

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BESLENME VE DİYETETİK ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN YEME TUTUM VE
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ
SAPTANMASI

Burcu AKGÜL

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Funda ŞENSOY

İSTANBUL, 2017

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BESLENME VE DİYETETİK ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN YEME TUTUM VE
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ
SAPTANMASI

Burcu AKGÜL
164006031

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Funda ŞENSOY

İSTANBUL, 2017

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ


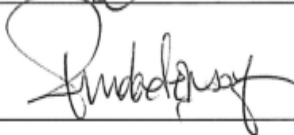

Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Burcu Akgül Öğrenci No : 164006031
Anabilim/Bilim Dalı : Beslenme ve Diyetetik Tez Savunma Tarihi : 18.10.2017
Danışman : Yrd. Doç. Dr. Funda Şensoy Tez Savunma Saati : 09:00

Tez Konusu : Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutum ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Saptanması

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 28.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin Kabulü ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Prof. Dr. M. Emel Alphan	Kabul	
Yrd. Doç. Dr. Funda Şensoy	Kabul	
Yrd. Doç. Dr. Havvanur Yoldaş İlktaç (Medipol Üniversitesi)	Kabul.	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Akman		
Yrd. Doç. Dr. Pınar Sökülmez Kaya		

ÖZET

Bu çalışma, üniversite öğrencilerinin yeme tutum ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının saptanması ve yeme tutumu oluşturan faktörlerin tespit edilmesi amacıyla yapılmıştır.

Çalışma, Haziran 2017 - Ekim 2017 tarihleri arasında İstanbul'da özel bir üniversitedeki Sağlık Bilimleri Fakültesi beslenme ve diyetetik (140), hemşirelik (36), çocuk gelişimi (47), fizyoterapi ve rehabilitasyon (87), sağlık yönetimi (29) bölümlerinde öğrenim gören 339 sağlıklı katılımcı üzerinde yürütülmüştür. Araştırma verileri, katılımcıların demografik ve kişisel özelliklerinin değerlendirildiği sosyo-demografik veri formu, Yeme Tutumu Testi (YTT) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) ölçeği kullanılarak, yüz yüze anket uygulanarak toplanmıştır.

Bireylerin yaş ortalaması $21,57 \pm 2,45$ yıl, Beden Kütle İndeksi (BKİ) değerlerinin ortalaması $22,05 \pm 3,80$ kg/m^2 olarak bulunmuştur. Katılımcıların okudukları bölüm ile beden kütle indeksi sınıflaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çalışmaya katılan kadınların %12,3'ü; çalışmaya katılan erkeklerin %6,4'ü yeme tutum bozukluğuna sahipken; kadınların %87,7'sinde, erkeklerin %93,6'sında yeme bozukluğu saptanmamıştır. Bireylerin YTT puanlarına göre sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p: 0,012$). YTT puanlarına göre fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,001$). YTT puanlarına göre beslenme alt ölçek puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p: 0,001$). Katılımcıların yeme tutum puanlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ortalamaları bakımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Anahtar Kelimeler: Yeme tutumu ve davranışı, Sağlıklı yaşam biçimi davranışları

ABSTRACT

DETERMINATION OF EATING ATTITUDES AND HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS OF UNIVERSITY STUDENTS

This research was carried out to determine eating attitudes and healthy lifestyle behaviors of university students and to determine the eating attitude factors.

The study was carried out between June 2017 and October 2017 at a private university Health Sciences Faculty in Istanbul in the departments of nutrition and dietetics (140), nursing (36), child development (47), physiotherapy and rehabilitation (87) and it was carried out on 339 healthy individuals. The research data were collected by applying a face-to-face questionnaire and using the socio-demographic data form, the Eating Attitudes Test (EAT), and the Healthy Lifestyle Behaviors (SDBD) scale in which participants' demographic and personal characteristics were assessed.

The average age of the individuals was found to be 21.57 ± 2.45 years and Body Mass Index (BMI) values was found to be 22.05 ± 3.80 kg / m². There was a statistically significant relationship between the body mass index classification and the individual's university departments. While 12.3% of the women participating in the study; 6.4% of the men who participated in the study had an eating disorder; 87.7% of the women and 93.6% of the men did not have any eating disorders. A statistically significant difference was found in terms of average scores of health responsibility subscale scores according to the eating attitude test scores of the individuals (p: 0.012). A statistically significant difference was found in the average of physical activity subscale scores according to Eating Attitude Test scores (p <0.001). There was a statistically significant difference in nutrition subscale scores according to Eating Attitude Test scores (p: 0.001). There was a statistically significant difference between the participants' eating attitude scores in terms of healthy lifestyle behaviors scale total point averages.

Keywords: Eating attitude and behaviour, Healthy lifestyle behaviors

ÖNSÖZ

Çalışmam süresince tez danışmanlığımı üstlenerek tez konumun belirlenmesi, çalışmamın planlanması, yürütülmesi ve gerekli izinlerin alınmasında bana yardımcı olan ve her zaman destek veren tez danışmanım Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğretim üyelerinden Sayın Yrd. Doç. Dr. Funda ŞENSOY'a,

Çalışmamın sonuçlandırılmasında bana yol gösteren, her türlü bilimsel, manevi desteğini ve anlayışını benden esirgemeyen Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölüm Başkanı Sayın Prof. Dr. M. Emel ALPHAN'a,

Hayatımın her anında bana sabırla moral veren, her zaman yanımda olan, en büyük şansım olduklarına inandığım ailem; canım annem Perrin AKGÜL, canım babam Turgay AKGÜL ve tezi yazmaya başladığım gün doğan güzel yeğenim Çınar'a,

Anlayışı, sabrı, yardımlarıyla beni her zaman motive eden Hakan USLU'ya,

Sıkılmadan tüm sorularıma cevap veren başarılı çalışma arkadaşlarım Uzm. Fzt. Begüm SARIPINARLI ve Uzm. Dyt. Burcu ATEŞ ÖZCAN' a,

Sonsuz teşekkür ederim...

Burcu AKGÜL

BEYAN

Bu çalışma kendi tez çalışmam olup, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar çerçevesinde kullandığımı; yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da tezimde gösterdiğimi; herhangi bir patent ve telif hakkını ihlal eden bir davranışım olmadığını beyan ederim.



Burcu AKGÜL

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
ÖNSÖZ.....	iv
BEYAN.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	viii
SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ.....	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Sağlık.....	3
2.1.1. Sağlık Kavramı.....	3
2.1.2. Sağlık Davranışı.....	4
2.1.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	5
2.1.3.1. Beslenme.....	6
2.1.3.2. Fiziksel Aktivite.....	8
2.1.3.3. Stres Yönetimi.....	10
2.1.3.4. Kendini Gerçekleştirme.....	11
2.1.3.5. Kişiler Arası Destek.....	12
2.1.3.6. Sağlık Sorumluluğu.....	13
2.1.4. Üniversite Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Önemi.....	14
2.1.5. Sağlıksız Yaşam Biçimi Davranışlarının Sonuçları.....	14
2.2. Yeme Tutumu.....	15
2.2.1. Tanımı.....	15
2.2.2. Yeme Tutumunun Oluşmasında Etkili Faktörler.....	17
2.2.2.1. Aile İle İlişkili Faktörler.....	17
2.2.2.2. Genetik ile İlişkili Faktörler.....	19
2.2.2.3. Çevre ile İlişkili Faktörler.....	19
2.2.2.4. Birey ile İlişkili Faktörler.....	20

2.2.3.	Yeme Tutumunun Diğer Faktörlerle İlişkisi.....	21
2.2.3.1.	Yeme Tutumu ve Depresyon.....	21
2.2.3.2.	Yeme Tutumu ve Stres.....	22
3.	GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	24
3.1.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	24
3.2.	Araştırmanın Tipi.....	24
3.3.	Araştırmanın Evren ve Örnekleme.....	24
3.4.	Veri Toplama Araçları.....	25
3.4.1.	Anket Formu.....	25
3.4.1.1.	Sosyo- demografik Veri Formu.....	25
3.4.1.2.	Yeme Tutum Testi (YTT).....	25
3.4.1.3.	Sağlıklı Yaşam Biçimi Ölçeği- II (SYBD-II).....	26
3.5.	Araştırma Değişkenleri.....	26
3.6.	Verilerin İstatiksel Olarak Değerlendirilmesi.....	26
3.7.	Araştırmanın Sınırlılıkları.....	27
3.8.	Araştırmanın Etik İlkeleri.....	27
4.	BULGULAR.....	28
5.	TARTIŞMA.....	76
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	87
6.1.	Sonuçlar.....	87
6.2.	Öneriler.....	88
	KAYNAKÇA.....	90
	EKLER.....	103

TABLolar LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri.....	28
Tablo 2. Bireylerin Cinsiyete Göre Sigara ve Alkol Alışkanlıkları Dağılımı.....	30
Tablo 3. Bireylerin Okudukları Bölüme Göre Sigara ve Alkol Alışkanlıkları Dağılımı.....	31
Tablo 4. Bireylerin Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi.....	33
Tablo 5. Bireylerin Cinsiyete Göre Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi.....	34
Tablo 6. Bireylerin Okudukları Bölüme Göre Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi.....	35
Tablo 7. Bireylerin Beden Kütle İndeksi Sınıflamasına Göre Dağılımları.....	38
Tablo 8. Bireylerin Cinsiyete Göre Beden Kütle İndeksi Sınıflamasına Göre Dağılımı.....	39
Tablo 9. Bireylerin Okudukları Bölüm ve BKİ Sınıflamasına Göre Dağılımları.....	40
Tablo 10. Bireylerin Yaşadıkları Yere Göre Beden Kütle İndeksi Sınıflaması.....	42
Tablo 11. Yeme Tutumu Testi Sonuçları.....	43
Tablo 12. Bireylerin Cinsiyete Göre YTT Puanı ≥ 30 Olanlar İle < 30 Olanların Değerlendirilmesi.....	46
Tablo 13. YTT Puanı < 30 Ortalamalarının Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi.....	46
Tablo 14. Bireylerin Okudukları Bölüme Göre YTT Puanı ≥ 30 Olanlar İle < 30 Olanların Değerlendirilmesi.....	47
Tablo 15. YTT Puanı < 30 Ortalamalarının Okudukları Bölüme Göre Değerlendirilmesi.....	49
Tablo 16. Bireylerin BKİ Değerlerine Göre YTT Puanlarının Değerlendirilmesi.....	50
Tablo 17. Bireylerin YTT Puanı < 30 Ortalamalarının BKİ Sınıflamasına Göre Değerlendirilmesi.....	51

Tablo 18. Bireylerin Yaşadıkları Yere Göre YTT Puanlarının Değerlendirilmesi.....	52
Tablo 19. Bireylerin YTT Puanı <30 Ortalamalarının Yaşadıkları Yere Göre Değerlendirilmesi.....	53
Tablo 20. Bireylerin “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği I” Puanları Sonuçları.....	54
Tablo21. Bireylerin SYBD Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı.....	58
Tablo 22. Bireylerin Cinsiyete Göre SYBD-II Ölçeği Alt Boyutları Puanları Dağılımı.....	59
Tablo 23. Bireylerin Okudukları Bölüme Göre SYBD-II Ölçeği Alt Boyutları Puanları Dağılımı.....	61
Tablo 24. Bireylerin Beden Kitle İndeksine Göre SYBD-II Ölçeği Alt Boyutları Puanları Dağılımı.....	65
Tablo25. Bireylerin Yaşadıkları Yere Göre SYBD-II Ölçeği Alt Boyutları Puanları Dağılımı.....	68
Tablo26. Bireylerin YTT Puanlarının İle SYDB- II Ölçeği Alt Boyutları Puanları Dağılımı.....	70
Tablo 27. YTT \geq30 Olan Bireylerin BKİ Sınıflaması ve SYBD Ölçeğine Göre Değerlendirilmesi.....	72
Tablo 28. YTT \geq30 Olan Bireylerin Cinsiyet ve SYBD Ölçeğine Göre Değerlendirilmesi.....	74

SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

SYBD: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

DM: Diabetes Mellitus

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

PB: Panik Bozukluk

YTT: Yeme Tutum Testi

SYBD-II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları -II Ölçeği

BKİ: Beden Kütle İndeksi

IDF: Uluslararası Diyabet Birliği

KVH: Kardiyovasküler Hastalıklar

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği

SD: Standart Sapma

Min: Minimum

Max: Maximum

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre sağlık tanımı; bedensel, zihinsel ve sosyal refahın tam anlamıyla geliştiği, hastalığın veya zayıflığın bulunmadığı bir durumdur. DSÖ sağlığın, hastalıktan ve hastalığın olmamasından çok daha fazlası olduğunu savunmaktadır. Sağlık, bir organizmanın işlevsel etkinliğini veya sağlamlığını kapsayan bir terimdir. Genellikle fiziksel ve zihinsel duruma uygulanır, ancak çevre ve halk sağlığı durumunu tanımlamak için sosyal bağlamda da kullanılmaktadır. Bir ulusun gelişmişlik düzeyi, vatandaşlarının beden, zihin ve ruh sağlığı düzeylerinin ölçüsü tarafından belirlenmektedir. Sağlık belirleyicileri; yaşam tarzını, çevresel faktörleri, biyomedikal yönleri ve genetik yönü içermektedir (1).

Sağlık davranışı belirleyicilerinden en önemlisi yaşam tarzı değişikliğidir. Yaşam tarzı değişikliği sağlık hedefine ulaşmanın ilk seçeneği olarak düşünülmektedir. Davranışsal ağırlık kontrolü olarak da adlandırılan yaşam tarzı değişikliği; diyet - beslenme, egzersiz ve davranış terapisi olmak üzere 3 ana bileşenden oluşmaktadır (2).

Beslenme, bireyin sağlıklı bir şekilde hayatını devam ettirebilmesi, gelişmesi için gerekli olan besin öğelerini vücuduna almasıdır. Her bireyin ihtiyacı olan besin öğelerini, gereksiniminden az ya da fazla alması sağlığı olumsuz etkilemektedir (3). Beslenme ve sağlık birbirinin tamamlayıcısıdır. Hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve sağlığın geliştirilmesinde, beslenmenin önemi vurgulandıkça toplumda konuyla ilgili farkındalık artmaktadır (4). Bireylerin besinleri seçiminde psikolojik, ekonomik ve sosyo-kültürel etmenler rol oynamaktadır. Yapılan bir araştırma, besin seçimi sırasında algıyı değiştirebilecek en az dört ana eşzamanlı bağlam etkisi olduğunu ortaya koymaktadır. Bunlar; yemeğin bileşen olarak işlevi, tüketim sırasında sosyal etkileşim, yiyecek seçimi ve tüketildiği ortam, besini seçim özgürlüğü şeklinde sıralanabilir (5). Besin seçimi ve diyet faktörü arasında bireylerin şişmanlık kaygısından da söz edilmektedir.

Kaygı, Freud tarafından fizyolojik uyarılma eşliğinde, gerginlik ve endişe duyguları içeren bir "duygu hissi" olarak tanımlanmıştır (6). Şişmanlık kaygısı ise bireylerin beden algılarına ithafen, hayatlarına uyarlamak istedikleri beden imajı dürtüsünün kişiyi endişelendirmesidir.

Bir çalışmada obez çocukların ağırlıklarıyla ilgili endişelerini dile getirme, yemeklerini kısıtlama ve vücut görüntüsünden ortalama ağırlıklı çocuklara göre daha fazla memnuniyetsizlik gösterme durumu önemli derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca kız çocuklarında bahsedilen davranışlar, erkeklerden daha fazla görülmüştür (7). Bir başka çalışmada ise subklinik şişmanlık kaygıları yaygınlık oranları, tanı konan yeme bozukluklarından daha fazla olduğunu göstermektedir (8). şişmanlık kaygısı ile gelen zayıflık ile uğraş; genç bireylerdeki beden algısıyla birleşerek yeme tutumunu etkileyebilmektedir. Psikososyal faktörler açısından kilo ile ilgili dalga geçilme, dış görünüm ile ilgili kıyaslamalar ve zayıf olmak ile ilgili sosyal baskı etiyolojik açıdan her iki cinsiyette de bozulmuş yeme tutumuna neden olabilmektedir (9).

Erikson'un Psikososyal Gelişim Kuramı'na göre "yakınlığa karşın yalıtılmış" döneminde olan 17-30 yaş arası üniversite öğrencilerinin görev ve sorumluluk yükleyen ilişkilerden kaçtığı düşünölmektedir. Bu bağlamda bu çalışma özel bir üniversitedeki Sağlık Bilimleri Faköltesi'nde eğitim gören bireylerin yeme tutum ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının saptanması amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık

2.1.1. Sağlık Kavramı

DSÖ, sağlığı yalnızca hastalık veya sakatlığın olmadığı bir durum olarak değil, aynı zamanda fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak iyi olma hali olarak tanımlamaktadır (10). Günümüz sağlık anlayışı; birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını öngörmektedir. Bu anlayış; bireyin iyilik halini koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek davranışlar kazanması ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasını sağlamak üzerine dayandırılmıştır (11). Sağlık kavramı birçok farklı alanda başka anlamlarda da yorumlanabilir.

Biyolojik açıdan sağlık; vücudun her hücresinin en yüksek düzeyde işlev görmesi ve hücreler arasında tam bir uyumun olmasıdır.

Sosyolojik açıdan sağlık; bireyin kendisinden beklenen rol ve sorumlulukları yerine getirebilmesi, çevresi ile olumlu ilişkiler kurabilmesidir.

Psikolojik açıdan sağlık; bireyin beklenmedik bir durumla karşılaşması halinde yaşadığı duyguları ve geliştirdiği başa çıkma yöntemleriyle duruma ve çevresine uyum sağlayabilmesidir (12).

Subjektif açıdan sağlık, bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden kendi durumunu algılaması halidir. Bu bakış açısına göre birey, hasta olmadığı halde kendini hasta ya da hasta olduğu halde kendini sağlıklı algılayabilir. Bu nedenle bireyin subjektif sağlık algılayışının bilinmesi gereklidir (13).

Objektif açıdan sağlık ise; doktor tarafından muayene edildikten sonra alınan tanının ve adı konulan hastalığın ya da bozukluğun olmamasıdır. (14).

Görüldüğü gibi birçok tanımı olan sağlığın doğuştan gelmesi de oldukça önemlidir. Var olan sağlığın sürekliliğini sağlamak, hatta sağlığı geliştirmek öncelikli hedeflerden değildir. Bu durumda “sağlığı geliştirme” kavramından bahsedilmektedir (15).

DSÖ'nün tanımına göre sağlığı geliştirme, insanların kendi kontrollerini arttırma, bireysel ve sosyal sorumluluklarını geliştirmeyi amaçlayan bir süreçtir. Bir başka deyişle sağlığı geliştirme; bireyin hastalık riskini azaltacak ve iyilik durumunu ilerletecek davranışları kazanması ve sürdürmesi için eğitimsel, sosyal ve çevresel kaynaklarının harekete geçirilmesidir (16). Sağlığın geliştirilmesinde; bireylerin sağlıklı beslenmesi, düzenli egzersiz yapması, kişiler arası ilişkilerinde uyumlu olması, dinlenme ve rahatlama gibi uygulamalarla kendine zaman ayırma alışkanlığını kazanması amaçlanmaktadır (13). Tüm bu amaçlar için de kişinin sağlık davranışlarının tahlili ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönlendirilmesi gerekmektedir.

2.1.2. Sağlık Davranışı

Sağlık davranışı, hasta bireylerin sağlıklı olmaya ve sağlıklı bireylerin ise hastalıkları önlemeye yönelik herhangi bir etkinlik veya davranış olarak ifade edilir (17). Kişilerin sağlık hakkındaki algılama ve tutumları sağlık davranışları ile yakından ilişkilidir ve özellikle koruyucu hekimlik açasından önemlidir. Sağlık algılamaları psikolojik olarak kişinin koruyucu davranışlarda bulunmaya ne ölçüde açık olduğunu gösterir. Kişilerin sağlığı koruma yönündeki davranışları ve sağlık sorunları yaşadığında yaptıkları, genel olarak "sağlık davranışı" terimi ile ifade edilmektedir (18).

Son yıllarda "sağlık davranışı" kavramı araştırmacılar arasında daha da önem kazanmıştır. Sürekli olarak incelenen sağlık davranışları arasında; sağlıklı bir diyet uygulaması, düzenli egzersizler, alkol tüketiminin en aza indirilmesi ve sigaranın bırakılması yer almaktadır. Sağlık davranışı ve sürdürülebilir sağlık bilgisi ile ilgili çok az çalışma yapılmıştır (19).

Sağlıklı yaşam davranışları teorilerinin birçoğu, toplumdaki bireylerin riskli davranışlarının bileşenlerine odaklandığından toplumun sağlıklı davranış kalıpları hakkında, sınırlı bir fikir sunmaktadır. Bunu doğrular nitelikte yapılan bir araştırmada, sadece riskli davranışların bileşenlerine odaklanmayan teori ve müdahalelerin, daha büyük ve daha kalıcı davranış değişiklikleri yaratma stratejisi olduğu sonucuna varılmıştır (20). En geniş anlamda, sağlık davranışı; sosyal değişim, politika geliştirme ve uygulama, geliştirilmiş başa çıkma becerileri ve yaşam kalitesinin artırılması da dahil olmak üzere; bireylerin, grupların ve organizasyonların belirleyicilerini, eylemlerini ve sonuçlarını belirtir.

Dolayısıyla yapılan araştırmalar sonucunda sağlık davranışını değerlendirirken bütüncül yaklaşmak, sağlık hizmetlerini doğru yönlendirmek açısından oldukça önemli olmaktadır (21).

Davranışsal faktörlerden özellikle tütün kullanımı, diyet ve aktivite kalıpları, alkol tüketimi, cinsel davranış ve önlenbilir yaralanmalar mortaliteye en fazla katkıda bulunan unsurlar arasındadır (22).

Sağlıklı davranış edinimlerinin, günlük yaşama yerleştirilmesi; bireylerin gündelik alışkanlıklarıyla entegre edilmesiyle gerçekleşmektedir. Bu yeni sağlıklı davranışların günlük yaşama aktarılması; başlangıçta hedefe yönelik fazla çaba ve kararlılık ile alışılmış hale gelebilmektedir (23).

2.1.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Geçmişte tıp ve sağlık hizmetlerindeki gelişmeye bakıldığında, toplumlarda önce hastalananların iyileştirilmeye çalışıldığı, daha sonra da hastalıktan korunma yolları arandığı görülmektedir. Tüm çabalar insanı olabildiğince sağlıklı yaşatma amacına yöneliktir (23). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD), insanı sağlıklı kılabilmek adına yapılan davranışların bütünüdür. Bu bağlamda sağlıklı yaşam biçimi, olumlu sağlık alışkanlıklarını ve kişinin doğuştan gelen sağlığını korumasını da içermektedir. Sağlığın geliştirilebilir bir faktör olması, sağlık hizmetlerinin gelişmesine ve bunun sonucunda insanları birtakım eylemler yapmaya yöneltmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, bireylerin sağlıklı olmaları, sağlığını korumaları ve hastalıklardan korunmaları için inandıkları ve benimsedikleri tüm davranışlar olarak tanımlanmaktadır (17).

Ülkemizde yapılan bir araştırmada trigliserid ortalaması erkeklerde kadınlara göre daha yüksektir ve trigliserid için 200mg/dl ve üzeri değerlerin kardiyovasküler hastalıklar (KVH) için riskli kabul edildiği durumda erkeklerin yüzde 21'i kadınların yüzde 12'si riskli değerlere sahiptir (24). Bu veriler göz önüne alındığında ülkemiz trigliserid oranlarının riskli düzeyin altına indirilmesi için yapılan her türlü eylem, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını destekler niteliktedir.

Sağlıklı yaşam davranışlarını etkileyen önemli etkenlerden bir diğeri de kişinin sağlık bilincidir. Sağlık yaşam biçimi davranışları; sağlıklı, stres azaltıcı davranışları nelerin oluşturduğuna ilişkin; bilgi ve normlardan kaynaklanan, davranış kalıplarını organize eden, geniş ve potansiyel olarak gözlemlenemeyen yönelimlerdir (25).

Sağlıklı olma algısı ve tutumu yönünden değerlendirilen kişinin, yaşadığı toplumdaki sağlık inancı, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemektedir. Sağlık yaşam biçimi teori ve modelleri, sağlık davranışları ile ilgili bireysel tercihleri sınırlayan sosyal, kültürel ve ekonomik güçlerden etkilendiğini vurgulamaktadır (26). Bireylerin sağlık ile ilgili kararlar almalarını ve tıbbi yönergelere uymalarını etkileyen sosyo-demografik faktörlerin etkisini doğrulayan çalışmalar vardır (27). Ayrıca okullarda verilen sağlık eğitimlerinin de, sağlık bilincini geliştirdiği, sağlık üzerine planlanan ülke politikalarını yönlendirme açısından oldukça önemlidir.

Yapılan çalışmalar, ölümlerle sonuçlanan hastalıkların yarısında sağlığa zarar veren davranışların rol oynadığını göstermektedir. Bu durum hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde en önemli etken olan sağlıklı yaşam biçiminin önemini ortaya çıkarmaktadır (28).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutları; yeterli ve dengeli beslenme, düzenli egzersiz yapma, stres yönetimi, kendini gerçekleştirme, kişiler arası destek ve bireyin sağlık sorumluluğu almasıdır.

2.1.3.1. Beslenme

Beslenme; sağlığı korumak, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarda ve uygun zamanda almak için bilinçli yapılması gereken bir eylemdir. Vücudun fonksiyonlarını yerine getirebilmesi için beslenme şarttır. Vücudun büyümesi, yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan enerji ve besin öğelerinin her birinin yeterli miktarlarda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılması durumu "Yeterli ve Dengeli Beslenme" olarak açıklanır (29).

Yeterli ve dengeli beslenme kişiye özgüdür. Her bireyin diyet ihtiyacı farklıdır. Bununla birlikte bilinçli yapılan "yeterli ve dengeli beslenme" kavramı sağlık bilinciyle doğru orantılıdır. Yetersiz ve dengesiz beslenme, bireyin ve bu bireylerden oluşan toplumun, sağlık düzeyini düşüren en önemli etmenlerdendir (30).

Beslenme, yaşamın her döneminde sağlığın temelini oluşturur. Sağlıklı beslenmede diyetin öncelikli görevi, metabolik gereksinimleri karşılayan ve vücudun çalışması için gerekli enerji ve besin öğelerini yeterli miktarda sağlamaktır (31).

Besin öğeleri makro ve mikro besin öğeleri olmak üzere iki gruba ayrılır. Makro besin öğeleri proteinler, yağlar, karbonhidratlardır. Mikro besin öğeleri ise, vitamin ve minerallerdir. Ülkemizin besin üretimi ve beslenme durumu dikkate alınarak, günlük alınması gereken temel besinlerin planlanmasında dört besin grubu kullanılmaktadır. Sağlıklı beslenmede önemli 4 besin grubu vardır;

- 1- **Süt ve Süt ürünleri Grubu:** Bu grupta yer alan başlıca besinler süt, yoğurt ve peynirdir. Süt grubu besinler protein, kalsiyum, B2 vitamini (riboflavin) ve B12 vitamini başta olmak üzere birçok besin öğesinin önemli kaynağıdır. Süt grubu besinlerde bulunan kalsiyum, diğer besin kaynaklarına göre vücut tarafından daha iyi kullanılır.
- 2- **Et, Yumurta, Kurubaklagil Grubu:** Bu grupta et, tavuk, balık, yumurta, kuru fasulye, nohut, mercimek gibi besinler bulunur. Ceviz, fındık, fıstık, badem gibi yağlı tohumlar da bu grupta yer alır. Yağlı tohumlar diğer besinlere göre fazla yağ içerdiklerinden tüketim miktarlarına dikkat etmek gerekir. Bu gruptaki besinler protein, demir, çinko, fosfor, magnezyum gibi mineraller, B₆, B₁₂, B₁ ve A vitaminleri ile posa açısından zengindir.
- 3- **Sebze ve Meyve Grubu:** Sebze ve meyveler folik asit, A vitamininin ön ögesi olan beta-karoten, lükopen, lutein E, C, K, B₂ ve B₆ vitaminleri, kalsiyum, potasyum, magnezyum, posa ve diğer antioksidan özelliğe sahip bileşiklerden zengindir. Sebze ve meyvelerin sodyum içeriği düşük, potasyum içeriği ise yüksektir. Sebze ve meyvelerin içerisinde bulunan C vitamini, diyetle alınan demirin vücutta kullanılabilirliğini artırır.
- 4- **Ekmek ve Tahıl Grubu:** Buğday, pirinç, mısır, çavdar ve yulaf gibi tahıl taneleri ve bunlardan yapılan un, bulgur, yarma, gevrek ve benzeri ürünler bu grup içinde yer alır. Tahıl ve tahıl ürünleri özellikle karbonhidratlar (nişasta, lif), vitaminler, mineraller ve diğer besin öğelerini içerir. Bu grup besinlerin önemli kısmı karbonhidrattır. Bu nedenle de tahıllar vücudun temel enerji kaynağıdır (32).

Bebeklik döneminden erişkinliğe kadar sağlıklı bir diyet; kronik hastalıkların önlenmesinde ve daha yüksek yaşam kalitesinin geliştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır (33). Bireylerin besin seçimi ve tüketimini etkileyen en önemli faktörlerin başında sosyoekonomik durum gelmektedir. Ancak bireylerin besin gereksinimi sosyal statüsüne göre değişmez. Besin gereksinimindeki farklılıkların belirleyicileri; yaş, cinsiyet, fiziksel aktivite, hastalık varlığı ve bireyin genetik yapısıdır (34). Örnek olarak koroner kalp hastalığı, kanser gibi kronik dejeneratif hastalıkların gelişiminde besin bileşenlerinin rolü günümüz araştırmalarının ana hedeflerindedir. Ayrıca bireyler besin tercihlerinin, sağlıksız olabileceği konusunda uyarılmış olsalar bile; bu uyarıya rağmen neden hala tüketmeye devam ettikleri de araştırılmaktadır (35). Besin seçimi nedenlerini araştıran birçok çalışmada; bireylerin besin seçimlerinin, tat duyusu, iştah kavramının gelişimi, hatta bebeklik döneminde anne-bebek bağlanmasına dayalı farklılaşabileceği vurgulanmıştır. Bireylerin besin tercihleri psikoloji, antropoloji, sosyoloji gibi birçok bilim dalıyla da örtüşmektedir.

Sağlıklı beslenmenin sürdürülebilirliği; çevrenin değişmesiyle birlikte bireyin belirli eylemleri sürdürme çabasına tehdit oluşturabilmektedir. Sağlıklı beslenme alışkanlığının belirleyicileri hakkında netlik kazanmak, daha sağlıklı davranışları ve iyileştirilmiş sağlık sonuçlarını desteklemek için özellikle önemlidir. (36)

Sağlıklı beslenme; bulaşıcı olmayan birçok hastalığa karşı kendini korumanın önemli bir parçası olarak vurgulanmaktadır. Sağlıklı beslenme kavramı her insan için farklıdır; çocuklarda beslenme, gelişme ve büyüme sağlarken; yetişkinlerde beslenme, mevcut sağlık durumunu korumaya, hastalıkları önlemeye ve var olan kompleks hastalıklarda tedaviyi amaçlamaktadır.

2.1.3.2. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, artan enerji tüketimiyle sonuçlanan, iskelet kasları tarafından üretilen, istemli hareketler olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel aktivite günlük yaşamın bir parçası olarak yapılan aktiviteleri içerir (37). Bireylerin çocukluk ve gençlik yıllarında var olan düzenli fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının saptanması, olumsuz olanların düzeltilmeye çalışılması, bireyin erişkin yıllarındaki sağlık sorunlarının önlenmesi açısından önemlidir (38).

DSÖ'nün verilerine göre genellikle 18 yaş ve üzerindeki yetişkinlerin yaklaşık %23'ü 2010'da fiziksel olarak yeteri kadar aktif olmamakla birlikte (erkeklerin %20'si ve kadınların %27'si), düşük gelirli ülkelerdeki erkeklerin %12'si ve kadınların %24'ü, yüksek gelirli ülkelerdeki erkeklerin %26'sı ve kadınların %35'i düşük fiziksel aktiviteye sahiptir. Fiziksel aktivitedeki düşüş kısmen boş zamanlardaki eylemsizlikten, iş yerinde ve evdeki hareketsiz yaşam tarzından kaynaklanmaktadır. Aynı şekilde, "pasif" ulaşım yöntemlerinin kullanımındaki artış da yetersiz fiziksel aktiviteye katkıda bulunmaktadır (39). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması Raporu'na göre (2010), 19-30 yaş arası bireylerin %72,5'sinin hiç egzersiz yapmadığı ortaya çıkmıştır (40).

Birçok ülkede fiziksel aktivitenin düzenli ve yeterli bir düzeyde yapılamaması önemli bir sorundur. Fiziksel aktivite yetersizliği, koroner arter hastalığı ve düşük sosyoekonomik düzeyden etkilenen diğer hastalıkların da prevalansını artırmaktadır (41).

Düzenli fiziksel aktivitenin sağlık üzerine yararlı etkileri, egzersiz süre ve şiddeti ile ilişkilidir. Düzenli egzersiz, vücudun fiziksel olarak uygun hale gelmesinde önemli bir etkidir. Fiziksel uygunluk yaşamın uzun olmasına iki yönden katkıda bulunur. Birincisi; fizik kondisyon ve kilo kontrolü kalp damar sistemi hastalıkları riskini ileri derecede azaltır. İkincisi; kondisyonlu insanın hastalandığında yararlanabileceği (yaşamı koruyucu) vücut rezervi daha fazladır (42).

Düzenli olarak yapılan fiziksel aktivite, bireylerin dolaşım, solunum, iskelet ve boşaltım sistemlerini desteklemektedir. Buna ek olarak, sosyal ve duygusal gelişim üzerinde de etkisi göz ardı edilemez. Özellikle yetişkin bireylerin haftada en az toplam 150 dakika orta şiddette ya da 75 dakika yüksek şiddette fiziksel aktivite yapmaları ve haftada en az iki-üç defa tüm kas gruplarına yönelik egzersiz yapmaları önerilmektedir (43).

2.1.3.3. Stres Yönetimi

Stres, genellikle stres yaratıcı olarak adlandırılan bir uyarıcı veya fizyolojik uyarılma sonucu olumsuz etkiye, özellikle kaygıya, karakterize bir yanıt olarak tanımlanmaktadır (44).

Bireylerin belirli şartlar altında, çevresel stres koşullarına nasıl tepki vereceğine dair herhangi bir teori bulunmamaktadır (45). Stres, bireylerin yaşadığı olaylara verdiği kısa süreli tepkiler olabildiği gibi; ilişki problemler, yakın çevrede birinin ölümü veya diğer ciddi durumlarda uzun sürebilmektedir.

Stres, bazen bireyi motive eden olumlu bir güçken çoğu kez bireyi negatif yönde etkilemektedir (46). Zihnen ve bedenen hissedilen stres; genellikle hormonlarla yönetilen, otomatik yanıtı olup; bireylerde genetik olarak nesillerce taşınmaktadır. Stres süresi ne kadar uzarsa, zihin ve beden için yıpratıcılığı da o kadar artar. Kronik stres; stresle baş etmede aşırı yeme, sigara içme ve diğer kötü alışkanlıkları tetikleyebildiği gibi sonucunda kronik hastalıklara da neden olabilmektedir (47). Yapılan bir çalışmada depresyonu olan düşük gelirli bireylerdeki kronik stres artmış kardiyovasküler riskle ilişkilendirilmiştir (48).

Stresin temelinde bireyin algı ve deneyimlerini değerlendirmesinin yattığını, deneyimlerine anlam veriş, değerlendiriş ve yönlendirişinin stresi azaltma ya da çoğaltmada temel etken olduğunu söylenmektedir. Bu bağlamda, bireyin koruyucu sağlık davranışı kazanmasının stresle başa çıkma becerilerini geliştirmesiyle ilişkili olduğunu öngörülebilir (49).

Stres yönetimi; bireyin stresli durum ile karşılaştığında kendi kendince ürettiği ve çevresinden gelen taleplerin üstesinden gelebilmek için geliştirdiği, bilişsel ve davranışsal çaba olarak tanımlanmaktadır (50). Ayrıca stres yönetimi; stresten kaçınmayı öğrenmek değil, bireyin strese nasıl tepki verdiğini keşfederek, verilen tepkinin kontrolünü öğrenmek ve bu tepkileri geliştirmektir (51). Ancak stres yönetimi bazen karışık olabilir, çünkü farklı semptomlara ve tedavi yaklaşımlarına sahip akut stres, episodik akut stres ve kronik stres gibi farklı stres türleri bulunmaktadır.

En yaygın stres türü olan akut stres, geçmişin hatırlattıkları ile yakın gelecekteki beklentileri oluşturmaktan kaynaklanır (52).

Episodik akut stres; tekrarlayan, sürekli nöbetler halinde ortaya çıkan ve insanlarda öfke, sinirlilik, aşırı duyarlılık gibi sorunların ortaya çıkmasına neden olan stres türü olarak değerlendirilmektedir (53).

Kronik stres ise; beyin ile etkileşime girip sinirsel devrelerde önemli değişiklikler meydana getirmekte ve bunun sonucunda psikiyatrik bozuklukların gelişimi konusunda duyarlılığı artırmaktadır (54).

2.1.3.4. Kendini Gerçekleştirme

Kendini gerçekleştirme kavramı; genellikle bireyin toplumdaki sosyal rolü ve toplumsal konumunun seçimi için harcadığı çaba olarak anlaşılmaktadır (55). Ancak kendini gerçekleştirme; bireyin güçlü yönlerinin farkında olması olarak tanımlanmaktadır (56).

Hümanistik psikolojik teoride, ihtiyaçlar hiyerarşisine dayanan “Kendini Gerçekleştirme” bir kişinin tam potansiyeline ulaşması sürecine ilişkin bir kavramı ifade etmektedir. Maslow; bireyin hayatında büyük anlam taşıyan, ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik gelişimi ifade eden “Kendini Gerçekleştirme” kavramı dahilinde, kendini gerçekleştiren bireyleri yaratıcı, psikolojik olarak sağlam kişiler olarak nitelermektedir (57).

Kendini gerçekleştirme; bir gelişme çabası, insan davranışlarını yöneten bir güdü olduğu kadar, erişilmeye çalışılan bir gelişme düzeyi olarak da anlaşılmaktadır. Kendini gerçekleştirme, hayat boyunca devam eden bir süreç olduğundan birey hayatının belli bir anında, kendini gerçekleştirme yönünden belli bir düzeye sahip olabilir. Ancak kendini gerçekleştirme yönünden, bireyler arasında farklar da bulunabilir (58).

Birey kendini gerçekleştirme yolunda yaşam boyu öğrenmeye ihtiyaç duyar. Her bireyin bu noktaya ulaşması beklenemez çünkü bireyin bu süreçte karşısına çıkan bir takım engeller ve yaşam boyu öğrenme sürecini etkileyen faktörler bulunmaktadır (59). Bireylerin yaşama dair inançlarında gelişmeyi de beraberinde getiren yaşam deneyimleri, bu süreçte önemli bir yer tutmaktadır (60).

2.1.3.5. Kişiler Arası Destek

Kişiler arası destek, bireyin bir durum hakkında daha emin hissetmesine yardımcı olan; dolayısıyla durum üzerinde kontrol sahibi olduğunu hissettiren her türlü iletişimidir. Ulusal Kanser Enstitüsü'ne göre sosyal destek; finansal, fiziksel ve psikolojik yardıma ihtiyaç duyulan zamanlarda mevcut olan topluluk üyeleri, komşular, arkadaşlar ve aile ağıdır.

Bir başka deyişle kişiler arası destek, fiziksel ve psikolojik kaynaklardan gerçek veya algılanan düzeyde baş etmeyi, saygıyı, aidiyeti ve yetkinliği geliştiren ilişkilerdeki etkileşim sürecidir (61). Yapılan kişiler arası destek tanımları birbirinden farklıdır çünkü sosyal destek, iletişim değişkenliğinden dolayı interaktif bir süreçtir.

İletişimin temel süreci, bir kişi tarafından bir olay gözlemlendiğinde veya bir düşünce ifade edildiğinde başlamaktadır. Bu kişi (gönderen), gözlemin bir mesaja tercüme edilmesine karar verir ve ardından mesajı herhangi bir iletişim aracıyla başka bir kişiye (alıcı) iletir. Alıcı ise daha sonra mesajı yorumlamalı ve mesajın anlaşıldığını ve uygun önlem alındığını göstererek gönderene geri bildirim vermelidir (62).

İletişimin temel sürecinde yer alan gönderen ve alıcı arasındaki bağlantıda gönderenin gözlemlendiği mesajın tercümesi her gönderen için farklı olabilir. Bununla birlikte gönderilen tercüme bir olsa bile alıcı tarafından yorumlanan mesaj her alıcı için de farklı olabilmektedir. Bireylerin yaşam tecrübeleriyle de ilgili olan mesaj yorumlama sistemleri farklıdır.

Kişiler arası destek, bireyin sevilip sayıldığı ve bulunduğu çevrede fikirlerinin değerli olduğuna inandığı durum olarak da tanımlanmaktadır. Yapılan araştırmalar kişiler arasındaki destekleyici etkileşimlerin, stres kaynaklı sağlık sorunlarına karşı koruyucu olduğunu göstermektedir. Sosyal destek; kriz dönemindeki bireyleri depresyon, alkolizm gibi çeşitli patolojik durumlardan korumaktadır. Ayrıca kişiler arası destek, alınan ilaç miktarını azaltabilir, iyileşmeyi hızlandırabilir ve tıbbi rejimlerle uyumluluğu da kolaylaştırabilmektedir (63).

2.1.3.6. Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu; fiziksel, ruhsal, sosyal iyilik halinin korunması için bireyin üzerine düşen görevleri yerine getirmesidir. Başka bir tanıma göre ise; sağlığın devamı için bireylerin düzenli egzersiz yapması, sağlıklı beslenmesi, sağlıklı yaşam davranışlarını devam ettirerek hekim tavsiyelerini uygulaması sonuç olarak daha iyi hissetmesi ve daha az sağlık harcaması yapmasıdır (64).

Sağlık sorumluluğu, bireyin sağlığı geliştirme davranışına başlamasını ve devam etmesini etkilemektedir. Bireyin sağlığının içsel kontrolü, kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini yansıtmaktadır. Bireyin kendi sağlık sorumluluğunu alması sağlığı geliştirmenin başarılı olabilmesinde anahtar rol oynar (65).

Bireyin davranış ve yaşam biçiminin sağlığını nasıl etkilediğini anlamasını sağlamak, riskli davranışlardan (sigara, alkol vb.) uzak durmasına yardımcı olmaktadır (66). Kişinin sağlığı geliştirici davranışları kazanması için; kendini kontrol etmesi, bu davranışları kazanmak için istek duyması ve geliştirilmesi için olumlu sağlık davranışının kazandırılması ve sürdürülmesi gerekmektedir (67).

Bireyin sağlığına ilişkin alabileceği sorumluluk düzeyi:

- Vücudunu ve kendini tanıması, sağlığı ile ilgili değişiklikler olduğunda bir hekime veya sağlık kuruluşuna müracaat etmesi,

- Düzenli aralıklarla tıbbi tetkikler yaptırması, tıbbi kontrollerin sıklığına ve düzenine özen göstermesi,

- Sağlıkla ilgili konularda kendini yenilemesi,

- Sağlıkla ilgili tartışmalara girmesi,

- Sağlıkla ilgili yayınları takip etmesi,

- Sağlığını izlemesi, iyiliğini hissetmesi,

- Sağlıkla ilgili değişiklikler olduğunda gerekli önlemleri alması ile belirlenmektedir. Bu tutum ve davranışların yerine getirilmesi, bireyin sağlığına önem verdiğini göstermektedir (68).

2.1.4. Üniversite Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Önemi

Üniversite öğrencileri, erişkin döneme geçme aşamasında olan çocukluk çağı sonrası ilk gruptur. Bu öğrencilerin üniversite eğitiminin başlaması ile birlikte o zamana kadar alıştıkları aile ortamlarından ayrılmaları, dış etkilere daha açık hale gelmeleri ve kendi özgür seçimlerini daha belirgin şekilde yapmaya başlıyor olmaları nedeniyle yaşamlarında yeni bir dönem başlamaktadır. Bu dönemin belirleyici özelliği yeni kurulacak bir düzene uyum sağlama çabalarıdır (69).

Üniversitede okuma şansı elde edenler, üniversiteyi kazanma sevincinin yanı sıra; aileden ayrılma, yeni çevre ve arkadaş edinme, yalnız kalma korkusu, ekonomik güçlükler, yurt hayatına alışma, gelecekteki mesleği ve çalışma hayatı ile ilgili kaygı gibi birçok sorunla da yüz yüze kalır. Bu sosyal, kültürel ve ekonomik değişiklik gençleri birçok açıdan olumsuz etkileyebilmektedir (70).

Toplum tarafından ne çocuk ne de tam bir yetişkin olarak kabul edilmeyen üniversite öğrencileri, bir yandan sosyal çevresindeki değişimlere uyum sağlamaya çalışırken, bir yandan da sağlıkla ilgili kavramları algılamaya çalışmaktadır (71). Üniversite eğitimi mesleki eğitimin yanı sıra, bireysel yaşamda ve sağlık davranışlarında da değişimlere neden olmaktadır. Bu değişim özellikle sağlık alanındaki tutum ve davranışlar yönünden önemlidir; çünkü öğrencinin sağlık ile ilgili tutum ve davranışları bireysel olarak kendisini, şimdiki ve gelecekteki yaşamında ailesini ve toplumu etkilemektedir (11). Sağlıklı bir toplum için, bireyin her yaşta kendi sağlığına önem vermesi ve toplumda sağlık bilincinin oluşması gerekir. Üniversite öğrencilerinin aldığı eğitimle gelişen sağlık bilinci, toplumun sağlıklı birey düzeyini de önemli ölçüde arttırmaktadır.

2.1.5. Sağlıksız Yaşam Biçimi Davranışlarının Sonuçları

Son yıllarda aşırı ve yanlış beslenme, diyetdeki makro besin ögesi alımlarının dağılımı ve hareketsiz yaşamı da kapsayan yaşam tarzındaki hızlı değişiklikler, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde özellikle Tip 2 Diabetes Mellitus (DM) 'nin prevalansının giderek artmasına neden olmaktadır (72).

Kilo fazlalığı, hareketsiz yaşam, sağlıksız beslenme gibi davranışsal, çevresel ve sosyal faktörlerle yakından ilişkili olan; değişen hayat tarzları ve uzayan yaşam süresi ile son on yılda hızla artan Tip 2 diyabetin 2030 yılına kadar tüm dünyada 350 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (73).

Yapılan bir araştırmada; ılımlı egzersiz eksikliği, günlük fiziksel aktivite eksikliği, yavaş yürüme, hızlı yemek yeme, geç yenen akşam yemeği, uyku arası atıştırma ve kahvaltıyı atlama gibi davranışlar da sağlıksız yaşam biçimi davranışları olarak nitelendirilmiştir (74). Bu yeni yaklaşım sağlıksız yaşam biçimi davranışlarının ne kadar geniş yelpazede incelenmesi gerektiğinin önemli bir örneğidir.

Bireyler yaşam tarzlarının kendi sağlıkları üzerinde nasıl bir etkiye sahip olduğu konusunda fikir sahibi olduklarında, zararlı alışkanlıklarından vazgeçme ya da sağlıklı yaşam tarzına yönelmede çok daha hassas davranmaktadırlar. Çünkü bireyler sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını, günlük hayata uyarlayamadığında hayatı tehdit eden önemli sağlık sorunları ile karşılaşmaktadır (75).

2.2. Yeme Tutumu

2.2.1. Tanımı

Canlılar için hayati önem taşıyan ve sağlığın temel yapıtaşı olan beslenme konusunun, farklı bakış açılarından incelenmesi önem taşımaktadır. Beslenmenin sadece fizyolojik odaklı incelenmesiyle, oluşan sağlık sorunlarının nedenlerine net cevap verilememektedir. Yeme kavramı; fizyolojik faktörün yanı sıra bireylerin yaşadığı kültür, bireyin psikolojik yönü ve sosyal çevresi açısından da değerlendirildiğinde elde edilen sonuçlar daha güvenilir olmaktadır. Bu nedenle birey ile besin arasında gerçekleşen herhangi bir etkileşime "yeme tutumu" adı vermek birey-besin ilişkisinin çeşitli açılardan da incelenebilmesini sağlamaktadır. Yeme tutumu kavramında yer alan sosyal ve psikolojik yeme bileşenlerinin önemli sağlık belirleyicileri olabileceğini düşündürmektedir (76). Davranışsal motivasyonun temel bileşeni olan tutum; bireylerin kendi davranışlarını, olumlu veya olumsuz değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır. Olumlu tutum taşıyan bireylerin, tutumlarını destekleyen davranışlar sergileme olasılıkları daha yüksektir. Örneğin, güçlü pozitif sağlıklı beslenme tutumu olan bir bireyin, zayıf negatif tutumu olan bireye göre daha fazla meyve ve sebze tüketmesinin beklenmesi gibi (77).

Yeme tutumları bireyin yemeyi reddetmesi, yemekten sonraki suçluluğu, besinlere olan öfkesi ve yeme arzusu açısından düşüncelerini de kapsamaktadır. Dolayısıyla yeme kavramını sadece fizyolojik olarak değerlendirmek yanlıştır çünkü besin ile olan ilişki, yeme ile ilgili genel hissiyat ve yeme inançları fizyolojik olarak değerlendirilemez. Buna ek olarak yeme ile ilgili geçmiş deneyimler de göz önüne alındığında, yeme tutumunun önemi anlaşılmaktadır (78). Ayrıca yeme tutumu beden algısıyla da yakından ilişkilidir. Yeme tutumunun değişmesi bedensel ve psiko-sosyal sorunlara yol açabileceği gibi vücut ağırlığı, fiziksel görünümle ilgili düşüncelerin yoğunlaşmasına da neden olabilmektedir (79).

Bireyler yaşantılarında daima tutumlarına uygun davranmamaktadır. Tutumların davranışa dönüşümü için; tutumun güçlü olması en önemli etkidir. Ayrıca bir tutuma ilişkin davranışının olumsuz sonuçlar doğurabileceğini gören bireyin tutumunu davranışa dönüştürme ihtimali azalmaktadır. Bazen bulunulan ortam; tutumun davranışa dönüşmesini sağlayabildiği gibi davranışı engelleyebilmektedir.

Beslenme davranışına olumlu ya da olumsuz tepki verme eğilimi olarak tanımlanan yeme tutumu, besin seçimini de etkilemektedir. Pozitif değerlendirilen besin ile ilgili tutumlar, sağlıklı besin seçimi ve yüksek kalitede diyet ile nitelendirilmektedir. Dolayısıyla bireylerin sağlıklı yeme tutumlarını, sağlıklı beslenme davranışlarına dönüştürebilmesi için tutumunun güçlülüğü, ortamın uygunluğu ve bireyin beklentileri oldukça önemlidir (80).

Yeme tutum ve davranışlarını, çeşitli yönleriyle ele alınan ve sık tartışılan bir konudur. Yeme tutumlarındaki değişimler yeme bozukluklarına kadar varan birçok sorunun oluşmasına neden olmaktadır (81). Yeme bozukluklarının alt klinik belirteçlerini oluşturan yeme tutum ve davranışları, sadece klinik yeme bozuklukları patolojisi gelişiminin nedeni değil, aynı zamanda bireylerin günlük yaşamındaki besin seçimleri, yeme alışkanlıkları ve davranışlarını etkilemektedir.

Klinik tanı almamış bireylerin düzensiz beslenme prevalansının, klinik yeme bozukluğu tanısı almış bireylere göre en az iki kat fazla olduğu bildirilmektedir. Toplum sağlığının korunması için birincil tedavi stratejisi olarak düzensiz beslenmenin daha geniş boyutlarda değerlendirilmesi ve davranışların engellenmesi önemlidir (82).

Bugüne kadar yeme bozuklukları ve yeme tutumları çokça araştırılmıştır. Ancak bu araştırmalar, günlük hayatta beslenme ve besin seçimlerine duygu ve inançların etkisini yeterince karşılamamıştır.

Gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelerde, olumsuz yeme tutumları ve yeme bozuklukları, hızlı teknolojik gelişmelerin ve değişimlerin gözlemlendiği dünyada önemli bir sağlık sorunu ortaya çıkmaya başlamıştır. Üniversite öğrencileri arasında yapılan araştırmalarda, olumsuz yeme tutumları, Çek Cumhuriyeti'nde %11,7, Japonya'da %8,7, Brezilya'da %22,4, Kaliforniya'da %30,6 ve Lübnan'da %35,4 olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise %4,83 ile %17,1 arasında bulunmuştur (83). Literatürde yeme tutumunu etkileyen faktörler arasında cinsiyet ve yaş ilk sırayı almaktadır. Yeme tutumunu etkileyen diğer faktörler BKİ, beden memnuniyetsizliği ve diyet yapmadır. Medya, aile ve akran etkisi de yeme tutumu üzerinde etkili olduğu belirlenen faktörlerdendir. Yeme tutumunu olumsuz yönde etkileyen faktörler dışında, biyolojik (genetik veya nöro-kimyasal), gelişimsel, kültürel, bireysel, psikolojik, ailesel ve çevresel faktörlerin kombinasyonu da yeme bozukluklarının oluşmasına zemin hazırlar (84).

2.2.2. Yeme Tutumunun Oluşmasında Etkili Faktörler

2.2.2.1. Aile ile İlişkili Faktörler

Anne-baba tutumları, çocuktaki davranışsal uyumsuzluğun gelişmesinde en önemli etken olarak görülmüştür. Çocuğun kişilik gelişimi, anne babanın tutum ve davranışlarından etkilenmektedir (85).Bağlanma teorisine göre, bakım verenlere olan güvensiz bağlanma, yeme bozukluklarında yaygın olarak görülmektedir. Anne ile uygun duygusal bağı geliştiremeyen bebeklerin; bu durumdan kaynaklanan kaygılarını, parmak emme ya da yemek talebinde bulunma gibi davranışlarla üstesinden gelmeye çalıştıkları ve bu çabalarının ileriki dönemlerde yeme bozukluklarının gelişimine yol açabileceği düşünülmektedir (86).

Bireyler bağlanma ilişkileriyle geliştirdiği bağları, yetişkinlik döneminde kişilerle ilişkilerinde kılavuz olarak kullanılıp, ilişkilerini bu kılavuza göre yönlendirmektedirler. O halde bağlanma teorisi ebeveyn-çocuk ilişkisine odaklandığından yeme bozukluklarının neden oluştuğunu anlamamıza önemli katkı sağlamaktadır.

Ülkemizde bağlanma biçimlerinin ele alındığı çalışmalarda, bağlanma biçimleri ile yeme örüntüleri arasında anlamlı ilişkiler bulunmuş; anormal yeme tutumu gösterenlerde göstermeyenlere kıyasla, korkulu ve saplantılı bağlanma biçimi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulgulanmış, ebeveyne bağlanma biçiminin; yeme tutum ve davranışlarının nedeni olduğu tespit edilmiş, anormal yeme tutum ve davranışları gösteren öğrencilerin, normal gruptaki öğrencilere kıyasla, ailelerini daha sağlıksız olarak nitelendirdikleri görülmüştür (87).

Bir çalışmada kayıtsız bağlanma biçimine sahip kişilerin, korkulu ve güvenli bağlanma biçimine sahip kişilere göre daha fazla işlevsel olmayan yeme örüntüleri sergiledikleri görülmüştür. Aynı şekilde, saplantılı bağlanma biçimine sahip bireylerin de korkulu bağlanma biçimine sahip bireylere kıyasla daha fazla işlevsel olmayan yeme örüntüleri içinde oldukları gözlenmiştir. Bir başka çalışmada ise yeme tutum sorunu olanlarda korkulu ve saplantılı bağlanma biçimi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (88).

Yeme tutumlarına olan bir başka görüş ise; yeme tutum bozukluklarının, ergenlik döneminde başladığıdır. Ergenlik döneminde ailenin tutumu, ergenlerde yeme tutum bozukluğunun gelişmesinde etkili olmaktadır. Baskılayıcı anne babaya karşı gelip yemeyi aşırılaştırmak veya azaltmak ergenlikle birlikte görülmektedir. Yapılan bir çalışmada ergenler, özellikle ebeveynlerin baskıcı, yemek için ısrarcı olması, annelerin çalışıyor olması, geç saatte yemek yiyip yatılması, hazır ve katı besinlerin tüketilmesi gibi ailesel tutum ve davranışların kendilerinin yeme alışkanlıklarını etkilediğini belirtmişlerdir (89). Yine ebeveynlerin besleme tarzı, çocukların yeme davranışını yakından ilgilendirir ve çocukların yeme davranış şeklini belirleyici önemli faktörlerden biridir. Çocukluk çağında yeme eğitimi verilirken, ödül olarak yiyecek verilen çocuklarda sanal bir haz duygusu geliştiği ve emosyonel yeme eğiliminde artış olduğu belirtilmektedir (90).

Yapılan çalışmalarda yeme bozukluğu olan çocukların, ailelerini daha az sempatik, daha az destekleyici ve daha sorunlu olarak buldukları gözlemlenmiştir. Bu ailelerin çocuklarından başarı beklentisinin, yeme bozukluğu olmayan çocukların ailelerine göre daha fazla olduğu bulunmuştur (91). Ayrıca literatürde ailenin bireye zayıflaması için baskı yapmasının yeme tutumlarını olumsuz yönde etkilediğinden de bahsedilmektedir (92).

2.2.2.2. Genetik ile İlişkili Faktörler

Araştırmalar, yeme davranışında güçlü bir genetik bileşen oluşturmuştur. TaqI A1 polimorfizmi (rs1800497) daha önce obezite ve yeme davranışı ile ilişkilendirilmiştir. Taq A1 polimorfizmi, çocukları daha fazla enerji alımına ve obeziteye eğilimli hale getirebilecek davranış özellikleri yeme için bir risk faktörü olabilmektedir (93). Bununla birlikte, östrojen reseptörü 1 genindeki (ESR1) rs2295193 polimorfizmi, kısmen anoreksiya nevroza hastalığıyla ilişkilendirilmiştir (94).

Çalışmalardan elde edilen sonuçlar, yeme davranış bozukluklarına ilişkin varyansın yüzde 50'sinden fazlasının aditif genetik etkileri ile açıklanabileceğini saptamaktadır. Geriye kalan varyansın ise, çevresel etkilerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ancak spesifik genleri tanımlayan çalışmalara ihtiyaç vardır (95).

2.2.2.3. Çevre ile İlişkili Faktörler

Sosyal ortamlar, sağlık davranışları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Yeme tutumu; sosyokültürel faktörler, toplum normları ve sosyal çevredeki kişilerin yeme davranışları tarafından güçlü bir şekilde yönetilmektedir. Beslenme davranışı, kişinin yaşadığı toplumun kültürel özellikleriyle biçimlenmeye başlamakta; yaşam koşullarına göre bilinçsiz beslenme, dengesiz yeme, zaman darlığı nedeniyle hızlı yeme veya yemek yemenin geçiştirilmesi gibi olumsuz beslenme alışkanlıklarına dönüşebilmektedir (96).

Bireylerin yaşadıkları yörelere bağlı olarak yeme tutumları şekillenmektedir. Batıda etkin olan ince vücut kavramı, doğuda ise zayıf olan kişilerin sağlıksız olarak değerlendirilmesi, yörelere bağlı değişen yeme tutumlarına örnek olabilir.

Sosyokültürel anlamda kadın cinsiyet rolünde fiziksel görünüme odaklanması, kadınlara aşırı zayıflığın "ideal" beden imgesi olarak sunulması ve kadının toplumsal başarısında fiziksel görünümünün öneminin vurgulanması; toplumdaki etkin ince vücut kavramına örnek olarak sıralanabilir. Bu sosyokültürel baskıların topluma iletilmesinde en güçlü araç tartışılmaz medyadır (97).

Yeme tutumlarının oluşmasında önemli etkileri olan sosyokültürel faktörlerden bir diğeri, sosyal normlardır. Batı kültürlerinde incelik kavramı, çekiciliğin dışa vurumu olarak vurgulanmaktadır. İsteyerek diyet yapanların çoğunluğu, daha çekici olma

amacındadır (98). Bu nedenle, küresel toplumun bireyler üzerindeki baskısı ve toplum normları ciddi yeme tutumu bozuklarına yol açmaktadır. "Mükemmel" bir vücut ağırlığını elde etmek için, yemek yiyememek ve yemek yememek arzusunda olan bireyler genellikle derin duygusal ve fiziksel sonuçlara düşerler. Bireylerin yeme tutum ve davranışlarının, sosyal çevredeki kişilerin yeme davranışları tarafından etkilendiği konusunda az sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu yaklaşım; bireylerin toplum içinde zamanla yeme davranışlarında, sosyal çevreye uyum sağladığını göstermektedir. Birey diğer insanların yeme davranışını gözlemlediğinde, başkalarının sağlıklı ve sağlıklı olarak ne yediğini anlayarak, bulunduğu ortamın normlarına uyumu gerçekleştirebilmektedir (99). Yapılan bir diğer çalışmada ise; grup halinde yenen yemeklerde bireylerin "sosyal kolaylaştırma" dan kaynaklı, daha fazla yemek yediğidir. Ancak bu etki, bireylerin arkadaşları ve ailesi ile oluşan gruplarla sınırlıdır. Çünkü yabancılardan oluşan bir grupta, bireyler daha fazla yemek yememektedir. Ortamdaki yabancılara etkileyebilmek için, bireylerin endişe düzeyi artmaktadır (100).

2.2.2.4. Birey ile İlişkili Faktörler

Beden algısı kavramı içinde, bireylerin kendi bedenleri ile ilgili deneyimleri, tutumları ve duyguları gibi pek çok kavram yer almaktadır. Bireyin beden algısının gelişimini; bedenle ilgili eski ve yeni tüm duygu, tutum, algı ve başkalarının bakış açıları etkilemektedir (101).

Beden algısı, bireyin bedensel bilgiyi şekillendirmesiyle zihinsel tablo ve kişilik yapısı olarak şemalaştırmasıdır (102). Beden algısı; biyolojik, psikolojik, toplumsal ve kültürel etkiler altında gelişir ve değişir. Olumsuz beden algısı, kilo endişeleri, yeme bozuklukları, düşük özgüven, depresif ruh hali ve intihar düşünceleri ile ilişkilidir (79).

Bireylerin sağlık durumlarına bağlı olarak değişen yeme tutumları olabilir. Diyabetli hastalarda hastalığın doğası gereği, uyulması gereken diyet listeleri, yasaklanan yiyecekler ve kronik bir hastalık olması gibi etkenler hastalarda anksiyeteye neden olmakta, zihinsel meşguliyetin yiyecekler ve kilo kontrolüne odaklanmasına yol açmaktadır. Tüm bu nedenlerle hastaların yeme tutum ve davranışlarında bozulmalar görülmektedir (103).

Yapılan bir araştırmada Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) ve Panik Bozukluk (PB) hastaları arasında yeme tutumları açısından anlamlı fark olmasa da, korelasyon analizinde; panik belirtileriyle yeme tutumları anlamlı korelasyon göstermezken, obsesif kompulsif belirtilerin artmasıyla yeme tutumu patolojilerinin arttığı gözlemlenmiştir (104).

Bilişsel-Davranışçı kuram; genel olarak yeme tutum bozukluğu olan bireylerin, kilo ve beden ile alakalı yanlış bir düşünme biçimi geliştirdiklerini savunmaktadır. Mükemmeliyetçi yönde eğilim ve düzen için istek gibi özelliklerle birlikte, yeme bozukluğuna sahip bireyler kilo alma korkusunun üstesinden yemelerini çok fazla sınırlandırarak gelmektedirler. Beden biçimi ve ağırlığına ilişkin çarpıtılmış düşünceler de yeme tutumu bozukluklarıyla ilişkilendirilmektedir (105).

Psikodinamik kuram çerçevesinde sunulan görüşte ise, yeme tutum bozuklukları; korku duygusu ile açıklanmaya çalışılmıştır. Bu görüşe göre, yeme tutum bozuklukları kaygı temelli bir bozukluktur ve korkunun kendisi yetişkin olmak ile alakalıdır. Yetişkin olmanın beraberinde getirdiği değişikliklere uyum sağlama yerine bireyler biyolojilerini kontrol edip fiziksel olarak çocuk gibi kalarak bir kimlik ve benlik değerini elde etmeye çalışırlar (106).

2.2.3. Yeme Tutumunun Diğer Faktörlerle İlişkisi

2.2.3.1. Yeme Tutumu ve Depresyon

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), depresyonu (majör depresif bozukluk); nasıl hissettiğimizi, düşünce biçimimizi ve davranışlarımızı olumsuz yönde etkileyen, ancak aynı zamanda tedavi edilebilen yaygın ve ciddi tıbbi bir hastalık olarak tanımlamıştır. Başka bir tanımla depresyon; matem ve yas (sevilen objenin veya vücut bölümünün kaybına bağlı), ağrı, hospitalizasyon esnasında sosyal izolasyon, kalıcı fiziksel sakatlık, kendini suçlama ile ilişkili duygusal bir durumdur.

Depresyon, kendisini iştahta azalma veya yemek yemeyi reddetme, ölme isteği şeklinde gösterebilmektedir (107). Yeme alışkanlıklarındaki değişiklikler; yorgunluk ve aktivitelerden zevk alınamaması gibi diğer depresyon semptomlarıyla ilişkili olabilmektedir.

Depresif bireylerin beslenme durumları ile ilgili klinik tablolar incelendiğinde; iştah değişimleri, belli besin gruplarının tüketiminde artış ve buna bağlı vücut ağırlığı değişimleri, konstipasyon, dehidratasyon, serum vitamin düzeylerinde değişiklikler gibi durumlar sıkça izlenmektedir. Ayrıca kullanılan antidepresan ilaçlar da besin alımları ve ağırlık kontrolünü etkileyebilmektedir. Depresyonlu hastaların yeme davranışlarında meydana gelen bozukluklar, hastalığın tedavi sürecinde çeşitli olumsuzluklara da neden olmaktadır (108).

Depresif semptomlar ve depresyon, obez hastalar arasında daha yaygındır. Obez kadınlarda depresyon gelişimine sosyal, psikolojik ve kültürel faktörler etki etmektedir. Bazı toplumlarda obezite nedeniyle kişiler düşük özgüven ve stigma yaşarken, fazla kiloyu hoş gören ve kabul eden toplumlarda daha az psikolojik etkiler yaşanmaktadır (109).

Aşırı yağlı besinlerin sürekli tüketimi ile obezitenin depresyona benzer davranışları arttırdığı belirtilmiştir. Depresyon semptomları, doymuş yağ ve toplam şekerden sağlanan günlük enerji alımı yüzdesi ile pozitif ilişkili bulunmuş, ayrıca daha şiddetli depresyonun daha fazla sodyum alımı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bir başka çalışmada da psikososyal stresin daha yüksek enerji alımı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (110).

2.2.3.2. Yeme Tutumu ve Stres

Stres; "homeostazi korumak için vücudun telafi edici kabiliyetlerini bastıran veya bunlardan etkilenecek herhangi bir faktöre vücudun genelleştirilmiş, spesifik olmayan cevabı" olarak tanımlanmaktadır. Birçok araştırma strese yanıt olarak hem azalmış hem de artmış yeme davranışı bulmuştur ve bu da stresör şiddeti ile ilişkili olabilmektedir.

Kişiler daha fazla yemek yiyerek strese tepki gösterdiğinde, seçilen gıdalar tipik olarak şeker ve yağ açısından yüksektir. Bu alanda yayınlanmış çok az sayıda insan çalışması olmasına rağmen, kronik yaşam stresinin yüksek yağlı bir diyetle ilişkili olduğuna ve tatlı yiyecekler için daha fazla tercih olduğuna dair bazı kanıtlar bulunmaktadır (111).

Strese karşı aşırı yeme yanıtı psikosomatik kuramın bir özelliğidir ve emosyonel streste aşırı yeme olarak belirir ve yaşamın erken dönemlerinde öğrenilmektedir (112). Emosyonel yeme; olumsuz duygulara ikincil aşırı yeme eğilimini anlatan bir kavramdır. Emosyonel yeme; açlık hissi nedeniyle, öğün zamanı geldiği ya da sosyal gereklilik olduğu için değil de sadece ve sadece duygulanıma cevaben ortaya çıktığı varsayılan yeme davranışı olarak kavramsallaştırılmıştır. Yapılan bir çalışmada olumlu emosyonlar sırasında sağlıklı besin seçimine eğilim varken, olumsuz emosyonlar sırasında ise zararlı besin seçimine yönelimin daha fazla olduğu bulunmuştur (113). Duygusal yeme, çoğunlukla belirli bir ruh hali ve duygunun ötesinde olumsuz olaylara tepki olarak aşırı miktarda yeme olarak tanımlanmaktadır. Araştırmalar yorgunluk, can sıkıntısı, yalnızlık, kaygı ve stresin kadınları aşırı yemeye sevk ettiğini ve yemekten sonra bu duyguların iyileştiğini ortaya koymaktadır (114).

Son yıllarda emosyonel yemeye çözüm olabilecek “sezgisel yeme” kavramı ortaya atılmıştır. Sezgisel yeme, bireyin vücudunun doğal olarak verdiği fiziksel açlık ve tokluk sinyallerini dinleyerek ve bu sinyallere uyum sağlayarak yemek yeme biçimine denir. Yapılan araştırmalarda, sezgisel yeme tutum ve davranışları ile beden imgesi, bedensel farkındalık düzeyi, benlik algısı ve yaşam doyumu düzeyleri arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu, fakat sezgisel yeme tutum ve davranışları ile ince beden idealini içselleştirme eğilimi, beden kitle indeksi ve yeme bozukluğu semptomları arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışmaların sonuçları göz önüne alındığında, yeme bozukluğu tedavisinin etkinliğini artırmak için sezgisel yeme becerilerini kazandırmaya yönelik müdahale tekniklerinin geliştirilmesi gerekmektedir (115).

Sonuç olarak stresin yeme tutumuna etkisini azaltmak için sürekli kas gevşetme, diyaframatik solunum ve meditasyon gibi aktiviteler önerilebilir. Stres yönetiminde amaç yemek yemeyi tahrik eden olayları azaltmak ve stres olaylarından dikkati dağıtmayı sağlamak olmalıdır (116).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma, Haziran 2017- Ekim 2017 tarihleri arasında İstanbul'da bulunan özel bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde eğitim gören üniversite öğrencileri üzerinde gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, üniversite öğrencilerinin yeme tutum ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının saptanması üzerine yapılacak tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini İstanbul'da bulunan özel bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde öğrenim gören öğrenciler oluşturmaktadır. Örneklem, orantılı tabakalı örneklem seçimi yöntemiyle seçilmiştir. Sağlık Bilimleri Fakültesi'ni oluşturan Beslenme ve Diyetetik, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, Çocuk Gelişimi, Hemşirelik ve Sağlık Yönetimi Bölümleri'nin; Sağlık Bilimleri Fakültesi içindeki yeriyle orantılı örnek seçimi yapılmıştır. Örneklemin temsili olabilmesi için örneklemdeki çeşitli grupların örnekleme oranının, evrendekiyle aynı olması gerekmektedir.

Ana kütle birim sayısı N , örnek birim sayısı n , tabaka sayısı h ile ifade ediliyorsa, tabakaların birim sayısı N_h ve örnekte her tabakadan seçilerek yer alacak birim sayıları n_h olarak ve $N = N_1 + N_2 + \dots + N_h$ ve $n = n_1 + n_2 + \dots + n_h$ olmaktadır (117). Her bölüm düzeyini evrenin alt tabakaları olarak düşünerek ve her bölümden belli sayıda öğrenci çekerek örneklemini oluşturulmuştur. Bu şekilde toplam örneklem içinde her bölüm evrendeki oranı ölçüsünde temsil etmektedir. Böylelikle, elde edilen bulguların evreni temsil etme gücü de o ölçüde arttırılmıştır (118). Kesitsel tipteki bu araştırmanın evreni Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde eğitim gören toplam 1337 öğrenci olup; örnekleme ise, beslenme ve diyetetik (140), hemşirelik (36), fizyoterapi ve rehabilitasyon (87), çocuk gelişimi (47) ve sağlık yönetimi (29) bölümlerinde öğrenim gören 339 öğrenci üzerinde yapılmıştır. Saptanan alt tabakalardan örneklemler basit tesadüfi örnekleme ile her bölümden 6'da 1 öğrenci ile seçilmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Anket Formu

Üniversite öğrencilerine, araştırmacı tarafından literatür ve benzer çalışmalardan yararlanılarak hazırlanan toplam 7 sorudan oluşan demografik sosyo-kültürel özellikleri değerlendiren veri formu, beslenme davranışlarını değerlendiren Yeme Tutumu (YTT) ölçeği ve genel olarak sağlık sorumluluğunu değerlendiren Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBD) uygulanmıştır.

Bu çalışma için Okan Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 84 sayılı 05.06.2017 tarihli "Etik Kurul Onayı" alınmıştır. Katılımcılara Aydınlatılmış Onam Formu ve çalışmaya gönüllü olarak katıldıklarına dair yazılı onay formu alınmıştır.

3.4.1.1. Sosyo-Demografik Veri Formu

Çalışmaya katılanların yaş, cinsiyet, ağırlık ve boy, sigara kullanımı, alkol kullanımı, öğrenim gördüğü bölümü ve kimlerle yaşadığı gibi konularda bilgiler içeren, araştırmacı tarafından çalışmanın konusu dahilinde geliştirilmiş bir formdur.

3.4.1.2. Yeme Tutumu Testi (YTT-40)

Garner ve Garfinkel tarafından 1979 yılında geliştirilen YTT (Eating Attitude Test-EAT), on bir yaşından büyük kişilere uygulanabilen, yeme bozukluğu olan ergenleri belirlemek, yemek yeme ile ilgili davranış ve tutumları ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir kendini bildirim ölçeğidir (119). YTT'nin geçerlilik çalışmasında, anoreksik hastalar için .79 alfa değeri, anoreksik hastalar ve kontrol grubu için toplam alfa değeri .94'dur. YTT Türkçe'ye ilk kez Savaşır ve Erol tarafından çevrilmiştir (120).

40 maddeden oluşan YTT'nde yapı geçerliliğine ilişkin şişmanlama kaygısı, diyet yapma, sosyal baskı ve zayıf olmaya aşırı önem verme olmak üzere 4 faktör elde edilmiştir (121). 6 basamaklı (Daima, Çok sık, Sık sık, Bazen, Nadiren, Hiçbir zaman) Likert tipi bir ölçektir. Bireylerden yeme alışkanlıklarını düşünerek her bir maddenin kendisine en uygun olan halini cevaplamaları istenmektedir. Sonuç olarak ölçeğin her bir maddesinden alınan puanlar toplamı hesaplanmaktadır (106).

Türkiye’de ölçeğin geçerlik-güvenilirlik çalışması Savaşır ve Erol (1989) tarafından yapılmıştır ve ölçeğin kesme noktası 30 puan olarak bulunmuştur (122). Yüksek puanlar yeme tutumu ve davranışlarındaki bozulmaya işaret etmektedir (123).

3.4.1.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

SYBD, 1996’ de Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilmiştir. Bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışlarını ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçek toplam 52 maddeden oluşmuştur ve 6 alt grubu vardır. Ölçekte yer alan tüm maddeler olumluyken, alt gruplar; “Kendini gerçekleştirme”, “Sağlık sorumluluğu”, “Egzersiz”, “Beslenme”, “Kişiler arası destek” ve “Stres yönetimi”dir. (124). Ölçekten minimum 52, maksimum 208 puan alınabilir. SYBDÖ II’nin Cronbach Alpha katsayısı. 92’ dir (125). Çalışmada Bahar ve arkadaşları tarafından 2008 yılında Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçek kullanılmıştır. Ölçeğin derecelendirmesi dördümlü likert şeklindedir: Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) (126). Kendini gerçekleştirme; alt ölçeği madde numaraları: 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52. Beslenme; alt ölçeği madde numaraları: 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50. Fiziksel aktivite; alt ölçeği madde numaraları: 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46. Sağlık sorumluluğu; alt ölçeği madde numaraları: 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51. Kişiler arası ilişki; alt ölçeği madde numaraları: 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49. Stres yönetimi; alt ölçeği madde numaraları: 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47 olarak düzenlenmiştir.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: YTT ve SYBD ve alt ölçek puanları

Bağımsız Değişkenler: Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, YTT puanlarına göre değerlendirmeleri

3.6. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulguların istatistiksel analizi IBM SPSS Statistic 24 (IBM SPSS, Türkiye) programı ile yapılmıştır. Kategorik verilerin analizinde Pearson Ki-Kare testi ve Linear by Linear Association testleri kullanılmıştır. İki den fazla kategorisi bulunan parametreler arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunması durumunda, hangi oranlar arasında fark olduğunu tespit edebilmek için İki Oran Karşılaştırması uygulanmıştır.

Tanımlayıcı istatistikleri frekans ve yüzdelerle ifade edilmiştir. Sürekli değişkenlerin normallik kontrolü Shapiro Wilk Testi yapılmıştır. Normal dağılımına uygunluk sağlandığından bağımsız iki grup ortalaması karşılaştırılmasında Student's t Test, bağımsız ikiden fazla grup ortalamasının karşılaştırılmasında Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve post hoc test olarak Tukey Testi'nden yararlanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikleri ortalama ve standart sapma ile gösterilmiştir. Yaş ve antropometrik ölçümlerin tanımlayıcıları ise ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerler ile ifade edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın kısıtlılığı;

- Bu araştırma klinik örnekleme gerçekleştirmediğinden bazı araştırma bulgularının sorgulanmasını gündeme getirmiştir.
- Yeme tutumlarının sağlıklı bir insan modeli özellikleri kapsamında ele alınmış olması araştırmanın zayıf yanlarından birini oluştururken bu olgunun klinik örnekleme incelenmemiş olması genellenebilir olması açısından sınırlılık oluşturmaktadır.
- Sağlıklı yaşam biçimi ve yeme tutumunun değerlendirildiği çalışmada kadın sayısının erkek sayısından fazla olması da çalışmanın sınırlılıklarındandır.
- Çalışmaya beden algısının dahil edilmemesi yeme tutumunda tek bir ölçek kullanılması önemli kısıtlılıklardan diğer bir tanesidir.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Veri toplama işlemi öncesinde Okan Üniversitesi Etik Kurulu'na başvuru yapılmış ve 05.06.2017 tarihinde Etik Kurul Onayı alınmıştır (Ek-1). Etik Kurul Onayı sonrasında, çalışmanın yapılacağı Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı'ndan çalışma izni alınmıştır. Çalışma kapsamında alınan katılımcılara, çalışma ile ilgili bilgi verilerek istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları konusunda bilgi verilmiş ve onamları alınmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1: Bireylerin sosyo-demografik özellikleri

Demografik Veriler (Kategorik)		
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	261	77,0
Erkek	78	23,0
Sigara		
Evet	80	23,6
Hayır	259	76,4
Alkol		
Evet	102	30,1
Hayır	237	69,9
Okuduğu bölüm		
Beslenme ve Diyetetik	140	41,3
Hemşirelik	36	10,6
Çocuk Gelişimi	47	13,9
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	87	25,7
Sağlık Yönetimi	29	8,5
Yaşadığı yer		
Aile	174	51,3
Yurt	67	19,8
Arkadaş	81	23,9
Yalnız	17	5,0
Toplam	339	100

Çalışmaya, 261'i (%77,0) kadın, 78'i (%23,0) erkek olmak üzere toplam 339 sağlıklı birey katılmıştır. Bireylerin yaşları 18 ile 37 arasında değişmektedir.

Bireylerin 80'i (%23,6) sigara kullanırken, 259'u (%76,4) sigara kullanmamaktadır. Bireylerin 102'si (%30,1) alkol kullanırken, 237'si (%69,9) alkol kullanmamaktadır.

Çalışmaya katılan bireylerin 140'ı (%41,3) beslenme ve diyetetik bölümü, 36'sı (%10,6) hemşirelik bölümü, 47'si (%13,9) çocuk gelişimi bölümü, 87'si (%25,7) fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü, 29'u (%8,5) sağlık yönetimi bölümü öğrencileridir.

Araştırmada yer alan bireylerin 174'ünün (%51,3) ailesi ile evde, 67'sinin (%19,8) yurttan, 81'inin (%23,9) arkadaşları ile evde, 17'sinin ise (%5,0) yalnız evde yaşadığı görülmektedir.

Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyete göre sigara ve alkol alışkanlıkları dağılımı Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2: Bireylerin cinsiyete göre sigara ve alkol alışkanlıkları dağılımı

	Cinsiyet						p
	Kadın		Erkek		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Sigara kullanımı							
Evet	51	19,5	29	37,2	80	23,6	0,001*
Hayır	210	80,5	49	62,8	259	76,4	
Alkol kullanımı							
Evet	62	23,8	40	51,3	102	30,1	0,001**
Hayır	199	76,2	38	48,7	237	69,9	
Toplam	261	100	78	100	339	100	

p: Ki-kare Test * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyete göre sigara ve alkol alışkanlıkları değerlendirildiğinde; bireylerin %23,6’sının sigara kullandığı, %30,1’inin alkol kullandığı görülmektedir.

Bireylerin cinsiyete göre sigara ve alkol alışkanlıkları dağılımı incelendiğinde; kadınların %19,5’inin, erkeklerin ise %37,2’sinin sigara kullandığı; kadınların %80,5’inin, erkeklerin ise %62,8’inin sigara kullanmadığı görülmektedir. Bireylerin cinsiyete göre alkol tüketimi incelendiğinde; kadınların %23,8’i, erkeklerin ise %51,3’ünün alkol tükettiği, kadınların %76,2’sinin, erkeklerin ise %48,7’sinin alkol tüketmediği görülmektedir.

Bireylerin cinsiyet ile sigara kullanım durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. (p: 0,001; $p < 0,05$). Buna göre; kadınların sigara içme sıklığı (%19,5), erkeklerin sigara içme sıklığından (%23,6) anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.

Bireylerin cinsiyet ile alkol kullanım durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). Buna göre; kadınların alkol içme sıklığı (%23,8), erkeklerden (%51,3) anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.

Çalışmaya katılan bireylerin okudukları bölüme göre sigara ve alkol alışkanlıkları dağılımı Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3: Bireylerin okudukları bölüme göre sigara ve alkol alışkanlıkları dağılımı

	Okudukları Bölümler												p
	Beslenme ve Diyetetik		Hemşirelik		Çocuk Gelişimi		Fizyoterapi ve Rehabilitasyon		Sağlık Yönetimi		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sigara kullanımı													
Evet	30	21,4	5	13,9	10	21,3	30	34,5	5	17,2	80	23,6	0,068
Hayır	110	78,6	31	86,1	37	78,7	57	65,5	24	82,8	259	76,4	
Alkol kullanımı													
Evet	46	32,9	9	25,0	6	12,8	33	37,9	8	27,6	102	30,1	0,036
Hayır	94	67,1	27	75,0	41	87,2	54	62,1	21	72,4	237	69,9	
Toplam	140	100	36	100	47	100	87	100	29	100	339	100	

p: Ki-kare Test

Çalışmaya katılan bireylerin okudukları bölüme göre sigara ve alkol alışkanlıkları incelendiğinde; beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin %21,4'ünün, hemşirelik bölümü öğrencilerinin %13,9'unun, çocuk gelişimi bölümü öğrencilerinin %21,3'ünün, fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin %34,5'inin, sağlık yönetimi öğrencilerinin %17,2'sinin sigara kullandığı; beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin %78,6'sının, hemşirelik bölümü öğrencilerinin %86,1'inin, çocuk gelişimi bölümü öğrencilerinin %78,8'inin, fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin %65,5'inin, sağlık yönetimi öğrencilerinin %82,2'sinin sigara kullanmadığı görülmektedir.

Bireylerin okudukları bölüm ile sigara kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p: 0,068$; $p<0,05$).

Bireylerin okudukları bölüme göre alkol tüketim alışkanlıkları incelendiğinde; beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin %32,9'unun, hemşirelik bölümü öğrencilerinin %25,0'inin, çocuk gelişimi bölümü öğrencilerinin %12,8'inin, fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin %37,9'unun, sağlık yönetimi öğrencilerinin %27,6'sinin alkol tükettiği; beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin %67,1'inin, hemşirelik bölümü öğrencilerinin %75,0'inin, çocuk gelişimi bölümü öğrencilerinin %87,1'inin, fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin %62,1'inin, sağlık yönetimi öğrencilerinin %72,4'ünün alkol tüketmediği görülmektedir.

Bireylerin okudukları bölüm ile alkol tüketim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p: 0,036$). Buna göre; beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin çocuk gelişimi bölümü öğrencilerine göre alkol kullanım oranları bakımından anlamlı bir artış ($p: 0,008$), çocuk gelişimi bölümü öğrencilerinin fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerine göre alkol kullanım oranları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir artış gözlenmektedir ($p: 0,002$). Alkol tüketmeyen grupta; beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin çocuk gelişimi bölümü öğrencilerine göre alkol kullanmama durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş vardır ($p: 0,008$), çocuk gelişimi bölümü öğrencilerinin fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerine göre alkol kullanmama durumlarının oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir artış vardır ($p: 0,002$).

Çalışmaya katılan bireylerin antropometrik ölçümlerinin ortalama, standart sapma değerleri Tablo 4’te verilmiştir.

Tablo 4: Bireylerin antropometrik ölçümlerinin değerlendirilmesi

Antropometrik Ölçümler						
	n	Ortalama	SS	Ortanca	Min	Max
Yaş (yıl)	339	21,57	2,45	21	18,00	37,00
Boy uzunluğu (cm)	339	168,38	8,47	168	150,00	193,00
Vücut ağırlığı (kg)	339	62,83	13,48	60	42,00	156,00
BKİ (kg/m²)	339	22,05	3,80	21,38	15,47	55,27

Bireylerin yaş ortalaması $21,57 \pm 2,45$ yıl, boy uzunluğu ortalaması $168,38 \pm 8,47$ cm, vücut ağırlığı ortalaması $62,83 \pm 13,48$ kg ve BKİ değerlerinin ortalaması $22,05 \pm 3,80$ kg/m² olarak bulunmuştur.

Çalışmaya katılan kadınların yaş ortancası 21 yaş (ortalama $21,56 \pm 2,60$), erkeklerin yaş ortancası 21 yaş (ortalama $21,60 \pm 1,89$)’tır.

Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyete göre antropometrik ölçümlerinin ortalama, standart sapma değerleri Tablo 5.'te verilmiştir.

Tablo 5: Bireylerin cinsiyete göre antropometrik ölçümlerinin değerlendirilmesi

	n	Ortalama	SS	Ortanca	Min	Max
Cinsiyet ve Antropometrik Ölçümler						
Yaş (yıl)						
Kadın	261	21,56	2,60	21,00	18,00	37,00
Erkek	78	21,60	1,89	21,00	18,00	28,00
Boy uzunluğu (cm)						
Kadın	261	165,09	5,88	165,00	150,00	183,00
Erkek	78	179,37	6,27	180,00	165,00	193,00
Vücut ağırlığı (kg)						
Kadın	261	58,89	11,23	57,00	42,00	156,00
Erkek	78	76,03	11,93	75,00	55,00	115,00
BKİ (kg/m²)						
Kadın	261	21,58	3,80	20,98	15,47	55,27
Erkek	78	23,61	3,35	23,39	17,36	33,14

Araştırmadaki kadınların boy uzunluğu ortancası 165 cm (ortalama $165,09 \pm 5,88$ cm) ve erkeklerin boy uzunluğu ortancası ise 180 cm (ortalama $179,37 \pm 6,27$ cm) olduğu görülmüştür. Kadınların vücut ağırlığı ortancası 57,0 kg (ortalama $58,89 \pm 11,23$ kg), erkeklerin vücut ağırlığı ortancası 75,0 kg (ortalama $76,03 \pm 11,93$ kg) olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların BKİ değerleri incelendiğinde; kadınların BKİ ortancası 20,98 kg/m² (ortalama $21,58 \pm 3,80$ kg/m²), erkeklerin BKİ ortancası ise 23,39 kg/m² (ortalama $23,61 \pm 3,35$ kg/m²) olduğu bulunmuştur.

Çalışmaya katılan bireylerin okudukları bölüme göre antropometrik ölçümlerinin dağılımı Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 6: Bireylerin okudukları bölüme göre antropometrik ölçümlerinin değerlendirilmesi

	n	Ortalama	SS	Ortanca	Min	Max	P
Yaş (yıl)							
Beslenme ve Diyetetik	140	21,79	2,27	22	18	36	
Hemşirelik	36	21,25	2,01	21	18	26	
Çocuk Gelişimi	47	21,64	3,19	21	18	37	0,607
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	87	21,31	2,64	21	18	36	
Sağlık Yönetimi	29	21,62	1,76	22	19	26	
Vücut ağırlığı (kg)							
Beslenme ve Diyetetik	140	60,12	12,92	58	42	156	
Hemşirelik	36	65,47	14,97	65	42	105	
Çocuk Gelişimi	47	59,4	8,98	59	45	80	0,001
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	87	66,86	13,47	65	43	115	
Sağlık Yönetimi	29	66,1	16,34	62	45	105	
Boy uzunluğu (cm)							
Beslenme ve Diyetetik	140	167,21	7,16	168	152	190	
Hemşirelik	36	168,61	9,68	165	150	187	
Çocuk Gelişimi	47	165,38	7,31	165	150	183	0,001
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	87	171,16	9,21	170	155	193	
Sağlık Yönetimi	29	170,21	9,86	168	158	193	
BKİ (kg/m²)							
Beslenme ve Diyetetik	140	21,44	4,03	20,96	15,47	55,27	
Hemşirelik	36	22,84	3,93	22,51	17,63	38,57	
Çocuk Gelişimi	47	21,70	2,78	21,33	16,42	28,65	0,063
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	87	22,73	3,68	21,61	16,76	32,05	
Sağlık Yönetimi	29	22,55	3,90	21,78	17,36	33,14	

p: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)* : Tukey Testi sonucuna göre fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü ile farkı gösterir.

Bireylerin okudukları bölüme göre yaş ortalamaları incelendiğinde; beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin yaş ortancası 22 yıl (ortalama $21,79 \pm 2,27$ yıl), hemşirelik bölümü öğrencilerinin yaş ortancası 21 yıl (ortalama $21,25 \pm 2,01$ yıl), çocuk gelişimi bölümü öğrencilerinin yaş ortancası 21 yıl (ortalama $21,64 \pm 3,19$ yıl), fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin yaş ortancası 21 yıl (ortalama $21,31 \pm 2,64$ yıl), sağlık yönetimi öğrencilerinin yaş ortancası 22 yıl (ortalama $21,62 \pm 1,76$ yıl) olarak bulunmuştur.

Bireylerin okudukları bölüme göre yaş ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p: 0,607$).

Bireylerin okudukları bölüme göre vücut ağırlığı ortalamaları incelendiğinde; beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin ağırlık ortancası 58 kg (ortalama $60,12 \pm 12,92$ kg), hemşirelik bölümü öğrencilerinin ağırlık ortancası 65 kg (ortalama $65,47 \pm 14,97$ kg), çocuk gelişimi bölümü öğrencilerinin ağırlık ortancası 59 kg (ortalama $59,4 \pm 8,98$ kg), fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin ağırlık ortancası 65 kg (ortalama $66,86 \pm 13,47$ kg), sağlık yönetimi öğrencilerinin ağırlık ortancası 62 kg (ortalama $66,1 \pm 16,34$ kg) olarak bulunmuştur.

Bireylerin okudukları bölüme göre vücut ağırlığı ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p: 0,001$). Buna göre; fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerine göre vücut ağırlık ortalamaları bakımından anlamlı bir artış ($p: 0,002$) ve fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin çocuk gelişimi bölümü öğrencilerine göre vücut ağırlık ortalamaları bakımından anlamlı bir artış ($p: 0,016$) gözlenmektedir.

Bireylerin okudukları bölüme göre boy uzunluğu ortalamaları incelendiğinde; beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin boy uzunluğu ortancası 168 cm (ortalama $167,21 \pm 7,16$ cm), hemşirelik bölümü öğrencilerinin boy uzunluğu ortancası 165 cm (ortalama $168,61 \pm 9,68$ cm), çocuk gelişimi bölümü öğrencilerinin boy uzunluğu ortancası 165 cm (ortalama $168,61 \pm 9,68$ cm), fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin boy uzunluğu ortancası 170 cm (ortalama $171,16 \pm 9,21$ cm), sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin boy uzunluğu ortancası 168 cm (ortalama $170,21 \pm 9,86$ cm) olarak bulunmuştur.

Bireylerin okudukları bölüme göre boy uzunluğu ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p: 0,001). Buna göre; fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerine göre boy uzunluk ortalamaları bakımından anlamlı bir artış (p: 0,005) ve fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin çocuk gelişimi bölümü öğrencilerine göre boy uzunluk ortalamaları bakımından anlamlı bir artış (p: 0,001) gözlenmektedir.



Çalışmaya katılan bireylerin BKİ sınıflamasına göre dağılımı Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7: Bireylerin beden kütle indeksi sınıflamasına göre dağılımları

	n	%
BKİ (kg/m²) sınıflaması		
<18,5 (Zayıf)	45	13,3
18,5-24,9 (Normal)	240	70,8
25,0- 29,9 (Fazla Kilolu)	46	13,6
≥ 30 (Obez)	8	2,3

Araştırmaya katılan bireylerin %13,3’ü zayıf, %70,8’i normal, %13,6’sı fazla kilolu ve %2,3’ü obez’ dir.

Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyete göre beden kütle indeksi sınıflaması dağılımı Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8: Bireylerin cinsiyete göre BKİ sınıflamasına göre dağılımı

	Cinsiyet						p
	Kadın		Erkek		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
BKİ (kg/m²) sınıflaması							
<18,5 (Zayıf)	42	16,1	3	3,8	45	13,3	
18,5-24,9 (Normal)	188	72,0	52	66,7	240	70,8	<0,001
25,0- 29,9 (Fazla Kilolu)	27	10,4	19	24,4	46	13,6	
≥ 30 (Obez)	4	1,5	4	5,1	8	2,3	

p: Ki-kare Test

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyete göre beden kütle indeksi sınıfları dağılımına bakıldığında; kadınların %16,1’inin zayıf, %72’sinin normal vücut ağırlığında, %10,3’ünün fazla kilolu ve %1,5’inin obez olduğu; erkeklerin ise %3,8’inin zayıf, %66,7’sinin normal kilolu, %24,4’ünün fazla kilolu ve %5,1’inin obez olduğu saptanmıştır.

Bireylerin cinsiyet ile beden kütle indeksi sınıfları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (p<0,001). Buna göre; <18,5 kg/m² (zayıf) grubundaki kadınlar erkeklere oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır (p: 0,005); 25.0- 29,9 kg/m² (fazla kilolu) grubundaki kadınlar erkeklere oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha azdır (p: 0,002).

Çalışmaya katılan bireylerin okudukları bölüme göre beden kütle indeksi sınıflaması dağılımı Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9: Bireylerin okudukları bölüm ve BKİ sınıflamasına göre dağılımları

	Okudukları Bölümler												p
	Beslenme ve Diyetetik		Hemşirelik		Çocuk Gelişimi		Fizyoterapi ve Rehabilitasyon		Sağlık Yönetimi		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
BKİ (kg/m²) sınıflaması													
<18,5 (Zayıf)	25	17,9	3	8,3	5	10,6	9	10,3	3	10,4	45	13,3	0,001
18,5-24,9 (Normal)	101	72,1	27	75,0	38	80,9	55	63,2	19	65,5	240	70,8	
25,0- 29,9 (Fazla Kilolu)	13	9,3	5	13,9	4	8,5	19	21,9	5	17,2	46	13,6	
≥ 30 (Obez)	1	0,7	1	2,8	0	0,0	4	4,6	2	6,9	8	2,3	
Toplam	140	100	36	100	47	100	87	100	29	100	339	100	

p: Linear by Linear Association

Araştırmaya katılan bireylerin okudukları bölüme göre BKİ sınıflaması dağılımına bakıldığında; beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin %17,9'unun zayıf, %72,1'inin normal, %9,3'ünün fazla kilolu ve %0,7'sinin ise obez olduğu; hemşirelik bölümü öğrencilerinin %8,3'ünün zayıf, %75,0'inin normal, %13,9'unun fazla kilolu ve %2,8'inin ise obez olduğu; çocuk gelişimi bölümü öğrencilerinin %10,6'sının zayıf, %80,9'unun normal, %8,5'inin fazla kilolu olduğu ve hiçbirinin obez olmadığı; fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin %10,3'ünün zayıf, %63,2'sinin normal, %21,9' unun fazla kilolu ve %4,6'sının ise obez olduğu; sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin %10,4'ünün zayıf, %65,6' inin normal, %17,2'sinin fazla kilolu ve %6,9'unun ise obez olduğu görülmüştür.

Bireylerin okudukları bölüm ile beden kütle indeksi sınıflaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Buna göre; 25,0-29,9 kg/m² (fazla kilolu) grubundaki beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin oranı fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin oranına göre anlamlı derecede az olduğu (p: 0,008), ≥ 30 kg/m² (obez) grubundaki beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin oranı sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin oranına göre anlamlı derecede az olduğu (p: 0,022), 18,5-24,9 kg/m² (normal) grubundaki çocuk gelişimi bölümü öğrencilerinin oranı fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin oranına göre anlamlı derecede az olduğu (p: 0,035) olduğu gözlenmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin yaşadıkları yere göre beden kütle indeksi sınıflaması dağılımı Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Bireylerin yaşadıkları yere göre beden kütle indeksi sınıflaması

	Yaşadıkları Yer										p
	Aile		Yurt		Arkadaş		Yalnız		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
BKI (kg/m²) sınıflaması											
<18,5 (Zayıf)	29	16,7	3	4,5	9	11,1	4	23,5	45	13,3	
18,5-24,9 (Normal)	123	70,7	52	77,6	55	67,9	10	58,8	240	70,8	
25,0- 29,9 (Fazla Kilolu)	18	10,3	9	13,4	16	19,8	3	17,7	46	13,6	0,127
≥ 30 (Obez)	4	2,3	3	4,5	1	1,2	0	0,0	8	2,3	
Toplam	174	100	67	100	81	100	17	100	339	100	

p: Ki-kare Test

Araştırmaya katılan bireylerin yaşadıkları yere göre beden kütle indeksi sınıflaması dağılımına bakıldığında; ailesiyle yaşayan bireylerin %16,7'sinin zayıf, %70,7'sinin normal, %10,3'ünün fazla kilolu ve %2,3'ünün obez olduğu; yurttan yaşayan bireylerin %4,5'inin zayıf, %77,6'sının normal, %13,4' ünün fazla kilolu ve %4,5'inin obez olduğu; arkadaşlarıyla yaşayan bireylerin %11,1'inin zayıf, %67,9'unun normal, %19,8'inin fazla kilolu ve %1,2'sinin obez olduğu; yalnız yaşayan bireylerin %23,5'inin zayıf, %58,8'inin normal, %17,7'sinin fazla kilolu olduğu ve hiçbirinin obez olduğu saptanmıştır.

Bireylerin yaşadıkları yer ile BKI sınıflaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (p: 0,127).

Çalışmaya katılan bireylerin YTT sorularına verdikleri cevapların dağılımı

Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11: Bireylerin yeme tutum testi sonuçları

Yeme Tutumu Testi												
Sorular	Daima		Çok sık		Sık sık		Bazen		Nadiren		Hiçbir zaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	146	43,1	86	25,4	66	19,5	36	10,6	4	1,2	1	0,3
2	2	0,6	12	3,5	11	3,2	46	13,6	100	29,5	168	49,6
3	3	0,9	10	2,9	10	2,9	65	19,2	82	24,2	169	49,9
4	48	14,2	34	10,0	41	12,1	69	20,4	71	20,9	76	22,4
5	16	4,7	15	4,4	25	7,4	52	15,3	73	21,5	158	46,6
6	26	7,7	21	6,2	35	10,3	95	28,0	91	26,8	71	20,9
7	15	4,4	22	6,5	47	13,9	90	26,5	87	25,7	78	23,0
8	30	8,8	38	11,2	58	17,1	106	31,3	63	18,6	44	13,0
9	22	6,5	28	8,3	42	12,4	91	26,8	74	21,8	82	24,2
10	10	2,9	20	5,9	31	9,1	88	26,0	88	26,0	102	30,1
11	15	4,4	35	10,3	53	15,6	137	40,4	70	20,6	29	8,6
12	32	9,4	25	7,4	52	15,3	60	17,7	59	17,4	111	32,7
13	1	0,3	2	0,6	5	1,5	13	3,8	18	5,3	300	88,5
14	10	2,9	8	2,4	14	4,1	56	16,5	63	18,6	188	55,5
15	22	6,5	16	4,7	25	7,4	61	18,0	61	18,0	154	45,4
16	9	2,7	6	1,8	19	5,6	51	15,0	93	27,4	161	47,5
17	1	0,3	9	2,7	14	4,1	30	8,8	75	22,1	210	61,9
18	30	8,8	29	8,6	44	13,0	77	22,7	68	20,1	91	26,8
19	129	38,1	62	18,3	68	20,1	35	10,3	29	8,6	16	4,7
20	55	16,2	56	16,5	111	32,7	70	20,6	31	9,1	16	4,7
21	4	1,2	4	1,2	20	5,9	100	29,5	127	37,5	84	24,8
22	23	6,8	18	5,3	37	10,9	48	14,2	86	25,4	127	37,5
23	79	28,3	67	24,0	62	22,2	34	12,2	12	4,3	25	9,0
24	44	13,0	63	18,6	64	18,9	98	28,9	41	12,1	29	8,6
25	26	7,7	18	5,3	48	14,2	77	22,7	73	21,5	97	28,6
26	35	10,3	27	8,0	39	11,5	93	27,4	85	25,1	60	17,7
27	54	15,9	45	13,3	88	26,0	106	31,3	35	10,3	11	3,2
28	2	0,6	3	0,9	8	2,4	17	5,0	23	6,8	286	84,4
29	15	4,4	21	6,2	36	10,6	97	28,6	88	26,0	82	24,2
30	4	1,2	20	5,9	37	10,9	93	27,4	90	26,5	95	28,0
31	18	5,3	21	6,2	58	17,1	58	17,1	72	21,2	112	33,0
32	54	15,9	53	15,6	78	23,0	84	24,8	48	14,2	22	6,5
33	11	3,2	17	5,0	29	8,6	57	16,8	80	23,6	145	42,8
34	10	2,9	19	5,6	31	9,1	47	13,9	92	27,1	140	41,3
35	8	2,4	14	4,1	20	5,9	42	12,4	83	24,5	172	50,7
36	11	3,2	11	3,2	26	7,7	48	14,2	93	27,4	150	44,2

Tablo 11: Bireylerin yeme tutum testi sonuçları (devamı)

Yeme Tutumu Testi												
Sorular	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
37	10	2,9	12	3,5	32	9,4	70	20,6	69	20,4	146	43,1
38	11	3,2	14	4,1	23	6,8	61	18,0	62	18,3	168	49,6
39	30	8,8	37	10,9	43	12,7	89	26,3	97	28,6	43	12,7
40	4	1,2	3	0,9	6	1,8	29	8,6	36	10,6	261	77,0
Toplam	1075	8,0	1021	7,6	1556	11,5	2676	19,8	2692	19,9	4480	33,2

Kikare test Fisher's Exact test

YTT sorularına verilen cevapların dağılımı incelendiğinde, bireylerin %43,1'i başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanmaktadır. Bireylerin %49,6'sı başkaları için yemek pişirip kendi de bu yemekten yediğini belirtmekte iken, %13,6'sı bazen yemek yaptığını belirtmektedir. Bireylerin %49,9'u yemekten önce sıkıntılı olduğunu düşünmezken, %2,9'u bu durumu çok sık yaşamaktadır.

Bireylerin şişmanlık ile ilgili korkusu incelediğinde ise; %22,4'ünün şişmanlıktan korkmadığını, %14,2'sinin ise daima korku yaşadığı görülmektedir. Araştırmaya katılan bireylerin %46,6'sı acıktığında yemek yerken, %4,7'si yemek yememeye gayret etmektedir.

Bireylerin %7,7'sini daima yemeyi düşünürken, %20,9'u hiçbir zaman yemeyi düşünmemektedir. Bireylerin %4,4'ü yemek yemeyi durduramadığı zamanlar olduğu bildirirken, %23,3'ü bu durumu hiç yaşamadığını bildirmektedir. Bireylerin yiyecek ile ilgili görüşlerinde %8,8'inin daima küçük parçalara bölerek yediğini; %6,5'inin daima yediklerinin kalorisini bildiğini ve %26'sının yüksek kalorili besinlerden bazen kaçındığını saptanmıştır.

Araştırmadaki bireylerin %4,4'ünün yedikten sonra daima şişkinlik hissettiği, %8,6'sının yemekten sonra içinden kusmak geldiğini, %5,3'ünün yemekten sonra nadiren kustuğunu, %2,9'unun yemek yedikten sonra daima pişmanlık duyduğu görülmektedir. Bireylerin %9,4'ünün ailesi kendisinden daima daha zayıf olmasını istediğini, %45,4'ünün ise hiçbir zaman daha zayıf olmayı düşünmediği, %13'ünün başkaları tarafından zayıf olduğu söylemi ancak %8,6'sının başkaları tarafından şişman olarak değerlendirildiği görülmüştür.

Bireylerin %15'i bazen aldığı kalori yakana kadar egzersiz yaptığını, %6,8'i egzersiz yaptığında daima harcadığı kalorileri hesapladığını belirtmiştir.

Bireylerin %22,1'i her gün nadiren tartılırken, %7,7'sinin şişmanlayacağını düşüncesi daima zihnini meşgul etmektedir ayrıca bireylerin %5,6'sı sık sık yiyeceklerle ilgili düşünmekte yine %5,3'ünün yaşamını daima yiyeceklerin kontrol ettiğini düşünmektedir.

Çalışmadaki bireylerin yemek ve başkalarıyla ilişkileri incelendiğinde; bireylerin %10,3'ü başkalarından daima daha yavaş yiyen, %16,8'inin yemek konusunda başkalarının bazen bireye baskı yaptığını düşünmektedir.

Bireylerin %15,92'unun yiyecek konusunda daima kendini denetleyebildiğini, %18'inin ise midesinin boş olmasından bazen hoşlandığı, %20,1'inin vücudunu saran dar elbiselerden nadiren hoşlandığı saptanmıştır. Bireylerin %12,4'ünün bazen kabızlıktan yakındığı, %6,8'inin nadiren müshil kullandığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin besin seçim tercihleri değerlendirildiğinde; %38,1'inin daima et yemekten hoşlandığı, %26,3'ünün şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten nadiren hoşlandığı, %4,4'ünün şekerli yiyeceklerden daima kaçındığını, %27,4'ünün diyet yemekleri bazen yediği, %5,9'unun sık sık günlerce aynı yemeyi yediği saptanmıştır.

Bireylerin %16,2'si sabahları daima erken uyanırken, %31,3'ü lokantada yemek yemeyi bazen sevmektedir.

Çalışmaya katılan bireylerin %3,5'i çok sık diyet yaparken, %27,4'ü tatlı yedikten sonra nadiren rahatsız olmaktadır.

Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyete göre YTT kesme puanı “30”a göre dağılımı Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12: Bireylerin cinsiyete göre YTT puanı ≥ 30 olanlar ile < 30 olanların değerlendirilmesi

	Cinsiyet						p
	Kadın		Erkek		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Yeme Tutumu Testi Puanı							
≥ 30	32	12,3	5	6,4	37	10,9	0,146
< 30	229	87,7	73	93,6	302	89,1	

p: Ki-kare Test

YTT puanının ≥ 30 olması bireylerdeki yeme tutum bozukluğunu yansıtmaktadır. Buna göre çalışmaya katılan kadınların %12,3’ü; çalışmaya katılan erkeklerin %6,4’ü yeme tutum bozukluğuna sahipken; kadınların %87,7’sinde, erkeklerin %93,6’sında yeme bozukluğu saptanmamıştır.

Bireylerin cinsiyeti ile yeme tutum test puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (p: 0,146).

Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyete göre YTT < 30 ortalamalarına göre dağılımı Tablo 13’te gösterilmiştir.

Tablo 13: YTT puanı < 30 ortalamalarının cinsiyete göre değerlendirilmesi

	Yeme Tutumu Testi Puanı < 30						P
	n	Ortalama	SS	Ortanca	Min	Max	
Cinsiyet							
Kadın	230	15,82	6,04	16	2	30	0,700
Erkek	73	14,55	6,44	14	3	28	

p: Student’s t Test

Çalışmaya katılan YTT puanı < 30 olan kadınların ortanca değeri 16 (ortalama $15,82 \pm 6,04$), erkeklerin ortanca değeri 14 (ortalama $14,55 \pm 6,44$)’tür.

YTT puanı < 30 olanlarda cinsiyete göre ortalamalar değişim göstermemektedir (p: 0,700).

Çalışmaya katılan bireylerin okudukları bölüme göre YTT kesme puanı “30”a göre dağılımı Tablo 14’te gösterilmiştir.

Tablo 14: Bireylerin okudukları bölüme göre YTT puanı ≥ 30 olanlar ile < 30 olanların değerlendirilmesi

	Okudukları Bölümler												p
	Beslenme ve Diyetetik		Hemşirelik		Çocuk Gelişimi		Fizyoterapi ve Rehabilitasyon		Sağlık Yönetimi		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yeme Tutumu Testi Puanı													
≥ 30	20	14,3	3	8,3	2	4,3	10	11,5	2	6,9	37	10,9	0,338
< 30	120	85,7	33	91,7	45	95,7	77	88,5	27	93,1	302	89,1	
Toplam	140	100	36	100	47	100	87	100	29	100	339	100	

p: Ki-kare Test

Araştırmaya katılan bireylerin okudukları bölüme göre YTT puanlarının dağılımına bakıldığında; beslenme ve diyetetik öğrencilerinin %14,3'ü; hemşirelik öğrencilerinin %8,3'ü; çocuk gelişimi öğrencilerinin %4,3'ü; fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin %11,5'i sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin %6,9'u yeme tutum bozukluğuna sahip olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan beslenme ve diyetetik öğrencilerinin %85,7'sinde; hemşirelik öğrencilerinin %91,7'sinde; çocuk gelişimi öğrencilerinin %95,7'sinde; fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin %88,5'inde sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin %93,1'inde yeme tutum bozukluğu görülmemektedir.

Bireylerin okudukları bölüm ile yeme tutum test puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (p: 0,338).

Çalışmaya katılan bireylerin okudukları bölüme göre YTT <30 ortalamalarına göre dağılımı Tablo 15’te gösterilmiştir.

Tablo 15: YTT puanı <30 ortalamalarının okudukları bölüme göre değerlendirilmesi

Yeme Tutumu Testi Puanı <30							
	n	Ortalama	SS	Ortanca	Min	Max	P
Okudukları Bölüm							
Beslenme ve Diyetetik	120	16,31	6,09	17	4	29	
Hemşirelik	33	15,88	5,81	17	2	29	
Çocuk Gelişimi	45	16,07	6,24	15	6	29	0,138
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	78	14,15	6,08	13	4	30	
Sağlık Yönetimi	27	14,56	6,56	14	3	27	

p: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Araştırmaya katılan bireylerin okudukları bölüme göre YTT<30 puanlarının dağılımına bakıldığında; çalışmaya katılan YTT puanı <30 olan beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin ortanca değeri 17 (ortalama $16,31 \pm 6,09$), hemşirelik bölümü öğrencilerinin ortanca değeri 17 (ortalama $15,88 \pm 5,81$), çocuk gelişimi bölümü öğrencilerinin ortanca değeri 15 (ortalama $16,07 \pm 6,24$), fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin ortanca değeri 13 (ortalama $14,15 \pm 6,08$), sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin ortanca değeri 14 (ortalama $14,56 \pm 6,56$)’tür.

Yeme tutum test puanı <30 olan bireylerin okudukları bölüme göre ortalamaları değişim göstermemektedir (p: 0,138).

Çalışmaya katılan bireylerin beden kütle indeksine sınıflamasına göre YTT puanları dağılımı Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 16: Bireylerin BKİ değerlerine göre YTT puanlarının değerlendirilmesi

	Beden Kütle İndeksi (kg/m ²)								Toplam	p	
	<18,5 (Zayıf)		18,5-24,9 (Normal)		25,0- 29,9 (Fazla Kilolu)		≥ 30 (Obez)				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Yeme Tutumu Testi Puanı											
≥30	6	13,3	27	11,3	4	8,7	0	0,0	37	10,9	0,680
<30	39	86,7	213	88,7	42	91,3	8	100,0	302	89,1	
Toplam	45	100	240	100	46	100	8	100	339	100	

p: Ki-kare Test

Araştırmaya katılan bireylerin BKİ değerlerine göre YTT puanlarının dağılımına bakıldığında; BKİ değerine göre zayıf kategoride bulunan bireylerin %13,3'ünün YTT puanları ≥30 iken, %86,7'sinin YTT puanları <30'dur. BKİ değerine göre normal kategoride bulunan bireylerin %11,3'ünün YTT puanları ≥30 iken, %88,7' sinin YTT puanları <30'dur. BKİ değerine göre fazla kilolu kategoride bulunan bireylerin %8,7'sinin YTT puanları ≥30 iken, %91,3'ünün YTT puanları <30'dur. BKİ değerine göre obez kategoride bulunan bireylerin hiçbirinin YTT puanları ≥30 iken, bütün obez bireylerin YTT puanları <30'dur.

Beden kütle indeks sınıflamasına göre yeme tutum test puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (p: 0,680).

Çalışmaya katılan bireylerin beden kütle indeksi sınıflamasına göre YTT <30 puan ortalamalarına göre dağılımı Tablo 17’de gösterilmiştir.

Tablo 17: Bireylerin YTT puanı <30 ortalamalarının BKİ sınıflamasına göre değerlendirilmesi

Yeme Tutumu Testi Puanı <30							
	n	Ortalama	SS	Ortanca	Min	Max	P
BKI (kg/m²)							
<18,5 (Zayıf)	39	15,00	5,44	15	4	29	
18,5-24,9 (Normal)	214	15,65	6,16	16	2	30	
25,0- 29,9 (Fazla Kilolu)	42	15,64	6,29	15	4	28	
≥ 30 (Obez)	8	13,63	8,90	11	3	29	0,765

p: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Araştırmaya katılan YTT puanı <30 olan bireylerin BKİ değerleri dağılımına bakıldığında; çalışmaya katılan YTT puanı <30 olan BKİ sınıflamasına göre zayıf kategoride olan bireylerin ortanca değeri 15 kg/m² (ortalama 15,00 ± 5,44 kg/m²), normal kategoride bulunan bireylerin ortanca değeri 16 kg/m² (ortalama 15,65 ± 6,16 kg/m²), fazla kilolu kategoride bulunan bireylerin ortanca değeri 15 kg/m² (ortalama 15,64 ± 6,29 kg/m²), obez kategoride bulunan bireylerin ortanca değeri 11 kg/m² (ortalama 13,63 ± 8,90 kg/m²) olarak bulunmuştur.

Yeme tutum test puanı <30 ve altı olan bireylerde beden kütle indeksi sınıflamasına göre ortalamalar değişim göstermemektedir (p: 0,765).

Çalışmaya katılan bireylerin yaşadıkları yere göre YTT puanları dağılımı Tablo 18.'de gösterilmiştir.

Tablo 18: Bireylerin yaşadıkları yere göre YTT puanlarının değerlendirilmesi

	Yaşanılan Yer										P
	Aile		Yurt		Arkadaş		Yalnız		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Yeme Tutumu Testi Puanı											
≥30	12	6,9	11	16,4	11	13,6	3	17,6	37	10,9	0,095
<30	162	93,1	56	83,6	70	86,4	14	82,4	302	89,1	
Toplam	174	100	67	100	81	100	17	100	339	100	

p: Ki-kare Test

Araştırmaya katılan bireylerin yaşadıkları yere göre YTT puanlarının dağılımına bakıldığında; ailesi ile yaşayan bireylerin %6,9'unun YTT puanları ≥30 iken, %93,1'inin YTT puanları <30'dur. Yurtta yaşayan bireylerin %16,4'ünün YTT puanları ≥30 iken, %83,6'sinin YTT puanları <30'dur. Arkadaşları ile evde yaşayan bireylerin %13,6'sının YTT puanları ≥30 iken, %86,4'ünün YTT puanları <30'dur. Yalnız yaşayan bireylerin %17,6'sının YTT puanları ≥30 iken, %82,4'ünün YTT puanları <30'dur.

Bireylerin yaşadıkları yer ile yeme tutum test puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (p: 0,095).

Çalışmaya katılan bireylerin yaşadıkları yere göre YTT <30 puan ortalamalarına göre dağılımı Tablo 19’da gösterilmiştir.

Tablo 19: Bireylerin YTT puanı <30 ortalamalarının yaşadıkları yere göre değerlendirilmesi

Yeme Tutumu Testi Puanı <30							P
	n	Ortalama	SS	Ortanca	Min	Max	
Yaşadıkları Yer							
Aile	162	14,83	5,74	15	2	29	0,063
Yurt	57	16,05	6,83	17	3	30	
Arkadaş	70	16,97	6,23	16,5	4	29	
Yalnız	14	13,93	6,65	14,5	4	28	

p: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Çalışmaya katılan YTT puanı <30 olan ailesi ile yaşayan bireylerin ortanca değeri 15 (ortalama $14,83 \pm 5,74$), yurttan yaşayan bireylerin ortanca değeri 17 (ortalama $16,05 \pm 6,83$), arkadaşlarıyla yaşayan bireylerin ortanca değeri 16,5 (ortalama $16,97 \pm 6,23$), yalnız yaşayan bireylerin ortanca değeri 14,5 (ortalama $13,93 \pm 6,65$) olarak bulunmuştur.

Yeme tutum test puanı <30 olanlarda yaşadıkları yer gruplarına göre ortalamalar değişim göstermemektedir (p: 0,063).

Çalışmaya katılan bireylerin SYBD ölçeği sorularına verdikleri cevapların dağılımı Tablo 20’de gösterilmiştir.

Tablo 20: Bireylerin SYBD puanları sonuçları

Sorular	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II							
	Hiçbir zaman		Bazen		Sık sık		Düzenli	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	19	5,6	110	32,4	134	39,5	76	22,4
2	87	25,7	147	43,4	81	23,9	24	7,1
3	46	13,6	133	39,2	117	34,5	43	12,7
4	97	28,6	163	48,1	49	14,5	30	8,8
5	31	9,1	98	28,9	138	40,7	72	21,2
6	9	2,7	114	33,6	136	40,1	80	23,6
7	10	2,9	36	10,6	146	43,1	147	43,4
8	89	26,3	171	50,4	50	14,7	29	8,6
9	94	27,7	147	43,4	55	16,2	43	12,7
10	63	18,6	159	46,9	51	15,0	66	19,5
11	39	11,5	128	37,8	105	31,0	67	19,8
12	12	3,5	41	12,1	119	35,1	167	49,3
13	14	4,1	39	11,5	135	39,8	151	44,5
14	141	41,6	130	38,3	43	12,7	25	7,4
15	28	8,3	127	37,5	123	36,3	61	18,0
16	57	16,8	156	46,0	72	21,2	54	15,9
17	45	13,3	147	43,4	95	28,0	52	15,3
18	9	2,7	66	19,5	118	34,8	146	43,1
19	11	3,2	43	12,7	116	34,2	169	49,9
20	47	13,9	180	53,1	68	20,1	44	13,0
21	67	19,8	151	44,5	87	25,7	34	10,0
22	60	17,7	157	46,3	73	21,5	49	14,5
23	16	4,7	98	28,9	106	31,3	119	35,1
24	11	3,2	59	17,4	147	43,4	122	36,0
25	19	5,6	59	17,4	121	35,7	140	41,3
26	68	20,1	161	47,5	79	23,3	31	9,1
27	41	12,1	107	31,6	119	35,1	72	21,2
28	141	41,6	122	36,0	37	10,9	39	11,5
29	54	15,9	149	44,0	90	26,5	46	13,6
30	17	5,0	73	21,5	118	34,8	131	38,6

Tablo 20: Bireylerin SYBD puanları sonuçları (devamı)

Sorular	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II							
	Hiçbir zaman		Bazen		Sık sık		Düzenli	
	n	%	n	%	n	%	n	%
31	6	1,8	44	13,0	105	31,0	184	54,3
32	35	10,3	113	33,3	96	28,3	95	28,0
33	55	16,2	133	39,2	93	27,4	58	17,1
34	40	11,8	93	27,4	106	31,3	100	29,5
35	18	5,3	104	30,7	126	37,2	91	26,8
36	42	12,4	163	48,1	88	26,0	46	13,6
37	52	15,3	117	34,5	112	33,0	58	17,1
38	48	14,2	146	43,1	87	25,7	58	17,1
39	71	20,9	138	40,7	85	25,1	45	13,3
40	82	24,2	106	31,3	96	28,3	55	16,2
41	78	23,0	142	41,9	75	22,1	44	13,0
42	12	3,5	44	13,0	128	37,8	155	45,7
43	35	10,3	118	34,8	115	33,9	71	20,9
44	78	23,0	92	27,1	96	28,3	73	21,5
45	109	32,2	130	38,3	67	19,8	33	9,7
46	120	35,4	122	36,0	67	19,8	30	8,8
47	82	24,2	140	41,3	78	23,0	39	11,5
48	18	5,3	30	8,8	71	20,9	220	64,9
49	11	3,2	54	15,9	123	36,3	151	44,5
50	21	6,2	78	23,0	80	23,6	160	47,2
51	25	7,4	99	29,2	100	29,5	115	33,9
52	9	2,7	38	11,2	89	26,3	203	59,9
Toplam	2489	14,1	5715	32,4	5011	28,4	4413	25,0

SYBD ölçeği sorularına verilen cevapların dağılımı incelendiğinde, ölçeğinin alt boyutu olan “Kendini Gerçekleştirme” sorularına verilen cevaplar; %40,1’i olumlu yönde değişip geliştiğini sık sık hissederken, %59,9’ u yeni deneyim ve durumlara daima açık olduğunu, %43,4’ü kendiyile barışık ve sık sık kendini yeterli hissettiğini bildirmiştir. Bireylerin %49,3’ü yaşamın daima bir amacı olduğuna inanırken, %34,8’i hayatındaki uzun vadeli amaçlar için sık sık çalıştığı bildirmiştir. Bireylerin %45,7’si yaşamındaki önemli olan şeylerin daima farkında olduğunu, %13,6’sının düzenli olarak

her gün yapacak ilginç şeyler bulduğu saptanmıştır. Bireylerin %64,9'u ilahi gücün varlığına düzenli olarak inanırken, %19,5'u geleceğe bazen umutla baktığını bildirmiştir.

SYBD ölçeğinin alt boyutu olan "Beslenme" sorularına verilen cevaplar incelendiğinde; bireylerin %7,1'inin düzenli olarak kolesterolü düşük bir diyeti tercih ettiği, %50,4'ünün şeker ve tatlıyı bazen kısıtladığını, %41,6'sının hiçbir zaman 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yemediği, %53,1'inin bazen günde 2-4 öğün meyve yediği, %47,5'inin bazen günde 3-5 öğün sebze yediği, %28'inin düzenli olarak her gün 3-4 kez süt yoğurt peynir tükettiği, %47,2'sinin düzenli olarak her gün kahvaltı yaptığı, %43,1'inin et grubundan düzenli olarak her gün 3-4 porsiyon yediği ve %27,1'inin bazen gıda paketlerinin etiket bilgisini okudukları saptanmıştır.

SYBD ölçeğinin alt boyutu olan "Fiziksel Aktivite" sorularına verilen cevaplar incelendiğinde; bireylerin %8,8'i düzenli bir egzersiz programı yaptığını, %49,9'unun bazen 20 dakika veya daha uzun süreli egzersiz yaptığı, %16,8'inin hafif ve orta düzeyde hiçbir zaman egzersiz yapmadığı, %14,5'inin düzenli olarak boş zamanlarında aktivite yaptığı, %11,5'inin düzenli olarak haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaptığı, %29,5'inin günlük işler arasında düzenli olarak egzersiz yaptığı, %16,2'sinin düzenli olarak egzersiz yaparken nabzını kontrol ettiği, %32,2'sinin hiçbir zaman bireysel sağlık ile ilgili eğitim programlarına katılmadığı saptanmıştır.

SYBD ölçeğinin alt boyutu olan "Stres Yönetimi" sorularına verilen cevaplar incelendiğinde; bireylerin %31'i rahatlamak için sık sık vakit ayırdığını, %41,9'unun bazen günde 15-20 dakika gevşeyebilmek için uygulamalar yaptığını, %40,7'sinin sık sık yeterince uyuduğu, %41,3'ünün bazen kendini yorulmaktan koruduğunu, %35,1'inin ise uyumadan önce düzenli olarak güzel şeyler düşündüğünü, %43,4'ünün yaşamında değiştiremeyeceği şeyleri bazen kabul ettiği, %44'ünün stresini kontrol etmek için bazen yöntemler kullandığı saptanmıştır.

SYBD ölçeğinin alt boyutu olan “Kişiler Arası Destek” sorularına verilen cevaplar incelendiğinde; bireylerin %44,5’i insanlarla düzenli olarak anlamlı ilişkiler kurduğunu, %39,5’i kendine yakın olan kişilerle endişe ve sorumluluklarını sık sık paylaştığı, %10,7’sinin benzer sorunları olan kişilerden hiçbir zaman destek almadığı, %36,3’ünün konuşarak ve uzlaşarak bazen sorunları çözdüğü, %49,9’unun arkadaşlarına düzenli olarak vakit ayırdığı, %33’ünün yakın dostlar edinmek için sık sık çaba harcadığı, %35,7’sinin başkalarına sık sık ilgi ve yakınlık gösterdiği saptanmıştır.

SYBD ölçeğinin alt boyutu olan “Sağlık Sorumluluğu” sorularına verilen cevaplar incelendiğinde; bireylerin %33,9’unun gereksinim duyduğunda başkalarından düzenli olarak danışmanlık ve rehberlik aldığı, %39,2’sinin vücudunu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından bazen kontrol ettiğini, %35,1’inin sağlık sorunlarını sık sık sağlık personeline danıştığını, %34,5’inin doktora ya da sağlık personeline vücudundaki olağan dışı belirtileri sık sık anlattığını, %25,1’inin kendine nasıl daha iyi bakabileceği konusunda sık sık sağlık personeline danıştığını, %37,5’inin sağlık personelinin önerilerini anlamak için sık sık soru sorduğunu, %10’unun her zaman gittiği sağlık personelinin önerileri ile ilgili soruları olduğunda düzenli olarak başka bir sağlık personeline danıştığını, %43,4’ünün televizyonda sağlığı geliştirici programları bazen izlediği ve konuyla ilgili kitap okuduğu, %38,3’ünün bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına bazen katıldığı saptanmıştır.

Çalışmaya katılan bireylerin SYBD ölçeği alt boyutlarına verdikleri cevapların dağılımı Tablo 21’de gösterilmiştir.

Tablo21: Bireylerin SYBD ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II						
	n	Ortalama	SS	Ortanca	Min	Max
Sağlık sorumluluğu	339	21,89	5,45	21	9	36
Fiziksel aktivite	339	18,17	5,24	18	8	32
Beslenme	339	21,37	4,53	21	10	33
Kendini gerçekleştirme	339	28,07	4,71	28	10	36
Kişiler arası destek	339	27,51	4,52	28	13	36
Stres yönetimi	339	20,45	4,07	20	8	32
Toplam	339	137,47	21,49	137	79	190

Araştırmaya katılan bireylerin SYBD ölçeği puanlarının alt boyutlarının dağılımına bakıldığında; bireylerin “sağlık sorumluluğu” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $21,89 \pm 5,45$, “fiziksel aktivite” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $18,17 \pm 5,24$, “beslenme” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $21,37 \pm 4,53$, “kendini gerçekleştirme” alt boyutundan aldığı puanın ortalaması $28,07 \pm 4,71$, “kişiler arası ilişkiler” alt boyutundan aldığı puanın ortalaması $27,51 \pm 4,52$, “stres yönetimi” alt boyutundan aldığı puanın ortalaması $20,45 \pm 4,07$ ‘tir.

Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyete göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puanları dağılımı Tablo 22’de gösterilmiştir.

Tablo 22: Bireylerin cinsiyete göre SYBD ölçeği alt boyutları puanları dağılımı

	Cinsiyet				p
	Kadın		Erkek		
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II					
Sağlık sorumluluğu	22,54	5,25	19,71	5,57	<0,001
Fiziksel aktivite	17,59	4,83	20,13	6,05	0,001
Beslenme	21,46	4,33	21,10	5,18	0,585
Kendini gerçekleştirme	28,12	4,69	27,91	4,78	0,727
Kişiler arası destek	27,94	4,34	26,06	4,83	0,001
Stres yönetimi	20,52	4,06	20,22	4,13	0,560
Toplam	138,18	20,50	135,13	24,52	0,320

p: Student's t Test

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyete göre SYBD puanlarının dağılımına bakıldığında; araştırmaya katılan kadınların “sağlık sorumluluğu” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $22,54 \pm 5,25$ iken, bu oran erkeklerde $19,71 \pm 5,55$ ’tir. Çalışmadaki kadınların “fiziksel aktivite” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $17,59 \pm 4,83$ iken, bu oran erkeklerde $20,13 \pm 6,05$ ’tir. Kadınların “beslenme” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $21,46 \pm 4,33$ iken, bu oran erkeklerde $21,10 \pm 5,18$ ’dir. Kadınların “kendini gerçekleştirme” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $28,12 \pm 4,69$ iken, bu oran erkeklerde $27,91 \pm 4,78$ ’dir. Kadınların “kişiler arası destek” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $27,94 \pm 4,34$ iken, bu oran erkeklerde $26,06 \pm 4,83$ ’tür.

Kadınların “stres yönetimi” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $20,52 \pm 4,06$ iken, bu oran erkeklerde $20,22 \pm 4,13$ ’tür.

Bireylerin cinsiyetine göre sağlık sorumluluğu alt boyutunun puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p < 0,001$).

Bireylerin cinsiyetine göre fiziksel aktivite alt boyutunun puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p: 0,001$). Buna göre erkek bireylerin fiziksel aktivite puan ortalamaları, kadınların puanlarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu gözlenmiştir.

Bireylerin cinsiyetine göre beslenme alt boyutunun puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p: 0,585).

Bireylerin cinsiyetine göre kendini gerçekleştirme alt boyutunun puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p: 0,727).

Bireylerin cinsiyetine göre kişiler arası destek alt boyutunun puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p: 0,001). Buna göre kadın bireylerin kişiler arası ilişkiler puan ortalamaları, erkek bireylerin puanlarına göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Bireylerin cinsiyetine göre stres yönetimi alt boyutunun puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p: 0,560).

Bireylerin cinsiyetine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p: 0,320).

Çalışmaya katılan bireylerin okudukları bölüme göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puanları dağılımı Tablo 23'te gösterilmiştir.

Tablo 23: Bireylerin okudukları bölüme göre SYBD ölçeği alt boyutları puanları dağılımı

	Okudukları Bölümler										p
	Beslenme ve Diyetetik		Hemşirelik		Çocuk Gelişimi		Fizyoterapi ve Rehabilitasyon		Sağlık Yönetimi		
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II											
Sağlık sorumluluğu	23,60	4,77	20,83	5,95	20,32	4,97	20,57	5,77	21,41	5,74	<0,001
Fiziksel aktivite	18,74	4,82	18,50	6,57	16,83	4,89	17,90	5,46	18,07	5,05	0,227
Beslenme	22,84	4,25	21,06	3,80	19,40	4,33	20,10	4,72	21,72	4,32	<0,001
Kendini gerçekleştirme	28,24	4,25	26,58	5,73	28,53	4,47	27,99	5,26	28,66	3,88	0,321
Kişiler arası destek	28,07	4,45	26,19	4,58	27,34	4,61	27,08	4,57	28,00	4,27	0,171
Stres yönetimi	20,85	4,07	20,08	5,10	20,45	3,79	20,02	3,80	20,31	3,95	0,622
Toplam	142,33	19,61	133,25	25,95	132,87	18,32	133,67	22,84	138,17	21,18	0,009

p: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Araştırmaya katılan bireylerin okudukları bölüme göre, SYBD puanlarının dağılımına bakıldığında; beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin “sağlık sorumluluğu” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $23,60 \pm 4,77$, hemşirelik bölümü öğrencilerinin ortalaması $20,83 \pm 5,95$, çocuk gelişimi bölümü öğrencilerinin ortalaması $20,31 \pm 4,97$, fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin ortalaması $20,57 \pm 5,77$, sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin ortalaması $21,41 \pm 5,74$ ’tür.

Araştırmaya katılan beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin “fiziksel aktivite” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $18,74 \pm 4,82$, hemşirelik bölümü öğrencilerinin ortalaması $18,50 \pm 6,57$, çocuk gelişimi bölümü öğrencilerinin ortalaması $16,83 \pm 4,89$, fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin ortalaması $17,90 \pm 5,46$, sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin ortalaması $18,07 \pm 5,05$ ’tir.

Araştırmaya katılan beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin “beslenme” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $22,84 \pm 4,25$, hemşirelik bölümü öğrencilerinin ortalaması $21,06 \pm 3,80$, çocuk gelişimi bölümü öğrencilerinin ortalaması $19,40 \pm 4,33$, fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin ortalaması $20,10 \pm 4,72$, sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin ortalaması $21,72 \pm 4,32$ ’dir.

Araştırmaya katılan beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin “kendini gerçekleştirme” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $28,24 \pm 4,25$, hemşirelik bölümü öğrencilerinin ortalaması $26,58 \pm 5,73$, çocuk gelişimi bölümü öğrencilerinin ortalaması $28,53 \pm 4,47$, fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin ortalaması $27,99 \pm 5,26$, sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin ortalaması $28,66 \pm 3,88$ ’tir.

Araştırmaya katılan beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin “kişiler arası destek” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $28,07 \pm 4,45$, hemşirelik bölümü öğrencilerinin ortalaması $26,19 \pm 4,48$, çocuk gelişimi bölümü öğrencilerinin ortalaması $27,34 \pm 4,61$, fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin ortalaması $27,08 \pm 4,57$, sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin ortalaması $28,00 \pm 4,27$ ’tir.

Araştırmaya katılan beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin “stres yönetimi” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $20,85 \pm 4,07$, hemşirelik bölümü öğrencilerinin ortalaması $20,08 \pm 5,10$, çocuk gelişimi bölümü öğrencilerinin ortalaması $20,45 \pm 3,79$, fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin ortalaması $20,02 \pm 3,80$, sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin ortalaması $20,31 \pm 3,95$ 'tir.

Bireylerin okudukları bölüme göre sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p < 0,001$). Buna göre; beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin hemşirelik bölümü öğrencilerine göre sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları bakımından anlamlı bir artış ($p: 0,043$), beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin çocuk gelişimi bölümü öğrencilerine göre sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları bakımından anlamlı bir artış ($p: 0,002$), beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerine göre sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları bakımından anlamlı bir artış ($p < 0,001$) olduğu gözlenmektedir.

Bireylerin okudukları bölüme göre fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p: 0,227$).

Bireylerin okudukları bölüme göre beslenme alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p < 0,001$). Buna göre; beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin çocuk gelişimi bölümü öğrencilerine göre beslenme alt boyut puan ortalamaları bakımından anlamlı bir artış ($p < 0,001$), beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerine göre beslenme alt boyut puan ortalamaları bakımından anlamlı bir artış ($p < 0,001$) olduğu gözlenmiştir.

Bireylerin okudukları bölüme göre kendini gerçekleştirme alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p: 0,321$).

Bireylerin okudukları bölüme göre kişiler arası destek alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p: 0,171$).

Bireylerin okudukları bölüme göre stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p: 0,622$).

Bireylerin okudukları bölüme göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p: 0,009). Buna göre; beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ortalamaları bakımından anlamlı bir artış (p: 0,024) olduğu gözlenmiştir.



Çalışmaya katılan bireylerin beden kitle indeksi sınıflamasına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puanları dağılımı Tablo 24'te gösterilmiştir.

Tablo 24: Bireylerin beden kitle indeksine göre SYBD ölçeği alt boyutları puanları dağılımı

	Beden Kütle İndeksi (kg/m ²)								p
	<18,5 (Zayıf)		18,5-24,9 (Normal)		25,0- 29,9 (Fazla Kilolu)		≥ 30 (Obez)		
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II									
Sağlık sorumluluğu	22,89	6,00	21,88	5,30	20,78	5,76	22,88	4,39	0,300
Fiziksel aktivite	17,31	5,43	18,28	5,26	18,15	4,73	19,88	6,53	0,539
Beslenme	21,16	5,14	21,43	4,54	21,09	3,91	22,50	4,47	0,845
Kendini gerçekleştirme	27,56	5,42	28,08	4,67	28,15	4,25	30,25	4,10	0,520
Kişiler arası destek	27,98	4,56	27,44	4,55	27,13	4,42	29,25	4,13	0,563
Stres yönetimi	20,89	4,60	20,27	4,01	20,59	3,96	22,75	2,87	0,309
Toplam	137,78	23,55	137,39	21,42	135,89	20,37	147,50	18,53	0,573

p: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Araştırmaya katılan bireylerin BKİ değerine göre SYBD puanlarının dağılımına bakıldığında; BKİ değerine göre zayıf kategoride bulunan bireylerin “sağlık sorumluluğu” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $22,89 \pm 6,00$, BKİ değerine göre normal kategoride bulunan bireylerin ortalaması $21,88 \pm 5,30$, BKİ değerine göre fazla kilolu kategoride bulunan bireylerin ortalaması $20,78 \pm 5,76$, BKİ değerine göre obez kategoride bulunan bireylerin ortalaması $22,88 \pm 4,39$ ’dur.

Çalışmadaki BKİ değerine göre zayıf kategoride bulunan bireylerin “fiziksel aktivite” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $17,31 \pm 5,43$, BKİ değerine göre normal kategoride bulunan bireylerin ortalaması $18,28 \pm 5,26$, BKİ değerine göre fazla kilolu kategoride bulunan bireylerin ortalaması $18,15 \pm 4,73$, BKİ değerine göre obez kategoride bulunan bireylerin ortalaması $19,88 \pm 6,53$ ’tür.

Çalışmadaki BKİ değerine göre zayıf kategoride bulunan bireylerin “beslenme” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $21,16 \pm 5,14$, BKİ değerine göre normal kategoride bulunan bireylerin ortalaması $21,43 \pm 4,54$, BKİ değerine göre fazla kilolu kategoride bulunan bireylerin ortalaması $21,09 \pm 3,91$, BKİ değerine göre obez kategoride bulunan bireylerin ortalaması $22,50 \pm 4,47$ ’dir.

Araştırmaya katılan BKİ değerine göre zayıf kategoride bulunan bireylerin “kendini gerçekleştirme” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $27,56 \pm 5,42$, BKİ değerine göre normal kategoride bulunan bireylerin ortalaması $28,08 \pm 4,67$, BKİ değerine göre fazla kilolu kategoride bulunan bireylerin ortalaması $28,15 \pm 4,25$, BKİ değerine göre obez kategoride bulunan bireylerin ortalaması $30,25 \pm 4,10$ ’dur.

Araştırmaya katılan BKİ değerine göre zayıf kategoride bulunan bireylerin “kişiler arası destek” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $27,98 \pm 4,56$, BKİ değerine göre normal kategoride bulunan bireylerin ortalaması $27,44 \pm 4,55$, BKİ değerine göre fazla kilolu kategoride bulunan bireylerin ortalaması $27,13 \pm 4,42$, BKİ değerine göre obez kategoride bulunan bireylerin ortalaması $29,25 \pm 4,13$ ’tür.

Çalışmadaki BKİ değerine göre zayıf kategoride bulunan bireylerin “stres yönetimi” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $20,89 \pm 4,60$, BKİ değerine göre normal kategoride bulunan bireylerin ortalaması $20,27 \pm 4,01$, BKİ değerine göre fazla kilolu kategoride bulunan bireylerin ortalaması $20,59 \pm 3,96$, BKİ değerine göre obez kategoride bulunan bireylerin ortalaması $22,75 \pm 2,87$ ’dir.

Bireylerin beden kütle indeksi sınıflamasına göre sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p: 0,300).

Bireylerin beden kütle indeksi sınıflamasına göre fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p: 0,539).

Bireylerin beden kütle indeksi sınıflamasına göre beslenme alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p: 0,845).

Bireylerin beden kütle indeksi sınıflamasına göre kendini gerçekleştirme alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p: 0,520).

Bireylerin beden kütle indeksi sınıflamasına göre kişiler arası destek alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p: 0,563).

Bireylerin beden kütle indeksi sınıflamasına göre stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p: 0,309).

Çalışmaya katılan bireylerin beden kütle indeksi sınıflamasına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p: 0,573).

Çalışmaya katılan bireylerin yaşadıkları yere göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puanları dağılımı Tablo 25.'te gösterilmiştir.

Tablo 25: Bireylerin yaşadıkları yere göre SYBD ölçeği alt boyutları puanları dağılımı

	Yaşanılan Yer								P
	Aile		Yurt		Arkadaş		Yalnız		
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği									
Sağlık sorumluluğu	22,20	5,39	20,91	5,22	22,38	5,84	20,24	4,62	0,177
Fiziksel aktivite	18,41	5,40	17,54	4,57	18,51	5,40	16,71	5,16	0,393
Beslenme	21,63	4,40	20,12	4,06	21,86	5,17	21,41	3,87	0,084
Kendini gerçekleştirme	28,30	4,35	27,52	5,19	28,06	4,82	28,00	5,82	0,725
Kişiler arası destek	27,88	4,32	27,04	4,59	27,35	4,84	26,35	4,64	0,379
Stres yönetimi	20,49	3,70	20,13	3,78	20,79	4,66	19,76	5,71	0,692
Toplam	138,90	20,19	133,27	20,40	138,95	24,39	132,47	22,91	0,201

p: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Araştırmaya katılan bireylerin yaşadıkları yere göre SYBD puanlarının dağılımına bakıldığında; ailesiyle yaşayan bireylerin “sağlık sorumluluğu” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $22,20 \pm 5,39$, yurttta yaşayan bireylerin ortalaması $20,91 \pm 5,22$, arkadaşlarıyla yaşayan bireylerin ortalaması $22,38 \pm 5,84$, yalnız yaşayan bireylerin ortalaması $20,24 \pm 4,62$ 'dir.

Araştırmadaki ailesiyle yaşayan bireylerin “fiziksel aktivite” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $18,41 \pm 5,40$, yurttta yaşayan bireylerin ortalaması $17,54 \pm 4,57$, arkadaşlarıyla yaşayan bireylerin ortalaması $18,51 \pm 5,40$, yalnız yaşayan bireylerin ortalaması $16,71 \pm 5,16$ 'dir.

Çalışmada ailesiyle yaşayan bireylerin “beslenme” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $21,63 \pm 4,40$, yurttta yaşayan bireylerin ortalaması $20,12 \pm 4,06$, arkadaşlarıyla yaşayan bireylerin ortalaması $21,86 \pm 5,17$, yalnız yaşayan bireylerin ortalaması $21,41 \pm 3,87$ 'dir.

Çalışmada ailesiyle yaşayan bireylerin “kendini gerçekleştirme” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $28,30 \pm 4,35$, yurttta yaşayan bireylerin ortalaması $27,52 \pm 5,19$, arkadaşlarıyla yaşayan bireylerin ortalaması $28,06 \pm 4,82$, yalnız yaşayan bireylerin ortalaması $28,41 \pm 5,82$ 'dir.

Çalışmada ailesiyle yaşayan bireylerin “kişiler arası destek” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $27,88 \pm 4,32$, yurttta yaşayan bireylerin ortalaması $27,04 \pm 4,59$, arkadaşlarıyla yaşayan bireylerin ortalaması $27,35 \pm 4,84$, yalnız yaşayan bireylerin ortalaması $26,35 \pm 4,64$ 'tür

Araştırmadaki ailesiyle yaşayan bireylerin “stres yönetimi” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $20,49 \pm 3,70$, yurttta yaşayan bireylerin ortalaması $20,13 \pm 3,78$, arkadaşlarıyla yaşayan bireylerin ortalaması $20,79 \pm 4,66$, yalnız yaşayan bireylerin ortalaması $19,76 \pm 5,71$ 'dir.

Bireylerin yaşadıkları yere göre sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p: 0,177).

Bireylerin yaşadıkları yere göre fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p: 0,393).

Bireylerin yaşadıkları yere göre beslenme alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p: 0,084).

Bireylerin yaşadıkları yere göre kendini gerçekleştirme alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p: 0,725).

Bireylerin yaşadıkları yere göre kişiler arası destek alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p: 0,379).

Bireylerin yaşadıkları yere göre stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p: 0,692).

Bireylerin yaşadıkları yere göre, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p: 0,201).

Çalışmaya katılan bireylerin Yeme Tutum ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği arasındaki ilişki puanları dağılımı Tablo 26’da gösterilmiştir.

Tablo26: Bireylerin YTT puanlarının ile SYDB ölçeği alt boyutları puanları dağılımı

	Yeme Tutum Testi				p
	<30		≥30		
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği					
Sağlık sorumluluğu	21,63	5,35	24,00	5,88	0,012
Fiziksel aktivite	17,82	5,12	21,03	5,39	<0,001
Beslenme	21,08	4,46	23,78	4,48	0,001
Kendini gerçekleştirme	28,06	4,63	28,16	5,35	0,904
Kişiler arası destek	27,46	4,41	27,95	5,38	0,535
Stres yönetimi	20,27	4,03	21,95	4,16	0,018
Toplam	136,32	20,76	146,86	25,14	0,005

p: Student's t Test

Araştırmaya katılan bireylerin YTT puanları ile SYBD ölçeği puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; YTT puanı <30 olan bireylerin sağlık sorumluluğu alt boyutundan aldığı puan ortalaması $21,63 \pm 5,35$, YTT puanı ≥ 30 olan bireylerin ortalaması $24,00 \pm 5,88$ 'dir. YTT puanı <30 olan bireylerin fiziksel aktivite alt boyutundan aldığı puan ortalaması $17,82 \pm 5,12$, YTT puanı ≥ 30 olan bireylerin ortalaması $21,03 \pm 5,39$ 'dur. YTT puanı <30 olan bireylerin beslenme alt boyutundan aldığı puan ortalaması $21,08 \pm 4,46$, YTT puanı ≥ 30 olan bireylerin ortalaması $23,78 \pm 4,48$ 'dir. YTT puanı <30 olan bireylerin kendini gerçekleştirme alt boyutundan aldığı puan ortalaması $28,06 \pm 4,63$, YTT puanı ≥ 30 olan bireylerin ortalaması $27,95 \pm 5,38$ 'dir. YTT puanı <30 olan bireylerin kişiler arası destek alt boyutundan aldığı puan ortalaması $27,46 \pm 4,41$, YTT puanı ≥ 30 olan bireylerin ortalaması $27,95 \pm 5,38$ 'dir. YTT puanı <30 olan bireylerin stres yönetimi alt boyutundan aldığı puan ortalaması $20,27 \pm 4,03$, YTT puanı ≥ 30 olan bireylerin ortalaması $21,95 \pm 4,16$ 'dir.

Bireylerin YTT puanlarına göre sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p: 0,012$). Buna göre; YTT puanı ≥ 30 olan bireylerin YTT puanı <30 olan bireylere göre sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları bakımından anlamlı bir artış olduğu bulunmuştur.

YTT puanlarına göre fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p < 0,001$). Buna göre; YTT puanı ≥ 30 olan bireylerin YTT puanı < 30 olan bireylere göre fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları bakımından anlamlı bir artış olduğu bulunmuştur.

YTT puanlarına göre beslenme alt ölçek puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p: 0,001$). Buna göre; YTT puanı ≥ 30 olan bireylerin YTT puanı < 30 olan bireylere göre beslenme alt boyut puan ortalamaları bakımından anlamlı bir artış olduğu bulunmuştur.

YTT puanlarına göre kendini gerçekleştirme alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p: 0,904$).

YTT puanlarına göre kişiler arası destek alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p: 0,535$).

YTT puanlarına göre stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p: 0,018$). Buna göre; YTT puanı ≥ 30 olan bireylerin YTT puanı < 30 olan bireylere göre stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları bakımından anlamlı bir artış olduğu bulunmuştur.

Yeme tutum testi puanlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p: 0,005$). Buna göre; YTT puanı ≥ 30 olan bireylerin YTT puanı < 30 olan bireylere göre ölçeği toplam puan ortalamaları bakımından anlamlı bir artış olduğu bulunmuştur.

YTT sonuçlarına göre puanı ≥ 30 olan bireylerin BKİ sınıflaması ve SYBD ölçeğine göre değerlendirilmesi Tablo 27’de gösterilmiştir.

Tablo 27: YTT ≥ 30 olan bireylerin BKİ sınıflaması ve SYBD ölçeğine göre değerlendirilmesi

	Beden Kütle İndeksi (kg/m ²)								p
	<18,5 (Zayıf)		18,5-24,9 (Normal)		25,0- 29,9 (Fazla Kilolu)		≥ 30 (Obez)		
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (YYT≥ 30)									
Sağlık sorumluluğu	22,50	9,09	24,48	5,46	23,00	3,37	-	-	0,721
Fiziksel aktivite	20,83	5,85	21,30	5,59	19,50	4,20	-	-	0,829
Beslenme	20,33	2,07	24,59	4,73	23,50	3,11	-	-	0,106
Kendini gerçekleştir.	29,00	6,32	28,30	5,44	26,00	3,56	-	-	0,677
Kişiler arası destek	29,33	4,08	27,70	5,86	27,50	4,20	-	-	0,795
Stres yönetimi	21,67	5,09	21,96	4,31	22,25	1,89	-	-	0,977
Toplam	143,67	27,75	148,33	26,31	141,75	14,89	-	-	0,845

Araştırmaya katılan YTT ≥ 30 olan bireylerin BKİ sınıflaması değerine göre SYBD puanlarının dağılımına bakıldığında; YTT ≥ 30 olup BKİ değerine göre zayıf kategoride bulunan bireylerin “sağlık sorumluluğu” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $22,50 \pm 9,09$; YTT ≥ 30 olup BKİ değerine göre normal kategoride bulunan bireylerin ortalaması $24,48 \pm 5,46$; YTT ≥ 30 olup BKİ değerine göre fazla kilolu kategoride bulunan bireylerin ortalaması $23,00 \pm 3,37$ ’dir. YTT puanı ≥ 30 olup BKİ değerine göre zayıf kategoride bulunan bireylerin “fiziksel aktivite” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $20,83 \pm 5,85$; YTT ≥ 30 olup BKİ değerine göre normal kategoride bulunan bireylerin ortalaması $21,30 \pm 5,59$; YTT ≥ 30 olup BKİ değerine göre fazla kilolu kategoride bulunan bireylerin ortalaması $19,50 \pm 4,20$ ’dir. YTT puanı ≥ 30 olup BKİ değerine göre zayıf kategoride bulunan bireylerin “beslenme” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $20,33 \pm 2,07$; YTT ≥ 30 olup BKİ değerine göre normal kategoride bulunan bireylerin ortalaması $24,59 \pm 4,73$; YTT ≥ 30 olup BKİ değerine göre fazla kilolu kategoride bulunan bireylerin ortalaması $23,50 \pm 3,11$ ’dir.

YTT puanı ≥ 30 olup BKİ değerine göre zayıf kategoride bulunan bireylerin “kişiler arası destek” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $29,33 \pm 4,08$; YTT ≥ 30 olup BKİ değerine göre normal kategoride bulunan bireylerin ortalaması $27,70 \pm 5,86$; YTT ≥ 30 olup BKİ değerine göre fazla kilolu kategoride bulunan bireylerin ortalaması $27,50 \pm 4,20$ 'dir.

YTT puanı ≥ 30 olup BKİ değerine göre zayıf kategoride bulunan bireylerin “stres yönetimi” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $21,67 \pm 5,09$; YTT ≥ 30 olup BKİ değerine göre normal kategoride bulunan bireylerin ortalaması $21,96 \pm 4,3$; YTT ≥ 30 olup BKİ değerine göre fazla kilolu kategoride bulunan bireylerin ortalaması $22,25 \pm 1,89$ 'dur.

YTT puanı ≥ 30 olup BKİ sınıflamasına göre sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p: 0,721).

YTT puanı ≥ 30 olup BKİ sınıflamasına göre fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p: 0,829).

YTT puanı ≥ 30 olup BKİ sınıflamasına göre beslenme alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p: 0,106).

YTT puanı ≥ 30 olup BKİ sınıflamasına göre kendini gerçekleştirme alt ölçek puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p: 0,677).

YTT puanı ≥ 30 olup BKİ sınıflamasına göre kişiler arası destek alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p: 0,795).

YTT puanı ≥ 30 olup BKİ sınıflamasına göre stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p: 0,977).

YTT puanı ≥ 30 olup BKİ sınıflamasına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p: 0,845).

YTT sonuçlarına göre puanı ≥ 30 olan bireylerin cinsiyet ve SYBD ölçeğine göre değerlendirilmesi Tablo 28’de gösterilmiştir.

Tablo 28: YTT ≥ 30 olan bireylerin cinsiyet ve SYBD ölçeğine göre değerlendirilmesi

	Cinsiyet				P
	Kadın		Erkek		
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (YTT≥ 30)					
Sağlık sorumluluğu	23,97	5,68	24,20	7,85	0,936
Fiziksel aktivite	20,38	4,92	25,20	6,98	0,062
Beslenme	23,50	3,94	25,60	7,44	0,337
Kendini gerçekleştirme	28,25	5,09	27,60	7,54	0,805
Kişiler arası destek	28,06	5,41	27,20	5,76	0,744
Stres yönetimi	21,97	4,27	21,80	3,83	0,934
Toplam	146,13	23,56	151,60	36,77	0,657

p: Student's t Test

Araştırmaya katılan YTT puanı ≥ 30 olan bireylerin cinsiyete göre SYBD puanlarının dağılımına bakıldığında; YTT ≥ 30 olan kadınların “sağlık sorumluluğu” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $23,97 \pm 5,68$; erkeklerin ortalaması $24,20 \pm 7,85$ ’tir. YTT ≥ 30 olan kadınların “fiziksel aktivite” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $20,38 \pm 4,92$; erkeklerin ortalaması $25,20 \pm 6,98$ ’dir. YTT ≥ 30 olan kadınların “beslenme” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $23,50 \pm 3,94$; erkeklerin ortalaması $25,60 \pm 7,44$ ’tür. YTT ≥ 30 olan kadınların “kendini gerçekleştirme” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $28,25 \pm 5,09$; erkeklerin ortalaması $27,60 \pm 7,54$ ’tür. YTT ≥ 30 olan kadınların “kişiler arası destek” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $28,06 \pm 5,41$; erkeklerin ortalaması $27,20 \pm 5,76$ ’dir. YTT ≥ 30 olan kadınların “stres yönetimi” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $21,97 \pm 4,27$; erkeklerin ortalaması $21,80 \pm 3,83$ ’tür.

Çalışmaya katılan YTT puanı ≥ 30 olan bireylerin cinsiyete göre sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p: 0,936$).

Çalışmaya katılan YTT puanı ≥ 30 olan bireylerin cinsiyete göre fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p: 0,062).

Çalışmaya katılan YTT puanı ≥ 30 olan bireylerin cinsiyete göre beslenme alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p: 0,337).

Çalışmaya katılan YTT puanı ≥ 30 olan bireylerin cinsiyete göre kendini gerçekleştirme alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p: 0,805).

Çalışmaya katılan YTT puanı ≥ 30 olan bireylerin cinsiyete göre kişiler arası destek alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p: 0,744).

Çalışmaya katılan YTT puanı ≥ 30 olan bireylerin cinsiyete göre stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p: 0,934).

Çalışmaya katılan YTT puanı ≥ 30 olan bireylerin cinsiyete göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p: 0,657).

4. TARTIŞMA

Giriş bölümünde belirtilen; üniversite öğrencilerinin yeme tutum ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının saptanması amacıyla yapılan çalışmanın bu bölümünde, araştırmanın amaçları doğrultusunda yapılan analizlerden elde edilen bulgular, var olan literatür eşliğinde değerlendirilmiştir.

Üniversite öğrencilerinin sigara kullanım prevalansını inceleyen bir çalışmaya çeşitli fakültelerde eğitim gören 1200 üniversite öğrencisi katılmıştır. Öğrencilerin %39,3'ü kadın, %60,7'si erkektir. Çalışmadaki yaş ortalaması ise $21,76 \pm 2,89$ (17-48) yıl olarak hesaplanmıştır. Bireylerin %32,3'ü sigara ve %24,7'si alkol kullanmaktadır. Çalışmadaki bireylerin %54,9'u evde, %28,2'si yurttan ve %16,9'u aile ile yaşamaktadır (127). Üniversite öğrencilerinin üniversite yaşamına uyumunu inceleyen başka bir çalışmaya, 421 öğrenci katılmış ve bu çalışmadaki katılımcıların %62'si kadın ve %38'i erkektir. Bireylerin %23'ü ailesi ile, %46,8'i yurttan, %30,2'si ise arkadaşlarıyla evde yaşamaktadır. Bireylerin %33'ü sigara kullanırken, %27,1'i ise alkol kullanmaktadır (128). Çalışmamızda ise bireylerin %77'sini kadınlar, %23,0'ünü erkek oluşturmakta olup, yaş ortalamasının $21,57 \pm 2,45$ (18-37) yıl olduğu görülmektedir. Araştırmada yer alan bireylerin %51,3'ü ailesi ile evde, %19,8'i yurttan, %23,9'u arkadaşları ile evde, %5'inin ise yalnız evde yaşadığı görülmektedir. Bireylerin %23,6'sı sigara kullanırken, %30,1'i alkol kullanmaktadır. Çalışmamızdaki bireylerin sigara kullanımının literatüre oranla düşük olduğu görülmüştür. Bu sonuç Sağlık Bakanlığı'nın yazılı ve görsel medyada yapmış olduğu kamu spotları, sigarayı bıraktırma projeleri ve öğrencilerin sağlık bilimleri öğrencisi olması nedeniyle olabilir.

Üniversitede öğrencilerin beslenme alışkanlıklarını saptamak için %53,5'i kadın, %46,5'i erkek toplam 557 öğrenci ile yapılan bir araştırmada, öğrencilerin sigara içme alışkanlıkları incelendiğinde, erkeklerin kadınlara oranla daha fazla sigara içtiği ve alkol tüketimi yönünden cinsiyet grupları arasında fark görülmediği gözlenmiştir (129). Çalışmamızda da kadınların sigara içme sıklığı (%19,5), erkeklerin sigara içme sıklığından (%23,6) anlamlı düzeyde düşük bulunmuş ancak alkol sonucuyla çelişerek cinsiyet grupları ile alkol kullanım durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$). Gençlerin yaşadıkları stres, sevgisizlik, yalnızlık duygusu gibi psikolojik süreçlerde sigaraya olan eğilimi artırmaktadır (130).

Obezite; vücutta biriken yağ dokusunun, kişinin boyu, ağırlığı, cinsiyeti ve ırkı yönünden sağlığına zararlı sonuçlar çıkaracak derecede fazla olması olarak tanımlanmaktadır. Üniversite çağında fast food alışkanlıklarının yaygınlaşması, fiziksel aktivitenin azalması, sedanter bir yaşam sürdürülmesi ve enerji dengesinin sağlanamaması obeziteye yol açmaktadır (131). 2004'te öğrencilerin beden kütle indeksi ve bel çevresini inceleyen bir çalışmada; çalışmaya katılan bireylerin %10,5'inin zayıf, %77,4'ünün normal kilolu, %10,5'inin fazla kilolu ve %1,5'unun obez olduğu görülmüş, tüm öğrencilerin BKİ değerleri ortalaması $21,79 \pm 2,97 \text{ kg/m}^2$ olarak bulunmuştur (132). Çalışmamızda ise; bireylerin %13,3'ü zayıf, %70,8'i normal, %13,6'sı fazla kilolu ve %13,3'ü obez'dir. 2004'te yapılan çalışmaya göre çalışmamızda bireylerin obezite oranı artmış olduğunu görmekteyiz. Çalışmalarda görüldüğü üzere ülkemizde obezite prevalansı giderek yükselmektedir.

Doğan ve arkadaşlarının üniversite öğrencilerinin diyabet riski ve beslenme alışkanlıklarını değerlendirdiği çalışmada, cinsiyet ve BKİ sınıfları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Kilolu ve obez olanların oranları erkeklerde sırasıyla %22,3 ve %5,4 iken; bu oranlar kadınlarda %35,8 ve %13,3 olarak belirlenmiştir (p: 0,000) (133). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir başka çalışmada; erkeklerin %2,5'nin düşük kilolu, %64,5'inin normal kilolu, %27'sinin fazla kilolu, %6'sının ise obez, kadınların %10,5'inin düşük kilolu, %77,5'inin normal kilolu, %10,5'inin fazla kilolu, %1,5'inin ise obez olduğu tespit edilmiştir (134). Çalışmamızda araştırmaya katılan kadınların %16,1'inin zayıf, %72'sinin normal vücut ağırlığında, %10,3'ünün fazla kilolu ve %1,5'inin obez olduğu; erkeklerin ise %3,8'inin zayıf, %66,7'sinin normal kilolu, %24,4'ünün fazla kilolu ve %5,1'inin obez olduğu saptanmış ve cinsiyet ile beden kütle indeksi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,001). Buna göre; $18,5 \text{ kg/m}^2$ (zayıf) grubundaki kadınlar erkeklere oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır (p: 0,005); $25,0-29,9 \text{ kg/m}^2$ (fazla kilolu) grubundaki kadınlar erkeklere oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha azdır (p: 0,002).

Gençlerin yaşadıkları yer, yaşamlarında düzen için oldukça önemlidir. Aileleri ile yaşayan gençlerde evde düzenli yemek pişiren anne figürü ile öğün atlama oranları azalırken sağlıklı beslenme yükselmektedir. Bunun yanında yurttan yaşayan gençlerin düzensiz beslenmeleri, arkadaşları ile yaşayan gençlerin ise genellikle karbonhidrat ağırlıklı beslendiği görülmektedir.

Çalışmamıza katılan bireylerin yaşadıkları yere göre beden kütle indekslerinin dağılımı değerlendirildiğinde; ailesiyle yaşayan bireylerin %10,3'ünün fazla kilolu olduğu; yurttan yaşayan bireylerin %13,4'ünün fazla kilolu olduğu; arkadaşlarıyla yaşayan bireylerin %19,8'inin fazla kilolu olduğu; yalnız yaşayan bireylerin %17,6'sının fazla kilolu saptanmıştır. Çalışmamızdaki bireylerin yaşadıkları yere göre BKİ sınıflama yüzdelerinde fark görülmektedir. Arkadaşlarıyla evde yaşayan bireyler “fazla kilolu” sınıfında en yüksek yüzdeyi almıştır. Ancak bireylerin yaşadıkları yer ile beden kütle indeksi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p: 0,127).

Sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde kullanılan stratejilerin en başında konuya ilişkin bilgi verme yer almaktadır (135). Yapılan bir çalışmada, bireylerin mutfak bilgisi eğitimi alma durumlarına göre beslenme bilgi düzeyleri incelendiğinde; mutfak eğitimi alan öğrencilerin lehine olduğu, mutfak bilgisi eğitimi almayan öğrencilerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (136). DSÖ ve Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) 2004 yılındaki hedeflerinde; eğitimle beraber bireyin diyabet ile ilgili bilgi ve becerilerinin artırılmasıyla, içinde buldukları durumun yönetimini sağlayarak daha sağlıklı bir yaşam tarzına ulaşmalarından bahsetmiştir (137). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada öğrenimleri sırasında beslenme eğitimi almayanların %29,8'i, alanların %5,9'u obezdir. Öğrenim sırasında beslenme eğitimi almayanlardaki obezite oranının (%29,8), alanlardan fazla (%5,9) olması, konu ile ilgili bilgi sahibi olunmasının, farkındalığı arttırdığını ve obezitenin olumsuz etkilerinin bilinmesine neden olduğunu düşündürmektedir (138). Beslenme eğitimi, sağlık sonuçlarını iyileştirmek ve bir ömür boyu sağlıklı beslenme alışkanlıklarını geliştirmek için maliyetsiz bir yoldur (139). Hemodiyaliz hastalarının beslenme bilgi düzeyi ile beslenme durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanan bir çalışmada; diyetisyenden bilgi alan bireylerin puan ortancası, doktordan bilgi edinen bireylere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (140). Çalışmamızda literatürü destekler nitelikte olup bireylerin eğitim aldıkları bölüm ile BKİ'leri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre; 25,0-29,9 kg/m² (fazla kilolu) grubundaki beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin oranı fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin oranına göre anlamlı derecede az olduğu (p: 0,008), ≥ 30 kg/m² (obez) grubundaki beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin oranı sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin oranına

göre anlamlı derecede az olduğu (p: 0,022). Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin, beslenme odaklı eğitim almasıyla artan sağlıklı beslenme bilincinin sonucu etkilediği düşünölmektedir.

Yaygınlığı ve sıklığı gençler arasında giderek artan yeme bozuklukları DSÖ tarafından da ‘tıbbi dikkat’ gerektiren ‘önemli tıbbi durum’ olarak tanımlanan bir halk sağlığı sorunudur. Gençlik çağı, fiziksel sorunların yanı sıra sosyal ve ruhsal sorunların da yaşandığı bir dönemdir. Türkiye’nin nüfusunun yaklaşık %30’unu 12-25 yaş grubunun oluşturduğu göz önüne alındığında, sosyokültürel değişimlerin ve kültürel çatışmaların yeme bozukluğunun yaygınlığını artırdığı ve büyük bir kitleyi etkilediği görölmektedir (96). Bu kitlelerden birini üniversite öğrencileri oluşturmakta olup, Türk deneklerle yapılan çalışmalar üniversite öğrencileri arasında yeme bozukluklarının oldukça yaygın olduğunu ortaya koymaktadır. Yapılan çalışmalarda bu oranın %2–3 civarında olduğu saptanmıştır (141). Çalışmamızda YTT kesme puanı kullanılmış; bireylerin puanının ≥ 30 olması halinde yeme tutum bozukluğunu var olarak kabul edilmiştir. Buna göre çalışmamıza katılan bireylerin %10,9’unda yeme bozukluğu görölmektedir. Literatüre oranla çalışmamızdaki değer oldukça yüksektir. Beden algısı kilo kontrolünü etkileyen diğer bir önemli faktördür. Yapılan bir araştırmada, kendini şişman algılayan bireylerin yalnızlık ve ümitsizlik puanlarının yüksek çıktığı görölmüştür. Çalışmadaki kadınlar yemek yedikten sonra kusma, diyet hapları kullanma, çok sıkı diyetler uygulama gibi kilo kontrol davranışlarını daha çok gösterdikleri ve çoğunun kilolarından memnun olmadıkları bulunmuştur (142).

Yeme bağımlılığı; işlenmiş, yüksek kalorili ve hoşa giden belirli besinlerin bağımlılık potansiyeline sahip olabileceği ve bu gıdaların fazla tüketilmesinin bağımlı davranışı temsil edebileceği kavramına dayanmaktadır. Yeme bağımlılığının obeziteye, metabolik disregölasyona yol açmaktadır (143). Çalışmamızdaki bireylerin %7,7’si aklının fikrinin daima yemekte olduğu, %20,9’unun ise yemekle ilgili hiçbir şey düşünmediği saptanmıştır. Yeme bağımlılığı belirtilerinden olan şekerli ve yağlı yiyeceklerden hoşlanılması; çalışmamızdaki bireylerin %10,9’unun da bu besinleri denemekten çok sık hoşlandığı görölmüştür (Tablo 11).

Literatürde yeme bozukluğu araştırmalarında daha çok kadınlar üzerinde inceleme yapılmıştır. Son araştırmalar erkeklerde görölme yaygınlığının azımsanmayacak ölçüde olduğunu gösterse de bu yeme bozukluklarına sahip olmada açık bir kadın üstünlüğü vardır (144).

Yapılan bir çalışmada, YTT puanlarının değerlendirmesinde 30 ve üstü puan alan 39 kişinin (%9,1) yeme bozukluğu belirtilerine sahip olduğu saptanmıştır. Yeme bozukluğu riski taşıdığı tespit edilen 39 bireyin 12'si erkek, 27'si kadındır (145). Çalışmamız da literatürü destekler nitelikte olup; çalışmadaki kadınların %12,3'ü, erkeklerin ise %6,4'ünün yeme tutum testi puanı 30' un üzerindedir (Tablo 12). Ülkemizde de beden algısı ve batının ince vücut kavramı kadınlarda daha etkili olduğu bunun sonucunda yeme bozukluğu olduğu görölmektedir.

Sağlıklı beslenme ile ilgili çeşitli bilgiler mevcut olup beslenme bilgisi beslenme obsesyonuna yol açabilmektedir. Zayıflığa veya sağlıklı beslenmeye önem verilmesi nedeni ile yiyeceklerin nasıl hazırlandığını düşünmek veya günün büyük bir çoğunluğunu yiyecekleri düşünerek geçirmek yeme bozukluklarının ortaya çıkmasına neden olabilecek önemli risk faktörlerini oluşturmaktadır. Avusturya'da ortoreksiya nervosa'nın kadın diyetisyenlerde sık görölen bir yeme davranış bozukluğu olduğu ve yeme davranış bozukluğu olan bazı kadınların bu nedenle diyetisyen olmayı tercih ettiği belirtilmiştir (146). Çalışmamıza katılan beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin %14,3'ünde yeme bozukluğu tespit edilmiştir. Bölümler arasında en yüksek oranı beslenme ve diyetetik bölümü öğrencileri almıştır (Tablo 14). Üniversite öğrencilerinin aldığı eğitim ile her mesleğin bireylere farklı sorumluluklar yüklediği bilinmektedir. Çalışmamızda beslenme ve diyetetik bölümü ve diğer bölümler ile oluşan bu yüzdeler farkının temelini bireylerin mesleki sorumluluklarının getirisi olarak yorumlayabiliriz. Elde ettiğimiz sonuç toplumdaki "diyetisyen" algısıyla da paralel niteliktedir. Ancak çalışma bulgularında bireylerin okudukları bölüm ile yeme tutum testi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Bir grup üniversite öğrencisinin anoreksik yeme tutumu ve aile yapısını inceleyen bir çalışmada beden kütle indeksi ile yeme tutumları arasında ters orantılı bir ilişki olduğu saptanmıştır (92). Çalışmamızda, BKİ değerine göre zayıf kategoride bulunan bireylerin %13,3'ünün YTT puanları ≥ 30 iken, %86,7'sinin YTT puanları < 30 'dur.

BKİ değerine göre obez kategoride bulunan bireylerin hiçbirinin YTT puanları ≥ 30 iken, bütün obez bireylerin YTT puanları < 30 'dur. Obez bireylerde YTT puanlamasına göre yeme bozukluğu bulunmaması literatürü desteklemektedir. YTT anoreksiya nervozayı tanımlayan bir test olduğundan; obezlerde tıkanırcasına yeme bozukluğu daha sık görülmektedir (147). Hemşirelerin yeme tutumunun incelendiği bir çalışmada; BKİ ve YTT puanı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı kaydedilmiştir (148). Lise öğrencilerinde yapılan bir çalışmada; BKİ puanları ile YTT puanları arasında bir ilişki yoktur, ancak pozitif yönde anlamlı olmayan bir artış bulunmuştur (149). Çalışmamızda da literatüre paralel olarak; BKİ grupları ile yeme tutum test puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmaktadır (150). Göç eden kadınların sağlıklı yaşam biçimini araştıran bir çalışmada, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ortalamaları $127,30 \pm 19,53$ olarak bulunmuştur (151). Çalışmamızda sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı ortalaması $137,47 \pm 21,4$ 'dür, alınan en düşük puan 79, en yüksek puan ise 190 olarak belirlenmiştir (Tablo 21). SYBD' den alınabilecek üst puanın 208 olabileceği göz önüne alındığında, araştırma kapsamına alınan bireylerin sağlık yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyin üstünde olduğu söylenebilir. SYBD puanlarının yüksek olması, bireylerin sağlıklı yaşam biçimine uygun olumlu sağlık davranışlarına sahip olduğunu göstermektedir.

Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada; SYBD' nin alt boyut puan ortalamaları; kendini gerçekleştirme ($27,01 \pm 4,66$), sağlık sorumluluğu ($20,01 \pm 4,77$), fiziksel aktivite ($15,31 \pm 4,22$), kişiler arası destek ($25,86 \pm 4,48$) ve stres yönetimi ($19,22 \pm 3,69$) ve beslenme ($19,11 \pm 3,56$) olarak bulunmuştur (152). Çalışmamızda ise SYBD alt boyutları değerlendirildiğinde en yüksek puan ortalamaları sırasıyla; kendini gerçekleştirme ($28,07 \pm 4,71$), kişiler arası destek ($27,51 \pm 4,53$), sağlık sorumluluğu ($21,89 \pm 5,45$), beslenme ($21,37 \pm 4,53$), stres yönetimi ($20,45 \pm 4,07$), fiziksel aktivite ($18,17 \pm 5,24$) şeklindedir (Tablo 21). Araştırma sonucu literatürle benzerlik göstermektedir. Bireylerin kendini gerçekleştirme eğilimi ve sağlık sorumluluğu ortalamaları oldukça iyi; bireylerin stres ve fiziksel aktivite ortalamaları bu konuda desteğe ihtiyaçları olduğunu göstermektedir.

Yapılan bir araştırmada, kadın öğrencilerin SYBD puan ortalaması $132,13 \pm 14,39$, erkek öğrencilerin SYBD puan ortalaması $134,64 \pm 21,35$ olarak saptanmış, ancak cinsiyet ile SYBD puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır (153). Sağlık Bilimleri Fakóltesi'nde yapılan bir çalışmada kadın öğrencilerin SYBD toplam ölçek puanı $121,83 \pm 19,84$, erkek öğrencilerin SYBDÖ-II toplam ölçek puanları $119,37 \pm 22,45$ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (154).

Yaşlılar ile yapılan bir araştırmada, araştırmaya katılan yaşlıların SYBD total puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (155). Çalışmamızda ise, kadınların SYBD puanı $138,18 \pm 20,50$, erkeklerin ise $135,13 \pm 24,52$ olarak bulunmuş, literatüre paralel olarak bireylerin cinsiyetine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p: 0,320).

Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk hissetmesidir. Bir çalışmada sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalaması 21 ± 5 olarak bulunmuştur (28). Çalışmamızda SYBD ölçeği alt boyutlarında araştırmaya katılan kadınların "sağlık sorumluluğu" alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $22,54 \pm 5,25$ iken, bu oran erkeklerde $19,71 \pm 5,55$ 'tir. Bireylerin cinsiyetine göre sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0,001). Kadın bireylerde iyilik hali için aktif sorumluluk alma, sağlığı önemseme oranı daha yüksektir.

Fiziksel aktivite, fiziksel uygunluk sağlık üzerine olan olumlu etkileri pek çok ölkede yapılan çeşitli araştırmalarla saptanmasına karşın, hareketsiz yaşam alışkanlığı önemli bir halk sağlığı sorunu olarak güncelliğini devam ettirmektedir. Modern yaşam tarzı ve sosyo-költürel yapıdaki değişim; insanlığı fiziksel aktiviteye daha az gereksinim duyar hale getirmiştir. Bu da sedanter yaşam tarzını ortaya çıkarmıştır. Sedanter yaşam; koroner arter hastalıkları, hipertansiyon, obezite, Tip 2 diyabet, bazı kanser tipleri, osteoporoz gibi kronik hastalıkların gelişiminde bir risk faktörü olarak tanımlanmaktadır (156). Ergenlerin benlik saygısı ve sağlıklı yaşam biçimini saptama amacıyla yapılan bir araştırmada, öğrencilerin çoğunluğunun düzenli olarak spor yapmadığı (%55), düzenli spor yapmayan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranış puanlarının, spor yapanlara göre anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır (157).

Çalışmamızdaki bireylerin %8,8'inin düzenli egzersiz yaptığı, %49,9'unun bazen 20 dakika veya daha uzun süreli egzersiz yaptığı, %14,5'inin düzenli olarak boş zamanlarında aktivite yaptığı, %11,5'inin düzenli olarak haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizi yaptığı, %29,5'inin günlük işler arasında düzenli olarak egzersiz yaptığı, %16,8'inin hafif ve orta düzeyde hiçbir zaman egzersiz yapmadığı saptanmıştır. Literatüre paralel olarak çalışmamızda da en düşük puan ortalaması fiziksel alt boyutuna aittir. Çalışmadaki kadınların “fiziksel aktivite” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $17,59 \pm 4,83$ iken, bu oran erkeklerde $20,13 \pm 6,05$ 'tir.

Kadın ve erkeklerde fiziksel aktivite farklılıklarını araştıran bir çalışmada; kadın ve erkek genç erişkinlerde cinsiyetler arasında farklı sonuçlar bulunmuştur (42). Bireylerin cinsiyetine göre fiziksel aktivite alt ölçek puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p: 0,001). Buna göre erkek bireylerin fiziksel aktivite puan ortalamaları, kadınların puanlarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu gözlenmiştir. Genel olarak öğrencilere fiziksel aktivitenin önemi benimsetilmelidir.

Kişiler arası ilişkiler; kişinin yakın çevresi ile iletişimini ve iletişiminin süreklilik düzeyini belirlemektedir. Literatürde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin en yüksek ortalama genellikle kişiler arası ilişkiler alt boyutundan alınmaktadır. Nedensel gereklilikler dışında kişilerle anlamlı bir ilişki kurabilmek için iletişim önemlidir. İletişim ve başkaları ile ilişki kurma iç huzuru sağlar, kim olduğumuz ve yaptığımız şeyin dışında daha başka yeni deneyimler için fırsat sağlama olasılığını yaratır (125). Çalışmamızdaki bireylerin %44,5'i insanlarla düzenli olarak anlamlı ilişkiler kurduğunu, %39,5'i kendine yakın olan kişilerle endişe ve sorumluluklarını sık sık paylaştığı, %36,3'ünün konuşarak ve uzlaşarak bazen sorunları çözdüğünü, %49,9'unun arkadaşlarına düzenli olarak vakit ayırdığını, %33'ünün yakın dostlar edinmek için sık sık çaba harcadığı, %35,7'sinin başkalarına sık sık ilgi ve yakınlık gösterdiğini bildirmiştir. Çalışmamızda kadınların “kişiler arası ilişkiler” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $27,94 \pm 4,34$ iken bu oran erkeklerde $26,06 \pm 4,83$ 'tür. Kadınların erkeklere göre iletişim becerileri konusunda daha iyi olmaları sosyalleşme ile açıklanabilir (158).

Çalışmamızda bireylerin cinsiyetine göre kişiler arası ilişkiler alt boyutuna göre puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p: 0,001). Buna göre kadın bireylerin kişiler arası ilişkiler puan ortalamaları, erkek bireylerin puanlarına göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Beslenme bir ihtiyaçtır ve ancak yeterli ve dengeli yapılmış bir beslenme sağlıklı yaşam ve yaşlanmada en önemli desteğimiz olacaktır. Beslenmede seçiciliğin önemi, henüz daha anne karnındaki süreçte başlar. (159). Çalışmamızdaki bireylerin beslenme alışkanlıkları incelendiğinde; bireylerin %7,1'inin düzenli olarak kolesterolü düşük bir diyeti tercih ettiği, %50,4'ünün şeker ve tatlıyı bazen kısıtladığı, %41,6'sının hiçbir zaman 6-11 porsiyon ekme, tahıl, pirinç ve makarna yemediği, %53,1'inin bazen günde 2-4 porsiyon meyve yediği, %47,5'inin bazen günde 3-5 porsiyon sebze yediği, %28'inin düzenli olarak her gün 3-4 kez süt yoğurt peynir tükettiği, %43,1'inin et grubundan düzenli olarak her gün 3-4 porsiyon yediği saptanmıştır.

Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada, hemşirelik bölümünde okuyan öğrencilerin beslenme alt boyutu puan ortalaması (16,30 ± 3,06), fen edebiyat fakültesi, bilgisayar mühendisliği, mimarlık ve işletme bölümüne göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (11). Çalışmamızda ise araştırmaya katılan beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin “beslenme” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması 22,84 ± 4,25, hemşirelik bölümü öğrencilerinin ortalaması 21,06 ± 3,80, çocuk gelişimi bölümü öğrencilerinin ortalaması 19,40 ± 4,33, fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin ortalaması 20,10 ± 4,72, sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin ortalaması 21,72 ± 4,32'dir. Bireylerin okudukları bölüme göre beslenme alt ölçek puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0,001). Buna göre; beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin çocuk gelişimi bölümü öğrencilerine göre beslenme alt boyut puan ortalamaları bakımından anlamlı bir artış (p<0,001), beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerine göre beslenme alt boyut puan ortalamaları bakımından anlamlı bir artış (p<0,001) olduğu gözlenmiştir. Sağlık çalışanları mesleki faaliyetlerini yürütmede topluma rol model olmada olumlu algı, tutum ve davranış içinde olduklarından; beslenme ve diyetetik bölümü okuyan öğrencilerin beslenme puanlarının yüksek olması beklenebilir (160). Bireylerin okudukları bölüme göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p: 0,009). Buna göre; beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin fizyoterapi ve

rehabilitasyon bölümü öğrencilerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ortalamaları bakımından anlamlı bir artış ($p:0,024$) olduğu gözlenmiştir.

Obezite, kilogram cinsinden ağırlığın, metre cinsinden boyun metre karesine bölümü (kg/m^2) olarak tanımlanan BKİ ile belirlenmektedir. BKİ'nin $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ ve üzeri olması obezite olarak kabul edilmektedir. Bireylerin enerji dengesini sağlayamaması ve sedanter yaşam tarzının da benimsenmesiyle oluşan obezitenin ülkemiz için de önemli bir halk sağlığı sorunu haline geldiği söylenebilir (161). Çalışmamızda BKİ değerine göre obez kategoride bulunan bireylerin “beslenme” alt boyutundan aldığı puanın ortalaması $22,50 \pm 4,47$ 'dir. Diğer BKİ kategorilerine göre obezlerin puanlarının yüksek bulunması yadsınamaz. Değişen beslenme şekilleriyle son 20 yıl içinde aşırı kilolu bireyler artarken bireylerin yağ alımı azalmıştır. Aynı zamanda, diyetle karbonhidrat alımı artmıştır (162). Ayrıca çalışmadaki obezlerin SYBD ölçeği fiziksel aktivite alt boyutundan aldığı ortalama puanı da diğer BKİ kategorilerine göre yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi, obezlere yönelik yapılan televizyon programları, Sağlık Bakanlığı'nın egzersiz yapmaya yönelik geliştirdiği projelerden ve kamu spotlarından kaynaklanıyor olabilir.

Obez bireylere karşı küçük görme, önyargı ve saygısızlık son derece yaygındır. Yapılan bir çalışmada, sağlık personelinin bile obezlerin tembel, aptal ve değersiz olduğunu düşündüğü görülmüştür. Obez kişiler çalışma hayatında da ayrımcılıkla karşılaşılır. İşverenlerin %16'sı obez kadınlara iş vermemekte, %44'ü de ancak özel şartlarda bu tür bireyleri çalıştırmayı kabul etmektedir. Yapılan bu ayrımcılık onların özsaygılarının azalmasına, depresyona açık duruma gelmelerine yol açmakta, benlik saygısının azalması obez bireylerin disforik ve depresif olmalarına sebep olmaktadır (163). Obezler bu durumdan mutsuz olmalarına karşın inkâr savunma mekanizmasını kullanırlar. Kendileriyle dalga geçerek, şaka yaparak çevreden gelecek eleştirilerden sakınmayı seçerler (164). Obezlerin geliştirdiği bu savunma mekanizmaları toplumda var olabileceği, kendini gerçekleştirme ile bağdaştırılabilir. Obezlerin büyük çoğunluğunun kilo vermeyi isteme nedenleri de yaşadıkları bu hoşnutsuzluktandır (165). Çalışmamızda da obezlerin SYBD “kendini gerçekleştirme” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $30,25 \pm 4,10$ ile en yüksek değerdir. Ancak çalışmaya katılan bireylerin BKİ gruplarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p: 0,573$).

Çalışmamızda bireylerin YTT puanlarına göre sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p: 0,012). Buna göre; YTT puanı ≥ 30 olan bireylerin YTT puanı < 30 olan bireylere göre sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamaları bakımından anlamlı bir artış olduğu bulunmuştur. YTT puanı ≥ 30 olan bireylerin sağlık sorumluluğu puanlarının yüksek olmasının sebebi; bireylerin yeme bozukluğunun yaratmış olduğu sağlık problemleriyle baş etme çabalarından kaynaklanabilir. YTT puanı < 30 olan bireylerin fiziksel aktivite alt boyutundan aldığı puan ortalaması $17,82 \pm 5,12$ iken YTT puanı ≥ 30 olan bireylerin ortalaması ise $21,03 \pm 5,39$ 'dur. Bu bireylerin fiziksel aktivite puanlarının fazla olmasının sebebi yeme bozukluğundan kaynaklanan kilo problemlerini aşırı fiziksel aktivite ile önlemekten kaynaklanabilir. Zayıf kalma ve çabalarını desteklemek amacıyla aşırı derece egzersiz yapma sonucunda ortaya çıkan egzersiz bağımlılığı çoğunlukla yeme bozukluğu ile de koordine edilir (166).

YTT ≥ 30 olan kadınların “fiziksel aktivite” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $20,38 \pm 4,92$; erkeklerin ortalaması $25,20 \pm 6,98$ 'tir. Elde edilen sonuç erkeklerin kadın katılımcılara göre daha çok egzersiz yaptığını göstermektedir. YTT puanı < 30 olan bireylerin beslenme alt boyutundan aldığı puan ortalaması $21,08 \pm 4,46$, YTT puanı ≥ 30 olan bireylerin ortalaması $23,78 \pm 4,48$ 'dir.

YTT ≥ 30 olup BKİ değerine göre zayıf kategoride bulunan bireylerin “beslenme” alt boyutundan aldığı puanının ortalaması $20,33 \pm 2,07$; YTT ≥ 30 olup BKİ değerine göre normal kategoride bulunan bireylerin ortalaması $24,59 \pm 4,73$; YTT ≥ 30 olup BKİ değerine göre fazla kilolu kategoride bulunan bireylerin ortalaması $23,50 \pm 3,11$ 'dir. Bu sonuçlara göre YTT puanı ≥ 30 olan zayıf bireylerin yeme tutum bozukluğu olabilir ihtimali daha güçlü olmakla birlikte klinik incelemeye ihtiyaç vardır. Anoreksiya nervozalı olgular sıklıkla kendilerini normal bulur ve tedavi sağlık yardımı almak için isteksizdir. Multidisipliner bir yaklaşımla hastaya yaklaşılması gerekmektedir (167). YTT puanı ≥ 30 olan normal kilolu bireylerin YTT puanlarının diğer gruplara göre yüksek bulunmasının birçok sebebi olabilir. Bireyler fiziksel açlık ile emosyonel yemeyi ayırt edemiyor bunun sonucunda beslenme alışkanlıkları ve örüntüleri değişiklik gösterebilir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışma özel bir üniversitedeki Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde eğitim gören bireylerin yeme tutum ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının saptanması amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

Çalışmamıza kadın katılımcı sayısı daha fazla olmuş ve sağlıklı bireyler ile çalışılmıştır. Çalışmanın üniversite öğrencileri üzerinde yapılmasının ana hedeflerine ulaşılmış, bireylerin yaşadıkları yerin yeme tutumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde etkilerine bakılmıştır. Ancak kıyaslanan sonuçlarda anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Çalışmamız üniversitede alınan eğitimin ileriki meslek hayatında etkililiği hipotezini desteklemiş, beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin beslenme puanları beklenen ölçüde anlamlı çıkmıştır. Sağlık sorumluluğu alt boyutu ölçeğinde ise; çalışmamıza katılan bireyler Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde eğitim görmesine rağmen, bölümler arası farklılıklar çıkmış ancak literatüre paralel olarak diğer fakültede eğitim gören üniversite öğrencilerinden daha yüksek puanlar almışlardır.

Çalışmamızdaki üniversite öğrencilerinde sigara kullanımının okudukları bölüme göre anlamlı bir farklılığa rastlanmamış ancak sigara kullanım oranlarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Sigara kullanımının cinsiyet ile ilişkisini araştırdığımızda ise erkek öğrencilerin kadın öğrencilere oranla daha çok sigara tükettiği gözlenmiştir.

Çalışmamıza katılan bireylerin yaşlarının maksimum değeri 37 yıl, minimum değeri ise 18 yıl olduğu bulunmuştur.

Çalışmaya katılan bireylerin vücut ağırlığı değerlendirildiğinde bölümler arası maksimum değerlerin kilogram değerleri yüksektir.

Araştırmamızdaki bireylerin yaşadıkları yerin beden kütle indeksi sınıflamasını etkileyeceği düşünülmüş, ancak elde edilen sonuçlar bu hipotezi desteklememiştir.

32 bireyde YTT sonucuna göre yeme bozukluğu bulunmaktadır. Ancak bu test tek başına yeterli değildir, tanı için klinik bulguların dikkate alınması gerekmektedir.

Çalışmaya katılan bireylerin BKİ değerleri ile YTT puanları arasında anlamlı fark olabileceği düşünülmüş ancak elde edilen sonuçlar hipotezi desteklememiştir. Ancak çalışmamızda YTT puanı ≥ 30 olan obez birey olmadığı gözlenmektedir.

Araştırmadaki bireyler Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeğinin 6 alt boyutundan en yüksek puanı “Kendini gerçekleştirme” alt boyutundan almıştır. Üniversite öğrencilerinin değişen yaşam tarzları ile “kendini gerçekleştirme” eğiliminin artması ve çalışmamızda ilgili alt boyutunun yüksek olması literatürün desteklendiğini göstermektedir. Çalışmadaki bireyler en düşük puanı ise “fiziksel aktivite” alt boyutundan almıştır. Elde edilen bulgulara göre üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivitesinin yeterli olmadığı görülmektedir.

Bireylerin BKİ sınıflarına göre SYBD alt boyutlarında anlamlı bir farklılık gözlenirse de; obez bireylerin “kendini gerçekleştirme” ve “kişiler arası destek” alt boyutundan aldığı puanlar en yüksektir. Çalışmamızdaki zayıf bireylerin ise “sağlık sorumluluğu” alt boyutundan aldıkları puan en yüksektir.

Bireylerin yaşadıkları yere göre SYBD alt boyutlarında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ancak arkadaşlarıyla yaşayan bireyler en yüksek ölçek puanını almışlardır.

Araştırmadaki YTT puanı ≥ 30 olan bireylerin “sağlık sorumluluğu”, “fiziksel aktivite”, “beslenme”, “stres yönetimi” alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları YTT puanı < 30 olan bireylere göre anlamlı derecede daha yüksektir.

6.2. Öneriler

Sağlıklı bir toplum oluşturmak için, topluma ait bireylerde sağlık bilincinin oluşması ve bireyin her yaşta kendi sağlığına önem vermesi gerekmektedir. Sağlık bilincinin temeli ilk olarak ailede atılmaktadır. Anne ve babanın genel tutum ve davranışlarından etkilenen çocuklar; gelişme dönemini takiben ergenlikle birlikte gelen aileyle çatışma, ardından çoğunluğunun üniversite için ailesinden ayrılması ve üniversite öğrencilerinin eğitimiyle gelişen sağlık bilincinin toplumun sağlıklı birey düzeyini büyük ölçüde arttırdığı düşünülürse; üniversite öğrencilerinde sağlık kavramının incelenmesi oldukça önemlidir.

Sağlığı oluşturan temel faktörün beslenme olduğu düşünöldüğünde, toplumdaki bireylerin beslenme bilgileri konusunda iyileştirici önlemler alınması gerekmektedir.

Bu çalışmaya katılan bireylerin yeme tutum ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının düzenlenmesi amacıyla;

- Bireyin sağlığının temeli, anne karnından başladığından gebelere bebeğin gelişimi ve gebe beslenmesi hakkında bilgi verilmesi ve eğitimler düzenlenmesi,
- Bireylerin gelişim dönemlerinde ailelerin tutum ve davranışları en önemli nokta olduğundan, ailelerin çocuk beslenmesi, çocuk gelişimi ve doğru iletişimin sağlanması adına bilgilendirilmesi ve bu konuda diyetisyen ve psikologların aktif görev almasının sağlanması,
- Üniversite öğrencilerine fiziksel aktivitenin öneminin benimsetilmesi,
- Obez bireylerin topluma adapte olması için hem toplum bilincinin sağlanması hem de obez bireylere psikolojik desteğin verilmesi önerilmektedir.

KAYNAKÇA

1. Goldmeier H. "Health", *Salem Press Encyclopedia of Health*, 2016, 1(4): 232–243. <https://online.salempress.com>. Erişim tarihi: 01 Temmuz 2017.
2. Wadden TA, Webb VL, Moran CH, Bailer BA. "Lifestyle modification for obesity", *Circulation*, 2012,125(9):57-70.
3. Baysal A. *Beslenme*, 13, Hatiboğlu Yayınları, Ankara, 2011.
4. Nilüfer A, Ermumcu MŞK. "Sağlık profesyonellerinde sağlıklı beslenme kaygısı: ortoreksiya nervoza", *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 2(1):59-71.
5. Silvia C, Kinga AJW, Herbert L, Meiselmanb NL. "The effect of meal situation, social interaction, physical environment and choice on food acceptability", *Food Quality and Preference*, 2004, 15(7):45–53.
6. Spielberger CD. *Stat-Trait Anxiety Inventory*, Wiley Online Library, USA, 2010: 51-54.
7. Jillon S, Vander W. "Eating and body image concerns among obese and average-weight children", *Addictive Behaviors*, 2000, 25(5):775-800.
8. Sidani JE, Shensa A, Hoffman B, Hanmer J, Primack BA. "The association between social media use and eating concerns among us young adults", *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 2016, 116(9): 65-72.
9. Sönmez AÖ. "Çocuk ve ergenlerde yeme bozuklukları", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2017, 9(3):301-316.
10. Özyazıcıoğlu N, Kılıç M, Erdem N, Yavuz C, Afacan S. "Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi", *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2011, 8(2):277-332.
11. İlhan N, Batmaz M, Akhan LU. "Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları", *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010, 3(3):34-44.
12. Akçay F. *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*, 4, Nobel Tıp Kitabevleri Yayınları, Ankara, 2013:35-43.
13. Yılmaz AN. *Yetişkin kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile besin tüketimi ve vücut bileşimlerinin karşılaştırılması* (Tez). Haliç Üniversitesi, Hemşirelik Anadilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2013.
14. Onkun E. *Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları*(Tez). K.K.T.C Yakın Doğu Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2014.

15. Akın L, Güler Ç. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, 3, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2012:24-29.
16. Geckil E, Yıldız S. "Adolescent health behaviors and problems", *Adolescence*, 2006,3:26-34.
17. Çelebi E, Gündoğdu C, Kızılkaya A. "Determination of healthy lifestyle behaviors of high school students", *Universal Journal of Educational Research*, 2017, 5(8): 1279-1287.
18. Araz A, Harlak H, Meşe G. "Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı", *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007, 6(2):12-22.
19. Jaafar NI, Ainin S, Yeong MW. "A study on the factors that influence health information seeking behaviour among malaysian healthcare consumers", *International Journal of Medical Informatics*, 2017, 104:38-44.
20. Saint Onge JM, Krueger PM. "Health lifestyle behaviors among us adults", *SSM-Population Health*, 2017, 3:89-98.
21. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, 4th ed., Published by Jossey-Bass, 2008: 49-52.
22. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. "Correction: actual causes of death in the united states", *Jama*, 2005, 293(3):293-294.
23. Edelman CL, Mandle CL, Kudzma EC. "Health Promotion Throughout the Life Span-E-Book", *Elsevier Health Sciences*, 2013, 1-7. www.elsevier.com. Erişim tarihi: 15 Temmuz 2017.
24. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. "Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması raporu" , 2013. <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf> Erişim tarihi: 11 Ağustos 2017.
25. Cockerham WC. "Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure", *Journal of Health and Social Behavior*, 2005, 46(1):51-67.
26. Bourdieu P. "Distinction: a social critique of the judgement of taste", *Harvard University Press*, 1984, 314(1): 23-35.
27. Chan SM, Melnyk BM, Chen AC-C. "Chinese version of the healthy lifestyle beliefs scale for taiwanese adolescents: a psychometric study", *Journal of Pediatric Nursing*, 2017, 32:19-24.
28. Savaşan A, Ayten M, Ergene O. "Koronar arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluk", *Journal of Psychiatric Nursing*, 2013,4(1):45-61.

29. Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü."Türkiye'ye özgü beslenme rehberi" , 2004. http://www.bdb.hacettepe.edu.tr/TOBR_kitap.pdf Erişim tarihi: 10 Ağustos 2017.
30. Baysal A. "Beslenme sorunları", *Gıda Dergisi*, 1981,6(5).
31. Yücecan S. *Optimal Beslenme*, 2, Klasmat Matbaacılık, Ankara, 2008: 12-24.
32. Besler H, Rakıcıoğlu N, Ayaz A, Büyüktuncel-Demirel Z, Gökmen-Özel H, Eroğlu-Samur G. "Türkiye'ye özgü beslenme rehberi", *Hacettepe Üniversitesi Dergisi*, 2015.
33. Szucs TD, Stoffel AW. "Nutrition and health—why payors should get involved", *Nutrition*, 2016, 32(5):615-630.
34. Baysal A. "Sosyal eşitsizliklerin beslenmeye etkisi", *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2003, 25(4):66-72.
35. Truswell S. "Essentials of human nutrition", *Oxford University Press*, 2017,123(1):5-17.
36. McCarthy MB, Collins AM, Flaherty SJ, McCarthy SN. "Healthy eating habit: a role for goals, identity, and self-control", *Psychology & Marketing*, 2017, 34(8):72-85.
37. Soyuer F, Soyuer A. "Yaşlılık ve fiziksel aktivite", *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2008,15(3): 219-224.
38. Arslan SA, Daşkapan A, Çakır B. "Üniversite öğrencilerinin beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarının belirlenmesi", *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2016, 15(3):10-26.
39. WHO. "Physical activity", *Media Centre*, 2017, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/> Erişim tarihi: 19Ağustos 2017
40. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. "Türkiye beslenme ve sağlık araştırması 2010: beslenme durumu ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi sonuç raporu", 2014. http://www.sagem.gov.tr/tbsa_beslenme_yayini.pdf Erişim tarihi: 01 Haziran 2017.
41. Savcı FDS, Öztürk UFM, Arıkan FDH. "Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri", *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 2006, 34(3): 166-172.
42. Abdurrahman G, Şener Ü, Karabacak H, Kağan Ü. "Kadın ve erkek genç erişkinler arasında fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi farklılıklarının araştırılması", *Kocatepe Tıp Dergisi*, 2011, 12(3): 17-26.
43. Yıldırım A, Altunsöz IH. "Spor yapan üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite seviyelerinin belirlenmesi", *Pegem Atıf İndeksi*, 2016, 13(1): 17-24.

44. Folkman S. "Stress: appraisal and coping", *Encyclopedia of Behavioral Medicine: Springer*, 2013, 19(1): 13-15.
45. Lovallo WR. *Stress and Health: Biological and Psychological Interactions*, 2, Sage Publications, London, 2015.
46. Baltas A, Baltas Z. *Stres ve Başa Çıkma Yolları*, 1, Remzi Kitabevi Yayınları, 1999.
47. Krantz DS, McCeney MK. "Effects of psychological and social factors on organic disease: a critical assessment of research on coronary heart disease", *Annual Review of Psychology*, 2002, 53(1):341-69.
48. Denollet J, Schiffer AA, Spek V. "A general propensity to psychological distress affects cardiovascular outcomes", *Cardiovascular Quality and Outcomes*, 2010, 3(5):546-57.
49. Kaya M, Genç M, Kaya B, Pehlivan E. "Tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinde depresif belir yaygınlığı, stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörler", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2007, 18(1): 137-46.
50. Türküm AS. "Stresle başa çıkma ölçeğinin geliştirilmesi: geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları", *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2016, 2(18):20-31.
51. Centre KCH. "Stress and stress management", *Centre for Stress Management*, 2010. <https://www.managingstress.com>. Erişim: 18 Temmuz 2017.
52. Miller LH, Smith AD, Rothstein L. "The stress solution: an action plan to manage the stress in your life", *Pocket*, 1994.
53. Eraslan M. "Assessment of perceived stress levels of kick-boxers based on age and gender variables", *Journal of Human Sciences*, 2016, 13(3):50,69-77.
54. Sheth C, McGlade E, Yurgelun-Todd D. "Chronic stress in adolescents and its neurobiological and psychopathological consequences: an rdoc perspective", *Chronic Stress Press*, 2017, 10(1) :2-9.
55. Pugacheva NB, Ezhov SG, Kozhanov IV, Kozhanova MB, Ogorodnikova SV, Oshaev AG. "The model of self-realization readiness formation of research universities students in the process of civic education", *International Review of Management and Marketing*, 2016, 6(1): 67-80.
56. Shogren KA, Shaw LA. "The role of autonomy, self-realization, and psychological empowerment in predicting outcomes for youth with disabilities", *Remedial and Special Education*, 2016, 37(1): 55-62.

57. Olsen A. "The theory of self-actualization: mental illness, creativity, and art", *Psychology Today*, 2016, 29(1):1-4.
58. Kuzgun Y. "Kendini gerçekleştirme", *Araştırma Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Felsefe Bölümü Dergisi*, 1972, 10(1):24-30.
59. Günüş S, Odabaşı HF, Kuzu A. "Yaşam boyu öğrenmeyi etkileyen faktörler", *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 2012,11(2):8-12.
60. Çam MO, Bilge A, Engin E, Akmeşe ZB, Turgut EÖ, Çakır N. "Muhtarlara verilen ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele eğitiminin etkililiğinin araştırılması", *Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 2014, 5(3):21-29.
61. Mattson M, Hall JG. "Linking health communication with social support", *Junker Shutter Stock*, 2011, 23(4):22-45.
62. Clampitt PG. "Communicating for managerial effectiveness", *Sage Press*, 2012, 2(4): 22-23.
63. Cobb S. "Social support as a moderator of life stress", *Psychosomatic Medicine*, 1976, 38(5):300-314.
64. Avcı YD. "Kişisel sağlık sorumluluğu", *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2016, 15(3):13-15.
65. Jang HJ. "Comparative study of health promoting lifestyle profiles and subjective happiness in nursing and non-nursing students", *Adv Sci Technology Letter*, 2016, 128(1):78-82.
66. Şimşekoğlu N, Mayda AS. "Bir üniversite hastanesinde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kaygısı düzeyleri", *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2016, 6(1):19-29.
67. Gürsel N, Özbey S, Güzel P. "Öğretim elemanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi", *International Journal of Social Science Research*, 2016, 5(2):21-26.
68. Özlem E. *Spor ve sağlık alanlarında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin algılanmış stres seviyeleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi (Tez)*. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Spor Bilimleri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2016.
69. Yılmaz E, Özkan S. "Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının incelenmesi", *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2007, 2(6):87-104.

70. Özdel L, Bostancı M, Özdel O, Oğuzhanoğlu NK. "Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2002, 3(3):155-161.
71. Ünalın D, Şenol V, Öztürk A, Erkorkmaz Ü. "Meslek yükseköğretim kurumlarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi", *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 2007, 14(2): 23-29.
72. Altun HK, Yıldız EA. "Prebiyotikler ve probiyotiklerin diyabet ile ilişkisi", *Türk Yaşam Bilimleri Dergisi*, 2017, 2(1):149-156.
73. Sarıkaya S, Öner H, Harput ÜŞ. "Türkiye florasında diyabet tedavisinde kullanılan tıbbi bitkiler", *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 2010, 39(4):317-340.
74. Michishita R, Matsuda T, Kawakami S, Kiyonaga A, Tanaka H, Morito N. "The association between unhealthy lifestyle behaviors and the prevalence of chronic kidney disease in middle-aged and older men", *Journal of Epidemiology*, 2016, 26(7):378-85.
75. Alemdar S. *Özel bir zayıflama merkezine devam eden yetişkin kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ağırlık kaybına yansımalarının değerlendirilmesi* (Tez).. Başkent Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2016.
76. Alvarenga MdS, Scagliusi FB, Philippi ST. "Comparison of eating attitudes among university students from the five brazilian regions", *Ciencia & Saude Coletiva*, 2012, 17(2):435-444.
77. Naughton P, McCarthy S, McCarthy M. "Healthy eating attitudes and healthy living: an examination of the relationship between attitudes, food choices and lifestyle behaviours in a representative sample of irish adults", *Proceedings of the Nutrition Society*, 2013, 72(4):221-229.
78. Alvarenga MS, Koritar P, Pinzon VD, Figueiredo M, Fleitlich-Bilyk B, Philippi ST. "Validation of the disordered eating attitude scale for adolescents", *Journal Brasileiro de Psiquiatria*, 2016, 65(1):36-43.
79. Baykara B, Karaköse T. "Effects of the fat talk on psychological factors: pilot study", *Turkish Journal of Family Practice*, 2017, 21(1):26-33.
80. Andrade L, Zazpe I, Santiago S, Carlos S, Bes-Rastrollo M, Martínez-González M-A. "Ten-year changes in healthy eating attitudes in the sun cohort", *Journal of the American College of Nutrition*, 2017, 2(2):1-11.

81. Karadağ MG, Elibol E, Yıldırım H, Akbulut G, Çelik MG, Değirmenci M. "Sağlıklı yetişkin bireylerde yeme tutum ve ortorektik davranışlar ile obezite arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi", *Gazi Medical Journal*, 2016,27(3): 29-37.
82. Chisuwa N, Shimai S, Haruki T, Alvarenga MS. "Development of the japanese version of the disordered eating attitude scale", *Sch Health*, 2013, 9(2):14-22.
83. Çelik S, Uğur BA, Aykurt FA, Bektaş M. "Eating attitudes and related factors in turkish nursing students", *Nursing And Midwifery Studies*, 2015, 4(2):9-20.
84. Kadioğlu M, Ergün A. "Üniversite öğrencilerinin yeme tutumu, öz-etkililik ve etkileyen faktörler", *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2015, 5(2): 96-104.
85. Toker DE, Hocaoğlu Ç. "Yeme bozuklukları ve aile yapısı: bir gözden geçirme", *Düşünen Adam*, 2009, 22(4):36-42.
86. Pearlman E. "Terror of desire: the etiology of eating disorders from an attachment theory perspective", *The Psychoanalytic Review*, 2005, 92(2):223-35.
87. Aytın N. *Ergenlerde yeme tutumları ile sorun çözme eğilimleri ve ebeveyne bağlanma arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Tez). Adnan Menderes Üniversitesi, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2014.
88. Oral N, Sahin NH. "Yeme tutum bozukluğunun kişilerarası şemalar, bağlanma, kişilerarası ilişki tarzları ve öfke ile ilişkisi", *Türk Psikoloji Dergisi*, 2008, 23(6):37-46.
89. Altun M, Kutlu Y. "Ergenlerin yeme davranışları ile ilgili görüşleri: niteliksel çalışma", *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2015, 23(3):174-184.
90. Özer S, Bozkurt H, Önmez S, Öz E, Bilge S, Yılmaz R, Demir O. "Obezite tanılı çocuklarda yeme davranışının değerlendirilmesi", *Journal of the Child/Cocuk Dergisi*, 2014, 14(2):31-46.
91. Tozzi F, Sullivan PF, Fear JL, McKenzie J, Bulik CM. "Causes and recovery in anorexia nervosa: the patient's perspective", *International Journal of Eating Disorders*, 2003, 33(2):143-154.
92. Siyez DM, Baş AU. "Bir grup üniversite öğrencisinin anoreksik yeme tutumları ile aile yapısı arasındaki ilişki", *Symposium Press*, 2009, 4(1): 19-24.
93. Obregón AM, Valladares M, Goldfield G. "Association of the dopamine d2 receptor rs1800497 polymorphism and eating behavior in chilean children", *Nutrition*, 2017, 35(2): 139-145.
94. Pitanupong J, Jatchavala C. "Atypical eating attitudes and behaviors in thai medical students", *Siriraj Medical Journal*, 2017, 69(1):5-10.

95. Berrettini W. "The genetics of eating disorders", *Psychiatry Edgmont*, 2004, 1(3):18-27.
96. Çelik S, Yoldaşcan E, Okyay R, Özenli Y. "Kadın üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğunun yaygınlığı ve etkileyen etkenler", *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2016, 17(1): 27-43.
97. Aslan SH. "Beden imgesi ve yeme davranışı bozuklukları ile medya ilişkisi", *Düşünen Adam*, 2001, 14(1):41-7.
98. Ünsal A, Tozun M, Ayrancı Ü, Arslantaş D. "Türkiye'nin batısındaki bir ilçede lise öğrencilerinde olası yeme bozukluğu görülme sıklığı ve ilişkili faktörler", *Dirim Tıp Gazetesi*, 2010, 85(3): 110-112.
99. Robinson E, Thomas J, Aveyard P, Higgs S. "What everyone else is eating: a systematic review and meta-analysis of the effect of informational eating norms on eating behavior", *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 2014, 114(3):414-429.
100. Herman CP. "The social facilitation of eating or the facilitation of social eating", *Journal Of Eating Disorders*, 2017, 5(1):16-23.
101. Aslan D. "Beden algısı ile ilgili sorunların yaratabileceği beslenme sorunları", *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2004, 13(9):326-329.
102. Nasir B, Abbas T, Abrar M, Iqbal A. "Impact of television advertisement on unhealthy weight control behaviors and eating disorders: mediating role of body image", *Pakistan Administrative Review*, 2017, 1(1):42-60.
103. Çobanoğlu Z, Altuntaş Y, Karamustafalıoğlu K, Şengül A, Çobanoğlu N. "Tip 1 ve Tip 2 diyabetes mellitus hastalarında yeme bozuklukları ve bozulmuş yeme davranışı", *Psikiyatrik ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2008, 21(2):24-31.
104. Özsoylar G, Sayın A, Candansayar S. "Panik bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk hastalarının yeme tutumları açısından karşılaştırılması", *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2008, 11(1):22-29.
105. Okumuşoğlu, S. "Investigation of the relationship of eating attitudes with thought shape fusion, gender and body mass index", *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 2017, 1 (1) 59-65.
106. Oruçlular Y. *Vücut algısının aracı rolü üzerinden özerkilişkişisel benlik özellikleri ve yeme tutumu ilişkisi* (Tez). Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2013.

107. Akarsu S, Durmuş M, Yapıcı AK, Öznur T, Öztürk S. "Yanık hastalarının psikiyatrik yönden değerlendirilmesi ve rehabilitasyonu", *Turkish Journal of Plastic Surgery*, 2017, 25(1):33-41.
108. Müftüoğlu S, Kızıltan G, Ok MA. "Majör depresyon hastaları için", *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 2017,2(1):13-22.
109. Yanikkerem E. "Obezitenin kadın sağlığına etkileri", *Journal of Health Sciences*, 2017, 3(1):37-43.
110. Özkan İ. *Hafif şişman/obez kadınlarda yeme bağımlılığı, depresyon ve diyet kalitesinin değerlendirilmesi* (Tez). Hacettepe Üniversitesi , Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2017.
111. Torres SJ, Nowson CA. "Relationship between stress, eating behavior, and obesity", *Nutrition*, 2007, 23(11):887-894.
112. Yılmaz R, Esmeray H, Erkorkmaz Ü. "Çocuklarda yeme davranışı anketinin uyarılma çalışması", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2011,12(4):22-29.
113. Sevinçer GM, Konuk N. "Emosyonel yeme", *Journal of Mood Disorders*, 2013, 3(4):171-178.
114. Akın A, Yıldız B, Özçelik B. "Duygusal yeme ölçeğinin türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirliği", *Journal of International Social Research*, 2016, 9(44):45-56.
115. Akay GG. "Yeme bozukluklarında fiziksel açlığı duygusal açlıktan ayırt edebilme", *Türkiye Klinikleri Journal of Psychology-Special Topics*, 2016;1(2):17-22.
116. Baltacı D, Ünalacak M, Kara İH, Sarıgüzel YC. "Birinci basamakta obezite tedavisi", *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 2015, 6(3):96-102.
117. Güriş S, Astar M. *Bilimsel Araştırmalarda SPSS ile İstatistik*, 1, DR Kitabevi Yayınevi, İstanbul, 2015.
118. Yıldırım H. *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2005.
119. Oğur S, Aksoy A. "Üniversite öğrencilerinin yeme davranışı bozukluğuna yatkınlıkları: bitlis eren üniversitesi örneği", *Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 2016, 5(1):19-23.
120. Savasır I. "Anoreksiya nevroza belirtileri indeksi", *Psikoloji Dergisi* , 1989, 7(1):19-25.
121. Yurtsever S. *Erken dönem uyumsuz şemalar, algılanan ebeveynlik biçimleri ve duygu düzenlemenin yeme tutumu üzerindeki etkisi* (Tez). Ege Üniversitesi, Psikoloji Anabilim Dalı Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi; 2014.

122. Semiz M, Kavakçı Ö, Yağız A, Yontar G, Kuğu N. "Sivas il merkezinde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve eşlik eden psikiyatrik tanılar", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2013, 24(3):149-157.
123. Arusoğlu G, Kabakçı E, Köksal G, Merdol TK. "Ortoreksiya nervoza ve ortoreksiya'nın türkçeye uyarlama çalışması", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2008, 19(3):34-39.
124. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. "Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması", *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008, 12(1):1-13.
125. Şen MA, Ceylan A, Kurt ME, Palancı Y, Adın C. "Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler", *Dicle Tıp Dergisi*, 2017, 44 (1) :1-11.
126. Küçükberber N, Özdemir K, Yorulmaz H. "Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi", *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 2011, 11:619-626.
127. Tanrıkuşlu AÇ, Çarman KB, Palancı Y, Çetin D, Karaca M. "Kars il merkezinde çeşitli üniversite öğrencileri arasında sigara kullanım sıklığı ve risk faktörleri", *Tur Toraks Dergisi*, 2009,11(1):101-106.
128. Özkan S, Yılmaz E. "Üniversite öğrencilerinin üniversite yaşamına uyum durumları", *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2010, 5(13):153-171.
129. Ayhan DE, Günaydın E, Gönüaçık E, Arslan U, Çetinkaya F, Asımı H. "Uludağ üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ve bunları etkileyen faktörler", *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2012, 38(2):97-104.
130. Saka G, Şen MA, Yakıt E. "Cigarette use frequency of healthcare services vocational school of higher education students", *Journal of Human Sciences* , 2016, 13(3):5423-5433.
131. Avşar P, Kazan E, Pınar G. "Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ile obezite ve kronik hastalıklara ilişkin risk faktörlerinin incelenmesi", *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 2013, 1(1):22-26.
132. Ergün A, Erten SF. "Öğrencilerde vücut kitle indeksi ve bel çevresi değerlerinin incelenmesi", *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 2004, 57(2):70-78.
133. Doğan B, Yörük N, Öner C, Yavuz G, Oğuz A. "Üniversite öğrenci ve çalışanlarının diyabet riski ve beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi", *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 2017, 21(2):23-29.

134. Bektaş Y, Gültekin T, Akın G, Önal S. "Obezitenin değerlendirilmesinde beden kütle indeksi ve biyoelektrik empedans metotlarının etkinliğinin karşılaştırılması.", *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Antropoloji Dergisi*, 2014, 28:67-86.
135. Geçkil E, Yıldız S. "Adölesanlara yönelik beslenme ve stresle başatme eğitiminin sağlığı geliştirmeye etkisi", *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2006, 10 (2):19-31.
136. Şanlıer N, Sormaz Ü, Güneş E. "Yiyecek-içecek hizmetleri bölümünde okuyan öğrencilerin aldıkları mesleki eğitimin besin tercihleri ve beslenme bilgi düzeyleri üzerine etkisi", *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2016, 8(15):248-265.
137. Özdemir M, Aksoydan E, Çakır RE, Coşkun Y, Kocamış RN. "Diyabetik hastaların beslenme alışkanlıkları ve bilgi düzeylerinin metabolik kontrolle ilişkisinin değerlendirilmesi", *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2016, 1(2):45-49.
138. Çayır A, Nazlı A, Köse SK. "Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi", *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 2011, 64(1):13-19.
139. Alison Hard C, Koch PA. "The importance of nutrition education in the 2015 child nutrition reauthorization", *The Laurie M Tisch Center for Food Education & Policy Press*, 2015, 1(3):3-10.
140. Kocamış RN, Türker P, Köseler E, Kızıltan G, Ok MA. "Hemodiyaliz hastalarında beslenme bilgi düzeyi ile beslenme durumları arasındaki ilişki", *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2016, 1(1):27-38.
141. Deveci E, Doksat NG, Yektaş Ç, Doksat K. "Üniversite öğrencisi kızların yeme tutumlarının duygudurum bozukluğu ile ilişkisi", *Anatolian Clinic*, 2016, 21(2): 129-134.
142. Bektaş DY. "Ergenlerde beden imgesi üzerine bir çalışma", *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2016, 3(22):29-39.
143. Kandeğer A, Bozkurt H. "Obeziteye giden kral yolu: gıda bağımlılığı olgu sunumu", *Bağımlılık Dergisi*, 2016, 17(3):135-138.
144. Sharan P, Sundar AS. "Eating disorders in women", *Indian Journal of Psychiatry*, 2015, 57(2):286-289.

145. Ulaş B. *Üniversite öğrencilerinde hemogloblin a1c taraması ve olası yeme bozukluğu sıklığı*(Tez). İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi; 2013.
146. Gezer C, Kabaran S. "Beslenme ve diyetetik bölümü kız öğrencileri arasında görülen ortoreksiya nervosa riski", *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2013,4(1):51-63.
147. Turan Ş, Poyraz CA, Özdemir A. "Binge eating disorder", *Psikiyatride Guncel Yaklasimler*, 2015,7(4):419-435.
148. Alkan SA, Özdelikara A, Boğa NM. "Hemşirelik öğrencilerinin yeme tutumunun belirlenmesi", *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2016, 13(3): 250-257.
149. Uzdil Z. "Lise öğrencilerinde yeme tutumlarının beslenme alışkanlıkları, antropometrik ve demografik özellikleri ile ilişkisi", *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2017, 1(1):11-18.
150. Özkan A, Bozkuş T, Kul M, Türkmen M, Öz Ü, Cengiz C. "Halk oyuncularının fiziksel aktivite düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi ve ilişkilendirilmesi", *International Jourxnal of Science Culture and Sport*, 2013, 1(3):45-49.
151. Demir G, Arıöz A. "Göç eden kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler", *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2014, 1(2):1-8.
152. Kostak MA, Kurt S, Süt N, Akarsu Ö, Ergül GD. "Hemşirelik ve sınıf öğretmenliği öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları", *TAF Prev Med Bull*, 2014, 13(3):189-196.
153. Funda Ö. "Öz yeterlilik düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi arasındaki ilişki", *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 5(3):37-44.
154. Genç F, Yeşilyurt G, Eroğlu G, Altıparmak A, Polat A, Sogüt D. "Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarının belirlenmesi", *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015, 4(1):15-27.
155. Kaçan Softa H, Bayraktar T, Uğuz C. "Yaşlı bireylerin algılanan sosyal destek sistemleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler", *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2016, 9(1):1-12.
156. Bozkuş T, Türkmen M, Kul M, Özkan A, Öz Ü, Cengiz C. "Beden eğitimi ve spor yüksekokulu'nda öğrenim gören öğrencilerin fiziksel aktivite düzeyleri ile sağlıklı

yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi ve ilişkilendirilmesi", *International Journal of Science Culture and Sport*, 2013, 1(3):49-65.

157. Dil S, Gönen Şentürk S, Aykanat Girgin B. "Çankırı ilinde ergenlerin benlik saygısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının riskli sağlık davranışları ve bazı sosyodemografik özelliklerle ilişkisi", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2015, 16(1):51-59.

158. Korkut F. "Yetişkinlere yönelik iletişim becerileri eğitimi", *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2005, 28(1):34-42.

159. Yıldız P, Dönderici Ö. "Beyin sağlığında beslenmenin etkisi" , *Osmangazi Journal Of Medicine*, 2016, 38(1):22-28.

160. Tanrıverdi H, Işık S. "Sağlık profesyonellerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile iş yaşam kaliteleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi", *Sosyal Bilimler Dergisi*, 2008, 3(1): 55-59.

161. Özdel O, Sözeri-Varma G, Fenççi S, Değirmenci T, Karadağ F, Kalkan-Oğuzhanoğlu N. "Obez kadınlarda psikiyatrik tanı sıklığı", *Klinik Psikiyatri*, 2011, 14(4):210-217.

162. Türker PF. "Glisemik indeks, glisemik yük ve obezite", *Türkiye Klinikleri Journal of Nutrition and Dietetics-Special Topics*, 2016, 2(1):35-39.

163. Balcıoğlu İ, Başer SZ. "Obezitenin psikiyatrik yönü", *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dergisi*, 2008; 62(1):341-348.

164. Ata A, Vural A, Keskin F. "Beden algısı ve obezite", *Ankara Medical Journal*, 2014, 14(3): 13-17.

165. Telatar B, Öner C, Hamurcu P, Yeşildağ Ş. "Obezitenin benlik saygısı ve beden algısı üzerine etkisi", *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 2015, 19(3):122-129.

166. Yıldırım İ, Yıldırım Y, Ersöz Y, Özkan I, Saraçlı S, Karagöz Ş. "Egzersiz bağımlılığı, yeme tutum ve davranışları ilişkisi", *Celal Bayar Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 2017, 12(1):66-69.

167. Aslan S, Gürbüz M, Vural S. "Ağır bir anoreksiyalı olgunun bilişsel davranışçı psikoterapi süreci", *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2016, 2(1):94-103.

EKLER

Ek 1. Etik Kurul Onayı

OKAN ÜNİVERSİTESİ Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 05.06.2017

Toplantı Sayısı: 84

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan	(Üye) (Katılmadı)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye) (Katılmadı)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 05.06.2017 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

Karar 24. Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü–Beslenme ve Diyetetik Bölümünden **Burcu AKGÜL**'ün “**Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutum ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Saptanması**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.



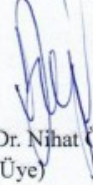
Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Başkan)

Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan
(Üye) (Katılmadı)




Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı
(Üye)

Prof. Dr. Dilek Öztürk
(Üye) (Katılmadı)



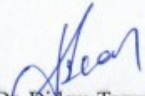
Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın
(Üye)




Prof. Dr. Ali Tayfun Atay
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ
(Üye)

Ek 2. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu çalışma Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde eğitim alan üniversite öğrencilerinin yeme tutumlarını; şişmanlık kaygılarını, kilo almaya ilişkin çevreden gelen sosyal baskı algısını, zayıflık ile uğraşını, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ölçmeyi hedeflenmiştir. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Cevaplarınız bizim için değer taşımaktadır.

Araştırma kapsamında çalışmaya katılmaya gönüllü bireylere 7 sorudan oluşan sosyodemografik değerlendirme formu, 40 sorudan oluşan Yeme Tutumu Testi, 52 sorudan oluşan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği; yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanacaktır.

Çalışmada kesinlikle yaşadıklarınız(özeliniz) sorulmayacaktır. Genel olarak beslenme ile ilgili tutum ve davranışlarınız konuşulacaktır.

Araştırma ile ilgili olarak sizden doldurmanızı istediğimiz formları doğru bir şekilde doldurmanız ve herhangi bir şikâyetiniz veya rahatsızlığınız olduğunda bize bildirmeniz gerekmektedir. İsteddiğiniz zaman çalışma dışına çıkma hakkınız olduğunu bilmenizi isteriz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu formlardan elde edilecek bilgiler araştırma kapsamı dışında hiçbir kişiyle kesinlikle paylaşılmayacaktır. Kişisel bilgileriniz herhangi bir amaçla, kurum yöneticileri veya üçüncü kişilerle kesinlikle paylaşılmayacaktır. Bu çalışma için gönüllü katılımcıdan hiçbir şekilde ücret talep edilmeyecek ve çalışmaya katılan gönüllülere herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Elde edilen veriler ile yeme tutumunun sağlıklı yaşam davranışı ilişkisi konusunda bilinçlendirme yapılması hedeflenmektedir.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştirmacı: Dyt. Burcu AKGÜL – Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi

Danışman Öğretim Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Funda ŞENSOY– Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Öğretim Üyesi



Ek 3. Anket Formu

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN YEME TUTUM VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ SAPTANMASI

Değerli Katılımcılar,

Bu form, üniversite öğrencilerinin yeme tutumunun sağlıklı yaşam davranışı ilişkisi konusunda bilinçlendirme yapılması hedeflenmektedir. Çalışma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için hiçbir soruyu boş bırakmayınız, aşağıdaki soruları yanıtlayınız.

I.Genel Bilgiler:

1. Cinsiyet:

a) Kadın

b) Erkek

2. Yaş:

3. Ağırlık:kg

Boy:cm

4. Sigara kullanıyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

5. Alkol kullanılıyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

6. Okuduğunuz bölüm:

a) Beslenme ve Diyetetik b) Hemşirelik c) Çocuk Gelişimi

d) Fizyoterapi ve Rehabilitasyon e) Sağlık Yönetimi

7. Kimlerle birlikte oturuyorsunuz?

a) Aile ile Birlikte

b) Yurtta

c) Arkadaşlarla Evde

d) Tek Evde

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

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

1-Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
2-Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
3- Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
4-Düzenli bir egzersiz programı yaparım.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
5-Yeterince uyurum.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
6- Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
7-İnsanları başarıları için takdir ederim.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
8- Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
9-Televizyonda sağlığı geliştirici programlar izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
10-Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi).	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
11-Hergün rahatlamak için zaman ayırırım.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
12-Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
13-İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
14-Hergün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
15-Sağlık personeline önerilerini almak için soru sorarım.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
16-Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım(Örneğin haftada 5 kez veya daha fazla yürürüm).	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
17-Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
18-Geleceğe umutla bakarım.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
19-Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
20-Hergün 2-4 öğün meyve yerim.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
21-Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri hakkında sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak

22-Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteleri yaparım.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
23-Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
24-Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
25-Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
26-Hergün 3-5 öğün sebze yerim.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
27-Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
28-Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
29-Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
30-Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
31-Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
32-Hergün 3-4 kez süt,yoğurt veya peynir yerim.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
33-Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
34-Günlük işler sırasında egzersiz yaparım(Örneğin yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim).	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
35-İş ve eğlence zamanımı dengelerim.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
36-Hergün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
37-Yakın doslar edinmek için çaba harcarım.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
38-Hergün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
39-Kendime daha iyi nasıl bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
40-Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
41-Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
42-Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
43-Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
44-Gıda paketlerinin üzerinde besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
45-Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
46-Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak

47-Yorulmaktan kendimi korurum.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
48-İlahi bir gücün varlığına inanırım.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
49-Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
50-Kahvaltı yaparım.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
51-Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak
52-Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.	Hiçbir Zaman/ Bazen/Sık Sık/Düzenli Olarak



YEME TUTUMU TESTİ

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size en uygun gelen kutu içine (X) işareti koyunuz. Örneğin “Çikolata yemek hoşuma gider” cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa “hiçbir zaman” yazılı kutu içine (X) işareti koyunuz; her zaman hoşunuza gidiyorsa “daima”nın altını (X) ile işaretleyiniz.

1- Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman
2- Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman
3- Yemekten önce sıkıntılı olurum.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman
4-Şişmanlıktan ödüm kopar.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman
5-Acıktığımda yemek yememeğe çalışırım.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman
6-Aklım fikrim yemektir.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman
7-Yemek yemeği durduramadığım zamanlar oldu.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman
8-Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman
9-Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman
10-Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman
11-Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman
12-Ailem fazla yememi bekler.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman
13-Yemek yedikten sonra kusarım.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman
14-Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman

15-Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman
16-Aldığım kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz yaparım.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman
17-Günde birkaç kez tartılırım.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman
18-Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman
19-Et yemekten hoşlanırım.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman
20-Sabahları erken uyanırım.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman
21- Günlerce aynı yemeği yerim.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman
22-Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman
23-Adetlerim düzenlidir.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman
24-Başkaları zayıf olduğumu düşünür.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman
25-Şişmanlayacağım(vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman
26-Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden uzun sürer.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman
27-Lokantada yemek yemeği severim.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman
28-Müşhil kullanırım.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman
29-Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman
30-Diyet(perhiz) yemekleri yerim.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman
31-Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman
32-Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman

33-Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını düşünürüm.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman
34-Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman
35-Kabızlıktan yakınırım.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman
36-Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman
37-Perhiz yaparım.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman
38-Midemini boş olmasından hoşlanırım.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman
39-Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman
40-Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.	Daima/Çok Sık/ Sık Sık/Bazen/Nadiren/Hiçbir Zaman

Ek 4. Özgeçmiş

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Burcu	Soyadı	Akgül
Doğum Yeri	Adana	Doğum Tarihi	01/05/1992
Uyruğu	T.C.	Telefon	0507 4404556
e- mail	bu.akgul@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

Derece	Alan	Okul	Yıl
Yüksek Lisans	Beslenme ve Diyetetik	Okan Üniversitesi	2016-
Lisans	Beslenme ve Diyetetik	Okan Üniversitesi	2011-2016
Lisans	Psikoloji	Okan Üniversitesi	2012- 2017
Lise	Sayısal	Abbas Sıdika Çalık Anadolu Lisesi	2006-2010

Yabancı Diller

Yabancı Diller	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	İyi	İyi