



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI

DOĞU ANADOLU BÖLGESİNDE YAŞAYAN ADÖLESAN
VE YETİŞKİNLERİN BESLENME ALIŞKANLIKLARI
İLE YEME TUTUM VE DAVRANIŞLARININ
BELİRLENMESİ

Dyt. Betül SARIDAĞ DEVRAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA, 2014



**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DOĞU ANADOLU BÖLGESİNDE YAŞAYAN ADÖLESAN
VE YETİŞKİNLERİN BESLENME ALIŞKANLIKLARI
İLE YEME TUTUM VE DAVRANIŞLARININ
BELİRLENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
Dyt. Betül SARIDAĞ DEVRAN**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Gül KIZILTAN**

ANKARA, 2014

T.C
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Dyt. Betül Sarıdağ Devran tarafından yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 25/07/2014

Tez Konusu: “Doğu Anadolu Bölgesinde Yaşayan Adölesan ve Yetişkinlerin Beslenme Alışkanlıkları İle Yeme Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi”

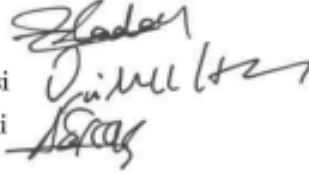
TEZ DANIŞMANI: Prof. Dr. Gül KIZILTAN

TEZ JÜRİSİ ÜYELERİ

Prof. Dr. Efsun Karabudak Gazi Üniversitesi

Prof. Dr. Gül Kızıltan Başkent Üniversitesi

Yrd. Doç. Dr. Aydan Ercan Başkent Üniversitesi



ONAY: Bu tez, Başkent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun 31 / 07 / 2014 tarih ve 1.48.. Karar Sayısı ile kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Rengin ERDAL
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Çalışmanın yapılmasındaki katkılarından dolayı danışmanım Sayın Prof. Dr. Gül KIZILTAN'a,

Çalışmanın uygulanmasında gerekli desteği sağlayan Bingöl Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Veterinerlik, Fen-Edebiyat Fakültesi, Sosyal Hizmetler Meslek Yüksekokulu öğretim üyelerine ve verilerin toplanmasına katkıda bulunan Bingöl Üniversitesi öğrencilerine,

Çalışmam boyunca yardımını esirgemeyen ve verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesine yardımcı olan Uzm.Dyt. Rûveyda Esra ERÇİM'e, çalışmam sırasında bana yardımcı olan arkadaşlarım Uzm.Dyt. Kübra ESİN'e, Okut. Zehra EKİNEKER'e, Okut. Figen SELİMOĞLU'na

Çalışmamın her aşamasında beni destekleyen eşim İlyas DEVRAN ve kızım Yağmur DEVRAN'a, bugünlere ulaşmamı sağlayan annem Medine SARIDAĞ ve babam Dr. Selahattin SARIDAĞ'a en içten duygularıyla teşekkür ederim.

Betül SARIDAĞ DEVRAN

Ankara, Ağustos 2014

ÖZET

Devran, B. Ülkemizin Doğu Anadolu Bölgesinde Yaşayan Adolesan Ve Yetişkin Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları İle Yeme Tutum Ve Davranışlarının Belirlenmesi. Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014.

Bu araştırma; Bingöl Üniversitesi'nde birinci sınıfta okuyan öğrencilerden Doğu Anadolu Bölgesi'nde yaşayanların beslenme alışkanlıklarının yeme davranışı skoru (Eating Attitudes Test (EAT)-26) hesaplanarak değerlendirilip yeme davranışı bozukluğu olup olmadığının saptanması amacıyla planlanıp yürütülmüştür. Kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırma evrenini; Bingöl Üniversitesi'ne bağlı fakülteler, yüksekokul ve meslek yüksekokulları oluşturmuştur. Tüm bu birimlerden gönüllü olarak 506 öğrenci gelişigüzel örneklem yöntemi ile seçilmiştir. Anket formları öğrencilere görüşme esnasında dağıtılmış, aynı anda doldurmaları istenmiş ve sonrasında boy, vücut ağırlıkları, bel ve boyun çevresi ile BKİ değerleri hesaplanmıştır. Çalışmaya katılan 506 öğrencinin %36.4'ü erkek ve %63.6'sı ise kızdır. Yaş ortalaması (\pm standart sapma) 20.3 ± 2.77 yıldır. Erkek öğrencilerin %73.9'u ve kızların %72.7'si normal BKİ aralığındadır ve tüm öğrencilerin %7.9'u zayıf ve %2.2'si ise obezdir. Öğrencilerin ortalama enerji alım düzeyleri düşük, yağ tüketimi ise yüksek bulunmuştur. Günlük besin ögeleri alım düzeyleri değerlendirildiğinde pek çok besin ögesinin (E vitamini, B1 vitamini, folik asit, kalsiyum, magnezyum, kız öğrencilerde demirin) yetersiz tüketildiği görülmüştür. Erkek öğrencilerin %51.1'i üç ana öğün ve %47.3'ü bir ara öğün tüketmekte ve kızların %54.7'si iki ana öğün ve %41.3'ü bir ara öğün tüketmektedir. Öğrencilerin %11.7'si her gün ve %28.7'si haftada en az 2-3 kez dışarıda yemek yemektedir. Erkek öğrencilerin %55.4'ü kebabçıları ve kızların %49.1'i fast-food lokantaları tercih etmektedir. Öğrenciler birinci sırada radyo/televizyonu, ikinci sırada arkadaş ve yakın çevrelerindeki insanları ve üçüncü sırada erkekler yazılı basını, kızlar ise sağlık personelini beslenme bilgi kaynağı olarak göstermiştir. Besin tercihlerine etki eden etmenler erkeklerde lezzetli, doyurucu, ekonomik olması ve tat, koku, kıvam gibi subjektif kriterler ve kızlarda bunlara ek olarak az yağlı olması ve kolay

hazırlanabilir olmasıdır. Uyku saatine göre BKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Tüm yaş grubundaki bireylerde, enerji ve besin öğelerini karşılayacak besinlerin günlük tüketim miktarı yetersizdir. Normal ağırlıklı erkek öğrencilerin %50.4'ü kendisini zayıf veya çok zayıf olarak görürken, hafif şişman erkeklerin %60'ı kendisini normal ağırlıkta görmektedir. Kızlarda ise normal ağırlıkta olanların %59.8'i kendisini zayıf veya çok zayıf görmektedir. Normal ağırlıktaki kızların %35.5'inin ve hafif şişman kızların %46.9'unun kendisini olduğu BKİ aralığında algılamaktadır. Erkeklerde bu oranlar sırasıyla %42.2 ve %37.1'dir. Erkeklerin %14.1'inde ve kızların %24.5'inde yeme davranışı bozukluğu bulunmuştur. Genel olarak öğrencilerin %20.8'inde yeme davranışı bozukluğu bulunmaktadır. Araştırmamızda öğrencilerin, bazı besin öğelerini yetersiz aldıkları, yanlış beslenme alışkanlıkları olduğu saptanmıştır. Bu nedenle öğrencilerin beslenme konusunda bilinçlendirilmesine ihtiyaç olduğundan eğitim programları düzenleyerek yeterli ve dengeli beslenme konusunda bilgilendirilmeleri sağlanmalıdır. Buna yönelik plan ve politikalar düzenlenerek öğrencilere sağlıklı beslenme konusunda doğru bilgi sağlanmalı ve farkındalık oluşturulmaya çalışılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Üniversite öğrencileri, EAT-26 yeme davranış testi, beslenme davranış bozukluğu

Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından onaylanmış ve Başkent Üniversitesi araştırma fonunca desteklenmiştir.

ABSTRACT

Devran, B. An Investigation of Dietary Habits, Eating Attitudes and Behaviours in Adolescents and Adults from Eastern Anatolia Region in Turkey

Başkent University, Institute of Health Science, Nutrition and Dietetic Master Degree Thesis, Ankara, 2014

This study was conducted to determine whether the first-year students from Eastern Anatolia region at Bingöl University suffer from eating disorders by considering their eating behaviour scores of dietary habits from Eating Attitudes Test (EAT)-26. It is a cross-sectional and descriptive research. The research population consists of faculties, schools and vocational schools at Bingöl University. 506 students from all these departments, who volunteered to participate in the study, were chosen through random sampling method. Questionnaire forms were given to the students during the interviews and asked to complete them at the same time. Then some measurements related to height, weight, waist circumference, neck circumference, and body mass index were conducted and written on questionnaire forms. 36.4 % out of 506 study participants are male and 63.6 % are female. The average age of participants (\pm standard deviation) is 20.3 ± 2.77 . 73.9 % of males and 72.7 % of females are within the normal BMI range. 7.9% out of all participants are thin and 2.2% of them are obese. It was found that the students' levels of average energy intake were low while fat consumption was high. When students' intake levels of daily nutritional elements were taken into account, it was seen that the students did not get sufficient amounts of many nutritional elements such as Vitamin E, Vitamin B1, folic acid, calcium, and iron especially in females. 51.1% out of males tend to eat three meals a day and 47.3% of them eat only one meal a day. 54.7% out of females tend to eat two meals a day and 41.3 of them eat only one meal a day. 11.7 % out of students eat outside every day and 28.7 % of them eat out at least two or three times a week. 55.4 % of males prefer to eat at the kebab restaurants and 49.1% of females prefer to eat at fast food restaurants. The students generally regard radio and television as the first source of dietary advice and friends/acquaintances as a second one. Males regard printed media while females regard health staff as a third source of dietary advice. The

factors which affect their dietary preferences for males are subjective ones such as palatability, taste, smell, texture of food, cost, and satiety and besides low-fat content and being easy to cook are effective factors for females. There is not any statistically significant difference between BMI groups in terms of hours of sleep. The majority of individuals within different age groups suffer from an insufficient amount of daily consumption of food including energy and essential nutrients. While 50.4% of males who have a normal weight consider themselves as thin or very thin, 60% of males who are slightly fat consider themselves as at a normal weight. Moreover, 59.8% of females who have a normal weight regard themselves as thin or very thin. 35.5% of females who are at a normal weight and 46.9% of slightly fat females perceive themselves at their own BMI range. These rates for males are 42.2% and 37.1% respectively. It was found that 14.1% of males and 24.5% of females suffered from eating behaviour disorder. In general 20.8 % of students were found to have a eating behaviour disorder. This study demonstrates that the students consume insufficient amounts of some essential nutrients and have unhealthy dietary habits. That is why some educational programs should be developed to help students to gain an awareness of adequate and balanced nutrition. In order to achieve this some plans and political decisions should be made to provide the students with the true information about healthy nutrition.

Key words: University students, EAT-26 eating behaviour test, eating behaviour disorders.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
TABLolar LİSTESİ	xiii
1 GİRİŞ	1
2 GENEL BİLGİLER	3
2.1 Beslenme.....	3
2.1.1 Tanım.....	3
2.1.2 Besinler ve besin grupları.....	3
2.1.3 Yeterli ve dengeli beslenme.....	6
2.1.4 Dönemlere göre beslenme durumu.....	6
2.1.4.1 Adölesan bireylerin beslenme durumu.....	6
2.1.4.2 Yetişkin bireylerin beslenme durumu.....	7
2.1.5 Toplumdaki beslenme sorunlarının nedenleri.....	9
2.1.6 Yetersiz ve dengesiz beslenmenin sağlık üzerine etkisi.....	10
2.2 Obezite.....	12
2.2.1 Tanım.....	12
2.2.2 Obezitenin nedenleri.....	13
2.2.3 Obezitenin neden olduğu sağlık sorunları.....	14
2.2.4 Obezitenin tedavisi.....	15
2.3 Yeme Bozuklukları.....	16
2.3.1 Tanım.....	16
2.3.2 Yeme Bozukluklarının Oluşum Nedenleri.....	17
2.3.2.1 Aile ilişkileri ve etkileşimi.....	18
2.3.2.2 Açlık sendromu.....	18
2.3.2.3 Beden imgesi.....	18
2.3.2.4 Sosyokültürel etkenler.....	19
2.3.2.5 Biyolojik görüşler.....	19
2.3.2.6 Genetik faktörler.....	20
2.3.2.7 Ağırlıkla ilişkili takıntı ve yeme bozukluğu.....	20
2.3.3 Yeme Bozukluklarının Oluşumundaki Risk Faktörleri.....	20
2.3.3.1 Bireysel risk faktörleri.....	21
2.3.3.2 Ailesel risk faktörleri.....	21

2.3.3.3.	Sosyo-kültürel risk faktörleri.....	22
2.3.3.4	Korelasyonel faktörleri.....	22
2.3.3.5	Nedensel faktörler.....	22
2.3.4	Yeme Bozukluklarının Görülme Sıklığı.....	23
2.3.5	Yeme Bozukluklarının Tanımlanması ve Sınıflandırılması.....	24
2.4	Anoreksiya Nervozası.....	24
2.4.1	Tanım.....	24
2.4.2.	Epidemiyolojisi.....	25
2.4.3	Anoreksiya Nervozası Gelişimindeki Risk Faktörleri.....	26
2.4.4	Anoreksiya nervozası için tanı Ölçütleri (DSM-IV-TR).....	26
2.4.5	Anoreksiya nervozasının tıbbi komplikasyonları.....	27
2.4.6.	Anoreksiya nervozada tedavi yaklaşımları.....	29
2.4.6.1	Anoreksiya nervozada yataklı servis tedavisi.....	29
2.4.6.2	Anoreksiya nervozada beslenme tedavisi.....	30
2.4.6.3	Anoreksiya nervozada psikoterapi.....	31
2.4.6.4	Anoreksiya nervozada bilişsel davranışçı tedaviler.....	32
2.4.6.5.	Anoreksiya nervozada psikofarmakolojik tedaviler.....	33
2.5	Bulimiya Nervozası.....	33
2.5.1.	Tanım.....	33
2.5.2	Epidemiyolojisi.....	34
2.5.3	Bulimiya nervozası için tanı ölçütleri (DSM-IV-TR).....	34
2.5.4	Bulimiya nervozasının tıbbi komplikasyonları.....	35
2.5.5	Bulimiya nervozası tedavi yaklaşımları.....	36
2.5.5.1	Bulimiya nervozada psikoterapi tedavisi.....	36
2.5.5.2	Bulimiya nervozada beslenme tedavisi.....	36
2.5.5.3	Bulimiya nervozada farmakolojik tedavi.....	36
2.6	Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu (BTA YB).....	37
2.6.1	Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu.....	38
2.6.2	Gece yeme sendromu.....	38
2.7	Diğer (Daha Az Bilinen) Yeme Bozuklukları.....	39
2.7.1	Boşaltım bozukluğu (BB).....	39
2.7.2	Ortoreksiya nervozası (ON).....	40
2.7.3	Pika.....	40
2.7.4	Diyabulimiya.....	41
2.7.5	Kadın atlet üçlemesi.....	41
3	GEREÇ VE YÖNTEM.....	42
3.1	Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	42
3.2	Araştırma Evreninin Seçimi ve Bireylerin Belirlenmesi.....	42
3.3	Veri Toplama Yöntemi.....	42

3.3.1	Sosyo-Demografik özellikler.....	42
3.3.2	Antropometrik ölçümlerinin değerlendirilmesi.....	43
3.3.3	Besin seçimi, beslenme alışkanlıkları, besin tüketim sıklığı bilgi	45
3.3.4	̂ Fiziksel aktivite.....	45
3.3.5	Yeme davranışları testi (EAT-26)	45
3.4	İstatistiksel Analizler.....	46
4	BULGULAR.....	47
5	TARTIŞMA.....	78
6	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	94
7	KAYNAKLAR.....	102
8	EKLER	
EK.1	Etik Kurul İzni	
EK.2	Anket Formu	

SİMGELER ve KISALTMALAR

AN	Anoreksiya Nevroza
BB	Boşaltım Bozukluğu
BKİ	Beden Kütle İndeksi
BN	Bulimiya Nevroza
BTA YB	Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu
DSM	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EAT-26	Yeme Tutum Testi (Eating Attitudes Test)
GYS	Gece Yeme Sendromu
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
kg	Kilogram
m	Metre
m²	Metrekare
n	Çalışmaya Katılan Birey Sayısı
NG	Nazogastrik
ON	Ortoreksiya Nervoz
Ort	Ortalama
SD	Standart Sapma
TYB	Tıkanırçasına Yeme Bozukluğu (Binge Eating Disorder)
YB	Yeme Bozuklukları

TABLolar

Tablo		Sayfa
2.1.	Enerji ve besin ögelerini karşılayacak günlük besinlerin yaklaşık miktarları (g/gün).....	5
2.2.	Türkiye için önerilen günlük enerji ve besin ögeleri güvenilir alım düzeyleri.....	8
3.1.	BKİ' ye göre ağırlığının değerlendirilmesi.....	42
3.2.	15-19 Yaş aralığındaki kızlar için BKİ'nin değerlendirilmesi.....	44
3.3.	15-19 Yaş aralığındaki erkekler için BKİ'nin değerlendirilmesi.....	44
3.4.	Cinsiyete bağlı bel çevresi ölçümleri.....	44
3.5.	Boyun çevresi için persentil değerleri	45
4.1	Öğrencilerin genel özelliklerine göre dağılımları.....	47
4.2	Öğrencilerin anne ve babalarına ait özellikler.....	49
4.3	Öğrencilerin yaş ile antropometrik ölçümlerinin aritmetik ortalama (\bar{x}), standart sapma (ss), alt-üst değerleri.....	51
4.4	Öğrencilerin Beden Kütle İndeksi (BKİ) sınıflamasına göre dağılımı	51
4.5	Öğrencilerin bel ve boyun çevresi persentillerine göre dağılımı.....	52
4.6	Öğrencilerin fiziksel aktivite yapma durumlarına göre dağılımı.....	53
4.7	Öğrencilerin ana ve ara öğün sayılarına göre dağılımı.....	54
4.8	Öğrencilerin dışarıda yemek yeme durumları ve yemek yeme yeri seçimlerine göre dağılımları.....	55
4.9	Öğrencilerin beslenme bilgi kaynağına göre dağılımı.....	56
4.10	Öğrencilerin akşam yemekten sonra yeme/içme alışkanlığına göre dağılımı.....	57
4.11	Öğrencilerin besin seçimlerine etki eden etmenlere göre dağılımı....	58
4.12	Öğrencilerin uyku saati ve BKİ gruplarına göre dağılımı.....	58
4.13	Öğrencilerin vücut ağırlığı algısı ve BKİ gruplarına göre dağılımı...	60

4.14	Erkek öğrencilerin besin tüketim sıklığına göre dağılımı.....	63
4.15	Kız öğrencilerin besin tüketim sıklığına göre dağılımı.....	64
4.16	Öğrencilerin cinsiyete göre enerji ve besin öğelerinin ortalama (\bar{x}) standart sapma (ss), alt ve üst değerleri.....	67
4.17	Öğrencilerin vitamin ve mineral değerlerinin ortalama (\bar{x}), standart sapma (ss), alt ve üst değerleri ve DRI karşılanma oranları.....	68
4.18	Erkek öğrencilerin yeme davranış testi (EAT26) sorularına göre dağılımı.....	71
4.19	Kız öğrencilerin yeme davranış testi (EAT26) sorularına göre dağılımı.....	73
4.20	Öğrencilerin yeme davranışı (EAT26) puanının ortalama (\bar{x}) ve standart sapma (ss) değerlerine ve skor gruplarına göre dağılımı.....	75
4.21	Öğrencilerde yeme davranış bozukluğunun BKİ gruplarına göre dağılımı.....	76
4.22	Öğrencilerde yeme davranış bozukluğunun öğün atlama durumlarına göre dağılımı.....	77

1.GİRİŞ

Beslenme, büyüme, yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunması için besinlerin kullanılmasıdır. Beslenme, insan gereksinimlerinin başında gelir. Bireyin, ailenin ve toplumun birinci amacı, sağlıklı ve üretken olmaktır. Sağlıklı ve üretken olmanın simgesi, bedenen, aklen, ruhen ve sosyal yönden iyi gelişmiş bir vücut yapısı ve bu yapının bozulmadan uzun süre işlemesidir. İnsan sağlığı; beslenme, kalıtım, iklim, çevre koşulları gibi birçok etmenin etkisi altındadır. Bu etmenlerin başında beslenme gelir (1).

Yeterli ve dengeli beslenme ise; vücudun büyümesi, dokuların yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan tüm besin öğelerinin her birinin yeterli miktarda ve gerekli oranda alınması ve vücutta uygun biçimde kullanılmasıdır. Beslenme, büyüme, yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunması için zorunludur (2).

Günümüzde şehirleşme, ekonomik gelişme ve küreselleşme, yaşam biçiminde ve diyetle hızlı değişimler ile beslenmede geçişler yaratmıştır. Bu durum hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde şişmanlık (obezite) gibi önemli sağlık ve beslenme sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Beslenmede geçiş; enerji yoğunluğu fazla besinlerin tüketimi, düşük fiziksel aktivite ve sedanter yaşam ile ilintilidir (3).

Özellikle gençlik döneminde beslenmenin yeterli ve vücut gereksinimine uygun olması gereklidir. Yükseköğrenim gençliğinin doğru beslenme alışkanlıklarına sahip olması; hem kendi sağlıkları hem de bu grubun örnek model olma rolü nedeniyle toplumsal önem taşımaktadır. Bu dönemde gençlerin ailelerinden bağımsız olarak yemek yeme alışkanlıkları gelişmektedir (1). Özellikle yurtda kalan öğrenciler için beslenme başlı başına bir sorundur. Gençlerin beslenmesini etkileyen önemli bir etmen de beslenme bilgisinin yetersizliğidir. Beslenme bilgisinin yetersizliği ve ağır ekonomik şartlar gençlerin yeterince beslenememesine neden olabilmektedir (4).

Yaşam biçimini ve sağlıklı olmayı belirleyen birçok değişkene ilişkin temeller gençlik döneminde atılmaktadır. Ergenin yaşam kalitesini, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirleyen bu değişkenlerden biri de gencin yeme tutumu ve davranışlarıdır. Yeme bozuklukları yaygın olarak her yasta görülmesine karşın ergenler önemli bir risk grubunu oluşturmaktadır. Bu dönemde karşılaşılan bazı

risk faktörleri, yaşanan yaşamsal ve durumsal değişkenler, ergen beslenmesini olumsuz bir şekilde etkileyebilmekte ve erişkinliğe adım attığı bu dönemde yanlış yeme tutumu davranışlarının oluşmasına neden olabilmektedir. Lise ve üniversitelerde ciddi bir sağlık sorunu olarak görülen anormal yeme tutum ve davranışları, devam ettiği sürece yeme bozukluklarının oluşumuna sebep olduğu görülmektedir (5).

Yeme bozuklukları; ağırlık ve besin tüketimi meşguliyetine eşlik eden aşırı duygular, tutumlar ve davranışlar ile karakterize karmaşık rahatsızlıkları ifade etmektedir. Yeme bozukluğu olan ciddi duygusal ve fiziksel problemler, kadınlar ağırlıkta olmak üzere her iki cinsten de görülmektedir (6). Yeme bozuklukları, olağan dışı yeme davranışları, şekil ya da kilo kontrolünde uyumsuz gayretler ve algılanan beden algısı ya da ölçüsüyle ilgili psikiyatrik rahatsızlıklardır. Anoreksiya nervosa, bulimia nervosa ve tikanırcasına yeme bozukluğu ortaya konulan üç yeme bozukluğudur. Başka türlü adlandırılmamış yeme bozukluğu ise, herhangi özgül bir yeme bozukluğu için tanı kriterlerini karşılamayan hastaları kapsayan ek bir kategori olmuştur (7).

Hızla değişen ve gelişen dünyada sağlığın korunması için bireylerin beslenme konularında bilinçlendirilmesi ve bunu yaşam biçimine dönüştürülebilmesi için eğitim verilmesi gereklidir. Beslenme alışkanlıklarını ve yeme davranışlarını etkileyen birçok unsur bulunmaktadır. Kültürel etmenler bu unsurlardan biridir. Bu bilgiler ışığında çalışmamız, ülkemizin Doğu Anadolu bölgesinde yaşayan adolesan ve yetişkin bireylerin beslenme alışkanlıkları ile yeme tutum ve davranışları belirlemek amacıyla yürütülmüştür.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Beslenme

2.1.1.Tanım

Beslenme; hayati fonksiyonların yerine getirilebilmesi, büyüme, gelişme, üreme, fiziksel aktivitelerde bulunabilme, sağlığın korunabilmesi kısaca yaşamın sürdürülebilmesi için dışardan besinlerin alınıp tüketilmesidir (8).

Beslenme açlık duygusunu bastırmak karın doyurmak ya da canının çektiği şeyleri yemek içmek değil, beslenme; sağlığı korumak, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarda ve uygun zamanlarda almak için bilinçli yapılması gereken bir eylemdir (9).

Vücudumuzdaki hayati faaliyetlerin enerjiye olan ihtiyacını karşılamak, sağlığımızı korumak, fiziksel büyüme ve gelişmeyi mümkün kılmak, antrenmana uyum sağlamak ve antrenmanların etkilerini maksimuma çıkarmak için temel besin öğeleri olan karbonhidratlar, yağlar, proteinler, vitaminler, mineraller ve suyun dengeli bir şekilde tüketilmesi beslenme olarak tanımlanabilir (10).

2.2.Besinler ve besin grupları

Bitki ve hayvanların yenebilen kısımlarına besin denir. Besin öğeleri ise, besinlerin yapısında bulunan organik ve inorganik yapılardır. Her besinin yapısında farklı besin öğeleri, farklı miktarlarda bulunmaktadır (11).

Bugüne kadar beslenme bilimi üzerindeki araştırmalar, insanın büyüme, gelişme ve sağlıklı olarak yaşamını sürdürmesi için 50'den fazla türde besin ögesine gereksinimi olduğunu göstermiştir. İnsanların gereksinimi olan bu besin öğelerini altı grupta toplayabiliriz (1):

1. Proteinler
2. Yağlar
3. Karbonhidratlar
4. Mineraller
5. Vitaminler
6. Su

Besinler içerdikleri besin öğelerine yakın olanlar bir araya toplanarak 4 gruba ayrılmıştır. Bunlar (11);

1. Süt ve süt ürünleri
2. Et, yumurta, kurubaklagiller
3. Sebze ve meyveler
4. Ekmek ve tahıllar

Enerji ve besin öğelerini karşılayacak besinlerin günlük tüketilmesi önerilen miktarları (g/gün) Tablo 2.1. gösterilmiştir (9).

Tablo 2.1. Enerji ve besin ögelerini karşılayacak günlük besinlerin yaklaşık miktarları (g/gün) (9)

Yaş	Erkek 10-18	Kız 10-18	Yetişkin Erkek 19-65	Yetişkin Kadın 19-65
Besin Grupları				
1. Grup				
Süt Grubu				
Toplam	600	600	450	450
Süt, Yoğurt	450	450	300	450
Peynir, Çökelek	30	30	30	30
2. Grup				
Et, Yumurta				
Toplam	165	155	140	150
Et, Tavuk, Balık	100	100	100	100
Yumurta	25	25	10	25
Kurubaklagil	40	30	30	25
3. Grup				
Taze Sebze ve Meyve				
Toplam	500	500	600	600
Yesil ve Sarı	150	150	200	200
Diğerleri	350	350	400	400
4. Grup				
Tahıllar				
Ekmek	350	300	300	250
Pirinç, Bulgur, Makarna, Un	100	60	80	75
Günlük Yağ ve Seker				
Tüketim Miktarı				
Yağlar Toplam	60	50	40	40
Katı Yağ	30	25	20	20
Sıvı Yağ	30	25	20	20
Yağlı Tohum	10	10	5	10
Tatlılar Toplam	70	60	50	50
Seker	40	30	30	30
Bal, Pekmez, Reçel vb.	30	30	20	20

2.3.Yeterli ve dengeli beslenme

Yeterli beslenme, genellikle vücudun yaşamı ve çalışmasını sürdürebilmesi için gerekli enerjinin sağlanması anlamına gelir. Karbonhidratlar, yağlar ve proteinler enerji sağlayan öğelerdir. Dengeli beslenme ise, enerji yanında bütün besin öğelerinin gereksinim kadar sağlanmasıdır (1).

Vücudun büyümesi, yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan enerji ve besin öğelerinin her birinin yeterli miktarlarda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılması durumuna yeterli ve dengeli beslenme denir. Sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesinde yeterli ve dengeli beslenme esastır (9).

2.4.Dönemlere Göre Beslenme Durumu

2.4.1.Adölesan bireylerin beslenme durumu

Adölesan dönemi, insanda büyüme ve gelişmenin en hızlı olduğu, çocukluktan erişkinliğe geçişi kapsayan özel bir dönemdir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); 10-19 yaş grubu arası adölesan dönem, 20-24 yaş grubu gençlik dönemi ve 10-24 yaş grubu ise genç insanlar olarak tanımlamaktadır (12). Sağlıklı beslenme davranışlarının çocukluk ve adölesan dönemlerde kazanılması, kişilerin yaşamlarının sonraki dönemlerinde de bu davranışlarını sürdürme olasılıklarını artırmaktadır. Adölesan dönem zihinsel, cinsel ve fiziksel olarak büyük bir değişimin yaşandığı dönemdir. Bu dönemdeki bireyler, diğer yaş gruplarına göre hastalık ve ölüm nedenleri açısından toplumun en sağlıklı kesimini oluşturmaktadırlar. Ancak yaşam tarzını ve sağlıklı olmayı belirleyen birçok değişkene ilişkin temeller bu dönemde atılmaktadır (13).

Adölesanların beslenme durumları birçok faktörden etkilenmektedir. Onların bu konudaki kendi bedenleri ile ilgili düşünceleri, algıları, genetik faktörleri, yaşam tarzları, alışkanlıkları gibi özellikleri, kişilerin sağlıklı ya da sağlıksız davranışı seçmelerini etkileyen faktörlerdendir (14). Gençlerin, özellikle genç kızların ince görümlü olma isteği, yeme bozukluğunun yayılma nedenlerinden biri gibi görünmektedir (15).

Adölesan döneminde özellikle fiziksel büyüme ve gelişmenin belirgin şekilde hızlanması, yaşam şekli ve beslenme alışkanlıklarının değişmesi, devamlı diyet yapma, kronik hastalıkların varlığı, sigara kullanımı ve spor yapma gibi özel

durumlar enerji ve besin ögeleri gereksinimlerini etkilemektedir (16). Bu dönemde gençlerin yetersiz ve dengesiz beslenmesi, malnütrisyon, obezite, kalp damar hastalıkları, anemi, vitamin ve mineral yetersizlikleri, büyüme ve gelişme geriliklerine neden olabilir (17).

Adölesan dönemi için gerekli olan enerji ve besin ögeleri alım düzeyi Tablo.2.2. ' de belirtilmiştir.

2.4.2.Yetişkin bireylerin beslenme durumu

Erikson'un yaşam aşamaları kuramına göre ilk yetişkinlik devresi 19–25 yaş aralığını, yetişkinlik devresi ise 26–40 yaş aralığını kapsamaktadır (18).

Beslenme toplumun her kesimi için önemli olmakla birlikte, özellikle ilk yetişkinlik dönemini kapsayan üniversite gençliği açısından farklı bir öneme de sahiptir. Üniversitelerde eğitim gören öğrencilerin birçoğu hayatlarında ilk defa aile ortamından uzakta yaşamak durumunda kalmaktadır. Üniversite öncesinde öğrencilerin beslenme alışkanlıkları aile yaşamının gerektirdiği şekilde devam ederken, üniversite ile birlikte farklılaşan yaşam şekli öğrencilerin beslenme davranışlarını da değiştirebilmektedir. Değişen beslenme davranışları üniversite öğrencisinin zihinsel ve fiziksel durumunu ilgilendirdiği gibi okul performansını da dolaylı olarak etkileyebilmektedir. Bu nedenlerden dolayı üniversite öğrencilerinin sahip oldukları beslenme bilgilerinin ve alışkanlıklarının saptanması ve duruma uygun öneriler geliştirilmesi oldukça önemlidir (19).

Yetişkinlik döneminde beslenme yetersizliği ve dengesizliğinin dolaylı olarak neden olduğu hastalıkların en önemlileri; enfeksiyon hastalıkları, arteriosklerotik hastalıklar, diyabet, hipertansiyon, şişmanlık, diş çürükleri ve karaciğer hastalıklarıdır. Yetersiz ve dengesiz beslenme vücut direncini azaltarak enfeksiyonlara zemin hazırlamakta, hastalığın ağır seyretmesine ve öldürücü komplikasyonların gelişmesine neden olmaktadır (20).

Yetişkinlik dönemi için gerekli olan enerji ve besin ögeleri alım düzeyi Tablo.2.2. ' de belirtilmiştir.

Tablo.2.2.Türkiye için önerilen günlük enerji ve besin öğeleri güvenilir alım düzeyleri (9)

Enerji ve besin öğeleri	Öğrencilerin yaş grupları (14-50 yaş)					
	Erkek			Kadın		
	14-18	19-30	31-50	14-18	19-30	31-50
Enerji (kcal)	2860	2850	2623	2260	2180	2065
Kkal/kg	44	40	35	41	37	33
Protein (g/gün)	54-71	58-72	60-75	43-66	47-59	50-63
Lif (g)	29	29	29	26	25	25
A vit (RE)	900	900	900	700	700	700
D vit (mcg)	10	10	10	10	10	10
E vit (mg)	15	15	15	15	15	15
K vit (mcg)	75	120	120	75	90	90
Ca (mg)	1300	1000	1000	1300	1000	1000
Fosfor (mg)	1250	700	700	1250	700	700
Fe (mg)	10	10	10	18	18	18
Zn (mg)	11	11	11	10	10	10
İyot (mcg)	150	150	150	150	150	150
Flor (mg)	3	4	4	3	3	3
Mg (mg)	410	400	420	360	310	320
Manganez (mg)	2.2	2.3	2.3	1.6	1.8	1.8
Bakır (mcg)	890	900	900	890	900	900
n-3 yağ a.	1.6	1.6	1.6	1.1	1.1	1.1
n-6 yağ a.	12	17	17	11	12	12
C vit (mg)	75	90	90	75	90	90
Tiamin (mg)	1.2	1.2	1.2	1.0	1.1	1.1
Riboflavin (mg)	1.3	1.3	1.3	1.0	1.1	1.1
Nisan (mg)	16	16	16	14	14	14
B6 vit (mg)	1.3	1.3	1.3	1.2	1.3	1.3
Folat (mcg)	400	400	400	400	400	400
B12 vit (mcg)	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4
Pantotenik asit (mg)	5	5	5	5	5	5
Biotin (mcg)	25	30	30	25	30	30

2.5.Toplumdaki Beslenme Sorunlarının Nedenleri

Bireyin besin seçimini ve beslenme durumunu etkileyen bir çok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler, genetik ve çevresel olmak üzere iki gruba ayrılabilir (11). Toplumda beslenme yetersizliği sorunlarının oluşmasındaki nedenleri birkaç genel grupta toplayabiliriz (1):

1. Besin üretimi, dağıtımı ve teknolojisinde yetersizlik ve düzensizlikler
2. Satın alma gücünün yetersizliği ve dengesizliği
3. Kültürel etmenler ve eğitim yetersizliği
4. Aile kalabalığı
5. Çevre koşullarının sağlık kurallarına uygun olmayışı

Türkiye beslenme durumu yönünden hem gelişmekte olan, hem de gelişmiş ülkelerin sorunlarını birlikte içeren bir görünüme sahiptir. Türkiye'de halkın beslenme durumu bölgelere, mevsimlere, sosyo-ekonomik düzeye ve kentsel-kırsal yerleşim yerlerine göre önemli farklılıklar göstermektedir. Bunun temel nedenlerinin başında gelir dağılımındaki dengesizlik gelmektedir. Bu durum beslenme sorunlarının niteliği ve görülme sıklığı üzerinde etkili olmaktadır. Ayrıca beslenme konusundaki bilgisizlik, hatalı gıda seçimi ile yanlış hazırlama, pişirme ve saklama yöntemlerinin uygulanmasına neden olmakta ve beslenme sorunlarının boyutlarının büyümesine yol açmaktadır (21).

Yetersiz beslenmenin nedenlerinin başında toplumdaki insanlara yetecek kadar besinin bulunamayışı gelir. Besin yetersizliğinin nedenleri arasında toplumun nüfusunun toprağına oranla çok olması, tarım ve hayvancılık üretiminde verimin düşüklüğü, üretilen besinlerin dağılımındaki düzensizlikler ve çok bulunan zaman ve yerdeki besinlerin az bulunan zaman ve yerlerde kullanılmasında esas olan teknolojinin yetersizliği başta gelir (1). Özellikle yeni doğanın beslenmesinde sosyal eşitsizlikler etkilidir. Doğumdan hemen sonra bebeğın emzirilmesi gerekirken, sosyal statüsü düşük, eğitimden yoksun gruplarda 3 – 5 ezan bekletilme geleneğı vardır. Buna neden olarak çocuğın sabırlı olması, aç gözlü olmaması gösterilmektedir. Buna bir de annenin bakımsız, sık doğum ve yetersiz beslenme nedeniyle tükenmiş olması da eklenince, süt verimi de düşmektedir. Bu gruplarda gebelik ve doğuma ilişkin ölüm oranları da yüksektir. Bunun sonucu çocuklara erken aylarda uygun olmayan ek besinler verilmektedir (22). Beş yaş altı çocuklarda, annenin eğitim düzeyi göz

önüne alındığında, annenin eğitim düzeyi ortaokul ve üzeri olanlarda yetersiz beslenme bir sorun teşkil etmezken, örgün eğitimden yoksun annelerin çocuklarının yaklaşık üçte biri bodur olarak sınıflandırılmaktadır. Kırsal-kentsel ve bölgesel farklılıklar da vardır. Kırsal alanda bodurluk (%22), kentsel alanlara (%13) göre daha yaygındır. Bodurluğun en yüksek seviyede olduğu bölge Doğu Anadolu bölgesi (%30) iken, Batı ve İç Anadolu bölgelerinde bu seviye en düşüktür (%10-12) (23).

Ailelerde birey sayısı arttıkça bireye düşen gelir daha da azalmaktadır. Böylece kalabalık ailelerde besin temini daha da güçleşmektedir. Ülkemizde ortalama hane halkı birey sayısı 5 kişi olarak düşünülmektedir. Asgari ücret düzeyinde gelire sahip ailelerin net gelirlerinin yeterli ve dengeli beslenmeye yetmemektedir. Bu durumdaki aileler yeterli ve dengeli beslenme yerine ucuz besinlerle karın doyurma yoluna gitmektedirler. Diğer yandan, gereksinmesinin çok üstünde aşırı beslenen kişiler de aldıklarını harcamadıklarından şişmanlamakta ve bunun sonucu olarak çeşitli kronik dejeneratif hastalıklar oluşmaktadır (1).

Çevre koşullarının sağlık kurallarına uygun olmaması da beslenme sorunlarının nedenlerindedir. Besin kaynaklı hastalıklara neden olan etmenler arasında kimyasal maddeler, doğal besin toksinleri, metaller, tarım ilaçları, deterjanlar, plastikler, parazitler ve mikroorganizmalar (bakteri, küf, maya) sayılabilir. Besinlere çeşitli kaynaklardan karışan veya bir amaçla dışarıdan eklenen bazı kimyasal maddelerin miktarları belirli bir düzeyi geçerse besin zehirlenmelerine yol açabilir. Yiyecek saklamaya uygun olmayan araç-gereçlerin yüzeylerinden de zehirli maddelerin çözünmesiyle besine metal bulaşması olabilir. Asitli yiyeceklerin bakır veya bileşiminde kurşun içeren kaplarda saklanması, kalaysız bakır kaplarda besinin bekletilmesi bu yönden sorun yaratabilir. Bu nedenle kalaysız bakır, boyalı plastik ve alüminyum kaplarda yiyecekler bekletilmemelidir (24)

2.6.Yetersiz ve Dengesiz Beslenmenin Sağlık Üzerine Etkisi

İnsan yeterince yemesine karşın, uygun seçim yapmadığında ya da yanlış pişirme yöntemi uygulandığında besin öğelerinin bazılarında kayıplar olur ve vücut çalışmasındaki işlevi yerine getirilmediğinden sağlık bozulabilir. Bu duruma “Dengesiz Beslenme” denir (9).

Ülkemizde de birçok dünya ülkesinde olduğu gibi yetersiz ve dengesiz beslenme önemli bir sorun haline gelmeye başlamıştır. “Ayak üstü beslenme (fast-

food)” alışkanlıklarının yaygınlaşması ve fiziksel aktivitenin azalıp daha sedanter bir yaşam sürdürülmesi özellikle dengesiz beslenmenin en önemli sonucu olan şişmanlık sıklığının artışının temelinde yatan nedenler arasında yer almaktadır (13). Dengesiz beslenmeye bağlı şişmanlık ve beslenmeye bağlı kronik hastalıkların (kalp damar hastalıkları, kanser, diyabet, osteoporoz vb.) görülme sıklığı her geçen gün artmaktadır. Ülkemizde son yıllarda çocuklarda şişmanlık sorunu üzerinde durulmaya başlanmıştır. Yapılan araştırmalar yakın gelecekte önlem alınmadığı takdirde sorunun önem kazanabileceğini göstermektedir (25). Hipertansiyon, dislipidemi, insülin direnci ve ağır psikolojik strese yol açması nedeni ile önemli bir morbidite nedeni olan obezite, çocukluk çağında giderek artan bir sıklıkta görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalarda erişkinlerin %33'ünün, çocuk ve adolesanların ise %20-27'sinin obez olduğu, 1976'dan sonraki on yılda 6-11 yaşlarında obezitenin %54 oranında, 12-21 yaşlarındaki çocuklarda da %64 oranında arttığı bildirilmektedir (26).

Ülkemizde yetersiz ve dengesiz beslenme, özellikle büyüme çağındaki çocukların, gebe ve emzikli kadınların, ağır işlerde çalışan işçilerin önemli sorunlarından. Ulusal beslenme araştırmalarına göre genelde ailelerin yaklaşık %8-17'si yetersiz düzeyde enerji tüketmektedirler. Dünya Sağlık Örgütü 2006 yılında yayınladığı raporda “ gelişmekte olan ülkelerde her üç kişiden birinin vitamin ve mineral yetersizliğinden etkilendiği, bunun da enfeksiyon, doğum bozuklukları, fiziksel ve entellektüel gelişme geriliğine yatkınlığı arttırmaktadır ” ifadesi kullanılmıştır (1). Yetersiz ve dengesiz beslenme yüzünden zihnen ve bedenen iyi gelişmemiş yorgun, isteksiz ve hasta bireyler toplum için bir güç ve kuvvet değil bir yükür. Yetersiz ve dengesiz beslenen bireylerde; şişkin bir karın, ciltte çeşitli yara ve pürüzler, sık sık baş ağrısından şikayet, iştahsız, yorgun, isteksiz bir kişilik görülmektedir (9).

Günümüzde gençler biyolojik ve psikososyal pek çok sağlık sorunu ile karşı karşıyadır. Ancak bunların arasında, sağlıksız, dengesiz beslenme alışkanlığı ve buna bağlı olarak gelişen hastalıklar ilk sıralarda yer almaktadır. Türkiye'de okul çağı çocuk ve gençlerde beslenme ile ilişkili sorunlar arasında zayıflık, şişmanlık ve ilgili sorunlar, avitaminozlar, anemi, basit guatr ve diş çürükleri yer almaktadır. Bunların yanı sıra, yetersiz ve dengesiz beslenmenin öğrencilerin dikkat sürelerini kısalttığı,

algılamalarını azalttığı, öğrenmede güçlük ve davranış bozuklukları ile okula devamsızlık ve okul başarısında düşmeye neden olduğu bildirilmektedir (2). Genel olarak 0 – 5 yaş çocuklarında büyüme ve gelişme geriliği, demir yetersizliği anemisi, raşitizm; okul çağı çocuk ve gençlerde zayıflık ve şişmanlık, demir yetersizliği anemisi, vitamin yetersizlikleri, iyot yetersizliği hastalıkları, diş çürükleri; yetişkin kadınlarda zayıflık ve şişmanlık, demir yetersizliği anemisi, iyot yetersizliği hastalıkları, vitamin yetersizlikleri; yaşlılarda beslenmeye bağlı kronik hastalıklar sık görülmektedir (27).

Kötü alışkanlıklardan biri olan alkol ve sigara kullanımı, kötü beslenmeye yol açan etkenlerden biri olarak ifade edilmiştir. Araştırmalar; sigara içen bireylerin, C vitamini ve β karotenden zengin sebze ve meyveleri daha az tükettiklerini, sigara nedeniyle etkilenen beslenme durumlarının, bu düzensiz beslenme sonucu daha da bozulduğunu göstermektedir. (28). Uzun vadeli Alkol tüketiminin çeşitli sağlık sonuçları üzerine etkilerinin incelendiği bir çalışmada, alkol içiciliğinin gelecekte yüklediği riskin kullanılan miktara bağlı olarak: Aşırı içiciliğin diyabet ile kronik kalp hastalığı riskini ve erkeklerde ölüm oranını yükseltirken, ılımlı kullanımın Kroner Kalp hastalığı riskini sınırdan anlamlı, genel mortaliteyi marjinal biçimde düşürdüğü görülmüştür. İlımlı içicilik diyabet veya metabolik sendrom riskini yalnız kadınlarda düşürme eğiliminde olduğu görülmüştür (29).

2.2.Obezite

2.2.1.Tanım

Obezite, vücutta depolanan yağ miktarının fazla olması biçiminde tanımlanabilir. Klinik olarak obeziteyi tanımlamak için kilonun boyun karesine oranlanması (kg/m^2) ile elde edilen beden kütle indeksi kullanılır. Buna göre erişkinlerde beden kütle indeksi (BKİ)'nin 25'in üzerinde olduğu kişiler hafif kilolu, 30'un üzerinde olanlar obez olarak tanımlanır (25). Obezitenin tanımı için BKİ dışında başka değerlerde kullanılmaktadır. Bel çevresinin erkekte 102 cm, kadında 88 cm üstünde olması, bel/kalça oranı erkekte 1.0, kadında 0.8'in üstünde olması şişmanlık olarak kabul edilmektedir (1). Ayrıca yaşa göre vücut ağırlığı, boya göre ağırlık, deri kıvrım kalınlığının ölçümü ve içerdiği yağ bakımından vücut kompozisyonu da kullanılan diğer tanı yöntemleridir (25).

Obezitenin yaygınlığı, dünya çapında değişiklik göstermektedir. Obezite oranı yetişkinlerde %15 ile 60 arasında değişmektedir. Genellikle kadınlarda erkeklere göre daha yaygın olduğu görülmüştür. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) raporuna göre, obezite dünyada salgın haline gelmiştir (30). DSÖ tarafından Asya, Afrika ve Avrupa'nın 6 ayrı bölgesinde 12 yıl süren MONICA çalışmasında, 10 yılda şişmanlık yaygınlığında %10 ile 30 arasında bir artış olduğu rapor edilmiştir (31).

Türkiye'de, yetişkinlerde obezite prevalansı 1990 yılında %18.6 iken, on yıl sonra, 2000 yılında, prevalansı %17.7 artış göstererek %21.9 olmuştur. Pek çok ülkede olduğu gibi, Türkiye'de de obezite kadınlarda erkeklere göre daha yaygın olduğu görülmüştür (32). İstanbul'da 12-13 yaş grubu (257 erkek, 253 kız) 510 adolesan üzerinde yürütülen bir çalışmada; zayıf, fazla kilolu ve obezite prevalansı sırasıyla %15.3, %10.6 ve %1.6 olarak bulunmuştur (33).

2.2.2.Obezitenin nedenleri

Obezite, uzun süren enerji dengesizliği sonucudur. Bunun belli başlı nedenleri dört grupta toplanabilir (1):

1. Fazla yeme,
2. Fiziksel hareketlerin azlığı,
3. Psikolojik bozukluklar,
4. Genetik, metabolik ve hormonal bozukluklar

Obezitenin gelişiminde etkili olan en önemli faktör, aşırı ve hızlı yeme davranışıdır. Adölesan dönemde olan bireyler obeziteye neden olan sağlıksız beslenme alışkanlıkları edinmektedirler. Basın –yayın organları aracılığı ile yeme isteğini arttıran mesajların verilmesi çocuk ve adölesanlarda sağlıksız beslenme davranışlarının oluşumuna etki etmektedir. Bu dönemdeki çocukların büyük bir kısmı sabah kahvaltı yapmayıp kantinden atıştırmakta ve öğlen yemeklerini dışarıda ve fast-food tarzı yemektir. Bu tarz beslenmede bulunan yiyeceklerin enerji ve yağ oranı yüksek, buna karşın lif değeri düşüktür (34). Düzenli egzersiz, çocukların ve gençlerin sağlıklı büyümesi ve gelişmesinde, istenmeyen kötü alışkanlıklardan kurtulmada, sosyalleşmede, yetişkinlerin çeşitli kronik hastalıklardan korunmasında veya bu hastalıkların tedavisinde veya tedavinin desteklenmesinde, bir başka deyişle tüm hayat boyunca yaşam kalitesinin artırılmasında önemli farklar yaratabilmektedir (35).

Obezite ile psikolojik etmenler arasında bir ilişki olduğu kabul edilmekte, bireylerin karşılaştığı sıkıntılı durumlarda ise, aşırı yemesine neden olabilmektedir. Bazı kimseler üzüntü, sıkıntı ve güvensizliklerini örtmek için fazla yeme, bazıları ise bunun tersine daha az yeme eğiliminde olabilir. Beslenme davranışının psikolojik boyutu olarak tanımlanabilecek bu yönelim oldukça önemli olup, dikkate almakta fayda olduğu gözlenmektedir (36).

Obezite ve genetik etmenler üzerinde yapılan araştırmalarda her iki ebeveyn obez ise çocuğun obez olma ihtimali %80, yalnızca biri obez ise oran %50, ikisi de obez değilse oran %9 olarak bulunmuştur. Bu gözlemlerden yola çıkılarak yapılan araştırmalarda vücut ağırlığını biyolojik olarak kontrol eden moleküler bileşenleri belirleyen bazı genler bulunmuştur (25).

Obezitenin etiolojisinde, aşırı besin tüketimi ve enerji harcamasının azalması ile ortaya çıkan enerji dengesizliği ve ayrıca hipotalamustan merkezlenen, nöral, hormonal ve biyokimyasal pek çok faktörün açlık, tokluk ve iştah üzerine etkili olmasının yanı sıra, genetik etkilerin de olduğu belirlenmiştir (37).

2.2.3.Obezitenin Neden Olduğu Sağlık Sorunları

Çocukluk ve adölesan dönemdeki obezitenin önemli sağlık sorunlarına yol açabilecek fizyolojik ve psikolojik etkileri vardır. Bu dönemde olusan obezitenin yetiskin dönemde görülen hastalıklar ile yakın ilişkisi vardır (34).Obezite, vücutta birçok endokrin ve metabolik fonksiyonu bulunan yağ dokusunun normalden fazla olması sonucu ortaya çıkan, fizyolojik, organik, sistemik, hormonal, metabolik, estetik, psikolojik ve sosyal sorunlara yol açabilen bir hastalıktır. Ayrıca obezite düşük fizik kondisyon, psikolojik sorunlar, diyabet, hipertansiyon, obstrüktif uyku apnesi ve dislipidemiye neden olarak kardiyovasküler hastalık insidansını arttırmaktadır (38).

Şişmanlıkta, hipertansiyon ve kalp-damar hastalıkları sıklığında artış görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan uzun süreli bir araştırmada, orta yaşlı erkekler arasında normal ağırlığa sahip olanlarda, hipertansiyon sıklığı %14-22, arasında iken, normalin %15 üstünde ve daha şişman olanlarda %35-47 arasında değiştiği görülmüştür (31). Şişmanlık, insülin direnci ve bununla ilintili tip 2 diyabet, hipertansiyon ve kanlipit profilinde bozulmayla belirlenen metabolik sendrom için başta gelen risk faktörüdür (1). Yapılan epidemiyolojik çalışmalar,

obezitenin önemli derecede morbidite ve mortalite artışından sorumlu olduğunu, yaşam kalitesini azaltarak, sağlıksız geçen yaşam yıllarını arttırdığını ve beklenen yaşam yılını azalttığını göstermiştir. Obezitenin neden olduğu tıbbi komplikasyonlar neredeyse tüm vücut sistemini etkilemektedir (39)

2.2.4.Obezitenin Tedavisi

Obezitenin tedavisinde; Ulusal Kalp, Akciğer ve Kan Enstitüsü ve Kuzey Amerika Obezite Çalışma Grubu' nun yayınlamış olduğu rehberde 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 yaşam tarzı değişikliğidir. Bu değişiklik diyet tedavisi, fiziksel aktivite ve davranış 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 (40). Obezite tedavisindeki amaç, fazla vücut ağırlığından kurtulmak ve uzun dönemde düşük vücut ağırlığını korumaktır. Zayıflayamayan hastalar için alternatif bir hedef olarak, daha fazla kilo alımını engelleyecek bir diyet tedavisi uygulamaktır. Başarılı bir obezite tedavisinin sonucunda, abdominal yağ miktarında azalma ile birlikte, obezite ile ilişkili sağlık risklerinde iyileşme, yaşam kalitesinde artma ve ölüm oranında bir azalma görülmektedir (41).

Obezite tedavisinde uygulanan zayıflama diyetlerinin temelini, negatif enerji dengesi oluşturmaktır. Ulusal Kalp, Akciğer ve Kan Enstitüsü ve Kuzey Amerika Obezite Çalışma Grubu' nun birlikte hazırladıkları rehberde göre, obez kadınlara 1000-1200 kkal/gün, obez erkekeler ise 1200-1600 kkal/gün enerji içeren diyetler uygulanması gerektiği üzerinde durulmuştur. Çok düşük kalorili diyetlerin uygulanması ise, yan etkilerinden, sürekli tıbbi kontrol gerektirdiğinden ve devamlılık sağlanamadığından dolayı günümüzde obezitenin tıbbi beslenme ve tedavisinde önerilmemektedir (42). Obezite yaşam tarzı değişikliği tedavisinde; ağırlık kaybı programının ayrılmaz birleşeni fiziksel aktivitedir. Obez kişinin haftada 3 ile 5 gün arasında günlük 30 ile 45 dk arasında (örneğin yürüyüş ya da yüzme gibi) bir fiziksel aktivitede bulunması gerekmektedir (43).

Yaşam tarzı değişikliği programının üçüncü bileşeni ise davranış tedavisidir. Davranış tedavisi, ağırlık kaybı davranışlarını pekiştirmek için tasarlanmış stratejiler anlamına gelir ve kapsamlı bir ağırlık yönetimi programına dahil edilmelidir. Davranış tedavisi açıkça, kilo azaltma hedefleri, bu hedeflere ulaşmada önündeki engelleri aşmak için çeşitli stratejiler belirleyen ve küçük artırımlarla bu stratejiler üzerinde durur (44). Davranış tedavisi, kendi kendini izleme (günlük besin kaydı tutmak gibi), uyarıcı kontrolü , stres yönetimi, beslenme eğitimi, yavaş beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite, problem çözme, ödüllendirici davranış değişiklikleri ve sosyal desteği kapsamaktadır (45).

2.3.Yeme Bozuklukları

2.3.1.Tanım

En geniş anlamıyla yeme bozuklukları, ruminasyon, pika, anoreksiya ve bulimiyayı içermektedir. Bunların içerisinde ise gençleri en çok anoreksiya nervosa ve bulimiya nervosa ilgilendirmektedir (46)

Yeme bozuklukların tanımlanması ile ilgili henüz tam bir fikir birliği sağlanamamış olmakla birlikte tanımlama için üç temel özellik gerekli görülmektedir (47):

1.Yeme alışkanlıklarında ya da ağırlık kontrolü davranışlarında kesin bir bozulma,

2.Fiziksel sağlık ve psikososyal işlevsellikte klinik olarak anlamlı bozulmayla sonuçlanan ya davranış bozuklukları ya da temel yeme bozuklukları özellikleri (ör.yemek yeme de bozulma, biçim ve kilo ile ilgili aşırı değerlendirme) ,

3.Herhangi bir genel tıbbi duruma ya da diğer psikiyatrik bozukluklara ikincil olmayan davranış bozukluğu.

Yeme bozuklukları, yeme davranışında ağır bozukluklar olması ile belirlidir. Başlıca iki yeme bozukluğu vardır. Bunlardan biri anoreksiya nervosa, diğeri bulimiya nervozadır. Anoreksiya nervosa, olağan en düşük vücut ağırlığını sürdürmeye karşı koyma ile belirlidir. Bulimiya nervosa, yineleyen tıkanırcasına yeme dönemlerinden sonra, kendi kendine kusturma, bağırsakları boşaltıcı (laksatif), idrar söktürücü (diüretik) ya da diğer ilaçları kullanma, hiç yemek yememe ya da aşırı spor yapma gibi uygunsuz ödünleyici davranışlarda bulunma dönemlerinin

yinelemesi ile belirlidir. Vücut biçimi ve ağırlığı algısında bir bozukluk olması, hem anoreksiya nervozanın, hem de bulimiya nervozanın başlıca özelliğidir. Bunların dışında herhangi özgül bir yeme bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamayan bozukluklar, başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu başlığı altında toplanmıştır (48).

Anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıknırcasına yeme sendromu ve gece yeme sendromu gibi rahatsızlıkları içine alan yeme bozuklukları, son 25 yılda ülkemizde hızlı bir artış göstermiştir. Yeme bozukluklarının temel özelliği; kişinin kendini şişman olarak algılaması, baş edilemeyen duygusal karmaşalara aşırı yemek yemenin eşlik etmesi, kilo almaktan ve şişman olmaktan korkması ve zayıflamaya yönelik katı bir istek duyma ile bağlantılı bedensel imge rahatsızlığının olmasıdır. Genel olarak yeme bozuklukları, anormal yeme modelleri ile besin ve ağırlıkla ilişkili bilişsel çarpıtma şeklinde karakterizedir. Beslenme durumundaki ters etkilerin sonuçları; tıbbi komplikasyonlar, sağlık durumunda ve fonksiyonlarındaki bozukluklar ile ciddi problemlere neden olmaktadır (6).

2.3.2.Yeme bozukluklarının oluşum nedenleri

Yeme bozukluğu olan hastaların demografik özellikleri geniş bir yelpazeye sahiptir. Yeme bozukluklarının başlıca özellikleri bireyin kendini şişman olarak gördüğü hasarlı vücut görüntüsü (normal veya düşük ağırlıkta olmasına rağmen), kilo alma ve şişman olma korkusunun yoğun olması ve incelme konusunda amansız bir obsesyonun varlığıdır (49).

2.3.2.1.Aile ilişkileri ve etkileşimi

Bir çok kuramcı anoreksiya nervosa (AN) hastalarındaki aile ilişkilerinde saptadıkları patolojileri AN'in nedeni olarak göstermiştir. Bu kuramlardan biri olan "Psikosomatik aile" teorisine göre "aile iletişim patolojisinin semptomu AN'li bireydir." Başka bir deyişle, altta yatan, konuşulmayan aile iletişim patolojisinin dışı vurumu anoreksiyalı bireydir. Psikosomatik ailenin özellikleri şunlardır: çok yapışık, çatışmadan kaçan, aşırı koruyucu; katı, kuralcı; sorun çözme kapasitesi sınırlı ;ilişkiler çok yakın veya çok uzaktır (50).Yeme bozukluğu olan çocukların aşırı koruyucu, her şeye karışan, bireyselleşmeye izin vermeyen aile yapısına sahip

oldukları ve ailelerin daha az empatik, daha az destekleyici ve daha sorunlu olarak buldukları gözlemlenmiştir (46, 51).

2.3.2.2.Açlık sendromu

Yeme bozukluklu hastalar şiddetli kilo verme çabalarına sekonder gelişen yemek konusundaki düşünce uğraşlarını, yeme ataklarını, emosyonel gerginliklerini, bilişsel kusurlarını ve sosyal izolasyonlarını değerlendiremezler (50).Diyet yapma ve yeme bozukluğu arasında açık ilişkiler olduğu yapılan çalışmalarda ortaya çıkmıştır. Klinik birçok çalışmada yeme bozukluğu davranışı başlamadan önce, yeme bozukluğu olan bireylerin diyet yapmaya başlamış oldukları rapor edilmektedir (6).

Tıbbi ve psikolojik açıdan en iyi durumda olan genç askerlerle yapılan çalışmada normal öğünlerinin yarısını altı ay yemek durumunda bırakılan deneklerde AN'deki belirtiler ortaya çıkmıştır. Kronik açlığa sekonder olarak fizyolojik bozukluklar ortaya çıkmıştır. Açlık durumu karakteristik biçimde kişileri etkiler ve sıklıkla kendilerini başkalarından ayırma, inziva, ve gizlilik, aile üyelerine yabancılaşma vardır (52).

2.3.2.3.Beden imgesi

Anoreksiya nevroza (AN) hastalarının beden imgesinde bozulma olmasının, bedenlerini mevcut durumlarından farklı algıladıkları için klinik tablonun devam etmesine neden olduğu bilinmektedir. Hastanın beden ağırlığını, büyüklüğünü ya da biçimini algılamada bozukluk olması ve kendisini olduğundan daha şişman gösteren ayna görüntüleri AN için klişeleşmiş belirtilerdir. Kaşektik hale gelmiş bir AN hastası kendisinin “şişman” olduğunu iddia eder, ama kendisi gibi çok zayıf başka bir AN hastasının aşırı, hastalık derecesinde zayıf olduğunu görür, anlar ve söyler. Hasta, genelde olduğundan daha büyük ya da daha şişman hissettiğini ifade eder ve öyle anlaşılır (50).

2.3.2.4.Sosyokültürel etkenler

Toplumun zayıflıkla ilgili normlarının yeme bozukluklarının etyolojisinde önem taşıdığı belirtilmektedir (46).Yeme bozuklukları (YB) için risk faktörleri sosyokültürel, aile ve bireysel etkiler olarak sıralanabilir. Sosyokültürel çalışmalarda batılı genç kızlar üzerindeki ince bir bedene sahip olma konusundaki kültürel baskılar, yeme bozukluğu için gerekli riskleri oluşturabilmiştir (53)

İyi bir spor performansı için zayıf ya da belirli bir ağırlıkta kalmaları gerektiğine inanan estetik ve ağırlık sporları ile ilgilenen atletler, genel nüfusa göre yeme bozukluklarına yakalanma riski bu popülasyonda daha fazla olmuştur (54). Ayrıca zayıf olmanın incelik, güzellik, başarı ve çekiciliği temsil ettiği şeklindeki kültürel baskılar da diyet yapmaya yönlendirmekte ve YB gelişiminde rolüne olabileceğine dikkat çekilmektedir. Ancak güzellik algısındaki değişme, ince beden sahibi olma konusunda sosyal ve medya baskısı diyet ve kilo konuları toplumsal obsesyona dönüşmüş olsa bile AN prevalansı düşüktür. Düşük prevalans oranları AN için kültür dışındaki etkenlerin devrede olduğunu göstermektedir. Söz konusu kültürel etkenlerin büyük çoğunluğu AN yapmamaktadır. Sadece küçük oranda hastalığa yatkın olan kişiler AN olmaktadır. Bu faktörlerin AN'yi açıklamak için yeterli olmadığı fakat BN ve tıkanırcasına yeme bozukluğu (TYB) için söz konusu sosyokültürel etkenlerin AN'ye göre daha fazla etkili olabileceği düşünülmektedir (50).

2.3.2.5.Biyolojik görüşler

Hipotalamusta paraventriküler çekirdekte, yeme davranışının düzenlenmesinde nörotransmitterlerin karmaşık etkileşimleri vardır. Norepinefrinin iştah uyarıcı etkisi olup, serotonin ise doyumluk hissini artırır, gıda alımını azaltır, agresif, impulsif ve obsesif-kompulsif davranışları düzenler. Dopamin sistemlerinin az veya çok aktivasyonu, yeme bozuklukları oluşturur. İlaç ve hormonlar, dopamin transmisyonunu etkileyen in vivo çevresel stresler olup yemek yemenin kısıtlanmamasına neden olabilir (55).

Beyin görüntüleme çalışmalarında, AN geliştikten sonra saptanan yapısal beyin değişiklikleri (atrofi, beyin genişlemesi) bilinmekle birlikte, AN gelişmeden önce var olan bir patoloji gösterilememiştir (50).

2.3.2.6.Genetik faktörler

AN hastalarının kız kardeşlerinde %6.6 oranında AN geliştirmeye eğilim vardır. Çift yumurta ikizlerde %0 iken, tek yumurta ikizlerde %66 oranında kısıtlayıcı tip AN konkordansı saptanmıştır. Büyük bir örnekleme yapılan ikiz çalışmasında BN konkordansı çift yumurta ikizlerine göre, tek yumurta ikizlerinde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Birkaç çalışmada AN, BN hastalarının

birinci derece akrabalarında AN, BN ve bu hastalıkların benzerlerinin ailevi kümelenmesi dikkati çekmiştir (55)

Genetik olarak neyin aktarıldığı konusu tartışmalıdır, belirsizdir. Yeme bozukluklarına katkıda bulunan belli genleri belirleme görevi son derece karmaşıktır. Bugüne kadar basit türlerde, sadece yeme, faaliyet ve kilo düzenleme konusuna katkıda bulunan ve son zamanlarda oldukça sözü edilen *daf-2* düzenleyici geni gibi, iki yüzden fazla gen olduğu belirlenmiştir (50).

2.3.2.7. Ağırlıkla ilişkili takıntı ve yeme bozukluğu

Ağırlıkla ilgili takıntı tıkmırcasına yeme ve diğer bozulmuş yeme davranışları (arınma ve kısıtlama gibi) ile ilişkilidir. Yetişkinler arasında yapılan çalışmalara göre, ağırlıkla ilişkili takıntılar, yeme bozukluğu oluşma riskini arttırmaktadır. Sonuçlar; ağırlıkla ilişkili takıntının, arınma davranışlarını içeren bulimik davranış eğilimini arttırdığı yönündedir (6).

2.3.3. Yeme bozukluklarının oluşumundaki risk faktörleri

Yeme bozukluklarının sayısız risk faktörleri, son derece kompleks ve farklıdır. Araştırmacılar son yıllarda yapılan çalışmaların ışığında, anoreksiya ve bulimiyanın etyolojisinde tek bir nedenden çok birden çok etmenin rol oynadığını düşünmektedirler. Biyolojik ve psikolojik yatkınlık (bireysel risk faktörleri), aile durumu ve sosyal koşulların etkileşimi yeme bozukluklarındaki risk faktörleri olarak kabul edilmektedir (46). Çocuklukta yaşanan travmanın ya da ergenlik döneminde yaşanan fiziksel, duygusal ya da cinsel istismarın, bu kişilerde ileride psikiyatrik bozukluk gelişmesine sebep olabildiği bilinmektedir. YB olan hastaların bir bölümünde travma öyküsü saptanmıştır (50).

2.3.3.1. Bireysel risk faktörleri (6)

- Biyolojik
- Erken mentürasyon
- Şişmanlık durumu
- Kişilik
- Düşük benlik saygısı
- Tepkisizlik
- Mükemmeliyetçilik

- Olaylarda başetmede yetersizlik
- Beden memnuniyetsizliğinin negatif duyguları
- Davranış
- Diyetel kısıtlama
- Flörte başlama
- Ağrlık kaygısı

2.3.3.2.Aileel risk faktörleri

- Ebeveynler
- Şişmanlık
- Aşırı koruyuculuk
- Dışlama
- Psikopatoloji
- Kayıp ya da yokluk
- Fiziksel ya da cinsel istismar
- Aileel yapı
- Aile içi çatışma
- Beden şekli veya ağrlığı hakkında kaygılar
- Yeme bozukluğu olan kişilerle akrabalık

2.3.3.3.Sosyo-kültürel risk faktörleri

- Çevresel
- Arkadaşlar arasındaki ağrlık kaygıları
- Alay konusu olma
- Grup içinde zayıf olma idealistliği
- Spor takımında olmak için ideal ağrlığa ulaşma çabası
- Toplumsal
- Cinsiyet rolü çatışması
- Medya baskısı
- Başarı için fiziksel görünüm önemi
- Baskın kültürün güzellikteki zayıflık ideali

Deneysel Çalışmalar Sonuçunda Belirlenen Yeme Bozukluğu Risk Faktörleri

2.3.3.4.Korelasyonel faktörleri

- Adipozite
- Depresyon
- Diyet yapma ve diyetssel kısıtlama
- Ailenin ve ebeynlerin yetersizliği
- Atak davranışlar
- İçalgısal sorunlar
- Medya etkileri
- Mükemmeliyetçilik
- Benlik saygısı
- Cinsel taciz
- Ergenlik
- Ağırılık kaygısı

2.3.3.5.Nedensel faktörler

- Beden memnuniyetsizliği
- Negatif duygulanım
- Zayıf olmanın sosyo-kültürel baskısı
- Uluslar arası zayıf olma idealistliği

2.3.4.Yeme Bozukluklarının Görülme Sıklığı

Yeme bozukluklarının klinik örneklem ve toplum içinde görülme yaygınlığı açısından farklılıklar bulunmaktadır. Yeme bozukluğu genel popülasyonda az olmasına rağmen, ergen kızlar ve genç kadınlar arasında oldukça yaygındır (56). Farklı toplumlarda farklı yaygınlık oranlarının görüldüğü bildirilmekte ve özellikle batı toplumları ile doğu toplumları arasında görülme yaygınlığı açısından farklar olduğu bildirilmektedir (57).

YB bir ergenlik dönemi hastalığı olarak kabul edilmektedir. Hastalığın başlangıcı büyük oranda ergenlik dönemindedir. AN için başlangıç yaşı 14-18, BN için başlangıç yaşı 16-20 olarak bilinmektedir. Her iki hastalık içinde başlangıç yaşının, son yıllarda gençlerin ergenliğe (püberte) daha küçük yaşlarda girmesiyle birlikte daha erken yaşlara kaydığı düşünülmektedir. Ergenlik öncesi olgulara az rastlanmakta ise de bu olgularda hastalık daha ağır seyretmektedir.1970'lerden sonra

YB'nin ciddi bir artış gösterdiği kabul edilmektedir. Bu artışın hem hastalıkların daha kolay tanınabilir oluşundan hem de olgu sayısındaki artıştan kaynaklandığı düşünülebilir (58).

Anoreksiya nervosa, bulimia nervosa, tikanırcasına yeme, başka bir şekilde adlandırılmamış yeme bozuklukları gibi yeme bozuklukları gelişmiş ülkelerde yaygındır. Anoreksiya nervosa için yaygınlık oranı %0.3, bulimia nervosa için ise %1'dir, genç batılı kadınlarda ama eğer kısmi sendromlar da varsa bu oran % 5 ile 7'ye kadar çıkar. Anoreksiya nervosanın her yıl, her yüz binde 8, bulimia nervosanın her yüz binde 12 görüldüğü rapor edilmektedir (59). Yakın bir zamanda Amerika'da kadın lise ve üniversite öğrencileri üzerinde yapılmış bir çalışmada, % 15.4'ünde bir yeme bozukluğu için klinik tanı kriterlerini karşıladığı gösterilmiştir (60).

Semiz ve arkadaşlarının (61) Sivas il merkezinde yapmış oldukları bir çalışmada, YB yaygınlığı %1,52 olarak bulunmuş olup erişkinlerde en sık görülen YB alt tipinin TYB olduğu saptanmıştır. YB'de psikiyatrik eş tanılar yaygındır ve bu durum tedavide göz önünde bulundurulmalıdır. Yaşları 10 ile 19 arasında değişen kızlarda anoreksiya nervosa ve bulimia nervosanın yaygınlığı yaklaşık %2 ile %4 arasında değişirken, erkeklerde bu oran %0,2 olarak saptanmıştır. Anoreksiya nervosa, kız ergenlerde en sık görülen kronik rahatsızlıklar arasında yer almaktadır (46).

Yeme bozukluklarında, hastalığın başlama yaşı genellikle ergenlik dönemi olarak bildirilmekte ve kadınlarda erkeklere göre daha fazla görülmektedir. Sosyoekonomik düzey ile yeme bozukluğu sıklığı arasında doğrudan bir ilişki olduğu öne sürülmektedir. Bazı yayınlarda bozukluğun üst sosyo-ekonomi düzeyinde daha yaygın olduğu bildirilmekle birlikte tüm sosyal sınıflara yayıldığına ilişkin bulgular da mevcuttur (62).

2.3.5 Yeme Bozukluklarının Tanımlanması ve Sınıflandırılması

Yeme bozukluklarının en iyi nasıl sınıflandırılacağı klinisyenler ve araştırmacılar için uzun zamandan beri ilgi odağıdır. Örneğin klinisyenler günlük pratiklerinde hastalarının çoğunun gösterdiği semptomların AN ya da BN sınıfına girmemesi gibi çıkmazlar yaşamaktadır. Diğer taraftan araştırmacılar tespit ettikleri semptom dışavurumu DSM'de tanımlanandan daha fazla çeşitlilik arz ettiğinde

oldukça dar sınırlarla tanımlanmış sendromlarla çalışmalarını sürdürmekte zorlanmaktalar (63)

DSM-IV-TR üç temel yeme bozukluğu kategorisi tanımlar: Anoreksiya nervoza, Bulimiya nervoza ve başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu (BTA-YB). Tıkınırcasına yeme bozukluğu, BTA YB içerisinde değerlendirilmektedir (64).

DSM 5 için önerilen “beslenme ve yeme bozuklukları” sınıfında ; Pika, Ruminasyon Bozukluğu, Kaçınan/Kısıtlayıcı Gıda Alım Bozukluğu, Anoreksiya Nervoza, Bulimiya Nervoza, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu, Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu, Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu yer almaktadır (65).

2.4.Anoreksiya Nervoza

2.4.1.Tanım

1873’te ise, William W. Gull tarafından ‘anoreksiya nervoza’ olarak tanımlandığında, ‘sinirsel iştahsızlık’ anlamını karşılamaktaydı. Tıp literatüründe uzun yıllar bu anlamını koruyarak kullanıldı. Ancak, bugünkü bilgilerimizle, hastaların gerçek bir iştahsızlıklarının olmadığını rahatlıkla söyleyebiliriz. Pek çoğunun zihninde yemek tarifleri, kalori hesapları dönüp durmaktadır. Çoğu, güzel yemek yaparlar, kendileri yemez, başkalarına yedirirler. Zihinleri bu denli yemekle meşgul ve uzun açlık nedeniyle yeme istekleri mevcutken, kilolarını kontrol etme çabası nedeniyle, iştahlarını ve onun sonuçlarını engellemek için büyük çaba göstermektedirler. Bu amaçla, yemeyi reddetmekte, azaltmakta veya telafi edici bir takım davranışlarla (kendini kusturma, laksatif-diüretik kullanımı, aşırı egzersiz vb.) alınan kalorileri denetlemeye çalışmaktadırlar (51).

Anoreksiya nervozanın başlıca özellikleri (48);

- Kişinin olabilecek en düşük vücut ağırlığını sürdürmeye bile karşı koyması
- Kilo almaktan çok korkması,
- Vücudun biçimi ya da boyutlarıyla ilgili algısında belirgin bir bozukluk olması,
- İlk aybaşını görmüş olan kızların ve kadınların, çoğu zaman aybaşı olmaması. (amenore)

Bu kişilerin vücut ağırlıklarına ve biçimlerine yükledikleri anlam çarpıktır. Kimileri genel olarak aşırı kilolu olduğu duygusu içindedir. Diğer bir kısmı, ince olduğunu ancak karın, kalçalar ve uyluk bölgeleri gibi belirli bir vücut bölümlerinin “çok şişman “ olduğunu düşünür. Vücut ağırlıklarını ve boyutlarını kestirmek için, aşırı tartılma, vücut bölümlerini ölçüp durma ve şişman olduğunu düşündükleri vücut bölgelerine aynada bakıp durma gibi çok değişik yöntemlere başvururlar. Kimileri, çok ince olmalarına rağmen, gerekli tıbbi bakıma karşı koyar.

2.4.2. Epidemiyolojisi

Yaşam boyu görülme sıklığı %1’dir. Olguların %90-95’i kızlar ve kadınlardır. Görülme sıklığı, 13-14 yaşlarında ve 17-18 yaşlarında, iki kez doruğa ulaşır (48).

AN ergenlik döneminde ve genç kızlarda sık görülür. Yaygınlığı, %0.1-1; genelde yoğun olarak görüldüğü yaş aralığı, 10-29 olarak bildirilmektedir. Türkiye’de yapılan epidemiyolojik çalışmalarda da, benzer sonuçlar bildirilmektedir (51).Tanı konulacak düzeye ulaşmamış olsa bile, genç kızlarda beden biçimi ve yeme davranışı ile ilgili zihinsel uğraşlara sık rastlanır. Genç kızlar arasında, bozulmuş yeme davranışları, tanı konulmuş yeme bozukluğu oranlarının çok üstündedir. Türkiye’de yakın zamanda yapılmış bir çalışmada, üniversiteli kız öğrencilerde, yeme davranışı bozukluğu %12 olarak bulunmuştur (66).

İngiltere’de yapılmış iki çalışmada 1988-1993 yılları arasından AN sıklığı 100.000’de 4.2 iken,1994-2000 yılları arasında 4.7 olarak rapor edilmiştir (67). Uzun süreli çalışmalar sonucunda, 1950’den itibaren anoreksiya nervoza insidansında bir artış gözlemiştir.1935-1989 ABD’ de yapılmış bir çalışmada anoreksiya nervozanın yaşa göre insidans oranları 15-24 yaşındaki kadınlar için devamlı artış göstermiştir ve yıllık tahmini artış oranı 100.000 ‘de 1.03 olmuştur (68).

2.4.3.Anoreksiya nervoza gelişimindeki risk faktörleri

Bu bozuklukların etyolojisine ilişkin veriler tartışmalıdır ve kesin bir nedenin varlığından söz edilemez. Ancak; aile etkileşimleri, genetik, psikodinamik, sosyokültürel etkenler gibi, çeşitli faktörlerin değişik derecelerde katılımı söz konusudur (51).

Anoreksiya nervozanın gelişimindeki risk faktörleri şunlardır (69);

- Çocukluktaki cinsel taciz
- Çocukluktaki olumsuz yaşantılar (bulimiya nervozada daha yüksek)
- İmmatür savunma düzenekleri (bulimiya nervozada daha yüksek)
- Anne-baba beklentileri
- Çocukluk çağı anksiyete bozuklukları
- Çocuklukta obsesyonel özellikler
- Çocukluk başlangıçlı obsesif kompulsif bozukluk
- Kendilik patolojileri (kişisel kimlik bozukluğu)

2.4.4. Anoreksiya nervoza için tanı ölçütleri

DSM-IV-TR (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (64)

Yaşı ve boy uzunluğu için olağan sayılan en az kiloda yada bunun üzerinde bir vücut ağırlığına sahip olmayı kabul etmeme (örn: beklenenin %85 'inin altında bir vücut ağırlığına sahip olmaya yol açan bir kilo kaybı ya da büyüme dönemi sırasında, beklenenin %85'inin altında bir vücut ağırlığına sahip olmaya yol açacak bir biçimde beklenen kilo alımını gerçekleştirilememeye) en önemli kriterdir.

- A. Beklenenin altında bir vücut ağırlığına sahip olunmasına karşın kilo almaktan ya da şişman biri olmaktan aşırı korkma
- B. Kişinin vücut ağırlığı ya da biçimini algılama biçiminde bozukluk olması, kendini değerlendirmede vücut ağırlığı ya da biçiminin anlamsız bir etkisinin olması ya da o sırada vücut ağırlığının düşük olmasının önemini yadsıma
- C. Bayanlarda menarş sonrası amenore, yani, en az üç ardışık menstruel siklusun olmaması (yalnızca hormon verilmesi sonrası menstruasyon dönemleri oluyorsa o kadının amenoresi olduğu düşünülür, örn.östrojen uygulanması)

Tipleri:

Kısıtlı Tip: Anoreksiya Nervozanın o sıradaki dönemi sırasında kişi düzenli, olarak tıknırcasına yeme ya da çıkartma (yani kendisinin yol açtığı kusma ya da laksatiflerin, diüretiklerin ya da lavmanların yanlış yere kullanımı) davranışı göstermemiştir.

Tıkınırcasına Yeme/Çıkartma Tipi: Anoreksiya Nervozanın o sıradaki dönemi sırasında kişi düzenli olarak tıkınırcasına yeme ya da çıkartma (yani kendisinin yol açtığı kusma ya da laksatiflerin, diüretiklerin ya da lavmanların yanlış yere kullanımı) davranışı göstermiştir.

2.4.5. Anoreksiya nervozanın tıbbi komplikasyonları

Anoreksiya nervozada aşırı ağırlık kaybı ve besin ögesi yetersizliklerinden dolayı, gastrointestinal, hematolojik, kardiyolojik, kemik sağlığı ve nöropsikiyatrik birçok problem meydana gelmektedir. Anoreksiya ile ilişkili medikal komplikasyonlar oldukça fazladır. Genellikle vücuttaki kardiyovasküler, iskelet, dermatolojik, gastrointestinal, endokrin ve metabolik sistem etkilenir. Tıbbi komplikasyonların birçoğu açlıkla ilişkili problemlerle aynıdır (6).

Kardiyolojik sorunlar; düşük voltaj, bradikardi, t-dalgası terselmesi, aritmiler. Gastrointestinal sorunlar; gastrik motilitede azalma, mide boşalmasında gecikme, peklilik. Renal sorunlar; kan üre nitrojeninde (BUN) artma, poliüri, çevresel ödem. Endokrinolojik sorunlar; menstrual bozukluklar (amenore), hipotroidizm, büyüme hormonu bağlayıcı protein, insülin benzeri büyüme faktörü ve serum leptin düzeylerinde azalma. Hematolojik sorunlar; Anemi, lökopeni, trompositopeni. Üreme sorunları; infertilite, erken doğumlar, doğum sırasında komplikasyonlar. Nörolojik sorunlar; gri madde oylumunda azalma. Kas-iskelet sistemi; kemik mineral yoğunluğunda azalma, osteopeni ya da osteoporoz (48)

Bu kişilerde saptanan laboratuvar bulgular şunlardır (48);

Hematoloji ;

- Lökopeni,
- Hafif anemi (normokrom normositik anemi) sık görülür
- Trompositopeni seyrek görülür

Kan biyokimyası ;

- BUN ↑(dehidratasyonu gösterir)
- Kolesterol ↑
- Karaciğer fonksiyon testlerinde yükselmeler olabilir
- Kanda seyrek olarak magnezyum, çinko, fosfat, ve amilaz düşüklüğü bulunur.

- Metabolik alkaloz (serum bikarbonatının yükselmesi),hipokloremi ve hipokalemi olabilir. (kendi kendini kusturmaya bağlı olarak
- Metabolik asidoz olabilir
- T3 ve T4 ↓
- Kadınlarda serum östrojen düzeyleri düşüktür
- Erkeklerde serum testosteron düzeyleri düşüktür.

Saptana diğer belirtiler ve fizik muayene bulguları ise şunlardır;

- Konstipasyon, karın ağrısı, soğuğa dayanamama, laterji ve içsel güçte aşırı artma gibi yakınmalar getirilebilir.
- En sık saptanan bulgu, aşırı incelmelerdir.
- Hipotansiyon, hipotermi ve deride kuruluk görülebilir.
- Lanugo gelişebilir. (vücutta yumuşak tüyler çıkabilir)
- Sıklıkla bradikardi saptanır, aritmiler görülebilir
- Tükürük bezlerinde hipertrofi ortaya çıkabilir

Keys ve arkadaşları (52), herhangi bir sebeple anoreksiya nervoza gibi uzamış açlığa maruz kalan kişilerde, AN'li hastalardakine benzer bir şekilde tıbbi sorunlar, ruhsal ve davranışsal değişiklikler oluşabileceği bilgisini ortaya koymuşlardır.

Gaudiani ve arkadaşlarının (70) yapmış oldukları bir çalışmada, AN'li 25 hastanın tıbbi stabilizasyon ünitesinde kapsamlı değerlendirilmesi sonucunda, beden kütle indeksi ortalaması 13.1 kg/m² (BKİ) olan bu erişkin hasta popülasyonunun % 44'ünde hipoglisemi, %76'sında karaciğer işlev testlerinde bozulma, %83'ünde anormal kemik yoğunluğu, % 45'inde hipofosfotemi ve % 92'sinde hipotermik saptanmıştır.

2.4.6.Anoreksiya nervozada tedavi yaklaşımları

Yeme bozukluklarının tedavisi akıl sağlığı, beslenme ve tıbbi uzmanlar arasından interdisipliner bir ekiple ortaklaşa bir yaklaşımı gerektirir. Diyetisyenler akut bakım, iyileşme ve nüksetmenin önlenmesi veya tedavi süresince bakım hizmetine katkıda bulunur (71,72). Anoreksi nervoza tedavisi, hastalığın tıbbi ve davranışsal bileşenlerinin şiddetine ve kronikliğine bağlı olarak hastanede yatarak veya ayakta yapılabilir. Ayakta tedavi edilen hastalarda besinsel rehabilitasyona, ağırlık iyileştirmesine, kilo kaybı davranışlarının durdurulmasına, yeme

davranışlarının iyileştirilmesine ve psikolojik ve duygusal durumda iyileştirmeye odaklanılır. Kayıtlı diyetisyen bireyin kalori ihtiyaçlarını belirlemeli ve beslenme planı yapmalı, ek gıdaların yanı sıra besinsel ihtiyaçlarını karşılamak üzere tavsiyelerde bulunmalı, tıbbi, psikolojik ve besinsel duruma göre fiziksel aktivite konusunda tavsiyeler veren ekip üyesi olmalıdır (73).

2.4.6.1. Anoreksiya nervozada yataklı servis tedavisi

Yatarak tedavi gören hastalarda ağırlık tek kriter değildir, aksi takdirde akut hiponatremi veya tanımlanmamış kilo kaybının tehlikeli boyutları ortaya çıkabilir (49). Yatarak tedavi için hastada olması gereken kriterler: ağır yanlış beslenme (beklenen kilo/boy oranının %75'in altında olması), dehidrasyon, elektrolit kaybı, kardiyak disritmi, ağır bradikardi, hipotansiyon, hipotermi ve ortostatik değişimler gibi fizyolojik dengesizlikler, duraksamış büyüme ve gelişme, ayakta tedavinin başarısız olması, akut besin reddi, kontrol edilemeyen doldur boşalt refleksi, yanlış beslenmenin akut tıbbi komplikasyonları (ör. baygınlık, kriz, kardiyak hasar, pankreatit, vs), akut psikiyatrik durumlar (ör. intihar düşüncesi, akut psikoz), yeme bozukluğunun tedavisine müdahil komorbid tanı (ör. ağır depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, ağır aile disfonksiyonu). Yatarak tedavi ayakta tedaviden daha yoğundur. İlk aşamada tıbbi ve besinsel stabilizasyon ve psikolojik tedavi yapılır. Diyetisyen beslenme planını yapmalı, enerji alımını gözlemeli, vücut bileşenlerini ölçmeli, yeme alışkanlıklarını normalize etmeye çalışmalıdır.(49, 73, 74)

Yataklı servis tedavilerinin amaçları (75);

- Önemli tıbbi komplikasyonların tedavisine başlanması,
- Sağlıklı kilo ve sağlıklı vücut kompozisyonuna ulaşılması,
- Normal zaman, içerik ve biçimde sağlıklı yeme davranışının geliştirilmesi,
- Tıkanırmasına yeme atakları, kusma, laksatif kullanımı, aşırı egzersiz ve kilo kaybını amaçlayan diğer sağlıksız davranışların kesilmesi,
- Sosyal rahatlık, kişisel güven, dengeli beslenme bilgisinin sağlanması ve öğünlerin farklı durumlarda ve çeşitlilikte uygulanabilir olması,
- Eşlik eden psikiyatrik hastalıkların tedavisi,
- Tedavi sonrası planların yapılması,
- Depreşme önleyici planlar ve tekrar yatış ölçütleri olarak özetlenebilir.

Hastalar haftada bir iki kez sabah aç karnına, mesane boşaltılmış olarak, benzer ince giysilerle tartılır (76). Yatarak tedavi edilen hastalarda kilo artışının haftalık 1-1.5 kg olması önerilmektedir (75). Herzog ve arkadaşlarının (77) yapmış oldukları bir çalışmada ise, haftada 500-750 gr gibi daha düşük kilo alım hedefleri ile, hastaneden çıktıktan sonrada kilonun korunmasında daha olumlu sonuçlar alınmıştır. Başka bir çalışmaya göre, $BKİ \leq 17.5 \text{ kg/m}^2$ olan ve Anoreksiya nervoza tanısı konmuş yatan hastalarda hızlı kilo alımı daha sonra tekrar hastaneye yatış ile ilişkili bulunmuştur (78).

Nazogastrik beslenme (NG) ve besin destekleri bazı hastanelerde hastanın isteğiyle kullanılmaktadır. Oral beslenmeye ek olarak geceleri nazogastrik beslenme uygulaması, sadece oral beslenme uygulamasına göre daha hızlı ve daha yüksek oranda kilo alımını sağlamıştır (79). Ancak genel kanı besin desteklerinin ağızdan normal beslenmenin yerine değil, onlara ek olarak kullanılması yönündedir (75).

Kısmi yatış tedavisi (günlük tedavi) daha fazla kullanılmakta ve bazı yatarak tedavi edilen hastaların sayısını azaltmakta ve hafif AN vakalarında da uygulanmaktadır. Hastalara günlük 7-10 saat sürelerde tedavi sırasında iki öğün yemek ve 1-2 ara öğün verilmektedir. Gün boyu tıbbi ve besinsel ölçümler, besinsel değerlendirmeler, psikoterapi uygulanmaktadır (80).

2.4.6.2. Anoreksiya nervozada beslenme tedavisi

Beslenme tedavisinin temel unsurları; beslenme eğitimi, öğün planlama, düzenli yeme alışkanlıklarının oluşturulması ve hastanın diyet yapmasının önlenmesidir (81). Hastanın beslenmesi genellikle 30-40kal/kg/gün (1000-1600 kal/gün) ile başlanır. Hastanın verilen kalori yükünü kaldırabileceği belirlenince, 70-100 kal/kg/gün ' lük düzeye çıkarılır. Hastanın verilen enerji yükünü kaldırabilmesi demek, çevresel ödemin ya da kalp yetmezliğinin ortaya çıkmaması demektir. "Bir deri, bir kemik" kalmış olan hastalarda, bir sıvı formülü, gün içinde altı eşit kez verilerek, gerekli sıvı, elektrolit ve kalori düzeyi sağlanabilir. Sıvı formülü ancak hastaneye yatırılmanın erken evrelerinde verilmeli, hastalar belli ölçüde kilo aldıktan bir süre sonra, denetim altında yemek yemeye yönlendirilmedir. Ulaşılmak istenen beden kütle indeksi değeri 19-21 aralığında olmalıdır (48). Diyetin yağ oranı, alınan toplam kalorinin yaklaşık olarak %30'u kadar protein içeriği ise %15-20'si kadar olmalıdır. İhtiyaç duyulan minimum protein miktarı, ideal ağırlık üzerinden cinsiyet

ve yaşa göre hesaplanan Günlük Tüketilmesi Tavsiye Edilen Miktar değerine eşittir. Karbonhidrat miktarı alınan kalorinin %50-55' inin oluşturmalıdır. Bu hastalarda sık görülen kabızlık şikayeti için çözünmez lif kaynakları önerilmektedir. Vitamin ve mineral destekleri rutin olarak kullanılmamaktadır ancak Günlük Tüketilmesi Tavsiye Edilen Miktar değerlerinin tamamını karşılayan vitamin mineral takviyesi uygulanabilir, fakat tedavinin başlangıcında demir ilavesi kontrendike olabilmektedir. Tedavi sırasında 25mg/gün tiamin ilavesi yapılabilir ve tiamin eksikliği saptanması durumunda doz arttırılabilir. Bu hasta grubunda, kalsiyum ve D vitamini takviyesi ile ilgili net bir uzlaşma bulunmamaktadır; düşük kemik mineral yoğunluğu riski nedeniyle kalsiyum ve D vitamininden zengin besinler tüketilmesi teşvik edilmelidir (82). Davranış değişikliğine yönelik uzun süreli eğitim önemlidir. Hasta boyuna uygun ağırlığın ne kadar olması gerektiği ve besinlerin sağlığa etkileri konusunda bilinçlendirilmedi (20).

2.4.6.3. Anoreksiya nervozada psikoterapi

Anoreksiya nervoza tanısı konmuş hastalarda, başlangıçta belirli bir düzeyde kilo aldıktan sonra psikoterapi girişimlerine başlanabilir. AN'li hastaların bilişsel çarpıtmaları, bireysel bilişsel terapi yöntemleriyle ele alınır. Bu hastaların uçlarda yer alan ve esnek olmayan düşünüş biçimleri, benlik saygıları ve benlik algıları çevresinde dönen çarpıtılmış düşünceleri ve mükemmelci olma istekleri, bilişsel yeniden yapılandırma ve sorun çözme gibi bilişsel terapi yöntemlerine oldukça iyi yanıt verebilir. Davranışsal yöntemler olarak, karşı karşıya getirme ve tepkiyi önleme yöntemleri kullanılabilir. Bu yöntemlerde hastalar, sözelimi belirli ölçüde bir spor alıştırmalarıyla ya da yiyeceklerle karşı karşıya getirilir, ancak spor yapmayı sürdürmeleri ya da ödünleyici kusmalar önlenir (48).Ancak yanlış algıların bireyler tarafından tanınmasına yardım etmeyi amaçlayan bir pskioterapötik yöntem olan bilişsel terapi yöntemleri, anoreksia nevroza için kullanımı zordur çünkü nörotransmitter salgıları ve fonksiyonlarındaki bozukluklar hastanın tedaviye cevabını sınırlandırmaktadır (80).

Özelleştirilmiş bir müdahale olan aile tabanlı terapi anoreksia nervozalı adölesanlarda etkili olabilir (71).Aileleri ile birlikte yaşayan hastalarda bir aile çözümlemesi yapılması ve gerekli girişimlerde bulunulması gerekir (48).

Hastalığın seyirindeki direnci etkileyen faktörlerden biri de hastalık başlangıcının genellikle ergenlik dönemine rastlamasıdır. Bu nedenle AN terapisinde, ergen psikoterapisi ilkleri dikkate alınmalıdır. Anoreksiya sürecinde hastanın ergenlik değişimlerini durdurması hatta geriletmesi söz konusudur. AN' ye özgü psikoterapi sırasında, özellikle başlangıçta AN'li genç pasif bir direnç içinde olduğu ve dile dökmekte zorluk yaşadığı için, terapist daha etkin bir rol alabilir. Terapist; duygusal gereksinimlerini tehlike olarak yaşayan ve bunları inkar eden hastayı, yavaş yavaş emosyonel gereksinimleriyle ilişkiye sokar ve bu ilişkinin oluşturabileceği dağılma korkularını gidermeye çalışır. Burada terapötik çerçeveye, hastanın kendine güvende hissetmesine yardımcı olur (83).

2.4.6.4. Anoreksiya nervozada bilişsel davranışçı tedaviler

Anoreksiya nervozanın tanı ölçütlerinin ana değişkenleri, vücut ağırlığı ve biçimiyle ilgili çarpıtılmış bilişlerdir. Bunlar arasında, kilo almayla ilgili yoğun korkular ve vücut ağırlığı ve biçiminden, gereğinden çok etkilenecek kendi kendini değerlendirme vardır. Bu hastalar, vücutlarını olduğundan daha büyük olarak algılıyor olabilirler, vücutlarının boyutlarıyla ilgili algısal çarpıklıkları olabilir, ancak bu algılarıyla ilgili olarak gösterdikleri tutumları çok patolojiktir. Kökleşmiş yerleşik düşünceleri arasında yetkincilik (mükemmelleme) ve süregelen bir benlik saygısı düşüklüğünden kaynaklanan düşünceler vardır (48).

Yeme bozukluğunda görülen bilişsel çarpıtmaların başlıcaları şunlardır (84):

1. Seçici soyutlama (zayıf olursam özgün, değerli olurum)
2. Aşırı genelleme (bir kilo bile alırsam, hiçbir giysime sığmam)
3. Büyütme (iki kg almam mahvolmama yol açar)
4. Dikotom ya hep ya hiç düşünme (tam bir kontrol içinde olmazsam bütün kontrolümü kaybedeceğim. Hayatımın bu alanında başarılı olmazsam her şeyi kaybedeceğim)
5. Bireyselleştirme ve kendine yansıtma (bir iki kilo alacak olsam, herkes ne denli şişmanladığımı anlar)
6. Batıl itikatlar (superstitious), büyüsel düşünme (hiçbir şeyden hoşlanmıyorum çünkü hoşlandığım şeyler yok oluyor.)

Sorun çözüme eğitimi verilmesi yararlıdır çünkü sadece gündelik yaşamda karşı karşıya geldikleri birçok seçim ve kararlarla uğraşmalarına yardımcı olmaktan başka, genel kendini kontrol etme duygusunu da arttırır.

2.4.6.5. Anoreksiya nervozada psikofarmakolojik tedaviler

Anoreksiya nervozanın akut veya sürdürüm fazında ilaç tedavisini destekleyen kanıtlar güçlü olmadığı için ilaç tedavisi, tedavi algoritmalarında ilk sırada yer almamaktadır. AN' da ilaç tedavisi hastalardaki eşlik eden anksiyete, depresyon, obsesif kompulsif bozukluk gibi psikopatolojilerin varlığında veya beslenme rehabilitasyon programlarını güçlendirmek için önerilmektedir (85). Anoreksiya nervozanın hastanede tedavisinde verilebilecek olan birtakım ilaçlar tedaviye yardımcı olabilir. Yüksek dozlarda siproheptadin (24mg/gün' e dek) verilmesi, kısıtlı tür anoreksiya hastalarında, kilo alımını kolaylaştıracağı gibi, az da olsa antidepresan bir etkide gösterir. Ağır obsesif-kompulsif ve ajite anoreksiya hastalarında klorpromazinin yararlı olduğu gösterilmiştir. Düşük dozlarda başlanması (günde üç kez 10 mg), gerektiğinde arttırılması önerilmektedir. Eşlik eden başka bir birinci eksen bozukluğu olan hastalara, başka birtakım ilaçların verilmesi de gerekebilir (48).

2.5.Bulimiya Nervoz

2.5.1. Tanım

Bulimiya nervozanın başlıca özellikleri, tıknırcasına yeme ve kilo almamak için uygunsuz ödünleyici yöntemlere başvurmadır. Bu kişilerin kendi kendilerini değerlendirmeleri, büyük ölçüde vücut biçimlerinden ve vücut ağırlıklarından etkilenir. Tanı konulabilmesi için, uygunsuz ödünleyici davranışlar, üç ay süreyle, en az haftada iki ortalamasıyla ortaya çıkmış olmalıdır. BN'li kişiler sıklıkla depresyon belirtileri yaşarlar duygudurum bozuklukları olur. BN olanların yaklaşık 1/3' inde, yaşamlarının bir döneminde madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı gelişir. Bu kişilerin önemli bir kesiminde, en sık sınırda kişilik bozukluğu olmak üzere, kişilik bozukluklarının bir ya da bir kaçının tanı ölçütlerini karşılayan özellikler bulunur (48).

Bu hastalığın tanısal kriterleri doldur-boşalt davranışına odaklanmasına rağmen asıl kriter beslenme kısıtlamasıdır. Beslenme kısıtlaması psikolojik veya

fizyolojik tetiklenmeyle artar. Boşaltma yöntemleri arasında kendini kusturma, ipeka şurubu kullanma, laksatif kullanma, diüretik kullanma ve fazla egzersiz yer almaktadır. Boşaltılınca hasta başlangıçta rahatlama hisseder fakat sonrasında suçluluk ve utanma gelir. Normal yeme genelde şişkinlik, kabızlık ve gaz gibi gastrointestinal şikayetlere ve doldurma suçluluğuna neden olur (86).

2.5.2.Epidemiyolojisi

Bulimia Nervosa (BN) popülasyonun yaklaşık %2-5'inde görülür. Çoğu hasta normal kiloda veya ortalama fazla kiloda görülmekte ve hastalık belirlenmemektedir. BN başlangıcı adolesan çağının ortaları ile 20'li yaşların sonu arasında başlamakta ve sosyoekonomik duruma göre değişmektedir (87). Avrupa ve ABD'de 1981-1989 yılları arası BN yaygınlığına ilişkin 50 çalışma gözden geçirildiğinde, BN'nin ergen ve erişkin genç kadında yaklaşık %1'lik yaygınlık hızı olduğu görülmüştür (50).

Yaşam boyu görülme sıklığı (prevelansı) %1-4.2' dir. Olguların %90-95'i kızlar ve kadınlardır. Genellikle geç ergenlik ya da erken erişkinlik döneminde başlar. Başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu çok daha büyük sıklıkta görülür (48).

2.5.3.Bulimiya nervosa için tanı ölçütleri (DSM-IV-TR) (64):

- A. Yineleyen tıknırcasına yeme dönemlerinin olması. Bir tıknırcasına yeme dönemi aşağıdakilerden her ikisi ile belirlidir;
1. Aynı zaman diliminde ve benzer koşullarda çoğu insanın yiyebileceğinden, hiç tartışmasız daha çok yiyeceği belirli bir zaman diliminde (örn.herhangi bir 2 saatlik süre içinde) yeme
 2. Bu dönem sırasında yeme kontrolünün kalktığı duyumunun olması (örn. yemeyi durduramayacağı ya da ne yediğini ya da ne ölçüde yediğini denetleyememe duygusu)
- B. Kilo almaktan sakınmak için, kendisinin yol açtığı kusma, laksatiflerin, diüretiklerin, lavmanların ya da diğer ilaçların yanlış yere kullanımı, hiç yemek yememe ya da aşırı spor yapma gibi uygunsuz dengeleyici davranışlarda yeniden bulunma

- C. Tıkınırcasına yeme ve uygunsuz dengeleyici davranışların her ikisi de 3 ay süreyle ortalama olarak en az haftada iki kez ortaya çıkmaktadır.
- D. Kendini değerlendirirken anlamsız bir biçimde vücudunun biçimi ve ağırlığından etkilenir.
- E. Bu bozukluk yalnızca Anoreksiya Nervoza dönemleri sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Tipleri:

Çıkartma Olan Tür: Bulimiya nervozanın o sıradaki dönemleri sırasında kişi, düzenli olarak kendi kendine kusmuş ya da laksatifler, diüretikler ya da lavmanları yanlış yere kullanmıştır.

Çıkartma Olmayan Tür: Bulimiya nervozanın o sıradaki dönemleri sırasında kişi, hiç yemek yememe ya da aşırı spor yapma gibi diğer uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunmuş ancak kendi kendine kusmamış ya da laksatifler, diüretikler ya da lavmanları yanlış yere kullanmamıştır.

2.5.4.Bulimiya nervozanın tıbbi komplikasyonları

Birçok bulimik birey, tıkınırcasına yeme nöbeti sonrasında düzenli olarak kendilerini kusturduğundan, mideden gelen asidik içerik nedeniyle özafagusta aşınmalar meydana gelir. Diş ve diş eti problemleri ile tükrük bezlerinin şişmesi sürekli kusma eyleminin diğer sonuçlarıdır. Tekrarlanan kusma, sıvı kaybı, dehidratasyon ve elektrolit dengesizliğine rehberlik eder ayrıca birçok bireyde tad reseptörlerinde kayıplar meydana gelir. Sodyum, potasyum ve klor kaybı kardiyovasküler problemlerin oluşmasına neden olabilmektedir. Bulimiya nervozada mortalite oranı %3 civarındadır. Kusma ile birlikte, laksatif ve diüretik kullanımı yaygın arınma davranışları arasındadır. Laksatif kullanımı, kolon fonksiyonlarının bozulmasına neden olabilir (atonik ya da katartik kolon). Ayrıca laksatif ve diüretik kullanımı; sıvı elektrolit dengesizliğine neden olarak dehidratasyon, emilim bozukluğu, karın krampları ve kaslarda kramplara neden olur (6).

Bu kişilerde meydana gelen laboratuvar bulgular şunlardır (48):

- Sıvı elektrolit bozuklukları (hipokalemi, hiponatremi, hipokloremi)
- Metabolik alkaloz (kusma ile mide asidini yitirme sonucu)
- Metabolik asidoz (laksatifin kötüye kullanımı sonucu)

2.5.5.Bulimiya Nervozada Tedavi Yaklaşımları

2.5.5.1.Bulimiya nervozada psikoterapi tedavisi

Genelde yeme bozukluklarının tedavisinde etkili olan bilişsel davranışçı terapilerin, yapılmış çalışmalarda BN tedavisinde de psikoterapi yaklaşımları içinde diğerlerine kıyasla daha etkili olduğu görülmüştür (88). Ancak şu da bilinmektedir ki, bilişsel davranışçı terapi sonrasında BN'li hastaların sadece %30-50 arasındaki kısım tamamen iyileşmektedir (89).

Fairburn'un modeline göre bilişsel davranışçı terapi 20 hafta sürer. İlk önce tedavinin hedefleri belirlenir. Örneğin tıknama ve kusmanın bitmesi ve gıda, yeme ile daha az zihni meşgul etme. Üç aşama olarak belirlenir. Birinci aşamada tedavinin rasyoneli açıklanır ve yemesi üzerinde kontrol kazanması sağlanır. İkinci aşamada, sorunu devam ettiren faktörlerle uğraşılır. Üçüncü aşamada değişikliklerin kalıcı olacağı ve tedavi bittikten sonra devam edeceğine ilişkin güvence verilir. Diğer insanlara göre gıda, yeme, görüntüye daha hassas oluşlarının bir miktar devam edeceği belirtilir. Ev ödevleri dahil tedaviye aktif katılımı vurgulanır (90).

2.5.5.2.Bulimiya nervozada beslenme tedavisi

Bilişsel davranışçı terapi sürecinin temel bileşeni beslenme eğitimi ve diyet danışmanlığıdır. Beslenme eğitimi, ağırlık kontrolünün öğretilmesi, enerji dengesi, açlığın etkileri, diyet ve ağırlık kontrolü ile ilgili yanlış bilinenler ve kusma gibi arınma davranışlarının fiziksel sonuçlarını içerir. Öğün planlama günde 3 ana öğün yemek ile birlikte 1-3 kez atıştırılmayı içerir. Başlangıç olarak 1200-1500 kal kullanılabilir. Protein yüksek biyolojik değere sahip ve enerjinin %15-20' si kadar olmalıdır. Karbonhidrat %50-55, yağ enerjinin %25-30'u kadar olmalıdır. Mikro besin ögesi olarak RDA %100 multivitamin tablet kullanılabilir (6).

2.5.5.3.Bulimiya nervozada farmakolojik tedavi

Bulimiya nervozada ilaç tedavisini değerlendiren rastgele hasta seçimli kontrollü çalışmalara, meta-analizler ve sistematik gözden geçirme çalışmalarının sonuçlarına göre trisiklik antidepresanlar, seçici serotonin geri alım engelliyicileri ve monoamin oksidaz engelleyici antidepresanlar dahil geniş bir grup ilaç sınıfının tıknırcasına yeme ataklarını ve kusma ataklarını azaltmada, duygudurum ve

anksiyete belirtilerinin iyileştirmede etkili oldukları tutarlı bir şekilde gösterilmiştir (91).

2.6.Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu (BTA YB)

Başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu tanısı, herhangi bir özgül yeme bozukluğu için tanı ölçütleri karşılanamayan yeme bozuklukları içindir. Örnekler arasında şunlar vardır (DSM-IV-TR) (64):

1. Kadınlarda, bireyin düzenli aybaşlarının olması dışında AN'nin bütün tanı ölçütleri karşılanmaktadır.
2. Belirgin bir kilo kaybının olmasına karşın kişinin o sıradaki vücut ağırlığının olağan sınırlarında olması dışında AN'nin bütün tanı ölçütleri karşılanmaktadır
3. Tıkınırcasına yemenin ve uygunsuz ödünleyici davranışların haftada iki kezden daha az bir sıklıkta ya da üç aydan daha kısa süreli olarak ortaya çıkması dışında BN'nin bütün tanı ölçütleri karşılanmaktadır.
4. Olağan vücut ağırlığını koruyan bir kişinin az miktarda yemek yedikten sonra düzenli olarak uygunsuz ödünleyici davranışlarda bulunması (örn. İki dilim kek yedikten sonra kendini kusturma)
5. Aşırı ölçülerde yiyeceği sürekli çiğneyip tükürme, ancak yutmama
6. Tıkınırcasına yeme bozukluğu: Düzenli olarak bulimiya nervozaya özgü uygunsuz ödünleyici davranışlarda bulunmaksızın yineleyen tıkınırcasına yeme dönemlerinin olması

BTA YB'li hastalar AN veya BN için tanısal kriterlerden hiçbirini göstermez fakat yeme bozukluklarına sahip popülasyonun yaklaşık %50'sini oluşturmaktadır. Tedavi edilmezse ve davranışlar devam ederse tanı BN veya AN'e dönüşebilir (92). Sınırlarındaki belirsizlik nedeniyle, en az çalışılmış ancak en yaygın tanı konulan yeme bozukluğudur. AN'ye ve BN'ye benzer durumlar, tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB) bu grupta yer alır. (51).

2.6.1.Tıkınırcasına yeme bozukluğu

Tıkınırcasına yeme kavramı, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 'belirli bir zaman içinde, benzer koşullarda ve benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden daha fazla miktarda yemek' şeklinde tanımlanmıştır. Yemek sırasında kişinin

yediklerinin miktarını kontrol edememesi ve yemeyi durduramaması şeklinde kontrol kaybı hissinin olması da, tıknırcasına yeme epizodunun bir diğer özelliğidir (51). Bu sendromu BN' den ayıran en temel özellik ise; kendini kusturma, laksatif, diüretik ve lavman kullanımının olmaması, aşırı egzersiz davranışının görülmemesi gibi arınma eylemlerinin olmamasıdır. Tıknırcasına yeme eyleminin altı ay süresince en az haftada iki kez olması bireylerde TYB sendromu teşhisi için gereklidir. Bu bireylerde; yüksek kan basıncı, yüksek kolesterol seviyesi, kalp-damar hastalıkları, diyabet ve safra kesesi hastalıkları açısından risk altındadırlar (6).

TYB'nin yaşam boyu kadınlardaki prevalansı %3.5 ve erkeklerde % 2 olduğu belirtilmiştir. Genetik faktörlerin olmasının yanında, diğer yeme bozukluklarından farklı olarak daha geç yaşlarda ortaya çıkması, erkeklerde görülme sıklığının yaygın olması ve tedaviye cevap verme oranının daha fazla olması sebebiyle, TYB'nin özgül bir yeme bozukluğu olduğu düşünülmüştür (93). Spitzer ve ark.(94) yapmış oldukları bir çalışmada, kadın katılımcıların % 2.5 ve erkek katılımcıların % 1.1 'i TYB kriterini taşımıştır. Beslenme tedavisi öncesi tıknırcasına yeme davranışına neden olan etmenlerin terapist tarafından ortadan kaldırılması önemlidir. Etmenlerin ortadan kalkmasından sonra diyet tedavisine başlanmalıdır. Beslenme eğitimi ve danışmanlığı diyet tedavisinin önemli bir parçasını oluşturur (6).

2.6.2.Gece yeme sendromu

Gece yeme sendromu 1955 yılında Stunkard, Grace ve Wolff tarafından tanımlanmış ve henüz resmi olarak yeme bozukluğu olarak kabul edilmemiştir. Gece yeme sendromu şişman bireylerin %10'unda olduğu düşünülen bir yeme bozukluğudur. Bu kişilerde kahvaltı yapılmasa bile sabah anoreksisi, uyandıktan sonra ilk öğünü birkaç saat geciktirme, gece yediklerinden dolayı mide bozukluğu, akşam hiperfajisi, günlük kalorisinin en azından %50'sinin son akşam yemeğinden sonra atıştırmalar ile alınması, akşam kalori alımının gündüzden fazla olması, yenilen besinlerin genel içeriğinin şeker ve nişasta gibi karbonhidratlardan oluşması, haftada 3 gece en az bir kez uyanma ve uyku problemleri, geceleri sık sık uyanmalar sırasında yüksek kalorili atıştırmalar yapılması, bu durumun en az 3 ay sürmesi, yedikten sonra suçluluk, sıkıntı, gerginlik ve sinir, özellikle gece sinir, gerginlik, karamsarlık ve sıkıntı, diğer yeme bozukluğu kriterlerine uymama gibi özellikler taşır (6).

Gece yeme sendromunun, birden fazla tanımlamasının olması nedeniyle, gece yemelerinin gerçek prevalansını belirlememiz oldukça güçtür. GYS, başlangıçta obezite literatüründe tanımlansa da yalnızca bu gruba sınırlı değildir. Genel erişkin popülasyonundaki GYS prevalansı %1.5 oranında bildirilmiştir. Bu sendrom, obez olmayanlarda da görülmesine rağmen, obez kişilerde özellikle zayıflama tedavisi için başvuranlarda daha yaygındır ve prevalans oranları da %6 ile %14 arasındadır (95).

Gece yeme bozukluğunda kullanılan tedavi metodları, literatürde tam olarak açıklanmamıştır. Çalışmalar, GYS için farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi seçeneklerini göstermiştir. Bunlar; serotonin geri alım inhibitörleri (SSGI), topiramet, bilişsel davranışçı terapi, relaksasyon eğitimi ve ışık terapisi (96).

2.7.Diğer (Daha Az Bilinen) Yeme Bozuklukları

2.7.1.Boşaltım bozukluğu (BB)

Boşaltım Bozukluğu (BB), DSM_IV içinde BTA YB kategorisinde, eşik altı ya da parsiyel bulimiya nevroza “ normal kilolu kişilerin az miktarda yemeği yedikten sonra düzenli olarak uygun olmayan telafi edici davranışların kullanılması “ tanımlaması içinde gizlidir (97).

BB klinik olarak önemli bir yeme bozukluğudur, bulimia nervoza (BN) ile anlamlı bir farklılık görünmemekle birlikte, anoreksiya nevroza ile karşılaştırılabilecek doğrudan bir çalışma yoktur. BB'nin AN ve BN'nin çıkartma olan tiplerindeki fazla eş tanı, kötüye gidişin habercisi ve intihara eğilimi olması özellikleri ile zıt bir görüntü oluşturmaktadır. Tıbbi komplikasyonlar, elektrolit dengesizlikleri, diş çürükleri ve aspirasyon pnömonisidir. Yeme bozukluğu olmayan kadınlarla karşılaştırıldığında BB olanlar arasında, önemli ölçüde daha fazla depresyon, anksiyete, Eksen I ve II bozuklukları daha yüksek oranlarda olduğu, psikososyal fonksiyonlarda daha fazla bozulma ve yüksek intihar eğilim riskinin daha yüksek olduğu görülmektedir (98).

Çalışmalarda BB'nin nokta sıklığı kadınlarda % 0.6-0.9 arasında değişmekte, erkeklerde ise %0.1 olarak gösterilmiştir. Kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (99).

2.7.2.Ortoreksiya nervoza (ON)

Yeni bir yeme bozukluğu olarak ortoreksiya nervoza (ON) ortaya çıkması, aşırı bir şekilde sağlıklı beslenme tutkusu ve davranışları ile tanımlanmıştır. Bilimsel makalelerde özellikle medyada sürekli çıkan sağlıklı gıda ile ilgili söylemler, ON'nin temel besin sıkıntısını oluşturmaktadır ve bu davranışların nedeniyle sosyal ilişkilerde bir değişiklikte birlikte, bazen sıkı diyetlere yol açabildiği görülmüştür (100). Erzurum Tıp Fakültesi öğrencilerine ölçeklerle yapılan bir çalışmada, ortoreksiya nervozaya olan eğilim oldukça yüksek çıkmıştır. (101). Kilo ile ON arasında ilişki olmadığı, kadınlarda bu yeme davranışı eğiliminin daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar olmasına rağmen (97), ülkemizde yapılmış bir çalışmada ortoreksiya nervozanın, erkeklerde daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (101). Ortoreksiya nervoza tanı ölçütlerinin olmaması, ölçeklerin geçerliliği ve güvenilirliği konusunda sorun olabileceğinin düşündürmektedir (97).

2.7.3.Pika

Besin olmayan, yenmeyecek maddelerin yenmesi durumu ile ortaya çıkan bozukluktur. Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması (ICD) 10 içerisinde “genellikle çocukluk ve ergenlikte ortaya çıkan diğer davranışsal ve duygusal bozukluklar” kategorisi içinde yer alırken DSM-IV-TR içerisinde “bebek ya da küçük çocukların beslenme ve yeme bozuklukları” başlığı altında yer almaktadır. DSM ölçütlerine göre: besin olmayan maddelerin en az bir ay boyunca ısrarlı bir şekilde yenmesi, bu durum çocuğun gelişim düzeyiyle ilişkisizdir, kültürel bir davranışın parçası değildir ve bu yeme davranışı ciddi ruhsal hastalıkların gidişi içinde ortaya çıksa bile klinik dikkati çekecek oranda ciddidir. Genellikle otistik ve zihinsel özürlü çocuklarda en sık görülen yeme bozukluğudur. Kurşun zehirlenmesi, anemi, beslenme bozuklukları, barsak parazit hastalıkları ve barsak tıkanması gibi sorunlara yol açabilir. Dışkı yemeninde pikanın bir çeşidi olduğu ve ağır psikozlarda, deliryumda, demans olgularında görülebildiği bildirilmiştir (97).

2.7.4.Diyabulimiya

İnsülin yağ dokusu artışına yol açarak kilo alımına neden olmaktadır. İnsülin yetersizliğinde kan şekeri yükselmekte, ancak kas ve yağ dokusuna glikoz girememekte ve idrar ile atılmaktadır. Bu durum da ketoasidoza yol açar ve sağlık

açısından bir çok riski beraberinde getirir (97). Tip 1 diyabetli birçok hasta kilo kaybı ile azalmış insülin miktarı arasındaki ilişkiyi iyi bilmektedirler. Hastalığın gelişimi boyunca tip 1 şeker hastalığı olan kişiler için özellikle kilo yönetimi zor olduğundan dolayı, bazı diyabetli kişiler kilo kontrolünün bir biçimi olarak, diyabulimiya olarak bilinen bir durum insülini kısıtlayabilir veya tamamen çıkarabilir (102). İnsülini kesme ya da azaltma davranışı bir tür kilo vermek için yapılan kusma gibi telafi edici davranış olarak yorumlanmıştır. Ergenlerde ve kızlarda sık görüldüğü, diyabet eğitimlerinin ve takiplerinin yapılması gerekliliği üzerinde vurgulamalar vardır (97).

2.7.5.Kadın atlet üçlemesi

İlk olarak Amerikan spor hekimliği okulu tarafından 1992 yılında, yeme bozukluğu, amenore ve osteoporoz belirtileri ile tanımlanmıştır (103). Kadın atlet üçlemesi sendromu kadın sporcular arasında görülen atletik performansın sağlanmasına yönelik davranışsal bir fenomendir. Yapılan çalışmalarda, özellikle kadın atletler arasında rekabetçi sporlarla ilgilenenler arasında yeme bozukluğu daha çokmuş gibi görünse de, jimnastik, dans, bale gibi spor dallarıyla ilgilenenler arasında da görüldüğü belirtilmiştir (104). Fiziksel olarak aktif genç kadınlarda ve sporcular arasında görülmektedir. Kadın sporcular arasında %15-60 oranlarda görüldüğü bildirilmiştir. Sporcular arasında sadece bozuk yeme davranışı %16 gibi daha yüksek oranda bulunmuştur. Kadın atlet üçlemesi olduğu düşünülen hastaların, tedavisinde yeme bozuklukları tedavisi konusunda deneyimli klinisyenlerin sorumlu olması doğrudur (97).

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma, Ocak 2014 - Mart 2014 tarihleri arasında, Doğu Anadolu Bölgesi'nin herhangi bir ilinde yaşamış ve daha sonraki eğitimine Bingöl Üniversitesi'nde devam eden öğrenciler üzerinde yürütülmüştür.

3.2.Araştırma Evreninin Seçimi ve Bireylerin Belirlenmesi

Araştırma evrenini; Bingöl Üniversitesi'ne bağlı fakülteler, yüksekokul ve meslek yüksekokulları oluşturmuştur. Bingöl Üniversitesi'ne bağlı 6 fakülte, 1 sağlık yüksekokulu, 4 meslek yüksekokulu bulunmaktadır. Tüm bu birimlerde 1.sınıfta okuyan adölesan ve yetişkin öğrenci sayısı 3456 olup, 1910 öğrenci Doğu Anadolu Bölgesin'de yaşamaktadır. Çalışmaya 1910 öğrenciden gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden 506 öğrenci dahil edilmiştir. Araştırma kapsamına alınan öğrencilere araştırma kapsamı ve amaçları ayrıntılı olarak anlatılmış ve gönüllü olarak onam formu doldurulmuştur.

3.3.Veri Toplama Yöntemi

Araştırma, Bingöl Üniversitesi Rektörlüğü'nden gerekli izinlerin alınması ve Başkent Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Ek-1) alınan onay (KA13/273) ile başlamıştır. Anket formları öğrencilere görüşme esnasında dağıtılmış, aynı anda doldurmaları istenmiş ve sonrasında boy, kilo, bel çevresi, boyun çevresi ve BKİ ölçümleri yapılarak BKİ değerleri hesaplanmıştır.

Araştırmaya gönüllü olarak katılan bireylere 4 bölümden oluşan bir anket formu uygulanmıştır. Anketin I. bölümünde; kişiye ait demografik bilgiler, II. bölümünde; besin seçiminde dikkat ettikleri kriterler ve beslenme alışkanlıkları, III. bölümünde; fiziksel aktivite yapma durumları, IV. bölümünde ise; yeme tutum ve davranışlarını (EAT-26 ölçeği) belirlemeye yönelik sorular sorulmuştur (Ek-2).

3.3.1.Sosyo-demografik özellikler

Çalışmada öğrencilerin, kardeş sayıları, anne ve baba eğitim düzeyleri; okuryazar değil ya da okuryazar, ilkokul, ortaokul, lise, üniversite, lisansüstü

şeklinde 7 grupta, anne ve baba mesleği; ev hanımı, memur, serbest meslek, işsiz, diğer şeklinde 5 grupta değerlendirilmiştir.

3.3.2. Antropometrik ölçümlerinin değerlendirilmesi

Çalışma kapsamında incelenen öğrencilerin ağırlık, boy, bel ve boyun çevresi ölçümü yapılmış ve BKİ değerleri hesaplanmıştır

Öğrencilerin ağırlıkları 0.5 kg'a duyarlı, dijital tartı aleti ile, ayakkabısız ve ince kıyafetle ölçülmüştür. Öğrencilerin boyları esnemeyen mezür ile, ayakta frankfort düzlemde iken, ayaklar yan yana topuk ve oksipital bölge duvara değecek şekilde ölçülmüştür. BKİ ise, $BKİ (kg/m^2) = \text{Vücut ağırlığı (kg)} / \text{Boy uzunluğu (m}^2)$ denklemi ile hesaplanmıştır (105). Ölçüm değerleri Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflandırmasına ve persentillerine göre değerlendirilmiştir (106). Ayrıca sağlıklı bir yetişkin için olması gereken azami uyku süresi 6 saat alınarak (107), BKİ ile uyku düzeni arasındaki ilişki incelenmiştir.

Yetişkinler için BKİ değerleri Tablo 3.1' de belirtilmiştir.

Tablo 3.1. BKİ' ye göre ağırlığının değerlendirilmesi

	BKİ (kg/m²)
Çok zayıf	< 16.9
Zayıf	17-18.4
Normal	18.5-24.9
Hafif Şişman	25-29.9
Şişman	30-39
Ağır Şişman	> 40

Kız ve erkek adölesanlar için Dünya Sağlık Örgütü'nün önermiş olduğu persentil değerleri sırasıyla Tablo 3.2 ve Tablo 3.3'te belirtilmiştir (108).

Tablo 3.2.15-19 Yaş aralığındaki kızlar için BKİ'nin değerlendirilmesi

Yıl	<u>Persentil (BKİ kg/m²)</u>						
	5	15	25	50	75	85	95
17	17.0	18.3	19.2	21.0	23.3	24.7	27.4
18	17.1	18.5	19.4	21.3	23.5	24.9	27.7
19	17.2	18.6	19.5	21.4	23.7	25.1	27.8

Tablo 3.3.15-19 Yaş aralığındaki erkekler için BKİ'nin değerlendirilmesi

Yıl	<u>Persentil (BKİ kg/m²)</u>						
	5	15	25	50	75	85	95
17	17.5	18.7	19.5	21.1	23.1	24.4	26.9
18	17.9	19.2	20.0	21.7	23.8	25.0	27.5
19	18.2	19.5	20.4	22.2	24.3	25.6	28.1

Bel çevresi ölçümü en alt kaburga kemiği ile kristailiyak arası bulunarak, esnemeyen mezür ile ölçülmüştür (105). Yetişkinler için bel çevre değerleri Tablo 3.4'te belirtilmiştir (109).

Tablo 3.4.Cinsiyete bağlı bel çevresi ölçümleri

	Risk	Yüksek Risk
Erkek	≥94 cm	≥102 cm
Kadın	≥80 cm	≥88 cm

Boyun çevresi, birey ayakta frankfort düzlemde iken bireyin sol tarafından larinks inferiorun alt ucu ile adem elması arasından boyun arkasına 90° dikey iken esnemeyen mezürle ölçülmüştür. Boyun çevresi Onat persentil değerlerine göre değerlendirilmiştir (110).

Tablo 3.5.Boyun çevresi için persentil değerleri

Cinsiyet	Persentil				
	2.5.	25.	50.	75.	97.5
Erkek	36	38	40	41.5	45
Kadın	31	34	35.5	37	41

3.3.3.Besin tüketimi ve beslenme alışkanlıkları, besin tüketim sıklığı bilgi formu

Öğrencilere anketin ikinci bölümünde besin seçiminde dikkat ettikleri hususları belirlemek için bir anket formu uygulanmıştır. Besin tüketim durumlarını belirlemek için ise 19 besini içeren besin tüketim sıklık formu kullanılmıştır. Miktarlı besin tüketim sıklığında standart yemek tarifleri kullanılmıştır.

3.3.4.Fiziksel aktivite

Bu bölümde, öğrencilere son yedi günde yaptıkları herhangi bir spor aktivitesi, egzersiz ya da yürüyüşün olup olmadığı hakkında sorular sorulmuştur.

3.3.5.Yeme davranışları testi (EAT-26)

Yeme tutum testi olan EAT-26, bireylerin kendi kendine doldurabildiği bir ölçek olarak kullanılmaktadır. Garner ve Garfinkel (111) tarafından, anoreksiya nervosanın semptomlarını ölçmek için geliştirilmiştir. Orijinal yeme tutum testi olan EAT-40'dan temel almaktadır. EAT-26 testinde sonuçlar, 26 maddenin puanlarının toplamının değerlendirilmesi ile belirlenir. Test sonucunda 0 ile 53 arasında değerler alınabilir, 20 puan EAT-26 için kesim noktası olarak kullanılmaktadır (112). 20 ve üzeri puan alan bireyler “anormal yeme davranışı” olan bireyler olarak adlandırılırken, 20'nin altında puan alanlar ise “normal yeme davranışı” olan bireyler olarak değerlendirilmektedir.

Testin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Türkiye’de yapılmadığı için, bu çalışmaya özgü 50 üniversite öğrencisi üzerinde pilot bir uygulama yapılmıştır. İç tutarlılık katsayısı (cronbach’s alfa) EAT-26 için 0.70, sınıf içi korelasyon katsayısı ise 0.95 olarak bulunmuştur.

3.4. İstatistiksel Analizler

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde, Windows ortamında SPSS 15.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Besin tüketim sıklığı ile toplanan veriler BEBİS 6.1 bilgisayar programı ile hesaplanmıştır. Bireylerden elde edilen verilerin ortalama (\bar{X}) standart sapma (SS) ve alt- üst değerleri saptanmıştır. Uygulanan soru kağıdı formundaki kategorik veriler sayı (n) ve yüzde (%) olarak değerlendirilmiştir.

Hipotezlerde belirtilen farklı gruplardaki bireylerin gözlenen frekansların dağılımları arasındaki fark ki kare (χ^2) testi ile saptanmıştır. Normal dağılım gösteren verilerin ortalamaları arasındaki farkın anlamlılıkları iki grup için bağımsız gruplarda t testi ile, ikiden çok grup için tek tönü varyans analizi ile incelenmiştir. Normal dağılım göstermeyen veriler için ise, nonparametrik hipotez testleri uygulanmıştır. Yanılma payı $\alpha=0.05$ 'tir ve %95 güvenilirlikle çalışılmıştır.

4.BULGULAR

4.1 Bireylerin Genel Özellikleri

Tablo 4.1’de öğrencilerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, yaşadığı şehir ve kardeş sayısına göre dağılımı görülmektedir. Buna göre öğrencilerin %36.4’ü erkek ve %63.6’sı ise kızdır. Yaş ortalaması 20.3 ± 2.77 yıldır. Öğrencilerin çoğunluğu (%76.1) 19-24 yaş grubunda yer almaktadır. Medeni durumlarına bakıldığında; öğrencilerin çoğunluğunun (%97.8) bekâr olduğu görülmektedir. Aynı şekilde öğrencilerin %94.7’si herhangi bir işte çalışmamaktadır. Erkek öğrencilerin kardeş sayısı ortalaması (\pm standart sapma) 4.8 ± 2.95 ve kızların kardeş sayısı ortalaması ise 5.1 ± 2.42 olarak bulunmuştur. Yaşadıkları şehirlere bakıldığında; öğrencilerin çoğunluğu (%37.9) Bingöl’de, %10.7’si Elazığ’da yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.1 Öğrencilerin genel özelliklerine göre dağılımları

Sosyo-demografik özellikler	Erkek (n:184)		Kız (n:322)		Toplam (n:506)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş						
17-18	30	16.3	66	20.5	96	19.0
19-24	149	81.0	236	73.3	385	76.1
25-29	1	0.5	10	3.1	11	2.1
30-35	4	2.2	10	3.1	14	2.8
(\bar{X}) \pm ss (yıl)	20.3 \pm 2.44		20.3 \pm 2.95		20.3 \pm 2.77	
Medeni durum						
Bekâr	181	98.4	314	97.5	495	97.8
Evli	3	1.6	8	2.5	11	2.2
Çalışma durumu						
Çalışıyorum	15	8.2	12	3.7	27	5.3
Çalışmıyorum	169	91.8	310	96.3	479	94.7
Yaşadığı şehir						
Bingöl	52	28.2	140	43.4	192	37.9
Elazığ	20	10.9	34	10.6	54	10.7
Muş	15	8.2	26	8.1	41	8.1
Malatya	14	7.6	22	6.8	36	7.1
Van	14	7.6	21	6.5	35	6.9
Diğer iller	69	37.5	79	24.6	148	29.3
Kardeş sayısı (\bar{X} \pm ss)	4.8 \pm 2.95		5.1 \pm 2.42		4.99 \pm 2.48	
Toplam	184	100.0	322	100.0	506	100.0

Öğrencilerin anne ve babalarına ait özellikler incelendiğinde; annelerin %46.2'si (erkek: %50.0; kız: %44.1) okuma yazma bilmediği ve babaların ise %35.0'mının (erkek: %34.7; kız: %35.1) ilkokul mezunu olduğu bulunmuştur. Ayrıca annelerin %95.5'inin ev hanımı ve babaların %36.4'ünün serbest meslek sahibi olduğu belirlenmiştir. (Tablo 4.2).

Tablo 4.2 Öğrencilerin anne ve babalarına ait özellikler

Eğitim ve meslek durumu	Erkek (n:184)		Kız (n:322)		Toplam (n:506)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Annenin eğitimi						
Okur-yazar değil	92	50.0	142	44.1	234	46.2
Okur-yazar	21	11.4	38	11.8	59	11.7
İlkokul	40	21.7	95	29.5	135	26.7
Ortaokul	21	11.4	27	8.4	48	9.5
Lise	6	3.3	14	4.3	20	4.0
Üniversite	4	2.2	6	1.9	10	2.0
Babanın eğitimi						
Okur-yazar değil	24	13.0	41	12.7	65	12.8
Okur-yazar	20	10.9	23	7.1	43	8.5
İlkokul	64	34.7	113	35.1	177	35.0
Ortaokul	20	10.9	51	15.8	71	14.0
Lise	34	18.5	70	21.8	104	20.6
Üniversite	22	12.0	24	7.5	46	9.1
Annenin mesleği						
Ev hanımı	176	95.7	307	95.3	483	95.5
Memur	3	1.6	5	1.6	8	1.6
Serbest meslek	3	1.6	0	0.0	3	0.6
İşsiz	1	0.5	3	0.9	4	0.8
Diğer	1	0.5	7	2.2	8	1.6
Babanın mesleği						
Memur	29	15.8	48	14.9	77	15.2
Serbest meslek	63	34.2	121	37.6	184	36.4
İşsiz	23	12.5	26	8.1	49	9.7
Diğer	69	37.5	127	39.4	196	38.7
Toplam	184	100.0	322	100.0	506	100.0

Öğrencilerin yaş ve antropometrik ölçümlerinin ortalama, standart sapma, alt-üst değerleri Tablo 4.3'te verilmiştir. Buna göre erkek öğrencilerin ortalama boy uzunluğu 172.3 ± 6.28 cm ve kızların boy uzunluğu ortalaması ise 158.6 ± 5.16 cm'dir. Vücut ağırlığı ortalamaları ise erkeklerde 67.5 ± 9.72 kg ve kızlarda 56.1 ± 8.40 kg'dır. Öğrencilerin bel çevre ölçümleri değerlendirildiğinde erkeklerde bel çevresi ortalaması 81.9 ± 7.50 cm ve kızlarda ise 72.4 ± 6.43 cm olarak belirlenmiştir; erkeklerde boyun çevresi ortalaması 37.1 ± 2.19 cm ve kızlarda ise 33.1 ± 2.37 cm olarak bulunmuştur. Erkeklerin ve kızların BKİ ortalaması ise sırasıyla 22.7 ± 2.96 kg/m² ve 22.3 ± 3.28 kg/m² olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin BKİ sınıflamasına göre dağılımları Tablo 4.4'te verilmiştir. Erkek öğrencilerin %73.4'ünün ve kızların %72.7'sinin normal BKİ aralığında olduğu görülmüştür. Erkek öğrencilerin %5.4'ünün ve kız öğrencilerin %9.3'ünün BKİ'nin 18.5 kg/m²'nin altında (zayıf) olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin hafif şişman ve obezite oranları incelendiğinde de erkek öğrencilerin %19.0'ı hafif şişman ve %2.2'sinin obez; kız öğrencilerin %15.2'sinin hafif şişman ve %2.8'inin ise obez olduğu saptanmıştır. Tüm öğrencilerin obezite oranı ise %2.6 ve zayıflık oranı ise %7.9 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.3 Öğrencilerin yaş ile antropometrik ölçümlerinin ortalama \bar{X} , standart sapma (SS) ve alt-üst değerleri

Yaş ve Antropometrik ölçümler	Erkek (n:184)				Kız (n:322)			
	\bar{X}	SS	Alt	Üst	\bar{X}	SS	Alt	Üst
Yaş (yıl)	20.3	2.45	17.0	34.0	20.3	2.95	17.0	35.0
Boy uzunluğu (cm)	172.3	6.28	156.0	188.0	158.6	5.16	144.5	175.0
Vücut ağırlığı (kg)	67.5	9.72	46.1	108.0	56.1	8.40	41.0	98.0
Bel çevresi (cm)	81.9	7.50	60.0	105.0	72.4	6.43	60.0	98.0
Boyun çevresi (cm)	37.1	2.19	30.0	44.0	33.1	2.37	28.0	41.0
BKİ (kg/m ²)	22.7	2.96	16.7	35.7	22.3	3.28	16.4	35.7

Tablo 4.4 Öğrencilerin Beden Kütle İndeksi (BKİ) sınıflamasına göre dağılımı

BKİ (kg/m ²) sınıflaması	Erkek (n:184)		Kız (n:322)		Toplam (n:506)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
< 18.5 (Zayıf)	10	5.4	30	9.3	40	7.9
≥ 18.5- <24.9 (Normal)	135	73.4	234	72.7	369	72.9
≥ 25.0- <29.9 (Hafif Şişman)	35	19.0	49	15.2	84	16.6
≥ 30 (Şişman)	4	2.2	9	2.8	13	2.6
Toplam	184	100.0	322	100.0	506	100.0

Öğrencilerin bel çevresi ve boyun çevresi ölçümlerine göre BKİ gruplarında olduğu gibi, erkeklerin %92.9'unun 94 cm'nin ve kızların %87.0'sinin 80 cm'nin altında bel çevresi ölçümüne sahip olduğu belirlenmiştir. Boyun çevresi ölçümlerine bakıldığında da yine öğrencilerin büyük çoğunluğu (erkek: %63.0; kız: %53.7) normal persentil aralığı olan 25.-75. persentiller arasında olduğu bulunmuştur. Boyun çevresi ölçümü 97.5 persentilin üzerinde olan öğrencilerin oranı ise %2.4'tür (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Öğrencilerin bel ve boyun çevresi persentillerine göre dağılımı

Bel ve Boyun Çevresi	Erkek (n:184)		Kız (n:322)		Toplam (n:506)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bel Çevresi (Erkek / Kız) (cm)						
<94 cm / 80 cm	171	92.9	280	87.0		
≥94-<102 cm / ≥80-88 cm	9	4.9	34	10.5		
≥102 cm / ≥88 cm	4	2.2	8	2.5		
Boyun çevresi persentilleri (cm)						
< 2.5	1	0.5	39	12.1	40	7.9
≥2.5-<25.0	1	0.5	97	30.1	98	19.4
≥25.0-<75.0	116	63.0	173	53.7	289	57.1
≥75.0-<97.5	56	30.4	11	3.4	67	13.2
≥97.5	10	5.4	2	0.6	12	2.4

Öğrencilerin son yedi gün içerisinde fiziksel aktivite yapma durumlarına ilişkin dağılımları Tablo 4.6'da verilmiştir. Erkek öğrencilerin %69.0'u en az 30 dk egzersiz yaptığını belirtirken, kızların ise %68.9'u egzersiz yapmadığını belirtmiştir. Hem erkek (%61.4) hem de kızların (%82.3) büyük çoğunluğunun son 7 gün içerisinde herhangi bir kas geliştirici egzersiz yapmadığı görülmüştür. En az 30 dk yürüyüş yapma oranı ise erkeklerde %86.4 ve kızlarda %82.0 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.6 Öğrencilerin fiziksel aktivite yapma durumlarına göre dağılımı

Fiziksel Aktivite Durumu	Erkek (n:184)		Kız (n:322)		Toplam (n:506)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
En az 30 dk egzersiz yapma						
Evet	127	69.0	100	31.1	227	44.9
Hayır	57	31.0	222	68.9	279	55.1
Kas geliştirici egzersiz yapma						
Evet	71	38.6	57	17.7	128	25.3
Hayır	113	61.4	265	82.3	378	74.7
En az 30 dk yürüyüş yapma						
Evet	159	86.4	264	82.0	423	83.6
Hayır	25	13.6	58	18.0	83	16.4
Toplam	184	100.0	322	100.0	506	100.0

4.2 Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları

Erkek öğrencilerin çoğunlukla üç ana (%51.1) öğün ve bir ara (%47.3) öğün tükettiği; kızların ise çoğunlukla iki ana öğün (%54.7) ve bir ara öğün (%41.3) tükettiği bulunmuştur. Tek ana öğün tüketen öğrencilerin oranı %10.3 ve üç ana öğün tüketen öğrencilerin oranı ise %39.3 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin ortalama ana öğün sayısı 2.3 ± 0.65 'dir. Öğrencilerin öğün atlama durumlarına bakıldığında, erkek öğrencilerin %78.8'inin ve kızların %87.6'sının öğün atladıkları ve en çok atlanan öğünün öğle öğünü olduğu saptanmıştır.(Tablo 4.7).

Tablo 4.7 Öğrencilerin ana ve ara öğün sayılarına göre dağılımı

Öğün atlama	Erkek (n:184)		Kız (n:322)		Toplam (n:506)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ana öğün sayısı						
1	11	6.0	41	12.7	52	10.3
2	79	42.9	176	54.7	255	50.4
3	94	51.1	105	32.6	199	39.3
$\bar{X} \pm SS$	2.5±0.61		2.2±0.65		2.3±0.65	
Ara öğün sayısı						
0	65	35.3	101	31.4	166	32.8
1	87	47.3	133	41.3	220	43.5
2	26	14.1	72	22.4	98	19.4
3	6	3.3	16	5.0	22	4.3
$\bar{X} \pm SS$	0.9±0.84		1.0±0.87		0.98±0.86	
Öğün atlama						
Evet	145	78.8	282	87.6	427	84.4
Hayır	39	21.2	40	12.4	79	15.6
Atlanan öğün	(n:145)		(n:282)		(n:427)	
Sabah	66	45.5	133	47.2	199	46.6
Öğle	71	49.0	134	47.5	205	48.0
Akşam	8	5.5	15	5.3	23	5.4
Toplam	184	100.0	322	100.0	506	100.0

Öğrencilerin ev dışında yemek yeme durumlarına ilişkin sıklıklar ve yemek yeme yeri seçimleriyle ilgili dağılımları Tablo 4.8’de verilmiştir. Öğrencilerin %11.7’si hergün dışarıda yemek yediklerini, çoğunluğu da (%28.7) haftada en az 2-3 kez dışarıda yemek yediklerini belirtmiştir. Ev dışında yemek tüketmeyen öğrencilerin oranı ise %3.8 olarak bulunmuştur. Ev dışında tüketilen öğünlere bakıldığında, en çok tüketilen öğünün öğle öğünü olduğu (erkek: %72.3; kız: %74.2), daha sonra bunu akşam öğünü olduğu görülmüştür. Yemek yeme yeri tercihleri incelendiğinde de, erkek öğrencilerin çoğunlukla (%55.4) kebabçıları, kızların ise çoğunlukla (%49.1) fast-food lokantaları tercih ettikleri görülmüştür.

Tablo 4.8 Öğrencilerin dışarıda yemek yeme durumları ve yemek yeme yeri seçimlerine göre dağılımları

Dışarıda yemek yeme durumu ve yemek yeme yeri seçimi	Erkek (n:184)		Kız (n:322)		Toplam (n:506)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Dışarıda yemek yeme	(n:184)		(n:322)		(n:506)	
Hergün	23	12.5	37	11.5	60	11.7
Haftada 2-3 kez	56	30.4	89	27.6	145	28.7
Haftada 1 kez	34	18.5	65	20.2	99	19.6
Ayda 2-3 kez	38	20.7	61	18.9	99	19.6
Ayda 1 kez	26	14.1	58	18.0	84	16.6
Hiç yemem	7	3.8	12	3.7	19	3.8
Dışarıda yenen öğün	(n:177)		(n:310)		(n:487)	
Sabah	2	1.1	9	2.9	11	2.3
Öğle	128	72.3	230	74.2	358	73.5
Akşam	47	26.6	71	22.9	118	24.2
Yemek yeme yeri seçimi	(n:177)		(n:310)		(n:487)	
Fast-food	49	27.7	152	49.1	201	41.3
Ev yemeği yapan lokantalar	20	11.3	24	7.7	44	9.0
Kebapçılar	98	55.4	112	36.1	210	43.1
Pastaneler	10	5.6	17	5.5	27	5.5
Üniversite yemekhanesi	-	-	5	1.6	5	1.1

Öğrencilerin beslenme ile ilgili bilgilerini edindikleri kaynaklar sorgulandığında (Tablo 4.9), öğrencilerin birinci sırada radyo/televizyonu; ikinci sırada arkadaş ve yakın çevrelerindeki insanları ve üçüncü sırada erkeklerin yazılı basını, kızların ise sağlık personelini beslenme bilgi kaynağı olarak gösterdiği belirlenmiştir.

Tablo 4.9 Öğrencilerin beslenme bilgi kaynağına göre dağılımı

Beslenme bilgi kaynağı	Erkek (n:184)				Kız (n:322)			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Radyo/televizyon	77	41.8	107	58.2	151	46.9	171	53.1
Yazılı basın (gazete, dergi)	48	26.1	136	73.9	98	30.4	224	69.6
Sağlık personeli	41	22.3	143	77.7	103	32.0	219	68.0
Arkadaşlar/yakın çevre	57	31.0	127	69.0	119	37.0	203	63.0
Kitaplar /broşürler	41	22.3	143	77.7	97	9.2	167	90.8
Zayıflama merkezleri	17	9.2	167	90.8	58	18.0	264	82.0
Aile büyükleri	38	20.7	146	79.3	98	30.4	224	69.6
Toplam	184	100.0	322	100.0	506	100.0	184	100.0

Öğrencilerin akşam yemeğinden sonra yeme-içme alışkanlıklarının olup olmadığı, hangi saatler arasında olduğu ve tercih ettikleri besinlerin dağılımı Tablo 4.10'da verilmiştir. Buna göre erkek öğrencilerin %83.7'sinin ve kızların %83.5'inin akşam yemeğinden sonra yeme-içme alışkanlığı olduğu; akşam yemek saatlerinin ise yaklaşık 18:40-19:40 saatleri arasında olduğu belirlenmiştir. Akşam yemekten sonra atıştırma yapanların besin tercihlerine bakıldığında, erkek öğrencilerin sırasıyla çay, kahve gibi içecekleri, meyveleri, ekmeği, gazlı içecekleri ve çikolata, gofret, şekerleme gibi tatlıları tercih ettikleri; kızların ise sırasıyla çay, kahve gibi içecekleri, meyveleri, çikolata, gofret, şekerleme gibi tatlıları, poğaç, kek, kurabiye gibi hamur işlerini ve gazlı içecekleri tercih ettikleri görülmüştür.

Tablo 4.10 Öğrencilerin akşam yemekten sonra yeme/içme alışkanlığına göre dağılımı

Akşam yemekten sonra yeme/içme alışkanlığı	Erkek (n:184)		Kız (n:322)		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	154	83.7	269	83.5	423	83.6
Hayır	30	16.3	53	16.5	83	16.4
Akşam yemek saati ($\bar{X} \pm SS$)						
Hafta içi	19:41±2:23		19:00±1:58		19:13±2:08	
Hafta sonu	19:30±1:54		18:39±2:40		18:57±2:28	
Alışkanlığı olanların besin tercihleri	(n:154)		(n:269)		(n:423)	
Süt ve türevleri	47	30.5	68	25.3	115	27.2
Peynir	72	46.8	94	34.9	166	39.2
Kırmızı et	48	31.2	59	21.9	107	25.3
Et ürünleri(sucuk vb.)	41	26.6	40	14.9	81	19.1
Tavuk – hindi	54	35.1	47	17.5	101	23.9
Balık	34	22.1	44	16.4	78	18.4
Yumurta	73	47.4	71	26.4	144	34.0
Kurubaklagiller	31	20.1	41	15.2	72	17.0
Ekmek	103	66.9	117	43.5	220	52.0
Pirinç, bulgur, makarna	58	37.7	82	30.5	140	33.1
Sebzeler	70	45.5	98	36.4	168	39.7
Meyveler	120	77.9	220	81.8	340	80.4
Şekerli besinler (bal, pekmez vb.)	48	31.2	82	30.5	130	30.7
Çikolata, gofret, şekerleme	78	50.6	189	70.3	267	63.1
Sütlü/hamur tatlıları	66	42.9	130	48.3	196	46.3
İçecekler(gazlı içecekler, meyve suyu)	93	60.4	146	54.3	239	56.5
İçecekler (çay, kahve vb.)	128	83.1	224	83.3	352	83.2
Poğaç, kek, kurabiye	74	48.1	163	60.6	237	56.0

- Birden fazla cevap üzerinden analiz yapılmıştır.

Öğrencilerin besin tercihlerine etki eden etmenlere göre dağılımları incelendiğinde; çoğunlukla lezzetli, doyurucu, ekonomik olması ve tat, koku, kıvam gibi subjektif kriterlere göre erkek öğrencilerin besin tercihlerinin değiştiği, kızların da benzer şekilde lezzetli, doyurucu olması, tat, koku, kıvam gibi subjektif kriterler, az yağlı olması ve kolay hazırlanabilir olmasına göre besin tercihlerinin değiştiği görülmüştür (Tablo 4.11).

Tablo 4.11 Öğrencilerin besin seçimlerine etki eden etmenlere göre dağılımı

Besin seçimine etki eden etmenler	Erkek (n:184)				Kız (n:322)			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kolay hazırlanabilir olmasına	133	72.3	51	27.7	240	74.5	82	25.5
Piştirme yöntemine	122	66.3	62	33.7	225	69.9	97	30.1
Ekonomik olmasına	148	80.4	36	19.6	222	68.9	100	31.1
Doyurucu olmasına	161	87.5	23	12.5	279	86.6	43	13.4
Lezzetli olmasına	169	91.8	15	8.2	302	93.8	20	6.2
Subjektif kalite kriterlerine	145	78.8	39	21.2	283	87.9	39	12.1
Katkı maddesi içermemesine	115	62.5	69	37.5	196	60.9	126	39.1
Su içeriğinin yüksek olmasına	63	34.2	121	65.8	109	33.9	213	66.1
Az yağlı olmasına	99	53.8	85	46.2	224	69.6	98	30.4
Kalorisiz düşük, besleyici değerinin yüksek olmasına	82	44.6	102	55.4	169	52.5	153	47.5
Besin çeşitliliğini sağlayabilme	112	60.9	72	39.1	218	67.7	104	32.3

Öğrencilerin uyku saati süreleri ve BKİ sınıflamasına göre dağılımları Tablo 4.12’de verilmiştir. Erkek öğrencilerin %89.7’si ve kızların %88.5’i altı saat ve üzerinde uyumaktadır. Öğrencilerin çoğunluğunun normal BKİ grubunda ve altı saat üzerinde uyuyanlar grubunda yer aldığı görülmüştür. BKİ 18.5’in altında olan erkek öğrencilerin (%5.5) ve kız öğrencilerin (%9.5) çoğunluğu 6 saat üzerinde uyuduğu; BKİ 30 ve üzerinde olan öğrencilerin ise çoğunluğunun (erkek:%5.3; kız:%5.4) 6 saatin altında uyuduğu bulunmuştur. Ancak BKİ gruplarına göre uyku saati arasında istatistiksel olarak farklar anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.12 Öğrencilerin uyku saati ve BKİ gruplarına göre dağılımı

BKİ Grupları (kg/m ²)	Uyku Saati							
	<6 saat				≥6saat			
	Erkek (n:184)		Kız (n:322)		Erkek (n:184)		Kız (n:322)	
Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
< 18.5	1	5.3	3	8.1	9	5.5	27	9.5
≥ 18.5- <24.9	13	68.4	23	62.2	122	73.9	211	74.0
≥ 25.0- <29.9	4	21.0	9	24.3	31	18.8	40	14.0
≥ 30	1	5.3	2	5.4	3	1.8	7	2.5
Toplam	19	10.3	37	11.5	165	89.7	285	88.5

* Ki-kare test ile analiz edilmiştir. ** $p<0.05$

Öğrencilerin vücut ağırlığı algısına göre BKİ gruplarına dağılımı tablo 4.13’de verilmiştir. Normal ağırlıklı erkek öğrencilerin %50.4’ü kendisini zayıf veya çok zayıf olarak görürken, hafif şişman erkeklerin %60’ı kendisini normal ağırlıkta görmektedir. Kızlarda ise normal ağırlıkta olanların %59.8’i kendisini zayıf veya çok zayıf görmektedir. Normal ağırlıktaki kızların %35.5’inin ve hafif şişman kızların %46.9’unun kendisini olduğu BKİ aralığında algıladığı belirlenmiştir. Erkeklerde bu oranlar sırasıyla %42.2 ve %37.1 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.13 Öğrencilerin BKİ gruplarına göre vücut ağırlığı algılarının dağılımı

BKİ Grupları (kg/m ²)	Vücut Ağırlığı Algısı												Toplam	
	Çok zayıf		Zayıf		Normal		Hafif şişman		Şişman		Ağır şişman			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Erkek														
Zayıf (< 18.5)	5	50.0	5	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	10	5.4
Normal (≥ 18.5- <24.9)	10	7.4	58	43.0	57	42.2	9	6.7	0	0.0	1	0.7	135	73.4
Hafif şişman (≥25.0- <29.9)	0	0.0	0	0.0	21	60.0	13	37.1	1	2.9	0	0.0	35	19.0
Şişman (≥ 30)	0	0.0	1	25.0	0	0.0	2	50.0	1	25.0	0	0.0	4	2.2
Toplam	15	8.2	64	34.8	78	42.4	24	13.0	2	1.1	1	0.5	184	100.0
Kız														
Zayıf (< 18.5)	19	63.3	9	30.0	2	6.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	30	9.3
Normal (≥ 18.5- <24.9)	23	9.8	117	50.0	83	35.5	11	4.7	0	0.0	0	0.0	234	72.7
Hafif şişman (≥25.0- <29.9)	0	0.0	6	12.2	18	36.7	23	46.9	1	2.0	1	2.0	49	15.2
Şişman (≥ 30)	0	0.0	1	11.1	0	0.0	5	55.6	3	33.3	0	0.0	9	2.8
Toplam	42	13.0	133	41.3	103	32.0	39	12.1	4	1.2	1	0.3	322	100.0

Tablo 4.14'te erkek öğrencilerin ve Tablo 4.15'te kız öğrencilerin besin tüketim sıklıklarına göre dağılımları verilmiştir.

Erkek öğrencilerin süt, yoğurt, peynir tüketimleri incelendiğinde, haftada 5-6 kez öğrencilerin %22.8'inin süt ve %34.2'sinin yoğurt tükettiği, %29.9'unun ise hiç süt tüketmediği; %54.9'unun ise her gün peynir tükettiği bulunmuştur. Kız öğrencilerin süt ve türevlerini tüketimleri incelendiğinde de benzer şekilde haftada 5-6 kez öğrencilerin %26.4'ünün süt ve %33.2'sinin yoğurt tükettiği, %28.9'unun hiç süt tüketmediği ve %55.3'ünün de her gün peynir tükettiği bulunmuştur.

Öğrencilerin kırmızı et, tavuk, balık, yumurta ve kurubaklagil tüketimlerine bakıldığında haftada 5-6 kez erkek öğrencilerin sırasıyla %37.5, %29.9, %44.0 ve kız öğrencilerin sırasıyla %31.1, %27.0, %40.1 kırmızı et, et ürünleri, tavuk tükettikleri; erkeklerin %28.8'inin ve kızların %34.5'inin de sucuk, salam gibi et ürünlerini tüketmedikleri saptanmıştır. Balık tüketimleri ise hem erkeklerde (%65.7) hem de kızlarda (%63.7) ayda bir kezdir ya da hiç yoktur. Öğrencilerin (erkek: her gün %32.1, haftada 5-6 kez %26.6; kız: her gün %19.9, haftada 5-6 kez %40.7) çoğunlukla her gün yada gün aşırı yumurta tükettikleri görülmüştür. Öğrencilerin çoğunlukla (erkek: %31.0; kız: %32.6) haftada 5-6 kez kurubaklagil tükettiği, hiç tüketmeyenlerin oranı ise sırasıyla erkeklerde %21.7 ve kızlarda %24.2 olarak bulunmuştur.

Öğrencilerin ekmek ve tahıl ürünleri tüketimleri incelenmiştir. Öğrencilerin tamamına yakınının (erkek: %97.8; kız: %95.6) her gün ekmek tükettiği görülmektedir. Buna göre erkek öğrencilerde her öğün tüketenlerin oranı %72.3 ve her gün tüketenlerin oranı %25.5; kızlarda da sırasıyla %65.2 ve %30.4'tür. Pirinç, bulgur, makarna tüketimleri de erkeklerde (%33.4) ve kızlarında (%41.3) genellikle haftada 5-6 kez tüketildiği bulunmuştur.

Sebze meyve tüketimlerine bakıldığında, erkek öğrencilerin % 50'si ve kızların %65.2'si her gün ya da gün aşırı sebze tüketirken, hiç tüketmeyenlerin oranı erkeklerde %10.9 ve kızlarda ise %5 olarak bulunmuştur. Meyve tüketimleri ise erkeklerde genellikle (%41.3) haftada 5-6 kez ve kızlarda genellikle (%40.7) her gün olarak bulunmuştur. Hiç meyve tüketmeyen öğrencilerin oranı erkeklerde ve kızlarda %5'in altındadır.

Tablo 4.14 ve 4.15'te ayrıca öğrencilerin şekerli besinler, çikolata, gofret, şekerleme, sütlü tatlılar ve hamur tatlıları sıklıkları da sorgulanmıştır. Öğrencilerin şekerli besin tüketimleri erkeklerde (%27.2) ve kızlarda (%29.8) her gün; çikolata, gofret, şekerleme tüketimleri erkeklerde (%27.2) haftada 5-6 kez ve kızlarda her gün (%33.2) iken; hiç şekerli besin ve çikolata, gofret tüketmeyenlerin oranının erkeklerde sırasıyla %20.1, %20.7 ve kızlarda %26.4, %6.2 olduğu görülmüştür. Sütlü tatlıları ve hamur tatlılarını öğrencilerin genellikle haftada 5-6 kez tükettiği (erkek: %28.8; kız: %32.0) bulunmuştur. Erkek öğrencilerin %29.9 her öğün, %42.4'ü her gün ve kızların %34.8'i her öğün, %46.3'ü her gün su, kola, ayran, meyve suyu gibi içecekleri tüketmektedir.

Tablo 4.14 Erkek öğrencilerin besin tüketim sıklığına göre dağılımı

BESİNLER	Her öğün		Her gün		Haftada 5-6		Haftada 3-4		Haftada 1-2		15 günde 1		Ayda 1 kez		Seyrek		Tüketmiyor	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Süt	0	0.0	16	8.7	42	22.8	15	8.2	3	1.6	16	8.7	23	12.5	14	7.6	55	29.9
Yoğurt	2	1.1	21	11.4	63	34.2	24	13.0	4	2.2	21	11.4	19	10.3	6	3.3	24	13.0
Peynir	12	6.5	101	54.9	31	16.8	18	9.8	4	2.2	3	1.6	4	2.2	1	0.5	10	5.4
Kırmızı et	0	0.0	11	6.0	69	37.5	21	11.4	2	1.1	38	20.7	13	7.1	11	6.0	19	10.3
Et ürünleri(sucuk vb.)	1	0.5	12	6.5	55	29.9	15	8.2	5	2.7	22	12.0	18	9.8	3	1.6	53	28.8
Tavuk – hindi	1	0.5	6	3.3	81	44.0	29	15.8	5	2.7	20	10.9	18	9.8	8	4.3	16	8.7
Balık	1	0.5	0	0.0	18	9.8	3	1.6	1	0.5	32	17.4	67	36.4	8	4.3	54	29.3
Yumurta	5	2.7	59	32.1	49	26.6	33	17.9	14	7.6	13	7.1	5	2.7	1	0.5	5	2.7
Kurubaklagiller	1	0.5	14	7.6	57	31.0	27	14.7	10	5.4	19	10.3	13	7.1	3	1.6	40	21.7
Ekmek	133	72.3	47	25.5	0	0.0	0	0.0	1	0.5	1	0.5	0	0.0	0	0.0	2	1.1
Pirinç, bulgur, makarna	4	2.2	30	16.3	62	33.7	53	28.8	19	10.3	5	2.7	2	1.1	1	0.5	8	4.3
Sebzeler	7	3.8	39	21.2	53	28.8	43	23.4	11	6.0	7	3.8	2	1.1	2	1.1	20	10.9
Meyveler	3	1.6	30	16.3	76	41.3	35	19.0	10	5.4	16	8.7	2	1.1	3	1.6	9	4.9
Şekerli besinler	6	3.3	50	27.2	45	24.5	19	10.3	8	4.3	8	4.3	8	4.3	3	1.6	37	20.1
Çikolata, gofret vb	2	1.1	25	13.6	50	27.2	33	17.9	11	6.0	15	8.2	7	3.8	3	1.6	38	20.7
Hamur Tatlıları	0	0.0	4	2.2	53	28.8	11	6.0	3	1.6	40	21.7	24	13.0	9	4.9	40	21.7
İçecekler	55	29.9	78	42.4	20	10.9	15	8.2	8	4.3	6	3.3	1	0.5	0	0.0	1	0.5

Tablo 4.15 Kız öğrencilerin besin tüketim sıklığına göre dağılımı

BESİNLER	Her öğün		Her gün		Haftada 5-6		Haftada 3-4		Haftada 1-2		15 günde 1		Ayda 1 kez		Seyrek		Tüketmiyor	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Süt	5	1.6	30	9.3	85	26.4	20	6.2	7	2.2	51	15.8	20	6.2	11	3.4	93	28.9
Yoğurt	6	1.9	55	17.1	107	33.2	44	13.7	12	3.7	36	11.2	15	4.7	17	5.3	30	9.3
Peynir	25	7.8	178	55.3	45	14.0	27	8.4	13	4.0	7	2.2	5	1.6	1	0.3	21	6.5
Kırmızı et	1	0.3	6	1.9	100	31.1	33	10.2	7	2.2	69	21.4	52	16.1	11	3.4	43	13.4
Et ürünleri (sucuk vb.)	0	0.0	14	4.3	87	27.0	20	6.2	5	1.6	46	14.3	28	8.7	11	3.4	111	34.5
Tavuk – hindi	0	0.0	9	2.8	129	40.1	48	14.9	8	2.5	61	18.9	29	9.0	7	2.2	31	9.6
Balık	0	0.0	0	0.0	37	11.5	7	2.2	3	0.9	55	17.1	103	32.0	15	4.7	102	31.7
Yumurta	6	1.9	64	19.9	131	40.7	44	13.7	7	2.2	17	5.3	9	2.8	5	1.6	39	12.1
Kurubaklagiller	1	0.3	19	5.9	105	32.6	50	15.5	11	3.4	32	9.9	19	5.9	7	2.2	78	24.2
Ekmek	210	65.2	98	30.4	5	1.6	0	0.0	1	0.3	2	0.6	0	0.0	1	0.3	5	1.6
Pirinç, bulgur, makarna	6	1.9	59	18.3	133	41.3	73	22.7	18	5.6	17	5.3	3	0.9	4	1.2	9	2.8
Sebzeler	10	3.1	124	38.5	86	26.7	54	16.8	18	5.6	10	3.1	1	0.3	3	0.9	16	5.0
Meyveler	13	4.0	131	40.7	84	26.1	41	12.7	24	7.5	10	3.1	3	0.9	2	0.6	14	4.3
Şekerli besinler	14	4.3	96	29.8	68	21.1	18	5.6	8	2.5	19	5.9	11	3.4	3	0.9	85	26.4
Çikolata, gofret vb	13	4.0	107	33.2	83	25.8	56	17.4	20	6.2	12	3.7	6	1.9	5	1.6	20	6.2
Hamur Tatlıları	1	0.3	16	5.0	103	32.0	37	11.5	7	2.2	73	22.7	41	12.7	10	3.1	34	10.6
İçecekler	112	34.8	149	46.3	27	8.4	17	5.3	12	3.7	2	0.6	2	0.6	1	0.3	0	0.0

Tablo 4.16'da öğrencilerin cinsiyete göre enerji ve besin öğelerinin aritmetik ortalama, standart sapma, alt ve üst değerleri verilmiştir. Erkek öğrencilerin enerji alımları 2125.3 ± 535.3 kkal ve kız öğrencilerin ise 1744.9 ± 500.9 kkal'dir. Öğrencilerin günlük su tüketim ortalaması 1465 ± 685.0 ml'dir. Erkek öğrencilerin ortalama protein alımları 73.9 ± 21.0 g ve toplam enerjinin proteinden gelen oranı %14.4; kız öğrencilerin protein alımı 56.9 g ve enerjinin proteinden gelen oranı ise %13.5 olarak bulunmuştur. Diyetle yağ alımları ve enerjinin yağdan gelen oranlarına bakıldığında erkek öğrencilerin sırasıyla 75.9 ± 28.7 g ve %31.7; kız öğrencilerin 66.8 ± 22.7 g ve %34.6 olduğu görülmektedir. Karbonhidrat alımı erkeklerde 276.4 ± 72.6 g ve kızlarda 221.0 ± 52.0 g; enerjinin karbonhidratlardan gelen oranı ise erkeklerde %53.9 ve kızlarda %52.0 olarak bulunmuştur. Posa alımı erkeklerde 21.7 ± 6.8 (alt:4.7g; üst:47.7g) ve kızlarda 18.5 ± 7.0 g (alt:2.3g; üst:39.2g)'dir.

Öğrencilerin yağ asidi örüntülerine bakıldığında erkek öğrencilerin ortalama doymuş yağ alımı ve diyet enerjisinin doymuş yağdan gelen oranı sırasıyla 33.4 ± 13.2 g ve %14.0; tekli doymamış yağ asitleri alımı ve enerjinin TDYA'den gelen oranı sırasıyla 26.0 ± 10.3 g ve %10.9 ve çoklu doymamış yağ asidi alımı ve enerjinin ÇDYA'lerinden gelen oranı ise sırasıyla 10.5 ± 4.5 g ve %4.4 olarak bulunmuştur. Kız öğrencilerde ise sırasıyla doymuş yağ asidi alımı ve oranının 30.0 ± 10.9 g ve %15.6; TDYA alımı ve oranının sırasıyla 22.9 ± 7.9 g ve %11.9 ve ÇDYA alımı ve oranının ise 9.1 ± 4.1 g ve %4.7 olduğu görülmüştür. Kolesterol alımı ise erkek öğrencilerde 354.8 ± 218.9 mg ve kız öğrencilerde ise 243.6 ± 128.7 mg'dir.

Tablo 4.17'de öğrencilerin vitamin ve mineral alım düzeyleri verilmiştir. Öğrencilerin A vitamini alımları incelendiğinde erkek öğrencilerin ortalama 955.3 ± 461.2 mcg ve kız öğrencilerin ortalama 901.9 ± 448.2 mcg aldıkları; E vitamini erkeklerin 8.8 ± 3.8 mg ve kızların 8.1 ± 3.6 mg; C vitaminini erkeklerin 79.8 ± 67.0 mg ve kızların 102.6 ± 84.4 mg; tiamini erkeklerin 0.9 ± 0.3 mg ve kızların 0.8 ± 0.3 mg; riboflavini erkeklerin 1.4 ± 0.5 mg ve kızların 1.2 ± 0.4 mg aldıkları; B6 vitamini alımının erkeklerde 1.2 ± 0.4 mg ve kızlarda 1.0 ± 0.3 mg; folat alımının erkeklerde 143.6 ± 43.6 mcg ve kızlarda 123.3 ± 40.0 mcg ve son olarak B12 vitamini alımının erkeklerde 4.0 ± 2.1 mcg ve kızlarda 3.0 ± 1.5 mcg olduğu görülmektedir.

Öğrencilerin diyetle sodyum, potasyum, kalsiyum, fosfor, demir ve çinko alım düzeyleri incelenmiştir. Buna göre sırasıyla sodyumu erkek öğrencilerin 2194.8 ± 677.8 mg ve kız öğrencilerin 1610.8 ± 661.5 mg; potasyumu 1964.8 ± 703.7 mg ve kızların 1854.9 ± 669.4 mg; kalsiyumu erkeklerin 625.7 ± 271.5 mg ve kızların

617.4±238.0 mg; magnezyumu erkek öğrencilerin 219.3±66.7 mg ve kız öğrencilerin 201.1±65.2 mg; fosforu erkek öğrencilerin 1137.9±338.4 mg ve kızların 931.4±276.3 mg, demiri erkek öğrencilerin 11.6±3.3 mg ve kız öğrencilerin 9.4±3.1 mg aldıkları; son olarak erkek öğrencilerin çinkoyu 10.8±3.0 mg ve kız öğrencilerin ise 8.5±2.5 mg aldıkları bulunmuştur.

Tablo 4.16 Öğrencilerin cinsiyete göre enerji ve besin öğelerinin ortalama \bar{X} , standart sapma (ss) ve alt ve üst değerleri

ENERJİ VE MAKRO BESİN ÖĞELERİ	Erkek (n:184)				Kız (n:322)				Toplam (n:506)			
	\bar{X}	SS	Alt	Üst	\bar{X}	SS	Alt	Üst	\bar{X}	SS	Alt	Üst
Enerji (kkal)	2.125.3	535.3	942.6	4.251.1	1744.9	500.9	575.9	3.381.5	1.883.2	544.9	575.9	4.251.1
Su (g)	1.535.5	672.9	284.1	4.316.1	1425.6	689.7	253.2	3.954.9	1.465.6	685.0	253.2	4.316.1
Protein (g)	73.9	21.0	35.1	160.9	56.9	17.5	19.7	124.5	63.1	20.5	19.7	160.9
Protein, TE (%)	14.4	1.9	9.0	21.0	13.5	2.1	9.0	22.0	13.8	2.1	9.0	22.0
Yağ (g)	75.9	28.7	20.5	201.7	66.8	22.7	16.4	196.4	70.1	25.4	16.4	201.7
Yağ, TE (%)	31.7	7.2	11.0	56.0	34.6	6.8	13.0	60.0	33.5	7.1	11.0	60.0
Karbonhidrat (g)	276.4	72.6	81.6	553.2	221.0	73.3	25.2	446.6	241.1	77.7	25.2	553.2
Karbonhidrat, TE (%)	53.9	8.0	25.0	75.0	52.0	7.5	18.0	75.0	52.7	7.7	18.0	75.0
Posa (g)	21.7	6.8	4.7	47.7	18.5	7.0	2.3	39.2	19.7	7.1	2.3	47.7
DYA (g)	33.4	13.2	6.9	90.0	30.0	10.9	5.9	89.7	31.2	11.9	5.9	90.0
TDYA (g)	26.0	10.3	6.3	67.2	22.9	7.9	4.6	64.0	24.1	9.0	4.6	67.2
ÇDYA (g)	10.5	4.5	4.0	32.9	9.1	4.1	2.9	31.8	9.6	4.3	2.9	32.9
DYA, TE (%)	14.0	3.7	3.9	28.1	15.6	3.9	4.7	31.4	15.0	3.9	3.9	31.4
TDYA, TE (%)	10.9	2.7	3.6	19.8	11.9	2.6	3.7	20.1	11.5	2.7	3.6	20.1
ÇDYA, TE (%)	4.4	1.2	2.0	8.7	4.7	1.4	2.2	12.2	4.6	1.3	2.0	12.2
Kolesterol (mg)	354.8	218.9	39.4	1.362.1	243.6	128.7	29.2	890.6	284.0	175.4	29.2	1.362.1

TE: Toplam Enerji, TDYA: Tekli Doymamış Yağ Asidi, ÇDYA: Çoklu Doymamış Yağ Asidi, DY A: Doymuş Yağ Asidi

Tablo 4.17 Öğrencilerin vitamin ve mineral değerlerinin ortalama \bar{X} , standart sapma (ss), alt ve üst değerleri ve DRI karşılanma oranları

VİTAMİN- MİNERALLER	Erkek (n:184)				DRI karşılanma oranı (%)	Kız (n:322)				DRI karşılanma oranı (%)	Toplam (n:506)			
	\bar{X}	SS	Alt	Üst		\bar{X}	SS	Alt	Üst		\bar{X}	SS	Alt	Üst
A Vitamini (RE)	955.3	461.2	145.1	2.293.2	106.14	901.9	448.2	147.3	2.970.6	128.84	921.3	453.3	145.1	2.970.6
E Vitamini (mg)	8.8	3.8	3.0	32.8	58.67	8.1	3.6	1.6	31.0	54.00	8.3	3.7	1.6	32.8
C Vitamini (mg)	79.8	67.0	2.3	285.7	88.67	102.6	84.4	4.4	458.2	136.80	94.3	79.2	2.3	458.2
Tiamin (mg)	0.9	0.3	0.3	2.4	75.00	0.8	0.3	0.2	1.6	72.73	0.8	0.3	0.2	2.4
Riboflavin (mg)	1.4	0.5	0.6	3.7	107.69	1.2	0.4	0.4	2.8	109.09	1.3	0.4	0.4	3.7
B6 Vitamini(mg)	1.2	0.4	0.5	2.6	92.31	1.0	0.3	0.3	2.0	76.92	1.1	0.4	0.3	2.6
Folat (mcg)	143.6	43.6	57.1	349.7	35.90	123.3	40.0	39.0	249.3	30.83	130.7	42.4	39.0	349.7
B12 vitamini (mcg)	4.0	2.1	0.8	12.5	166.67	3.0	1.5	0.2	11.3	125.00	3.4	1.8	0.2	12.5
MİNERALLER														
Sodyum (mg)*	2.194.8	677.8	794.1	4.952.7	146.32	1.610.8	661.5	443.1	4.863.5	107.39	1.823.2	723.6	443.1	4.952.7
Potasyum (mg)	1.964.8	703.7	714.7	4.446.3	41.80	1.854.9	669.4	404.4	4.212.5	39.47	1.894.9	683.4	404.4	4.446.3
Kalsiyum (mg)	625.7	271.5	165.9	1.767.5	62.57	617.4	238.0	145.9	1.593.1	61.74	620.4	250.4	145.9	1.767.5
Magnezyum (mg)	219.3	66.7	80.4	469.5	54.83	201.1	65.2	69.3	420.4	64.87	207.7	66.3	69.3	469.5
Fosfor (mg)	1.137.9	338.4	522.4	2.645.3	162.56	931.4	276.3	336.3	1.880.5	133.06	1.006.5	316.1	336.3	2.645.3
Demir (mg)	11.6	3.3	3.8	27.4	7.73	9.4	3.1	2.2	20.9	6.27	10.2	3.3	2.2	27.4
Çinko (mg)	10.8	3.0	4.9	22.3	98.18	8.5	2.5	2.8	15.8	106.25	9.3	2.9	2.8	22.3

*Sofra tuzu eklenmeden hesaplanmıştır. RE: Retinol eşdeğeri

Öğrencilerin yeme davranış testi sorularına verdikleri cevaplara göre dağılımları Tablo 4.18 ve Tablo 4.19’da verilmiştir. Buna göre erkek öğrencilerin %40.2’si şişman olmaktan korkmadığını, %58.7’si aç olduğunda yemek yemekten kaçınmadığını, %51.1’i her an kendini yemek yerken düşünür bulmadığını, %48.9’u çatlayıncaya kadar yemek yemediğini, hiçbir zaman yanıtını vererek cevapladıkları görülmüştür. Erkek öğrencilerin %21.2’si tabağındaki yiyeceklerini bazen küçük parçalara ayırdığını belirtirken; %41.3’ü yediklerinin enerji içeriğini bilmediğini, %58.2’si yüksek karbonhidrat içeren ekmek, pirinç, makarna gibi yiyeceklerden uzak durmadığını, %43.5’i çevresindekilerin daha fazla yemesini istediklerini hissetmediğini, %89.1’inin yedikten sonra kusmadığını, %81.0’inin yedikten sonra suçluluk hissetmediğini, %62.0’ının zihninin daha fazla zayıf olması gerektiğini söylemediğini, %29.3’ünün egzersiz yaparken kalorilerin yandığını düşünmediğini ve çevresindekilerin kendisinin zayıf olduğunu düşünmediğini, %55.4’ünün aklında hep vücudunun yağlandığı düşüncesi olmadığını, %32.6’sının çevresindekilere göre yemek yemesinin daha uzun sürmediğini, %43.5’inin içerisinde şeker olan yiyeceklerden kaçınmadığını, %67.4’ünün diyet ürünleri tüketmenin daha cazip gelmediğini, %44.0’ünün yiyeceklerin hayatını kontrol ettiğini düşünmediğini, hiçbir zaman yanıtını vererek cevapladıkları görülmüştür. Ayrıca erkek öğrencilerin %21.7’si her zaman yiyeceklerin kendisinin kontrolü altında olduğunu bildirirken, %17.4’ü yiyeceklerin hiçbir zaman kontrolü altında olmadığını bildirmiştir. Yeme davranış testinin devamında da; erkek öğrencilerin %41.3’ünün çevresindekilerin kendisini yemek yemeğe zorlamadığı, %37.5’inin ne yemesi gerektiği üzerinde çok düşünüp zaman harcamadığı, %43.5’inin tatlı yedikten sonra kendisini rahatsız hissetmediği, %34.2’sinin beslenme alışkanlıklarını düzeltmesi gereken konularla ilgilenmediği, %57.1’inin midesinin boş olmasını sevmediği, %41.3’ünün yeni çıkmış yüksek kalorili yiyecekleri denemekten hoşlanmadığı ve son olarak %76.6’sının yedikten sonra kusma dürtüsünün olmadığına hiçbir zaman yanıtını verdikleri görülmüştür.

Kız öğrencilerin yeme tutum testi sorularına göre dağılımı incelendiğinde de, aynı erkek öğrencilerde olduğu gibi genellikle hiçbir zaman cevabının verildiği görülmektedir. Ancak dağılımlar incelendiğinde erkek öğrencilerden farklı olarak kız öğrencilerin %29.5’inin her zaman şişman olmaktan çok korktuğu, %26.7’sinin

genellikle tabağındaki yiyecekleri küçük parçalara ayırdığı, %19.9'unun her zaman egzersiz yaparken kalorilerin yandığını düşündüğü, %24.5'inin genellikle yediğı yiyeceklerin kendi kontrolü altında olduğunu ve %24.8'inin bazen beslenme alışkanlıklarını düzeltmesi gereken konularla ilgilendiğı bulunmuştur.

Tablo 4.18 Erkek öğrencilerin yeme davranış testi (EAT-26) sorularına göre dağılımı

Yeme davranış testi soruları	Her zaman		Genellikle		Sıklıkla		Bazen		Nadiren		Hiçbir zaman	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1. Şişman olmaktan çok korkarım	29	15.8	25	13.6	5	2.7	27	14.7	24	13.0	74	40.2
2. Aç olduğum halde yemek yemekten kaçınırım	2	1.1	10	5.4	0	0.0	34	18.5	30	16.3	108	58.7
3. Her an kendimi yemek yemeği düşünürken bulurum	1	0.5	8	4.3	6	3.3	33	17.9	42	22.8	94	51.1
4. Çatlayıncaya kadar yemek yerim	5	2.7	6	3.3	2	1.1	35	19.0	46	25.0	90	48.9
5. Tabağımdaki yiyeceklerimi küçük parçalara ayırırım.	21	11.4	34	18.5	21	11.4	39	21.2	33	17.9	36	19.6
6. Yediklerimin enerji içeriğini bilerek yerim	7	3.8	19	10.3	10	5.4	41	22.3	31	16.8	76	41.3
7. Ekmek, pirinç, patates gibi yüksek karbonhidrat içeren yiyeceklerden özellikle uzak dururum	1	0.5	5	2.7	2	1.1	25	13.6	44	23.9	107	58.2
8. Çevremdekilerin benim daha fazla yememi istediklerini hissederim	22	12.0	14	7.6	20	10.9	21	11.4	27	14.7	80	43.5
9. Yedikten sonra kusarım	2	1.1	0	0.0	0	0.0	7	3.8	11	6.0	164	89.1
10. Yedikten sonra müthiş bir suçluluk hissi duyarım	6	3.3	1	0.5	2	1.1	12	6.5	14	7.6	149	81.0
11. Zihnim daha fazla zayıf olmamı söyler	9	4.9	14	7.6	6	3.3	20	10.9	21	11.4	114	62.0
12. Egzersiz yaparken kalorilerin yandığını düşünürüm	29	15.8	21	11.4	18	9.8	29	15.8	33	17.9	54	29.3
13. Çevremdekiler benim çok zayıf olduğumu düşünür.	23	12.5	20	10.9	8	4.3	39	21.2	40	21.7	54	29.3

Tablo 4.18 (devam) Erkek öğrencilerin yeme davranış testi (EAT26) sorularına göre dağılımı

Yeme davranış testi soruları	Her zaman		Genellikle		Sıklıkla		Bazen		Nadiren		Hiçbir zaman	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
14. Aklımda hep vücudum yağlandığı düşüncesi vardır	11	6.0	7	3.8	13	7.1	21	11.4	30	16.3	102	55.4
15. Çevremdekilere göre yemek yemem daha uzun sürer	23	12.5	22	12.0	10	5.4	35	19.0	34	18.5	60	32.6
16. İçerisinde şeker olan yiyeceklerden kaçınırım	8	4.3	8	4.3	8	4.3	28	15.2	52	28.3	80	43.5
17. Diyet ürünleri tüketmek daha cazip gelir	3	1.6	5	2.7	5	2.7	18	9.8	29	15.8	124	67.4
18. Yiyeceklerin benim hayatımı kontrol ettiğini düşünürüm	15	8.2	15	8.2	9	4.9	26	14.1	38	20.7	81	44.0
19. Yediğim yiyecekler benim kontrolüm altındadır	40	21.7	29	15.8	25	13.6	31	16.8	27	14.7	32	17.4
20. Çevremdekilerin beni yemek yemeğe zorlar	15	8.2	16	8.7	14	7.6	32	17.4	31	16.8	76	41.3
21. Ne yemem gerektiği üzerinde çok düşünürüm ve zaman harcarım	10	5.4	13	7.1	16	8.7	31	16.8	45	24.5	69	37.5
22. Tatlı yedikten sonra kendimi rahatsız hissederim	8	4.3	11	6.0	5	2.7	33	17.9	47	25.5	80	43.5
23. Beslenme alışkanlıklarımı düzeltmem gereken konularla ilgilenirim	10	5.4	20	10.9	12	6.5	36	19.6	43	23.4	63	34.2
24. Midemin boş olmasını severim	7	3.8	8	4.3	8	4.3	22	12.0	34	18.5	105	57.1
25. Yeni çıkmış yüksek kalorili yiyecekleri denemekten çok hoşlanırım	15	8.2	7	3.8	6	3.3	39	21.2	41	22.3	76	41.3
26. Yedikten sonra kusma dürtüsü hissederim	3	1.6	3	1.6	1	.5	15	8.2	21	11.4	141	76.6

Tablo 4.19 Kız öğrencilerin yeme davranış testi (EAT26) sorularına göre dağılımı

Yeme davranış testi soruları	Her zaman		Genellikle		Sıklıkla		Bazen		Nadiren		Hiçbir zaman	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1. Şişman olmaktan çok korkarım	95	29.5	44	13.7	8	2.5	72	22.4	34	10.6	69	21.4
2. Aç olduğum halde yemek yemekten kaçınıyorum	6	1.9	22	6.8	8	2.5	70	21.7	57	17.7	159	49.4
3. Her an kendimi yemek yemeği düşünürken bulurum	9	2.8	11	3.4	4	1.2	62	19.3	83	25.8	153	47.5
4. Çatlayıncaya kadar yemek yerim	8	2.5	15	4.7	7	2.2	53	16.5	73	22.7	166	51.6
5. Tabağımdaki yiyeceklerimi küçük parçalara ayırırım.	61	18.9	86	26.7	30	9.3	72	22.4	30	9.3	43	13.4
6. Yediklerimin enerji içeriğini bilerek yerim	14	4.3	55	17.1	12	3.7	77	23.9	73	22.7	91	28.3
7. Ekmek, pirinç, patates gibi yüksek karbonhidrat içeren yiyeceklerden özellikle uzak dururum	4	1.2	15	4.7	7	2.2	80	24.8	74	23.0	142	44.1
8. Çevremdekilerin benim daha fazla yememi istediklerini hissederim	27	14.7	80	43.5	19	5.9	46	14.3	34	10.6	127	39.4
9. Yedikten sonra kusarım	3	0.9	1	.3	2	.6	14	4.3	33	10.2	269	83.5
10. Yedikten sonra müthiş bir suçluluk hissi duyarım	13	4.0	15	4.7	5	1.6	18	5.6	41	12.7	230	71.4
11. Zihnim daha fazla zayıf olmamı söyler	40	12.4	33	10.2	7	2.2	41	12.7	37	11.5	164	50.9
12. Egzersiz yaparken kalorilerin yandığını düşünürüm	64	19.9	72	22.4	28	8.7	53	16.5	44	13.7	61	18.9
13. Çevremdekiler benim çok zayıf olduğumu düşünür.	57	17.7	55	17.1	14	4.3	58	18.0	47	14.6	91	28.3

Tablo 4.19 (devam) Kız öğrencilerin yeme davranış testi (EAT26) sorularına göre dağılımı

Yeme davranış testi soruları	Her zaman		Genellikle		Sıklıkla		Bazen		Nadiren		Hiçbir zaman	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
14. Aklımda hep vücudum yağlandığı düşüncesi vardır	36	11.2	33	10.2	8	2.5	59	18.3	58	18.0	128	39.8
15. Çevremdekilere göre yemek yemem daha uzun sürer	45	14.0	36	11.2	24	7.5	62	19.3	74	23.0	81	25.2
16. İçerisinde şeker olan yiyeceklerden kaçınırım	11	3.4	27	8.4	9	2.8	81	25.2	65	20.2	129	40.1
17. Diyet ürünleri tüketmek daha cazip gelir	9	2.8	24	7.5	6	1.9	52	16.1	59	18.3	172	53.4
18. Yiyeceklerin benim hayatımı kontrol ettiğini düşünürüm	40	12.4	47	14.6	29	9.0	42	13.0	53	16.5	111	34.5
19. Yediğim yiyecekler benim kontrolüm altındadır	61	18.9	79	24.5	37	11.5	76	23.6	42	13.0	27	8.4
20. Çevremdekilerin beni yemek yemeğe zorlar	36	11.2	49	15.2	21	6.5	75	23.3	47	14.6	94	29.2
21. Ne yemem gerektiği üzerinde çok düşünürüm ve zaman harcarım	28	8.7	38	11.8	21	6.5	67	20.8	85	26.4	83	25.8
22. Tatlı yedikten sonra kendimi rahatsız hissederim	22	6.8	33	10.2	15	4.7	73	22.7	62	19.3	117	36.3
23. Beslenme alışkanlıklarımı düzeltmem gereken konularla ilgilenirim	18	5.6	52	16.1	36	11.2	80	24.8	68	21.1	68	21.1
24. Midemin boş olmasını severim	18	5.6	15	4.7	12	3.7	45	14.0	51	15.8	181	56.2
25. Yeni çıkmış yüksek kalorili yiyecekleri denemekten çok hoşlanırım	20	6.2	18	5.6	9	2.8	65	20.2	83	25.8	127	39.4
26. Yedikten sonra kusma dürtüsü hissederim	7	2.2	8	2.5	2	0.6	30	9.3	51	15.8	224	69.6

Öğrencilerin yeme davranışı skorlarının ortalama ve standart sapma değerleri ile yeme davranışı olup olmama durumuna göre dağılımları Tablo 4.20’de gösterilmiştir. Erkek öğrencilerin EAT-26 skor ortalaması 12.8 ± 7.4 ve kızların ortalaması ise 16.6 ± 8.2 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin yeme davranış bozukluğu olup olmama durumuna göre dağılımlarına bakıldığında da genel olarak öğrencilerin %20.8’inde yeme davranışı bozukluğu olduğu saptanmıştır. Erkek öğrencilerin %85.9’unda ve kız öğrencilerin %75.5’inde yok iken; erkek öğrencilerin %14.1’inde ve kız öğrencilerin %24.5’inde yeme davranışı bozukluğu olduğu görülmüştür. Cinsiyete göre yeme davranışı bozukluğu olup olmama durumuna göre dağılımları incelendiğinde, erkek ve kız öğrencilerin oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 4.20 Öğrencilerin yeme davranışı (EAT-26) puanının ortalama \bar{x} ve standart sapma değerlerine ve skor gruplarına göre dağılımı

Yeme Davranışı Bozukluğu	Erkek (n:184)		Kız (n:322)		Toplam (n:506)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	158	85.9 ^a	243	75.5 ^b	401	79.2
Var	26	14.1 ^a	79	24.5 ^b	105	20.8
Puanı ($\bar{x} \pm ss$)	12.8 \pm 7.4		16.6 \pm 8.2		15.2 \pm 8.1	

* Ki-kare testi ile analiz edilmiştir. a, b değerleri oranların farklılığını göstermektedir. ** $p < 0.05$

Tablo 4.21’de öğrencilerde yeme davranış bozukluğunun BKİ gruplarına göre dağılımı gösterilmiştir. Toplam öğrencilerde yeme davranış bozukluğu ile BKİ grupları arasında istatistiksel açıdan önemli bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.21 Öğrencilerde yeme davranış bozukluğunun BKİ gruplarına göre dağılımı

BKİ Grup	EAT-26 skoruna göre				χ^2	p değeri
	Yeme Davranış Bozukluğu var		Yeme Davranış Bozukluğu yok			
	S	%	S	%		
Erkek(n:184)						
<18.5	9	5.7	1	3.8	1.787	0.618
18.5-24.9	118	74.7	17	65.5		
25.0-29.9	28	17.7	7	26.9		
≥ 30	3	1.9	1	3.8		
Toplam	158	100.0	26	100.0		
Kız (n:322)						
<18.5	23	9.5	7	8.9	7.157	0.067
18.5-24.9	184	75.7	50	63.3		
25.0-29.9	31	12.7	18	22.7		
≥ 30	5	2.1	4	5.1		
Toplam	243	100.0	79	100.0		
Toplam (n:506)						
<18.5	32	8.0	8	7.6	8.150	0.043*
18.5-24.9	302	75.3	67	63.8		
25.0-29.9	59	14.7	25	23.8		
≥ 30	8	2.0	5	4.8		
Toplam	401	100.0	105	100.0		

* $p<0.05$

Öğrencilerde yeme davranış bozukluğu ile öğün atlama durumları arasındaki ilişki Tablo 4.22’de gösterilmiştir. Yeme davranış bozukluğu ile öğün atlama arasında önemli bir ilişki saptanamamıştır ($p>0.05$).

Tabo 4.22 Öğrencilerde yeme davranış bozukluğunun öğün atlama durumlarına göre dağılımı

Öğün atlama durumu	EAT-26 skoruna göre				X ²	p değeri
	Yeme Davranış Bozukluğu var		Yeme Davranış Bozukluğu yok			
	S	%	S	%		
Erkek (n:184)						
Öğün atlıyor	126	79.7	19	73.1	0.595	0.443
Öğün atlamıyor	32	20.3	7	26.9		
Toplam	158	100.0	26	100.0		
Kız (n:322)						
Öğün atlıyor	214	88.1	68	86.1	0.217	0.641
Öğün atlamıyor	29	11.9	11	13.9		
Toplam	243	100.	79	100.0		
Toplam (n:506)						
Öğün atlıyor	340	84.8	87	82.9	0.235	0.651
Öğün atlamıyor	61	15.2	18	17.1		
Toplam	401	100.0	105	100.0		

5.TARTIŞMA

Beslenme anne karnından itibaren yaşamın sonlanmasına kadar geçen yaşamımızın vazgeçilmezi olarak her süreçte yer alan bir ihtiyaçtır. Bireylerin yeterli, dengeli ve sağlıklı beslenmesi, doğru beslenme alışkanlıkları kazanması; toplumda obezite, kalp damar hastalıkları, diyabet, kanser vb. hastalıkların görülme riskinin azalması, protein enerji malnütrisyonun, vitamin-mineral yetersizliklerinin önlenmesi vb. beslenme ile ilgili sağlık sorunlarının en aza indirilmesinde rol oynayan koruyucu etmenlerden biridir (9). Üniversite eğitiminin ilk yılları adölesan dönemi ile çakışmaktadır. Adölesan dönemde beslenme, bireyin sağlıklı olarak yaşamını devam ettirebilmesi, okul başarısı ve ileriki yaşlarda oluşabilecek obezite, kalp damar hastalığı, diyabet, kanser gibi kronik hastalıkların önlenmesi açısından büyük önem taşır (113). Üniversite öğrencilerine yaşamsal ve durumsal stresler, beslenme ve barınma olanaklarının elverişli olmaması nedeni ile hastalıklardan korunmaları ve tam iyilik halini sürdürebilmeleri için destek olunmalıdır. Bu nedenle beslenmenin yeterli ve vücut gereksinimlerine uygun olması önemlidir (5).

Çalışmalarda üniversite yaşamının genellikle ergenliğin bitip yetişkinliğe geçiş dönemi olan 19-25 yaş arasını kapsadığı gösterilmektedir. Uçar'ın (28) yaptığı araştırmaya göre öğrencilerin %54.61'i 21-23 yaş grupları arasında, %32.56'sı 18-20 yaş, %12.83'ü ise 24-26 yaş grubu arasında olduğu görülmüştür. Başka bir çalışmada Vatan ve arkadaşları (114), üniversite öğrencilerinin yaş ortalamasını 22.3 ± 2.3 yıl, ortancasını da 22 yıl olarak bulmuştur. Bu araştırmaya katılan öğrencilerin çoğu (%76) 19-24 yaş grubunda yer almaktadır ve yaş ortalaması 20.3 ± 2.77 yıldır. Erten'in (115) araştırmasına katılan öğrencilerin yarısından fazlası (%52.0) kız öğrenci, yarısına yakını (%48.0) erkek öğrencilerden oluşmuştur. Araştırmamıza katılan öğrencilerin %36.4'ü erkek ve %63.6'sı ise kızdır. Ülkemiz nüfusuyla orantılı olarak üniversite öğrencilerinde de kız öğrenci sayısının fazla olması beklenen bir durumdur. 2008 yılı Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması verilerine göre hiç evlenmemiş kadın oranı yaşla birlikte hızla artmaktadır. Bu oran 15-19 yaş arası gençlerde 1998 yılında %85 iken 2008 verilerinde %90'a, 20-24 yaş grubunda ise 1998 yılında %39 iken 2008 yılında %54'e yükselmiştir (118). Üniversite

öğrencilerinin medeni durumu incelendiğinde, bir çalışmada, kız öğrencilerin %94.6'sı ve erkek öğrencilerin %90.8'inin bekar olduğu belirlenmiştir (117). Bu araştırmada da öğrencilerin medeni duruma bakıldığında, öğrencilerin çoğunluğunun bekâr olduğu görülmektedir. Çalışmadaki öğrencilerin çoğunluğunun 19-24 yaş grubunda yer aldığı göz önüne alındığında %97.8'inin evlenmemiş olması istatistikleri yansıtmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre (118), 2012 yılına göre ülkemizde ortalama hane halkı büyüklüğü 3.7, Van, Şırnak, Hakkari, Siirt, Van gibi Doğu ve Güney Doğu illerindeki ortalama hane halkı büyüklüğü ise 6.96 çıkmıştır. Araştırmamızda erkek öğrencilerin kardeş sayısı ortalaması 4.8 ± 2.95 ve kızların kardeş sayısı ortalaması ise 5.1 ± 2.42 olarak bulunmuştur. Bu verilerin Türkiye ortalamasının üstünde ama bölgedeki bazı illerin ortalamasının altında olduğu görülmüştür.

Yamaner ve Kartal (119) yaptıkları çalışmada, annelerin % 20'sinin okuma-yazma bilmedikleri, babaların %8.7'sinin okuma-yazma bilmedikleri ve çoğunluğunun (%38.7) ilkokul mezunu olduğunu bildirmişlerdir. Gazi Üniversitesi öğrencileri üzerinde yapılmış bir çalışmada ise, annelerin % 40'nın ilkokul, %33.7'sinin lise, %20.8'inin yüksekokul mezunu olduğu bildirilmiştir (117). Araştırmamızda, öğrencilerin anne ve babalarına ait özellikler incelendiğinde; annelerin %46.2'si okuma yazma bilmediği; babaların ise % 12.8'inin okuma-yazma bilmezken çoğunluğunun ilkokul mezunu olduğu bulunmuştur. Bu sonuç aynı bölgede yapılmış Yamaner ve Kartal'ın çalışmalarına göre daha yüksek çıkmış olması örneklemin farklı sosyoekonomik düzeylerden çekilmiş olmasından kaynaklandığını, ülkemizin daha batısında yapılmış diğer çalışmadan farklı bir sonucun çıkması ise, ülkemizde batı illerine doğru gittikçe eğitim düzeyinin arttığını göstermektedir.

Uçar'ın (28) yapmış olduğu çalışmaya göre, öğrencilerin %61.13'ünün annelerinin ev hanımı ve %38.67'sinin babasının serbest meslekle uğraştığını saptanmıştır. Çalışmamızda, annelerin %95.5'inin ev hanımı ve babaların %36.4'ünün serbest meslekte çalıştığı bulunmuştur. Sonuçların farklı olması bölgesel farklılıklardan kaynaklanmış olabilir.

Vücut ağırlığı denetimi için; yeterli ve dengeli beslenme ve düzenli fiziksel aktivite ile sürdürülen bir yaşam biçimi seçilmedi. Kilolu ya da şişman olmak;

yüksek kan basıncı, yüksek kan kolesterolü, kalp damar hastalıkları, inme, şeker hastalığı gibi sağlık sorunları riskini artırırken, zayıflık ise verimliliği ve vücut direncini düşüren, istenmeyen bir durumdur. Şişmanlığın saptanmasında en geçerli yöntem vücutta yağ miktarının saptanmasıdır (9). Vücuttaki yağ miktarını saptama yöntemleri çeşitlidir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen BKİ ve bel çevresi değerlerine göre belirlemektir. BKİ yetişkinlerde ≥ 25 - < 30 kg/m² olması hafif şişmanlık ve ≥ 30 kg/m² olması şişmanlık olarak tanımlanmaktadır (106). Amerikan Kolej Sağlık Birliği'nin yapmış olduğu bir çalışmada; erkek öğrencilerin BKİ ortalaması 24.7 kg/m² ve kızların % 23.5 kg/m² olarak hesaplanmıştır (120). Süleyman Demirel Üniversitesi'nde yaşları 17-26 olan toplam 712 öğrenci üzerinde yürütülmüş başka bir çalışmada ise, erkek öğrencilerin %2.74'ü zayıf, %0.82'si obez ve kızların %17.19'u zayıf, %0.94'ü obez olduğu saptanmıştır (121). Yine ülkemizde yapılmış başka bir çalışmada ise öğrencilerin %56.5'inin normal, %34.3'ünün zayıf, %7.5'inin hafif şişman, %1.7'sinin ise, şişman olduğu görülmüştür (122). Bu çalışmada (Tablo 4.4), BKİ sınıflandırılmasına göre, erkek ve kız öğrencilerin ortalama BKİ değerleri birbirine yakın ve normal BKİ aralığında olduğu, tüm öğrencilerin %7.9'unun zayıf ve %2.2'sinin ise şişman olduğu belirlenmiştir. Çalışmalar arasında farklılıklar olmasına rağmen, üniversite öğrencilerinin çoğunluğunun normal BKİ değerlerine sahip oldukları görülmektedir.

Bel çevresinin erkeklerin 94 cm, kızların da 80 cm üstünde olması bir ya da daha çok kardiyovasküler risk faktörüyle ilintilidir (1). Araştırmamızda, erkek ve kız öğrencilerin bel çevresi ölçümleri değerlendirildiğinde (Tablo 4.5), öğrencilerin çoğunluğunun kardiyovasküler hastalık riski taşımadığı görülmektedir.

Boyun, gövde ve başı birleştiren önemli bir anatomik yapıdır. Temel içeriği dışında; kemik, kas, damar ve nöral yapılar dışında boyun çevresi üst bedende yağ birikiminin önemli bir göstergesidir. Üst bedende yağ birikimi kardiyometabolik bozukluklar için güvenilir bir gösterge olarak değerlendirildiği için bedenin üst bölümünde yağ birikimini tanımlayan ölçütler faydalı klinik ipuçları sağlamaktadır. Erişkinlerin aksine hem klinik değerlendirme hem de büyüme ve gelişmenin izlenmesinde çocuklar ve ergenlerde yaşa ve cinsiyete özgü boyun çevresi referansları gerekmektedir. Bel çevresi ve üst orta kol çevresi gibi beden ya da beden bölümlerinin çevresini obezitenin belirlenmesinde kullanan güvenilir diğer

metotlarda vardır. Bu metotlar arasında boyun çevresi en pratik, gözlemciler arası varyasyonu en düşük olan solunum ve sindirim gibi fizyolojik değişimlerden en az etkilenen metottur. Ayrıca beden kütle indeksi ile pozitif korelasyon gösterdiği ve obeziteyi tanımlamada güvenilir bir parametre olduğu gösterilmiştir (123). 2004 yılında boyun çevresi ile BKİ kesim noktalarının incelendiği bir çalışmada, kızlarda ≥ 25 ve ≥ 30 kg/m² düzeylerine uyan en iyi kesim noktalarının 32 ve 35 cm olduğu gösterilmiştir (124). Çalışmamızda normal BKİ aralığında olan kız öğrencilerin %72.7'sinin boyun çevresi ortalaması 33.1 ± 2.37 cm olarak bulunmuştur. Elde edilen sonuç, bir önceki çalışmayla benzerlik göstermektedir. Onat'ın (110) Türk yetişkinler için verdiği persentil değerlerine göre boyun çevresinin erkeklerin %63'ünde, kızların ise %53.7'sinde normal persentil değerleri olan 25.-75. persentil değerleri arasında olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin çoğunluğunun normal BKİ aralığında olması ve BKİ ile boyun çevresinin pozitif korelasyon göstermesinden dolayı öğrencilerin obezite risklerinin düşük olduğu söylenebilir.

Gençlerin her yönden sağlam ve sağlıklı olarak yetiştirilmesinde fiziksel aktivitenin büyük önemi vardır. Çünkü fiziksel aktivite beden sağlığını koruduğu kadar, ruhsal ve sosyal sağlığı da etkiler. Fiziksel aktivite aynı zamanda boş zamanları değerlendirme bir yolu olduğu için kötü alışkanlıkları önlemede de yararlı olur (125). Driskell ve arkadaşlarının (126) yapmış oldukları bir çalışmada; öğrencilerin yaklaşık üçte ikisi haftada beş kez günlük 31 dakikadan daha fazla yürüyüş, öğrencilerin %30'u günlük 31 dakikadan daha fazla kas geliştirici egzersiz ve öğrencilerin yarısından daha fazlası haftada en az bir kez herhangi bir spor aktivitesini (aerobik aktiviteler, hafif ağırlık aktiviteleri) yaptıkları görülmüştür. Başka bir çalışmada ise, öğrencilerin % 42.2'si son 7 günün en az 3 günü en az 30 dakika orta düzeyde ya da en az 20 dakika daha aktif, hareketli bir egzersiz yapmışlar ve % 48.6'sı ise, son 7 günün en az 2 gününde ağırlık ya da kas güçlendirici egzersizleri yaptıkları rapor edilmiştir (120). Bu çalışmada ise (Tablo 4.6); erkek öğrencilerin son yedi gün içerisinde %69'u 30 dk egzersiz yaptığını belirtirken, kızların %68.9'u egzersiz yapmadığını belirtmiştir. Hem erkek hem kızların büyük çoğunluğunun son 7 gün içerisinde herhangi bir kas geliştirici egzersiz yapmadığı; en az 30 dk yürüyüş yapma oranı ise erkeklerde %86.4 kızlarda da %82 olarak bulunmuştur. Yurtdışında yapılmış olan çalışmalarla bu çalışmayı

karşılaştığımızda, fiziksel aktivite ve/veya egzersiz yapma süresi ve sıklığının ülkemizde daha düşük olduğu söylenebilir. Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite yapma alışkanlığı kazandırılması ve alışkanlığın sürdürülmesi için daha kapsamlı projeler yapılmalıdır.

Vücudun fizyolojik dengesini sağlamada ve organları korumada, öğünlerin tüketim sıklığı ile öğünlere düşen enerji ve besin öğelerinin miktarları ve birbirlerine göre oranı çok etkili bir rol oynamaktadır. Yeterli ve dengeli beslenme için günde 3 ana ve 3 ara öğün besin tüketilmelidir (9). Süleyman Demirel Üniversitesi'nde 712 öğrenci üzerinde yapılmış bir çalışmada; öğrencilerin %47.46'sı iki öğün, %40.85'i üç öğün beslendiği bildirilmiştir (121). Benzer çalışmalarda da öğrencilerin çoğunlukla üç ana öğün beslendikleri belirtilmiştir (115,122,127). Araştırmamıza göre erkek öğrencilerin çoğunlukla üç ana öğün ve bir ara öğün tükettiği; kızların ise çoğunlukla iki ana öğün ve bir ara öğün tükettiği bulunmuştur. Öğrencilerin %50.4'ünün günde iki ana öğün tükettiği görülmüştür. Diğer çalışmalarda öğrencilerin çoğunun üç ana öğün tükettikleri görülürken bizim çalışmamızda öğrencilerin çoğunun iki ana öğün tüketmesinin nedeni, öğrencilerin farklı sosyoekonomik düzeye sahip olması ve beslenme alışkanlıklarındaki bölgesel farklılıklar olarak düşünülebilir. Öğün atlama durumları incelendiğinde de, diğer çalışmalarda çoğunlukla kahvaltı atlanırken (128,129), çalışmamızda (Tablo 4.7), öğle öğünün atlandığı görülmüştür. Zaman veya ekonomik olanakların yetersizliği öğle öğününü atlama nedeni olarak düşünülebilir.

Üniversite öncesinde öğrencilerin beslenme alışkanlıkları aile yaşamının gerektirdiği şekilde devam ederken, üniversite ile birlikte farklılaşan yaşam şekli öğrencilerin beslenme davranışlarını da değiştirebilmektedir. Üniversite hayatı ile birlikte genellikle ev dışında yemek yeme alışkanlığının daha çok olduğu görülmektedir (125). Daviy ve arkadaşlarının (130) yaptığı bir çalışmada; öğrencilerin yaklaşık %76'sının kampüs dışında yemek yediği belirtilmiştir. Öğrencilerin %15'i öğle yemeğini, %9'u akşam yemeğini ya bir restorantta ya da fast-food restoranlarda yediği belirtilmiştir. Driskell ve Scales'in (131) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada ise, erkeklerin %84'ünün, kızların %58'inin haftada en az bir kez öğle yemeğini fast-food restoranlarda yedikleri belirtilmiştir. 19 ile 24 yaş arasındaki üniversite öğrencileri ile yapılan başka bir çalışmada da,

öğrencilerin %5 ile 7'si öğle ya da akşam yemeğinde fast-food restoranlarını tercih ettiklerini ve erkek öğrencilerin fast-food tüketiminin kız öğrencilerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Öğrencilerin bir çoğu haftada 1 ile 3 kez fast-food restoranlarına gitmeyi tercih etmişlerdir. Fast-food restoranlarının tercih edilmesinin sebebi ucuz ve ekonomik olması, lezzetli olması, zamanın kısıtlı olması, aile ve arkadaşlarla birlikte gidilmesi etkili olmuştur (132). Sabah ve akşam yemeğinin yenildiği yerin sorgulandığı bir çalışmada da; öğrencilerin sabah kahvaltısını ve akşam yemeğinin en çok gerçekleştirdikleri yerin ev, öğle yemeğini en çok gerçekleştirdikleri yerin ise okul-yurt yemekhanesi olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada öğrencilerin ara öğünleri en az gerçekleştirdikleri yerler kafe, pastane, fast-food mekanları, restoran ve lokanta gibi yerler olmuştur (115)

Bu çalışmada (Tablo 4.8), öğrencilerin ev dışında yemek yeme durumları incelendiğinde, öğrencilerin %11.7'si her gün dışarıda yemek yediklerini, çoğunluğu da haftada en az 2-3 kez dışarıda yemek yediklerini belirtmiştir. Ev dışında yemek tüketmeyen öğrencilerin oranı ise düşük bulunmuştur. Lokanta tercihleri incelendiğinde de, erkek öğrencilerin çoğunlukla kebabçıları, kızların ise çoğunlukla fast-food lokantalarını tercih ettikleri görülmüştür. Dışarıda tüketilen öğüne bakıldığında da, çoğunlukla öğle öğünü olduğu görülmüştür. Çalışmalar incelendiğinde öğrencilerin en çok öğle öğününü ev dışında tükettikleri görülmektedir. Bunda da en önemli sebep zaman yetersizliği olarak düşünülmektedir. Çünkü tüm gün derse gelen öğrenci öğle yemeği için eve gidip gelecek zaman bulamamakta, bu nedenle de öğle öğününü dışarıda tüketmektedir. Öğrencilerin yeterli ve dengeli beslenmelerinin sağlanması, öğrencilere sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması için toplu beslenme yapılan okul yemekhanesi ve kantinlerde hijyen, ekonomik olması damak tadına uygun besin, uygun menü, kolay ulaşılabilir bir yerde olma gibi koşulların sağlanması gerekmektedir. Bu öğrencilerin hem sağlıklı beslenmelerini hem de öğün atlamamalarını sağlayacaktır.

Medya araçları toplumun beslenme alışkanlıklarını ve besin seçimlerini etkileyen önemli faktörlerden biridir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1998 yılında yayımladığı rapora göre; medya araçları şişmanlığın azaltılmasında, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin desteklenmesinde önemli bir araç olarak gösterilmiştir. Doğru mesajların oluşturulabilmesi için ekip çalışması gereklidir ve

sağlık çalışanlarından da faydalanılması gereklidir. Bu şekilde bir çalışma, tüketicilerin sağlık hedeflerine ulaşma ve sağlıklı beslenme davranışları kazanmasına yardımcı olabilir (133). Daviy ve arkadaşları (130) 286 lisans öğrencisiyle yaptığı çalışmada; kız öğrencilerin sağlıklı beslenme hakkında bilgi kaynağının %58'inde aile üyelerinden, %43.1'inde de magazin/gazete haberlerinden oluştuğu belirtilmiştir. Amerikan Diyetetik Derneği'nin yapmış olduğu çalışmada ise, 25 yaş ve üzeri yetişkinler için beslenme bilgisi kaynağı olarak yetişkinlerin %72'si televizyonu, %58'i magazini, %33'ü gazeteleri, %18'i radyoyu, %17'si aile/arkadaşları, %12'si sağlık personelini gösterdiği saptanmıştır. Erten'nin (115), üniversite öğrencileri üzerinde yürütmüş olduğu çalışmaya göre; öğrencilerin beslenme ile ilgili bilgilerin %65.6'sını gazeteler, güncel dergiler, broşürler gibi yazılı kaynaklardan edindikleri bulunmuştur. Bu araştırmada ise (Tablo 4.9), öğrencilerin beslenme ile ilgili edindikleri bilgi kaynakları sorgulandığında, birinci sırada radyo/televizyonu; ikinci sırada arkadaş ve yakın çevrelerindeki insanları ve üçüncü sırada erkeklerin yazılı basını, kızların ise sağlık personelini beslenme bilgi kaynağı olarak gösterdiği bulunmuştur. Çalışmalar incelendiğinde, beslenme ile ilgili bilgi edinme kaynakları arasında yazılı ve görsel medyanın payının yüksek olduğu görülmektedir. Bu da beslenme konusunda bilgi kirliliğine neden olmaktadır. Öğrencilerin beslenme ile ilgili hatalı bilgileri öğrenmeleri, onların ileriki dönemlerde yanlış beslenme alışkanlıkları kazanmalarına neden olmaktadır. Bunun önlenmesi için ilkokuldan itibaren sağlıklı besin seçimi, yeterli ve dengeli beslenme konusunda derslerin eklenmesi yararlı olabilecektir.

Orhan ve Tuncel'in derlemesine göre, akşam yemeğinden sonra günlük toplam enerjinin Stunkard gece yeme sendromu tanı kriterlerine göre %25'inden fazla alınması veya Birkevedt tanı kriterlerine göre %50'sinden fazla alınması gece yeme sendromu olarak adlandırılmaktadır (95). Bununla birlikte akşam yemeğinin geç saatlerde yenmesi ya da akşam yemeğinden sonra enerji içeriği yüksek yiyecek ya da içeceklerin tercih edilmesi obezite ile birlikte çeşitli sağlık sorunlarına da neden olabilmektedir. Babayiğit ve arkadaşlarının (134) yapmış oldukları bir çalışmada, akşam yemeği sonrasında genç erişkin erkeklerin daha çok (102ml/haf) enerji içeceğini tercih ettikleri, enerji içeceklerinin arkasından sırasıyla kolalı içecekler, süt ve süt ürünleri, kola dışı gazlı içecekler ve meyve suyunun geldiği

bildirilmiştir. Bu çalışmada (Tablo 4.10), öğrencilerin akşam yemeğinden sonra yeme-içme alışkanlıklarının olup olmadığı, hangi saatler arasında olduğu ve tercih ettikleri besinler incelendiğinde, erkek ve kız öğrencilerinin birbirine yakın oranlarda ve çoğunluğunun akşam yemeğinden sonra yeme-içme alışkanlığı olduğu; yemek saatlerinin ise yaklaşık 18:40-19:40 saatleri arasında olduğu bulunmuştur. Gece yeme alışkanlığı olan öğrencilerin besin tercihlerine bakıldığında, erkek öğrencilerin sırasıyla çay, kahve gibi içecekleri, meyveleri, ekmeği, gazlı içecekleri ve çikolata, gofret, şekerleme gibi tatlıları tercih ettikleri; kızların bunlara ek olarak kek, kurabiye ve poğaçaya gibi hamur işlerini de tercih ettikleri görülmüştür. Çalışmalar karşılaştırıldığında akşam yemeğinden sonra çay, kahve tüketimi bu çalışmada ilk sırada yer alırken, diğer çalışmada yer almamıştır. Araştırmanın yapıldığı örnekleme yer alan bireyler arasındaki kültürel farklılıklar bunun nedeni olabilir.

Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan birçok çalışmada beslenme durumları ve davranışlarının pek çok etmen tarafından etkilendiği belirtilmiştir. Bunlar; ekonomik yetersizlikler, psikososyal ve sosyokültürel faktörler, yaşam tarzı, hareketsizlik veya aşırı fiziksel aktivite, gelenek görenekler, kişisel inanç ve değer yargılarıdır (5). Yaşları 19- 25 yaş grubundaki 258 üniversite öğrencisi ile yapılmış bir çalışmada, öğrencilerin besin seçimini etkileyen etmenlerin başında kolay hazırlanabilir ve lezzetli olması (% 42.9) gelmektedir. Bunun dışında, ekonomik olma, sağlıklı olma, kilo kontrolü sağlama (az yağlı, kalorisi düşük olma) gibi diğer etmenlerin geldiği de bildirilmiştir (135). Deshpande ve arkadaşlarının (136) sağlıklı yaşam modeli konusunda üniversite öğrencileriyle yapmış oldukları bir çalışmada ise fiyat, iştah, kolay hazırlanabilir olması, fazla vakit almaması, doyurucu olması gibi besin seçiminde etkili olan faktörlerin, sağlıklı beslenme alışkanlığı üzerinde önemli etkilerinin olmadığı belirtilmiştir. Diğer bir çalışmada, besin seçimini ve beslenme alışkanlıklarını, iç (iştah ve açlık) ve dış faktörlerden (arkadaş ve medya), sağlık ve bütçeden etkilendiği belirtilmiştir (137). Besin seçimi ile ilgili Marquis'in (138) üniversite öğrencisi üzerinde yaptığı bir çalışmada, kızların erkeklere göre ağırlık, sağlık, bütçe, memnuniyet ve uygunluk konularında daha dikkatli olduğu bulunmuştur. Ülkemizde yemek seçimini etkileyen faktörlerin incelendiği bir çalışmada da; öğrencilerin, %48.0'inin lezzete, %23.0'ünün doyuruculuğa, %14.5'inin fiyata ve %8.7'sinin yemeğin enerjisine dikkat ettiklerini belirtilmiştir

(122). Konuyla ilgili diğer bir çalışmada, öğrencilerin yarısının öncelikle temizliğe daha sonra ise lezzete dikkat ettikleri saptanmıştır (139). Bu araştırmada (Tablo 4.11), ğrencilerin besin tercihlerine etki eden etmenlere göre dağılımları incelendiğinde; çoğunlukla lezzetli, doyurucu, ekonomik olması ve tat, koku, kıvam gibi sübjektif kriterlerin yanı sıra kız öğrencilerde, az yağlı olması ve kolay hazırlanabilir olmasının da besin tercihinde etkili olduğu görülmüştür. alışmalar incelendiğinde öğrencilerin besin tercihlerine etki eden etmenlerin birbirinden farklı oranlarda olduğu görülmektedir. Ancak temel olarak lezzetli, doyurucu, kolay hazırlanabilir, ekonomik ve temiz olmasının besin tercihinde etki eden başlıca faktörler olduğu görülmektedir.

Son 15 yılda, yetişkinler üzerinde yapılmış çalışmalarda obeziteyle birlikte orta çıkan, inflamasyon, insülin direnci, viseral yağlanma ve santral nöral mekanizmaların, uyku apnesi, uyku hali ile ilişkili kardiyovasküler komorbiditelerin patogenezinde rol oynadığı düşünülmüştür. Yapılmış çalışmalarda hem yetişkinlerde hem çocuklarda obezite ve uykuda solunum bozukluğunun; gündüz uyku halinin, inflamasyon belirteçlerin ve leptin düzeyinin artması ve adiponektin düzeyinin azalmasıyla ilişkili olduğu düşünülmüştür (137). Yetişkinlerde obezite, fiziksel hareketsizlik ve uyku bozuklukları arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada, obezite ile fiziksel hareketsizlik ve uyku bozuklukları arasında kısır bir döngünün olduğu bildirilmiştir (138). Başka bir çalışmada, kısa uyku uyuyan çocuklar ve genç yetişkinler arasında kilo alma ve obezite riskinin arttığı görülmüştür (139). Bunun gibi pek çok çalışmada kısa uyku ile artmış beden kütle indeksi, hipertansiyon, insülin direnci arasında ilişki olduğu rapor edilmiştir (143,144). Araştırmamızda (Tablo 4.12), ğrencilerin çoğunluğu altı saat ve üzerinde uyumaktadır. Öğrencilerin çoğunluğunun normal BKİ grubunda ve altı saat üzerinde uyuyanlar grubunda yer aldığı görülmüştür. Uyku saatine göre BKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. BKİ ile uyku arasında ilişkili bulunan çalışmalar olmasına karşın, bizim çalışmamızda anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Beden algısı, bireyin kendi vücudunu algılama şeklidir. Bireyin vücut yapısı, zihninde hayalini kurduğu ideal beden yapısından çok farklı ise beden memnuniyetsizliği görülmektedir. Bireyin sahip olduğu vücut yapısı, algıladığı vücut yapısı ve idealindeki vücut yapısı arasındaki farklar arttığıca beden memnuniyetsizliği

artmaktadır. Bu tanımlamada algılanan vücut yapısı kavramı önemlidir. Çünkü zayıf olduğu halde kendini şişman olarak tanımlayan bireyler mevcuttur (145). Adölesan 215 birey üzerinde yapılan bir çalışmaya göre; kızların %81'i, erkeklerin %26'sı kendilerini genellikle şişman hissettiklerini belirtmişlerdir. Kızların %12'si şişman olmasına rağmen %46'sı kendini şişman olarak tanımlamıştır (146). Uğur'un (147) yaptığı bir çalışmada, beden algısı memnuniyetinde 21 ve üstü yaş grubunun 17-18 yaş grubuna göre bedenlerinden daha hoşnut oldukları saptanmıştır. Geç ergenlik döneminin yaşandığı 17-20 yaş döneminde dış görünüşün kişilerin daha fazla ilgi odağında olduğu, kişilerin bu dönemde bedeninin görünüşü ile ilgili daha fazla tedirginlik yaşadığı görülmüştür. Ülkemizde yapılmış bir başka çalışmada ise, beden algısı kadınlarda erkeklere göre daha düşük bulunmuştur. Beden algısını beden kütle indeksinin etkilemediği ve vücut yağ oranının algıyı anlamlı olarak etkilediği bildirilmiştir (148). Araştırmamızda (Tablo 4.13), normal ağırlıklı erkek öğrencilerin yarısı kendisini zayıf veya çok zayıf olarak görürken, hafif şişman erkeklerin %60'ı kendisini normal ağırlıkta görmektedir. Kızların ise normal ağırlıkta olanların çoğunun kendisini zayıf veya çok zayıf gördüğü belirlenmiştir. Normal ağırlıktaki kızların %35.5'inin ve hafif şişman kızların %46.9'unun kendisini olduğu BKİ aralığında algıladığı görülmüştür. Erkeklerde bu oranlar sırasıyla %42.2 ve %37.1 olarak bulunmuştur. Beden algısı bozukluklarının ve yeme bozukluklarının kadınlarda daha fazla görüldüğü bilinen bir gerçektir. İlkokul çağlarından itibaren öğrencilere sağlıklı besin seçimi, beslenme ve besinler hakkında bilgi verilmesi, öğrencilerin özellikle medya ve yakın çevre ile oluşturulan manken gibi görünme, zayıf olmanın güzel ya da yakışıklı olmayı sağladığı algısından korunmasına, daha bilinçli kararlar vermesine ve olumsuz dış uyaranlara karşı korunmasına yardımcı olacaktır.

Yeterli, dengeli, sağlıklı ve moral yükseltici bir beslenme için bir iki besin türünden çok yeme yerine, değişik tür besinlerden gereksinen miktarlarda tüketilmelidir. Her besin grubuna yer vererek çeşitliliğe önem vermelidir (9). Grace'nin (149) üniversite öğrencileri üzerinde yapmış olduğu bir çalışmada, öğrencilerin %69'u günlük hiç meyve tüketmezken, %48'i günlük bir defadan daha az sebze tükettikleri rapor edilmiştir. Aynı çalışmada kampüs dışında yaşayan öğrencilerde proteinden gelen enerji yüzdesi yüksek bulunmuştur. Racette ve

arkadaşlarının (150) 764 üniversite öğrencisi üzerinde yapmış olduğu bir çalışmada, cinsiyet farklılığının beslenme alışkanlığını etkilediği ortaya çıkmıştır. Kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre daha yağlı yiyecek tükettikleri, ama sebze ve meyve tüketiminin aynı olduğu saptanmıştır. Daviy ve arkadaşları (130) tarafından 286 lisans öğrencisi üzerinde yürütülmüş çalışmaya göre, kız öğrencilerin erkeklere göre, az yağlı, az karbonhidratlı ve vejetaryen diyet denemeleriyle kilolarını daha çok kontrol altına almaya çalıştıkları görülmüştür. Yunanistan'da yapılmış bir çalışmada, bazı öğrencilerin üniversiteye başlamalarından itibaren, haftalık taze sebze ve meyve, yağlı balık, deniz ürünleri, baklagil, zeytinyağı tüketiminin azaldığı görülmüşken, şeker, şarap, alkollü bira tüketiminin arttığı görülmüştür (151).

Ülkemizde yapılmış bir çalışmaya göre ise, adölesan yaş grubunun gelişiminde önemli olan temel besin maddelerinin (süt, yoğurt, peynir, taze sebze ve meyve) tüketiminin düşük olduğu görülmektedir (13). Mazıcıoğlu ve Öztürk'ün (152) yapmış oldukları çalışmaya göre öğrencilerin, %36.4'ü her gün düzenli olarak meyve tükettiklerini, %41.6'sının ara sıra meyve yediği ve %3.5'unun hiç meyve yemediği belirtilmiştir. Aynı çalışmaya göre, öğrencilerin sadece %4.8'i hiç çay içmezken, hiç süt içmediğini belirtenlerin oranı %40.1'e ulaşmıştır. Başka bir çalışmaya göre, her gün sebze ve meyve tüketenlerin oranı %26.6, düzenli süt içenlerin oranı ise %86.1 çıkmıştır (127). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri üzerinde yürütülmüş bir çalışmada, öğrencilerin kırmızı et, ekmek ve hamur işini fazla tüketmelerine karşın sebze ve meyve tüketimlerinin daha az olduğu gözlenmiştir (153).

Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi'ne göre, adölesanların günlük 3-4 porsiyon yetişkinlerin günlük 2 porsiyon süt ve türevlerini tüketmeleri önerilmektedir. Araştırmamızda, erkek öğrencilerin süt, yoğurt, peynir tüketimleri incelendiğinde, %20.1'i her gün süt ve yoğurt tükettiği, %29.9'unun ise hiç süt tüketmediği; %54.9'unun ise her gün peynir tükettiği bulunmuştur. Kız öğrencilerin %26.4'ü her gün süt ve yoğurt tüketirken, %28.9'unun hiç süt tüketmediği ve %55.3'ünün de her gün peynir tükettiği bulunmuştur. Bu tüketim düzeyinin Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi'ne göre istenilen düzeyde olmadığı belirlenmiştir.

Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi'ne göre, günlük et ve tavuk 50-60 gr , haftada 1-2 kez balık, haftada 3-4 adet yumurta, haftada 2 kez kurubaklagil tüketilmesi önerilmektedir. Öğrencilerin kırmızı et, tavuk, balık, yumurta ve kurubaklagil tüketimlerine bakıldığında; haftada 5-6 kez erkek ve kız öğrencilerin yaklaşık üçte birinin kırmızı et ve et ürünlerini ve erkeklerin %44.0'ü, kızların %40.1'inin tavuk etini tükettikleri; balık tüketimleri ise hem erkeklerde hem de kızlarda ayda bir kez ya da hiç olmadığı görülmüştür. Öğrencilerin çoğunlukla her gün ya da gün aşırı yumurta tükettikleri görülmüştür. Öğrencilerin çoğunlukla haftada 5-6 kez kurubaklagil tükettiği, hiç tüketmeyenlerin oranı ise sırasıyla erkeklerde %2.7 ve kızların %24.2 olarak bulunmuştur. Kırmızı et, özellikle balık tüketimleri istenilen düzeylerde olmamasına karşın, öğrencilerin çoğunluğu kurubaklagil ve yumurtayı yeterli düzeyde tükettikleri görülmüştür. Kırmızı et ve balığın tüketiminin az olması fiyatının yüksek olmasından ve balığın bölgede satışının az olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi'ne göre, tam tahıl ürünlerinden günde 6 porsiyon (6 dilim ekmek veya 3 dilim ekmek, 1 kepçe unlu çorba, 4 yemek kaşığı pilav gibi) tüketilmesi önerilmiştir. Tahıl tüketimine bakıldığında, öğrencilerin tamamına yakınının her gün ekmek tükettiği görülmektedir. Pirinç, bulgur, makarna tüketimleri de erkeklerde (%33.4) ve kızlarda (%41.3) genellikle haftada 5-6 kez tüketildiği bulunmuştur. Öğrenciler tarafından tahıl ürünlerinin tercih edilmesi lezzetli, doyurucu, ekonomik olması ve kolay hazırlanıp vakit kaybettirmemesi gibi nedenlerden kaynaklandığı düşünülebilir.

Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi'ne göre, günde en az 5 porsiyon sebze ya da meyve tüketilmesi önerilmektedir. Sebze ve meyve tüketimlerine bakıldığında, erkek öğrencilerin yarısı ve kızların %65.2'si her gün ya da gün aşırı sebze tüketirken, hiç tüketmeyenlerin oranı erkeklerde %10.9 ve kızlarda ise %5 olarak bulunmuştur. Meyve tüketimleri ise erkeklerin %16.3'ü her gün tüketirken, çoğunluğu haftada 5-6 kez tüketmiştir. Kızların %40.7'si her gün meyve tükettiği bulunmuştur. Hiç meyve tüketmeyen öğrencilerin erkek ve kız öğrencilerde oranı %5'in altındadır. Çalışmada, kızların erkeklere göre daha fazla sebze ve meyve tükettikleri görülmüştür.

Ayrıca öğrencilerin şekerli besin tüketimleri incelendiğinde; erkeklerin %27.2'sinin ve kızların %29.8'inin her gün tükettiği, hiç şekerli besin ve çikolata, gofret tüketmeyenlerin oranının erkeklerde sırasıyla %20.1, %20.7 ve kızlarda %26.4, %6.2 olduğu görülmüştür. Sütlü tatlıları ve hamur tatlılarını öğrencilerin genellikle haftada 5-6 kez tükettiği bulunmuştur. Erkek öğrencilerin %42.4'ü ve kızların %46.3'ü her gün su, kola, ayran, meyve suyu gibi içecekleri tüketmektedir.

Çalışmalar incelendiğinde genellikle cinsiyetler arasında beslenme alışkanlıkları konusunda farklılıkların olduğu görülmektedir. Kızların erkeklere göre kilolu olma korkusunun daha fazla olmasından dolayı sebze ve meyve tüketiminin daha fazla olduğu görülmesine karşın istenilen düzeyde değildir. Genel olarak çalışmalarda süt, yoğurt, kırmızı et, balık tüketimi daha düşük bulunurken, tahıl ve türevlerinin tüketimi diğer besin gruplarına göre daha fazla bulunmuştur. Öğrencilerin beslenme alışkanlıkları genellikle ailelerinden uzak yaşadıkları, daha özgür oldukları üniversite yıllarında, ekonomik koşullar, kolay hazırlanan besinlerin tercih edilmesi, yeterli zamanın olmayışı gibi nedenlerden dolayı kötü yönde değişebilmektedir.

Beslenme hiçbir zaman sadece karın doyurmak anlamına gelmez. Besinlerimiz çok çeşitlidir. Bugüne değin beslenme bilimi üzerindeki araştırmalar, insanın büyüme, gelişme ve sağlıklı olarak yaşamını sürdürmesi için 50'den fazla türde besin ögesine gereksinimi olduğunu göstermiştir. İnsanların gereksinimi olan bu besin öğelerini; proteinler, karbonhidratlar, yağlar, mineraller, vitaminler, su olarak 6 grupta toplayabiliriz. Günlük enerjinin karbonhidrat, protein ve yağdan karşılanan oranlarının sırasıyla %50-60, %10-15, %25-30 olması önerilmektedir (1,9).

Garibağaoğlu'nun (154) yapmış olduğu bir çalışmada, günlük enerjinin karbonhidrattan sağlanan oranı düşük, buna karşılık yağ oranı yüksek çıkmıştır. Garibağaoğlu'nun (155) başka bir çalışmasında da benzer sonuç bulunmuştur. Yağmur'un (156) çalışmasında, üniversite öğrencilerinin enerji ve karbonhidratı yetersiz tükettikleri saptanmıştır. Kılınç ve Çağdaş'ın (157) çalışmasında ise, protein tüketimi düşük ve yağ tüketimi yüksek görülmüştür. Bu çalışmada ise (Tablo 4.16), öğrencilerin toplam enerji alım düzeyleri düşük bulunmuştur. Proteinden ve karbonhidrattan gelen enerji oranları istenilen düzeyde olmasına karşın yağdan gelen

oran diğer çalışmalarla benzer şekilde yüksek çıkmıştır. Diyetle yağın fazla tüketilmesi, kalp damar hastalıkları, bazı kanser türleri ve obeziteye neden olduğu bilinmektedir (158). Öğrencilerin yağ tüketim miktarlarının yüksek olması, kızartılmış yiyecekler, cips, kahvaltılık yağ, simit-poğaca gibi hamur işlerinin fazla tüketilmesinin sonucu olabilir.

Öğrencilerin günlük besin öğeleri alımlarına bakıldığında; posa, B1 vitamini, folik asit, kalsiyum, magnezyum, demir gibi pek çok besin ögesini yetersiz aldıkları, sodyum ve fosforu günlük önerilen miktardan daha fazla aldıkları görülmüştür (153). Bir diğer çalışmada, öğrencilerin günlük enerji, tiamin, folik asit, Ca ve Fe gibi önemli besin öğelerinin yetersiz aldıkları görülmüştür (154). Çalışmamıza göre (Tablo 4.17), günlük besin öğeleri alım düzeyleri değerlendirildiğinde diğer çalışmalarda da olduğu gibi pek çok besin ögesinin (E vitamini, B1 vitamini, folik asit, kalsiyum, magnezyum, kız öğrencilerde demir) yetersiz tüketildiği görülmüştür. Kemik sağlığı için önemli bir mineral olan kalsiyumun, bizim çalışmamızda dahil pek çok çalışmada düşük olduğu görülmüştür. Günlük diyet kalsiyum miktarını arttırmak için süt, yoğurt, peynir gibi kalsiyumdan zengin besinlerin tüketilmesi sağlanmalıdır. Çalışmalar incelendiğinde, genel olarak folik asit alım düzeyinin düşük olduğu, bunun da doğurganlık çağındaki kadınların bebeklerinde nöral tüp defekti riskini arttırabilme riskine karşın, folik asitten zengin karaciğer, kırmızı et, süt ve ürünleri, koyu yeşil yapraklı sebzeler, yağlı tohumlar ve turunçgilleri tüketmeleri sağlanmalıdır. Ayrıca çalışmamızda, öğrencilerin fosfor alım düzeyleri yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni fosfor yönünden zengin olan yumurtanın fazla tüketilmesi olabilir.

Diyet posası kolon kanseri başta olmak üzere çeşitli kanser türleri, kalp-damar hastalıkları, diyabet, obezite gibi hastalıklara karşı koruyucu özelliğe sahip olduğu bilinmektedir. Yaptığımız çalışmada öğrencilerin çoğunluğunun diyet posasını pek çok çalışmada olduğu gibi yetersiz tükettikleri görülmüştür (153,154). Bu nedenle öğrencilerin sebze, meyve, kurubaklagil, tam buğday unundan yapılmış besinleri tüketmeleri konusunda bilgilendirilmelidirler.

Son 50 yılda, beslenme ve sosyoekonomik koşullar tüm sanayileşmiş ülkelerde önemli ölçüde değişmiştir. Bunun sonucu olarak, obezite prevalansı keskin bir şekilde artmıştır. Aynı zamanda, ince bir vücut şeklini korumak için, sosyal ve

kültürel baskılar önemli ölçüde artarak çeşitli yeme bozukluklarına neden olmuştur. Bu istenmeyen durum, normal veya aşırı kilolu bireyler arasında, özellikle bulimia nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğu olarak karşımıza çıkan ve sürekli artarak devam edegelen yeme bozuklukları olmuştur (159).

Özgen ve arkadaşlarının (160) ergenler üzerinde yapmış oldukları bir çalışmaya göre; kız öğrencilerin “beyinlerinin sürekli şişmanlayacağı düşüncesiyle meşgul olması”, “yemek yemeği durduramadığı zamanlar olması” ve “tek düşüncenin zayıf olması” ifadelerine yüksek katılım göstermeleri nedeniyle, beden imgelerini çok fazla önemsedikleri, özellikle BKİ “23 ve üzeri” olan ergenlerin “yemek yedikten sonra suçluluk duyması ancak buna karşın akıllarının hep yemekte olması” ifadelerini tespit etmişlerdir. Kazkondu'nun (161) çalışmasına göre, öğrencilerin sürekli zayıf olmayı düşünme ve şişmanlıktan korkma, başkalarının yanında yemek yemekten utanma, bazen yemek yemeği reddetme, hatta psikolojik nedenlerle kendini kontrol edememe sonucu aşırı yemeden sonra duyulan suçluluktan kurtulmak için müshil kullanma, kusma ya da aşırı egzersiz yapma gibi olumsuz davranışların ortaya çıktığı belirtilmiştir. Aslan'nın (162) yapmış olduğu bir çalışmaya göre, daha uzun süre TV seyredenlerin kendi ve arkadaşlarının bedenlerini medya imgelerinininkiyle daha çok karşılaştırdıkları ve zayıflığı ideal olarak daha çok benimsedikleri görülmüştür. Orsel ve arkadaşlarının (163) yapmış oldukları bir çalışmada, kız ergenlerin %43'ü daha zayıf olmayı istediğini belirtmişken, erkek ergenlerde bu oran %18.3 olarak belirlenmiştir. Araştırmamızda ise (Tablo 4.18-19), erkek öğrencilerin %40.2'si şişman olmaktan korkmadığını, %58.7'si aç olduğunda yemek yemekten kaçınmadığını, %48.9'u çatlayıncaya kadar yemek yemediğini %21.2'si tabağındaki yiyeceklerini bazen küçük parçalara ayırdığını belirtirken; kız öğrencilerin %29.5'inin her zaman şişman olmaktan çok korktuğu, %26.7'sinin genellikle tabağındaki yiyecekleri küçük parçalara ayırdığı, %19.9'unun her zaman egzersiz yaparken kalorilerin yandığını düşündüğü, %24.5'inin genellikle yediği yiyeceklerin kendi kontrolü altında olduğunu belirttikleri saptanmıştır. Araştırmalar incelendiğinde kız öğrencilerin erkeklere göre daha fazla zayıf olmayı istedikleri, buna bağlı olarak yedikleri besinlerin içeriğiyle daha çok ilgilendikleri, özellikle yazılı ve görsel medyadan, internette yanlı beslenme bilgileri elde edilerek, kendilerini kusturma, müshil kullanma, aşırı diyet ve egzersiz yapma eğilimlerinin

daha fazla olduğu görülmüştür. Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, yeme bozukluğu sıklığı tüm öğrencilerde %11.7 olarak saptanmış, tıp fakültesi öğrencilerinde ise %6.2'lik bir sıklık bildirilmiştir (164). Batıgün ve Utku'nun (62) çalışmasına göre; kızların erkeklerden, 13-16 yaş grubundaki gençlerin ise 21-25 yaş grubundaki gençlerden daha yüksek YTT puanları aldıkları görülmüştür. Kazkondur'un (161) çalışmasına göre, kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre daha bozuk yeme tutumu sergiledikleri gözlenmiştir. Benzer çalışmalarda da aynı şekilde kızların erkeklere göre YTT puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. (46,165,166) Tanrıverdi'nin (128) yapmış olduğu bir çalışmaya göre, öğrencilerin yeme bozukluğu özellikleri değerlendirildiğinde, öğrencileri %17.3'ü yeme tutumu testinden 30 kesim noktası ve üzerinde puan almışlardır. Araştırmamızda ise (Tablo 4.20), erkek öğrencilerin EAT-26 skor ortalaması 12.8 ± 7.4 , kızların ortalaması ise 16.6 ± 8.2 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin yeme davranışı bozukluğu olup olmama durumuna göre dağılımlarına bakıldığında, erkeklerin %14.1'inde ve kızların %24.5'inde yeme davranışı bozukluğu olduğu görülmüştür. Genel olarak öğrencilerin %20.8'inde yeme davranışı bozukluğu olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerde yeme davranış bozukluğunun BKİ gruplarına göre dağılımına bakıldığında (Tablo 4.21), toplam öğrencilerin yeme davranış bozukluğu ile BKİ grupları arasında istatistiksel açıdan önemli bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir.

Öğrencilerde yeme davranış bozukluğu ile öğün atlama durumları arasındaki ilişkiye bakıldığında ise (Tablo 4.22), yeme davranış bozukluğu ile öğün atlama arasında önemli bir ilişki saptanamamıştır.

Çalışmalar incelendiğinde, yeme davranış bozukluklarının özellikle ergenlik dönemi başta olmak üzere adölesan ve genç yetişkinlik dönemlerinde, kızların ince beden imgesine sahip olma isteğinden dolayı kadınlarda erkeklere göre daha çok görüldüğü saptanmıştır.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu araştırma; Bingöl Üniversitesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları yeme davranışı skorlarının (EAT-26) değerlendirilerek yeme davranışı bozukluğu olup olmadığının saptanması amacıyla planlanıp yürütülmüştür.

- * Öğrencilerin %36.4'ü erkek ve %63.6'sı ise kızdır. Yaş ortalaması (\pm standart sapma) 20.3 ± 2.77 yıldır. Öğrencilerin çoğunluğu (%76.1) 19-24 yaş grubunda yer almaktadır.
- * Öğrencilerin %97.8 bekârdır.
- * Öğrencilerin %94.7'si herhangi bir ek işte çalışmamaktadır.
- * Erkek öğrencilerin kardeş sayısı ortalaması (\pm standart sapma) 4.8 ± 2.95 ve kızların kardeş sayısı ortalaması ise 5.1 ± 2.42 'dir.
- * Öğrencilerin anne ve babalarına ait özellikler incelendiğinde; annelerin %46.2'si (erkek: %50.0; kız: %44.1) okuma yazma bilmemektedir. Babalar ise çoğunlukla (erkek: %34.7; kız: %35.1) ilkokul mezunudur.
- * Annelerin %95.5'inin ev hanımı ve babaların %36.4'ünün serbest meslek sahibidir.
- * Erkek öğrencilerin ortalama (\pm standart sapma) boy uzunluğu 172.3 ± 6.28 ve kızların boy uzunluğu ortalaması ise 158.6 ± 5.16 cm'dir.
- * Erkeklerin vücut ağırlığı ortalamaları 67.5 ± 9.72 ve kızların 56.1 ± 8.40 kg'dır.
- * Erkeklerin bel çevresi ölçümleri ortalama (\pm standart sapma) 81.9 ± 7.50 ve kızlar da ise 72.4 ± 6.43 cm; boyun çevresi ortalaması erkeklerin 37.1 ± 2.19 ve kızların 33.1 ± 2.37 cm'dir. Erkeklerin BKİ ortalaması (\pm standart sapma) 22.7 ± 2.96 ve kızların 22.3 ± 3.28 kg/m² 'dir.
- * Erkek öğrencilerin %73.9'u ve kızların %72.7'si normal BKİ aralığındadır ve tüm öğrencilerin %7.9'u zayıf ve %2.2'si ise obezdir.
- * Erkeklerin %92.9'unun 94 cm'nin ve kızların %87.0'sinin 80 cm'nin altında bel çevresi ölçümüne sahiptir. Boyun çevresi ölçümleri erkeklerin %63.0'ı ve kızların %53.7'si normal persentil aralığı olan 25.-75. persentiller arasındadır.

- * Erkek öğrencilerin %69.0'u en az 20 dk egzersiz yaparken, kızların ise %68.9'u egzersiz yapmamaktadır. Erkek %61.4'ü ve kızların %82.3'ü son 7 gün içerisinde herhangi bir kas geliştirici egzersiz yapmamıştır. Erkeklerin %86.4'ü ve kızların %82.0'si hergün en az 30 dk yürüyüş yapmaktadır.
- * Erkek öğrencilerin %51.1'i üç ana öğün ve %47.3'ü bir ara öğün tüketmekte ve kızların %54.7'si iki ana öğün ve %41.3'ü bir ara öğün tüketmektedir. Öğrencilerin ortalama ana öğün sayısı 2.3 ± 0.65 'dir.
- * Erkek öğrencilerin %78.8'i ve kızların %87.6'sı öğün atlamaktadır. En çok atlanan öğün öğle öğünüdür.
- * Öğrencilerin %11.7'si her gün ve %28.7'si haftada en az 2-3 kez dışarıda yemek yemektir. Ev dışında yemek tüketmeyen öğrencilerin oranı ise %3.8'dir. Ev dışında en çok tüketilen öğün öğle öğünüdür (erkek: %72.3; kız: %74.2).
- * Erkek öğrencilerin %55.4'ü kebabçıları ve kızların %49.1'i fast-food lokantaları tercih etmektedir.
- * Öğrenciler birinci sırada radyo/televizyonu, ikinci sırada arkadaş ve yakın çevrelerindeki insanları ve üçüncü sırada erkekler yazılı basını, kızların ise sağlık personelini beslenme bilgi kaynağı olarak göstermiştir.
- * Öğrencilerin akşam yemeği saatleri yaklaşık 18:40-19:40 saatleri arasındadır. Erkek öğrencilerin %83.7'sinin ve kızların %83.5'inin akşam yemeğinden sonra yeme-içme alışkanlığı vardır. Alışkanlığı olan erkek öğrencilerin sırasıyla çay, kahve gibi içecekleri, meyveleri, ekmeği, gazlı içecekleri ve çikolata, gofret, şekerleme gibi tatlıları; kızların ise sırasıyla çay, kahve gibi içecekleri, meyveleri, çikolata, gofret, şekerleme gibi tatlıları, poğaç, kek, kurabiye gibi hamur işlerini ve gazlı içecekleri tercih etmektedir.
- * Besin tercihlerine etki eden etmenler erkeklerde lezzetli, doyurucu, ekonomik olması ve tat, koku, kıvam gibi sübjektif kriterler ve kızlarda lezzetli, doyurucu olması, tat, koku, kıvam gibi sübjektif kriterler, az yağlı olması ve kolay hazırlanabilir olmasıdır.
- * Erkek öğrencilerin %89.7'si ve kızların %88.5'i altı saat ve üzerinde uyumaktadır. Öğrencilerin çoğunluğu normal BKİ grubunda ve altı saat üzerinde uyuyanlar grubundadır. Uyku saatine göre BKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

- * Normal ağırlıklı erkek öğrencilerin %50.4'ü kendisini zayıf veya çok zayıf olarak görürken, hafif şişman erkeklerin %60'ı kendisini normal ağırlıkta görmektedir. kızların ise normal ağırlıkta olanların %59.8'i kendisini zayıf veya çok zayıf görmektedir. Normal ağırlıktaki kızların %35.5'inin ve hafif şişman kızların %46.9'unun kendisini olduğu BKİ aralığında algılamaktadır. Erkeklerde bu oranlar sırasıyla %42.2 ve %37.1'dir.
- * Erkek öğrencilerin haftada 5-6 kez öğrencilerin %22.8'inin süt ve %34.2'sinin yoğurt tüketmekte, %29.9'unun ise hiç süt tüketmemekte; %54.9'unun ise her gün peynir tüketmektedir. Kız öğrencilerin süt ve türevlerini tüketimleri incelendiğinde de benzer şekilde haftada 5-6 kez öğrencilerin %26.4'ünün süt ve %33.2'sinin yoğurt tüketmekte, %28.9'unun hiç süt tüketmemekte ve %55.3'ünün de her gün peynir tüketmektedir.
- * Haftada 5-6 kez erkek öğrencilerin sırasıyla %37.5, %29.9, %44.0 ve kız öğrencilerin sırasıyla %31.1, %27.0, %40.1 kırmızı et, et ürünleri, tavuk tükettiren; erkeklerin %28.8'inin ve kızların %34.5'inin de sucuk, salam gibi et ürünlerini tüketmemektedir.
- * Balık tüketimleri hem erkeklerde (%65.7) hem de kızlarda (%63.7) ayda bir kezdir ya da hiç yoktur.
- * Öğrencilerin (erkek: her gün %32.1, haftada 5-6 kez %26.6; kız: her gün %19.9, haftada 5-6 kez %40.7) çoğunlukla her gün yada gün aşırı yumurta tüketmektedir.
- * Erkek öğrencilerin %31.0'i ve kızların %32.6'sı haftada 5-6 kez kurubaklagil tüketmektedir. Hiç tüketmeyenlerin oranı erkeklerde %21.7 ve kızlarda %24.2'dir.
- * Erkeklerin %97.8'i ve kızların %95.6'sı her gün ekmek tüketmektedir. Erkek öğrencilerin %72.3'ü her öğün ve %25.5'i her gün; kızların oranı ise sırasıyla %65.2 ve %30.4'tür.
- * Pirinç, bulgur, makarna tüketimleri de erkeklerde %33.4 ve kızların %41.3 genellikle haftada 5-6 kez tüketmektedir.
- * Erkek öğrencilerin % 50'si ve kızların %65.2'si her gün ya da gün aşırı sebze tüketmekte, hiç tüketmeyenlerin oranı erkeklerde %10.9 ve kızların ise %5'tir. Meyve tüketimleri ise erkeklerde genellikle (%41.3) haftada 5-6 kez ve kızlarda genellikle (%40.7) her gündür. Hiç meyve tüketmeyen öğrencilerin oranı erkeklerde %4.9 ve kızların %4.3'tür.

- * Öğrencilerin şekerli besin tüketimleri erkeklerde (%27.2) ve kızların (%29.8) her gün; çikolata, gofret, şekerleme tüketimleri erkeklerde (%27.2) haftada 5-6 kez ve kızlarda her gün (%33.2) iken; hiç şekerli besin ve çikolata, gofret tüketmeyenlerin oranının erkeklerde sırasıyla %20.1, %20.7 ve kızların %26.4, %6.2'dir.
- * Sütü tatlıları ve hamur tatlılarını erkek öğrencilerin %28.8 ve kızların %32.0'si genellikle haftada 5-6 kez tüketmektedir.
- * Erkek öğrencilerin %29.9 her öğün, %42.4'ü her gün ve kızların %34.8'i her öğün, %46.3'ü her gün su, kola, ayran, meyve suyu gibi içecekleri tüketmektedir.
- * Erkek öğrencilerin enerji alımları 2125.3 ± 535.3 kkal ve kız öğrencilerin ise 1744.9 ± 500.9 kkal'dir.
- * Öğrencilerin su tüketimi ortalama 1465 ± 685.0 ml'dir.
- * Erkek öğrencilerin ortalama protein alımları 73.9 ± 21.0 g ve toplam enerjinin proteinden gelen oranı %14.4; kız öğrencilerin protein alımı 56.9 g ve enerjinin proteinden gelen oranı ise %13.5'tir.
- * Diyetle yağ alımları ve enerjinin yağdan gelen oranlarına bakıldığında erkek öğrencilerin sırasıyla 75.9 ± 28.7 g ve %31.7; kız öğrencilerin 66.8 ± 22.7 g ve %34.6'dır.
- * Karbonhidrat alımı erkeklerde 276.4 ± 72.6 g ve kızlarda 221.0 ± 52.0 g; enerjinin karbonhidratlardan gelen oranı ise erkeklerde %53.9 ve kızlarda %52.0'dir.
- * Posa alımı erkeklerde 21.7 ± 6.8 (alt:4.7g; üst:47.7g) ve kızlarda 18.5 ± 7.0 g (alt:2.3g; üst:39.2g)'dir.
- * Erkek öğrencilerin ortalama doymuş yağ alımı ve diyet enerjisinin doymuş yağdan gelen oranı sırasıyla 33.4 ± 13.2 g ve %14.0; tekli doymamış yağ asitleri alımı ve enerjinin TDYA'den gelen oranı sırasıyla 26.0 ± 10.3 g ve %10.9 ve çoklu doymamış yağ asidi alımı ve enerjinin ÇDYA'lerinden gelen oranı ise sırasıyla 10.5 ± 4.5 g ve %4.4'tür.
- * Kız öğrencilerde ise sırasıyla doymuş yağ asidi alımı ve oranının 30.0 ± 10.9 g ve %15.6; TDYA alımı ve oranının sırasıyla 22.9 ± 7.9 g ve %11.9 ve ÇDYA alımı ve oranı ise 9.1 ± 4.1 g ve %4.7'dir.
- * Kolesterol alımı ise erkek öğrencilerde 354.8 ± 218.9 mg ve kız öğrencilerde 243.6 ± 128.7 mg'dir.

- * Öğrencilerin A vitamini alımları incelendiğinde erkek öğrencilerin ortalama 955.3 ± 461.2 mcg ve kız öğrencilerin ortalama 901.9 ± 448.2 mcg'dır.
- * E vitamini alımı erkeklerin 8.8 ± 3.8 mg ve kızların 8.1 ± 3.6 mg'dır.
- * C vitamini alımı erkeklerin 79.8 ± 67.0 mg ve kızların 102.6 ± 84.4 mg'dır.
- * Tiamin alımı erkeklerin 0.9 ± 0.3 mg ve kızların 0.8 ± 0.3 mg'dır.
- * Riboflavin alımı erkeklerin 1.4 ± 0.5 mg ve kızların 1.2 ± 0.4 mg'dır.
- * B6 vitamini alımı erkeklerde 1.2 ± 0.4 mg ve kızlarda 1.0 ± 0.3 mg'dır.
- * F olat alımının erkeklerde 143.6 ± 43.6 mcg ve kızlarda 123.3 ± 40.0 mcg'dır.
- * B12 vitamini alımı erkeklerde 4.0 ± 2.1 mcg ve kızlarda 3.0 ± 1.5 mcg'dır.
- * Sodyum alımı erkek öğrencilerde 2194.8 ± 677.8 mg ve kız öğrencilerde 1610.8 ± 661.5 mg'dır.
- * Potasyum alımı erkeklerde 1964.8 ± 703.7 mg ve kızlarda 1854.9 ± 669.4 mg'dır.
- * Kalsiyum erkeklerde 625.7 ± 271.5 mg ve kızlarda 617.4 ± 238.0 mg'dır.
- * Magnezyum erkek öğrencilerde 219.3 ± 66.7 mg ve kız öğrencilerde 201.1 ± 65.2 mg'dır.
- * Fosfor erkek öğrencilerde 1137.9 ± 338.4 mg ve kızlarda 931.4 ± 276.3 mg'dır.
- * Demir erkek öğrencilerde 11.6 ± 3.3 mg ve kız öğrencilerde 9.4 ± 3.1 mg'dır.
- * Çinko alımı erkek öğrencilerde 10.8 ± 3.0 mg ve kız öğrencilerde 8.5 ± 2.5 mg'dır.
- * Erkek öğrencilerin %40.2'si şişman olmaktan korkmadığını, %58.7'si aç olduğunda yemek yemekten kaçınmadığını, %51.1'i her an kendini yemek yerken düşünür bulmadığını, %48.9'u çatlayıncaya kadar yemek yemediğini, %21.2'si tabağındaki yiyeceklerini bazen küçük parçalara ayırdığını, %41.3'ü yediklerinin enerji içeriğini bilmediğini, %58.2'si yüksek karbonhidrat içeren ekmekek, pirinç, makarna gibi yiyeceklerden uzak durmadığını, %43.5'i çevresindekilerin daha fazla yemesini istediklerini hissetmediğini, %89.1'inin yedikten sonra kusmadığını, %81.0'inin yedikten sonra suçluluk hissetmediğini, %62.0'ünün zihninin daha fazla zayıf olması gerektiğini söylemediğini, %29.3'ünün egzersiz yaparken kalorilerin yandığını düşünmediğini ve çevresindekilerin kendisinin zayıf olduğunu düşünmediğini, %55.4'ünün aklında hep vücudunun yağlandığı düşüncesi olmadığını, %32.6'sının çevresindekilere göre yemek yemesinin daha uzun sürmediğini, %43.5'inin içerisinde şeker olan yiyeceklerden kaçınmadığını, %67.4'ünün diyet ürünleri tüketmenin daha cazip gelmediğini, %44.0'ünün

yiyeceklerin hayatını kontrol ettiğini düşünmediğini, %21.7'si her zaman yiyeceklerin kendisinin kontrolü altında olduğunu, %17.4'ü yiyeceklerin hiçbir zaman kontrolü altında olmadığını, %41.3'ünün çevresindekilerin kendisini yemek yemeğe zorlamadığını, %37.5'inin ne yemesi gerektiği üzerinde çok düşünüp zaman harcamadığını, %43.5'inin tatlı yedikten sonra kendisini rahatsız hissetmediği, %34.2'sinin beslenme alışkanlıklarını düzeltmesi gereken konularla ilgilenmediği, %57.1'inin midesinin bol olmasını sevmediği, %41.3'ünün yeni çıkmış yüksek kalorili yiyecekleri denemekten hoşlanmadığı ve %76.6'sının yedikten sonra kusma dürtüsünün olmadığını bulunmuştur.

- * Kız öğrencilerin yeme tutum testi sorularına göre dağılımı erkek öğrencilerle benzer şekilde genellikle hiçbir zaman cevabı verilmiştir. Erkek öğrencilerden farklı olarak kız öğrencilerin %29.5'i her zaman şişman olmaktan çok korkmakta, %26.7'si genellikle tabağındaki yiyecekleri küçük parçalara ayırmakta, %19.9'u her zaman egzersiz yaparken kalorilerin yandığını düşünmekte, %24.5'i genellikle yediği yiyeceklerin kendi kontrolü altında olduğunu düşünmekte ve %24.8'inin bazen beslenme alışkanlıklarını düzeltmesi gereken konularla ilgilenmektedir.
- * Erkek öğrencilerin EAT-26 skor ortalaması (\pm standart sapma) 12.8 ± 7.4 ve kızların ortalaması ise 16.6 ± 8.2 'dir.
- * Erkek öğrencilerin %85.9'unda ve kızların %75.5'inde yeme davranışı bozukluğu bulunmamış, erkeklerin %14.1'inde ve kızların %24.5'inde yeme davranışı bozukluğu bulunmuştur. Genel olarak öğrencilerin %20.8'inde yeme davranışı bozukluğu bulunmaktadır.
- * Cinsiyete göre yeme davranışı bozukluğu olup olmama durumuna incelendiğinde, erkek ve kız öğrencilerin oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.06$).
- * Cinsiyete göre yeme davranışı skor ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.35$)
- * Öğrencilerde yeme davranış bozukluğunun BKİ gruplarına göre dağılımına bakıldığında, toplam öğrencilerin yeme davranış bozukluğu ile BKİ grupları arasında istatistiksel açıdan önemli bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

- * Öğrencilerde yeme davranış bozukluğu ile öğün atlama durumları arasındaki ilişkiye bakıldığında , yeme davranış bozukluğu ile öğün atlama arasında önemli bir ilişki saptanamamıştır ($p>0.05$).

6.2.Öneriler

Günümüzde şehirleşme, ekonomik gelişme ve küreselleşme, yaşam stilinde ve diyetle hızlı değişimler ile beslenmede geçişlere neden olmuştur. Hızla değişen ve gelişen dünyada beklenen yaşam kalitesine ulaşmak için bireylerin beslenme konularında bilinçlendirilmesi ve bunu yaşam biçimine dönüştürülebilmesi için eğitim verilmesi gereklidir. Bireylerin yeterli, dengeli ve sağlıklı beslenmesi ile; toplumda şişmanlık, kalp damar hastalıkları, diyabet, kanser, osteoporoz gibi hastalıkların görülme riskini, protein enerji malnutrisyonun, vitamin-mineral eksikliğinin önlenmesi gibi beslenme ile ilgili sağlık sorunları azaltılabilir.

Yeterli, dengeli, sağlıklı beslenme için diyetle besin çeşitliliği artırılmalıdır. Bunun için;

- Günlük süt ve yerine geçen besinlerden en az iki porsiyon tüketilmeli,
- Et-yumurta-kurubaklagil grubundan günde iki porsiyon tüketilmeli,
- Haftada iki kez balık tüketilmeli,
- Sebze ve meyve tüketimi artırılmalı, günde en az beş porsiyon sebze ve meyve tüketilmeli,
- Kabuk ve öz kısmı ayrılmamış tahıllardan yapılan yiyecekler her gün hatta her öğün yeterli miktarda tüketilmelidir.
- Öğün atlanmamalıdır.
- Toplam yağ ve doymuş yağ tüketimi azaltılmalıdır.
- Rafine şeker ve tuz tüketimi azaltılmalıdır.
- Kızartılmış yiyecekler yerine haşlama veya ızgara yiyecekler tercih edilmelidir.

İlkokul çağlarından itibaren öğrencilere sağlıklı besin seçimi, beslenme ve besinler hakkında bilgi verilmesi, öğrencilerin özellikle medya ve yakın çevre ile oluşturulan manken gibi görünme, zayıf olmanın güzel ya da yakışıklı olmayı sağladığı algısından korunmasına, daha bilinçli kararlar vermesine ve olumsuz dış uyaranlara karşı korunmasına yardımcı olacaktır.

Öğrencilerin yeterli ve dengeli beslenmelerinin sağlanması, öğrencilere sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması için toplu beslenme yapılan okul yemekhanesi ve kantinlerde hijyen, ekonomik olması, damak tadına uygun besin, uygun menü, kolay ulaşılabilir bir yerde olma gibi koşulların sağlanması gerekmektedir. Bu öğrencilerin hem sağlıklı beslenmelerini hem de öğün atlamamalarını sağlayacaktır.

Doğru beslenme kadar, düzenli yapılan fiziksel aktivitenin de sağlık üzerine olumlu etkileri düşünülerek spor yapılabilecek alanlar oluşturulmalı, topluma fiziksel aktivitenin artırılmasının sağlık üzerine olan olumlu etkileri çeşitli yollarla kısa mesajlar halinde anlatılmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1.Baysal A. Beslenme. 13'üncü baskı, Ankara, Hatiboğlu, 9-507, 2011
- 2.Demirezen E, Coşansu G. Adölesan çağı öğrencilerde beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. İstanbul Ü. Florence Nightingale HYO, Halk Sağlığı Hemşireliği AD 14: 174-178, 2005
- 3.Pekcan G. Bugün ve gelecek için olası senaryolar. Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi (Baysal A, Baş M, ed).1'inci baskı. İstanbul, Türkiye Diyetisyenler Derneği. 1-10, 2008
- 4.Vançelik S, Önal SG, Güraksın A, Beyhun E. Üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi ve alışkanlıkları ile ilişkili faktörler. Atatürk Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Gazi Üniv. Gazi Hastanesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Kor Hek; 6 (4): 242-248, 2007
- 5.Kadioglu M. Üniversite öğrencilerinde yeme bozuklukları ve öz- etkililik. Yüksek lisans tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemsireliği Anabilim Dalı. İstanbul -2009
- 6.Baş M. Diyetel yaklaşım ve ağırlık yönetimi ilişkisi. Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi. (Baysal A, BAŞ M, ed). 1'inci baskı. İstanbul. 202-232, 2008
- 7.Stice E, South K, Shaw H. Future Directions in Etiologic, Prevention, and Treatment Research for Eating Disorders. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 41(6), 845–855, 2012
- 8.Güneş Z. Spor ve beslenme antrenör ve sporcu el kitabı 6'ıncı baskı. Ankara, Nobel yayınları, 1, 2013
- 9.T. C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2004
- 10.Sarioğlu Ö, İmamoğlu O, Atan T .Beden eğitimi bölümünde okuyan farklı branşlardaki öğrencilerin beslenme alışkanlıklarının incelenmesi. Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi Ve Spor Bilim Dergisi 14(1): 88-94, 2012
- 11.Karaağaoğlu N, Samur G. Anne ve çocuk beslenmesi 1' inci baskı. Ankara, Pegem yayınları. 1-2, 2011
- 12.Özcebe H. Birinci basamakta adolesan sorunlarına yaklaşım. Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara. 11 (10): 374, 2002

13. Aslan D, Gürtan E, Hacım A. Ankara'da Eryaman sağlık ocağı bölgesi'nde bir lisenin ikinci sınıfında okuyan kız öğrencilerin beslenme durumlarının ve bazı antropometrik ölümlerinin değerlendirmeleri. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 25 (2): 55 – 62, 2003
- 14.zmen D, etinkaya A, Ergin D. Lise ğrencilerinin yeme alışkanlıkları ve beden ağırlığını denetleme davranışları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6 (2), 2007
- 15.Alonso A, Podriguez M, Alonso J. Eating disorders. Soc. Psychiatry Epidemiol 40: 980-987, 2005
- 16.Kapil U, Bhavna A. Adverse effects of poor micronutrient status during childhood and adolescence. Nutr Rev; 60: S84-S90, 2002
- 17.Toro J, Gomez-Peresmitre G, Sentis J. Eating disorders and body image in Spanish and Mexican female adolescents. Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol; 41: 556-565, 2006
- 18.zen Y. Kişisel sorumluluk bağlamında kariyer seçimini etkileyen sosyal psikolojik faktörler. Eğitim ve İnsani Bilimler Dergisi: Teori ve Uygulama. 2 (3): 81-96, 2011
- 19.Arslan P, Karaağaoğlu N, Duyar İ. Yüksek ğrenim gençlerinin beslenme alışkanlıklarının beslenme puanlama yöntemi ile değerlendirilmesi. Beslenme ve Diyet Dergisi. 22:195-208, 1994.
- 20.Baysal A, Aksoy M, Besler T, Bozkurt N, Keçecioğlu S, Mercanlığil SM, Merdol TK, Pekcan G, Yıldız E. Diyet El Kitabı. 6'ncı baskı. Ankara, Hatiboğlu yayınları, 2011
- 21.Yağmur C, Güneş E. Dengeli beslenme açısından Türkiye'de gıda üretimi ve tüketiminin irdelenmesi, VII. Ziraat Mühendisliği Teknik Kongresi, Ankara, 2010
- 22.Baysal A. Sosyal eşitsizliklerin beslenmeye etkisi. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, zel Eki 25 (4), 2003
- 23.Tunçbilek E, Kurtulmuş E, Hancioğlu A. Bebeklerin ocukların ve annelerin beslenmesi. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık ve Nüfus Araştırması Raporu. 1998
- 24.Bilici S. Toplu beslenme sistemleri çalışanları için hijyen el kitabı. Sağlık Bakanlığı-Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara, 2008

25. Türkiye Beslenme Ve Sağlık Araştırması (TBSA). Saha uygulaması el kitabı. Ankara, 2010. Erişim: [http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/turkiye_beslenme_ve_saglik_arastirmasi_\(tbsa\)_2010_saha_uygulamasi_el_kitabi.pdf](http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/turkiye_beslenme_ve_saglik_arastirmasi_(tbsa)_2010_saha_uygulamasi_el_kitabi.pdf). Erişim tarihi: 12/3/2014
26. Babaoğlu K, Hatun Ş. Çocukluk çağında obezite. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 11 (1): 8, 2002.
27. Yurttagül M. toplum beslenmesi ve sektörler arası işbirliği. III. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, Manisa. 2005
28. Uçar A. Ankara üniversitesi öğrencilerinin sigara kullanma durumunun beslenme alışkanlıkları ve bazı hematolojik parametreler üzerine etkisi. Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Ev Ekonomisi (Beslenme Bilimleri) Anabilim Dalı. Ankara, 2006
29. Onat A, Hergenç G, Küçükduymaz Z. Moderate and heavy alcohol consumption among Turks: long-term impact on mortality and cardiometabolic risk. Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol, 37(2): 83-90, 2009
30. 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. The International Association for the Study of Obesity. Obesity reviews 8, 3–10, 2006
31. Molarius A, Seidell JC, Sans S. Educational Level, Relative Body Weight, and Changes in Their Association Over 10 Years: An International Perspective From the WHO MONICA Project. Am.J Pub Health 90:1260–1268, 2000
32. Yumuk VD. Prevalence of obesity in Turkey. The International Association for the Study of Obesity. Obesity reviews 6, 9–10, 2005
33. Manios Y, Kolotourou M, Moschonis G. Macronutrient intake, physical activity, serum lipids and increased body weight in primary schoolchildren in Istanbul. Pediatrics International 47: 159–166, 2005
34. Güler Y, Gönener D, Altay B. Adölesanlarda obezite ve hemşirelik bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 4 (10), 2009
35. Menteş E, Menteş B, Karacabey K. Adölesan dönemde obezite ve egzersiz. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 8 (2), 2011

- 36.Kurtaraner MO. Obezitesi olan ve olmayan 14 - 17 yaş aralığındaki ergenlerin ruhsal süreçlerinin, beden algıları, aile özellikleri ve beslenme alışkanlıkları yönünden incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Bilim Üniversitesi. Psikoloji Ana Bilim Dalı. İstanbul, 2012
- 37.Alphan ET. Obezitenin etiyojisi.Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi (Baysal A, Baş M, ed).1'inci baskı. İstanbul. Türkiye Diyetisyenler Derneği. 17-32, 2008
- 38.Keskin S, Sayalı E, Temeloglu E. Obezite ve inflamasyon. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 25: 636-641, 2005
- 39.Kızıltan G. Obezitenin medikal komplikasyonları. Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi (Baysal A, Baş M, ed).1'inci baskı. İstanbul. Türkiye Diyetisyenler Derneği. 106-133, 2008
- 40.Aronne L.J, Nelms D.S, Lillo J.L. Obesity as a Disease State: A New Paradigm for Diagnosis and Treatment. Clinical Corners/one. 9 (4): 9-29, 2009
- 41.Cannon C.P, Kumar A. Treatment of Overweight and Obesity: Lifestyle, Pharmacologic, and Surgical Options. Clinical Corners/one 9 (4): 55-71, 2009
- 42.Gürhan NŞ. Obezitenin tedavisinde diyetisyen yaklaşımı ve diyet tedavisinin rolü. Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi (Baysal A, Baş M, ed).1'inci baskı. İstanbul. Türkiye Diyetisyenler Derneği. 152-156, 2008
- 43.Catenacci V.A, Wyatt H.R. The role of physical activity in producing and maintaining weight loss. Nature Clinical Practice Endocrinology & Metabolism 3 (7): 518-527, 2007
- 44.Foster GD, Makris AP, Bailer BA. Behavioral treatment of obesity. Am Clin Nutr. 82: 230-235, 2005
- 45.Jones LR, Wilson CI, Wadden TA. Lifestyle modification in the treatment of obesity: An educational challenge and opportunity. Clinical Pharmacology & Therapeutics 81 (5), 2007
- 46.Siyez DM. Yeme bozukluğu olan çocuklar ve ergenler etiyojisiyle ilgili çalışmalar, müdahale, değerlendirme ve tedavi. Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi 20: 21-27, 2006
- 47.Grave RD. Eating Disorders: Progress and Challenges. European Journal of Internal Medicine 22: 153-160, 2011

- 48.Köroğlu E. Klinik Uygulamada Psikiyatri Tanı Ve Tedavi Klavuzları Kitabı. Hekimler Yayın Birliği. 589-596, 2009
- 49.Kreipe RE, Birndorf DO. Eating disorders in adolescents and young adults. Medical Clinics of North America 84 (4): 1027–1049, 2001
- 50.Kapudan H, Erol A.Yeme bozukluklarının etiyolojisi.Yeme Bozuklukları Ve Obezite Tanı Ve Tedavi Kitabı (Yücel B, Akdemir A, Küey AG, Maner F, Vardar E, ed). 1'inci baskı. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 39-44, 2013
- 51.Yücel B. Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: Yeme bozuklukları İstanbul Tabib Odası'nın süreli bilimsel yayınıdır. 22 (4): 39-43, 2009
- 52.Garner DM, Garfinkel PE. Diagnostic Issues. Handbook Of Treatment For Eating Disorders. (Garner DM, Garfinkel PE, ed). Second edition. New York London. Guilford Pres 3-24, 1997
- 53.Tozzi F, Sullivan PF, Fear JL. Causes and recovery in anorexia nervosa: the patient's perspective. International Journal of Eating Disorders 33 (2): 143–154, 2003
- 54.Costarelli V, Stamou D. Emotional intelligence, body image and disordered eating attitudes in combat sport athletes. J Exerc Sci Fit 7 (2): 104–111, 2009
- 55.Maner F. Yeme Bozuklukları. Psikiyatri Dünyası 5: 130-9, 2001
- 56.Hoek H, Hoeken V. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. International Journal of Eating Disorders 34 (4): 383-386, 2003
- 57.Vardar E, Erzengin M. Ergenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları iki aşamalı toplum merkezli bir çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi 22(4): 205-12, 2011
- 58.Küey G. Yeme bozuklukları. İ.Ü. Cerrah Paşa Tıp Fak. Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri Sempozyum Dizisi. Adölesan Sağlığı II. 63: 81-83, 2008
- 59.Micali N, House J. Assessment measures for child and adolescent eating disorders: A review. Child and Adolescent Mental Health, 16(2): 122–127, 2011
- 60.Russell S, Ryder S. Bridge (Building the relationship between body image and disordered eating graph and explanation): A Tool for Parents and Professionals, Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention, 9:1, 1-14, 2001
- 61.Semiz M, Kavakçı Ö, Yağız A.Sivas il merkezinde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve eşlik eden psikiyatrik tanılar. Türk Psikiyatri Dergisi 23: 1-8, 2012

62. Batıgün D, Utku Ç. Bir grup gençte yeme tutumu ve öfke arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Türk Psikoloji Dergisi* 21 (57): 65-78, 2006
63. Görgülü Y. Yeme bozukluklarında tanı ve sınıflandırma. *Yeme Bozuklukları Ve Obezite Tanı Ve Tedavi Kitabı* (Yücel B, Akdemir A, Küey AG, Maner F, Vardar E, ed). 1'inci baskı. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 10-24, 2013
64. Köroğlu E. Yeme Bozuklukları DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. 2'inci baskı. Ankara, Hekimler yayın birliği. 241-244, 2005
65. Köroğlu E. Beslenme ve yeme bozuklukları. DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. 1'inci baskı. Ankara, Hekimler yayın birliği. 171-179, 2013
66. Çelikel FC, Cumurcu BE, Koç M. Psychologic correlates of eating attitudes in Turkish female college students. *Compr Psychiatry* 49: 188-194, 2008
67. Currin L, Schmidt U, Treasure J. Time trends in eating disorder incidence. *British Journal Of P Sychiatry* 186: 132-135, 2005
68. Lucas AR, Crowson CS, Fallon WM. The ups and downs of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 26: 397-405, 1999
69. Bozan N. Hollanda yeme davranışı (DEBQ) anketinin Türk üniversite öğrencilerinde geçerlik ve güvenilirliğinin sınanması. Yüksek lisans tezi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. Beslenme Ve Diyetetik Anabilim Dalı. Ankara, 2009
70. Gaudiani JL, Sabel AL, Mascolo M. Severe Anorexia Nervosa: Outcomes from a Medical Stabilization Unit. *International Journal of Eating Disorders* 45:85-92, 2010
71. Rosen DS. Identification and management of eating disorders in children and adolescents. American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. *Pediatrics* 126:1240, 2010
72. American Psychiatric Association . Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders. *Am J Psych* 157(1)-39, 2000
73. Fisher M, Golden NH, Katzman DK. Eating disorders in adolescents: a background paper. *J Adol Health Care* 16:420-437, 1995
74. Rock CL. Nutritional and medical assessment and management of eating disorders. *Nutr Clin Care* 2:332-343, 1999

75. Yücel B. Anoreksiya nervozada yataklı servis tedavisi. Yeme Bozuklukları Ve Obezite Tanı Ve Tedavi Kitabı (Yücel B, Akdemir A, Küey AG, Maner F, Vardar E, ed). 1'inci baskı. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 151-156, 2013
- 76.Hartmann A, Wirth C, Zeeck A. Prediction of failure of inpatient treatment of anorexia nervosa from early weight gain *Psychotherapy Research*, 17:2, 218-229, 2007
77. Herzog T. Lower targets for weekly weight gain lead to better results in inpatient treatment of anorexia nervosa: a pilot. *Eur. Eat. Disorders Rev.* 12: 164–168, 2004
- 78.Willer MG, Thuras P, Crow SJ. Implications of the changing use of hospitalization to treat anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 162: 2374–2376, 2005
- 79.Robb A, Silber TJ, Orrell-Valente JK. Supplemental nocturnal nasogastric refeeding for better short-term outcome in hospitalized adolescent girls with anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 159: 1347–1353, 2002
- 80.ADA. Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa and eating disorders not otherwise specified (EDNOS). Vol:101 (7), 2001
- 81.ADA. Nutrition intervention in the treatment of eating disorders. *J.Am.Diet Assoc.* 111: 1236-1241, 2011
- 82.Saka B, Çakmakkı Cİ. Anoreksiya nervozada temel beslenme ilkeleri. Yeme Bozuklukları Ve Obezite Tanı Ve Tedavi Kitabı (Yücel B, Akdemir A, Küey AG, Maner F, Vardar E, ed). 1'inci baskı. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 159-169, 2013
83. Küey AG. Anoreksiya nervozada psikanalitik Tedaviler. Yeme Bozuklukları Ve Obezite Tanı Ve Tedavi Kitabı (Yücel B, Akdemir A, Küey AG, Maner F, Vardar E, ed). 1'inci baskı. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.173-177, 2013
- 84.Maner F. Anoreksiya nervozada bilişsel davranışçı tedaviler. Yeme Bozuklukları Ve Obezite Tanı Ve Tedavi Kitabı (Yücel B, Akdemir A, Küey AG, Maner F, Vardar E, ed). 1'inci baskı. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.179-188, 2013
- 85.Wilson GT, Shafran R. Eating disorders guidelines from NICE. *Lancet.* Vol 365 (9453),79–81, 2005
- 86.Stefano SC, Bacaltchuk J, Blay SL. Self-help treatments for disorders of recurrent binge eating: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 113: 452– 9, 2006

- 87.Hudson JI, Coit CE, Lalonde JK. By How Much Will the Proposed New DSM-5 Criteria Increase the Prevalence of Binge Eating Disorder? *Int J Eat Disord* 45: 139–141, 2012
- 88.Hay PPJ, Bacaltchuk J, Stefano S. Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3:1-147, 2004
- 89.Düşgör BP. Bulimiya nervozanın psikanalitik tedavisi. *Yeme Bozuklukları Ve Obezite Tanı Ve Tedavi Kitabı* (Yücel B, Akdemir A, Küey AG, Maner F, Vardar E, ed). 1'inci baskı. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 201-210, 2013
- 90.Maner F. Bulimiya nervozada bilişsel davranışçı tedaviler. *Yeme Bozuklukları Ve Obezite Tanı Ve Tedavi Kitabı* (Yücel B, Akdemir A, Küey AG, Maner F, Vardar E, ed). 1'inci baskı. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 213-224, 2013
- 91.Altınyazar V. Bulimiya nervozada psikofarmakolojik tedaviler. *Yeme Bozuklukları Ve Obezite Tanı Ve Tedavi Kitabı* (Yücel B, Akdemir A, Küey AG, Maner F, Vardar E, ed). 1'inci baskı. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 249-255, 2013
92. Adolescent Medicine Committee, Canadian Paediatric Society. Eating disorders in adolescents (principles of diagnosis and treatment). *Paediatrics and Child Health* 3(3): 189–192, 1998
- 93.Wonderlich S.A, Gordon KH, Mitchell JE. The validity and clinical utility of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders* 42: 687–705, 2009
- 94.Striegel-Moore R, Franko D. Epidemiology of binge eating disorder. *Int j eat disord*, 34: 1929, 2003
- 95.Orhan FÖ, Tuncel D. Gece Yeme Bozuklukları Night Eating Disorders Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches In Psychiatry 1: 132-154, 2009
96. Allison KC, Lundgren JD, O'Reardon JP. The night eating questionnaire (NEQ): psychometric properties of a measure of severity of the night eating syndrome. *Eat Behav* 9: 62-72, 2008
- 97.Vardar E. Diğer yeme bozuklukları: Sınıflandırılmayan yeme bozuklukları, boşaltım bozukluğu, ortoreksiya nevroza, pika, diyabulimiya, kadın atlet üçlemesi. *Yeme Bozuklukları Ve Obezite Tanı Ve Tedavi Kitabı* (Yücel B, Akdemir A, Küey

AG, Maner F, Vardar E, ed). 1'inci baskı. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 281-286, 2013

98.Keel PK. Purging disorder: Subthreshold variant or full-threshold eating disorder? International Journal of Eating Disorders 40: 89-94, 2007

99.Crowther JH, Arney M, Luce KH. The point prevalence of bulimic disorders from 1990 to 2004. International Journal of Eating Disorders 41: 491-497, 2008

100.Kummer A, Dias MV, Teixeira LA On the concept of orthorexia nervosa. Scand J Med Sci Sports 18: 395-396, 2008

101.Fidan T, Ertekin V, Işıkay S. Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. Comprehensive Psychiatry 51: 49-54, 2010

102.Hasken J, Kresl L, Nydegger T. Diabulimia and the role of school health personnel. Journal Of School Health 80: 465-469, 2010

103.Troy K, Hocb AZ, Stavrakos JE. awareness and comfort in treating the female athlete triad: are we failing our athletes? wisc med j, 105: 21-24, 2006

104.Engel SG, Johnson C, Powers PS. Predictors of disordered eating in a sample of elite Division I college athletes. Eating Behaviors 4: 333-343, 2003

105.Pekcan G. Beslenme durumunun saptanması. Diyet El Kitabı. (Baysal A, Aksoy M, Besler T, Bozkurt N, Keçecioglu S, Mercanlıgil SM, Merdol TK, Pekcan G, Yıldız E, ed). 6'inci baskı. Ankara, Hatiboğlu yayınları. 67-147, 2011

106.WHO. Global database on BMI. WHO, 2004 (http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html). Erişim tarihi: 04.06.2014

107.Cauter EV, Knutson KL. Sleep and the epidemic of obesity in children and adults. European Journal of Endocrinology 159: 59-66, 2008.

108.WHO Multicentre Growth Reference Study Group. Who. Child growth standards: body mass index-for-age: methods and development. Geneva: WHO, 2006.

(http://www.who.int/childgrowth/publications/technical_report_pub/en/index.html). Erişim tarihi: 04.06.2014

109.WHO. Waist circumference and waist-hip ratio. Report of a WHO expert consultation. WHO, 2011. Erişim:

(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44583/1/9789241501491_eng.pdf). Erişim tarihi: 04.06.2014

110.Onat A, Hergenc G,Yüksel H.Neck circumference as a measure of central obesity: associations with metabolic syndrome and obstructive sleep apnea syndrome beyond waist circumference. *Clinical Nutrition*, 28(1), 46-51, 2009

111.Garner D, Garfinkel P. The EAT: An index of the symptoms of anorexia. *Psychological Medicine* 9: 273–279, 1979

112.Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine* 12: 871–878, 1982.

113.Güleç M, Yabancı N, Göçgeldi E. Ankara’da iki kız öğrenci yurdunda kalan öğrencilerin beslenme alışkanlıkları. *Gülhane Tıp Dergisi* 50: 102-109, 2008.

114.Vatan İ, Ocakoğlu H, İrgil E. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde sigara içme durumunun değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 8 (1): 43-48, 2009.

115.Erten M. Adıyaman ilinde eğitim gören üniversite öğrencilerinin beslenme bilgilerinin ve alışkanlıklarının araştırılması. Yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi, Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Anabilim Dalı, Ankara, 2006.

116.Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA-2008. Erişim: <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/>. Erişim tarihi: 18/6/2014

117.Filiz K, Demir M. Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokul’unda okuyan öğrencilerin, barınma ve beslenme durumlarının araştırılması. *Gazi Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fak.* 5(2): 225-234, 2004.

118.TUIK. Türkiye İstatistik Kurumu. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13662>. Erişim tarihi: 06.06.2014

119.Yamaner F, Kartal A. İnönü üniversitesi eğitim fakültesi beden eğitimi ve spor bölümü öğrencilerinin serbest zaman faaliyetlerinin değerlendirilmesi. *A.Ü.BESYO, Beden Eğitimi ve Spor Bil. Dergisi*, 3(1): 134-140, 2001.

120.American College Health Association. American College Health Association-National College Health Assessment (ACHA-NCHA) Spring 2004 Reference Group data report (abridged). *J Am Coll Health*. 54(4): 201-11, 2006.

- 121.Orak S, Akgün S, Orhan H. Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının araştırılması. S.D.Ü. Tıp Derg. 13(2): 5-11, 2006.
- 122.Memiş E. Üniversite öğrencilerinde şişmanlık (obezite) durumu ve diyet ürünleri kullanmaları üzerinde bir araştırma. Yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi, Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi Eğitimi Anabilim Dalı, Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Bilim Dalı, Ankara, 2004.
- 123.Mazıçioğlu MM. Türk çocuklarında boyun çevresi referansları, Türkiye Klinikleri J. Pediatr. Sci. 8(4): 48-51, 2012.
- 124.Sertkaya AÇ, Akkaya V, Özbey N. Türk kadınlarında boyun çevresi ile vücut yağ miktarı arasındaki ilişki. İst. Tıp Fak. Mecmuası 67: 1, 2004.
- 125.Korkmaz NH. Uludağ Üniversitesi öğrencilerinin spor yapma ve beslenme alışkanlıklarının incelenmesi. Eğitim Fak. Dergisi 23(2): 399-413, 2010
- 126.Driskell JA, Kim YN, Goebel KJ. Few differences found in the typical eating and physical activity habits of lower-level and upper-level university students. J Am Diet Assoc. 105(5): 798-801, 2005.
- 127.Saygın M, Öngel K, Çalışkan S. Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları. S.D.Ü. Tıp Fak.Derg. 18(2): 43-47. 2011.
- 128.Tanrıverdi D, Savaş E, Gönüllüoğlu N. Lise öğrencilerinin yeme tutumları, yeme davranışları ve benlik saygılarının incelenmesi. Gaziantep Tıp Derg. 17(1): 33-39, 2011.
- 129.Sevindi T, Yılmaz G, İbiş S. Gzi Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu öğrencilerinin beslenme ve kahvaltı alışkanlıklarının değerlendirilmesi. TSA 11:3, 2007.
- 130.Daviy SR, Benes BA, Driskell JA. Sex differences in dieting trends, eating habits, and nutrition beliefs of a group of midwestern college students. J Am Diet Assoc. 106: 1673-1677, 2006.
- 131.Driskell JA, Meckna BR, Scales NE. Differences exist in the eating habits of university men and women at fast-food restaurants. Nutrition Research 26 (10): 524-530, 2006.
- 132.Morse KL, Driskell JA. Observed sex differences in fast-food consumption and nutrition self-assessments and beliefs of college students. Nutr Res. 29(3): 173-9, 2009.

133. Turner, M. 'The mass media and other channels for nutrition information' Proceedings of the Nutrition Society; 43: 211-216, 1984.
134. Babayiğit MA, Oğur R, Tekbaş ÖF. Gen erişkin erkeklerde alkolsüz iecek tüketim alişkanlıklarının ve etki eden faktörlerin araştırılması. Genel Tıp Dergisi 16(4): 161-168, 2006.
135. Driskell JA, Kim YN, Goebel KJ. Few differences found in the typical eating and physical activity habits of lower-level and upper-level university students. J Am Diet Assoc. 105(5): 798-801, 2005.
136. Deshpande S, Basil MD, Basil DZ. Factors influencing healthy eating habits among college students: an application of the health belief model. Health Mark. Quar. 26: 145-164, 2009.
137. Horacek TM, Betts NM. Students cluster into 4 groups according to the factors influencing their dietary intake. J Am Diet Assoc 98: 1464-1467, 1998
138. Marquis M. Exploring convenience orientation as a food motivation for college students living in residence halls. International Journal of Consumer Studies 29 (1): 55-63, 2005
139. Yılmaz İ, Demirci M. Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları. Gıda 6(5): 83-86, 2001.
140. Bixler EO, Vgontzas AN, Tsaoussoglou M. Obesity and Sleep Sleep Disordered Breathing in Children Respiratory Medicine 291-301, 2012.
141. Fogelholm M, Kronholm E, Kukkonen-Harjula K. Sleep-related disturbances and physical inactivity are independently associated with obesity in adults. International Journal of Obesity 31: 1713-1721, 2007.
142. Cauter EV, Knutson KL. Sleep and the epidemic of obesity in children and adults. European Journal of Endocrinology 159: 59-66, 2008.
143. Knutson KL, Cauter EV. Associations between sleep loss and increased risk of obesity and diabetes. Ann.N.Y.Acad.Sci. 1129: 287-304, 2008.
144. Gangwisch JE. Epidemiological evidence for the links between sleep, circadian rhythms and metabolism. Obesity reviews 10(2): 37-45, 2009
145. Demir, BD. Liseye devam eden kız öğrencilerin beslenme alışkanlıkları ve beden algısını etkileyen etmenler. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Ankara, 2006.

- 146.Skemp-Arlt, K.M. ve Mikat, R.P. ‘Body Image Perceptions and Eating Patterns Among Preadolescent Children ‘.Californian Journal of Health Promotion; 5(1): 14-22, 2007.
- 147.Uğur G. Üniversite öğrencilerinde atılganlık ile beden algısı ilişkisi. Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi, Psikoloji Anabilim Dalı, İzmir, 1996.
- 148.Acar ÖT. Kocaeli üniversitesi beden eğitimi Y.O. ve mimarlık mühendislik fak. öğrencilerinde beden algısı ve iyilik halinin beden kitle indeksi ve vücut yağ dağılımı ile ilgisi. Uzmanlık tezi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Kocaeli, 2010.
149. Grace TW. Health Problems of College Students. Journal of American College Health 45(6): 243-250, 1997.
- 150.Racette SB, Deusinger SS, Strube MJ. Weight changes, exercise, and dietary patterns during freshman and sophomore years of college. J Am Coll Health. 53(6): 245-51, 2005.
- 151.Papadaki A, Hondros G, Scott JA. Eating habits of University students living at, or away from home in Greece. Appetite 49: 169-176, 2007.
- 152.Mazıcıoğlu MM, Öztürk A. Üniversite 3 ve 4. Sınıf öğrencilerinde beslenme alışkanlıkları ve bunu etkileyen faktörler. Erciyes Tıp Dergisi 25(4): 172-178, 2003.
- 153.Ayhan DE, Günaydın E, Gönüoçak E. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ve bunları etkileyen faktörler. Uludağ Üni.Tıp Fak.Derg. 38(2): 97-104, 2012.
- 154.Garipağaoğlu M, Eliuz B, Esin K. Tıp fakültesi 1. sınıf öğrencilerinin beslenme durumlarının değerlendirilmesi. İstanbul Tıp Derg 13 (1): 1-8, 2012.
- 155.Garipağaoğlu M, Budak N, Öner N. Üç farklı üniversitede eğitim gören kız öğrencilerin beslenme durumları ve vücut ağırlıklarının değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi 15(3): 173-180, 2006.
- 156.Yağmur C. Çukurova Üniversitesi öğrencilerinin beslenme durumu üzerine bir araştırma. Beslenme ve Diyet Dergisi 24: 238-251, 1995.
- 157.Kılınç FN, Çağdaş D. Sağlık meslek lisesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının, beslenme bilgi düzeylerinin ve vücut bileşimlerinin değerlendirilmesi. Türk Ped Arş 47: 181-8, 2012.

- 158.Hooper L, Summerbell CD, Higgins. Dietary fat intake and Prevention of cardiovascular disease: systematic review. *BMJ* 322: 757-63, 2001.
- 159.Zipfel S, Löwe B, Herzog W. Eating behavior, eating disorders and obesity. *Ther Umsch. Aug;57(8):504-10, 2000.*
- 160.Özgen L, Kınacı B, Arlı M. Ergenlerin yeme tutum ve davranışları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 45(1): 229-247, 2012.
- 161.Kazkonda İ. Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervosa (sağlıklı beslenme takıntısı) belirtilerinin incelenmesi. Yüksek Lisans tezi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2010.
- 162.Aslan SH. Beden imgesi ve yeme davranışı bozuklukları ile medya ilişkisi. *Düşünen Adam Derg.*14(1): 41-47, 2001.
- 163.Orsel S, Canpolat BI, Akdemir A. Diyet yapan ve yapmayan ergenlerin kendilik algısı, beden imajı ve beden kitle indeksi açısından karşılaştırılması. *Türkiye Psikiyatri Dergisi* 15(1): 5-15, 2004.
- 164.İlhan, M.N. ‘Bir Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Olası Yeme Bozukluğu Sıklığı’. *Türkiye’de Psikiyatri* ; 8(3) : 151-155 , 2006.
- 165.Erol A, Toprak G, Yazıcı F. Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğu belirtilerini yordayıcı olarak kontrol odağı ve benlik saygısının karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri* 3: 147-152, 2000.
- 166.Uskun E, Şabaplı A. Lise öğrencilerinin beden algıları ile yeme tutumları arasındaki ilişki. *TAF Prev Med Bull* 12(5): 519-528, 2013.

8. EKLER

EK.1



1993
Baskent Üniversitesi

*Tıp ve Sağlık Bilimleri
Araştırma Kurumu*

Dr. Hakan Özkardeş
Dr. A. Eftal Yücel
Dr. Feride İ. Şahin
Dr. Şule Bulut
Dr. Fuat Büyükdü
Dr. Emine Aksoydan
Dr. Tolga R. Aydas
Dr. Elif Durukan
Dr. Şehinç İltis

Baskent Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dakanlığı
16. Sokak No 11
Etiler/Beşiktaş, 06490
Ankara

Tel : 0312 212 96 63
Faks : 0312 221 17 59

iletisim@baskent.edu.tr

Sayı: 94603339 / 18-050.01.08.01-1145
Konu: Proje onayı

28/11/2013

Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı Başkanlığına,

Bölümünüz öğrencisi Beül Sarıdağ Devrim tarafından yürütülecek olan KA/13/273 nolu "Doğu Anadolu Bölgesinde yaşayan adölesan ve yetişkinlerin beslenme alışkanlıkları ile yeme tutum ve davranışlarının belirlenmesi" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz ve Gelişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 27/11/2013 tarih ve 13/126 sayılı kararı ile uygun görülmüştür. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayımlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ
Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma
Kurumu Başkanı

Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Görüş ve Yönetim" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Baskent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no ...) ve Baskent Üniversitesi Araştırma Fonu'na desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board and Ethics Committee (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.



LT

İşlemlerinizi hızlandırmak için en üstün dahi üzerinden resmi yazışma ve imza gerçekleştirilen her türlü bilgi alışverişinde avasirmas@baskent.edu.tr e-posta adresimizi kullanınız. (Bağlantı- Araştırma Kurulu Sekreteri, İlhan Taşbük).
1

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR

KARAR TARİHİ	KARAR SAYISI	PROJE NO
27/11/2013	13/126	KA13/273

Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Betül Sarıdağ Devran tarafından yürütülecek olan KA13/273 nolu ve "Doğu Anadolu Bölgesinde yaşayan erişkin ve yetişkinlerin beslenme alışkanlıkları ile yeme tutam ve davranışlarının belirlenmesi" başlıklı araştırma projesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelendi ve etik açıdan uygun olduğuna karar verildi.


• Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ


• Prof. Dr. Fuzun ÖNER EYÜBOĞLU


• Prof. Dr. Nurgül DEĞERENT


• Doç. Dr. M. Seyma ERBEK


• Prof. Dr. Aruç PİRAT


• Prof. Dr. Halime B. ZEYNELOĞLU


• Prof. Dr. Neslihan ARHUN


• Öğr. Gör.-Dr. Rıfat V. YILDIRIM

EK-2

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
BESLENME VE DİYETETİK BÖLÜMÜ**

**DOĞU ANADOLU BÖLGESİNDE YAŞAYAN ADÖLESAN VE
YETİŞKİNLERİN BESLENME ALIŞKANLIKLARI İLE YEME TUTUM VE
DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ**

ANKET NO:
ANKETÖR ADI-SOYADI:

TARİH:

1.DEMOGRAFİK BİLGİLER

1.Adı-Soyadı:

2.Yaş: _____ Yıl

3.Boy Uzunluğu: _____ cm, Ağırlık: _____ kg, BKİ: _____ kg/m²
Boyun çevresi _____ cm Bel çevresi _____ cm

4.Medeni Durum: 1)Evli 2)Bekar 3)Dul

5.Öğrenim Durumu: 1)Okur-yazar değil 2)Okur-yazar 3)İlkokul 4)Ortaokul
5)Lise 6)Üniversite
7)Lisans üstü

6.Ek Meslek: 1)Ev hanımı 2)Memur 3)Serbest meslek 4)İşsiz 5)Diğer(_____)

7.Annenin Eğitim Durumu : 1)Okur-yazar değil 2)Okur-yazar 3)İlkokul 4)Ortaokul
5)Lise 6)Üniversite
7)Lisans üstü

8.Babanın Eğitim Durumu : 1)Okur-yazar değil 2)Okur-yazar 3)İlkokul 4)Ortaokul
5)Lise 6)Üniversite
7)Lisans üstü

9.Annenin Mesleği : 1)Ev hanımı 2)Memur 3)Serbest meslek 4)İşsiz 5)Diğer(_____)

10.Babanın Mesleği : 1)Memur 2)Serbest meslek 3)İşsiz 4)Diğer(_____)

11.Sahip olduğunuz kardeş sayısı : 1() 2() 3() Daha fazlası ()

12. Ailenizle birlikte hangi şehirde oturuyorsunuz : _____

2.BESİN SEÇİMİ VE BESLENME ALIŞKANLIKLARI

13.Besinleri tüketiminizde nelere dikkat edersiniz?('X' işareti koyunuz.)

	EVET	HAYIR
Kolay hazırlanabilir olmasına		
Piştirme yöntemine (ızgara,kızartma,buğulama,vb.)		
Ekonomik olmasına		
Doyurucu olmasına		
Lezzetli olmasına		
Subjektif kalite kriterlerine (tat,koku,kıvam,renk,vb.)		
Katkı maddesi içermemesine		
Su içeriğinin yüksek olmasına		
Az yağlı olmasına		
Kalorisi düşük, besleyici değerinin yüksek olmasına		
Besin çeşitliliğini sağlayabilme		

14. Sağlıklı beslenme hakkındaki bilgi kaynaklarınızı işaretleyiniz

- 1)Radyo/televizyon 2)Yazılı basın (gazete, dergi) 3)Sağlık personeli
4)Arkadaşlar/yakın çevre 5)Kitaplar /broşürler
6)Zayıflama merkezleri 7)Aile büyükleri 8) Hepsi 9)Diğer(_____)

15. Günde kaç öğün yemek yersiniz?(_____ana, _____ara)

16.Öğün atlar mısınız? 1.Evet 2. Hayır

17.Cevabınız evetse genellikle hangi öğünü atlırsınız?

1.Sabah () 2.Öğle () 3.Akşam ()

18. Öğün saatleriniz düzenli midir?

Hafta içi: 1.Hayır (sabah: /öğle: / akşam:)

2.Evet (sabah: 08:00 /öğle: 12:00 /akşam:20:00)

Hafta sonu: 1.Hayır (sabah: /öğle: /akşam:)

2.Evet (sabah: 08:00 /öğle: 12:00 /akşam: 20:00)

19. Ne sıklıkla dışarıda yemek yersiniz? 1)Her gün 2)Haftada 2-3 kez 3)Haftada 1 kez

4)Ayda 2-3 kez 5)Ayda 1 kez 6)Hiç yemem

20.Genellikle hangi öğünü dışarıda yersiniz? (not: sadece 1 seçeneği işaretleyiniz.)

1)Kahvaltı 2)Öğle 3)Akşam

21. Dışarıda yemek yediğinizde genellikle ne tür lokantaları tercih edersiniz? (not: sadece 1 seçeneği işaretleyiniz.)

1)Fast-food 2)Ev yemekleri yapan lokantalar

3)Kebapçılar

4)Yöresel yemekler yapan lokantalar 5)Pastaneler

22.Akşam yemekten sonra yeme/içme alışkanlığınız var mı?

1.Evet () 2.Hayır ()

23. Alışkanlığınız varsa ne tür besinler tercih edersiniz. Belirtiniz.

Besin Grupları	
Süt ve türevleri	
Peynir	
Kırmızı et	
Et ürünleri (salam, sucuk vb.)	
Tavuk – hindi	
Balık	
Yumurta	
Kurubaklagiller	
Ekmek	
Pirinç, bulgur, makarna	
Sebzeler	
Meyveler	
Şekerli besinler (bal, pekmez, reçel, şeker vb.)	
Çikolata, gofret, şekerleme	
Tatlılar (sütlü tatlılar, hamur tatlıları)	
İçecekler (gazlı içecekler, meyve suyu, vb.)	
İçecekler (süt, ayran vb)	
İçecekler (çay, kahve vb)	
Poğaç, kek, kurabiye	
Diğer ()	

24. Geceleri kaç saat uyursunuz ? Saat

25. Geceleri kaçta yatarsınız? kaçta kalkarsınız?

3. FİZİKSEL AKTİVİTE

22. Son 7 günde en az 30 dakika bir spor aktivitesine (basketbol, koşu, su topu,tenis,vb.)katıldınız veya egzersiz yaptınız mı?

1)Hayır 2)Evet

23. Son 7 günde kas geliştirici egzersiz yaptınız mı? 1)Hayır 2)Evet

24. Son 7 günde en az 30 dakika yürüyüş yaptınız mı? 1)Hayır 2)Evet

25. Vücut ağırlığınızı nasıl tanımlarsınız? (Uygun gördüğünüz şeklin altındaki rakamı işaretleyiniz.)



(1)



(2)



(3)



(4)



(5)



(6)

4. YEME DAVRANIŞLARI TESTİ (EAT-26)

26. Bu bir test değildir; “doğru” veya “yanlış” yanıt yoktur. İçtenlikle yanıtlamanız önemlidir. Her soruda size uygunluk derecesine karşılık gelen kutunun içerisine “X” işareti koyarak cevaplayınız

	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.						
• Yediklerimin enerji içeriğini bilerek yerim						
• Ekmek, pirinç, patates gibi yüksek karbonhidrat içeren yiyeceklerden özellikle uzak dururum						
• Çevremdekilerin benim daha fazla yememi istediklerini hissederim						
• Yedikten sonra kusarım						
• Yedikten sonra müthiş bir suçluluk hissi duyarım						
• Zihnim daha fazla zayıf olmamı söyler						
• Egzersiz yaparken kalorilerin yandığını düşünürüm						
• Çevremdekiler benim çok zayıf olduğumu düşünür.						
• Aklımda hep vücudum 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						
• Çevremdekilerin 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						
• Yeni çıkmış yüksek kalorili yiyecekleri denemekten çok hoşlanırım						
• Yedikten sonra kusma dürtüsü hissedirim						