

**T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS BİTİRME TEZİ**

**YETİŞKİN BİREYLERİN BESLENME DURUMLARININ
İNCELENMESİ VE TIKINIRCASINA YEME
BOZUKLUĞUNUN BELİRLENMESİ**

Ayşe HACIARİF

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Funda ŞENSOY**

İSTANBUL, 2015

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS BİTİRME TEZİ

YETİŞKİN BİREYLERİN BESLENME DURUMLARININ
İNCELENMESİ VE TIKINIRCASINA YEME
BOZUKLUĞUNUN BELİRLENMESİ

Ayşe HACIARİF
122039003

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Funda ŞENSOY

İSTANBUL, 2015

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

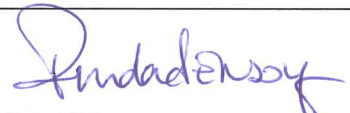

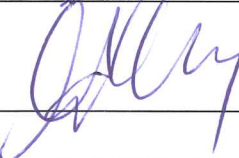
Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Ayşe Hacıarif Öğrenci No : 122039003
Anabilim / Bilim Dalı: 122039003 Tez Savunma Tarihi : 23.10.2015
Danışman : Yard. Doç. Dr. Funda Şensoy Tez Savunma Saati : 11.00

Tez Konusu : 'Yetişkin Bireylerin Beslenme Durumlarının İncelenmesi ve Tıkınurcasına Yeme Bozukluğunun Belirlenmesi'

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABUL'ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yard. Doç. Dr. Funda Şensoy	KABUL	
Prof. Dr. Murat BAŞ	KABUL	
Prof. Dr. M. Emel Tüfekçi Alphan	KABUL	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Prof. Dr. Mithat Kıyak		

ÖZET

Bu araştırma, yetişkin bireylerin beslenme alışkanlıkları ile yeme tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi ve tıknırcasına yeme bozukluğunun tespit edilmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışma, Ağustos 2015- Eylül 2015 tarihleri arasında İstanbul'da özel bir sağlık grubunun beslenme ve diyet polikliniğine başvuran yaşları 18-65 arasında değişen 162 sağlıklı birey (125 kadın, 37 erkek) üzerinde yürütülmüştür. Bireylerin kişisel özellikleri ve beslenme alışkanlıkları anket formu ile sorgulanmıştır. Bireylerin beslenme durumları besin tüketim sıklığı ile belirlenmiştir. Çalışmaya katılan bireylerde tıknırcasına yeme bozukluğu olup, olmadığını tespit etmek amacıyla Bulimic Investigatory Test Edinburgh testi kullanılmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $29,16 \pm 9,48$ yıl, BKİ ortalamaları $22,9 \pm 2,63$ kg/m^2 olarak bulunmuştur. Bireylerin günlük diyetle enerji tüketim ortalaması $1670,0 \pm 760,0$ kkal'dir ve günlük diyet enerjisinin karbonhidrattan gelen yüzdesi ortalama %43,14 , proteinden gelen yüzdesi ortalama %17,9 ve yağdan gelen yüzdesi %39,04 olarak bulunmuştur. Tıknırcasına yeme bozukluğunu saptamak amacıyla kullanılan Bulimic Investigatory Test Edinburg puanları 0 ile 30 arasında değişmekte olup ortalaması $8,81 \pm 4,72$ olarak bulunmuştur. Bulimic Investigatory Test Edinburg sonucuna göre bireylerin %3,7'sinde tıknırcasına yeme bozukluğu olduğu, %96,3'ünde tıknırcasına yeme bozukluğu olmadığı saptanmıştır. Bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu gibi sosyo-demografik özellikleri ile tıknırcasına yeme bozukluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$). Tıknırcasına yeme bozukluğu ile bireylerin beden kütle indeksi, beden algısı, daha önce diyet yapma durumu arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Anahtar Kelimeler: Bulimic investigatory test edinburgh, BITE, Tıknırcasına yeme bozukluğu, Yeme bozuklukları, Yeme tutum ve davranışları, Beslenme alışkanlıkları.

ABSTRACT

This study was performed to investigate adults' eating habits, eating behaviour and to identify the presence of binge eating disorders. The study was conducted on a total 162 healthy individuals (125 females and 37 males) aged 18-65 years old presenting to a Nutrition and Diet Polyclinic of a private clinic in Istanbul, between August 2015 and September 2015. Personal characteristics and some nutritional behaviours of the individuals were inquired with an inquiry form. Nutritional status of the individuals was determined with a food frequency questionnaire. The Bulimic Investigatory Test Edinburgh was used to identify whether the individuals had binge eating disorder or not. The mean age of the individuals participating in the study was found to be $29,16 \pm 9,48$ years, and mean BMI to be $22,9 \pm 2,63$ kg/m². When the nutritional status of the individuals were evaluated, the percentage energy derived from carbohydrate, protein and fats were found to be average %43,14 %17,9 % and %39,04 respectively. Average daily dietary energy consumption of the individuals was demonstrated to be $1670,0 \pm 760,0$. When evaluating the occurrence of binge eating disorder, Bulimic Investigatory Test Edinburg indices ranged between 0 and 30 and mean was $8,81 \pm 4,72$. It was observed that %3,7 of the individuals had binge eating disorder and %96,3 had no binge eating disorder. No significant relationship ($p > 0,05$) was found when the relationship between age, gender, marital status and socio-demographic characteristics and binge eating disorder of the individuals were evaluated statistically. No significant relationship ($p > 0,05$) was found between BMI body image, previous history of dieting and binge eating of individuals.

Keywords: Bulimic investigatory test edinburgh, BITE, Binge eating disorder, Eating disorders, Eating attitude and behaviour , Eating habits.

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim süresince ve bu tezin hazırlanmasında bana yol gösteren, her türlü bilimsel katkıyı, manevi desteğini ve sonsuz anlayışını benden esirgemeyen değerli tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Funda ŞENSOY'a ve diğer bölüm hocalarıma,

Mesleki yaşantıma başladığım günden bugüne olduğu gibi tez çalışmam süresince de destek ve katkılarını her zaman hissettiğim Acıbadem Sağlık Grubu Diyetisyenleri'ne,

Çalışmamın başlangıcında gerekli izinlerin alınmasına yardımcı olan ve çalışmam süresince destek ve anlayışları ile bana destek veren Acıbadem Maslak Hastanesi yönetimine ve çalışma arkadaşlarıma,

Tüm hayatımda olduğu gibi eğitim hayatımda da beni sürekli destekleyip maddi ve manevi yardımlarını, desteklerini esirgemeyen, koşulsuz sevgilerini hissettiğim babam Ertan HACIARİF, annem Gültaç HACIARİF, ağabeyim Tufan HACIARİF ve kardeşim Dağhan HACIARİF'e,

Çalışmamın her aşamasında sonsuz sevgi, anlayış ve sabırla destek olup moral veren canım arkadaşlarım Derviş KORKUNAL, Emine ULUÇAY, Özge ÖÇAL, Başak EKENOĞLU ve Diğdem ÖZKAHYA'ya

Sonsuz teşekkür ederim...

Ayşe HACIARİF

BEYAN

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı hiçbir davranışımın olmadığını, tezindeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, çalışma sonucu elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlar için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Ayşe HACIARİF

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 ve Beslenme.....	3
2.1.1. Sağlık.....	3
2.1.2. Beslenme	3
2.1.3. Yeterli ve Dengeli Beslenme.....	3
2.1.4. Beslenmeyi Etkileyen Faktörler	5
2.1.5. Besin Seçimi ve Tüketimini Etkileyen Faktörler	6
2.1.6. Yeme Tutum ve Davranışları.....	6
2.2. Yeme Bozuklukları	7
2.2.1. Tanımı	7
2.2.2. Yeme Bozuklukları Sınıflaması	9
2.2.2.1. Anoreksiya Nervoza.....	9
2.2.2.2. Bulimia Nervoza.....	10
2.2.2.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu	10
2.2.2.4. Diğer Yeme Bozuklukları.....	13
2.2.2.4.1. Gece Yeme Sendromu	13
2.2.2.4.2. Ortoreksiya Nervoza (Sağlıklı Beslenme Takıntısı).....	15
2.2.2.4.3. Pika	15

2.2.3.	Yeme Bozukluklarının Oluşum Nedenleri	16
2.2.4.	Yeme Bozukluklarının Görülme Sıklığı	17
2.2.5.	Yeme Bozukluklarının Tedavisi	18
2.2.6.	Yeme Bozuklukları ve Obezite	19
2.2.6.1.	Obezite	19
2.2.6.2.	Obeziteye Neden Olan Faktörler	20
2.2.6.3.	Yeme Bozuklukları ve Obezite Arasındaki İlişki.....	21
3.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
3.1.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı	23
3.2.	Araştırmanın Tipi.....	23
3.3.	Araştırmanın Evren ve Örneklemi	23
3.4.	Veri Toplama Araçları	23
3.4.1.	Anket formu	23
3.4.2.	Besin tüketim sıklığı.....	24
3.4.3.	Antropometrik Ölçümler	24
3.4.3.1.	Vücut ağırlığı ve boy uzunluğu.....	24
3.4.3.2.	Beden Kütle İndeksi (BKİ).....	24
3.4.3.3.	Tıkıncasına Yeme Bozukluğu, Bulimic Investigatory Test Edinburg (BITE).....	25
3.5.	Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi.....	25
3.6.	Araştırmanın Sınırlılıkları	26
4.	BULGULAR.....	27
5.	TARTIŞMA.....	71
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	82
6.1.	Sonuçlar	82
6.2.	Öneriler.....	84
	KAYNAKÇA.....	86
	EKLER.....	110

TABLolar LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1. Beden KütLe İndeksi sınıflaması	25
Tablo 2. Bireylerin sosyo-demografik özellikleri	28
Tablo 3. Bireylerin anne ve babalarına ait özellikler	30
Tablo 4. Bireylerin cinsiyete göre sigara ve alkol alışkanlıkları dağılımı	31
Tablo 5. Bireylerin cinsiyete göre fiziksel aktivite yapma alışkanlıkları.....	33
Tablo 6. Bireylerin cinsiyete göre beslenme alışkanlıklarının dağılımı	35
Tablo 7. Bireylerin cinsiyete göre ara öğünlerdeki besin seçimleri, akşam yemeğinden sonra atıştırmalık alışkanlıkları ve besin seçimleri dağılımı.....	37
Tablo 8. Bireylerin cinsiyete göre günlük su ve kafein tüketim alışkanlıklarının dağılımı	39
Tablo 9. Bireylerin ev dışında yemek yeme alışkanlıkları ve yemek yeme yeri seçimlerine göre dağılımları.....	41
Tablo 10. Bireylerin beslenme bilgi kaynağına göre dağılımı	42
Tablo 11. Bireylerin besin seçimlerine etki eden etmenlere göre dağılımı	44
Tablo 12. Bireylerin yaş ve antropometrik ölçümlerinin değerlendirilmesi	45
Tablo 13. Bireylerin Beden KütLe İndeksi sınıflamasına göre dağılımı	46
Tablo 14. Bireylerin daha önce diyet yapma durumlarına göre dağılımları	47
Tablo 15. Bireylerin uyku saati ve Beden KütLe İndeksleri sınıflamasına göre dağılımı	48
Tablo 16. Bireylerin Beden KütLe İndeksleri sınıflamasına göre beden algılarının dağılımı	49
Tablo 17. Bireylerin cinsiyete göre günlük diyetle tükettikleri enerji, makro ve mikro besin öğeleri.....	54
Tablo 18. Bireylerin “Bulimic Investigatory Test Edinburgh” sonuçları	55
Tablo 19. Bireylerin cinsiyete göre “Bulimic Investigatory Test Edinburgh” puanlarının değerlendirilmesi	55
Tablo 20. “Bulimic Investigatory Test Edinburgh” sorularına evet cevabı veren bireylerin dağılımı.....	58

Tablo 21. Bireylerin demografik özelliklerine göre tıknırcasına yeme bozukluğu görülme durumları	60
Tablo 22. Bireylerin anne ve babalarının eğitimi ile “Bulimic Investigatory Test Edinburgh” arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	61
Tablo 23. Bireylerin Beden Kütle İndeksi ile “Bulimic Investigatory Test Edinburgh” arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	62
Tablo 24. Bireylerin beden kütle indeksi sınıflaması ile “Bulimic Investigatory Test Edinburgh” arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	63
Tablo 25. Bireylerin beden algısı ile “Bulimic Investigatory Test Edinburgh” arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.....	64
Tablo 26. Bireylerin daha önce diyet yapma durumu ile “Bulimic Investigatory Test Edinburgh” arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.....	65
Tablo 27. Bireylerin akşam yemeğinden sonra atıştırma yapma ve atıştırma seçimi ile “Bulimic Investigatory Test Edinburgh” arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.....	67
Tablo 28. “Bulimic Investigatory Test Edinburgh” sonuçlarına göre bireylerin günlük enerji ve besin öğeleri tüketimlerinin değerlendirilmesi.....	70

SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
BMI	: Body Mass Index
TURDEP	: Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi
YB	: Yeme Bozukluğu
AN	: Anoreksiya Nervoza
BN	: Bulimiya Nervoza
TYB	: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
GYS	: Gece Yeme Sendromu
BTA-YB	: Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları
ON	: Ortoreksiya Nervoza
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

1. GİRİŞ

Beslenme, bireyin sağlıklı ve üretken bir şekilde büyümesi, gelişmesi ve yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan besin öğelerini vücuduna almasıdır (1). Bireyin sağlıklı bir şekilde yaşamını sürdürebilmesi için 50' ye yakın besin öğesine ihtiyacı vardır. Bireyin besin öğelerinin her birinden günlük alması gereken miktar; yaş, cinsiyet ve hastalık durumlarına göre belirlenmektedir. Bu besin öğeleri gereğinden az ya da çok alındığı zaman sağlığı olumsuz yönde etkileyen yetersiz ve dengesiz beslenme durumu oluşmaktadır (2, 3). Bu nedenle beslenme; sağlığı korumak, geliştirmek ve aynı zamanda yaşam kalitesini yükseltmek için bilinçli yapılması gereken süreklilik isteyen bir davranıştır (1).

Bireyin sağlığını koruması, iyileştirmesi, geliştirmesi ve yaşam kalitesini arttırabilmesi için yeme tutum ve davranışlarının yanında besin seçimini etkileyen faktörleri ve sonuçta sebep olduğu sorunları da bilmesi gerekir. Besin seçimi genetik, fizyolojik, psikolojik, ekonomik, sosyal ve kültürel faktörler gibi birçok faktörden etkilenmektedir (4, 5).

Yeme bozuklukları, yetersiz ya da aşırı gıda alımı ile başlayan, devamında yeme tutum ve davranışlarındaki kalıcı rahatsızlıklara neden olan hastalıklardır. Yeme bozuklukları aynı zamanda ruhsal olarak bireyi etkilerken, fiziksel ve psikososyal fonksiyonlarına zarar verir ve bireyin kilo kontrol davranışlarını olumsuz yönde etkiler (6, 7).

Yeme bozuklukları arasında en yaygın görüleni tıknırcasına yeme bozukluğudur. TYB Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV) başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları kategorisinde yer alırken 2013'te yayımlanan DSM-V ile beraber yeme bozuklukları kategorisine alınmıştır (8, 9).

Tıknırcasına yeme bozukluğu; belirli bir zaman içinde, benzer koşullarda ve sürede, çoğu bireyin yiyebileceğinden daha fazla miktarda yiyeceği yemesi şeklinde tanımlanır (9). Tıknırcasına yeme atağı sırasında bireyin yediklerinin miktarını kontrol edememesi ve yeme sürecini durduramaması da tıknırcasına yeme bozukluğunu tanımlar(10)

Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan bireylerde anksiyete, depresyon ve kişilik problemleri gibi farklı psikolojik hastalıklar da görülebilir(11). Bu bireylerin bir kısmı normal kiloda olabilir ama sıklıkla fazla kilolu veya obezlerdir. Yapılan bir çalışmada obez bireylerin %8'inde tıkınırcasına yeme bozukluğu olduğu saptanmıştır (12). Psikoterapi, ilaç tedavi yöntemleri, bariatrik cerrahi ve diyet tedavisi başlıca tedavi yöntemleridir. Yapılan araştırmalar özellikle bilişsel davranışçı terapisinin daha yararlı olacağını göstermiştir. Fakat bu konuda uzun süreli daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır (13, 14).

Bu alışma İstanbul'da özel bir sağlık grubunun beslenme ve diyet bölümü polikliniğine başvuran bireylerin beslenme alışkanlıkları ile yeme tutum ve davranışlarının değerlendirilmek ve tıkınırcasına yeme bozukluğunu saptamak amacıyla yapılmıştır. Yeme bozukluklarında oluşan artışlar ve yaşanan çevresel uyarılar, sağlıklı yaşamın giderek daha fazla önem kazanması, yeni davranış bozukluklarını da birlikte getirmiştir. 2013'te yayımlanan DSM-V ile beraber yeme bozuklukları kategorisine alınan tıkınırcasına yeme bozukluğu alanında Türkiye'de sınırlı sayıda çalışma olduğu için bu konuya dikkat çekmek amacıyla planlanan bu araştırma küçük örnek grubu nedeniyle bir başlangıç olarak kabul edilmelidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık ve Beslenme

2.1.1. Sağlık

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık; tek başına hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halinde olma durumudur (15). Bireyin yaşamını sürdürebilmesi, yaşam kalitesini koruması ve yükseltebilmesi için sağlık en önemli kriterdir ve beslenme başta olmak üzere, genetik faktörler, çevre koşulları gibi pek çok faktörlerden de etkilenir (1, 3).

2.1.2. Beslenme

Beslenme; büyüme, gelişme ve sağlığın korunabilmesi için besinlerin dışarıdan alınarak kullanılmasıdır (1). Bireyin yaşamı için 50' ye yakın besin ögesine gereksinimi vardır ve bu besin öğeleri 6 grupta sınıflandırılır (2, 3)

- Karbonhidrat,
- Yağ,
- Protein,
- Vitaminler,
- Mineraller ve
- Su.

Bu besin öğelerinin gereğinden az ya da çok alınması sağlığı olumsuz yönde etkileyerek, yetersiz ve dengesiz beslenmeye neden olur (2, 3).

2.1.3. Yeterli ve Dengeli Beslenme

Yeterli beslenme; vücudun yaşamını ve çalışmasını sürdürülebilmesi için gerekli enerjinin besinlerle alınması, dengeli beslenme ise alınan enerjinin vücudun ihtiyacı olan tüm besin öğeleri tarafından karşılanmasıdır (16, 17).

Yeterli ve dengeli beslenmeyi sağlayan besin ve besin grupları benzer enerji içeriklerine ve besin öğelerine göre dört gruba ayrılır. Bu besin grupları aşağıdaki gibi sınıflandırılır (1, 18).

1.Süt Grubu: Süt grubunda yer alan besinler, süt, yoğurt, peynir ve süt tozundan yapılan besinlerdir. Bu gruptaki besinler özellikle kalsiyum, protein, fosfor, riboflavin ve vitamin B₁₂ gibi birçok besin öğesinin önemli kaynağıdır. Günlük gereksinimi karşılamak için yetişkinlerin 2 porsiyon; adölesanların, gebe, emzikli ve menopoz sonrası kadınların 3-4 porsiyon süt veya süt yerine geöen besinleri tüketmesi önerilir. 1 su bardağı (200ml) süt veya yoğurt ile 2 kibrit kutusu büyüklüğünde peynir 1 porsiyon yerine geöer (1).

2. Et, Yumurta, Kurubaklagil Grubu: Kırmızı et, tavuk, balık, yumurta, kurubaklagiller, ceviz, fındık, fıstık gibi kuru yemişler bu grupta yer alır. Bu besinler protein, demir, çinko, fosfor, magnezyum, A vitamin, tiamin (B₁), B₆ ve B₁₂ vitaminlerinden zengindir. Bu besin grubunun günde en az iki porsiyon tüketilmesi gerekir. Günlük gereksinim tek bir besin tarafından veya bu gruptaki besinlerin karışımından sağlanabilir (1).

3. Ekmek ve Tahıl Grubu: Buğday, mısır, pirinö, avdar, yulaf ve bunlardan yapılan un, ekmek, bulgur, makarna, erişte gibi besinler bu grupta yer alır. Bu besinler karbonhidrat, vitamin ve mineral içerir. Özellikle tiaminin en iyi kaynağı olan tahıllar, B₁₂ vitamini dışındaki B grubu vitaminlerinden de zengindir. Tahıllar az miktarda da olsa E vitamini ve protein içerir. Bu gruptaki besinlerden günde 6 porsiyon tüketilmesi önerilir. Bu miktar bireyin günlük enerji gereksinimine göre ayarlanır (1, 3).

4. Sebze ve Meyve Grubu: Tüm sebze, meyve ve bitkilerin her türlü yenebilen kısmıdır. Sebze ve meyvelerin büyük bir kısmı sudan oluşur. Bu gruptaki besinler vitamin ve minerallerden zengindir. Özellikle A ve C vitamini olmak üzere folik asit, riboflavin, E vitamini, kalsiyum, potasyum, magnezyum, demir gibi çeşitli vitamin ve mineraller içerir. İöeriğindeki antioksidan bileşikler sayesinde zararlı maddelerin vücuttan atılmasına yardımcı olurlar. Posa içeriği de yüksek olan bu besinlerden günde en az 5 porsiyon tüketilmesi önerilir (1, 3).

Bir besinin yerine hangi besinin geçtiğini bilmek ve her gruptan besinler seçerek beslenmek yeterli ve dengeli beslenme planı oluşturmayı kolaylaştırır. Bunun yanında önemli olan bir diğer etmen de beslenmeyi etkileyen diğer faktörlerin bilinmesidir.

2.1.4. Beslenmeyi Etkileyen Faktörler

Beslenme durumunu pek çok faktör etkiler. Bunlar; genetik, yaş, cinsiyet, ekonomik durum, yerleşim yeri, aile ortamı, stres, hijyen, sanitasyon, ev koşulları gibi sosyal, kültürel ve çevresel faktörlerdir (19). Bu faktörlerin olumsuz etkisi ile oluşan ve alışkanlık haline dönüşen yanlış beslenme alışkanlıkları günümüzün en önemli sağlık sorunlarından biri olan yetersiz ve dengesiz beslenmeye neden olur. Yanlış alışkanlıklar sonucu ortaya çıkan zararlı uygulamalar da bireylerin sağlığını olumsuz yönde etkiler (20).

Beslenme, fizyolojik gereksinimleri karşılarken aynı zamanda psikolojik ve sosyolojik gereksinimlerin de karşılanmasını sağlar. Bu gereksinimler karşılanmadığı zaman kişinin beden, fizik ve ruh sağlığı da doğrudan etkilenir (21).

Yetersiz ve dengesiz beslenme; yetişkinlik döneminde şişmanlık, diyabet, hipertansiyon, karaciğer hastalıkları, arterosklerotik hastalıklar, enfeksiyon hastalıkları ve diş çürükleri gibi bir çok sağlık sorununa yol açmaktadır. Ayrıca vücudun bağışıklık sisteminin zayıflamasına da neden olarak enfeksiyonlara zemin hazırlamakta ve hastalığın tedavi sürecini geciktirerek ölümcül komplikasyonlara neden olabilmektedir (22).

Türkiye’de toplumun beslenme durumu sosyo-ekonomik düzeye, bölgelere, kentsel-kırsal yerleşim yerlerine ve mevsimlere göre değişiklikler gösterebilmektedir. Bireylerin gelir dağılımındaki dengesizlikler yetersiz beslenmenin en önemli nedenlerinden biridir. Ayrıca beslenme konusunda yetersiz bilgi sahibi olma, yanlış gıda seçimi ve yanlış hazırlama, pişirme, saklama yöntemleri de beslenme sorunlarının büyümesine sebep olmaktadır (19).

Bu doğrultuda yaşam boyunca tüm bireylerin sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi, yaşam kalitesinin artırabilmesi için yeme tutum ve davranışlarının aynı zamanda da besin seçimini ve tüketimini etkileyen faktörlerin ve sebep olduğu sorunların bilinmesi gerekmektedir.

2.1.5. Besin Seçimi ve Tüketimini Etkileyen Faktörler

Besin seçimi ve tüketimini etkileyen birçok faktör vardır. Bunlar; genetik, fizyolojik, psikolojik, ekonomik, sosyal ve kültürel faktörlerdir. Ayrıca besin seçimi ve tüketimini bireylerin enerji ve besin öğeleri ihtiyaçları, besinler hakkındaki yargıları, kültürel alışkanlıkları, tat, koku ve doku gibi duyuşal özellikleri, besine ulaşılabilirlik, satın alma, hazırlama aşamaları gibi bir çok süreç etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda Avrupa ve Amerika'da yetişkinler arasında besin seçimini etkileyen en önemli faktörlerin; tat, sağlık, maliyet, satın almadaki ve hazırlamadaki besin güvenliği olduğu bulunmuştur (22, 23).

Beslenme davranışının psikolojik boyutu değerlendirildiğinde; aynı sosyokültürel ya da ekonomik koşullara sahip olan bireylerin besin seçimi ve tüketiminde farklılıklar olmaktadır. Çünkü kişilerin besin seçimini ve tüketimini etkileyen en önemli faktörlerden biri psikolojik faktörlerdir. Bireylerin karşılaştığı sıkıntılı durumlar aşırı yeme veya iştahsızlıklara neden olabilmektedir. Örneğin bazı bireyler üzüntü, sıkıntı ve güvensizliklerini örtmek için fazla yeme, bazıları ise bunun tersine daha az yeme eğiliminde olabilirler. Bu davranışlar beslenme davranışının psikolojik boyutu olarak tanımlanmaktadır (24).

2.1.6. Yeme Tutum ve Davranışları

Yeme tutum ve davranışları genetik, biyolojik, çevresel ve psikolojik faktörler, sosyal ilişkiler, aile ortamı, sosyoekonomik düzey gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Yemek yeme sadece fizyolojik ve biyolojik gereksinimlerini karşılamak için yapılan bir davranış değildir. Yeme davranışının aynı zamanda bireylerin yaşadığı olumlu ve olumsuz olaylar ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Stres, sıkıntı, üzüntü, depresyon ve neşe gibi farklı psikolojik durumlar yeme davranışlarını etkilemektedir (25-28).

Stres ve negatif duygu durumu besin tüketimini artırabildiği gibi azaltabilmektedir (29). Yapılan bir çalışmada üzüntü, korku ve öfke gibi olumsuz duyguların aç olunmadığı halde abur cubur tüketimini artırdığı görülürken, mutlu ve neşeli olmak gibi pozitif duyguların sağlıklı besin tüketimini artırdığı görülmektedir (25).

Zayıf olmanın günümüzde güzellik olarak kabul edilmesi de yanlış yeme tutum ve davranışlarına sebep olmaktadır (30).

Normal olmayan yeme davranışlarının sonuçlarında biri de obezitedir. Obez bireylerin uyarılma eşikleri obez olmayan bireylere göre daha düşüktür. Obez bireyler; ağrı, stres ve emosyonel uyaranlar gibi dış uyaranlardan daha kolay etkilenirler. Bunun sonucunda da aşırı ve kontrolsüzce yeme davranışları görülebilmektedir. Ayrıca obez olan bireylerin anksiyete düzeyleri, obez olmayan bireylere oranla yeme davranışlarını daha çok etkilemekte ve daha fazla yemek yemelerine sebep olmaktadır. Stres sonucu bireylerde uyku düzensizliği, gece yeme davranışı ve sabah iştahsızlığı görülebilmektedir. Bu yeme davranışı açlık ile alakalı olan bir yeme davranışı olmadığından kişi yeme sırasında kontrolü kaybederek fazla miktarda yiyecek tüketilebilir ve bu genellikle stres geçinceye kadar devam eder (31, 32).

Yaşanılan yaşamsal ve durumsal değişkenler, psikolojik faktörler yanlış yeme tutum ve davranışlarının oluşmasına neden olabilir ve bu davranışların devam etmesi ise ciddi bir sağlık sorunu olarak görülen yeme bozukluklarının oluşmasına sebep olmaktadır (33).

2.2. Yeme Bozuklukları

2.2.1. Tanımı

Yeme bozukluğu, yetersiz ya da aşırı gıda alımını içeren, yeme tutum ve davranışlarında kalıcı rahatsızlıklara neden olan psikiyatrik hastalıklar olarak tanımlanmaktadır. Yeme bozuklukları, olağan dışı yeme davranışları, kilo kontrolüne eşlik eden aşırı duygular, tutumlar, uyumsuz gayretler ve beden algısı ya da ölçüsüyle karakterize rahatsızlıklardır (34). Ayrıca yeme bozukluğu olan bireylerde depresyon, anksiyete madde bağımlılığı gibi diğer mental bozukluklar da görülebilmektedir (35).

Yeme bozuklukları ilk olarak 17. yy'da tanımlanmıştır, 20. yy'a kadar da sınırlı sayıda yapılmış çalışma bulunmaktadır. 20 yy ile beraber yeme bozukluklarının tanımlanması ve tedavisi üzerine yapılan çalışmaların sayısında artış olduğu görülmüştür (36). Yeme bozuklukları ilk olarak farkındalığın artmasıyla kendini

göstermeye başlamıştır. Özellikle bireylerin stres yaratan olayların içinde bulunması yeme bozukluklarına olan eğilimlerini arttırmıştır (37).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın revize edilmiş 4. baskısında (DSM-IV) yeme bozuklukları üç gruba ayrılmaktadır. Bu yeme bozuklukları;

- Anoreksiya Nervoza (AN),
- Bulimiya Nervoza (BN),
- Başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları (BTA-YB) (8)

Başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları herhangi özgül bir yeme bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamayan hastaları kapsayan ek bir kategoridir (28). DSM-IV'te tıknırcasına yeme bozukluğu (TYB) başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları kategorisinde yer alırken 2013'te yayımlanan DSM-V ile beraber yeme bozuklukları kategorisine alınmıştır (9)

DSM-V sınıflamasına göre beslenme ve yeme bozuklukları 8 alt grupta incelenmektedir (9);

- Anoreksiya Nervoza (AN),
- Bulimiya Nervoza (BN),
- Tıknırcasına Yeme Bozukluğu
- Pika,
- Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozuklukları,
- Kısıtlı Besin Alım Bozukluğu,
- Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu (Gece yeme sendromu, Atipik AN, BN(düşük sıklıkta /sınırlı süreli) ve TYB(düşük sıklıkta /sınırlı süreli))
- Tanımlanmamış Diğer Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Yeme bozukluklarının temel özelliği; bireyin kendini şişman olarak algılaması, kilo almaktan ve şişman olmaktan korkması ve zayıflamaya yönelik katı bir istek duyma ile bağlantılı bedensel imge rahatsızlığı, başa çıkılmayan duygusal karmaşalara

aşırı yemek yemenin eşlik etmesidir. Beslenme durumundaki negatif etkilerin sonuçları; tıbbi komplikasyonlar ile ciddi sağlık problemlerine neden olmaktadır (34).

2.2.2. Yeme Bozuklukları Sınıflaması

2.2.2.1. Anoreksiya Nervosa

Anoreksiya nervosa, vücut ağırlığının sağlıklı normların çok altına düşmesine yol açan ciddi kilo kaybı, büyüme devam ederken uygun ağırlığa erişmeyi reddetme, çok zayıf olmasına rağmen kilo almaktan ve şişmanlamaktan aşırı korkma, beden imgesinde ve beden biçimini algılamakta bozukluk ile tanımlanır (38). Anorektik bireyler çok zayıf olma arzusu içinde olup, şişman olmaktan aşırı derece korkmakta ve sürekli kilo vermeye yönelik davranışlara eğilim göstermektedirler (39).

DSM-IV'teki AN tanı ölçütleri yeniden değerlendirilerek bazı değişiklikler yapılmış, 2013 yılında oluşturulan DSM-V'e göre AN tanı ölçütleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir (9);

- A. İhtiyaçlara göre enerji alımını kısıtlama tutumu, bireyin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve beden sağlığı açısından belirgin biçimde düşük bir vücut ağırlığının olmasına yol açar. Belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığı, olağan en düşüğün altında ya da çocuklar ve gençler için beklenen en düşüğün altında olarak tanımlanır.
- B. Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da belirgin bir şekilde düşük vücut ağırlığında olmasına karşın bireyin, kilo almayı zorlaştıran davranışlarda bulunması.
- C. Bireyin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk vardır. Birey, kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ve biçimine yersiz bir önem yükler ya da o sıradaki düşük vücut ağırlığının önemini hiçbir zaman kavrayamaz.

2.2.2.2. Bulimia Nervosa

Bulimia nervosa, tekrarlayan rahatsız edinceye kadar tıkanırçasına yeme dönemlerinden sonra, kendi kendini kusturma, laksatif veya diüretik kullanıma ya da diğer ilaçları kullanma, hiç yemek yememe ya da aşırı spor yapma gibi uygunsuz davranışlarda bulunma dönemlerinin tekrarlanması ile tanımlanır (40).

Vücut şekli ve ağırlık algısında bir bozukluk olması, anoreksiya nervozada olduğu gibi bulimia nervozanın da başlıca özelliklerindedir (40).

2013 yılında oluşturulan DSM-V kriterlerine göre BN tanı kriterleri aşağıdaki gibidir (9);

- A. Tekrarlayan tıkanırçasına yeme dönemleri. Bir tıkanırçasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisi ile belirlenir :
1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örneğin; herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.
 2. Bu dönem sırasında yemek yemeyle ilgili denetiminin kalkması (örneğin; kişinin yemek yemeyi durduramaması, neyi ne kadar yediğini denetleyememesi)
- B. Kilo almaktan sakınmak için, kendi kendini kusturma, laksatif ilaçları, idrar söktürücü ilaçları ya da diğer ilaçları yanlış yere kullanma. Neredeyse hiç yememe ya da aşırı spor yapma gibi yineleyen, uygunsuz ödünleyici davranışlarda bulunma.
- C. Bu tıkanırçasına yeme davranışlarının ve uygunsuz ödünleyici davranışların her ikisi de, ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur.
- D. Kendilik değerlendirmesi, vücut biçiminden ve ağırlığından yersiz bir biçimde etkilenir.
- E. Bu bozukluk, yalnızca anoreksiya nervosa dönemleri sırasında ortaya çıkmamaktadır.

2.2.2.3. Tıkanırçasına Yeme Bozukluğu

Tıkanırçasına yeme bozukluğu, belirli bir zaman diliminde, benzer koşullarda ve sürede, çoğu bireyin yiyebileceğinden daha fazla miktarda yiyecek yeme ve bu davranışın tekrar ettiği bir yeme bozukluğudur. TYB olan bireyler acıkmadıkları halde

yiyecekleri çok hızlı şekilde yiyebilirler (9). Tıkınırcasına yeme atağı sırasında bireyin yediği yiyeceklerin miktarını kontrol edememesi ve yemeyi durduramaması da TYB'nin önemli özelliklerindedir (10).

Genellikle TYB olan bireyler yedikleri yiyeceklerin miktarından utandıkları için yalnızken yemeyi tercih ederler, tıkinma sonrasında suçluluk hisseder ve yemek yeme alışkanlıklarından dolayı kendilerinden nefret ederler. Tıkinmaya bağlı olarak vücut ağırlığında artış olması bireylerin beden memnuniyetsizliklerinin artmasına sebep olur. Tüm bunlar insanlarla olan ilişkilerini olumsuz yönde etkiler (41).

TYB'yi bulimia nervozadan ayıran en temel kriterler; kendini kusturmamak, laksatif ve diüretik kullanmamak, aşırı fiziksel aktivite yapmamaktır (12).

TYB tarihçesi incelendiğinde ilk kez 1959'da Albert Stunkard tarafından tanımlandığı görülmektedir. Tanı ölçütlerinin ise Spitzer ve arkadaşları tarafından 1991'de belirlenmiştir. Daha sonra 1994'de yayınlanan revize edilmiş DSM-IV'te başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları kategorisinde yer almıştır (42). 2013'te yayımlanan DSM-V ile beraber yeme bozuklukları kategorisine alınmıştır (9).

2013 yılında oluşturulan DSM-V'e göre TYB'nin tanı kriterleri aşağıdaki gibidir (9);

- A. Tekrarlayan tıkınırcasına yeme dönemleri. Bir tıkınırcasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisi ile belirlenir:
- Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok besini, ayrı bir zaman biriminde (örneğin; herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.
 - Bu dönem sırasında, yemek yemeyle ilgili denetiminin kalkması (örneğin; kişinin yemek yemeyi durduramaması, neyi ne kadar yediğini denetleyememesi)
- B. Tıkınırcasına yeme dönemlerine aşağıdakilerden üçü ya da daha fazlası eşlik eder:
- Olağandan çok daha hızlı yeme,
 - Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedene kadar yeme,
 - Bedensel açlık duymuyorken aşırı ölçülerde yeme,
 - Yediği miktardan utandığı için kendi başına yeme,
 - Daha sonra kendinden tiksime, çökkünlük yaşama ya da büyük bir suçluluk duyma.

- C. Tıkınırcasına yeme ile ilgili olarak belirgin bir sıkıntı duyulur.
- D. Bu tıkınırcasına yeme davranışları, ortalama, üç ay içinde en az haftada bir kez olmuştur.
- E. Tıkınırcasına yemeye, bulimia nervozada olduğu gibi tekrarlayan uygunsuz ödünleyici davranışlar eşlik etmez ve tıkınırcasına yeme, yalnızca bulimiya nervosa ya da anoreksiya nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmaz.

TYB, bireyin tıkınırcasına yeme sıklığına göre 4 gruba ayrılır (9);

- **Ağır olmayan TYB:** Ortalama haftada 1-3 kez tıkınırcasına yemenin olması.
- **Orta derecede TYB:** Ortalama haftada 4-7 kez tıkınırcasına yemenin olması.
- **Ağır TYB:** Ortalama haftada 8-13 kez tıkınırcasına yemenin olması.
- **Aşırı düzeyde TYB:** Ortalama haftada 14 ya da daha çok kez tıkınırcasına yemenin olması

TYB en yaygın görülen yeme bozukluğudur ve DSÖ'nün yaptığı bir çalışmada TYB'nin toplumda görülme sıklığı %1,4 olarak bulunmuştur (44, 45). Başka bir çalışmada ise toplum içinde görülme sıklığının %6,6 olduğu saptanmıştır (46). TYB diğer yeme bozukluklarına göre daha geç yaşlarda ortaya çıkmaktadır . TYB'nin kadınlarda görülme sıklığı diğer yeme bozukluklarında olduğu gibi erkeklere oranla daha yüksektir. Diğer yandan TYB, erkeklerde en çok görülen yeme bozukluğudur (45, 47, 48). Spitzer ve ark. (49) yapmış oldukları çalışmada, kadınların %2.5'inde ve erkeklerin %1.1'inde TYB olduğunu saptamıştır.

TYB olan bireylerin bir kısmı normal vücut ağırlığında iken, sıklıkla fazla kilolu veya obezlerdir (50). Obez bireylerde TYB görülme sıklığının %8 olduğu görülmüştür (12). TYB özellikle bariatrik cerrahi hastalarında sıklıkla görülmektedir. Yapılan bir çalışmada bariatrik cerrahi hastalarının yaklaşık %50'sinde TYB olduğu saptanmıştır (51).

TYB olan bireylerde farklı psikolojik hastalıklar da görülebilir. Bunlar; anksiyete, depresyon ve kişilik problemleri gibi psikolojik hastalıklardır (11, 41). Bunların arasında en sık görülen tanı ise majör depresyondur (12).

Tedaviye cevap verme oranı diğer yeme bozukluklarıyla kıyaslandığında ise daha yüksek olduğu görülmektedir. TYB tedavi yöntemleri; psikoterapi yöntemleri, ilaç tedavileri, diyet tedavisi ve bariatrik cerrahidir (13, 14). Temel hedef ruhsal rahatsızlıkların tedavi edilmesini, tıknırcasına yeme ataklarının ortadan kalkmasını, obezitenin tedavi edilmesini, daha sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazanılmasını ve vücut ağırlığının istikrarlı olmasını sağlamaktır (52).

Yapılan araştırmalar en etkin tedavi yönteminin Bilişsel Davranışçı Terapisi olduğunu göstermektedir. Bunun yanında Kendi Kendine Yardım Terapisi, Davranışçı Yöntemlerle Kilo Verme Terapisi, Kişilerarası Psikoterapi, Diyalektik Davranışçı Terapi, Motivasyonel Terapi gibi psikoterapi yöntemleride kullanılmaktadır. Psikoterapi sonrasında ise beslenme eğitimi ve danışmanlığı alınması diyet tedavisinde önemli bir faktördür (34, 53-58)

Anoreksiya nervoza, bulimia nervoza ve tıknırcasına yeme bozuklukları yanı sıra görülen başka yeme bozuklukları da vardır.

2.2.2.4. Diğer Yeme Bozuklukları

Diğer yeme bozuklukları arasında;

- Gece yeme sendromu,
- Ortoreksiya Nervoza
- Pika vb. yeme bozuklukları yer almaktadır.

2.2.2.4.1. Gece Yeme Sendromu

Gece yeme sendromu 1955 yılında Stunkard, Grace ve Wolff tarafından tanımlanmış bir diğer önemli yeme davranış bozukluğudur (34, 59). DSM-V 'te tanımlanmış diğer beslenme ve yeme bozuklukları grubunda yer almaktadır, ancak tanı ölçütleri tanımlanmamıştır (9).

Uluslararası gece yeme sendromu çalışma grubu tarafından belirlenen GYS tanı ölçütleri (60):

- A. Günlük yeme düzeninde akşam veya gece önemli ölçüde artış görülmektedir. Aşağıdakilerden bir veya ikisi ile karakterizedir;
1. Günlük toplam yenen yemeğin en az %25'inin akşam yemeğinden sonra tüketilmesi,
 2. Haftada en az iki gece yeme atağının olması.
- B. Akşam ve gece yeme ataklarına ilişkin farkındalık ve hatırlatma söz konusudur.
- C. Klinik aşağıdakilerden en az üçüyle karakterizedir;
1. Sabah kahvaltısı edilse bile iştahsız olma durumu ve/veya haftada 4 veya daha fazla sabah kahvaltının atlanması,
 2. Akşam yemeğinden uyuyana kadar olan sürede güçlü yeme arzusunun varlığı,
 3. Haftada 4 veya daha fazla gece uykuya dalma ve/veya uykunun devamlılığında hiç uyumama,
 4. Uykuya başlayabilmek veya tekrar uykuya dalabilmek için kişinin bir şeyler yemesi gerektiğine inanması,
 5. Duygu durumu çoğunlukla depresif ve/veya duygu durumunun akşamları daha kötü olması.
- D. Bozukluk önemli derecede sıkıntı ve/veya işlevsellikte bozulma ile ilişkilidir.
- E. Bozulmuş yeme düzeni en az 3 ay sürmelidir.
- F. Bozukluk herhangi bir psikiyatrik bozukluğa veya madde bağımlılığına ikincil olarak gelişmiş olmamalıdır.

GYS birden fazla tanımlaması olduğundan, gece yemelerinin gerçek prevalansını belirlemek zordur (61).

GYS, tıknırcasına yeme bozukluğunda olduğu gibi özellikle hafif kilo ve obez bireyleri etkileyen yeme davranış bozukluklarından (59). Fakat yalnızca obez bireylerde görülmemektedir.

GYS obez olmayan bireylerde de görülmesine rağmen, özellikle zayıflama tedavisi için başvuran obez bireylerde daha yaygın görülmektedir. Prevalans oranları %6-14 arasındadır. Yapılan çalışmalar da genel yetişkin popülasyonundaki GYS prevalansı ise %1.5 oranında bulunmuştur (61).

2.2.2.4.2. Ortoreksiya Nervosa (Sağlıklı Beslenme Takıntısı)

Ortoreksiya nervosa, bireyin takıntı boyutunda sağlıklı beslenmeyle ilgili sürekli zihinsel bir uğraşı içinde olmasını tanımlayan bir yeme bozukluğudur. Bireyler sağlıklı beslenme ile hayatlarındaki her şeyin yoluna girebileceğini düşünürler. Bireylerin amacı zayıflamak değildir. Yiyeceklere karşı olan takıntıları miktarı ile ilgili değil kalitesiyle ilgilidir (62-64).

Ortoreksiya nervosa henüz DSM'de yer almayan bir yeme bozukluğu olduğundan belirleyici tan ölçütleri bulunmamaktadır (65).

2.2.2.4.3. Pika

Pika, besin olmayan toprak, kireç, boya, kum, kağıt, ip gibi maddelerin yenmesi ile ortaya çıkan bir yeme bozukluğudur. Bireylerde demir, bakır ve çinko eksikliğine bağlı olarak gelişir. Özellikle çocuklarda daha sık görülür. Fakat bu durumun çocukların yeni karşılaştığı şeyleri tanıma anlamında her bulduğunu ağzına atması ile karıştırılmaması gerekmektedir (66).

2013 yılında oluşturulan DSM-V'e göre pika tanı kriterleri aşağıdaki gibidir (9);

- A. En az bir ay süreyle sürekli olarak, besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddeleri yeme.
- B. Besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddeleri yeme tutumu, kişinin gelişimsel düzeyi ile uyumlu değildir.

C. Bu yeme davranışı, kültürel dayanağı olan ya da toplumsal olarak olağan kabul edilebilecek bir uygulama değildir.

D. Bu yeme davranışı, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa (örneğin; anlık yeti kaybı, otizm açılımı kapsamında bozukluk, şizofreni), klinik değerlendirmeyi gerektirecek kadar ağırdır.

2.2.3. Yeme Bozukluklarının Oluşum Nedenleri

Yeme bozuklukları genetik ve biyolojik, cinsiyet, sosyo-kültürel, aile ve psikolojik faktörler gibi bir çok faktörün bir araya gelmesi sonucu ortaya çıkmaktadır (67).

Genetik faktörlerin yeme bozukluğuna olan etkileri çeşitli çalışmalarla araştırılmıştır. En önemli çalışmalardan biri Gershon ve arkadaşlarının yaptığı araştırmadır. Çalışmanın sonucuna göre anoreksiya nervoza yeme bozukluğu olan bireylerin birinci derece akrabalarında anoreksiya nervoza görülme sıklığı %2, bulimiya nervoza görülme sıklığı ise %4,4 olarak bulunmuştur. Bu çalışmanın kontrol grubunda ise anoreksiya nervoza görülmezken, bulimia nervoza görülme sıklığı %1,3'tür (68).

Strober ve arkadaşlarının yaptığı bir başka çalışmada anoreksiya nervoza yeme bozukluğu olan bireylerin birinci derece yakınlarında %4,1 anoreksiya ve % 2,6 bulimia nervoza olduğu saptanmıştır. Bu çalışmanın kontrol grubunda ise anoreksiya nervoza görülmezken, bulimia ise aynı şekilde %2,6 olarak bulunmuştur (69). Bulimia nervoza yeme bozukluğu olan bireylerde yapılan bir araştırmada ise bireylerin birinci derece akrabalarında anoreksiya nervoza görülme sıklığı %2,2, bulimiya %9,6; kontrol grubunda anoreksiya nervoza görülmezken, bulimia nervoza görülme sıklığı ise %3,5 olarak bulunmuştur (70). Yapılan bu çalışmalar ailede yeme bozukluğu görülen bireylerin bu hastalıklara yatkınlığının daha yüksek olduğunu düşündürürken, bazı çalışmalar bu durumu desteklememektedir.

Yeme bozukluğunu etkileyen faktörlerden biri olan cinsiyet değerlendirildiğinde yapılan bir çok çalışmada yeme bozukluğunun kadınlarda görülme sıklığının erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Son yıllarda insanların yaşamında, sosyal ortamlarında fiziksel görünüm önemli bir yer tutmaktadır. Farklı sosyal çevrelerde, farklı görünümler ön plandadır. İdeal kadın

figürü zayıf ve yağsız, ideal erkek figürü ise genellikle kaslı olarak benimsenmektedir. Bunu en çok destekleyen faktörlerden biri ise dergi, gazete, internet, televizyon gibi medya alanlarında yapılan yayınlarda zayıf ve çekici kadın ve kaslı erkek figürlerinin ön plana çıkarılmasıdır. Bunlar bireylerin kendi beden şekli ve algılarını olumlu veya olumsuz şekilde etkilemesine neden olabilmektedir (71). Bireyler ve toplumlar arasındaki fiziksel görünüm standartlarındaki bu değişim yemek yeme davranışlarındaki değişikliklere de sebep olarak yeme bozukluklarında artışa neden olabilmektedir (72). Dansçılar, mankenler ve jimnastikçiler gibi meslek gruplarında yeme bozuklukları görülme riski daha yüksektir (73).

Zayıf kadın bedenine değer veren toplumlarda yeme bozuklukları daha sık görülmektedir. Ayrıca daha çok orta ve yüksek gelir düzeyine sahip gruplarda yaygın olarak saptanmıştır (74).

Özgüven eksikliği, beden memnuniyetsizliği, depresif duygu durumu, sürekli endişe duyma, sorunlarla başa çıkamama gibi psikolojik faktörler yeme bozukluklarının oluşmasında ön sırada yer almaktadır (74).

2.2.4. Yeme Bozukluklarının Görülme Sıklığı

Biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerin bir araya gelmesi sonucu ortaya çıkan yeme bozukluklarının toplumda görülme sıklığı giderek artmakta, başlangıç yaşı da giderek düşmektedir. Yeme bozuklukları genel popülasyonda çok sık görülmemekle beraber ergen kızlar ve genç kadınlar arasında daha yaygın görülmektedir (75).

Yeme bozukluğu genellikle ergenlik döneminde ortaya çıktığı için ergenlik dönemi hastalığı olarak da kabul edilmektedir. Özellikle anoreksiya nervoza, diğer yeme bozukluklarına göre daha erken yaşlarda başlamaktadır. AN için başlangıç yaşının 14-18 yaş aralığı olduğu, BN için ise 16-20 yaş aralığı olduğu belirtilmiştir. Fakat ergenlik döneminin daha küçük yaşlarda görülmeye başlamasıyla beraber her iki yeme bozukluğu hastalığının da başlangıç yaşlarının daha erkene kaydığı düşünülmektedir. Ergenlik öncesi vakalara çok az rastlanmakta ve daha ağır seyretmektedir (76).

Yeme bozuklukları daha çok ciddi duygusal ve fiziksel problemleri olan kadınlarda görülürken, nadiren erkeklerde de görülebilmektedir (34).

Bazı yayınlarda sosyo-ekonomik düzey ile yeme bozukluğu sıklığı arasında doğrudan bir ilişki olduğu öne sürülmektedir. Yeme bozukluklarının sosyo-ekonomik düzeyi daha yüksek olan bireylerde yaygın olduğu bildirilmekle birlikte tüm sosyal sınıflara yayıldığına ilişkin bulgular da tespit edilmiştir (76).

1970'lerden sonra YB'nin ciddi bir artış gösterdiği görülmektedir. Buna sebep olan birçok faktör vardır. Bunlar; kadınların ince ve zayıf bir vücuda sahip olmaları yönündeki toplumsal baskılar, tanı koyma ve değerlendirme araçlarındaki gelişmeler, hastalığa karşı toplumsal farkındalık ve bu nedenle tedavi başvurularının giderek artmış olması, tedavi seçeneklerindeki ilerlemeler gibi faktörlerdir (77) .

Gelişmiş ülkelerde anoreksiya nervoza, bulimia nervoza, tıkanırcasına yeme bozukluğu, başka bir şekilde adlandırılmayan yeme bozuklukları gibi yeme bozuklukları daha yaygındır. Anoreksiya nervoza için yaygınlık oranı %0.3, bulimia nervoza için ise %1'dir. Anoreksiya nervozanın her yıl, her yüz binde 8, bulimia nervozanın ise her yüz binde 12 görüldüğü bildirilmektedir (77). Amerika'da, kadın lise ve üniversite öğrencileri üzerinde yapılmış bir çalışmada, % 15.4'ünde yeme bozukluğu olduğu saptanmıştır (78). Semiz ve arkadaşlarının (79) Sivas il merkezinde yapmış oldukları bir çalışmada, YB yaygınlığı %1,52 olarak bulunmuş olup yetişkinlerde TYB'nin en sık görülen YB olduğu saptanmıştır.

Yapılan çalışmada yaşları 10 ile 19 arasında olan kızlarda anoreksiya nervoza ve bulimia nervozanın yaygınlığı yaklaşık %2 ile %4 arasında değişirken, erkeklerde bu oran %0,2 olarak bulunmuştur. Kız ergenlerde en sık görülen kronik hastalıklardan biri anoreksiya nevrozadır (80).

2.2.5. Yeme Bozukluklarının Tedavisi

Yeme bozuklukları tedavisi sürecinde ekip olarak çalışmak çok önemlidir. Tedavi psikologlar, diyetisyenler, psikiyatrist, endokrinolog, jinekolog, gastroenterolog ve pediatrist gibi çeşitli branşlardaki hekimlerin iş birliği ile yürütülmesinin gerektiği bir süreçtir (81).

Yeme bozuklukları teşhis edilmesi kolay olan hastalıklar değildir. Teşhis edilse bile kişinin yeme bozukluğunu kabullenememesi tedavi sürecini zorlaştırır. Hatta tedaviye başlanamayabilir. Bu nedenle hastaların çok büyük bir kısmı tedavi edilemez (74).

Tedavi sürecinde uygulanacak tedavi yöntemleri titizlikle seçilmeli ve en iyi şekilde uygulanmalıdır. Yeme bozukluklarının tedavi yöntemleri incelendiğinde aşağıdaki gibi sıralanabilir;

- Bireyin optimal ağırlığına ulaşmasını ve bunun sürdürülmesini sağlamak.
- Besin alımına karşı yapılan kısıtlamaları veya fazla alınan besinleri dengelemek amaçlı yapılan uygunsuz davranışları engellemek,
- Yeme bozukluklarının temel belirtilerini tespit edip yerine sağlıklı alışkanlıkları koymak,
- Fiziksel komplikasyonları tedavi etmek,
- Eş- tanı durumlarını tedavi etmek,
- Akut düzelme sonrası hastayı izlemek ve ilk 5 yıl içerisinde karşılaşılabilen atakları önlemek (82).

Hastalarda ayaktan tedavi başarısız olmuşsa, aşırı derece kilo kaybı (olması gereken ağırlığından %30 ve daha fazla kayıp) varsa, kusma, sürekli olarak yemek yemeyi reddetme, fiziksel komplikasyonlar, ciddi depresyon, intihara eğilim var ise yatarak tedavi uygulanmalıdır. Tedavi sürecinde temel hedef öncelikle psikolojik tedavi ile beden algı bozukluklarının nedeni araştırılıp, bu sorunların giderilmesi olmalıdır. Bu sorunlar ortadan kaldırılmazsa hastada akut bir iyileşme sonrası tekrardan yeme bozukluğunun görülmesi kaçınılmazdır (83).

2.2.6. Yeme Bozuklukları ve Obezite

2.2.6.1. Obezite

Dünya Sağlık Örgütü obeziteyi; “yağ dokusunun, sağlıkla ilgili olumsuz sonuçlara yol açacak ölçüde artması” olarak tanımlamaktadır (84). Obezite modern

toplumların en sık görülen sağlık sorunlarından biridir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde her geçen gün sıklığı artmaya devam eden bu sorun önlenebilir olmakla beraber önemli bir halk sağlığı sorunu olarak yerini almıştır (85, 86).

Dünyadaki teknoloji ve bilim alanındaki ilerlemeler ve ekonominin gelişmesi yetersiz beslenme ile ilgili sağlık sorunlarının azalmasını sağlarken, gereğinden fazla beslenme ve yüksek enerji alımına ilişkin sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (87).

Obeziteyi belirlemek için Dünya Sağlık Örgütü'nün obezite sınıflandırması kullanılır. Genellikle Beden Kütle İndeksi esas alınmaktadır. BKİ, bireyin vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (m) karesine ($BKİ=kg/m^2$) bölünmesiyle elde edilen bir değerdir (88). BKİ boy uzunluğuna göre vücut ağırlığını değerlendiren bir gösterge olup, vücuttaki yağ dağılımı hakkında bilgi vermez (89). BKİ'nin 25'in üzerinde olduğu bireyler hafif kilolu, 30'un üzerinde olanlar obez olarak tanımlanır (90).

DSÖ'nün 2014 verilerine göre, 18 yaş ve üzeri yetişkinlerin 1.9 milyar civarı kilolu ve bu kişilerin 600 milyonunun obez olduğu saptanmıştır (91).

Obezitenin %30-70'inden genetik faktörler sorumlu olsa da yüksek kalori içeren besinlerin gereğinden fazla tüketilmesi, değişen yaşam biçimi ve davranışlar, azalmış fiziksel aktivite ile enerji tüketiminin düşmesi gelişmiş toplumlar başta olmak üzere obezitenin artmasına neden olmaktadır (92, 93).

2.2.6.2. Obeziteye Neden Olan Faktörler

Obezitenin oluşmasına neden olan risk faktörleri aşağıda sıralanmıştır (94, 95)

- Fazla ve yanlış beslenme alışkanlıkları,
- Azalan ve yetersiz fiziksel aktivite,
- Yaş,
- Cinsiyet,
- Eğitim düzeyi,
- Sosyo - kültürel faktörler,

- Sosyo- ekonomik faktörler,
- Hormonal ve metabolik faktörler,
- Genetik faktörler,
- Psikolojik faktörler,
- Sık aralıklarla katı kuralları ve çok düşük kalorili diyetler uygulama,
- Sigara ve alkol kullanma durumu,
- Kullanılan bazı ilaçlar (antidepresanlar vb.),
- Doğum sayısı ve doğumlar arası süre.

2.2.6.3. Yeme Bozuklukları ve Obezite Arasındaki İlişki

Obez bireylerde aşırı yeme yaygın olarak görüldüğü kabul edilmektedir. Fakat obez bireylerin tümünün kilolu olmalarından sadece yeme davranışlarının sorumlu olmadığı bilinmektedir (31). Araştırmalarda obezite ile yeme bozuklukları arasındaki ilişkide en çok tıkanırcasına yeme bozukluğu vurgulanmaktadır (96, 97).

Yapılan çalışmalar sonucu Türkiye’de obezitenin görülme oranının %21,9 olduğu bulunmuştur (98). En yüksek oranın orta Anadolu (%25); en düşük oranın batı Anadolu (%17,2) bölgesinde olduğu saptanmıştır (99). Son yıllarda obez kişilerde fazla miktarda yiyeceğin kontrolsüzce tüketilmesi anlamına gelen tıkanırcasına yeme davranışının klinik düzeyde önem kazanmaya başladığı görülmektedir (100). Tıkanırcasına yeme davranışının vücut şekli memnuniyetsizliği ile ilişkili depresif belirtiler ya da hayal kırıklığı gibi negatif duygularla başa çıkmak için kullanılan bir davranış şekli olabileceği düşünülmektedir (101).

Yanovski, tıkanırcasına yeme davranışının obezite gelişiminde önemli bir katkısı olabileceğini vurgulamaktadır. Kilo verme programlarına katılan obez katılımcıların yaklaşık %1-30’unda TYB olduğu saptanmıştır (101, 102). Ayrıca TYB olan obez bireylerde şişmanlık, TYB olmayanlara göre daha erken başlamakta olduğu saptanmıştır. Katı kuralları olan ağır ve gerçekleşmesi olanaksız sıkı diyetler yapmaya daha erken yaşlarda başlayan bireylerde bu durum daha sık görülmektedir (103).

Tıkınırcasına yeme davranışı olan obez bireylerin vücut şekli, kilo ve yeme konusunda oldukça kaygılı olduğu görülmüştür (104). Ayrıca kilo kontrol programlarına katılan tıkanırcasına yeme davranışı olan obez bireylerin anlamlı derecede daha fazla yeme tutumu ile ilgili sorunlar yaşadıkları saptanmıştır. Tıkınırcasına yemenin nedenleri çok iyi bilinmemekle birlikte bilişsel faktörlerin önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. (105).

TYB ile beden memnuniyetsizliği üzerine odaklanmış çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Beden memnuniyetsizliği sahip olunan beden şekli ve kilo ile ilgili endişeler ya da duygu durumu ile ilişkilidir (106, 107). TYB olan obez ya da obez olmayan kadınlarda, TYB olmayan kadınlara göre beden imajı sorunlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (108, 109).

Çeşitli çalışmalar göstermiştir ki, obez kişilerde tıkınırcasına yeme bozukluğu psikososyal işlevsellikte bozulma, genel psikopatoloji ve düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olabilmektedir (110, 111). Ayrıca yapılan çalışmalarda TYB olmayan obez bireylere göre TYB olan obez bireylerin daha depresif oldukları görülmüştür (47, 112). TYB'nin doğrudan depresif belirtiler ile ilişkili olduğu da düşünülmektedir (50).

Karşılaştırmalı bir çalışmada TYB olmayan gruba göre TYB olan obez kadınlarda daha fazla depresyon, anksiyete, panik atak ve alkol bağımlılığı gibi psikiyatrik bozukluk ve tıbbi problemler görülmüştür (113). Bir başka çalışmada ise TYB olan obez bireylerde TYB olmayan obez bireylere göre daha düşük benlik saygısı ve kişisel bozukluklar gibi komorbid psikiyatrik bozukluk olduğu saptanmıştır (114, 115). Yapılan çalışmalar ile TYB'nin obeziteyle ilişkili psikiyatrik problemler için risk faktörü olduğu ya da bu problemleri artırabileceği düşünülmektedir (116).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma, Ağustos 2015- Eylül 2015 tarihleri arasında İstanbul'da bulunan özel bir hastanenin beslenme ve diyet polikliniğine başvuran bireyler üzerinde gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, yetişkin bireylerin beslenme alışkanlıkları ile yeme tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi ve tıknırcasına yeme bozukluğu prevalansını belirlemek üzere yapılmış tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örnelemi

Araştırma evrenini İstanbul'da bulunan özel bir hastanenin beslenme ve diyet polikliniğine Ağustos 2015-Eylül 2015 tarihleri arasında başvuran hastalar oluşturmuştur. Örneklem seçilmemiş, anılan tarihte beslenme ve diyet polikliniğine zayıflama amacı ile başvuran, bilinen bir sağlık problemi olmayan yaşları 18-65 arasında değişen 125 kadın ve 37 erkek toplam 162 birey çalışmanın evrenini oluşturmuştur.

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Anket formu

Katılımcılara; araştırmacı tarafından literatür ve benzer çalışmalardan yararlanılarak hazırlanan toplam 38 sorudan oluşan anket formu uygulanmıştır. Uygulanan anket formu; kişisel bilgiler, beslenme alışkanlıkları, içecekler ile ilgili bilgiler, sigara ve alkol tüketimi ve fiziksel aktivite yapma durumu ile ilgili bilgiler olmak üzere beş gruptan oluşmaktadır. Anket formu çalışmaya katılan bireylerle yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur.

Bu çalışma için Okan Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 72 sayılı 12.10.2015 tarihli "Etik Kurul Onayı" alınmıştır. Katılımcılardan çalışmaya gönüllü olarak katıldıklarına dair yazılı onay formu alınmıştır.

3.4.2. Besin tüketim sıklığı

Katılımcıların besin tüketim durumlarını belirlemek için 19 besin çeşidinden oluşan besin tüketim sıklık formu kullanılmıştır. Günlük diyetle alınan enerji ve besin öğeleri, Türkiye için geliştirilen "Bilgisayar Destekli Beslenme Programı, Beslenme Bilgi Sistemleri Paket Programı (BEBİS)" kullanılarak analiz edilmiştir. Bireylerin günlük enerji ve besin öğeleri alımları yaşa ve cinsiyete göre önerilen "Diyetle Referans Alım Düzeyi" (Dietary Reference Intake=DRI)' ne göre değerlendirilmiştir (117).

3.4.3. Antropometrik Ölçümler

3.4.3.1. Vücut ağırlığı ve boy uzunluğu

Bireylerin vücut ağırlığı Tanita MC-180MA marka biyoelektriksel impedans analiz cihazı ile sabah aç karnına ölçülmüştür. Ölçüm sırasında eller ve ayaklar çıplak ve kuru olarak cihazdaki elektrotlara denk gelecek şekilde yerleştirilmiştir. Ölçümde bireylerin üzerinde her hangi bir metal bulunmamasına dikkat edilmiştir.

Bireylerin boy uzunlukları, ayakkabılar çıkarılarak hastanenin beslenme ve diyet polikliniğindeki sabit boy ölçer ile ölçülmüştür. Boy uzunluğu ölçülürken ayaklarının birleşik olmasına ve frankfort düzlemde (göz ve kulak kepçesi üstü aynı hizada) olmalarına dikkat edilmiştir.

3.4.3.2. Beden Kütle İndeksi (BKİ)

Bu ölçümlerden yararlanarak Beden Kütle İndeksi (BKİ) hesaplanmış ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sınıflamasına göre değerlendirilmiştir. (117) (Tablo 1).

BKİ: [Vücut ağırlığı (kg) / boy (m)²]

Tablo 1. Beden Kütle İndeksi sınıflaması

BKİ (kg/m²)	Sınıflama
< 18.5	Zayıf
18.5 – 24.9	Normal
25.0 – 29.9	Fazla kilolu
> 30	Obez

3.4.3.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu, Bulimic Investigatory Test Edinburg (BITE)

Çalışmaya katılan bireylerin tıkınırcasına yeme bozukluğu, Henderson ve Freeman (118) tarafından geliştirmiş olan Bulimic Investigatory Test, Edinburg (BITE) ile değerlendirilmiştir. BITE, bulimia nevroza veya tıkınırcasına yeme semptomlarını ölçen 33 sorudan oluşan bir ölçektir. “Semptom skalası” ve “şiddet skalası” olmak üzere iki alt ölçeği vardır. Testten elde edilen en yüksek skor 30 olarak belirlenmiştir.

Değerlendirme;

- Tıkınırcasına yeme bozukluğu ve normal olmayan yeme davranışı yok ; 0-10 puan,
- Tıkınırcasına yeme bozukluğu yok ama normal olmayan yeme davranışı var; 11-19 puan,
- Tıkınırcasına yeme bozukluğu var: 20 ve üzeri puan şeklinde yapılmaktadır.

3.5. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulguların istatistiksel analizleri IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı ile yapılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanısıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki

grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi, Fisher's Exact Ki-Kare testi kullanılmıştır. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın kısıtlılığı;

- Örnek sayısının küçüklüğü nedeniyle sonuç genellenemez.
- Yapılan bu çalışmada karıştırıcı faktör olan bireylerdeki hastalık durumları da tıkanırcasına yeme bozukluğu eğilimini etkileyebileceği için ele alınması gerekir.
- Tıkanırcasına yeme bozukluğu, psikolojik bir yeme bozukluğu olduğundan sadece yapılan anket ve bulimia nevroza veya tıkanırcasına yeme semptomlarını ölçen bir ölçek BITE ile değil bu kişilerin psikiyatrist ya da psikolog tarafından da tanınması daha uygun olacaktır..
- Tıkanırcasına yeme bozukluğu, psikolojik bir yeme bozukluğu olduğundan bu çalışma, psikolojik olarak tedavi görmüş ve görmekte olan bireyler çalışma dışı bırakılarak daha büyük örneklerle yinelenabilir.

4. BULGULAR

4.1. Bireylerin Demografik Özellikleri

4.1.1 Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Çalışmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 2.'de gösterilmiştir. Çalışmaya, 125'i (%77,2) kadın, 37'si (%32,8) erkek olmak üzere toplam 162 sağlıklı birey katılmıştır. Bireylerin yaşları 18 ile 65 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması $29,16 \pm 9,48$ yıldır. Bireylerin 76'sı (%46,9) 25 yaş ve altı, 51'i (%31,5) 26-35 yaş arası, 20'si (%12,3) 36-45 yaş arası, 15'i (%9,3) 46 yaş ve üzeridir.

Bireylerin 52'sinin (%32,1) evli, 106'sının (%65,4) bekâr ve 4'ünün (%2,5) dul/boşanmış olduğu görülmektedir.

Çalışmayı katılanların 3'ünün (%1,9) ilkokul, 3'ünün (%1,9) ortaokul, 31'inin (%19,1) lise, 98'inin (%60,5) üniversite ve 27'sinin (%16,7) lisans üstü eğitimi aldığı görülmektedir.

Araştırmada yer alan kişilerin 2'si(%1,2) ev kadını, 52'si (%32,1) serbest meslek, 101'i (%62,3) memur, 7'si(%4,3) ise öğrencidir.

Bireylerin kardeş sayısı ortalaması ise $2,12 \pm 1,65$ kişidir.

Tablo 2. Bireylerin sosyo-demografik özellikleri

	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	125	77,2
Erkek	37	22,8
Yaş		
25 ve altı	76	46,9
26-35 yaş	51	31,5
36-45 yaş	20	12,3
46 yaş ve üstü	15	9,3
Medeni Durum		
Evli	52	32,1
Bekâr	106	65,4
Dul/boşanmış	4	2,5
Eğitim Durumu		
İlkokul	3	1,9
Ortaokul	3	1,9
Lise	31	19,1
Üniversite	98	60,5
Lisans üstü	27	16,7
Meslek		
Ev kadını	2	1,2
Serbest meslek	52	32,1
Memur	101	62,3
Öğrenci	7	4,3
Toplam	162	100,0

4.1.2 Bireylerin Anne ve Babalarına Ait Özellikleri

Bireylerin anne ve babalarına ait özellikler Tablo 3.'de gösterilmiştir. Annelerin %3,1'i okur-yazar olmadığı, %3,1 okur yazar olduğu, %34'ünün ilkokul mezunu, %15,4'ünün ortaokul mezunu, %30,9'unun lise mezunu, %13'ünün üniversite mezunu ve %0,6'sının lisans üstü mezunu olduğu saptanmıştır. Babaların ise %1,9'unun okur yazar olmadığı, %3,7'sinin okur yazar olduğu, %22,2'sinin ilkokul mezunu, %12,3'ünün ortaokul mezunu, %36,4'ünün lise mezunu, %21,6'sının üniversite mezunu ve %1,9'unun lisansüstü mezunu olduğu saptanmıştır. Ayrıca annelerin %68,5'inin ev kadını ve babaların %56,8'inin memur olduğu görülmektedir.



Tablo 3. Bireylerin anne ve babalarına ait özellikler

	Sayı	%
Annenin Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	5	3,1
Okur yazar	5	3,1
İlkokul	55	34,0
Ortaokul	25	15,4
Lise	50	30,9
Üniversite	21	13,0
Lisans üstü	1	0,6
Babanın Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	3	1,9
Okur yazar	6	3,7
İlkokul	36	22,2
Ortaokul	20	12,3
Lise	59	36,4
Üniversite	35	21,6
Lisans üstü	3	1,9
Annenin mesleği		
Ev kadını	111	68,5
Serbest meslek	40	24,7
Memur	10	6,2
İşsiz	1	0,6
Babanın mesleği		
Serbest meslek	68	42,0
Memur	92	56,8
İşsiz	2	1,2
Toplam	162	100,0

4.2. Bireylerin Yaşam Tarzı Alışkanlıkları

4.2.1. Bireylerin Sigara ve Alkol Tüketim Alışkanlıkları

Çalışmaya katılan bireylerin yaşam tarzı alışkanlıkları değerlendirildiğinde; bireylerin %33'ünün sigara kullandığı, %43,8'inin alkol kullandığı görülmektedir.

Cinsiyete göre sigara ve alkol alışkanlıkları dağılımı incelendiğinde; kadınların %28,8'inin, erkeklerin ise %48,6'sının sigara kullandığı; kadınların %71,2'sinin, erkeklerin ise %51,4'ünün sigara kullanmadığı görülmektedir. Bireylerin cinsiyete göre alkol tüketimi incelendiğinde; kadınların %36,8'inin, erkeklerin ise %67,6'sının alkol tükettiği, kadınların %63,2'sinin, erkeklerin ise %32,4'ünün alkol tüketmediği görülmektedir (Tablo 4.).

Cinsiyete göre sigara kullanım sıklığı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p:0,024$; $p<0,05$). Kadınların sigara içme sıklığı (%28,8) erkeklerden (%48,6) anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.

Cinsiyete göre alkol kullanım sıklığı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p:0,001$; $p<0,05$). Kadınların alkol içme sıklığı (%36,8), erkeklerden (%67,6) anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. (Tablo 4).

Tablo 4. Bireylerin cinsiyete göre sigara ve alkol alışkanlıkları dağılımı

	Cinsiyet						p
	Kadın		Erkek		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Sigara Kullanımı							
Evet	36	28,8	18	48,6	54	33,3	0,024*
Hayır	89	71,2	19	51,4	108	66,7	
Alkol Kullanımı							
Evet	46	36,8	25	67,6	71	43,8	0,001**
Hayır	79	63,2	12	32,4	91	56,2	
Toplam	125	100,0	37	100,0	162	100,0	

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

4.2.2. Bireylerin Fiziksel Aktivite Alışkanlıkları

Çalışmaya katılan bireylerin fiziksel aktivite yapma alışkanlıkları Tablo 5.'de gösterilmiştir.

Bireylerin 38'i (%23,5) fiziksel aktivite yaparken, 124'ü (%76,5) fiziksel aktivite yapmamaktadır. Bireylerin cinsiyete göre fiziksel aktivite yapma dağılımları incelendiğinde; kadınların %21,6'sı, erkeklerin %29,7'si fiziksel aktivite yapmaktadır. Cinsiyete göre fiziksel aktivite yapma alışkanlıkları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Fiziksel aktivite yapan bireylerin %18,4'ünün her gün, %28,9'unun haftanın 4-5 günü, %47,4'ünün haftanın 2-3 günü, %5,3'ünün ise haftanın 1 günü fiziksel aktivite yaptığı görülmektedir. Kadınların %48,1'i, erkeklerin ise %45,5'i haftada 2-3 gün fiziksel aktivite yapmaktadır. Cinsiyete göre fiziksel aktivite yapma sıklığı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Çalışmaya katılan bireylerin fiziksel aktivite yapmama nedenleri incelendiğinde; %71'inin zaman yetersizliği, %46,8'inin alışkanlığının olmayışı, %14,5'inin yaşadığı çevre koşullarının elverişsizliği, %6,5'inin sağlık sorunları ve %3,2'sinin maddi imkan yetersizliği nedeniyle fiziksel aktivite yapmadığı görülmektedir.

Bireylerin cinsiyete göre fiziksel aktivite yapmama nedenleri incelendiğinde; kadınların %70,4'ünün zaman yetersizliği, %50,5'inin ise alışkanlığının olmayışı, %13,3'ünün yaşadığı çevre koşullarının elverişsizliği, %6,1'inin sağlık sorunları ve %3,1'inin maddi imkan yetersizliği nedeniyle fiziksel aktivite yapmadığı; erkeklerin %73,1'inin zaman yetersizliği, %34,6'sı alışkanlığının olmayışı nedeniyle, %19,2'sinin yaşadığı çevre koşullarının elverişsizliği, %7,7'sinin sağlık sorunları, %3,8'inin maddi imkan nedeniyle fiziksel aktivite yapmadığı görülmektedir. Cinsiyete göre fiziksel aktivite yapmama nedenleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 5. Bireylerin cinsiyete göre fiziksel aktivite yapma alışkanlıkları

	Cinsiyet						p
	Kadın		Erkek		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Fiziksel aktivite							
Yapıyor	27	21,6	11	29,7	38	23,5	0,305
Yapmıyor	98	78,4	26	70,3	124	76,5	
Fiziksel aktivite sıklığı							
(n=38)							
Her gün	5	18,5	2	18,2	7	18,4	*
Haftada 4-5 gün	8	29,6	3	27,3	11	28,9	
Haftada 2-3 gün	13	48,1	5	45,5	18	47,4	
Haftada 1 gün	1	3,7	1	9,1	2	5,3	
Fiziksel Aktivite Yapmama							
Nedeni (n=124)							
Zaman Yetersizliği	69	70,4	19	73,1	88	71,0	0,790
Sağlık Sorunları	6	6,1	2	7,7	8	6,5	0,673
Yaşadığı Çevre	13	13,3	5	19,2	18	14,5	0,531
Maddi İmkan Yetersizliği	3	3,1	1	3,8	4	3,2	1,000
Alışkanlık Olmaması	49	50,5	9	34,6	58	46,8	0,162
Toplam	125	100,0	37	100,0	162	100,0	

Ki-kare Test Fisher's Exact Test kullanıldı.

**Cochran ilkeleri gereği Ki-kare analizi yapılamamıştır*

4.3. Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları

4.3.1. Bireylerin Cinsiyete Göre Beslenme Alışkanlıklarının Dağılımı

Bireylerin cinsiyete göre öğün alışkanlıkları Tablo 6.'de gösterilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin %34'ünün düzenli ana öğün yaptığı, %66'sının yapmadığı görülmektedir. Bu bireylerin öğün sayılarına göre dağılımları incelendiğinde; bireylerin %33,9'unun günde 3, %63,6'sının günde 2, %2,5'inin 1 ana öğün yaptığı görülmektedir. Bireylerin ana öğün sayısı ortalaması ise $2,71 \pm 0,51$ ana öğündür.

Cinsiyete göre düzenli ana öğün yapma dağılımları incelendiğinde; kadınların %32'sinin, erkeklerin %40,6'sının düzenli ana öğün yaptığı görülmektedir. Kadınların %32'si günde 3, %64,8'i günde 2, %3,2'si günde 1 ana öğün; erkeklerin %73'ü günde 3, %27'si günde 2 ana öğün yapmaktadır. Kadınların günde tükettiği ortalama ana öğün sayısı $2,7 \pm 0,52$, erkeklerin ise $2,72 \pm 0,45$ ana öğündür. Cinsiyete göre ana öğün sayısı ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$).

Katılımcıların hangi öğünü atladığı incelendiğinde; %40,2'sinin sabah kahvaltısını, %36,4'ünün öğle yemeğini, %23,4'ünün akşam yemeğini atladığı görülmektedir. Cinsiyete göre bireylerin hangi öğünü atladığı incelendiğinde; kadınların %37,6'sının sabah kahvaltısını, %36,5'inin öğle yemeğini, %25,9'unun ise akşam yemeğini atladığı; erkeklerin %50'sinin sabah kahvaltısını, %36,4'ünün öğle yemeğini, %13,6'sının akşam yemeğini atladığı görülmektedir. Cinsiyete göre atlanılan öğünlerin arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Bireylerin öğün atlama nedenleri incelendiğinde; %53,3'ünün açlık hissetmediğinden, %51,4'ünün iş yoğunluğundan, %28'inin uygun yemek olmamasından, %12,1'inin zayıflamak istediği için, %4,7'sinin gereksiz gördüğü için öğün atladığı görülmektedir. Kadınların %56'5'i, erkeklerin ise %40,9'u açlık hissetmediğinden; kadınların %49'4'ü, erkeklerin ise %59,1'i iş yoğunluğu nedeniyle; kadınların %30'6'sı, erkeklerin %18'2'si bulunduğu yerde kendisine uygun yemek olmamasından; kadınların %11,8'i, erkeklerin ise %13,6'sı zayıflamak istediği için; kadınların %5,9'u gereksiz gördüğü için öğün atlamaktadır. Cinsiyete göre öğün atlama nedenleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Çalışmaya katılan bireylerin ara öğün yapma alışkanlıkları incelendiğinde; bireylerin %95,1'inin düzenli ara öğün yaptığı, %4,9'unun yapmadığı görülmektedir. Cinsiyete göre ara öğün yapma alışkanlığı incelendiğinde; kadınların %94,4'ünün, erkeklerin ise %97,3'ünün ara öğün yaptığı, kadınların %5,6'sının, erkeklerin ise %2,7'sinin ara öğün yapmadığı görülmektedir. Cinsiyete göre ara öğün tüketme alışkanlığı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Bireylerin gün içerisinde yaptığı ara öğün sayıları incelendiğinde %38,9'u 2 ara öğün, %38,9'unun 1 ara öğün yaptığı görülmektedir. Kadınların %37,6'sı günde 1 ara öğün, erkeklerin %46'sı günde 2 ara öğün yapmaktadır. Bireylerin ara öğün sayısı ortalaması $1,74\pm 0,95$ kez, kadınların $1,78\pm 1,01$ kez, erkeklerin ise $1,59\pm 0,69$ kez olduğu görülmektedir. Cinsiyete göre gün içerisindeki ara öğün sayısı ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 6. Bireylerin cinsiyete göre beslenme alışkanlıklarının dağılımı

	Cinsiyet						P
	Kadın		Erkek		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Düzenli Ana Öğün							
Yapıyor	40	32,0	15	40,5	55	34,0	0,335
Yapmıyor	85	68,0	22	59,5	107	66,0	
Ana Öğün Sayısı							
1	4	3,2	0	0,0	4	2,5	
2	81	64,8	22	27,0	103	63,6	
3	40	32,0	15	73,0	55	33,9	
Atlanan Öğün (n=107)							
Kahvaltı	32	37,6	11	50,0	43	40,2	0,410
Öğle yemeği	31	36,5	8	36,4	39	36,4	
Akşam yemeği	22	25,9	3	13,6	25	23,4	
Öğün Atlama Nedeni (n=107)							
*							
Açlık hissetmediğinden	48	56,5	9	40,9	57	53,3	0,287
İş yoğunluğu	42	49,4	13	59,1	55	51,4	0,418
Uygun yemek olmamasından	26	30,6	4	18,2	30	28,0	0,374
Zayıflamak istediği için	10	11,8	3	13,6	13	12,1	0,728
Gereksiz gördüğü için	5	5,9	0	0,0	5	4,7	**
Ara Öğün Yapma Alışkanlığı							
Evet	118	94,4	36	97,3	154	95,1	0,684
Hayır	7	5,6	1	2,7	8	4,9	
Ara Öğün Sayısı							
0	7	5,6	1	2,7	8	4,9	
1	47	37,6	16	43,2	63	38,9	
2	46	36,8	17	46,0	63	38,9	
3	19	15,2	3	8,1	22	13,5	
4	3	2,4	0	0,0	3	1,9	
5	3	2,4	0	0,0	3	1,9	
Toplam	125	100,0	37	100,0	162	100,0	

Ki-kare, Fisher's Exact test ve Mann-Whitney U Test kullanıldı.

*Birden fazla yanıt alınmıştır. Yüzdeler evet/hayır'a göre her bir satır için ayrı ayrı hesaplanmıştır.

**Cochran ilkeleri gereği Ki-kare analizi yapılamamıştır

4.3.2. Bireylerin Cinsiyete Göre Ara Öğünlerdeki Besin Seçimleri Dağılımı

Bireylerin cinsiyete göre ara öğünlerdeki besin seçimleri, akşam yemeğinden sonra atıştırmalık alışkanlıkları ve besin seçimleri dağılımı Tablo 7.'de gösterilmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin ara öğündeki besin seçimleri incelendiğinde; %52'sinin taze/kuru meyveler, %40,3'ünün kraker, bisküvi vb. , %38,7'sinin çikolata, gofret vb. , %36,4'ünün süt, yoğurt, ayran, %34,4'ünün yağlı tohumlar, %27,9'unun sandviç, tost, galeta, grisini vb. , %7,1'inin poğaç, simit, börek vb. besinler tercih ettikleri görülmektedir.

Bireylerin cinsiyete göre ara öğünde tükettikleri besin tercihleri incelendiğinde; kadınların %55,1'inin, erkeklerin ise %41,7'inin taze/kuru meyve; kadınların %31,4'ünün, erkeklerin ise %44,4'ünün yağlı tohumlar; kadınların %39,8'inin, erkeklerin ise %25'inin süt, yoğurt, ayran; kadınların %25,4'ünün, erkeklerin ise %19,4'ünün sandviç, tost, galeta, grisini vb. ; kadınların %43,2'sinin, erkeklerin ise %30,6'sının kraker, bisküvi vb. ; kadınların %39'unun, erkeklerin ise %38,9'unun çikolata, gofret vb. ; kadınların %7,6'sının, erkeklerin ise %5,6'sının poğaç, simit, börek vb. besinler tercih ettikleri görülmektedir. Cinsiyete göre ara öğünlerde tüketilen besin seçimleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan bireylerin %77,2'sinin akşam yemeğinden sonra atıştırmalık yapma alışkanlığının olduğu görülmektedir. Cinsiyete göre akşam yemeğinden sonra atıştırmalık yapma alışkanlıkları incelendiğinde; kadınların %78,4'ünün, erkeklerin ise %73'ünün akşam yemeğinden sonra atıştırmalık yapma alışkanlığının olduğu görülmektedir. Cinsiyete göre akşam yemeğinden sonra atıştırmalık yapma alışkanlığı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Katılımcıların akşam yemeğinden sonra atıştırmalık besin tercihleri incelendiğinde; %58,4'ünün çikolata, gofret vb.; %52'sinin taze/kuru meyveler, %28'inin kraker, bisküvi vb. besinler; %27,2'sinin yağlı tohumlar, %12,8'inin süt, yoğurt, ayran; %5,6'sının sandviç, tost, galeta, grisini vb. besinler; %2,4'ünün poğaç, simit, börek vb. besinler tercih ettikleri görülmektedir.

Bireylerin cinsiyete göre akşam yemeğinden sonra atıştırma besin tercihleri incelendiğinde; kadınların %49'unun, erkeklerin ise %63'ünün taze/kuru meyve; kadınların %24,5'inin, erkeklerin ise %37'sinin yağlı tohumlar; kadınların %12,2'sinin, erkeklerin ise %14,8'inin süt, yoğurt, ayran; kadınların %5,1'inin, erkeklerin ise %7,4'ünün sandviç, tost, galeta, grisini vb. ; kadınların %60,2'sinin, erkeklerin ise %51,9'unun çikolata, gofret vb. ; kadınların %29,6'sının, erkeklerin ise %22,2'sinin kraker, bisküvi vb. ; kadınların %2,0'sinin, erkeklerin ise %3,7'sinin poğaçaya, simit, börek vb. besinler tercih ettikleri saptanmıştır. Cinsiyete göre akşam yemeğinden sonra atıştırma besin tercihleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 7. Bireylerin cinsiyete göre ara öğünlerdeki besin seçimleri, akşam yemeğinden sonra atıştırma alışkanlıkları ve besin seçimleri dağılımı

	Cinsiyet						P
	Kadın		Erkek		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Ara Öğünde Tüketilen Besinler*							
Taze/kuru meyveler	65	55,1	15	41,7	80	52,0	0,221
Süt, yoğurt, ayran	47	39,8	9	25,0	56	36,4	0,136
Yağlı tohumlar	37	31,4	16	44,4	53	34,4	0,120
Sandviç, tost, galeta, grisini vb.	30	25,4	7	19,4	43	27,9	0,178
Kraker, bisküvi vb.	51	43,2	11	30,6	62	40,3	0,224
Çikolata, gofret vb.	46	39,0	14	38,9	60	38,7	0,909
Poğaçaya, simit, börek vb.	9	7,6	2	5,6	11	7,1	1,000
Akşam Yemeği Sonrası							
Atıştırma Durumu							
Yapıyor	98	78,4	27	73,0	125	77,2	0,490
Yapmıyor	27	21,6	10	27,0	37	22,8	
Akşam Yemeğinden Sonraki							
Atıştırma Besinleri (n=125)*							
Taze/kuru meyveler	48	49,0	17	63,0	65	52,0	0,198
Yağlı tohumlar	24	24,5	10	37,0	34	27,2	0,195
Süt, yoğurt, ayran	12	12,2	4	14,8	16	12,8	0,748
Sandviç, tost, galeta, grisini vb.	5	5,1	2	7,4	7	5,6	0,644
Çikolata, gofret vb.	59	60,2	14	51,9	73	58,4	0,436
Kraker, bisküvi vb.	29	29,6	6	22,2	35	28,0	0,450
Poğaçaya, simit, börek vb.	2	2,0	1	3,7	3	2,4	0,521
Toplam	125	100,0	37	100,0	162	100,0	

Ki-kare test Fisher's Exact test kullanıldı

**Birden fazla yanıt alınmıştır. Yüzdeler evet/hayır'a göre her bir satır için ayrı ayrı hesaplanmıştır.*

4.3.3. Bireylerin Günlük Su ve Kafeinli İçecek Tüketim Alışkanlıkları

Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre su ve kafeinli içecek tüketimi Tablo 8.'de gösterilmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin %48,6'sının günde 5 bardak ve daha az, %39,5'inin günde 6-10 bardak, %9,3'ünün günde 11-16 bardak, %3,1'inin ise 17 bardak ve üstünde su tükettiği görülmektedir.

Bireylerin cinsiyete göre su tüketimleri incelendiğinde; kadınların %41,6'sının günde 5 bardak ve daha az, %47,2'sinin günde 6-10 bardak, %8'inin günde 11-16 bardak, %3,2'sinin ise 17 bardak ve üstünde su tükettiği görülmektedir. Çalışmaya katılan erkeklerin ise %32,4'ünün günde 5 bardak ve daha az, %51,4'ünün 6-10 bardak, %13,5'inin günde 11-16 bardak arası, %1'inin ise 17 bardak ve üstünde su tükettiği görülmektedir. Cinsiyete göre bir günde tüketilen su miktarı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Katılımcıların bir günde tükettikleri ortalama su miktarı $7,23\pm 3,95$ su bardağıdır. Cinsiyete göre bir günde tükettikleri ortalama su miktarı incelendiğinde ise; kadınların $7,05\pm 3,99$, erkeklerin ise $7,81\pm 3,78$ su bardağı su tükettikleri saptanmıştır.

Çalışmaya katılan bireylerin %88,3'ü kafeinli içecek tükettiğini belirtmektedir. Kadınların %88,8'i kafeinli içecek tüketirken, %11,2'si tüketmemektedir. Erkeklerin %86,5'i kafeinli içecek tüketirken, %13,5'i kafeinli içecek tüketmemektedir. Cinsiyete göre kafein içeren içecek tüketimi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Bireylerin kafeinli içecek tüketim sıklığı incelendiğinde; %64,3'ünün hergün, %3,5'inin haftada 1 kez, %13,3'ünün haftada 2-3 kez, %16,1'inin haftada 4-5 kez, %2,1'inin ayda 2-3 kez ve %0,7'sinin ayda 1 kez kafeinli içecek tükettikleri görülmektedir. Kadınların %63,1'i hergün, %4,5'i haftada 1 kez, %15,3'ü haftada 2-3 kez, %15,3'ü haftada 4-5 kez, %0,9'ü ayda 2-3 kez ve %0,9'ü ayda 1 kez kafeinli içecek tükettiği görülmektedir. Erkeklerin ise %68,8'i hergün, %18,8'i haftada 2-3 kez, %6,2'si haftada 4-5 kez, %6,2'si ayda 2-3 kez kafeinli içecek tükettiği görülmektedir.

Tablo 8. Bireylerin cinsiyete göre günlük su ve kafein tüketim alışkanlıklarının dağılımı

	Cinsiyet						p
	Kadın		Erkek		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Bir Günde Tüketilen							
Su Miktarı							
5 bardak ve altı	52	41,6	12	32,4	64	39,5	
6-10 bardak arası	59	47,2	19	51,4	78	48,1	*
11-16 bardak arası	10	8,0	5	13,5	15	9,3	
17 ve üstü	4	3,2	1	2,7	5	3,1	
Kafein İçeren							
İçeceklerin Tüketimi							
Evet	111	88,8	32	86,5	143	88,3	0,772
Hayır	14	11,2	5	13,5	19	11,7	
Kafein tüketim sıklığı							
(n=143)							
Hergün	70	63,1	22	68,8	92	64,3	
Haftada 1 kez	5	4,5	0	0,0	5	3,5	
Haftada 2-3 kez	17	15,3	2	6,2	19	13,3	*
Haftada 4-5 kez	17	15,3	6	18,8	23	16,1	
Ayda 2-3 kez	1	0,9	2	6,2	3	2,1	
Ayda 1 kez	1	0,9	-	-	1	0,7	
Toplam	125	100,0	37	100,0	162	100,0	

Ki-kare Test ve Fisher's Exact Test kullanıldı

**Cochran ilkeleri gereği Ki-kare analizi yapılamamıştır.*

4.3.4. Bireylerin Ev Dışında Yemek Yeme Alışkanlıkları

Çalışmaya katılan bireylerin ev dışında yemek yeme alışkanlıkları ve yemek yeme yeri seçimlerine göre dağılımları Tablo 9.'da gösterilmiştir.

Bireylerin ev dışında yemek yeme sıklıkları incelendiğinde; %22,2'sinin her gün, %22,2'sinin haftada 1 kez, %25,3'ünün haftada 2-3 kez, %16'sının haftada 4-5 kez, %11,1'inin ayda 2-3 kez ve %1,9'unun ayda 1 kez ev dışında yemek yedikleri, %1,2'sinin ise ev dışında yemek yemedikleri görülmektedir.

Kadınların %20,8'inin her gün ev dışında yemek yedikleri, %24,8'inin haftada 1 kez, %24,8'inin haftada 2-3 kez, %13,6'sının haftada 4-5 kez, %12,8'inin ayda 2-3 kez ve %1,6'sının ayda 1 kez ev dışında yemek yedikleri görülmektedir. Erkeklerin ise %27'sinin her gün ev dışında yemek yedikleri, %13,5'inin haftada 1 kez, %27'sinin haftada 2-3 kez, %24,3'ünün haftada 4-5 kez, %5,4'ünün ayda 2-3 kez ve %2,7'sinin ayda 1 kez ev dışında yemek yedikleri görülmektedir. Ayrıca kadınların %1,6'sının ev dışında yemek tüketmediği görülmektedir.

Çalışmaya katılan bireylerin yemek yeme yeri seçimleri incelendiğinde; %41,9'unun kafe, restoranları, %23,8'inin fast-food lokantalarını, %15,6'sının kebabçıları, %13,8'inin ev yemeği ve % 5'inin yöresel yemek yapan restoranları tercih ettikleri görülmektedir. Cinsiyete göre yemek yeme yeri seçimleri incelendiğinde ise; kadınların çoğunlukla (%48,0) kafe ve restoran, erkeklerin ise çoğunlukla (%29,7) kebabçıları tercih ettikleri görülmektedir. Kadınların %26,8'i, erkeklerin ise %13,5'i fast-food lokantalarını; kadınların %10,6'sının, erkeklerin ise %24,3'ünün ev yemeği lokantalarını; kadınların %3,3'ü, erkeklerin %10,8'i yöresel yemek lokantalarını tercih ettikleri bulunmuştur. Cinsiyete göre ev dışında yemek yeme yeri seçimi dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0,000, p<0,001). Kadınların ev dışında yemek yeri olarak kafe, restoran ve fast food lokantalarını tercih etme sıklıkları erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksektir. Erkeklerin ise kebabçıları, ev yemeği lokantalarını ve yöresel yemek lokantalarını tercih etme sıklıkları kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Tablo 9. Bireylerin ev dışında yemek yeme alışkanlıkları ve yemek yeme yeri seçimlerine göre dağılımları

	Cinsiyet						P
	Kadın		Erkek		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Ev dışında yemek yeme durumu							
Her gün	26	20,8	10	27,0	36	22,2	
Haftada 1 kez	31	24,8	5	13,5	36	22,2	
Haftada 2-3 kez	31	24,8	10	27,0	41	25,3	
Haftada 4-5 kez	17	13,6	9	24,3	26	16,0	*
Ayda 2-3 kez	16	12,8	2	5,4	18	11,1	
Ayda 1 kez	2	1,6	1	2,7	3	1,9	
Hiç	2	1,6	-	-	2	1,2	
Yemek yeri seçimi (n=160)							
Kafe-restoran	59	48,0	8	21,6	67	41,9	
Fast-food	33	26,8	5	13,5	38	23,8	
Kebapçılar	14	11,4	11	29,7	25	15,6	0,000***
Ev yemeği	13	10,6	9	24,3	22	13,8	
Yöresel yemek	4	3,3	4	10,8	8	5,0	
Toplam	125	100,0	37	100,0	162	100,0	

*Ki-kare Test ve Continuity (yates) düzeltmesi kullanıldı *** p<0,001*

**Cochran ilkeleri gereği Ki-kare analizi yapılamamıştır.*

4.3.5. Bireylerin Beslenme Bilgi Kaynakları

Bireylerin beslenme bilgi kaynağına göre dağılımları Tablo 10.'da gösterilmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin %63,6'sı diyetisyeni, %58,6'sı yazılı basın, %50'si kitaplar ve broşürleri, %45,1'i radyo ve TV'yi, %43,2'si arkadaşlar ve yakın çevreyi, %29'u aile büyüklerini, %25,9'u hekimleri, %11,7'si de zayıflama merkezlerini beslenme ile ilgili bilgi edindikleri kaynaklar olarak göstermektedirler.

Bireylerin cinsiyete göre beslenme ile ilgili bilgi edindikleri kaynaklar incelendiğinde; birinci sırada diyetisyeni (kadın: %64, erkek: % 62,2); ikinci sırada kadınların yazılı basını (%62,4), erkeklerin arkadaş ve yakın çevrelerini (%48,6), üçüncü sırada ise kadınların radyo/TV (%49,6), erkeklerin ise yazılı basını (%46) bilgi kaynağı olarak gösterdiği görülmektedir. Cinsiyete göre beslenme ile ilgili bilgi edindikleri kaynaklar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 10. Bireylerin beslenme bilgi kaynağına göre dağılımı

	Cinsiyet						p
	Kadın		Erkek		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Beslenme bilgi kaynağı *							
Diyetisyen	80	64,0	23	62,2	103	63,6	0,838
Yazılı basın	78	62,4	17	46,0	95	58,6	0,074
Kitaplar/Broşürler	66	52,8	15	40,5	81	50,0	0,190
Radyo/TV	62	49,6	11	29,7	73	45,1	0,033
Arkadaşlar/yakın çevre	52	41,6	18	48,6	70	43,2	0,447
Aile büyükleri	36	28,8	11	29,7	47	29,0	0,913
Hekim	28	22,4	14	37,8	42	25,9	0,060
Zayıflama merkezleri	13	10,4	6	16,2	19	11,7	0,384
Toplam	125	100,0	37	100,0	162	100,0	

Ki-kare test Fisher's Exact test kullanıldı

** Birden fazla yanıt alınmıştır. Yüzdeler evet/hayır'a göre her bir satır için ayrı ayrı hesaplanmıştır.*

4.3.6. Bireylerin Besin Seçimlerine Etki Eden Etmenler

Çalışmaya katılan bireylerin besin tercihlerine etki eden etmenlere göre dağılımları Tablo 11.'de gösterilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin besin seçimleri sırasıyla lezzetli olmasına (%97,5), tat, koku, kıvam gibi subjektif kalite kriterlerine (%82,1), kolay hazırlanabilir olmasına (%81,5), pişirme yöntemine (%77,2), doyurucu olmasına (%76,5), az yağlı olmasına (%73,5), besin çeşitliliğini sağlayabilmesine (%67,9), katkı maddesi içermemesine (%60,5), kalorisi düşük besleyici olmasına (%56,8), ekonomik olmasına (%53,7) ve su içeriğinin yüksek olmasına (%33,3) göre etkilendiği görülmektedir.

Cinsiyete göre besin seçimlerine etki eden etmenler incelendiğinde; kadınların sırasıyla lezzetli olmasına (%97,6), kolay hazırlanabilir olmasına (%85,6), tat, koku, kıvam gibi subjektif kalite kriterlerine göre (%82,4), pişirme yöntemine göre (%79,2), doyurucu olmasına (%76,8), az yağlı olmasına (%76,8), besin çeşitliliğini sağlayabilmesine (%66,4), katkı maddesi içermemesine (%62,4), ekonomik olmasına (%58,4), kalorisi düşük besleyici olmasına (%56,4) ve su içeriğinin yüksek olmasına (%32,8) göre besin seçimlerinin değiştiği görülmektedir. Erkeklerin ise lezzetli olmasına (%97,3), tat, doku, kıvam gibi subjektif kalite kriterlerine göre (%81,1), doyurucu olmasına, (%75,7), besin çeşitliliğine (%72,9), pişirme yöntemine göre (%70,2), kolay hazırlanabilir olmasına (%67,6), az yağlı olmasına (%62,2), kalorisi düşük besleyici olmasına (%56,8), katkı maddesi içermemesine (%54,1), ekonomik (%37,8) ve su içeriğinin yüksek olmasına (%35,1) göre besin seçimlerinin değiştiği görülmektedir.

Bireylerin cinsiyete göre besin seçimlerini kolay hazırlanabilir olmasına göre tercih edenlerin dağılımları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0,013$; $p<0,05$). Kadınların kolay hazırlanmasına göre besin seçimi yapma sayısı erkeklerden anlamlı şekilde yüksektir.

Cinsiyete göre besin seçimlerini ekonomik olmasına göre tercih edenlerin dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamdır($p=0,028$; $p<0,05$). Kadınların ekonomik olmasına göre besin seçimi yapma sayısı erkeklerden anlamlı düzeyde yüksektir.

Tablo 11. Bireylerin besin seçimlerine etki eden etmenlere göre dağılımı

	Cinsiyet						p
	Kadın		Erkek		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Beslenme bilgi kaynağı **							
Lezzetli olmasına	122	97,6	36	97,3	158	97,5	1,000
Subjektif kalite kriterlerine	103	82,4	30	81,1	133	82,1	0,854
Kolay hazırlanabilir olmasına	107	85,6	25	67,6	132	81,5	0,013*
Pişirme yöntemine	99	79,2	26	70,2	125	77,2	0,803
Doyurucu olmasına	96	76,8	28	75,7	124	76,5	0,887
Az yağlı olmasına	96	76,8	23	62,2	119	73,5	0,077
Besin çeşitliliğini sağlayabilme	83	66,4	27	72,9	110	67,9	0,488
Katkı maddesi içermemesine	78	62,4	20	54,1	98	60,5	0,362
Kalorisi düşük, besleyici değerinin yüksek olmasına	71	56,8	21	56,8	92	56,8	0,996
Ekonomik olmasına	73	58,4	14	37,8	87	53,7	0,028*
Su içeriğinin yüksek olmasına	41	32,8	13	35,1	54	33,3	0,791
Toplam	125	100, 0	37	100,0	162	100,0	

*Ki-kare test Continuity (yates) düzeltmesi ve Fisher's Exact test kullanıldı *p<0,05*

*** Birden fazla yanıt alınmıştır. Yüzdeler evet/hayır'a göre her bir satır için ayrı ayrı hesaplanmıştır.*

4.4. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri

4.4.1. Bireylerin Yaş ve Antropometrik Ölçümleri

Çalışmaya katılan bireylerin yaş ve antropometrik ölçümlerinin ortalama, standart sapma değerleri Tablo 12.'de verilmiştir.

Bireylerin yaş ortalaması $29,17 \pm 9,49$ yıl, boy uzunluğu ortalaması $1,67 \pm 0,08$ m, vücut ağırlığı ortalaması $66,2 \pm 14,31$ kg ve BKİ değerlerinin ortalaması $23,46 \pm 3,69$ kg/m^2 olarak bulunmuştur. Kadınların yaş ortancası 24 yaş (ortalama $27,74 \pm 8,06$), erkeklerin yaş ortancası 29 yaş (ortalama $33,97 \pm 12,16$)'dir. Kadınların boy uzunluğu ortancası 1,65 m (ortalama $1,64 \pm 0,06$ m) ve erkeklerin ise 1,50 m (ortalama $1,77 \pm 0,07$ m) olduğu saptanmıştır. Kadınların vücut ağırlığı ortancası 63 kg (ortalama $60,98 \pm 10,05$ kg), erkeklerin ise 84 kg (ortalama: $83,4 \pm 12,41$ kg) olduğu bulunmuştur. BKİ değerleri incelendiğinde; kadınların BKİ ortancası $22,17 \text{ kg/m}^2$ (ortalama $22,5 \pm 3,17 \text{ kg/m}^2$), erkeklerin ise $26,37 \text{ kg/m}^2$ (ortalama $26,71 \pm 3,51 \text{ kg/m}^2$) olduğu saptanmıştır.

Tablo 12. Bireylerin yaş ve antropometrik ölçümlerinin değerlendirilmesi

	Cinsiyet					
	n	mean	SD	medyan	min	max
Yaş ve Antropometrik Ölçümler						
Yaş (yıl)						
Kadın	125	27,74	8,06	24	18	56
Erkek	37	33,97	12,16	29	19	59
Boy uzunluğu (m)						
Kadın	125	1,64	0,06	1,65	1,50	1,79
Erkek	37	1,77	0,07	1,76	1,67	1,95
Vücut ağırlığı (kg)						
Kadın	125	60,98	10,05	63	47	112
Erkek	37	83,4	12,41	84	64	110
BKİ (kg/m^2)						
Kadın	125	22,5	3,17	22,15	17,26	35,35
Erkek	37	26,71	3,51	26,37	19,11	36,84

4.4.2. Bireylerin Cinsiyete Göre Beden Kütle İndeksi Sınıflaması

Bireylerin cinsiyete göre BKİ sınıflamasına göre dağılımı Tablo 13.'de verilmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyete göre beden kütle indekslerinin dağılımına bakıldığında kadınların %7,2'sinin zayıf, %76'sının normal vücut ağırlığında, %14,4'ünün fazla kilolu ve %2,4'ünün obez olduğu; erkeklerin ise %27'sinin normal vücut ağırlığında, %54,1'inin fazla kilolu ve %18,9'unun obez olduğu görülmektedir.

Cinsiyete göre beden kütle indeksleri grup dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p:0.000$; $p<0.001$). Kadınların zayıf ve normal olma sıklıkları erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek, erkeklerin fazla kilolu ve obez olma sıklıkları kadınlardan anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 13).

Tablo 13. Bireylerin Beden Kütle İndeksi sınıflamasına göre dağılımı

	Cinsiyet						p
	Kadın		Erkek		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
BKI (kg/m²)							
sınıflaması							
< 18.5 (Zayıf)	9	7,2	-	-	9	5,5	0,000***
18.5-24,9 (Normal)	95	76,0	10	27,0	105	64,8	
25.0- 29,9 (Fazla Kilolu)	18	14,4	20	54,1	38	23,5	
≥ 30 (Obez)	3	2,4	7	18,9	10	6,2	

*Ki-kare Test Mann-Whitney test ***p<0,001*

4.5. Bireylerin Daha Önce Diyet Yapma Durumları

Bireylerin daha önce diyet yapma durumlarına göre dağılımları Tablo 14.'de gösterilmiştir. Bireylerin %58,6'sının daha önce diyet yaptığı görülmektedir. Cinsiyete göre daha önce diyet yapma durumu incelendiğinden ise; kadınların %61,6'sı, erkeklerin %48,6'sı daha önce diyet yaptığı görülmektedir. Cinsiyete göre diyet yapma dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 14. Bireylerin daha önce diyet yapma durumlarına göre dağılımları

	Cinsiyet						P
	Kadın		Erkek		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Daha önce diyet							
Yapan	77	61,6	18	48,6	95	58,6	0,160
Yapmayan	48	38,4	19	51,4	67	41,4	
Toplam	125	100,0	37	100,0	162	100,0	

Ki-kare test

4.6. Bireylerin Uyku Saati ve Beden Kütle İndeksi Arasındaki İlişki

Çalışmaya katılan bireylerin günlük uyku süresi ve BKİ sınıflamasına göre dağılımları Tablo 15.'de gösterilmiştir. Kadınların günde % 95,2'si, erkeklerin % 94,6'sı altı saat ve üzerinde, kadınların % 4,8'i, erkeklerin % 5,4'ü 6 saatten kısa uyumaktadır.

Vücut ağırlığı normal olan kadınların %5,3'ü ve erkeklerin %10'u; fazla kilolu kadınların %5,6'sı , obez olan erkeklerin %14,3 'ü 6 saatten kısa uyumaktadır. Zayıf olan kadınların %100'ü; vücut ağırlığı normal olan kadınların %94,7'si ve erkeklerin %90'ı; fazla kilolu olan kadınların %94,4'ü ve erkeklerin %100'ü; obez olan kadınların %100'ü ve erkeklerin %85,7'si 6 saat ve daha uzun uyumaktadır. Uyku süresi ile BKİ sınıflaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p >0,05$).

Tablo 15. Bireylerin uyku saati ve Beden Kütle İndeksleri sınıflamasına göre dağılımı

	Uyku Saati								p
	<6 saat				≥6 saat				
	Kadın		Erkek		Kadın		Erkek		
Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
BKI (kg/m²) sınıflaması									
Zayıf / Normal (< 25)	5	4,8	1	10,0	99	95,2	9	90,0	1,000
Fazla kilolu / Obez (≥ 25)	1	4,8	1	3,8	20	95,2	26	96,2	
Toplam	6	4,8	2	5,4	119	95,2	35	94,6	

Ki-kare test

4.7. Bireylerin Beden Algısına Göre

Bireylerin beden algısına ile BKİ sınıflaması arasındaki ilişki Tablo 16.'da gösterilmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin BKİ sınıflaması ve beden algısı arasındaki ilişki incelendiğinde; normal kilolu olan kadınların %26,3'ü kendini fazla kilolu, %2,5'i obez, zayıf olan kadınların %44,4'ü ise kendini normal ağırlıkta görmektedir. Fazla kilolu olan erkeklerin %55'i kendini normal ağırlıkta, obez olanların %28,6'sı ise kendini normal ağırlıkta görmektedir.

Tablo 16. Bireylerin Beden Kütle İndeksleri sınıflamasına göre beden algılarının dağılımı

	Beden Algısı											
	Çok Zayıf		Zayıf		Normal		Hafif Kilolu		Kilolu		Toplam	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Kadın												
BKİ (kg/m²) sınıflaması												
< 18,5 (Zayıf)	1	11,2	4	44,4	4	44,4	0	0	0	0	9	7,2
18,5-24,9 (Normal)	0	0,0	3	3,2	65	68,4	25	26,3	2	2,1	95	76
25,0- 29,9 (Hafif Şişman)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	88,9	2	11,1	18	14,4
≥ 30 (Şişman)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3	2	66,7	3	2,4
Toplam	1	0,8	7	5,6	69	55,2	42	33,6	6	4,8	125	100
Erkek												
BKİ (kg/m²) sınıflaması												
< 18,5 (Zayıf)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18,5-24,9 (Normal)	0	0,0	0	0,0	10	43,5	0	0,0	0	0,0	10	27
25,0- 29,9 (Hafif Şişman)	0	0,0	0	0,0	11	55	8	40	1	5	20	54,1
≥ 30 (Şişman)	0	0,0	0	0,0	2	28,6	4	57,1	1	14,3	7	18,9
Toplam	0	0,0	0	0	23	62,2	12	32,4	2	5,4	37	100

4.8. Bireylerin Enerji ve Besin Öğeleri Tüketim Durumları

Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyete göre günlük diyetle tükettikleri enerji, makro ve mikro besin öğeleri tüketim ortalamaları Tablo 17.'de gösterilmiştir.

Bireyler günlük diyetle enerji tüketimi ortalaması $1670,0 \pm 760,0$ kkal olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan bireylerin günlük enerji alımları incelendiğinde; kadınların ortalama $1604,4 \pm 702,62$ kkal, erkeklerin ise $1895,1 \pm 903,15$ kkal aldıkları görülmektedir. Cinsiyete göre bireylerin günlük aldıkları enerji ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$).

Araştırmaya katılan bireylerin tükettikleri günlük karbonhidrat miktarı ortalaması $178,0 \pm 97,36$ gram (toplam enerjinin %42,6'sı) olduğu ve bunun günlük önerilenden düşük olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin tükettikleri günlük karbonhidrat miktarı ortalamaları incelendiğinde; kadınların $172,65 \pm 93,36$ gram, erkeklerin ise $196,02 \pm 109,24$ gram karbonhidrat tükettikleri görülmektedir. Cinsiyete göre bireylerin günlük tükettikleri karbonhidrat ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$).

Çalışmaya katılan bireylerin toplam enerji tüketiminin karbonhidrattan gelen yüzdeleri incelendiğinde; kadınların diyetle tükettikleri enerjinin karbonhidrattan gelen yüzdesi $\%43,57 \pm 9,5$ erkeklerin ise $\%41,68 \pm 9,57$ olarak bulunmuştur. Cinsiyete göre bireylerin günlük tükettikleri karbonhidrat (%) miktarının ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$).

Katılımcıların diyetle toplam protein tüketim ortalamasının $71,05 \pm 37,78$ g (toplam enerjinin %17,02'si) olduğu ve bu miktarın günlük öneriler arasında olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin tükettikleri günlük protein miktarı ortalamaları incelendiğinde; kadınların $68,27 \pm 38,99$ gram, erkeklerin ise $80,46 \pm 32,07$ gram protein tükettikleri görülmektedir. Cinsiyete göre bireylerin günlük tükettikleri protein ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p: 0,005$; $p < 0,05$). Erkeklerin tükettikleri günlük ortalama protein miktarı, kadınlarınkinden anlamlı şekilde yüksektir.

Bireylerin toplam enerji tüketiminin proteinden gelen yüzdesi incelendiğinde; kadınların diyetle aldıkları enerjinin proteinden gelen yüzdesinin $\%17,77 \pm 4,94$,

erkeklerin ise %18,3±3,74 olarak bulunmuştur. Cinsiyete göre bireylerin günlük tükettikleri protein (%) ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05).

Araştırmaya katılan bireylerin diyetle günlük yağ tüketim ortalamaları 71,93±35,35 g (toplam enerjinin %38,76'sı) olduğu ve bunun günlük önerilenden düşük olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin tükettikleri günlük yağ miktarı ortalamaları incelendiğinde; kadınların 68,53±32,42 gram, erkeklerin ise 83,45±42,34 gram yağ tükettikleri görülmektedir. Cinsiyete göre bireylerin günlük tükettikleri yağ miktarı ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05).

Çalışmaya katılan bireylerin toplam enerji tüketiminin yağdan gelen yüzdesi incelendiğinde; kadınların diyetle tükettikleri enerjinin yağdan gelen yüzdesi %38,74±7,96, erkeklerin ise %40,02±7,88 olarak bulunmuştur. Cinsiyete göre bireylerin günlük tükettikleri yağ (%) ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05).

Bireylerin günlük doymuş yağ asiti tüketim miktarları incelendiğinde; kadınların günlük ortalama 28,92±13,09 gram, erkeklerin ise 24,31±14,68 gram doymuş yağ asiti tükettikleri görülmektedir. Cinsiyete göre bireylerin günlük tükettikleri doymuş yağ asiti ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0,036; p<0,05). Kadınların tükettikleri günlük doymuş yağ asiti miktarı erkeklerinkinden anlamlı şekilde yüksektir.

Çalışmaya katılan kadınların günlük çoklu doymamış yağ asiti tüketim ortalamaları 12,58±7,92 gram, erkeklerin ise 16,08±13,71 gram olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan bireylerin tükettikleri günlük tekli doymamış yağ asiti miktarı ortalamaları incelendiğinde; kadınların günlük ortalama 21,82±12,03 gram, erkeklerin ise 26,67±14,57 gram tekli doymamış yağ asiti tükettikleri görülmektedir. Cinsiyete göre bireylerin günlük tekli doymamış yağ asitleri ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0,053; p<0,05). Kadınların tükettikleri günlük tekli doymamış yağ asitleri miktarının ortalaması, erkeklerinkinden anlamlı şekilde düşüktür.

Kadınların günlük diyetle aldıkları posa miktarı ortalaması 17,77±8,85 gram iken, erkeklerin 18,57±9,94 gramdır. Bireylerin günlük diyetle aldıkları A vitamini miktarlarının ortalamaları incelendiğinde; kadınların 1048,6±556,54 mcg RE, erkeklerin

ise 1110,9±568,12 mcg RE A vitamini tükettikleri görülmektedir. Kadınların günlük diyetle aldıkları E vitamini miktarı ortalama 12,49±7,47 mg , erkeklerin ise 16,28±13,64'dür.

Çalışmaya katılan bireylerin günlük diyetle aldıkları C vitamini miktarları incelendiğinde; kadınların günlük ortalama 67,86±42,97 mg iken, erkeklerin 61,26±46,42 mg olduğu bulunmuştur. Bireylerin günlük diyetle aldıkları tiamin miktarları ortalamaları; kadınlarda 0,81±0,38 mg, erkeklerde ise 0,88±0,36 mg olarak bulunmuştur. Bireylerin günlük diyetle aldıkları riboflavin miktarı ortalamaları; kadınlarda 1,34±0,48 mg, erkeklerde 1,54±0,56 olarak bulunmuştur.

Çalışmaya katılan bireylerin vitamin B6 tüketim miktarları incelendiğinde; kadınların günde 1,14±0,77 mg, erkeklerin 1,29±0,52 mg vitamin B6 tükettikleri gösterilmiştir. Cinsiyete göre bireylerin günlük tükettikleri vitamin B6 ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0,008; p<0.05). Kadınların tükettikleri günlük vitamin B6 miktarı erkeklerinkinden anlamlı şekilde düşüktür.

Bireylerin günlük diyetle aldıkları niasin miktarları ortalamaları; kadınlarda 12,15±11,93 mg, erkeklerde ise 13,56±7,34 mg olarak bulunmuştur. Kadınların günlük toplam folik asit tüketim miktarı ortalamaları 77,58±25,93 mcg iken, bu değer erkeklerde 90,72±34,44 mcg olarak bulunmuştur.

Kadınların günlük diyetle tükettikleri vitamin B12 miktarlarının ortalamaları 4,77±3,7 mcg iken, bu değer erkeklerde 5,98±3,52 mcg'dır. Cinsiyete göre bireylerin günlük tükettikleri vitamin B12 ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0,009; p<0.05). Erkeklerin tükettikleri günlük vitamin B12 miktarı kadınınkilerinden anlamlı şekilde yüksektir.

Bireylerin günlük biotin tüketim miktarlarının ortalamaları incelendiğinde; kadınların ortalama 35,66±14,25 mcg, erkeklerin ise 43,33±20,46 mcg biotin tükettikleri görülmüştür.

Çalışmaya katılan bireylerin günlük diyetle aldıkları sodyum miktarlarının ortalamaları incelendiğinde; kadınlarda 1820,3±848,01 mg iken, erkeklerde 2275,9±1147,83 mg olarak bulunmuştur. Cinsiyete göre bireylerin günlük aldıkları sodyum ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0.035; p<0.05).

Erkeklerin aldıkları günlük sodyum miktarının ortalaması, kadınlardan anlamlı şekilde yüksektir.

Araştırmaya katılan bireylerin günlük diyetle aldıkları potasyum miktarlarının ortalamaları; kadınlarda $1884,9 \pm 794,66$ mg iken, erkeklerde $2050,1 \pm 727,07$ mg olarak bulunmuştur. Kadınların günlük diyetle tükettikleri magnezyum tüketim miktarlarının ortalamaları incelendiğinde; kadınların ortalama $187,6 \pm 80,17$ mg, erkeklerin $205,01 \pm 78,48$ mg magnezyum tükettikleri görülmektedir. Kadınların günlük diyetle aldıkları ortalama kalsiyum miktarı $627,04 \pm 231,34$ mg, erkeklerin ise $722,75 \pm 274,07$ mg olduğu görülmektedir.

Kadınların günlük diyetle aldıkları ortalama çinko miktarı $8,88 \pm 5,17$ mg, erkeklerin ise $10,49 \pm 4,61$ mg olduğu bulunmuştur. Çalışmaya katılan bireylerin günlük ortalama demir tüketim miktarları; kadınlarda $8,9 \pm 4,28$ mg, erkeklerde ise $9,74 \pm 4,3$ mg olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan bireylerin günlük ortalama fosfor tüketim miktarları; kadınlarda $1063,4 \pm 454,07$ mg iken, erkeklerde $1241,4 \pm 448,9$ mg olarak bulunmuştur. Cinsiyete göre bireylerin günlük aldıkları fosfor ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p:0,020$; $p < 0,05$). Erkeklerin aldıkları günlük fosfor miktarının ortalaması, kadınlarınkinden anlamlı şekilde yüksektir.

Cinsiyete göre bireylerin günlük aldıkları; enerji (kkal), karbonhidrat (g), karbonhidrat (%), protein (%), yağ (%), çoklu doymamış yağ asitleri, posa, vitamin A, vitamin E, vitamin C, tiamin, nisain, folik asit, biotin, potasyum, magnezyum, kalsiyum, çinko, demir ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p > 0,05$).

Tablo 17. Bireylerin cinsiyete göre günlük diyetle tükettikleri enerji, makro ve mikro besin öğeleri

	Cinsiyet			P
	Kadın	Erkek	Toplam	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
Enerji, kkal	1604,4±702,62	1895,1±903,15	1670,±760,0	0,120
Karbonhidrat, g	172,65±93,36	196,02±109,24	178,0±97,36	0,312
Karbonhidrat (%)	43,57±9,5	41,68±9,57	43,14±9,52	0,344
Protein, g	68,27±38,99	80,46±32,07	71,05±37,78	0,005*
Protein (%)	17,77±4,94	18,3±3,74	17,89±4,67	0,304
Yağ, g	68,53±32,42	83,45±42,34	71,93±35,35	0,083
Yağ (%)	38,74±7,96	40,02±7,88	39,04±7,93	0,472
Doymuş yağ asiti, g	28,92±13,09	24,31±14,68	30,15±13,61	0,036*
Çoklu doymamış yağ asitleri, g	12,58±7,92	16,08±13,71	13,38±9,62	0,369
Tekli doymamış yağ asiti, g	21,82±12,03	26,67±14,57	22,93±12,77	0,053*
Posa, g	17,77±8,85	18,57±9,94	17,95±9,08	0,886
A vitamini, mcg RE	1048,6±556,54	1110,9±568,12	1062,8±558,04	0,559
E vitamini, mg	12,49±7,47	16,28±13,64	13,35±9,33	0,320
C vitamini, mg	67,86±42,97	61,26±46,42	66,35±43,72	0,151
Tiamin, mg	0,81±0,38	0,88±0,36	0,83±0,38	0,236
Riboflavin, mg	1,34±0,48	1,54±0,56	1,38±0,51	0,071
Niasin, mg	12,15±11,93	13,56±7,34	12,47±11,04	0,496
Vitamin B ₆ , mg	1,14±0,77	1,29±0,52	1,18±0,73	0,008*
Folik Asit, mcg	238,6±107,07	268,7±113,16	245,44±108,88	0,140
Vitamin B ₁₂ , mcg	4,77±3,7	5,98±3,52	5,05±3,68	0,009*
Biotin, mcg	35,66±14,25	43,33±20,46	37,41±16,14	0,067
Sodyum, mg	1820,3±848,01	2275,9±1147,83	1924,4±940,89	0,035*
Potasyum, mg	1884,9±794,66	2050,1±727,07	1922,7±780,64	0,183
Magnezyum, mg	187,6±80,17	205,01±78,48	191,66±79,89	0,202
Kalsiyum, mg	627,04±231,34	722,75±274,07	648,9±244,21	0,067
Çinko, mg	8,88±5,17	10,49±4,61	9,25±5,08	0,021
Demir, mg	8,9±4,28	9,74±4,3	9,1±4,29	0,217
Fosfor, mg	1063,4±454,07	1241,4±448,9	1104,1±457,69	0,020*

*Mann Whitney U Test***p<0.05 **p<0,01*

4.9. Bireylerin “Bulimic Investigatory Test-Edinburgh” Sonuçları

Çalışmaya katılan bireylerin BITE’a göre dağılımları Tablo 18.’de gösterilmiştir.

Bireylerin Bulimic Investigatory Test Edinburgh puanları 0 ile 27 arasında değişmekte olup, ortalaması $8,81 \pm 4,72$ ’dir. Bireylerin 6’sında (%3,7) tıknırcasına yeme bozukluğu olduğu, 156’sında (%96,3) ise tıknırcasına yeme bozukluğu olmadığı saptanmıştır.

Tablo 18. Bireylerin “Bulimic Investigatory Test Edinburgh” sonuçları

	Sayı	%
BITE puan değerlendirmesi		
0-10:tıknırcasına yeme bozukluğu yok	104	64,2
11-19:normal olmayan yeme davranışı var, tıknırcasına yeme bozukluğu yok	52	32,1
>20:tıknırcasına yeme bozukluğu var	6	3,7
BITE		
Tıknırcasına yeme bozukluğu yok	156	96,3
Tıknırcasına yeme bozukluğu var	6	3,7
Toplam	162	100,0

4.10. Bireylerin Cinsiyete Göre “Bulimic Investigatory Test Edinburgh” Puanlarının Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan bireylerin ortalama BITE puanları incelendiğinde; kadınların BITE puan ortalaması $9,03 \pm 4,86$ iken, erkeklerin $8,05 \pm 4,20$ olarak bulunmuştur. Cinsiyete göre BITE puan dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 19.).

Tablo 19. Bireylerin cinsiyete göre “Bulimic Investigatory Test Edinburgh” puanlarının değerlendirilmesi

	Cinsiyet		p
	Kadın Ort±SS	Erkek Ort±SS	
BİTE puanı	9,03±4,86	8,05±4,20	0,174

Mann-Whitney Test

4.11. Bireylerin “Bulimic Investigatory Test Edinburgh” Sorularına Verdikleri Cevapların Dağılımı

Bireylerin BITE sorularına verdikleri cevapların dağılımı Tablo 20.’de gösterilmiştir.

BITE sorularına verilen cevapların dağılımını incelendiğinde, bireylerin %8’i düzenli yeme alışkanlığı olduğunu düşünmektedir. Bireylerin %16,7’si sıkı diyet uygulayıcısı olduğunu belirtirken, diyeti bozduğunda kendini başarısız hisseden kadın sayısı %52, erkek sayısı %32,4’dür. Diyette olmasa da kalori hesabı yapan toplam %8 kişinin bulunduğu görülmektedir.

Yeme alışkanlıklarının hayatlarını etkileme durumu incelendiğinde, kadınların %23,2’sinin, erkeklerin %16,2’sinin yeme alışkanlıklarının hayatlarını engellediği, kadınların %26,4’ünün, erkeklerin %35,1’inin yeme alışkanlıklarının hayatlarına hükmettiği görülmektedir.

Kadınların %68,8’inin erkeklerin %75,5’inin patlayıncaya kadar yemek yediği görülmektedir. Kadınların %54,4 ‘ü, erkeklerin ise %48,6’sı sadece yiyecek düşündüklerini belirtmektedir. Kadınların %9,6’sının, erkeklerin %8,1 ‘inin başkalarının önünde yemeyip gizlice yedikleri görülmektedir. Kadınların %12,0’si, erkeklerin %13,5’i yemek yemeği istediği zaman durduramadığını bildirmektedir. Ayrıca kadınların %15,2’si, erkeklerin ise %16,2’si yeme konusunda bir güç tarafından zorlandığını düşünmektedir.

Bireylerin üzüntülü olduğu zamanlarda yeme durumu incelendiğinde kadınların %56,8’inin, erkeklerin ise %35,1 inin üzüntülüken yemek yediği görülmektedir. Cinsiyete göre üzüntülüken yemek yeme eğilimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. (p:0,033; p <0,05).

Kadınların ve erkeklerin çoğunluğu (%75,2, %62,2) şişman olma fikrinden korktuklarını belirtmektedir. Kadınların %47,2’sinin, erkeklerin %67,6’sının çok miktarda yiyeceği hızlıca yediği görülmektedir. Bireylerin %13’ü yeme alışkanlığından utandığı, %27,7’si ise ne kadar yediği konusunda kontrolünün olmamasından endişeli olduğunu belirtmektedir. Kadınların %33,6’sının, erkeklerin ise %27’sinin besinleri daha iyi hissetmek için kullandığı görülmektedir.

Kadınların %60,8'i, erkeklerin %32,4'ü yemeğin sonunda tabaklarında yemek bırakabildiklerini belirtmektedir. Cinsiyete göre yemeğin sonunda tabakta yemek bırakma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır (p:0,004; p<0,01).

Kadınların %10,4'ünün, erkeklerin ise %8,1'inin ne kadar yediği ile ilgili insanları kandırmakta olduğu görülmektedir. Kadınların %74,4'ü, erkeklerin %78,4'ü ne kadar aç olduğu ne kadar yiyeceğini belirlediğini bildirmektedir.

Bireylerin tıkinma ile ilgili sorulara verdikleri cevap incelendiğinde; kadınların %42,4'ünün, erkeklerin %43,2'sinin çok miktarda yiyeceği aynı anda tıkindığı görülmektedir. Tıkinma sonrası kadınların % 25,6'sı ve erkeklerin %16,2 si mutsuz hissettiklerini belirtmektedir. Çalışmaya katılan kadınların %12,0'si, erkeklerin %2,7'si yalnızken tıkindığını belirtirken, kadınların % 4,8'I, erkeklerin ise %5,4'ü tıkinmak için çaba sarf ettiklerini belirtmektedir.

Aşırı yendiğinde kadınların %60,8'i, erkeklerin ise %48,6'sı suçlu hissettiğini belirtmektedir. Kadınların %14,4'ü, erkeklerin %5,4'ü gizli saklı yemek yediğini bildirmektedir. yeme alışkanlıklarından utandıkları görülmektedir. Bireylerin %71,6'sının yeme alışkanlıklarını normal bulduğu görülmektedir.

Kadınların %10,4'ü kendini zorla yiyen bir kişi olarak tanımladığı görülürken, erkeklerin hiçbiri kendini zorla yiyen bir kişi olarak tanımlamamaktadır. Cinsiyete göre kendini zorla yiyen kişi olarak tanımlama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır (p:0,014; p<0,05).

Kadınların %7,2'si, erkeklerin %10,8'i ağırlığının haftada 2,5 kg'dan fazla bir değişim göstediğini bildirmektedir. Tüm gün aç kalma durumu incelendiğinde ise kadınların %41,6'sının, erkeklerin ise %48,6'sının hayatlarında en az 1 kez tüm gün aç kaldığı görülmektedir.

Tablo 20. “Bulimic Investigatory Test Edinburgh” sorularına evet cevabı veren bireylerin dağılımı

	Cinsiyet					
	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
BITE soruları						
1- Düzenli yeme alışkanlığı	9	7,2	4	10,8	13	8,0
2- Sıkı diyet uygulayıcısı olma	22	17,6	5	13,5	27	16,7
3- Bir kez diyeti bozduğunda başarısız hissetme	65	52,0	12	32,4	77	47,5
4- Diyet haricinde kalori hesabı yapma	15	12,0	4	10,8	19	11,7
5- Yeme alışkanlığının hayatı engelleme durumu	29	23,2	6	16,2	35	21,6
6- Besinlerin hayatınıza hükmetme durumu	33	26,4	13	35,1	46	28,4
7- Patlayıncaya kadar yeme	86	68,8	28	75,7	114	70,4
8- Sadece yiyecek düşünme durumu	68	54,4	18	48,6	86	53,1
9- Başkalarının önünde yemeyip gizlice yeme	12	9,6	3	8,1	15	9,3
10- İstediginde yemek yemeyi durdurabilme	110	88,0	32	86,5	142	87,7
11- Yeme konusunda bir güç tarafından zorlandığımı hissetme	19	15,2	6	16,2	25	15,4
12- Sıkıntılı/üzüntülü zamanlarda daha çok yemeye eğilim	71	56,8	13	35,1	84	51,9
13- Şişman olma fikrinden korkma	94	75,2	23	62,2	117	72,2
14- Çok miktarda yiyeceği hızlıca yeme	59	47,2	25	67,6	84	51,9
15- Yeme alışkanlığından utanma	19	15,2	2	5,4	21	13,0
16- Yeme üzerinde kontrolün olmamasından endişe duyma	39	31,2	5	13,5	44	27,2
17- Besinleri daha iyi hissetmek için kullanma	42	33,6	10	27,0	52	32,1
18- Yemeğin sonunda tabakta yemek bırakabilme	76	60,8	12	32,4	88	54,3
19- Yemek miktarı konusunda diğer insanları kandırma	13	10,4	3	8,1	16	9,9
20- Ne kadar aç olduğunuz ne kadar yiyeceğini belirlemesi	93	74,4	29	78,4	122	75,3
21- Çok miktarda yemeği aynı anda tıknma	53	42,4	16	43,2	69	42,6
22- Tıknma sonrası mutsuz olma	32	25,6	6	16,2	38	23,5
23- Sadece yalnızken tıknma	15	12,0	1	2,7	16	9,9
24- Tıknmak için çaba sarf etme	6	4,8	2	5,4	8	4,9
25- Aşırı yendiğinde suçluluk hissetme	76	60,8	18	48,6	94	58,0
26- Gizli saklı yeme	18	14,4	2	5,4	20	12,3
27- Yeme alışkanlığını normal bulma	87	69,6	29	78,4	116	71,6
28- Zorla yiyen biri olarak tanımlama	13	10,4	0	0,0	13	8,0
29- Ağırlığın haftada 2,5 kilodan fazla değişim göstermesi	9	7,2	4	10,8	13	8,0
30- Tüm gün aç kalma	52	41,6	18	48,6	70	43,2
Toplam	125	100,0	37	100,0	162	100,0

Ki-kare test Fisher's Exact test kullanıldı

4.11. Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre “Bulimic Investigatory Test Edinburgh” Puanlarının Değerlendirilmesi

Bireylerin demografik özelliklerine göre tıknırcasına yeme bozukluğu durumunun değerlendirilmesi Tablo 21.'de gösterilmiştir.

Yirmibeş yaş ve altında %2,6, 26-35 yaş aralığında %3,9 ve 46 yaş ve üzeri yaş aralığında %13,3 sıklığında tıknırcasına yeme bozukluğu görülmektedir.

Kadınlarda tıknırcasına yeme bozukluğu görülme sıklığı %4,0 iken, erkeklerde bu sıklık %2,7'dir. Cinsiyete göre tıknırcasına yeme bozukluğu durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p>0.05$).

Evlilerde %1,19, bekarlarda ise %3,8, boşanmışlarda ise %25,0 sıklığında tıknırcasına yeme bozukluğu görülmektedir. Medeni durumlara göre tıknırcasına yeme bozukluğu durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p>0.05$).

Üniversite mezunlarında tıknırcasına yeme bozukluğu sıklığı %4,1, lisans üstü mezunlarında ise %7,4 olduğu görülmektedir.

Çalışmayanlarda yeme bozukluğu görülmezken, çalışanlarda ise %3,9 sıklığında tıknırcasına yeme bozukluğu görülmektedir.

Tablo 21. Bireylerin demografik özelliklerine göre tıkmırcasına yeme bozukluğu görülme durumları

BİTE					
	Tıkmırcasın Yeme Bozukluğu Yok		Tıkmırcasına Yeme Bozukluğu Var		p
	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş					
25 ve altı	74	97,4	2	2,6	
26-35 yaş	49	96,1	2	3,9	*
36-45 yaş	20	100,0	-	-	
46 yaş ve üstü	13	86,7	2	13,3	
Cinsiyet					
Kadın	120	96,0	5	4,0	1,000
Erkek	36	97,3	1	2,7	
Medeni Durum					
Evli	51	98,0	1	1,9	0,062
Bekar	102	96,2	4	3,8	
Boşanmış	3	75,0	1	25,0	
Eğitim Durumu					
İlköğretim	3	100,0	-	-	
Ortaokul	3	100,0	-	-	*
Lise	31	100,0	-	-	
Üniversite	94	95,9	4	4,1	
Lisans üstü	25	92,6	2	7,4	
Meslek					
Çalışmıyor	9	100,0	-	-	*
Çalışıyor	147	96,1	6	3,9	
Toplam	125	100,0	37	100,0	

Ki-kare Test Fisher's Exact Test kullanıldı

***Cochran ilkeleri gereği Ki-kare analizi yapılamamıştır*

4.12. Bireylerin Anne ve Babalarının Eğitimi ile “Bulimic Investigatory Test Edinburgh” Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan bireylerin anne ve babalarının eğitimi ile BITE arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi Tablo 22.’de gösterilmiştir.

Bireylerin annelerinin eğitim durumuna göre tıknırcasına yeme bozukluğu durumu incelendiğinde; annesi lise, üniversite ve lisans üstü mezunu olan bireylerin %6,9’unda tıknırcasına yeme bozukluğu görülmektedir. Annesi okur yazar olmayan, okur yazar olan, ilkokul ve ortaokul mezunu olan bireylerin %1,1’inde tıknırcasına yeme bozukluğu görülmektedir. Bireylerin babalarının eğitim durumuna göre tıknırcasına yeme bozukluğu durumu incelendiğinde ise; babası lise, üniversite ve lisans üstü mezunu olan bireylerin %3,7’sinde tıknırcasına yeme bozukluğu görülmektedir.

Tablo 22. Bireylerin anne ve babalarının eğitimi ile “Bulimic Investigatory Test Edinburgh” arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

	BITE				P
	Tıknırcasına Yeme Bozukluğu Yok		Tıknırcasına Yeme Bozukluğu Var		
	Sayı	%	Sayı	%	
Anne Eğitimi					
Okur-yazar değil/ Okur-yazar/ İlkokul/ Ortaokul	89	98,9	1	1,1	0,089
Lise / Üniversite/ Lisans üstü	67	93,1	5	6,9	
Baba Eğitimi					
Okur-yazar değil/ Okur-yazar/ İlkokul/ Ortaokul	65	100,0	-	-	*
Lise / Üniversite/ Lisans üstü	91	93,8	6	3,7	

Ki-kare Test

*Cochran ilkeleri gereği Ki-kare analizi yapılamamıştır.

4.13. Bireylerin Beden Kütle İndeksi ve Beden Kütle İndeksi sınıflaması ile “Bulimic Investigatory Test Edinburgh” Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

4.13.1. Bireylerin Beden Kütle İndeksi ile “Bulimic Investigatory Test Edinburgh” Arasındaki İlişki

Çalışmaya katılan bireylerin beden kütle indeksi ile BITE arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi Tablo 23.’da gösterilmiştir.

Çalışmaya katılan ve tıknırcasına yeme bozukluğu olmayan bireylerin ortalama BKİ değerleri $26,43 \pm 3,11$ kg/m^2 iken, tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin ortalama BKİ değerleri $24,97 \pm 6,39$ kg/m^2 olarak bulunmuştur. Bireylerin BITE puan dağılımlarına göre beden kütle indeksi dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Tablo 23. Bireylerin Beden Kütle İndeksi ile “Bulimic Investigatory Test Edinburgh” arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

	BITE		P
	Tıknırcasına Yeme Bozukluğu Yok	Tıknırcasına Yeme Bozukluğu Var	
	Ort \pm SS	Ort \pm SS	
Beden Kütle İndeksi (kg/m²)	23,41 \pm 3,57	24,97 \pm 6,39	0,818

Mann Whitney u Test

4.13.2. Bireylerin Beden Kütle İndeksi Sınıflaması ile “Bulimic Investigatory Test Edinburgh” Arasındaki İlişki

Çalışmaya katılan bireylerin BKİ sınıflaması ile BITE arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi Tablo 24.’de gösterilmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin BKİ ile BITE arasındaki ilişki incelendiğinde; normal ağırlıkta olan kişilerin %3,8’inde, fazla kilolu olan kişilerin %2,6’sında ve obez olan kişilerin %10’unda tıknırcasına yeme bozukluğu olduğu görülmektedir.

Tablo 24. Bireylerin beden kütle indeksi sınıflaması ile “Bulimic Investigatory Test Edinburgh” arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

	BITE				P
	Tıknırcasına Yeme Bozukluğu Yok		Tıknırcasına Yeme Bozukluğu Var		
	Sayı	%	Sayı	%	
BKİ sınıflaması (kg/m²)					
Zayıf	9	100,0	-	-	
Normal	101	96,2	4	3,8	*
Hafif kilolu	37	97,4	1	2,6	
Obez	9	90,0	1	10,0	
Toplam	156	100,0	6	100,0	

Ki-kare Test

**Cochran ilkeleri gereği Ki-kare analizi yapılamamıştır.*

4.14. Bireylerin Beden Algısı ile “Bulimic Investigatory Test Edinburgh” Arasındaki İlişki

Bireylerin beden algısı ile BITE arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi Tablo 25.’de gösterilmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin beden algısı ile BITE arasındaki ilişki incelendiğinde; kendini çok zayıf olarak gören bireylerin %25’inde, zayıf olarak gören bireylerin %3,7’sinde, kendini normal kiloda gören bireylerin %2,2’sinde tıknırcasına yeme bozukluğu olduğu saptanmıştır.

Tablo 25. Bireylerin beden algısı ile “Bulimic Investigatory Test Edinburgh” arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

	BITE				p
	Tıknırcasına Yeme Bozukluğu Yok		Tıknırcasına Yeme Bozukluğu Var		
	Sayı	%	Sayı	%	
Beden algısı					
Çok zayıf	6	75,0	2	25,0	
Zayıf	52	96,3	2	3,7	
Normal	90	97,8	2	2,2	*
Hafif kilolu	7	100,0	-	-	
Kilolu	1	100,0	-	-	
Toplam	156	100,0	6	100,0	

Ki-kare test

**Cochran ilkeleri gereği Ki-kare analizi yapılamamıştır*

4.15. Bireylerin Daha Önce Diyet Yapma Durumu ile “Bulimic Investigatory Test Edinburgh” Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan bireylerin daha önce diyet yapma durumu ile BITE arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi Tablo 26.’da gösterilmiştir.

Daha önce diyet yapma durumu ile tıknırcasına yeme bozukluğu durumu incelendiğinde; daha önce diyet yapan kişilerin %6,3’ünde tıknırcasına yeme bozukluğu olduğu tespit edilmiştir. Diyet yapmayan kişilerde ise yeme bozukluğu saptanmamıştır.

Tablo 26. Bireylerin daha önce diyet yapma durumu ile “Bulimic Investigatory Test Edinburgh” arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

	BITE				P
	TYB Yok		TYB Var		
	Sayı	%	Sayı	%	
Diyet Yapma Durumu					
Evet	89	93,7	6	6,3	*
Hayır	67	100,0	-	-	
Toplam	156	100,0	6	100,0	

Ki-kare testi

**Cochran ilkeleri gereği Ki-kare analizi yapılamamıştır*

4.16. Bireylerin Akşam Yemeğinden Sonra Atıştırmalık Yapma ve Atıştırmalık Seçimi İle “Bulimic Investigatory Test Edinburgh” Arasındaki İlişki

Çalışmaya katılan bireylerin akşam yemeğinden sonra atıştırmalık yapma ve atıştırmalık seçimi ile BITE arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi Tablo 27.’de gösterilmiştir.

Akşam yemeğinde sonra atıştırma yapan kişilerin %4,8’inde tıknırcasına yeme bozukluğu görülürken, akşam yemeğinden sonra atıştırma yapmayan kişilerde tıknırcasına yeme bozukluğu görülmemektedir. Bireylerin akşam yemeğinden sonra atıştırma yapma durumuna göre tıknırcasına yeme bozukluğu durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Akşam yemeğinden sonra atıştırma yapan bireylerin besin seçimleri incelendiğinde, yeme bozukluğu olan kişilerin, %16,7’sinin sandviç tost galeta

vb., %50'sinin kraker bisküvi vb. , %16,7'sinin poğaç, simit, börek vb., %83,3'ünün çikolata, gofret, dondurma vb. besinler tercih ettiği görölmektedir. Bu besin seçimleri ile tıknırcasına yeme bozukluğu durumu arasındaki fark istatıksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Akşam yemeğinde sonra taze/kuru meyve yemeyi tercih eden bireyler incelendiğinde; yeme bozukluğu olan bireylerin %83,3'ünün, yeme bozukluğu olmayan bireylerin ise %38,5'inin taze/kuru meyve yemeyi tercih ettiği görölmektedir. Bireylerin tıknırcasına yeme bozukluğu durumuna göre akşam yemeğinden sonra taze/kuru meyve yemeyi tercih etme durumu arasındaki fark istatıksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Akşam yemeğinden sonra yağlı tohumlar yemeyi tercih eden bireyler incelendiğinde; yeme bozukluğu olan bireylerin %83,3'ünün, yeme bozukluğu olmayan bireylerin ise %18,6'sının yağlı tohumlar yemeyi tercih ettiği görölmektedir. Bireylerin tıknırcasına yeme bozukluğu durumuna göre akşam yemeğinden sonra yağlı tohum yemeyi tercih etme durumu arasındaki fark istatıksel olarak anlamlıdır ($p:0,006$; $p<0,05$). Yeme bozukluğu olan kişilerin yağlı tohumları tercih etme sıklığı yeme bozukluğu olmayanlardan anlamlı bir şekilde yüksektir.

Akşam yemeğinden sonra süt, yoğurt, ayran vb. gibi besinler tercih eden bireyler incelendiğinde; yeme bozukluğu olan bireylerin %50,0'sinin, yeme bozukluğu olmayan bireylerin ise %8,3'ünün süt, yoğurt, ayran tercih ettiği görölmektedir. Bireylerin tıknırcasına yeme bozukluğu durumuna göre akşam yemeğinden sonra süt, yoğurt, ayran vb. besinler tercih etme durumu arasındaki fark istatıksel olarak anlamlıdır ($p:0,027$; $p<0,05$). Yeme bozukluğu olan kişilerin süt, yoğurt, ayran vb. besinler tercih etme sıklıkları yeme bozukluğu olmayanlardan anlamlı bir şekilde yüksektir.

Tablo 27. Bireylerin akşam yemeğinden sonra atıştırma yapma ve atıştırma seçimi ile “Bulimic Investigatory Test Edinburgh” arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

	BITE				p
	Yeme Bozukluğu Yok		Yeme Bozukluğu Var		
	Sayı	%	Sayı	%	
Akşam yemeğinde sonra atıştırma yapma					
Evet	119	95,2	6	4,8	0,081
Hayır	37	100,0	0	0,0	
Akşam Yemeğinden Sonraki Atıştırma Besinler (n=125)					
Taze/kuru meyveler	60	92,3	5	7,7	0,210
Yağlı tohumlar	29	85,3	5	14,7	0,006*
Süt, yoğurt, ayran	13	72,2	5	27,8	0,027*
Sandviç, tost, galeta, grisini vb.	6	85,7	1	14,3	0,298
Kraker, bisküvi vb.	32	91,4	3	8,6	0,348
Poğaç, simit, börek vb.	2	66,7	1	33,3	0,138
Çikolata, gofret vb.	68	93,2	5	6,8	0,399
Toplam	156	100,0	6	100,0	

Ki-kare Test Fisher's Exact Test kullanıldı

4.17. “Bulimic Investigatory Test Edinburgh” Sonuçlarına Göre Bireylerin Günlük Enerji ve Besin Öğeleri Tüketimlerinin Değerlendirilmesi

BITE sonuçlarına göre bireylerin günlük enerji, makro ve mikro besin öğeleri tüketimlerinin değerlendirilmesi Tablo 28.’de gösterilmiştir.

TYB olmayan bireylerin enerji tüketimleri ortalama $1683,0 \pm 769,05$ kkal iken, TYB olan bireylerin enerji tüketimi ortalama $1355,3 \pm 374,3$ kkal olarak gösterilmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$).

TYB olmayan bireylerde karbonhidrat toplam enerjinin $\%43,03 \pm 9,60$ ’ı, protein toplam enerjinin $\%17,82 \pm 4,74$ ’ü ve yağ toplam enerjinin $\%34,67 \pm 6,22$ ’ı iken; TYB olan bireylerde karbonhidrat toplam enerjinin $\%45,83 \pm 7,41$ ’ini, protein toplam enerjinin $\%19,67 \pm 2,66$ ’sını ve yağ toplam enerjinin $\%39,21 \pm 7,96$ ’ini oluşturmaktadır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$).

TYB olmayan bireylerin günlük doymamış yağ asiti tüketimi $30,44 \pm 13,64$ gram, çoklu doymamış yağ asitlerinin tüketimi $13,53 \pm 9,76$ gram ve tekli doymamış yağ asitlerinin tüketimi $23,18 \pm 12,90$ gram iken; TYB olan bireylerde günlük doymamış yağ asiti tüketimi $22,51 \pm 11,19$ gram, çoklu doymamış yağ asitlerinin tüketimi $9,50 \pm 2,73$ gram ve tekli doymamış yağ asitlerinin tüketimi $16,55 \pm 6,15$ gram olarak bulunmuştur. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$).

Bireylerin posa tüketimleri karşılaştırıldığında TYB olmayan bireylerin günde $17,83 \pm 9,17$ gram posa tüketirken, TYB olan bireylerin günde $21,06 \pm 6,45$ gram posa tükettikleri görülmektedir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$).

TYB olmayan bireylerin günlük A vitamini tüketimi $1039,5 \pm 542,88$ mcg RE, E vitamini tüketimi $13,43 \pm 9,48$ mg, C vitamini tüketimi $63,59 \pm 41,5$ mg, tiamin tüketimi $0,83 \pm 0,38$ mg, riboflavin tüketimi $1,39 \pm 0,51$ mg, niasin tüketimi $12,46 \pm 11,25$ mg, vitamin B6 tüketimi $1,17 \pm 0,74$ mg ve folik asit tüketimi $189,4 \pm 51,75$ mcg iken; TYB olan bireylerin günlük A vitamini tüketimi $1668,7 \pm 658,38$ mcg RE, E vitamini tüketimi $11,38 \pm 3,34$ mg, C vitamini tüketimi $138,29 \pm 41,33$ mg, tiamin tüketimi $0,79 \pm 0,22$ mg, riboflavin tüketimi $1,21 \pm 0,36$ mg, niasin tüketimi $12,64 \pm 1,94$ mg, vitamin B6 tüketimi $1,31 \pm 0,18$ mg ve folik asit tüketimi $244,49 \pm 82,75$ mcg olarak gösterilmiştir. A vitamini ve C vitamini tüketimi ile TYB arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla $p:0,006$, $p:0,000$; $p < 0,05$, $p < 0,001$). TYB olan bireylerde A vitamini ve C vitamini

tüketim düzeyleri anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Geri kalan diğer vitamin tüketimlerinin ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

TYB olmayan bireylerin günlük sodyum tüketimleri $1946,4\pm942,88$ mg, potasyum tüketimleri $1917,4\pm791,62$ mg, magnezyum tüketimleri $192,22\pm81,12$ mg, kalsiyum tüketimleri $653,94\pm245,48$ mg, çinko tüketimleri $9,31\pm5,14$ mg, demir tüketimleri $9,09\pm4,35$ mg ve fosfor tüketimleri $1109,3\pm463,69$ mg iken; TYB olan bireylerin günlük sodyum tüketimleri $1353,3\pm734,43$ mg, potasyum tüketimleri $2058,4\pm416,59$ mg, magnezyum tüketimleri $177,11\pm35,42$ mg, kalsiyum tüketimleri $517,94\pm175,59$ mg, çinko tüketimleri $7,53\pm2,69$ mg, demir tüketimleri $9,37\pm2,34$ mg ve fosfor tüketimleri $968,10\pm238,57$ mg olarak gösterilmiştir. Mineral tüketimleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). (Tablo 28.).

Tablo 28. “Bulimic Investigatory Test Edinburgh” sonuçlarına göre bireylerin günlük enerji ve besin öğeleri tüketimlerinin değerlendirilmesi

	BITE		P
	Tıkıncasına Yeme	Tıkıncasına Yeme	
	Bozukluğu Yok	Bozukluğu Var	
	Ort±SS	Ort±SS	
Enerji (kcal)	1683,0±769,05	1355,3±374,3	0,268
Karbonhidrat (g)	179,0±98,72	151,60±46,94	0,613
Karbonhidrat (%)	43,03±9,60	45,83±7,41	0,492
Protein (g)	71,34±38,39	63,52±14,39	0,831
Protein (%)	17,82±4,74	19,67±2,66	0,109
Yağ (g)	72,66±35,66	53,0±19,13	0,132
Yağ (%)	39,21±7,96	34,67±6,22	0,173
DYA (g)	30,44±13,64	22,51±11,19	0,156
ÇDYA (g)	13,53±9,76	9,50±2,73	0,564
TDYA (g)	23,18±12,90	16,55±6,15	0,107
Posa (g)	17,83±9,17	21,06±6,45	0,211
A vitamini (RE)	1039,5±542,88	1668,7±658,38	0,011**
E vitamini (mg)	13,43±9,48	11,38±3,34	0,877
C vitamini (mg)	63,59±41,5	138,29±41,33	0,001**
Tiamin (mg)	0,83±0,38	0,79±0,22	0,933
Riboflavin (mg)	1,39±0,51	1,21±0,36	0,415
Niasin (mg)	12,46±11,25	12,64±1,94	0,133
Vitamin B6 (mg)	1,17±0,74	1,31±0,18	0,066
Folik Asit (mcg)	246,24±109,88	244,49±82,75	0,690
Vitamin B12 (mcg)	5,08±3,74	4,06±1,15	0,443
Biotin (mcg)	37,41±16,39	37,46±7,09	0,654
Triptofan (mg)	851,26±439,16	738,25±170,80	0,654
Sodyum (mg)	1946,4±942,88	1353,3±734,43	0,112
Potasyum (mg)	1917,4±791,62	2058,4±416,59	0,291
Magnezyum (mg)	192,22±81,12	177,11±35,42	0,915
Kalsiyum (mg)	653,94±245,48	517,94±175,59	0,141
Çinko (mg)	9,31±5,14	7,53±2,69	0,283
Demir (mg)	9,09±4,35	9,37±2,34	0,459
Fosfor (mg)	1109,3±463,69	968,10±238,57	0,589

Mann Whitney U test

p<0.01 *p<0,001

5.TARTIŞMA

Beslenme, yaşamın tüm sürecinde yer alan vazgeçilmez bir ihtiyaçtır. Yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıkları kazanılması sağlığın korunmasında çok büyük bir yere sahiptir. Sağlıklı beslenme alışkanlıkları ile obezite, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, vitamin, mineral yetersizlikleri, kanser, protein enerji malnütrisyonu gibi birçok sağlık sorununun önlenmesi açısından önemli bir rol oynar (1).

Yapılan bir çalışmada; kadınların yaklaşık %37,8'nin okuryazar olmadığı, erkek bireylerin ise %39,2'si lise mezunu olduğu bulunmuştur. Bireylerin meslek grubu incelendiğinde kadınların %70'inin ev hanımı, erkeklerin ise %30,4'ünün emekli olduğu görülmüştür. Kadınların kardeş sayısı ortalaması 5,11 kişi, erkeklerin ise 5,10 kişidir (119).

Brezilya'da 178 obez kadın üzerine yapılan bir çalışmada kadınların yaş ortalamalarının 36,41 yıl olduğu, ortalama BKİ'nin 36,25 kg/m² olduğu saptanmıştır. Bu bireylerin %46'sının, evli %41'inin bekâr olduğu, %74,7'sinin eğitim düzeyinin yüksek olduğu ve en az 12 yıl ve üzeri eğitim aldığı görülmüştür (97). Portekiz'de kadınlar üzerinde yapılan çalışmada; katılan bireylerin yaş aralığı 18-60 yaş arası olup, yaş ortalaması 29,21±11,63 yıl olarak bulunmuş ve aldıkları eğitim süresi ortalama 13 yıl olarak bulunmuştur (120).

Bizim çalışmamızda bireylerin %77'sini kadınların oluşturduğu, yaş dağılımının 18 ile 65 arasında değişmekte olup, yaş ortalamasının 29,16±9,48 yıl olduğu görülmektedir. Bireylerin %65,4'ü bekâr, %32,1'i evli ve %2,5'i boşanmıştır. Ayrıca bireylerin ortalama kardeş sayısı ise 2,12 ±1,65 kişidir. Katılımcıların %60,5'inin üniversite mezunu olduğu ve %62,5'inin memur olarak çalıştığı saptanmıştır. Sağlıklı yaşam bilinci ile eğitim düzeyi arasında pozitif bir ilişki olduğu görülmektedir (121). Bu nedenle yapılan bu çalışma; bireylere sağlıklı beslenme bilinci kazandırmak açısından önemlidir.

Yapılan başka bir çalışmada, öğrencilerin %54,8'inin annesi, %25,7'sinin babası ilkokul mezunu olup, %88,2'sinin annesi ev hanımı, %36,6'sının babası emeklidir (122). Çalışmamızda ise annelerin %34'ünün ilkokul mezunu, %30,9'unun lise mezunu, %13'ünün üniversite mezunu; babaların ise %22,2'sinin ilkokul mezunu, %36,4'ünün lise mezunu, %21,6'sının üniversite mezunu olduğu saptanmıştır.

Ayrıca annelerin %68,5'inin ev hanımı ve babaların %56,8'inin memur olduğu görülmektedir. Sonuçların farklı olmasının sebebi sosyo-ekonomik farklılıklardan veya farklı bölgelerden kaynaklanabilir.

Obezite, tüm dünyada görülme sıklığı artan, bireylerin yaşam kalitesine düşüren ve sağlığa zarar veren kronik bir hastalıktır. Türkiye'de yapılan çalışmalardan biri olan TURDEP obezite prevalansını araştıran önemli bir çalışmadır. 1997-98 yılında yapılan TURDEP-I sonuçlarına göre bireylerin %22'si obez, %35'i hafif şişman, 2010'da yapılan TURDEP-II çalışmasına göre ise bireylerin %36,9'u obez, % 37'si hafif şişman bulunmuştur (123). Çalışmalarda görüldüğü gibi ülkemizde obezite prevalansı giderek yükselmektedir.

Yapılan bir çalışmada, bireylerin BKİ ortalaması $22,9 \pm 2,63$ kg/m² bulunmuş ve bireylerin %7,2'si zayıf, %67,9'u normal kilolu, %19,2'si fazla kilolu, ve %5,7'si obez olduğu görülmüştür (121). Yapılan başka bir çalışmada; BKİ sınıflamasına göre; bireylerin %3,6'sı zayıf, %39,7'si normal, %33,3'ü fazla kilolu ve %23,4 obez olduğu belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada kadınların %31,3'ü fazla kilolu, %26,3'ü obez; erkeklerin %36,6'sı hafif kilolu ve %18,4'ü obez olduğu ve cinsiyete göre BKİ sınıflaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p < 0,001$) (124). Bizim çalışmamızda bireylerin %5,5'i zayıf, %64,8'i normal, %23,5'i fazla kilolu ve %6,2'si obez olarak bulunmuştur. Kadınların %14,4'ünün fazla kilolu, %2,4'ünün obez olduğu görülürken; erkeklerin ise %54,1'inin fazla kilolu ve %18,9'unun obez olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda cinsiyete göre BKİ sınıflaması arasında anlamlı bir farklılık vardır ($p < 0,05$). Kadınların hafif kilolu ve obez olma sıklıklarının erkeklerden anlamlı şekilde düşük, normal olma sıklıklarının anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmektedir.

Obezite; diyabet, kalp ve damar hastalıkları, yüksek kan basıncı, kolesterol, kanser gibi sağlık sorunların riskini artırır (1). DSÖ verilerine göre obezite ve fazla kiloluluk Avrupa'daki yetişkin bireylerdeki hipertansiyonun %55'inden, iskemik kalp hastalıklarının %35'inden, tip 2 diyabetlilerin %80'inden sorumludur (125). Obezitenin sebep olduğu tüm bu sorunlar kadar, bireylerin üzerinde oluşturduğu sosyal ve psikolojik etkiler de düşünülerek önlemlerin alınması gerekir.

Fiziksel aktivite sağlık için çok önemlidir. Beden sağlığı yanında, sosyal ve ruhsal sağlığı da etkilemektedir. Fiziksel olarak inaktif olmanın diyabetin %27'sinden, bazı kanserlerin %21-25'inden ve iskemik kalp hastalıklarının %30'undan sorumlu olduğu saptanmıştır (126). Yapılan bir çalışmada; bireylerin %75,7'sinin düzenli fiziksel aktivite yapmadığı saptanmıştır (127). Bir diğer çalışmada, öğrencilerin %24,5'i düzenli olarak spor yaptığı tespit edilmiştir (128). Çalışmamızda bireylerin %76,5'inin fiziksel aktivite yapmadığı görülmektedir. Fiziksel aktivite yapmayanların yapmama nedenleri ise çoğunlukla zaman yetersizliği ve alışkanlıklarının olmamasıdır.

Yapılan bir çalışmada cinsiyet ile fiziksel aktivite yapma durumu arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Kadınların fiziksel aktivite yapma sıklığı %44 iken erkeklerin düzenli fiziksel aktivite yapma sıklığının %63 olduğu görülmüştür (128). Bizim alışmamızda ise cinsiyet ile fiziksel aktivite yapma durumu arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0,05$). Kadınların %21,6'sının, erkeklerin ise %29,7'sinin fiziksel aktivite yaptığı saptanmıştır. Yapılan araştırmalar inaktif yaşam tarzının her yıl iki milyondan fazla ölüme neden olduğunu göstermektedir (129). Bireylere fiziksel aktivitenin önemi benimsetilmeli, fiziksel aktivite yapabilmeleri için uygun koşullar oluşturulmalı ve gerekli eğitim ve uygulamalar ile desteklenmelidir.

Öğünlerin tüketim sıklığı ve her öğün alınan besin öğelerinin miktarı ile enerjinin yeterli ve dengeli olması vücudun fizyolojik dengesinin sağlanması ve organların korunması için çok önemlidir. Bunların yanında öğünlerin düzenli bir şekilde tktilmesi bireylerin daha sağlıklı düşünmesi, yorgunluğu giderebilmesi ve hastalıklara karşı korunması için de çok önemlidir. Türkiye'ye özgü Beslenme Rehberi'ne göre günde en az 3 öğün tktilmesi gereklidir (15). Ulaş ve Genç (2010), Malatya Asker Hastanesinde görev yapan sağlık personeli üzerinde yaptıkları bir çalışmada bireylerin %26,1'inin öğün atladığını ve genellikle atlanılan öğünün (%24,6) ğle ğn olduğunu bulmuşlardır(130). Öğrenciler üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise %43,4'ünün öğün atladığı ve genellikle atlanılan öğünün (%52,6) ğle yemeği, ikinci sırada ise kahvaltı olduğu (%39,7) görülmüştür (128). Snoek ve ark. (131) kahvaltı öğününü atlayan ve her gün düzenli kahvaltı yapanların şişmanlama eğilimlerinin daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir. Kılıç (2005) yaptığı çalışmada kadınların öğün atlama nedenlerinin çoğunlukla zaman yetersizliği ve zayıflama isteği olduğunu saptamıştır (132). Öğrencilerin üzerinde yapılan bir çalışmada öğün atlama

nedenlerinin başında zaman bulamama, sabah uyanamama ve hazırlayan birinin olmamasının geldiği görülmüştür (128). Yapılan başka bir çalışmada ise öğün atlama nedeninin yine zaman yetersizliği olduğu belirtilmiştir (133). Çalışmamızda bireylerin %66,0'sının öğün atladığı görülmektedir. Öğün atlayan bireylerin % 40,2 'si kahvaltıyı atlarken, %36,4'ü öğle yemeğini atlamaktadır. Öğün atlama nedenleri ise çoğunlukla açlık hissetmeme durumu (%53,3) ve iş yoğunluğundan dolayı zaman bulamama (%51,4) olduğu saptanmıştır.

İnsanın yaşamı için 50' ye yakın besin ögesine gereksinimi vardır. Besin ögeleri; karbonhidratlar, yağlar, proteinler, vitaminler, mineraller ve su olarak 6 grupta toplanır. Bu besin ögeleri gereğinden az ya da çok alındığında yetersiz ve dengesiz beslenme durumu oluşur. Bu durum da sağlığın bozulmasına sebep olur (1,3). Yeterli ve dengeli beslenebilmek için günlük toplam alınan enerjinin %50-60'ı karbonhidrattan, %12-15'i proteinden ve %25-30'u yağdan olmalıdır. Garibağaoğlu'nun yaptığı bir çalışmada günlük enerjinin karbonhidrattan sağlanan yüzdesinin düşük olduğu, yağ ve proteinden sağlanan yüzdesinin ise yüksek olduğunu saptanmıştır (134). Kılınç ve Çağdaş'ın (135) yaptığı bir çalışmada ise günlük enerjinin proteinden sağlanan yüzdesinin düşük, yağdan sağlanan yüzdesinin ise yüksek olduğu bulunmuştur. Günlük toplam enerji ile yağdan sağlanan yüzdenin yüksek olmasının nedeni simit, poğaç, bökrek gibi hamur işleri tüketimi, kızartılmış yiyecekler ve fast food yiyeceklerin tüketilmesi olabilir. Yüksek yağ içeren beslenme şeklinin obeziteye, kalp damar hastalıklarına, yüksek kan kolesterol ve basıncına neden olduğu bilinmektedir (136). Çalışmamızda, enerjinin karbonhidrat, protein ve yağdan gelen yüzdelilerinin kadınlarda (%43, %18, %39) ve erkeklerde (%44, %18, %40) bireylerde dengesiz olduğu saptanmıştır. Karbonhidrattan gelen yüzdenin önerilenin altında, yağdan ve proteinden gelen yüzdenin önerilenin üstünde olduğu görülmektedir. Bunun sebebi son zamanlarda medya da yayınlanan diyet haberleri ile ilgili olabileceği ve/veya bireylerin kilo vermek için karbonhidrat içeriği düşük olan diyetler uygulamış olması olabilir.

Posanın, sindirim sisteminin sağlıklı olmasını sağlayan, koroner kalp hastalıklarına karşı koruyan, daha çok tokluk hissi vererek obezitenin önlenmesinde rol oynayan ve kansere karşı koruyucu etkisi vardır (133). Günlük tüketilmesi gereken posa miktarı 25-30mg'dır (137). Çalışmamızda ortalama posa tüketimi 18 gr'dır. Bu miktarın artırılması için gerekli çalışmalar yapılmalıdır. Su alımının ise günlük 2-2,5 litre olması

gerekirken çalışmamızda bireylerin ortalama su tüketimi 1,46 litre olarak bulunmuştur. Su içme alışkanlığının kazandırılabilmesi için de çalışmalar yapılmalıdır.

Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyete göre günlük vitamin ve mineral alımı düzeyleri incelendiğinde; kadınlarda C vitamini, folik asit, biotin, potasyum, magnezyum, kalsiyum ve demir alımının; erkeklerde ise; C vitamini, folik asit, tiamin, potasyum, magnezyum ve kalsiyum alımının yetersiz olduğu görülmektedir. B12 vitamini ve fosfor alım düzeyinin ise tüm bireylerde önerilenden fazla olduğu saptanmıştır. Tüm katılımcılarda C vitamini ve potasyum alımında görülen yetersizlik sebze ve meyve tüketiminin yeterli olmadığını göstermektedir. Bizim çalışmamızda da görüldüğü gibi yapılan bir çok çalışmada kadınların özellikle kalsiyum ve demir alımlarının yetersiz düzeylerde olduğu görülmektedir. Kemik sağlığı için önemli olan kalsiyumun yetersiz alımı osteoporoz; yetersiz demir alımı ise yorgunluk, halsizlik, tırnak kırılmaları ve saç dökülmeleriyle birlikte anemiye sebep olmaktadır (138-140). Yapılan bir araştırmada kadınların %23,1'inde demir eksikliği anemisi olduğu saptanmıştır (140). Kalsiyum ve demir eksikliğinin önüne geçilebilmesi için süt ve süt ürünler, koyu yeşil yapraklı sebzeler, yumurta, et ürünleri, kurubaklagil ve kuru meyveler gibi besinler yeterli miktarda tüketilmelidir (138). Bu mineraller dışında magnezyum, çinko ve bakır gibi minerallerin eksiklikleri ile metabolik hastalıkların ortaya çıktığı görülmektedir (138-140). Yapılan başka bir çalışmada kadınlarda kalsiyum, demir, folik asit ve B12 vitamin alım düzeylerinin yetersiz olduğu saptanmıştır (141). Özellikle doğurganlık çağındaki kadınlarda folik asit yetersizliği, makrositik anemi ve nöral tüp defekti riskini arttırabilmektedir. Bunun önlenmesi için folik asitin en iyi kaynaklarından olan koyu yeşil yapraklı sebzeler, brokoli, bezelye, yumurta sarısı, badem, kuru fasulye gibi besinler yeterli miktarda tüketilmelidir (138). Öğrenciler üzerine yapılan bir çalışmada ise öğrencilerin posa, folik asit, tiamin, demir, kalsiyum ve magnezyum alımının yetersiz olduğu; fosfor ve sodyum alımının ise önerilenden fazla olduğu görülmüştür (142). Tiamin eksikliği olan bireylerde, depresyon ve duygusal hassasiyet gibi durumlar görülmesi söz konusudur. Tam tahıllı besinler, kuruyemişler, kurubaklagiller tiaminin en iyi kaynaklarıdır. Bizim çalışmamızda da erkeklerde görülen tiamin eksikliği yetersiz karbonhidrat tüketimine bağlı olabilir.

Bireylerin erken yetişkinlik evresi olan üniversite çağı ile birlikte yaşam şeklinde ve yeme alışkanlıklarında da değişiklikler başladığı görülmektedir. Daviy ve ark (143) yaptıkları bir çalışmada; öğrencilerin %76'sının dışarıda yemek yediğini, en çok tercih edilen yemek yeri arasında kafe, restoran ve fast-food restoranlarının önde olduğunu saptamışlardır. Yapılan başka bir çalışmada erkek öğrencilerin fast-food restoran tercihinin kız öğrencilerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Bireylerin ergenlikten yetişkinliğe geçiş süresinde edindiği alışkanlıklar hayatının devamı için de önemlidir (144). Bizim araştırmamızda bireylerin %98,8'inin dışarıda yemek yediği, kadınların %20,8'inin, erkeklerin ise %27'sinin her gün dışarıda yemek yediği görülmektedir. Kadınların çoğunlukla (%48,0) kafe ve restoran, erkeklerin ise çoğunlukla (%29,7) kebapçıları tercih ettikleri bulunmuştur. Cinsiyete göre yemek yeme seçimleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p < 0,05$).

Amerikan Diyetetik Derneği'nin yapmış olduğu bir çalışmada 25 yaş ve üzeri yetişkinlerin beslenme hakkında bilgi edindikleri kaynaklar incelenmiş; %72'sinin televizyonu, %58'inin magazini, %33'ünün gazeteleri, %18'inin radyoyu, %17'sinin aile/arkadaşları, %12'sinin sağlık personelini bilgi kaynağı olarak gösterdiği bulunmuştur. Yardımcı yaptığı çalışmada ise şişman kadınların % 12,1'inin diyet önerisini doktordan, % 12,2'sinin diyetisyenden, % 9,1'inin gazete ve dergiden aldığını belirtmiştir (145). Bizim çalışmamızda bireylerin beslenme ile ilgili bilgi edindikleri kaynaklar incelendiğinde; birinci sırada diyetisyen; ikinci sırada kadınların yazılı basın, erkeklerin arkadaş ve yakın çevreleri, üçüncü sırada ise kadınların radyo/tv, erkeklerin ise yazılı basın olduğu görülmektedir (Tablo 10). Yapılan birçok çalışma incelendiğinde, bireylerin beslenme ile ilgili bilgi edindikleri kaynaklar arasında ilk sırayı yazılı ve görsel medyanın aldığı görülmektedir. Bu durum bilgi kirliliğine ve hatalı bilgiler ile yanlış beslenme alışkanlıklarına sebep olabilmektedir. Bunun önüne geçebilmek için okul çağından itibaren yeterli ve dengeli beslenme konusunda eğitim verilmesi yararlı olabilir. Alışkanlıkların değiştirilmesi zor olduğu için doğru beslenme alışkanlığının sonradan öğrenmek yerine küçük yaşta doğru olarak öğrenmek ve edinmek çok önemlidir (146).

Beslenme alışkanlıklarını ve besin seçimini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Yapılan bir çalışmada, besin seçiminin ve beslenme alışkanlıklarının ekonomik faktörlerden, sağlıklı olma durumundan, iştah ve açlık duygusundan,

çevredeki kişilerden ve basın, medya gibi faktörlerden etkilendiği görülmüştür (147). Ukrayna’da yapılan bir araştırmada bireylerin yiyeceklerde en çok tazelik ve kaliteye önem verdiği, daha sonra ise ekonomik ve lezzetli olmasına dikkat ettikleri görülmüştür (148). İrlanda’da yapılan bir başka araştırmada kaliteli, taze ve lezzetli olması besin seçimini etkileyen en önemli faktörler iken, kişilerin sosyo-ekonomik düzeylerinin yiyeceğin ekonomik olmasına verilen önemi değiştirdiği görülmüştür (149). Yapılan başka bir çalışmada yaşları 19- 25 yaş arası olan bireylerin besin seçimini etkileyen etmenlerin başında kolay hazırlanabilir ve lezzetli olmasının (% 42,9) geldiği görülmüştür. Bunun yanında ekonomik olması, az yağlı ve kalorisi düşük ve sağlıklı olması gibi diğer faktörlerden de etkilendiği görülmüştür (150). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise öğrencilerin % 48,0’inin lezzete, % 23,0’ünün doyurucu olmasına, % 14,5’inin fiyatına ve %8,7’sini yiyeceğin kalorisine göre besin seçimi yaptığı görülmüştür (151). Bizim çalışmamızda bireylerin besin tercihlerine etki eden etmenler incelendiğinde ilk sırayı lezzetli olması (%97,5), ikinci sırayı tat, koku, kıvam gibi subjektif kalite kriterleri (%82,1), üçüncü sırayı ise kolay hazırlanabilir olması (%81,5) almıştır. Geriye kalan diğer etmenler ise sırasıyla pişirme yöntemi (%77,2), doyurucu olması (%76,5), az yağlı olması (%73,5), besin çeşitliliği sağlayabilmesi (%67,9), katkı maddesi içermemesi (%60,5), kalorisi düşük besleyici olması (%56,8), ekonomik olması (%53,7) ve su içeriğinin yüksek olmasıdır. (%33,33) (Tablo 11).

Son yıllarda yapılan araştırmalarda modern yaşamın gerektirdiği günlük rutinlerin yoğunlaşması ve koşuşturmaların artması ile uyku süresinde azalma olduğu görülmüştür. Azalan uyku süresi ve kalitesinin obezite üzerinde bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (151). Yapılan çalışmalar yetersiz uykunun, özellikle de 6 saatten az uyumanın adipoz dokunun artmasına ve ağırlık kazanımına neden olabileceğini göstermektedir (152,153). Kohatsu ve ark (154) yaptığı çalışmada, azalan uyku süresi ile artan BKİ arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır. Vorana ve ark (155) 924 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada ise, uyku süresi ile BKİ arasında ilişki olduğu; uyku süresinin azalması ile BKİ’de artış olduğu görülmüştür. Yapılan bir başka çalışmada ise diğer çalışmalardan farklı bir sonuç elde edilmiş ve uyku süresi azaldıkça, BKİ ‘de düşüş olduğu görülmüştür (156). Bizim çalışmamızda zayıf olan kadınların %100’ü altı saat ve üzerinde uyurken, normal kilosunda olan kadınların %94,7’si, fazla kilolu olan kadınların %94,4’ü, obez kadınların %100’ü altı saat ve üzeri uyuduğu görülmektedir. Normal kilosunda olan erkeklerin %90,0’i, fazla kilolu olan erkeklerin %57,2’si, obez

kadınların %85,7'si altı saat ve üzeri uyuduğu görülmektedir. BKİ gruplarına göre uyku saati dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Bireylerin kendi vücudunu algılama şekline beden algısı denir. Bireyin algıladığı vücut şekli ile sahip olduğu vücut şekli arasında farklılıklar olabilir. Örneğin zayıf olduğu halde kendini şişman olarak algılayan bireyler vardır. Bu bireyler hayalini kurduğu ideal beden yapısında olmadığı için beden memnuniyetsizliği yaşarlar (157). Uğur'un (158) yaptığı bir çalışmada, beden algısı memnuniyetsizliğinin özellikle 17-18 yaş grubunda görüldüğü saptanmıştır. Bu dönemde dış görünüşün kişiler için daha önemli olduğu, bedenleri ile ilgili daha çok kaygı duydukları, yaş ilerledikçe bu kaygının daha az olduğu saptanmıştır. Ülkemizde yapılmış bir başka çalışmada ise, kadınların beden algısının erkeklere göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Ayrıca beden algısını özellikle vücut yağ oranını etkilediği, beden kütle indeksinin etkilemediği görülmüştür (159). Türkiye beden ağırlığı algısı araştırmasında (2012) BKİ sınıflamasına göre fazla kilolu olanların sadece %38,7'si kendini fazla kilolu olarak algılayırken, %5,6'sı obez, %53,4'ü normal kiloda ve %2,3'ü zayıf olarak algıladığını ifade etmiştir. Obez olanların ise sadece %25,8'i kendini obez olarak algılamakta olup %54,2'si fazla kilolu, %18,9'u normal kiloda ve %1,1'i zayıf olarak algıladığını belirtmiştir. Zayıf olanların %62,5'i kendini zayıf olarak algılamakta, normal kiloluların %71,8' i kendini normal kiloda algılamaktadır (124). Bizim çalışmamızda ise bireylerin BKİ sınıflandırması ve beden algısı arasındaki ilişki incelendiğinde; normal ağırlıkta olan kadınların %26,3'ü kendini fazla kilolu, %2,5'i kilolu; zayıf olan kadınların ise %44,4'ü ise kendini normal ağırlıkta görmektedir. Fazla kilolu erkeklerin %55'i kendini normal ağırlıkta, obez olanların %28,6'sı ise kendini normal ağırlıkta görmektedir (Tablo 16).

Beden algısı sınıflamasına göre fazla kiloluların % 29,4'ünün ve obezlerin %35,4'ünün son bir yıl içinde diyet yaptığı görülmektedir. Kendini fazla kilolu veya obez olarak algılayanlar, BKİ sınıflamasına göre fazla kilolu veya obez olanlarla karşılaştırıldığında daha fazla diyet yaptıkları belirtilmiştir (160). Bizim çalışmamızda beden algısı sınıflamasına göre ise fazla kiloluların % 83,3'ü ve obezlerin %75'inin daha önce diyet yaptığı görülmektedir. Kendini kilolu ve obez olarak algılayanların BKİ sınıflamasına göre fazla kilolu veya obez olanlarla karşılaştırıldığında diyet yapma yüzdesinin daha yüksek olduğu görülmektedir.

Beden algısının yarattığı beden memnuniyetsizliği sonucunda yeme bozukluklarının giderek arttığı görülmektedir. Fakat çalışmamızda tıknırcasına yeme bozukluğu durumu ile beden algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızda; kendini çok zayıf olarak gören kişilerin %25'inde, zayıf olarak gören kişilerin %3,7'sinde, kendini normal gören kişilerin %2,2'sinde tıknırcasına yeme bozukluğu olduğu saptanmıştır.

Yeme bozukluklarının son yıllarda artış gösterdiği yapılan çalışmalarda görülmüştür. Bireylerin fiziksel görünümlerine verdikleri önem, formda olma isteği ile kilo verme isteği yeme bozukluklarına neden olan önemli etmenler arasındadır. (161,162). Özellikle bulimiya nervosa ve tıknırcasına yeme bozukluğu en yaygın olarak görülen yeme bozuklukları arasındadır. Bu yeme bozuklukları normal ve kilolu bireylerde daha sık görülmektedir (163). Bulimiya nervosa erken ergenlik döneminde başlayabileceği görülürken tıknırcasına yeme bozukluğu daha geç yaşlarda da ortaya çıkabilmektedir (47). Vanderlinden 'in (2001) 14-25 yaş arası kız öğrencilerde yaptığı bir çalışmada %41'inin yeme bozukluğu olduğu ve bu öğrencilerin % 15'inin her gün tıknırcasına yeme atağı yaşadığı görülmüştür (164). Yapılan bir başka çalışmada bireylerin %11,7'sinde yeme bozukluğu görülmüştür (165). Machado ve ark. (166) Portekiz'de yaptığı bir çalışmada ise kız öğrencilerin %10,3 ünde tıknırcasına yeme bozukluğu tespit edilmiştir. Kazkondou'nun (167) yaptığı bir çalışmada kız öğrencilerde görülen yeme bozukluğu sıklığının erkek öğrencilerden yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çok çalışmada erkeklerde görülen tıknırcasına yeme bozukluğunun kadınlardan daha az olduğu bulunmuştur. (168-170).

Bizim çalışmamızda bireylerin %3,7'sinde tıknırcasına yeme bozukluğu olduğu saptanmıştır. Cinsiyete göre dağılımına bakıldığında, kadınların %4'ünde erkeklerin ise %2,7'sinde tıknırcasına yeme bozukluğu olduğu görülmektedir. Cinsiyete göre TYB durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Yapılan bir çalışmada ise ailelerinin eğitim düzeyi düşük olan öğrencilerde yeme bozukluğu görülme riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (171). Bizim çalışmamızda ise bireylerin ebeveynlerinin eğitim düzeyine göre TYB durumu incelendiğinde ise yine aralarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Yapılan bazı çalışmalarda tıknırcasına yeme bozukluğunun obezite, kilo alımı ve kilo verme tedavilerinde başarılı olamamaya ilgili olduğu görülmüştür (172, 173). Yapılan çalışmalar sonucunda tıknırcasına yemeye sebep olan birçok faktör bulunmuştur. Bunlar; depresif duygu durumu, beden imaj kaygısı, endişeli olma, sıkıntılı olma ve diyet kısıtlamaları gibi faktörlerdir (164, 174-178). Bu duygusal faktörler yanında fiziksel faktörlerde vardır. Bunlar aç olma ve özellikle şeker içeren yiyecek yeme zorunluluğu hissetme gibi faktörlerdir. Bazı çalışmalar tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin fazla kilolu ve obez olduğunu gösterirken, bazı çalışmalar obezitenin tıknırcasına yeme bozukluğuna bir etkisi olmadığını göstermektedir (179, 180). Yapılan bazı klinik çalışmalarda ise tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin obez bireyler olmadığı hatta yarısının bile fazla kilolu olmadığı bulunmuştur. (181-183a). Bunların yanında yapılan başka araştırmalarda tıknırcasına yeme bozukluğu olan obez bireylerin, hem tıknırcasına yeme atağı sırasında hem de normal yemek yeme zamanlarında tıknırcasına yeme bozukluğu olmayan obez bireylere göre daha fazla kalori tüketme eğiliminde oldukları görülmektedir. Bu bireylerin duygusal durumlarda yeme eğilimi göstermekte olduğu, ayrıca yüksek seviyede yeme fizyopatolojisine ve psikiyatrik komorbiditeye sahip oldukları görülmüştür (184, 185). Buna ek olarak yapılan çalışmalar tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin fizyolojik odaklı tedavilere sıradan tedavilere göre daha iyi cevap verdiği görülmüştür (186, 187).

Bizim çalışmamızda normal ağırlıkta olan kişilerin %3,8'inde, fazla kilolu kişilerin %2,6'sında ve obez kişilerin %10'unda tıknırcasına yeme bozukluğu görülmektedir. Yeme bozukluğu olan bireylerin BKİ ortalaması $24,97 \pm 6,39 \text{ kg/m}^2$ 'dir. TYB olan bireylerin ortalama günlük enerji tüketiminin ($1355,3 \pm 374,3 \text{ kkal}$), TYB olmayan bireylerin enerji tüketiminden ($1683,0 \pm 769,05 \text{ kkal}$) düşük olduğu görülmüştür. TYB olan kişilerin günlük aldığı toplam enerjinin ortalama karbonhidrat yüzdesi TYB olmayan bireylerden yüksek, yağ yüzdesi ise düşüktür. Fakat TYB olmayan bireylerin aldığı toplam enerjinin karbonhidrat, protein ve yağ yüzde dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$).

Kazkondou'nun (167) yaptığı çalışmada, öğrencilerin şişman olmaktan korktuğu, başkalarının yanında yemek yemeye utandığı, yemek yerken kendine hakim olamama endişesi, bir anda fazla yiyecek yeme sonucu kendini suçlu hissetme, hatta bu suçluluktan arınmak için fazla egzersiz yapma, kusma gibi davranışlarda buldukları

tespit edilmiş. Özgen ve arkadaşlarının (188) ergenler üzerine yaptığı bir çalışmada ise kız öğrencilerin çoğunluğunun fiziksel görünümüne çok önem verdikleri, şişman olmaktan korktuğu, sürekli zayıf olmak isteklerinin olduğu, aşırı yemek yedikten sonra suçluluk duyduklarını, buna rağmen kendilerini kontrol edemedikleri bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada kız ergenlerin %43'ü daha zayıf olmayı isterken erkeklerin %18,7'si daha zayıf olmayı istediği tespit edilmiştir (189).

Bizim çalışmamızda kadınların %75,2'si erkeklerin ise %62,2'si şişman olmaktan korktuğu; aşırı yendiğinde kadınların %60,8'inin, erkeklerin ise %48,6'sının kendini suçlu hissettiği görülmektedir. Kadınların %9,6'sı, erkeklerin ise %8,1'i başkalarının önünde yemeyip gizlice yediğini belirtmektedir. Ayrıca kadınların %15,2'sinin, erkeklerin ise %16,2'sinin yeme konusunda bir güç tarafından zorlandığı görülmektedir. Kadınların %54,4'ü, erkeklerin ise %48,6'sı sadece yiyecek düşündüklerini belirtmektedir. Yeme alışkanlıklarının hayatlarını etkileme durumu incelendiğinde; kadınların %23,2'sinin, erkeklerin %16,2'sinin yeme alışkanlıklarının hayatlarını engellediğini, kadınların %26,4'ünün, erkeklerin %35,1'inin yeme alışkanlıklarının hayatlarına hükmettiği görülmektedir. Tıknırcasına yeme ile ilgili sorular incelendiğinde ise; kadınların %42,4'ünün, erkeklerin %43,2'sinin çok miktarda yiyeceği aynı anda tıknıdığı görülmektedir. Tıknıma sonrası kadınların % 25,6'sı ve erkeklerin %16,2 si mutsuz hissettiklerini belirtmektedir. Çalışmaya katılan kadınların %12,0'si, erkeklerin %2,7'si yalnızken tıknıdığını belirtirken, kadınların % 4,8'i, erkeklerin ise %5,4'ü tıknım için çaba sarf ettiklerini belirtmektedir. Çalışmamızda tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin sayısı çok düşük olsa da, tıknırcasına yeme eğilimi gösteren ve normal olmayan yeme davranışına sahip kişiler bulunmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışma İstanbul ilinde özel bir sağlık grubunun Beslenme ve Diyet Polikliniği'ne başvuran kişilerin beslenme alışkanlıkları ile yeme tutum ve davranışlarının belirlenmesi ve tıknircasına yeme bozukluğunun saptanması amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Çalışmaya, 125'i (%77,2) kadın, 37'si (%32,8) erkek olmak üzere toplam 162 sağlıklı birey katılmıştır. Bireylerin yaşları 18 ile 68 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması $29,16 \pm 9,48$ yıldır. Bireylerin BKİ ortalamaları ise $23,46 \pm 3,69$ kg/m² olarak bulunmuştur.

Çalışmaya katılan bireylerin %33,3'ü sigara kullanırken, %66,7'si kullanmamaktadır. Ayrıca bireylerin %43,8'i alkol tüketirken, %56,2'si alkol tüketmemektedir.

Çalışmaya katılan bireylerin 38'i (%23,5) fiziksel aktivite yaparken, 124'ü (%76,5) fiziksel aktivite yapmamaktadır.

Katılımcıların %34'ü 3 ana öğün yaparken, %63,5'i günde 2 ana öğün, %2,5'i günde 1 ana öğün yapmaktadır. Bireylerin %95,1'inin ara öğün yapma alışkanlığı var iken %4,9'u ara öğün yapmamaktadır.

Çalışmaya katılan bireylerin %40,2'si kahvaltıyı, %36,4'ü öğle yemeğini, %23,4'ü akşam yemeğini atlamaktadır.

Bireylerin %39,5'inin günde 5 bardak ve altı, %48,1'inin günde 6-10 bardak, %9,3'ünün günde 11 bardak ve üstü, %3,1'inin ise 17 bardak ve üstü su tükettiği görülmektedir. Bireylerin günlük ortalama su tüketimleri ise $1,45 \pm 0,8$ litredir.

Bireylerin %88,3'ü kafein içecek tüketirken, %11,7'si tüketmemektedir.

Çalışmaya katılan bireylerin %98'i akşam yemeğinden sonra atıştırmalık besinler tüketmektedir. Bu kişilerin %58,4'ü çikolata, gofret vb. besinler, %52'si taze ve/veya kuru meyveler yemeyi tercih etmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların %61,6'sı, erkeklerin %48,6'sı daha önce diyet yaptığı görülmektedir.

Çalışmaya katılan normal ağırlıkta olan kadınların %26,3'ü kendini fazla kilolu, %2,5'i obez, zayıf olan kadınların %44,4'ü ise kendini normal ağırlıkta görmektedir. Fazla kilolu olan erkeklerin %55'i kendini normal ağırlıkta, obez olanların %28,6'sı ise kendini normal ağırlıkta görmektedir.

Bireylerin günlük diyetle enerji tüketim ortalaması $1670,0 \pm 760,0$ kkal'dir. Diyetle toplam karbonhidrat tüketimi ve enerjinin karbonhidrattan gelen miktarı $178,0 \pm 97,36$ gramdır. Diyetle günlük posa tüketimi ortalama $17,95 \pm 9,08$ gramdır ve bu değer günlük önerilen miktarın altındadır. Diyetle toplam protein tüketim ortalaması $43,14 \pm 9,52$ gramdır. Diyetle toplam günlük yağ tüketim ortalaması $71,93 \pm 35,35$ gramdır.

Bireylerin günlük tiamin, folik asit, C vitamini, biotin tüketimleri yetersizken; E vitamini, riboflavin ve vitamin B₆ yeterli; A vitamini ve vitamin B₁₂ tüketimleri önerilenin üzerindedir.

Bireylerin günlük potasyum, kalsiyum, magnezyum tüketimleri yetersizken; sodyum, demir ve çinko tüketimi yeterli; fosfor tüketimi ise önerilen miktarın üzerindedir.

Bireylerin Bulimic Investigatory Test Edinburgh puanları 0 ile 27 arasında değişmekte olup, ortalaması $8,81 \pm 4,72$ 'dir. Çalışmaya katılan bireylerin %3,7'sinde tıknırcasına yeme bozukluğu olduğu saptanmıştır. Normal ağırlıkta olan kişilerin %3,8'inde, fazla kilolu olan kişilerin %2,6'sında ve obez olan kişilerin %10'unda tıknırcasına yeme bozukluğu görülmektedir.

Daha önce diyet yapan kişilerin %6,3'ünde tıknırcasına yeme bozukluğu olduğu saptanmıştır.

Tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin enerji tüketimleri ortalama $1355,3 \pm 374,3$ kkal iken, tıknırcasına yeme bozukluğu olmayan bireylerin enerji tüketimleri ortalama $1683,0 \pm 769,05$ kkal'dir.

Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin günlük toplam aldığı enerjinin karbonhidrattan gelen miktarı %45,83±7,41, proteinden gelen yüzdesi %19,67±2,66, yağdan gelen yüzdesi %34,67±6,22 iken; tıkınırcasına yeme bozukluğu olmayan bireylerin günlük toplam aldığı enerjinin karbonhidrattan gelen miktarı %43,03±9,60, proteinden gelen yüzdesi %17,82±4,74, yağdan gelen yüzdesi %39,21±7,96'dır.

Çalışmaya katılan bireylerin %42,6'sının çok miktarda yiyeceği aynı anda tıkindığı; bireylerin %23,5'inin tıkinma sonrası mutsuz hissettikleri; bireylerin %9,9'unun yalnızken tıkindığı ve %4,9'unun tıkinmak için çaba sarf ettikleri görülmektedir.

6.2. Öneriler

Son yıllarda küreselleşmeyle beraber hızla değişen yaşam koşulları, artan stres faktörleri bireylerin beslenme alışkanlıkları ile yeme tutum ve davranışlarını yakından etkilemektedir. Değişen yaşam koşulları ile beraber olumsuz yönde etkilenen yeme tutum ve davranışları; obezite, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, karaciğer hastalıkları ve kanser gibi hastalıklar yanında ciddi bir sağlık sorunu olarak görülen yeme bozukluklarının da oluşmasına sebep olmaktadır. Günümüzde yaygın olarak görülen yeme bozukluklarından biri tıkınırcasına yeme bozukluğudur. TYB ruhsal olarak bireyi etkileyen, fiziksel ve psikososyal fonksiyonlarına zarar veren ve bireyin kilo kontrol davranışlarını olumsuz yönde etkileyen bir hastalık olduğundan iyileştirici önlemler alınması gerekmektedir.

Bu çalışmaya katılan bireylerin yeme tutum ve davranışlarının düzeltilmesi ve daha sağlıklı bir yaşam sürmelerinin sağlanması amacıyla;

- Yeme bozuklukları özellikle erken ergenlik döneminde başladığı için okul çağından itibaren yeterli ve dengeli beslenme konusunda eğitim verilmesi,
- Bu eğitimlerin özellikle medya araçları kullanılarak ve diyetisyenlerin aktif görev almalarının sağlanarak gerçekleştirilmesi,
- Bireyin optimal ağırlığına ulaşmasının ve bunun sürdürülmesinin sağlanması

- Karbonhidrat, yağ ve protein tüketiminin dengelenmesi için, topluma besin seçimi ve dengeli beslenme konusunda eğitim verilmesi,
- Posa tüketim miktarının ve günlük su alımının artırılması ve su içme alışkanlığının kazandırılabilmesi için çalışmalar yapılması
- Bireylere fiziksel aktivitenin önemi benimsetilmesi, fiziksel aktivite yapabilmeleri için uygun koşullar oluşturulması ve gerekli eğitim ve uygulamalar ile desteklenmesi
- Yeme bozuklukları hakkında halkı bilinçlendirmeye yönelik kamu spotları, eğitim ve seminerler düzenlenmesi,
- Yeme bozukluklarında temel hedefin ruhsal rahatsızlıkların tedavi edilmesi olduğu vurgulanması,
- Yeme bozuklukları tedavisinin psikologlar, diyetisyenler, psikiyatrist, endokrinolog, jinekolog, gastroenterolog ve pediatristler gibi çeşitli branşlardaki hekimlerin iş birliği ile yürütülmesi,
- Yeme bozuklukları ile beslenme ilişkisine yönelik çalışmaların sayısının artırılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

1. T. C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2004)
2. Yeterli ve Dengeli Beslenme. Erişim: <http://www.beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=68>, Erişim Tarihi: 28 Ağustos 2015.
3. Baysal A. *Beslenme*. 13'üncü baskı, Hatiboğlu yayınları, Ankara, 2011: 9-507.
4. Swinburn B, Egger G, Raza F. "Dissecting obesogenic environments: The development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity", *Prev Med*. 1999; 29: 563-570.
5. Sallis J, Owen N. Ecological models of health behavior. In: Glanz K, Rimer B, Lewis F, eds. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. San Francisco: JosseyBass; 2002: 462-484.
6. Patrick L. "Eating disorders: a review of the literature with emphasis on medical complications and clinical nutrition", *Alternative Medicine Review*, 2002, 7(3), 184–202.
7. Mahan LK, Stump S "Krause's food and nutrition therapy", Saunders Elsevier Publishers, 2008, Philadelphia.
8. Köroğlu E. *Yeme Bozuklukları DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı*. 2'inci baskı, Hekimler yayın birliği, Ankara, 2005; 241-244.
9. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*, American Psychiatric Association, Arlington, VA, 2013
10. Yücel B. "Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: Yeme bozuklukları", *İstanbul Tabib Odası*, 2009, 22 (4): 39-43.
11. Mathes WF, Brownley KA, Mo X, Bulik CM. "The biology of binge eating", *Appetite*, 2009, 52; 545-555.
12. Dingemans AE, Bruna MJ, van Furth EF "Binge eating disorder", *Int J Obes*, 2002, 26:299-307.

13. Wilson GT. "Treatment of binge eating disorder", *Psychiatr Clin North Am*, 2011, 34:773-783.
14. Westerberg DP, Waitz M. "Binge eating disorder", *Osteopathic Family Physician*, November-December 2013, 5(6): 230- 233.
15. WHO: Definition OF Health. Erişim:
<http://who.int/about/definition/en/print.html> , Erişim tarihi: 28 Ağustos 2015.
16. şanlıer N. *Beslenme ve Besin Öğeleri*. Pegem Yayıncılık, 2002, Ankara.
17. Baysal A. "Toplu Gıda Tüketimi Yapılan Kuruluşlarda İnsan Gücü Verimliliğini Arttırmaya Yönelik Beslenme Teknikleri" MPM Yayınları,325, 1989, Ankara.
18. Baysal A, Aksoy M, Besler T, Bozkurt N, Keğecioğlu S, Mercanlıgil SM, Merdol TK, Pekcan G, Yıldız E. *Diyet El Kitabı*. 6'ıncı baskı, Hatiboğlu yayınları, Ankara, 2011.
19. Pekcan G. "Beslenme Durumunun Saptanması", T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008, Ankara.
20. Aytekin F. "Ankara'da Farklı Sosyo Ekonomik Düzeyde Ailelerin Beslenme Alışkanlıkları ve Etkileyen Faktörler Üzerinde Bir Araştırma", A.Ü. Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 1993, Ankara.
21. şentürk ř, Yüksel B, Özer H, akır B, Bideci E. " Toplumun Beslenmede Bilinlendirilmesi:Saha Beslenmesi İçin Toplum Beslenmesi Eğitim Materyalı", T.C. Sağlık Bakanlığı, Ekim 2012, Ankara.
22. Steptoe A, Pollard TM, Wardle J. "Development of a measure of the motives underlying the selection of food: the Food Choice Questionnaire", *Appetite*, 1995, 25: 267– 284.
23. Glanz K, Basil M, Maibach E, Goldberg J, Snyder D. "Why Americans eat what they do: taste, nutrition, cost, convenience, and weight control concerns as influences on food consumption", *J Am Diet Assoc*, 1998, 95:1118-1126.

24. Kurtaraner MO. "Obezitesi olan ve olmayan 14 - 17 yaş aralığındaki ergenlerin ruhsal süreçlerinin, beden algıları, aile özellikleri ve beslenme alışkanlıkları yönünden incelenmesi." İstanbul Bilim Üniversitesi. Psikoloji Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2012, İstanbul.
25. Macht, M. "Characteristics of Eating in Anger, Fear, Sadness and Joy", *Appetite*, 1999, 33(1), 129–139.
26. Macht M, Roth S, Ellgring H."Chocolate Eating in Healthy Men During Experimentally Induced Sadness and Joy", *Appetite*, 2002, 39(2); 147–158.
27. Canetti L, Bachar E, Berry EM. "Food and Emotion" *Behavioural Processes*, 2002, 60(2); 157–164.
28. Laitinen J, Ek E, Sovio U."Stress-Related Eating and Drinking Behavior and Body Mass Index and Predictors of This Behavior" *Preventive Medicine*, 2002, 34(1), 29–39.
29. Macht M."How Emotions Affect Eating: A Five-Way Model", *Appetite*, 2008, 50(1); 1–11.
30. Akdevelioğlu Y, Gümüş H. "Eating Disorder and Body İmage Perception Among Univeristy Students", *Pakistan Journal of Nutrition*, 2010, 9(12); 1187-1191.
31. Saygılı F. "Obezite Komplikasyonları" Ed: Yılmaz C," *Obezite ve Tedavisi*" Mart matbaacılık,1999, İstanbul; 41-57.
32. Bayraktar E "Obezitenin Psikolojik Yönleri" Ed: Yılmaz C," *Obezite*", Nobel Tıp Kitapevleri, 1995; 107-137.
33. Arslan P, Karağaoğlu N, Duyar İ. "Yüksek öğrenim gençlerinin beslenme alışkanlıklarının beslenme puanlama yöntemi ile değerlendirilmesi", *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 1994, 22:195-208.
34. Baş M. "Diyetsel yaklaşım ve ağırlık yönetimi ilişkisi. Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi", (Baysal A, BAŞ M, ed). 1'inci baskı. İstanbul, 2008; 202-232.
35. National Institute of Mental Health. "Eating disorders: facts about eating disorders and the search for solutions" NIH Publication, 2002.

36. Ünalın D, Öztıp B D, Elmalılı F, Öztürk A, Konak D, Pırlak B, Güneş D. “Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki”. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2009, 16 (2): 75-81.
37. Graham Y. The Ohio State University Extension Fact Sheet, Introduction: “*Eating disorders awareness*”, 2015.
38. Stice E, South K, Shaw H. “Future Directions in Etiologic, Prevention, and Treatment Research for Eating Disorders” *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 2012, 41(6); 845–855.
39. Özenoğlu A. “Yeme Bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Komorbidite” Ankara, Başkent Üniversitesi, 2011.
40. Köroğlu E. *Klinik Uygulamada Psikiyatri Tanı Ve Tedavi Klavuzları Kitabı*. Hekimler Yayın Birliği. 2009: 589-596.
41. Herzog DB, Eddy KT. “Diagnosis, epidemiology and clinical course of eating disorders, In *Clinical Manual of Eating Disorders* (Eds J Yager, PS Powers)”, Arlington, American Psychiatric Publishing, 2009; 1-31.
42. Bayraktar F. “Aşırı Yeme Bozuklukları”, *Türkiye Klinikleri J Endocrin*. 2009, 2(3): 25-9.
43. Uskun E, Sabaplı A.” The relationship between body image and eating attitudes of secondary school students”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2013.
44. Iacovino JM, Gredysa DM, Altman M, Wilfley DE.” Psychological treatments for binge eating disorder” *Curr Psychiatry Rep*, 2012, 14: 432- 446.
45. Kessler RC, Berglung PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V et al.”The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys” *Biol Psychiatry*, 2013, 73:904-914.
46. Grucza RA, Przybeck TR, Cloninger CR. “Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample” *Compr Psychiatry*, 2007, 48: 124-131.

47. Wonderlich S.A, Gordon KH, Mitchell JE. "The validity and clinical utility of binge eating disorder", *International Journal of Eating Disorders*, 2009, 42: 687–705.
48. Vardar E, Erzengin M. "Ergenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları iki aşamalı toplum merkezli bir çalışma", *Türk Psikiyatri Derg*, 2011, 22:205-212.
49. *Striegel-Moore* RH, Franko D. "Epidemiology of binge eating disorder", *Int j eat disord*, 2003, 34: 19-29.
50. Didie E, Fitzgibbon M."Binge eating and psychological distress: Is the degree of obesity a factor?", *Eating Behaviors*, 2005, 6; 35–41.
51. Vinai P, Da Ros A, Speciale M, Gentile N, Tagliabue A, Vinai P et al. "Psychopathological characteristics of patients seeking for bariatric surgery, either affected or not by binge eating disorder following the criteria of the DSM IV TR and of the DSM 5", *Eat Behav*, 2015, 16:1-4.
52. Devlin MJ, Allison KC, Goldfein JA, Spanos A, Management of Eating Disorders Not Otherwise Specified. In: *Clinical Manual of Eating Disorders*, (Eds J Yagers, PS Powers), American Psychiatric Publishing, 2007, Arlington; 195-207.
53. Vocks S, Tuschen-Caffier B, Pietrowsky R, Rustenbach SJ, Kersting A, Herpertz S." Meta-Analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder", *Int J Eat Disord*, 2010, 43:205-217.
54. NICE. "Eating disorders - Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, related eating disorders" NICE Clinical Guideline, 2004, 9, London, National Institute for Clinical Excellence.
55. Ricca V, Castellini G, Mannucci E, Sauro CL, Ravaldi C, Rotella CM et al."Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. A randomized, three-year follow-up study", *Appetite*, 2010, 55:656-665.
56. *Striegel-Moore* RH, Wilson GT, DeBar L, Perrin N, Lynch F, Rosselli F et al. "Cognitive behavioral guided self-help for the treatment of recurrent binge eating", *J Consult Clin Psychol*, 2010, 78:312-321.
57. Vella-Zarb RA, Mills JS, Westra HA, Carter JC, Keating L."A randomized

controlled trial of motivational interviewing + self-help versus psychoeducation and self-help for binge eating”, *Int J Eat Disord*, 2015, 48:328-332.

58. Fischer S, Meyer AH, Dremmel D, Schlup B, Munsch S. “Short-term cognitive-behavioral therapy for binge eating disorder: long-term efficacy and predictors of long-term treatment success” *Behav Res Ther*, 2014, 58:36-42.

59. Allison KC., Crow SJ., et al.”Binge eating and night eating syndrome in adults with type 2 diabetes”, *Obesity*, 2007,15(5): 1287-1293.

60. Allison KC, Lundgren JD, O'Reardon JP, Geliebter A, Gluck ME, Vinai P, et al. “Proposed Diagnostic Criteria for Night Eating Syndrome”, *Int J Eat Disord* 2009;17.

61. Orhan FÖ, Tuncel D. “Gece Yeme Bozuklukları Night Eating Disorders” *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches In Psychiatry*, 2009, 1: 132-154.

62. Donini L.M, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Canella C. “Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon”, *Eating and Weight Disorders*, 2004, 9:151-157.

63. Bratman S, Knight D. “*Health Food Junkies: Overcoming the Obsession with Healthful Eating*”, Broadway Books, New York, 2000.

64. Cartwright MM. “Eating disorder emergencies: understanding the medical complexities of the hospitalized eating disordered patients” *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 2004,16 (4):515-30.

65. Fidan T, Ertekin V, Işıkkay S, Kırpınar Ş. “Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey”, *Comprehensive Psychiatry*, 2010, 51 (1): 49-54.

66. Young S, Wilson M, Miller D, Hillier S. “*Toward a comprehensive approach to the collection and analysis of pica substances, with emphasis on geophagic materials*”, *Plos One*. 2008, 3(9):31-47.

67. Göktürk Ü. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi*. İstanbul Üniversitesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2000.

68. Gershon ES, Schreiber JL, Hamovit JR, Dibble ED, Kaye W, Nurnberger JL; Andersen AE; Ebert M. “Clinical findings in patients with anorexia nervosa and

affective illness in their relatives”, Am J Psychiatry, 1984, 141:1419-1422.

69. Strober M, Lampert C, Morell W. “A Controlled family study of anorexia nervosa: evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders” Int J Eat Disorders, 1990, 9:239-253.

70. Kasset JA, Gershon ES, Maxwell ME, Guroff JJ, Kazuba DM, Smith AL, Brandt HA, Jimerson DC.”Psychiatric disorders in the relatives of probands with bulimia nervosa”, Am J Psychiatry 1989, 146:1468-1471.

71. Grogan S. “Body Image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children: Great Britain. Biddles Ltd”, Guildford and Kings Lynn, 1999.

72. Soygöl, G. “Yeme Bozukluklarının bilişsel-davranışçı terapi yaklaşımı “(Ed.I Savaşır, G. Soygöl, E. Kabakçı), 2003.

73. Davison GC, Neale JM. “Anormal Psikolojisi” Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2004, 29.

74. Kocabaşoğlu N. Yeme Bozuklukları. Yeni Symposium 2001, 39 (2): 95-99.

75. Hoek H, Hoeken V. “Review of the prevalence and incidence of eating disorders”, International Journal of Eating Disorders, 2003, 34(4): 383-386.

76. Batıgün D, Utku Ç. “Bir grup gençte yeme tutumu ve öfke arasındaki ilişkinin incelenmesi”, Türk Psikoloji Dergisi, 2006, 21(57): 65-78.

77. Küey G. “Yeme bozuklukları”, İ.Ü. Cerrah Paşa Tıp Fak. Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, Adolesan Sağlığı II, 2008, 63: 81-83.

78. Russell S, Ryder S.“Building the relationship between body image and disordered eating graph and explanation): A Tool for Parents and Professionals, Eating Disorders” The Journal of Treatment and Prevention, 2001, 9(1):1-14.

79. Semiz M, Kavakçı Ö, Yağız A “Sivas il merkezinde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve eşlik eden psikiyatrik tanılar”, Türk Psikiyatri Dergisi, 2012, 23: 1-8.

80. Siyez DM. “Yeme bozukluğu olan çocuklar ve ergenler etiyolojisiyle ilgili çalışmalar, müdahale, değerlendirme ve tedavi”, Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi, 2006, 20: 21-27.

81. Cinemre B. Yeme bozuklukları: epidemiyoloji ve eşlik eden hastalıklar. Yeme Bozuklukları. İzmir, Ege Psikiyatri Süreli Yayınları, 1999, 4 (2):137-154.
82. Garfinkel P.E, Lin E, Goering P, Spegg C, Goldbloom, D.S, Kennedy S. "Should amenorrhea be necessary for diagnosis of anorexia nervosa? Evidence from a Canadian community sample", British Journal of Psychiatry. 1996, 168:500-506.
83. Keçeli F. "Yeme Bozukluğu Hastalarında Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Kişilik Bozukluğunu saptamaya yönelik bir çalışma", Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.
84. Who Expert Consultation. "Appropriate Body Mass Index for Asian Populations and its Implications for Policy and Intervention Strategies", The Lancet, 2004, 157-163.
85. Bakhshi E, Eshraghian MR, Mohammad K, Foroushani AR, Zeraati H, Fotouhi A. "Sociodemographic and smoking associated with obesity in adult women in Iran: Results from the National Health Survey", J Public Health, 2008, 30; 429-435.
86. Insel P, Turner E, Ross DS. "Energy Balance, Body Composition and Weight Management", Nutrition, Third Edition, 2007, 329-379.
87. Şanlıer N. "Gençlerde Biyokimyasal Bulgular, Antropometrik Ölçümler, Beden Bileşimi, Beslenme ve Fiziksel Aktivite Durumlarının Değerlendirilmesi", Gazi Üniversitesi, Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi 2005;25:47-73.
88. WHO, BMI Classification.
http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html Erişim tarihi: 28.08. 2015
89. Yıldırım M, Akyol A, Ersoy G. "Şişmanlık (Obezite) ve Fiziksel Aktivite" (Koord. Besler T ve Rakıcıoğlu N, Ed: Coşkun A, Kesici C, Çelikcan E, Bilici S.) Hastalıklarda Beslenme ve Obezite Bilgi Serisi Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2008; 235-244.
90. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA). Saha uygulaması el kitabı. Ankara.
91. WHO, Obesity and Overweight, Fact Sheet No 311, January 2015.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> Erişim Tarihi: 28 Ağustos 2015.
92. Hajian-Tilaki KO, Heidari B. "Prevalence of obesity, central obesity and the

associated factors in urban population aged 20-70 years, in the North of Iran: A population-based study and regression approach”, *Obes Rev*, 2007;8:3-10.

93. Akbulut G, Özmen M, Besler T. Çağın Hastalığı Obezite. *Bilim ve Teknik Dergisi*, Yeni Ufuklar Eki, Mart 2007:1-15.

94. Arslan M, Başkal N, Çorakçı A ve ark.” Ulusal Obezite Rehberi”, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Yayını, 1999.

95. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response, Ed. Francesco Branca, Haik Nikogosian ve Tim Lobstein, WHO, Denmark, 2007.

96. Gürdal KA. “Psikanalitik kuram ve yeme bozuklukları. In *Yeme Bozuklukları ve Obezite* “,(Ed: B Yücel, A Akdemir, A Gürdal Küey, F Maner, E Vardar), Türk Psikiyatri Derneği, Ankara, 2013;59-65.

97. Bulik CM, Sullivan PF, Kendler KS. “Genetic and environmental contributions to obesity and binge eating”, *Int J Eat Disord*, 2003, 33:293-298.

98. Yumuk VD. “Prevalence of obesity in Turkey”, *Obes Rev*, 2005;6(1):9-10.

99. Satman I, Yilmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S. “Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the turkish diabetes epidemiology study (TURDEP)”, *Diabetes Care* 2002; 25(9): 1551-6.

100. Schienle A, Schäfer A, Hermann A, Vaitl D. “Binge-eating disorder: reward sensitivity and brain activation to images of food”, *Biol Psychiatry*, 2009; 65(8): 654-61.

101. Legenbauer T, Vocks S, Betz S, Bagueña Puigcerver MJ, Benecke A, Troje NF. “Differences in the nature of body image disturbances between female obese individuals with versus without a comorbid binge eating disorder: an exploratory study including static and dynamic aspects of body image”, *Behav Modif*, 2011;35(2):162-86.

102. Yanovski SZ. “Binge eating disorder and obesity in 2003: could treating an eating disorder have a positive effect on the obesity epidemic?” *Int J Eat Disord*, 2003, 34; 117-20.

103. Spitzer RL, Stunkard A, Yanovski S, Marcus MD, Wadden T, Wing R, Mitchell J, Hasin D. "Binge eating disorder should be included in DSM-IV: a reply to Fairburn et al.'s 'The classification of recurrent overeating: the binge eating disorder proposal'." *Int J Eat Disord*, 1993;13:161-169.
104. Marcus MD, Moulton MM, Greeno CG. "Binge eating onset in obese patients with binge eating disorder", *Addict Behav*, 1995;20(6):747-55.
105. Wilson GT, Fairburn CG. "Cognitive treatments for eating disorders", *J Consult Clin Psychol*, 1993;61(2):261-9.
106. Fairburn CG. *Eating disorders: The transdiagnostic view and the cognitive behavioral theory. Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. 1st ed. New York, The Guilford Press, 2008; 7-22.
107. Cooper Z, Fairburn CG. "A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity", *Behav Res Ther*, 2001;39(5):499-511.
108. Masheb RM, Grilo CM. "The nature of body image disturbance in patients with binge eating disorder", *Int J Eat Disord*, 2003;33(3):333-41.
109. Striegel-Moore RH, Cachelin FM, Dohm FA, Pike KM, Wilfley DE, Fairburn CG. "Comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa in a community sample" *Int J Eat Disord*, 2001 Mar, 29(2):157-65.
110. Grilo CM, Hrabosky JI, White MA, Allison KC, Stunkard AJ, Masheb RM. "Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder and overweight controls: refinement of a diagnostic construct", *J Abnorm Psychol*, 2008;117(2): 414-9.
111. Goldschmidt AB, Hilbert A, Manwaring JL, Wilfley DE, Pike KM, Fairburn CG, et al. "The significance of overvaluation of shape and weight in binge eating disorder", *Behav Res Ther* 2010; 48(3):187-93.
112. Marcus MD, Wing RR, Ewing L, Kern E, Gooding W, McDermott M. "Psychiatric disorders among obese binge eaters", *Int J Eat Disord*, 1990, 9(1):69-77.
113. Bulik CM, Sullivan PF, Kendler KS. "Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge eating", *Int J Eat Disord*, 2002, 32(1): 72-8.

114. Mitchell JE, Mussell MP. "Comorbidity and binge eating disorder", *Addict Behav*, 1995, 20(6); 725-32.
115. Kuehnel RH, Wadden TA. "Binge eating disorder, weight cycling, and psychopathology", *Int J Eat Disord*, 1994, 15(4):321-9.
116. Collins JC, Bents JE. "Behavioral and psychological factors in obesity", *Journal of Lancaster General Hospital*, 2009, 4(4): 124-127.
117. Westerlund L, Ray C, Roos E. "Associations between sleeping habits and food consumption patterns among 10-11 yearold children in Finland", *Br J Nutr*, 2009, 102:1531-7.
118. Henderson M, Freeman CPL." A self-rating scale for bulimia. The "BITE"", *Bri J of Psyhiatry*, 1987, 150: 18-24.
119. Akbulut, G. Sivas İli'nin Başlıca Nüfus Coğrafyası Özellikleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Sivas, 2007, 31 (1); 83-100.
120. Freitas SR, Lopes CS, Appolinario JC, Countinho W. "The assessment of binge eating disorder in obese women: A comparison of the binge eating scale with the structured clinical interview for the DSM-IV", *Eating Behaviors*, August 2006, 7(3); 282-289.
121. Poinhos R, Franchini B, Afonso C, Correia F, Teixeira VH, Moreira P, et al. Alimentation and life styles of the Portuguese population: Methodology and preliminary results. *Alimentation Human*, 2009, 15 (3); 43-60.
122. Ünalın D, Öztıp DB, Elmalı F, Öztürk A, Konak D, Pırlak B, Güneş D. "Bir Grup Sağlık Yüksekokulu Öğrencisinin Yeme Tutumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki", *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2009, 16 (2); 75-81.
123. Satman İ. ve TURDEP-II Çalışma Grubu." Türkiye Diyabet Prevelans Çalışmaları": TURDEP-I ve TURDEP-II, 47.Ulusal Diyabet Kongresi, Antalya, 11-15 Mayıs 2011.

124. Karakaya K, Baran E, Tüzün H, Göçmen L, Erata M, Arıkan D, Kökalan YH. “Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması”. Sağlık Bakanlığı, Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Ankara, 2012.
125. Dünya Sağlık Örgütü, Dünyada Obezite Görülme Sıklığı. <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=39> , Erişim tarihi: 28 Ağustos 2015.
126. WHO, Physical Activity. Erişim: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/> , Erişim Tarihi: 28 Ağustos 2015.
127. Özger Ağaca İ. *Fazla kilolu ve obez bireylerde duygu değişiklikleri ve yeme eğilimi ilişkisinin değerlendirilmesi*. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2012.
128. Ermiş E, Doğan E, Erilli NA, Satıcı A. “Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının incelenmesi”, Journal of Sports and Performance Researches, 2015, 6(1); 30-40.
129. WHO: World Health Organization. Physical activity and young people. Erişim: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/en/ Erişim Tarihi: 28 Ağustos 2015.
130. Ulaş B, Genç MF. “Malatya Asker Hastanesi’nde 2007 yılında görev yapan personelin sağlıklı beslenme konusundaki tutum ve davranışları”, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2010, 17(3); 187-193.
131. Snoek HM, Strien TV, Janssens JM, Engels RC. “Emotional, external, restrained eating and overweight in Dutch adolescents”, Scandinavian Journal of Psychology, 2007, 48; 23-32.
132. Kılıç, E. (2005). *Üç Kuşak Kadının Beslenme Durumu ve Bilgi Düzeyleri İle Besin Hazırlama, Pişirme, Saklama Uygulamalarının Karşılaştırılması*. G.Ü. Eğitim Bilimleri Enstitüsü Aile Ekonomisi ve Beslenme Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

133. Ayhan DE, Günaydın E, Gönüaık E, Arslan U, etinkaya F, Asımı H, Uncu Y. “Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ve bunları etkileyen faktörler”, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi, 2012, 38(2); 97-104.
- Samur G ve Mercanlıgil SM. “Diyet posası ve beslenme”, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını, 2.Baskı, 2012, Ankara.
134. Garipađaođlu M, Eliuz B, Esin K. “Tıp fakóltesi 1. sınıf öğrencilerinin beslenme durumlarının değerlendirilmesi”, İstanbul Tıp Dergisi, 2012, 13(1); 1-8.
135. Kılınç FN, ağdaş D. “Sağlık meslek lisesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının, beslenme bilgi düzeylerinin ve vücut bileşimlerinin değerlendirilmesi”, Türk Ped Arş, 2012, 47; 181-8.
136. Hooper L, Summerbell CD, Higgins. “Dietary fat intake and prevention of cardiovascular disease: systematic review”, BMJ, 2001, 322; 757-63.
137. Samur G ve Mercanlıgil SM. “Diyet posası ve beslenme”, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını, 2.Baskı, 2012, Ankara.
138. Aksoy M. *Beslenme Biyokimyası*, Hatipoğlu Yayınları, Ankara, 2000.
139. Saito N, Tabata N, Saito S, Andou Y, Onaga Y, Iwamitsu A ve diğerleri. “Bone mineral density, serum albumin and serum magnesium”, Journal of the American College of Nutrition, 2004, 23(6), 701-703.
140. Patterson AJ, Brown WJ, Roberts DCK ve Seldon MR. “Dietary treatment of iron deficiency in women of childbearing age”, The American Journal of Clinical Nutrition, 2001, 74; 650-656.
141. Czapska D, Ostrowska L, Stefańska E ve Karczewski J. (2009). “Assessment of the levels of chosen mineral components in daily food rations of medical university students in the years 2002/2004 and 2008/2009” *Bromatologia i Chemia Toksykologiczna*, 2009, 42(3), 723-727. (İngilizce özet)
142. Ayhan DE, Günaydın E, Gönüaık E. “Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ve bunları etkileyen faktörler”, Uludağ Üni.Tıp Fak.Derg. 2012, 38(2): 97-104.

143. Daviy SR, Benes BA, Driskell JA. "Sex differences in dieting trends, eating habits, and nutrition beliefs of a group of midwestern college students", J Am Diet Assoc, 2006, 106: 1673-1677.
144. Ayhan DE, Günaydın E, Gönlüaçık E. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ve bunları etkileyen faktörler. Uludağ Üni.Tıp Fak.Derg. 38(2): 97-104, 2012.
145. Çekal, N. "Orta Yaşlı ve Yaşlı Bireylerin Beslenme Bilgi Düzeyleri", Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2008, 1;14-28.
146. Horacek TM, Betts NM. "Students cluster into 4 groups according to the factors influencing their dietary intake", J Am Diet Assoc, 1998, 98: 1464-1467.
147. Biloukha OO, Utermohlen V. "Healthy eating in Ukraine: attitudes, barriers and information sources", Public Health Nutr. 2001; 4 (2):207-215.
148. Kearney M, Kearney JM, Dunne A, Gibney MJ. "Sociodemographic determinants of perceived influences on food choice in a nationally representative sample of Irish adults", Public Health Nutr. 1999;3 (2):219-226.
149. Driskell JA, Kim YN, Goebel KJ. "Few differences found in the typical eating and physical activity habits of lower-level and upper-level university students" J Am Diet Assoc., 2005,105(5): 798-801.
150. Memiş E. Üniversite öğrencilerinde şişmanlık (obezite) durumu ve diyet ürünleri kullanmaları üzerinde bir araştırma. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi, Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi Eğitimi Anabilim Dalı, Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Bilim Dalı Yüksek lisans tezi, Ankara, 2004.
151. Basner M, Fomberstein KM, Razavi FM, Banks S, William JH, Rosa RR, et al. "American time use survey: sleep time and its relationship to waking activities" Sleep, 2007, 30:1085-95.
152. Peuhkuri K, Sihlova N. "Diet promotes sleep duration and quality", Nutrition Research, 2012; 32; 309-319.

153. Cappuccio FP, Taggart FM, Kandala NB, Currie A, Peile E, Stranges S, et al. "Meta-analysis of short sleep duration and obesity in children and adults" *Sleep*, 2008; 31:619-26.
154. Kohatsu ND, Tsai R, Young T. "Sleep duration and body mass index in a rural population", *Arch Intern Med*, 2006; 166:1701-5.
155. Vorona RD, Winn MP, Babineau TW. "Overweight and obese patients in a primary care population report less sleep than patients with a normal body mass index", *Arch Intern Med*, 2005; 165:25-30.
156. Tamakoshi A, Ohno Y. "Self reported sleep duration as a predictor of all-cause mortality: results from the JACC study, Japan", *Sleep*, 2004; 27:51- 4.
157. Demir, BD. *Liseye devam eden kız öğrencilerin beslenme alışkanlıkları ve beden algısını etkileyen etmenler*. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006.
158. Uğur G. *Üniversite öğrencilerinde atılganlık ile beden algısı ilişkisi*. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1996.
159. Acar ÖT. *Kocaeli üniversitesi beden eğitimi Y.O. ve mimarlık mühendislik fak. öğrencilerinde beden algısı ve iyilik halinin beden kitle indeksi ve vücut yağ dağılımı ile ilgisi*. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, Kocaeli, 2010.
160. Lemon SC, Rosal MC, Zapka J, Borg A, Andersen V. "Contributions of weight perceptions to weight loss attempts: differences by body mass index and gender", *Body Image* 2009, 6:90-96.
161. Ağırman A, Maner F. "YB ve Duygusal İstismar: Olgu Sunumu", *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2010; 23: 121-127
162. Jennifer L, Derenne MD, Eugene V, Beresin MD. "Body Image, Media, and Eating Disorders", *Academic Psychiatry*, 2006; 30: 257-261.

163. Zipfel S, Löwe B, Herzog W. "Eating behavior, eating disorders and obesity", *Ther Umsch*, Aug 2000, 57(8);504-10.
164. Vanderlinden J, Grave RD, Vandereycken CN." Which factors do provoke binge-eating? An exploratory study in female students", *Eating Behaviors*, 2001, 2; 79–83.
165. İlhan, M.N. "Bir Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Olası Yeme Bozukluğu Sıklığı", *Türkiye’de Psikiyatri*, 2006, 8(3); 151-155.
166. Machado PP, Fernandez ML, Gonçaves S, Martins C, Otero MC, Machado BC et al. "Eating related problems amongst Iberian female college students", *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2004, 4; 495–504.
167. Kazkondur İ. *Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervosa (sağlıklı beslenme takıntısı) belirtilerinin incelenmesi*. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, Ankara, 2010.
168. Hay P. "The epidemiology of eating disorder behaviors: An Australian community based survey", *International Journal of Eating Disorders*, 1998, 23; 371–382.
169. Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE, Seeley JR, Andrews JA. "Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students", *Journal of Abnormal Psychology*, 1993, 102; 133–144.
170. Woodside DB, Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Kaplan AS. "Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community", *American Journal of Psychiatry*, 2001, 158; 570–574.
171. Kadioğlu M, Ergün A. "Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumu, Öz-Etkililik ve Etkileyen Faktörler", *MÜSBED* 2015, 5(2); 96-104.
172. Hudson JI, Hiripi E, Pope H, Kessler RC." The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication", *Biological Psychiatry*, 2007, 61(3); 348-358.

173. Sherwood NE, Jeffery RW, Wing RR. "Binge status as a predictor of weight loss treatment outcome" *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders*, 1999, 23(5): 485-93.
174. Benjamin L, Wulfert E. "Dispositional correlates of addictive behaviours in college women: Binge eating and heavy drinking" *Eating Behaviors*, 2005, 6; 197–209.
175. Fischer S, Anderson KG, Smith GT. "Coping with distress by eating or drinking: Role of trait urgency and expectancies", *Psychology of Addictive Behaviors*, 2004, 18; 269–274.
176. Ghaderi A. "Structural modelling analysis of prospective risk factors for eating disorder", *Eating Behaviors*, 2003, 3; 387–396.
177. McLaren L, Gauvin L, Steiger H. "A two-factor model of disordered eating", *Eating Behaviors*, 2001, 2; 51–65.
178. Stice E, Presnell K, Spangler D. "Risk factors for binge eating-onset in adolescent girls. A two year prospective investigation", *Health Psychology*, 2002, 21; 131–138.
179. Siqueira KS, Appolinario JC, Sichieri R. "Overweight, obesity, and binge eating in a non-clinical sample of five Brazilian cities", *Obesity Research*, 2004, 12; 1921–1924.
180. Reagan P, Hersch J. "Influence of race, gender, and socioeconomic status on binge eating frequency in a population-based sample", *The International Journal of Eating Disorders*, 2005, 38; 252–256.
181. Barry DT, Grilo CM, Masheb RM. "Comparison of patients with bulimia nervosa, obese patients with binge eating disorder and nonobese patients with binge eating disorder", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2003, 191; 589 – 594.
182. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Norman P, O'Conner ME. "The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women", *Archives of General Psychiatry*, 2000, 57; 659 – 665.
183. Grilo CM. "Binge eating disorder" In Fairburn CG, Brownell KD. "Eating disorder and obesity" (2nd ed.), New York, 7, Guildford Press.

184. Allison KC, Martino NS, O'Reardon JP, Stunkard AJ. "CBT treatments for night eating syndrome: A pilot study", *Obes Res*, 2005, 13:A83-A84.
185. Swanson SA, Crow SJ, Grange D, Swendsen J, Merikangas KR." Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents", *Arch Gen Psychiatry*, 2011;68(7):714-723
186. Grilo CM, Masheb RM, Wilson GT. "Efficacy of cognitive behavioral therapy and fluoxetine for the treatment of binge eating disorder: a randomized double-blind placebo-controlled comparison", *Biological Psychiatry*. 2005, 57: 301–309.
187. Wilson GT, Wilfley DE, Agras WS, Bryson SW. "Psychological treatments of binge eating disorder" *Archives of General Psychiatry*. 2010;67:94–101.
188. Özgen L, Kınacı B, Arlı M. Ergenlerin yeme tutum ve davranışları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 45(1): 229-247, 2012.
189. Örsel S, Canpolat BI, Akdemir A, Özbay MH. "Diyet Yapan ve Yapmayan Ergenlerin Kendilik Algısı, Beden İmajı ve Beden Kitle İndeksi Açısından Karşılaştırılması", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2004; 15(1): 5-15.

EKLER

Ek 1. Etik Kurul Onayı

Toplantı Sayısı:72

Okan Üniversitesi

Etik Kurulu

“Kurul Kararları”

Toplantı Tarihi: 12.10.2015

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Alinur Büyükaksoy	(Başkan)
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Güliz Muğan	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nevin Karaaslan Balıkcı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nurdan Okur	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 12.10.2015 tarihinde Prof. Dr. Alinur Büyükaksoy'un Başkanlığında toplandı ve çoğunluk mevcut olduğundan gündeme geçildi.

- 1- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden **Aybala TAZEÖĞLU’NUN “Kronik Böbrek Yetmezliğinde Diyetin Böbrek Fonksiyonları Üzerine Etkisi”** başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 2- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü — Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden **Ayşe HACIARİF’İN “Yetişkin Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları ile Yeme Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi”** başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 3- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlık Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans öğrencilerinden **Belma UZUN’UN “Poliklinik Takiplerinin Gebelerin Sağlık Bilincine Katkısı”** başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 4- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü — Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden **Filiz YUTAY’IN “Bir Üniversite Hastanesinin Kliniklerinde Yatan Hastaların Toplu Beslenme Hizmetlerinden Beklentileri ve Memnuniyet Durumlarını Belirlenmesi”** başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 5- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden **Hanife BÖRKÜ’NÜN “Yaşlı Diyabet Hastaların İnsülin Kalemii Kullanımıyla İlgili Bilgilerinin Belirlenmesi”** başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 6- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlıkta Kalite Yönetimi Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden **Hüsniye ALTUN’UN “Kamu Hastane Yöneticilerinde Duygusal Zekanın Önemi ve İş Tatminine Etkisi”** başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 7- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü — Hemşirelik Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden **Mümine SÖĞÜTLÜ ÇETİN’İN “İ.Ü. Onkoloji Enstitüsünde Kemoterapi Alan Hastaların Semptomlarının Değerlendirilmesi”** başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,



- 8- Üniversitemiz Sosyal Bilimleri Enstitüsü – Klinik Psikoloji Bölümü Yüksek Lisans öğrencilerinden **Nilda KAPÇI'NIN** “**Kürt Etnik Kökenli Annelerinin ve Yetişkin Kızlarının Ayrımcılık Algısı İle Benlik Saygısı, Psikolojik Sağlık ve Stresle Başa Çıkma Yolları arasındaki İlişkinin Diyadik analiz Yönetim İle İncelenmesi**” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 9- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü — Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden **Özlem AYAZ'IN** “**Ege Üniversitesi Süpervisor Hemşirelerinin Dış Kaynak Kullanma Yaklaşımı**” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 10- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden **Penbe Berna KARACA'NIN** “**Özel Bir Hastanede Gestasyonel Diyabet Teshisi Konulmuş Hastalarda Kan Şekeri Takibi**” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 11- Üniversitemiz Sosyal Bilimleri Enstitüsü – Sağlık Odaklı Klinik Psikoloji Yüksek Lisans öğrencilerinden **Refika Çiğdem VAİZOĞLU ŞENGÜNLER'İN** “**Koruma ve Bakım Altındaki Ergenlerin Perspektifinden Madde Kullanımı ve Bağımlılığı Anlamak**” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 12- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü — Sağlıkta Kalite Yönetimi Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden **Şule ÖZDEMİR'İN** “**Çocuk Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Eğilimlerinin Belirlenmesi**” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 13- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü — Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden **Yağmur KÜÇÜKAŞÇI'NIN** “**Adolesanlarda Beden Kütle İndeksinin Benlik Saygısı ve Beden Algısı Üzerindeki Etkisi**” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,

Yapılan görüşmeler sonucunda;

- Karar 1.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden **Aybala TAZEYOĞLU'NUN** “**Kronik Böbrek Yetmezliğinde Diyetin Böbrek Fonksiyonları Üzerine Etkisi**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 2.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü — Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden **Ayşe HACIARİF'İN** “**Yetişkin Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları ile Yeme Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 3.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlık Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans öğrencilerinden **Belma UZUN'UN** “**Poliklinik Takiplerinin Gebelerin Sağlık Bilincine Katkısı**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 4.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü — Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden **Filiz YUTAY'IN** “**Bir Üniversite Hastanesinin Kliniklerinde Yatan Hastaların Toplu Beslenme Hizmetlerinden Beklentileri ve Memnuniyet Durumlarını Belirlenmesi**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.

ASLI GİBİDİR



- Karar 5.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden **Hanife BÖRKÜ’NÜN “Yaşlı Diyabet Hastaların İnsülin Kalemı Kullanımıyla İlgili Bilgilerinin Belirlenmesi”** başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 6.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlıkta Kalite Yönetimi Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden **Hüsnüye ALTUN’UN “Kamu Hastane Yöneticilerinde Duygusal Zekanın Önemi ve İş Tatminine Etkisi”** başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 7.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü — Hemşirelik Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden **Mümine SÖĞÜTLÜ ÇETİN’İN “İ.Ü. Onkoloji Enstitüsünde Kemoterapi Alan Hastaların Semptomlarının Değerlendirilmesi”** başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 8.** Üniversitemiz Sosyal Bilimleri Enstitüsü – Klinik Psikoloji Bölümü Yüksek Lisans öğrencilerinden **Nilda KAPÇI’NIN “Kürt Etnik Kökenli Annelerinin ve Yetişkin Kızlarının Ayrımcılık Algısı İle Benlik Saygısı, Psikolojik Sağlık ve Stresle Başa Çıkma Yolları arasındaki İlişkinin Diyadik analiz Yönetim İle İncelenmesi”** başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 9.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü — Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden **Özlem AYAZ’IN “Ege Üniversitesi Süpervisor Hemşirelerinin Dış Kaynak Kullanıma Yaklaşımı”** başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 10.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden **Penbe Berna KARACA’NIN “Özel Bir Hastanede Gestasyonel Diyabet Teşhisi Konulmuş Hastalarda Kan Şekeri Takibi”** başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 11.** Üniversitemiz Sosyal Bilimleri Enstitüsü – Sağlık Odaklı Klinik Psikoloji Yüksek Lisans öğrencilerinden **Refika Çiğdem VAİZOĞLU ŞENGÜNLER’İN “Koruma ve Bakım Altındaki Ergenlerin Perspektifinden Madde Kullanımı ve Bağımlılığı Anlamak”** başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 12.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü — Sağlıkta Kalite Yönetimi Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden **Şule ÖZDEMİR’İN “Çocuk Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Eğilimlerinin Belirlenmesi”** başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 13.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü — Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden **Yağmur KÜÇÜKAŞÇI’NIN “Adolesanlarda Beden Kütle İndeksinin Benlik Saygısı ve Beden Algısı Üzerindeki Etkisi”** başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.

ASLI GİBİDİR





Prof. Dr. Alinur Büyükaksoy
(Başkan)

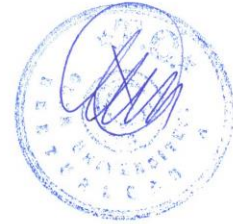
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Nevin Karaaslan Balıkçı
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Güliz Muğan
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Nurdan Okur
(Üye)

ASLI GİBİDİR



Ek 2. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu çalışmada, İstanbul'da özel bir sağlık grubunun beslenme ve diyet bölümü polikliniğine başvuran bireylerin beslenme alışkanlıkları ile yeme tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi ve tıknırcasına yeme bozukluğu olup olmadığının belirlenmesi hedeflenmiştir.

Araştırma; 2015 yılında Ağustos-Eylül ayları içerisinde özel bir sağlık grubunun beslenme ve diyet bölümü polikliniklerine zayıflamak amacı ile başvuran sağlıklı kişilere gönüllülük esasında sosyo-demografik anket, beslenme alışkanlıkları ve besin tüketim sıklığı anketi ve Bulimic Investigatory Test Edinburgh anketi uygulanarak yapılacaktır.

Çalışmada kesinlikle yaşadıklarınız (özeliniz) sorulmayacaktır. Genel olarak beslenme ile ilgili alışkanlıklarınız ve yaklaşımlarınız konuşulacaktır.

Araştırmada alınacak yaş, eğitim durumu gibi bilgiler araştırma kapsamı dışında hiçbir kişiyle kesinlikle paylaşılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Çalışmanın herhangi aşamasında da katılım onayınızdan vazgeçebilirsiniz.

Araştırmaya katılımınız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve katılımınız karşılığında size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Elde edilen veriler ile yeme bozuklukları konusuna dikkat çekerek tıknırcasına yeme bozukluğu konusunda bilinçlendirme yapılması hedeflenmektedir.

Araştırmacı: Dyt. Ayşe HACIARİF

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı öğrencisi

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Funda ŞENSOY

Okan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Beslenme ve Diyetetik Bölümü Öğretim Üyesi

Yukarıda verilen bilgileri okudum ve bu bilgiler doğrultusunda kendi isteğim ile bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Ad, Soyad:

İmza:

X X X X X

Ek 3. Anket Formu

YETİŞKİN BİREYLERİN BESLENME ALIŞKANLIKLARI İLE YEME TUTUM VE DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

Değerli Katılımcılar,

Bu form, yetişkin bireylerin beslenme alışkanlıkları ile yeme tutum ve davranışlarının belirlenmesi amacıyla hazırlanmıştır. Çalışma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için lütfen hiçbir soruyu boş bırakmamaya özen gösteriniz. Sorulara verdiğiniz cevaplar kesinlikle üçüncü şahıslarla paylaşılmayacak ve gizli tutulacaktır.

Okan Üniversite Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Tez Öğrencisi
Ayşe Hacıarif

Anket no:

1. KİŞİSEL BİLGİLER

1. Cinsiyet : a) Kadın b) Erkek
2. Yaş:
3. Ağırlık: kg 4. Boy:cm
4. Yaşam süresince sahip olduğunuz en yüksek vücut ağırlığı nedir? kg
5. Şimdiki boyunuzda sahip olduğunuz en düşük vücut ağırlığı nedir?.....kg
6. Seçebilseydiniz ideal ağırlığınız ne olurdu (hangi kiloda olmak isterdiniz)?kg
7. Medeni durumunuz nedir? a) Evli b) Bekar c) Dul
8. Eğitim durumunuz nedir?
a)Okur-yazar değil b)Okur-yazar c)İlkokul d)Ortaokul e)Lise
f)Üniversite g)Yüksek lisans / doktora
9. Mesleğiniz nedir?
a)Ev hanımı b)Serbest meslek c) Memur d)İşsiz e) Diğer
10. Annenin eğitim durumu :
a)Okur-yazar değil b)Okur-yazar c)İlkokul d)Ortaokul e)Lise
f)Üniversite g)Yüksek lisans / doktora

11. Babanın eğitim durumu :
a)Okur-yazar değil b)Okur-yazar c)İlkokul d)Ortaokul e)Lise
f)Üniversite g)Yüksek lisans / doktora
12. Annenin mesleği :
a)Ev hanımı b)Serbest meslek c) Memur d)İşsiz e) Diğer
13. Babanın mesleği :
a)Serbest meslek b) Memur c)İşsiz d) Diğer
14. Sahip olduğunuz kardeş sayısı :

II. Beslenme Alışkanlıkları

15. Besinleri tüketiminde nelere dikkat edersiniz?('X' işareti koyunuz.)

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

16. Sağlıklı beslenme hakkındaki bilgi kaynaklarınızı işaretleyiniz (*Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.*)
- a)Radyo / televizyon b)Yazılı basın (gazete, dergi) c)Diyetisyen d)Hekim
e)Arkadaşlar/yakın çevre f)Kitaplar / broşürler g)Zayıflama merkezleri
h)Aile büyükleri i) Hepsi j) Diğer
(_____)

17. Genellikle günlük tükettiğiniz ana ve ara öğün sayısı nedir?
..... ana öğün
..... ara öğün

18. Öğün atlar mısınız? a) Evet b)Hayır (cevabınız "hayır" ise 21. soruya geçebilirsiniz)

19. Genellikle hangi öğünü atlıyorsunuz?
a) Kahvaltı
b) Öğle yemeği
c) Akşam yemeği

20. Öğün atlama sebebiniz nedir? (*Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz*)
- İş yoğunluğundan dolayı vakit bulamıyorum.
 - Açlık hissetmediğim için öğün atlıyorum.
 - Bulduğum yerde bana uygun yemeklerin olmamasından dolayı.
 - 3 ana öğün yapmayı gereksiz gördüğüm için
 - Öğün atlayarak kan şekerlerinin daha düzenli olacağını düşündüğüm için.
 - Zayıflamak istediğim için.
 - Diğer
21. Ara öğün yapıyorsanız genellikle neler tüketirsiniz? (*Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.*)
- Taze/kuru meyveler
 - Yağlı tohumlar (ceviz, fındık, badem)
 - Süt, yoğurt, ayran
 - Sandviç, tost, galeta, grisini vb.
 - Kraker, bisküvi vb.
 - Poğaç, simit, börek vb.
 - Çikolata, gofret, dondurma vb.
 - Diğer (lütfen belirtiniz).....
22. Ev dışında hangi sıklıkla yemek yersiniz?
- Hiç
 - Her gün
 - Haftada 1 kez
 - Haftada 2-3 kez
 - Haftada 4-5 kez
 - Ayda 2-3 kez
 - Ayda 1 kez
 - Diğer (Belirtiniz)
23. Ev dışında yemek yerken genellikle ne tür lokantaları tercih edersiniz? (not: sadece 1 seçeneği işaretleyiniz.)
- Fast-food
 - Ev yemekleri yapan lokantalar
 - Kebapçılar
 - Yöresel yemekler yapan lokantalar
 - Cafe / restaurant (salata, ızgara yemek çeşitleri)
24. Akşam yemeğinden sonra atıştırılacak bir şeyler yiyor musunuz?
- Evet
 - Hayır (cevabınız "hayır" ise 26.soruya geçebilirsiniz.)

25. Cevabınız “evet” ise genellikle ne tüketirsiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Taze/kuru meyveler
- b) Yağlı tohumlar (ceviz, fındık, badem)
- c) Süt, yoğurt, ayran
- d) Sandviç, tost, galeta, grisini vb.
- e) Kraker, bisküvi vb.
- f) Poğaç, simit, börek vb.
- g) Çikolata, gofret, dondurma vb.
- h) Diğer (lütfen belirtiniz).....

26. Daha önce diyet yaptınızı mı ? Cevabınız evet ise kaç kez yaptınız?

- a) Evet (..... kez) b) Hayır

27. Geceleri ortalama kaç saat uyursunuz ? Saat

28. Geceleri kaçta yatarsınız?..... kaçta kalkarsınız?

III. İÇECEKLER İLE İLGİLİ BİLGİLER

29. Bir günde yaklaşık kaç su bardağı(200ml) su içiyorsunuz? su bardağı

30. Kafein içeren içecekler (kahve, enerji içecekleri, çay, gazlı içecekler vs.) tüketiyor musunuz?

a) Evet b) Hayır (cevabınız “hayır” ise 32.soruya geçebilirsiniz.)

31. Cevabınız ‘evet’ ise kafeinli içecek tüketim sıklığınız nedir?

- a) Hergün
- b) Haftada 4-5 gün
- c) Haftada 2-3 gün
- d) Haftada 1 gün
- e) Ayda 2-3 kez
- f) Ayda 1 ve daha seyrek

IV. TÜTÜN ve ALKOL KULLANIMI İLE İLGİLİ BİLGİLER

32. Sigara içiyor musunuz? (evet ise miktar belirtiniz)

a) Evet (günde/haftada/ayda __ adet) b) Hayır c) Bıraktım

33. Alkol kullanıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır (Cevabınız “hayır” ise 35. Soruya geçebilirsiniz.)

34. Alkol tüketim sıklığınız nedir?

- a) Hergün
- b) Haftada 3-4 gün
- c) Haftada 2-3 gün
- d) Haftada 1 gün
- e) Ayda 2-3 kez
- f) Ayda 1 ve daha seyrek

V. EGZERSİZ İLE İLGİLİ BİLGİLER Not : Bu sorular son 1 ay için geçerlidir

35. Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?

Evet b) Hayır (cevabınız hayır ise 37. Soruya geçebilirsiniz)

36. Egzersiz yapma sıklığınız nedir?

Hergün b)Haftada 4-5 gün c)Haftada 2-3 gün d)Haftada 1 gün e)Ayda 2-3 kez

f)Ayda 1 ve daha seyrek

37. Egzersiz yapmıyorsanız, yapmama nedeniniz nedir? (*birden fazla şık işaretleyebilirsiniz*)

a) Zaman yetersizliği

b) Sağlık sorunları

c) Yaşadığım çevrede egzersiz yapabileceğim bir yerin olmaması

d) Maddi imkan yetersizliği

e) Alışkanlığın olmayışı

f) Diğer.....

38. Kendinizi nasıl tanımlarsınız?

a) Çok kilolu b)Kilolu c)Normal d)Zayıf e)Çok zayıf

Besin Tüketim Sıklığı (Lütfen miktar belirtiniz)

(Örneğin: kırmızı et , haftada 1-2 gün yerim, yediğim zaman 3 köfte büyüklüğünde yerim)

Besin Grupları	Her öğün	Her gün	Haftada 1-2 kez	Haftada 3-4 kez	Haftada 5-6 kez	15 günde bir	Ayda 1 kez	Ayda 2-3 kez	Hiç	Miktar
Süt										___ su bardağı (200ml)
Yoğurt										___ yemek kaşığı
Ayran										___ su bardağı (200ml)
Peynir										___ dilim (30gr)
Kırmızı et										___ köfte büyüklüğü- 30gr
Et ürünleri (salam, sucuk vb.)										___ köfte büyüklüğü- 30gr
Tavuk – hindi										___ köfte büyüklüğü-30gr
Balık										___ köfte büyüklüğü-30gr
Yumurta										___ adet
Kurubaklagiller										___ yemek kaşığı
Ekmek										___ dilim-25gr
Pirinç, bulgur, makarna										___ yemek kaşığı
Sebzeler										___ yemek kaşığı
Meyveler										___ adet
Şekerli besinler (bal, pekmez, reçel, şeker vb.)										___ tatlı kaşığı
Çikolata, gofret, şekerleme										___ adet
Tatlılar (sütlü tatlılar, hamur tatlıları)										___ porsiyon
Börek, çörek, hamur işleri										___ dilim
Asitli içecekler (kola, gazlı içecekler)										___ su bardağı (200ml)

Bulimic İntestigatory Test

1- Hergün düzenli yeme alışkanlığına sahip misiniz?	Evet / Hayır
2- Sıkı diyet uygulayıcısı mısınız?	Evet / Hayır
3-Bir kere diyeti bozduğunuzda kendinizi başarısız hisseder misiniz?	Evet / Hayır
4-Diyette olmasanız da her yediğinizin kalorisini hesaplar mısınız?	Evet / Hayır
5- Yeme alışkanlığınız hayatınızı ciddi şekilde engelliyor mu?	Evet / Hayır
6- Besinlerin hayatınıza hükmettiğini söyleyebilir misiniz?	Evet / Hayır
7- Fiziksel olarak rahatsız oluncaya (patlayıncaya) kadar hiç yediniz mi?	Evet / Hayır
8- Sadece yiyecek düşündüğünüz zamanlar oluyor mu?	Evet / Hayır
9- Başkalarının önünde yemeyip gizlice mi yiyorsunuz?	Evet / Hayır
10- İsteddiğiniz zaman yemek yemeyi durdurabilir misiniz?	Evet / Hayır
11-Kendinizi yemek yeme konusunda bir güç tarafından zorlandığınızı hissediyor musunuz?	Evet / Hayır
12- Kendinizi sıkıntılı/üzüntülü hissettiğinizde daha çok yemeğe eğilimli misiniz?	Evet / Hayır
13- Şişman olma fikri sizi korkutuyor mu?	Evet / Hayır
14- Çok miktarda yiyeceği (yemeği değil) hızlıca yer misiniz?	Evet / Hayır
15- Yeme alışkanlığınızdans utanıyor musunuz?	Evet / Hayır
16- Ne kadar yediğiniz konusunda kontrolünüzün olmadığından endişeli misiniz?	Evet / Hayır
17- Besinleri rahatlamak, daha iyi hissetmek için mi kullanırsınız?	Evet / Hayır
18-Yemeğin sonunda tabakta yemek bırakabiliyor?	Evet / Hayır
19- Ne kadar yediğinizle ilgili diğer insanları kandırıyor musunuz?	Evet / Hayır
20- Ne kadar aç olduğunuz, ne kadar yiyeceğinizi belirler mi?	Evet / Hayır
21- Hiç çok miktarda yiyeceği tıknır mısınız?	Evet / Hayır
22- Eğer cevabınız evetse; bu tür tıknmalar mutsuz olmanıza neden olur mu?	Evet / Hayır
23- Tıknmayı sadece yalnız olduğunuzda mı yapıyorsunuz?	Evet / Hayır
24- Tıknmak için bir çaba sarf ediyor musunuz?	Evet / Hayır
25- Aşırı yediğinizde suçluluk hissediyor musunuz	Evet / Hayır
26- Hiç gizli saklı yer misiniz?	Evet / Hayır
27- Yeme alışkanlığınızı normal olarak mı kabul ediyorsunuz?	Evet / Hayır

28- Kendinizi zorla yiyen bir kişi olarak mı tanımlarsınız?	Evet / Hayır						
29- Ağırlığınız haftada 2.5 kg'da fazla bir değişim gösterir mi?	Evet / Hayır						
30- Hiç tüm gün aç kaldınız mı?	Evet / Hayır						
31- Cevabınız evet ise; Ne sıklıkla bunu yaparsınız?							
a) Sadece 1 kez b) Arada sırada c) Haftada 1 kez d) Haftada 2-3 kez e) Günaşırı							
32- Aşağıdakilerde herhangi birini zayıflamanıza yardımcı olmak için yaptınız mı?							
	Hiçbir zaman	Bazen	Haftada 1	Haftada 2-3 gün	Her gün	Günde 2-3 kez	5 den fazla
Zayıflama ilaçları							
Diüretikler							
Laksatifler							
İsteyerek kusma							
33- Tıkınıyorsanız, ne sıklıkla bunu yapıyorsunuz?							
1. Çok nadir							
2. Ayda 1							
3. Haftada 1							
4. Haftada 2-3 kez							
5. Hergün							
6. Günde 2-3 kez							

	Evet	Hayır
1.Akşam yemeğinden sonra yedikleriniz, günlük aldığımız enerjinin % 25'inden fazlası mı?		
2.Kahvaltı edilse bile sabahları iştahsız mısınız?		
3.Gecede en az bir kez uyanır mısınız?		
4.Uykudan uyanıp atıştırmalıkların yer misiniz?		

Ek 4. Özgeçmiş

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Ayşe	Soyadı	Hacıarif
Doğum Yeri	K.Çiftlik/Lefkoşa	Doğum Tarihi	21.11.1989
Uyruğu	KKTC	Telefon	0506 485 4854
e- mail	aysehaciarif@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

Derece	Alan	Okul	Yıl
Lisans	Beslenme ve Diyet	Başkent Üniversitesi	2011
Lise	Sayısal	Türk Maarif Koleji	2006

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Beslenme ve Diyet Uzmanı	Acıbadem Sağlık Grubu	08.2011-Halen

Yabancı Diller

Yabancı Diller	Okuduğunu anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	İyi	İyi