeğer=1.18, Açıklanan Varyans=%14.8, Cronbach Alfa .92					
61	Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, bu sıkıcıdır ilgi çekicidir	.221	.930	.70	.85
60	Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, bu zevksizdir zevklidir	.237	.916	.71	.85

PDKDUB Doğrudan Tutum Ölçeği Faktör 1 puanları ile Faktör 2 puanları ($r=.89$, $p<0.01$) ve toplam puan ($r=.99$, $p<0.01$) arasında; Faktör 2 puanları ile toplam puan ($r=.94$, $p<0.01$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Bulgular Tablo 4.8’de sunulmuştur.

Tablo 4.8. PDKDUB Doğrudan Tutum Ölçeği’nde Yer Alan Faktörlerin Birbirleri ve Ölçek Toplam Puanlarına İlişkin Pearson Korelasyon Katsayıları

Değişkenler	1	2	3
Faktör 1	-		
Faktör 2	.891**	-	
Toplam	.992**	.942**	-

¹ Fayda, ²Haz, ³ PDKDUB Doğrudan Tutum Ölçeği Toplam Puanı

** $p<.01$

Bulgular göz önünde bulundurulduğunda 1.Hipotez a. Her bir ölçümü değerlendirmek için geliştirilen tüm ölçeklerin madde-toplam puan korelasyonlarının .20 ve üstünde olması gerekliliğine dair öngörü bu ölçek için desteklenmiştir. b. Geçerlik bağlamında her bir ölçek tek faktörlü bir yapı göstereceğine dair öngörü bu ölçek için desteklenmemiştir. c. Her bir ölçeğin gösterdiği yapıların iç tutarlığının yüksek olacağına ($>.70$) dair öngörü bu ölçek için desteklenmiştir.

4.1.2. PDKDU Bataryası Öznel Normlar Boyutu

4.1.2.1. PDKDUB Normatif İnançlar Ölçeği'ne Ait Madde, Faktör ve Güvenirlik Analizi Bulguları

PDKDUB Normatif İnançlar Ölçeği madde analizine tabi tutulmuş madde toplam puan korelasyonu .20'nin altında kalan madde bulunmamıştır. Tüm maddelerin toplam puanla olan ilişkilerinin .88 (91. madde) ile .95 (92. ve 97. madde) arasında değiştiği görülmüştür.

Bu aşamadan sonra maddeler yapı geçerliği kapsamında Temel Bileşenler Boyutlandırması (Principal Component) ve Varimax Rotasyon yönteminin kullanıldığı faktör analizine tabi tutulmuştur (KMO=.94; Bartlett Testi(28)=3160,253, $p<.001$). Yürütülen faktör analizi neticesinde öz değeri 1'in üzerinde olan ve toplam varyansın %89'unu açıklayan tek faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .98 olarak bulunmuştur. Ölçeğin toplam 8 maddeden oluşan tek faktörlü hali, maddelerin içerikleri, öz değeri, açıkladığı varyans ile Cronbach α değerleri ve her bir maddenin faktör yükü ile ortak varyans değerleri Tablo 4.9'da sunulmuştur.

Tablo 4.9. PDKDUB Normatif İnançlar Ölçeği'ne ait varimax rotasyon sonrası elde edilen faktörler, maddeler, faktör yükleri, ortak varyans değerleri ve madde toplam puan korelasyonları

		Ortak Varyans	MTK
	Faktör/Madde		
	<i>Faktör:Normatif İnanç, Özdeğer=7.12, Açıklanan Varyans=%89.09, Cronbach Alf.98</i>		
90	Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam; ailem	.91	.88
91	Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam; en yakın arkadaşım	.92	.90
92	Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam; benim için önemli insanlar	.96	.95
93	Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam; eşim (erkek/kız arkadaşım)	.95	.93
94	Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam; iş arkadaşlarım	.95	.93
95	Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam;	.96	.94

96	akrabalarım Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam;	.95	.93
97	komşularım Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam; diğerleri (lütfen belirtin:.....)	.96	.95

Bulgular göz önünde bulundurulduğunda 1.Hipotez a. Her bir ölçümü değerlendirmek için geliştirilen tüm ölçeklerin madde-toplam puan korelasyonlarının .20 ve üstünde olması gerekliliğine dair öngörü bu ölçek için desteklenmiştir. b. Geçerlik bağlamında her bir ölçek tek faktörlü bir yapı göstereceğine dair öngörü bu ölçek için desteklenmiştir. c. Her bir ölçeğin gösterdiği yapıların iç tutarlığının yüksek olacağına (>.70) dair öngörü bu ölçek için desteklenmiştir.

4.1.2.2. PDKDUB Uyum Motivasyonu Ölçeği'ne Ait Madde, Faktör ve Güvenirlik Analizi Bulguları

Bu ölçekteki her bir madde “PDKDUB Normatif İnançlar Ölçeği”nde yer alan her bir maddeye atfedilen değeri ölçmektedir. PDKDUB Uyum Motivasyonu Ölçeği madde analizine tabi tutulmuş ve madde toplam puan korelasyonu .20'nin altında kalan madde bulunmamıştır. Tüm maddelerin toplam puanla olan ilişkilerininin .74 (103. madde) ile .86 (105. madde) arasında değiştiği görülmüştür.

Bu aşamadan sonra maddeler yapı geçerliği kapsamında Temel Bileşenler Boyutlandırması (Principal Component) ve Varimax Rotasyon yönteminin kullanıldığı faktör analizine tabi tutulmuştur (KMO=.89; Bartlett Testi(36)=1503,556, $p<.001$). Yürütülen faktör analizi neticesinde öz değeri 1'in üzerinde olan ve toplam varyansın % 75'ini açıklayan 2 faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Çift yüklenen veya hiçbir faktöre yüklenmeyen madde bulunmamıştır. Ölçeğin tamamından elde edilen iç tutarlılık katsayısı .90'dır. Faktörlerin iç tutarlılık katsayıları ise “Yakın Sosyal Çevre” olarak isimlendirilen birinci faktör için .89 (madde sayısı=4); “Uzak Sosyal Çevre” olarak isimlendirilen ikinci faktör için .91 (madde sayısı=4) olarak bulunmuştur. Ölçeğin toplam 8 maddeden oluşan halinin faktör isimleri, her bir faktörün madde içerikleri, öz değeri, açıkladığı varyans ile Cronbach α değerleri ve her bir maddenin faktör yükü, ortak varyans değerleri ve madde toplam puan korelasyonları Tablo 4.10'da sunulmuştur.

Tablo 4.10. PDKDUB Uyum Motivasyonu Ölçeği'ne ait varimax rotasyon sonrası elde edilen faktörler, maddeler, faktör yükleri, ortak varyans değerleri ve madde toplam puan korelasyonları

Faktör/Madde	Faktör Yüğü		Ortak Varyans	MTK
	1	2		
1. Faktör: Yakın Sosyal Çevre, Özdeğer=5.19, Açıklanan Varyans=%57.7, Cronbach Alfa .89				
98 Ailemin yapmam gerektiğini düşündüğü şeyleri yapmak isterim.	.879		.70	.79
102 Eşimin (erkek/kız arkadaşımın) yapmam	.814	.244	.75	.75

	gerektiğini düşündüğü şeyleri yapmak isterim.				
100	Benim için önemli insanların yapmam gerektiğini düşündükleri şeyleri yapmak isterim.	.792	.285	.76	.78
99	En yakın arkadaşımın yapmam gerektiğini düşündüğü şeyleri yapmak isterim.	.779	.379	.82	.75
2. <i>Faktör: Uzak Sosyal Çevre, Özdeğer=1.58, Açıklanan Varyans=%17.6, Cronbach Alfa .91</i>					
105	Komşularımın yapmam gerektiğini düşündüğü şeyleri yapmak isterim.	.200	.923	.79	.86
106	Diğerlerinin (lütfen belirtiniz ...) yapmam gerektiğini düşündüğü şeyleri yapmak isterim.		.913	.75	.79
104	Akrabalarımın yapmam gerektiğini düşündüğü şeyleri yapmak isterim.	.282	.890	.83	.83
103	İş arkadaşlarımın yapmam gerektiğini düşündüğü şeyleri yapmak isterim.	.421	.764	.84	.74

PDKDUB Uyum Motivasyonu Ölçeği Faktör 1 puanları ile Faktör 2 puanları ($r=.64$, $p<0.01$) ve toplam puan ($r=.92$, $p<0.01$) arasında; Faktör 2 puanları ile toplam puan ($r=.88$, $p<0.01$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Bulgular Tablo 4.11'de sunulmuştur.

Tablo 4.11. PDKDUB Uyum Motivasyonu Ölçeği'nde Yer Alan Faktörlerin Birbirleri ve Ölçek Toplam Puanlarına İlişkin Pearson Korelasyon Katsayıları

Değişkenler	1	2	3
Faktör 1	-		
Faktör 2	.638**	-	
Toplam	.922**	.885**	-

¹ Yakın Sosyal Çevre, ² Uzak Sosyal Çevre, ³ PDKDUB Uyum Motivasyonu Ölçeği Toplam Puanı

** $p<.01$

Bulgular göz önünde bulundurulduğunda 1. hipotez a. Her bir ölçümü değerlendirmek için geliştirilen tüm ölçeklerin madde-toplam puan korelasyonlarının

.20 ve üstünde olması gerekliliğine dair öngörü bu ölçek için desteklenmiştir. b. Geçerlik bağlamında her bir ölçek tek faktörlü bir yapı göstereceğine dair öngörü bu ölçek için desteklenmemiştir. c. Her bir ölçeğin gösterdiği yapıların iç tutarlığının yüksek olacağına ($>.70$) dair öngörü bu ölçek için desteklenmiştir.



4.1.2.3. PDKDU Öznel Normlar Endeksi'ne Ait Madde, Faktör ve Güvenirlik Analizi Bulguları

PDKDUB Öznel Normlar Endeksi (Ek 10) madde analizine tabi tutulmuş ve 2. maddesinin (PDKDUB Normatif İnançlar Ölçeği'nde yer alan "Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam; en yakın arkadaşım" şeklinde ifade edilen maddeye verilen puanın ile PDKDUB Uyum Motivasyonu Ölçeği'nde yer alan "En yakın arkadaşımın yapmam gerektiğini düşündüğü şeyleri yapmak isterim" şeklinde ifade edilen maddeye verilen puanın çarpımından oluşan endeks maddesi) madde toplam puan korelasyonu .20'nin altında olması sebebi ile ölçeğin yapı geçerlik ve güvenilirlik analizlerine dâhil edilmemiştir. Kalan tüm maddelerin toplam puanla olan ilişkilerininin .77 (5. madde) ile .86 (6. ve 8. madde) arasında değiştiği görülmüştür.

Bu aşamadan sonra kalan maddeler yapı geçerliği kapsamında Temel Bileşenler Boyutlandırması (Principal Component) ve Varimax Rotasyon yönteminin kullanıldığı faktör analizine tabi tutulmuştur (KMO=.89; Bartlett Testi(36)=1503,556, $p<.001$). "Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam; ailem*Ailemin yapmam gerektiğini düşündüğü şeyleri yapmak isterim" 1. maddesi 1. Faktöre .30'un altında yüklenmiştir. Yürütülen faktör analizi neticesinde öz değeri 1'in üzerinde olan ve toplam varyansın % 77'ini açıklayan tek faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Çift yüklenen veya hiçbir faktöre yüklenmeyen madde bulunmamıştır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı Cronbach $\alpha=.93$ olarak bulunmuştur. Ölçeğin toplam 6 maddeden oluşan tek faktörlü hali, maddelerin içerikleri, öz değeri, açıkladığı varyans ile Cronbach α değerleri ve her bir maddenin faktör yükü ile ortak varyans değerleri Tablo 4.12'de sunulmuştur.

Tablo 4.12. PDKDUB Öznel Normlar Endeksi'ne ait varimax rotasyon sonrası elde edilen faktörler, maddeler, faktör yükleri ve ortak varyans değerleri.

		Ortak Varyans	MTK
	Faktör/Madde		
	1. Faktör: Öznel Normlar Özdeğer=4.63, Açıklanan Varyans=%77.2, Cronbach Alfa .93		
6	Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam; akrabalarım*	.90	.84

	Akrabalarımın yapmam gerektiğini düşündüğü şeyleri yapmak isterim.		
5	Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam; iş arkadaşlarım*İş arkadaşlarımın yapmam gerektiğini düşündüğü şeyleri yapmak isterim.	.90	.86
7	Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam; komşularım* Komşularımın yapmam gerektiğini düşündüğü şeyleri yapmak isterim.	.90	.86
8	Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam; diğerleri (lütfen belirtin:.....)*Diğerlerinin (lütfen belirtiniz ...) yapmam gerektiğini düşündüğü şeyleri yapmak isterim.	.87	.79
3	Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam; benim için önemli insanlar*Benim için önemli insanların yapmam gerektiğini düşündükleri şeyleri yapmak isterim.	.87	.82
4	Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam; eşim (erkek/kız arkadaşım)*Eşimin (erkek/kız arkadaşımın) yapmam gerektiğini düşündüğü şeyleri yapmak isterim.	.83	.77

Bulgular göz önünde bulundurulduğunda 1.Hipotez a. Her bir ölçümü değerlendirmek için geliştirilen tüm ölçeklerin madde-toplam puan korelasyonlarının .20 ve üstünde olması gerekliliğine dair öngörü bu ölçek için desteklenmiştir. b. Geçerlik bağlamında her bir ölçek tek faktörlü bir yapı göstereceğine dair öngörü bu ölçek için desteklenmiştir. c. Her bir ölçeğin gösterdiği yapıların iç tutarlığının yüksek olacağına (>.70) dair öngörü bu ölçek için desteklenmiştir.

4.1.3. PDKDU Bataryası Algılanan Davranışsal Kontrol Boyutu

Algılanan Davranışsal Kontrolün doğrudan ölçümü için kullanılan “PDKDUB Algılanan Davranışsal Kontrol Ölçeği” ve Özyeterliğin doğrudan ölçümü için kullanılan “PDKDUB Özyeterlik Ölçeği” birer madde ile ölçüldüğü için madde analizi, faktör analizi ve güvenirlik analizi yapılmamıştır. Bu ölçeklerin yapı geçerlikleri yalnızca diğer ölçeklerle olan ilişkiler kapsamında incelenmiştir.

4.1.4. PDKDU Bataryası Niyet Boyutu

Niyet boyutunun doğrudan ölçümü için kullanılan “PDKDUB Davranışsal Niyet Ölçeği” ve dolaylı ölçümü için kullanılan “PDKDUB Davranış Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği” birer madde ile ölçüldüğü için madde analizi, faktör analizi ve güvenirlik analizi yapılmamıştır. Bu ölçeklerin yapı geçerlikleri yalnızca diğer ölçeklerle olan ilişkiler kapsamında incelenmiştir.

4.1.5. PDKDU Bataryası Davranış Boyutu

Son olarak davranışı doğrudan ölçümleyen “PDKDUB Davranış Ölçeği” bir madde ile ölçüldüğü için madde analizi, faktör analizi ve güvenirlik analizi yapılmamıştır. Davranış sonuçlarını doğrudan ölçümleyen “PDKDUB Davranış Sonuçları Ölçeği” iki maddeden oluşmakta olup bu maddelerden kişinin diyet davranışı sonucu kilo verme, diğeri ise kilo alma durumunu ölçümlendiği ve bu iki ölçüm birbirinden bağımsız ele alındığı için faktör, madde ve güvenirlik analizine tabii tutulmamıştır.

4.1.6. Diğer Ölçeklerle Korelasyonlar

PDKDUB'nın yapı geçerliği kapsamında Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin toplam puanı ve alt testleri ile olan ilişkisi incelenmiş olup bulgular Tablo 4.13'de sunulmuştur.

Tablo 4.13. PDKDUB Ölçeklerinin Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ) ile Pearson Korelasyon Katsayı Değerleri

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Kısıtlama	.459**	.096	.465**	.488**	.046	.384**	.230**	.199**	.301**	.544**	.563**	.627**	.048	-.273**
Y Endişe	.247**	.033	.177**	.298**	.088	.222**	.148**	-.007	.062	.131*	.353**	.241**	-.134*	-.040
B Endişe	.639**	.210**	.585**	.659**	.173**	.520**	.426**	.216**	.308**	.616**	.684**	.529**	-.022	-.137*
K Endişe	.568**	.168**	.517**	.600**	.157**	.482**	.390**	.187**	.241*	.552**	.651**	.489**	.017	-.158**
T Yeme	.139*	.018	.163**	.183**	.105	.241**	-.004	-.117	-.042	.072	.200**	.180**	.084	.030
Toplam	.588**	.160**	.541**	.625**	.141**	.493**	.368**	.191**	.286**	.576**	.684**	.577**	-.003	-.187**

¹PDKDUB Dolaylı Tutum Endeksi, ²PDKDUB Davranış Sonuçlarına Verilen Değer Ölçeği, ³PDKDUB Doğrudan Tutum Ölçeği, ⁴PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği, ⁵PDKDUB Uyum Motivasyonu Ölçeği, ⁶PDKDU Normatif İnançlar Ölçeği, ⁷PDKDU Öznel Normlar Endeksi, ⁸PDKDUB Algılanan Davranışsal Kontrol Ölçeği, ⁹PDKDUB Özyeterlik Ölçeği, ¹⁰PDKDUB Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği, ¹¹PDKDUB Davranışsal Niyet Ölçeği, ¹²PDKDUB Davranış Ölçeği, ¹³PDKDUB Davranış Sonuçları Ölçeği, ¹⁴PDKDUB Davranış Sonuçları Ölçeği 2

** $p < .01$, * $p < .05$

PDKDUB'nin yapı geçerliği kapsamında Hasta Sağlık Anketi ile olan ilişkisi incelenmiş olup bulgular Tablo 4.14'te sunulmuştur.

Tablo 4.14. PDKDUB Ölçeklerinin Hasta Sağlık Anketi (HSA) ile Pearson Korelasyon Katsayı Değerleri

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
PHQ-15	-.029	.009	-.043	.015	-.010	-	-	-.118*	-.059	-.051	.026	.005	-.074	-.047
GAD-7	-	.047	-	-.105	-.033	.145**	.151**	.270**	-	-	-.089	-.115*	-.112*	.052
P-5	-.005	.058	-.051	.009	-.033	-.066	-.063	-.051	-.031	-.020	.023	.035	.028	-.012
PHQ-9	-.008	.011	-.068	.018	.033	-.051	-.048	-	-.101	-.101	-.024	.057	-.041	-.007
								.188**						

¹PDKDUB Dolaylı Tutum Endeksi, ²PDKDUB Davranış Sonuçlarına Verilen Değer Ölçeği, ³PDKDUB Doğrudan Tutum Ölçeği, ⁴PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği, ⁵PDKDUB Uyum Motivasyonu Ölçeği, ⁶PDKDU Normatif İnançlar Ölçeği, ⁷PDKDU Öznel Normlar Endeksi, ⁸PDKDUB Algılanan Davranışsal Kontrol Ölçeği, ⁹PDKDUB Özyeterlik Ölçeği, ¹⁰PDKDUB Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği, ¹¹PDKDUB Davranışsal Niyet Ölçeği, ¹²PDKDUB Davranış Ölçeği, ¹³PDKDUB Davranış Sonuçları Ölçeği, ¹⁴PDKDUB Davranış Sonuçları Ölçeği

** $p < .01$, * $p < .05$

PDKDUB'nin yapı geçerliği kapsamında Genel Sağlık Anketi ve alt testleri ile olan ilişkisi incelenmiş olup bulgular Tablo 4.15'te sunulmuştur.

Tablo 4.15. PDKDUB Ölçeklerinin Genel Sağlık Anketi (SF-36) ile Pearson Korelasyon Katsayı Değerleri

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Fiziksel1	-.022	.011	-.056	-.046	-.038	-.031	-.060	.062	.095	.028	-.066	-.032	-.075	-.002
Fiziksel2	-.008	-.056	-.004	-.011	.006	.005	.019	.105	.124*	.028	.004	.028	-.070	.062
Emosyonel	.060	.039	.093	.038	.013	.103	.079	.135*	.075	.107	.063	.037	.065	.043
Canlılık	.058	.057	.064	.039	.078	.097	.131*	.204**	.168**	.076	.058	.078	.010	.046
RuhsalS	.062	-.063	.102	.059	.039	.178**	.136*	.201**	.171**	.109*	.070	.097	.001	.036
Sosyalİ	-.089	-.104	-.077	-.105	-.030	-.060	-.052	.006	-.011	-.094	-.126*	.073	-.028	.030
Ağrı	-.018	-.107*	-.059	-.048	-.046	.022	.018	.039	.032	-.055	-.096	.001	-.011	.026
GenelS	-.090	-.057	-.042	-.092	-.020	-.066	-.016	.069	.038	-.064	-	-.039	.024	.034
														.140**

¹PDKDUB Dolaylı Tutum Endeksi, ²PDKDUB Davranış Sonuçlarına Verilen Değer Ölçeği, ³PDKDUB Doğrudan Tutum Ölçeği, ⁴PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği, ⁵PDKDUB Uyum Motivasyonu Ölçeği, ⁶PDKDU Normatif İnançlar Ölçeği, ⁷PDKDU Öznel Normlar Endeksi, ⁸PDKDUB Algılanan Davranışsal Kontrol Ölçeği, ⁹PDKDUB Özyeterlik Ölçeği, ¹⁰PDKDUB Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği, ¹¹PDKDUB Davranışsal Niyet Ölçeği, ¹²PDKDUB Davranış Ölçeği, ¹³PDKDUB Davranış Sonuçları Ölçeği, ¹⁴PDKDUB Davranış Sonuçları Ölçeği

** $p < .01$, * $p < .05$

PDKDUB'nin yapı geçerliği kapsamında Yeme Tutum Testi'nin toplam puanı ve Diyet Özyeterlik İnancı Ölçeği'nin alt testleri ile olan ilişkileri incelenmiş olup bulgular Tablo 4.16'de sunulmuştur.

Tablo 4.16. PDKDUB Ölçeklerinin Yeme Tutum Testi (YTT) ve Diyet Özyeterlik İnancı Ölçeği (DÖİÖ) ile Pearson Korelasyon Katsayı Değerleri

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Y Tutum	.243**	.141**	.160**	.253**	-.039	.116*	.090	.101	.125*	.286**	.285**	.256**	-.047	-
Genelİ														.151**
Tıbbiİ	.413**	.124*	.490**	.369**	.122*	.325**	.293**	.609**	.607**	.448**	.411**	.388**	.133*	-.087
Kontrollİ	.319**	.151**	.331**	.285**	.076	.293**	.236**	.455**	.436**	.334**	.280**	.241**	.066	-.056
	.280**	.058	.363**	.237**	.073	.246**	.225**	.478**	.424**	.327**	.262**	.236**	.187**	-.043

¹PDKDUB Dolaylı Tutum Endeksi, ²PDKDUB Davranış Sonuçlarına Verilen Değer Ölçeği, ³PDKDUB Doğrudan Tutum Ölçeği, ⁴PDKDUB Davranış Sonuç İnancı Ölçeği, ⁵PDKDUB Uyum Motivasyonu Ölçeği, ⁶PDKDU Normatif İnancı Ölçeği, ⁷PDKDU Özne Normlar Endeksi, ⁸PDKDUB Algılanan Davranışsal Kontrol Ölçeği, ⁹PDKDUB Özyeterlik Ölçeği, ¹⁰PDKDUB Davranış Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği, ¹¹PDKDUB Davranışsal Niyet Ölçeği, ¹²PDKDUB Davranış Ölçeği, ¹³PDKDUB Davranış Sonuçları Ölçeği, ¹⁴PDKDUB Davranış Sonuçları Ölçeği

** $p < .01$, * $p < .05$

Yukarıda görüldüğü gibi PDKDUB Dolaylı Tutum Endeksi'nin, YBDÖ toplam puanı ($r=.59$, $p< 0.01$); Kısıtlama ($r=.46$, $p< 0.01$), Yeme ile İlgili Endişeler ($r=.25$, $p< 0.01$), Beden Şekli ile İlgili Endişeler ($r=.64$, $p< 0.01$), Kilo Endişeleri ($r=.57$, $p< 0.01$) alt ölçekleriyle; YTT toplam puanı ($r=.24$, $p< 0.01$) ve DÖİÖ Genel İnançlar ($r=.41$, $p< 0.01$), Tıbbi İnançlar ($r=.32$, $p< 0.01$) ve Kontrol ($r=.28$, $p< 0.01$) alt ölçekleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

PDKDUB Doğrudan Tutum Ölçeği'nin, YBDÖ toplam puanı ($r=.54$, $p< 0.01$); Kısıtlama ($r=.46$, $p< 0.01$), Beden Şekli ile İlgili Endişeler ($r=.58$, $p< 0.01$), Kilo Endişeleri ($r=.52$, $p< 0.01$) alt ölçekleriyle ve DÖİÖ Genel İnançlar ($r=.49$, $p< 0.01$), Tıbbi İnançlar ($r=.33$, $p< 0.01$) ve Kontrol ($r=.36$, $p< 0.01$) alt ölçekleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği'nin, YBDÖ toplam puanı ($r=.62$, $p< 0.01$); Kısıtlama ($r=.49$, $p< 0.01$) Yeme ile İlgili Endişeler ($r=.30$, $p< 0.01$), Beden Şekli ile İlgili Endişeler ($r=.66$, $p< 0.01$), Kilo Endişeleri ($r=.60$, $p< 0.01$) alt ölçekleriyle; YTT toplam puanı ($r=.25$, $p< 0.01$) ve DÖİÖ Genel İnançlar ($r=.37$, $p< 0.01$), Tıbbi İnançlar ($r=.28$, $p< 0.01$) ve Kontrol ($r=.24$, $p< 0.01$) alt ölçekleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

PDKDUB Normatif İnançlar Ölçeği'nin, YBDÖ toplam puanı ($r=.49$, $p< 0.01$); Kısıtlama ($r=.38$, $p< 0.01$) Yeme ile İlgili Endişeler ($r=.22$, $p< 0.01$), Beden Şekli ile İlgili Endişeler ($r=.52$, $p< 0.01$) ve Kilo Endişeleri ($r=.48$, $p< 0.01$) alt ölçekleriyle ve DÖİÖ Genel İnançlar ($r=.32$, $p< 0.01$), Tıbbi İnançlar ($r=.29$, $p< 0.01$) ve Kontrol ($r=.25$, $p< 0.01$) alt ölçekleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

PDKDUB Öznel Normlar Endeksi'nin YBDÖ toplam puanı ($r=.37$, $p< 0.01$); Kısıtlama ($r=.23$, $p< 0.01$), Beden Şekli ile İlgili Endişeler ($r=.43$, $p< 0.01$) ve Kilo Endişeleri ($r=.39$, $p< 0.01$) alt ölçekleriyle; DÖİÖ Genel İnançlar ($r=.29$, $p< 0.01$), Tıbbi İnançlar ($r=.24$, $p< 0.01$) ve Kontrol ($r=.22$, $p< 0.01$) alt ölçekleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

PDKDUB Algılanan Davranışsal Kontrol Ölçeği'nin Diyet Özyeterlilik İnançları Ölçeği Genel İnançlar ($r=.61, p< 0.01$), Tıbbi İnançlar ($r=.45, p< 0.01$) ve Kontrol ($r=.48, p< 0.01$; $r=.42$) alt ölçekleriyle; Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği'nin Beden Şekli ile İlgili Endişeler ($r=.22, p< 0.01$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

PDKDUB Özyeterlilik Ölçeği'nin Diyet Özyeterlilik İnançları Ölçeği Genel İnançlar ($r=.61, p< 0.01$), Tıbbi İnançlar ($r=.44, p< 0.01$) ve Kontrol ($r=.42, p< 0.01$) alt ölçekleriyle; Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği toplam puanı ($r=.29, p< 0.01$); Kısıtlama ($r=.30, p< 0.01$), Beden Şekli ile İlgili Endişeler ($r=.31, p< 0.01$), Kilo Endişeleri ($r=.24, p< 0.05$) alt ölçekleriyle arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

PDKDUB Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği'nin YDBÖ toplam puanı ($r=.58, p< 0.01$), Kısıtlama ($r=.54, p< 0.01$), Beden Şekli ile İlgili Endişeler ($r=.62, p< 0.01$), Kilo Endişeleri ($r=.55, p< 0.01$) alt ölçekleri; YTT toplam puanı ($r=.29, p< 0.01$); DÖİÖ Genel İnançlar ($r=.45, p< 0.01$), Tıbbi İnançlar ($r=.33, p< 0.01$) ve Kontrol ($r=.33, p< 0.01$) alt ölçekleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

PDKDUB Davranışsal Niyet Ölçeği'nin YBDÖ toplam puanı ($r=.68, p< 0.01$), Kısıtlama ($r=.56, p< 0.01$) Yeme ile İlgili Endişeler ($r=.35, p< 0.01$), Beden Şekli ile İlgili Endişeler ($r=.68, p< 0.01$), Kilo Endişeleri ($r=.65, p< 0.01$) alt ölçekleriyle; YTT toplam puanı ($r=.28, p< 0.01$); DÖİÖ Genel İnançlar ($r=.41, p< 0.01$), Tıbbi İnançlar ($r=.28, p< 0.01$) ve Kontrol ($r=.26, p< 0.01$) alt ölçekleri arasında da pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

PDKDUB Davranış Ölçeği ile YBDÖ toplam puanı ($r=.26, p< 0.01$), Kısıtlama ($r=.63, p< 0.01$) Yeme ile İlgili Endişeler ($r=.24, p< 0.05$), Beden Şekli ile İlgili Endişeler ($r=.53, p< 0.01$), Kilo Endişeleri ($r=.49, p< 0.01$) alt ölçekleri; YTT toplam puanı ($r=.26, p< 0.01$); DÖİÖ Genel İnançlar ($r=.39, p< 0.01$), Tıbbi İnançlar ($r=.24, p< 0.01$) ve Kontrol ($r=.24, p< 0.01$) alt ölçekleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Bulgular göz önünde bulundurulduğundan 1. hipotez d. Her bir ölçeğin aynı ya da benzer yapıyı ölçen ölçeklerle de ilişkisinin anlamlı olacağına dair öngörünün PDKDUB Davranış Sonuçlarına Verilen Değer Ölçeği ve PDKDUB Uyum Motivasyonu Ölçeği hariç diğer ölçekler için desteklendiği gözlemlenmiştir.

4.2. PDKDUB'DE MODEL SINAMASI

Araştırmanın bu bölümünde 2., 3., 4., 5., ve 6. hipotezler bağlamında kurulan ilişkilere dair bulgular sunulacaktır. Araştırmanın “Giriş” kısmında da bahsedildiği gibi bu hipotezler:

Hipotez 2:**a.**Tutumları doğrudan ölçümleyen “PDKDUB Doğrudan Tutum Ölçeği” puanları ile niyetin dolaylı ve doğrudan ölçümleri arasındaki ilişki; tutumları dolaylı ölçümleyen “PDKDUB Davranış Sonuç İnançları, PDKDUB Davranış Sonuçlarına Verilen Değer Ölçekleri ve PDKDUB Dolaylı Tutum Endeksi” puanları ile niyetin dolaylı ve doğrudan ölçümleri arasındaki ilişkiden daha güçlü olacaktır. **b.** Niyeti doğrudan ölçümleyen “PDKDUB Davranışsal Niyet Ölçeği” puanları ile sağlık davranışını ölçmek için kullanılan “PDKDUB Davranış Ölçeği” puanları arasındaki ilişki; niyeti dolaylı olarak ölçümleyen “PDKDUB Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği” puanları ile PDKDUB Davranış Ölçek puanları arasındaki ilişkiden daha güçlü olacaktır.

Hipotez 3:**a.**Tutumları ölçümleyen: “PDKDUB Davranış Sonuç İnançları, PDKDUB Davranış Sonuçlarına Verilen Değer Ölçeği, PDKDUB Dolaylı Tutum Endeksi”; **b.**Öznel normları dolaylı olarak ölçümleyen “PDKDUB Normatif İnançlar Ölçeği, PDKDUB Uyum Motivasyonu Ölçeği, PDKDUB Öznel Normlar Endeksi”;**c.**Algılanan davranışsal kontrolü (ADK) doğrudan ölçümleyen: “PDKDUB Algılanan Davranışsal Kontrol Ölçeği” ve özyeterliği doğrudan ölçümleyen “PDKDUB Özyeterlik Puanları Ölçeği” puanları; niyeti dolaylı olarak ölçümleyen “PDKDUB Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği” puanlarını anlamlı düzeyde yordayacaktır.

Hipotez 4:**a.**Tutumları dolaylı olarak ölçümleyen ölçek puanları; **b.**Öznel normları dolaylı olarak ölçümleyen ölçek puanları; **c.**Algılanan davranışsal kontrolü ve

özyeterliği doğrudan ölçümleyen ölçek puanları; **d.**Niyeti dolaylı olarak ölçümleyen ölçek puanları, davranışı ölçümleyen “PDKDUB Davranış Ölçeği” puanlarını anlamlı derecede yordayacaktır. **e.**PDK’nın tutum, öznel norm, algılanan davranışsal kontrol ve niyet olmak üzere dört yordayıcı yapısı arasında davranışın en güçlü yordayıcısı niyet olacaktır.

Hipotez 5:**a.**Tutumları dolaylı olarak ölçümleyen ölçekler; **b.**Öznel normları dolaylı olarak ölçümleyen ölçekler; **c.**Algılanan davranışsal kontrolü ve özyeterliği ölçümleyen ölçekler ile davranışı ölçümleyen “PDKDUB Davranış Ölçeği” arasındaki ilişkide niyeti dolaylı olarak ölçümleyen ölçek tam aracı etkiye sahip olacaktır.

Hipotez 6:**a.**Niyeti dolaylı olarak ölçümleyen ölçek puanları ile davranış sonuçlarını ölçümleyen “PDKDUB Davranış Sonuçları Ölçeği 1. maddesi (kilo alma)”; **b.**Niyeti dolaylı olarak ölçümleyen ölçek ile davranış sonuçlarını ölçümleyen “PDKDUB Davranış Sonuçları Ölçeği 2. maddesi (kilo verme)” arasındaki ilişkide davranışı doğrudan ölçümleyen “PDKDUB Davranış Ölçeği” puanları aracı etkiye sahip olacaktır.

Hipotezlerin sınaması için ilk olarak PDKDUB’de yer alan ölçeklerin birbirleriyle olan ilişkileri incelenmiş olup bu ilişkiler Tablo 4.17’de sunulmuştur.

Tablo 4.17. Planlı Davranış Kuramı Diyet Uyum Bataryası Ölçekleri Pearson korelasyon katsayıları

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	-													
2	.234**	-												
3	.721**	.179**	-											
4	.939**	.242**	.726**	-										
5	.559**	.070	.551**	.600**	-									
6	.209**	.123*	.200**	.254**	.274**	-								
7	.498**	.117*	.471**	.540**	.798**	.700**	-							
8	.174**	.066	.245**	.153**	.164**	.028	.125*	-						
9	.365**	.154**	.459**	.362**	.292**	.073	.231**	.637**	-					

10	.559**	.194**	.611**	.577**	.455**	.176**	.385**	.256**	.386**	-				
11	.629**	.235**	.700**	.660**	.531**	.206**	.462**	.254**	.413**	.781**	-			
12	.503**	.119*	.531**	.520**	.395**	.137**	.311**	.263**	.427**	.666**	.651**	-		
13	.056	.071	.092	.076	-.034	-.095	-.083	.045	.021	.079	.124*	-.025	-	
14	.103	.053	.112	.104	.045	.015	.016	.119*	.129*	.232**	.137**	.388**	-	-
														.182**

¹PDKDUB Dolaylı Tutum Endeksi, ²PDKDUB Davranış Sonuçlarına Verilen Değer Ölçeği, ³PDKDUB Doğrudan Tutum Ölçeği, ⁴PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği, ⁵PDKDUB Normatif İnançlar Ölçeği, ⁶PDKDU Uyum Motivasyonu Ölçeği, ⁷PDKDU Öznel Normlar Endeksi, ⁸PDKDUB Kontrol İnançları Ölçeği, ⁹PDKDUB Özyeterlik Ölçeği, ¹⁰PDKDUB Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği, ¹¹PDKDUB Davranışsal Niyet Ölçeği, ¹²PDKDUB Davranış Ölçeği, ¹³PDKDUB Davranış Sonuçları Ölçeği, ¹⁴PDKDUB Davranış Sonuçları Ölçeği

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo 4.17’de görüldüğü gibi PDKDUB Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği ile PDKDUB Doğrudan Tutum Ölçeği’nin ($r=.61, p<.01$) ilişkisi; PDKDUB Davranış Sonuç İnançları ($r=.58, p<.01$), PDKDUB Davranış Sonuçlarına Verilen Değer Ölçeği ($r=.19, p<.01$), PDKDUB Dolaylı Tutum Endeksi’nden ($r=.56, p<.01$) yüksek bulunmuştur. Ayrıca PDKDUB Davranışsal Niyet Ölçeği ile PDKDUB Doğrudan Tutum Ölçeği’nin ($r=.70, p<.01$) ilişkisi; PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği ($r=.66, p<.01$), PDKDUB Davranış Sonuçlarına Verilen Değer Ölçeği ($r=.23, p<.01$), PDKDUB Dolaylı Tutum Endeksi’nden ($r=.63, p<.01$) daha güçlü bulunmuştur. Bu bulgular Hipotez 2 a’nın desteklendiğinin kanıtıdır. PDKDUB Davranış Ölçeği ile PDKDUB Davranışsal Niyet Ölçeği’nin ilişkisi ($r=.65, p<.01$) PDKDUB Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği’nin ilişkisinden ($r=.67, p<.01$) daha güçlü bulunamamıştır. Bu bulgu hipotez 2 b’nin desteklenmediğinin göstergesidir.

4.2.1. Regresyon Analiz Bulguları

Hipotez 3’ün sınaması için birinci regresyon analizine tablo 4.17’de görüldüğü gibi yordanan PDKDUB Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği ile .20’nin üzerinde anlamlı korelasyon gösteren PDKDUB Dolaylı Tutum Endeksi ($r=.56, p<.01$), PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği ($r=.58, p<.01$), PDKDUB Normatif İnançlar Ölçeği ($r=.45, p<.01$), PDKDU Öznel Normlar Endeksi ($r=.38, p<.01$), PDKDUB Algılanan Davranışsal Kontrol Ölçeği ($r=.26, p<.01$) ve PDKDUB Özyeterlik Ölçeği ($r=.39, p<.01$) sokulmuştur. Regresyon analizinde bu değişkenlerden sadece PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği, PDKDUB Özyeterlik Ölçeği ve PDKDUB Normatif İnançlar Ölçeği’nden alınan puanlarının yordanan değişken olan PDKDUB Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği’ndeki varyansın sırasıyla %33,3’ünü, %3,6’sını, %1,4’ünü anlamlı düzeyde açıkladığını göstermiştir ($F_{(1,299)}=147.31, p<.001$; $F_{(1,298)}=16.71, p<.001$, $F_{(1,297)}=6.52, p<.05$). Bu bulgular hipotez 3 a, b ve c’nin kısmen desteklendiğinin kanıtı olarak gösterilebilir. İlgili regresyon analizi ile ilgili bulgular Tablo 4.18’de görülebilir.

Tablo 4.18. PDKDUB Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği'nin; PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği, PDKDUB Özyeterlik Ölçeği ve PDKDUB Normatif İnançlar Ölçeği Tarafından Yordanmasına İlişkin Çoklu Doğrusal Adımsal Regresyon Analizi Sonuçları

	ΔR^2	B	B	SE	T	P
1	%33.6	.27	.42	.04	7.03	.000
2	%3.6	.09	.19	.02	3.85	.000
3	%1.4	.06	.15	.02	2.55	.011

¹PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği, ²PDKDUB Özyeterlik Ölçeği, ³PDKDUB Normatif İnançlar Ölçeği

Hipotez 4'ün sınaması için ikinci regresyon analizine tablo 4.17'de görüldüğü gibi yordanan PDKDUB Davranış Ölçeği ile .20'nin üzerinde anlamlı korelasyon gösteren PDKDUB Dolaylı Tutum Endeksi ($r=.50, p<.01$), PDKDUB Davranış Sonuç İnançları ($r=.52, p<.01$), PDKDUB Normatif İnançlar Ölçeği ($r=.39, p<.01$), PDKDU Öznel Normlar Endeksi ($r=.31, p<.01$), PDKDUB Algılanan Davranışsal Kontrol Ölçeği ($r=.26, p<.01$), PDKDUB Özyeterlik Ölçeği ($r=.43, p<.01$) ve PDKDUB Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği'nden ($r=.67, p<.01$) alınan puanlar sokulmuştur. Regresyon analizi, bu değişkenlerden PDKDUB Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği, PDKDUB Özyeterlik Ölçeği ve PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği'nden alınan puanlarının yordanan değişken olan PDKDUB Davranış Ölçek puanlarındaki varyansın sırasıyla %44'ünü, %3,3'ünü, %1,7'sini anlamlı düzeyde açıkladığını göstermiştir ($F_{(1,299)}=238.71, p<.001$; $F_{(1,298)}=19.08, p<.001$; $F_{(1,297)}=9.86, p<.01$). Bu bulgular hipotez 4 b'nin desteklenmediğinin; a ve c'nin kısmen desteklendiğinin; d ve e'nin desteklendiğinin kanıtı olarak gösterilebilir. İlgili regresyon analizi ile ilgili bulgular Tablo 4.19'da görülebilir.

Tablo 4.19. PDKDUB Davranış Ölçeği'nin; PDKDUB Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği, PDKDUB Özyeterlik Ölçeği ve PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Tarafından Yordanmasına İlişkin Çoklu Doğrusal Adımsal Regresyon Analizi Sonuçları

	ΔR^2	B	β	SE	T	P
1	%44	1.09	.51	.11	9.80	.000
2	%3.3	.18	.17	.05	3.75	.000
3	%1.7	.22	.16	.07	3.14	.002

¹PDKDUB Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği, ²PDKDUB Özyeterlik Ölçeği, ³PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği

4.2.2. Aracılık Etkisi'ne dair Regresyon Analizi Bulguları

Araştırmanın bu bölümünde 5. ve 6. hipotezler bağlamında kurulan aracı etki sınamalarına yönelik regresyon bulguları sunulacaktır.

Yordayıcılar, yordanan ve aracılar arasındaki korelasyonlar Tablo 4.17'de gösterilmiş olup 5. hipotez bağlamında kurulan aracı etki sınamasında; yordanan değişken PDKDUB Davranış Ölçeği ve aracı değişken PDKDUB Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği ile yordayıcı değişkenlerden PDKDUB Davranış Sonuçlarına Verilen Değer Ölçeği ve PDKDU Uyum Motivasyonu Ölçeği arasında orta güçte ve anlamlı ilişki gözlenmemiştir. Bu yüzden iki ölçek analizin geri kalanına dahil edilmemiştir. Korelasyonel ilişkiler bağlamında, aracı ilişkinin kurulabilmesi için gerçekleştirilen regresyonel ilişkide yordanan değişken: PDKDUB Davranış Ölçeği; yordayıcı değişkenler: PDKDUB Dolaylı Tutum Endeksi, PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği, PDKDUB Normatif İnançlar Ölçeği, PDKDU Öznel Normlar Endeksi, PDKDUB Algılanan Davranışsal Kontrol Ölçeği ve PDKDUB Özyeterlik Ölçeği; aracı değişken ise: PDKDUB Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği olarak alınmıştır.

İkinci basamakta yordayıcı değişkenlerin yordanan değişkeni yordama gücünün belirlenmesi için bahsedilen ölçekler yordayıcılık ilişkisine tabi tutulmuştur. Yordayıcı değişkenlerden PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği, PDKDUB Özyeterlik Ölçeği ve PDKDU Öznel Normlar Endeksi'nin yordanan değişkendeki değişimin %34'ünü anlamlı şekilde açıkladığı görülmüştür ($F_{(1,297)}=4.04, p<.05$).

Üçüncü basamak bağlamında yordanan değişkeni anlamlı şekilde açıklamış olan yordayıcı değişkenlerden PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği ve PDKDUB Özyeterlik Ölçeği'nin aracı değişken olan PDKDUB Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği'ndeki değişimin %36,6'sını ($F_{(1,298)}=16.71, p<.001$) anlamlı şekilde açıkladığını göstermiştir. Dördüncü basamak bağlamında yürütülen basit doğrusal regresyon analizleri ise aracı değişkenin yordanan değişkendeki değişimin %44.35'ini ($F_{(1,301)}=239.86, p<.001$) açıkladığını göstermiştir.

Baron ve Kenny'nin (1986) tüm koşullarını yordayıcı değişkenlerden PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği ve PDKDUB Özyeterlik Ölçeği'nin karşıladığının tespit edilmesi üzerine bu ölçeklerden alınan puanların PDKDUB Davranış Ölçeği üzerindeki yordayıcı etkisinde PDKDUB Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği'nin aracı rolünün sınıandığı çoklu doğrusal hiyerarşik regresyon analizi sınamasına geçilmiştir. Regresyon denkleminde *yordanan değişken* olarak PDKDUB Davranış Ölçeği, birinci bloğa *yordayıcı değişkenler* olan PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği ve PDKDUB Özyeterlik Ölçeği, ikinci bloğa ise *aracı değişken* olan PDKDUB Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği atanmıştır. Analiz sonuçlarında, son modelde aracı değişkenin yordayıcılık etkisinin anlamlı olmaya devam ettiğini, yordayıcı değişkenlerin ise anlamlı olmaya devam ettiği halde B değerinin düştüğü gözlemlenmiştir. Bu bağlamda PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği (Sobel $Z=4.17, p<.001$) ve PDKDUB Özyeterlik Ölçeği'nin (Sobel $Z=3.03, p<.001$) PDKDUB Davranış Ölçeği üzerindeki yordayıcı etkisinde PDKDUB Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği'nin kısmi aracı etkiye sahip olduğu kabul edilmiştir.

Bu bulgular Hipotez 5 b'nin desteklenmediğinin; a ve c'nin ise kısmen desteklendiğinin kanıtı olarak gösterilebilir. İlgili aracı etki analiz bulguları Tablo 4.20'de sunulmuştur.

Tablo 4.20. PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği ve PDKDUB Özyeterlik Ölçeği'nin PDKDUB Davranış Ölçeği üzerindeki yordayıcı etkisinde PDKDUB Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği'nin aracı rolüne ilişkin çoklu doğrusal hiyerarşik aracı regresyon analizi sonuçları

		ΔR^2	B	β	Std. Hata	T	P
1. Adım	¹ Sonuçİnanç	.033	.57	.41	.07	8.12	.000
	² Özyeterlik		.28	.27	.05	5.33	.000
2. Adım	Sonuçİnanç	-	.22	.16	.07	3.09	.002
	Özyeterlik		.17	.17	.05	3.71	.000
	³ Niyet	.049	1.09	.51	.11	9.85	.000

¹PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği, ²PDKDUB Özyeterlik Ölçeği, ³PDKDUB Davranış Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği

PDKDUB Davranış Sonuçları Ölçeği'nin 1. maddesi hiçbir yordayıcı değişken ile .20 ve üzeri anlamlı korelasyon göstermediği için regresyon analizine tabi tutulmamıştır. Bu bulgu Hipotez 6 a'nın desteklenmediğinin göstergesidir.

Hipotez 6 b. bağlamında ise kurulan aracılık etki sınamasında; yordanan değişken PDKDUB Davranış Sonuçları Ölçeği 2. maddesi, aracı değişken PDKDUB Davranış Ölçeği ile yordayıcı değişken PDKDUB Davranış Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği arasında orta güçte ve anlamlı ilişki gözlenmiştir.

Ardından ikinci basamak bağlamında yordayıcı değişken PDKDUB Davranış Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği'nin yordanan değişken PDKDUB Davranış Sonuçları Ölçeği 2. maddesini anlamlı şekilde yordayıp yordamadığının belirlenmesi için bahsedilen ölçekler yordayıcılık ilişkisine tabi tutulmuş; yordanan değişkendeki değişimin %0.5'ini anlamlı şekilde açıkladığı görülmüştür ($F_{(1,301)}=16.83, p<.001$). Üçüncü basamak bağlamında yordanan değişkeni anlamlı şekilde açıklamış olan PDKDUB Davranış Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği'nin aracı değişken olan PDKDUB Davranış Ölçeği'ndeki değişimin %44.3'ünü ($F_{(1,301)}=239.86, p<.001$) açıkladığını göstermiştir. Dördüncü basamak bağlamında yürütülen basit doğrusal regresyon analizleri ise aracı değişkenin yordanan değişkendeki değişimin %14.9'unu ($F_{(1,301)}=52.86, p<.001$) açıkladığını göstermiştir.

Yordayıcı, yordanan ve aracı değişkenin Baron ve Kenny'nin (1986) tüm koşullarını sağladığının tespit edilmesi üzerine çoklu doğrusal hiyerarşik regresyon analizi sınamasına geçilmiştir. Regresyon denkleminde *yordanan değişken* olarak PDKDUB Davranış Sonuçları Ölçeği 2.madde, birinci bloğa *yordayıcı değişken* PDKDUB Davranış Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği, ikinci bloğa ise *aracı değişken*

olan PDKDUB Davranış Ölçeği atanmıştır. Analiz sonuçları son modelde aracı değişkenin yordayıcılık etkisi anlamlı olmaya devam ettiğini, yordayıcı değişkenin yordanan değişken üzerinde anlamlı olan yordayıcılık etkisinin aracı değişken denkleme sokulduktan sonra anlamsız hale geldiğini göstermiştir (Tablo 4.21.). Bu bulgu PDKDUB Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği ile PDKDUB Davranış Sonuçları Ölçeği'nin 2. maddesi arasındaki ilişkide PDKDUB Davranış Ölçeği'nin tam aracı etkiye sahip olduğunun kanıtı olup Hipotez 6 b'nin öngörüsüyle paralellik göstermektedir. İlgili aracı etki analiz bulguları Tablo 4.21'de sunulmuştur.

Tablo 4.21. PDKDUB Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği'nin PDKDUB Davranış Sonuçları Ölçeği üzerindeki yordayıcı etkisinde PDKDUB Davranış Ölçeği'nin aracı rolüne ilişkin çoklu doğrusal hiyerarşik aracı regresyon analizi sonuçları

		ΔR^2	B	β	Std. Hata	T	p
1. Adım	¹ Niyet	.053	.13	.23	.03	4.10	.000
2. Adım	Niyet	-	-.03	-.05	.04	-.69	.493
	² Davranış	.151	.11	.42	.02	5.88	.000

¹PDKDUB Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği, ²PDKDUB Davranış Ölçeği

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu araştırmanın iki temel amacı bulunmaktadır. Bunlardan ilki: obez olan ve olmayan bir grup bireyde diyet uyum davranışının psikososyal yordayıcılarını sağlık davranışına yönelik tutumlar, normatif inançlar ve algılanan davranışsal kontrol yapılarını bünyesinde barındıran Planlı Davranış Kuramı (PDK) çerçevesinde incelemek ve diyet uyum davranışına yönelik PDK temelli bir batarya geliştirerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını gerçekleştirmektir. Bu bağlamda araştırmada öncelikle PDK bileşenlerini (tutumlar, öznel normlar, algılanan davranışsal kontrol, niyet ve davranış) ölçmek amacıyla iki endeks ve 11 de ölçek olmak üzere toplam 68 madde ve 13 ölçümden oluşan Planlı Davranış Kuramı Diyet Uyum Bataryası PDKDUB geliştirilmiştir. Batarya oluşturulurken iki temel ölçüm aracından yararlanılmıştır. Bunlardan ilki, Nejad ve Wertheim'in (2004) "Comparison of the Health Belief Model and the Theory of Planned Behaviour in the Prediction of Dieting and Fasting Behaviour" isimli makalesinde yer almaktadır ve diyet davranışını Sağlık İnanç Modeli (SİM) ve PDK'yı karşılaştırılarak açıklamayı amaçlamaktadır. İkincisi ise, Baker, Brownell ve Little'ın (2003) "Predicting Adolescent Eating and Activity Behaviors: The Role of Social Norms and Personal Agency" makalesinde yer almaktadır. Bu çalışma da PDK yapılarıyla gençlerde diyet, sağlıklı yemek yeme ve aktivite (spor) yapma davranışını açıklamayı hedeflemektedir.

Mevcut araştırmanın ikinci amacı ise: PDK'nın model sınavasını gerçekleştirmektir. Araştırmanın giriş kısmında da bahsedilen PDK'nın öngördüğü model: tutumlar, öznel normlar ve algılanan davranışsal kontrolün davranış niyet üzerinden dolaylı olarak yordadığı; davranışın en güçlü yordayıcısının niyet olacağı; gerçekleştirilecek davranışa yönelik tutumları ve öznel normları pozitif olan, yüksek algılanan davranışsal kontrole sahip kişilerin davranışını gerçekleştirmek için niyetinin daha güçlü olacağı ve buna bağlı olarak davranışını gerçekleştirme olasılığının daha yüksek olacağı ve tüm bu faktörlerin sağlık davranışının sonucu olarak kabul edilen sağlık durumunu belirleyeceği şeklindedir.

Çalışmanın bu bölümünde amaçlar doğrultusunda gerçekleştirilmiş analizlere geçmeden önce katılımcıların psikososyodemografik özellikleri değerlendirilecek, ardından bataryada yer alan ölçeklerin geçerlik ve güvenirlik bulgularından bahsedilecek; son olarak da batarya kapsamında geliştirilen ölçüm araçları vesilesiyle sınınan PDK'nın öngörülerine ilişkin bulgular literatür ışığında tartışılacaktır.

5.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Araştırmada öncelikle obez olan ve olmayan öğrenci grubunun demografik özellikler (cinsiyet, eğitim; fiziksel ve psikiyatrik hastalık durumu, diyet geçmişi; Beden Kitle İndeksi (BKİ) aralığı; yaş, kilo ve boy ölçüleri) açısından dağılımları incelenmiştir. Katılımcı grubu 18-59 yaşları arasında 252 kadın ve 51 erkekten oluşmaktadır. Örneklemin psikoloji bölümü öğrencilerinden oluşması ve genel anlamda bu bölümde öğrenim gören kadın öğrenci sayısının erkeklerden fazla olması kadınların sayıca daha fazla olmasının nedeni olarak gösterilebilir.

Grubun %10,9'u (n=33) zayıf, %69'u (n=209) normal, %14,5'i (n=44) fazla kilolu, %5'i (n=15) birinci derece obez, %0,7'si (n=2) ikinci derece obezdir. Bulgular göz önünde bulundurulduğunda obez olan öğrenci grubunun olmayan gruba kıyasla sayısının düşük olduğu görülmüştür. TÜİK (2016) verisine göre 15 yaş ve üzeri bireylerin %4'ü zayıf, %42,1'i normal, %34,3'ü fazla kilolu ve %19,6'sı obez sınıfında yer almaktadır. Ülkemizde son zamanlarda gerçekleştirilen araştırmalardan biri olan İnci'nin (2019) Sakarya'da gerçekleştirmiş olduğu çalışmaya 923 kişi katılmıştır. Araştırmada ölçülen BKİ oranları: %2,5'i zayıf, %32,1'i normal, %34,7'si fazla kilolu, %18,1'i 1. derece obez, %8,2'si 2. derece obez, %4,4'ü 3. derece obez olarak bulgulanmıştır. Kaya'nın (2019) Trabzon'da 283 kişi ile gerçekleştirdiği çalışmada ise BKİ oranları: %3,9 zayıf, %30,4 normal, %37,8 fazla kilolu, %19,8 hafif obez, %6,7 orta derecede obez ve %1,4 morbid obez şeklinde olmuştur. Araştırmamızda yer alan katılımcıların BKİ özellikleri genel anlamda bu bulgularla karşılaştırıldığında zayıf ve normal BKİ grubundakilerin TÜİK verileri ve son yıllarda yapılmış çalışmalara göre fazla, fazla kilolu ve obez BKİ grubundakilerin ise az olduğu gözlemlenmiştir. İnci (2019) ve Kaya'nın (2019) çalışmalarında BKİ araştırmacı tarafından katılımcıların boy ve kilolarının ölçülmesi

yoluyla elde edilmiştir. Çalışmamızda ise BKİ öz bildirimine dayalı olarak ölçümlenmiş ve sosyal istenirliğin kilo ve boy bildirimine etki etmiş olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmanın “Yöntem” bölümünde katılımcıların sosyoekonomik seviyeleri belirtilmiştir. Bulgulara göre; obez olmayan grupta düşük, yüksek ve çok yüksek gelir seviyesinde olan kişilerin oranının, obez grupta ise orta gelir grubundaki kişilerin oranının daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Swinburn ve Egger (2004) yapmış oldukları çalışmada obezite ve sosyoekonomik seviye arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu ve sosyoekonomik seviyenin düşmesiyle sağlıklı yiyecek tüketme konusunda sıkıntı yaşanmasının kilo alımını beraberinde getirdiğini bulgulamışlardır. Obez grupta gelirini orta olarak ifade edenlerin; obez olmayan grupta ise gelirini yüksek ve çok yüksek olarak ifade edenlerin daha fazla oranda olması yönündeki çalışma bulgumuz da ilgili literatür bulgusu ile kısmen tutarlılık göstermektedir.

Obez Olan ve Olmayan Öğrenci Grubunda Fiziksel ve Psikiyatrik Eş Tam Durumu ve Diyet Öyküsü

Katılımcıların tamamının ve obez olan/olmayan grubun hem kendisinde hem de ailesinde fiziksel ve psikiyatrik hastalığın varlığına dair bilgiler yine araştırmanın “Yöntem” kısmında sunulmuş olup bu bulgular; obez olan grubun obez olmayan öğrenci gruba kıyasla hem kendi ve hem de ailesinde fiziksel ve psikiyatrik hastalığın daha fazla oranda bulunduğunu ve bu nedenle ilaç kullananların oranının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmalar obezitenin birtakım fiziksel hastalıkları beraberinde getirdiğini ve bu yüzden normal kilolu kişilere kıyasla obezlerde fiziksel hastalığın daha fazla görüldüğünü ortaya koymaktadır (Pi-Sunyer 1993; Yetkin ve Çimen, 2010). Ayrıca bazı çalışmalar obez hastalarda birtakım psikiyatrik bozuklukların (duygudurum, anksiyete, somatoform ve yeme bozuklukları) obez olmayan kişilere göre daha yüksek oranda görüldüğünü bulgulamışlardır (Britz v.d., 2000; Özdel v.d., 2011). Literatürde obez olan kişilerin obez olmayan kişilere kıyasla ailelerinde daha fazla obezite ve kronik hastalığın bulunduğu yönelik çalışma bulguları mevcut olup kronik hastalığın daha fazla görülmesinin nedeninin obezitenin daha fazla görülüyor olmasıyla ilişkili olduğu

düşünülmüştür (örn.Önder, Kavurma, Çelmeli, Adanır ve Özatalay, 2018). Aynı zamanda obez kişilerin ailelerinde psikiyatrik hastalıkların daha sık görüldüğü buna bağlı olarak kişilerin gelişim sürecinde ihmal edilebildiği ve psikiyatrik hastalıkların genetik yatkınlık yoluyla bu kişilerde de daha sık görüldüğüne yönelik bulgular mevcuttur (Price ve ark. 1987). Bu bağlamda da mevcut çalışmanın bulgusu literatürle uyumlu olarak değerlendirilebilir.

Ayrıca obez olan katılımcıların hepsi, obez olmayanların ise %46,9'u hayatında en az bir kez diyet yaptıklarını bildirmiştir. Nazrat (2004) 113 kişiyle yaptığı araştırmada BKİ'si yüksek olan bireylerin bedenlerinden daha memnuniyetsiz olduğunu ve diyet yapma oranının daha fazla olduğunu göstermiştir. Araştırmamız bulgusunun bu açıdan literatür ile paralellik gösterdiği söylenebilir. Yine de mevcut araştırmada obez olmayanların bildirdiği diyet oranı da yüksek sayılabilir. Bunun nedeninin diyet öyküsü alınırken “yaşam boyu” diyet yapma durumunun sorgulanmasından kaynaklı olabileceği düşünülmüştür.

Buraya kadar mevcut çalışmada örneklem özellikleri ile ilgili elde edilen bulgular literatür ışığında ele alınmıştır. Bundan sonraki bölümde PDK temelli geliştirilmiş olan PDKDUB kapsamında yer alan ölçümlerin geçerlik ve güvenilirlik sınamalarına ilişkin bulgulara dair tartışmaya yer verilecektir.

5.2. PDKDUB'nin Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışılması

Aşağıda bataryada yer alan ölçeklerin madde, faktör analizi sonucu ve dış geçerlik bağlamında en yüksek ilişki gösterdikleri ölçeklerle ilişkileri tartışılacaktır.

PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği

PDK'nın “tutumlar” yapısının, kişinin herhangi bir davranışı gerçekleştirdiği takdirde davranışın sonuçlarıyla ilgili yarar-zarar algısı olarak tanımlanan “davranışsal inançlar” bileşenini ölçmek için geliştirilen PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği'nin 23 maddesinden 7 maddesi (65, 67, 68, 70, 71, 74, ve 76. maddeler) toplam puan ile düşük korelasyon ($r < .20$) göstermesi sebebiyle analizin geri kalanında dahil edilmemiş 16 madde ve 2 faktörden oluşan bir ölçek haline gelmiştir. Birinci faktör “olumlu inançlar”ın iç tutarlılık katsayısı .94, ikinci faktör

“olumsuz inançlar”ın iç tutarlılık katsayısı .85 olup kabul edilebilir düzeydedir. Ölçek oluşturulurken maddelerinden yararlanılan Nejad Wertheim ve Greenwood’un (2004) çalışmasında iç tutarlılık katsayısı toplam puan açısından bakıldığında dolaylı tutum ölçümü için .86 olarak bulunmuş, bu yönden değerlerin mevcut çalışma bulgusuyla birbirine çok yakın olduğu gözlemlenmiştir. Diyet uyum davranışının sonuç inançlarına yönelik birinci faktöründe “Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, kendime saygım artacak” gibi olumlu ifadeler, ikinci faktöründe “Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, kötü bir ruh hali içerisinde olacağım” gibi olumsuz ifadeler yer almaktadır. Ölçeğin iki ayrı faktörden oluşmasının maddelerin içeriğinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Ölçeğin olumlu ve olumsuz şeklinde iki bileşende toplanmasının başka anlamları olabileceği düşünülmüştür. Bunlardan ilkinin psikometrik bir gerekçe olabileceği; yani katılımcıların olumlu maddeleri benzer, olumsuzları benzer şekilde yanıtlama eğiliminden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Bu olasılık ileri madde analizi teknikleri ile daha geniş örneklemelerde sınanabilir. Öte yandan, bu iki bileşen PDK’nın tutumlar bileşeninin yapısal olarak birbirinden bağımsız iki faktör olabileceğini de akla getirmektedir. Fishbein ve Ajzen (1975) tutumların ölçümünde duygusal ve bilişsel şeklinde iki bileşeni olabileceğini, pozitif ve negatif tutumlarında duyguların ölçümünde bir arada kullanılıp birbirlerini dengeleyebileceklerini önermişlerdir. Literatüre bakıldığında Alan, Bentler ve Flay (1994) beş farklı davranış üzerinde (alkollü araç kullanımı, alkol kullanımı, tıknırcasına yeme, uyuşturucu kullanımı ve sigara kullanımı) tutumların etkisini 260 kız öğrenci üzerinde incelemişlerdir. Tutumların bazı davranışları (alkol kullanımı ve uyuşturucu kullanımı) açıklamakta başarılı olurken bazılarında olmadığını bulgulamışlar ve bu durumun nedenini pozitif ve negatif tutumların aynı ölçekle değerlendiriliyor olması olarak açıklamışlardır. Ajzen ve Fishbein’in (1975) tek yapılı tutumlar önerisi yerine, pozitif ve negatif duyguların ayrılarak ölçümünün faydalı olabileceğini önermişlerdir (Alan, Bentler ve Flay 1994; Bassili, 1996). Bu açıdan araştırmamız bulgusu da bu görüşü desteklemektedir. Özellikle iki faktör arasındaki yaklaşık .29 olan düşük sayılabilecek korelasyon katsayısı bu faktörlerin birbiri ile ilişkili ama aynı zamanda birbirlerinden bağımsız yapılar olabileceği görüşünü destekleyen nitelikte bir kanıt olarak ele alınabilir. Bir başka değişle, PDK bağlamında tutumların niyet ve

dolayısıyla davranış ve sonuçları üzerindeki rolünü incelerken bir ucu olumlu bir ucu olumsuz inançlar şeklinde tek bir boyutta değil; hem olumlu hem de olumsuz inançlar şeklinde ayrı boyutlarda incelenmesinin davranış üzerindeki etkileri açısından daha detaylı bilgiler sunabileceği düşünülmektedir.

PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği'nin; dış geçerlik bağlamında Fairburn ve Cooper (1993) tarafından geliştirilen Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ) toplam puanı, Kısıtlama (K), Beden Şekli ile İlgili Endişeler (BE) ve Kilo Endişeleri (KE) alt ölçekleriyle pozitif yönde anlamlı ilişki gösterdiği bulunmuştur. K alanına yönelik sorularda, kişilerin yeme miktarlarını sınırlandırma sürelerine; BE alanına yönelik sorularda, kişilerin beden ölçüleri ve vücut görüntüsünden memnuniyetsizliğine; KE alanına yönelik sorularda, kişilerin kilolarından memnuniyetsizliğine yönelik bilgiler alınmaktadır (Ergüney, 2016). Pickerr ve arkadaşları (2012) yaptığı çalışmada beden memnuniyeti ve yeme bozuklukları üzerinde tutumların etkisini incelemiş ve tutumların yeme bozukluğu ve diyet sonucu uygunsuz kilo verme davranışını yordadığını bulgulamıştır. Bu yüzden kişilerin K, BE, KE ve toplam puanları arttıkça diyet uyum davranışı sonucunda elden edebilecekleri yarar algısının artıyor olmasının literatürle uyumlu olduğu söylenebilir. Ölçeğin, Garner, Olmsted ve Garfinkel tarafından (1982) geliştirilen ve yeme davranışlarındaki olası bozukluk belirtilerini ölçmek amacıyla kullanılan Yeme Tutum Testi toplam puanı ile de aralarında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Bozulan yeme tutumları, beden memnuniyetsizliği, benliğe ilişkin olumsuz inançlar, kontrol ihtiyacı ve zayıflık ideali gibi risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla kullanılan yeme tutum testinde (Garner ve Garfinkel, 1979), risk faktörlerinden alınan puanların yükselmesi ile diyet uyum davranışı sonucu elde edilecek yarar algısının artıyor olmasına ilişkin literatür bulgusu da değerlendirildiğinde (Pickerr ve ark., 2012) bu ilişkiler beklendik olarak kabul edilebilir. Son olarak Yüksel (2014) tarafından geliştirilen Diyet Özyeterlilik İnançları Ölçeği (DÖİÖ) Genel İnançlar (Gİ), Tıbbi İnançlar (Tİ) ve Kontrol İnançları (Kİ) alt ölçekleriyle pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Özyeterlilik üzerinde davranışla ilgili özendiriciler ve davranış sonucu beklentilerinin önemli bir rolü bulunmaktadır. Öz yeterlilik açısından davranış üç tip beklenti tarafından belirlenir: bunlardan biri davranış-sonuç

beklentileri olup, belli bir davranışı yapmanın sonuçlarına ilişkin inançlara karşılık gelen sonuç beklentileri, kişinin davranışları sonucunda ne olacağına ilişkin inancı olarak tanımlanmaktadır (Bandura, 1977). Bu yüzden davranış sonuç inançları ölçeği ile DÖİÖ ve alt testleri arasında ilişkinin bulgulanmış olması literatürdeki bu görüşü destekler niteliktedir.

PDKDU Davranış Sonuçlarına Verilen Değer Ölçeği

PDK'nın "tutumlar" yapısının, davranışın sonucunun kişi için ne kadar önemli olduğuna dair algısı olarak tanımlanan davranışın sonuçlarıyla ilgili değerlendirme bileşenini ölçmek için geliştirilen PDKDU Davranış Sonuçlarına Verilen Değer Ölçeği'nin 23 maddesinden bir maddesi (34. madde) ortak varyansları .30'un altında olduğu için ölçekten çıkarılmış ve 22 madde, beş faktörden oluşan bir ölçek haline gelmiştir. Birinci faktör "Kendine Güven"nin iç tutarlılık katsayısı .90; ikinci faktör "Sosyal Katılım ve Yaşam Enerjisi"nin iç tutarlılık katsayısı .82; üçüncü faktör "Görünüme bağlı memnuniyet"nin iç tutarlılık katsayısı .77; dördüncü faktör "Yeme ile ilgili memnuniyet"nin iç tutarlılık katsayısı .76; beşinci faktör "Kilo Kontrolü"nin iç tutarlılık katsayısı .71 olup kabul edilebilir düzeydedir. Ölçek oluşturulurken maddelerinden yararlanılan Baker, Brownell ve Little'ın (2003) çalışmasında iç tutarlılık katsayısı toplam puan açısından bakıldığında ise tutumlar ölçümü için .86 olarak bulunmuş bu yönden değerlerin mevcut çalışma bulgusuyla özellikle ilk iki faktör için birbirine çok yakın olduğu gözlemlenmiştir. Diyet uyum davranışının sonuçlarına verilen değere yönelik birinci faktörde "İyi bir ruh hali içerisinde hissetmek" gibi kendine güvene; ikinci faktörde "Sosyal aktivitelere katılıyor olmak" gibi sosyal katılıma; üçüncü faktörde "Güzel bir cilde sahip olmak" gibi dış görünüme bağlı memnuniyete; dördüncü faktörde "Yediğim şeyden zevk alıyor olmak" gibi yeme memnuniyetine; beşinci faktörde "Verdiğim kiloyu geri almamak" gibi kilo kontrolüne yönelik ifadeler yer almaktadır. Ölçeğin beş ayrı faktörden oluşmasının maddelerin içeriğinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Davranış sonuçlarına dair inançlara verilen değerler söz konusu olduğunda bu ölçek davranış sonuç inançları gibi olumlu/olumsuz olarak değil yukarıda belirtilmiş şekilde beş faktörde toplanmıştır. Nejad Wertheim ve Greenwood'un (2004) ve Baker, Brownell ve Little'ın (2003) çalışmalarında da olduğu gibi bu ölçüm

genellikle tek faktörlü bir yapı olarak ele alınmıştır. Sonuçta mevcut çalışmada beş faktörlü olduğu gözlenen bu yapının derinlemesine incelenmesi, davranış üzerindeki yordayıcı etkilerin daha iyi anlaşılması için bir fırsat sunabilir. Ölçeğin toplam puanla ilişkisi en yüksek faktörün kendine güven sonra sırasıyla sosyal katılım, görünüm memnuniyeti, yeme memnuniyeti ve kilo kontrolü olduğu gözlemlenmiştir. Yöntem bölümünde tablo 4.3'e bakıldığında "Kendine Güven" isimli faktörde duygularla ilgili maddelerin olduğu (Suçlu hissetmemek, Mutlu ve stressiz hissetmek v.b.) görülmüştür. Yukarıda da belirtildiği gibi Fishbein ve Ajzen (1975) tutumların ölçümünde duygusal ve bilişsel şeklinde iki bileşeni olabileceğini önermişlerdir. Bu açıdan bakıldığında iki ana bileşenden birini ölçümleyen bir faktörün toplam puanla en yüksek ilişkiyi göstermesi hem literatürle uyumlu hem de beklendik bir durum olarak değerlendirilebilir.

Öte yandan ölçeğin dış geçerlik bağlamında herhangi bir ölçekle güçlü ve anlamlı ilişki göstermediği bulgulanmıştır. Bu durum aşağıda "model sınaması" başlığı altında tartışılacaktır.

PDKDUB Dolaylı Tutum Endeksi

PDK'nın "tutumlar" yapısını dolaylı olarak değerlendirmek için "PDKDUB Davranış Sonuç İnançları ve Davranışın Sonuçlarıyla İlgili Değerlendirme Ölçekleri"nden alınan puanların çarpımıyla oluşturulan PDKDUB Dolaylı Tutum Endeksi'nin 23 maddesinden bir maddesi (6. madde) ortak varyansları .30'un altında olduğu için, üç maddesi ise (7, 12, 15. maddeleri) ise çift faktöre yüklendikleri için ölçekten çıkarılmış dolayısıyla 19 madde, iki faktörden oluşan bir ölçek haline gelmiştir. Birinci faktör "spesifik tutumlar"ın iç tutarlılık katsayısı .90; ikinci faktör "genel tutumlar"ın iç tutarlılık katsayısı .83 olup kabul edilebilir düzeydedir. İç tutarlılık katsayısı diğer çalışmalarda toplam puan açısından bakıldığında Nejad Wertheim ve Greenwood'un (2004) çalışmasında dolaylı tutum ölçümü için; Baker, Brownell ve Little'in (2003) çalışmasında ise tutumlar ölçümü için .86 olarak bulunmuş bu yönden değerlerin mevcut çalışma bulgusuyla birbirine çok yakın olduğu gözlemlenmiştir. Diyet uyum davranışının dolaylı tutumlarına yönelik birinci faktörde "Güzel bir cilde sahip olmak*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam,

güzel bir cilde sahip olacağım” gibi spesifik tutumlara, ikinci faktörde “Kendimi iyi hissediyor olmak*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, kendimi kötü hissedeceğim” gibi genel tutumlara yönelik ifadeler yer almaktadır. Ölçeğin iki ayrı faktörden oluşmasının maddelerin içeriğinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Sonuç inançları bileşeni iki faktör; sonuçlara verilen değer bileşeninin beş faktörden oluştuğu yukarıda belirtilmiştir. Bu bileşen de iki faktörden oluşmakta olup sonuç inançları gibi olumlu, olumsuz olarak değil, spesifik ve genel inançlar olarak kümelенmiştir. Aslında içeriğe de bakınca spesifik inançlarda bulunan davranış sonuç inançları ölçeği maddelerinin, ters puanladığımız bir madde dışında (madde toplam puan korelasyonu ve ortak varyansı diğerine göre daha düşük) hepsinin olumlu, genel inançlarda bulunan davranış sonuç inançları ölçeği maddelerinin ise olumsuz nitelikte olduğu göze çarpmaktadır. Bu hali ile değer ve sonuç inançları maddelerinin çarpımlarından oluşan dolaylı tutumlar ölçeği faktör içerikleri olarak aslında davranış sonuç inançları ölçeğinin faktör yapısına daha yakın gözükmele ve bu açıdan yukarıda bahsedilen literatür bulgularını kısmen desteklemesi ile birlikte olumsuz bir madde spesifik inançlara yüklendiği için faktörler olumlu/olumsuz şeklinde isimlendirilmemiştir. Yine de ileride başka örneklemlerde, özellikle de klinik örneklemlerde bu yapının yeniden incelenmesinin faydalı olacağı düşünülmüştür.

Dış geçerlik bağlamında PDKDUB Dolaylı Tutum Endeksi ile YBDÖ toplam puan, K, BE ve KE alt ölçekleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Kişilerin K, BE, KE ve toplam puan arttıkça diyet uyum davranışı sonucunun (kilo kaybı) kişi için öneminin artması yukarıda da bahsedilen literatür bulguları göz önünde bulundurulduğunda beklendik bir durum olarak kabul edilebilir. Ölçeğin Garner, Olmsted ve Garfinkel (1982) tarafından geliştirilen, yeme davranışlarındaki olası bozukluk belirtilerini ölçmek amacıyla kullanılan Yeme Tutum Testi toplam puanı ile de aralarında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Bozulan yeme tutumları, beden memnuniyetsizliği, benliğe ilişkin olumsuz inançlar, kontrol ihtiyacı ve zayıflık ideali gibi risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla kullanılan yeme tutum testinde risk faktörlerinden alınan puanların yükselmesi ile diyet uyum davranışı sonucunun (kilo kaybı) kişi için öneminin artması ise yine literatür bulguları ışığında

beklendik bir durum olarak kabul edilebilir. Tutumlar yapısını ölçümleyen bahsedilen ölçekler ile Yüksel (2014) tarafından geliştirilen DÖİÖ, Gİ, Tİ ve Kİ alt ölçekleriyle pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Özyeterlikte davranış gerçekleştirilirken davranışın sonucuna ilişkin inançlar kadar davranışın sonucunun kişi için önemi ve bunların bir bütün olarak değerlendirilmesi; davranışın etkililiği de önem taşımaktadır (Lyons ve Chamberlain, 2006). Bu yüzden dolaylı tutum endeksi ile DÖİÖ ve alt testleri arasında ilişkinin bulgulanmış olması literatürdeki bu görüşü destekler niteliktedir.

PDKDUB Doğrudan Tutum Ölçeği

PDK'nın "tutumlar" yapısını doğrudan ölçmek için geliştirilen PDKDUB Doğrudan Tutum Ölçeği sekiz maddeden oluşmakta olup madde ve faktör analizi sonrasında ölçekten herhangi bir madde çıkarılmamıştır. İki faktörden oluşan ölçeğin birinci faktörü "fayda" ve ikinci faktörü "haz" için iç tutarlılık katsayısı .92 olup kabul edilebilir düzeydedir. İç tutarlılık katsayısı diğer çalışmalarda toplam puan açısından bakıldığında ölçek maddeleri oluşturulurken yararlanılan Nejad Wertheim ve Greenwood'un (2004) çalışmasında doğrudan tutum ölçümü için .94; Baker, Brownell ve Little'in (2003) çalışmasında ise tutumlar ölçümü için .86 olarak bulunmuştur. Bu yönden özellikle Nejad Wertheim ve Greenwood'un (2004) iç tutarlılık katsayısının mevcut çalışma bulgusuyla birbirine çok yakın olduğu gözlemlenmiştir. Diyet uyum davranışının doğrudan tutumlarına yönelik birinci faktörde "Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, bu yararsızdır-yararlıdır" gibi faydaya; ikinci faktörde "Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, bu zevksizdir zevklidir" gibi haza yönelik ifadeler yer almaktadır. Ölçeğin iki ayrı faktörden oluşmasının maddelerin içeriğinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Modelde doğrudan tutumlar tek faktörlü bir yapı olarak betimlenmekte olup (Fishbein ve Ajzen, 1975) faktörlerin birbirleri ile korelasyonları incelendiğinde neredeyse toplam puanla olan ilişkileri kadar çok yüksek olduğu (.90'ların üzerinde) gözlemlenmiştir. Bu durum aslında tek faktörlü bir yapıya işaret etmektedir bu yüzden ölçek tek faktörlü olarak kabul edilebilir.

Dış geçerlik bağlamında PDKDUB Doğrudan Tutum Ölçeği; YBDÖ toplam puan, K, BE ve KE alt ölçekleriyle pozitif yönde anlamlı ilişki göstermiştir. Kişilerin K, BE, KE, arttıkça diyet uyum davranışına yönelik genel tutumların daha pozitif olması literatürdeki bulgular ve tanımlar göz önünde bulundurulduğunda beklendik bir durumdur. Ölçek ile DÖİÖGİ, Tİ ve Kİ alt ölçekleriyle pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Ölçeğin özyeterliğin ilişkili olduğu davranışın sonucuna ilişkin inançlar beklentisiyle bağlantılı olması sebebiyle ölçek ve DÖİÖ ve alt testleri arasında ilişkinin bulgulanmış olması literatürdeki bu görüşü destekler niteliktedir.

PDKDUB Normatif İnançlar Ölçeği

PDK'nın "öznel normlar" yapısının, kişi için önemli olan bireylerin, kişinin davranışının gerçekleşmesine yönelik düşünceleriyle ilgili algısı olarak tanımlanan normatif inançlar bileşenini ölçmek için geliştirilen PDKDUB Normatif İnançlar Ölçeği 8 maddeden oluşmakta olup madde ve faktör analizi sonrasında ölçekten herhangi bir madde çıkarılmamıştır. Tek faktörlü ("Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam; ailem") ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (.98) kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur. İç tutarlılık katsayısı diğer çalışmalarda toplam puan açısından bakıldığında ölçek maddeleri oluşturulurken yararlanılan Nejad Wertheim ve Greenwood'un (2004) çalışmasında öznel norm ölçümü için .87; Baker, Brownell ve Little'ın (2003) çalışmasında ise .77 olarak bulunmuş olup mevcut çalışma bulgusunun bu değerlerden yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Dış geçerlik bağlamında PDKDUB Normatif İnançlar Ölçeği'nin YBDÖ toplam puanı; K, BE ve KE alt ölçekleriyle pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Yeme bozukluğunun gelişmesinde aile ortamı ve diğer aile üyeleriyle ilişkilerin önemli rol oynadığı düşünülmektedir (Onar, 2008). Yeme kısıtlaması, yeme, beden ve kilo ile ilgili endişeler; temel anlamda kişinin kendisiyle ilgili beden imajından yola çıkarak oluşmakta olup beden imajının iki yönü mevcuttur ve bunlardan birincisi; kişinin bedeninin başkaları tarafından nasıl görüldüğüne yönelik algısı, ikincisi; kişinin kendi bedenine yönelik duyguları ve tavırlarıdır (Grogan, 2005). Bu yüzden beden imajının oluşumunda aile ve kişiler arası ilişkilerin önemi büyüktür. Bireylerin üzerinde algıladıkları sosyo-kültürel baskı, kişilerin bedenlerini olumsuz algılamalarında önemli rol oynamaktadır ve olumsuz beden imajının oluşmasında üç

faktörün (medya, akran grupları ve aile) bulunduğu belirtilmektedir (Esnaola, Rodríguez ve Goñi, 2010). Brytek-Matera (2010) beden imajını açıklayan bilişsel, duygusal ve davranışsal olmak üzere üç boyuttan bahsetmektedir. Bunlardan duygusal boyut: bedenden hoşnut olmamayı; bilişsel boyut: beden algısını; davranışsal boyut ise bunlara bağlı olarak diyet veya fiziksel egzersizler yapmayı kapsamaktadır. Literatürde de normatif inançların beden memnuniyetsizliği ve adaptif olmayan zayıflama davranışlarıyla arasında aracı etkisinin olabileceği düşünülerek gerçekleştirilen araştırmada aracı etki hipotezi desteklenmese de normatif inançların beden memnuniyetsizliği ve adaptif olmayan zayıflama davranışıyla önemli ilişkisi bulgulanmıştır (Jurokovic, 2014). Bu bağlamda ele alındığında ölçekler arasında ilişki literatürle uyumlu olarak değerlendirilebilir. Ölçeğin DÖİÖ Gİ, Tİ ve Kİ alt ölçekleriyle (çok güçlü olmasa da) pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Özyeterlik kavramı Bandura'nın (1977) Sosyal Öğrenme Kuramının bir parçasıdır. Bu kuram bireylerin kişilik özelliklerini, değer ve tutumlarını oluştururken ebeveynlerin ve çevrenin model olarak, geribildirimlerle ve sözel iletimlerle etkili olduğunu ileri sürmektedir. Aynı zamanda özyeterliğin gelişiminde rol oynayan dört temel belirleyiciden üçüncüsü olan sosyal ikna, çevredeki kişilerin davranışın gerçekleştirilmesi ya da gerçekleşmemesi yönünde kişiyi cesaretlendirmesi ve geri bildirimleri vermeleri olarak tanımlanmaktadır (Trost ve ark., 2002). Özyeterlikte çevredeki insanların bahsedilen öneminden kaynaklı ölçekler arasındaki ilişki bu tanımlamaları destekler niteliktedir.

PDKDUB Uyum Motivasyonu Ölçeği

PDK'nın "özel normlar" yapısının, birey için davranışın gerçekleştirilmesine yönelik çevredeki insanların düşüncelerinin önemi olarak tanımlanan uyum motivasyonu bileşenini ölçmek amacıyla geliştirilen PDKDUB Uyum Motivasyonu Ölçeği sekiz maddeden oluşmakta olup madde ve faktör analizi sonrasında ölçekten herhangi bir madde çıkarılmamıştır. İki faktörden oluşan ölçeğin birinci faktörü "yakın sosyal çevre"nin iç tutarlılık katsayısı .89, ikinci faktörü "uzak sosyal çevre"nin iç tutarlılık katsayısı .91 olup kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur. İç tutarlılık katsayısı diğer çalışmalarda toplam puan açısından bakıldığında ölçek maddeleri oluşturulurken yararlanılan Nejad Wertheim ve Greenwood'un (2004)

çalışmasında öznel norm ölçümü için .87; Baker, Brownell ve Little'ın (2003) çalışmasında ise .77 olarak bulunmuş olup mevcut çalışma bulgusunun her iki faktör için de bu değerlerden yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Diyet normatif uyum motivasyonuna yönelik birinci faktörde “Ailemin yapmam gerektiğini düşündüğü şeyleri yapmak isterim” gibi yakın çevrenin diyet davranışına yönelik düşüncelerine dair maddeler; ikinci faktörde “Komşularımın yapmam gerektiğini düşündüğü şeyleri yapmak isterim” gibi uzak çevrenin diyet davranışına yönelik düşüncelerine ilişkin ifadeler yer almaktadır. Ancak bu ölçekte de faktörlerin birbirleri ile korelasyonları incelendiğinde toplam puanla olan ilişkileri çok yüksek olduğu (.90'lara yakın) gözlemlenmiştir. Bu durum aslında tek faktörlü bir yapıya işaret etmektedir yani bu ölçek tek faktörlü olarak kabul edilebilir.

Ölçeğin dış geçerlik bağlamında herhangi bir ölçekle güçlü ve anlamlı ilişki göstermediği bulgulanmıştır. Bu durum aşağıda “model sınaması” başlığı altında tartışılacaktır.

PKDUB Öznel Normlar Endeksi

PKD'nın “öznel normlar” yapısını dolaylı olarak ölçmek için “PKDUB Normatif İnançlar ve PKDUB Uyum Motivasyonu Ölçekleri”nden alınan puanların çarpımıyla oluşturulan PKDUB Öznel Normlar Endeksi'nin sekiz maddesinden bir maddesi (2. Madde) toplam puan ile düşük korelasyon ($r < .20$) gösterdiği; bir maddesi ise (1. madde) ortak varyansları .30'un altında olduğu için ölçekten çıkarılmış altı maddeden oluşan tek faktörlü (“Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam; akrabalarım*Akrabalarımın yapmam gerektiğini düşündüğü şeyleri yapmak isterim”) bir ölçek haline gelmiş iç tutarlılık katsayısı ise (.93) kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur. İç tutarlılık katsayısı diğer çalışmalarda toplam puan açısından bakıldığında ölçek maddeleri oluşturulurken yararlanılan Nejad Wertheim ve Greenwood'un (2004) çalışmasında öznel norm ölçümü için .87; Baker, Brownell ve Little'ın (2003) çalışmasında ise .77 olarak bulunmuş olup mevcut çalışma bulgusunun bu değerlerden yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

Dış geçerlik bağlamında PKDUB Öznel Normlar Endeksi'nin YBDÖ toplam puanı; K, BE ve KE alt ölçekleriyle pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

PDKDUB Normatif İnançlar Ölçeği'nde belirtilen nedenlerle öznel normlar yani kişinin davranışı gerçekleştirme durumuna yönelik kendisine uygulanan sosyal baskıya dair algısı arttıkça K, YE, BE ve KE artması yukarıdaki literatür tanımlamaları da göz önünde bulundurulduğunda beklendiği bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Ölçeğin (çok yüksek olmasa da) DÖİÖ Gİ, Tİ ve Kİ alt ölçekleriyle arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Normatif inançlar kısmında bahsedilen nedenlere ek olarak özyeterliliğin gelişmesinde önce ailenin sonra akranların ardından okulun etkisinden bahsedilmiş ve bu durum yakın çevredeki kişi için önemli olan bireylerin inançlarının etkili olduğunu akla getirmektedir (Bandura, 1989). Hem normatif inançlar hem de uyum motivasyonundan alınan puanların çarpımıyla elde edilen bu endeks puan ise hem çevredeki insanların görüşlerini hem de çevrenin kişi için önemini içerisinde barındırmaktadır. Bu açıdan ölçekler arasında ilişki görülmesi bu görüşü destekler niteliktedir.

PDKDUB Algılanan Davranışsal Kontrol Ölçeği ve PDKDUB Özyeterlilik Ölçeği

PDK'nın kişinin davranışı kolay ya da zor olarak algılama biçimi olarak tanımlanmakta olan "algılanan davranışsal kontrol" yapısını ölçmek için geliştirilen "PDKDUB Algılanan Davranışsal Kontrol Ölçeği" tek madde ile (İstersem önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yapabileceğim konusunda kendimden eminim) ile ölçümlenmiştir. Bireyin belli bir performansı gerçekleştirme gücüne ilişkin kendi yargısı olarak tanımlanan "özyeterlilik" yapısını ölçmek için geliştirilen "PDKDUB Özyeterlilik Ölçeği" de tek madde ile (Diyet yapabilirim) ölçümlenmiştir. Nejad Wertheim ve Greenwood'un (2004) ve Baker, Brownell ve Little'ın (2003) araştırmalarında kullandıkları ölçekte ADK dolaylı olarak "Başkalarının diyet yapma konusunda başarılı olduğunu sıklıkla görmüşümdür, Diyet yapmamı öneren ya da diyet yapma konusunda beni ikna etmeye çalışanlar olmuştur, Diyet hakkında düşündüğüm zaman, endişeli hissederim, Diyet hakkında düşündüğüm zaman, depresif (karamsar, mutsuz) hissederim, Benim için diyet yapmak (zordur-kolaydır), Benim için diyet yapmanın zorluğu ya da kolaylığı, önümüzdeki 1 ay için diyet yapma olasılığımı (azaltır-arttırır)" şeklinde maddelerle ölçmeye çalışmışlardır. Ancak çalışmayı gerçekleştiren araştırmacılar tarafından; literatürde özyeterlilik ve

ADK bileşenin tek ya da iki maddeyle ölçümlenebileceğinin belirtilmesi (Leganger, Kraft ve Roysamb, 1999) ve söz konusu madde içeriklerinin PDK'nın tanımladığı yapı ile örtüşmediğinin düşünülmesi sebebiyle ilgili araştırmacıların bataryalarında kullandıkları bu maddeler mevcut çalışmadaki bataryaya dahil edilmemiştir. Her ne kadar ADK ve özyeterlik bileşenin değerlendirilmesi için tek maddeli ölçümler önerilse de (örn. Leganger ve ark., 1999), bu yapıları ölçerken daha detaylı ve derinlemesine bilgiler açısından dolayı ölçümlere başvurmak tıpkı yukarıdaki diğer yapılar gibi davranışın yordayıcılarını daha iyi anlamak ve daha işlevsel müdahale önerileri geliştirmek için yararlı olabilir.

Dış geçerlik bağlamında PDKDUB Algılanan Davranışsal Kontrol Ölçeği ve PDKDUB Özyeterlik Ölçeği, Yüksel'in (2014) geliştirmiş olduğu Diyet Özyeterlilik İnançları Ölçeği Gİ, Tİ ve Kİ alt ölçekleriyle pozitif yönde anlamlı ilişki göstermiştir. Algılanan davranışsal kontrol ile özyeterlik yapılarının birbirleriyle benzer olduğuna dair literatürde bulunan tartışmalara (Terry ve O'Leary, 1995; Povey ve Conner, 2000) araştırmanın "Giriş" kısmında değinilmiştir. İki yapıdan ADK'ün dışsal, özyeterliğin içsel yapılarla ilişkili olduğu düşünülse de kontrol algısının aynı zamanda kişinin davranışına ilişkin algıladığı öz yeterliliğiyle de ilişki içinde olması (Yüksel, 2014) ve ölçekte kullanılan "Diyet yapabilirim" maddesinin özyeterliği ölçmesi nedeniyle ölçekler arasında pozitif yönde anlamlı ilişki literatür bulgularıyla tutarlılık göstermektedir. ADK bileşenlerinin bu bataryadaki ölçümlerinin DÖİÖ ile olan korelasyonlarının bataryadaki diğer yapılardan daha güçlüdür. Bu tam da beklendik bir durumdur çünkü bu ölçümlerin tamamı aslında özünde kontrol inançlarını değerlendirmektedir. Bu durum da tek madde ile ölçülmüş olsalar dahi mevcut bataryadaki ADK bileşenlerinin geçerliğine dair bir kanıt olarak değerlendirilebilir.

PDKDUB Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği ve PDKDUB Davranışsal Niyet Ölçeği

PDK'nın kişinin davranışı gerçekleştirme ya da gerçekleştirilmeme konusundaki motivasyonu olarak tanımlanan "niyet" yapısını dolaylı olarak ölçmek için geliştirilen "PDKDUB Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği" ve doğrudan

ölçmek için geliştirilen“PDKDUB Davranışsal Niyet Ölçeği” birer madde ile ölçümlenmiştir. Literatürde niyet yapısının da tek madde ile ölçümlenmesi önerilmekte olup (Montano ve Kasprzyk, 2008) araştırmamızda bu önerilere sadık kalınmıştır. PDKDUB Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği ve Davranışsal Niyet Ölçeği ile YBDÖ toplam puanı, K, BE ve KE alt ölçekleri; YTT toplam puanı ve DÖİÖ, Gİ, Tİ, Kİ alt ölçekleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. PDK yapılarından tutumlar, öznel normlar ve ADK’ü ölçümleyen ölçeklerin çoğunluğu ile güçlü ilişki gösteren bu ölçekler ile niyet yapısının da ilişki göstermiş olması; PDK’nın yapılar arasında ilişki beklemesine yönelik öngörüsünü destekler niteliktedir. Ayrıca Bandura’ya (1989) göre, kişinin motivasyon seviyesi öz yeterlilik inançlarına göre belirlenmekte olup özyeterliliği güçlü olan insanların davranışı yapmaya daha istekli ve motive olacakları öngörülmekte olup bu tanım niyet ile de ilişkilidir. Bu yüzden ölçekler arasındaki ilişki Bandura’nın (1989) görüşünü de destekler niteliktedir.

PDKDUB Davranış Ölçeği

PDKDUB Davranış Ölçeği ile YBDÖ toplam puanı, K, BE ve KE alt ölçekleri; DÖİÖ, Gİ, Tİ, Kİ alt ölçekleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. PDKDUB ölçeklerinin en güçlü ilişki gösterdikleri bu ölçeklerle davranışın da ilişki gösteriyor olması PDK’nın öngörüsüyle paralel niteliktedir. Ayrıca sağlık davranışının en güçlü belirleyicilerinden biri özyeterlilik. Özyeterlilik bireyin bir davranışı gerçekleştirme gücüne ilişkin algısı olarak tanımlanmakta ve bu algı arttıkça davranışı gerçekleştirme olasılığının artması beklenmektedir (Bandura, 1977). Bu açıdan ölçeğin davranışla olan ilişkisi literatürdeki bu görüşü destekler niteliktedir.

Bu noktaya kadar PDKUB kapsamında yer alan tüm ölçümlerin psikometrik sınamalarına dair bulgular literatür ışığında tartışılmaya çalışılmıştır. Ancak bataryadaki tüm ölçümlerin dış geçerlik sınamaları kapsamında kullanılan Hasta Sağlık Anketi ve SF-36 Sağlık Taraması ve YBDÖ’nün yeme endişeleri (YE) ve tıknırcasına yeme (TY) alt test ölçümleri ile olan ilişkilerine dair korelasyon bulgularının, bu korelasyonlar tüm ölçümler için anlamsız olduğundan toplu halde bu

noktada tartişılmasının daha uygun olacağı dūřınılmıřtır. Belirtildiđi gibi Kroenke, Spitzer ve Williams (1999) tarafından geliştirilen Hasta Sağlık Anketi ve Ware ve Sherbourne (1992) tarafından geliştirilen Kısa Form-36 Sağlık Taraması (SF-36) ile PDKDUB lekleri arasında genel anlamda anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bunun c nedeni olabileceği dūřınılmıřtır. Bunlardan birincisi: HSA ve SF-36'nın fiziksel ve mental sağlığı değerlendirmekte olup batarya içerisinde bu konuyu değerlendiren maddelerin bulunmamasıdır. Dolayısı ile aslında bu dış geçerlik sınaması batarya ölçümleri için aynı zamanda bir ayrışan geçerlik sınaması olarak da kabul edilebilir. Bir başka değişle, bataryadaki ölçümlerin bu geçerlik ölçekleri ile aslında ilişki göstermemesi beklendik bir durum olup bataryanın ölçekleri için bir ayrışan geçerlik kanıtı olarak kabul edilebilir. Söz konusu ilişkilerin anlamsız olmasına yönelik ayrışan geçerlik değerlendirmesinden bağımsız olarak ikinci bir açıklama da řu şekilde olabilir: Öđrenci grubunun yalnızca %9.5 (n=29)'inde fiziksel; %7.2'sinde (n=22) psikiyatrik hastalığın bulunması ve bunun diyet uyum motivasyonunda etkisinin diğer faktörlere kıyasla görece daha az olacağı yönündedir. cncs de: obez olan đrenci grubunda fiziksel ve mental hastalıklarının obez olmayan gruba kıyasla fazla olması ancak bu grubun örneklem içerisinde daha azınlıkta olması sebebiyle ilişkinin gözlemlenmemiş olabileceği dūřınılmıřtır. Ayrıca YBDÖ'nin YE ve TY alt testleriyle de PDKDUB lekleri arasında genel anlamda anlamlı ilişki bulunamamıştır. YE alt ölçeğinde, kişilerin yerken kontrolü kaybetmeye ilişkin dūřuncelerine; TY leđinde, yeme davranışı üzerinde kontrol kaybına, tekrarlayan aşırı yeme dönemlerinin sıklığına yönelik sorular yer almaktadır (Ergüney, 2016). Bu açıdan değerlendirildiğinde diyet uyum davranışının daha ziyade yemekle ilgili kısıtlayıcı davranışlarla ilişkisi olmasından kaynaklı bu kavramların birbirine zıt olarak değerlendirilebileceği ve anlamlı ilişki görülmemesinin olası nedenlerinden birinin de bu açıklama olabileceği dūřınılmaktadır.

Bataryanın ölçümlerine ilişkin tüm bu geçerlik ve güvenirlik bulguları bir arada değerlendirildiğinde bulgular şu şekilde özetlenebilir; madde ve faktör analizi sonucunda PDKDUB'nın 68 maddeden oluştuğu görülmüştür. Baker, Brownell ve Little (2003) ve Nejad ve Wertheim'in (2004) araştırmalarında tüm maddeler tek bir ölçek ve her bir yapıyı ölçen ölçek maddeleri birer faktör olarak ele alınmıştır.

Araştırmamızda ölçeklerin tek faktörden oluşması beklenmiş ancak bazı ölçeklerin birden fazla faktörlü yapı gösterdiği bulgulanmıştır. Literatürdeki pek çok çalışmanın aksine bu çalışmada her bir yapı için ayrı gerçekleştirilen faktör analizi sayesinde bazı ölçümler için ortaya çıkan bu çoklu yapıların ileride yapılacak çalışmalara katkı sunma potansiyeline sahip bulgular olabileceği değerlendirilmiştir.

Son olarak çalışmada katılımcılar obez olan ve olmayan/ fiziksel belirtileri olan ve olmayan vb şeklinde alt gruplara ayrıldığında vaka sayıları yeterli olmadığı için bu alt gruplarda kendi içinde ilgili ilişkileri değerlendirmek mümkün olmamıştır. İleriki çalışmalarda fiziksel ve zihinsel açıdan belirtileri bulunan klinik örneklerde de çalışmak mümkün olabilir.

5.3. PDKDUB'nın Model Sınama Bulgularının Tartışılması

Bu bölümde ilk olarak PDKDUB içerisinde bulunan ölçeklerin birbirleriyle olan korelasyonel ilişkileri, sonrasında hipotezler bağlamında kurulan regresyon ve aracı etki sınamaları tartışılacaktır.

Literatürde PDK'nın, tutumlar, öznel normlar ve algılanan davranışsal kontrol/özyeterlik yapıları arasında ilişki beklendiği belirtilmiştir (Ajzen, 1991). “Bulgular” bölümünde tablo 4.17’de batarya içi korelasyonlara bakıldığında, bulgular bahsedilen öngörüyle kısmen paralellik göstermektedir. Ancak “PDKDUB Davranış Sonuçlarına Verilen Değer Ölçeği” ve “PDKDUB Uyum Motivasyonu Ölçeği”nin hem PDKDUB içinde bulunan diğer yapıları ölçümleyen ölçeklerle hem de yukarıda bahsedilen diğer ölçeklerle anlamlı ve güçlü ilişkisi bulunamamıştır. PDK'nın kendisini beklenti-değer modeli olarak tanıtmaya karşın gerçekleştirilen çalışmalar kuramın beklentiyi ölçümleyen yapılarının sağlık davranışı ve niyetini yordadığı ancak değeri ölçümleyen yapıların yordamadığını göstermiştir. Bu PDK'ya getirilen en güçlü eleştirilerinden biridir (Montano ve Kasprzyk, 2008). Bu yüzden her ne kadar modeli desteklemese de bu durum literatürle uyumlu olduğu için aslında bataryanın geçerliğine kanıt olarak gösterilebilir.

PDK, doğrudan ölçümlerin “niyet ve davranışla” dolaylı ölçüme kıyasla daha güçlü ilişki içerisinde olacağını öngörmektedir (Montano ve Kasprzyk, 2008).

Araştırmamızda tutumların doğrudan ölçümünün dolaylı ölçümlerine kıyasla niyetle daha güçlü ilişki içerisinde olacağına dair kurulan hipotez 2 a'nın desteklenmesi kuramın öngörüsünü desteklemiştir; hipotez 2 b kapsamında ise niyetin doğrudan ölçümünün ($r=.65, p<.01$) dolaylı ölçümüne ($r=.67, p<.01$) kıyasla davranışla daha güçlü ilişkisi olacağına dair kurulan hipotezi desteklememiş olsa dahi korelasyonların birbirine çok yakın olduğu gözlenmiştir. Bu açıdan korelasyonlar arasındaki farka anlamlılık testi ile bakıldığında arada anlamlı farkın olmadığı görülebilir. Öte yandan bataryada niyetin hem doğrudan hem de dolaylı ölçümünün her ikisinin de birer madde ile ele alındığının da altı çizilmelidir. Batarya kapsamına dahil edilen bu iki ölçüm için daha önce de bahsedildiği üzere Nejad ve Wertheim (2004) ve Baker, Brownell ve Little'in (2003) çalışmalarında kullandıkları niyet ölçümlerinden faydalanılmıştır. Ancak literatürde niyetin ölçümünün de tek madde ile yapılacağı öngörülmüştür (Montano ve Kasprzyk, 2008). Tam da bu noktada doğrudan ölçüm gibi dolaylı niyet ölçümünün de tek bir madde ile ele alınmış olması ilgili ölçümün dolaylılık niteliğini yeterince karşılamamış olabilir. Bir başka deyişle, bu çalışmada dolaylı olarak isimlendirilen niyet ölçümü de madde sayısı itibari ile aslında doğrudan bir ölçüm niteliği taşıyor olabilir. Bu durum da ilgili korelasyonların güçlerinin benzer olmasında rol oynamış olabilir. Niyetin tek madde ile ölçülmesi önerisi de dikkate alındığında belki de niyet yapısını tanımlı itibari ile de dolaylı olarak ölçmenin de bir işlevselliği olmayabileceği de öngörülebilmektedir.

Hipotez 3 bağlamında beklendiği üzere PDKDUB Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği'ndeki varyansı PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği (%33), PDKDUB Özyeterlik Ölçeği (%3,6) ve PDKDUB Normatif İnançlar Ölçeği'nden (%1,4) alınan puanların anlamlı düzeyde yordadığı gözlenmiştir. Hipotez 4 bağlamında ise PDKDUB Davranış Ölçek puanlarındaki varyansı PDKDUB Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği (%44), PDKDUB Özyeterlik Ölçeği (%3,3) ve PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği'nden (%1,7) alınan puanların anlamlı düzeyde açıkladığını gözlenmiştir. PDK, davranış üzerindeki en fazla etkinin kişinin herhangi bir davranışı gerçekleştirme olasılığı olarak tanımlanan niyet aracılığı ile gerçekleşebileceğini savunmaktadır. PDK temelli diyet davranışını ele alan çeşitli çalışmalar da PDK yapıları (tutumlar, öznel normlar ve algılanan davranışsal kontrol)

tarafından niyet ve davranış bileşenlerinin ne derece yordandığına dair çeşitli bulgular ortaya koymuştur. Örneğin: Godin ve Kok'un (1996) gerçekleştirdiği 58 araştırmayı inceledikleri metaanaliz çalışmasında PDK bileşenlerinin yeme, egzersiz ve kondom kullanımı gibi sağlıkla ilişkili davranışlarda niyeti %41; niyetin de davranışı %34 oranında açıkladığını bulgulamıştır. Armitage and Conner'ın (2001) 185 araştırmayı inceledikleri metaanaliz çalışmasında; tutumlar, öznel normlar ve algılanan davranışsal kontrol yapılarının niyeti %27-39 oranında açıkladığı görülmüştür. Buna ek olarak Ajzen (1991) gerçekleştirdiği metaanaliz çalışmasında niyetle birlikte ADK'ün davranışın önemli yordayıcılarından olduğunu belirtmiştir. Godin ve Kok (1996) gerçekleştirdikleri metaanaliz çalışmasında davranışın en önemli yordayıcısının niyet olduğunu bulgulamış ancak çalışmaların yarısında ADK'ün de davranış üzerinde önemli etkisinin olduğunu gözlemlemişlerdir. Armitage ve Conner, (2001)'da metaanaliz çalışmasında ADK'ün davranış üzerinde doğrudan ve niyet aracılığıyla dolaylı etkisinin olduğunu gözlemlemiş ve niyete ek olarak davranışı %2 oranında yordadığını bulgulamıştır. Mevcut çalışmada PDKDUB Davranışı Ölçeği'ni en iyi niyeti dolaylı ölçümleyen maddelerden alınan puanın yordaması, PDK'nın öngörüsü ve literatür ile tutarlılık göstermektedir. Buna ek olarak PDKDUB Özyeterlik Ölçeği'nin PDKDUB Davranışı Ölçeği'ni yordamış olması ADK'ün davranış üzerinde hem doğrudan hem de dolaylı etkisinin olabileceğine yönelik geliştirilen görüşlerle uyum göstermektedir.

Hipotez 5 kapsamında önerilen aracılık etkisinde ise PDKDUB Davranış Sonuç İnançları Ölçeği ve PDKDUB Özyeterlik Ölçeği'nin PDKDUB Davranış Ölçeği üzerindeki yordayıcı etkisinde PDKDU Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği'nin kısmi aracı etkiye sahip olduğu gözlenmiştir. Öznel normları ölçümleyen ölçeklerden alınan puanların ise aracılık etkisinde anlamlı etkisi bulunamamıştır. Literatürde öznel normların niyet ve davranış üzerindeki etkisiyle ilgili olarak farklı sonuçların elde edildiği çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalardan bazıları: öznel normların niyet bileşenini anlamlı derecede yordamadığını, bazıları niyet üzerinde dolaylı etkisinin olduğunu (tutumlar aracılığıyla gibi) ve bazıları ise niyet üzerinde doğrudan etkisinin olduğunu ortaya koymuştur. Araştırmanın "Giriş" kısmında bahsedildiği gibi PDK temelli; belirli yiyeceklerin yenmesi, yüksek kalorili

yiyeceklerin tüketilmemesi konusunda yapılmış araştırmalar, genel anlamda tutumları, niyetin en önemli yordayıcısı, öznel normları ise nadiren katkıda bulunan yordayıcı olarak bulgulamışlardır (Paisley ve Sparks, 1998; Armitage ve Conner, 1999; Povey ve Conner, 2000). Nejad ve Wertheim'in (2004) perhiz ve diyet davranışını Sağlık İnanç Modeli ve PDK'yı karşılaştırarak açıklamayı amaçladığı çalışmada ise üç ay ara ile iki ölçüm gerçekleştirilmiş; ilk ölçümde 256, ikinci ölçümde ise 78 (17-52 yaş arası) katılımcıya ulaşılmıştır. Niyet "öznel normlar" hariç tüm yapılarla ilişkili olarak bulgulanmış, en önemli yordayıcısının "doğrudan tutum"lar ardından "dolaylı ADK" olduğu gözlemlenmiş, doğrudan tutumlar ve dolaylı ADK ile birlikte niyeti %69; niyetin davranışı %33 oranında yordadığı bulgulanmıştır. Povey ve arkadaşlarının (1998) 235 katılımcı ile sağlıklı beslenme konusunda yaptıkları çalışmada birtakım sosyal değişkenlerin (buyruksal norm, tanımsal norm ve algılanan sosyal destek) PDK değişkenleri arasındaki aracı rolüne bakılmıştır. Çalışma sonucunda niyetin %42; davranışın ise %15 oranında açıklandığı; niyeti en fazla tutumların yordadığı bulgulanmıştır. Araştırmada öznel normlar içerisinde yalnızca algılanan sosyal desteğin; tutumlar ve algılanan davranışsal kontrol ile niyet arasında aracı etki gösterdiği gözlemlenmiştir. Baker, Brownell ve Little (2003) gençlerde diyet, sağlıklı yemek yeme ve aktivite (spor) yapma davranışını PDK yapılarıyla açıklamayı hedeflemiştir. 279 ergenle (13-17 yaş arası) gerçekleştirilen bu çalışmada iki hafta arayla iki ölçüm gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda öznel normların (akran desteği aile desteğinden daha önemli) niyeti doğrudan etkilemediği ancak tutumlar üzerinden dolaylı etkisinin olduğu bildirilmiştir. Wu ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında PDK yapılarının düşük sodyum diyetini açıklama düzeyi incelenmiştir. 244 katılımcıyla gerçekleştirilen çalışmada pozitif tutumların ve kişiler için önemli olan bireylerin diyet katılımda önemli yeri olduğu bildirilmiştir. Bu yüzden oluşturulacak olan müdahale programlarında bu yapıların göz önünde bulundurulması gerektiği önerilmiştir.

Bu açıdan araştırmamızda niyet ve davranış yapılarını ölçümleyen ölçeklerle tutumlar yapısını doğrudan ölçümleyen ölçeğin en fazla korelasyonel ilişki göstermesi; tutumlar yapısının sonuç inançları bileşenini ölçümleyen ölçek ile özyeterliliği ölçümleyen ölçeğin kısmi aracı etkisinin bulunması; öznel normların

normatif inançlar bileşenini ölçümleyen ölçeğin ise niyetin yordanmasında kısıtlı (diğer yapılara göre en düşük) etkisinin bulunması ve aracılık ilişkisinde anlamlı etkisinin bulunmaması yukarıda belirtilen literatürdeki bazı bulgular ile paralellik göstermektedir. Özellikle PDKDUB oluşturulurken yararlanılan kaynaklardan biri olan Nejad ve Wertheim'in (2004) çalışmasıyla kısmen benzer ancak Baker, Brownell ve Little'in (2003) çalışmasından farklı sonuçların elde edilmesinin örneklemelerin yaş aralığıyla alakalı olduğu düşünülmüştür. Bu kişilerin ergen grup ile çalışmış olması ve bu yaş aralığında vücut görüntüsüyle ilgili fiziksel kimliğin oluşum sürecinde olması (Erikson, 1968); yakın ilişki ihtiyacının artması, akranların görüşlerine daha fazla değer veriliyor olması (Sullivan, 1953); araştırma bulgularındaki farklılığın nedeni olarak değerlendirilmiştir.

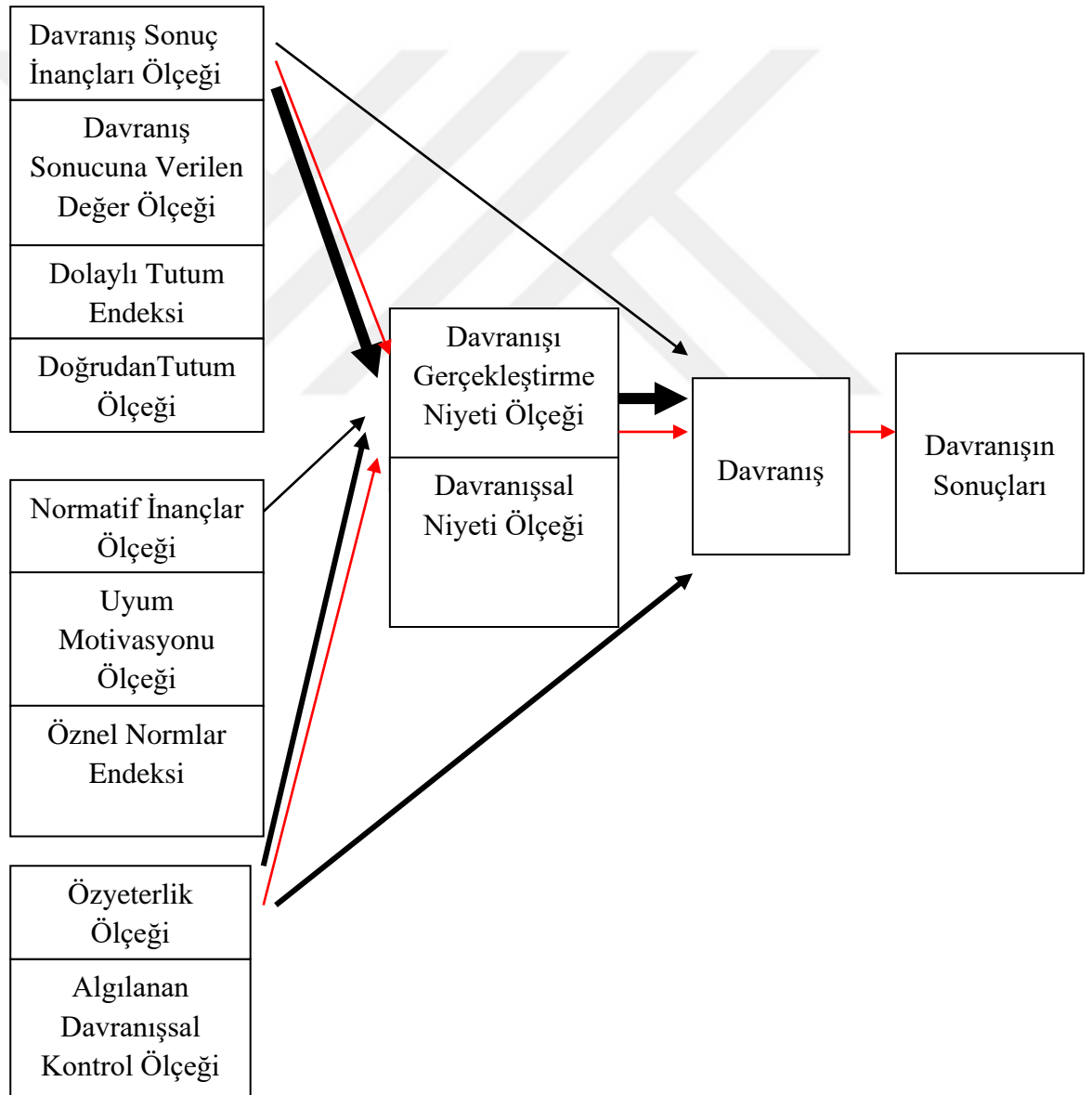
Öte yandan öznel normlar: “kişi için önemli olan diğerlerinin algılanan istekleri” olmaktan ziyade “amaçlanan davranışı gerçekleştirmek için algılanan baskı” olarak tanımlanmakta ve dışsal durumlarla ilişkili olduğu düşünülmekte iken tutumlar ve algılanan davranışsal kontrolün daha içsel ve otonom durumlarla ilişkili olduğu düşünülmekte ve gelecekte istemli davranışın gerçekleştirilmesi üzerinde daha önemli etkisinin bulunduğu varsayılmaktadır. Bu, tutumlar ve ADK'ün davranışı, öznel normlardan daha fazla yordamasının bir nedeni olarak görülmektedir (Hagger vd., 2006). Diğer bir nedenin ise öznel normların yordayıcı olarak değil tutumlar ve ADK ile niyet arasında aracı etkisinin olabileceği yönünde bahsedilen görüşlerden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Son olarak öznel normların yordayıcı olmaması modeli desteklemiyor gibi görünse de modelde aslında en sabit varsayım niyetin daima davranışı yordayacağı, ama niyetin muhakkak modelin 3 yapısı tarafından aynı anda ve aynı güçte yordanmak zorunda olmadığı yönündedir. Çünkü araştırma yapılan gruba, zaman, mekana, kültüre ve davranışa göre niyetin yordayıcısı olacak yapıların farklılık gösterebileceği önerilmektedir (Montano ve Kasprzyk, 2008).

Hipotez 6 bağlamında niyetin dolaylı ölçümünün davranış sonuçları üzerindeki etkisinde davranışın tam aracı etkisi gözlemlenmiştir. PDKDUB Davranış Ölçeği “kişinin son 3 ayda diyet yapma durumu”nu; PDKDUB Davranış Sonuçları

Ölçeği ise “kişinin bu süre sonunda kilo verme durumu”nu sorgulamaktadır. Yani PDKDUB Davranış Sonuçları Ölçeği aslında araştırmamızda sonuç değişkeni olarak görülen diyet yapma durumunun “sonucunda oluşan değişikliği” ya da diğer bir ifadeyle “sonucun sonucunu” sorgulamaktadır. Bu yüzden ölçekler arasında bulguların aracılık ilişkisi beklendik bir bulgudur. Araştırmamızın yapıları ve aralarındaki ilişkilere dair tüm bulgular şekil 5.1’de özetlenmiştir.

Şekil 5.1. PDKDUB Ölçeklerinin Birbirleriyle Olan İlişkisi



*Kırmızı oklar aracılık etkisini, okların kalınlığı ise yordama gücünü ifade etmektedir.

5.4. PDK'ye Yönelik Eleştiriler

PDK temel anlamda; insanların davranış gerçekleştirmeden önce düşünüp, karar verdikten sonra harekete geçtiğini varsaymaktadır. Bu bağlamda kurama getirilen eleştirilerden biri insanın rasyonel davrandığı tezini sorgulamakta ve gerçekleştirilen her davranışın planlı ve düşünülerek gerçekleştirilmediği, bazı davranışların alışkanlığa dayandığı yönündedir. Kuram aynı zamanda “kızgınlık” gibi ani duyguların neden olduğu davranışları da açıklayamamaktadır.

Bu eleştiriden yola çıkarak ve PDK'da niyet ve davranış yapıları için açıklanamayan varyansın da olması sebebiyle araştırmacılar bu yapıları açıklayabilecek potansiyel ek yordayıcıların olabileceği üzerinde durmuştur. Forward (1994) trafikte sürücü davranışlarını açıklamak amacıyla PDK'ya “alışkanlıklar” isminde bir yordayıcı daha eklemiş ve bu bileşenin davranışı hem niyet aracılığı ile dolaylı hem de doğrudan etkilediğini bulgulamıştır (akt. Yasak, 2002). Ölçümlere geçmiş davranışlar da eklendiğinde davranışın niyet ve algılanan davranışsal kontrole ek olarak %13 oranında açıklanan varyans katkısı sunduğu bulgulanmıştır (Haktanır, 2011). Alışkanlıklar haricinde birtakım değişkenlerin olabileceği tartışılmış ve bu bağlamda SİM'de de bulunan “algılanan ihtiyaç (kişinin davranışı gerçekleştirmeye ihtiyaç duyması)” kavramı öne sürülmüştür. Paisley ve Spark (1998) algılanan ihtiyaç ve yağ tüketiminin azaltılması niyeti arasında ilişki bulgulamıştır. Povey ve Conner (2000) tarafından PDK bileşenleri haricinde düşük kalorili diyet niyetini algılanan ihtiyaç bileşeninin %6 yordadığı; sebze ve meyve tüketim niyetini ise PDK bileşenlerinin tümünün %57, algılanan ihtiyaç bileşeninin de ek olarak %11 yordadığı bulgulanmıştır. Payne ve arkadaşları (2004) ise algılanan ihtiyacın PDK'nın sağlıklı beslenme niyetini yordama düzeyini yükselttiğini ancak sağlıklı beslenme davranışını yordamadığını bulgulamıştır. Conner ve Armitage (1998) tarafından da ek olarak farklı değişkenlerin inançla ilişkili ölçümler, alışkanlıklar, özyeterlik, ahlaki normlar, özkimlik, ve duygusal inançların PDK'ya dahil edilmesiyle davranışın ve niyetin yordanma düzeyinin artırılabilceği önerilmiş, bu değişkenlerin kuramın gelişimi açısından önemli olabileceği ancak fazla yapının bir arada bulunmasının kuramın kullanılabilirliğini zorlaştıracığı belirtilmiştir.

Son olarak PDK'ya getirilmiş eleştirilerden biri yukarıda bahsedilmiş olan kendini beklenti-değer kuramı olarak tanımlamasına karşın yapılan araştırmaların değer bileşenini ölçümleyen yapıların niyet ve davranış üzerinde anlamlı etkisinin olmadığını bulgulaması ve bu kuramın değer bileşeniyle ilgili sorgulamaya gitmesi gerekliliği konusundadır (Montano ve Kasprzyk, 2008). Mevcut çalışmada da yukarıda bildirildiği gibi değerleri ölçümleyen ölçeklerin niyet ve davranışı anlamlı şekilde yordamadığı bulgulanmıştır. Dolayısı bulgunun model sınaması kapsamındaki bulguların bu eleştirileri doğrular nitelikte olması da ayrıca bataryanın literatür ışığında geçerliğine dair kanıtlar olarak ele alınabilir.

Geliştirilen batarya kapsamında ele alınan geçerlik ve güvenilirlik ile bataryanın temel alındığı PDK'nın öngörülerine ilişkin model sınamasına dair tartışmalar literatürle uyumlu özellikler taşımaya rağmen mevcut çalışmanın bir takım kısıtlılıkları da bulunmaktadır. Aşağıdaki bölümde bu kısıtlılıklar ele alınacaktır.

5.5. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmanın en büyük kısıtlılıklarından biri: örneklemin seçim şekli ve özelliklerinden kaynaklıdır. Örnekleme, İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi ve İstanbul Kültür Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji bölümünde öğrenim görmeye devam eden 18-53 yaş arasındaki bireyler oluşturmaktadır. Katılımcıların büyük çoğunluğu kadınlardan oluşmaktadır ve hem obez olan hem de olmayan öğrenci grubunda kadınların oranı (öğrenci grubu: %83,9, obez grup: %82,7) erkeklerin oranından (öğrenci grubu: %16,1, obez grup: %17,3) yüksektir. Örneklemden kaynaklı olarak bataryada ayırt edici geçerlik sınaması yapılamamıştır. Çünkü araştırmaya katılan obez olan öğrenci sayısı (n=17) obez olmayan öğrenci sayısına kıyasla (n=286) oldukça azdır. Öğrenci sayıları birbirine daha yakın olsaydı ayırt edici geçerlik kapsamında bu iki grubun PDKDUB'nda yer alan ölçek puanlarının karşılaştırılması mümkün olabilirdi. Toplum örnekleminin yalnızca belli bir yaş grubunu temsil eden üniversite öğrencilerinin yanı sıra klinik bir örneklem de çalışmada yer alabilirdi. Klinik örneklemde de bataryanın geçerliğinin sınanmasının faydalı olabileceği düşünülmektedir.

PDKDUB’da ADK ve özyeterlik yapıları birer madde ile ölçümlenmiştir. Her ne kadar tek madde ile ölçümlenmesi çeşitli araştırmacılar tarafından uygun olarak değerlendirilse de (Leganger, Kraft ve Roysamb, 1999) ölçümlerde “Diyet yaparken kilo alacak olsam dahi diyetimi sürdürebilirim” vb. maddeler bulunabilir ve bu sayede yapının daha güçlü şekilde ölçümü sağlanabilirdi. Ayrıca ölçümde algılanan engeller, yeme alışkanlıkları ve algılanan ihtiyaçlar gibi ek değişkenlere yönelik maddeler bulunabilirdi.

Öznel normların ise niyet ve davranışa olan etkisinde toplam puanının alınması yerine her bir maddenin etkisine ayrı ayrı bakılabilirdi. Çünkü kişilerin aileleri öznel normlar listesinde yer alan çevresindeki diğer bireylere kıyasla kilo vermesini daha az isteyebilir. Bu durum da toplam puan alındığında diğer maddelerin niyet ve davranışa olan etkisini nötürlemiş olabilir.

Davranış sonuçlarının ölçümünde kişilerden kilo alma ve verme durumları öğrenilmiş ancak kilonun aynı kalması durumu sorgulanmamıştır. Ölçeğe, kilonun değişmemesine ve kilo değişiminden duyulan memnuniyet düzeyine ilişkin maddeler eklenebilir.

Ayrıca tutumlar, öznel normlar, algılanan davranışsal kontrol, niyet, davranış ve davranış sonuçları arasındaki PDK temelli ilişkileri sorgulayan bu çalışmada ilişkiler kesitsel desende ele alınmıştır. Oysa niyetteki değişimin davranıştaki değişime yansması için belli bir zaman geçiyor olması gerekebilir, kaldı ki diyet uyum davranışı kesitsel bir davranış değil, bir süreç davranışı olup kilo değişimi gibi bir davranış sonucu ise ancak diyet uyumundan belli bir süre sonra gözlenebilir hale gelebilmektedir.

Son olarak söz konusu bataryada yer alan ölçeklerin maddeleri iki ayrı araştırmadan faydalanılarak adapte edilmiştir. Orijinal batarya sahiplerinin izinleri doğrultusunda bu adaptasyonlar gerçekleştirilirken kimi maddelerde kültüre has esneklikler gösterilebilmiş olmakla birlikte yine de nihayetinde bataryada yer alan maddelerin orijinali batı kaynaklıdır. Bu hususun kültürel farklılıkları yeterince ortaya koyamadığı göz önünde bulundurulmalıdır.

SONUÇ

İleride yapılacak çalışmalarda örneklem seçimine dikkat edilmesi faydalı olacaktır. Kadın ve erkek katılımcıların eşit dağılımı, olası cinsiyet faktörünün etkisinden doğabilecek farklılıkları ortadan kaldırmak adına önem taşımaktadır. Benzer şekilde farklı BKİ kategorilerindeki katılımcıların sıklıklarının da benzer hale getirilmesi hedeflenebilir.

Gerçekleştirilecek araştırmalarda PDKDUB Algılanan Davranışsal Kontrol yapısının daha kapsamlı ölçülenmesinin güvenilirlik açısından faydalı olabileceği düşünülmektedir. Gerek dolaylı ölçüme yönelik ölçeğin oluşturulması gerekse doğrudan ölçümün geliştirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Öznel normların diğer yapılara nazaran niyet ve davranışın yordanmasında daha az rol alması nedeniyle bu yapının tutumlar ve ADK ile niyet arasındaki aracı rolüne bakılabilir. Ayrıca algılanan engeller, yeme alışkanlıkları ve algılanan ihtiyaçlar gibi ek değişkenlerin ölçümünün sağlanması faydalı olabilir. Tüm bunlara ek olarak ileriki çalışmalarda bilhassa klinik örneklemelerde boylamsal bir desende söz konusu yordayıcılık ilişkilerinin yeniden gözden geçirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Diyet programlarına uyuma etki eden faktörleri ve uyumda yaşanan güçlükleri anlamak, bireylerin diyet uyumuna yönelik müdahale programlarının ve destek sistemlerinin geliştirilmesi konusunda yol göstermesi açısından önemlidir (Yüksel, 2014). Tüm kısıtlılıklar ve ileride araştırılması önerilen farklı hususlara rağmen bu çalışma diyet uyum davranışını PDK temelli bir çatıda ele alan bildiğimiz kadarı ile ülkemizdeki ilk çalışma olup PDK'nın öngörülerini de çoğunlukla destekleyen bir bataryanın alana kazandırılması mümkün olmuştur. Ayrıca literatürde PDK'nın her bir yapısının faktör analizini irdeleyen çalışmaların olmaması, araştırmamızda bazı yapıların birden fazla faktörlü bulunması; PDK yapılarına dair daha zengin bir kavrayış sunmakta ve müdahale çalışmalarında daha spesifik alanlar yaratmaktadır. Bilhassa tutumlar yapısının davranışsal inançlar bileşenini ölçümleyen ölçeğin olumlu ve olumsuz inançlar şeklinde iki faktörden oluşması ve bu iki faktörün birbiriyle korelasyonunun (.29) görece düşük olması ve literatürde bahsedilen öneriler sebebiyle tutumların olumludan olumsuzu bir boylamda

değerlendirilmemesi, olumlu tutumların ayrı, olumsuz tutumların ayrı ele alınması ve bağımsız etkilerinin sınanmasının yararlı olabileceği düşünülmektedir.

Bu doğrultuda mevcut çalışma kapsamında geliştirilen batarya aracılığı ile araştırma bulgularımız ve örneklem özelliklerimiz göz önünde bulundurulmak kaydı ile diyet uyum davranışı konusunda PDK temelli oluşturulacak etkin müdahale programları geliştirmek mümkün olabilir. Tüm bunlarla birlikte özellikle tutumlar ve özyeterlik yapılarının söz konusu müdahale planlarında göz önünde bulundurulmasının önem arz ettiği düşünülmektedir.



KAYNAKÇA

- AÇIKEL, M, E.: 2011 “Obez Kadınlarda Davranışsal Tedavinin Beslenme Davranışına Etkisi”, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü / İzmir.
- AJZEN, I.: 1985 “From Intentions to Actions: A Theory Of Planned Behaviour”, In J. Kuhl & J. Beckmann (Ed.), Action control from cognition to behaviour (11-39). Berlin: Springer-Verlag.
- AJZEN, I.: 1991 “The Theory of Planned Behaviour”, **Organizational Behaviour and Human Decision Processes**, 50, s.179-211.
- AJZEN, I.: 2006 “Constructing a TPB Questionnaire: Conceptual and Methodological Consideration.”
- AJZEN, I., FISHBEIN, M.: 1973 “Attitudinal and Normative Variables as Predictors of Specific Behaviours”, **Journal of Personality and Social Psychology**, 27 (1), s.41-57.
- AKGÜN, B.: 2008 “Beden Ağırlığı Yönetiminde Davranış Modifikasyonu”, Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi, Ed. Ayşe Baysel Ve Murat Baş, Türkiye Diyetisyenler Derneği, **Ekspres Baskı A.Ş.**, Ankara, s. 158-170.
- ALAN, W.S., BENTLER, M.P., ve FLAY, R.B.: 1994 “Attitudes and Health Behavior in Diverse Populations: Drunk Driving, Alcohol Use, Binge Eating, Marijuana Use, and Cigarette Use”, **Health Psychology**, 13(1), s. 73-85.
- ALTUN, S., ERCAN, A.: 2016 “Obezite Önyargısı”, **Türkiye Klinikleri**, 2 (1), s. 17-22.

- ALPHAN, E.T.: 2008 “Obezitenin Etiyolojisi” Yetişkinlerde Ağrlık Yönetimi. Ed. Ayşe Baysel ve Murat Baş, **Türkiye Diyetisyenler Derneği**, s. 17-34.
- ALTUNKAYNAK, Z. “Obezite: Nedenleri ve Tedavi Seçenekleri”, **Dicle Tıp Dergisi**, B., ÖZBEK, E.: 2007 34(2), s. 144- 149.
- ARMITAGE, C.J., “Distinguishing Perceptions of Control From Self-Efficacy: Predicting Consumption of a Low-Fat Diet Using the Theory of Planned Behavior”, **Journal of Applied Social Psychology**, 29(1), CONNER, M.: 1999 s. 72-90.
- ARMITAGE, C. J., “Efficacy of Theory of Planned Behaviour: A Meta-Analytic Review”, **British Journal of Social Psychology**, 40, s. 471-499. CONNER, M.: 2001
- BAHÇECİ, M., “Hipertansiyon, Obezite ve Lipid Metabolizması Hekim İçin Tanı ve Tedavi Rehberi”, **Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği**, s. 20-53. TUZCU, A., ARIKAN, D.: 2009
- BAKER, C.W., “Predicting Adolescent Eating and Activity Behaviors: The Role of Social Norms and Personal Agency”, **Health Psychology**, 2, s. 189-198. BROWNELL, K.D., LITTLE, T.D.: 2003
- BALCIOĞLU, İ., “Obezitenin Psikiyatrik Yönü”, **Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi**, 62, s. 341348. BAŞER, S.Z.: 2008
- BANDURA, A.: 1977 “Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavior Change”, **Psychological Review**, 84, s. 191–215.
- BANDURA, A.: 1989 “Social Cognitive Theory”, In R. Vasta (Ed.), *Annals of child development. Six theories of child development*, 1989 (6), s. 1-60. Greenwich, CT: JAI Press.

BARNES, M., “A Diet and Exercise Program to Improve Clinical Outcomes In GOLDSWORTHY, Patients With Obstructive Sleep Apnea-A Feasibility U.R., CARY, B.A., Study”, **Journal of Clinical Sleep Medicine**, 5 (5), s. 409-415.
HILL, C.J.: 2009

BASSİLİ, J.N.: 1996 “Meta-Judgmental Versus Operative Indexes of Psychological Attributes: The Case Of Measures Of Attitude Strength”, **Journal of Personality and Social Psychology**, 71, s. 637–653.

BAYDUR, D.: 2019 “Obezite Nedeniyle Diyetisyene Başvuran Ofis Çalışanlarında Vücut Ağırlığına Yönelik Parametrelerin İncelenmesi”, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme Ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı.

BEHN, A., UR, E.: “The Obesity Epidemic and Its Cardiovascular Consequences”, **Current Opinion in Cardiology**, 21 (4), s. 353-60.
2006

BELAMARICH, P.F., “Do Obese Inner-City Children With Asthma Have More LUDER, E., KATTAN, Symptoms Than Nonobese Children With Asthma?”, **Pediatric**, M., MITCHELL, H., 106 (6), s. 1436-41.

ISLAM, S., LYNN, H.,
CRAIN, E, F.: 2000

BERGHOFER, A., “Obesity Prevalence From A European Perspective: A Systematic PISCHON, T., Review”, **Bio Medical Central Public Health**, 2008.
REINHOLD, T.,
APOVIAN, C.M.: 2008

BLAXTER, M.: 1990 “Health and Lifestyles”, London: Routledge.

- BRITZ B, SIEGFRIED W, ... ZIEGLER, A.: “Rates of Psychiatric Disorders İn a Clinical Study Group Of Adolescents With Extreme Obesity and in Obese Adolescents Ascertained Via a Population Based Study”, **International Journal of Obesity**, 2, s. 1707- 1714. 2000
- BROWN, C.D., HIGGINS, M., DONATO, K.A., ROHDE,F.C., GARRISON, R., OBARZANEK,E., v.d.: “Body Mass Index And The Prevalence Of Hypertension And Dyslipidemia”, **Obesity Research**, 8, s. 605– 619. 2000
- BRYTEK-MATERA, A.: “Psychological Predictors of Body Image Dissatisfaction in Women Suffering From Eating Discorders”, **Layout Bulletin**, s. 181-191. 2010
- BULDUK, S., YURT S., DİNÇER, Y., ARDIÇ, E: “Sağlık Davranışı Modelleri”, **Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi**, 5(1), s. 28-34. 2015
- BYRNE, S., COOPER, Z. VE FAIRBURN, C.: “Weight Maintenance And Relapse in Obesity: A Qualitative Study”, **International Journal Of Obesity and Related Metabolic Disorders**, 27(8), s. 955. 2003
- BYRNE, S.M.: “Psychological Aspects of Weight Maintenance and Relapse in Obesity”, **Journal of Psychosomatic Research**, 53(5), 1029-1036. 2002
- CHAMPION, V.L. AND SKINNER, C.S.: “The Health Belief Model. Health Behaviour and Health Education; Theory, Research, and Practice”, **Jossey-Bass, San Francisco**, s. 45-65. 2008

- ÇİHANGİROĞLU, N., “Organizasyonlarda Önemli Bir Fenomen: Psikolojik Sözleşme.”
ŞAHİN, B.: 2010 **ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi**, 6(11), s. 1–16.
- COTTER, E, W., “Stress-Related Eating, Mindfulness, and Obesity”, **American Psychological Association**, 37(86), s. 516-525.
KELLY, N, R.: 2018
- ÇÖMLEKÇİ, N.: 2011 “Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Ölçeği (IWQOL-LİTE) Türkçe Versi-yonunun Psikometrik Değerlendirmesi”, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- CONNER, M., “Extending the Theory of Planned Behavior: A Review and
ARMITAGE, C.J.: Avenues for Further Research”, **Journal of Applied Social Psychology**, 28(15), s. 1429-1464.
1998
- COOPER, Z., “Cognitive-behavioral treatment of obesity”, A clinician’s guide.
FAIRBURN, C. New York, NY: Guilford Press.
G.,HAWKER, D.
M.:2003
- CRISP, A. H., “Jolly Fat: Relation Between Obesity and Psychoneurosis in
GUINNESS, B.: 1976 General Population”, **British Medical Journal**; 1, s. 7-9.
- ÇITAK AKBULUT, “Obezite”, **Bilim Ve Teknik Dergisi**, Mart, s. 1-15.
G., ÖZMEN, M.M.,
BESLER, H.T.: 2007
- DAVE, D., RASHAD, “Overweight Status, Self-Perception, and Suicidal Behaviors
I.: 2009 Among Adolescents”, **Social Science & Medicine**, 68(9), s. 1685-1691.

- DAVIDSON, M.H., “Weight Control and Risk Factor Reduction in Obese Subjects
HAUPTMAN, J., Treated for 2 Years With Orlistat A Randomized Controlled Trial”,
DIGIROLAMO, M., **Journal of the American Medical Association**, 281(3), s. 235-
FOREYT, J.P., 242.
HALSTED, C.H.,
HEBER, D., v.d.: 1999
- DEBORAH, E., “Intention, Perceived Control, and Weight Loss: An Application of
SCHIFTER, D., the Theory of Planned Behavior”, **Journal of Personality and
AJZEN, I.: 1985 Social Psychology**, 49, s. 843-851.
- DEMİRSOY, C.A.: “The MOS SF-36 Health Survey: A Validation Study With A
1999 Turkish Sample”, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Boğaziçi
Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- DEVECİ, E.: 2013 “Obezite Cerrahisi (Bariatrik) Adayı Olan ve Olmayan Obez
Bireylerde Yeme Özellikleri, Beden Bölgelerinden Hoşnutsuzluk,
Tedavi Motivasyonu ve Psikopatolojinin Değerlendirilmesi”,
(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi/Sosyal
Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- DI NOIA, J., “Mediating Variables in a Trans-theoretical Model Dietary
PROCHASKA, J. O.: Intervention Program”, **Health Education & Behavior**, 37, s. 753-
2009 762.
- DRIESCHNER, K.H., “Treatment Motivation: An Attempt For Clarification Of An
LAMMERS, S.M., Ambiguous Concept”, **Clinical Psychology Review**, 23, s. 1115-
STAAK, C.P.F.: 2004 1137.

ENRİORİ, P., EVANS, “Leptin Resistance and Obesity”, **Obesity Society**, 2012(14), s. 254-258.

MİCHAEL A.
COWLEY, M.: 2006

ERGÜNEY “Yeme Tutum Testi Kısa Formu (YTT-26): Türkçe Geçerlik ve
OKUMUŞ, F.: 2016 Güvenirlik Çalışması.” (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).
İstanbul Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

ERIKSON, E.H.: 1968 “Identity: Youth and crisis”, New York: W.W. Norton.

ERKOL, A., “Obezite; Predispozan Faktörler ve Sosyal Boyutun
KHORSHID, L.: 2004 Değerlendirilmesi”, **SSK Tepecik Hastanesi Dergisi**, 14(2), s. 101-
107.

ERKUL, C.: 2018 “Obezite ve Depresyon Arasındaki İlişki: Diyet Polikliniğine
Başvuran Obezite Tanısı Almış Kişiler Üzerinde Bir Araştırma”,
Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Okan Üniversitesi/Sağlık
Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

ESNAOLA, I., “Body Dissatisfaction and Perceived Sociocultural Pressures:
RODRÍGUEZ, A. & Gender and Age Differences”, **Salud Mental**, 33, s. 21-29.
GOÑI, A.: 2010

FABRICATORE, “Psychological Aspects of Obesity”, **Clinical Dermatology**, 22
A.N., WADDEN, T.A.: (4), s. 332-337.
2004

FAGOLINI, A., “Obesity as a Correlate of Outcome in Patients With Bipolar I
KUPFER, D.J., Disorder”, **American Journal of Psychiatry**; 160(7), s. 112–117.
HOUCK, P.R.,
NOVICK, D.M.,
FRANK, E.: 2003

FAITH, M.S., “Evidence for Prospective Associations Among Depression And
BUTRYN, M., Obesity In Population-Based Studies”, **Obesity Reviews**, 12(5).
WADDEN, T.A.,
FABRICATORE, A.,
NGUYEN, A.M.,
HEYMSFIELD, S.B.:
2011

FEEDING AND Washington, DC. American Psychiatric Association. USA, 329-
EATING 354.
DISORDERS.IN:DIA
GNOSTIC AND
STATISTICAL
MANUAL OF
MENTAL
DISORDERS FIFTH
EDITION DSM-5.:
2013

FOSTER, G. D., “Behavioral Treatment of Obesity”, **The American journal of**
MAKRIS, A. P., **clinical nutrition**, 82(1), s. 230-235.
BAILER, B. A.: 2005

FREEDHEIM, D.K., “Handbook of Psychology”, Volume 1: History of Psychology.
WEINER, I.B.: 2003 New York: **John Wiley & Sons**, 2003.

GANLEY, R.M.: 1989 “Emotion and Eating in Obesity: A Review of the Literature”, **Int J Eat Disord**, 8, s. 343-361.

GARAULET, M., “Behavioural Therapy in the Treatment of Obesity (II): Role of the PÉREZ DE HEREDIA, Mediterranean Diet”, **Nutrición Hospitalaria**, 25, s. 9-17.
E.: 2010

GARDNER, R.E., “Exercise and Diet Beliefs of Overweight Women Participating in HAUSENBLAS, H, A.: an Exercise and Diet Program: An Elicitation Study Using the Theory of Planned Behavior”, **Journal of Applied Biobehavioral Research**, 9(3), s. 188-200.
2004

GARDNER, D.M., “The Eating Attitudes Test: An index of the Symptoms of GARFINKEL, P.E.: Anorexia Nervosa”, **Psychological Medicine**, 9, s. 273-279.
1979

GARİPOĞLU, M., “Obezitenin Tedavisinde Düşük Kalorili Diyet ve Davranış İŞSEVER, H., Değişikliği Programının Birlikte Uygulanması”, **Klinik Gelişim**, 8, ALPHAN, E., s. 3897-3902.
SABUNCU, H.H.:
1995

GIEL, K. E., ZIPFEL, “Stigmatization of Obese Individuals by Human Resource S., ALIZADEH, M., Professionals: An Experimental Study”, **BMC Public Health**, SCHÄFFELER, N., 12(1), 525.
ZAHN, C., WESSEL, D., ... & THIEL, A.:
2012

- GLANZ K, RIMER “Health Behavior and Health Education”, **San Francisco: Jossey-BK**, VISWANATH K.: **Bass**, 4. Edition . s. 67-92.
2008
- GODIN, G., KOK, G.: “The Theory of Planned Behaviour: A Review of Its Applications
1996 To Health-Related Behaviours”, **American Journal of Health Promotion**, 11, s. 87-98.
- GÖZÜM, S., ÇAPIK, “Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber: Sağlık İnanç
C.: 2014 Modeli”, **Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi**, 7(3), s. 230-237.
- GROGAN, S.: 2005 “Body Image Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women
and Children”, USA: Routledge.
- GÜLEÇ M., GÜLEÇ “Psychometric Properties of the Turkish Version of The Patient
H., ŞİMŞEK G., Health Questionnaire-Somatic, Anxiety and Depressive
TURHAN M., Symptoms”, **Comprehensive Psychiatry**, 53 (2012), s. 623-629.
SÜNBÜL E,A.: 2012
- GÜLÇELİK, N. E., “Obezitenin Medikal Tedavisi”, **Hacettepe Tıp Dergisi**, 38.
GÜRLEK, A.,
USMAN, A.: 2007
- GÜMÜŞ ATALAY, S., “Osteoartrite Güncel Yaklaşım”, **Ankara Medical Journal**,
ALKAN, B.M., 13(1):26-32.
AYTEKİN, M.N.: 2013

- HACKMAN, C., “Theory of Reasoned Action and Theory of Planned Behavior-
KNOWLNDEN, A.P.: Based Dietary Interventions in Adolescents and Young Adults: A
2014 Systematic Review”, **Adolescent Health, Medicine and Therapeutics**, 2014(5), s. 101–114.
- HAKTANIR, G.: 2011 “Prediction Of Safety-Related Behaviour Among Turkish Nurses:
An Application Of Theory Of Planned Behaviour And Effects Of
Safety Climate Perceptions”, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans
Tezi). Ortadoğu Teknik Üniversitesi / Sosyal Bilimler
Enstitüsü/Ankara.
- HOCHBAUM, G.M.: “Public Participation in Medical Screening Programs: A Socio-
1958 Psychological Study”, Washington, D.C.: U.S. Dept. Of Health,
Education, and Welfare, 1958.
- HUON, G. F., “The Initiation and the Maintenance of Dieting: Structural Models
STRONG, K. G.: 1998 For Large-Scale Longitudinal Investigations”, **International
Journal of Eating Disorders**, 23(4), s. 361–369.
- İKİNCİ, S., ATAK, N.: “Metabolic Syndrom”, **TAF Preventive Medicine Bulletin**, 9 (5),
2010 s. 535-540.
- İNCİ, M.B.: 2019 “Erişkinlerde Öz Bildirime Dayalı Hesaplanan Beden Kitle İndeksi
Verileri İçin Düzeltme Faktörleri Geliştirilmesi”, Uzmanlık Tezi,
Sakarya Üniversitesi / Tıp Fakültesi / Halk Sağlığı Anabilim Dalı,
Sakarya.
- JACOBSON, D., “Psychosocial Correlates of Healthy Beliefs, Choices, and
MELNYK, B.M.: 2011 Behaviors in Overweight And Obese Schoolage Children: A
Primary Care Healthy Choices Intervention Pilot Study”, **Journal
of Pediatric Nursing**, 26, s. 456-464.

- JOHNSON, D.: 2010 “The Relationship Between Binge Eating and Psychopathology in Obese Adults Seeking Bariatric Surgery”, Unpublished Doctorate Thesis, The University of Kansas, ABD.
- JAMESON, J.L. (ED.): “Harrison Endokrinoloji”, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, s. 269-2009 281.
- JAMES, P.T., “The Worldwide Obesity Epidemic”, **Obesity Research**, 9(4), s. LEACH, R., 228-233.
- KALAMARA, E., SHAYEGHI, M.: 2001
- JORM, A, F., “Association of Obesity With Anxiety, Depression and Emotional KORTEN, A, E., Well-Being: A Community Survey”, **Australian and New Zealand CHRISTENSEN, H., Journal of Public Health**, 27(4), s. 434-40.
- JACOMB, P, A., RODGERS, B., PARSLOW, R, A.: 2003
- JURKOVIC, A.:2014 “Normative Beliefs as a Mediator between Body Dissatisfaction and Disordered Eating”, **Honors Projects**, (2014), 162.
- KABALAK, T.: 1995 “Obezitenin Diyetle Tedavisi”, In Obezite (Ed C Yılmaz): s. 141-147. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri.
- KANG, J. G., PARK, “Anti-Obesity Drugs: A Review About Their Effects and Safety”, C.Y.: 2012 **Diabetes & metabolism journal**, 36(1), s. 13-25.
- KAPLAN, N.M.: 1998 Clinical Hypertension. Baltimore: Williams and Wilkins.

- KAYA, S.: 2019 “Trabzon İli Kalkınma Bölgesindeki Bireylerin Görsel Beden Kitle İndeksi Temelli Vücut Boyut Kılavuzu İle Beden Algılarının Değerlendirilmesi”, Uzmanlık Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Trabzon.
- KIZILTAN, G.: 2008 “Obezitenin Medikal Komplikasyonları” Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi, Ed. Ayşe Baysel ve Murat Baş, Türkiye Diyetisyenler Derneği, s. 106-137.
- KOCABAŞ, E.: 2007 Bir Uygulama Alanı Olarak Sağlık Psikolojik Danışmanlığı. Ege Eğitim Dergisi, 2(8), s. 37–51.
- KROENKE, K., “The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure”,
SPITZER, R.L., **Journal of General Internal Medicine**, 16 (9), s. 606-613.
WILLIAMS, J.B.W.:
2001
- KUT, A.: 2009 “Obezite ve Sağlıklı Yaşam Tarzı”, **Sağlıklı Yaşam Dergisi**, Tanıtım Sayısı: s. 8-27.
- KUTLUAY MERDOL, “Obezitede Diyet Tedavisi Temel İlkeleri ve Eğitim”, **Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism**, 2, s. 33-38.
T.: 2003
- LAUDER, W., “A Comparison of Health Behaviours in Lonely and Non-Lonely
MUMMERY, K., Populations”, **Psychology, Health ve Medicine**, 11(2), s. 233-245
JONES, M. ve
CAPERCHIONE, C.:
2006

LEGANGER, A., “Perceived Self-Efficacy In Health Behaviour Research: KRAFT, P., ve Conceptualisation, Measurement And Correlates”, **Psychology and ROYSAMB, E.:** 1999 **Health**, 2000, 15, s. 51-69.

LEGENBAUER, T., “Depression and Anxiety: Their Predictive Function For Weight DE ZWAAN, M., Loss In Obese Individuals”, **Obesity Facts**, 2(4), s. 227-34.

BENECKE, A.,
MUHLHANS. B.,
PETRAK, F.,
HERPERTZ, S.: 2009

LYONS, A. C., “Health Psychology”, A Critical Introduction. USA, NY:
CHAMBERLAIN, K.: Cambridge University Press.
2006

MANN, T., “Medicare’s Search for Effective Obesity Treatments: Diets are not TOMIYAMA, A.J., The Answer”, **American Psychologist**, 62 (3), s. 220–233
WESTLING, E.,
LEW, A., SAMUELS,
B. VE CHATMAN,
J.: 2007

MADDEN, T. M., “A Comparison of the Theory of Planned Behavior and the Theory ELLEN, S. P., AJZEN, of Reasoned Action”, **Personality and Social Psychology I.:** 1992 **Bulletein**, 18(1), s. 3-9.

MASLOW, A. H.: “Motivation and Personality”, New York: Harper & Row.
1970

- MELANSON, K., DWYER, J.: 2003 “Aşırı Kilo ve Obezite Tedavisinde Kullanılan Popüler Diyetler”, Obezite Tedavi El Kitabı, 1. Cilt-1.Baskı, Ed.Thomas A. Wadden, Albert J. Stunkard, İstanbul: And yayınları, s. 249-275.
- MEULE, A., PAPIES, E,K, KUBLER, A.: 2012 “Differentiating between successful and unsuccessful dieters: Validity and reliability of the Perceived Self-Regulatory Success in Dieting Scale”, **Appetite**, 58(3), s. 822-826.
- MONTANO, D. E., KASPRZYK, D.: 2008 “Theory Of Reasoned Action, Theory Of Planned Behavior, And The Integrated Behavioral Model”, **Health Behavior and Health Education; Theory, Research and Practice**. 4. Baskı, Ed. Karen Glanz, Barbara K. Rimer, K. Viswanath, , San Francisco, Jossey-Boss, s. 67-92.
- MOONEY, B.: 2012 “Childhood Obesity: Time to Wake up to the Facts”, **World Of Irish Nursing and Midwifery**, 20(7), s. 41-42.
- NAZRAT, M., MİRZA, M.D., DAWNAVAN D., ve YANOVSKİ, J.:2004 “Body Dissatisfaction, Self-Esteem, and Overweight Among Inner-City Hispanic Children And Adolescents”, **Journal of Adolescent Health**, 36 (2005), s. 16–20.
- NEJAD, L,M., WERTHEIM, E,H. VE GREENWOOD, M.: 2004 “Predicting Dieting Behavior by Using, Modifying, and Extending the Theory of Planned Behavior”, **Journal of Applied Social Psychology**, 34, s. 2099-2131.
- NIH (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH): 1991 “Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity 25-27 March 1991”, **Obesity Surgery**, 1(3), s. 257-265.

OGDEN, C.L., “Prevalence of Overweight and Obesity in the United States, 1999-
CARROLL, M.D., 2004”, American Medical Association, **JAMA**, 295(13), s. 1549-
CURTIN, L.R., 1555
MCDOWELL, M.A.,
TABAK, C.J.,
FLEGAL, K.M.: 2006

OĞUZ, G., “Obezite ve Bilişsel Davranışçı Terapi”, **Psikiyatride Güncel
KARABEKİROĞLU, Yaklaşımlar**, 8(2), s. 133-144.

A.,
KOCAMANOĞLU,
B., SUNGUR, Z.M.:
2016

OKUMUŞOĞLU, S., “Obeziteli Bireylerde Kilo Verme Başarısının Depresyon Yatkınlığı
ARKAR, H.: 2014 ile İlişkisinin Araştırılması”, Ege Üniversitesi/Sosyal Bilimler
Enstitüsü, İzmir.

ONAR, A.: 2008 “Ergenlik Ve Genç Erişkinlik Dönemindeki Kızlarda Yeme
Bozukluğu Tanısı Bulunanlar ile Bulunmayanların Aile Ortamı,
Sosyotropik-otonomik kişilik Özelliği, Beden Memnuniyeti, Benlik
Saygısı Açısından Karşılaştırılması”, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü / Psikoloji Bölümü,
İstanbul.

ONAT, A., KELEŞ, İ., “Yetişkinlerimizin 10-yıllık Takibinde Obezite Göstergeleri Artışta:
SANSOY, V., BKİ Erkeklerde Koroner Olayların Bağımsız Öngördürücüsü”,
CEYHAN, K., **Türk Kardiyoloji Derneği Araştırması**, 29, s. 430-436.
UYSAL, Ö.,
ÇETİNKAYA, A., v.d.:
2001

Ouwens, M.A., van Strien, T., van der Staak, C.P.: 2003
“Tendency toward overeating and restraint as predictors of food consumption”, **Appetite**, 40(8), s. 291.

Önder, A., Kavurma, C., Çelmeli, G., Adanir, A., Özatalay, E.: 2018
Obezite Tanılı Çocuk ve Ergenlerde Psikopatoloji, Yaşam Kalitesi ve Ebeveyn Tutumlarının Değerlendirilmesi, **İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi**, 2018;8(1), s. 51-58

Özarmağan, S., Bozbora, A., Orhan Y, Bozbora A.(editörler): 2008
“Obezitenin Tanımı ve Temel Bilgiler”, **İstanbul, Medikal Yayıncılık**, 2008, s. 289-301.

Özdel, O., Sözerivarma, D., Fenkçi, S., Değirmenci, T., Karadağ, F., Kalkanoguzhan Oğlu, N., v.d.: 2011
“Obez Kadınlarda Psikiyatrik Tanı Sıklığı”, **Klinik Psikiyatri**, 14, s. 210-217.

Özkoça, Ö.: 2018
“Obez Bireylerde Yeme Tutumu, Algılanan Sosyal Destek İle Psikopatolojilerinin Değerlendirilmesi Ve Motivasyonel Süreç Yönünden İlişkisi”, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul/Işık Üniversitesi.

- PAISLEY,C.M.,
SPARKS,P.: 1998 “Expectations of Reducing Fat Intake: The Role of Perceived Need With in the Theory of Planned Behaviour”, **Psychology and Health**, 13, s. 341–353.
- PAULSON, K. A.: 2011 “The Influence of Three Short-Term Weight Loss Intervention on Self Efficacy, Decisional Balance, and Processes of Change in Obese Adults”, Unpublished Master of Science Thesis, Iowa State University.
- PAYNE, N., JONES, F., HARRIS, P.R.: 2004 “The Role of Perceived Need Within The Theory of Planned Behaviour: A Comparison of Exercise and Healthy Eating”, **British Journal of Health Psychology**, 9, s. 489–504.
- PEKCAN, G.: 2008 “Şişmanlık Belirleyicileri: Bugün ve Gelecek için Olası Senaryolar”, Yetişkinlerde Ağırılık Yönetimi, Ed. Ayşe Baysel ve Murat Baş, **Türkiye Diyetisyenler Derneği**, s. 1-16.
- PERSAUD, A.: 2019 “The Theory of Planned Behavior as a Predictor of Adherence to Bariatric Recommendations for Diet and Physical Activity”. Columbia University.
- PI-SUNYER F.X.: 1993 “Medical Hazards of Obesity”, **Annals of Internal Medicine**, 119, s. 655-660.
- POLAT, P.: 2018 “Bariyatrik Cerrahi Sonrası Hastaların Yeme Tutum Ve Davranışları İle Diyete Uyumluları”, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Yüksek Lisans Tezi.
- PORTER, L. W. VE
LAWLER, E. E.: 1968 “Managerial Attitudes And Performance”, Homewood, IL: Dorsey.

- POVEY, R., “The Theory of Planned Behaviour and Healthy Eating: Examining Additive And Moderating Effects of Social Influence Variable”, **Psychology & Health**, 14(6), s. 991-1006.
- CONNER, M., SPARK, P., JAMES, R. VE SHEPHERD, R.: 2000
- POVEY, S., CONNER, M.: 2000 “Application of the Theory of Planned Behaviour to two dietary behaviours: Roles of perceived control and self-efficacy”, **British Journal of Health Psychology**, 5, s. 121–139.
- PROCHASKA, J.O., DICLEMENTE, C.C.: 1982 “Transtheoretical Therapy: Toward A More Integrative Model Of Change”, **Psychotherapy: Theory, Research, And Practice**, 19, s. 276–288.
- PROCHASKA, J., DICLEMENTE, C.: 1983 “Stages and Processes of Self-Change in Smoking: Toward An Integrative Model of Change”, **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 5, s. 390–395.
- PROCHASKA, J.O., DICLEMENTE, C.C., NORCROSS, J.C.: 1992 “In Search of How Peoplechange: Applications to Addictive Behaviors”, **American Psychologist**, 47(9), s. 1102.
- PROCHASKA, J.O., REDDING, C.A., EVERS, K.E.: 2008 “Theory Of Reasoned Action, Theory Of Planned Behavior, And The Integrated Behavioral Model”, **Health Behavior and Health Education; Theory, Research and Practice**. 4. Baskı, Ed. Karen Glanz, Barbara K. Rimer, K. Viswanath, , San Francisco, Jossey-Boss, s. 45-117.
- PROCHASKA, J.O., v.d.: 1994 “Stages of Change and Decisional Balance for Twelve Problem Behaviors”, **Health Psychology**, 13, s. 39-46.

PROCHASKA, J. O., “The Transtheoretical Model of Health Behavior Change”,
VELICER, W. F.: 1997 **American Journal of Health Promotion**, 12(1), s. 38-48.

REILLY, G,A,O., “Mindfulness-based Interventions for Obesity-Related Eating
COOK, L., METZ, S., Behaviours: A Literature Review”, **International Association for
BLACK, D,S.: 2014 the Study of Obesity**, 15, s. 453-461.

ROSENSTOCK, I.M.: “Historical Origins of the Health Belief Model”, **Health Education
1974 Monographs**, 2(4).

SAĞLIK Dünyada Obezitenin Görülme Sıklığı, 26 Şubat 2019,
BAKANLIĞI.: 2017 <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/dunyada-obezitenin-gorulme-sikligi.html>

SAĞLIK “Obezite Nasıl Saptanır?”, 20 Şubat 2019,
BAKANLIĞI.: 2007 <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezite-nasil-saptanir.html>

SAĞLIK “Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını  nleme ve Kontrol
BAKANLIĞI.: 2010 Programı-Birincil, İkincil ve  ç nc l Korumaya Yönelik Stratejik
Plan ve Eylem Planı (2010-2014)”, Sağlık Bakanlığı Yayınları,
Ankara.

SAĞLIK “Türkiye’ de Obezite Tedavisinde Obezite Cerrahisinin Yeri”, STD
TEKNOLOJİSİ 2014.01/00, Ankara.
DEĞERLENDİRME
DAİRE
BAŞKANLIĞI.: 2014

SAİME, E., “Sağlık Davranışlarını Geliştirmek Ve Değiştirmek İçin
ERDOĞAN, S.: 2007 Transteoretik Modelin Kullanılması”, **Atatürk Üniversitesi
Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 10: 2.

- SATMAN, I., "Population-based Study of Diabetes and Risk Characteristics İn YILMAZ, T., Turkey: Results Of The Turkish Diabetes Epidemiology Study SENGÜL, A., (TURDEP)", **Diabetes Care**, 25(9), s. 1551-6.
SALMAN, S.,
SALMAN, F.,
UYGUR, S. v.d.: 2002
- SATMAN, İ., "TURDEP- II Sonuçları", (27 Mayıs 2011). 19 Mayıs 2013.
TURDEP-II <http://www.turkendokrin.org/files/file /TURDEP II 2011.pdf>.
ÇALIŞMA GRUBU.:
2011
- SAVAŞIR, I., EROL, "Yeme Tutum Testi: Anoreksiya Nervoza Belirtileri İndeksi",
N.: 1989 **Psikoloji Dergisi**, 7(23), s. 19-25.
- SCHIFTER, D., "Intention, Perceived Control, and Weight Loss: An Application of
AJZEN, I.: 1985 the Theory of Planned Behavior", **Journal of Personality and Social Psychology**, 49, s. 843-851.
- SERTKAYA ÇIKIM, "Obezitenin Medikal Tedavisi ve Güncel Yaklaşımlar", **Medikal**
A.: 2008 **Yayınclık**, s. 329-339.
- SERTEL BERK H,Ö.: "Kronik Ağrı Yaşantısı ve Ağrı İnançları: Ağrı İnançları Ölçeği'nin
2006 Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması", (Yayımlanmamış
Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü,
İstanbul.
- SEVİNÇER, G.M.: "Türkiye'de Obezite Cerrahisinde Psikiyatrik Değerlendirme:
2016 Uzlaşma ve Kılavuz Gereksinmesi", "Anadolu Psikiyatri Dergisi",
17(2), s. 5-45.

SEVİNÇER, G.M., “Emosyonel Yeme”, **Journal of Mood Disorders**, 3(4), s. 171-8.

KONUĞ, N.: 2013

SIMON, G.E., VON “Association Between Obesity and Psychiatric Disorders in US
KORFF, M, Adult Population”, **Arch Gen Psychiatry**; 63, s. 824-830.

SAUNDERS K,

MIGLIORETTI DL,

CRANE PK. & VAN

BELLE G, KESSLER

R.C.: 2006

SJÖSTRÖM, L., “Lifestyle, Diabetes, and Cardiovascular Risk Factors 10 Years

LINDROOS, A.K., After Bariatric Surgery”, *The New England Journal of Medicine*,

PELTONEN, M., 351:26, s. 2683-2693.

TORGERSON, J.,

BOUCHARD, C., v.d.:

2004

SLOAN, A. E.: 1987 “Educating a Nutrition-Wise Public”, **Journal of Nutrition
Education**, 19, s. 303-305.

SMITS, J.A., “Psychotropic Medication Use Mediates The Relationship Between

ROSENFELD, D., Mood and Anxiety Disorders and Obesity: Findings From a

MATHER, A.A., Nationally Representative Sample”, **J Psychiatr**, 44(15), s. 1010-6.

TART, C.D.,

HENRIKSEN, C.,

SAREEN, J.: 2010

SNOW, V., BARRY, P., FITTERMAN, N., QASEEM, A., WEISS, K.: 2005
“Pharmacologic And Surgical Management Of Obesity İn Primary Care: A Clinical Practice Guideline From The American College Of Physicians”, **Ann Intern Med.**, 142, s. 525-531.

SÖZEN, M.A.: 2006
“Obezite ve Obezitenin Genetiği”, **Kocatepe Tıp Dergisi**, 7, s. 1-11.

SULLIVAN, H.S.: 1953
“The Interpersonal Theory of Psychiatry”, New York W.W. Norton.

SWINBURN, B., EGGER, G.: 2004
“The Runaway Weight Gain Train: Too Many Accelerators, Not Enough Brakes”, **BMJ**, 329, s. 736-739.

TEIXEIRA, P.J., SILVA, M.N.:
“Mediators of weight loss and weight loss maintenance in middle-aged women”, **Obesity**, 18, s. 725-735.

COUTINHO, S.R., PALMEIRA, A.L., MATA, J., VIEIRA, P.N. v.d.: 2010

TROST, S. G., OWEN, N., BAUMAN, A. E., SALLİS, J. F.:
“Correlates of Adults’ Participation an Physical Activity: Review and Update”, **Medicine and Science in Sports and Exercise**, 34(12), s. 1996-2001.

BROWN, W.: 2002

TEZCAN, B.: 2009
“Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Travmatik Geçmiş Yaşantılar”, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU.: 2017 Basın Odası Haberleri. Erişim Tarihi: 17.10.2018, http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2015_58_20151008.pdf
- TÜRKER, F.: 2013 “Obezite Tedavisinde Tıbbi Beslenme Ve Farmakolojik Yaklaşımlar”, Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı”, Ed. Başak Yücel, Asena Karakoç Akdemir, Ayça Gürdal Küey, Fulya Maner, Erdal Vardar, **Türk Psikiyatri Derneği Yayınları**, Çalışma Birimleri Dizisi 15, s. 337-350.
- URAL, D., KILIÇKAP M, GÖKSÜLÜK, H., KARAASLAN, D., KAYIKÇIOĞLU, M., ... TOKGÖZOĞLU, L.: 2018 “Türkiye’de Obezite Sıklığı ve Bel Çevresi Verileri: Kardiyovasküler Risk Faktörlerine Yönelik Epidemiyolojik Çalışmaların Sistemik Derleme, Meta-Analiz ve Meta-Regresyonu”, **Türk Kardiyoloji Derneği**, 46 (7), s. 577-590.
- USUBÜTÜN, S.: 2003 “Sağlık Psikolojisi ve Koruyucu Sağlık Çalışmaları”, **C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi**, 25(4), s. 58-61.
- ÜNER, H.: 1993 “Bir Araştırma ve Uygulama Alanı Olarak Sağlık Psikolojisi”, **Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmoloji Dergisi**, 1(2), s. 153-157.
- ÜZMEZ, B.: 2007 “MultiDisipliner Yaklaşımla Davranış Değişikliği Tedavisi Uygulanan Şişman Bireylerdeki Yaşam Tarzı Değişikliklerinin İncelenmesi”, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Toplu Beslenme Sistemleri Programı. 21-41

VOLKOW, N.D., "Low Dopamine Striatal D2 Receptors are Associated with
WANG, G.J., Prefrontal Metabolism in Obese Subjects: Possible Contributing
TELANG, F., Factors", **NeuroImage**, 42, s. 1537– 1543.
FOWLER, J. S.,
THANOS, P. K.,
LOGAN, J.: 2008

WORLD HEALTH ORGANIZATION.: "Obesity, Preventing and Managing The Global Epidemic - Report
of a WHO Conculatation on Obesity" Geneva, 3-5 June 1997.
1997

WORLD HEALTH ORGANIZATION.: "Obesity, Preventing and Managing The Global Epidemic-Report
of a WHO Conculatation on Obesity", Geneva, 3-5 June 1997.
1998

WORLD HEALTH ORGANIZATION.: "Obesity Health Observatory Data Repository,
Overweight/Obesity: Obesity (body mass index ≥ 30) by country",
2008 05.12.2018, <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A900>

WORLD HEALTH ORGANIZATION-EUROPE.: "The Challenge of Obesity in the WHO European Region And The
Strategies For Response", Ed. Francesco Branca, Haik Nikogosian
ve Tim Lobstein, WHO, Denmark.
2007

WORLD HEALTH ORGANIZATION.: "Health Topics. Obesity",
<https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (Erişim Tarihi:Ocak 2019)
2019

WING, R.R., HILL, J.O.: "Succesfull Weight Loss Maintenance", **Annual Review of
Nutrition**, 21, s. 323-341.
2001

WU, J.R., LENNIE, T.A., DUNBAR, S.B., PRESSLER, S.J., “Predictors of Adherence to a Low Sodium Diet Using the Theory of Planned Behavior in Patients with Heart Failure”, **Journal of Cardiac Failure**, 15(6), s. 84.

MOSER, D.K.: 2009

YANOVSKI, S.Z.: “Binge Eating Disorder and Obesity in 2003: Could Treating an Eating Disorder Have a Positive Effect on the Obesity Epidemic?”, **International Journal of Eating Disorders**, 34, s. 117–120.

YASAK, Y.: 2002 “Trafik Kazaları ile İlişkili Sürücü Tutum ve Davranışları”, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü /Ankara.

YETKİN, İ., ÇİMEN, A.R.: 2010 “Obezite ve Güncel Tedavi Yöntemleri”, **Mised**, 23(23), s. 68-77.

YORGANCI, K., TIRNAKSIZ, B.M.: 2007 “Morbid Obezitenin Cerrahi Tedavisi”, **Hacettepe Tıp Dergisi**, 38, s. 218-222.

YÜCEL, B., POLAT, A., İKİZ, T., DÜŞGÖR-PİRİM B., “The Turkish version of the Eating Disorder Examination Questionnaire: reliability and validity in adolescents”, **European Eating Disorders Review**, 19(6), s. 509-511.

YAVUZ, A. E., & SERTEL BERK, Ö.: 2011

YÜKSEL, D.: 2014 “Sağlık Psikolojisinde Tedavi Motivasyonu Açısından Diyet Davranışları: Diyet Özyeterlik İnançları Ölçeği'nin Geliştirilmesi ve Psikometrik Özellikleri”, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Okan Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

YÜKSEL, E., “Obezite Konusu Basında Nasıl Çerçevenmektedir?”, **Selçuk**
ADİYAMAN, F., **İletişim**, 8 (2), s. 149-176.
KEÇELİ, D., DORUK.,
Ö., YAVUZ, Ö.,
KASDEMİR, B.: 2014

YÜCEL, N.: 2008 “Kilolu ve Obez Kadınlarda Obezite ve Benlik Saygısı İlişkisinin
Değerlendirilmesi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara
Üniversitesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı.

EK 1

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

T.C. İstanbul Üniversitesi

Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Bu araştırma İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, “Uygulamalı Psikoloji Yüksek Lisans” programı kapsamında Doç. Dr. H. Özlem Sertel Berk danışmanlığında Psikolog Bircan Akmercan tarafından yürütülmekte ve diyet uyum davranışını etkileyen psikososyal faktörleri değerlendirmeyi hedeflemektedir. Bu çalışma sayesinde diyet uyumuna yönelik davranışsal anlamda yapılan çalışmalara, kişinin motivasyonunda belirleyici olan bilişsel ve duygusal öğelerin belirlenmesi ve bu öğelerin obezite tedavilerine katkı sunacak boyutun ilk adımını oluşturması planlanmaktadır. Sizi de bu araştırmaya davet ediyoruz. Araştırma 2 uygulama içerecektir. İlk uygulama yaklaşık olarak 50 dakikanızı alacak ve 8 ölçüm aracını cevaplamanız istenecektir. Bu uygulamadan tahminen 1 ay sonra yapılacak olan 2. uygulamada 5 soru cevaplamanız istenecek olup bu uygulama yaklaşık 5 dakikanızı alacaktır. Araştırmaya sizinle beraber tahminen 60 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahiptir. İkinci uygulamada size ulaşmak için isim-soyisim; iletişim bilgilerine ihtiyaç duyuyoruz. Bu bilgiler yalnızca eşleştirmenin yapılabilmesi için kullanılacaktır. Bireysel ya da tüzel herhangi bir kişi ya da kurumla paylaşılmayacaktır. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya bircan.akmercan@istanbul.edu.tr e-

posta adresi ve 0 536 767 52 96 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının :

Adı Soyadı:.....

İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Şahidin:

Adı-Soyadı:.....

İmzası

EK 2

PSİKOSOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Adı - Soyadı:
2. Doğum yeri ve yaşı:;
3. Cinsiyet: 1) Kadın 2) Erkek
4. Yaşanılan Yer:
5. Boy (cm): cm
6. Kilo (kg): Kg
7. Olmak istediğiniz kilo (kg): Kg
8. Çalışıyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır
9. Meslek:
10. Öğrenim durumu (en son mezun olunan okul): 1)Okur-yazar değil 2)Okur-yazar 3) İlkokul 4)Ortaokul 5)Lise 6)Üniversite 7) Yüksek Lisans 8)Doktora
11. Medeni Durum: 1)Evli 2)Bekar 3)Boşanmış 4)Dul 5)Diğer
12. Çocuğunuz var mı?: 1)Evet,tane 2)Hayır Evetse; çocuğunuzun/çocuklarınızın yaşlarını yazınız:
13. Aylık gelir düzeyi: 1)Düşük (0-1603 tl) 2)Orta (1604-5200 tl) 3)Yüksek (5201-10000 tl) 4) Çok yüksek (10001 tl ve üstü)
14. Tanı konmuş fiziksel bir hastalığınız var mı? : 1)Evet 2) Hayır Evetse; Hangi hastalık?..... Ne kadar süredir var? aydır/yıldır.

15. Ailede tanısı konmuş fiziksel bir hastalık var mı?

1) Evet 2) Hayır

Evetse; Annenin hastalığı;

Babanın hastalığı;

16. Psikiyatrik bir rahatsızlığınız var mı?

1) Evet 2) Hayır

Varsa belirtiniz:.....Ne kadar süredir?..... aydır/yıldır.

17. Ailede psikiyatrik bir rahatsızlığı olan var mı?

1) Evet 2) Hayır Varsa belirtiniz (kim/hastalığı):

...../.....

18. Daha önce psikiyatrik bir tedavi gördünüz mü?

1) Evet 2) Hayır

Evetse; Ne kadar süre gördünüz? Hangi ilacı kullandınız? : ay/yıl;.....ilaçlarımı kullandım.

19. Şu an herhangi bir tedavi görüyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

Görüyorsanız belirtiniz:

20. Şu an herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz (fiziksel ve psikiyatrik ilaçlar dahil)?

1) Evet 2) Hayır

Kullanıyorsanız belirtiniz:

21. Daha önce yeme bozukluğu tanısı aldınız mı?

1) Evet 2) Hayır

a. Evetse; kaç yaşında tanı aldınız?

b. Evetse; tanınız neydi?

1-Anoreksiya Nervosa 2.Blumia Nervosa 3.Hem Blumia Nervosa hem de Anoreksiya

Nervoza belirtiniz:	4. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu	5. Bilmiyorum	6. Diğer, Lütfen belirtiniz:
c. Evetse; tedaviniz ne kadar sürdü? ay/yıl sürdü.			
22. Şu ana kadar herhangi bir psikolojik rahatsızlıktan dolayı psikiyatriste ya da psikoloğa/psikolojik danışmana gittiniz mi?			
1) Evet 2) Hayır			
a. Evetse; probleminiz neydi?			
1-Ailevi problemler 2- Duygusal problemler 3-Diğer, Lütfen belirtiniz			
b. Evetse; tedaviniz ne kadar sürdü? ay/yıl sürdü.			
23. Adet (regl) düzeniniz nasıl (kadınlar için)?			
1) Düzenli 2)Düzensiz 3)Menopozda değilim ama aydır/yıldır olmuyorum.			
4)..... aydır/yıldır menopozdayım.			
a. Geçtiğimiz üç-dört aylık dönemde hiç adet (regl) olmadığınız oldu mu?.....			
b. Aksama olduysa kaç tane?.....			
c. Bu nedenle ilaç kullanıyor musunuz?.....			
24. Sigara kullanıyor musunuz?			
Evet..... aydır/yıldır, 1günde.....adet/.....paket 2)Hayır			
25. Alkol kullanıyor musunuz?			
1)Evet 2)Hayır			
a. Evetse; ne kullanıyorsunuz?			
b. Evetse; ne kadar süredir kullanıyorsunuz? aydır/yıldır.			
26. Ailenizde obezite tanısı olan biri var mı?			
1) Evet; Kim?..... 2) Hayır			
27. Hiç diyet yaptınız mı?			
Evet; İlk defa diyet yapmaya kaç yaşında başladınız? 2) Hayır			

<p>28. Şu an da doktor kontrolünde diyet yapıyor musunuz? Ne kadar süredir?</p> <p>1) Evet, aydır/yıldır. 2) Hayır</p> <p>Eğer Evetse; Diyet listenize uyabiliyor musunuz?</p> <p>1)Evet 2)Hayır 3)Emin değilim</p>
<p>29. Şu an zayıflamak için herhangi bir yöntem kullanıyor musunuz?</p> <p>1) Evet 2) Hayır (31. Soruya geçiniz)</p>
<p>30. Zayıflamak için hangi yöntemi kullanıyorsunuz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)</p> <p>a. Diyet, aydır/yıldır,kilo verdim.</p> <p>b. Spor,aydır/yıldır,kilo verdim.</p> <p>c. Akupunktur,aydır/yıldır,kilo verdim.</p> <p>d. Zayıflama ilacı,aydır/yıldır,kilo verdim.</p> <p>e. Diğer.....</p>
<p>31. Daha önce kilo vermek için hangi yöntemleri, ne kadar süre ile kullandınız ve kaç kilo verdiniz, lütfen toplam olarak yazınız? (birden fazla seçeneği cevaplayabilirsiniz)</p> <p>a. Diyet, kere, ay/yıl,kilo verdim.</p> <p>b. Spor,kere,.....ay/yıl,kilo verdim.</p> <p>c. Akupunktur,kere,ay/yıl,kilo verdim.</p> <p>d. Zayıflama ilacı,kere,ay/yıl,kilo verdim.</p> <p>e. Bariatrik Cerrahi,ay/yıl önce,.....kilo verdim.</p> <p>f. Diğer.....</p>
<p>32. Kilo verme amacınız nedir?</p> <p>1) Sağlık problemlerimden kurtulmak 2) Çocuk sahibi olabilmek3) Güzel görünmek</p> <p>4) Diğer.....</p>
<p>33. Haftada en az 3 gün yarım saatten fazla fiziksel aktivite yapar mısınız?(yürüyüş, koşu,</p>

fitness, yüzme gibi...)

1)Evet,.....aktivitesini haftada günsaat yaparım.

2)Hayır hiç fiziksel aktivite yapmam.

3)Daha önce yaptım, bıraktım.



EK 3

PLANLI DAVRANIŞ KURAMI DİYET UYUM BATARYASI

Davranış Sonuçlarına Verilen Değer Ölçeği

1. Kilo kaybetmek	tamamen önemsiz < 1 2 3 4 5 6 7 > çok önemli
2. Enerji sahibi olmak	tamamen önemsiz < 1 2 3 4 5 6 7 > çok önemli
3. Birtakım aktiviteler için zaman ayırmak	tamamen önemsiz < 1 2 3 4 5 6 7 > çok önemli
4. Yediğim şeyden zevk alıyor olmak	tamamen önemsiz < 1 2 3 4 5 6 7 > çok önemli
5. Sağlıklı bir vücuda sahip olmak	tamamen önemsiz < 1 2 3 4 5 6 7 > çok önemli
6. Sosyal aktivitelere katılıyor olmak	tamamen önemsiz < 1 2 3 4 5 6 7 > çok önemli
7. Tadı iyi yiyecekler yemek	tamamen önemsiz < 1 2 3 4 5 6 7 > çok önemli
8. Kıyafetlerimin içinde iyi hissediyor olmak	tamamen önemsiz < 1 2 3 4 5 6 7 > çok önemli
9. Güzel bir cilde sahip olmak	tamamen önemsiz < 1 2 3 4 5 6 7 > çok önemli
10. Arkadaşlarım ile uyumlu olmak	tamamen önemsiz < 1 2 3 4 5 6 7 > çok önemli
11. Fiziksel olarak çekici olmak	tamamen önemsiz < 1 2 3 4 5 6 7 > çok önemli
12. Verdiğim kiloyu geri almamak	tamamen önemsiz < 1 2 3 4 5 6 7 > çok önemli
13. Mutlu ve stressiz hissetmek	tamamen önemsiz < 1 2 3 4 5 6 7 > çok önemli

14. Suçlu hissetmemek	tamamen önemsiz < 1 2 3 4 5 6 7 > çok önemli
15. Kendime saygımın artması	tamamen önemsiz < 1 2 3 4 5 6 7 > çok önemli
16. Duygularımı kontrol edebildiğimi hissetmek	tamamen önemsiz < 1 2 3 4 5 6 7 > çok önemli
17. İsteddiğim kadar yiyor olmak	tamamen önemsiz < 1 2 3 4 5 6 7 > çok önemli
18. Kilomu koruyor olmak	tamamen önemsiz < 1 2 3 4 5 6 7 > çok önemli
19. Vücudumu kontrol edebildiğimi hissetmek	tamamen önemsiz < 1 2 3 4 5 6 7 > çok önemli
20. Vücuduma zarar vermiyor olmak	tamamen önemsiz < 1 2 3 4 5 6 7 > çok önemli
21. Kendimi iyi hissediyor olmak	tamamen önemsiz < 1 2 3 4 5 6 7 > çok önemli
22. Hayatımı kontrol edebildiğimi hissetmek	tamamen önemsiz < 1 2 3 4 5 6 7 > çok önemli
23. İyi bir ruh hali içerisinde hissetmek	tamamen önemsiz < 1 2 3 4 5 6 7 > çok önemli

Doğrudan Tutum Ölçeği

Aşağıdaki her bir ifade için size en yakın gelen 1 ve 7 arasındaki numaralardan birini işaretleyiniz.

24. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, bu	yararsızdır < 1 2 3 4 5 6 7 > yararlıdır
25. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam,	zararlıdır < 1 2 3 4 5 6 7 > faydalıdır

bu	
26. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, bu	arzu edilmez < 1 2 3 4 5 6 7 > arzu edilir
27. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, bu	zevsizdir < 1 2 3 4 5 6 7 > zevklidir
28. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, bu	sıkıcıdır < 1 2 3 4 5 6 7 > ilgi çekicidir
29. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, bu	kötüdür < 1 2 3 4 5 6 7 > iyidir
30. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, bu	hoş değildir < 1 2 3 4 5 6 7 > hoştur
31. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yapmam	olası değildir < 1 2 3 4 5 6 7 > olasıdır

Davranış Sonuç İnançları Ölçeği

32. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, kilo kaybedeceğim.	kesinlikle katılmıyorum < 1 2 3 4 5 6 7 > tamamen katılıyorum
33. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, daha fazla enerjim olacak.	kesinlikle katılmıyorum < 1 2 3 4 5 6 7 > tamamen katılıyorum
34. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, farklı aktivitelerden (t.v. gibi) uzaklaşacağım.	kesinlikle katılmıyorum < 1 2 3 4 5 6 7 > tamamen katılıyorum
35. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, yemek yerken daha az zevk alacağım.	kesinlikle katılmıyorum < 1 2 3 4 5 6 7 > tamamen katılıyorum
36. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet	kesinlikle katılmıyorum < 1 2 3 4 5 6 7 >

yaparsam, daha sağlıklı bir vücuda sahip olacağım.	tamamen katılıyorum
37. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, normalde olduğumdan daha az sosyalleşebileceğim.	kesinlikle katılmıyorum <1 2 3 4 5 6 7> tamamen katılıyorum
38. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, tadı kötü olan yiyecekler yiyeceğim.	kesinlikle katılmıyorum <1 2 3 4 5 6 7> tamamen katılıyorum
39. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, kıyafetlerin içinde kendimi daha iyi hissedeceğim.	kesinlikle katılmıyorum <1 2 3 4 5 6 7> tamamen katılıyorum
40. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, güzel bir cilde sahip olacağım.	kesinlikle katılmıyorum <1 2 3 4 5 6 7> tamamen katılıyorum
41. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, arkadaşlarımdan uzaklaşacağım.	kesinlikle katılmıyorum <1 2 3 4 5 6 7> tamamen katılıyorum
42. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, fiziksel olarak daha çekici görüneceğim.	kesinlikle katılmıyorum <1 2 3 4 5 6 7> tamamen katılıyorum
43. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, sonunda kaybettiğim kiloları geri alacağım	kesinlikle katılmıyorum <1 2 3 4 5 6 7> tamamen katılıyorum
44. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, artık stresli ya da mutsuz hissetmeyeceğim	kesinlikle katılmıyorum <1 2 3 4 5 6 7> tamamen katılıyorum
45. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, her yemek yediğimde suçlu hissedeceğim.	kesinlikle katılmıyorum <1 2 3 4 5 6 7> tamamen katılıyorum
46. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, kendime saygım artacak.	kesinlikle katılmıyorum <1 2 3 4 5 6 7> tamamen katılıyorum

47. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, duygularımı daha fazla kontrol edebileceğim.	kesinlikle katılmıyorum <1 2 3 4 5 6 7> tamamen katılıyorum
48. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, istediğim kadar yemek yiyemeyeceğim.	kesinlikle katılmıyorum <1 2 3 4 5 6 7> tamamen katılıyorum
49. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, kilomu koruyabileceğim.	kesinlikle katılmıyorum <1 2 3 4 5 6 7> tamamen katılıyorum
50. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, vücudumu daha fazla kontrol edebileceğim.	kesinlikle katılmıyorum <1 2 3 4 5 6 7> tamamen katılıyorum
51. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam vücuduma zarar vereceğim.	kesinlikle katılmıyorum <1 2 3 4 5 6 7> tamamen katılıyorum
52. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, kendimi kötü hissedeceğim.	kesinlikle katılmıyorum <1 2 3 4 5 6 7> tamamen katılıyorum
53. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, hayatımı daha fazla kontrol edeceğim.	kesinlikle katılmıyorum <1 2 3 4 5 6 7> tamamen katılıyorum
54. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, kötü bir ruh hali içerisinde olacağım.	kesinlikle katılmıyorum <1 2 3 4 5 6 7> tamamen katılıyorum

Algılanan Davranışsal Kontrol Ölçeği ve Özetkinlik Ölçeği

55. İstersem önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yapabileceğim konusunda kendimden eminim.	kesinlikle katılmıyorum <1 2 3 4 5 6 7> tamamen katılıyorum
56. Diyet yapabilirim.	kesinlikle katılmıyorum <1 2 3 4 5 6 7> tamamen katılıyorum

Normatif İnançlar Ölçeği

57. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet	onaylamaz <1 2 3 4 5 6 7> onaylar
-----------------------------------	-----------------------------------

yaparsam; ailem	
58. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam; en yakın arkadaşım	onaylamaz <1 2 3 4 5 6 7> onaylar
59. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam; benim için önemli insanlar	onaylamaz <1 2 3 4 5 6 7> onaylar
60. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam; eşim (erkek/kız arkadaşım)	onaylamaz <1 2 3 4 5 6 7> onaylar
61. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam; iş arkadaşlarım	onaylamaz <1 2 3 4 5 6 7> onaylar
62. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam; akrabalarım	onaylamaz <1 2 3 4 5 6 7> onaylar
63. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam; komşularım	onaylamaz <1 2 3 4 5 6 7> onaylar
64. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam; diğerleri (lütfen belirtin:.....)	onaylamaz <1 2 3 4 5 6 7> onaylar

Uyum Motivasyonu Ölçeği

65. Ailemin yapmam gerektiğini düşündüğü şeyleri yapmak isterim.	kesinlikle katılmıyorum <1 2 3 4 5 6 7> tamamen katılıyorum
66. En yakın arkadaşımın yapmam gerektiğini düşündüğü şeyleri yapmak isterim.	kesinlikle katılmıyorum <1 2 3 4 5 6 7> tamamen katılıyorum
67. Benim için önemli insanların yapmam gerektiğini düşündükleri şeyleri yapmak isterim.	kesinlikle katılmıyorum <1 2 3 4 5 6 7> tamamen katılıyorum
68. Eşimin (erkek/kız arkadaşımın) yapmam gerektiğini düşündüğü şeyleri yapmak isterim.	kesinlikle katılmıyorum <1 2 3 4 5 6 7> tamamen katılıyorum
69. İş arkadaşlarımda yapmam gerektiğini düşündüğü şeyleri yapmak	kesinlikle katılmıyorum <1 2 3 4 5 6 7> tamamen katılıyorum

isterim.	
70. Akrabalarımın yapmam gerektiğini düşündüğü şeyleri yapmak isterim.	kesinlikle katılmıyorum <1 2 3 4 5 6 7> tamamen katılıyorum
71. Komşularımın yapmam gerektiğini düşündüğü şeyleri yapmak isterim.	kesinlikle katılmıyorum <1 2 3 4 5 6 7> tamamen katılıyorum
72. Diğerlerinin (lütfen belirtiniz ...) yapmam gerektiğini düşündüğü şeyleri yapmak isterim.	kesinlikle katılmıyorum <1 2 3 4 5 6 7> tamamen katılıyorum

Davranışı Gerçekleştirme Niyeti Ölçeği

73. Lütfen size en iyi uyan ifadeyi işaretleyin. a. Şu an diyet yapmıyorum ve başlamayı düşünmüyorum. b. Şu an diyet yapmıyorum fakat diyet yapmaya başlamayı düşünüyorum. c. Şu an diyet yapıyorum ama düzenli yapmıyorum. d. Şu an diyet yapıyorum ama başlatalı 6 ayı geçmedi. e. Şu an diyet yapıyorum başlatalı 6 aydan fazla oldu.

Davranışsal Niyet Ölçeği

74. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yapma niyetim var.	kesinlikle katılmıyorum <1 2 3 4 5 6 7> tamamen katılıyorum
--	--

Davranış Ölçeği

75. Son üç ayda ne sıklıkla diyet yaptığınızı en doğru tanımlayan durumu işaretleyiniz. a. Son 3 ayda her gün/neredeysse her gün diyet yaptım. b. Son 3 ayda 45-90 gün civarında diyet yaptım. c. Son 3 ayda 2 hafta-45 gün civarında diyet yaptım. d. Son 3 ayda yaklaşık 2 hafta diyet yaptım. e. Son 3 ayda diyet yapmadım fakat öncesinde düzenli olarak yapıyordum. f. Son 3 ayda diyet yapmadım fakat öncesinde bir ya da iki kez yaptım. g. Hayatım boyunca diyet yapmadım ama diyet yapmayı düşündüm.
--

h. Hayatım boyunca diyet yapmadım, diyet yapmayı hiç düşünmedim.

Davranış Sonuçları Ölçeği

76. Geçtiğimiz 3 ayda kilo verdiniz mi?	1)Evet	2)Hayır
Eğer evetse; kaç kilo verdiniz?		
77. Geçtiğimiz 3 ayda kilo aldınız mı?	1)Evet	2)Hayır
Eğer evetse; kaç kilo aldınız?		

EK 4

PDKDUB DOLAYLI TUTUM ENDEKSİ

1. Kilo kaybetmek*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, kilo kaybedeceğim.
2. Enerji sahibi olmak*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, daha fazla enerjim olacak.
3. Birtakım aktiviteler için zaman ayırmak*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, farklı aktivitelerden (t.v. gibi) uzaklaşacağım.
4. Yediğim şeyden zevk alıyor olmak*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, yemek yerken daha az zevk alacağım.
5. Sağlıklı bir vücuda sahip olmak*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, daha sağlıklı bir vücuda sahip olacağım.
6. Sosyal aktivitelere katılıyor olmak*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, normalde olduğumdan daha az sosyalleşebileceğim.
7. Tadı iyi yiyecekler yemek*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, tadı kötü olan yiyecekler yiyeceğim.
8. Kıyafetlerimin içinde iyi hissediyor olmak*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, kıyafetlerin içinde kendimi daha iyi hissedeceğim.
9. Güzel bir cilde sahip olmak*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, güzel bir cilde sahip olacağım.
10. Arkadaşlarım ile uyumlu olmak*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam,arkadaşlarımdan uzaklaşacağım.
11. Fiziksel olarak çekici olmak*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, fiziksel olarak daha çekici görüneceğim.
12. Verdiğim kiloyu geri almamak*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, sonunda kaybettiğim kiloları geri alacağım.
13. Mutlu ve stressiz hissetmek*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, artık stresli ya da mutsuz hissetmeyeceğim.
14. Suçlu hissetmemek*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, her yemek yediğimde

suçlu hissedeceğim.
15. Kendime saygımın artması*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, kendime saygım artacak.
16. Duygularımı kontrol edebildiğimi hissetmek*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, duygularımı daha fazla kontrol edebileceğim.
17. İstedğim kadar yiyor olmak*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, istediğim kadar yemek yiyemeyeceğim.
18. Kilomu koruyor olmak*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, kilomu koruyabileceğim.
19. Vücudumu kontrol edebildiğimi hissetmek*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, vücudumu daha fazla kontrol edebileceğim.
20. Vücuduma zarar vermiyor olmak*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam vücuduma zarar vereceğim.
21. Kendimi iyi hissediyor olmak*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, kendimi kötü hissedeceğim.
22. Hayatımı kontrol edebildiğimi hissetmek*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, hayatımı daha fazla kontrol edeceğim.
23. İyi bir ruh hali içerisinde hissetmek*Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam, kötü bir ruh hali içerisinde olacağım.

EK 5

PDKDUB ÖZNEL NORMLAR ENDEKSİ

1. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam; ailem* Ailemin yapmam gerektiğini düşündüğü şeyleri yapmak isterim.
2. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam; en yakın arkadaşım* En yakın arkadaşımın yapmam gerektiğini düşündüğü şeyleri yapmak isterim.
3. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam; benim için önemli insanlar* Benim için önemli insanların yapmam gerektiğini düşündükleri şeyleri yapmak isterim.
4. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam; eşim (erkek/kız arkadaşım)*Eşimin (erkek/kız arkadaşımın) yapmam gerektiğini düşündüğü şeyleri yapmak isterim.
5. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam; iş arkadaşlarım* İş arkadaşlarımdan yapmam gerektiğini düşündüğü şeyleri yapmak isterim.
6. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam; akrabalarım*Akrabalarımın yapmam gerektiğini düşündüğü şeyleri yapmak isterim.
7. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam; komşularım*Komşularımın yapmam gerektiğini düşündüğü şeyleri yapmak isterim.
8. Önümüzdeki 1 ay boyunca diyet yaparsam; diğerleri (lütfen belirtin:.....)*Diğerlerinin (lütfen belirtiniz ...) yapmam gerektiğini düşündüğü şeyleri yapmak isterim.

EK 6

YEME BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

	Son 28 günün kaçıında...	Hiçbir-İnde	1 -5	6 -12	13 -15	16 -22	23 -27	Her-gün
1.	Kilonuzu ya da bedeninizin şeklini değiştirmek amacıyla yiyecek miktarınızı kasıtlı olarak sınırlandırmaya çalıştınız? (<i>Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.</i>)	0	1	2	3	4	5	6
2.	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla uzun bir süre (<i>uyanık olduğunuz 8 saat boyunca ya da daha fazla bir süre için</i>) hiçbir şey yemediğiniz oldu?	0	1	2	3	4	5	6
3.	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla hoşlandığınız yiyecekleri beslenme düzeninizden çıkarmaya çalıştınız? (<i>Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.</i>)	0	1	2	3	4	5	6
4.	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla yemenizle ilgili (örn.	0	1	2	3	4	5	6

	kalori sınırlandırması) belli kurallara uymaya çalıştınız? (<i>Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.</i>)							
5.	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilemek amacıyla <u>boş</u> bir mideye sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz?	0	1	2	3	4	5	6
	Son 28 günün kaçında...	Hiçbir- inde	1 -5 gün	6 -12 gün	13 -15 gün	16 -22 gün	23 -27 gün	Her- gün
6.	<u>Tamamen düz</u> bir karına sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz?	0	1	2	3	4	5	6
7.	<u>Yiyecek, yemek yeme ya da kalorilerle</u> ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. çalışma, bir konuşmayı takip etme ya da okuma) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu?	0	1	2	3	4	5	6
8.	<u>Bedeninizin şekli ve kiloyla</u> ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. İşinize, bir konuşmayı takip etmenize ya da okumanıza)	0	1	2	3	4	5	6

	yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu?							
9.	Yemek yemeye ilgili kontrolü kaybetmekten belirgin biçimde korktuğunuz oldu?	0	1	2	3	4	5	6
10.	Kilo alabileceğinizden belirgin bir biçimde korktunuz?	0	1	2	3	4	5	6
11.	Kendinizi şişman hissettiniz?	0	1	2	3	4	5	6
12.	Kilo vermek için güçlü bir arzunuz oldu?	0	1	2	3	4	5	6

	Son dört hafta içinde (28 gün)...	
13.	Son 28 gün içinde, kaç kere, başka insanların alışılmadık miktarda fazla (şartlara göre) olarak tanımlayacakları biçimde yemek yediniz?
14.	Bu süre içinde kaç kere yemek yemenizle ilgili kontrolü kaybetme hissine kapıldınız (yediğiniz sırada) ?
15.	Son 28 günün kaç GÜNÜNDE aşırı yemek yeme nöbetleri ortaya çıktı (örn. Alışılmadık miktarda fazla yemek yediğiniz ve o sırada kontrolü kaybettiğiniz duygusunu yaşadınız)?
16.	Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç <u>kere</u> kendinizi kusturdunuz?
17.	Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç <u>kere</u> müshil (bağırsak çalıştırıcı) kullandınız?

18.	Son 28 gün içinde, kaç kere gizlice (örn. Saklanarak) yemek yediniz? (Tıkınırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	Hiçbir- inde	1 -5 Gün	6 -12 gün	13 -15 gün	16 -22 Gün	23-27 gün	Her- gün
		0	1	2	3	4	5	6

19.	Yemek yediğiniz zaman bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilediği için ne oranda kendinizi suçlu hissettiniz (hata yaptığınızı hissettiniz)? (Tıkınırcasına yemek yeme durumlarını saymayınız.)	Hiçbir zaman	Nadiren	Yarıdan az	Yarı yarıya	Yarıdan fazla	Çoğu zaman	Her zaman
		0	1	2	3	4	5	6
20.	Son 28 gün içinde, başkalarının sizi yemek yerken görmesiyle ilgili ne kadar endişelendiniz? (Tıkınırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	Hiç	Biraz		Orta		Önemli ölçüde	
		0	1	2	3	4	5	6
21.	<u>Kilonuz</u> , kişi olarak kendiniz hakkında düşüncenizi ve yargınızı etkiledi mi?	0	1	2	3	4	5	6
22.	<u>Bedeninizin şekli</u> , kendiniz hakkındaki düşüncenizi (yargınızı) etkiledi mi?	0	1	2	3	4	5	6
23.	Önümüzdeki dört hafta boyunca, haftada 1 kez tartılmanız istense (ne daha sık ne daha seyrek), bu	0	1	2	3	4	5	6

	<u>sizi ne kadar üzerdi</u> <u>?</u>							
24.	<u>Kilonuzdan</u> ne derece memnun değilsiniz?	0	1	2	3	4	5	6
25.	<u>Bedeninizin</u> <u>şeklinden</u> ne derece memnun değilsiniz?	0	1	2	3	4	5	6
26.	Bedeninizi görmekten ne kadar rahatsız oluyorsunuz (örn. Aynada, mağazanın camında, soyunurken, banyo ya da duş yaparken)?	0	1	2	3	4	5	6
27.	<u>Başkalarının</u> bedeninizin şeklini görme-sinden ne derece rahatsız oluyorsunuz? (örn. Soyunma odalarında, yüzerken ya da dar elbiseler giyerken)	0	1	2	3	4	5	6
28.	<u>Kilonuz</u> , kişi olarak kendiniz hakkında düşüncenizi ve yargınızı etkiledi mi?	0	1	2	3	4	5	6

EK 7

YEME TUTUM TESTİ

A. Bölümü: Aşağıda yer alan her bir ifade için size uygun gelen bir şıkkı işaretleyiniz.	Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1. Şişmanlamaktan ödüm kopar.						
2. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.						
3. Kendimi sürekli yemek düşünürken bulurum.						
4. Yemek yemeyi durduramadığımı hissettiğim zamanlar olur.						
5. Yiyeceğimi küçük parçalara bölerim.						
6. Yediğim yiyeceklerin kalorisini bilirim.						
7. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
8. Başkaları, benim daha fazla yememi tercih ediyorlar gibi gelir.						
9. Yemek yedikten sonra kusarım.						
10. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						

11. Zayıf olma arzusu zihnimi meşgul eder.						
12. Egzersiz yaptığımda, harcadığım kalorileri düşünürüm.						
13. Başkaları çok zayıf olduğumu düşündür.						
14. Vücudumda yağ birikeceği (şişmanlayacağım) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
15. Yemeklerimi yemek, başkalarınınkinden daha uzun sürer.						
16. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
17. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.						
18. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.						
19. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.						
20. Yemek yeme konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim.						
21. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok fazla zamanımı alır.						

22. Tatlı yedikten sonra rahatsız hissedirim.						
23. Diyet yaparım.						
24. Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
25. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						
26. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						
Geçtiğimiz 6 ayda;						
	Hiçbir zaman	Ayda bir ya da daha az	Ayda 2-3 kez	Haftada bir kez	Haftada 2-6 kez	Günde bir ya da daha çok kez
27.	Durduramayacağını zı hissettiğiniz tıknırcasına yeme ataklarınız oldu mu?*					
28.	Kilonuzu ve beden şeklinizi kontrol etmek için kendinizi kusturdunuz mu?					
29.	Kilonuzu ve beden şeklinizi kontrol etmek için laksatif (barsak söktürücü), diyet hapları veya idrar söktürücü kullandınız mı?					
30.	Kilo vermek ya da kilonuzu kontrol etmek için bir					

	günde 60 dakikadan fazla egzersiz yaptınız mı?						
--	--	--	--	--	--	--	--



EK 8

HASTA SAĞLIK ANKETİ

(0) Hiç rahatsız olmadım (1) Biraz rahatsız oldum (2) Çok rahatsız oldum

	0	1	2
1. Karın ağrısı			
2. Sırt ağrısı			
3. Kollarda, bacaklarda ve eklemlerde (diz, kalça vs.) ağrı			
4. Yorgunluk ve enerji azlığı			
5. Uykuya dalmada ve sürdürmede zorluk veya çok fazla uyuma			
6. Adet (aybaşı) sancısı veya adetlerinizle ilgili başka problemler			
7. Cinsel ilişki sırasında ağrı ya da cinsel başka problemler			
8. Baş ağrısı			
9. Göğüs ağrısı			
10. Baş dönmesi			
11. Fenalık hissi			
12. Kalbinizin hızla çarptığını hissetme			
13. Nefes darlığı			
14. Kabızlık, yumuşak dışkı ya da ishal			
15. Bulantı, şişkinlik veya hazımsızlık			

(0) Hiçbir zaman (1) Sadece birkaç gün (2) Günün yarısından fazla (3) Hemen hemen her gün

	0	1	2	3
16. Sinirli, kaygılı ya da sabırsız hissetme				

17. Endişelenmeyi kontrol altına alamama ya da durduramama				
18. Değişik şeyler hakkında çok fazla endişelenme				
19. Gevşemede zorlanma				
20. Hareketsiz oturmada zorlanacak kadar çok huzursuz olma				
21. Keyfin çabuk kaçması ve çabuk kırılma (alıngan olma)				
22. Sanki kötü bir şey olacak gibi korku hissetme				

	Evet	Hayır
23. Son 4 hafta içinde kaygı-endişe atağınız (birden korkma ya da panikleme) oldu mu?		
24. Daha önce de oldu mu?		
25. Bu ataklardan bazıları <i>birdenbire ansızın</i> (rahatsız ya da sinirli olmayı ummadığınız durumlarda) mı gelir?		
26. Bu ataklar sizi çok mu rahatsız eder ya da başka bir atağın gelmesinden endişelenir misiniz?		
27. Son ciddi kaygı atak esnasında, nefes darlığı, terleme veya kalp çarpıntısı şikayetleriniz oldu mu?		

(0) Hiçbir zaman (1) Sadece birkaç gün (2) Günün yarısından fazla (3) Hemen hemen her gün

	0	1	2	3
28. Bir şey yapmaktan az zevk alma ve ilgide azalma				
29. Çökkün, düşkün ya da umutsuz hissetme				
30. Uykuya dalmada ve sürdürmede zorluk veya çok fazla uyuma				

31. Yorgun hissetme veya az enerjiye sahip olma				
32. İştahsızlık veya aşırı yeme				
33. Kendini kötü hissetme-bir hata yaptığını veya ailesini üzdüğünü sanma				
34. Televizyon izlemede veya gazete okumada yoğunlaşamama				
35. Dışardan fark edilir biçimde konuşma ve hareketlerde yavaşlama, ya da tam tersi huzursuzluk nedeniyle kendi etrafında sürekli dolanma				
36. Ölsem daha iyi olur düşünceleri veya kendine zarar verme düşünceleri olma				

37. Bu ankette sorunlardan herhangi birini işaretlediyseniz, bu sorunlar işinizi yapmada, evle ilgilenmenizde veya insanlarla geçinmenizde ne kadar zorluk çıkardı?

() Hiç zorluk çıkarmadı () Biraz zorluk çıkardı () Çok zorluk çıkardı () Aşırı derecede zorlandım

EK 9

KISA FORM-36 SAĞLIK TARAMASI

1. Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz? (birinin etrafına daire çizin)

1. Mükemmel 2. Çok iyi 3. İyi 4. Fena değil 5. Kötü

2. Geçen seneyle karşılaştırıldığında şimdi sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

1. Bir yıl önceye göre daha iyi 2. Bir yıl önceye göre çok daha iyi 3. Hemen hemen aynı

4. Bir yıl önceye göre daha kötü 5. Bir yıl önceye göre çok daha kötü

3. Aşağıdakiler normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir. Şu sıralarda sağlığınız sizi bu faaliyetler bakımından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar? (her satırda bir sayının etrafına daire çizin)

FAALİYETLER	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren faaliyetler, örneğin ağır eşyalar kaldırmak, futbol gibi sporlarla uğraşmak	1	2	3
b. Orta zorlukta faaliyetler, örneğin masa kaldırmak, süpürmek, yürüyüş gibi hafif spor yapmak	1	2	3
c. Çarşı-Pazar torbalarını taşımak	1	2	3
d. Birkaç kat merdiven çıkmak	1	2	3
e. Bir kat merdiven çıkmak	1	2	3
f. Eğilmek, diz çökmek, yerden bir şey almak	1	2	3
g. Bir kilometreden fazla yürümek	1	2	3
h. Birkaç yüz metre yürümek	1	2	3
i. Yüz metre yürümek	1	2	3
j. Yıkanmak ya da giyinmek	1	2	3

4. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerimizde bedensel sağlığınız nedeniyle aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı? (her satırda

bir sayının etrafına daire çizin)

	EVET	HAYIR
a. İş ya da iş dışı uğraşılara verdiğiniz zamanı kıstak zorunda kalmak	1	2
b. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi.....)	1	2
c. Yapabildiğiniz iş türünde ya da diğer faaliyetlerde kısıtlanmak	1	2
d. İş ya da diğer uğraşları yapmakta zorlanmak	1	2

5. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde duygusal problemlerinizi nedeniyle (üzüntülü yada kaygılı olmak gibi) aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı? (her satırda bir sayının etrafına daire çizin)

	EVET	HAYIR
a. İş ya da iş dışı uğraşılara verdiğiniz zamanı kıstak zorunda kalmak	1	2
b. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi.....)	1	2
c. İş ya da diğer uğraşları her zamanki gibi dikkatlice yapamamak	1	2

6. Son bir ay (4 hafta) içerisinde bedensel sağlığınız ya da duygusal problemlerinizi aileniz, arkadaşlarınız, komşularınızla yada diğer gruplarla normal olarak yaptığınız sosyal faaliyetlere ne ölçüde engel oldu? (birinin etrafına daire çizin)

1. Hiç 2. Biraz 3. Orta derecede 4. Epeyce 5. Çok fazla

7. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde ne kadar bedensel ağrılarınız oldu?

1. Hiç 2. Çok hafif 3. Hafif 4. Orta hafiflikte 5. Aşırı derecede 6. Çok aşırı derecede

8. Son bir ay (4 hafta) içerisinde ağrı normal işinize (ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu?

1. Hiç 2. Biraz 3. Orta derecede 4. Epeyce 5. Çok fazla

9. Aşağıdaki sorular geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin

sizin için nasıl gittiğiyle ilgilidir.Lütfen, her soru için nasıl hissettiğinize en yakın olan cevabı

verin. Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarı:

	Her zaman	Çoğu zaman	Epeyce	Arada sırada	Çok ender	Hiçbir zaman
Kendinizi hayat dolu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
Çok sinirli bir kişi olduğunuz?	1	2	3	4	5	6
Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu?	1	2	3	4	5	6
Sakin ve huzurlu hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
Çok enerjiniz oldu?	1	2	3	4	5	6
Mutsuz ve kederli oldunuz?	1	2	3	4	5	6
Kendinizi bitkin hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
Mutlu ve sevinçli oldunuz?	1	2	3	4	5	6
Yorgun hissettiniz?	1	2	3	4	5	6

10. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde bu sürenin ne kadarında bedensel sağlığınız ya da

duygusal problemleriniz sosyal faaliyetlerinize (arkadaş, akraba ziyareti gibi) engel oldu?

1. Her zaman 2. Çoğu zaman 3. Bazen 4. Çok ender 5. Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar DOĞRU ya da YANLIŞ ?

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çok kere yanlış	Kesinlikle yanlış
Başkalarından biraz daha kolay hastalandığımı düşünüyorum					
Ben de tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım					

Sağlığımın kötü gideceğini sanıyorum					
Sağlığım mükemmeldir					



EK 10

DİYET ÖZYETERLİLİK İNANÇLARI ÖLÇEĞİ

1. Evdekileri diyet programıma uygun alışveriş yapmaları için ikna edebilirim.
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
2. Evdekileri de diyet yapmaya yönlendirebilirim.
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
3. Diyete uygun yemeği kendim pişirebilirim.
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
4. Gün içerisinde diyetimi bozacak yiyeceklerden kaçınabilirim.
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
5. Eve diyet dışı yiyeceklerin alınmasını önleyebilirim.
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
6. Bana ikram edilen yiyecekleri diyetimi bozacaksa kabul etmeyebilirim.
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
7. Evdekiler geç saatte yeseler dahi ben yemeyeceğim diyebilirim.
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
8. Yemek saatlerini diyet programıma uyacak şekilde düzenleyebilirim.
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
9. Gece geç saatlerde yemek yemeyi engelleyebilirim.
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
10. Evin dışındaki ortamlarda da diyetimi devam ettirebilirim.
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
11. Kendi diyet programım dışındaki yiyecekleri başkası için pişirsem dahi yemeden durabilirim.
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
12. Diyet sırasında kendi başıma tartılmak yerine yalnızca diyetisyen kontrolünde tartılmayı bekleyebilirim.
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
13. Diyetle ilgili doktor randevularıma düzenli gidebilirim.
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
14. Doğum günü, yılbaşı, arkadaş toplantısı gibi özel gün ya da özel kutlamalarda kendi diyet yemeğimi de yanımda getirebilirim.
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
15. Diyetimi bozacak restoranlardan canım çok çekse de uzak durabilirim.
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
16. Diyetisyenimle, diyet programıma dair aklıma takılan her konuyu konuşabilirim.
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

17. Diyetimi bozsam dahi bunu diyetisyenimle konuşabilirim.
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
18. Arkadaşlarımın gideceği mekânda bana uygun bir menü olmasa dahi o mekâna gidip yemekler konusunda kendimi kontrol edebilirim.
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
19. Mekâna gitmeden önce diyete uygun menüler var mı öğrenip öyle gidebilirim.
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
20. Diyette iken her gün aynada nasıl görüldüğüme bakmadan durabilirim.
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
21. Yediğim yiyeceklerin kalorisini hesaplayabilir ve bu şekilde kalorisini yüksek yiyeceklerden uzak durmayı başarabilirim.
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
22. Diyetimi bozacak teklifler karşısında yeme isteğimi kontrol edebilirim.
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
23. Arkadaşlarımın gideceği mekânda bana uygun bir menü yoksa gitmekten vazgeçebilirim.
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
24. Komşumun getirdiği diyet programına uymayan bökrek, tatlı gibi yiyecekleri yemeden durabilirim.
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
25. Menüdeki diyete uymayan gıdaları yemeden durmayı başarabilirim.
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
26. Diyet sırasında beklenen sürede beklenen kiloyu vermemiş olsam dahi moralimi bozmadan diyetimi sürdürebilirim.
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
27. Başkalarından “kilo vermediğim”, “kilo aldığım”, “fiziksel olarak iyi görünmediğim” vb. şekilde yorumlar işitsem dahi diyet programımı yarıda bırakmadan tamamlayabilirim.
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
28. Diyete karar verdiğim anda hemen başlayabilirim.
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
29. Diyete bir ara veririm yeniden başlamakta zorluk yaşamam.
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
30. Diyeti sürdürmekte zorluk çekmem.
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
31. Evdekiler diyete uygun davranmasalar bile ben diyetimi sürdürebilirim.
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
32. Diyet sırasında gerekli olan tıbbi tahlilleri zamanında yaptırabilirim.
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

33. Uygulamakta olduğum diyet programı dilediğim sonucu vermese dahi diyetisyen kontrollerime gitmekten vazgeçmem.

1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

34. Diyetisyenim bende güven hissi uyandırmasa dahi verdiği diyet programına uyabilirim.

1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

35. Gideceğimiz restoranları ben seçebilirim.

1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

36. Diyetisyenimin bana uygun gördüğü diyet listesinde uymakta zorlanacağım herhangi bir durum varsa bunu diyetisyenimle konuşabilirim.

1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

37. Komşumun getirdiği ancak diyet programıma uymayan yiyecekleri geri çevirebilirim.

1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()