

**MERVE KURBAN**

**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İSTANBUL-2019**





T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS  
TEZİ

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN BEDEN ALGILARI, YEME  
TUTUMLARI VE BEDEN KİTLE İNDEKSİ (BKİ) DURUMLARI  
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

MERVE KURBAN

PROF.DR.HALİT ÇAM

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI  
BESLENME PROGRAMI

İSTANBUL-2019

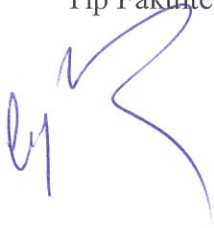
Bu çalışma 15.05.2019 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Beslenme Tezli Yüksek Lisans Programı  
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ



Prof. Dr. Halit ÇAM  
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp  
Fakültesi

Doç. Dr. Ayşe Çiğdem AKTUĞLU ZEYBEK  
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa  
Tıp Fakültesi



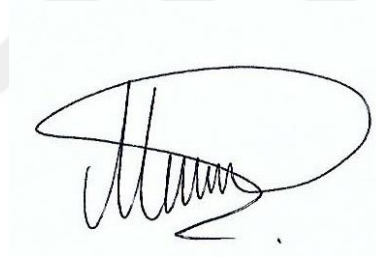
Dr.Öğr.Üyesi İkbal Süheyla ALTAY  
Aydın Üniversitesi-Sağlık Bilimleri  
Fakültesi



**BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Merve KURBAN



## İTHAF



Çok sevgili aileme...

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın tüm aşamalarında her türlü bilgi, destek ve emeğini benimle paylaşan değerli hocam ve tez danışmanım sayın Prof. Dr. Halit ÇAM'a,

Tezim süresince benden desteklerini esirgemeyen, mesafelere rağmen tüm sorularıyla ilgilenen kıymetli hocalarım Doç.Dr. Ayşe Çiğdem AKTUĞLU ZEYBEK'e ve Uzm.Dr.Ertuğrul KIYKIM'a,

Tezimin her türlü hazırlık aşamasında bana destek olan canım arkadaşlarım Dyt. Derya GÜNAYDIN, Dyt. Şeyma TOPUZ ve Dyt. Çınar ERGİNBAŞ'a,

Tez çalışmam süresince bana güç veren ve her zaman yanımda olan sevgili eşim Cem Yunus YAĞMUR'a

En büyük teşekkürüm ise hayatımın her döneminde hep yanımda olan, maddi ve manevi her türlü desteği veren sevgili aileme ama özellikle de canım annem Güner KURBAN'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Merve KURBAN

İstanbul-2019

**İÇİNDEKİLER**

|                                       |      |
|---------------------------------------|------|
| TEZ ONAYI .....                       | İİ   |
| BEYAN.....                            | İİİ  |
| İTHAF.....                            | İV   |
| TEŞEKKÜR.....                         | V    |
| İÇİNDEKİLER .....                     | VI   |
| TABLolar LİSTESİ.....                 | Vİİ  |
| ŞEKİLLER LİSTESİ.....                 | X    |
| SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ ..... | Xİ   |
| ÖZET .....                            | Xİİİ |
| ABSTRACT.....                         | XİV  |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ.....                 | 1    |
| 2.GENEL BİLGİLER.....                 | 3    |
| 3.GEREÇ VE YÖNTEM.....                | 36   |
| 4.BULGULAR.....                       | 38   |
| 5.TARTIŞMA .....                      | 66   |
| 6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....              | 73   |
| 7.KAYNAKLAR .....                     | 77   |
| FORMLAR .....                         | 86   |
| ETİK KURUL KARARI .....               | 92   |
| İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....       | 94   |
| ÖZGEÇMİŞ .....                        | 95   |

## TABLolar LİSTESİ

- Tablo 2-1: Erkekler İçin Standart Vücut Yağ Yüzdeleri (%)
- Tablo 2-2: Kadınlar İçin Standart Vücut Yağ Yüzdeleri (%)
- Tablo 2-3: Yetişkinlerde BKİ'ye göre zayıflık, fazla kiloluluk ve obezite sınıflandırması
- Tablo 2-4: Yaşa Göre İdeal BKİ Aralıkları
- Tablo 2-5: Obezite tanısı için kullanılan popülasyonlara özgü bel çevresi değerleri
- Tablo 2-6: Bel çevresi uzunluğuna göre standart sınıflandırma
- Tablo 2-7: Her iki cinsiyet için de bel/kalça oranı risk faktörleri
- Tablo 2-8: Diyetlerin enerji içerikleri, 2000-2011. (FAOSTAT 2011)
- Tablo 2-9: Türkiye'de Yıllara Göre Günlük Enerji Alım Düzeyleri (1992-2011)
- Tablo 2-10: Kilo alımı ile ilişkili hormonal faktörler
- Tablo 2-11: Obezitenin Neden Olduğu Sağlık Sorunları
- Tablo 2-12: Türkiye'de bireylerin BKİ'lerinin cinsiyete göre dağılımı, 2008, 2010, 2012, 2014 (%)
- Tablo 2-13: Fiziksel Aktivite ve Obezite Arasındaki İlişki
- Tablo 2-14: DSM-V Beslenme ve Yeme Bozuklukları Sınıflandırması
- Tablo 2-15: Pika Tanı Kriterleri
- Tablo 4-1: Bölgeler Dağılımı
- Tablo 4-2: Anne Eğitim Durumu
- Tablo 4-3: Anne meslek dağılımı
- Tablo 4-4: Baba Eğitim Dağılımı
- Tablo 4-5: Baba meslek dağılımı
- Tablo 4-6: Gelir Dağılımı
- Tablo 4-7: Beden Kitle İndeks Dağılımı
- Tablo 4-8: Betimsel İstatistikler
- Tablo 4-9: Bölüm ile BKİ ölçeği arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-10: Cinsiyet ile BKİ arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-11: Cinsiyet ile BKİ değerleri arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-12: Beden kitle indeksi ile bölgeler arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-13: Beden kitle indeksi ile yaşam yeri arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-14: Beden kitle indeksi ile anne eğitimi arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-15: Beden kitle indeksi ile anne meslek grupları arasındaki ilişki analizi



- Tablo 4-16: Beden kitle indeksi ile baba eğitimi arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-17: Beden kitle indeksi ile baba meslek grupları arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-18: Beden kitle indeksi ile gelir grupları arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-19: Beden kitle indeksi ile yaşam alanı arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-20: Beden kitle indeksi ile yeme tutum grupları arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-21: Beden kitle indeksi ile yeme tutum puanları arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-22: Beden kitle indeksi ile beden algısı ölçeği puanları arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-23: Bölüm ile beden kitle indeksi grupları arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-24: Cinsiyet ile yeme tutumu grupları arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-25: Cinsiyet ile yeme tutumu puanları ilişkisi analizi
- Tablo 4-26: Bölgeler ile yeme tutum grupları arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-27: Bölgeler ile yeme tutum puanları arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-28: Yaşam yeri ile yeme tutum grupları arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-29: Yaşam yeri ile yeme tutum ölçek puanları arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-30: Anne eğitimi ile yeme tutumu grupları arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-31: Anne eğitimi ile yeme tutumu puanları arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-32: Anne meslek grupları ile yeme tutumu grupları arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-33: Anne meslek grupları ile yeme tutumu puanları arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-34: Baba eğitimi ile yeme tutumu grupları arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-35: Baba eğitimi ile yeme tutumu puanları arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-36: Baba meslek ile yeme tutumu grupları arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-37: Baba meslek ile yeme tutumu puanları arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-38: Gelir grupları ile yeme tutumu grupları arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-39: Gelir grupları ile yeme tutumu puanları arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-40: Yaşam alanı ile yeme tutumu grupları arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-41: Yaşam alanı ile yeme tutumu puanları arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-42: Bölüm ile yeme tutum grupları arasındaki ilişki
- Tablo 4-43: Bölüm ile yeme tutum puanları arasındaki ilişki
- Tablo 4-44: Cinsiyet ile diyet ölçeği puanı arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-45: Diyet ölçek puanı ile beden kitle indeksi arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-46: Bölüm ile diyet ölçeği puanı arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-47: Cinsiyet ile vücut algısı ölçek puanları ilişkisi analizi
- Tablo 4-48: Bölgeler ile beden algısı ölçeği puanları arasındaki ilişki analizi

- Tablo 4-49: Yaşam yeri ile beden algısı ölçek puanları arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-50: Anne eğitimi ile beden algısı ölçek puanları arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-51: Anne meslek grupları ile beden algısı ölçeği arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-52: Baba eğitimi ile beden algısı ölçeği arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-53: Baba meslek grupları ile beden algısı ölçeği arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-54: Gelir grupları ile beden algısı ölçeği arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-55: Yaşam alanı ile beden algısı ölçeği arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-56: Yeme tutumu grupları ile beden algısı ölçeği puanları arasındaki ilişki analizi
- Tablo 4-57: Bölüm ile beden algısı ölçek puanları arasındaki ilişki analizi



## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Dünya Sağlık Örgütü Ülkelere Göre 2014 Yılı Obezite Prevelansı

Şekil 2-2: TURDEP-I'den TURDEP II'ye Yaş Grubuna Göre Kadınlarda Obezitenin Değişmesi

Şekil 2-3: TURDEP-I'den TURDEP II'ye Yaş Grubuna Göre Erkeklerde Obezitenin Değişmesi

Şekil 4-1: Cinsiyet Dağılımı

Şekil 4-2: Yaşam Yeri Dağılımı

Şekil 4-3: Yaşam Alanı Dağılımı

Şekil 4-4: Bölüm Dağılımı

**SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ**

|         |   |
|---------|---|
| ADA     | : Amerikan Diaybet Derneği                                |
| AN      | : Anoreksiya Nervoza                                      |
| AO      | : Aritmetik Ortalama                                      |
| BAÖ     | : Beden Algısı Ölçeği                                     |
| BÇ      | : Bel Çevresi   |
| BED     | : Binge Eating Disorder                                   |
| BİA     | : Biyoelektrik İmpedans Analizi                           |
| BKİ     | : Beden Kitle İndeksi                                     |
| BKO     | : Bel Kalça Oranı   |
| BN      | : Bulimiya Nervoza  |
| DE-XA   | : Dual Enerji x ışını absorpsiyometresi                   |
| DM      | : Diabetes Mellitus                                       |
| DSM     | : Diagnostic and Statistical Mental Disorders             |
| DSÖ     | : Dünya Sağlık Örgütü                                     |
| EAT-26  | : Eating Attitudes Test-26                                |
| EDNOS   | : Eating Disorder Not Otherwise Specified                 |
| FAOSTAT | : Food and Agriculture Organization of the United Nations |
| HDL     | : High Density Lipoprotein                                |
| HIV     | : Human Immunodeficiency Virus                            |
| HT      | : Hipertansiyon   |
| LDL     | : Low Density Lipoprotein                                 |
| OSFED   | : Other Specified Feeding or Eating Disorder              |
| RMR     | : Resting Metabolic Rate                                  |
| SS      | : Standart Sapma  |

- TURDEP** : Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması
- TYB** : Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
- VLDL** : Very Low Density Lipoprotein
- WHO** : World Health Organization
- YB** : Yeme Bozukluğu
- YTÖ** : Yeme Tutum Ölçeği
- YTT** : Yeme Tutum Testi



## ÖZET

Kurban M. Üniversite Öğrencilerinin Beden Algıları, Yeme Tutumları ve Beden Kitle İndeksi (BKİ) Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. 2019.

Toplumda beslenme alışkanlıklarındaki bozulmaların artmasıyla beraber obeziteden yeme bozukluklarına kadar geniş yelpazede sorunlar ortaya çıkmaya başlamıştır. Bunların yanı sıra görsel medyanın kişilerin beden algılarını etkilemesi de bu sorunların oluşmasında etkili olmuştur.

Bu araştırmanın amacı katılımcıların yeme tutumlarını, beden algılarını ve BKİ'lerini etkileyen demografik faktörleri belirlemek ve birbirleriyle olan ilişkilerini incelemektir. Bu amaçla 400 üniversite öğrencisine soru formu, Yeme Tutum Testi ve Beden Algısı Ölçeği uygulanmıştır. Yeme Tutum Testi toplam puanın artması yeme tutumundaki kötüleşmeyi gösterirken, Beden Algısı Ölçeği puanının artması pozitif olarak değerlendirilir. Veriler SPSS v22.0 programıyla değerlendirilmiştir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin % 88'i kadın (n=352) % 12'si erkektir (n=47). Katılımcıların yaş ortalaması 20.82±1.91, BKİ ortalaması 21.85±3.14 olarak bulunmuştur. Cinsiyete göre BKİ değerleri karşılaştırıldığında erkeklerin BKİ değerlerinin kadınlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05). Yeme tutum puanları BKİ grupları ile karşılaştırıldığında en yüksek yeme tutum puanı obez olan kişilerde ve en düşük yeme tutum puanı ise BKİ'si normal olan bireylerde görülmüştür. Beslenme ve Diyetetik ve diğer bölüm öğrencilerinin yeme tutum testi puanları incelendiğinde Beslenme ve Diyetetik bölümü öğrencilerinin yeme tutumlarının anlamlı olarak daha iyi olduğu görülmüştür (p<0.05). Erkeklerin beden algısının kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05). Yeme tutum puanları ile beden algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p>0.05). BKİ ile beden algısı arasındaki ilişki incelendiğinde en yüksek beden algısı puanı zayıf olan grupta bulunurken, en düşük beden algısı obez grupta tespit edilmiştir.

Bu çalışmanın sonucunda; yeme tutumunun okunulan bölüm ve yaşam yeri ile, beden algısının cinsiyet, yaşam yeri, anne meslek grubu ve aile gelir durumu ile ilişkili olduğu sonuçları elde edilmiştir. BKİ'nin anormal yeme tutumu ve negatif beden algısı için ortak risk faktörü olduğu gözlemlenmiştir. Ancak kesin sonuçlar elde edilebilmesi için daha fazla erkek ve yaş gruplarında katılımcının yer aldığı benzer çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** beden algısı, yeme tutumu, beden kitle indeksi

## ABSTRACT

Kurban M. Evaluating Relationship between Body Image, Eating Attitude Test and Body Mass Index (BMI) in University Students. Istanbul University Institute of Health Sciences, Department of Pediatrics. Graduate Thesis. İstanbul 2019.

Very large spectrum of problems ranging from obesity to eating disorders have arisen in association with degeneration of eating habits within the society. Also, visual media interfering with the body images of the individuals had an impact on formation of such problems.

The aim of this study is to point out demographic factors influencing eating attitudes, body images and BMIs of the participants, and to evaluate interrelations between those factors. In order to do so, demographic information form, Eating Attitude Test and Body Image Perception Scale were applied to 400 university students. In Eating Attitude Test higher points show worse eating attitude, while higher points in Body Image Perception Scale are correlated with a more positive body image. Data was analysed via SPSS Statistics v22.0 program.

%88 (n=352) of subjects were women and %12 (n=47) were men, with their mean age being  $20.82 \pm 1.91$ . Mean BMI of all participants was found to be  $23.85 \pm 3.14$ . When compared for gender, mean BMI of male participants was significantly higher than that of the female participants ( $p < 0.05$ ). We compared Eating Attitude Test points with BMI groups and found that the obese group had the highest points on this scale, while normal BMI group had the lowest points. Also, while compared to other departments' students, students of the Department of Nutrition and Dietetics had better eating attitude ( $p < 0.05$ ). The relationship between eating attitude and body image was not significant in our study. When compared for BMI, thin individuals had the highest body image points, while obese group had the lowest points.

In this study we have found that, eating attitude is associated with the department of study and the area of living, and body image is associated with gender, area of living, maternal occupation group and family income. BMI appears to be the shared risk factor for negative body image and abnormal eating attitude. But the ascertain our findings studies with larger number of male subjects and on different age groups are needed.

**Keywords:** body image, eating attitude, body mass index

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Obezite Latince'de "obesus" sözcüğünden gelmektedir. Şişman kelimesinin karşılığı olarak kullanılan bu terim "iyi beslenmiş" anlamına gelmektedir (1).

İlk çağlarda şişman olmak gücün, kudretin, doğurganlığın ve bereketin sembolü olarak görülürken, sanayi ve teknolojinin gelişmesiyle fiziksel görünüşün iş gücünde önemi artmış ve toplumda kilolu, obez bireyler hantal, sorunlu, yavaş ve sağlıksız bireyler olarak algılanmaya başlanmıştır. Günümüzde ise obezite, neden olduğu hastalıklar ve neden olduğu toplumsal sorunlar sebebiyle kronik, ilerleyici önemli bir hastalık olarak kabul edilmektedir (2).

Tarihteki en eski hastalıklardan biri olan obezite günümüzde en yaygın hastalıklardan biri olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütünün 2016 yılı verilerine göre, dünyadaki 18 yaş ve üstü bireylerin %39'u, 5-18 yaş arası çocuk ve ergenlerin %18'i obezdir (3).

Erişkinlerde obezitenin tanımlanmasında en yaygın olarak kullanılan yöntem "Beden Kitle İndeksi (BKİ)" nin hesaplanmasıdır. BKİ uluslararası kabul gören pratik bir ölçüdür. Hesaplama bireyin mevcut kilosunun (kg), mevcut boyunun metre cinsinden karesine (m<sup>2</sup>) bölünmesi ile yapılmaktadır. BKİ 18.50-24.99 kg/m<sup>2</sup> aralığında ise normal kabul edilir. Bu aralığın altı zayıflık, üstü şişmanlık durumu olduğunu gösterir (4).

Obezitenin sebepleri incelendiğinde %30-70'i genetik faktörlerden etkilensede dengesiz enerji içeriğine sahip diyet uygulamaları, fiziksel aktivitenin yetersiz olduğu yaşam biçimi, çeşitli hastalıklara ve ilaç kullanımına bağlı kilo artışı ve çevreden gelen farklı etmenler obezitedeki bu artışa sebep olmaktadır (5).

Obezite, mortalite ve morbiditeye sebep olan birçok patolojik durumun oluşumunda etken olarak görülmektedir. En sık karşılaşılanlar: kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon (HT), inme, diyabet (DM), dislipidemi, kanser, osteoartrit olarak bildirilmektedir (6).

Beden algısı, kişinin aynada kendini nasıl gördüğü ile alakalı veya herhangi bir uzvuna yönelik kendi zihninde meydana gelen bir algı biçimidir. Beden algısının pozitif olması kişinin kendi fiziksel görünümüne karşı bir rahatsızlık duymaması ve sahip olduğu fiziksel durumdan memnuniyet duymasıdır. Beden algısının negatif olması ise kişinin bedenine karşı memnuniyetsizlik hissetmesi ve diğer insanların da aynı fikirde



olduğu hissine kapılmasıdır. Beden algısı olgusunu etkileyen, kişiye kendisinin nasıl görüldüğünü düşündüren pek çok faktör bulunmaktadır. Benlik algısı negatif olan bireylerde kendini değersiz ve özgüvensiz görme eğilimi fazladır. Tüm bu olumsuz sonuçlar yeme bozuklukları gibi problemlere davetiye çıkartmaktadır (7).

Ancak henüz netleştirilmemiş ve tartışmaya açık bir durum olarak obez bireylerde görülen negatif beden algısının ve düşük benlik saygısının sebep mi yoksa sonuç mu olduğu bilinmemektedir (8).

Bu araştırmada üniversite öğrencilerinde beden algısı, yeme tutumu ve BKİ arasındaki ilişki araştırılmıştır.



## 1. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Obezite Tanımı

Aşırı kilo ve obezite Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından vücutta sağlığı olumsuz etkileyebilecek derecede anormal veya aşırı yağ birikimi olarak tanımlanmaktadır (9). Anormal veya aşırı yağ birikimi için altta yatan temel sebep istenilmeyen pozitif enerji dengesi ve kilo kazanımıdır. Obez kişilerde sadece vücutta aşırı yağ depolanması değil, aynı zamanda bu yağın bölgesel olarak dağılımı da gözlenir (10).

Obezite fizyolojik, organik, sistemik, hormonal, metabolik, estetik, psikolojik ve sosyal sorunlara yol açabilen bir hastalık olarak da tanımlanabilmektedir (11).

### 2.2. Obezitenin Sınıflandırılması

1. Yağ dokusunun dağılımı ve anatomik özelliklerine göre:
  - a. Hiperselüler obezite: Yağ hücre sayısının artışı ile birlikte görülen obezitedir. Çocukluk çağında başlar. Nadiren erişkin dönemde de ortaya çıkabilir.
  - b. Hipertrofik obezite: Yağ hücrelerinin büyüklüğü ve lipit içeriğindeki artış ile birlikte seyreder. Erişkin dönemde ve gebelikte başlayan obezite türüdür.
  - c. Yağ dağılımına göre obezite:
    - i. Android tip obezite: Yağ dokusunun karın ve göğüste biriktiği obezite türüdür.
    - ii. Gynoid tip obezite: Yağ dokusunun kalça ve uylukta biriktiği obezite türüdür (12).
2. Obezitenin başlama yaşına göre:
  - a. Çocukluk yaş grubunda başlayan obezite
  - b. Yetişkin dönemde başlayan obezite (12).
3. Etiyolojiye göre:
  - a. Eksojen obezite
  - b. Metabolik ve hormonal bozukluklara bağlı gelişen sekonder obezite
  - c. Genetik sendromlar ile birlikte olan obezite (12).

### 2.3. Vücut Bileşiminin Değerlendirilmesi

İnsan vücudu yağsız doku ve vücut yağının birleşmesiyle oluşmuştur. Yağsız doku veya yağsız vücut kitlesi; kemikleri, kasları ve yağlı dokular dışındaki tüm dokuları kapsar. Yağlı doku derinin altında ve iç organların çevresinde bulunmaktadır. Vücutta taşınan yağlı doku miktarı ve yağlı dokunun depolandığı yer enerji dengesi tarafından etkilendiği kadar yaş, cinsiyet ve genetik faktörler tarafından da etkilenir. Yetişkin kadınların vücut yağ deposu yetişkin erkeklerinkinden fazladır, bu sebeple kadınların sağlıklı kabul edilen vücut yağ yüzdesi erkeklerinkinden yüksektir. Genç yetişkin kadınlar için sağlıklı kabul edilen yağ yüzdesi toplam kilonun %21'i ile % 32' si arasındadır. Genç yetişkin erkekler için ise bu oran %8 ile %19 arasında bulunmaktadır (13). Erkekler için standart vücut yağ yüzdeleri Tablo 2-1'de verilmiştir (14). Kadınlar için standart vücut yağ yüzdeleri ise Tablo 2-2'de verilmiştir (14).

**Tablo 2-1: Erkekler İçin Standart Vücut Yağ Yüzdeleri (%) (14)**

| Derece            | Yaş(Yıl) |       |       |       |       |
|-------------------|----------|-------|-------|-------|-------|
|                   | 20-29    | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60+   |
| <b>Çok Düşük</b>  | < 11     | <12   | <14   | <15   | <16   |
| <b>Düşük</b>      | 11-13    | 12-14 | 14-16 | 15-17 | 16-18 |
| <b>Normal</b>     | 14-20    | 15-21 | 17-23 | 18-24 | 19-25 |
| <b>Yüksek</b>     | 21-23    | 22-24 | 24-26 | 25-27 | 26-28 |
| <b>Çok yüksek</b> | >23      | >24   | >26   | >27   | >28   |

**Tablo 2-2: Kadınlar İçin Standart Vücut Yağ Yüzdeleri (%) (14)**

| Derece            | Yaş (Yıl) |       |       |       |       |
|-------------------|-----------|-------|-------|-------|-------|
|                   | 20-29     | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60+   |
| <b>Çok Düşük</b>  | < 16      | <17   | <18   | <19   | <20   |
| <b>Düşük</b>      | 16-19     | 17-20 | 18-21 | 19-22 | 20-23 |
| <b>Normal</b>     | 20-28     | 21-29 | 22-30 | 23-31 | 24-32 |
| <b>Yüksek</b>     | 29-31     | 30-32 | 31-33 | 32-33 | 33-35 |
| <b>Çok yüksek</b> | >31       | >32   | >33   | >34   | >35   |

## 2.4. Obezite Saptanması

Obezitenin tanınmasında ve belirlenmesinde pek çok yöntem olmasına rağmen, tanı koymak için basit bir gözlem genellikle yeterlidir. Bununla birlikte obeziteyi sınıflayabilmek ve obezitenin tipini belirlemek için en sık beden kitle indeksi (BKİ) ve bel çevresi ölçümü kullanılmaktadır (13).

### 2.4.1. Beden Kitle İndeksi

Dünya Sağlık Örgütü'nün Beden Kitle İndeksini (BKİ) esas alarak oluşturduğu obezite sınıflandırması obeziteyi belirlemek amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır (15). BKİ, bireyin vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (m) karesine ( $BKİ=kg/m^2$ ) bölünmesiyle elde edilen bir değerdir. BKİ boy uzunluğuna göre vücut ağırlığını değerlendiren bir göstergedir. Vücuttaki yağ dağılımı hakkında herhangi bir bilgi vermemektedir (16).

Erişkinlerde, BKİ'nin  $18.5 kg/m^2$  'den küçük olması zayıflık,  $18.50 -25.00 kg/m^2$  olması normal,  $25,00 -30,00 kg/m^2$  şişmanlık öncesi (pre-obez) olarak kabul edilir. BKİ'nin  $30.00 kg/m^2$  den büyük olması ise obezite göstergesidir.  $30,00 -34,99 kg/m^2$  aralığındaki BKİ 1.derece obezite olarak belirlenirken,  $35,00- 39,99 kg/m^2$  aralığındaki BKİ 2.derece obezite ,  $\geq 40,0 kg/m^2$  BKİ ise morbid obezite veya 3.derece obezite olarak adlandırılır (17). BKİ'ye göre yetişkinlerde zayıflık, fazla kiloluluk ve obezite sınıflandırması Tablo 2-3'de verilmiştir (15).

**Tablo 2-3: Yetişkinlerde BKİ'ye göre zayıflık, fazla kiloluluk ve obezite sınıflandırması**

| Sınıflandırma                           | BKİ (kg/ m <sup>2</sup> ) |                                  |
|---|---------------------------|----------------------------------|
|   | Temel kesişim noktaları*  | Geliştirilmiş kesişim noktaları* |
| <b>Zayıf (düşük ağırlıklı)</b>          | < 18,50                   | <18,50                           |
| Aşırı düzeyde zayıflık                  | <16,00                    | <16,00                           |
| Orta düzeyde zayıflık                   | 16,00-16,99               | 16,00-16,99                      |
| Hafif düzeyde zayıflık                  | 17,00-18,49               | 17,00-18,49                      |
| <b>Normal</b>                           | 18,50-24,99               | 18,50-22,99<br>23,00-24,99       |
| <b>Toplu,hafif şişman, fazla kilolu</b> | ≥25,00                    | ≥25,00                           |
| <b>Şişmanlık öncesi (Pre-obez)</b>      | 25,00-29,99               | 25,00-27,49<br>27,50-29,99       |
| <b>Şişman (Obez)</b>                    | ≥30,00                    | ≥30,00                           |
| <b>Obez I.Derece</b>                    | 30,00-34,99               | 30,00-32,99<br>32,50-34,99       |
| <b>Obez II.Derece</b>                   | 35,00-39,99               | 35,00-37,49<br>37,50-39,99       |
| <b>Obez III.Derece</b>                  | ≥40,00                    | ≥40,00                           |

\*Kesişim değerleri, BKİ ile Avrupalı toplumlardaki mortalite ve hastalık risk etmenlerinin ilişkisine dayanmaktadır. Etnik özelliklere bağlı olarak BKİ ile vücut yağ yüzdesi arasındaki ilişki farklılık göstermektedir. DSÖ, Asyalılar için sağlıklı BKİ değerini 23 kg/ m<sup>2</sup> olarak kabul etmekte, 23,00-24,99 kg/ m<sup>2</sup> arası BKİ düzeylerinde daha fazla kilo almamaları önerilmekte ve 25 kg/ m<sup>2</sup> 'nin üstü şişman olarak kabul edilmektedir (16).

BKİ, sıklıkla kullanılan oldukça pratik bir yöntemdir ancak sadece boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının değerlendirilmesinde kullanılabilir, vücutta yağ dağılımı hakkında bilgi vermemektedir (18).

Tüm yaş grupları için aynı BKİ aralığını ideal kabul etmek doğru değildir. Yaşlılarda sıklıkla görülen yeme bozuklukları ve malnütrisyon riski, olması gereken BKİ aralığının daha geniş tutulmasını ve 24-29 kg/ m<sup>2</sup> kabul edilmesine yol açmıştır. Sağlıklı genç erkeklere baktığımızda ise ideal BKİ'nin 22 olarak belirlendiği, kadınlarda ise bu rakamın 21 olarak kabul edildiği görülmektedir. Bireylerin yaş grubuna göre olması gereken ideal BKİ aralıkları Tablo 2-4'de verilmiştir (17).

**Tablo 2-4: Yaşa Göre İdeal BKİ Aralıkları (17)**

| YAŞ(YIL) | KABUL EDİLEBİLİR BKİ(kg/m <sup>2</sup> ) |
|----------|--|
| 19-24    | 19-24                                    |
| 25-34    | 20-25                                    |
| 35-44    | 21-26                                    |
| 45-54    | 22-27                                    |
| 55-64    | 23-28                                    |
| >65      | 24-29                                    |

#### 2.4.2. Bel Çevresi

Bel çevresi ölçümü karın bölgesinde biriken, visceral ve derialtı yağını, karın kaslarının tonusunu en iyi şekilde yansıtan yöntemdir (19).

WHO tarafından bel çevresi ölçümü için kosta alt kenarı ile spina iliaka arasındaki mesafenin ortasından yapılan ölçümü önermektedir (20).

Her toplumda obezite tanısı için kullanılan popülasyonlara özgü bel çevresi değerleri farklıdır ve Tablo 2-5'de gösterilmektedir (21). Bel çevresi uzunluğuna göre yapılan standart sınıflandırma da Tablo 2-6'da gösterilmiştir (19).

**Tablo 2-5: Obezite tanısı için kullanılan popülasyonlara özgü bel çevresi değerleri (21)**

| Toplum/etnik grup        | Bel çevresi (cm) |           |
|--------------------------|------------------|-----------|
|                          | Erkek            | Kadın     |
| <b>ABD</b>               | $\geq 102$       | $\geq 88$ |
| <b>Avrupa</b>            | $\geq 94$        | $\geq 80$ |
| <b>Güney Asya ve Çin</b> | $\geq 90$        | $\geq 80$ |
| <b>Japon</b>             | $\geq 85$        | $\geq 90$ |
| <b>Türk</b>              | $\geq 100$       | $\geq 90$ |

**Tablo 2-6: Bel çevresi uzunluğuna göre standart sınıflandırma**

|              | Normal<br>(cm) | Bel Çevresi Artmış<br>(cm) | Risk Bel Çevresi<br>(cm) | Yüksek risk<br>(cm) |
|--------------|----------------|----------------------------|--------------------------|---------------------|
| <b>Erkek</b> | < 94           | 94-101                     |                          | >102                |
| <b>Kadın</b> | <80            | 80-87                      |                          | >88                 |

Bel çevresinin erkeklerde 102 cm'i, kadınlarda ise 88 cm'i geçmesi durumunda, kişinin BKİ değerleri normal bile olsa sağlık problemleri açısından yüksek risk grubunda kabul edilirler (22).

Bel çevresi ölçümü kişilerin elma ve armut tipli olarak iki kategoriye ayrılmasını sağlar.

1- Android (elma) tip yağ dağılımı: Vücut yağlarının çoğunun karın ve göğüs bölgesinde dağılması ile oluşur. Obezite ile ilişkili hastalık riski yüksektir.

2- Jinoid (armut) tip yağ dağılımı: Vücut yağlarının çoğunun kalça ve alt bölgelerde toplanmasıyla oluşur.

Obez erkeklere bakıldığında daha çok elma tip, obez kadınlara bakıldığında ise daha çok armut tip yağ dağılımına sahip olduğu gözlenmektedir (22).

### 2.4.3. Bel/ Kalça Oranı

Obez hastalarda yağın abdominal bölgede ve iç organlarda toplanması sağlık açısından büyük risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Bu tip yağlanma Tip 2 diyabet, hipertansiyon, dislipidemi, coroner arter hastalığı ve insulin direnci ile ilişkili bulunmuştur. Bu nedenlerle bel/kalça oranındaki düşüş bu hastalık risklerinin azalmasına olanak sağlamaktadır. Yağın daha aşağılarda yani kalça bölgesinde toplanması ise bu hastalıklar için düşük risk faktörüdür (23).

Kadınlarda bel kalça oranının  $< 0.8$ 'i, erkeklerde ise  $< 0.95$ 'i olması tavsiye edilmektedir (23).

Erkekler ve kadınlar için bel/kalça oranı ve risk faktörleri arasındaki ilişki Tablo 2-7'de verilmiştir (23).

**Tablo 2-7: Her iki cinsiyet için de bel/kalça oranı risk faktörleri**

| Risk faktörü            | Bel/Kalça Oranı (cm) |           |
|-------------------------|----------------------|-----------|
|                         | Erkek                | Kadın     |
| İdeal                   | 0,8                  | 0,7       |
| Potansiyel risk faktörü | $<0,95$              | $<0,8$    |
| Risk faktörü            | 0,96-0,99            | 0,81-0,84 |
| Yüksek risk faktörü     | $>1,0$               | $>0,85$   |

### 2.4.4. Vücut Analiz Yöntemleri

Obezitenin tanılanmasında pek çok vücut analiz yöntemi kullanılmaktadır. Bunlardan bazıları;

1-Antropometrik yöntemler: Bel çevresi, bel/ kalça oranı, deri kıvrım kalınlığı, boy ve kilo ölçümleridir (24).

2-Laboratuvar yöntemler: Vücut yoğunluğu ve hacmi (su altı ölçümü), izotop ve kimyasal dilüsyon yöntemi (vücut suyu, vücut potasyumu), biyoelektrik impedans analizi (BİA), iletkenlik (total vücut elektriksel geçirgenlik) ve görüntüleme yöntemleri (24).

3-Görüntüleme yöntemleri: Ultra-sonografi (USG), Bilgisayarlı tomografi (CT), Manyetik rezonans (MRI), Dual enerji x- ışını absorpsiyometresi (DE-XA) ve tüm vücut nötron aktivasyon analizidir (25).



Bu teknik ve yöntemlerden antropometrik ölçüm yöntemleri ve biyoelektrik impedans analizi yöntemi ucuz olduklarından dolayı epidemiyolojik ve klinik çalışmalarda sıklıkla başvurulan ancak güvenilirliği diğer yöntemlere göre daha az olan teknik ve yöntemlerdir. Buna karşılık manyetik rezonans, total vücut suyu ölçümü, bilgisayarlı tomografi yöntemleri daha güvenilir ve kesin sonuç vermesine rağmen pahalı ve zaman alıcı olduklarından epidemiyolojik ve klinik çalışmalarda kullanılmamaktadır (26).

## **2.5. Obezitenin Nedenleri**

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Genel Müdürlüğü yaptığı çalışmalarda obezitenin oluşumunu etkileyen faktörlerin içerisinde; yaş, cinsiyet, biyolojik faktörlerle birlikte eğitim düzeyi, beslenme alışkanlıkları, medeni durumu gibi çevresel etmenlerin yanı sıra fiziksel aktivite azlığı, sigara veya alkol tüketimi ve sağlıksız ve aşırı beslenme gibi yaşam biçimlerine bağlı faktörler de yer almaktadır. Bunlar arasında obeziteye en fazla ortam hazırlayanlar; sağlıksız ve aşırı beslenme ile fiziksel aktivite eksikliğidir. Tüm bunların yanı sıra nörolojik, fizyolojik, genetik, çevresel, kültürel ve psikolojik etmenlerinde obeziteye yol açtığı söylenebilmektedir. Küreselleşme ile birlikte Türkiye’de ve dünyada henüz çocukluk çağındaki bireylerde bile artış gösteren obezite probleminin oluşumunun yalnızca genetik faktörlerle açıklanamadığı ve bahsi geçen diğer faktörlerin de en az genetik özellikler kadar obezite oluşumunda etkili olduğu saptanmaktadır (27).

### **2.5.1. Kalıtım ve Nutrigenomik**

Genetik olarak belirlenen pek çok hormon ve nöral faktör, kilo kontrolünü sağlamada etkilidir. Beslenme ve tokluğu belirleyen kısa ve uzun dönem sinyaller de bunlardan bazılarıdır. Bunların dışı vurumunda veya etkileşiminde meydana gelen aksaklıklar önemli ölçüde kilo alımına sebep olabilmektedir.

Yağ hücrelerinin sayısı ve büyüklüğü, vücut yağının bölgesel dağılımı, dinlenme metabolizma hızı (RMR) da genler tarafından etkilenir. İkiz çalışmaları da göstermiştir ki obeziteye yatkınlık %50-70 oranında genler tarafından belirlenmektedir (28).

### 2.5.2. Enerji Dengesizliği

Enerji dengesi alınan ve harcanan enerjinin birbirine eşit olmasıdır. Enerji dengesizliği, aşırı kiloluluk ve obezitenin en sık karşılaşılan sebebidir. Enerji dengesi alınan ve harcanan enerjinin birbirine eşit olması halidir. ‘‘Alınan enerji’’ yiyecek ve içecek yardımıyla alınan kalori miktarıdır. Harcanan enerji ise vücudun bazal metabolizma ve fiziksel aktivitede bulunmak için harcadığı enerji miktarıdır.

Sağlıklı kiloyu sürdürebilmek için alınan ve harcanan enerjinin her gün aynı olması gerekmektedir. Bu dengenin çoğu zamanda var olması sağlıklı kilonun sürdürülebilmesini sağlar (29).

|  |   |                                     |
|--|---|-------------------------------------|
| Alınan ve harcanan enerjinin eşit miktarda olması                | = | Sabit kilo                          |
| Alınan enerjinin harcanan enerjiden genellikle daha fazla olması | = | Kilo alımı (pozitif enerji dengesi) |
| Harcanan enerjinin alınan enerjiden genellikle daha fazla olması | = | Kilo kaybı (negatif enerji dengesi) |

Tüm dünyada ve ülkemizde pozitif enerji dengesi giderek artış göstermektedir. Bu durum pek çok yan faktörle beraber obezitenin hızla yayılmasının temelinde yer alan faktörlerden biridir. Tablo 2-8’de Dünyada ve Türkiye’de yapılan günlük diyet tüketimlerinin 2000-2011 yılları arasındaki kalori değişimleri verilmiştir (30). Ülkemiz, Food and Agriculture Organization of the United Nations 2011 (FAOSTAT 2011) verilerine göre 2011 yılında dünyada günlük en çok enerji alan ülkeler sıralamasında 2. sırada bulunmaktadır (30).

Tablo 2-9’da da Türkiye’de yıllara göre günlük enerji alım düzeyleri verilmiştir (30).

**Tablo 2-8: Diyetlerin enerji içerikleri, 2000-2011. (FAOSTAT 2011) (30)**

| Ülkeler       | Bir kişinin enerji tüketimi (kcal/gün) |           |
|---------------|--|-----------|
|               | 2000 yılı                              | 2011 yılı |
| Avustralya    | 2999                                   | 3265      |
| Avusturya     | 3803                                   | 3784      |
| Belçika       | 3767                                   | 3793      |
| Kanada        | 3512                                   | 3419      |
| Danimarka     | 3313                                   | 3363      |
| Finlandiya    | 3151                                   | 3285      |
| Fransa        | 3605                                   | 3524      |
| Almanya       | 3336                                   | 3539      |
| Yunanistan    | 3601                                   | 3433      |
| Macaristan    | 3172                                   | 2968      |
| İzlanda       | 3152                                   | 3339      |
| İrlanda       | 3730                                   | 3591      |
| İtalya        | 3670                                   | 3539      |
| Japonya       | 2900                                   | 2719      |
| Güney kore    | 3092                                   | 3329      |
| Meksika       | 3037                                   | 3072      |
| Hollanda      | 3265                                   | 3147      |
| Yeni Zellanda | 3154                                   | 3170      |
| Norveç        | 3378                                   | 3484      |
| Polonya       | 3419                                   | 3485      |
| Portekiz      | 3543                                   | 3456      |
| Slovakya      | 2778                                   | 2902      |
| İspanya       | 3384                                   | 3183      |
| İsveç         | 3100                                   | 3160      |
| İsviçre       | 3441                                   | 3486      |
| Türkiye       | 3662                                   | 3680      |
| İngiltere     | 3363                                   | 3414      |
| Amerika       | 3755                                   | 3639      |

**Tablo 2-9: Türkiye’de Yıllara Göre Günlük Enerji Alım Düzeyleri (1992-2011)**

| Yıl  | Bir kişinin enerji tüketimi(kcal/gün) |
|------|---------------------------------------|
| 1992 | 3710                                  |
| 1993 | 3729                                  |
| 1994 | 3729                                  |
| 1995 | 3715                                  |
| 1996 | 3686                                  |
| 1997 | 3618                                  |
| 1998 | 3662                                  |
| 1999 | 3621                                  |
| 2000 | 3608                                  |
| 2001 | 3588                                  |
| 2002 | 3610                                  |
| 2003 | 3611                                  |
| 2004 | 3648                                  |
| 2005 | 3631                                  |
| 2006 | 3648                                  |
| 2007 | 3631                                  |
| 2008 | 3597                                  |
| 2009 | 3622                                  |
| 2010 | 3646                                  |
| 2011 | 3680                                  |

### 2.5.3. Hareketsiz Yaşam Tarzı

Dünya nüfusunun %60’ı yeterli fiziksel aktivitede bulunmamaktadır ve özellikle gelişmekte olan ülkelerdeki yetişkinlerin yaşamları daha hareketsiz olmaktadır (31). Ergenlerdeki fiziksel aktivite düzeylerinde de ciddi düşüşler yaşanmıştır (32). Buna sebep olarak fiziksel aktivite imkanlarının yetersiz olması (yürüyüş yollarının azlığı),

okullardaki fiziksel eğitimin azalması, oturarak yapılan aktivitelere daha çok zaman ayrılması (televizyon izlemek, internette gezinmek, video oyunları oynamak) gösterilmektedir (33). Geçtiğimiz yüzyılda teknolojinin gelişmiş olması sayısız avantajı beraberinde getirmiş ve çoğu işin daha verimli yapılmasını sağlamıştır. Ancak bu sürecin sonucunda harcanan kalori miktarında da düşüşler yaşanmıştır (televizyon uzaktan kumandası, otomatik garaj kapısı açıcı vb.) (34).

#### **2.5.4. Çevre**

Obezite genetik alt yapının yanı sıra çevresel faktörlerin de önemli rol oynadığı bir hastalıktır. Sosyal değişimler, ekonomik değişimler, şehirleşme ve stress gibi nedenler obezitenin oluşmasında etkilidir (35).

Geleneksel yaşam tarzına sahip toplumlar 21.yy batı kültürüne maruz kaldığında hızla kilo alımı ve diyabet gelişimi baş göstermektedir. (36).

#### **2.5.5. Diğer Faktörler**

Sigarayı bırakma (1-4 kg kilo alımı beklenir), hamilelik, ilaç kullanımı gibi durumlar obeziteye neden olan faktörlerdendir (37).

#### **2.5.6. İlaç kullanımının neden olduğu obezite**

Çeşitli hastalıkların tedavisinde kullanılan bazı ilaçlar yan etki olarak kilo alımına sebep olabilmektedirler. Antihistaminikler, antihipertansif ajanlar, HIV proteaz inhibitörleri, steroid hormonlar ve antidepresanlar bu grup ilaçlara örnek olarak verilebilir (20).

#### **2.5.7. Hormonal ve metabolik etmenler**

Sıklıkla obezitenin nedeni olarak suçlanan hormonal dengesizlikler aslında nadiren obezitenin altta yatan nedenleridir. Endokrin nedenler genellikle 5-10 kg civarında kilo alımına neden olmaktadır. Tablo 2-10'da kilo alımı ile ilişkili hormonal faktörler verilmiştir (37).

**Tablo 2-10: Kilo alımı ile ilişkili hormonal faktörler (37)**

| <b>Kilo alımı ile ilişkili hormonal faktörler</b> |
|---|
| Hipotiroidizm                                     |
| Akromegali  |
| Cushing sendromu                                  |
| Polikistik over sendromu                          |
| Hiperprolaktinemi                                 |
| İnsülin direnci                                   |

### **2.5.8. Yaş**

Obezite için yaş önem arz eden bir risk faktörüdür. Besin alımlarında herhangi bir artış olmasa dahi yaşlılıkla beraber bireylerin metabolizma hızlarının yavaşlaması kilo alımına sebep olmaktadır (38). Arslan ve Ceviz'in birlikte yapmış olduğu bir çalışmada kilo fazlalığının prevalansının hem erkeklerde hem kadınlarda yaş ile birlikte artmakta olduğu görülmüştür. Bireyin 40 yaşını geçmiş olması obezite başlangıcı için risk faktörü kabul edilmektedir. Yaş ile bel/kalça oranı arasında pozitif bir ilişki olduğu ve kadınların bel/kalça oranı ve bel çevresi risk sınırının yaş ile birlikte arttığı gözlemlenmiştir (39).

### **2.6. Obezitenin Neden Olduğu Sağlık Sorunları**

Obezite; bir yandan kalp problemleri, tip 2 diyabet, hipertansiyon, inme, bazı kanser türleri, dislipidemi, safra kesesi problemleri, uyku apnesi ve osteoartrit gibi hastalıklar ile tüm sebeplere bağlı ölüm oranında artışa neden olurken, öte yandan doğurganlıkta azalma, psikososyal problemler gibi komplikasyonlara da sebep olabilmektedir (40). Obezitenin neden olduğu sağlık sorunları Tablo 2-11'de özetlenmiştir (41).

**Tablo 2-11: Obezitenin Neden Olduğu Sağlık Sorunları (41)**

| Obezitenin Neden Olduğu Sağlık Sorunları |                               |  |
|--|-------------------------------|--|
| Fiziksel                                 | Psikososyal                   | Fonksiyonel                                    |
| Kanser                                   | Depresyon                     | İşe ve okula devamsızlık yapma                 |
| Kardiyovasküler hastalıklar              | Ayrımcılığa maruz kalma       | Kısıtlılık                                     |
| İnsülin direnci                          | Düşük öz-saygı                | Asker/İtfaiye/Polis departmanlarından red alma |
| Gut                                      | Negatif beden algısı          | Düşük fiziksel hareket kabiliyeti              |
| Adet düzensizliği                        | Negatif önyargıya maruz kalma | Akademik performansta düşüklük                 |
| Tip 2 diyabet                            | Sosyal tecrit                 | Verimlilikte düşüş                             |
| Uyku apnesi                              | Utanç                         | İşsizlik                                       |
| Ortopedik problemler                     | Alaylara maruz kalma          |  |
| Hiperlipidemi                            | Zorbalığa maruz kalma         |  |
| Safra kesesi hastalıkları                |                               |  |

### 2.6.1. Obezite ve Kanser

Obezitenin kardiyovasküler etkilerine kıyasla kanser ile olan ilişkisi, daha az dikkat çekmiştir. Oysa obezitenin erkeklerde özofagus, kolon, böbrek, tiroid, karaciğer ve prostat kanseri, kadınlarda endometrium, özofagus, böbrek, over, safra kesesi, postmenapozal meme, pankreas ve tiroid kanseri ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu nedenle obeziteyi önlemeye yönelik çabalar arttığı takdirde, kilo kontrolünün sağlanması ile kanser sıklığı da azalacağı düşünülmektedir (42).

### **2.6.2. Obezite ve Kardiyovasküler Hastalıklar**

Obezite, modern dünyada kardiyovasküler hastalık prevalansını arttıran temel etkenlerden biri aynı zamanda kardiyovasküler hastalıklardan ölüm oranını arttıran sebeplerden de bir tanesidir. Başka eşlik eden bir hastalık olmasa bile obeziteyle beraber kalp yapısı ve fonksiyonlarını etkileyen, vücutta aşırı yağ dokusu birikimi meydana gelir (43).

Bunun yanısıra obeziteyle beraber ortaya çıkan hipertansiyon, dislipidemi, diyabet gibi hastalıklar da kardiyovasküler hastalıkların oluşmasına yol açabilmektedir (44).

### **2.6.3. Obezite, Tip 2 Diyabet ve İnsülin Direnci**

İnsülin direnci, insüline bağlı olarak gerçekleşen glikozun hücreler tarafından alınması, oksidasyonu, depolanması ve glikoz salınımının inhibisyonu aşamalarında direnç görülmesi anlamındadır. İnsüline bağlı glikoz alımı, oksidasyon ve glikoz depolanmasının görüldüğü primer yer iskelet kasıdır. Glikozun primer olarak üretildiği organ ise karaciğerdir. İnsülin direnci hiperinsülinemiye ve pankreatik beta hücre harabiyeti başladıktan sonra Tip 2 DM'a yol açmaktadır.

Abdominal obezitede insülinin glikoz kullanımını ve depolanmasını uyarıcı etkileri ve kana yağ asidi salınımını inhibe edici etkisi azalmaktadır. Obeziteden bağımsız olarak artmış yağ asidi konsantrasyonu hem iskelet kasında hem de karaciğerde insülin rezistansına neden olmaktadır (46).

### **2.6.4. Obezite ve Dislipidemi**

Dislipidemi sıklıkla obezite ile birlikte seyreden bir sendromdur. Obezite ile bağlantılı dislipidemi; serum trigliserit, VLDL kolesterol ve LDL kolesterol düzeylerinde artış, HDL kolesterol düzeylerinde ise azalma ile karakterizedir. Lipid profilinde gözlenen bu değişiklikler kardiyovasküler hastalık riskinde de artışı beraberinde getirmektedir (47).

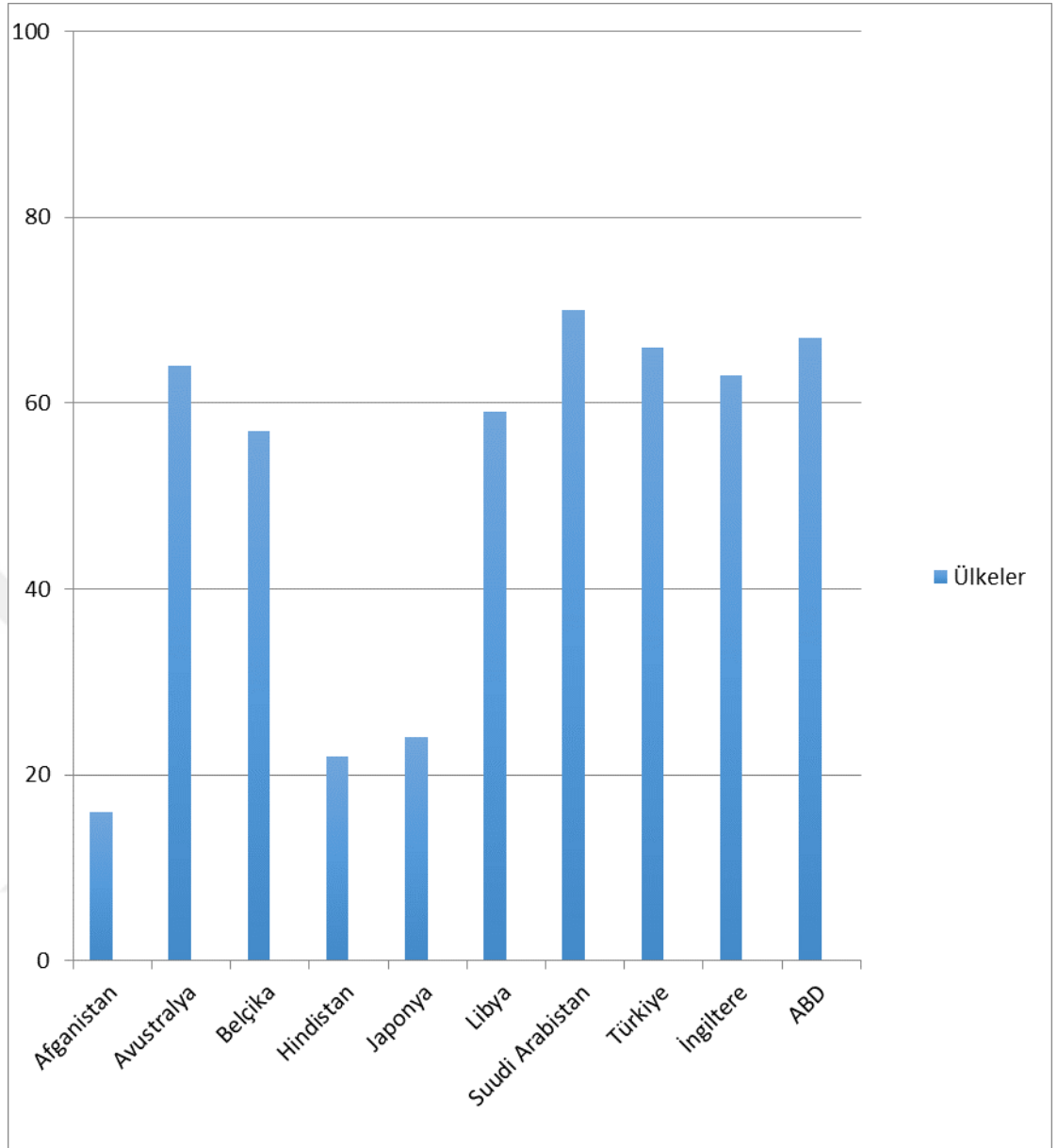


## 2.7. Obezite Prevelansı

Obezite, ileri yaşlardaki prevelansının daha yüksek olması sebebiyle, geçmişte sadece yetişkin hastalığı olarak görülmekteydi. Ancak obezitenin ocuk ve adölesanlardaki sıklığı tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de her geçen gün artmaktadır (48).

Dünya Sağlık rgt'nün (DSÖ) 2015 verilerine göre 2014 yılında, 18 yaş ve üstü erişkinlerden 1.9 milyarının  $BKİ \geq 25$ 'dir. 1.9 milyar hafif şişman yetişkinden 600 milyonu da obezdir. Aynı verilere göre, dünya yetişkin nüfusunun yaklaşık %13' obez olarak tespit edilmiştir. Buna karşılık 18 yaş ve üstü yetişkinlerin %39'u aşırı kilolu olarak kayıtlara geçmiştir (9).

Dünya nüfusu içindeki obezite prevelansı 1980'den 2014'e kadar iki kat artmıştır (9). Bu artışın aynı hızla devam etmesi durumunda, 2025 yılında 2.7 milyar yetişkinin aşırı kilolu, 1 milyarın üstünde yetişkinin obez ( $BKİ \geq 30 \text{ kg/ m}^2$ ) ve 177 milyonun üstünde yetişkinin ise ileri derece obez ( $BKİ \geq 35 \text{ kg/ m}^2$ ) olması beklenmektedir (49). şekil 2-1'de Dünya Sağlık rgt'nün ülkelere göre 2014 yılı obezite prevelansı verileri gösterilmiştir (50).



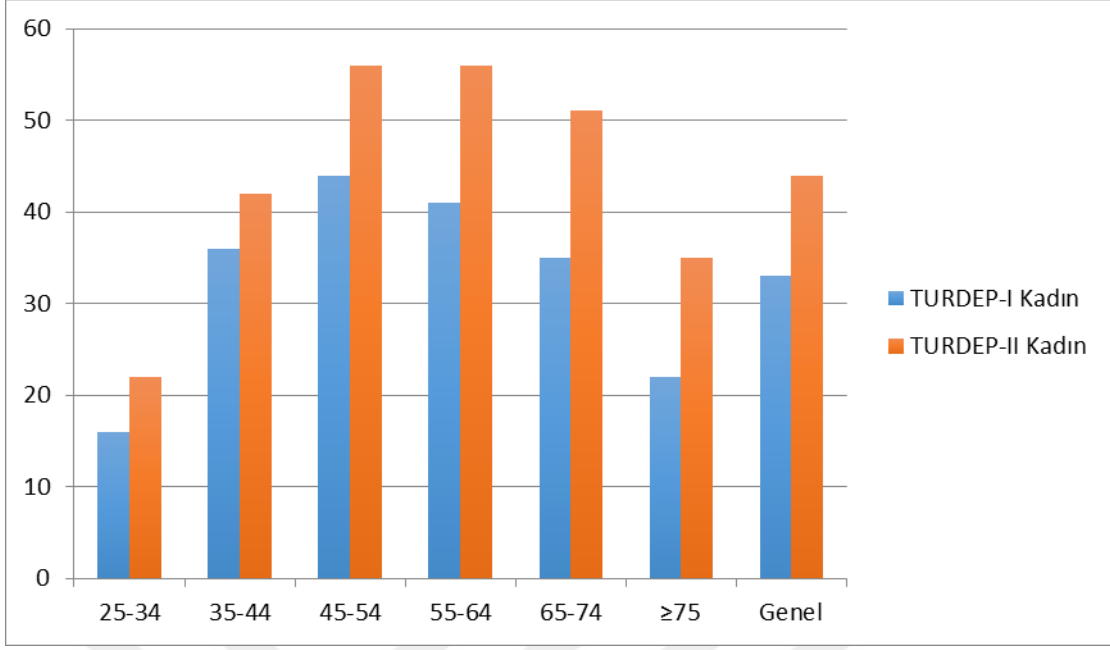
**Şekil 2-1: Dünya Sağlık Örgütü Ükelere Göre 2014 Yılı Obezite Prevelansı**

Türkiye’de de tüm dünyayla eşdeğer olarak obezite prevelansında hızlı bir artış başgöstermiştir. Obezite oranı 2008 yılında % 15,2 iken 2014 yılında % 31,1 artış göstermiş ve % 19,9’a ulaşmıştır. Artış oranı kadınlarda % 32,3 , erkeklerde ise % 24 olarak ölçülmüştür. Tablo 2-12’de Türkiye’de bireylerin BKİ’lerinin cinsiyete ve yıllara göre dağılımları verilmiştir (51).

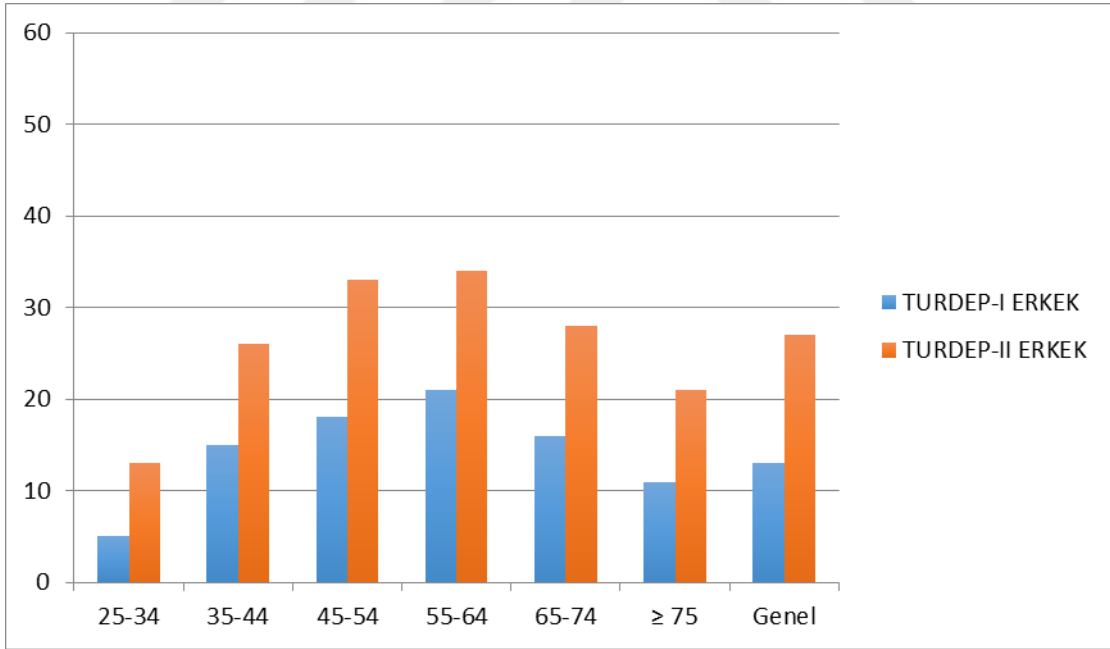
**Tablo 2-12: Türkiye’de bireylerin BKİ’lerinin cinsiyete göre dağılımı, 2008, 2010, 2012, 2014 (%) (51)**

| Yıl  | Cinsiyet | Toplam | Düşük kilolu | Normal kilolu | Fazla kilolu | Obez |
|------|----------|--------|--------------|---------------|--------------|------|
| 2008 | Toplam   | 100    | 4.2          | 48.2          | 32.4         | 15.2 |
|      | Erkek    | 100    | 2.7          | 48.1          | 36,9         | 12.3 |
|      | Kadın    | 100    | 5.9          | 48.2          | 27,4         | 18.5 |
| 2010 | Toplam   | 100    | 4,7          | 45,5          | 33,0         | 16,9 |
|      | Erkek    | 100    | 3,5          | 46,1          | 37,3         | 13,2 |
|      | Kadın    | 100    | 5,9          | 44,7          | 28,4         | 21,0 |
| 2012 | Toplam   | 100    | 3,9          | 44,2          | 34,8         | 17,2 |
|      | Kadın    | 100    | 2,7          | 44,7          | 39,0         | 13,7 |
|      | Erkek    | 100    | 5,1          | 43,6          | 30,4         | 20,9 |
| 2014 | Toplam   | 100    | 4,2          | 42,2          | 33,7         | 19,9 |
|      | Kadın    | 100    | 2,8          | 43,7          | 38,2         | 15,3 |
|      | Erkek    | 100    | 5,5          | 40,7          | 29,3         | 24,5 |

Ülkemizde 1998 ve 2010 yıllarında yapılan Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması I (TURDEP I) (1998) ve TURDEP II (2010) çalışmalarının sonucunda, Türkiye’de 12 yılda obezite artışı kadınlarda %34 ve erkeklerde %107 olarak belirlenmiştir. Çalışma sonuçları ayrıntılı olarak Şekil 2-2 ve Şekil 2-3’de gösterilmiştir (52).



**Şekil 2-2: TURDEP-I'den TURDEP II'ye Yaş Grubuna Göre Kadınlarda Obezitenin Değişmesi**



**Şekil 2-3: TURDEP-I'den TURDEP II'ye Yaş Grubuna Göre Erkeklerde Obezitenin Değişmesi**

## 2.8. Obezite Tedavisi

Obezitenin tedavisinde; her ülkenin kendine özgü kılavuzlar kullanılmaktadır. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği'nin yayınlamış olduğu kılavuza göre, BKİ düzeyine dayalı ve eşlik eden bir hastalığın varlığına göre tedavi şekilleri önerilmektedir.  $BKİ \geq 25 \text{ kg/ m}^2$  olan tüm hastalar için önerilen tedavi yaşam tarzı değişikliğidir. Bu değişiklik diyet tedavisi, fiziksel aktivite ve davranış terapisi tedavisinden oluşmaktadır. İlaç tedavisi, eşlik eden bir hastalık varsa ve  $BKİ \geq 27-29.9 \text{ kg/ m}^2$  ise, ya da eşlik eden herhangi bir hastalık yok ve  $BKİ \geq 30 \text{ kg/ m}^2$  ise önerilmektedir. Cerrahi ağırlık kaybı ise, eşlik eden bir hastalık varsa ve  $BKİ \geq 35 \text{ kg/ m}^2$  ya da eşlik eden herhangi bir hastalık olmaksızın  $BKİ \geq 40 \text{ kg/ m}^2$  olduğunda önerilmektedir (13).

### 2.8.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi

Enerji dengesinin sağlanması ancak düzenli ve sağlıklı bir beslenme programı uygulanması ile mümkündür. Obezite tedavisinde, enerji kaynağı olan besin öğelerinin çeşit ve oranları büyük önem taşımaktadır. Yapılan çalışmalar yüksek yağlı diyetler ile şişmanlık arasında pozitif bir ilişkinin olduğunu göstermiştir. Aynı şekilde yüksek karbonhidrat ve basit şeker içeren diyetlerin de, kullanılmayan enerjinin vücutta yağa dönüştürülmesi ve depolanması suretiyle obezite problemlerine yol açtığı gösterilmiştir. Öğün atlamak, ara öğünlerde yağlı ve karbonhidratlı besinler tüketmek, hızlı yemek, aşırı alkol tüketmek ve sağlıksız pişirme yöntemleri kullanmak obeziteye zemin hazırlayan temel etkenlerdir (52).

#### **Obezitede tıbbi beslenme tedavisinin amacı:**

- 1) Bireyin sağlıklı bir biçimde yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan besin öğelerini, yaş, cinsiyet, fiziksel aktivite durumu ve yaşam şekli göz önünde bulundurularak yeterli ve dengeli bir biçimde almasını sağlamak,
- 2) Yanlış beslenme alışkanlıklarını düzelterek doğru beslenme alışkanlıkları kazandırmak ve bunları kalıcı hale getirmek,

- 3) Vücut ağırlığı için bir hedef kilo belirlemek (ideal ağırlık veya ideal ağırlığın üstünde bir ağırlık da olabilir) ve bu kiloya ulaşmak,
- 4) Vücut ağırlığını hedeflenen düzeyde tutmak,
- 5) Çocukların normal büyüme gelişmesini engellemeden sürdürmektir (13).

### **Obezitede Tıbbi Beslenme Tedavisi İlkeleri:**

Obezitede tıbbi beslenme tedavisi muhakkak kişiye özel hazırlanmalıdır. Diyet tedavisinde amaç enerji açığı oluşturarak vücut yağ depolarında azalma sağlamaktır. Ancak bu yağ kaybı sağlanırken kas ve yaşamsal organlarda hücre kaybı olmamasına dikkat edilmeli, vitamin, mineral ve elektrolit kaybı önlenmelidir (54).

Obezite tedavisi uygulanan ve kilo veren kişilerin %95'inden fazlası yeniden kilo almaktadır. Bu yüzden hastalar için ulaşılabilir kilo hedefleri koyulmalıdır (3). Başlangıç hedefi olarak ayda % 5-10 kilo kaybı idealdir. Kilo kaybı için günlük alınan kalori miktarı azaltılmalıdır (55). Genelde 500-600 kkal/gün kalori kısıtlaması haftada 0.5 kg ve 6 ayda % 10 kadar bir zayıflama sağlayabilmektedir. Gün içerisinde alınan toplam enerji alımını kısıtlamak için bir çok obez öğün atlamaktadır. Ancak bu durum yarardan çok zarara sebebiyet verir. Çünkü yoğun bir şekilde bastırılan açlık dürtüsü daha sonrasında daha fazla gıda alımına sebep olmakta ve gıdaların termojenik etkileri de azalmaktadır (54).

Günlük enerjinin % 15'i proteinlerden, % 25-30'u yağlardan, % 55-60'ı karbonhidratlardan karşılanmalıdır. Şeker gibi basit karbonhidratlar olabildiğince azaltılmalı, nohut, mercimek, kuru fasulye gibi kuru baklagiller ile tam tahıl ürünleri bulgur vb. tüketimi arttırılmalıdır. Lif miktarı 25-30 gr/gün olmalıdır. Sebzeler, meyveler, kepekli un ve kepekli ürünler doğal posa kaynaklarıdır. Diyetle tuz alımı < 5 gr/gün olmalıdır. Günlük en az 2-3 litre sıvı tüketilmelidir. Şeker ilave edilmiş hazır meyve suları ve gazlı içeceklerden uzak durulmalıdır (13).

### **2.8.2. Davranış Değişikliği Terapisi**

Davranış değişikliği tedavisinde obeziteye sebep olan davranışların tespit edilmesi, davranışları kontrol eden etmenlerin düzenlenmesi ve yeni kazanılan davranışların güçlendirilmesi olmak üzere 3 temel bileşeni vardır (56).

Hatalı ve problemin kaynağını oluşturan davranışların öncelikli olarak tespit edilmesi gerekmektedir. Bu tespit hastanın gün içinde tükettiklerini not etmesi, yeme ve egzersiz tutumları, tüketilen besinlerin enerji, yağ ve karbonhidrat içeriklerinin belirlenmesi ile mümkün olmaktadır (57). Hatalı davranışların tespiti ile birlikte bu etmenlerin istenen davranışlarla yer değiştirmesi ve yeni kazanılmış istenen davranışların pekiştirilmesi gerekmektedir. Bu pekiştirme yeni kazanılan davranışların yaşam stili haline gelmesi ve bir ömür boyu sürdürülmesine olanak sağlayacaktır. Yapılan araştırmalar göstermiştir ki davranış değişikliği terapisinin en az 16 hafta, tedavi sonrası ağırlığın korunma sürecinin en az 1 yıl olması gerekmektedir.

Amerikan Aile Hekimleri Derneği'nin yayınlamış olduğu bir derlemede davranış değişikliği terapisinin uygulanan diyet programının bir parçası olarak kabul edilmesi ve uzman kişiler (doktor, diyetisyen, egzersiz uzmanı ve psikiyatrist) tarafından uygulanması gerektiği belirtilmiştir. Tedavinin başlangıcında davranış değişikliği terapi toplantılarının ilk 1 ayda haftada 3 kez yarım saatlik görüşmelerle başlamasının daha uygun olacağı belirlenmiştir. Sonraki zamanlarda iki haftada bir kez ve ardından ihtiyaç anlarında yapılan toplantılarla terapinin sürdürülebileceği söylenmiştir (58).

### 2.8.3. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite kilo verimi konusunda tek başına ancak sınırlı yarar sağlayabilir. Bunun nedeni obez kişilerin sürekli ve yüksek verimli (haftada 56 km yürüme = 0.45 kg/hafta kayıp) fiziksel aktivite yapacak zaman veya motivasyona sahip olmamasıdır (59).

Düzenli fiziksel aktivite hareket esnekliği sağlar, kas gücünü artırır, osteoporozu önler, insülin direncini azaltır, bel çevresini azaltır, zayıflamaya yardımcı olur, dislipidemiye olumlu etki eder, diyabet, hipertansiyon, aterosklerotik kalp damar hastalığı ve diğer birçok önemli hastalık riskini azaltır (13).

Fiziksel aktivite azlığı ve yanlış beslenme Amerika'da en sık rastlanan ikincil ölüm nedenidir (60).

Fiziksel aktivitenin artırılması her yaş grubu için önerilmektedir. Ancak her bireyin fiziksel aktivite düzeyi farklıdır.

Yürüme, koşma, sıçrama, yüzme, bisiklete binme, kol-bacak hareketleri ve baş-boyun hareketleri gibi temel vücut hareketlerinin tümünü ya da bir kısmını içeren çeşitli spor dalları, dans, egzersiz, oyun ve gün içindeki aktiviteler fiziksel aktivite olarak kabul edilmektedir (61). Obezite ve fiziksel aktivite arasındaki ilişki Tablo 2-13'de verilmiştir (61).

**Tablo 2-13: Fiziksel Aktivite ve Obezite Arasındaki İlişki (61)**

| Durum                  | Risk azaltma                 | Semptom azaltma   | Sonuç iyileştirme | Aktivite tipi |
|------------------------|------------------------------|-------------------|-------------------|---------------|
| <b>Obezite</b>         | ++                           | ++                | +++               | <b>E, A</b>   |
| + : düşük etki         | ++ : orta etki               | +++ : yüksek etki |                   |               |
| A: orta düzey aktivite | E : enerji harcanması önemli |                   |                   |               |

#### 2.8.4. Farmakolojik Tedavi

Obez hastalar kendilerini zorlamadan ve kısa sürede kilo verecekleri düşüncesi ile ilaç tedavisine eğilimlidirler (62). Obezite ilaç tedavisinden beklenen, alınan gıdanın azalması veya harcanan enerjinin artmasıdır. Böylece alınan ve harcanan enerji arasındaki farkın artırılarak zayıflamanın sağlanması hedeflenmektedir. Obezite tedavisinde ilaç tedavisi tıbbi beslenme tedavisi, fiziksel aktivitenin artırılması ve davranış değişikliği terapisinin yetersiz kaldığı durumlarda tercih edilmektedir. Tedavinin uygulanacağı kişinin BKİ'si 30 kg/m<sup>2</sup> üzerinde olmalı veya BKİ'si 27 kg /m<sup>2</sup> üzerinde olup diyabet, hipertansiyon, dislipidemi gibi hastalıklara sahip olmalıdır. İlaç tedavisinde dikkat edilmesi gereken ayrıntı ilaçların yan etkilerinin iyi bilinmesi ve diyeteye uyulanabilmesidir (63).

Günümüzde obezite tedavisinde kullanılan ilaçlar 3 ana grupta toplanmaktadır. Gıda alımını azaltanlar, metabolizmayı değiştirenler ve termojenezi arttıranlar (64).

#### **Obezitenin farmakolojik tedavisinde belirlenen hedefler şu şekildedir:**

- Obezitenin farmakolojik tedavisinde ilacın başarısı, kilo kaybı ve eşlik eden risk etmenlerinin azalmasıyla doğru orantılı olarak kabul edilmektedir. İlacın kullanılmaya başlandığı ilk ay 2 kg kayıp, 3-6 ay içerisinde ise başlangıç



kilosunun %5'inin verilmiş olması ve bu kilonun 1 yıl süreyle korunması tedavinin başarılı olduğunun göstergesidir.

- Farmakolojik tedavinin süresi kullanılan ilaçla yapılan çalışmaların süresine göre ayarlanmalıdır.
- İlaç tedavisinde maksimum etki sağlandığında kilo kaybı durmaktadır ve ilaç kesildikten sonra davranış değişikliği kazanılmamışsa tekrar kilo alımı görülebilmektedir (65).

### 2.8.5. Obezite ve Cerrahi Tedavisi

Bariatrik cerrahi veya diğer adıyla obezitede cerrahi yaklaşım temelde ikiye ayrılır. Bariatrik cerrahide besinlerle alınan enerjinin azaltılması, besinlerin sindirim sisteminde emilimlerini azaltmaya dayalıdır. Bu amaçla bypass, gastroplasti, gastrik bantlama, gastrik balon dilatasyonu vb. yöntemler kullanılır. Rekonstrüktif cerrahi de ise amaç biraz daha farklıdır. Vücudun çeşitli bölgelerinde toplanmış yağ dokularının uzaklaştırılması ilk amaçtır. Bu tedavi sağlıktan çok estetik amaç içermektedir. Cerrahi müdahalenin ardından gerekli davranış değişiklikleri ve diyet programı uygulanmazsa yağ birikimi tekrar oluşabilmektedir (66).

Obezite cerrahisinin uygulanabilmesi için hastanın bazı şartları sağlıyor olması gerekmektedir. Bu şartlar:

- BKİ >40 olmalıdır.
- Hastanın yaşı 18-60 yaş aralığında olmalıdır.
- Diyet, ilaç, davranış değişikliği terapisi gibi tedavi yöntemleri denenmiş ve başarı sağlanamamış olması gerekmektedir.
- Obezitenin neden olduğu sağlık sorunlarından muzdarip olması gerekmektedir.
- 5 yıldan daha uzun süredir obezite durumunun sürüyor olması gerekmektedir (67).

Obezite cerrahisinin sonucunda hastanın fazla vücut kilolarından büyük oranda kurtulması ve bunu uzun süreli koruması ve obezitenin neden olduğu sağlık sorunlarında azalmanın olması beklenir (68).

Obezite cerrahisi ile ilgili Amerikan Diyabet Derneği (ADA) 2011 yılında ‘‘ BKİ > 35 kg/ m<sup>2</sup> ve tip 2 diyabet sahibi hastalarda, özellikle diyabetin ve obezitenin sebep olduğu hastalıkların iyileşme sürecini zorlaştırması ve yaşam tarzı değişikliği ile ilaç tedavisinin yetersiz kaldığı durumlarda öneri olarak sunulabilir’’ demiştir (69).

## **2.9. Yeme Tutumu ve Beslenme Alışkanlıkları**

Günümüzde beslenme alışkanlıkları çok tartışılan ve farklı yönleriyle ön plana çıkan bir konu haline gelmiştir. Beslenme alışkanlıkları hayatımızın ayrılmaz bir parçası olarak yaşamın ilk günlerinde şekillenmekte ve ardından pek çok dış etkiyle beraber bilinçsiz beslenme, dengesiz beslenme, yemek sırasında başka şeylerle ilgilenme, hızlı yemek yeme , öğün atlama gibi yeni alışkanlıklara dönüşmektedir . Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde beslenme alışkanlıklarındaki bu değişiklikler yeme tutum bozukluklarına kadar pek çok probleme sebep olabilmektedir (70).

Yeme bozuklukları tek boyutlu bir problem değildir. Bedensel ve psikosozyal boyutları bulunan; kişinin yemek, vücut ağırlığı ve fiziksel görüntüsü ile ilgili düşüncelerinde ve yeme tutumunda bozuklukla kendini belli eden bir durumdur. Yeme bozuklukları beraberinde bozulmuş bir yeme tutumu ve bozulmuş bir beden algısını getirmektedir (71).

## **2.10. Yeme Bozukluklarının Sınıflandırılması**

Yeme bozuklukları; Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı'nın 4.sünde (DSM-IV) başlıca Anoreksiya Nervoza, Bulimiya Nervoza ve başka şekilde tanımlanamayan, tıknırcasına yeme bozukluğunu da kapsayan diğer yeme bozuklukları (EDNOS) olmak üzere 3 gruba ayrılmıştır. Ancak Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı'nın 5.sinde (DSM-V) bu sınıflandırmada bazı değişiklikler yapılmıştır. DSM-IV'de diğer yeme bozuklukları kısmında bulunan tıknırcasına yeme bozukluğu, DSM-V'te bir tanı olarak kabul edilmiştir. DSM-V kriterlerine göre beslenme ve yeme bozukluklarının sınıflandırılması Tablo 2-14'de verilmiştir (72).

**Tablo 2-14: DSM-V Beslenme ve Yeme Bozuklukları Sınıflandırması (72)**


---

|  |
|--|
| Pika   |
| Ruminasyon bozukluğu                                 |
| Çekingen/Kısıtlayıcı yeme bozukluğu                  |
| Anoreksiya Nervoza(AN)                               |
| Bulimiya Nervoza (BN)                                |
| Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB)                   |
| Diğer tanımlanmış beslenme ve yeme bozukluğu (OSFED) |
| Tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu             |

---

Yeme bozuklukları herşeyden önce genel bir tanımlama kelimesidir. En sık rastlanılan Anoreksiya Nervoza ve Bulimia Nervoza olmakla beraber diğer yeme bozukluklarına da rastlanabilmektedir. Pika; yiyecek olmayan maddelerin yenmesi anlamına gelmektedir. Ruminasyon bozukluğu; yenilen yemeğin yeniden ağza getirilerek tekrardan çiğnenmesi gibi davranışlarla kendini gösteren bir yeme bozukluğudur (73).

### 2.10.1. Pika

Pika sendromu veya hastalığı, besleyici hiçbir değeri olmayan maddelerin herhangi bir tikslenme olmaksızın en az 1 yıl boyunca ısrarcı bir şekilde yenmesi olarak tanımlanabilir. En sık görüldüğü yaş grubu çocuklardır ancak tüm toplumlarda ve yaş gruplarında görülme riski vardır. 6 yaş grubuna kadar olan çocuklarda pikanın en sık görüldüğü gruplar sosyoekonomik durumu düşük ve mental retardasyonlu çocuklardır. Tablo 2-15 'de pika tanı kriterleri verilmiştir (74).

**Tablo 2-15: Pika Tanı Kriterleri (74)**


---

|   |
|---|
| En az bir yıl süreyle yenebilir olmayan maddeleri ısrarcı bir şekilde yeme  |
| İçinde bulunulan gelişim düzeyine uygun olmayan yenebilir olmayan maddelerin yenmesi  |
| Bu yeme davranışının herhangi bir kültürel temele dayanmıyor ve onaylanmıyor olması   |
| Herhangi bir ruhsal bozukluğa bağlı olarak gelişmesine rağmen klinik değerlendirme gerektirecek kadar ağır bir tablo içermesi |

---

Pika hastalığının tek bir nedene bağlı olmaksızın ortaya çıkabileceği düşünülmektedir. En çok kabul gören bilimsel açıklama ise pika hastalığının demir, çinko gibi mineral eksikliklerine bağlı olarak ortaya çıktığıdır. Pika hastalarının en sık tükettiği yiyecek olmayan besinler ise buz, kum, kil, toprak, plastik, bez, kireç, kağıt, saç ve kibrittir (74).

Pika hastalığının neden olabileceği, çok sayıda tehlikeli sonuçlar doğurabilecek hastalıklar mevcuttur. Ağır metal zehirlenmesi, barsak tıkanıklığı, malnütrisyon, diş ve diş eti yaralanması ve enfeksiyon bunlardan bazılarıdır (75).

2000 yılında Pace ve Tayer tarafından yapılan bir çalışmada multivitamin desteğinin kullanımının pika hastalığının oluşumunu azaltmada olumlu etkiler gösterebileceği belirtilmiştir (76).

### **2.10.2. Anoreksiya Nervoza**

Anoreksiya Nervoza (AN), şişman olmaya karşı duyulan aşırı korku, zayıf bir bedene sahip olma arzusu, kilo alımını güçleştiren sürekli davranışlar ve beden imgesi bozukluğu ile karakterize, hasta ve ailesi üzerinde olumsuz etkileri olan ruhsal bir bozukluktur (77). AN, tipik olarak ergenlik döneminin başında veya ortasında başlar. Belli başlı uyarı işaretleri vardır. Bunlara örnek vermek gerekirse ani kilo kaybı, aşırı diyet takıntısı, yeme ritüelleri (çok küçük ısırıklarla yeme, belirli tip gıdaları tüketme), saç dökülmesi, kuru cilt veya saç, kırılğan tırnaklar, yüz ve vücuttaki ince tüylerin büyümesi gibi.

AN sonucunda bazı tıbbi sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Bunlar kemik kaybı, vücut ısısının düzenlenmesiyle ilgili zorluklar, menstrüasyon döngülerinin bozulması, düşük kalp hızı ve düşük kan basıncıdır (78). Benzer şekilde, AN sonucunda bazı çakışan psikolojik sorunlar da ortaya çıkabilmektedir. Bunlar anksiyete, depresyon, sosyal izolasyon ve mükemmelliyetçiliktir (79).

#### **2.10.2.1. Anoreksiya Nervoza Tedavi Yaklaşımları**

Anoreksiya Nervoza tedavisinde iki temel amaç vardır. İlki, beslenme durumunu iyileştirmektir. Anorektik hastalar için bu, vücut ağırlığını normal seviyelere geri

getirme anlamına gelir. İkinci amaç, yemek yemenin patolojik davranışını değiştirmektir. Böylece vücut ağırlığı normal sınırlarda korunabilir ve laksatif kullanımı gibi patolojik davranışlar kontrol altına alınabilir (80).

Tedavi yaklaşımı, davranış terapisinin ve destekleyici psikoterapinin kombinasyonudur (81). Olumlu davranış geliştirmek, yani doğru davranışın öğrenilmesi ve daha sonra, önceki patolojik davranışın nedenlerinin bulunup çözümlenmesi ve doğru davranışın sürdürülmesi için hastanın tedavi olmayı kabul etmesi çok önemlidir. Bu davranış tedavisinin amacı, normal yeme alışkanlığını yeniden oturtmak ve devamını sağlamaktır (82).

Tedaviye dirençli hastaneye yatırılan anorektik hastalara sıkı bir protokol uygulanır. Günlük belirli bir kilo alımı sağlamak amacıyla alınan ve harcanan kalori titizlikle hesaplanır. Yemekten 2 saat sonrasına kadar hastalar yakından takip edilir. Bunun amacı hastanın kusarak veya laksatif kullanarak kalori kaybetmesini önlemektir (81).

### 2.10.3. Bulimiya Nervoza

Bulimiya Nervoza (BN), tekrarlayan şiddetli yemek yeme atakları ve kilo alımını önlemeye yönelik bu atakların telafisi niteliğindeki davranışlarla (kasma, tasfiye, oruç ve egzersiz) karakterize bir sendromdur.

Kendinden kaynaklı kusma ve aşırı egzersizin yanı sıra laksatif, diüretik, tiroksin, amfetamin veya diğer ilaçların kötüye kullanılması da görülebilir. Vücut kitle indeksinin (BKİ)  $17.5 \text{ kg/m}^2$ 'nin üzerinde olduğu bir sendromdur (83).

Bulimiya Nervoza için risk faktörleri:

1. **Zayıf vücut imgesi**; özellikle zayıf olmanın sadece katı diyetlerle mümkün olabileceğinin düşünüldüğü durumlarda ciddi bir risk faktörüdür.
2. **Düşük özgüven**; benlik saygısının düşük olmasına katkıda bulunabilecek şeyler arasında depresyon, mükemmelliyetçilik ve kritik bir ev ortamı bulunmaktadır.
3. **Stres içeren yaşam değişiklikleri**; ayrılık, üniversiteye gitme, yeni bir iş kurma veya ergenliğe girme gibi.

4. Travma veya istismar geçmişi; buna cinsel saldırı, çocuklukta ihmal veya istismar, sıkıntılı aile ilişkileri ve sevilen birinin ölümü gibi şeyler dahildir (83).

### 2.10.3.1. Bulimiya Nervoza'nın Vücut Üzerindeki Etkileri

BN'ya sahip kişilerde AN'ya sahip olanlara oranla daha hafif komplikasyonlar gözlenir. Hastalarda yorgunluk, uyuşukluk veya şişkinlikten şikayet edebilirler; el ve ayaklarda şişme veya düzensiz menstürasyon gelişebilir. Sürekli kusmalar sebebiyle dış minesinde aşınmalar meydana gelebilir. Kusma refleksini uyarmak için kullanılan el sırtı derisinde sertleşme ve tahriş ortaya çıkabilir. Laksatif ve diüretik kullanımına bağlı aşırı sıvı kaybı ve dehidrasyon, bunun sonucunda da metabolik alkaloz görülebilmektedir. Buna genellikle hipokloremi ve hipokalemi eşlik eder. Laksatiflerin kötüye kullanımıyla beraber bağırsaklardan bikarbonat kaybı sonucu metabolik asidoz da ortaya çıkabilir. Daha seyrek olarak da hiponatremi, hipokalsemi, hipofosfatemi ve hipomagnezemi gelişebilir (84). Ayrıca hastalarda düzensiz kalp atışı, kalp kaslarında zayıflama, kalp yetmezliği, düşük nabız ve düşük kan basıncı, kabızlık, karın krampları, ülser, mide ağrısı, depresyon ve kansızlık gözlenebilir (85).

### 2.10.3.2. Bulimiya Nervoza Tedavi Yaklaşımları

Psikolojik ve farmakolojik tedavi ile ilgili güçlü kanıtlar varken psikoeğitimin yeri de tedavide yadsınamaz öneme sahiptir. Bulguları ciddi değil ise ve komplikasyon yok ise kılavuzlarda önerilen tedavi biçimi ayaktan tedavidir. Temel hedef yeme davranışını ve beslenme şeklini düzeltmektir. Bilişsel davranışçı terapi, BN'de en sık kullanılan terapi şekli olmakla birlikte yanıt alınmadığı zaman kişiler arası terapi uygulanması önerilmektedir. Motivasyonel terapi ve aile terapisi de kullanılmaktadır (86).

*Bulimiya Nervoza hastaları için tedavinin amaçları;*

1. Aşırı yeme atakları ve tasfiyenin mümkün mertebe ortadan kaldırılması ve azaltılması
2. BN'nın fiziksel komplikasyonlarını tedavi etmek

3. Sağlıklı beslenme kalıplarının restorasyonunda işbirliği yapmak ve tedaviye katılması için hastaların motivasyonunu arttırmak
4. Sağlıklı beslenme ve beslenme kalıpları konusunda eğitim vermek
5. Hastaların yeme bozukluğu ile ilgili temel işlev bozukluklarını, tutumlarını, motiflerini, çatışmalarını ve duygularını yeniden değerlendirmelerine ve değiştirmelerine yardımcı olmak
6. BN ile ilişkili psikiyatrik koşulları tedavi etmek
7. Aile desteğini almak ve uygun olduğunda aile danışmanlığı ve terapisi sağlamak
8. Tekrarlanmasını önlemek (86).

#### **2.10.4. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu**

Tıkınırcasına yeme bozukluğu BN'ya benzer şekilde, olağandışı miktarda yiyeceğin kontrol dışı bir biçimde tüketilmesini gerektirir. Tıkınırcasına yeme bozukluğu tanısı alabilmesi için atakların en az haftada iki kez gerçekleşiyor olması gerekmektedir. BN'dan farklı olarak tıkınırcasına yeme bozukluğunda telafi edici davranışlar (kusma, laksatif kullanımı, oruç, aşırı egzersiz) bulunmamaktadır (87).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu tanısı için aşağıdaki kriterlerden en az üçünün varlığı saptanmalıdır:

1. Normalden daha hızlı yemek
2. Fiziksel olarak aç değilken bile yemek
3. Rahatsız edici derecede dolana kadar yemek
4. Utanç yüzünden yalnız yemek yemeyi tercih etmek
5. Aşırı yemenin ardından kendinden tiksime, depresyon veya suçluluk duygusu hissetmek (87).

##### **2.10.4.1. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Tedavi Yaklaşımları**

Tıkınırcasına yeme bozukluğu, zihinsel rahatsızlıkların tanısız ve istatistiksel el kitabına göre, düzenli telafi edici davranışların (kusma, müshil, oruç, aşırı egzersiz) yokluğunda kontrol edilemeyen aşırı yemek yemenin sürekli ve sık görülmesi durumudur. BN'ya gösterdiği benzerlik sebebiyle tıkınırcasına yeme bozukluğunda da tedavi BN ile paralellik göstermektedir (88).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu tedavisinde uygulanan yöntemler; bilişsel davranışçı tedavi, kişiler arası psikoterapi ve farmakoterapidir. Kullanılan bu uygulamalar umut verici olmakla beraber, tedavi gören hastaların ancak yarısında etkili olabilmektedir. En çok araştırmalara konu olmuş olan model bilişsel davranışçı tedavidir. Bu modelin temelinde kilo kontrolü için yapılan kronik diyetin aşırı miktarda yemeyi sürdürdüğü teori bulunmaktadır. Bilişsel davranışçı tedavi, beslenme ve kilo ile ilgili yanlış yönlendirilmiş inançlarla mücadelenin yanı sıra, diyet kısıtlamasını azaltmaya ve düzenli, sağlıklı beslenme kalıpları oluşturmaya odaklanmaktadır (88).

## **2.11. YEME BOZUKLUKLARI PREVELANSI**

Yapılan çalışmalar göstermektedir ki son 50 yılda AN ve BN görülme sıklığı hızlı bir artış göstermektedir. Farklı ülkelerde yapılan çeşitli çalışmalarda, AN insidansının 1960'lı yıllarda 3/100.000'ken 1990'lı yıllarda 17/100.000'e yükseldiği görülmüştür (89). Yeme bozukluklarının günümüzdeki sıklığının ise % 0.2-1 aralığında olduğu düşünülmektedir. Kadınlarda yeme bozukluğu görülme sıklığı erkeklerin yaklaşık 10 katı kadardır (90).

DSM V kriterleri göz önüne alındığı zaman kadınlar arasında yaşam boyu AN prevalansının %4'e kadar çıkabileceği ve BN prevalansının %2 olabileceği bildirilmiştir (91). Amerikalı kadınlarda 12 aylık prevalans BN için % 1-1.5 ve BED için % 1.7 olarak saptanmıştır (92). Tıkınırcasına yeme bozukluğu, Amerika'da kadınlarda %3.5 iken erkeklerde %2, 13-18 yaş adolesan kızlarda %2,3 ve erkeklerde % 0,8 olarak belirlenmiştir (91).

Türkiye'de Vardar ve ark.nın 2907 lise öğrencisi üzerinde yaptıkları bir yeme bozuklukları prevalans çalışmasında; ergenlerde YB görülme sıklığı % 2.33 iken ergen kızlarda oranın % 4,03 olduğu saptanmıştır. Türkiye'de ergenlerde en sık görülen yeme bozukluğunun atipik yeme bozukluğu olduğu ve erkeklerde en sık rastlananın ise tıkınırcasına yeme bozukluğu olduğu tespit edilmiştir.

Elde edilen veriler göstermiştir ki Türkiye'deki yeme bozuklukları prevalansı batı ülkeleriyle benzerlik göstermektedir (93).



## **2.12. BEDEN ALGISI**

Negatif beden algısı, kadınlarda depresyon, obezite ve yeme bozuklukları gibi çeşitli yaygın sağlık sorunlarının önemli bir bileşenidir. Yeme bozukluklarının en uç noktasında AN ve BN bulunmaktadır. Yeme bozuklukları yalnızca yaygın ve ciddi sorunlar değildir, aynı zamanda tedavisi oldukça güç problemlerdir. Bu sebeple yeme bozuklukları başlamadan önce negatif beden algısının önlenmesi önemlidir (94).

### **2.12.1. Beden Algısı ve Obezite**

Obez bireylerin bedenlerinin nasıl göründüklerine dair endişeleri ilk olarak 1960'ların sonunda açıklanmıştır. Başlangıçta negatif beden algısının, şişmanlık başlangıcında olup da ebeveynlerden ve kardeşlerden olumsuz görünüm değerlendirmeleri alanlar ve duygusal rahatsızlıkları olanlar ile sınırlı olduğu düşünülmüştür ancak son on yılda yapılan çalışmalar beden algısı ve obezite arasındaki ilişkinin netleşmesine olanak sağlamıştır (95).

Günümüzde kitlesel medya giderek yaygınlaşmış ve her eve girebilir duruma gelmiştir. Bu durum erkek kadın demeden toplumun her kesiminden kişinin kendi bedenine karşı negatif bir algı ve önyargı oluşturmasına neden olmuştur. Özellikle ergenlik döneminde bulunan genç kızların yoğun rejim çabaları aileleri de bireyleri de yıpratmaktadır. Obezite durumu ne kadar erken yaşta görülmeye başlarsa bireyin başa çıkma şansı o kadar azalmaktadır çünkü stresle başa çıkma becerileri ve özgüvenleri tam gelişmemiş durumdadır. Bu durumla başa çıkmanın en temel yolu sağlıklı beslenme eğitimlerinin erken yaşta verilmesidir (96).

### **2.12.2. Beden Algısı ve Yeme Bozuklukları**

Stice 2002 yılında yapmış olduğu meta-analitik bir çalışmayla negatif beden algısının yeme bozukluklarındaki artış ile pozitif bir ilişki içinde olduğunu göstermiştir. Bu araştırmadan elde edilen veriler, negatif beden algısının, yeme bozuklukları için bir risk faktörü olduğunu doğrulamaktadır. Genel olarak Stice'in (2002) incelemesi; kişilerin aile, arkadaşlar ve medyadan zayıf olmak için baskılar aldığını ve incelik

güzelliktir algısının yerleşmesiyle beraber dış görünüşün benlik algısında önemli bir yer kapladığını göstermiştir. Bu durum negatif beden algısı için bir aşama oluşturur.

Bu aşamanın tamamlanması sonucunda yeme bozukluklarını meydana getiren bileşenler oluşmaya başlar. Bunlar: Diyet kısıtlaması, tıknırcasına yeme ve pişmanlıktır. Stice'ın (2002) çalışmasının sonucunda negatif beden algısının önlenmesinin yeme bozuklukları insidansını azalttığı gözlemlenmiştir (94).

Yeme bozukluklarından tıknırcasına yeme bozukluğunun negatif beden algısı sonucu oluşan depresyon belirtileri veya hayal kırıklığı durumları ile baş etmek için kullanılan bir yöntem olabileceği ihtimali üzerinde durulmaktadır. Negatif beden algısına sahip kişiler yemek konusunda kendilerine aşırı ve katı kurallar koymaya, ulaşılması güç hedefler belirlemeye başlarlar. Bu yapılması zor hedefleri gerçekleştiremediklerinde ise belirledikleri standartların yüksek olduğunu düşünmezler, hatayı kendilerinde aramaya başlarlar. Sonuçta negatif beden algısı artarak devam eder. Bu beraberinde daha katı kurallar ve daha zor hedefleri getirir. Kısır döngüye giren bireyde yanlış beslenme alışkanlıkları oturur ve yer eder. Yeme bozuklukları başladıktan sonra tedavisi zor bir sürece girilmiş olur (97).

### 3.GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, Gaziantep’de bulunan Zirve Üniversitesi’nde Nisan 2016-Temmuz 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmanın örneklemini Zirve Üniversitesi’nde okumakta olan 400 öğrenci oluşturmuştur. Çalışmanın yapılabilmesi için Zirve Üniversitesi Sağlık Bilimlerinde İnsan Araştırmaları Etik Kurulu’ndan 28.03.2016 tarihinde izin alınmış olup tezin sonunda sunulmuştur.

Araştırma verileri, yüz yüze anket yöntemi ile yapılmış olup antropometrik ölçümler araştırmacı tarafından alınmıştır. Anket; kişisel bilgiler formu, Beden Algısı Ölçeği ve Yeme Tutum Testi (EAT-26) olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır.

Kişisel bilgiler formu; araştırmacı tarafından hazırlanmış, katılımcıların yaş, cinsiyet, okudukları bölüm, sosyo-demografik özelliklerini sorgulayan 13 sorudan oluşmaktadır.

Beden Algısı Ölçeği; Secord ve Jouard tarafından geliştirilmiş ve Hovardaoğlu tarafından 1989 yılında Türkçe’ye uyarlanmış bir ölçektir. Ölçek 40 maddeden oluşmakta, her bir madde bir organ ya da bedeninin bir bölümü (kol, bacak, yüz gibi) ya da bir işlevi (cinsel faaliyet düzeyi gibi) ile ilgilidir. Ölçekte her bir madde için 1’den 5’e kadar değişen puanlar alan ve “hiç beğenmiyorum”, “pek beğenmiyorum”, “kararsızım”, “oldukça beğeniyorum”, “çok beğeniyorum” şeklinde 5 farklı yanıt seçeneği bulunmaktadır. Ölçekle alınan toplam puan, katılımcının vermiş olduğu yanıtlara karşılık gelen puanların toplanması ile hesaplanmaktadır. Ölçeğin kesim noktası yoktur. Beden Algısı puanı için minimum puan 40, maksimum puan 200 olabilmektedir. Alınan puan ne kadar artarsa bireyin bedeninden hoşnut olma düzeyi o kadar yüksek demektir. Yüksek puanlar pozitif beden algısı olarak tanımlanırken, düşük puanlar negatif beden algısı olarak tanımlanmaktadır (98).

Yeme Tutum Testi (EAT-26), katılımcıların kendi kendine doldurabildiği bir ölçek olarak kullanılmaktadır. Garner ve Garfinkel tarafından, anoreksiya nervozanın semptomlarını ölçmek için geliştirilmiştir. Orjinal yeme tutum testi olan EAT-40’dan temel alınarak geliştirilmiştir. EAT-26 testinde sonuçlar, 26 maddenin puanlarının toplamının değerlendirilmesi ile belirlenmektedir. Test sonucundan 0 ile 53 arasında değerler alınabilir. 20 puan EAT-26 için kesim noktası olarak kabul edilmiştir (8).

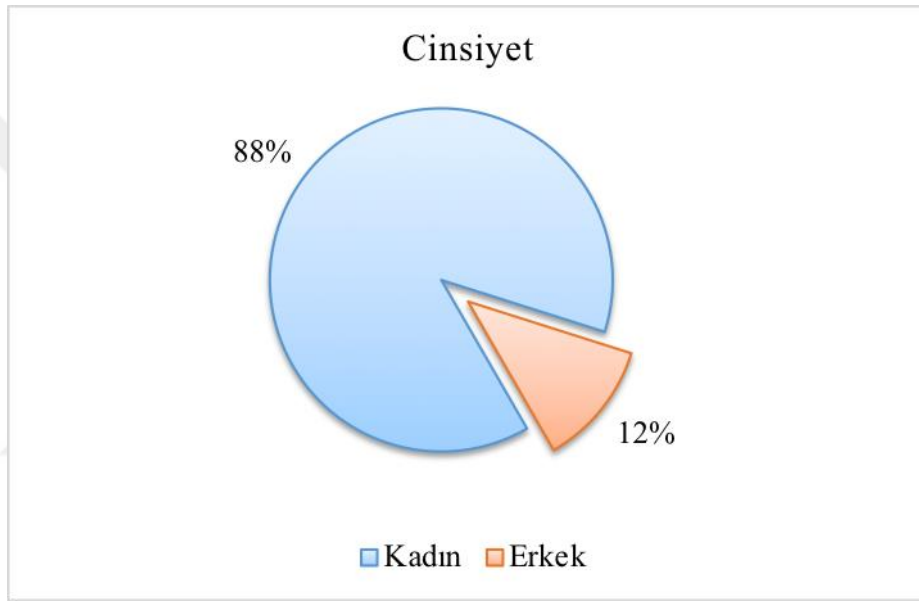
Araştırma grubundaki öğrencilerin aynı araştırmacı tarafından ağırlıkları ve boy uzunlukları, aynı ölçüm aletleri kullanılarak (Kilo ölçümü için Tanita HD 366 Tartı, boy ölçümü için Tartı Portable Boy Ölçer) ölçüldü ve ağırlığın (kg) boy uzunluğunun karesine ( $m^2$ ) bölünmesi ile beden kitle indeksi (BKİ) hesaplanmıştır.

Çalışmada SPSS v22.0 programı kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan testler Frekans analizi, Ki-kare analizleri, Bağımsız grup karşılaştırmaları (Bağımlı t testi), Varyans analizleri (One-way ANOVA)'dır. Verilerin çözümlenmesinde frekans, aritmetik ortalama, standart sapma, minimum maksimum, frekans, yüzde gibi betimsel istatistiklerden faydalanılmıştır. Bağımsız 2 grubun karşılaştırılmasında, ki-kare ve bağımsız t testi (independent sample t test) analizi kullanılmıştır. Bağımsız 2'den fazla grubun karşılaştırılmasında, varyans analizi (one-way ANOVA) testi kullanılmıştır.  $P < 0,05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

### 3.BULGULAR

#### 1.1. Demografik Bulgular

Çalışmaya katılan üniversite öğrencilerinin %88'i kadın (n=352) ve %12'si erkek (n=47) bireylerden oluşmaktadır. Çalışma kadın bireylerin yoğun olduğu bir çalışma olmuştur. Çalışmaya katılan öğrencilerin cinsiyet dağılımları Şekil 4-1'de gösterilmiştir.



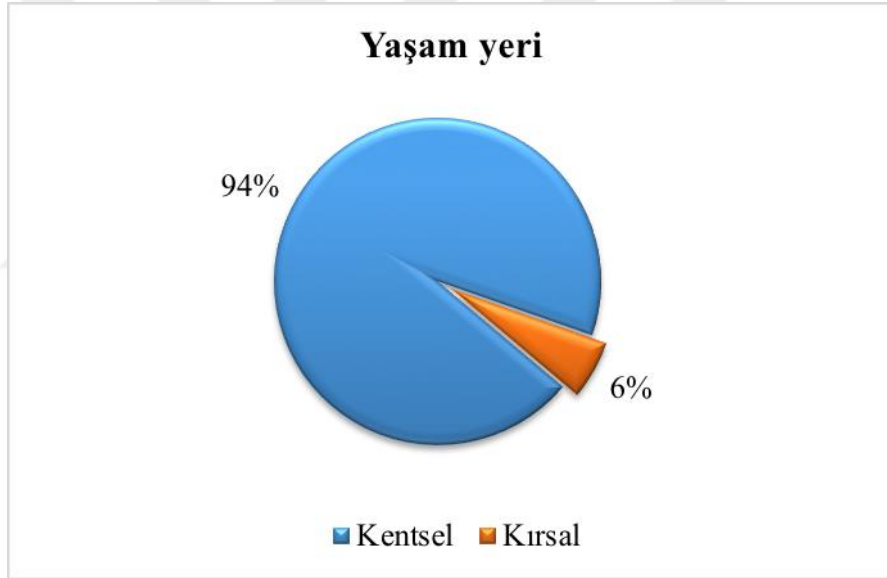
Şekil 4-1: Cinsiyet Dağılımı

Öğrencilerin yaşadığı bölgeler incelendiğinde; %58'i Güneydoğu Anadolu bölgesinde, %26'sı Akdeniz bölgesinde, %3,8'i İç Anadolu bölgesinde, %3,5'i Doğu Anadolu bölgesinde, %3,5'i Ege bölgesinde, %2,5'i Karadeniz ve %2,5'i ise Marmara bölgesinde yer almaktadır. Katılımcıların bölgelere göre dağılımları Tablo 4-1'de gösterilmiştir.

**Tablo 4-1: Bölgeler Dağılımı**

| Bölge             | Kişi sayısı (n) | %    |
|-------------------|-----------------|------|
| Güneydoğu Anadolu | 232             | 58,0 |
| Akdeniz           | 105             | 26,3 |
| İç Anadolu        | 15              | 3,8  |
| Doğu Anadolu      | 14              | 3,5  |
| Ege               | 14              | 3,5  |
| Karadeniz         | 10              | 2,5  |
| Marmara           | 10              | 2,5  |

Yaşam alanlarında ise %94'ü (n=376) kentsel yerlerde yaşarken, %6'sı (n=23) ise kırsal alanlarda yaşadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların yaşam alanları dağılımı Şekil 4-2'de gösterilmiştir.

**Şekil 4-2: Yaşam Yeri Dağılımı**

Annelerin eğitim durumları değerlendirildiğinde; %37,5'i ilköğretim, %15,5'i ortaokul, %23'ü lise ve %16'sı üniversite mezunu olduklarını bununla birlikte %8'i ise okur-yazar olmadıklarını belirtmişlerdir. Tablo 4-2'de katılımcıların anne eğitim durumları gösterilmiştir.

**Tablo 4-2: Anne Eğitim Durumu**

| Anne eğitim          | Kişi sayısı (n) | %    |
|----------------------|-----------------|------|
| Okur yazar değil     | 32              | 8,0  |
| İlkokul mezunu       | 150             | 37,5 |
| Ortaokul mezunu      | 62              | 15,5 |
| Lise ve dengi mezunu | 93              | 23,2 |
| Üniversite mezunu    | 63              | 15,8 |

Annelerin meslek durumları değerlendirildiğinde; %82'si annelerinin ev hanımı olduklarını, %10'u ise memur, %1'i esnaf, %1,5'i işçi, %3'ü özel sektörde çalıştıklarını ve %2,5'i ise emekli olduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların anne meslek durumları Tablo 4-3'de gösterilmiştir.

**Tablo 4-3: Anne meslek dağılımı**

| Anne meslek | Kişi sayısı (n) | %    |
|-------------|-----------------|------|
| Ev hanımı   | 328             | 82,0 |
| Memur       | 39              | 9,8  |
| Esnaf       | 5               | 1,3  |
| İşçi        | 6               | 1,5  |
| Emekli      | 10              | 2,5  |
| Özel sektör | 12              | 3,0  |

Babaların eğitim durumları değerlendirildiğinde; %21'i babalarının ilkökul, %18'i ortaokul, %28'i lise ve %30'u üniversite mezunu olduklarını bununla birlikte %1,5'lik bir kesim ise babalarının okur-yazar olmadıklarını belirtmişlerdir. Tablo 4-4'de katılımcıların baba eğitim durumları gösterilmiştir.

**Tablo 4-4: Baba Eğitim Dağılımı**

| Baba eğitim          | Kişi sayısı (n) | %    |
|----------------------|-----------------|------|
| Okur yazar değil     | 6               | 1,5  |
| İlkokul mezunu       | 85              | 21,3 |
| Ortaokul mezunu      | 73              | 18,3 |
| Lise ve dengi mezunu | 113             | 28,3 |
| Üniversite mezunu    | 123             | 30,8 |

Babaların meslek durumları değerlendirildiğinde; %18,5'i babalarının memur, %32'si esnaf, %7'si işçi, %19'u emekli ve %21,5'i ise özel sektörde çalıştıklarını ayrıca %2'si ise babalarının herhangi bir işte çalışmadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların babalarının meslek dağılımları Tablo 4-5'de gösterilmiştir.

**Tablo 4-5: Baba meslek dağılımı**

| Baba meslek | Kişi sayısı (n) | %    |
|-------------|-----------------|------|
| Çalışmıyor  | 8               | 2,0  |
| Memur       | 74              | 18,5 |
| Esnaf       | 129             | 32,3 |
| İşçi        | 27              | 6,8  |
| Emekli      | 76              | 19,0 |
| Özel sektör | 86              | 21,5 |

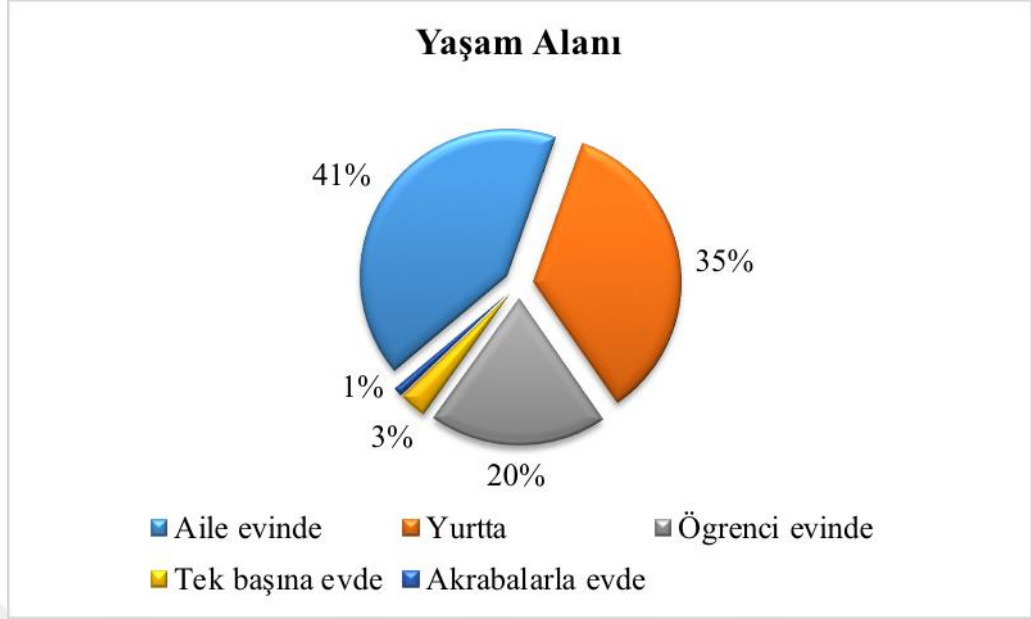
Ailelerin aylık gelir durumu değerlendirildiğinde; %6'sı 1000 TL ve altında, %28'i 1000-2500 TL arası, %34'ü 2500-4000 TL arası, %13'ü 4000-5000 TL arası ve %20'si 5000 TL ve üzeri gelir durumuna sahip olduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların gelir durumları Tablo 4-6'da gösterilmiştir.

**Tablo 4-6: Ailenin Aylık Gelir Dağılımı**

| Gelir            | Kişi sayısı (n) | %    |
|------------------|-----------------|------|
| 1000 TL ve altı  | 23              | 5,8  |
| 1000 TL-2500 TL  | 111             | 27,8 |
| 2500 TL-4000 TL  | 134             | 33,5 |
| 4000 TL-5000 TL  | 53              | 13,3 |
| 5000 TL ve üzeri | 79              | 19,8 |

Çalışmaya katılan kişilerin yaşam alanları değerlendirildiğinde; %41'i (n=166) aileleriyle birlikte yaşadıklarını, %20'si (n=78) öğrenci evinde, %35'i (n=140) yurttan, %3'ü (n=12) tek başına evde ve %1'i (n=4) ise akrabalarıyla birlikte kaldıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların yaşadıkları yerlerin dağılımı Şekil 4-3'de gösterilmiştir.





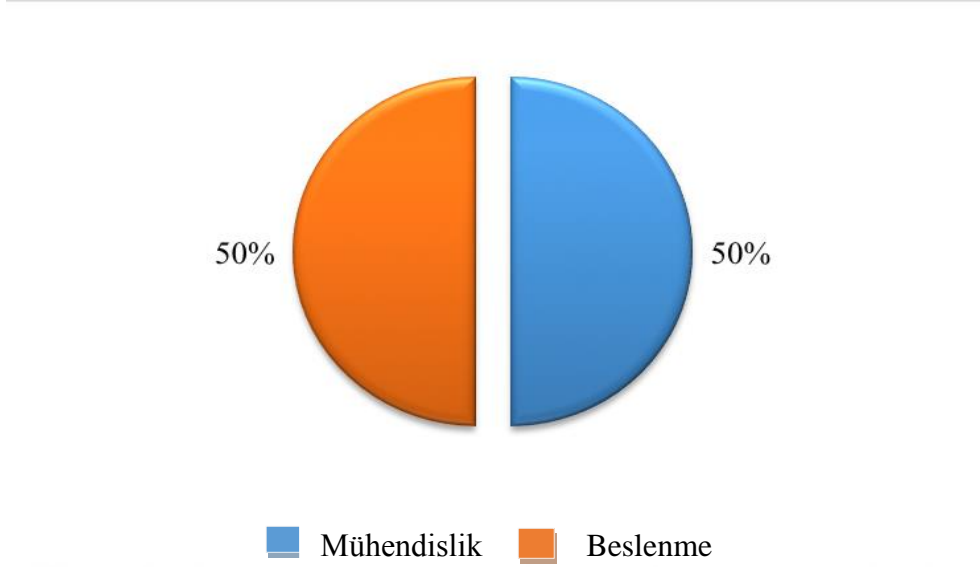
**Şekil 4-3: Yaşam Alanı Dağılımı**

Kişilerin beden kitle indeksi dağılımı değerlendirildiğinde; %11'i zayıf (<18,5), %75,5'i normal (18,5-24,99), %11'i pre-obez (25,00-29,99) ve %2,5'i ise obez olarak görülmektedir. Katılımcıların BKİ dağılımları Tablo 4-7'de gösterilmiştir.

**Tablo 4-7: Beden Kitle İndeks Dağılımı**

| BKİ grup     | Kişi sayısı (n) | %    |
|--------------|-----------------|------|
| <18,50       | 45              | 11,3 |
| 18,50- 24,99 | 302             | 75,5 |
| 25,00- 29,99 | 43              | 10,8 |
| ≥30,00       | 10              | 2,5  |

Çalışmaya katılan kişilerin %50'si beslenme (n=200) ve %50'si (n=200) ise mühendislik bölüm öğrencilerinden eşit sayıda katılım sağlanmıştır. Bölüm dağılımları Şekil 4-4'de gösterilmiştir.



**Şekil 4-4: Bölüm Dağılımı**

Çalışmaya katılan kişilerin ortalama yaşları  $20,82 \pm 1,91$  yıl olup, minimum yaş 17 ve maksimum yaş 31 olarak hesaplanmıştır. Ortalama kilo  $60,19 \pm 10,7$  kg olarak, ortalama boy  $165,71 \pm 6,99$  cm ve BKİ değeri ise ortalama  $21,85 \pm 3,14$  olarak görülmektedir. Katılımcıların betimsel istatistikleri Tablo 4-8’de gösterilmiştir.

**Tablo 4-8: Betimsel İstatistikler**

|                        | A.O.±S.S.         | Aralık (min-maks) |
|------------------------|-------------------|-------------------|
| <b>Yaş</b>             | $20,82 \pm 1,91$  | 17-31             |
| <b>Kilo</b>            | $60,19 \pm 10,7$  | 39-108            |
| <b>Boy</b>             | $165,71 \pm 6,99$ | 150-193           |
| <b>BKİ<sup>1</sup></b> | $21,85 \pm 3,14$  | 15,63-36,20       |

<sup>1</sup>Beden Kitle İndeksi

## 1.2. BKİ’ye Ait Bulgular

Bölüm öğrencileri ile beden kitle indeksi ölçek değerleri arasındaki ilişki analizi değerlendirildiğinde; beslenme bölümü öğrencileri ile mühendislik bölüm öğrencileri arasında beden kitle indeksi değerleri bakımından önemli bir farklılık yoktur ( $p:0,059$ ,  $p>0,05$ ). Bölüm ile BKİ ölçeği arasındaki ilişki Tablo 4-9’da gösterilmiştir.

**Tablo 4-9: Bölüm ile BKİ ölçeği arasındaki ilişki analizi**

|            | Bölüm       | A.O.±S.S.    | p     |
|------------|-------------|--------------|-------|
| <b>BKİ</b> | Beslenme    | 21,55 ± 3,04 | 0,059 |
|            | Mühendislik | 22,14 ± 3,22 |       |

Beden kitle indeksi cinsiyete göre farklılık göstermektedir (p:0,000, p<0,05). Kadınların %98'i zayıf, %90'ı normal, %67'si pre-obez ve %80'i ise obez olarak ve erkeklerin %2'si zayıf, %10'u normal, %33'ü pre-obez ve %20'si ise obez olarak görülmektedir. Katılımcıların cinsiyeti ile BKİ arasındaki ilişki analizi Tablo 4-10'da verilmiştir.

**Tablo 4-10: Cinsiyet ile BKİ arasındaki ilişki analizi**

| <b>BKİ<sup>1</sup> grup</b> | <b>Cinsiyet</b> |              | <b>p</b> |
|-----------------------------|-----------------|--------------|----------|
|                             | <b>Kadın</b>    | <b>Erkek</b> |          |
| <b>&lt;18,50</b>            | 44 (98)         | 1 (2)        | 0,000*   |
| <b>18,50- 24,99</b>         | 271 (90)        | 30 (10)      |          |
| <b>25,00- 29,99</b>         | 29 (67)         | 14 (33)      |          |
| <b>≥30,00</b>               | 8 (80)          | 2 (20)       |          |

<sup>1</sup>Beden Kitle İndeksi, \*p<0,05

Cinsiyete göre beden kitle indeksi değerleri arasında fark vardır (p: 0.000, p<0,05). Erkeklerin BKİ değerleri kadınlara göre biraz daha fazla olarak görülmektedir. Katılımcıların cinsiyetleri ve BKİ değerleri arasındaki ilişki Tablo 4-11'de gösterilmiştir.

**Tablo 4-11: Cinsiyet ile BKİ değerleri arasındaki ilişki analizi**

|                        | Cinsiyet | Kişi sayısı (n) | A.O.±S.S.    | p      |
|------------------------|----------|-----------------|--------------|--------|
| <b>BKİ<sup>1</sup></b> | Kadın    | 352             | 21,58 ± 3,02 | 0,000* |
|                        | Erkek    | 47              | 23,86 ± 3,34 |        |

Beden kitle indeksi grupları bölgelere göre farklılık göstermemektedir (p: 0,394, p>0,05). Bununla birlikte Akdeniz bölgesi beden kitle indeksi bakımından en fazla normal değerlere sahip bölge iken, Güneydoğu Anadolu bölgesi pre-obez ve obezitenin en yüksek olduğu bölge olarak görülmektedir. Katılımcıların BKİ değerleri ve bölgeleri arasındaki ilişki analizi Tablo 4-12'de gösterilmiştir.

**Tablo 4-12: Beden kitle indeksi ile bölgeler arasındaki ilişki analizi**

| Bölge                    | BKİ grup |              |              |        | p     |
|--------------------------|----------|--------------|--------------|--------|-------|
|                          | <18,50   | 18,50- 24,99 | 25,00- 29,99 | ≥30,00 |       |
| <b>Akdeniz</b>           | 12 (11)  | 82 (78)      | 9 (9)        | 2 (2)  | 0,394 |
| <b>Doğu Anadolu</b>      | 3 (21)   | 10 (71)      | 1 (7)        | 0 (0)  |       |
| <b>Ege</b>               | 2 (14)   | 9 (64)       | 3 (21)       | 0 (0)  |       |
| <b>Güneydoğu Anadolu</b> | 21 (9)   | 180 (78)     | 23 (10)      | 8 (3)  |       |
| <b>İç Anadolu</b>        | 3 (20)   | 7 (47)       | 5 (33)       | 0 (0)  |       |
| <b>Karadeniz</b>         | 2 (20)   | 7 (70)       | 1 (10)       | 0 (0)  |       |
| <b>Marmara</b>           | 2 (20)   | 7 (70)       | 1 (10)       | 0 (0)  |       |

Beden kitle indeksi grupları kentsel ve kırsal yerlerde yaşayan kişiler arasında farklılık göstermemektedir (p: 0,555, p>0.05). Kentsel yerlerde yaşayanların %91'i zayıf, %94'ü normal kiloda, %98'i pre-obez ve %90'ı ise obez olarak görülmektedir. Katılımcıların BKİ değerleri ile yaşam yerleri arasındaki ilişki analizi Tablo 4-13'de gösterilmiştir.

**Tablo 4-13: Beden kitle indeksi ile yaşam yeri arasındaki ilişki analizi**

| BKİ grup            | Yaşam yeri |        | p     |
|---------------------|------------|--------|-------|
|                     | Kentsel    | Kırsal |       |
| <b>&lt;18,50</b>    | 41 (91)    | 4 (9)  | 0,555 |
| <b>18,50- 24,99</b> | 284 (94)   | 17 (6) |       |
| <b>25,00- 29,99</b> | 42 (98)    | 1 (2)  |       |
| <b>≥30,00</b>       | 9 (90)     | 1 (10) |       |

Anne eğitimi ile beden kitle indeksi grupları arasında ilişki analizi değerlendirildiğinde; beden kitle indeksi durumu annelerin eğitim seviyelerine göre farklılık göstermemektedir (p: 0,653, p>0.05). Ayrıca okur yazar olmayan annelerin çocuklarının %75'i , ilkokul mezunu annelerin çocuklarının %77'si, ortaokul mezunu annelerin çocuklarının %79'u, lise mezunu annelerin çocuklarının %76'sı ve üniversite mezunu annelerin çocuklarının da %67'si normal beden kitle indeksine sahip olarak görülmektedir. Katılımcıların BKİ durumları ile anne eğitim durumları arasındaki ilişkinin analizi Tablo 4-14'de verilmiştir.

**Tablo 4-14: Beden kitle indeksi ile anne eğitimi arasındaki ilişki analizi**

| Anne eğitim                 | BKİ grup |              |              |        | p     |
|-----------------------------|----------|--------------|--------------|--------|-------|
|                             | <18,50   | 18,50- 24,99 | 25,00- 29,99 | ≥30,00 |       |
| <b>Okur yazar değil</b>     | 4 (13)   | 24 (75)      | 3 (9)        | 1 (3)  | 0,653 |
| <b>İlkokul mezunu</b>       | 13 (9)   | 116 (77)     | 20 (13)      | 1 (1)  |       |
| <b>Ortaokul mezunu</b>      | 6 (10)   | 49 (79)      | 5 (8)        | 2 (3)  |       |
| <b>Lise ve dengi mezunu</b> | 11 (12)  | 71 (76)      | 8 (9)        | 3 (3)  |       |
| <b>Üniversite mezunu</b>    | 11 (17)  | 42 (67)      | 7 (11)       | 3 (5)  |       |

Anne meslek grubu ile öğrencilerin beden kitle indeksi grupları arasında ilişki analizi değerlendirildiğinde; beden kitle indeksi durumu annelerin mesleklerine göre farklılık göstermemektedir (p: 0,089, p>0.05). Ayrıca çalışmayan annelerin çocuklarının %77'si, memur olan annelerin çocuklarının %64'ü, esnaf ve işçi olan annelerin çocuklarının tamamı (%100), özel sektörde çalışan annelerin çocuklarının %80'i ve emekli olan annelerin de çocuklarının %58'i normal beden indeksine sahip olarak görülmektedir. Katılımcıların BKİ durumları ile anne meslek grupları arasındaki ilişki analizi Tablo 4-15'de gösterilmiştir.

**Tablo 4-15: Beden kitle indeksi ile anne meslek grupları arasındaki ilişki analizi**

| Anne meslek        | BKİ grup |              |              |        | p     |
|--------------------|----------|--------------|--------------|--------|-------|
|                    | <18,50   | 18,50- 24,99 | 25,00- 29,99 | ≥30,00 |       |
| <b>Çalışmıyor</b>  | 36 (11)  | 251 (77)     | 35 (11)      | 6 (2)  | 0,089 |
| <b>Memur</b>       | 5 (13)   | 25 (64)      | 5 (13)       | 4 (10) |       |
| <b>Esnaf</b>       | 0 (0)    | 5 (100)      | 0 (0)        | 0 (0)  |       |
| <b>İşçi</b>        | 0 (0)    | 6 (100)      | 0 (0)        | 0 (0)  |       |
| <b>Emekli</b>      | 0 (0)    | 8 (80)       | 2 (20)       | 0 (0)  |       |
| <b>Özel sektör</b> | 4 (33)   | 7 (58)       | 1 (8)        | 0 (0)  |       |

Baba eğitimi ile beden kitle indeksi grupları arasında ilişki analizi değerlendirildiğinde; beden kitle indeksi durumu babaların eğitim seviyelerine göre farklılık göstermemektedir (p: 0,131, p>0,05). Ayrıca okur yazar olmayan babaların %50'si, ilkökul mezunu babaların %74'ü, ortaokul mezunu babaların %82'si, lise mezunu babaların %78'i ve üniversite mezunu babaların da %72'si normal beden indeksine sahip olarak görülmektedir. Katılımcıların BKİ değerleri ile baba eğitim durumları arasındaki ilişki analizi Tablo 4-16'de gösterilmiştir.

**Tablo 4-16: Beden kitle indeksi ile baba eğitimi arasındaki ilişki analizi**

| Baba eğitim          | BKİ grup |              |              |        | P     |
|----------------------|----------|--------------|--------------|--------|-------|
|                      | <18,50   | 18,50- 24,99 | 25,00- 29,99 | ≥30,00 |       |
| Okur yazar değil     | 2 (33)   | 3 (50)       | 1 (17)       | 0 (0)  | 0,131 |
| İlkokul mezunu       | 6 (7)    | 63 (74)      | 14 (16)      | 2 (2)  |       |
| Ortaokul mezunu      | 3 (4)    | 60 (82)      | 8 (11)       | 2 (3)  |       |
| Lise ve dengi mezunu | 16 (14)  | 88 (78)      | 8 (7)        | 1 (1)  |       |
| Üniversite mezunu    | 18 (15)  | 88 (72)      | 12 (10)      | 5 (4)  |       |

Baba meslek grubu ile beden kitle indeksi grupları arasında ilişki analizi değerlendirildiğinde; beden kitle indeksi durumu babaların mesleklerine göre farklılık göstermemektedir ( $p:0,174$ ,  $p>0,05$ ). Ayrıca çalışmayan babaların %88'i , memur olan babaların %69'u, esnaf olan babaların %78'i, işçi olan babaların %85'i, özel sektörde çalışan babaların %73'ü ve emekli olan babaların da %73'ü normal beden indeksine sahip olarak görülmektedir. Katılımcıların BKİ değerleri ile baba meslek grupları arasındaki ilişki analizi Tablo 4-17'de gösterilmiştir.

**Tablo 4-17: Beden kitle indeksi ile baba meslek grupları arasındaki ilişki analizi**

| Baba meslek | BKİ grup |              |              |        | P     |
|-------------|----------|--------------|--------------|--------|-------|
|             | <18,50   | 18,50- 24,99 | 25,00- 29,99 | ≥30,00 |       |
| Çalışmıyor  | 1 (13)   | 7 (88)       | 0 (0)        | 0 (0)  | 0,174 |
| Memur       | 9 (12)   | 51 (69)      | 8 (11)       | 6 (8)  |       |
| Esnaf       | 10 (8)   | 101 (78)     | 17 (13)      | 1 (1)  |       |
| İşçi        | 3 (11)   | 23 (85)      | 1 (4)        | 0 (0)  |       |
| Emekli      | 8 (11)   | 57 (75)      | 9 (12)       | 2 (3)  |       |
| Özel sektör | 14 (16)  | 63 (73)      | 8 (9)        | 1 (1)  |       |

Beden kitle indeksi gelir grupları arasında büyük farklılıklar göstermemektedir ( $p:0,532$ ,  $p>0,05$ ). Yani gelir gruplarının artış göstermesi beden kitle indeksinde artış ya da azalma göstermemektedir. Bununla birlikte 1000 ve altı gelir grubuna sahip kişilerin %74'ü, 1000-2500 TL arası geliri olanların %76'sı, 2500-4000 TL arası geliri olanları %77'si, 4000-5000 TL arası geliri olanların %72'si ve 5000 TL üzeri geliri olanların ise %76'sı normal bir beden kitle indeksine sahiptir. Katılımcıların BKİ değerleri ile gelir durumları arasındaki ilişki analizi Tablo 4-18'de verilmiştir.

**Tablo 4-18: Beden kitle indeksi ile gelir grupları arasındaki ilişki analizi**

| Gelir                   | BKİ grup |              |              |        | P     |
|-------------------------|----------|--------------|--------------|--------|-------|
|                         | <18,50   | 18,50- 24,99 | 25,00- 29,99 | ≥30,00 |       |
| <b>1000 TL ve altı</b>  | 1 (4)    | 17 (74)      | 5 (22)       | 0 (0)  | 0,532 |
| <b>1000-2500 TL</b>     | 14 (13)  | 84 (76)      | 10 (9)       | 3 (3)  |       |
| <b>2500 -4000 TL</b>    | 13 (10)  | 103 (77)     | 13 (10)      | 5 (4)  |       |
| <b>4000-5000 TL</b>     | 10 (19)  | 38 (72)      | 4 (8)        | 1 (2)  |       |
| <b>5000 TL ve üzeri</b> | 7 (9)    | 60 (76)      | 11 (14)      | 1 (1)  |       |

Beden kitle indeksi yaşam alanlarına göre farklılık ya da büyük bir değişim göstermemektedir (p: 0,915, p>0.05). Aile evinde yaşayanların %74'ü, akrabaları ile yaşayanların %75'i, tek başına evde yaşayanların %92'i, öğrenci evinde yaşayanların %72'si ve yurttta yaşayanların %78'i normal beden kitle indeksine sahip görülmektedir. Bununla birlikte aile evinde yaşayanların %11'i, akrabaları ile yaşayanların %25'i, öğrenci evinde yaşayanların %13'ü ve yurttta yaşayanların %9'u pre-obez beden kitle indeksine sahip oldukları görülmektedir. Katılımcıların BKİ değerleri ile yaşam alanları arasındaki ilişki analizi tablo 4-19'da gösterilmiştir.

**Tablo 4-19: Beden kitle indeksi ile yaşam alanı arasındaki ilişki analizi**

| Yaşam alanı             | BKİ grup |              |              |        | P     |
|-------------------------|----------|--------------|--------------|--------|-------|
|                         | <18,50   | 18,50- 24,99 | 25,00- 29,99 | ≥30,00 |       |
| <b>Aile evinde</b>      | 18 (11)  | 123 (74)     | 19 (11)      | 6 (4)  | 0,915 |
| <b>Akrabalarla evde</b> | 0 (0)    | 3 (75)       | 1 (25)       | 0 (0)  |       |
| <b>Tek başına evde</b>  | 1 (8)    | 11 (92)      | 0 (0)        | 0 (0)  |       |
| <b>Öğrenci evinde</b>   | 10 (13)  | 56 (72)      | 10 (13)      | 2 (3)  |       |
| <b>Yurttta</b>          | 16 (11)  | 109 (78)     | 13 (9)       | 2 (1)  |       |

Yeme tutumu normal olanlar ile yeme bozukluğu olan kişilerin beden kitle indeks değerleri arasında farklılık yoktur (p: 0,406, p>0.05). Zayıf olan kişilerin %40'ında, normal olan kişilerin %36'sında, pre-obez olan kişilerin %33'ünde ve obez olan kişilerin de %60'ında yeme bozukluğu görülmektedir. Katılımcıların BKİ değerleri ile yeme tutum grupları arasındaki ilişki analizi Tablo 4-20'de gösterilmiştir.

**Tablo 4-20: Beden kitle indeksi ile yeme tutum grupları arasındaki ilişki analizi**

| BKİ grup     | YTÖ      |                    | p     |
|--------------|----------|--------------------|-------|
|              | Normal   | Yeme bozukluğu var |       |
| <18,50       | 27 (60)  | 18 (40)            | 0,406 |
| 18,50- 24,99 | 193 (64) | 109 (36)           |       |
| 25,00- 29,99 | 29 (67)  | 14 (33)            |       |
| ≥30,00       | 4 (40)   | 6 (60)             |       |

Yeme tutum puanları beden kitle indeksi grupları arasında farklılık görülmemektedir (p: 0,129, p>0.05). Ayrıca en yüksek yeme tutumu puanı obez (≥30.00) olan kişilerde (25.5 ± 14.28) ve en düşük yeme tutum puanı ise normal (18.50 – 24.99) olan kişilerde (17.26 ± 10.6) görülmektedir. Katılımcıların BKİ değerleri ile yeme tutum testi puanları arasındaki ilişki analizi tablo 4-21’de gösterilmiştir.

**Tablo 4-21: Beden kitle indeksi ile yeme tutum puanları arasındaki ilişki analizi**

| BKİ grup      | Kişi sayısı (n) | A.O.±S.S.     | p     |
|---------------|-----------------|---------------|-------|
| < 18,50       | 45              | 17,38 ± 11,3  | 0,129 |
| 18,50 - 24,99 | 302             | 17,26 ± 10,6  |       |
| 25,00 - 29,99 | 43              | 17,65 ± 10,35 |       |
| ≥30,00        | 10              | 25,5 ± 14,28  |       |

Beden algısı ölçek puanları beden kitle indeksi gruplarında farklılık göstermemektedir (p: 0.099, p>0.05). En yüksek beden algısı puanı zayıf (<18.50) olan kişilerde görülürken, en düşük puan ise obez (≥30.00) olan kişilerde görülmektedir. Katılımcıların BKİ değerleri ile beden algısı ölçeği puanları arasındaki ilişki analizi Tablo 4-22’de gösterilmiştir.

**Tablo 4-22: Beden kitle indeksi ile beden algısı ölçeği puanları arasındaki ilişki analizi**

| BKİ grup     | BAÖ <sup>1</sup> |                |       |
|--------------|------------------|----------------|-------|
|              | Kişi sayısı (n)  | A.O.±S.S.      | p     |
| <18,50       | 45               | 147,62 ± 24,67 | 0,099 |
| 18,50- 24,99 | 302              | 140,24 ± 22,39 |       |
| 25,00- 29,99 | 43               | 139 ± 26,01    |       |
| ≥30,00       | 10               | 130,6 ± 22,99  |       |

<sup>1</sup>Beden Algısı Ölçeği



Beden kitle indeksi ile bölüm arasındaki ilişki analizinde anlamlı bir ilişki yoktur ( $p: 0,332$ ;  $p>0,05$ ). Yani beslenme ve diğer bölüm öğrencileri arasında beden kitle indeksleri açısından önemli bir farklılık yoktur. Beslenme ve mühendislik bölüm öğrencileri BKİ karşılaştırması Tablo 4-23'de gösterilmiştir.

**Tablo 4-23: Bölüm ile beden kitle indeksi grupları arasındaki ilişki analizi**

| BKİ <sup>1</sup> grup |       | Bölüm      |             | p     |
|-----------------------|-------|------------|-------------|-------|
|                       |       | Beslenme   | Mühendislik |       |
| <18,50                | n (%) | 25 (56,0)  | 20 (44,0)   | 0,332 |
| 18,50- 24,99          | n (%) | 154 (51,0) | 148 (49,0)  |       |
| 25,00- 29,99          | n (%) | 16 (37,0)  | 27 (63,0)   |       |
| ≥30,00                | n (%) | 5 (50,0)   | 5 (50,0)    |       |

### 1.3. Yeme Tutum Testi Analizine Ait Bulgular

Cinsiyete göre yeme tutum durumu değerlendirildiğinde; yeme tutumu cinsiyete göre farklılık göstermemektedir ( $p: 0,199$ ,  $p>0,05$ ). Yeme tutumu normal olanların %87'si kadın, %13'ü erkek; yeme bozukluğu olanların %91'i kadın, %9'u erkek olarak görülmektedir. Katılımcıların yeme tutum testi sonuçları ile cinsiyet arasındaki ilişki analizi Tablo 4-24'de gösterilmiştir.

**Tablo 4-24: Cinsiyet ile yeme tutumu grupları arasındaki ilişki analizi**

| YTÖ <sup>2</sup> grup | Cinsiyet |         | p     |
|-----------------------|----------|---------|-------|
|                       | Kadın    | Erkek   |       |
| Normal                | 219 (87) | 34 (13) | 0,199 |
| Yeme bozukluğu var    | 133 (91) | 13 (9)  |       |

<sup>2</sup>Yeme Tutumu Ölçeği

Cinsiyete göre yeme tutum puanları farklılık göstermemektedir ( $p: 0,364$ ,  $p<0,05$ ). Kadınların yeme tutumu puanı, erkeklere göre biraz daha fazladır. Yeme tutumu puanı arttıkça yeme bozukluğu riski de artış göstermektedir. Katılımcıların yeme tutum testi puanları ile cinsiyet arasındaki ilişki analizi Tablo 4-25'de gösterilmiştir.

**Tablo 4-25: Cinsiyet ile yeme tutumu puanları ilişki analizi**

|                  | Cinsiyet | Kişi sayısı (n) | A.O.±S.S.     | p     |
|------------------|----------|-----------------|---------------|-------|
| YTÖ <sup>2</sup> | Kadın    | 352             | 17,67 ± 10,46 | 0,364 |
|                  | Erkek    | 47              | 16,15 ± 13,03 |       |

<sup>2</sup>Yeme Tutumu Ölçeği

Bölgeler ile yeme tutum ölçek grupları arasındaki ilişki analizi değerlendirildiğinde; yeme tutumları normal olanlar ile yeme bozukluğu olanlar arasında bölgelere göre farklılık göstermemektedir ( $p:0,588$ ,  $p>0,05$ ). Akdeniz bölgesinde kişilerin %37'si, doğu Anadolu bölgesinde ve ege bölgesinde kişilerin %29'unda, güneydoğu Anadolu bölgesinde kişilerin %41'inde, İç Anadolu bölgesinde kişilerin %27'sinde, Karadeniz bölgesinde kişilerin %40'ında ve Marmara bölgesinde kişilerin %20'sinde yeme bozukluğu görülmektedir. Katılımcıların yeme tutum testi sonuçları ile bölgeler arasındaki ilişki analizi Tablo 4-26'da gösterilmiştir.

**Tablo 4-26: Bölgeler ile yeme tutum grupları arasındaki ilişki analizi**

| Bölge             | n (%) | YTÖ <sup>1</sup> grup |                    | p     |
|-------------------|-------|-----------------------|--------------------|-------|
|                   |       | Normal                | Yeme bozukluğu var |       |
| Akdeniz           | n (%) | 70 (67)               | 35 (33)            | 0,588 |
| Doğu Anadolu      | n (%) | 10 (71)               | 4 (29)             |       |
| Ege               | n (%) | 10 (71)               | 4 (29)             |       |
| Güneydoğu Anadolu | n (%) | 138 (59)              | 94 (41)            |       |
| İç Anadolu        | n (%) | 11 (73)               | 4 (27)             |       |
| Karadeniz         | n (%) | 6 (60)                | 4 (40)             |       |
| Marmara           | n (%) | 8 (80)                | 2 (20)             |       |

<sup>1</sup>Yeme Tutumu Ölçeği

Bölgeler ile yeme tutum ölçek puanları arasındaki ilişki analizi değerlendirildiğinde; yeme tutum puanları bölgelere göre farklılık göstermemektedir ( $p:0,820$ ,  $p>0,05$ ). Bölgelere bakıldığında ise; en düşük ortalama yeme tutum puanı Karadeniz bölgesinde, en yüksek puan ise Marmara ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde görülmektedir. Katılımcıların yeme tutum testi puanları ile bölgeler arasındaki ilişki analizi tablo 4-27'de verilmiştir.

**Tablo 4-27: Bölgeler ile yeme tutum puanları arasındaki ilişki analizi**

| Bölge             | Kişi sayısı (n) | A.O.±S.S      | p     |
|-------------------|-----------------|---------------|-------|
| Akdeniz           | 105             | 16,23 ± 10,02 | 0,820 |
| Doğu Anadolu      | 14              | 17,29 ± 13,12 |       |
| Ege               | 14              | 17,14 ± 12,2  |       |
| Güneydoğu Anadolu | 232             | 18,16 ± 10,58 |       |
| İç Anadolu        | 15              | 17,8 ± 10,93  |       |
| Karadeniz         | 10              | 15,3 ± 8,27   |       |
| Marmara           | 10              | 18,8 ± 19,17  |       |

Yaşanılan yer ile yeme tutumu arasındaki ilişki analizi değerlendirildiğinde; kentsel yerlerde yaşayanlar ile kırsal yerlerde yaşayanların yeme tutumları arasında bir ilişki yoktur ( $p: 0,122$ ,  $p>0,05$ ). Bununla birlikte kentlerde yaşayan kişilerin %64'ü normal iken, %36'sında yeme bozukluğu görülmektedir. Kırsal kesimlerde ise %48'i normal iken, %52'si ise yeme bozukluğu belirtisi göstermektedir. Katılımcıların yeme tutum testi sonuçları ile yaşam yeri arasındaki ilişki analizi tablo 4-28'de gösterilmiştir.

**Tablo 4-28: Yaşam yeri ile yeme tutum grupları arasındaki ilişki analizi**

| Yaşam yeri           | YTÖ <sup>1</sup> |                    | p     |
|----------------------|------------------|--------------------|-------|
|                      | Normal           | Yeme bozukluğu var |       |
| <b>Kentsel</b> n (%) | 242 (64)         | 134 (36)           | 0,122 |
| <b>Kırsal</b> n (%)  | 11 (48)          | 12 (52)            |       |

Yaşam yeri ile yeme tutum ölçek puanları arasındaki ilişki analizi değerlendirildiğinde; yeme tutum puanları kentsel yaşam ile kırsal yaşam arasında farklılık göstermektedir ( $p<0,041$ ,  $p<0,05$ ). Kırsal yerlerde yaşayan kişilerin yeme tutum ölçek puanları, kentsel yerlerde yaşayanlara göre daha fazla olarak görülmektedir. Katılımcıların yeme tutum testi puanları ile yaşam yeri arasındaki ilişki analizi Tablo 4-29'da gösterilmiştir.

**Tablo 4-29: Yaşam yeri ile yeme tutum ölçek puanları arasındaki ilişki analizi**

|                  | Yaşam          | Kişi sayısı (n) | A.O.±S.S.    | p      |
|------------------|----------------|-----------------|--------------|--------|
| YTÖ <sup>1</sup> | <b>Kentsel</b> | 376             | 17,03 ± 10,1 | 0,041* |
|                  | <b>Kırsal</b>  | 23              | 25 ± 17,44   |        |

<sup>1</sup>Yeme Tutumu Ölçeği, \* $p<0,05$

Anne eğitimi ile yeme tutum grupları arasındaki ilişki analizi değerlendirildiğinde yeme tutumu eğitim seviyesine göre değişiklik göstermemektedir; (p: 0,474, p>0,05). Ayrıca okur yazar olmayan annelerin %47'sinde, ilkokul mezunu annelerin %37'sinde, %ortaokul mezunu annelerin %42'sinde, %lise ve dengi mezunu annelerin %34'ünde ve üniversite mezunu annelerin %30'unda yeme bozukluğu sorunu görülmektedir. Katılımcıların yeme tutum testi sonuçları ile anne eğitim durumları arasındaki ilişki analizi Tablo 4-30'da gösterilmiştir.

**Tablo 4-30: Anne eğitimi ile yeme tutumu grupları arasındaki ilişki analizi**

| Anne eğitim                 |       | YTÖ <sup>1</sup> grup |                    | p     |
|-----------------------------|-------|-----------------------|--------------------|-------|
|                             |       | Normal                | Yeme bozukluğu var |       |
| <b>Okur yazar değil</b>     | n (%) | 17 (53)               | 15 (47)            | 0,474 |
| <b>İlkokul mezunu</b>       | n (%) | 95 (63)               | 55 (37)            |       |
| <b>Ortaokul mezunu</b>      | n (%) | 36 (58)               | 26 (42)            |       |
| <b>Lise ve dengi mezunu</b> | n (%) | 61 (66)               | 32 (34)            |       |
| <b>Üniversite mezunu</b>    | n (%) | 44 (70)               | 19 (30)            |       |

<sup>1</sup>Yeme Tutumu Ölçeği

Anne eğitimi ile yeme tutumu puanları arasındaki ilişki analizi değerlendirildiğinde; yeme tutum puanları annelerin eğitim seviyelerine göre farklılık göstermemektedir (p: 0,114, p>0,05). Ayrıca yeme tutum puanları en yüksek okur yazar olmayan anneler iken, en düşük puan ise üniversite mezunu annelerde görülmektedir. Katılımcıların yeme tutum testi puanları ile anne eğitim durumları arasındaki ilişki Tablo 4-31'de gösterilmiştir.

**Tablo 4-31: Anne eğitimi ile yeme tutumu puanları arasındaki ilişki analizi**

| Anne eğitim                 | Kişi sayısı (n) | A.O.±S.S.     | p     |
|-----------------------------|-----------------|---------------|-------|
| <b>Okur yazar değil</b>     | 32              | 21 ± 14,4     | 0,114 |
| <b>İlkokul mezunu</b>       | 150             | 16,64 ± 9,65  |       |
| <b>Ortaokul mezunu</b>      | 62              | 19,27 ± 12,18 |       |
| <b>Lise ve dengi mezunu</b> | 93              | 17,68 ± 11,5  |       |
| <b>Üniversite mezunu</b>    | 63              | 15,89 ± 8,07  |       |

Anne meslek grupları ile yeme tutum grupları arasındaki ilişki analizi değerlendirildiğinde yeme tutumu annelerin mesleklerine göre farklılık göstermemektedir; ( $p:0,297$ ,  $p>0,05$ ). Annesi çalışmayan öğrencilerin %37'sinde, annesi memur olan öğrencilerin %23'ünde, annesi esnaf olan öğrencilerin %40'ında, annesi işçi olan öğrencilerin %50'sinde, annesi özel sektörde çalışan öğrencilerin %42'si ve annesi emekli olan öğrencilerin ise %60'ında yeme bozukluğu görülmektedir. Katılımcıların yeme tutum testi sonuçları ile anne meslek grupları arasındaki ilişki analizi Tablo 4-32'de gösterilmiştir.

**Tablo 4-32: Anne meslek grupları ile yeme tutumu grupları arasındaki ilişki analizi**

| Anne meslek        |      | YTÖ grup |                    | p     |
|--------------------|------|----------|--------------------|-------|
|                    |      | Normal   | Yeme bozukluğu var |       |
| <b>Çalışmıyor</b>  | n(%) | 206 (63) | 122 (37)           | 0,297 |
| <b>Memur</b>       | n(%) | 30 (77)  | 9 (23)             |       |
| <b>Esnaf</b>       | n(%) | 3 (60)   | 2 (40)             |       |
| <b>İşçi</b>        | n(%) | 3 (50)   | 3 (50)             |       |
| <b>Emekli</b>      | n(%) | 4 (40)   | 6 (60)             |       |
| <b>Özel sektör</b> | n(%) | 7 (58)   | 5 (42)             |       |

Anne meslek grupları ile yeme tutumu puanları arasındaki ilişki analizi değerlendirildiğinde; yeme tutum puanları annelerin mesleklerine göre farklılık göstermemektedir ( $p:0,199$ ,  $p>0,05$ ). Ayrıca yeme tutum puanları en yüksek annesi özel sektörde çalışan öğrencilerde ( $22,00\pm 15,04$ ) iken, en düşük puan ise annesi memur olan öğrencilerde ( $14,74\pm 9,49$ ) görülmektedir. Katılımcıların yeme tutum puanları ile anne meslek grupları arasındaki ilişki analizi tablo 4-33'de gösterilmiştir.

**Tablo 4-33: Anne meslek grupları ile yeme tutumu puanları arasındaki ilişki analizi**

| Anne meslek        | N   | A.O.±S.S.     | p     |
|--------------------|-----|---------------|-------|
| <b>Çalışmıyor</b>  | 328 | 17,45 ± 10,64 | 0,199 |
| <b>Memur</b>       | 39  | 14,74 ± 9,49  |       |
| <b>Esnaf</b>       | 5   | 19,6 ± 8,82   |       |
| <b>İşçi</b>        | 6   | 20,33 ± 18,91 |       |
| <b>Emekli</b>      | 10  | 22,3 ± 7,78   |       |
| <b>Özel sektör</b> | 12  | 22,08 ± 15,04 |       |

Baba eğitim durumu ile yeme tutumu arasındaki ilişki analizi değerlendirildiğinde; yeme tutumu babaların eğitim seviyesine göre değişiklik göstermemektedir (p: 0,236, p>0.05). Ayrıca babası okur yazar olmayan öğrencilerin %67'sinde, babası ilkokul mezunu olanların %33'ünde, babası ortaokul mezunu olanların %41'inde, babası lise ve dengi mezunu olanların %41'inde ve babası üniversite mezunu olanların %32'sinde yeme bozukluğu sorunu görülmektedir. Katılımcıların yeme tutum testi sonuçları ile baba eğitim durumları arasındaki ilişki analizi Tablo 4-34'de gösterilmiştir.

**Tablo 4-34: Baba eğitimi ile yeme tutumu grupları arasındaki ilişki analizi**

| Baba eğitim          |       | YTÖ grup |                    | p     |
|----------------------|-------|----------|--------------------|-------|
|                      |       | Normal   | Yeme bozukluğu var |       |
| Okur yazar değil     | n (%) | 2 (33)   | 4 (67)             | 0,236 |
| İlkokul mezunu       | n (%) | 57 (67)  | 28 (33)            |       |
| Ortaokul mezunu      | n (%) | 43 (59)  | 30 (41)            |       |
| Lise ve dengi mezunu | n (%) | 67 (59)  | 46 (41)            |       |
| Üniversite mezunu    | n (%) | 84 (68)  | 39 (32)            |       |

Baba eğitimi ile yeme tutumu puanları arasındaki ilişki analizi değerlendirildiğinde; yeme tutum puanları babaların eğitim seviyelerine göre farklılık göstermemektedir (p: 0,061, p>0.05). Ayrıca yeme tutum puanları en yüksek olanlar babası okur yazar olmayan öğrenciler iken, en düşük puan ise babası ilkokul mezunu olanlarda görülmektedir. Katılımcıların yeme tutum testi puanları ile baba eğitim durumları arasındaki ilişki analizi Tablo 4-35'de gösterilmiştir.

**Tablo 4-35: Baba eğitimi ile yeme tutumu puanları arasındaki ilişki analizi**

| Baba eğitim          | Kişi sayısı (n) | A.O.±S.S.     | p     |
|----------------------|-----------------|---------------|-------|
| Okur yazar değil     | 6               | 26,83 ± 23,83 | 0,061 |
| İlkokul mezunu       | 85              | 16,12 ± 9,27  |       |
| Ortaokul mezunu      | 73              | 19,34 ± 11,93 |       |
| Lise ve dengi mezunu | 113             | 17,88 ± 10,27 |       |
| Üniversite mezunu    | 123             | 16,62 ± 10,42 |       |

Baba meslek grupları ile yeme tutum grupları arasındaki ilişki analizi değerlendirildiğinde yeme tutumu babaların mesleklerine göre farklılık göstermemektedir; (p: 0,348, p>0.05). Babası çalışmayan öğrencilerin %25’inde, babası memur olan öğrencilerin %28’inde, babası esnaf olan öğrencilerin %37’sinde, babası işçi olan öğrencilerin %33’ünde, babası özel sektörde çalışan öğrencilerin %45’i ve babası emekli olan öğrencilerin ise %37’sinde yeme bozukluğu görülmektedir. Katılımcıların yeme tutum testi sonuçları ile baba meslek grupları arasındaki ilişki analizi Tablo 4-36’da gösterilmiştir.

**Tablo 4-36: Baba meslek ile yeme tutumu grupları arasındaki ilişki analizi**

| Baba meslek | n (%) | YTÖ grup |                    | p     |
|-------------|-------|----------|--------------------|-------|
|             |       | Normal   | Yeme bozukluğu var |       |
| Çalışmıyor  | n (%) | 6 (75)   | 2 (25)             | 0,348 |
| Memur       | n (%) | 53 (72)  | 21 (28)            |       |
| Esnaf       | n (%) | 81 (63)  | 48 (37)            |       |
| İşçi        | n (%) | 18 (67)  | 9 (33)             |       |
| Emekli      | n (%) | 48 (63)  | 28 (37)            |       |
| Özel sektör | n (%) | 47 (55)  | 39 (45)            |       |

Baba meslek grupları ile yeme tutumu puanları arasındaki ilişki analizi değerlendirildiğinde; yeme tutum puanları babaların mesleklerine göre farklılık göstermemektedir (p:0,302, p>0,05). Ayrıca yeme tutum puanları en yüksek olanlar babası özel sektörde çalışan öğrenciler ( $19,08 \pm 11,2$ ) iken, en düşük puan ise babası çalışmayan öğrencilerde ( $14,25 \pm 5,18$ ) görülmektedir. Katılımcıların yeme tutum testi puanları ile baba meslek grupları arasındaki ilişki analizi Tablo 4-37’de gösterilmiştir.

**Tablo 4-37: Baba meslek ile yeme tutumu puanları arasındaki ilişki analizi**

| Baba meslek | N   | A.O.±S.S.     | p     |
|-------------|-----|---------------|-------|
| Çalışmıyor  | 8   | 14,25 ± 5,18  | 0,302 |
| Memur       | 74  | 15,31 ± 10,2  |       |
| Esnaf       | 129 | 18,1 ± 10,8   |       |
| İşçi        | 27  | 17,26 ± 11,18 |       |
| Emekli      | 76  | 17,36 ± 11,01 |       |
| Özel sektör | 86  | 19,08 ± 11,2  |       |

Gelir grupları ile yeme tutumu arasındaki ilişki durumu değerlendirildiğinde; yeme tutumları gelir grupları arasında herhangi bir farklılık göstermemektedir ( $p: 0,892$ ,  $p>0,05$ ). Ayrıca 1000 TL ve altı gelir düzeyine sahip kişilerin %35’inde, 1000-2500 TL arası geliri olan kişilerin %38’inde, 2500-4000 TL arası geliri olan kişilerin %37’sinde, 4000-5000 TL arasında geliri olan kişilerin %42’sinde ve 5000 TL ve üzerinde geliri olan kişilerin %33’ünde yeme bozukluğu görülmektedir. Katılımcıların yeme tutum testi sonuçları ile gelir grupları arasındaki ilişki analizi tablo 4-38’de gösterilmiştir.

**Tablo 4-38: Gelir grupları ile yeme tutumu grupları arasındaki ilişki analizi**

| Gelir grupları   | n(%) | YTÖ grup |                    | p     |
|------------------|------|----------|--------------------|-------|
|                  |      | Normal   | Yeme bozukluğu var |       |
| 1000 TL ve altı  | n(%) | 15 (65)  | 8 (35)             | 0,892 |
| 1000-2500 TL     | n(%) | 69 (62)  | 42 (38)            |       |
| 2500-4000 TL     | n(%) | 85 (63)  | 49 (37)            |       |
| 4000-5000 TL     | n(%) | 31 (58)  | 22 (42)            |       |
| 5000 TL ve üzeri | n(%) | 53 (67)  | 26 (33)            |       |

Gelir grupları ile yeme tutum puanları arasındaki ilişki analizi değerlendirildiğinde; yeme tutum puanları gelir grupları arasında farklılık göstermemektedir ( $p: 0,892$ ,  $p>0,05$ ). Ayrıca en yüksek yeme tutumu puanı 1000 TL ve altı gelire sahip kişilerde ( $18,83 \pm 11,23$ ) iken, en düşük yeme tutumu puanı ise 5000 TL ve üzerinde geliri ( $16,72 \pm 10,58$ ) olan kişilerdedir. Bu da gösteriyor ki gelir seviyesindeki artış yeme tutumunu etkilemekte fakat anlamlı bir ilişki görülmemektedir. Katılımcıların yeme tutum testi puanları ile gelir grupları arasındaki ilişki analizi Tablo 4-39’da gösterilmiştir.

**Tablo 4-39: Gelir grupları ile yeme tutumu puanları arasındaki ilişki analizi**

| Gelir grupları   | Kişi sayısı | A.O.±S.S.     | p     |
|------------------|-------------|---------------|-------|
| 1000 TL ve altı  | 23          | 18,83 ± 11,23 | 0,892 |
| 1000-2500 TL     | 111         | 17,96 ± 11,21 |       |
| 2500-4000 TL     | 134         | 17,24 ± 10,87 |       |
| 4000-5000 TL     | 53          | 17,92 ± 10,05 |       |
| 5000 TL ve üzeri | 79          | 16,72 ± 10,58 |       |



Yaşam alanı ile yeme tutum grupları arasındaki ilişki analizi değerlendirildiğinde; yeme tutumu yaşam alanları arasında farklılık göstermemektedir (p: 0,262, p>0,05). Bununla birlikte aile evinde yaşayan kişilerin %42'sinde, akrabaların evinde yaşayanların %25'inde, tek başına evinde yaşayanların %50'sinde, öğrenci evinde yaşayanların %32'sinde ve yurttaki kalanların ise %32'sinde yeme bozukluğu görülmektedir. Katılımcıların yeme tutum testi sonuçları ile yaşam alanı arasındaki ilişki analizi Tablo 4-40'da gösterilmiştir.

**Tablo 4-40: Yaşam alanı ile yeme tutumu grupları arasındaki ilişki analizi**

| Yaşam alanı      | n (%) | YTÖ grup |                    | p     |
|------------------|-------|----------|--------------------|-------|
|                  |       | Normal   | Yeme bozukluğu var |       |
| Aile evinde      | n (%) | 96 (58)  | 70 (42)            | 0,262 |
| Akrabalarla evde | n (%) | 3 (75)   | 1 (25)             |       |
| Tek başına evde  | n (%) | 6 (50)   | 6 (50)             |       |
| Öğrenci evinde   | n (%) | 53 (68)  | 25 (32)            |       |
| Yurtta           | n (%) | 95 (68)  | 45 (32)            |       |

Yaşam alanı ile yeme tutum puanları arasındaki ilişki analizi değerlendirildiğinde; yeme tutumu puanları yaşam alanları arasında farklılık göstermemektedir (p: 0,822, p>0,05). Yine en yüksek yeme tutumu puanı tek başına evde yaşayan kişilerde ve en düşük yeme tutumu puanı ise akrabaları ile yaşayan kişilerde görülmektedir. Katılımcıların yeme tutum testi puanları ile yaşam alanı arasındaki ilişki analizi Tablo 4-41'de gösterilmiştir.

**Tablo 4-41: Yaşam alanı ile yeme tutumu puanları arasındaki ilişki analizi**

| Yaşam alanı      | Kişi sayısı (n) | A.O.±S.S.     | p     |
|------------------|-----------------|---------------|-------|
| Aile evinde      | 166             | 18,1 ± 10,13  | 0,822 |
| Akrabalarla evde | 4               | 14,25 ± 8,62  |       |
| Tek başına evde  | 12              | 19,0 ± 13,52  |       |
| Öğrenci evinde   | 78              | 17,32 ± 12,67 |       |
| Yurtta           | 140             | 16,91 ± 10,29 |       |

Bölüm öğrencilerinin yeme tutum grupları arasındaki ilişki durumu değerlendirildiğinde; yeme tutumu normal olanlar ile yeme bozukluğu olanlar bölümler arasında farklılık göstermemektedir ( $p: 0,146$ ,  $p>0.05$ ). Beslenme bölümünde öğrencilerin %33'ünde ve mühendislik bölümlerindeki diğer öğrencilerin %41'inde yeme bozukluğu görülmektedir. Katılımcıların yeme tutum testi sonuçları ile bölümleri arasındaki ilişki analizi Tablo 4-42'de gösterilmiştir.

**Tablo 4-42: Bölüm ile yeme tutumu grupları ilişki analizi**

| Bölüm       | YTÖ grup   |                    | P     |
|-------------|------------|--------------------|-------|
|             | Normal     | Yeme bozukluğu var |       |
| Beslenme    | 134 (67,0) | 66 (33,0)          | 0,146 |
| Mühendislik | 119 (60,0) | 81 (41,0)          |       |

Bölüm öğrencilerinin yeme tutum puanları arasındaki ilişki durumu değerlendirildiğinde; yeme tutum puanları bölümler arasında farklılık göstermektedir ( $p:0,011$ ,  $p<0,05$ ). Beslenme bölüm öğrencilerinin yeme tutum puanı  $16,16\pm9,82$ , mühendislik bölüm öğrencilerinin yeme tutum puanı ise  $18,89\pm11,54$ 'dir. Yeme tutum puanı arttıkça yeme bozukluğu sorunu da ortaya çıkmaktadır. Katılımcıların yeme tutum testi puanları ile bölümleri arasındaki ilişki analizi Tablo 4-43'de gösterilmiştir.

**Tablo 4-43: Bölüm ile yeme tutumu puanları arasındaki ilişki analizi**

|     | Bölüm    | A.O. $\pm$ S.S    | p      |
|-----|----------|-------------------|--------|
| YTÖ | Beslenme | 16,16 $\pm$ 9,82  | 0,011* |
|     | Diğer    | 18,89 $\pm$ 11,54 |        |

Yeme tutum testindeki 1,6,7,10,11,12,14,16,17,22,23,24,26 soruları diyet ölçeği öğeleri olarak kabul edilmektedir. Bu ölçekteki puanlar toplanarak diyet ölçeği puanı elde edilmektedir. Diyet ölçeği puanının yüksek olması beslenme alışkanlıklarının kötü olduğunu göstermektedir. Aşağıdaki analizlerde diyet ölçeği puanı bu şekilde gösterilmektedir.

Cinsiyet ile diyet ölçeği puanları arasındaki ilişki analizi değerlendirildiğinde; erkek ve kadınlar arasında diyet ölçeği puanları farklılık göstermemektedir ( $p: 0.190$ ,  $p>0.05$ ). Ayrıca kadınların diyet ölçeği puanları erkeklerden daha fazla olarak

görülmektedir. Katılımcıların cinsiyet ve diyet ölçeği puanı arasındaki ilişki Tablo 4-44'de gösterilmiştir.

**Tablo 4-44: Cinsiyet ile diyet ölçeği puanı arasındaki ilişki analizi**

|              | Cinsiyet | Kişi sayısı (n) | A.O.±S.S.    | p     |
|--------------|----------|-----------------|--------------|-------|
| Diyet ölçeği | Kadın    | 352             | 10,21 ± 7,13 | 0,190 |
|              | Erkek    | 47              | 8,74 ± 7,48  |       |

Diyet ölçek puanları beden kitle indeksi grupları arasında farklılık göstermektedir (p: 0.000, p<0.05). Beden kitle indeksi zayıf olan kişiler (<18.5) en düşük diyet ölçeği puanına sahipken (6.11 ± 5,84), en yüksek puanı obez olan kişiler (16,8 ± 10,87) almıştır. Kısaca beden kitle indeksi arttıkça diyet ölçeği puanı da aynı şekilde artış göstermektedir. Katılımcıların diyet ölçeği puanı ve BKİ değerleri arasındaki ilişki analizi Tablo 4-45'de gösterilmiştir.

**Tablo 4-45: Diyet ölçek puanı ile beden kitle indeksi arasındaki ilişki analizi**

| BKİ grup     | Diyet ölçeği    |              |        |
|--------------|-----------------|--------------|--------|
|              | Kişi sayısı (n) | A.O.±S.S.    | p      |
| <18,50       | 45              | 6,11 ± 5,84  | 0,000* |
| 18,50- 24,99 | 302             | 10,18 ± 6,89 |        |
| 25,00- 29,99 | 43              | 11,81 ± 7,64 |        |
| ≥30,00       | 10              | 16,8 ± 10,87 |        |

Bölgelere göre diyet ölçeği puanları arasındaki ilişki analizinde; diyet ölçek puanları bölümlere göre farklılık göstermemektedir (p: 0,075, p>0.05). Mühendislik bölüm öğrencilerinin diyet ölçeği puanları, beslenme bölümü öğrencilerine göre biraz daha fazla olarak görülmektedir. Katılımcıların diyet ölçeği puanı ve bölüm arasındaki ilişki analizi Tablo 4-46'da gösterilmiştir.

**Tablo 4-46: Bölüm ile diyet ölçeği puanı arasındaki ilişki analizi**

|              | Bölüm       | Kişi sayısı (n) | A.O.±S.S.   | p     |
|--------------|-------------|-----------------|-------------|-------|
| Diyet ölçeği | Beslenme    | 200             | 9,42 ± 6,57 | 0,075 |
|              | Mühendislik | 200             | 10,7 ± 7,72 |       |

#### 1.4. Beden Algısı Ölçeğine Ait Bulgular

Beden algısı ölçeği cinsiyete göre farklılık göstermektedir (p: 0,001, p<0,05). Kadınların beden algısı ölçek puanı  $139.06 \pm 22.07$  iken, erkeklerin puanı  $153,47 \pm 27,2$ 'dir. Burada erkekler, kadınlara göre vücutlarından daha memnundur. Katılımcıların beden algısı ölçek puanları ile cinsiyet arasındaki ilişki analizi Tablo 4-47'de gösterilmiştir.

**Tablo 4-47: Cinsiyet ile beden algısı ölçek puanları ilişki analizi**

|                  | Cinsiyet | Kişi sayısı (n) | A.O.±S.S.          | p      |
|------------------|----------|-----------------|--------------------|--------|
| BAÖ <sup>3</sup> | Kadın    | 352             | $139,06 \pm 22,07$ | 0,001* |
|                  | Erkek    | 47              | $153,47 \pm 27,2$  |        |

<sup>3</sup>Beden algısı Ölçeği, \*p<0.05

Bölgeler ile beden algısı ölçek puanları arasındaki ilişki analizi değerlendirildiğinde; beden algısı puanları bölgelere göre farklılık göstermemektedir. (p: 0,197, p>0,05). En yüksek beden algısı puanı Karadeniz bölgesinde, en düşük beden algısı puanı ise Akdeniz bölgesinde olarak görülmektedir. Katılımcıların beden algısı ölçek puanı ile bölgeler arasındaki ilişki analizi Tablo 4-48'da gösterilmiştir.

**Tablo 4-48: Bölgeler ile beden algısı ölçeği puanları arasındaki ilişki analizi**

| Bölgeler          | Kişi sayısı | A.O.±S.S.          | p     |
|-------------------|-------------|--------------------|-------|
| Akdeniz           | 105         | $137,84 \pm 23,07$ | 0,197 |
| Doğu Anadolu      | 14          | $147,86 \pm 29,34$ |       |
| Ege               | 14          | $148,64 \pm 21,93$ |       |
| Güneydoğu Anadolu | 232         | $140,41 \pm 22,89$ |       |
| İç Anadolu        | 15          | $138,33 \pm 20,86$ |       |
| Karadeniz         | 10          | $153,6 \pm 26,68$  |       |
| Marmara           | 10          | $146,9 \pm 19,12$  |       |

Yaşam yeri ile beden algısı ölçek puanları arasındaki ilişki analizi değerlendirildiğinde; kentsel yerlerde yaşayanlar ile kırsal yerlerde yaşayanların vücut algısı puanları farklılık göstermektedir (p: 0.005, p<0,05). Yani kentsel yerlerde yaşayanlar kırsal yerlerde yaşayanlara göre vücutlarından daha memnun olarak görülmektedir. Katılımcıların beden algısı ölçek puanı ile yaşam yeri arasındaki ilişki analizi Tablo 4-49'da gösterilmiştir.

**Tablo 4-49: Yaşam yeri ile beden algısı ölçek puanları arasındaki ilişki analizi**

|                  | Yaşam yeri | Kişi sayısı (n) | A.O.±S.S.     | p      |
|------------------|------------|-----------------|---------------|--------|
| BAÖ <sup>1</sup> | Kentsel    | 376             | 139,96 ± 22,9 | 0,005* |
|                  | Kırsal     | 23              | 153,87 ± 24   |        |

<sup>1</sup>Beden Algısı Ölçeği, \*p<0.05

Anne eğitimi ile beden algısı ölçek puanları arasındaki ilişki analizi değerlendirildiğinde; beden algısı ölçek puanları annelerin eğitim seviyelerine göre farklılık göstermemektedir (p: 0,392, p>0.05). Ayrıca beden algısı en yüksek olanlar annesi ilkököl mezunu öğrenciler (142.86 ± 23.19) iken, en düşük puan ise annesi üniversite mezunu olan öğrencilerde (136.11 ± 22.71) görülmektedir. Katılımcıların beden algısı ölçek puanları ile anne eğitim durumları arasındaki ilişki analizi Tablo 4-50'de gösterilmiştir.

**Tablo 4-50: Anne eğitimi ile beden algısı ölçek puanları arasındaki ilişki analizi**

| Anne eğitim          | Kişi sayısı (n) | A.O.±S.S.      | p     |
|----------------------|-----------------|----------------|-------|
| Okur yazar değil     | 32              | 139,94 ± 29,38 | 0,392 |
| İlkököl mezunu       | 150             | 142,86 ± 23,19 |       |
| Ortaoköl mezunu      | 62              | 139,37 ± 23,55 |       |
| Lise ve dengi mezunu | 93              | 141,46 ± 20,66 |       |
| Üniversite mezunu    | 63              | 136,11 ± 22,71 |       |

Anne meslek grupları ile beden algısı ölçek puanları arasındaki ilişki analizi değerlendirildiğinde; beden algısı ölçek puanları annelerin meslek seviyelerine göre farklılık göstermektedir (p: 0,030, p<0.05). Ayrıca beden algısı puanları en yüksek olanlar annesi özel sektörde çalışan öğrenciler (158.67 ± 26.97) iken, en düşük puan ise annesi memur olan öğrencilerde (132.62 ± 20.75) görülmektedir. Katılımcıların beden algısı ölçek puanı ile anne meslek grupları arasındaki ilişki analizi Tablo 4-51'de gösterilmiştir.

**Tablo 4-51: Anne meslek grupları ile beden algısı ölçeği arasındaki ilişki analizi**

| Anne meslek | Kişi sayısı (n) | A.O.±S.S.      | p      |
|-------------|-----------------|----------------|--------|
| Çalışmıyor  | 328             | 140,88 ± 23,35 | 0,030* |
| Memur       | 39              | 132,62 ± 20,75 |        |
| Esnaf       | 5               | 146 ± 11,2     |        |
| İşçi        | 6               | 139,83 ± 20,92 |        |
| Emekli      | 10              | 142,4 ± 16,05  |        |
| Özel sektör | 12              | 158,67 ± 26,97 |        |

\*p&lt;0.05

Baba eğitimi ile beden algısı ölçek puanları arasındaki ilişki analizi değerlendirildiğinde; beden algısı ölçek puanları babaların eğitim seviyelerine göre farklılık göstermemektedir (p: 0.218, p>0.05). Ayrıca beden algısı puanı en yüksek olanlar babası okur yazar olmayan öğrenciler (148.33 ± 35.16) iken, en düşük puan ise babası üniversite mezunu olan öğrencilerde (138.07 ± 20.88) görülmektedir. Katılımcıların beden algısı ölçek puanları ile baba eğitim durumları arasındaki ilişki analizi Tablo 4-52’de gösterilmiştir.

**Tablo 4-52: Baba eğitimi ile beden algısı ölçeği arasındaki ilişki analizi**

| Baba eğitim          | Kişi sayısı (n) | A.O.±S.S.      | p     |
|----------------------|-----------------|----------------|-------|
| Okur yazar değil     | 6               | 148,33 ± 35,16 | 0,218 |
| İlkokul mezunu       | 85              | 139,59 ± 24,25 |       |
| Ortaokul mezunu      | 73              | 139,74 ± 24,34 |       |
| Lise ve dengi mezunu | 113             | 144,6 ± 23,08  |       |
| Üniversite mezunu    | 123             | 138,07 ± 20,88 |       |

Baba meslek grupları ile beden algısı puanları arasındaki ilişki analizi değerlendirildiğinde; beden algısı ölçek puanları babaların meslek seviyelerine göre farklılık göstermemektedir (p: 0.158, p>0.05). Ayrıca beden algısı puanları en yüksek olanlar babası işçi olan öğrenciler (144.81 ± 21.58) iken, en düşük puan ise babası memur olan öğrencilerde (136.73 ± 19.9) görülmektedir. Katılımcıların beden algısı ölçek puanları ile baba meslek grupları arasındaki ilişki analizi Tablo 4-53’de gösterilmiştir.

**Tablo 4-54: Baba meslek grupları ile beden algısı ölçeği arasındaki ilişki analizi**

| Baba meslek | Kişi sayısı (n) | A.O.±S.S.      | p     |
|-------------|-----------------|----------------|-------|
| Çalışmıyor  | 8               | 158 ± 26,81    | 0,158 |
| Memur       | 74              | 136,73 ± 19,9  |       |
| Esnaf       | 129             | 140,05 ± 23,32 |       |
| İşçi        | 27              | 144,81 ± 21,58 |       |
| Emekli      | 76              | 140,63 ± 23,25 |       |
| Özel sektör | 86              | 142,23 ± 25,13 |       |

Gelir gruplarına göre beden algısı puanları ilişki analizinde; gelir grupları arasında puanlar farklılık göstermiştir (p: 0.05,  $p \leq 0,05$ ). Burada; en yüksek beden algısı puanı 1000 TL ve altı gelir düzeyine sahip kişilerde ( $153.3 \pm 29.69$ ) ve en düşük puan ise 5000 TL ve üzeri geliri olan kişilerde ( $138.47 \pm 21.14$ ) görülmektedir. Yani gelir düzeyi az olan bireylerde vücut memnuniyeti daha fazla görülmektedir. Katılımcıların beden algısı ölçek puanı ile gelir durumları arasındaki ilişki analizi tablo 4-54'de gösterilmiştir.

**Tablo 4-54: Gelir grupları ile beden algısı ölçeği arasındaki ilişki analizi**

| Gelir grupları   | Kişi sayısı (n) | A.O.±S.S.      | p     |
|------------------|-----------------|----------------|-------|
| 1000 TL ve altı  | 23              | 153,3 ± 29,69  | 0,05* |
| 1000-2500 TL     | 111             | 142,65 ± 24,46 |       |
| 2500-4000 TL     | 134             | 138,88 ± 21,66 |       |
| 4000-5000 TL     | 53              | 139,06 ± 22,63 |       |
| 5000 TL ve üzeri | 79              | 138,47 ± 21,14 |       |

Yaşam alanı beden algısı ölçek puanları arasındaki ilişki analizi değerlendirildiğinde; beden algısı ölçek puanları yaşam alanları arasında farklılık göstermemektedir (p: 0.148,  $p > 0,05$ ). Bununla birlikte en yüksek beden algısı puanı öğrenci evinde yaşayan kişilerde ( $145.31 \pm 23.46$ ) ve en düşük beden algısı puanı ise tek başına evde yaşayan kişilerde ( $131 \pm 18.66$ ) görülmektedir. Katılımcıların beden algısı ölçek puanları ile yaşam alanı arasındaki ilişki analizi Tablo 4-55'da gösterilmiştir.

**Tablo 4-55: Yaşam alanı ile beden algısı ölçeği arasındaki ilişki analizi**

| Yaşam alanı      | Kişi sayısı (n) | A.O.±S.S.      | p     |
|------------------|-----------------|----------------|-------|
| Aile evinde      | 166             | 138,57 ± 22,05 |       |
| Akrabalarla evde | 4               | 143,5 ± 9,85   |       |
| Tek başına evde  | 12              | 131 ± 18,66    | 0,148 |
| Öğrenci evinde   | 78              | 145,31 ± 23,46 |       |
| Yurtta           | 140             | 141,4 ± 24,55  |       |

Yeme tutumu grupları ile beden algısı ölçek puanları arasındaki ilişki analizi değerlendirildiğinde; yeme tutumu normal olan kişiler ile yeme bozukluğu olan kişilerin beden algısı ölçek puanları farklılık göstermemektedir ( $p:0.768$ ,  $p>0.05$ ). Yeme tutumu normal olan kişiler ile yeme tutumu bozuk olan kişilerin beden algısı puanları yakın değerlerde görülmektedir. Katılımcıların beden algısı ölçek puanı ve yeme tutum testi sonuçları arasındaki ilişki analizi tablo 4-56'da gösterilmiştir.

**Tablo 4-56: Yeme tutumu grupları ile beden algısı ölçeği puanları arasındaki ilişki analizi**

|                  | YTÖ <sup>2</sup>   | Kişi sayısı (n) | A.O.±S.S.      | p     |
|------------------|--------------------|-----------------|----------------|-------|
| BAÖ <sup>1</sup> | Normal             | 253             | 140,42 ± 21,34 | 0,768 |
|                  | Yeme bozukluğu var | 147             | 141,17 ± 26,09 |       |

<sup>1</sup>Beden Algısı Ölçeği, <sup>2</sup>Yeme Tutumu Ölçeği

Beslenme ve diğer bölüm öğrencilerinin beden algısı ölçek puanları arasındaki ilişki durumu değerlendirildiğinde; beden algısı ölçek puanları bölümler arasında farklılık göstermemektedir ( $p: 0.147$ ,  $p>0,05$ ). Beslenme ve diğer bölümleri beden algısı puanları ise birbirine çok yakın değerlerde görülmektedir. Katılımcıların beden algısı ölçek puanları ve bölüm arasındaki ilişki analizi tablo 4-57'de gösterilmiştir.

**Tablo 4-57: Bölüm ile beden algısı ölçek puanları arasındaki ilişki analizi**

|     | Bölüm    | A.O.±S.S.    | p     |
|-----|----------|--------------|-------|
| BAÖ | Beslenme | 139,02±19,82 | 0,147 |
|     | Diğer    | 142,38±26,04 |       |



## 5.TARTIŞMA

Araştırmada, üniversite öğrencilerinin beden algıları, yeme tutumları ve BKİ durumlarının karşılaştırılması ve değişkenler arasındaki ilişkilerin anlamlı düzeyde olup olmadığının bulunması amaçlanmıştır. Bununla birlikte, karşılaştırılan değişkenler ile sosyodemografik durumlar arasındaki ilişkinin saptanması hedeflenmiştir.

Literatürde daha önce yapılmış, beden algıları, yeme tutumları ve BKİ durumları değişkenlerini bir arada inceleyen herhangi bir çalışma bulunmamaktadır.

Öngören'in (2015) Muğla ili içerisinde yapmış olduğu, örnekleminin % 62'si kadın % 32'si erkek, 18-64 yaş arası katılımcılardan oluşan çalışmada BKİ artışının olumsuz beden algısına neden olduğu gözlenmiştir (99). Hamurcu ve arkadaşlarının (2015) yapmış oldukları, örnekleminin %86'sı kadın %14'ü erkek, yaş ortalamasının  $25.2 \pm 7.5$  olduğu çalışmada ise obez bireylerde negatif beden algısının normal bireylere kıyasla 5.48 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (8).

Uskun ve Şabaplı'nın (2013) lise öğrencileri ile yapmış oldukları, örnekleminin %61'inin kadın %39'unun erkek, yaş ortalamasının  $16.1 \pm 1.1$  olduğu çalışmada beden algısının BKİ'ne göre farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum araştırmacılara beden algısının gerçekte olan vücut durumunun dışında başka faktörlerden etkilenebildiğini düşündürmüştür. Bu düşüncüyü destekler nitelikte toplumdaki sosyal, kültürel, ekonomik ve geleneksel yapıların kişilerin beden algısını etkilediği ve bunların değişmesi durumunda beden algısının da değişebileceği bildirilmiştir (98).

Örneklemin %88'inin kadın %12'sinin erkek, yaş ortalamasının  $20.8 \pm 1.9$  olduğu araştırmamızın sonucunda beden algısı ölçek puanları ve beden kitle indeksi durumları arasında anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir. Bu sonuç Uskun ve Şabaplı'nın çalışması ile benzer iken, Öngören ve Hamurcu'nun çalışmalarından farklıdır. Bu farkın Öngören ve Hamurcu'nun çalışmalarına katılan katılımcıların yaş ortalamasının daha yüksek olması, yaş ile birlikte kişilerin farkındalıklarının ve beklentilerinin artmasına bağlı olarak beden memnuniyetlerinin azalmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Abakay ve arkadaşlarının (2017) 18-26 yaş aralığında 251 üniversite öğrencisi (150 kadın, 101 erkek) üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada ve Hacıoğlu'nun (2017)

17-29 yaş aralığında 342 üniversite öğrencisi (144 kadın, 198 erkek) ile yapmış olduğu bir çalışmada erkeklerin pozitif beden algısının kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (100,101). Buna karşılık Yılmaz'ın (2017) 14-18 yaş aralığında 274 lise öğrencisi (111 erkek, 163 kız) üzerinde yaptığı çalışmada kız öğrencilerin beden algısının erkek öğrencilerden yüksek olduğu sonucunda ulaşılmıştır (102).

17-31 yaş aralığında 400 üniversite öğrencisi (352 kadın, 48 erkek) ile yaptığımız çalışmamızın sonucunda beden algısı ölçeği ile cinsiyet arasındaki ilişki analizi değerlendirildiğinde anlamlı bir fark görülmektedir. Erkek katılımcıların beden algısı kadın katılımcılarınkinden yüksek çıkmıştır. Bu sonuç Abakay ve Hacıoğlu'nun sonuçlarıyla benzerlik gösterirken, Yılmaz'ın sonucundan farklılık göstermektedir. Çalışma sonuçları arasındaki farklılık, örneklem yaşlarının farklı olması ile ilişkilendirilebilir.

Wilfley'in (2000) çalışmasında tıknırcasına yeme bozukluğuna sahip pre-obez ve obez olup görünüş ve kilo açısından endişeleri olan hastaları değerlendirmiştir. Bu hastaları tıknırcasına yeme bozukluğu olmayan ancak anoreksiya nervosa, bulimiya nervosa olan obez hastalarla karşılaştırmıştır. Çalışmanın neticesinde tıknırcasına yeme bozukluğu olan hastalar ile bulimiya nervozaya sahip hastaların görünüş ve kilo endişe seviyeleri birbirine benzer çıkmıştır. Yeme bozukluğu olan obez hastaların görünüş ve kilo endişe seviyelerinin yeme bozukluğu olmayan obez hastalara göre daha yüksek seviyelerde olduğu gözlemlenmiştir (103). Kadioğlu ve Ergün'ün (2015) 312 kadın ve 213 erkek üniversite öğrencisi ile yürüttüğü çalışmanın sonucunda beden algısı kötüleştikçe anormal yeme tutumunun arttığı sonucuna ulaşılmıştır (104). Erdoğan ve Tütüncü'nün (2015) 196 kadın ve 34 erkek üniversite öğrencisinin katılımıyla yürütmüş olduğu çalışmanın sonucunda negatif beden algısı ile anormal yeme tutumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (105).

Çalışmamızda yeme tutumu ölçek puanları ile beden algısı ölçek puanları arasındaki ilişki analizi değerlendirildiğinde; literatürden farklı olarak, yeme tutumu normal olan kişiler ile yeme bozukluğu olan kişilerin beden algısı ölçek puanları arasında fark olmadığı saptanmıştır. Bu durumun örneklem yoğunluğumuzun kadın katılımcılardan oluşması (352 kadın, 47 erkek) ve kadınların beden algısının erkeklerden kötü olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Kadioğlu ve Ergün'ün (2015) 525 üniversite öğrencisi ile yapmış oldukları çalışmada kız öğrencilerin YTT puan ortalamasının ( $18.67 \pm 11.3$ ) erkek öğrencilerden

(16.79±10.73) istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu gözlenmiştir (p=0.01) (104). Erol ve arkadaşlarının (2006) 408 üniversite öğrencisi ile yaptıkları çalışmada ise kız öğrencilerin YTT puan ortalaması (15.7±8.3) erkek öğrencilerden (12.2±5.7) istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (p<0.01) (106). Ünal ve arkadaşlarının (2009) 272 üniversite öğrencisi üzerinde yapmış oldukları bir çalışma da kız öğrencilerin YTT puan ortalaması (20.0) erkek öğrencilerden (16.0) istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (p<0.001) (71). Yıldırım ve arkadaşlarının (2017) 19-28 yaş aralığındaki 375 birey ile yapmış oldukları bir çalışmanın sonucunda kadın katılımcıların YTT puan ortalaması (17.8±13.2) erkek katılımcılardan (15.3±13.5) yüksek bulunmuştur ve bu sonuçla beraber kadın olmanın olumsuz yeme tutumu açısından risk faktörü olduğu belirlenmiştir (107).

Çalışmamızda cinsiyete göre yeme bozukluğu değerlendirildiğinde kız öğrencilerde YTT puanlarının (17.6±10.4) erkek öğrencilerden (16.1±13.0) daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuç Kadıoğlu ve Ergün, Erol ve ark., Ünal ve ark., Yıldırım ve ark.'nın bulmuş oldukları sonuçlara benzerdir. Bu durumun kadınların erkeklere kıyasla kilo kontrolü için egzersiz yerine yanlış diyet uygulamalarını daha fazla tercih etmelerine bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Kadıoğlu ve Ergün'ün (2015) üniversite öğrencileri ile yapmış oldukları bir çalışmada öğrencilerin anne eğitim düzeyleri azaldıkça yeme bozuklukları ile karşılaşma risklerinin arttığı gösterilmiştir (104). Yıldırım ve arkadaşlarının (2017) lise öğrencileri ile yapmış oldukları çalışmada anne eğitim düzeyi ile yeme tutumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (108).

Bizim çalışmamızın sonucunda anne eğitimi ile yeme bozukluğu arasındaki ilişki analizi değerlendirildiğinde anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Ancak en yüksek YTT puanı (21±14.4) annesi okur-yazar olmayan grupta, en düşük YTT puanı (15.8±8.07) ise annesi üniversite mezunu olan grupta görülmüştür. Sonuç olarak, okur-yazar olmayan annelerin çocuklarının yeme bozukluğu açısından risk altında olduğu gözlenmiştir. Bu durumun eğitimsiz annelerin, çocuklarını sağlıklı beslenme hakkında doğru yönlendirme ve bilinçlendirme yapamamasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Thomas ve arkadaşlarının (2004) yılında yaptıkları çalışmada obezitenin yeme bozukluğu için bir risk faktörü olduğu sonucuna ulaşılmıştır (109). Uzdil ve arkadaşlarının (2017) lise öğrencileri ile yaptıkları çalışmada yeme tutum testi puanı ile

beden kitle indeksi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0.005$ ) ancak beden kitle indeksi artışıyla beraber yeme tutum testi puanlarının arttığı görülmüştür (BKİ<18.5 olan grupta YTT puanı=17.0, BKİ>25 olan grupta YTT puanı=19.0) (110). Tanrıverdi ve arkadaşlarının (2011) lise öğrencilerinde yaptıkları çalışmada BKİ ile yeme tutum testi puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir (111). Uskun ve Şabaplı'nın (2013) lise öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada yeme tutum testi puanı ve BKİ ilişkili bulunmuş olup ( $p<0.001$ ) zayıf olanların YTT puanı ( $153.4\pm 26.7$ ) normal kiloda olanların YTT puanına ( $143.8\pm 30.3$ ) ve şişman olanların YTT puanına ( $127.6\pm 34.5$ ) göre yüksek bulunmuştur (98). Ulaş ve arkadaşları da (2013) üniversite öğrencilerinde yaptıkları araştırmada yeme tutum testi puanı ile BKİ ilişkisini istatistiksel olarak anlamlı bulmuşlardır ( $p<0.05$ ) (112). Forman ve arkadaşlarının (2004) lise öğrencilerinde yaptıkları çalışmada zayıf olan kişilerin yeme tutum puanlarının obez olanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (113).

Bizim çalışmamızda her ne kadar BKİ puanları ile yeme tutum arasında bir ilişki bulunamasa da BKİ artışıyla birlikte yeme tutum testi puanlarının arttığı görülmüştür. Zayıf olan öğrencilerin yeme tutum testi puanının ( $17.38\pm 11.3$  puan) obez öğrencilerin yeme tutum testi puanından ( $25.5\pm 14.28$  puan) daha düşük olduğu görülmüştür. Yeme tutum puanının BKİ arttıkça yükselen değerler göstermesi artan ağırlık artışı ile birlikte yeme tutumunun kötüleştiğini göstermektedir. Sonucumuzun diğer çalışmalar ile benzer özellik taşımasına karşın Forman ve arkadaşlarının elde etmiş olduğu sonuçtan farklı olmasında örneklem yaşlarının farklı olması ve kültürler arası farklılıklardan kaynaklanmış olabilir.

Oğur ve Aksoy'un (2016) 474 üniversite öğrencisinde yaptıkları çalışmada cinsiyet ve BKİ arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu ve erkeklerin BKİ değerlerinin kadınlardan yüksek olduğu bulunmuştur ( $p=0.000$ ). Örneklem %53.4'ünü kız öğrenciler, %47.6'sını erkek öğrenciler oluştururken kızların %17.0'si zayıf, %77.1'i normal, %5.9'u şişman olarak belirlenmiştir. Aynı oran erkek öğrencilerde %5 zayıf, %78.7 normal, %16.2 şişman olarak tespit edilmiştir (114). Koç ve Yardımcı'nın (2017) lise öğrencilerinde yaptıkları çalışmada erkeklerin BKİ değerlerinin kadınlarınkinden yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $p<0.05$ ) (115). Metinoğlu ve Pekol'ün (2012) yapmış oldukları 10-12 yaş grubu öğrencilerin katıldığı çalışmada cinsiyet ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p=0.918$ ) (116).

Bizim çalışmamızda da Oğur ve Aksoy'un, Koç ve Yardımcı'nın çalışmalarına paralel olarak cinsiyete göre BKİ değerleri arasında anlamlı olarak fark bulunmuştur. Erkeklerin BKİ değerleri kadınlardan yüksek çıkmıştır. Bu durumun erkeklerin vücut kas oranlarının kadınlardan yüksek olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür. Metinoğlu ve Pekol'un çalışmasında bizim çalışmamızdan farklı bir sonuç ortaya çıkması, 10-12 yaş grubu çocuklarda iki cinsiyet arasındaki ağırlık farkının henüz belirginleşmemiş olmasından kaynaklanmış olabilir.

Metinoğlu ve Pekol'un (2012) çalışmasında gelir düzeyi ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p=0.961$ ) (116). Koçoğlu ve arkadaşlarının (2003) 11-14 yaş grubunda yaptıkları çalışmada gelir düzeyleri arttıkça BKİ değerlerinin de yükseldiği tespit edilmiştir (117).

Bizim çalışmamızda da, Metinoğlu ve Pekol'u destekler nitelikte ancak Koçoğlu ve arkadaşlarının çalışmasından farklı olarak beden kitle indeksi ile gelir grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Koçoğlu ve arkadaşlarının sonucunun farklı olmasının, gelir düzeyi arttıkça yüksek kalorili gıdalara ulaşımın kolaylaşmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Karagöz ve Karagün'un (2015) sporcular ile yapmış oldukları bir çalışmada gelir düzeyi ve beden algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (118). Cafri ve Yamamiya'nın (2006) beden algısını etkileyen faktörlerle ilgili çalışmasında da gelir düzeyi ve beden algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (119). Aktaş ve Aştı'nın (2010) üniversite öğrencileri ile yapmış oldukları bir çalışmada gelir düzeyi arttıkça beden algısının iyileştiği sonucuna ulaşılmıştır (120).

Bizim çalışmamızın sonucunda gelir düzeyi ve beden algısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $p=0.05$ ). Gelir düzeyi azaldıkça katılımcıların beden algısının arttığı bulunmuştur.

Ermiş ve Doğan'ın (2015) 1105 üniversite öğrencisi ile yapmış oldukları çalışmada beslenme ile ilgili bir bölümde okuyan 453 kişi ve beslenme ile ilgili bir bölümde okumayan 652 kişi, beslenme bilgi ve alışkanlıkları düzeylerine göre karşılaştırılmışlardır. Çalışmanın sonucunda beslenme ile ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerin diğer bölüm öğrencilerinden daha bilinçli oldukları sonucuna ulaşılmıştır (121).

400 üniversite öğrencisiyle yaptığımız çalışmamızda ise 200 beslenme bölümü öğrencisi ve 200 mühendislik bölümü öğrencisi yeme tutumlarına göre karşılaştırılmış

ve beslenme bölüm öğrencilerinin YTT puanları ( $16.1 \pm 9.8$ ) diğer bölüm öğrencilerinin YTT puanlarından ( $18.8 \pm 11.5$ ) anlamlı olarak düşük bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Buna sebep olarak beslenme bölüm öğrencilerinin eğitim kapsamında yeme bozuklukları ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları ile ilgili bilgi sahibi olması gösterilebilir.

Ünsal ve arkadaşlarının (2010) lise öğrencileri ile yapmış oldukları çalışmada baba eğitim düzeyi ile yeme tutumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (122). Yıldırım ve arkadaşlarının (2017) lise öğrencilerinde yapmış oldukları çalışmada baba eğitim düzeyi ile yeme tutumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (108).

Çalışmamızın sonucunda baba eğitimi ile yeme bozukluğu arasındaki ilişki analizi değerlendirildiğinde anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Ancak en yüksek YTT puanı ( $26.8 \pm 23.8$ ) babası okur-yazar olmayan grupta, en düşük YTT puanı ( $16.6 \pm 10.42$ ) ise babası üniversite mezunu olan grupta görülmüştür. Sonuç olarak, okur-yazar olmayan babaların çocuklarının yeme bozukluğu açısından risk altında olduğu gözlenmiştir. Bu durumun eğitimsiz babaların çocukları ile etkili iletişim kuramıyor olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Kim ve Yang'ın (2008) yaptıkları bir çalışmada ebeveyn-ergen iletişimi ile yeme bozuklukları arasında anlamlı negatif bir ilişkinin olduğu bildirilmiştir (123).

Ünsal ve arkadaşlarının (2010) yapmış oldukları çalışmada gelir düzeyi ve yeme tutumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (122). Chen ve Jackson'ın (2007) yaptıkları bir çalışmada ise gelir düzeyi arttıkça yeme tutumunun kötüleştiği sonucuna ulaşılmıştır (124).

Bizim çalışmamızın sonucunda gelir düzeyi ve yeme tutumu arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

Ünsal ve arkadaşlarının (2010) yapmış oldukları çalışmada anne ve babası çalışan ve çalışmayan öğrenciler arasında yeme bozukluğu açısından anlamlı bir fark saptanamamıştır (122). Yıldırım ve arkadaşlarının (2017) yapmış oldukları çalışmada da anne ve babası çalışan ve çalışmayan öğrenciler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (108). Maor ve arkadaşlarının (2006) yapmış oldukları çalışmada annesi çalışan ve çalışmayan öğrenciler arasında yeme tutum testi puanlarının farklı olmadığını, ancak babası çalışmayan öğrencilerde yeme tutum puanının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (125).

Çalışmamızın sonucunda da anne ve babanın çalışma durumu ile yeme tutumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Tayfur'un (2018) üniversite öğrencilerinde yapmış olduğu bir çalışmada beden algısı düzeylerinin anne ve baba eğitim düzeyine göre farklılaşmadığı belirlenmiştir (126). Çiftçi'nin (2012) yapmış olduğu çalışmada da üniversite öğrencilerinin beden algıları anne ve baba eğitim düzeyine göre farklılık göstermemiştir (127).

Bizim çalışmamızda da Tayfur ve Çiftçi'nin sonuçlarıyla benzer olarak anne ve baba eğitimi ile beden algısı durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Yıldırım ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmada kırsal veya kentsel bölgede yaşama durumu ile yeme tutum puanları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir (108). Szabo ve Allwood'un (2004) yaptıkları bir çalışmada kentsel bölgelerde yaşayanların yeme tutum puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (128). Ünal ve arkadaşlarının (2009) üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmada ise kırsalde ikamet edenlerde yeme bozukluğu görülme oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (71).

Bizim çalışmamızda da, Ünal ve arkadaşlarını destekler nitelikte kırsal kesimde yaşama ile anormal yeme tutumu arasında pozitif anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu sonucun kırsal kesimde kültürel seviyenin ve beslenme bilgi düzeyinin daha düşük olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızın sonucunda beden kitle indeksi ile okunulan bölüm, bölgeler, yaşam yeri, anne eğitimi, anne meslek grupları, baba eğitimi, baba meslek grupları ve yaşam alanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Yeme tutumu ile bölgeler ve yaşam alanı arasında da anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Beden algısı ile okunulan bölüm, bölgeler, anne meslek grupları, baba meslek grupları ve yaşam alanı arasında da anlamlı bir ilişki gözlemlenmemiştir.

Çalışmamızın eksiklikleri; erkek katılımcı sayısının az olması, yaş grubunun üniversite öğrencileri ile sınırlı olması ve örneklemin az olması olarak gösterilebilir.

## 6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, üniversite öğrencilerinin beden algıları, yeme tutumları ve beden kitle indeksi durumlarını değerlendirmeyi ve birbirleriyle olan ilişkilerini” incelemeyi amaçlamıştır. Bu veriler istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır:

1. Öğrencilerin %88’i kadın, %12’si erkektir.Yaş ortalaması 20.8±1.9 yıldır. BKİ ortalaması 21.8±3.14 kg/m<sup>2</sup>’dir.
2. Çalışmaya katılan öğrencilerin cinsiyetleri ile BKİ durumları arasındaki ilişkiye bakıldığında erkek öğrencilerin BKİ durumlarının kız öğrencilerden anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur (p<0.05). Erkek öğrencilerin vücut kas oranlarının kız öğrencilerden daha yüksek olması, kas ağırlığının tartı sonucunu arttırmasına bağlı olarak BKİ değerinin yüksek çıkmış olması bu sonucun sebebi olarak gösterilebilir.
3. Çalışmaya katılan öğrencilerin BKİ durumları ile yeme tutum puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur (p>0.05). Ancak en yüksek YTT puanı obez olan kişilerde, en düşük YTT puanı normal olan kişilerde bulunmuştur. Bu sonuca bakarak obez olan kişilerin yeme bozuklukları açısından risk altında olduğunu söyleyebiliriz.
4. Çalışmaya katılan öğrencilerin BKİ ve BAÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p>0.05). Ancak en yüksek BAÖ puanı zayıf öğrencilerin grubunda, en düşük BAÖ puanı ise obez öğrencilerin grubunda tespit edilmiştir. Bu sonucun ortaya çıkmasına toplumda zayıflık=güzellik anlayışının hakim olması, tv ve medyanın obez ve kilolu insanlara karşı negatif algıyı arttırıyor olmaları sebebiyet vermiş olabilir.
5. Çalışmaya katılan öğrencilerin okudukları bölüm ve YTT puanları karşılaştırıldığında beslenme bölüm öğrencilerinin YTT puanları diğer bölüm öğrencilerinden anlamlı olarak düşük bulunmuştur (p<0.05). Bu sonucun ortaya çıkmasında beslenme bölüm öğrencilerinin yeme bozuklukları ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarını ders içeriği olarak görüyor olmaları ve doğru bilgi düzeylerinin yüksek olması etkili olmuş olabilir.



6. Çalışmaya katılan öğrencilerin cinsiyetleri ile YTT puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Bu sonucun ortaya çıkmasında örneklemimizdeki kadın ve erkek katılımcı dengesizliği etkili olmuş olabilir.
7. Çalışmaya katılan öğrencilerin yaşam yeri ile YTT puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında kırsal kesimde yaşayanlarda YTT puanı kentsel bölgelerde yaşayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bu sonucun ortaya çıkmasında kırsal bölgelerde tek tip beslenmenin daha yoğun olması etkili olmuş olabilir.
8. Çalışmaya katılan öğrencilerin anne eğitim durumları ile YTT puanları arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı bir fark bulunamadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ). Ancak en yüksek YTT puanı annesi okur yazar olmayan öğrencilerde, en düşük YTT puanı ise annesi üniversite mezunu olan öğrencilerde tespit edilmiştir. Bu sonucun ortaya çıkmasında eğitilmiş annelerin bilgi düzeylerinin daha yüksek olması ve çocuklarını sağlıklı beslenme ve yeme bozuklukları ile ilgili daha doğru yönlendirebilmesi etkili olmuş olabilir.
9. Çalışmaya katılan öğrencilerin gelir düzeyleri ve YTT puanları arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0.05$ ). Ancak en yüksek YTT puanı geliri 1000 TL ve altı olan grupta bulunurken, en düşük YTT puanı geliri 5000 TL ve üzeri olan grupta tespit edilmiştir. Buna sebep olarak sağlıklı beslenmenin sağlıksız beslenmeden daha pahalı olması, düşük gelir grubuna sahip insanların besinlerin sağlıklı olmasından ziyade ucuz olmasına önem vermeleri, yüksek gelir grubunun aile eğitimlerinin daha yüksek olma ihtimali gösterilebilir.
10. Çalışmaya katılan öğrencilerin cinsiyet ve BAÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde erkek katılımcıların beden algılarının kadın katılımcılardan anlamlı olarak yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $p<0.05$ ). Bu sonucun ortaya çıkmasında erkeklerin kiloyu negatif bir durum olarak görmüyor olması, bunu bir güç ve kuvvet sembolü olarak kabul ediyor olmaları etkili olmuş olabilir. Bunun yanısıra toplum tarafından oluşturulan ve kadına dayatılan ideal vücut ölçüleri, güzellik algıları da kadınların beden memnuniyetinin azalmasına sebep olmuş olabilir.

11. Çalışmaya katılan öğrencilerin yaşam yeri ile BAÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde kırsal kesimde yaşayanların BAÖ puanları kentsel bölgelerde yaşayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bu sonucun ortaya çıkmasında kırsal kesimde yaşayanların dış görünüşleriyle ilgili daha az baskıya maruz kalmaları, çevre beklentisinin daha düşük olması ve bedenen çalışma oranının daha fazla olması etkili olmuş olabilir.
12. Çalışmaya katılan öğrencilerin anne meslek grupları ile BAÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı olarak fark olduğu ortaya çıkmıştır ( $p<0.05$ ). En yüksek BAÖ puanı annesi özel sektörde çalışanlarda, en düşük BAÖ puanı annesi memur olanlarda görülmüştür. Literatürden farklı bir sonucun ortaya çıkmasında çalışmanın Gaziantep ilinde yapılmış olması ve bu bölgede özel sektörün erkek hakimiyetinde bulunuyor olması sebep olmuş olabilir. Annesi özel sektörde çalışan öğrencilerin kendilerini toplumdan farklı ve ayrıcalıklı hissediyor olmasına, annesi memur olan öğrencilerin ise daha sıradan hissediyor olmalarına sebep olmuş olabilir.
13. Çalışmaya katılan öğrencilerin gelir düzeyleri ile BAÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı olarak fark olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Gelir düzeyi 5000 TL ve üzeri olanlar en düşük beden algısına sahipken, gelir düzeyi 1000 TL ve altı olanlar en yüksek beden algısına sahip bulunmuşlardır. Bu sonucun bulunmasında yüksek gelir düzeyine sahip kişilerin bulunduğu çevrede güzellik algısı ve beklentisinin yüksek olması etkili olmuş olabilir.

Bu çalışmanın üniversite öğrencilerinde beden algısını ve yeme tutumunu etkileyen faktörleri anlamaya yarar sağlayacağı, bu faktörlerin sebep olduğu obezite veya yeme bozukluğu gibi sağlığı olumsuz etkileyebilecek durumlara karşı önlem alınmasına yardımcı girişimleri planlamaya rehber olacağı düşünülmektedir. Kadınların negatif beden algısının azalması, kişilerin anormal yeme tutumlarının düzelmesi için herşeyden önce toplumun; bireyin fizyolojik, psikolojik ve sosyal sağlığının, ideal kabul edilen görüntüden daha önemli olduğunu anlaması gerekmektedir. Bu bilincin kazanılabilmesi için de toplumun sağlıklı beslenme üzerine eğitilmesi, doğru bilgiye ulaşmasının sağlanması gerekmektedir. Televizyon ve sosyal medyada bu derece bilgi

kirliliğinin ve yanlış yönlendirmenin olduğu bir zamanda bu durum daha da önemli hale gelmektedir.

Toplum sağlığı merkezlerine zayıflamak üzere başvuran hastalara rutinde BAÖ uygulayarak, sonucu negatif olan hastaları bir psikoloğa yönlendirmek ileride karşılaşılabilecek yeme bozukluklarının önüne geçilmesini sağlayabilir. Yeme bozuklukları tedavisi zor hastalıklar olduğu için önlenmesi oldukça önem arz etmektedir.

Beden algısı, yeme tutumu ve BKİ durumlarının ayrı ayrı incelendiği pek çok çalışma mevcut olmasına rağmen, bir arada ele alındığı bir çalışma literatürde bulunmamaktadır. Oysa ki bu olgular birbirini tetikleyen ve bağlantılı durumlardır. Birbirleriyle olan ilişkilerinin daha derin incelendiği, sadece fizyolojik değil psikolojik açıdan da ele alındığı geniş örneklemlerli çalışmalar yapılabilir.

Var olan çalışmaların genelinde kadın katılımcı sayısının fazla olduğu ve daha çok öğrenci gruplarında yapıldığı görülmektedir. Erkek katılımcı sayısının daha fazla sayıda bulunduğu ve farklı yaş gruplarının da dahil edildiği daha büyük örneklemlerli çalışmalar yapılması gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Çelik C, Yalbuздаğ Ş. Obezite ve Egzersiz. *J Clin Anal Med* 2014; **5**: 244-247
2. Bozbora A. Obezitenin cerrahi tedavisi. *ANKEM Dergisi* 2002; **16**: 337.
3. WHO. Global Health Observatory (GHO) data 2017. Erişim 05.05.2019.  
[https://www.who.int/gho/ncd/risk\\_factors/overweight/en/](https://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight/en/)
4. Köksal E, Küçükerdönmez Ö. Şişmanlığı Saptamada Güncel Yaklaşımlar. İçinde: Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi (1), Ed: Baysal A, Baş M, Türkiye Diyetisyenler Derneği, İstanbul, 2008; ss 52-64.
5. Hajian-Tilaki KO, Heidari B. Prevalence of obesity, central obesity and the associated factors in urban population aged 20-70 years, in the North of Iran: A population-based study and regression approach. *Obes Rev* 2007; **8**: 3-10.
6. Sharma AM. Obesity and cardiovascular risk. *Growth Horm IGF Res.* 2003 ;**13** Suppl:S10
7. NEDA. Body Image 2018. Erişim 05.05.2019.  
<https://www.nationaleatingdisorders.org/body-image-0>
8. Hamurcu P, Öner C, Telatar B, Yeşildağ Ş. Obezitenin benlik saygısı ve beden algısı üzerine etkisi. *Türk Aile Hek Derg* 2015; **19**: 122-128.
9. WHO. Obesity and overweight. WHO Fact Sheet 2015, Haziran. Erişim 18.04.2019,  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
10. WHO. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. WHO Technical Report Series 894. Geneva 2000. Erişim 18.04.2019.  
[http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO\\_TRS\\_894/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/)
11. Keskin S, Sayalı E, Temeloğlu E, Ekizoğlu I. Obezite ve inflamasyon. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2005; **25**: 636-41.
12. Kandemir D. Obezitenin Sınıflandırması ve Klinik Özellikleri. *Katkı Pediatri Dergisi* 2000; **21**: 500-506.
13. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu (6. Baskı.). Ankara, Mayıs 2018. Erişim 23.04.2019,  
[http://www.temd.org.tr/admin/uploads/tbl\\_gruplar/20180525144116-2018-05-25tbl\\_gruplar144108.pdf](http://www.temd.org.tr/admin/uploads/tbl_gruplar/20180525144116-2018-05-25tbl_gruplar144108.pdf)
14. Robergs RA, Roberts SO. Exercise Physiology. Exercise, Performance and Clinical Applications. Mosby: St. Louis, MI; 1997.

15. WHO.Global Database on BMI, WHO. Erişim 23.04.2019  
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>
16. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2014-2017. Ankara 2013. Erişim 22.04.2019,  
<https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Fiziksel-Aktivite/Politika-ve-Stratejiler/turkiye-saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-programi-2014-2017.pdf>
17. Bender DA. *Introduction to Nutrition and Metabolism. (4th edition)*. CRC Press; 2007.
18. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Obezitenin Tespitinde Beden Kitle İndeksinin Kullanılması Bilgi Notu 2009. Erişim 23.04.2019.  
<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezite-nasil-saptanir.html>
19. Ergün A, Erten SF. Öğrencilerde vücut kitle indeksi ve bel çevresi değerlerinin İncelenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2004; **57**:2.
20. Cesur Y, Kaba S, Doğan M, Başaranoğlu M, Bala KA, Arı Yuca S ve ark. Çocuklarda obezite ilişkili kardiyovasküler risk faktörlerini öngörmeye antropometrik ölçümlerin önemi. *Van Tıp Dergisi* 2016; **23**: 324-329.
21. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu (1. Baskı). Ankara, Mayıs 2014. Erişim 23.04.2019,  
[http://www.ktu.edu.tr/dosyalar/17\\_02\\_15\\_bb1cf.pdf](http://www.ktu.edu.tr/dosyalar/17_02_15_bb1cf.pdf)
22. Kalan I, Yeşil Y. Obezite ile ilişkili kronik hastalıklar. *MİSED* 2010; **23-24**: 78-81.
23. Ersoy R, Çakır B. Obezite. *Turkish Medical Journal* 2007; **1**:107-116.
24. Menteş E, Menteş B, Karacabey K. Adölesan dönemde obezite ve egzersiz. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2011; **8**:2.
25. Tompuri TT, Lakka TA, Hakulinen M, Lindi V ve ark. Assessment of body composition by dual-energy X-ray absorptiometry, bioimpedance analysis and anthropometrics in children: the Physical Activity and Nutrition in Children study. *Clin Physiol Funct Imaging* 2015; **35**: 21-33.
26. Boye K, Dimitriou T, Manz F, Schoenau E, Neu C, Wudy S ve ark . Anthropometric assessment of muscularity during growth: estimating fat-free mass with 2 skinfold-thickness measurements is superior to measuring midupper arm muscle area in healthy prepubertal children. *Am J Clin Nutr* 2002; **76**: 628-632.
27. T.C.Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı. Obezitenin Nedenleri. Ankara 2017. Erişim 08.05.2019

<https://hsqm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezitenin-nedenleri.html>

28. Mahan LK, Escott-Stump S, Raymond JL. Krause's Food and the Nutrition Care Process. USA: Elsevier Saunders; 2012; 5: 153.
29. Sözen MA. Obezite ve obezitenin genetiği. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2006; **7**: 1-11.
30. Kayar H, Utku S. Çağımızın hastalığı obezite ve tedavisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi* 2013; **6**: 1-8.
31. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı. Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam. Ankara Şubat 2008. Erişim 08.05.2019  
<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t50.pdf>
32. Heath GW, Pratt M, Warren CW, Kann L. Physical activity patterns in American high school students: results from the 1990 Youth Risk Behavior Survey. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1994;**148**:1131-1136
33. İlhan L. Hareketsiz yaşamlar kültürü ve beraberinde getirdikleri. *Verimlilik Dergisi* 2010; **3**: 195-210.
34. Ghouse MS, Barwal SB, Wattamwar AS. A review an obesity. *WJPPS* 2015; **4**: 1779-1790.
35. Gedik O. Obezite ve Çevresel Faktörler. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism* 2003; **2**: 1-4.
36. Jebb S. Obesity: Causes and consequences. *Women's Health Medicine* 2004; **1**:1.
37. Mann J, Truswell S. Essentials of human nutrition. Oxford University Press; 2012.
38. Koruk İ, Şahin T,K. Konya Fazilet Uluişik Sağlık Ocağı bölgesinde 15-49 yaş grubu ev kadınlarında obezite prevalansı ve risk faktörleri. *Genel Tıp Dergisi* 2005; **15**:147-155
39. Arslan C, Ceviz D. Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2007; **2**: 211-220.
40. Eker E, Şahin M. Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. *Sted* 2002; **11**: 246.
41. Institute of Medicine. Accelerating progress in obesity prevention: Solving the weight of the nation. Washington, D.C.: National Academies Press. Şubat 2012. Erişim 23.04.2019.  
[https://commed.vcu.edu/Chronic\\_Disease/Obesity/2013/progressobesityPrev.pdf](https://commed.vcu.edu/Chronic_Disease/Obesity/2013/progressobesityPrev.pdf)
42. Arslan E, Özçelik F, Demirbaş Ş. Obezite ile ilişkili kanser türleri. *Anatol J Clin Investig* 2013; **3**: 176-184.

43. Poirier P, Eckel RH. Obesity and Cardiovascular Disease. *Curr.Atheroscler.Rep* 2002; **4**:448-453
44. Helvacı A, Tipi FF, Belen E. Obeziteye bağlı kardiyovasküler hastalıklar. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 2014; **30**:5-14.
45. Kahn BB, Flier JS. Obesity and insulin resistance. *J Clin Invest.* 2000; **106**: 473-481.
46. Jensen MD. Obesity. In: Cecil Medicine, 23rd Edition. Editors: Goldman L, Ausiello D. Elsevier, PA, USA: 1643- 1652, 2008.
47. Repas T. Obesity and dyslipidemia. *S D Med* 2011; **6**:241-249.
48. Widhalm K. Prevention of Obesity in Childhood and Adolescence. *Obes Facts* 2018; **11**: 232-33
49. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼. T¼rkiye Obezite (Şişmanlık) ile M¼cadele ve Kontrol Programı 2010-2014. Ankara 2010. Erişim 23.04.2019  
[http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/halksag/belge/mevzuat/turkiye\\_obezite\\_mucaadele\\_kontrol\\_prg.pdf](http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/halksag/belge/mevzuat/turkiye_obezite_mucaadele_kontrol_prg.pdf)
50. WHO. Prevalance of overweight ages 18+, 2010-2016. Erişim 23.04.2019,  
[http://gamapservet.who.int/gho/interactive\\_charts/ncd/risk\\_factors/overweight/atlas.html](http://gamapservet.who.int/gho/interactive_charts/ncd/risk_factors/overweight/atlas.html)
51. TÜİK. T¼rkiye Sağlık Araştırması, 2014. Erişim 23.04.2019,  
[http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2015\\_58\\_20151008.pdf](http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2015_58_20151008.pdf)
52. Akbulut G. Erişkinlerde şişmanlığın diyet tedavisindeki g¼ncel yaklaşımlar ve fiziksel aktivitenin önemi. *Mised* 2010; **23-24**: 86-90.
53. Olson K, Bond D, Wing RR. Behavioral approaches to the treatment of obesity. *Rhode Island Medical Journal* 2017; **3**:21-24.
54. Merdol TK. Obezitede Diyet Tedavisi Temel İlkeleri ve Eğitim. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism* 2003; **2**: 33-38.
55. Low AK, Bauldin MJ, Sumrall CD, Loustalot FV, Land KK. A Clinician's approach to medical management of obesity. *Am J Med Sci* 2006; **331**:175-182
56. Arslan P, Bozkurt N, Karağaoğlu N. Yeterli -Dengeli Beslenme ve Sağlıklı Zayıfama Rehberi 2.baskı. İstanbul: Özg¼r Yayınevi; 2003.
57. G¼lçelik NE, G¼rlek A, Aydan U. Obezitenin medical tedavisi. *Hacettepe Med J* 2007; **38**: 212-217.
58. Foster GD, Makris AP, Bailer BA. Behavioral treatment of obesity. *Am J Clin Nutr* 2005; **82**: 230-235.
59. Wadden TA, Webb VL, Moran CH, Bailer BA. Lifestyle modification for obesity.

- Circulation* 2012; **125**: 1157-1170.
60. Soyuer F, Ünal D, Elmalı F. Normal ağırlıklı ve obez üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2010; **7** : 862-872.
61. Bulut S. Sağlıkta sosyal bir belirleyici; fiziksel aktivite. *Türk Hij Den Biyol Derg* 2013; **70** : 205-214.
62. Tam AA, Çakır B. Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. *Ankara Medical Journal* 2012; **12**: 37-41.
63. Brauer P, Gorber SC, Shaw E, Singh H, Bell N, Shane ARE. Recommendations for prevention of weight gain and use of behavioural and pharmacologic interventions to manage overweight and obesity in adults in primary care. *CMAJ* 2015; **187**: 184-195.
64. Başkal N. Obezitenin önemi ve tedavi ilkeleri. *ANKEM Derg* 2002; **16**: 330-332.
65. Kayar H, Utku S. Çağımızın Hastalığı Obezite ve Tedavisi. *Mersin Üniv Sağlık Bilim Derg* 2013; **6**: 1-8.
66. Akbulut G, editor. *Bariatrik ve Metabolik Cerrahide Tıbbi Beslenme Tedavisi*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2015; 7: 11.
67. Bozboru A. Obezitenin cerrahi tedavisi. *ANKEM Derg* 2002; **16**: 337-339
68. Topuz C, Baturay F, Çakırgöz M, Ersoy A. Morbid obezite cerrahisi ve anestezi. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 2014; **10**: 56-59.
69. ASMBS. Medical and Government Groups Support Bariatric Surgery. Bariatric Surgery Guidelines and Recommendations. 2012, Haziran. Erişim 28.04.2019. <https://asmbs.org/resources/bariatric-surgery-guidelines-and-recommendations>
70. Elliott MA, Brewster SE, Thomson JA, Malcolm C, Rasmussen S. Testing the bi-dimensional effects of attitudes on behavioural intentions and subsequent behaviour. *Br J Psychol* 2015; **106**:656-674.
71. Ünal D, Öztop DB, Elmalı F, Öztürk A, Konak D, Pırlak B, Güneş D. Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Turgut Özal Tıp Merk Derg* 2009; **16**:75-81.
72. Özenoğlu A. Kadın ve yeme davranışı bozuklukları. *Türkiye Klinikleri J Nutr Diet-Special Topics* 2015; **1**:73-77.
73. Toker DE, Hocoğlu Ç. Yeme bozuklukları ve aile yapısı: Bir gözden geçirme. *Düşünen Adam* 2009; **22**:36-42.
74. Ertekin YH, Korkut Y, Sönmez CI, Ertekin H. Farklı bir pika hastalığı olgusu. *Ankara Medical Journal* 2012; **12**: 158-159.
75. Özen İO, Moraloğlu S, Demiroğulları B, Karabulut R, Başaklar AC, Kale N. Nadir bir pika komplikasyonu: Taş aspirasyonu. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2010; **30**:2034-6.



76. Pace GM, Toyer EA. The effects of a vitamin supplement on the pica of a child with severe mental retardation. *J Appl Behav Anal* 2000; **33**: 619-22
77. Watson HJ, Bulik CM. Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychol Med* 2013; **43**: 477-500.
78. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet* 2003; **361**:407-416.
79. Berkman ND, Lohr KN, Bulik CM. Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature. *Int J Eat Disord* 2007; **40**:293-309.
80. Bulut NS, Yorguner K peli N, Bulut G , Top uouğlu V. Anoreksiya Nervosa'da Psikososyal Tedaviler. *Psikiyatride G ncel Yaklaşımlar* 2017; **9**: 329-345.
81. Wozniak G, Rekleiti M, Roupa Z. Contribution of social and family factors in anorexia nervosa. *Health Science Journal* 2012; **6**:262-63.
82. Kirkcaldy BD, Siefen GR, Kandel I, Merrick J. A review on eating disorders and adolescence. *Minerva Pediatr* 2007; **59**: 239-48.
83. Sönmez A .  ocuk ve ergenlerde yeme bozuklukları. *Psikiyatride G ncel Yaklaşımlar* 2017; **9**: 301-316.
84. NCBI. Eating Disorders. NICE Clinical Guidelines, No: 9. 2004. Erişim 28.04.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK49304/>
85. Mehler PS, Rylander M. Bulimia Nervosa-medical complications. *Journal of Eating Disorders* 2015; **3**: 12.
86. Yager J, Devlin MJ, Halmi KA, Herzog DB, Mitchell JE, Powers P. Guideline watch (August 2012): practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. 2014 ;**12**: 416-431.
87. Bulik CM, Brownley KA, Shapiro JR. Diagnosis and management of binge eating disorder. *World Psychiatry* 2007; **6**: 142-148.
88. Agras WS, Telch CF, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of consulting and clinical psychology* 2001; **69**: 1061-1065.
89. Maner F. Yeme Bozuklukları. *Psikiyatri D nyası* 2005; **5**:130-139
90.  nsal A, Tozun M, Ayrancı  , Arslantaş D. Türkiye'nin batısındaki bir il ede lise öğrencilerinde olası yeme bozukluğu görülme sıklığı ve ilişkili faktörler. *Dirim Tıp Gazetesi* 2010; **85**:100-112.
91. Smink FR, Van Hooken D, Hoek HW. Epidemiology, course and outcome of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2013; **26**:543-548.
92. Hudson JI, Coit CE, Lalonde JK, Pope HG Jr. By how much will the proposed new DSM-V criteria increase the prevalence of binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2012; **45**: 139-141

93. Vardar E, Erzengin M. Ergenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları iki aşamalı toplum merkezli bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011; **22**:1-8.
94. Stice E. Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin* 2002; **128**: 825-848.
95. Sarwer DB, Thompson JK, Cash TF. Body image and obesity in adulthood. *Psychiatr Clin N Am* 2005; **28**: 69-87.
96. Ata A, Vural A, Keskin F. Beden Algısı ve Obezite. *Ankara Med J* 2014; **14**: 74-84.
97. Babayiğit Z, Alçalar N, Bahadır G. Obez Kadınlarda Tıkınırcasına yeme Bozukluğunun Psikopatoloji ve Bilişsel Açıdan İncelenmesi. *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2013; **33**: 1077-87.
98. Hovardaoğlu S. Vücut algısı ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. İçinde: Özdemir YD (1990). Şizofrenik ve major depresif hastaların beden imgelerinden doyum düzeyleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1990.
99. Öngören B. Sosyolojik açıdan sağlıklı beden imgesi. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi* 2015; **34**: 25-45.
100. Abakay U, Alıncak F, Ay S. Üniversite Öğrencilerinin Beden Algısı ve Atılganlık Düzeylerinin İncelenmesi. *Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Dergisi* 2017; **9**: 12-18.
101. Hacıoğlu M. Üniversite Öğrencilerinin Beden İmgesi Hoşnutluğu ve İletişim Becerilerinin İncelenmesi. *Spor Bilimleri Dergisi* 2017; **2**: 1-16.
102. YILMAZ B. Bir grup lise öğrencisinin internet kullanımlarının beden algıları ve yeme tutumları ile ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2017.
103. Wilfley DE, Schwartz MB, Spurrell EB, Fairburn CG. Using the eating disorder examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorders. *International Journal of eating Disorders* 2000; **27**: 259-269.
104. Kadioğlu M, Ergün A. Üniversite öğrencilerinin yeme tutumu, öz-etkililik ve etkileyen faktörler. *MÜSBED* 2015; **5**: 96-104.
105. Erdoğan Ö, Tütüncü İ. Üniversite öğrencilerinin beden algısı, yeme tutumu ve yakın ilişki kurma düzeyleri arasındaki ilişki. *SSTB* 2015; **17**: 89-115.
106. Erol A, Toprak G, Yazıcı F. Psychological and Physical Correlates of Disordered Eating in Male and Female Turkish College Students. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2006; **60**: 551-557.
107. Yıldırım İ, Yıldırım Y, Ersöz Y, Işık Ö, Saraçlı S, Karagöz Ş ve ark. Egzersiz Bağımlılığı, Yeme Tutum ve Davranışları İlişkisi. *CBÜ Bed Eğt Spor Bil Dergisi* 2017; **12**: 43-54.

108. Yıldırım S, Uskun E, Kurnaz M. Bir İl Merkezinde Liselerde Eğitim Gören Öğrencilerin Yeme Tutumları ve İlişkili Faktörler. *J Pediatr S* 2017; **4**: 149-155.
109. Thomas SL, James AC, Bachmann MO. Eating attitudes in English secondary school students: influences of ethnicity, gender, mood and social class. *Journal of Eating Disorder* 2002; **31**:92-96.
110. Uzdil Z, Özenoğlu A, Ünal G. Lise Öğrencilerinde Yeme Tutumlarının Beslenme Alışkanlıkları, Antropometrik ve Demografik Özellikleri İle İlişkisi. *DÜ Sağlık Bil Enst Derg* 2017; **7**: 11-18.
111. Tanrıverdi D, Savaş E, Gönüllüoğlu N, Kurdal E, Balık G. Lise öğrencilerinin yeme tutumları, yeme davranışları ve benlik saygılarının incelenmesi. *Gaziantep Tıp Dergisi* 2011; **17**: 33-39.
112. Ulaş B, Uncu F, Üner S. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Olası Yeme Bozukluğu Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013; **2**: 15-22.
113. Forman V, Hoffman. High Prevalence of Abnormal Eating and Weight Control Practices Among U.S. High-School Students. *Eating Behaviors* 2004; **5**: 325-336.
114. Oğur S, Aksoy A, Selen H. Üniversite öğrencilerinin yeme davranışı bozukluğuna yatkınlıkları: bitlis eren üniversitesi örneği. *BEÜ Fen Bilimleri Dergisi* 2016; **5**: 14-26.
115. Koç N, Yardımcı H. Obez Adölesanların Sağlıklı Yeme Durumlarının Değerlendirilmesi (HEI-2010): Üçüncü Basamak Hastane Deneyimi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi* 2018; **3**: 155-162.
116. Metinoğlu İ, Pekol S, Metinoğlu Y. Kastamonu'da 10-12 yaş grubu öğrencilerde obezite prevalansı ve etkileyen faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012; **3**: 117-123
117. Koçoğlu G, Özdemir L, Ümer H, Demir DA, Çetinkaya S, Polat HH. Prevalence of obesity among 11-14 years old students in Sivas-Turkey. *Pakistan J Nutr* 2003; **2**: 292-295.
118. Karagöz N, Karagün E. Profesyonel sporcuların beden imajı üzerine betimsel bir çalışma. *Sport Sciences* 2015; **10**: 34-43.
119. Cafri, G., Yamamiya, Y., Brannick, M., and Thompson, J.K. The Influence of Sociocultural Factors on Body Image. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2005; **12**: 421-433.
120. Aktaş A, Atabek Aştı T, Bakanoğlu E, Çelebioğlu M. Bir hemşirelik yüksekokul öğrencilerinin beden imgesi algılarının belirlenmesi. *İ.Ü.F.N.Hem.Derg* 2010; **18**:63-71.

121. Ermiş E, Doğan E, Erilli NA, Satıcı A. Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının incelenmesi: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Örneği. *Spor ve Performans Araştırmaları Dergisi* 2015; **6**: 30-40.
122. Ünsal A, Tozun M, Ayrancı Ü, Arslantaş D. Türkiye'nin batısındaki bir ilçede lise öğrencilerinde olası yeme bozukluğu görülme sıklığı ve ilişkili faktörler. *Dirim Tıp Gazetesi* 2010; **3**: 100-112.
123. Kim KH, Yang KM. The relationship between eating disorders and parent-adolescent communication in middle school students in rural areas. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2008; **38**: 55-63.
124. Chen H, lackson T. Prevalence and sociodemographic correlates of eating disorder endorsements among adolescents and young adults from China. *Eur Eat Disord Rev* 2008; **16**: 375-385.
125. Maor NR, Sayag S, Dahan R, Hermoni D. Eating attitudes among adolescents. *Isr Med Assoc* 2006; **8**: 627-629.
126. Tayfur S. Üniversite Öğrencilerinde Beden Algısı, Yeme Tutumu ve Depresyon Düzeyinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İSTANBUL, 2018.
127. Çiftçi F. Üniversite Öğrencilerinin Beden Algısı ve Yeme Tutumları Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi. Isparta 2012.
128. Szabo CP, Allwood CW. A cross-cultural study of eating attitudes in adolescent South African females. *World Psychiatry* 2004; **3**: 169-71.

**FORMLAR****ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN BEDEN ALGILARI, YEME TUTUMLARI VE BEDEN KİTLE İNDEKSİ (BKİ) DURUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYİ BELİRLEME ANKET FORMU**

Bu anket formu yüksek lisans tezi kapsamında, Zirve Üniversite öğrencilerinin beden algıları yeme tutumları ve obezite durumları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere hazırlanmıştır. Elde edilecek bilgiler tamamen bilimsel amaçlı kullanılacak olup, ankette isim belirtme gerekliliği bulunmamaktadır. Ankette yer alan sorulara içtenlikle ve **HİÇBİR SORUYU ATLAMADAN** yanıt vermeniz, araştırmanın bilimsel geçerliliği ve güvenilirliği açısından büyük önem taşımaktadır. Zaman ayırarak çalışmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

Merve KURBAN

**Okuduğunuz Bölüm:****Yaş:****Kilo:**      **kg****Boy:**      **cm****Cinsiyet:**      A) Kadın      B) Erkek**Hangi bölgedensiniz?**

A) Akdeniz      B)Doğu Anadolu      C)Ege      D) Güneydoğu Anadolu  
E) İç Anadolu      F) Karadeniz      G) Marmara

**Nerede yaşıyorsunuz?**

A) Kentsel      B)Kırsal

**Annenizin eğitim durumu nedir?**

- A) Okur yazar değil B) İlkokul mezunu C) Ortaokul mezunu  
D) Lise ve dengi mezunu E) Üniversite mezunu

**Annenizin mesleği nedir?**

- A) Çalışmıyor B) Memur C) Esnaf D) İşçi E) Emekli F) Özel sektör

**Babanızın eğitim durumu nedir?**

- A) Okur yazar değil B) İlkokul mezunu C) Ortaokul mezunu  
D) Lise ve dengi mezunu E) Üniversite mezunu

**Babanızın mesleği nedir?**

- A) Çalışmıyor B) Memur C) Esnaf D) İşçi E) Emekli F) Özel sektör

**Gelir düzeyiniz nedir?**

- A) 1000 ve altı B) 1000-2500 C) 2500-4000 D) 4000-5000 E) 5000 ve üzeri

**Nerede yaşıyorsunuz?**

- A) Aile ile evde B) Akrabalarla evde C) Tek başına evde  
D) Öğrenci evinde E) Yurtta

### YEME TUTUM TESTİ (EAT-26)

|   | Her Zaman | Genellikle | Sıklıkla | Bazen | Nadiren | Hiçbir zaman |
|---|-----------|------------|----------|-------|---------|--------------|
| Şişman olmaktan çok korkarım  |           |            |          |       |         |              |
| Aç olduğum halde yemek yemekten kaçınırım   |           |            |          |       |         |              |
| Her an kendimi yemek yemeği düşünürken bulurum                                    |           |            |          |       |         |              |
| Çatlayıncaya kadar yemek yerim  |           |            |          |       |         |              |
| Tabağımdaki yiyeceklerimi küçük parçalara ayırırım                                |           |            |          |       |         |              |
| Yediğimin enerji içeriğini bilerek yerim  |           |            |          |       |         |              |
| Ekmek, pirinç, patates gibi yüksek karbonhidrat içeren yiyeceklerden uzak dururum |           |            |          |       |         |              |
| Çevremdekilerin benim daha fazla yememi istediklerini hissedirim                  |           |            |          |       |         |              |
| Yedikten sonra kusarım  |           |            |          |       |         |              |
| Yedikten sonra müthiş bir suçluluk duyarım  |           |            |          |       |         |              |
| Zihnim daha fazla zayıf olmamı söyler   |           |            |          |       |         |              |
| Egzersiz yaparken kalorilerin yandığını düşünürüm                                 |           |            |          |       |         |              |
| Çevremdekiler benim çok zayıf olduğumu düşünür                                    |           |            |          |       |         |              |
| Aklımda hep vücudumun yağlandığı düşüncesi vardır                                 |           |            |          |       |         |              |
| Çevremdekilere göre yemek yemem daha uzun sürer                                   |           |            |          |       |         |              |

|   |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|
| İçerisinde şeker olan yiyeceklerden kaçınırım                     |  |  |  |  |  |  |
| Diyet ürünleri tüketmek daha cazip gelir                          |  |  |  |  |  |  |
| Yiyeceklerin benim hayatımı kontrol ettiğini düşünürüm            |  |  |  |  |  |  |
| Yediğim yiyecekler benim kontrolüm altındadır                     |  |  |  |  |  |  |
| Çevremdekiler beni yemek yemeğe zorlar                            |  |  |  |  |  |  |
| Ne yemem gerektiği üzerinde çok düşünürüm ve zaman harcarım       |  |  |  |  |  |  |
| Tatlı yedikten sonra kendimi rahatsız hissedirim                  |  |  |  |  |  |  |
| Beslenme alışkanlıklarımı düzeltmem gereken konularla ilgilenirim |  |  |  |  |  |  |
| Midemin boş olmasını severim                                      |  |  |  |  |  |  |
| Yedikten sonra kusma dürtüsü hissedirim                           |  |  |  |  |  |  |
| Yeni çıkmış yüksek kalorili yiyecekleri denemekten çok hoşlanırım |  |  |  |  |  |  |



## BEDEN ALGISI ÖLÇEĞİ

|                          | Hiç beğenmiyorum | Pek beğenmiyorum | Kararsızım | Oldukça beğeniyorum | Çok beğeniyorum |
|--------------------------|------------------|------------------|------------|---------------------|-----------------|
| Saçlarım                 |                  |                  |            |                     |                 |
| Yüzümün rengi            |                  |                  |            |                     |                 |
| İştahım                  |                  |                  |            |                     |                 |
| Ellerim                  |                  |                  |            |                     |                 |
| Vücudumdaki kıl dağılımı |                  |                  |            |                     |                 |
| Burnum                   |                  |                  |            |                     |                 |
| Fiziksel gücüm           |                  |                  |            |                     |                 |
| İdrar-dışkı düzenim      |                  |                  |            |                     |                 |
| Kas kuvvetim             |                  |                  |            |                     |                 |
| Belim                    |                  |                  |            |                     |                 |
| Enerji düzeyim           |                  |                  |            |                     |                 |
| Sırtım                   |                  |                  |            |                     |                 |
| Kulaklarım               |                  |                  |            |                     |                 |
| Yaşım                    |                  |                  |            |                     |                 |
| Çenem                    |                  |                  |            |                     |                 |
| Vücut yapım              |                  |                  |            |                     |                 |
| Profilim                 |                  |                  |            |                     |                 |
| Boynum                   |                  |                  |            |                     |                 |
| Duygularımın keskinliği  |                  |                  |            |                     |                 |
| Ağrıya dayanıklılığım    |                  |                  |            |                     |                 |

|                       |  |  |  |  |  |
|-----------------------|--|--|--|--|--|
| Omuzlarımın genişliği |  |  |  |  |  |
| Kollarım              |  |  |  |  |  |
| Göğüslerim            |  |  |  |  |  |
| Gözlerimin şekli      |  |  |  |  |  |
| Sindirim sistemim     |  |  |  |  |  |
| Kalçalarım            |  |  |  |  |  |
| Bacaklarım            |  |  |  |  |  |
| Dişlerimin şekli      |  |  |  |  |  |
| Cinsel gücüm          |  |  |  |  |  |
| Ayaklarım             |  |  |  |  |  |
| Uyku düzenim          |  |  |  |  |  |
| Sesim                 |  |  |  |  |  |
| Cinsel faaliyetlerim  |  |  |  |  |  |
| Dizlerim              |  |  |  |  |  |
| Vücudumun duruş şekli |  |  |  |  |  |
| Yüzümün şekli         |  |  |  |  |  |
| Kilom                 |  |  |  |  |  |
| Cinsel organlarım     |  |  |  |  |  |
| Hastalığa direncim    |  |  |  |  |  |
| Sağlığım              |  |  |  |  |  |

## ETİK KURUL KARARI

### ZİRVE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİNDE İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU BAŞVURU FORMU

Zirve Üniversitesi (Zirve) bünyesinde yapılan ve/ya Zirve Üniversitesi (Zirve) çalışanları/öğrencileri araştırmacı olduğu/yürütücü olduğu ve insan katılımcılardan bilgi toplamayı gerektiren tüm çalışmalar, Zirve Üniversitesi Etik Kurulu incelemesine tabidir. Bu başvuru formu doldurulduktan sonra diğer gerekli belgelerle birlikte Zirve Üniversitesi Etik Kuruluna başvuru yapılmalıdır. Çalışmalar, Etik Kurulun onayının alınmasından sonra aktif olarak başlatılmalıdır.

1. Araştırmanın başlığı Üniversite Öğrencilerinin Beden Alguları, Yeme Tutumları ve Beden Kitle İndeksi(BKİ) Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
2. Araştırmanın niteliği (Uygun olan kutuyu işaretleyiniz)  Öğretim Üyesi Araştırması  Doktora Tezi  
 Yüksek Lisans Tezi  Diğer (belirtiniz) \_\_\_\_\_
3. Araştırmacının/Araştırmacıların:  
Adı-Soyadı: Merve Kurban Kurumu: Zirve Üniversitesi  
Projedeki Görevi: Araştırmacı E-posta adresi: merve.kurban@zirve.edu.tr

#### BURSİYERLER

- 1-
- 2-

4. (Varsa) Danışmanın: Adı-Soyadı Prof.Dr.Halit ÇAM Telefonu 0532 774 40 43
5. Proje Dönemi: Başlangıç: 24.04.2016 Bitiş : 24.07.2016
6. Projenin desteklenip desteklenmediği:  Desteksiz  Destekli  
Desteklenen bir proje ise, destekleyen/destekleyecek kurum:  Üniversite  TUBİTAK  
 Uluslararası (belirtiniz) \_\_\_\_\_  Diğer (belirtiniz) \_\_\_\_\_
7. Başvurunun statüsü:  Yeni başvuru  Revize edilmiş başvuru  Bir önceki projenin devamı  
Bir önceki projenin devamı ise, yürütülen çalışma önceden onaylanan çalışmadan herhangi bir farklılık gösteriyor mu?  Evet  Hayır  
Evet ise açıklayınız: \_\_\_\_\_
8. Çalışma katılımcılara, herhangi bir şekilde yanlış/yanlış bilgi vermeyi, çalışmanın amacını tamamen gizli tutmayı gerektiriyor mu?  Evet  Hayır  
Evet ise açıklayınız: \_\_\_\_\_
9. Çalışma katılımcıların fiziksel veya ruhsal sağlıklarını tehdit edici sorular/maddeler, prosedürler ya da manipülasyonlar/uygulamalar içeriyor mu?  Evet  Hayır  
Evet ise açıklayınız: \_\_\_\_\_
10. Katılımcı sayısı: 400
11. Kontrol grup kullanılacak mı?:  Evet  Hayır

12. Aşağıda sunulan listeden, çalışmanın katılımcılarını en iyi tanımlayan seçenekleri işaretleyiniz.

- Üniversite Öğrencileri  
 Çalışan Yetişkinler/Öğretmenler  
 Hâlihazırda İş Sahibi Olmayan Yetişkinler  
 Okul Öncesi Çocuklar  
 İlköğretim Öğrencileri  
 Lise Öğrencileri  
 Çocuk İşçiler  
 Yaşlılar  
 Zihinsel Engelli Bireyler  
 Fiziksel Engelli Bireyler  
 Tutuklular  
 Diğer (belirtiniz): \_\_\_\_\_

13. Aşağıda yer alan uygulamalardan, çalışmaya kapsamında yer alacak olanları işaretleyiniz.

- Anket  
 Mülakat  
 Gözlem  
 Bilgisayar ortamında test uygulamak  
 Video/film kaydı  
 Ses kaydı  
 Alkol, uyuşturucu ya da diğer herhangi bir kimyasal maddenin katılımcılara kullanılması  
 Yüksek düzeyde uyarıma (ışık, ses gibi) maruz bırakma  
 Radyoaktif materyale maruz bırakma  
 Diğer (belirtiniz): \_\_\_\_\_

Bu bölüm; ilgili bölümleri temsil eden Zirve Üniversite Etik Kurul üyesi/üyeleri tarafından doldurulacaktır.

Proje No : 2016/ .....

Değerlendirme Tarihi: 28/03/2016

Adı-Soyadı : Prof. Dr. Adnan KISA

İmza

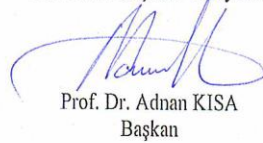
Karar

*Etik kurul açısından sakınca bulunmamaktadır.*

Etik Kurul Başkanı ve Üyeleri



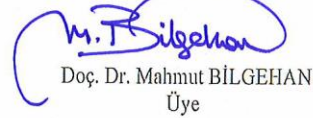
Prof. Dr. Recep GÜLŞEN  
Üye

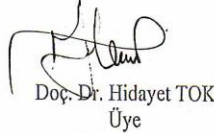
  
Prof. Dr. Adnan KISA  
Başkan



Prof. Dr. Murat ÖZDEMİR  
Üye

  
Doç. Dr. Ferit Murat ÖZKALELİ  
Üye

  
Doç. Dr. Mahmut BİLGEHAN  
Üye

  
Doç. Dr. Hidayet TOK  
Üye

## İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

### ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN BEDEN ALGILARI, YEME TUTUMLARI VE BEDEN KİTLE İNDEKSİ (BKİ) DURUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

|                   |                     |           |                  |
|-------------------|---------------------|-----------|------------------|
| <b>%15</b>        | <b>%13</b>          | <b>%4</b> | <b>%9</b>        |
| BENZERLİK ENDEKSİ | İNTERNET KAYNAKLARI | YAYINLAR  | ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ |

BİRİNCİL KAYNAKLAR

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>acikerisim.baskent.edu.tr:8080</b><br>İnternet Kaynağı             | <b>%2</b> |
| <b>2</b> | <b>www.ankaramedicaljournal.com</b><br>İnternet Kaynağı               | <b>%1</b> |
| <b>3</b> | <b>www.ejmanager.com</b><br>İnternet Kaynağı                          | <b>%1</b> |
| <b>4</b> | <b>Submitted to Eastern Mediterranean University</b><br>Öğrenci Ödevi | <b>%1</b> |
| <b>5</b> | <b>www.ailehekimiosmankurdoglu.com</b><br>İnternet Kaynağı            | <b>%1</b> |
| <b>6</b> | <b>www.istanbulsaglik.gov.tr</b><br>İnternet Kaynağı                  | <b>%1</b> |
| <b>7</b> | <b>acikarsiv.ankara.edu.tr</b><br>İnternet Kaynağı                    | <b>%1</b> |
| <b>8</b> | <b>Submitted to TechKnowledge Turkey</b><br>Öğrenci Ödevi             | <b>%1</b> |

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

|                 |                             |                  |             |
|-----------------|-----------------------------|------------------|-------------|
| <b>Adı</b>      | Merve                       | <b>Soyadı</b>    | KURBAN      |
| <b>Doğ.Yeri</b> | Muş                         | <b>Doğ.Tar.</b>  | 01.06.1990  |
| <b>Uyruğu</b>   | T.C                         | <b>TC Kim No</b> | 44884748580 |
| <b>Email</b>    | mervekurban_1_0@hotmail.com | <b>Tel</b>       | 05079778141 |

### Eğitim Düzeyi

|                 | Mezun Olduğu Kurumun Adı | Mez. Yılı |
|-----------------|--------------------------|-----------|
| <b>Doktora</b>  |                          |           |
| <b>Yük.Lis.</b> |                          |           |
| <b>Lisans</b>   | Yeditepe Üniversitesi    | 2013      |
| <b>Lise</b>     | Edremit Anadolu Lisesi   | 2008      |

### İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

|           | Görevi              | Kurum              | Süre (Yıl - Yıl) |
|-----------|---------------------|--------------------|------------------|
| <b>1.</b> | Araştırma Görevlisi | Zirve Üniversitesi | 2015-2016        |
| <b>2.</b> |                     |                    | -                |
| <b>3.</b> |                     |                    | -                |

| Yabancı Dilleri | Okuduğunu Anlama* | Konuşma* | Yazma* | KPDS/ÜDS Puanı | (Diğer) Puanı |
|-----------------|-------------------|----------|--------|----------------|---------------|
| İngilizce       | iyi               | Zayıf    | Orta   | 66             |               |
|                 |                   |          |        |                |               |

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

|                      | Sayısal | Eşit Ağırlık | Sözel |
|----------------------|---------|--------------|-------|
| <b>ALES Puanı</b>    | 85,5    | 87,6         | 75,9  |
| <b>(Diğer) Puanı</b> |         |              |       |

### Bilgisayar Bilgisi

| Program          | Kullanma becerisi |
|------------------|-------------------|
| SPSS             | İyi               |
| Microsoft Office | İyi               |
|                  |                   |

### Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

**Özel İlgi Alanları (Hobileri):** Puzzle yapmak, hapkido, kitap okumak.