



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**11-14 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARIN BESLENME BİLGİ  
DÜZEYLERİ VE DEBQ İLE YEME  
BOZUKLUKLARININ BELİRLENMESİ**

**Beyza TUNCAY**

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

**DANIŞMAN**

**Prof. Dr. Metin Saip SÜRÜCÜOĞLU**

**ANKARA**

**2017**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**11-14 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARIN BESLENME BİLGİ  
DÜZEYLERİ VE DEBQ İLE YEME  
BOZUKLUKLARININ BELİRLENMESİ**

**Beyza TUNCAY**

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

**DANIŞMAN**

**Prof. Dr. Metin Saip SÜRÜCÜOĞLU**

**ANKARA**

**2017**

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “11-14 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARIN BESLENME BİLGİ DÜZEYLERİ VE DEBQ İLE YEME BOZUKLUKLARININ BELİRLENMESİ” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan deneysel çalışma/araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

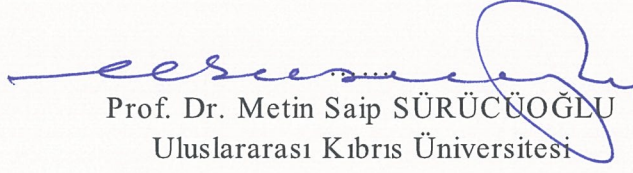
Öğrencinin Adı Soyadı : Beyza Tuncay

Tarih :

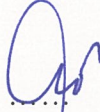
İmza :

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalında  
Beyza TUNCAY tarafından hazırlanan  
“11-14 Yaş Grubu Çocukların Beslenme Bilgi Düzeyleri ve DEBQ ile Yeme  
Bozukluklarının Belirlenmesi” adlı tez çalışması,  
aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak OY BİRLİĞİ ile kabul  
edilmiştir.

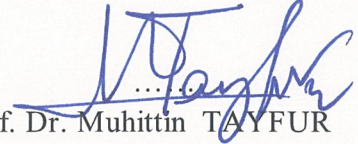
01/12/2017



Prof. Dr. Metin Saip SÜRÜCÜOĞLU  
Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi  
Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı  
Jüri Başkanı



Prof. Dr. Ayşe ÖZFER ÖZÇELİK  
Ankara Üniversitesi  
Beslenme Diyetetik Anabilim Dalı  
Üye



Prof. Dr. Muhittin TAYFUR  
Başkent Üniversitesi  
Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı  
Üye

Tez hakkında alman jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

.....

Prof. Dr. Mehmet Akan  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü V.

## İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay.	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	vi
Simgeler ve Kısaltmalar	vii
Çizelgeler	ix
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
1.1.Yeme Bozuklukları	3
1.1.1.Dygusal Yeme Davranışı	3
1.1.2.Dışsal Yeme Davranışı	3
1.1.3.Kısıtlayıcı Yeme Davranışı	4
1.2. Yeme Bozukluklarının Oluşum Nedenleri	4
1.2.1. Kişilik ve Psikolojik Faktörler	4
1.2.1.1. Şişmanlık	5
1.2.1.2. Sosyokültürel Etkiler	5
1.2.1.3. Vücut Memnuniyetsizliği ve Diyet Yapma	6
1.2.1.4. Mükemmeliyetçilik	6
1.2.1.5. Ergenlik Dönemi	6
1.2.2. Genetik Etkenler	7
1.3. Yeme Bozukluklarının Oluşumundaki Risk Faktörleri	7
1.3.1. Bireysel Risk Faktörleri	7
1.3.2. Ailesel Risk Faktörleri	7
1.3.3. Sosyokültürel Risk Faktörleri	8
1.3.4. Korelasyonel ve Nedensel Faktörler , Cinsiyet Farklılıkları	8
1.4. Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi ve Tarihsel Gelişimi.	9
1.4.1. Anoreksiya Nervoz	9
1.4.1.1. Tanımı	9
1.4.1.2. Epidemiyolojisi	10
1.4.1.3. Anoreksiya Nervoz Gelişiminde Risk Faktörleri	11
1.4.1.4. Anoreksiya Nervoz Tanı Kriterleri	11
1.4.1.5. Anoreksiya Nervoz Tipleri.	12
1.4.1.6. Anoreksiya Nervozada Klinik Özellikler	12
1.4.1.7. Anoreksiya Nervozada Tedavi Yaklaşımları	14
1.4.2. Bulimiya Nervoz	17
1.4.2.1. Tanımı ve Tarihsel Gelişimi.	17
1.4.2.2. Epidemiyolojisi	18
1.4.2.3. Bulimiya Nervoz Tanı Kriterleri	18
1.4.2.4. Bulimiya Nervoz Tipleri	19
1.4.2.5. Bulimiya Nervozada Klinik Özellikler	20
1.4.2.6. Bulimiya Nervoz Tedavi Yaklaşımları	22
1.4.3. Başka Türü Tanımlanamayan Yeme Bozuklukları	24
1.4.3.1. Tanım.	24
1.4.3.2. DSM-IV Sınıflandırılmayan Yeme Bozuklukları Tanı Kriterleri	24
1.4.3.3. Binge Eating (Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu)	25
1.4.3.3.1. Tanım	25
1.4.3.3.2. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Tanı Kriterleri	25

1.4.5. Diğer (Daha Az Bilinen) Yeme Bozuklukları	26
1.4.5.1. Ortoreksiya Nervoza	26
1.4.5.2. Picky Eating (Kuş Gibi Beslenme)	27
1.4.5.3. Bigoreksiya (Muscle Dysmorphia)	27
1.4.5.4. Pika	27
1.4.5.5. Gece Yeme Sendromu ve Farmakolojik Tedavi	28
1.5. Yeme Bozuklukları İçin Tanı Yöntemleri	29
1.5.1. Yeme Bozukluklarında Kullanılan Testler	29
<b>2. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>30</b>
2.1. Araştırma Bölgesi ve Yerin Belirlenmesi	30
2.2. Araştırma Yöntemi ve Örneklem Belirlenmesi	30
2.3. Anket Formunun Hazırlanması ve Uygulanması	31
2.4. Verilerin Analizi	33
<b>3. BULGULAR.</b>	<b>34</b>
3.1. Genel Bilgiler	34
3.2. Beslenme Bilgi Düzeyine İlişkin Bulgular	39
3.3. Yeme Davranışlarına İlişkin Bulgular.	55
3.4. Beslenme Bilgi Düzeyi ve Yeme Davranışları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	59
3.5. Antropometrik Özellikler İle Yeme Davranışları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	62
<b>4. TARTIŞMA</b>	<b>68</b>
4.1. Ebeveynlerin gelir durumları ve öğrenim durumları	68
4.2. Öğrencilerin Antropometrik Özellikleri	69
4.3. Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıkları	71
4.4. Öğrencilerin Beslenme Eğitimi Alma Durumları	71
4.5. Öğrencilerin Beslenme Bilgi Düzeyleri	72
4.6. Öğrencilerin Hollanda Yeme Davranışı Anketi'ne (DEBQ) Göre Durumları	74
4.7. Öğrencilerin Diyet Yapma Durumları ve Yeme Davranışları.	80
4.8. Öğrencilerin Cinsiyete Göre Yeme Davranışları	81
4.9. Öğrencilerin Beslenme Bilgi Düzeylerine Göre Yeme Davranışları	82
4.10. Öğrencilerin Antropometrik Özelliklerine Göre Yeme Davranışları	84
<b>5. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	<b>86</b>
<b>ÖZET</b>	<b>90</b>
<b>SUMMARY</b>	<b>91</b>
<b>KAYNAKLAR</b>	<b>92</b>
<b>EKLER</b>	<b>105</b>
<b>Ek-1. Etik Kurul Raporu</b>	<b>105</b>
<b>Ek-2. Anket Formu</b>	<b>106</b>
<b>Ek-3. Gönüllü Onam Formu</b>	<b>114</b>
<b>Ek-4. Okul Onay Belgeleri</b>	<b>115</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ</b>	<b>116</b>

## ÖNSÖZ

Yeme tutumu ve davranışları yaşamın erken dönemlerinde şekillenmektedir. Bu dönemde kazanılan beslenme alışkanlıkları ve davranışları yaşam kalitesinin artırılmasında ve sağlığın korunmasında oldukça önemlidir. Son yıllarda yeme bozukluklarının daha erken yaşlarda görüldüğü ve sıklığının arttığı sonucuna ulaşılmaktadır. Bu çalışma öğrencilerin beslenme bilgi düzeylerinin ve yeme davranış bozukluklarının cinsiyete ve sınıflara göre farklılığını tespit etmek amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür.

Çalışmamda tez konumun belirlenmesinden sonuçlanmasına kadar geçen süre boyunca her aşamada bana yol gösteren, her türlü bilimsel ve manevi destekte bulunan sonsuz anlayışını esirgemeyerek çalışma süresince motive olmama büyük katkıları bulunan değerli tez danışmanım Prof. Dr. Metin Saip SÜRÜCÜOĞLU'na sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca tez çalışmam süresince desteklerini esirgemeyen Prof. Dr. Ayşe Özfer ÖZÇELİK ve Prof. Dr. Funda Pınar ÇAKIROĞLU başta olmak üzere tüm hocalarıma ve Arş. Gör. Feray ÇAĞIRAN YILMAZ'a, Arş. Gör. Ezgi KARATAŞ'a, Arş. Gör. Meryem Elif ÖZTÜRK'e, Arş. Gör. Sinem EREM'e, Arş. Gör. Onur ÇIRAK'a teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmamın istatistiksel değerlendirmesinde yardımcı olan ve manevi desteğini hiç esirgemeyen Dr.Leyla YILMAZ'a

Hayatımın her döneminde yanımda olan maddi ve manevi her türlü desteği sonsuz sevgileri ile veren babam Engin TUNCAY'a, annem Sevinç TUNCAY'a ve kardeşim Ahmet Cem TUNCAY'a,

Sonsuz teşekkür ederim.

## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>AN</b>	Anoreksiya Nevroza
<b>APA</b>	Amerikan Psikiyatri Birliği
<b>BB</b>	Boşaltım Bozukluğu
<b>BKİ</b>	Beden Kütlev İndeksi
<b>BN</b>	Bulimiya Nevroza
<b>BT</b>	Bilgisayarlı Tomografi
<b>BUN</b>	Kandaki Üre Azotu (Blood Urea Nitrogen)
<b>BTA YB</b>	Başka Türlev Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu
<b>CCK</b>	Kolesistokinin Hormonu
<b>DSM</b>	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı ( The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders )
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>DEBQ</b>	Hollanda Yeme Davranışı Anketi
<b>EAT-26</b>	Yeme Tutum Testi (Eating Attitudes Test)
<b>EEG</b>	Elektroensefalografi
<b>EKG</b>	Elektrokardiyografi
<b>EKO</b>	Ekokardiyografi
<b>EMG</b>	Elektromiyografi
<b>GYS</b>	Gece Yeme Sendromu
<b>ICD</b>	Uluslararası Hastalık Sınıflandırması ( International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
<b>Kkal</b>	Kilokalori
<b>Kg</b>	Kilogram
<b>KMO</b>	Kaiser- Meyer- Olkin Testi
<b>LH</b>	Lüteinleştirici Hormon
<b>FSH</b>	Folikül Uyarıcı Hormon
<b>m</b>	Metre
<b>m<sup>2</sup></b>	Metrekare



<b>MGRS</b>	Çok Merkezli Büyüme Referrans Çalışması ( Multicentre Growth Reference Study )
<b>MRI</b>	Manyetik Rezonans Görüntüleme (Magnetic resonance imaging)
<b>n</b>	Çalışmaya Katılan Birey Sayısı
<b>ON</b>	Ortoreksiya Nervoza
<b>Ort</b>	Ortalama
<b>PEM</b>	Protein Enerji Malnütrisyonu
<b>PET</b>	Pozitron Emisyon Tomografisi
<b>RDA</b>	Tavsiye Edilen Günlük Besin Alımı (Recommended Dietary Allowance)
<b>SS</b>	Standart Sapma
<b>TYB</b>	Tıkanırçasına Yeme Bozukluğu (Binge Eating Disorder )
<b>YB</b>	Yeme Bozuklukları

## ÇİZELGELER

<b>Çizelge 1.1.</b>	AN'da fiziksel komplikasyonlar	13
<b>Çizelge 1.2.</b>	DSM IV'e göre BN tanı ölçütleri	19
<b>Çizelge 1.3.</b>	BN'de fiziksel komplikasyonlar	21
<b>Çizelge 1.4.</b>	DSM-5 tıknırcasına yeme bozukluğu tanı ölçütleri	25
<b>Çizelge 1.5.</b>	DSM-5'e göre tıknırcasına yeme bozukluğunun şiddetleri	26
<b>Çizelge 3.1.</b>	Öğrencilerin kişisel özelliklerine göre dağılımı	34
<b>Çizelge 3.2.</b>	Öğrencilerin sınıflarına ve cinsiyetlerine göre antropometrik özelliklerine ilişkin ortalama değerler	36
<b>Çizelge 3.3.</b>	Öğrencilerin sınıflarına ve cinsiyetlerine göre beden kütle indeksine ilişkin bulgular	37
<b>Çizelge 3.4.</b>	Öğrencilerin ebeveynleri ile ilgili bilgiler	39
<b>Çizelge 3.5.</b>	Öğrencilerin beslenme bilgi düzeyi sorularına verdikleri cevaplara göre dağılımları	40
<b>Çizelge 3.6.</b>	Öğrencilerin beslenme bilgi testinden aldıkları ortalama puanlar	43
<b>Çizelge 3.7.</b>	Öğrencilerin beslenme bilgi düzeylerine ilişkin genel bulguları	44
<b>Çizelge 3.8.</b>	Öğrencilerin sınıflara göre beslenme bilgi düzeyleri dağılımı	45
<b>Çizelge 3.9.</b>	Öğrencilerin günlük öğün sayıları ile cinsiyetlerine göre ortalama yeme davranışları bozuklukları ortalama puanları	47
<b>Çizelge 3.10.</b>	Öğrencilerin beslenme eğitimi alma durumlarına ve cinsiyetlerine göre yeme davranış bozukluklarının ortalama puanları	49
<b>Çizelge 3.11.</b>	Öğrencilerin beslenme eğitimini aldığı yer ve cinsiyetlerine göre yeme davranış bozukluklarının ortalama puanları (n:469)	51
<b>Çizelge 3.12.</b>	Öğrencilerin diyet yapma durumları ve cinsiyetlerine göre yeme davranış bozukluklarının ortalama puanları	54
<b>Çizelge 3.13.</b>	Öğrencilerin Hollanda Yeme Davranışı Anketi Bulguları	56
<b>Çizelge 3.14.</b>	Öğrencilerin cinsiyetlerine göre yeme davranışları ortalama puanları arasındaki ilişkiye yönelik bağımsız örneklem t testi analizi sonuçları	57

<b>Çizelge 3.15.</b> Öğrencilerin sınıflarına göre yeme davranışlarına yönelik dağılımı	58
<b>Çizelge 3.16.</b> Öğrencilerin cinsiyetlerine ve sınıflarına göre beslenme bilgi puanı ile yeme davranışı arasındaki ilişkiye ait pearson korelasyon analizi sonuçları	59
<b>Çizelge 3.17.</b> Öğrencilerin (6. sınıf) antropometrik özellikleri ile yeme davranışları arasındaki ilişkiye ait pearson korelasyon analizi sonuçları	62
<b>Çizelge 3.18.</b> Öğrencilerin (7. sınıf) cinsiyetlerine göre antropometrik özellikleri ile yeme davranışları arasındaki ilişkiye ait pearson korelasyon analizi sonuçları	64
<b>Çizelge 3.19.</b> Öğrencilerin (8. sınıf) cinsiyetlerine göre antropometrik ölçümleri ile yeme davranışları arasındaki ilişkiye ait pearson korelasyon analizi sonuçları	66

# 1. GİRİŞ

Yeme bozuklukları; Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nda (DSM-IV-TR) anoreksiya nervoza (AN), bulimiya nervoza (BN) ve başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları (BTAYB) olarak gruplandırılmıştır. AN'nın sınırlı tip ve tıkınır gibi yeme-çıkartma tipi, BN'nin çıkartma olan tipi ve çıkartma olmayan tipi tanımlanmış durumdadır. BTAYB ise tıkınır gibi yeme bozuklukları dâhil olarak, AN ya da BN için tanılardaki ölçütleri karşılamayan başka yeme bozukluklarını da içermektedir (Baş, 2008).

Yeme bozuklarının etiyolojisi ile ilgili yürütülen pek çok çalışmada bu bozuklukların ilerlemesinde kişisel, toplumsal ve bölgesel birçok faktörün rolü olduğunu tespit etmiştir. Yeme bozuklukları genellikle ergenlik sürecinde oluşmakta, yeme tutumları ise hayatın daha erken evrelerinde biçimlenmektedir. Ergenlerin fiziksel olarak yaşadıkları farklılıklara adapte olma aşamasında bazı güçlüklerin ilerleyen süreçlerde yeme bozukluğu patolojisi geliştirme ihtimalini yükseltebileceği varsayılmaktadır ( Büyük ve Duman, 2014; Polivy ve Herman 2002).

Yeme bozuklukları 1980'li yıllarda tartışılmaya başlansa da tanımlanması yüz yıl önceye dayanmakta varlığı ise yüzyılları aşmaktadır. Yeme bozuklukları, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen ve hem tıbbî hem psikolojik hem de sosyal sorunları beraberinde getiren bir beslenme davranışı çarpıklığıdır. AN ve BN yemek bozukluklarının başlıca türleridir. Vücut ağırlığında değişim ve besin tüketimi eylemine dâhil olan haddinden fazla/aşırı duygular, davranışlar ve tutumlar ile karakterize olmuş karmaşık rahatsızlıklar yeme bozukluklarını ifade eder. Bu bozukluğa neden olan oldukça önemli fiziksel ve duygusal sorunlar, öncelik kadınlarda olmak üzere, erkeklerde de görülmekte ve ülkemizde özellikle son yirmi beş yılda azımsanamayacak bir artış göstermiştir (Baş, 2008).

Zamanla toplumun güzellik ve estetik kaygıları ile standartları değişmiş, bu değişim yeme davranışlarını da etkilemiştir. Sürekli olarak diyet yapıyor olmak normal ve sağlıklı yeme alışkanlığı olarak algılanır hale gelmiştir. Özellikle medya

kuruluşları ve sosyal medya kanalları ile ideal olarak sunulan vücut ölçülerine kavuşma isteği nedeniyle diyet yapan, diyeti bir yaşam standardı haline getiren insan sayısı gittikçe artmıştır. Bu durum, yeme bozukluğunun yaygınlaşmasının sebebi olarak gösterilebilecek kadar ciddi bir sorundur (Soygül, 2003).

Kişide gelişen kendisinin şişman olduğu algısı, kişinin içinden çıkamadığı duygusal karmaşalara ve bunalımlarına haddinden fazla yemek yemenin de dâhil olması, kişide kilo almaya ve şişman olmaya dair bir korkunun başlaması, kişinin zayıflama yönünde katı bir istek duymasına bağlı gelişen bedensel imge rahatsızlığının oluşması yeme bozukluklarının temel özelliğidir. Bu bozukluğun genel anlamda psikiyatri alanına giren bir hastalık olduğu düşünülür. Fakat bu rahatsızlığa sahip olan birey daha çok tıbbi ve beslenme problemleri ile dikkat çekmektedir. Yeme bozuklukları genel anlamda besinler, vücut ağırlığı ve normalin dışında yeme tutumundaki bilişsel çarpıtma ile karakterize olarak ortaya çıkmaktadır. Beslenme durumunun sonuçları, oluşan medikal komplikasyonlar, sağlık durumunda ve fonksiyonlarında meydana gelebilecek ciddi sorunlara yol açmaktadır (Baş, 2007).

Ülkemizde 2011 yılında yapılan ergenlerde yeme bozuklukları sıklığının incelendiği bir çalışmada 2907 öğrenciyle görüşme yapılmış ve yeme bozukluklarının görülme sıklığı %2,33 olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışma içerisinde YB olan olgular içerisinde fiziksel istismar öyküleri %16,2, cinsel istismarlar %2,9 biçiminde ifade edilirken kontrol gruplarında fiziksel anlamda istismar %2,9 oranında gözlenmiş; kontrol gruplarındaysa cinsel istismarlar bildirilmemişlerdir (Vardar ve Erzen, 2001).

Ülkemizde yapılmış başka bir araştırmada katılımcıların %17,1'inde yeme davranışlarında bozulmalar ve %1'inde YB tespit edilmiş (Kuğu ve ark., 2006).

Bu çalışmada öğrencilerde bulunan yeme bozukluklarının Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) ile belirlenerek beslenme bilgi düzeylerine, cinsiyetlerine ve sınıflarına göre değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## **1.1.Yeme Bozuklukları**

### **1.1.1.Duygusal Yeme**

Emosyonel yeme; açlık duygusunun oluşması sebebiyle, öğün vaktine gelindiği için ya da toplumsal bir zorunluluk olması sebebiyle değil de yalnızca duygulanıma cevap olarak oluştuğu varsayılan bir yeme tutumu olarak ifade edilmiştir. Negatif emosyonlar ya da stres halinde görülen fizyolojik tepkiler beslenmenin ardından yaşanan tokluk duygusu ile benzer olduğu için, negatif hisler karşısında yaşanan iştahsızlık ve besin alımının azalması, olması gereken bedensel yanıt olarak kabul görmüştür. Buna yönelik olarak, negatif duygusal uyaranlarla karşılaşıldığında besin alımında oluşan artış ise “emosyonel yeme” olarak isimlendirilmiştir (Sevinçer ve Konuk, 2013).

Emosyonel yeme iki boyutta incelenmektedir. İlki duygu ağırlığını bölmek için boş anlarda ya da sıkılma sebebiyle yeme biçimi olurken, ikinci boyutu ise daha fazla karşılaşılan sinirlilik, kızgınlık gibi açık bir duyguya refleks olan yeme biçimidir. Çocukluk döneminde beslenme esnasında ebeveynlerin aşırı denetimci olmasının emosyonel yemenin oluşmasında büyük ölçüde etkisi bulunmaktadır. Çocuğa yemek yemesi ya da yememesi için baskı uygulanması, iyi bir eyleme yönelik bir besinin mükâfat olarak verilmesi, avuntu maksatlı kullanılması gibi ailevi denetim sisteminin katı olduğu ebeveynlerin çocuklarında aç ya da tok olma hisleriyle alakalı algılara olan hassasiyetin ilerlemesinde hatalar gözlenmektedir. Açlık ve tokluk hislerini anlamada sorun yaşayan bu çocuklar yaşları ilerledikçe bir uyaran oluştuğunda açlık hissine dayanmaksızın yeme eylemi sergilemektedir.(Güzey, 2014).

### **1.1.2.Dışsal Yeme**

Fizyolojik açlık duygusu oluşmaksızın ortamda var olan bir besin ile alakalı bir uyarana yanıt olarak yeme biçimidir. Dışsal yeme; ortamda var olan gıdanın kokusu, sunumu, tadı gibi niteliklerine yönelik aşırı yatkınlık neticesinde gözlenmektedir. Dışsal yeme davranışında bulunan kişiler yalnızca besin, buldukları ortamdayken

kokusu ya da görüntüsü gibi niteliklerinin etkisi altında kaldıkları için çok fazla yemektir ancak bu durumunun dışında yemek yemeyi düşünmemektedirler (Van Strien ve Schippers, 1995).

### **1.1.3.Kısıtlayıcı Yeme**

Vücut ağırlığındaki artışı önlemek ve mevcut vücut ağırlığını azaltmaya yardımcı olmak amacıyla enerji alımı ve alınan besin türlerinin denetlenerek kasıtlı bir biçimde besin alımında kısıtlanma uygulanan yeme şeklidir. Bu kısıtlama bireyin yeme esnasında gereksinim duyduğu kadar besini almasına yönelik bir kısıtlama değil, yemeyi arzuladığı miktarın altında alıma yönelik bir çaba sarf ederek yapılan kısıtlamadır. Kısıtlayıcı yemenin neden olduğu yeme atakları esnasında bireyin vücudu kısıtlama aşaması boyunca eksikliğine maruz kaldığı besini fark edememekte ve kişi kıtlıktaymış gibi açlık duygusuna kapılmaya başlamaktadır. Kıtlık duygusuyla birlikte metabolizma hızının da azalmaya başlaması besin alımındaki olağanüstü artış ile birlikte vücut ağırlığında artışına yol açmaktadır (Güzey,2014).

## **1.2. Yeme Bozukluklarının Oluşum Nedenleri**

### **1.2.1. Kişilik ve Psikolojik Faktörler**

Yeme bozuklukları genel olarak kişisel sorunların psikolojiye olan etkisi ile ortaya çıkmaktadır. Yeme bozukluğu problemine sahip hastaların yarısından fazlasının depresyon tanısı bulunması da bu kanıyı güçlendirmektedir. Bu bozukluğun gelişiminde, bireyin kendisine olan güven probleminin, özellikle olumsuz duygularını ifade etmekte ve anlaşılmaçlıkları çözmede yaşadığı güçlük, endişe duygusunun sürekliliği, suçluluk hissetme, her konuda ve alanda mükemmel olma arzusu (mükemmeliyetçilik), fiziki görüntüsüne duyduğu memnuniyetsizlik hissi gibi birtakım kişisel ve psikolojik faktörler etkilidir (Deering, 2001).

### **1.2.1.1. Şişmanlık**

Şişmanlığın ilerlemesi, yeme sorununun gelişmesinde risk yaratan bir durumdur. Çünkü gerek sosyal, gerekse özellikle medya aracılığı ile dayatılan vücut ölçülerinin yarattığı baskılar kişinin vücudundan hoşnutsuz olma durumu yaratmakta ve bu bireyler diyet yapmak yönünde bir eğilim göstermektedir. Bu da geçmiş ve günümüz şartlarını kıyasladığımızda diyet yapma oranını artırmaktadır. Bu tip bir durumdan şikâyetçi olan bireyin önceki dönemlerde bulunduğu en yüksek vücut ağırlığı ile son dönemde yaşadığı kilo değişiminin öyküsünün alınması önemlidir (Rodin ve ark., 2002).

### **1.2.1.2. Sosyokültürel Etkiler**

Yeme sorununun ailenin, arkadaş çevresinin ve kitle iletişim araçlarının ürettikleri baskı ile geliştiği ifade edilmektedir (Rodin ve ark., 2002).

Kadın güzelliği konusunda abartılı boyutta bir sosyal baskı ve uygulamalar vardır. Kadınların ince bir beden yapısına sahip olmaları gerektiği, bunun için de aerobik, fitness, jogging gibi sporları uygulamaları konusunda, özellikle batı kültüründe abartılı bir kanı mevcuttur. Günümüzde hala bir kadından beklenen temel şey güzel olmasıdır. Erkekten beklenen ise akıllı ve güçlü olmasıdır. Kadının değeri ince, genç ve çekici kalması ile ölçülmektedir. Özellikle medya aracılığı ile bu kabul günümüzde de devam etmekte ve derinleştirilmektedir (Erol ve ark., 2002).

Mesleği gereği her zaman zayıf olmak zorunda kalan kişilerde de yeme bozukluğunun gelişmesi olasıdır. Örnek olarak mankenler, dansçılar ve atletler gösterilebilir. Bu faktörlerin dışında ailesinde alkolizm, depresyon ve yeme bozukluğu sorunu olan bireyler ile psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde de yeme bozukluğuna oldukça sık rastlanmaktadır (Doğan, 1985).



### **1.2.1.3. Vücut Memnuniyetsizliği ve Diyet Yapma**

Vücudundan memnun olmayan ve kilo kaygısı gütmekte olan bir bireyde bulimik semptomlar artmaktadır. Bu durum bireyleri diyet yapmaya yönlendirmekte böylece yeme bozukluğu meydana gelmektedir. Süreklilik arz eden diyet yapma halinde (sürekli diyetle başlamak), bozulan kural aşırı yemeye neden olabilmektedir. Genel olarak kısa süren, düşük enerjili diyetlerde söz konusu etkilerin ortaya çıktığı gözlemlenmiştir. Yeme patolojisi oluşumunda vücut memnuniyetsizliği oldukça önemli psikososyal sorun olarak ortaya çıkmaktadır (Striegel-Moore ve Smolak, 2001).

Vücut memnuniyetsizliği skoru yüksek çıkan bireylerde yeme bozukluğu, özellikle tıkanırcasına yemek yönünde bir davranış ve tutum sergiledikleri belirtmektedir. (Grilo ve ark., 2005).

### **1.2.1.4. Mükemmeliyetçilik**

Mükemmel olma arzusu ya da mükemmeliyetçilik, olmak istenilen durumun aksine etkiler göstermekte ve yeme bozukluğunun oluşmasında risk oluşturmaktadır. Mükemmel olma arzusu, diğer risk faktörleri ile birleştiğinde yeme bozukluğuna yol açmaktadır (Striegel-Moore ve Smolak, 2001).

### **1.2.1.5. Ergenlik Dönemi**

Ergenlik döneminde kız çocuklarında adipoz doku artmaktadır. Bu artış, erken regl, vücut memnuniyetsizliği ve yeme bozukluklarının gelişmesinde etkin rol oynamaktadır (Striegel-Moore ve Smolak, 2001). Ergenliğin insanın kendine ait alışkanlıklarının oturmaya, kişinin ayakları üzerinde durmaya başladığı bir dönem olması nedeniyle de bazı psikolojik etmenlerin tetiklenmesi söz konusudur.

### **1.2.2. Genetik Etkenler**

Genetik yatkınlığın, yeme bozuklarının gelişmesinde bir etkisinin olabileceği düşünülmekle ve belirtilmekle beraber bozuklukla doğrudan ilişkilendirilen bir genin olup olmadığı henüz belirsizdir. Bu konuda önemli bir veri olarak tek yumurta ve çift yumurta ikizleri üzerinde gerçekleştirilen çalışmalar gösterilebilir. Bu çalışmalarda ikizlerin birisinde yeme bozukluğunun olması, diğer ikizde de yeme bozukluğu görülmesi riskini %10 - %20 oranları arasında artırmaktadır (Deering, 2001).

### **1.3. Yeme Bozukluklarının Oluşumundaki Risk Faktörleri**

#### **1.3.1. Bireysel Risk Faktörleri**

Bireysel risk faktörleri açısından ilk olarak biyolojik faktörlere değinmek gereklidir. Buna göre, erken matürasyon (erken olgunlaşma) ve şişmanlık biyolojik faktörlerin başında gelmektedir. Erken matürasyonu da şişmanlığı da tetikleyen şey genetik özelliklerdir. Sonuç olarak biyolojik etmenlerde kişinin yeme bozukluklarına maruz kalmasının alt yapısı en baştan hazır olmaktadır. Diğer bir bireysel risk faktörü psikolojik faktörlerdir. Yeme bozukluklarının daha çok psikolojik nedenlerle ortaya çıktığı belirtilmektedir. Bu bozukluğa yol açan psikolojik faktörler; düşük benlik algısı, tepki vermeme, mükemmeliyetçilik, olaylarla başa çıkamama, beden memnuniyetsizliği şeklinde sıralanmaktadır (Bozan, 2009).

#### **1.3.2. Ailesel Risk Faktörleri**

Çocuğun gördüğü, etkileşim içerisinde olduğu ve rol model olarak aldığı ebeveynlerinin yeme bozuklukları ile ilgili tutumları ve görünüşleri ailesel risk faktörleri açısından öncelikle belirtilmesi gerekenler arasında sayılabilir. Ebeveynin şişmanlığı çocuğun insan standartlarına ilişkin algısını domine eder, bu şekilde de yeme bozukluklarına sebep olabilecek potansiyel zemine katkıda bulunur. Ebeveynlerin aşırı koruyuculuğu, çocuğu dışlaması da yine ailesel risk faktörleri arasındadır. Ailenin içindeki çatışmalar, huzursuzluklar, yeme bozukluğu olan

kişilerle olan akrabalık durumu ve kişinin bedenine dair aile içindeki yargılar da ailesel risk faktörlerinden önemli olanlardır. Bu tip ailesel ortama dair özellikler kişinin bir kaçış noktası araması için onu tetiklemek şeklinde bir işlev görmektedir.(Baş, 2008)

### **1.3.3. Sosyokültürel Risk Faktörleri**

Psikolojik faktörleri tetiklediği bilinen bu faktörler için kişinin arkadaş çevresi oldukça önemlidir. Arkadaş grubunda alay edilmesinin, grup içindeki ağırlık kaygılarının varlığının, yerleşik kültürün son derece önemli olduğu görülmektedir. Bu açıdan medyanın da etkisiyle görünümün başarı açısından önemli bir noktaya yerleştirilmesi de etkilidir (Rodin ve ark., 2002).

### **1.3.4. Korelasyonel, Nedensel Faktörler ve Cinsiyet Farklılıkları**

Shillak ve ark., (1995) yaptıkları çalışmada korelasyonel faktörler ve nedensel faktörler ikincil faktörler olarak tanımlanmıştır. Buna göre korelasyon faktörleri; adipozite, diyet kısıtlama ve diyet yapma, mükemmeliyetçilik, benlik algısı, ergenlik, cinsel taciz, aile ve ebeveynlerin yetersizliği, ağırlık kaygısı, atak davranışlar olarak belirtilmiştir (Bozan, 2009).

Nedensel faktörler ise negatif duygulanım durumları, beden memnuniyetsizliği, zayıf olmaya dair sosyokültürel baskı ve evrensel zayıflık idealidir. Bu nedensel faktörlerin psikolojik rahatsızlığın potansiyel zeminini tetikler ve bu da yemek bozuklukları şeklinde sonuçlanır (Stice, 2001).

Yeme davranışında, cinsiyetler arasında, kültürel ve biyolojik birçok faktörden kaynaklanan farklar bulunur. Kadınlarda ovaryan döngü ve ilişkili hormonal değişimler yeme davranışını etkiler. Birçok yetişkin memeli dişi, periovulatar faz'da LH yükselişi ile birlikte yeme davranışını kısıtlar. Bu değişimden, foliküler fazın sonunda artan estradiol sorumlu olabilir. Kadınlarda, bu düşüşün en az bir kaç yüz kkal/gün olduğu saptanmıştır (Kaplan ve Sadock, 2005). Post-ovulatar dönemde estradiol çekilmesi ile ilişkili olarak yeme davranışında artış, öğün bazında miktar

artışı olmakla birlikte, %25 olguda yeme sıklığı da artmaktadır (Kaplan ve Sadock 2005). Bu bağlamda, estradiol'ün, kolesistokin'in ve pankreatik glukagon'un doygunluk sağlıyıcı etkilerini potansiyelize ederek öğün miktarındaki azalmayı sağladığı yorumu çıkartılabilir (Devrim, 2015).

#### **1.4. Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi ve Tarihsel Gelişimi**

AN tabiri ilk defa Doktor Sir William Gull tarafından 1873'te kullanılmıştır. Anorexia; Yunanca kökenden gelme bir sözcük olup *an-* (áv- "olumsuzluk ön eki") ve *orexis* (öpeğıtı, "iştah") sözcüklerinin birleşimlerinden meydana gelmiş ve "sinirsel iştahsızlık" anlamında kullanılmıştır. Anoreksiya nervoza, 19. yüzyılın ikinci yarısından başlayarak tıbbi literatürde yer almış olan yeni bir hastalık grubu biçiminde tarif edilmekle beraber; istemli olarak açlığın gerçek tarihinin Helenistik dönemlerdeki azize diyetlerinden itibaren başladığı öngörülmektedir. İstemli olan açlıkların pek çok dinde, ruh ve bedenlerin dünya uğraşlarından uzaklaştırılıp saflaştırılması amacıyla özendirilmeleri, anoreksiya nervozanın tarihsel gelişiminde sıklıkla ele alınmaktadır. Bu dönemlerde özendirilmiş bir eylem olan çilecilik (asetizm), dünyada gerçek hataların olduğu düşüncelerini sembolize etmektedir (Bell, 1987).

##### **1.4.1. Anoreksiya Nervoza**

###### **1.4.1.1. Tanımı**

DSM-IV, AN tanıları kişilerin özelliklerine ilişkin sınıflandırma yapmıştır. Bu sınıflandırmaya göre; bu bireylerde, yaşlarına ve boy uzunluklarına göre ideal olan minimum vücut ağırlığını reddetme yönünde bir tutum vardır. Bu bireyler, normal ya da düşük ağırlıkta olmalarına rağmen kilo almaktan korkarlar, vücut şekillerini ve ağırlıklarını aslında olduğundan daha farklı algırlar (Falissard, 2007).

### 1.4.1.2. Epidemiyolojisi

Yeme bozuklukları konusunda epidemiyolojik çalışmalar gerçekleştirilen en önemli zorluğu genel olarak toplumlarda az rastlanıyor olmaları ve hastalık oluşum sürecinde bireylerin hastalığı saklama eğilimleri göstermeleridir. Bununla birlikte yapılan epidemiyolojik araştırmalarda genç kadınlara öncelik verilmesi ve kullanılacak değerlendirme araçlarının birbirlerinden farklı olmaları bu çalışmaların birbirleriyle kıyaslanmasında zorluklar oluşturmaktadır. Toplamların yeme bozuklukları konusunda aydınlatılmasıyla tedavi arayışı içerisinde hasta sayıları artış gösterdiğinden yeme bozuklukları görülme sıklıklarında yükselmeler tespit edildiği bilinmektedir (Maner, 2007). Yeme bozukluklarının sıklığı ile ilgili çalışmaların çoğunluğu Batı ülkelerinden gelmektedir ancak yakın zamanda Doğu ülkelerinde yapılan çalışmaların sonuçları da bu hastalık gruplarının bütün dünya ülkelerine etki ettiğini göstermektedir (Eapen ve ark., 2006).

Anoreksiya nervoza 13-20 yaş aralığında başlamaktadır. Son yıllarda yapılmış olan araştırmalarda başlangıç yaşının giderek düştüğü gözlenmektedir. Bu hastalık genel olarak %85-%90 oranında kadınlarda görülmektedir fakat zaman içerisinde erkeklerde görülme sıklıkları da artış göstermektedir (Küley, 2003).Adölesanlar ile 2003 yılında yapılan bir araştırmada AN prevalansı kadınlarda %0,7, erkeklerde %0,2 oranında tespit edilmiştir (Bjørnström ve Gunnar, 2004). Ülkemizde ise Yeşilbursa'nın (1990) yapmış olduğu bir araştırmada lise öğrencileri içerisinde AN prevalansı %0,2 olarak tespit edilmiştir. Yapılan diğer bir çalışmada üniversitede okuyan kadın ve erkek öğrencilerin %2,20'sinde yeme bozuklukları gözlemlenmiştir (Kuğu ve ark., 2006). Klinik olarak yeme bozuklukları teşhisi konulamamakla beraber genç kadınlarda bozulmuş yeme davranışlarının sıklıkla gözlenmiş olduğu 2008 senesinde Çelikel ile arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarla gösterilmiştir. Katılımcıların %12,4'ünün bozulan yeme davranışları gösterdikleri görülmüştür (Çelikel ve ark., 2008).

### 1.4.1.3. Anoreksiya Nervoza Gelişiminde Risk Faktörleri

Anoreksiya nervoza gelişiminde etkili olan faktörler, sosyokültürel, genetik, psikodinamik ve aile içi etkileri kapsamaktadır (Yücel, 2009). Anoreksiya nervozanın ilerleyen dönemlerindeki olası risk faktörleri aşağıdaki gibi sıralanabilir (Bozan, 2009):

- Çocukluk çağlarında meydana gelen cinsel taciz
- Çocukluk çağlarında yaşanan olumsuzluklar ve immatür savunma düzenekleri (bulimiya nervozada daha fazla)
- Çocukluk çağında obsesyonel özellikler ve anksiyete bozuklukları
- Kendilik patolojileri (kişilik bozukluğu)

### 1.4.1.4. Anoreksiya Nervoza Tanı Kriterleri

Yaş ve boy uzunluğu kriterleri göz önüne alındığı zaman normal kabul edilen en düşük vücut ağırlığına veya çok daha fazla vücut ağırlığına sahip olunması ve bu durumu reddetme, kabul etmeme durumu olarak nitelendirilir. Örneğin, vücut ağırlığının çok düşük seviyelerde olması mesela %85'in altında görülmesi ile yaşanmış olan kilo kaybı ya da ergenlik zamanlarında ideal vücut ağırlığının %85'inin altında kiloya sahip olunması ve gereken kiloyu alamaması durumu. Bu durum net bir şekilde en büyük kriter niteliğini taşır (Köroğlu, 1994).

A. Normal kabul edilen vücut ağırlığının altında olunması ve kilo almaktan şişman olmaktan çok fazla korku duyulması,

B. Var olan kilonun olması gerekenden daha düşük olmasını önemsemeyerek kendi için yorum yaptığı sırada kilo kaybının fazlalığının önemini saf dışı bırakma,

C. Kadınlarda en az üç ardışık menstruel siklusun bulunmaması diğer bir ifade ile menarş sonrası amenore.

#### 1.4.1.5. Anoreksiya Nervozada Tipleri

**Kısıtlayıcı tip:** Birey sistemli bir şekilde aşırı yeme ya da kendisinin neden olduğu kusma ya da laksatiflerin, diüretiklerin veya lavmanların hatalı kullanımı eylemlerini sergilememiştir (APA, 2006).

**Tıkmırcasına yeme ya da çıkarma (bulimik) tipi:** Kişinin düzenli bir şekilde durmadan yemesi ve sonrasında kendi kendine uyguladığı yediklerini çıkarma ya da laksatiflerin, diüretiklerin veya lavmanların yanlış biçimde kullanılmaları gibi hareketleri sergilemiştir (APA, 2006).

#### 1.4.1.6. Anoreksiya Nervozada Klinik Özellikler

Anoreksiya nervozada beden görünümü ile ilgili aşırı tutumlar, kilo kayıpları ve amenoreyle seyrederek. Hastalar ince ve zayıf olmalarına ve ölümcül komplikasyonlar göstermiş olmalarına rağmen beden görünümüyle alakalı doyuma ulaşmazlar ve kilolarıyla ilgili düşünceleri obsesyonel seviyeye yükselebilir. Bu bireylerdeki bedenlerin algı bozuklukları, zayıf olduklarını kabullenmemek, zayıf olduklarını kabul etmelerine karşın bedenlerinin birtakım bölgelerinin büyük olduğuna inanmak arasında değişebilmektedir (Brunch, 1973). İnkâr sendromu beden algı bozuklukları ile ilişkilidir pek çok hastada önemli bir bulgudur.(Kaye, 2008).

Aşırı şekilde yavaş ve az besin tüketimi, düşük enerjiye sahip yiyecekleri tercih etmek, kalorileri hesaplamak, yiyecekleri küçük parçalar biçiminde bölerek tüketmek başkaları adına yemek pişirmek ama yalnızken yemek yemeyi seçmek, aşırı egzersiz yapmak, kendini kusturmak, laksatif-diüretik kullanmak davranışlardan birkaçıdır (Yücel, 2009). Hastaların sıklıkla tartılırlar ve gün içerisinde sıklıkla ayna karşılarında görünümünü kontrol ederler (Gwirtsman ve Ebert, 2000).

Çizelge 1.1’de AN’nın fiziki komplikasyonları ve laboratuvar sonuçları özetlenmiştir (APA, 2006).

**Çizelge 1.1.** AN'da fiziksel komplikasyonlar

Organ Sistemleri	Belirtiler	Bulgular	Laboratuvar Sonuçları
Genel	Güçsüzlük, yorgunluk	Düşük kilo, kaşeksi, dehidratasyon, hipotermi	Düşük kilo/beden kütle indeksi
Kardiyovasküler ve periferik dolaşım sistemi	Palpitasyon, sersemlik hissi, nefes darlığı, göğüs ağrısı, ekstremitelerde soğukluğu	Bradikardi, düzensiz zayıf nabız, ortostatik hipotansiyon, akrosiyanoz	EKG: bradikardi, aritmi, PR ve Q-Tc aralığında uzama, 1. derece kalp bloğu EKO: Mitral valv prolapsusu, perikardiyal effüzyon
Santral sinir sistemi	Apati, konsantrasyon güçlüğü	Bilişsel bozulma, depresyon, irritabilite, periferik nöropati	BT: Ventrikül genişlemesi MR: gri/beyaz cevher oranında azalma EEG: Özgün olmayan değişiklikler, nöbet
Endokrin, metabolik	Yorgunluk, soğuk intoleransı, diürez	Düşük beden ısısı (hipotermi)	Hipopotasemi, hipomagnazemi, hipofosfatemi(beslenme sırasında), hipoglisemi, hiperkortizolemi, folat-B12- niasin ve tiamin eksikliği T3'te düşme, osteoporoz, osteopeni
Gastrointestinal sistem	Kusma, karın ağrısı, şişkinlik, kabızlık	Yemeklerden sonra karında şişkinlik, barsak seslerinde anormallik, parotid hiperplazisi	Karaciğer fonksiyon testlerinde bozulma, mide boşalma süresinde gecikme, superior mesenterik arter sendromu ve pankreatit (nadiren)
Genitoüriner sistem	İdrar yoğunluğunda azalma ya da artma		BUN'da yükselme, glomeruler filtrasyon süresinde kısalma, kreatininde düşme, nadiren böbrek yetmezliği
Hematolojik	Halsizlik, diş etlerinde kanama, vücutta morluklar	Nadiren pıhtılaşma anormallikleri	Anemi, trombositopeni, lenfositoz, nötropeni, sedimentasyonda düşme, pıhtılaşma anormallikleri
Cilt	Saç dökülmesi, tüylenme	Lanugo, kserozis, karotenoderma, akne	Serum karoten düzeyinde yükselme
Kaslar	Güçsüzlük, kas ağrıları	Kas atrofisi	Kas enzimlerinde anormallikler
Pulmoner sistem	Solunum güçlüğü	Solunum kaslarında atrofi	Pulmoner kapasitede azalma
Endokrin sistem	İkincil seks karakterleri ve psikoseksüel gelişmenin durması, libido kaybı	Birincil/ikincil amenore, fertilité sorunları, gebelik dönemi ve neonatal dönem komplikasyonlarında artış	Kadınlarda östrojen seviyesinde erkeklerde testosteron seviyesinde düşme, prepubertal LH-FSH düzeyleri
İskelet sistemi	Egzersiz sırasında ağrı	İskelet gelişiminin durması	Osteoporoz,osteopeni, patolojik stres kırıkları, kemik yaşında gecikme

Açlığın erken evrelerinde birçok laboratuvar bulguları normal sınırlardayken serum kompleman üç ve dört (C3, C4) ile serum transferrin seviyeleri düşük olabilmekte ve bu belirtiler beslenme durumlarının işaretleri olarak



kullanılabilmektedirler (Nova ve ark., 2004). Tıbbi komplikasyon seviyesinin yüksek olması sebebiyle anorektik hastaların takipleri esnasında birtakım fiziki bulguların ve laboratuvar araştırmalarının takiplerinin yapılması önerilmektedir. Ayrıca kilo kayıplarına sebep olabilecek hastalıklar (gastrointestinal sistem hastalıkları, tüberkülozlar, maligniteler, HIV) ile kilo kayıplarının eşlik ettikleri psikiyatrik hastalıklar (majör depresyonlar, zehirlenme hezeyanlarının eşlik ettikleri psikotik durumlar) akılda tutulmalıdır (Yücel ve ark., 2006).

Yapılan bir çalışmada, AN tanılı 25 hastanın tıbbi stabilizasyon biriminde kapsamlı bir şekilde incelenmesiyle, beden kütle indeksi (BKİ) ortalama olarak 13.1 kg/m<sup>2</sup> olan yetişkin hastanın %44'lük kısmında hipoglisemi, %76'lık kısmında karaciğer fonksiyonlarında bozulma, %83'lük kısmında anormal kemik ağırlığı, %45'lik bir kısmında hipofosfatem ve %92'lik kısmında hipotermi tespit edilmiştir (Garner ve Garfinkel, 1997).

#### **1.4.1.7. Anoreksiya Nervozada Tedavi Yaklaşımları**

Beslenme uzmanları, akıl ve ruh sağlığı uzmanları ve tıp uzmanlarından oluşan bir ekip yeme bozukluğu yaşayanlara ortak bir yaklaşım sunmuştur. Diyetisyenler akut bakım, iyileşme, hastalığın tekrarlama ve aynı zamanda tedavi sürecinde tüm bakım hizmetine katkıda bulunurlar (APA, 2006).

Anoreksiya nervoza tedavisi hastanın tıbbi ve fiziksel durumuna bakılarak hastanede yatışı yapılarak veya ayakta yapılabilir. Bunun yanında hastalarda ağırlık kaybını önleme, ağırlığın düzenlenmesi ve beslenme alışkanlığının değiştirilerek düzenli hale getirilmesine odaklanılır (Rosen, 2010). Diyetisyen bireylerin yeme alışkanlıklarını değiştirerek vücudunun ihtiyacı olan enerji miktarını belirleyen, diyet programını düzenleyip kişiye çeşitli önerilerde bulunan bir ekip üyesi olmalıdır (Fisher ve ark., 1995).

**Beslenme Tedavisi:** Bu tedavi yönteminde en önemli noktalar; bilinç oluşturulması, öğün planlaması, yeme alışkanlıklarının ve düzeninin tekrar bir sisteme

oturtulup geri kazandırılması ve son olarak da hastanın diyet yapmasının ve bu alışkanlığının devam ettirmesinin engellenmesi olarak sıralanabilir (Savaşır, 1989).

Anoreksia tedavisinde yeme özelliklerini değerlendirmede aşağıdaki konular dikkate alınmalıdır: • Günlük neler yeniyor? kısıtlama çabaları ne ölçüde? • Belirli bir yeme tarzı var mı? değişiyor mu? yeme merasim özelliği taşıyor mu? • Bazı gıdalardan sakınıyor mu? neden? • Sıvı kısıtlaması var mı? • Hasta açlık hissi ya da yeme dürtüsü hissediyor mu? • Tıkinma var mı? miktarlar büyük mü? kontrolünü kaybetme duygusu var mı? • Tıkinma plânlanmış oluyor mu? nasıl başlıyor? nasıl bitiyor? ne sıklıkla? • Zorlayarak kusuyor mu? nasıl? kan kusuyor mu? ardından yorgun düşüyor mu? • Laksatif, diüretik, kusturucu, iştah azaltıcı ilaç alıyor mu? etkileri nasıl? • Çiğneyip tükürüyor mu? bir ya da daha çok gün tamamen aç kalıyor mu? • Başkalarının yanında iken yiyor mu? • Egzersiz yapar mı? bu kalori harcamaya etkili oluyor mu? (Savaşır, 1989).

Hastanın aşamalı olarak önce 30-40 kkal/kg/gün, bir sonraki aşamada ise 70-100 kkal/kg/gün dozunda beslenmesi sağlanmaktadır. Bu enerji yükünü kaldırabilirse kalp yetmezliği veya ödem gibi sorunlarla karşılaşmayacağı öngörülmektedir. Fazla kilo kaybına uğramış hastalara belirli aralıklarla sıvı formula günde 6 defa eşit sıklıkta verilir (Saka ve Çakmakçı, 2013).

BKİ 19-21 kg/m<sup>2</sup> aralığına ulaşılması hedeflenir. Alınması gereken minimum protein miktarı, cinsiyet ve yaşa göre belirlenir. Karbonhidrat miktarı ise alınan toplam enerji miktarının yarısı kadar olmalıdır. Kabızlık sorununun çözümü için ise posalı besinler kullanılmalıdır. Bu tip hastalarda, kalsiyum ve D vitamin yönünden zengin diyet verilmelidir (Saka ve Çakmakçı, 2013). Uzun süreli eğitimin davranış değişikliğini düzenlemesinde önemi çok büyüktür. Hastanın BKİ konusunda bilinçlendirmesi de bu konuda gelişime büyük katkı sağlayacaktır (Baysal ve ark., 2011).

**Hospitalizasyon:** Yatarak tedavide birçok farklı kriter vardır. Tek kriter ağırlık değildir. Tanımlanamamış kilo kaybı ile akut hiponatremi de ağırlık kaybı olmadan tehlikeli durumlar ortaya çıkarabilir. Yatarak tedavilerde kriterler; yanlış ve ağır

beslenme (boy uzunluğu-vücut ağırlığı oranının %75'in üstünde olmaması), elektrolit kaybı, dehidrasyon, kardiyak distrimi, hipotansiyon, hipotermi, ortostatik değişimler, duraksamış büyüme ve gelişme, akut besin reddi, akut tıbbi komplikasyonlar (yanlış beslenme kaynaklı), akut psikiyatrik durumlar, müdahil komorbid tanı şekilde sıralanabilir (Kreipe ve Birndorf, 2001)

Hospitalizasyonun amaçları ise bu şekilde sıralanabilir,

- Acil olarak bulunan ve önem arz eden tıbbi sorunların tedavisi
- Vücut ağırlığı / boy uzunluğu oranı gibi vücudun sağlığını hedefleyen oranların yakalanması
- Normal zaman aralıklarında ve normal miktarlarda yeme davranışının sergilenmesi
- Kötü davranış biçimlerinin ortadan kaldırılması (kendi kendine kusma, aşırı egzersiz vs.)
- Tıkanırcasına yeme ataklarına bir son vermek
- Çeşitli durumlarda, bu durumlara uyum sağlayarak beslenme, özgüven, sosyal anlamda rahatlık gibi yaşamı kolaylaştıran etmenlerin tekrar farkına varmak
- Sadece tedavi süresince değil, sonrasında da takibin elden bırakılmaması
- Depreşmenin önlenmesi amacıyla planların oluşturulması

**Psikoterapi:** AN'lı hastalar, başlangıçta belli bir seviyede kilo alımından sonra psikolojik destek alımına başlayabilirler. Psikoterapi bu noktada devreye girer. Çok uç noktalarda düşünebilen ve esnekliği olmayan bu hastaların mükemmel olma güdüleri ve benlik saygıları, sorun çözme ve bilişsel yeniden yapılandırma gibi bilişsel terapi yöntemleri ile kolaylıkla ve tam anlamıyla tedavi edilebilir. Çeşitli davranışsal yöntemler vardır. Bunlar arasında; karşılaştırma getirme ve tepki önleme yöntemleri uygulanmaktadır. Bu tedavilerde hastalar daha önceden dayanamayarak yaptıkları sporlar ve egzersizleri yapabilecekleri bir ortama sokulurlar ancak spor yapmalarını engellenir. Yemekler ile aynı ortamda bulduklarında ise kusmaları önlenmektedir (Aydemir ve Köroğlu, 2009).

Psikoterapik bir yöntem olan bilişsel terapi yöntemlerinin anoreksiya nervoza tedavisinde kullanımı ise zordur. Bunun nedeni olarak ise; nörotransmitter salgıları ve fonksiyonlarındaki bozukluklar gösterilebilir. Aile tabanlı terapi ise özelleştirilmiş bir müdahaledir. Nevrozalı adölesanlar üzerinde kullanıldığında etkili ve yanıt alınabilen tedavi yöntemlerinden birisidir (Rosen, 2010). Aileleri ile birlikte yaşayan hastalarda bir çözümleme yapılarak gerekli girişimlerde bulunulmalıdır (Aydemir ve Köroğlu, 2009).

## **1.4.2. Bulimiya Nervosa**

### **1.4.2.1. Tanımı ve Tarihsel Gelişimi**

Bous (βουλιμία) (öküz) ile limos (λιμός) (açlık) kelimelerinden türetilmiş olan bulimiya sözcüğü, “bir öküzü yiyecek ölçüde büyük bir açlık” veya “öküz gibi yiyebilmek” anlamlarına gelen patolojik iştahı ifade eder (Brenda ve William, 1991). Kavrama “nervoza” kelimesinin dâhil olmasıyla AN ile olan klinik ve etiyolojik ilişkisine vurgu yapabilmek amacıyla meydana gelmiştir (Russell, 1979).Eski Mısır, Roma, Yunan ve Arap kültürleri içinde bulimiyaya benzemekte olan hedonistik davranışlara rastlanılmaktadır. Eski Mısır’da kusmaya yönelik davranışların olması ve yine Roma’nın ilk dönemlerinde elit tabakada görülmekte olan aşırı yemek arkasından kusmak amacıyla “vomitoryum”ların kullanılıyor olması bulimiya nervozanın tarihsel manada temelini çok daha eskilere dayanabileceğini akla getirmektedir (Boughtwood, 2005). BN hastalarıyla ilgili olarak; güçlü ve karşı konulamayan bir yeme isteği, kusarak ya da müshil kullanarak gıdalardaki kilo aldırıcı etkilerden kaçınmak, şişmanlamaktan dolayı aşırı kaygı duymak şeklinde 3 nitelikten bahsedilmiştir (Russell, 1979).

### **1.4.2.2. Epidemiyolojisi**

Anoreksiya nervoza benzeri, Bulimiya nervoza da kadınlarda daha sık görülür. Detaylı teşhis metotlarının kullanılmış olduğu çalışmalarda BN’nin kadınlarda %1 ile %2,8 arasında olduğunu ortaya koymaktadır (Rand ve Kuldau, 1993). Fakat klinik

teşhis aşamasına erişmemiş olan sınır altındaki durumlar da eklendiğinde, ölçüler 2 ile 5 katına kadar çıkabilmektedir (Currin ve ark., 2005). ABD’de 3000 ergen üzerinde yapılan bir araştırmada kadınların %42,6’sının diyet yaptıkları, %5,6’sının kilo vermek maksadıyla kustukları, %2,2’sinin laksatif, %2,3’ünün diüretik, %3,6’sının zayıflamak için ilaç kullandıkları tespit edilmiştir (Childress ve ark., 1993).

Türkiye’de yeme bozuklukları üzerine yapılan bir araştırmada da üniversite öğrencileri üzerinde tespit edilen BN dereceleri %0,5 ile 1,57 aralarında değişmektedir (Uzun ve ark., 2006). Bulimiya nervozaya genelde nüfusun %2-%5 arasında rastlanmaktadır. Birçok hastanın sahip olduğu kilo değişkenlik göstermektedir. Bu nedenle hastalığın teşhisini zorlaştırmaktadır. Bu hastalığın başlangıcı 15-25 yaşları arasında görülmektedir. Bu başlangıç döneminin görüldüğü yaşlar konusunda sosyoekonomik durum önemli bir ölçüttür (Hudson ve ark., 2012). Olguların çok yüksek bir kısmını kadınlar oluşturur. Bu oran ise yaklaşık %95 olarak ölçülmüştür (Aydemir ve Köroğlu, 2009).

#### **1.4.2.3. Bulimiya Nervozaya Tanı Kriterleri**

DSM-III ile DSM-III-R’de "Çocukluk ile Adolesan Dönemlerinde Ortaya Çıkan Bozukluklar" başlığı altındaki "Yeme Bozuklukları" alt başlıklarında yer alan bulimiya nervozaya, DSM-IV’de ayrı bir ana başlık meydana getiren "Yeme Bozuklukları" içerisinde anoreksiya nervozaya ile beraber yer almaktadırlar (Braunder ve ark., 2007).

DSM-IV tanı kriterlerinde, DSM-III-R’de de uygulanmış olan "yeme kontrollerinin kalktılarına dair duyum" ölçüt biçiminde yer almaya devam ettirmektedir. DSM-IV’de çıkartma olan tip ve çıkartma olmayan tip olmak kaydıyla BN’nin iki alt tipi vardır. Çıkartma olan tipteki birey, tıkinma periyodu sonrasında kendisini kusturma, ipeka şurubu, laksatif veya diüretik benzerindeki ilaçlardan yüksek dozlardan kullanma, aşırı egzersiz gibi semptomlar gösterirken, çıkartma olmayan tiplerde ilacın kötüye kullanımları görülmemekle beraber, aşırı egzersiz yaptıkları görülmektedir. Çizelge 2’de DSM-IV’e göre BN tanı ölçütleri verilmektedir (APA, 2001).

## **Çizelge 1.2.** DSM IV'e göre BN tanı ölçütleri

- A.** Devamlı tıknırcasına yeme dönemleri: Bu dönemler iki ölçüt ile belirlenmektedir. Bu ölçütler,
1. Aynı şartlar altında normal bir insanın yediği miktardan daha fazla ve daha sık yeme durumu. 1.5-2 saatlik zaman dilimi örnek verilebilir.
  2. Bu zaman diliminde ne zaman duracağı veya doyunluğunu kontrol edememesi; yeme kontrolünün kaybı ve yeme eylemini durdurması gereken zamanı tayin edememesine yol açar.
- B.** Yanlış ilaç kullanımı, lavman, kusma gibi kilo almasını engellemek için kendi yaptığı eylemleri; aşırı yoğun spor veya hiç yemek yememe gibi kontrolsüz davranışlar ile desteklemeyi tekrarlaması.
- C.** Daha önce de belirttiğimiz gibi 3 ay süresince her hafta ortalama 2 defa olmak üzere tıknırcasına yeme gibi bir eylemi uygunsuz dengeleyici davranışlar ile tamamlaması tekrarlanmaktadır.
- D.** Kendi değerlendirmesini yaparken etkilendiği yegâne iki olgu; vücudunun fiziksel kalıpları ve ağırlığıdır.
- E.** Bu çeşit bozukluklara sadece Anoreksiya Nervozada döneminde rastlanmamaktadır.

### **1.4.2.4. Bulimiya Nervozada Tipleri.**

**1. Çıkartma Olan Tip:** BN tanılı birey, bu dönemde düzenli bir şekilde lavman yapar, laksatif, diüretikler kullanır ve kendi kendine yanlış bir şekilde kusar.

**2. Çıkartma Olmayan Tip:** Bu tipte ise BN tanılı birey hiç yemek yememe veya aşırı spor yapmaya yönelmiştir. Çıkartma Olan Tip'in aksine, lavman, laksatif, diüretik kullanımı gibi davranışlar söz konusu değildir (Gwirtsman ve Ebert, 2000):

### **1.4.2.5. Bulimiya Nervozada Klinik Özellikler**

Bulimiya nervozanın klinik davranışlarını tıknır gibi yeme atakları ve sonrasında gelen uygun olmayan dengeleyici eylemler belirler. Tıknır gibi yeme aşırı miktarlarda yiyeceklerin kısa zaman içinde tüketilmesini sağlar ve bu oranlar normal erişkin öğününün oldukça üstündedir. Sık olarak tüketilen besinler yağlı, şekerli ve yüksek enerjili besinlerdir. Yeme esnasında kontrol kayıpları ile beraber tıknmaların

başlamaları sıklıkla görülmekle beraber bulimikler genellikle tıknmalar esnasında yalnız olmayı tercih eder ve öğünlerin bunlara göre planını yaparlar. Tıknma atakları öncesinde kaygıya dair his ve depresif duygu durumları mevcutken, sonrasında yoğun bir suçluluk hissi ve kendisini eleştirmeler başlar (Meyer ve ark., 2005).

Hastalığın ilk zamanlarında kusma davranışları için parmakla provokasyon yapılsa da uzun dönemde spontane veya öğürerek kusmalar görülmektedir. Tıknmaları durdurmak için psikostimulan veya iştah kesen preparatların kullanımları yaygındır. Hastaların yaklaşık olarak 1/3'ünde laksatiflerin kötüye kullanımları vardır. DSM-IV'de bulimiya nervoza tanıları için tıknır gibi yeme ataklarının varlığı gerektiği halde, tıknır gibi yeme atakları olmadan sadece kusmayla seyretmekte olan atipik görünümle ilgili yayınlar artış göstermektedir (APA, 2001).

BN'ya eşlik eden en sık görülen psikolojik teşhis majör depresyonlardır. Anksiyete bozuklukları, bipolar bozukluklar, maddelerin kötüye kullanımları, travmalar sonrasında stres bozuklukları ve sosyal fobiler diğer sıklıkla rastlanılan teşhislerdir (Kaye ve ark., 2004).

Çizelge 1.3'te BN'de görülmekte olan fiziki komplikasyonlar özetlenmiştir (APA, 2006).

**Çizelge 1.3.** BN'de fiziksel komplikasyonlar

Organ Sistemleri	Belirtiler	Bulgular	Laboratuvar Sonuçları
Kardiyovasküler sistem	Güçsüzlük, yorgunluk	Aritmiler	EKG: ST çökmesi, QT-QRS ve PR aralığında uzama, supraventriküler ve ventriküler ektopik atımlar, otonomik işlev bozukluğu, ipeka kullanımında kardiyomyopati
Santral sinir sistemi	Apati, konsantrasyon güçlüğü	Bilişsel bozulma, depresyon, irritabilite, periferik nöropati	BT: Kortikal atrofi, ventrikül genişlemesi. PET, fMRI: Serebral kan akımı ve metabolizma bozulması. MR: Gri/beyaz cevher küçülmesi
Gastrointestinal sistem	Kusanlarda mide yanması, reflü, kanama; laksatif kullananlarda nadir istemsiz kusma, kabızlık, akut gastrik ve özofageal rüptür, perforasyon, nekroz	Tükrük bezlerinde büyüme, kusanlarda özofajit, gastrit, özofageal motilite bozuklukları, pankreatit; laksatif kullananlarda kolon motilite bozukluğu	Serum amilazı ve pankreatik amilaz düzeylerinde artış (nadiren)
Cilt		El sırtında yara (Russell belirtisi), peteşi, kusmadan hemen sonra konjunktival kanama	
Metabolik	Kilo değişkenliği, proksimal güçsüzlük, irritabilite, kas krampları	Deri turgor değişikliği, gode bırakan ödem, Chvostek ve Trousseau bulguları	İdrar analizi: dehidratasyon Elektrolitler: kusanlarda hipokalemik hipokloremik alkaloz, kusan ve laksatif kullananlarda Mg ve fosfat düşüklüğü
Kaslar	İpeka kullananlarda zayıflık	Kas güçsüzlüğü, periferik myopati	EMG: özgün olmayan anormallikler
Orofarenks	Diş çürütmesi, farenks ağrısı, yanaklarda ve boyunda şişme	Enema erozyonu, kesici dişlerde lingular çürükler, tükrük bezlerinde genişleme	Enema kaybı, parotid hiperplazisine bağlı olarak serum amilazında artış
Üreme sistemi	Fertilite sorunları	Oligomenore, amenore	Östrojen düzeyinde azalma
İskelet sistemi	Egzersiz sırasında kemik ağrısı	İskelet gelişiminin durması, boy kısalığı	Patolojik stres kırıkları, kemik yaşında gecikme

Bulimiya nervozada mortalite oranı %3 tür. Laksatif ve diüretik kullanımı, kusma ile beraber en çok kullanılan arınma davranışlarıdır (Aydemir ve Köroğlu, 2009). Kolon bozukluklarının meydana gelmesi, laksatif kullanımına da bağlı olarak



gelişebilmektedir (katartik kolon ya da atonik). Aynı zamanda diüretik ve laksatif kullanımı; kaslarda kramp, karın krampları, dehidratasyon ve emilim bozuklarına yol açar. Kişilerde oluşan laboratuvar sonuçları metabolik alkaloz (mide asidini kusma yoluyla kaybetme), metalobik asidoz (laksatifin kötü şekilde kullanılması sonucu), sıvı elektrolit bozuklukları (Hipokloremi, hiponatremi, hipokalemi)şeklindedir. (Baş, 2007).

#### **1.4.2.6. Bulimiya Nervozada Tedavi Yaklaşımları**

BN'de temel tedavi hedefleri, diyetlerin düzenlenmeleri ve uygunsuz olan dengeleyici eylemlerin sonlandırılmasıdır. Ayaktan tedavi sayesinde sıklıkla olumlu sonuçlar elde edilebilmekle birlikte, intihar düşünceleri ve alkol-madde bağımlılıkları gibi ek teşhisler varlıklarında yatarak tedaviler düşünülmelidir. Erişkinlerde bulimiya nervoza tedavilerinde bilişsel davranış terapilerin üstün olduğu gösterilmiş ve tedavilerde ilk seçilecek metot olarak kabul görmektedir. İlaçla tedaviler ve psikoterapilerin karşılaştırıldığı araştırmalarda, bilişsel davranışçı terapilerinin tek başlarına ilaç tedavilerinden çok daha etkin oldukları; kombine tedavilerin etkileri artırmış olduğu gösterilmiştir (Kuruoğlu, 2008). AN'da olduğu üzere BN tedavilerinde de başta "Maudsley Modeli" olmak kaydıyla aile terapilerinin bilhassa ergen hastalarda kullanımlarının olumlu sonuçlar ortaya koyduğuna dair yayınlar bulunmaktadır (Lock ve Le Grange, 2005).

BN ve depresyonlar arasındaki ilişki antidepresanların kullanımlarının temellerini meydana getirir. Antidepresanların etkinlikleri plasebodan daha fazla olmakla birlikte psikoterapiden üstün olduğuna ilişkin delil bulunmamaktadır. Etkinlikleri en belirgin biçimde gösterilmiş olan antidepresan tedaviler, fluoksetin 60 mg/g'dır (Hoek ve Van Hoeken, 2003).

**Beslenme tedavisi:** Ana bileşeni diyet danışmanlığı ve beslenme eğitimi olan beslenme tedavisi, bilişsel davranışçı terapi sürecinde gerçekleştirilir. Enerji dengesi, beslenme eğitimi, fazla kilonun kontrol altına alınmasının öğretilmesi, açlığın vücuttaki etkileri, diyet yapılması ve vücut ağırlığının kontrolünde edinilen yanlış bilgiler ile kusma eylemini gerçekleştirme gibi hareketler gibi fiziksel sonuçları ortaya

çıkartır. Gün içinde yemeklerin öğün olarak planlanması üç bölümü içermekle beraber, öğün aralarında bir-üç defa atıştırmayı kapsar. İlk etapta 1200-1500 kkal alınabilir. Oranlar, vücudun ihtiyacı olduğu kadar olmalıdır. Ortalama protein, enerjinin %15-20'si, karbonhidrat %50-55, yağ ise %25-30'u kadar olmak durumundadır. RDA %100 oranında multivitamin tablet ve mikro besin ögesini içerir (Baş, 2007).

**Psikoterapi:** BN tedavisi sırasında psikoterapi yönteminde diğerlerine oranla daha iyi sonuçlar alındığı izlenmiştir (Hay ve ark., 2004). Ancak, sonuç itibarı ile BN tedavisinde hasta olanların sadece %30-50'lik kısmı tamamen iyileşmiştir (Baş, 2007). Bilişsel davranış terapisi, 20 hafta sürer. İlk etapta tedavinin gideceği noktalar saptanır. Örnek olarak; zihnin yeme ve gıda ile daha az meşgul olması, bunun yanında kusma ve tıkinmanın bitmesi gösterilebilir. Üç aşama olarak başlanır. Birinci aşama yeme üzerinde kontrol sağlanarak tedavinin gerçekliliği anlatılır. İkinci olarak, mevcut sorunun devam etmesine neden olan faktörler üzerinde yoğunlaşılır. Üçüncü ve son aşama olarak meydana gelecek olan değişimin kalıcı olacağı ve tedavi bitiminde de devam edeceği yolunda garanti verilir. Diğer kişilere göre durumlarının daha hassas olma halinin bir süre daha devam edeceği açıklanır. Tedaviye aktif olarak katılımının gerekliliği anlatılır (Maner, 2007).

**Farmakolojik tedavi:** Bulimiya nervozada ilaç tedavisi olarak rasgele seçilen hastalar üzerinde yapılan kontrol odaklı çalışmalarda, meta analizler sonucu, monoamin oksidaz engelleyici antidepressanların, seçici serotonin geri alım engelleyicileri, trisiklik antidepressanlar gibi geniş çaplı ilaç grubunun kusma krizleri ve tıkinma ile yeme ataklarını azaltmada, duygu durum ve anksiyete işaretlerinin tedavide etkili oldukları açık bir şekilde sunulmuştur (Alphan, 2008).

### **1.4.3. Başka Türli Tanımlanamayan Yeme Bozuklukları (Eating Disorders Not Otherwise Sepicified)**

#### **1.4.3.1. Tanım**

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından belirlenmiş olan anoreksiya ve bulimiya nervoza belirtilerini tam anlamıyla göstermeyen, değişik yeme bozukluklarını sınıflandırılmayan yeme bozuklukları olarak açıklamıştır (APA, 2006). Kişilerin belirtilerden sadece birini taşıması, sınıflandırılmayan yeme bozuklukları teşhisinin koyulması için yeterli bir sebeptir.

#### **1.4.3.2. DSM-IV Sınıflandırılmayan Yeme Bozuklukları Tanı Kriterleri**

DSM-IV – Sınıflandırılmayan Yeme Bozukluklarının Tanı Kriterleri şu şekilde sıralanabilir (APA, 2001):

- Kadınların menstruasyon sorunlarının dışında, anoreksiya nervoza belirtilerine uyması,
- BKİ normal olmasına rağmen tüm anoreksiya nervoza belirtilerine uyması,
- Bireylerin aşırı yemek yeme ile beraber ardından çıkarma dürtüsü sergilemesi; üç aydan kısa, haftada iki defadan az olması ve bulimiya nervoza kriterlerini taşıması,
- Bireylerin normal vücut ölçülerinde olmasına rağmen az yemek tüketse bile daha sonra yemeğin vücuttan atılımının düzenli yollardan olmaması,
- Yiyeceklerin çok fazla çiğnenmesi ve yutulmaması,
- Bulimiya nervozada çok fazla yemek yemenin ardından, bu yemeklerin vücuttan düzenli olarak atılmaması.

### 1.4.3.3. Binge Eating ( Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu / TYB )

#### 1.4.3.3.1. Tanım

Albert Stunkard, insanların çok fazla yemesini, normal sayılabilecek düzeyde yemelerinin dışında kalan yemek yeme alışkanlıklarından sadece bir tanesi olarak anlatmış ve tanımlamıştır (Stunkard ve McLaren-Hume, 1959). 1959 yılından sonra, TYB açısından yeni bir görüş ortaya konulmamıştır. TYB tanı ölçümleri klinik tablo halinde ilk defa 1991’de yayınlanmıştır. DSM-IV-TR’de “Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları” başlığı kapsamında olan ve Spitzer ve arkadaşlarının önerisi ile TYB yer almıştır (American Psychiatric Association, 2006).

“Beslenme ve Yeme bozuklukları” kendine göre kriterleri olan yeme bozukluğu olarak açıklanmış ve DSM-5’te de açıklanmıştır (APA, 2013). TYB için DSM-5 Çizelge 4’te gösterilmiştir (APA, 2013).

#### 1.4.3.3.2. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Tanı Kriterleri

##### Çizelge 1.4. DSM-5 tıkınırcasına yeme bozukluğu tanı ölçütleri

- A-** Tıkınırcasına yeme aralıkları tekrarlanmaktadır. Tıkınırcasına yeme dönemlerinde aşağıda açıklanan özellikler mevcuttur.
- 1- İnsanların yiyebildiği ölçülerden daha az, benzer zamanlarda daha çok yiyebileceği, ayrı zamanlarda ise (örneğin herhangi bir zamanda iki saat içinde).
  - 2- Yemek yeme denetiminin kalktığını hissedilmesi.
- B-** Diğer kişilerden çok daha fazla yeme tüketiminin dönemsel bölümlerde aşağıdakilerden üçü veya daha fazlası görülür:
- 1- Bilinen ve alışılanın çok fazlası ve hızlı yenmesi.
  - 2- Tokluk hissini duyana kadar rahatsızlık verecek düzeyde yenmesi.
  - 3- Acıktığını veya açlık hissini duymadan çok miktarda yenmesi.
  - 4- Yediklerinin çok fazla olduğunu düşündüğünden ve utandığından çoğunlukla yalnız kaldığında yemeyi tercih etmesi.
  - 5- Yeme eylemi bitiminde pişmanlık duygusu, tiksinti ve çöküklük yaşama.
- C-** Çok fazla tıkınırcasına yeme ile ilgili olarak sıkıntı duygusu yaşama.
- D-** Genel olarak ortalama üç ayda, en az haftada bir kez tıkınırcasına yeme hareketinde bulunulması.
- E-** Bulimiya nervozada görüldüğü gibi tekrar eden uygunsuz telafi edici hareketler tıkınırcasına yemeye eşlik etmez. Tıkınırcasına yeme eylemi anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozanın oluşumunda meydana çıkmaz.

Çizelge 1.5’te DSM-5’e göre tıkınırcasına yeme bozukluğunun şiddetleri verilmektedir (APA, 2013).

### **Çizelge 1.5.** DSM-5'e göre tıknırcasına yeme bozukluğunun şiddetleri

<p><b>Ağır:</b> Hafta süresince 14 veya daha fazla tıknırcasına yeme.</p>
<p><b>Çok fazla:</b> Hafta süresince orana vurulduğunda sekiz-on defa tıknırcasına yeme.</p>
<p><b>Orta derece:</b> Hafta süresince dört-yedi defa tıknırcasına yeme.</p>
<p><b>Ağır olmayan:</b> Hafta süresince bir-üç defa tıknırcasına yeme.</p>

TYB'nin prevalansının kadınlarda %3,5 erkeklerde %2 olduğu belirtilmiştir. (Wonderlich ve ark., 2009).

#### **1.4.5. Diğer (Daha Az Bilinen) Yeme Bozuklukları**

##### **1.4.5.1. Ortoreksiya Nervoz ( ON )**

Beslenme bozukluğu olarak ortaya çıkan ortoreksiya nervoz (ON) şiddetli şekilde sağlıklı beslenme takıntısı ve hareketi ile bağdaştırılmıştır. Medyada çıkan bilimsel makalelerde sağlıklı besin ile bağlantılı açıklamalar, ON'da temel besin sorunlarını oluşturmaktadır. Bu durumun, sosyal ilişkilerin değişmesi ile sıkı diyetlere neden olduğu gözlenmiştir (Kummer ve ark., 2008). Erzurum'da Tıp Fakültesi öğrencileri arasında ölçekler aracılığıyla yürütülen çalışmada ortoreksiya nervozaya yatkınlık oranının çok yüksek olduğu saptanmıştır. Kadınlarda yeme eğilimlerinin daha fazla olduğu, vücut ağırlığı ile ON arasında hiçbir ilişki olmadığı, erkeklerde ortoreksiya nervozanın yapılan araştırmalarda daha çok görüldüğü açıklanmıştır (Fidan ve ark., 2010). Ortoreksiya nervoz (ON) ölçeklerin geçerliliği alanında problem oluşturabileceği düşünülmüştür (Vardar, 2013).

##### **1.4.5.2. Kuş Gibi Beslenme (Picky Eating )**

Çocuklarda besinleri çok ufak miktarlarda tüketme ve besinlerden kaçınma; kuş gibi beslenme (Picky Eating) olarak adlandırılmaktadır. Bebeklerin bir kısmında ek gıdalara geçiş dönemlerinde zorlanma olması durumunda bir iki lokma ile yedirme

(picky eating) yolu seçilir. Bu durumda, bebeklerin acıkma güdöleri bastırılarak her seferinde daha az yedirmeye devam edilir. Böylelikle, gün geçtikçe zayıflamasına ve yeme bozukluğunun oluşmasına yol açar (Baysal, ve ark., 2011). Picky Eating, kişinin büyüme ve gelişme aşamalarında duraklama ve vücudun enfeksiyonlara karşı direncinin düşmesine neden olur. Ailenin bilinç dışı çocukların yeme durumlarıyla fazla ilgilenmeleri; oranın artmasına, %45'inden fazlasının picky eating olmasına yol açtığı düşünülmektedir (Tunçbilek ve ark., 1998).

#### **1.4.5.3. Bigoreksiya (Muscle Dysmorphia)**

Bigoreksiya (Kas dismorfizmi), sürekli olarak kasları geliştirmeye takıntılı hale gelmek ve bu durumu aklından çıkaramamaktır. Kişiler kaslarının yetersiz olduğunu düşünür ve bunu takıntı haline getirir. Genelde bu durum erkeklerde görülür. Geliştirme adına proteinli besinleri tercih ederler. Bu düşünceyi taşıyan kişiler zamanlarının büyük kısmını aşırı egzersiz yaparak spor salonlarında geçirirler (Choi ve ark., 2002).

#### **1.4.5.4. Pika**

Pika, besin ile alakalı olmayan, besin değeri taşımayan maddelerin tüketilmesi durumunda ortaya çıkan bir bozukluktur. Çocukluk çağlarında ve ergenlik döneminde ortaya çıkan duygusal ve davranışsal bozukluklar DSM-IV-TR içinde ise “Yeni doğan veya çocukların beslenme ve yeme bozuklukları” başlığı altındadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001).

DSM ölçütleri çerçevesinde besin değeri taşımayan maddelerin bir aylık zaman zarfında ısrarlı bir şekilde tüketilmesinin çocuğun gelişimi ile alakası yoktur. Meydana gelen bu beslenme davranışı çok ciddi duygusal bozuklukların ilerlemesinde ortaya çıksa bile, klinik düzeyde ön planda olacak kadar ciddi bir durumdur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001). Genel istatistiklerde zihinsel özörlü ve otistik çocuklarda izlenen en çok görölen yeme bozukluğudur. Birçok hastalığa yol açabilir. Örnek olarak ise beslenme bozuklukları, bağırsak paraziti, anemi kurşun zehirlenmesi gibi

hastalıklar gösterilebilir. Pika'nın başka bir çeşidi de, dışkı yemek olup, ağır ruhsal bozukluklar, delirium ve demans olgularda bulunduğu açıklanmıştır (Vardar, 2013).

#### **1.4.5.5. Gece Yeme Sendromu ve Farmakolojik Tedavi**

Geçtiğimiz yirmi yılda gece yeme sendromu oldukça geniş çaplı araştırmalara konu olmuştur. Gece yeme sendromuna dair tanım eksikliği, sendromun tanınmasını engelleyerek, onun diğer bozukluklar ile ilgili yapılan araştırmalarla kıyaslanabilmesini engellemektedir. Gece yeme sendromu ile ilgili kısıtlamaları ortadan kaldırmak için 2010 yılında tanı kriterleri sunulmuştur (Allison ve Lundgren, 2010). Gece yeme sendromu için tanı kriterleri şu şekilde sıralanabilir (Moore ve ark., 2009):

- ✓ Gece yemelerinin uykudan uyandıktan sonra ya da akşam yemeğinden sonra aşırı yemek yemeye tekrarlanması,
- ✓ Bu yemek yeme periyotlarının farkında olma,
- ✓ Bu bozukluk nedeniyle üzüntü içerisine girme

Aşırı yeme bozukluğu ya da başka bir mental bozukluk dışında oluşan tıbbi bozukluklar da yeme düzeni bozukluğunu açıklayabilir (APA, 2013). Gece yeme bozukluğu bilinci geliştikçe, bu bozukluk için tedavi yöntemleri araştırmaları da yoğunlaşmıştır. Gece yeme bozukluğu ile ilgili olarak farmakolojik tedavi, bilişsel-davranışçı terapi, ışık tedavisi, kas gevşemesi stratejileri gibi çeşitli tedavi yaklaşımları ortaya konmuştur (Cooper-Kazaz, 2012).

Beslenmedeki rolüyle serotonin sistemi, besin alımı, günlük ritim gece yeme bozukluğunun fizyopatolojisinde önemli bir rol oynamaktadır (O'Reardon ve Stunkard, 2004). Lundgren ve arkadaşları (2008) gece yeme bozukluğu olan kişilerde, orta beyin temporal lobda yüksek seviyede serotonin taşıyıcısı olduğunu belirtmişlerdir. Serotonin taşıyıcılarının düzeylerindeki artışlar postsinaptik serotonin iletim ve işlev bozukluklarına neden olduğu gösterilmiştir (Frazer, 1997). Bu ilişki

bağlamında, gece yeme bozukluğunun tedavisinin araştırıldığı klinik çalışmalarda, genellikle antidepresan ilaçlara yoğunlaşmaktadır (Spaggiari ve ark., 1994).

## **1.5. Yeme Bozuklukları İçin Tanı Yöntemleri**

BN ve AN hastalarda tanı için laboratuvar bulguları, fiziksel değerlendirmeler ve değerlendirme testleri kullanılır.

### **1.5.2. Yeme Bozukluklarında Kullanılan Testler**

Yeme bozukluklarının değerlendirilmesinde kullanılan bir takım testler vardır. Bunlardan birkaçı şöyledir (Öztürk ve Uluşahin, 2008):

- Yeme Tutum Testi (Eating attitudes test-EAT) (Garner ve Garfinkel, 1979)
- Bulimiya Kognitif (bilişsel) Bozukluk Skalası (Bulimia cognitive distortions scale) (Schulman ve ark., 1986)
- Bulimik Düşünceler Ölçeği (Bulimic thoughts questionnaire) (Frankove ark., 1986)
- Yeme Kişisel Etkinlik Ölçeği (Eating self-efficacy questionnaire) (Wilson ve ark., 1986)
- Mizes'in anorektik bilişsel skalası (Mizes anorexics cognitions scale) (Mizes, 1992).
- Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) (Van Strein,1986)

Bu çalışmada yapılan analizler yardımıyla öğrencilerde bulunan yeme bozukluklarının Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) ile belirlenerek beslenme bilgi düzeylerine, cinsiyetlerine ve sınıflarına göre değerlendirilmesi amaçlanmıştır.



## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın yeri ve örneklem seçimi, verilerin toplanması, anket formunun hazırlanması ve uygulanması bazı antropometrik parametrelerin ölçümlerinin yapılması, beslenme bilgi düzeylerinin ve yeme davranışlarının saptanması ve verilerin değerlendirilmesi ile ilgili konular yer almaktadır.

### 2.1. Araştırma Bölgesi ve Yerinin Belirlenmesi

Bu araştırmanın evreni; Ankara'nın Keçiören İlçesi Milli Eğitim Bakanlığı bünyesindeki ortaokullarda bulunan 11-14 yaş arasındaki öğrencilerdir. Keçiören İlçesinde bulunan Hüseyin Güllüoğlu Ortaokulu ve Tarhuncu Ahmet Paşa Ortaokulu'nda öğrenim gören 6. sınıf, 7. sınıf ve 8. sınıf öğrenciler araştırmanın örneklemi oluşturmuştur. Bu okulların seçilmesinde, diğer ortaokullara göre daha fazla öğrenci sayısına sahip olmaları ve aynı zamanda araştırmacıya çalışma kolaylığı sağlaması gibi faktörler etkili olmuştur. Bu çalışma için Ankara Üniversitesi Etik Kurul Komitesine başvurulmuş 18 Haziran 2015 tarihli 185 karar sayılı etik kurul onayı alınmıştır (EK:1).

### 2.2. Araştırma Yöntemi ve Örneklem Belirlenmesi

Araştırma verileri; araştırmacı tarafından daha önce yapılan araştırmalarda kullanılan Hollanda Yeme Davranışı Anketi ve Beslenme Bilgi Düzeyi ile ilgili sorulardan yararlanarak oluşturulan anket formu (EK:2) yardımıyla karşılıklı görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Öğrencilerin aileleri, çocuklarının çalışmaya katıldıklarına dair gönüllü onam belgesi (EK:3) ile bilgilendirilmiş, araştırma öncesi okul müdürlüklerinden gerekli onaylar alınmıştır (EK:4).

Her iki okulda da 6., 7. ve 8. sınıfların 15'er şube bulunmaktadır ve toplam öğrenci sayısı 3600'dür. Bu şubelerde bulunan öğrencilerden %20 sini temsil edecek şekilde basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile her okulun 6. sınıf, 7. sınıf ve 8. sınıfların üçer şubesinde okuyan öğrenciler araştırma kapsamına alınmıştır. Hüseyin Güllüoğlu Ortaokulu'nda 6. sınıfta 120 öğrenci, 7. sınıfta 120 öğrenci ve 8. sınıfta 120 öğrenci; Tarhuncu Ahmet Paşa

Ortaokulu'nda 6. Sınıfta 120 öğrenci 7. sınıfta 120 öğrenci ve 8. sınıfta 120 öğrenci olmak üzere toplam  $\pm\%3$  'lük örneklem hatası ile 720 öğrenci (368 kız öğrenci, 352 erkek öğrenci) araştırmanın örneklemine oluşturacak şekilde hedeflenmiş olmakla birlikte hatalı ve eksik doldurulan anketler nedeniyle örneklem büyüklüğü 704 öğrenci olarak belirlenmiştir. Araştırma verileri karşılıklı görüşme yöntemi ile anket formu kullanılarak 2015-2016 eğitim öğretim yılında toplanmıştır.

### 2.3. Anket Formunun Hazırlanması ve Uygulanması

Araştırma kapsamında kullanılan veri toplama aracı üç farklı bölüm içermektedir. Veri toplama aracının ilk bölümünde öğrenci ve ailesine ilişkin bilgiler, ikinci bölümde beslenme bilgi düzeyi anketi, üçüncü bölümde ise Hollanda Yeme Davranışı Anketi yer almaktadır. Anket formunda öğrencilerin boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ölçüleri alınmış, bu ölçümler kullanılarak beden kütle indeksi hesaplanmıştır. BKİ hesaplamasında aşağıdaki formül kullanılmıştır:

$$\text{Beden kütle indeksi} = \text{vücut ağırlığı(kg)} / \text{boy uzunluğu(m}^2\text{)}$$

Öğrencilerin 12-14 yaş aralığında olması nedeniyle çocukların beden kütle indeksleri için WHO-MGRS, 2007; 5-19 yaş grubu çocuklar için geliştirmiş olduğu Z skoru (SD) referans değerleri esas alınmıştır. Buna göre BKİ sınıflandırması aşağıdaki gibi değerlendirilmiştir:

<u>Beden Kütle İndeksi (Z skoru )</u>	<u>Değerlendirme</u>
BKİ: < -2 SD	Çok zayıf
BKİ: $\leq -2$ SD – < -1 SD	Zayıf
BKİ: $\geq -1$ SD – < 1SD	Normal
BKİ: $\geq 1$ SD – < 2SD	Fazla kilolu
BKİ: $\geq 2$ SD	Şişman/obez

Veri toplama aracının ikinci bölümünde Sabbağ (2003) tarafından geliştirilen “Beslenme Bilgi Düzeyi Testi” yer almaktadır. Beslenme bilgi düzeyini ölçmeyi

amaçlayan test içinde 25 soru yer almaktadır. Bu soruların hazırlanmasında daha önce yapılan araştırmalardan yararlanılmıştır. Sorular beş seçenekli olup her sorunun birinci seçeneği “bilgim yok” olarak yer almıştır. Her sorunun bir doğru cevabı olup testten alınabilecek en yüksek puan 25’tir. Alınan puan 12’den düşük ise beslenme bilgi düzeyi “yetersiz”, 12-21 puan arası “yeterli”, 21-25 puan arası “iyi” olarak sınıflandırılmıştır. Her doğru cevaba “1 puan”, her yanlış cevap ve bilmiyor cevabına “0 puan” verilmiştir.

Veri toplama aracının üçüncü bölümünde Stein ve arkadaşları (1986) tarafından geliştirilen, Bozan (2009) tarafından güvenilirlik ve geçerlik çalışması ile Türkçeye uyarlanan “Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) yer almaktadır. Anket 33 madde ve üç alt ölçekten oluşmaktadır. İfadelerin seçenekleri hiçbir zaman (1) ile çok sık (5) aralığında beşli likert tipindedir. DEB ölçeğinde yeme davranışları “Kısıtlayıcı Yeme”, “Duygusal Yeme” ve “Dışsal Yeme” alt ölçekleriyle irdelenmektedir. Kısıtlayıcı Yeme alt boyutunda 10 madde (1-10), Duygusal Yeme alt boyutunda 13 madde (11-23), Dışsal Yeme alt boyutunda 10 madde (24-33) bulunmaktadır. Kısıtlayıcı Yeme alt boyutunda yeme davranışının bilinçli ve kontrollü olduğuna ilişkin ifadeler (Örneğin “eğer kilo artışı yaşadysanız, her zaman yediğinizden daha az mı yersiniz?”), Duygusal Yeme alt boyutunda yeme davranışlarının duygularla gerçekleştiğine ilişkin ifadeler (örneğin “bir konuda rahatsızlık hissi yaşadığınızda daha fazla yemek yemek ister misiniz?”), Dışsal Yeme alt boyutunda yeme davranışlarının çevresel faktörlerle gerçekleştiğine ilişkin ifadeler (örneğin “bir başkasını yerken görürseniz siz de yemek yemek ister misiniz?”) yer almaktadır. Ayrıca 31 numaralı soru ters soru olup değerlendirilmesi buna göre yapılmıştır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan beş, en düşük puan ise birdir. Yeme davranışı alt boyutlarından alınan yüksek puan katılımcıların o yeme davranışını daha çok gösterdiği, alınan düşük puan ise o yeme davranışını daha az gösterdiği anlamına gelmektedir. Bu çalışmada ölçeğin örnekleminin yeterliliğine ilişkin Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı 0,94 ve Barlett’s küresellik testi 0,00 düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Açıklayıcı faktör analizinde ölçekteki 33 sorunun ait oldukları üç faktörde toplandıkları görülmüştür. Üç faktörden oluşan 33 maddenin açıkladığı

toplam varyans %73,08 olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin iç tutarlığına ilişkin yapılan analizde ölçeğin geneli için Cronbach Alpha katsayısı 0,98 olarak bulunmuştur.

#### **2.4. Verilerin Analizi**

Verilerin analizi sırasında SPSS İstatistik Paket Programı kullanılmıştır. Öğrencilerin kişisel bilgileri frekans ve yüzde tabloları şeklinde sunulmuştur. DEBQ ölçeği ve Beslenme Bilgi Düzeyi puanları ile öğrencilerin antropometrik ölçümleri ortalama, standart sapma, çarpıklık ve basıklık bulguları istatistik tablosu şeklinde verilmiştir.

Ölçek ve test puanlarının normallik sınavında Çarpıklık (Skewness) katsayısı kullanılmıştır. Sürekli bir değişkenden elde edilen puanların normal dağılım özelliğinde kullanılan çarpıklık katsayısının (Skewness)  $\pm 1$  sınırları içinde kalması puanların normal dağılımdan önemli bir sapma göstermediği şeklinde yorumlanabilir (Büyüköztürk, 2011). Yapılan normallik sınavında ölçek ve alt boyut puanları ile bilgi testi puanlarının normal dağılım gösterdiği tespit edildiğinden yeme davranış bozuklukları ile beslenme bilgi düzeyleri antropometrik ölçümler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Pearson Korelasyonu kullanılmıştır. Sınıflara göre yeme bozukluklarından alınan puanlar arasında anlamlı fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Bonferroni Post-hoc testi uygulanmıştır. Analizlerde anlamlılık düzeyi 0,05 olarak belirlenmiştir. Ölçümle elde edilen sürekli değişkenler (nicel değişkenler), ortalama, standart sapma, alt ve üst değerleri belirtilerek kategorik değişkenlerin değerlendirilmesinde ki-kare testi kullanılmıştır.

### 3. BULGULAR

Bu bölümde; öğrenciler ve aileleri ile ilgili genel bilgiler, öğrencilerin yeme davranışları, öğrencilerin beslenme bilgi düzeyleri ve Hollanda Yeme Davranışı Anketi'ne ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

#### 3.1. Genel Bilgiler

Araştırmaya katılan öğrencilere ait kişisel özellikler (okul, cinsiyet ve sınıf) Çizelge 3.1'de gösterilmiştir.

Çizelge 3.1. Öğrencilerin kişisel özelliklerine göre dağılımı

Demografik değişken	Gruplar	S	%
Okul	Tarhuncu Ahmet Paşa	336	47,7
	Hüseyin Güllüoğlu	368	52,3
Cinsiyet	Erkek	338	48,0
	Kız	366	52,0
Sınıf	6. sınıf	241	34,2
	7. sınıf	240	34,1
	8. sınıf	223	31,7

Araştırmaya katılan öğrencilerin %47,7'si Tarhuncu Ahmet Paşa ortaokulunda, %52,3'ü Hüseyin Güllüoğlu ortaokulunda öğrenim görmektedir. Öğrencilerin %48,0'i erkek, %52,0'si kızdır. Öğrencilerin %34,2'si altıncı sınıf, %34,1'i yedinci sınıf, %31,7'si sekizinci sınıf öğrencisidir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sınıflarına ve cinsiyetlerine göre antropometrik ölçümlerine ilişkin ortalama standart sapma ve alt üst değerler Çizelge 3.2' de gösterilmiştir.

Çalışmaya katılan öğrencilerden altıncı sınıfa devam eden erkek öğrencilerin ortalama boy uzunluğu  $149,89 \pm 9,15$  cm, ortalama vücut ağırlığı  $43,35 \pm 8,08$  kg, ortalama BKİ  $19,11 \pm 2,73$  kg/m<sup>2</sup>, yaş ortalaması ise  $12,15 \pm 0,38$  yıl olarak bulunmuştur. Altıncı sınıfa devam eden kız öğrencilerde ise ortalama boy uzunluğu  $151,74 \pm 8,37$  cm, ortalama vücut ağırlığı  $41,13 \pm 6,47$  kg, ortalama BKİ  $18,52 \pm 2,34$  kg/m<sup>2</sup> yaş ortalaması ise  $12,07 \pm 0,32$  yıl olarak tespit edilmiştir.

Yedinci sınıfa devam eden erkek öğrencilerin ortalama boy uzunluğu  $157,98 \pm 8,07$  cm olarak bulunurken, ortalama vücut ağırlığı  $47,84 \pm 9,26$  kg, ortalama BKİ  $19,21 \pm 2,24$  kg/m<sup>2</sup>, yaş ortalaması ise  $13,11 \pm 0,49$  yıl olarak saptanmıştır. Aynı şekilde yedinci sınıfa devam eden kız öğrencilerin ortalama boy uzunluğu  $159,03 \pm 6,65$  cm olarak bulunurken, ortalama vücut ağırlığı  $46,94 \pm 6,80$  cm, BKİ  $18,71 \pm 2,17$  kg/m<sup>2</sup>, yaş ise  $12,99 \pm 0,44$  yıl olarak bulunmuştur.

Sekizinci sınıf erkek öğrencilerinin ortalama boy uzunluğu  $166,12 \pm 8,96$  cm, ortalama vücut ağırlığı  $53,55 \pm 11,35$  cm, BKİ  $19,10 \pm 3,16$  kg/m<sup>2</sup>, yaş ise  $13,95 \pm 0,25$  yıl olarak tespit edilmiştir. Bu değerler sekizinci sınıf kız öğrencilerinde sırası ile ortalama boy uzunluğu  $161,47 \pm 8,07$  cm, ortalama vücut ağırlığı  $50,33 \pm 8,40$  kg, BKİ  $18,87 \pm 2,84$  kg/m<sup>2</sup>, yaş ise  $13,96 \pm 0,21$  yıldır.

Sınıflar göz önüne alınmadan erkek öğrencilerde BKİ  $19,24 \pm 3,12$  kg/m<sup>2</sup> (13,34-30,85); kız öğrencilerde ise BKİ  $18,87 \pm 2,84$  kg/m<sup>2</sup> (13,34-30,85) olarak bulunmuştur

**Çizelge 3.2.** Öğrencilerin sınıflarına ve cinsiyetlerine göre antropometrik özelliklerine ilişkin ortalama değerler

Sınıf	Antropometrik Özellikler	Erkek ( S = 338 )		Kız ( S =366 )	
		X±SS	Alt-Üst	X±SS	Alt-Üst
6. sınıf	Boy uzunluğu (cm)	149,89 ± 9.15	125-168	151,74 ± 8,37	130-168
	Vücut ağırlığı (kg)	43,35 ± 8.08	30,0-69,0	41,13 ± 6,47	34-65
	Yaş (yıl)	12,15 ± 0.38	12-14	12,07 ± 0,32	12-13
	BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	19,11 ± 2,73	12,57-30,19	18,52 ± 2,34	13,62-30,24
7. sınıf	Boy uzunluğu (cm)	157,98 ± 8,07	136,0-177,0	159,03 ± 6,65	140-178
	Vücut ağırlığı (kg)	47,84 ±9,26	34,0-73,0	46,94 ± 6,80	34-70
	Yaş (yıl)	13,11±0,49	12-14	12,99±0,44	12-14
	BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	19,21 ± 2,24	12,57-30,19	18,71 ± 2,17	13,28-31,01
8. sınıf	Boy uzunluğu (cm)	166,12 ± 8,96	146,0-185,0	161,47 ± 8,07	147-178
	Vücut ağırlığı (kg)	53,55 ± 11,35	30,0-90,0	50,33 ± 8,40	35-84
	Yaş (yıl)	13,95 ± 0,25	12-14	13,96 ± 0,21	13-14
	BKI (kg/m <sup>2</sup> )	19,10 ± 3,16	11,63-31,24	18,87 ± 2,84	12,97-31,30

Araştırmaya katılan öğrencilerin sınıflarına ve cinsiyetlerine göre beden kütle indeksine göre vücut ağırlığı düzeyleri Çizelge 3.3' de gösterilmiştir.

**Çizelge 3.3.** Öğrencilerin sınıflarına ve cinsiyetlerine göre beden kütle indeksine ilişkin bulgular

Sınıf	Beden Kütle İndeksi	Erkek ( S =338)		Kız ( S =366 )		
		S	%	S	%	
6. sınıf	Çok zayıf	6	5,3	20	15,7	X <sup>2</sup> : 21,24 p < ,05
	Zayıf	16	14,0	32	25,3	
	Normal	69	60,5	68	53,5	
	Fazla kilolu	21	18,4	7	5,5	
	Şişman/Obez	2	1,8	-	-	
	<b>Toplam</b>	114	100,0	127	100,0	
7. sınıf	Çok zayıf	8	7,1	6	4,7	X <sup>2</sup> : 11,09 p < ,05
	Zayıf	20	17,7	26	20,5	
	Normal	67	59,3	90	70,9	
	Fazla kilolu	13	11,5	4	3,1	
	Şişman/Obez	5	4,4	1	0,8	
	<b>Toplam</b>	113	100,0	127	100,0	
8. sınıf	Çok zayıf	11	9,9	4	3,6	X <sup>2</sup> : 10,25 p < ,05
	Zayıf	19	17,1	13	11,6	
	Normal	54	48,6	77	68,8	
	Fazla kilolu	22	19,8	15	13,4	
	Şişman/Obez	5	4,6	3	2,6	
	<b>Toplam</b>	111	100,0	112	100,0	

Araştırmaya katılan altıncı sınıfa devam eden erkek öğrencilerin %5,3'ü çok zayıf , %14,0'ü zayıf , %60,5'i normal vücut ağırlığında , %18,4'ü fazla kilolu , %1,8'i şişman/obez aralığındadır. Altıncı sınıfa devam eden kız öğrencilerin ise %15,7'si çok zayıf , %25,2'si zayıf , %53,5'i normal ve %5,5'i fazla kiloludur.

Yedinci sınıfa devam eden erkek öğrencilerin %7,1'i çok zayıf , %17,7'si zayıf , %59,3'ü normal vücut ağırlığında , %11,5'i fazla kilolu , %4,4'ü şişman/obez aralığındadır. Yedinci sınıfa devam eden kız öğrencilerin ise %4,7'si çok zayıf , %20,5'i zayıf , %70,9'u normal vücut ağırlığında , %3,1'i fazla kilolu , %0,8'i şişman/obez olarak belirlenmiştir.



Sekizinci sınıfa devam eden erkek öğrencilerin %9,9'u çok zayıf, %17,1'i zayıf, %48,6'sı normal vücut ağırlığında, %19,8'i fazla kilolu ve %4,5'i şişman/obez'dir, Sekizinci sınıfa devam eden kız öğrencilerin ise %3,6'sı çok zayıf, %11,6'sı zayıf, %68,8'i normal vücut ağırlığında, %13,4'ü fazla kilolu ve %2,7'si şişman/obez aralığındadır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin ebeveynlerine ilişkin bulgular Çizelge 3.4.'te gösterilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %28,3'ünün annesi ilkokul, %27,1'inin ortaokul, %33,1'inin lise, %11,5'inin ise üniversite düzeyinde öğrenim gördüğü bulunmuştur. Öğrencilerin %14,6'sının babası ilkokul, %25,2'sinin ortaokul, %34,2'sinin lise, %26,1'inin babası üniversite düzeyinde öğrenim görmüştür, Annelerin yaklaşık 3/4'ünün (%74,0) ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Çalışan annelerin %10,1'i işçi, %6,7'si memur, %9,2'si serbest meslek sahibidir, Öğrencilerin %22,3'ünün babası işçi, %24,4'ünün memur, %9,1'inin esnaf, %44,2'sinin ise serbest meslek sahibidir.

Öğrencilerin %29,5'inin annesi 30-35 yıl, %40,9'u 36-40 yıl, %19,5'i 41-45 yıl, %10,1'inin annesi ise 46 yıl yaş aralığında ve üzeri yaşıdadır. Öğrencilerin %5,2'sinin babası 30-35 yıl, %34,9'unun 36-40 yıl, %37,9'unun 41-45 yıl, %22,1'inin ise 46 yıl yaş aralığı ve üzeri yaş grubunda olduğu görülmektedir.

**Çizelge 3.4.** Öğrencilerin ebeveynleri ile ilgili bilgiler

	Anne		Baba	
	S	%	S	%
<b>Öğrenim düzeyi</b>				
İlkokul	199	28,3	103	14,6
Ortaokul	191	27,1	177	25,2
Lise	233	33,1	241	34,2
Üniversite	81	11,5	183	26,0
<b>Toplam</b>	704	100	704	100
<b>Yaş (yıl)</b>				
30-35	208	29,5	36	5,2
36-40	288	40,9	246	34,9
41-45	137	19,5	267	37,9
46 yaş ve üzeri	71	10,1	155	22,0
<b>Toplam</b>	704	100	704	100
<b>Meslek</b>				
Ev hanımı/Çalışmıyor	521	74,0	-	-
İşçi	71	10,1	157	22,3
Memur	47	6,7	172	24,4
Esnaf	-	-	64	9,1
Serbest meslek	65	9,2	311	44,2
<b>Toplam</b>	704	100	704	100

### 3.2. Beslenme Bilgi Düzeyine İlişkin Bulgular

#### 3.2.1. Beslenme Bilgi Düzeyine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin beslenme bilgi düzeyi sorularına ilişkin bulguları Çizelge 3.5.'te gösterilmiştir.

**Çizelge 3.5. Öğrencilerin beslenme bilgi düzeyi sorularına verdikleri cevaplara göre dağılımları**

Beslenme bilgisi soruları	Erkek						Kız						İstatistik
	Doğru		Yanlış		Bilgisi Yok		Doğru		Yanlış		Bilgisi Yok		
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	
Proteinin yapı taşı olan öge	144	42,6	184	54,4	10	3,0	167	45,6	181	49,5	18	4,9	p > ,05
Yaşam için gerekli olan azotu bulunduran besin ögesi	285	84,3	46	13,6	7	2,1	324	88,5	40	10,9	2	0,6	p > ,05
Saf karbonhidrat	309	91,4	27	8,0	2	0,6	337	92,1	29	7,9	0	0	p > ,05
Suda eriyen vitamin grubu	111	32,8	218	64,5	9	2,7	122	33,3	236	64,5	8	2,2	p > ,05
En çok A vitaminini bulunduran besin	146	43,2	181	53,6	11	3,2	160	43,7	193	52,7	13	3,6	p > ,05
Kalsiyumdan zengin besin	256	75,7	71	21,0	11	3,3	280	76,5	76	20,8	10	2,7	p > ,05
En çok kalori içeren besin ögesi	122	36,1	212	62,7	4	1,2	149	40,7	217	59,3	0	0	p > ,05
En çok protein bulunduran besin	71	21,0	220	65,1	47	13,9	66	18,0	229	62,6	71	19,4	p > ,05
En çok demir bulunduran besin	181	53,6	151	44,7	6	1,7	203	55,5	153	41,8	10	2,7	p > ,05
En çok D vitamini bulunduran besin	78	23,1	253	74,9	7	2,0	67	18,3	289	79,0	10	2,7	p > ,05
En çok posa bulunduran besin	52	15,4	284	84,0	2	0,6	45	12,3	321	87,7	0	0	p > ,05
Doymamış yağ olarak anılan yağ	63	18,6	273	80,8	2	0,6	61	16,7	304	83,1	1	0,	p > ,05
Günlük enerji ihtiyacınız (kalori)	73	21,6	262	77,5	3	0,9	63	17,2	298	81,4	5	1,4	p > ,05
Kemik ve dişlerin oluşumunda en çok görevli mineral grubu	194	57,4	141	41,7	0	0,9	226	61,7	136	37,2	4	1,1	p > ,05
İnsan kanında oksijeni taşıyan öge	142	42,0	195	57,7	1	0,3	152	41,5	212	57,9	2	0,6	p > ,05
Vücutta iyot eksikliğinde görülen hastalık	77	22,8	259	76,6	2	0,6	80	21,9	284	77,6	2	0,5	p > ,05
Diş eti kanamasının görülmesine sebep olan yetersizlik	174	51,5	158	46,7	6	1,8	214	58,5	149	40,7	3	0,8	p > ,05
Yüksek tansiyon (hipertansiyon) da yasaklanan besin	143	42,3	194	57,4	1	0,3	185	50,5	180	49,2	1	0,3	<b>p &lt; ,05</b>
Kan kolesterol düzeyi yüksek olan bir kişiye önerilmeyen besin	82	24,3	253	74,9	3	0,8	83	22,7	279	76,2	4	1,1	p > ,05
Yetersizliğinde göz hastalıkları oluşturan vitamin	235	69,5	100	29,6	3	0,9	272	74,3	90	24,6	4	1,1	p > ,05
Diş çürümesinde etkili olan yiyecek	256	75,7	78	23,1	4	1,2	296	80,9	68	18,6	2	0,5	p > ,05
Kilo vermenin en iyi yolu	124	36,7	204	60,3	10	3,0	136	37,2	218	59,6	12	3,2	p > ,05
En besleyici yiyecek grubu	263	77,8	63	18,6	12	3,6	295	80,6	59	16,1	12	3,3	p > ,05
İnsan kanında olması gereken şeker oranı	161	47,6	173	51,2	4	1,2	161	44,0	201	54,9	4	1,1	p > ,05
İnsan vücudunun mutlaka alması gereken yağ	262	77,5	52	15,4	24	7,1	302	82,5	48	13,1	16	4,4	p > ,05

Çizelge 3.5'te öğrencilerin beslenme bilgi düzeyi sorularına verdikleri doğru veya yanlış cevaplar incelenmiştir.

Her iki cinsiyette de öğrencilerin %75,0'inden fazlası tarafından doğru cevaplanan sorular; Yaşam için gerekli olan azotu bulunduran besin ögesi (Erkek % 84,3, Kız %88,5 ), saf karbonhidrat bulunduran besin ögesi (Erkek %91,4, Kız %92,1 ), dış çürümesinde etkili olan yiyecek (Erkek %75,7, Kız %80,9 ), en besleyici yiyecek grubu (Erkek % 77,8, Kız %80,6 ), insan vücudunun mutlaka alması gereken yağ çeşidi (Erkek % 77,5, Kız %82,5), kalsiyumdan zengin besin (Erkek %75,7, Kız %76,5) şeklindedir.

Her iki cinsiyette de öğrencilerin % 75'inden fazlası tarafından yanlış cevaplanan sorular; En çok D vitamini bulunduran besin (Erkek %74,9, Kız %79,0 ), en çok posa bulunduran besin (Erkek %84,0, Kız %87,7 ), doymamış yağ olarak bilinen yağ çeşidi (Erkek %80,8, Kız %83,1 ), günlük enerji ihtiyacı çeşidi (Erkek %77,5, Kız %81,4 ),vücutta iyot eksikliğinde görülen hastalık (Erkek %76,6, Kız %,77,6 ) şeklinde olduğu görülmüştür.

Erkek ve kız öğrencilerin %10'undan fazlası tarafından bilgisi yok olarak cevaplanan sorular; En çok protein bulunduran besin (Erkek %84,3, Kız %88,5 ) olarak tespit edilmiştir.

Günlük enerji ihtiyacının 1800-2500 kcal/gün olduğunu; erkek öğrencilerin %21,6'sının ve kız öğrencilerin %17,2'sinin doğru olarak bildikleri, erkek öğrencilerin %77,5 ve kız öğrencilerin %81,4'ünün yanlış olarak bildiği, erkek öğrencilerin %0,9'unun ve kız öğrencilerin %1,4'ünün ise bilgisinin olmadığı belirlenmiştir.

Kilo vermek için en iyi yolun fiziksel aktiviteyi arttırmak ve yiyecek alımını azaltmak olduğunu; erkek öğrencilerin %36,7'sinin ve kız öğrencilerin %37,2'sinin doğru olarak bildikleri, erkek öğrencilerin %60,4'ünün ve kız öğrencilerin %59,6'sının yanlış olarak bildiği, erkek öğrencilerin %3'ünün ve kız öğrencilerin %3,3'ünün ise bilgisinin olmadığı bulunmuştur.

Erkek ve kız öğrenciler arasında yüksek tansiyonda yasaklanan besin ( $p < 0.05$ ) beslenme bilgi sorusuna verilen cevapların dağılımları arasındaki farklılıklar istatistiksel açıdan önemli, diğerleri arasındaki farklılıklar önemsiz bulunmuştur ( $p > 0.05$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin beslenme bilgi düzeyine ilişkin bulgular Çizelge 3.6.'da gösterilmiştir.



**Çizelge 3.6.** Öğrencilerin beslenme bilgi testinden aldıkları ortalama puanlar

Cinsiyet	Sınıf	S	X±SS	Alt-Üst	
<b>Erkek</b>	6,Sınıf	114	11,89 ± 5,62	0-25,00	F(2,698) p > 0,05
	7,Sınıf	113	11,72 ± 5,66	0-25,00	
	8,Sınıf	111	11,93 ± 5,19	0-25,00	
	<b>Toplam</b>	338	11,85 ± 5,48	0-25,00	
<b>Kız</b>	6,Sınıf	127	11,76 ± 4,29	0-25,00	F(2,545) p > 0,05
	7,Sınıf	127	12,32 ± 5,48	0-25,00	
	8,Sınıf	112	12,53 ± 5,88	0-25,00	
	<b>Toplam</b>	336	12,15 ± 5,23	0-25,00	

Öğrencilerin beslenme bilgi testi genel puan ortalaması  $12,00 \pm 5,35$  olarak bulunmuştur. Altıncı sınıfa devam eden erkek öğrencilerin beslenme bilgisi testinden aldıkları puan  $11,89 \pm 5,62$  yedinci sınıfa devam eden erkek öğrencilerin beslenme bilgisi testinden aldıkları puan  $11,72 \pm 5,66$ , sekizinci sınıfa devam eden erkek öğrencilerin beslenme bilgi testi puanı  $11,93 \pm 5,19$  olarak bulunmuştur. Kız öğrencilerden 6. sınıfa devam edenlerin beslenme bilgi testi puanı  $11,76 \pm 4,29$  olarak, 7. sınıfa devam edenlerin beslenme bilgi testi puanı  $12,32 \pm 5,48$  olarak, 8. sınıfa devam edenlerin beslenme bilgi testi puanı  $12,53 \pm 5,88$  olarak bulunmuştur. Sınıf kademesi arttıkça alınan puanlar da artmaktadır, bu artış kız öğrencilerde daha fazla görülmektedir. Öğrencilerin cinsiyetlerinin ve sınıflarının beslenme bilgi testi genel puan ortalamaları üzerindeki etkisini görmek amacıyla yapılan faktöriyel varyans analizi sonucunda herhangi anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir,  $(F(2, 698) = 0,508, p > 0,05)$ .

Araştırmaya katılan öğrencilerin beslenme bilgi düzeyine ilişkin bulguları Çizelge 3.7’de gösterilmiştir.

**Çizelge 3.7.** Öğrencilerin beslenme bilgi düzeylerine ilişkin genel bulguları

Cinsiyet	Beslenme Bilgi Düzeyi	S	%
Erkek ( n =338 )	Yetersiz	172	50,9
	Yeterli	138	40,9
	İyi	28	8,2
Kız ( n =366 )	Yetersiz	168	46,0
	Yeterli	169	46,1
	İyi	29	7,9

Erkek  $X^2 = 2,085$ ,  $p > 0,05$ , Kız  $X^2 = 2,171$ ,  $p > 0,05$

Erkek öğrencilerin %50,9'unun beslenme bilgi düzeyi yetersiz, %40,9'unun yeterli düzeyde, %8,2 'inin ise iyi düzeyde olduğu, kız öğrencilerin % 46,0'sının beslenme bilgi düzeyi yetersiz, %46,1'inin yeterli düzeyde, %7,9'unun ise iyi düzeyde olduğu görülmüştür. Cinsiyete göre beslenme bilgi düzeyleri arasında anlamlı fark bulunamamıştır.(  $p > 0,05$  )

Araştırmaya katılan öğrencilerin sınıflarına göre beslenme bilgi düzeyine ilişkin bulgular Çizelge 3.8'de gösterilmiştir.

**Çizelge 3.8.** Öğrencilerin sınıflara göre beslenme bilgi düzeyleri dağılımı

Beslenme Bilgi Düzeyi	Cinsiyet		Sınıf			Toplam
			6, sınıf	7, sınıf	8, sınıf	
Yetersiz	Erkek	S	58	61	53	172
		%	33,7	35,5	30,8	100,0
	Kız	S	59	58	51	168
		%	35,1	34,5	30,4	100,0
Yeterli	Erkek	S	47	41	50	138
		%	34,1	29,7	36,2	100,0
	Kız	S	64	57	48	169
		%	37,9	33,7	28,4	100,0
İyi	Erkek	S	9	11	8	28
		%	32,1	39,3	28,6	100,0
	Kız	S	4	12	13	29
		%	22,8	40,4	36,8	100,0

Erkek  $X^2 = 2,085$ ,  $p > 0,05$ , Kız  $X^2 = 2,060$ ,  $p > 0,05$



Öğrencilerin %48,3'ünün beslenme bilgi düzeyi yetersiz, %43,6'sının yeterli, %8,1'inin beslenme bilgi düzeyi iyi düzeyde bulunmuştur.

Yetersiz beslenme bilgi düzeyine sahip erkek öğrencilerin %33,7'si 6. sınıf, %35,5'i 7. sınıf ve %30,8'i 8. sınıf olarak bulunmuştur. Yetersiz beslenme bilgi düzeyine sahip kız öğrencilerin %35,1'i 6. sınıf, %34,5'i 7. sınıf ve %30,4'ü 8. sınıf olarak bulunmuştur.

Yeterli beslenme bilgi düzeyine sahip erkek öğrencilerin %34,1'i 6. sınıf, %29,7'si 7. sınıf ve %36,2'si 8. sınıf olarak bulunmuştur. Yeterli beslenme bilgi düzeyine sahip kız öğrencilerin %37,9'u 6. sınıf, %33,7'si 7. sınıf ve %28,4'ü 8. sınıf olarak bulunmuştur. İyi beslenme bilgi düzeyine sahip erkek öğrencilerin %32,1'i 6. sınıf, %39,3'ü 7. sınıf ve %28,6'sı 8. sınıf olarak bulunmuştur. İyi beslenme bilgi düzeyine sahip kız öğrencilerin %13,8'i 6. sınıf, %41,4'ü 7. sınıf ve %44,8'i 8. sınıf olarak bulunmuştur.

Öğrencilerin sınıfları ve beslenme bilgi düzeyleri arasındaki farklılıkları bulmak için ki kare analizi yapılmıştır. Yapılan bu analize göre değişkenler arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. ( $\chi^2=2,05, p>0,05$ )

Araştırmaya katılan öğrencilerin günlük öğün sayıları ile cinsiyetlerine göre yeme davranışları bozukluklarına ilişkin bulgular Çizelge 3.9.'da gösterilmiştir.

**Çizelge 3.9.** Öğrencilerin günlük öğün sayıları ile cinsiyetlerine göre ortalama yeme davranışları bozuklukları ortalama puanları

Günlük öğün sayısı	Cinsiyet	S	%	Kısıtlayıcı Yeme		Duyusal Yeme		Dışsal Yeme	
				X±SS	Alt-Üst	X±SS	Alt-Üst	X±SS	Alt-Üst
2 öğün	Erkek	86	47,0	2,50 ± 1,07	1,00-5,00	3,90 ± 1,17	1,00-5,00	3,35 ± 1,15	1,00-5,00
	Kız	97	53,0	2,98 ± 1,25	1,00-5,00	3,39 ± 1,42	1,00-5,00	3,20 ± 1,28	1,00-5,00
3 öğün	Erkek	194	58,3	2,67 ± 1,11	1,00-5,00	3,68 ± 1,25	1,00-5,00	3,35 ± 1,16	1,00-5,00
	Kız	208	41,7	2,77 ± 1,10	1,00-5,00	3,58 ± 1,27	1,00-5,00	3,15 ± 1,10	1,00-5,00
4 öğün	Erkek	58	48,7	3,12 ± 1,29	1,00-5,00	3,13 ± 1,29	1,00-5,00	2,46 ± 1,10	1,00-5,00
	Kız	61	51,3	3,38 ± 1,32	1,30-5,00	2,68 ± 1,32	1,00-5,00	2,25 ± 1,06	1,00-5,00

Günlük yiyeceklerini iki öğünde tüketen öğrencilerin %47,0'sinin erkek, %53,0'ünün kız olduğu bulunmuştur. Günlük yiyeceklerini iki öğünde tüketen erkek öğrenciler, kısıtlayıcı yeme davranış bozukluğundan ortalama  $2,50 \pm 1,07$  puan, duygusal yeme davranış bozukluğundan ortalama  $3,90 \pm 1,17$  puan, dışsal yeme davranış bozukluğundan ortalama  $3,35 \pm 1,15$  puan almıştır. Günlük yiyeceklerini iki öğünde tüketen kız öğrenciler, kısıtlayıcı yeme davranış bozukluğundan ortalama  $2,98 \pm 1,25$  puan, duygusal yeme davranış bozukluğundan ortalama  $3,39 \pm 1,42$  puan, dışsal yeme davranış bozukluğundan ortalama  $3,20 \pm 1,28$  puan almıştır. Özellikle iki öğün beslenen erkek öğrencilerde duygusal yeme davranışı oldukça yüksek çıkmasına rağmen kısıtlayıcı yeme davranışı düşük bulunmuştur.

Erkek öğrencilerin %58,3'ünün, kız öğrencilerin ise %41,7'sinin günde üç öğün yemek yediği bulunmuştur. Günde üç öğün beslenen erkek öğrenciler, kısıtlayıcı yeme davranış bozukluğundan ortalama  $2,67 \pm 1,11$  puan, duygusal yeme davranış bozukluğundan ortalama  $3,68 \pm 1,25$  puan, dışsal yeme davranış bozukluğundan ortalama  $3,35 \pm 1,16$  puan almıştır. Günde üç öğün beslenen kız öğrenciler, kısıtlayıcı yeme davranış bozukluğundan ortalama  $2,77 \pm 1,10$  puan, duygusal yeme davranış bozukluğundan ortalama  $3,58 \pm 1,27$  puan, dışsal yeme davranış bozukluğundan ortalama  $3,15 \pm 1,10$  puan aldıkları hesaplanmıştır.

Günde dört öğün beslenen erkek öğrencilerin oranı %48,7, kız öğrencilerin oranı %51,3'tür. Günde dört öğün beslenen erkek öğrenciler, kısıtlayıcı yeme davranış bozukluğundan ortalama  $3,12 \pm 1,29$  puan, duygusal yeme davranış bozukluğundan ortalama  $3,13 \pm 1,29$  puan, dışsal yeme davranış bozukluğundan ortalama  $2,46 \pm 1,10$  puan almıştır. Günde dört öğün beslenen kız öğrenciler, kısıtlayıcı yeme davranış bozukluğundan ortalama  $3,38 \pm 1,32$  puan, duygusal yeme davranış bozukluğundan ortalama  $2,68 \pm 1,32$  puan, dışsal yeme davranış bozukluğundan ortalama  $2,25 \pm 1,06$  puan almıştır. Dört öğün beslenen kız ve erkek öğrenciler duygusal yeme ve dışsal yeme davranışı anlamlı olarak daha az gözlenirken kısıtlayıcı yeme daha fazla gözlenmiştir. Kız ve erkek öğrencilerde öğün sayısı arttıkça duygusal yeme davranışı ve dışsal yeme davranışı daha az görülmektedir.

**Çizelge 3.10.**Öğrencilerin beslenme eğitimi alma durumlarına ve cinsiyetlerine göre yeme davranış bozukluklarının ortalama puanları

Beslenme Eğitimi	Cinsiyet	S	%	Kısıtlayıcı Yeme		Duygusal Yeme		Dışsal Yeme	
				X±SS	Alt-Üst	X±SS	Alt-Üst	X±SS	Alt-Üst
Almadı	Erkek	113	48,1	2,51 ± 1,06	1,00-5,00	3,90 ± 1,16	1,00-5,00	3,30 ± 1,11	1,00-5,00
	Kız	122	51,9	2,82 ± 1,13	1,00-5,00	3,55 ± 1,29	1,00-5,00	3,25 ± 1,15	1,00-5,00
Aldı	Erkek	225	48,0	2,81 ± 1,18	1,00-5,00	3,51 ± 1,34	1,00-5,00	3,14 ± 1,23	1,00-5,00
	Kız	244	52,0	2,98 ± 1,23	1,00-5,00	3,30 ± 1,41	1,00-5,00	2,90 ± 1,20	1,00-5,00

Araştırmaya katılan öğrencilerin beslenme eğitimi alma durumlarına göre ve cinsiyetlerine göre yeme davranış bozukluklarına ilişkin bulgular Çizelge 3.10.'da gösterilmiştir.

Beslenme eğitimi almayan öğrencilerin %48,1'inin erkek, %51,9'unun kız olduğu bulunmuştur. Beslenme eğitimi almayan erkek öğrenciler, kısıtlayıcı yeme davranış bozukluğundan ortalama 2,51±1,06 puan, duygusal yeme davranış bozukluğundan ortalama 3,90±1,16 puan, dışsal yeme davranış bozukluğundan ortalama 3,30±1,11 puan almıştır. Beslenme eğitimi almayan kız öğrenciler, kısıtlayıcı yeme davranış bozukluğundan ortalama 2,82±1,13 puan, duygusal yeme davranış bozukluğundan ortalama 3,55±1,29 puan, dışsal yeme davranış bozukluğundan ortalama 3,25 ±1,15 puan almıştır.

Beslenme eğitimi alan öğrencilerin %48,0'ının erkek, %52,0'ının kız olduğu bulunmuştur. Beslenme eğitimi alan erkek öğrenciler kısıtlayıcı yeme davranış bozukluğundan ortalama 2,81±1,18 puan, duygusal yeme davranış bozukluğundan ortalama 3,51±1,34 puan, dışsal yeme davranış bozukluğundan ortalama 3,14±1,23 puan almıştır. Beslenme eğitimi alan kız öğrenciler, kısıtlayıcı yeme davranış bozukluğundan ortalama 2,98±1,23 puan, duygusal yeme davranış bozukluğundan ortalama 3,30 ±1,41 puan, dışsal yeme davranış bozukluğundan ortalama 2,90 ±1,20 puan almıştır. Beslenme eğitimi alan öğrencilerde almayanlara göre dışsal yeme davranış bozukluğu puanları daha düşüktür.

Araştırmaya katılan öğrencilerin beslenme bilgisini aldığı yer ve cinsiyetlerine göre yeme davranış bozukluklarına ilişkin bulgular Çizelge 3.11.'de gösterilmiştir.

**Çizelge 3.11.** Öğrencilerin beslenme eğitimini aldığı yer ve cinsiyetlerine göre yeme davranış bozukluklarının ortalama puanları (n:469)

Beslenme bilgisini aldığı yer	Cinsiyet	S	%	Kısıtlayıcı Yeme		Duygusal Yeme		Dışsal Yeme	
				X±SS	Alt-Üst	X±SS	Alt-Üst	X±SS	Alt-Üst
Okuldan	Erkek	105	46,5	2,83 ± 1,23	1,00-5,00	3,42 ± 1,40	1,00-5,00	3,07 ± 1,26	1,00-5,00
	Kız	121	53,5	2,88 ± 1,25	1,00-5,00	3,39 ± 1,42	1,00-5,00	2,92 ± 1,21	1,00-5,00
Diyetisyenden	Erkek	41	48,8	2,48 ± 1,11	1,00-5,00	4,14 ± 1,09	1,00-5,00	3,93 ± 1,07	1,00-5,00
	Kız	43	51,2	2,66 ± 0,93	1,00-5,00	3,71 ± 1,07	1,00-5,00	3,65 ± 0,95	1,00-5,00
Sağlık personelinde	Erkek	21	45,7	2,49 ± 0,62	1,63-4,00	4,13 ± 0,75	2,62-5,00	3,72 ± 0,36	3,00-4,40
	Kız	25	54,3	2,73 ± 1,00	1,00-5,00	3,89 ± 1,17	1,00-4,85	3,41 ± 0,87	1,00-4,0
Aileden	Erkek	58	51,3	3,11 ± 1,21	1,40-5,00	3,01 ± 1,32	1,00-5,00	2,51 ± 1,10	1,00-5,00
	Kız	55	48,7	3,58 ± 1,31	1,30-5,00	2,49 ± 1,42	1,00-5,00	2,02 ± 0,94	1,00-3,90

Beslenme konusunda bilgiyi okuldan alan öğrencilerin %46,5'inin erkek, %53,5'inin kız olduğu görülmektedir. Beslenme konusunda bilgiyi okuldan alan erkek öğrenciler kısıtlayıcı yeme davranış bozukluğundan ortalama  $2,83 \pm 1,23$  puan, duygusal yeme davranış bozukluğundan ortalama  $3,42 \pm 1,40$  puan, dışsal yeme davranış bozukluğundan ortalama  $3,07 \pm 1,26$  puan almıştır. Beslenme konusunda bilgiyi okuldan alan kız öğrenciler kısıtlayıcı yeme davranış bozukluğundan ortalama  $2,88 \pm 1,25$  puan, duygusal yeme davranış bozukluğundan ortalama  $3,39 \pm 1,42$  puan, dışsal yeme davranış bozukluğundan ortalama  $2,92 \pm 1,21$  puan almıştır.

Diyetisyenden beslenme konusunda bilgi alan öğrencilerin %48,8'inin erkek, %51,2'sinin kız olduğu görülmektedir. Beslenme konusunda bilgiyi diyetisyenden alan erkek öğrenciler; kısıtlayıcı yeme davranış bozukluğundan ortalama  $2,48 \pm 1,11$  puan, duygusal yeme davranış bozukluğundan ortalama  $4,14 \pm 1,09$  puan, dışsal yeme davranış bozukluğundan ortalama  $3,93 \pm 1,07$  puan almıştır. Beslenme konusunda bilgiyi diyetisyenden alan kız öğrenciler kısıtlayıcı yeme davranış bozukluğundan ortalama  $2,66 \pm 0,93$  puan, duygusal yeme davranış bozukluğundan ortalama  $3,71 \pm 1,07$  puan, dışsal yeme davranış bozukluğundan ortalama  $3,65 \pm 0,95$  puan almıştır.

Beslenme konusunda bilgiyi sağlık personelinden alan öğrencilerin %45,7'sinin erkek, %54,3'ünün kız olduğu bulunmuştur. Sağlık personelinden bilgi alan erkek öğrenciler; kısıtlayıcı yeme davranış bozukluğundan ortalama  $2,49 \pm 0,62$  puan, duygusal yeme davranış bozukluğundan ortalama  $4,13 \pm 0,75$  puan, dışsal yeme davranış bozukluğundan ortalama  $3,72 \pm 0,36$  puan almıştır. Sağlık personelinden beslenme konusunda bilgi alan kız öğrencilerin kısıtlayıcı yeme davranış bozukluğundan ortalama  $2,73 \pm 1,00$  puan, duygusal yeme davranış bozukluğundan ortalama  $3,89 \pm 1,17$  puan, dışsal yeme davranış bozukluğundan ortalama  $3,41 \pm 0,87$  puan aldıkları belirlenmiştir.

Beslenme konusunda bilgiyi ailesinden alan öğrencilerin %51,3'ünün erkek, %48,7'sinin kız olduğu görülmektedir. Ailesinden beslenme hakkında bilgi alan erkek öğrenciler; kısıtlayıcı yeme davranış bozukluğundan ortalama  $3,11 \pm 1,21$  puan, duygusal yeme davranış bozukluğundan ortalama  $3,01 \pm 1,32$  puan, dışsal yeme

davranış bozukluğundan ortalama  $2,51 \pm 1,10$  puan almıştır. Beslenme konusunda bilgiyi ailesinden alan kız öğrencilerin kısıtlayıcı yeme davranış bozukluğundan ortalama  $3,58 \pm 1,31$  puan, duygusal yeme davranış bozukluğundan ortalama  $2,49 \pm 1,42$  puan, dışsal yeme davranış bozukluğundan ortalama  $2,02 \pm 0,94$  puan aldıkları hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin diyet yapma durumları ve cinsiyetlerine göre yeme davranışlarına ilişkin bulgular Çizelge 3.12’de verilmiştir.





**Çizelge 3.12.** Öğrencilerin diyet yapma durumları ve cinsiyetlerine göre yeme davranış bozukluklarının ortalama puanları

Diyet	Cinsiyet	S	%	Kısıtlayıcı Yeme		Duygusal Yeme		Dışsal Yeme	
				X±SS	Alt-Üst	X±SS	Alt-Üst	X±SS	Alt-Üst
Yapmadı	Erkek	266	47,5	2,57 ± 1,08	1,00-5,00	3,77 ± 1,21	1,00-5,00	3,35 ± 1,15	1,00-5,00
	Kız	294	52,5	2,82 ± 1,15	1,00-5,00	3,53 ± 1,33	1,00-5,00	3,18 ± 1,17	1,00-5,00
Yaptı	Erkek	72	50,0	3,19 ± 1,24	1,00-5,00	3,17 ± 1,48	1,00-5,00	2,62 ± 1,17	1,00-5,00
	Kız	72	50,0	3,38 ± 1,28	1,00-5,00	2,78 ± 1,40	1,00-5,00	2,31 ± 1,02	1,00-4,50

Diyet yapmayan öğrencilerin %47,5'inin erkek, %52,5'inin kız olduğu bulunmuştur. Diyet yapmayan erkek öğrenciler; kısıtlayıcı yeme davranış bozukluğundan  $2,57 \pm 1,08$  puan, duygusal yeme davranış bozukluğundan  $3,77 \pm 1,21$  puan, dışsal yeme davranış bozukluğundan  $3,35 \pm 1,15$  puan almıştır. Diyet yapmayan kız öğrencilerin, kısıtlayıcı yeme davranış bozukluğundan  $2,82 \pm 1,15$  puan, duygusal yeme davranış bozukluğundan  $3,53 \pm 1,33$  puan, dışsal yeme davranış bozukluğundan ortalama  $3,18 \pm 1,17$  puan aldığı belirlenmiştir.

Diyet yapan öğrencilerin %50'sinin erkek, %50'sinin kız olduğu bulunmuştur. Diyet yapan erkek öğrenciler kısıtlayıcı yeme davranış bozukluğundan ortalama  $3,19 \pm 1,24$  puan, duygusal yeme davranış bozukluğundan ortalama  $3,17 \pm 1,48$  puan, dışsal yeme davranış bozukluğundan ortalama  $2,62 \pm 1,17$  puan almıştır. Diyet yapan kız öğrenciler, kısıtlayıcı yeme davranış bozukluğundan ortalama  $3,38 \pm 1,28$  puan, duygusal yeme davranış bozukluğundan ortalama  $2,78 \pm 1,40$  puan, dışsal yeme davranış bozukluğundan ortalama  $2,31 \pm 1,02$  puan almıştır.

### **3.3. Öğrencilerin Hollanda Yeme Davranışı Anketine Göre Bulgular**

Çizelge 3.13'te araştırmaya katılan erkek ve kız öğrencilerin Hollanda Yeme Davranışı Anketine ilişkin ortalama değerleri verilmiştir.

**Çizelge 3.13.** Öğrencilerin Hollanda Yeme Davranışı Anketi Bulguları

Alt Boyutlar	$\bar{X} \pm SS$	Alt±Üst	Skewness
Kısıtlayıcı Yeme	2,82 ± 1,18	1,00 ±5,00	0,591
Duygusal Yeme	3,50 ± 1,34	1,00 ± 5,00	-0,729
Dışsal Yeme	3,10 ± 1,19	1,00 ± 5,00	-0,351

Genel örnekleme araştırmaya katılan öğrencilerin kısıtlayıcı yeme davranışı ortalama puanı 2,82±1,82; duygusal yeme davranışı ortalama puanı 3,50±1,34; dışsal yeme davranışı ortalama puanı 3,10±1,19 olarak bulunmuştur. Elde edilen puanların düzeyi incelendiğinde öğrencilerin en çok duygusal yeme (örneğin “rahatsızlık duyduğunuz bir durum olduğunda daha fazla yemek yemek ister misiniz?”) davranışını (sık sık düzeyinde), ardından dışsal yeme (örneğin “yemek yiyen birini gördüğünüzde siz de yemek yemek ister misiniz?”) (bazen düzeyinde) davranışını sergilemektedir. Öğrencilerin kısıtlayıcı yeme (örneğin “eğer kilonuz arttıysa, her zaman yediğinizden daha az mı yersiniz?”) davranışı ise oldukça düşük (bazen düzeyinde) düzeyde bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyetlerine göre yeme davranış puanları arasında fark olup olmama durumu bağımsız örneklem t testi analizi Çizelge 3.14’te gösterilmiştir.

**Çizelge 3.14.** Öğrencilerin cinsiyetlerine göre yeme davranışları ortalama puanları arasındaki ilişkiye yönelik bağımsız örneklem t testi analizi sonuçları

Yeme davranış bozuklukları	Cinsiyet	S	$\bar{X} \pm SS$	t	p
Kısıtlayıcı yeme	Erkek	338	2,71 ± 1,15	-2,512	0,012
	Kız	366	2,93 ± 1,20		
Duygusal yeme	Erkek	338	3,64 ± 1,29	2,586	0,010
	Kız	366	3,38 ± 1,37		
Dışsal yeme	Erkek	338	3,19 ± 1,19	2,033	0,042
	Kız	366	3,01 ± 1,20		

Araştırmaya katılan erkek öğrenciler kısıtlayıcı yeme davranış bozukluğundan ortalama  $2,71 \pm 1,15$  puan almışken, kız öğrencilerin kısıtlayıcı yeme davranış bozukluğundan ortalama  $2,93 \pm 1,20$  puan aldığı görülmüştür. Bu iki grup arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını anlamak amacıyla bağımsız örneklem t testi analizi kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $t = -2,512$ ,  $p < 0,05$ ).

Erkek öğrencilerin duygusal yeme davranış bozukluğundan aldıkları ortalama puan  $3,64 \pm 1,29$  puan almış, kız öğrencilerin ise ortalama  $3,38 \pm 1,37$  puan aldıkları belirlenmiştir. Bu iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $t = 2,586$ ,  $p < 0,05$ ).

Erkek öğrenciler dışsal yeme davranış bozukluğundan ortalama  $3,19 \pm 1,19$  puan, kız öğrenciler ise dışsal yeme davranış bozukluğundan ortalama  $3,01 \pm 1,20$  puan almıştır. Bağımsız örneklem t testi sonuçlarına göre iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $t = 2,033$ ,  $p < 0,05$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin sınıflarına göre yeme davranışları bozuklukları gösteren ortalama puanlar tek yönlü varyans analizi ile Çizelge 3.15'te değerlendirilmiştir.

**Çizelge 3.15.** Öğrencilerin sınıflarına göre yeme davranışlarına yönelik dağılımı

Yeme davranış bozuklukları	Sınıf	S	$\bar{X} \pm SS$	F	p
Kısıtlayıcı yeme	6. sınıf	241	2,65 ± 1,11	3,974	0,019
	7. sınıf	240	2,94 ± 1,16		
	8. sınıf	223	2,87 ± 1,25		
Duygusal yeme	6. sınıf	241	3,70 ± 1,24	4,101	0,017
	7. sınıf	240	3,41 ± 1,37		
	8. sınıf	223	3,38 ± 1,39		
Dışsal yeme	6. sınıf	241	3,40 ± 1,16	12,963	0,000
	7. sınıf	240	2,87 ± 1,08		
	8. sınıf	223	3,01 ± 1,28		

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin kısıtlayıcı yeme davranışı bozukluğundan aldıkları puanın sınıflarına göre farklılık gösterip göstermediğini tespit edebilmek amacıyla tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre sınıflar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (  $F(2, 701) = 3,974, p < 0,05$ ). Bulunan anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit edebilmek amacıyla Bonferroni Post-hoc testi uygulanmıştır. Buna göre, 7. sınıf öğrencilerin 6. sınıf öğrencilerine göre kısıtlayıcı yeme davranışlarının önemli olduğu tespit edilmiştir.

Öğrencilerin sınıflarına göre duygusal yeme davranışları arasındaki farklılığı incelemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak önemlilik tespit edilmiştir (  $F(2, 701) = 4.101, p < 0,05$ ). Bulunan anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit edebilmek amacıyla Bonferroni Post-hoc testi uygulanmıştır. Buna göre, 6. sınıf öğrencilerin duygusal yeme davranışlarının 8. sınıf öğrencilerine göre anlamlı olduğu bulunmuştur.

Dışsal yeme davranışlarının sınıfa göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit edebilmek amacıyla yapılan analiz sonuçlarına göre, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (  $F(2, 701) = 12,963, p < 0,05$ ). Bulunan anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit edebilmek amacıyla

Bonferroni Post-hoc testi uygulanmıştır. Buna göre, 6. sınıf öğrencilerin dışsal yeme davranışları, 7. ve 8. sınıf öğrencileri arasında önemli bir farklılık ortaya çıkarılmıştır.

### 3.4. Öğrencilerin Beslenme Bilgi Düzeyi ile Yeme Davranışları

Araştırmaya katılan 6. 7. ve 8 sınıf öğrencilerin cinsiyetlerine ve sınıflarına göre beslenme bilgi düzeyleri ile yeme davranışları arasındaki ilişki Çizelge 3.16’da gösterilmiştir.

**Çizelge 3.16.** Öğrencilerin cinsiyetlerine ve sınıflarına göre beslenme bilgi puanı ile yeme davranışı arasındaki ilişkiye ait pearson korelasyon analizi sonuçları

Sınıf	Cinsiyet	Beslenme		Kısıtlayıcı yeme davranışı	Duygusal yeme davranışı	Dışsal yeme davranışı
6. sınıf	Erkek	Beslenme Bilgi Puanları	r	,411	-,346	-,302
			p	,000	,000	,001
			n	114	114	114
	Kız	Beslenme Bilgi Puanları	r	,342	-,682	-,569
			p	,000	,001	,010
			n	127	127	127
7. sınıf	Erkek	Beslenme Bilgi Puanları	r	,577	-,567	-,430
			p	,000	,000	,000
			n	113	113	113
	Kız	Beslenme Bilgi Puanları	r	,397	-,311	-,369
			p	,000	,000	,000
			n	127	127	127
8. sınıf	Erkek	Beslenme Bilgi Puanları	r	,351	-,322	-,189
			p	,000	,001	,047
			n	111	111	111
	Kız	Beslenme Bilgi Puanları	r	,518	-,439	-,383
			p	,000	,000	,000
			n	112	112	112

Araştırmaya katılan 6. sınıf erkek öğrencilerin beslenme bilgi düzeyleri ile kısıtlayıcı yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif ilişki ( $r=0,411$ ,  $p<0,05$ ), duygusal yeme davranışları ve dışsal yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü ilişki ( $r=-0,346$ ,  $p<0,05$ ), ( $r=-0,302$ ,  $p<0,05$ ) bulunmuştur. Beslenme bilgi düzeyi yüksek olan 6. sınıf erkek öğrenciler kısıtlayıcı yeme davranışını daha fazla, duygusal ve dışsal yeme davranışını daha az göstermektedir. Araştırmaya katılan 6. sınıf kız öğrencilerin beslenme bilgi düzeyleri ile kısıtlayıcı yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif ilişki ( $r=0,342$ ,  $p<0,05$ ), duygusal yeme davranışları ve dışsal yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü ilişki ( $r=-0,295$ ,  $p<0,05$ ), ( $r=-0,228$ ,  $p<0,05$ ) bulunmuştur. Beslenme bilgi düzeyi yüksek olan 6. sınıf kız öğrenciler kısıtlayıcı yeme davranışını daha fazla, duygusal ve dışsal yeme davranışını daha az göstermektedir.

Araştırmaya katılan 7. sınıf erkek öğrencilerin beslenme bilgi düzeyleri ile kısıtlayıcı yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif ilişki ( $r=0,577$ ,  $p<0,05$ ), duygusal yeme davranışları ve dışsal yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü ilişki ( $r=-0,567$ ,  $p<0,05$ ), ( $r=-0,430$ ,  $p<0,05$ ) bulunmuştur. Beslenme bilgi düzeyi yüksek olan 7. sınıf erkek öğrenciler kısıtlayıcı yeme davranışını daha fazla, duygusal ve dışsal yeme davranışını daha az göstermektedir. Araştırmaya katılan 7. sınıf kız öğrencilerin beslenme bilgi düzeyleri ile kısıtlayıcı yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif ilişki ( $r=0,397$ ,  $p<0,05$ ), duygusal yeme davranışları ve dışsal yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü ilişki ( $r=-0,311$ ,  $p<0,05$ ), ( $r=-0,369$ ,  $p<0,05$ ) bulunmuştur. Beslenme bilgi düzeyi yüksek olan 7. sınıf kız öğrenciler kısıtlayıcı yeme davranışını daha fazla, duygusal ve dışsal yeme davranışını daha az göstermektedir.

Araştırmaya katılan 8. sınıf erkek öğrencilerin beslenme bilgi düzeyleri ile kısıtlayıcı yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif ilişki ( $r=0,351$ ,  $p<0,05$ ), duygusal yeme davranışları ve dışsal yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü ilişki ( $r=-0,322$ ,  $p<0,05$ ), ( $r=-0,189$ ,  $p<0,05$ ) bulunmuştur. Beslenme bilgi düzeyi yüksek olan 8. sınıf erkek öğrenciler kısıtlayıcı yeme davranışını daha fazla, duygusal ve dışsal yeme davranışını daha az

göstermektedir. Araştırmaya katılan 8. sınıf kız öğrencilerin beslenme bilgi düzeyleri ile kısıtlayıcı yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif ilişki ( $r=0,518$ ,  $p<0,05$ ), duygusal yeme davranışları ve dışsal yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü ilişki ( $r=-0,439$ ,  $p<0,05$ ), ( $r=-0,383$ ,  $p<0,05$ ) bulunmuştur. Beslenme bilgi düzeyi yüksek olan 8.sınıf kız öğrenciler kısıtlayıcı yeme davranışını daha fazla, duygusal ve dışsal yeme davranışını daha az göstermektedir.





### 3.5. Antropometrik Özellikler İle Yeme Davranışları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Araştırmaya katılan 6. sınıf öğrencilerinin antropometrik ölçümleri ile yeme davranışları arasındaki ilişkiler Çizelge 17’de gösterilmiştir.

**Çizelge 3.17.** Öğrencilerin (6. sınıf) antropometrik özellikleri ile yeme davranışları arasındaki ilişkiye ait pearson korelasyon analizi sonuçları

Cinsiyet	Antropometrik Ölçüm		Kısıtlayıcı yeme davranışı	Duygusal yeme davranışı	Dışsal yeme davranışı
Erkek	Boy Uzunluğu (cm)	r	-,085	-,010	,058
		p	,370	,920	,539
		n	114	114	114
	Vücut Ağırlığı (kg)	r	-,288	,243	,323
		p	,002	,009	,000
		n	114	114	114
	BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	r	-,308	,326	,361
		p	,001	,000	,000
		n	114	114	114
Kız	Boy Uzunluğu (cm)	r	,022	-,163	-,115
		p	,808	,067	,200
		n	127	127	127
	Vücut Ağırlığı (kg)	r	-,191	,098	,121
		p	,031	,275	,175
		n	127	127	127
	BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	r	-,241	,250	,241
		p	,006	,005	,006
		n	127	127	127

Araştırmaya alınan 6. sınıf erkek öğrencilerin boy uzunlukları ile kısıtlayıcı, duygusal veya dışsal yeme davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $r = -0,085$ ,  $r = -0,010$ ,  $r = 0,058$ ,  $p > 0,05$ ). Erkek öğrencilerin vücut ağırlıkları ile kısıtlayıcı yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve

negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur ( $r = -0,288$ ,  $p < 0,05$ ). Erkek öğrencilerin vücut ağırlıkları arttıkça kısıtlayıcı yeme davranışları azalmaktadır. Altıncı sınıf erkek öğrencilerin vücut ağırlıkları ile duygusal ve dışsal yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ( $r = 0,243$ ,  $r = 0,323$ ,  $p < 0,05$ ). Buna göre erkek öğrencilerin vücut ağırlıkları arttıkça duygusal ve dışsal yeme davranışları da artmaktadır. Erkek öğrencilerde BKİ ile kısıtlayıcı yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur ( $r = -0,308$ ,  $p < 0,05$ ). Buna göre erkek öğrencilerde BKİ arttıkça kısıtlayıcı yeme davranışları azalmaktadır. Erkek öğrencilerin BKİ'leri ile duygusal ve dışsal yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ( $r = 0,326$ ,  $r = 0,361$ ,  $p < 0,05$ ).

Araştırma kapsamına alınan 6. sınıf kız öğrencilerin boy uzunlukları ile kısıtlayıcı, duygusal veya dışsal yeme davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $r = 0,022$ ,  $r = -0,163$ ,  $r = -0,115$ ,  $p > 0,05$ ). Kız öğrencilerin vücut ağırlıkları ile kısıtlayıcı yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur ( $r = -0,191$ ,  $p < 0,05$ ). Buna göre 6. sınıf kız öğrencilerin vücut ağırlıkları arttıkça kısıtlayıcı yeme davranışları azalmaktadır. Kız öğrencilerin vücut ağırlıkları ile duygusal ve dışsal yeme davranışları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $r = 0,098$ ,  $r = 0,121$ ,  $p > 0,05$ ). 6. sınıf kız öğrencilerin BKİ'leri ile kısıtlayıcı yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur ( $r = -0,241$ ,  $p < 0,05$ ). Buna göre 6. sınıf kız öğrencilerin BKİ'leri arttıkça kısıtlayıcı yeme davranışları azalmaktadır. Kız öğrencilerin BKİ'leri ile duygusal ve dışsal yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişkinin olduğu hesaplanmıştır ( $r = 0,250$ ,  $r = 0,241$ ,  $p < 0,05$ ). Buna göre 6. sınıf kız öğrencilerin BKİ'leri arttıkça duygusal ve dışsal yeme davranışları da artmaktadır.

Çizelge 3.18'de araştırmaya katılan 7. sınıf öğrencilerin cinsiyetlerine göre antropometrik özellikleri ile yeme davranışları arasındaki ilişki verilmiştir.

**Çizelge 3.18.** Öğrencilerin (7. sınıf ) cinsiyetlerine göre antropometrik özellikleri ile yeme davranışları arasındaki ilişkiye ait pearson korelasyon analizi sonuçları

Cinsiyet	Antropometrik Ölçüm		Kısıtlayıcı yeme davranış	Duygusal yeme davranış	Dışsal yeme davranış
Erkek	Boy Uzunluğu (cm)	r	,081	-,022	,047
		p	,393	,818	,623
		n	113	113	113
	Vücut Ağırlığı (kg)	r	-,123	,249	,226
		p	,196	,008	,016
		n	113	113	113
	BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	r	-,202	,310	,240
		p	,032	,001	,010
		n	113	113	113
Kız	Boy Uzunluğu (cm)	r	,074	-,028	-,025
		p	,411	,754	,781
		n	127	127	127
	Vücut Ağırlığı (kg)	r	-,323	,271	,292
		p	,000	,002	,001
		n	127	127	127
	BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	r	-,443	,346	,370
		p	,000	,000	,000
		n	127	127	127

Araştırmaya katılan 7. sınıf erkek öğrencilerin boy uzunlukları ile kısıtlayıcı, duygusal veya dışsal yeme davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $r = 0,081$ ,  $r = -0,022$ ,  $r = 0,047$ ,  $p > 0,05$ ). Erkek öğrencilerin vücut ağırlıkları ile kısıtlayıcı yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $r = -0,123$ ,  $p > 0,05$ ). Erkek öğrencilerin vücut ağırlıkları ile duygusal ve dışsal yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ( $r = 0,249$ ,  $r = 0,226$ ,  $p < 0,05$ ). Buna göre 7. sınıf erkek öğrencilerin ağırlıkları arttıkça duygusal ve dışsal yeme davranışlarının da arttığı belirlenmiştir. Erkek öğrencilerin beden kütle indeksleri ile kısıtlayıcı yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur ( $r = -0,202$ ,  $p < 0,05$ ).

Bu sonuca göre 7. sınıf erkek öğrencilerin BKİ'leri arttıkça kısıtlayıcı yeme davranışları azalmaktadır. Erkek öğrencilerin BKİ'leri ile duygusal ve dışsal yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir ( $r=0,310$ ,  $r=0,240$ ,  $p<0,05$ ). Buna göre 7. sınıf erkek öğrencilerin beden kütle indeksleri arttıkça duygusal ve dışsal yeme davranışlarının da arttığı bulunmuştur.

Araştırmaya katılan 7. sınıf kız öğrencilerin boy uzunlukları ile kısıtlayıcı, duygusal veya dışsal yeme davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $r=0,074$ ,  $r=-0,028$ ,  $r=-0,025$ ,  $p>0,05$ ). Kız öğrencilerin ağırlıkları ile kısıtlayıcı yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur ( $r=-0,323$ ,  $p<0,05$ ). Buna göre 7. sınıf kız öğrencilerin vücut ağırlıkları arttıkça kısıtlayıcı yeme davranışlarının da azaldığı saptanmıştır. Kız öğrencilerin vücut ağırlıkları ile duygusal ve dışsal yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ( $r=0,271$ ,  $r=0,292$ ,  $p<0,05$ ). Buna göre 7. sınıf kız öğrencilerin vücut ağırlıkları arttıkça duygusal ve dışsal yeme davranışları da artmaktadır. Kız öğrencilerin BKİ'leri ile kısıtlayıcı yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki vardır ( $r=-0,443$ ,  $p<0,05$ ). Buna göre 7. sınıf kız öğrencilerinin BKİ'leri arttıkça kısıtlayıcı yeme davranışlarının da azaldığı ortaya çıkmaktadır. Kız öğrencilerin BKİ'leri ile duygusal ve dışsal yeme davranışları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $r=0,346$ ,  $r=0,370$ ,  $p<0,05$ ). Bu sonuca göre 7. sınıf kız öğrencilerin BKİ'leri arttıkça duygusal ve dışsal yeme davranışları da artmaktadır.

Araştırmaya katılan 8. sınıf öğrencilerin cinsiyetlerine göre antropometrik ölçümleri ile yeme davranışları arasındaki ilişki Çizelge 19'da gösterilmiştir.

**Çizelge 3.19.** Öğrencilerin (8. sınıf) cinsiyetlerine göre antropometrik ölçümleri ile yeme davranışları arasındaki ilişkiye ait pearson korelasyon analizi sonuçları

Cinsiyet	Antropometrik Ölçüm		Kısıtlayıcı yeme davranışı	Duygusal yeme davranışı	Dışsal yeme davranışı
Erkek	Boy Uzunluğu (cm)	r	-,035	-,006	-,034
		p	,718	,952	,719
		n	111	111	111
	Vücut Ağırlığı (kg)	r	-,337	,305	,298
		p	,000	,001	,001
		n	111	111	111
	BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	r	-,355	,347	,364
		p	,000	,000	,000
		n	111	111	111
Kız	Boy Uzunluğu (cm)	r	,060	-,001	-,040
		p	,529	,989	,677
		n	112	112	112
	Vücut Ağırlığı (kg)	r	-,381	,413	,416
		p	,000	,000	,000
		n	112	112	112
	BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	r	-,457	,470	,495
		p	,000	,000	,000
		n	112	112	112

Araştırmaya katılan 8. sınıf erkek öğrencilerin boy uzunlukları ile kısıtlayıcı, duygusal veya dışsal yeme davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $r = -0,035$ ,  $r = -0,006$ ,  $r = -0,034$ ,  $p > 0,05$ ). Erkek öğrencilerin vücut vücut ağırlıkları ile kısıtlayıcı yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $r = -0,337$ ,  $p > 0,05$ ). Buna göre 8. sınıf erkek öğrencilerin vücut ağırlıkları arttıkça kısıtlayıcı yeme davranışlarının da azaldığı görülmüştür. Erkek öğrencilerin vücut ağırlıkları ile duygusal ve dışsal yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ( $r=0,305$ ,  $r=0,298$ ,  $p < 0,05$ ). Buna göre 8. sınıf erkek öğrencilerin vücut ağırlıkları

arttikça duygusal ve dışsal yeme davranışları da artmaktadır. Erkek öğrencilerin BKİ'leri ile kısıtlayıcı yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur ( $r=-0,355$ ,  $p<0,05$ ). Buna göre 8. sınıf erkek öğrencilerin beden kütle indeksleri arttikça kısıtlayıcı yeme davranışları azalmaktadır. Erkek öğrencilerin BKİ'leri ile duygusal ve dışsal yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ( $r=0,347$ ,  $r=0,364$ ,  $p < 0,05$ ). Buna göre 8. sınıf erkek öğrencilerin beden kütle indeksleri arttığında duygusal ve dışsal yeme davranışlarının da arttığı ortaya çıkmıştır.

Araştırmaya katılan 8. sınıf kız öğrencilerin boy uzunlukları ile kısıtlayıcı, duygusal veya dışsal yeme davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $r =0,060$ ,  $r = -0,001$ ,  $r = -0,040$ ,  $p >0,05$ ). Kız öğrencilerin vücut ağırlıkları ile kısıtlayıcı yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur ( $r=-0,381$ ,  $p<0,05$ ). Buna göre 8. sınıf kız öğrencilerin vücut ağırlıkları arttikça kısıtlayıcı yeme davranışları azalmaktadır. Kız öğrencilerin ağırlıkları ile duygusal ve dışsal yeme davranışları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ( $r=0,413$ ,  $r =0,416$ ,  $p <0,05$ ). Buna göre 8. sınıf kız öğrencilerin vücut ağırlıkları arttikça duygusal ve dışsal yeme davranışları da artmaktadır. Kız öğrencilerin BKİ'leri ile kısıtlayıcı yeme davranışları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur ( $r=-0,457$ ,  $p<0,05$ ). Buna göre 8. sınıf kız öğrencilerin BKİ'leri arttikça kısıtlayıcı yeme davranışları azalmaktadır. Kız öğrencilerin BKİ'leri ile duygusal ve dışsal yeme davranışları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ( $r =0,470$ ,  $r=0,495$ ,  $p<0,05$ ). Buna göre 8. sınıf kız öğrencilerin BKİ'leri arttikça duygusal ve dışsal yeme davranışlarının da arttığı ortaya çıkmıştır.

## 4. TARTIŞMA

Erken yaşlarda kazandırılacak beslenme alışkanlıkları ve davranışları ilerleyen zamanlarda besin çeşitliliğine göre besin seçiminde, yaşam kalitesinin yükseltilmesinde ve sağlığın korunmasında önemli bir belirleyici olmaktadır. Bu çalışma, öğrencilerin beslenme bilgi düzeylerinin ve yeme davranış bozukluklarının cinsiyete ve sınıflara göre farklılığını tespit etmek amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür.

Beslenme, anne karnında başlayan ve yaşamın sona ermesiyle biten, hayatın her aşamasında yer alan ve vazgeçilemeyecek bir gereksinimdir. Kişilerin sağlıklı, dengeli ve yeterli beslenmesi, doğru beslenme alışkanlıkları edinmesi; toplumda kalp ve damar hastalıkları, obezite, kanser, diyabet gibi hastalıkların görülme sıklığını azaltmasının yanında vitamin ve minerallerin yetersiz alımı ile beslenme yetersizliği gibi sorunların riskini azaltan koruyucu faktörlerden biridir (TÖBR, 2004) .

Ergenlik döneminde beslenme; kişilerin sağlıklı şekilde hayatlarını sürdürebilmesi, okul durumu ve ilerleyen yaşlarda görülebilecek kalp-damar hastalıkları, obezite, kanser, diyabet gibi hastalıkların engellenmesi açısından oldukça önemlidir (Güleç ve ark.,2008).

Doğru beslenme alışkanlıkları, sağlıklı besin tercihi ve hayatın sağlıklı olarak sürülebilmesi için kişilerin gereken seviyede beslenme bilgisi edinmesi gerekmektedir. Beslenme bilgisi edinebilmek için beslenme eğitimi şarttır. Beslenme bilgi durumu ve diyet davranışlarına, beslenme eğitim programlarında verilen beslenme bilgilerinin doğrudan etki ettiği bilinmektedir. Özellikle çocuk yaşta kazanılan beslenme alışkanlarının, hayatın devamını da etkilediği gözlemlenmektedir ( Sabbağ, 2009).

### 4.1. Ebeveynlerin Gelir Durumları ve Öğrenim Durumları

Ebeveynler, bireylerin beslenme bilgi ve davranışlarında öncelikle sorumlu kişilerdir. Özellikle kadınlarda eğitim seviyesi arttıkça, beslenme alışkanlıklarının da

iyileştiği gözlemlenmektedir. Kadınlar kendi bilgilerini ve gelenek-göreneklerini dengeleyerek satın alma, saklama, hazırlama ve pişirme yöntemi uygularlar. Fakat eğitim seviyesi arttıkça, geleneksel yöntemlerin yerini yeni yöntemler almaktadır. Böylece aile üyelerine besin değeri daha fazla olan yemekler hazırlanabilir (Küçükkömürler ve Seren 2001).

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin annelerinin %28,3'ü ilkokul, %27,1'i ortaokul, %33,1'i lise, %11,5'i üniversite düzeyinde öğrenim görmüştür. Öğrencilerin babalarının %14,6'sı ilkokul, %25,1'i ortaokul, %34,2'si lise, %26,1'i üniversite mezunudur.

Öğrencilerin %74,0'ünün annesi ev hanımı, %10,1'inin işçi, %6,7'sinin memur, %9,2'sinin serbest meslek sahibidir. Öğrencilerin %22,3'ünün babası işçi, %24,4'ünün memur, %9,1'inin esnaf, %44,2'sinin babası serbest meslek sahibidir. Araştırmanın yapıldığı ilçenin sosyoekonomik düzeyi ve ebeveynlerin eğitim durumu göz önüne alındığında bu durumun öğrencilerin beslenme bilgi düzeylerine olumsuz yansıdığı düşünülmektedir.

#### **4.2. Öğrencilerin Antropometrik Ölçümleri**

Bulduğumuz çağın en kritik çocukluk dönemi halk sağlığı sorunlarından biri şişmanlıktır. Çocukluk döneminde şişmanlık, az ve orta gelişmişlik seviyesindeki ülkeler de dâhil tüm dünyada sürekli olarak artış göstermektedir (WHO, 2012). Yemek yemekten keyif duyma, yemek yeme süresi, yemek teklifine cevap, içme isteği, duygusal ve kontrol edilemeyen yeme alışkanlıkları gibi davranışlar şişmanlık oluşumunda önemli bir role sahiptir (Weber ve ark., 2009).

Türkiye'de okul çağındaki çocukların obezite prevalans hızı üzerine yapılan geniş çaplı araştırmalar yoktur. Ancak bölgesel araştırmalara göre obezite prevalans hızı %9-%27 aralığındadır (Neyzi ve ark., 2008).

Polonya'da 6-13 yaşları arasındaki 1499 çocuk üzerinde yapılan obezite prevalans hızı araştırmasında; kentsel alandaki erkek çocuklarında 9 ve 10 yaş, kız



çocuklarında ise 9 yaş obezitenin en fazla görüldüğü yaş olarak tespit edilmiştir. Kırsal alanda ise erkek çocuklarda 12 yaş, kız çocuklarında 7 yaşında olanlarda obezite sıklığı en yüksektir (Wang ve ark., 2002).

Mardin’de 6-15 yaşları arasındaki ilkökul öğrencileri üzerinde yapılan araştırmada; fazla kilolu olanların %96’sının, obez olanların ise %90’ının anne mesleğinin ev hanımı olduğu saptanmıştır (Gözü, 2007). İran’da ilkökula devam eden 1079 çocuk üzerine yapılan araştırmada; zayıflık oranı erkeklerde %22,8, kızlarda ise %19,9 olarak bulunmuştur. Erkek ve kızlarda ergenlik dönemine yaklaşıldıkça fazla kiloya sahip olma prevalans hızının artış gösterdiği saptanmıştır. Ayrıca kız çocuklarında, erkeklerden daha fazla olduğu bulunmuştur (Maddah ve ark., 2010).

Türkiye’deki çocuklar üzerinde obezite prevalans hızına yönelik çalışmalar yapılmıştır. Muğla ilinde 6-15 yaş aralığında 2040 kız ve 2220 erkek olmak üzere 4260 çocuk üzerinde yapılan araştırmada kız çocukların %7,6’sının, erkek çocukların ise %9,1’inin obez ya da fazla kilolu olduğu bulunmuştur (Yumuk, 2005).

Bu çalışmada ise altıncı sınıfa devam eden erkek öğrencilerin %5,3’ünün çok zayıf, %14’ünün zayıf %60,5’inin normal %18,4’ünün fazla kilolu %1,8’inin şişman/obez, kız öğrencilerin ise %15,7’sinin çok zayıf %25,2’sinin zayıf %53,5’inin normal ve %5,5’inin fazla kilolu olduğu belirlenmiştir. Yedinci sınıfa devam eden erkek öğrencilerin %7,1’i çok zayıf %17,7’si zayıf %59,3’ü normal %11,5’i fazla %4,4’ü şişman; kız öğrencilerin ise %4,7’si çok zayıf %20,5’i zayıf %70,9’u normal %3,1’i fazla kilolu %0,8’i şişman/obez aralığındadır.

### **4.3. Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıkları**

Günümüzde en çok görülen yanlış beslenme davranışlarından biri öğün atlamadır. Alışkanlık olduğu durumda kişilerin yetersiz ve dengesiz beslenmesine yol açar. Yeterli beslenmenin olabilmesi için günlük tüketilmesi gereken yiyecek ve içeceklerin üç ana öğün, iki ara öğün şeklinde yenmesi gerekmektedir. Günlük diyetlerde ana öğün sayısı iki ya da daha az olduğunda metabolizma hızının azalmasına neden olur. Öğün atlama, bazal metabolizma hızını azaltır. Bu sebeple

öğün atlama yerine en az üç en fazla altı öğünde yeteri miktarda besin tüketimi yapmak; organizmanın sindiriminde ve metabolik faaliyetlerin yeterli seviyede olmasını sağlar (Köksal ve Küçükerdönmez, 2008).

Tuna ve ark. (2003), yaptıkları çalışmada; obez çocukların %79,1'inin en az üç öğün, %20,9'unun ise iki ana öğün tükettiklerini saptamışlardır. Parlak ve Çetinkaya (2008), yaptıkları çalışmada obez çocukların %50,0'sinin üç, % 24,0' ünün dört ve %6,0' sının en az beş ana öğün tükettikleri sonucuna ulaşmışlardır.

Bu çalışmada öğrencilerin %26'sı günde iki öğün, %57,1'i üç öğün, %16,9'u günde dört öğün beslenmektedir. Öğrencilerin %45,5'i hiç öğün atlamadığını, %54,5'i günde en az bir öğün atladığını belirtmiştir. Öğün atlayan öğrencilerin %43,0'ü iştahsızlık nedeniyle, %9,1'i diyet yapmış, %22,1'i vakit bulamama, %25,8'i alışkanlık olmaması nedeniyle öğün atladığını belirtmişlerdir.

Bu çalışmada yer alan öğrencilerden ana öğün tüketimi iki olanların yüksek olmasının sebebi, beslenme alışkanlıklarının bölgesel olarak farklı olması ve sosyoekonomik seviyelerindeki farklılık olarak düşünülmektedir.

#### **4.4. Beslenme Eğitimi Alıp Almama Durumları**

Beslenme eğitiminin amacı yeme ve içme konusunda doğru kararları almayı beslenme davranışını doğru hale getirmeyi ve davranışların değişimini sağlamaktır. Yeme davranışlarının düzeltilmesi sadece çocukluk döneminde değil ilerleyen dönemlerdeki sağlığı da etkileyecektir. Beslenme, bilinçli ya da bilinçsiz yapılabilmektedir. Alışkanlıklar, besin sağlama durumu, iştah ve doyma hissi, gelenekler bilinçsiz beslenmede önemli bir role sahiptir. Bilinçli beslenmede ise bu öğelerin rolü sürmesine rağmen eğitim ile kontrol edilebilir, günümüz şartlarına uygun ve ekonomik hale getirilerek dengeli ve yeterli beslenme sağlanabilir (Ünüsün, 2002).

Bu çalışmada öğrencilerin %33,4'ü beslenme konusunda bilgi almadığını, %66,6'sı beslenme konusunda bilgi aldığını belirtmiştir. Beslenme konusunda bilgi alan öğrencilerin %48,2'si okuldan, %17,9'u diyetisyenden, %9,8'i sağlık

personelinden, %24,1'i ailesinden beslenme konusunda bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir. Öğrencilerin %79,5'i hiç diyet yapmadığını, %20,5'i geçmişte diyet yaptığını belirtmiştir.

Mazıcıoğlu ve Öztürk'ün (2003), yaptıkları bir araştırmada öğrencilerin %47,2'sinin beslenme konusunda eğitim aldığını ve verilen beslenme eğitimlerine katılan öğrencilerin beslenmelerinin düzenli hale geldiğini tespit etmişlerdir.

Öğrencilere beslenme konusunda yanlış bilgilerin verilmesi, onların gelecekte doğru olmayan beslenme alışkanlıkları edinmelerine yol açar. Bu durumun engellenmesi için ilkokul çağından itibaren yeterli ve dengeli beslenme, sağlıklı, bilinçli besin seçimi gibi konularda dersler verilmesi fayda sağlayabilecektir.

#### **4.5. Öğrencilerin Beslenme Bilgi Düzeyleri**

Bu çalışmada öğrencilerin ortalama beslenme bilgi testi puan ortalaması  $12,00 \pm 5,35$  olarak bulunmuştur. Öğrencilerin %48,3'ünün beslenme bilgi düzeyi yetersiz, %43,6'sının yeterli, %8,1'inin beslenme bilgi düzeyi ise iyidir.

Araştırmada bulunan sonuçlar literatürdeki benzer çalışmalarla karşılaştırılmıştır. Serter Yiğit'in (2006) yaptığı çalışmada Düzce ilinde 6, 7, 8. sınıflara devam eden öğrencilerin beslenme bilgi düzeylerine bakılmıştır. Sonuçlar incelendiğinde bütün öğrencilerin beslenme bilgi düzeyinin yetersiz olduğu görülmüştür. Bulunan bu sonuç, bu çalışmada bulunan sonuçlar benzer olarak görülmektedir. Altıncı, 7. ve 8. sınıfa devam eden kız ve erkek öğrenciler yeterli bilgi düzeyine sahip olmadığı bulunmuştur.

Sabbağ'ın (2009), çalışmasında ilköğretim beşinci ve altıncı sınıf öğrencilerine verilen beslenme eğitiminin öğrencilerin beslenme bilgi, tutum ve davranışları üzerine olan etkisi incelenmiştir. Bulunan sonuçlara göre eğitim verilmeden önce öğrencilerin beslenme bilgi düzeyi yetersiz düzeydeyken, eğitim verildikten sonra bu seviye anlamlı bir şekilde yükselerek yeterli düzeye çıktığı belirlenmiştir. Öğrencilerin eğitim

verilmeden önceki beslenme bilgi düzeyiyle bu çalışmada bulunan sonuçlar benzerlik göstermektedir.

Thakur ve D'Amico (1999) 9-12. sınıflara devam eden adolesanlarda obezite ile beslenme bilgisi arasında ilişki olup olmadığını araştırdıkları çalışmada; adolesanların %26,0'sının obez olduğu tespit edilmiş, beslenme bilgisi ile obez ve obez olmayan öğrenciler arasında, beslenme davranışları ya da besin seçimleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Başkale'nin (2010), çalışmasında okul öncesi çocuklara verilen beslenme eğitiminin çocukların beslenme bilgisine, davranışlarına ve antropometrik ölçümlerine olan etkisine bakılmıştır. Bulunan sonuçlara göre verilen eğitim çocuklarda beslenme bilgi düzeylerinde artışa ve beslenme davranışlarında düzelmeye sebep olmuştur. Verilen eğitimin çocukların antropometrik ölçümleri üzerinde herhangi bir etkisi bulunamamıştır. Eğitim öncesi yetersiz seviyede olan öğrencilerin beslenme bilgi düzeylerinin, eğitim verildikten sonra yeterli seviyeye yükseldiği tespit edilmiştir. Çocukların eğitim öncesi yetersiz olan beslenme bilgi düzeyi bu çalışmada bulunan sonuçlarla benzerlik göstermektedir.

Şimşek (1991), ortaokul öğrencilerinin beslenme bilgilerini ve alışkanlıklarını saptamak amacıyla yaptığı araştırmada; ortaokul öğrencilerinin %48,2'sinin orta seviyede beslenme bilgisi olduğunu tespit etmiştir. Bilgi düzeyi çok iyi olanların yalnızca beslenme dersini alanlar olduğu belirlenmiştir. Beslenme veya ev ekonomisi dersi alanların bilgi derecelerinin orta seviyede olması, derslerde anlatılan beslenme eğitiminin yetersiz olduğunu veya öğrencilerin bu konuyu önemsemediğini belirlemiştir. Beslenme bilgisini beslenme dersinde veya ev ekonomisi dersi içinde alan öğrenciler ile dersleri almayan öğrenciler arasında alışkanlık ve bilgi açısından az olsa da bir farklılık bulunmuştur.

Şanlıer ve ark. (2009), çalışmalarında gençlerin beslenme alışkanlık, davranış ve bilgileri ile BKİ arasındaki ilişki incelenmiştir. Bulunan sonuçlara göre kız öğrencilerin beslenme alışkanlığı, davranışı (58,49±4,92) ve beslenme bilgi puanlarının (6,05±2,38) erkeklerden yüksek olduğu (sırasıyla 56,73±4,88, 5,65±5,55)

, aradaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Bulunan bu sonuç, bu çalışmada bulunan 7. ve 8. sınıf kız öğrencilerin erkek öğrencilerden daha yüksek beslenme bilgi düzeyine sahip olması sonucuyla örtüşmektedir.

#### 4.6. Öğrencilerin Yeme Davranış Durumları

Olumsuz ruh hali içindeyken yaşanan kötü olaylarla başa çıkabilmek ve mutlu olabilmek için kontrolsüz olarak çok yemek yiyen kişiler duygusal yeme tutumundaki kişilerdir. Vücut için gerekli olmanın dışında ortamdaki besinde bulunan lezzet, koku gibi özelliklerden etkilenip yiyenler ise dışsal yeme tutumundaki kişilerdir. Kısıtlayıcı yeme tutumu, dışsal yeme ve duygusal yeme dışındaki sorunlu bir yeme tutumlarından biridir. Kişinin bilişsel bir çaba ile doyma sınırının altında olacak biçimde yemek istediği miktarın daha azını yemesi kısıtlayıcı yeme tutumu olarak tanımlanmaktadır. Bu tutum, bazı kişilerde kısıtlamaya ara verildiğinde aşırı yemek yemeye yönlendirerek ağırlık artışına yol açarken, bazı kişilerde vücut ağırlığının korunmasını sağlamaktadır (Güzey, 2014).

Kısıtlayıcı yeme tutumundaki bireyler, herhangi bir biçimde yiyecekler üzerindeki kontrolü sağlanamaması durumunda sınırlarını aşarak çok fazla yemek yeme eğilimi gösterirler. Kısıtlamanın bir süreliğine aşıldığı bu anlarda fazla yeme durumu genelde bir besinde artış şeklinde değil de porsiyon miktarında artış şeklinde görülmektedir. Van Strien ve arkadaşları (1997), duygusal yeme, tıknırcasına yeme ya da dışsal yeme bozukluklarının yanında kısıtlayıcı yeme tutumu olan kişilerde; kısıtlayıcı yeme tutumunun kesilip aşırı yeme tutumuna geçilmesine yatkın olduğunu belirtmişlerdir. Duygusal yeme tutumundaki kişiler, duygu durumlarındaki farklılıklara yanıt verirler, kısıtlayıcı yeme tutumundakiler gibi porsiyon büyüklüğün arttırmaktan çok şeker, karbonhidrat ve yağ içeriği yüksek besinlere yönelip aşırı yeme haline geçerler (Van Strien, 2000 ).

Dışsal yeme, vücudun ihtiyacı olan açlık durumunun dışında besinden gelen bir uyarana karşılık yeme durumudur. Dışsal yeme; ortamdaki besinin görünüşü, lezzeti, kokusu gibi niteliklerine karşı koyamama durumunda olmaktadır (Evers ve ark.,2011). Kısıtlayıcı yeme, ağırlık artışının önlenmesini ve düşürülmesini destekleme amacıyla

tüketilen besin ve enerji alımının ayrıca besin çeşidinin kontrollü olarak bilinçli şekilde kısıtlanmasıyla ortaya çıkmaktadır (Hays ve ark., 2002).

Duygusal yeme diğer adıyla emosyonel yeme tutumu, bireyin mutluluk, mutsuzluk ve yalnızlık gibi hislerine karşılık açlık hissetmemesine rağmen besin tüketmesidir. Duygusal yemede bireyler, yeme eylemi ile olumsuz durumla başa çıkmayı beklerler; kısıtlayıcı yemede ise bireylerin olumsuz durumla başa çıkma çabası olmamaktadır (Elfhag ve ark.,2008).

Batı ülkelerinde çoğu adolesanın kısıtlı diyetle beslendiği iddiası ile adolesanların yeme davranışları son yıllarda giderek mercek altına alınmasına neden olmuştur. Özellikle diyetteki yağ düzeyinin artması, sebze ve meyve tüketiminin azalması buna işaret etmektedir. Bu kaygıların ışığında gençlerin yeme davranışlarını ölçebilmek için yeni yaklaşımlar ilgi odağı haline gelmektedir. Ölçme yöntemleri besin tüketim sıklığı, besin kayıtları ve hatırlatma gibi değişik metotları kullanarak besin alımını ortaya çıkarmaya çalışan yeni anket ve ölçekler oluşturmaya çalışmaktadır. Bu yaklaşımların adolesanların diyetlerinin ya da beslenme durumlarının etkilerini ortaya çıkarabilmek için makul bir seviyede geçerli ve güvenilir uygun metotlar sağlaması gerektiği ifade edilmektedir. Yiyecek davranış ilişkisi, tutumlar ve sağlıklı yeme uygulamalarını tahmin etmeye çalışmakta ya da ilişki düzeyi ile ilgili bilgiler vermektedir. Bu açıdan davranış kalıpları ile bağlantılı bir yaklaşımın önemi vurgulanmaktadır (Özdoğan, 2013). Bu çalışmada yeme davranışları için kullanılan DEBQ ölçeği öğrenciler tarafından kolay anlaşılabilir ve uygulanmıştır ancak anket uygulandığı sırada oluşan çevresel koşullardan daha az etkilenebilecek bir ölçek çok daha faydalı olacaktır.

Araştırmalara bakıldığında, yeme davranış sorunlarının genellikle ergenlik dönemi ile genç yetişkinlik dönemlerinde görüldüğü, kızların zayıf, ince bedenlere sahip olmak istemeleri nedeni ile kadınlarda erkeklerden daha çok rastlandığı görülmektedir. Son 50 yılda tüm sanayi ülkelerinde, sosyoekonomik ve beslenme şartları büyük oranda değişim göstermiş, obezite görülme sıklığı artmıştır. Bununla birlikte, ince bedenin değişmemesini sağlamak için, kültürel ve sosyal baskılar artış göstermiş ve böylece çeşitli yeme sendromları ortaya çıkmıştır. Bu istemsiz ortamda

aşırı kilolu ya da normal bireylerde, özellikle tıknırcasına yeme bozukluğu ve bulimia nevroza gibi yeme bozuklukları görülmektedir (Sarıdağ,2014).

Özgen ve arkadaşları (2012), adölesanlar üzerinde bir araştırma yapmışlardır. Buna göre kız öğrencilerde “beyinlerinin sürekli şişmanlayacağı düşüncesiyle meşgul olması”, “yemek yemeyi durduramadığı zamanlar olması” ve “tek düşüncenin zayıf olması” ifadelerine katılım fazladır. Bu sonuçla ergenlerin bedenlerine çok fazla önem verdikleri görülmektedir. Ayrıca çalışmada özellikle BKİ $\geq$ 23 olanlarda “yemek yedikten sonra suçluluk duyulması ancak akıllarının hep yemekte olması” gibi ifadelerine katılımın fazla olduğu görülmektedir.

Gençlerde beslenme alışkanlığını oluşturan en önemli etkenler; ailenin yeme tutumları, ebeveynlerin besin seçiminde örnek olması, bireysel besin seçimleri, toplumsal kurallar ve medyadır (Neumark-Sztainer ve ark., 2005). Fakat beslenme alışkanlığını etkileyen bireysel etkenler; inançlar, özsaygı, bilgiler, davranışlar, öğün ve atıştırma alışkanlıkları ve vücut ağırlığıdır. Beslenme alışkanlığını etkileyen sosyal etkenler ise; arkadaşlar, aile ve yakın çevre olarak söylenebilir (Story ve ark., 2002). Buradan beslenme davranışlarının; gençlerin sağlığının, fiziki gelişiminin ve kimliğinin ortasında olduğu görülmektedir.. Bağımsızlığın elde edilmesi, bireysel karar alma yetkisi, ilgi alanlarına olan artışlar, bütünleşme kaygıları ve sosyal hayat; gençlerin zamanlarının çoğunu ev dışında geçirmeye yöneltilmektedir. Bu durum davranışların ve alışkanlıkların değişimine, fast-food olarak adlandırılan besinlerin tüketimine, öğün atlamaya, öğün aralarındaki atıştırmalar ile açlığı bastırmaya, hatalı diyet uygulamalarına ortam yaratmaktadır (Şanlıer ve ark., 2009). Davranış, geçmişteki olaylara veya uyaranlara karşılık olarak ortaya çıkmaktadır. Geçmişteki olayın yoğunluk derecesine göre oluşan yanıtın derecesi paralellik göstermektedir. Bu sonuçların derecesi negatif ya da pozitif davranışın ortaya çıkması ile olmaktadır. Yani yeme davranışları, geçmiş deneyimler ile o an içinde olunan durumun harmanlanması ile oluşmaktadır.

Çocuklara yemek yemeleri için ısrarda bulunmak, bazı besinlerin kısıtlandırılması, evde özel yeme şartlarının oluşturulması gibi davranışlar, sağlıksız yeme davranışları ile ilgilidir( Savage ve ark., 2007). Anne-babaların aşırı baskı

yapması, bazı yiyeceklere karşı önyargı gelişmesine, yüksek enerjili yiyecek ve içeceklerin tüketilmesine yol açmaktadır ( Campbell ve ark., 2006).

Camcı ve ark. (2014), Türk ebeveynlerin besleme davranışlarının, çocukların beslenme alışkanlığını nasıl etkilediğini araştırmıştır. Hollanda Beslenme Alışkanlığı Anketi'nin ölçek olarak kullanıldığı ve diğer anketlere uygulandığı çalışmada sorumluluk algısı, anne-babanın kilosu algısı, çocuk ağırlığı algısı, çocuk ağırlığı konusundaki endişeler, yemek yeme baskısı, izleme ve kısıtlama ile ilgili endişelerin çocukların beslenme alışkanlığı üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. Bu anketlerin Türkçeye uyarlanması da, ölçeklerin tutarlılık ve geçerliliklerinin güvenilir olduğunu ispatlamıştır.

Braet ve ark. (2014), obez çocuklarda yeme alışkanlıklarının psikolojik boyutlarını araştırarak sağlık çalışanlarına önerilerde bulunmayı amaçlamış ve bunu üzerine çalışma yapmıştır. Çalışmanın sonucunda biyolojik, fiziksel ve çevresel faktörlerin yanında, psikolojik etmenlerin de çocukların beslenme alışkanlıklarını etkilediği tespit edilmiştir ve klinik çalışmalarda bunların da göz ardı edilmemesi gerektiği vurgulanmıştır.

Van Strien ve Oosterveld (2008), çocukların beslenme alışkanlıklarındaki duygusal ve dış etkileri DEBQ ölçeği ile araştırmıştır. Vücuttan duyulan memnuniyet ve ebeveynlerin besleme yöntemlerinin de dikkate alındığı çalışma sonucunda çocukların yalnız, depresif veya korkmuş hissettiklerinde iştahlarının azaldığı saptanmış ve 7 ile 12 yaş arasındaki çocuklarda duygusal etkilerin fazla yemeye de yol açabileceğinin normal olduğu belirlenmiştir.

Braet ve Van Strien (1997), 9 ile 12 yaş arasındaki obez ve obez olmayan çocukların beslenme alışkanlıklarının duygusallıkla olan ilişkisini DEBQ ile incelemişlerdir. Araştırma sonucunda çocukların, en fazla duygusal ve dış etkenlerden kaynaklı olarak beslenme alışkanlıklarında değişimler olduğu tespit edilmiştir. Duygusal yeme ile fiziksel olarak yetersiz hissetme ve dışarıdan yeme ile özgüvensiz hissetme arasında ilişki olduğu saptanmıştır.



Moens ve Braet (2007), 52 adet normal ve aşırı kilolu çocuğun, atıştırma alışkanlıklarına sınırsız erişimi olduklarında, davranışlarını kontrol etmeyi bilip bilmediklerini araştırmışlardır. Bu davranışların belirlenmesinde çocuğun özellikleri, beslenme bilgisi ve ebeveynlerinin davranışları da göz önüne alınmıştır. Araştırma sonucunda aşırı kilolu çocukların normal kilolu çocuklara göre yeme davranışlarını kontrol etmede sorunlar yaşadığı ve bu sonuçların, ebeveynlerin tutumuna göre değişmediği tespit edilmiştir.

Banos ve ark. (2011), DEBQ ölçeğini 10-14 yaş arasındaki İspanyol çocuklar üzerinde uygulayarak çocukların beslenme bilgilerini ve davranışlarını ölçmeyi amaçlamışlardır. Buna göre farklı kilodaki çocukların farklı beslenme davranışlarına sahip oldukları ve daha kilolu çocukların “yasak yeme” ve “duygusal yeme” konularında daha hassas olduğu gözlemlenmiştir. Çalışma ayrıca DEBQ’nun İspanyol çocuklar üzerindeki geçerliliğini de doğrulamıştır.

Goosens ve ark. (2009), yaşları 8 ile 18 arasında değişen çocuklar arasında yeme kontrolünün kaybedilmesinin nedenlerini araştırmışlardır. Çalışma sonucunda stres, depresyon ve duygusallığın yeme alışkanlıkları üzerinde etkili olduğu, çocukların bu duygular karşısında farklı yeme davranışları geliştirerek başa çıkmaya çalıştığı belirlenmiştir ve bunun da yeme alışkanlıkları üzerinde kontrolü kaybetmekle sonuçlandığı tespit edilmiştir.

Hoare ve Cosgrove (1998), İskoçya’da ergenlikte yeme alışkanlıklarının ve çocukların kendi bedenlerine duydukları saygının değişip değişmediği üzerine bir çalışma yapmışlardır. Ergenlik döneminde anormal yeme alışkanlıklarında artış olup olmadığını görmek, ergenlik döneminde beden saygısının değişip değişmediğini görmek ve beslenme alışkanlıkları, beden saygısı ve benlik saygısı arasında bir ilişki olup olmadığını görmek amaçlanmıştır. Araştırma sonucunda ilk iki hipotezin güçlü bir şekilde desteklendiği ancak üçüncü hipotezle ilgili güçlü bir kanıt bulunamadığı tespit edilmiştir.

Bu çalışmada öğrenciler ortalama  $3,50 \pm 1,34$  puan ile en fazla duygusal yeme davranış bozukluğunu göstermektedirler. Ergenlik döneminde öğrencilerdeki

fizyolojik ve psikolojik değişimler, endişe, öfke sevinç gibi duyguları daha belirgin yaşamaları öğrencileri bu yeme bozukluğuna yöneltmiş olabilir. Dışsal yeme davranışı ortalama  $3,10 \pm 1,19$  puan, kısıtlayıcı yeme ise  $2,82 \pm 1,82$  ile daha az görölmektedir. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde kız öğrenciler kısıtlayıcı yeme davranışını daha fazla gösterirken erkek öğrenciler duygusal ve dışsal yeme davranışını daha azla göstermişlerdir. Altıncı. ve 8. sınıftan erkek ve kız öğrencilerin ayrıca 7. sınıf kız öğrencilerin vücut ağırlıkları arttıkça kısıtlayıcı yeme davranışlarının azaldığı, yedinci ve 8. sınıftan erkek ve kız öğrencilerin ayrıca 6. sınıf erkek öğrencilerin ağırlıkları arttıkça duygusal ve dışsal yeme davranışlarının da arttığı bulunmuştur. Altıncı, 7. ve 8. sınıf erkek ve kız öğrencilerin beden kütle indeksleri arttıkça kısıtlayıcı yeme davranışlarının azalmakta olduğu bunun yanı sıra duygusal ve dışsal yeme davranışlarının da artmakta olduğu bulunmuştur.

Duygusal yeme ve dışsal yeme bozukluğunun, fazla besin tüketmeye sebep olarak ağırlık artışı ve yüksek BKİ şeklinde ortaya çıktığı Turner (1984), yaptığı araştırmada da gösterilmektedir. Kısıtlayıcı yeme, araştırmaların bazılarında kısa dönemde ağırlık artışını engelleyen ağırlık koruyucu olarak yer almakta; bazı çalışmalarda ise gelecekte ağırlık artışı risk etkeni olarak görölmektedir.

#### **4.7. Öğrencilerin Diyet Yapma Durumları ve Yeme Davranışları**

Kazkondu (2010), yaptığı çalışmada; kişilerin sürekli olarak zayıflığı düşünme ve şişmanlama korkusu, bazen yemeği reddetme, diğer insanların yanında besin tüketiminden utanma, hatta psikolojik olarak davranışlarını kontrol edemeyerek aşırı yeme faaliyetinden sonra; suçluluk hissini ortadan kaldırmak amacıyla kusma, fazla egzersiz yapma, müshil kullanma gibi negatif davranışlarda bulunduğunu ortaya çıkarmıştır.

Neumark-Sztainer ve ark., (2012), ortaokul ve lise öğrencisi 1902 adolesanın diyet yapma ve sağlıksız vücut ağırlığı kontrol davranışlarını, 10 yıllık süre içinde üç proje şeklinde izlemişlerdir. İlk projeden üçüncü projeye kadar geçen süre içerisinde beden kütle indeksinin artış gösterdiği tespit edilmiştir. Kızların diyet için ilaç, erkeklerin besin yerine geçen ürünler kullandıkları, her iki cinsiyetin de çok az

yedikleri ve öğün atladıkları üçüncü proje sonucunda bildirilmiştir. Yapılan bu longitudinal çalışmada, adolesanlarda diyet yapma ve sağlıksız vücut ağırlığı kontrol davranışlarının, tahmin edildiği gibi, zaman içerisinde ağırlık kazanımlarına sebep olduğu belirtilmiştir.

Bu çalışmada öğrencilerin %79,5'i hiç diyet yapmadığını, %20,5'i geçmişte diyet yaptığını belirtmiştir. Diyet yapmayan öğrencilerin %47,5'inin erkek, %52,5'inin kız'dır. Diyet yapmayan kız ve erkek öğrenciler, kısıtlayıcı yeme davranış bozukluğundan  $2,57 \pm 1,08$  puan, duygusal yeme davranış bozukluğundan  $3,77 \pm 1,21$  puan, dışsal yeme davranış bozukluğundan  $3,35 \pm 1,15$  puan almıştır. Diyet yapmayan kız öğrenciler, kısıtlayıcı yeme davranış bozukluğundan  $2,82 \pm 1,15$  puan, duygusal yeme davranış bozukluğundan  $3,53 \pm 1,33$  puan, dışsal yeme davranış bozukluğundan  $3,18 \pm 1,17$  puan almıştır. Diyet yapan öğrencilerin %50'sinin erkek, %50'sinin kız olduğu bulunmuştur. Diyet yapan erkek öğrenciler kısıtlayıcı yeme davranış bozukluğundan  $3,19 \pm 1,24$  puan, duygusal yeme davranış bozukluğundan ortalama  $3,17 \pm 1,48$  puan, dışsal yeme davranış bozukluğundan  $2,62 \pm 1,17$  puan almıştır, Diyet yapan kız öğrenciler, kısıtlayıcı yeme davranış bozukluğundan  $3,38 \pm 1,28$  puan, duygusal yeme davranış bozukluğundan  $2,78 \pm 1,40$  puan, dışsal yeme davranış bozukluğundan  $2,31 \pm 1,02$  puan almıştır. Diyet yapan kız ve erkek öğrencilerde kısıtlayıcı yeme davranışı daha fazla görülmüştür.

#### **4.8. Öğrencilerin Cinsiyete Göre Yeme Davranışları**

Yapılan bir araştırma sonucunda yeme bozukluğu riski ve cinsiyet arasındaki ilişkide; kız öğrencilerin yeme bozukluğu davranışı riski olduğu, erkeklerin kızlara göre risk oranının daha az olduğu görülmektedir. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Cinsiyete yönelik bakıldığında; yeme sorunlarının kız öğrencilerde erkeklere göre 8-12 kez daha fazla görüldüğü gözlemlenmiştir. Bu durumun nedeninin; genç kızların genellikle ergenlikte yaşadığı fiziksel değişimler olduğu öne sürülmektedir (Büyük ve Duman, 2014).

Araştırmaya katılan erkek öğrenciler kısıtlayıcı yeme davranış bozukluğundan  $2,71 \pm 1,15$  puan almışken, kız öğrencilerin kısıtlayıcı yeme davranış bozukluğundan

2,93±1,20 puan aldığı görülmüştür. Buna göre kız öğrencilerin kısıtlayıcı yeme davranışı bozukluğundan aldığı puanın erkek öğrencilerin aldığı puandan anlamı şekilde daha yüksek olduğu söylenebilir.

Erkek öğrenciler duygusal yeme davranış bozukluğundan 3,64±1,29 puan almış, kız öğrenciler ise 3,38±1,37 puan almıştır. Bu sonuca göre erkek öğrencilerin duygusal yeme davranış bozukluğundan aldıkları puanın kız öğrencilere göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmektedir.

Erkek öğrenciler dışsal yeme davranış bozukluğundan 3,19±1,19 puan almışken, kız öğrenciler dışsal yeme davranış bozukluğundan 3,01±1,20 puan almıştır. Bağımsız örneklem t testi sonuçlarına göre iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır,  $t = 2,033$ ,  $p < 0,05$ . Buna göre erkek öğrencilerin dışsal yeme davranışı bozukluğu kız öğrencilere göre daha fazladır. Kız öğrencilerde kısıtlayıcı yeme davranışı daha fazla görülmüştür, kız öğrenciler tüketmek istedikleri besin miktarının altında besin tüketmek için kısıtlama yapmaktadırlar bunun en önemli nedenlerinden birisi bu dönemde görülen vücuttaki yağ oranının artması, beden ölçülerindeki değişiklikler ve bu dönemde kilo almaya başlamalarıdır ve bu durumun kişiyi toplumun belirlediği ideal ölçülerden uzaklaştırmasıdır. Erkek öğrencilerde dışsal yeme ve duygusal yeme davranışı daha fazla görülmektedir. Ergenlik döneminde erkek öğrencilerde artan androjen ve testosteron hormonları sebebiyle saldırganlık, öfke nöbetleri daha çok görülmektedir. (Kaplan ve Aksel, 2012 ) Kız öğrencilere göre duygusal dengeyi daha geç kurmaktadırlar, bu durumun duygusal yemeyi tetiklediği düşünülebilir.

#### **4.9. Öğrencilerin Beslenme Bilgi Düzeylerine Göre Yeme Davranış Durumları**

Bireyin yaşamını sağlıklı ve kaliteli bir şekilde sürdürülebilmesinde, yeterli ve dengeli beslenmenin önemli bir yer tutmakta olduğu görülmektedir. Ülkemiz hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan ülkelerin sağlık sorunlarına sahiptir. Halkın beslenme durumu bölgelere, mevsimlere, sosyoekonomik düzeye, kır-kent ayrımına göre farklılık göstermektedir. Yetersiz ve dengesiz beslenmenin en önemli nedenlerinden biri beslenme bilgisinden yoksunluktur. Beslenme bilgisi, bireylerin, ailelerin ve toplumların beslenme durumlarını ve alışkanlıklarını etkileyen

etmenlerden biridir. Dolayısıyla sağlığın korunması ve geliştirilmesinde beslenme eğitiminin yeri ve önemi büyüktür. Beslenme bilgisinin yetersizliği mevcut besin ve ekonomik kaynaklar yeterli olsa bile, bunların hatalı kullanımına yol açmaktadır (şanlıer ve Kılıç, 2008).

Pirouznia (2001)“nın Ohio“da bulunan bir ortaokulda, beslenme bilgisinin yeme alışkanlıkları üzerindeki etkisini incelediği çalışmada; beslenme bilgisi ve davranışları arasındaki ilişkinin, altıncı sınıf öğrencileri için önemsiz ancak yedinci ve sekizinci sınıf öğrencileri için önemli olduğunu bildirmiştir. Altıncı sınıf (13,68±3,70), 7. sınıf (11,80±3,24) ve 8. sınıfların (11,55±3,39) ortalama beslenme bilgi puanları arasında yapılan istatistikî analizler sonucunda 7. ve 8. sınıflar arasında önemli fark bulunamamıştır ( $F_{1,339}=0,48$ ,  $p=0,488$ ). Altıncı sınıf (19,49±2,79), 7. sınıf (29,85±6,39) ve 8. sınıf (26,84±6,25) yeme davranış puanları arasında yapılan istatistikî analizlerde ise 7. ve 8. sınıflar arasında önemli fark bulunmuştur ( $F_{1,339}=19,03$ ,  $p=0,0001$ ). Altıncı sınıftaki öğrencilerin beslenme bilgileri ile yeme davranışları arasında anlamlı bir korelasyon bulunmamasına rağmen 7. ( $p<0,008$ ) ve 8. ( $p<0,01$ ) sınıflar arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmada beslenme bilgi düzeyi ile kısıtlayıcı yeme davranışı arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $r=0,44$ ;  $p<0,01$ ). Beslenme bilgi düzeyi yüksek olan öğrenciler kısıtlayıcı yeme davranışını daha fazla göstermektedir. Beslenme bilgi düzeyi ile duygusal yeme davranışı arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $r=-0,39$ ;  $p<0,01$ ). Beslenme bilgi düzeyi yüksek olan öğrenciler duygusal yeme davranışını daha az göstermektedir. Beslenme bilgi düzeyi ile dışsal yeme davranışı arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $r=-0,32$ ;  $p<0,01$ ). Beslenme bilgi düzeyi yüksek olan öğrenciler dışsal yeme davranışını daha az göstermektedir. Beslenme bilgi düzeyi yüksek öğrencilerin stres altında duygusal yönelimleri besinlere karşı olmamaktadır ayrıca daha bilinçli besin seçimi ve tüketimi yapabilecekleri için dışsal uyarılardan etkilenmemektedirler. Çoğunlukla besine dayalı olarak yaşanan psikolojik değişimler, kişilerde durum düzenleyici faktör şeklinde rol oynamaktadır. Yüksek karbonhidrat içeren besinler, bireyin ruh halini düzeltmek konusunda öncüldür ve stresi azaltan bir faktördür. Bu etkilerin yeme üzerine olan etkileri beyindeki serotonin düzeyi ile

ilgilidir. Bununla birlikte öğünlerde az miktarda protein yer alırsa beyindeki triptofan düzeyinde artış olmakta ve dolayısıyla serotonin düzeyinde de artış olmaktadır. Beslenme bilgi düzeyi yüksek öğrenciler besin seçimlerinde daha bilinçli olabilecekleri için bu davranışları daha az göstermektedirler. (Macht, 2008). Bununla birlikte besin alımlarını sürekli olarak kontrol altında tutma eğilimindeki kısıtlayıcı yeme davranışı fazla olan öğrencilerin ağırlığına daha fazla dikkat etme isteği ya da şişmanlamaktan korktuğu için aldığı besinlere dikkat etmesi, bazı besinleri tüketmekten kaçınması sebebiyle besinler ve besin içerikleri hakkında daha ayrıntılı bilgi sahibi olabileceği düşünülmektedir.

#### **4.10. Öğrencilerin Antropometrik Özellikleri ve Yeme Davranış Durumları**

Antropometrik ölçümlerin önemi; beslenme durumunun belirlenmesinde protein ve yağ deposunun önemli bir göstergesi olmasıdır. Fakat kullanılacak yöntemlerin tekrar edilebilir, değişikliğe duyarlı, ekonomik, güvenilir, mortalite ve morbidite hakkında bilgi verici, adipoziteyi belirleyici olması gerekmektedir. Sık olarak kullanılan antropometrik yöntemler; vücut ağırlığı, boy uzunluğu, BKİ (Beden kitle indeksi), büyüme ve vücut bileşimi, deri kıvrımının kalınlığı, çap ve çevre ölçüleri (bel ve kalça çevresi, bel/kalça oranı, baldır çevresi, kulaç uzunluğu gibi), BİA (biyoelektriksel empedans) ölçümü ile vücut yağ yüzdesi ve yağsız vücut kitlesi belirlemeleridir (Şanlıer ve ark.,2009).

Akkoç vd. (2012) zayıf, normal, yüksek tartılı, obez çocukların beslenme davranışlarını değerlendirdikleri araştırmada; 11 sorudan oluşan beslenme davranışı anketi kullanmışlardır. En doğru davranış dört, en yanlış bir puan olacak şekilde hazırlanmış, 11-19 puan kötü, 20-27 puan orta, 28-35 puan iyi, 36-44 puan çok iyi olarak değerlendirilmiştir. Bütün gruplarda beslenme davranışı büyük oranda iyi ve çok iyi olarak bulunmuş, bütün grupta kötü olarak sınıflanan sadece bir kişi olmuştur. Beslenme davranışı iyi ve çok iyi bulunanların zayıftan şişmana oranları sırasıyla %86,7, %89,3, %89,4, %93,7 ve tüm grup %90,1'dir. Zayıf, normal, yüksek tartılı ve obez grupların beslenme davranışları arasında istatistiksel açıdan fark olmadığı belirlenmiştir.

Barthomeuf L. ve ark. (2011), ergenlik dönemindeki BKİ ile yeme tutumları arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Hafif kilolu ve obez ergenler ile normal kiloya sahip ergenlerin yeme tutumları karşılaştırılmıştır. Hafif kilolu ve obez ergenler, normal vücut ağırlığına sahip olanlara göre kısıtlayıcı yeme skorlarının daha fazla olduğu ( $p<0.001$ ) BKİ fazlalığı ile kısıtlayıcı yeme davranışı arasında pozitif yönlü korelasyon olduğu gözlemlenmiştir ( $r=0,27$ ,  $p<0,01$ ).

Wardle ve ark. (1992), 846 İngiliz adolesanının besin alımları ve yeme tarzı arasındaki ilişkileri incelemişlerdir. Diyetisyen tarafından alınan diyet öyküsü, özel olarak hazırlanmış bir dizi soru ile yiyeceklere karşı tutumları ve besin alımları, Hollanda yeme davranışı ölçeği (Dutch Eating Behaviour Questionnaire) ile değerlendirilmiştir. Araştırma sonunda sınırlandırılmış, içten ve dışarıdan gelen yeme tutum ve davranışlarının çok farklı profiller ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bu sınırlandırmalardan dolayı, vücut ağırlığının arttığı, besinlere karşı daha olumsuz tutumlar geliştiği belirlenmiştir. Dış etkenlerin (yiyeceklerin görünüşü, kokusu vb.) daha düşük vücut ağırlığı, besinlere karşı olumlu tutumlar ve daha yüksek enerji alımlarına yol açabileceği bildirilmiştir. Duyguların besin alımlarında aşırı yemeye karşı olumsuz bir tutum oluşturduğu ifade edilmiştir.

Bu çalışmada ise kısıtlayıcı yeme davranışı ile boy uzunluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $r=0,05$ ;  $p>0,05$ ). Kısıtlayıcı yeme davranışı ile vücut ağırlığı ( $r=-0,22$ ) ve beden kitle indeksi ( $r=-0,32$ ) arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki vardır ( $p<0,01$ ). Kısıtlayıcı yeme davranış puanları yüksek olan öğrencilerin ağırlıkları ve beden kitle indeksleri düşük bulunmuştur. Duygusal yeme davranışı ile boy arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $r=-0,08$ ;  $p>0,05$ ). Duygusal yeme davranışı ile ağırlık ( $r=0,21$ ) ve BKİ ( $r=0,33$ ) arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki vardır ( $p<0,01$ ). Duygusal yeme davranış puanları yüksek olan öğrencilerin ağırlıkları ve beden kitle indeksleri de yüksek bulunmuştur. Dışsal yeme davranışı ile boy arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $r=-0,09$ ;  $p>0,05$ ). Dışsal yeme davranışı ile ağırlık ( $r=0,20$ ) ve BKİ ( $r=0,32$ ) arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki vardır ( $p<0,01$ ). Dışsal yeme davranış puanları yüksek olan öğrencilerin ağırlıkları ve BKİ de yüksek bulunmuştur. Çıkan sonuçlar yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Bu araştırmada 11-14 yaş grubu 720 öğrencinin (366 kız öğrenci, 338 erkek öğrenci) beslenme bilgi düzeyleri ve yeme davranışları araştırılmıştır.
- Bulunan sonuçlara göre öğrencilerden 6. sınıfa devam eden öğrencilerin ortalama boy uzunlukları  $150,87\pm 8,78$  cm, ortalama vücut ağırlıkları  $42,18\pm 7,35$  kg olarak bulunmuştur. Öğrencilerden 7. sınıfa devam eden öğrencilerin ortalama boy uzunlukları  $158,54\pm 7,35$  cm, ortalama vücut ağırlıkları  $47,36\pm 8,47$  kg olarak bulunmuştur. Öğrencilerden 8. sınıfa devam eden öğrencilerin ortalama boy uzunlukları  $163,78\pm 8,07$  cm ortalama vücut ağırlıkları  $51,93\pm 10,09$  kg olarak bulunmuştur.
- Erkek öğrencilerin ortalama boy uzunlukları  $157,93\pm 10,95$  cm, ortalama ağırlıkları  $48,20\pm 10,49$  kg olarak bulunmuştur. Kız öğrencilerin ortalama boy uzunlukları  $157,25\pm 8,29$  cm, ortalama vücut ağırlıkları  $45,96\pm 8,14$  kg olarak bulunmuştur.
- Altıncı sınıfa devam eden öğrencilerin %10,8'i çok zayıf , %19,9'u zayıf, %56,8'i normal, %11,6'sı fazla kilolu, %0,8'i şişman/obez grubundadır.
- Yedinci sınıfa devam eden öğrencilerin %5,8'i çok zayıf, %19,2'si zayıf, %65,4'ü normal, %7,1'i fazla kilolu, %2,5'i şişman/obez grubundadır.
- Sekizinci sınıfa devam eden öğrencilerin %6,7'si çok zayıf , %14,3'ü zayıf, %58,7'si normal, %16,6'sı fazla kilolu, %3,6'sı şişman/obez grubundadır.
- Öğrencilerin %28,3'ünün annesi ilkokul, %27,1'inin ortaokul, %33,1'inin lise, %11,5'inin annesi üniversite düzeyinde öğrenim görmüştür. Öğrencilerin %14,6'sının babası ilkokul, %25,1'inin ortaokul, %34,2'isinin lise, %26'sının babası üniversite düzeyinde öğrenim görmüştür.
- Öğrencilerin %29,5'inin annesi 30-35 yaş aralığında, %40,97'unun 36-40 yaş, %19,5'inin 41-45 yaş aralığında, %10,1'inin annesi 46 yaş ve üzerindedir. Öğrencilerin %5,1'inin babası 30-35 yaş aralığında, %34,9'unun 36-40 yaş, %37,9'unun 41-45 yaş aralığında, %22'sinin babası 46 yaş ve üzerindedir.



- Öğrencilerin %74'ünün annesi ev hanımı, %10,1'inin işçi, %6,7'sinin memur, %9,2'sinin annesi serbest meslek sahibidir. Öğrencilerin %22,3'ünün babası işçi, %24,4'ünün memur, %9,1'inin esnaf, %44,2'sinin babası serbest meslek sahibidir.
- Öğrencilerin %26'sı günde 2 öğün, %57,1'i 3 öğün, %16,9'u günde 4 öğün beslenmektedir.
- Öğrencilerin %33,4'ü beslenme konusunda bilgi almadığını, %66,6'sı beslenme konusunda bilgi aldığını belirtmiştir. Beslenme konusunda bilgi alan öğrencilerin %48,2'si okuldan, %17,9'u diyetisyenden, %9,8'i sağlık personelinden, %24,1'i ailesinden beslenme konusunda bilgi aldığını belirtmiştir.
- Öğrencilerin %79,5'i hiç diyet yapmadığını, %20,5'i geçmişte diyet yaptığını belirtmiştir.
- Altıncı sınıf öğrencilerde cinsiyet fark etmeksizin beslenme bilgi düzeyinin yetersiz denilecek seviyenin en üst sınırında olduğu bulunmuştur. Altıncı sınıf öğrencilerin beslenme bilgi düzeyi için ne yeterli ne de yetersiz denebilir.
- Yedinci ve 8. sınıf erkek öğrencilerin beslenme bilgi düzeyinin yine ne yeterli ne de yetersiz denecek seviyede, yetersiz beslenme bilgi düzeyi seviyesinin üst sınırında olduğu bulunmuştur.
- Yedinci ve 8. sınıf kız öğrencilerde ise beslenme bilgi düzeyinin yeterli beslenme bilgi düzeyi seviyesinin en alt sınırında olduğu bulunmuştur. Her ne kadar yetersiz beslenme bilgi düzeyi seviyesinin üstünde olsalar da 7. ve 8. sınıf kız öğrencilerin beslenme bilgi düzeyi için de ne yeterli ne de yetersiz denilebilir.
- Bunun yanı sıra, genel olarak öğrencilerde yeme davranışlarından kısıtlayıcı yeme davranışının düşük puan aldığı, duygusal ve dışsal yeme davranışının ise yüksek puan aldığı söylenebilir. Bu durumun tek istisnasını 7. sınıf öğrencileri göstermektedir. 7. sınıf öğrenciler, dışsal yeme davranışından düşük puan almıştır.
- Beslenme bilgi düzeyi yüksek olan 6. 7. ve 8. sınıf erkek ve kız öğrenciler kısıtlayıcı yeme davranışını daha fazla gösterirken, duygusal ve dışsal yeme davranışını daha az göstermektedir.

- Altıncı ve 8. sınıftan erkek ve kız öğrencilerin ayrıca 7. sınıf kız öğrencilerin ağırlıkları arttıkça kısıtlayıcı yeme davranışlarının azalmakta olduğu bulunmuştur.
- Yedinci ve 8. sınıftan erkek ve kız öğrencilerin ayrıca 6. sınıf erkek öğrencilerin ağırlıkları arttıkça duygusal ve dışsal yeme davranışlarının da artmakta olduğu bulunmuştur.
- Altıncı 7. ve 8. sınıf erkek ve kız öğrencilerin beden kütle indeksleri arttıkça kısıtlayıcı yeme davranışlarının azalmakta olduğu bunun yanı sıra duygusal ve dışsal yeme davranışlarının da artmakta olduğu bulunmuştur.
- Araştırmada çıkan sonuçlar ve bu konuda daha önce yapılan birçok bulgu ile uyum göstermektedir. Öncelikle, beslenme bilgisi ve bozuklukları konusundaki sıkıntıların giderilmesi için çocuklara eğitim verilmesi gerektiği ve beslenme bozukluklarının tedavisi sırasında çocukların kişilik özelliklerinin, fizyolojik, genetik ve çevresel faktörlerin yanı sıra duygusal faktörlerin de incelenmesi gerektiği görülmektedir. Yanlış tedavilerin uygulanması, sonrasında daha kötü beslenme bozukluklarının görülmesinde etkili olabilmektedir. Bir çocuğun açlık durumunda farklı bir yeme alışkanlığının görülmesi üzerine, çocuğa doğru beslenme eğitimi ve fiziksel aktivite tavsiyelerinin yanı sıra, kendini gözleme, kendi kendini değerlendirme ve gerektiğinde ödüllendirme gibi dürtüler öğretilerek çocukların beslenme alışkanlıkları düzenlenmeye çalışılabilir. Sonuç olarak psikolojik etmenlerin beslenme alışkanlıklarından bağımsız değerlendirilmesi mümkün değildir, dolayısıyla gelecek çalışmalarda bu konu değerlendirilebilir.
- Farklı ağırlıktaki çocukların beslenme bilgilerinin ve alışkanlıklarının farklı seviyelerde olduğu görülmüştür. Özellikle dışsal yeme davranışının çocuklar arasında sıklıkla görüldüğü, ancak daha kilolu çocuklarda yaygın olduğu gözlenmiştir. Çocukların beslenme bilgilerindeki farklılıklar da göz önüne alınarak, ebeveyn davranışları, çocuklardaki zayıflama isteği, dürtülerine hâkim olamama gibi konular da ele alınarak çocukların mevcut vücut ağırlığına göre beslenme alışkanlığı tespiti de sonucunda önemli bulguların elde edileceği bir çalışma olacaktır. Çünkü çocukların kendi beden ve benliklerine

olan saygıları beslenme bilgilerini ve buna bağlı olarak alışkanlıklarını değiştirebilmektedir.

- Okul eğitim müfredatlarında temel beslenme, gıda güvenliği, sağlık, besin örüntüleri gibi bilgilerin güncellenmesi, programın yaygın hale getirilmesi, eğitim uygulamasının takibi, geliştirilmesi ve değerlendirilmesi; yaşam döngüsü süresince çok büyük önemi olan, kişilerin sağlıklı beslenme hakkında eğitilmesi ve bilinçli bireyler haline getirilmesine yarar sağlayacaktır.
- Sürekli hale getirilerek, etkin bir şekilde yeterli ve dengeli beslenme eğitiminin verilmesi; yanlış davranışların ve alışkanların değişmesini, her yaştan insanın sağlığını tehdit eden uygulamaların ve problemlerin önüne geçilmesini, elde edilen bilgilerin tutum haline gelmesini sağlayacaktır.
- Tutumların davranış haline gelebilmesi ise eğitim programlarının kontrolü ve belirli aralıklarla sürdürülmesi ile olmalıdır.
- Yeme bozuklukları üzerine yapılan çalışmalar farklı sosyoekonomik ve sosyokültürel özelliklere sahip bireyler arasında, beslenme bilgi eğitimi verilmeden önce ve verildikten sonra yeme bozuklukları anketi uygulanarak yapıldığında çok daha etkin sonuçlar alınabileceğini düşündürmektedir.

## ÖZET

### 11-14 Yaş Grubu Çocukların Beslenme Bilgi Düzeyleri Ve DEBQ ile Yeme Bozukluklarının Belirlenmesi

Bu araştırma; 11-14 yaş grubu öğrencilerin beslenme bilgi düzeylerinin belirlenmesi ve Hollanda Yeme Davranışları Anketi (DEBQ) kullanılarak yeme bozukluklarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Keçiören İlçesinde bulunan Hüseyin Güllüoğlu Ortaokulu ve Tarhuncu Ahmet Paşa Ortaokulu'nda öğrenim gören 368 kız öğrenci, 352 erkek öğrenci olan 6.sınıf, 7.sınıf ve 8.sınıf öğrencileri araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Öğrencilerin genel özellikleri, beslenme bilgi düzeyleri ve Hollanda Yeme Davranışları Anketi uygulanarak ölçeğin üç alt boyutunda yeme davranış bozuklukları sorgulanmıştır. Alınan puanlar hem beslenme bilgi düzeyleri, hem de cinsiyet ve sınıf farklılıklarına göre karşılaştırılmıştır. Öğrencilerin %48,3'ünün beslenme bilgi düzeyi yetersiz, %43,6'sının yeterli, %8,1'inin beslenme bilgi düzeyi iyi düzeyde bulunmuştur. Cinsiyete göre beslenme bilgi düzeyleri arasında anlamlı fark bulunamamıştır ( $p<0.05$ ). Öğrencilerin en fazla oranda doğru cevapladığı sorular; yaşam için gerekli olan azotu bulunduran besin ögesi (Erkek %84,3, Kız %88,5), saf karbonhidrat bulunduran besin ögesi (Erkek %91,4, Kız %92,1), şeklindedir. Öğrencilerin en fazla oranda yanlış cevapladığı sorular; en çok posaya sahip besin (100 gramda) (Erkek %84,0, Kız %87,7), doymamış yağ olarak bilinen yağ çeşidi (Erkek %80,8, Kız %83,1), olarak bulunmuştur. Öğrencilerin kısıtlayıcı yeme davranışı ortalama puanı  $2,82\pm 1,82$ ; duygusal yeme davranışı ortalama puanı  $3,50\pm 1,34$ ; dışsal yeme davranışı ortalama puanı  $3,10\pm 1,19$  olarak bulunmuştur. Elde edilen puanların düzeyi incelendiğinde öğrencilerin en çok duygusal yeme davranışını ardından dışsal yeme davranışını sergilemektedir. Öğrencilerin kısıtlayıcı yeme davranışı ise oldukça düşük düzeydedir. Beslenme bilgi düzeyine göre değerlendirildiğinde bilgi düzeyi yüksek olan 6. 7. ve 8. sınıf erkek ve kız öğrenciler kısıtlayıcı yeme davranışını daha fazla gösterirken, duygusal ve dışsal yeme davranışını daha az göstermiştir ( $p<0.05$ ). 6. 7. ve 8. sınıf erkek ve kız öğrencilerin beden kütle indeksleri arttıkça kısıtlayıcı yeme davranışlarının azalmakta olduğu bunun yanı sıra duygusal ve dışsal yeme davranışlarının da artmakta olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Özellikle öğrencilere etkin ve sürekli verilecek yeterli-dengeli beslenme eğitimi insan sağlığını tehdit eden sorunların ve uygulamaların önlenmesine, hatalı alışkanlıkların, davranışların değiştirilmesine, edinilen bilginin tutuma dönüşmesine yardımcı olacaktır. Tutumun davranışa dönüşebilmesi için ise beslenme eğitiminin tekrarının ve kontrolünün sağlanması önem arz etmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** adolesan, beslenme bilgi düzeyi, yeme davranış bozuklukları,

## SUMMARY

### **Determination of nutritional knowledge levels of students within the age group 11-14 and to identify eating disorders using the DEBQ**

This research was conducted to determine nutritional knowledge levels of students within the age group 11-14 and to identify eating disorders using the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ). Research sample of this research is 368 female and 352 male students who are studying at 6th, 7th and 8th grade in Hüseyin Güllüoğlu Secondary School and Tarhuncu Ahmet Paşa Secondary School located in Keçiören District. The general characteristics of the students and their nutritional knowledge levels are determined and by applying the Dutch Eating Behavior Questionnaire, eating behavior disorders are questioned in three subscales of the scale. The scores were compared according to nutritional knowledge levels as well as gender and grade differences. It was found that 48.3% of the students had insufficient, 43.6% were adequate, and 8.1% had good nutritional knowledge level. There was no significant difference between nutritional knowledge levels with respect to gender ( $p < 0.05$ ) the questions that most of the students answer correctly are; nutrient containing nitrogen which is essential for life (84.3% for male, 88.5% for female), pure carbohydrate (91.4% for male, 92.1% for female). The questions that most of the students answer wrongly are; nutrient containing the most pulp (In 100 grams) (84.0% for male, 87.7% for female), an unsaturated oil (80.8% for male, 83.1% for female). The mean score of the restrictive eating behavior of the students was  $2,82 \pm 1,82$ ; the mean score of emotional eating behavior was  $3,50 \pm 1,34$ ; the mean score of external eating behavior was found to be  $3,10 \pm 1,19$ . When the level of the obtained scores is examined, the emotional eating behavior of students is followed by the external eating behavior of students mostly. The restrictive eating behavior of students is at pretty low level. When they are evaluated according to nutritional knowledge level, male and female students studying at 6th, 7th and 8th grades who have high nutritional knowledge level show restrictive eating behavior more, while they show emotional and external eating behavior less ( $p < 0.05$ ). As the body-mass indexes of 6th, 7th and 8th-grade male and female students increased, restrictive eating behaviors decreased and in addition to this emotional and external eating behaviors increased ( $p < 0.05$ ). In particular, adequate and balanced nutrition education that will be given to the students effectively and continuously will help to prevent the problems and practices that are threatening human health and to change the bad habits and behaviors and to turn the acquired knowledge into attitude. In order to be able to turn attitude into behavior, it is crucial to ensure repetition and control of nutritional education.

**Keywords:** adolescents, eating behavior disorders, nutritional knowledge level,

## KAYNAKLAR

- AKKOÇ O, ALTINCI EE, YÜCESİR G (2012). Zayıf, normal, yüksek tartılı, obez çocukların beslenme davranışları. *VIII. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi, Kongre Kitabı, Antalya s.:* 383.
- ALLISON K, LUNDGREN J (2010). Proposed diagnostic criteria for night eating syndrome. *International Journal of Eating Disorders*, **43**: 241-247.
- ALPHAN ET (2008). Obezitenin Etyolojisi. Ed.: A. BAYSAL and M. BAŞ, *Yetişkinlerde Ağırılık Yönetimi Türkiye Diyetisyenler Derneği, İstanbul, s.:* 17-32.
- AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİ (2001). *DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. Hekimler Yayın Birliği. (Türkçe Çeviri: E. Köroğlu, Ankara )
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2006). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders* (3. b.). *Am J Psychiatry*, **163**:1–54.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*.
- AYDEMİR Ö, KÖROĞLU E (2009). Yeme Bozuklukları. E. Köroğlu içinde, *DSM-IV Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, s.: 727-746.
- BAÑOS RM, CEBOLLA A, ETCHEMENDY E, FELIPE S, RASAL P, and BOTELLA C. (2011). Validation of the dutch eating behavior questionnaire for children (DEBQ-C)for usewith spanish children. *Nutrición hospitalaria*, **26**: 890-898.
- BARTHOMEUF L, ROUSSET S, DROIT-VOLET S (2010). The desire to eat in the ppresence of obese or normal-weight eaters as a function of their emotional facial expression. *Obesity (Silver Spring)*, **18**:719-224.
- BAŞ M (2008). Yeme Bozukluklarında Diyetel Yaklaşım ve Ağırılık Yönetimi İlişkisi. *Yetişkinlerde Ağırılık Yönetimi*. Ed.: Baysal A., Baş M., Birinci Basım, İstanbul s.: 202-234.

- BAŞKALE H, (2010). *Okul öncesi çocuklara verilen beslenme eğitiminin çocukların beslenme bilgisine, davranışlarına ve antropometrik ölçümlerine etkisi.* (Doktora Tezi) Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- BAYSAL A, 1999. Beden ağırlığının denetimi. *Diyet El Kitabı*. Ed: Baysal, A, Aksoy, M, Bozkurt N, Merdol TK, Pekcan G, Keçecioglu S, Besler T. ve Mercanlıgil SM. Hatiboğlu Yayınları: 166, Yükseköğretim dizisi: **36**: 39-60.
- BELL R (1987). *Holly anorexia*. Chicago: University of Chicago Press.
- BJORNSTROM C, GUNNAR GK (2004). Prevalence of eating disorders in female and male adolescents. *Eating Behaviors*, **5**: 13-25.
- BOUGHTWOOD D (2005). View to be thin: interrogating media's relationship to eating disorders through audience research. *Participations*, **1**: (3).
- BOZAN N (2009). *Hollanda yeme davranışı (DEBQ) anketinin Türk üniversite öğrencilerinde gerçeklik ve güvenilirliğinin sınanması.* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).T.C. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Ankara.
- BRAET C, O'MALLEY G, WEGHUBER D, VANIA A, ERHARDT, E, NOWICKA P, MAZUR A, FRELUT ML, ARDELT- GATTINGER E (2014). The assessment of eating behaviour in children who are obese: a psychological approach. a position paper from the european childhood obesity group. *Obes Facts*,**7**: 153-64
- BRAET C, VAN STRIENT T. (1997). Assessment of emotional, externally induced and restrained eating behaviour in nine to twelve- year-old obese and non-obese children. behaviour. *Research And Therapy*, **35**: 863-873.
- BRAVENDER T, BRYANT-WAUGH R, HERZOG D (2007). Classification of child and adolescent eating disturbances. *Int J Eat Disord*. **40**: 117–122
- BRENDA PJ, WILLIAM LI (1991). Bulimia: An archival review of its history in psychosomatic medicine. *International Journal of Eating Disorders*, **10**: 129-143.
- BRUNCH H (1973). Eating disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within. *New York: Basic Books*.

- BÜYÜK E, DUMAN G (2014). Farklı okullarda okuyan lise öğrencilerinin yeme tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi *The Journal Of Pediatric Research*, **1**: 212-7.
- BÜYÜKÖZTÜRK Ş (2011). Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. Kuram ve uygulamada eğitim yönetimi, **32**: 470-483.
- CAMCIN (2010). *Çocuk Beslenme Anketi'nin (Child Feeding Questionnaire-CFQ) Geçerlilik ve güvenilirliğinin saptanması ve Türk ebeveynlerine uygulanması*. (Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi, Ankara.
- CAMPBELL KJ, CRAWFORD DA, BALL K (2006). Family Food Environment And Dietary Behaviors Likely Topromote Fatness İn 5–6 Yearold Children. *Int J Obes*, **30**: 1272–1280.
- CHATOOR I (2005). Feeding and eating disorders of infancy and early childhood. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8. baskı içinde, BJ Sadock ve VA Sadock (ed) Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, s.: 3217-3227.
- CHILDRESS AC, BREWERTON TD, HODGES EL, JARRELL MP (1993). The Kids' Eating Disorders Survey (KEDS): Results from a survey of middle school students. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **32**: 843-850.
- CHOI P, POPE H, OLIVARDIA R. (2002). Muscle Dysmorphia: A New Syndrome İn Weightlifters. *British Journal Of Sports Medicine*. **36**: 375-376
- COOPER-KAZAZ R (2012). Treatment of night eating syndrome with topiramate: dawn of a new day. *Journal of Clinical Psychopharmacol*, **32**:143-145.
- CURRIN L, SCHMIDT U, TREASURE J, JICK H (2005). Time trends in eating disorder incidence. *The British Journal of Psychiatry*, **186**: 132-135.
- ÇELİKEL FC, CUMURCU BE, KOÇ M, ETIKAN I, YÜCEL B (2008). Psychologic correlates of eating attitudes in Turkish female college students. *Comprehensive Psychiatry*, **49**: 188-194.
- DEERING S (2001). Eating disorders: recognition, evaluation and implications for obstetrician. *Prim Care Update Obstetrician/Gynecolog*, **8**: 31-35.



- DEMİREL H, ŞEREN KARAKUŞ S, YABANCI AYHAN N (2016). Kadın tüketicilerin demografik, sosyo-ekonomik, mental sağlık ve enerjik hissetme durumları ile gıda satın alma davranışı ilişkisi *The Journal Of Academic Social Science* **22**: 168-179.
- DEVİRİM G (2015). *Üniversite öğrencilerinde beslenme alışkanlıkları ve yeme bağımlılığının farklı kişilik özellikleri ve psikiyatrik belirtilerle ilişkisinin incelenmesi*. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Konya.
- DOĞAN O (1985). *Anoreksiya nervozada bir izleme çalışması*. (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
- EAPEN V, MABROUK AA, BIN-OTHTMAN S (2006). Disordered eating attitudes and symptomatology among adolescent girls in the United Arab Emirates. *Eating Behaviour*, **7**: 53-60.
- ELFHAG K, MOREY LC (2008). Personality traits and eating behavior in the obese: poor self-control in emotional and external eating but personality assets in restrained eating. *Eating Behaviors*, **9**: 285-293.
- EROL A, TOPRAK G, YAZICI F (2002). Üniversite öğrencisi kadınlarda yeme bozukluğu ve genel psikolojik belirtileri yordayan etkenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **1**: 48-57.
- EVERS C, STOK FM, DANNER UN.( 2011).The shaping role of hunger on self- reported external eating status. *Appetite*, **57**: 318-320.
- FALISSARD B (2007). Eating disorders: interactions between human nutrition research and food behaviors. *Trends in Food Science & Technology*, **18**: 281-4
- FISHER M, GOLDEN NH, KATZMAN DK. (1995). Eating disorders in adolescents: a background paper. *J Adol Health Care*, **16**: 420-437.
- FİDAN T, ERTEKİN V, IŞIKAY S (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, **51**: 49-54.
- FRANKO D, ZUROFF D, ROSENTHAL F (1986). Construct validation of the bulimic thoughts questionnaire. *Paper presented at the annual meeting of the Society of Behavioral Medicine*.
- FRAZER A (1997). Pharmacology of Antidepressants. *Journal of Clinical Psychopharmacol*, **17**: 293-312.

- GARNER DM, GARFIINKEL PE (1997). *Diagnostic issues: handbook of treatment for eating disorders*. London: Guilford Press.
- GOOSSENS L, BRAET C, VAN VLIERBERGHE L, MELSS (2009). Loss of control over eating in overweight youngsters: the role of anxiety, depression and emotional eating. *Eur Eat Disord Rev*, **17**: 68-78.
- GÖZÜ A, (2007). Mardin İli ilköğretim okullarında 6-15 yaş grubu öğrencilerde kilo fazlalığı ve obezite prevalansı. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, **5**: 31-35.
- GRILO MG, MASHEB, RM, BRODY M, BURKE-MERTINDALE, CH, ROTHSCHILD BS (2005). Binge eating and self-esteem predict body image dissatisfaction among obese men and women seeking bariatric surgery. *International Journal of Eating Disorders*, **37**: 347-351.
- GÜLEÇ M, YABANCI N, GÖÇGELDİ E (2008). Ankara'da iki kız öğrenci yurdunda kalan öğrencilerin beslenme alışkanlıkları. *Gülhane Tıp Dergisi* **50**: 102-109,
- GÜZEY M (2014). *Kadınlarda ağırlık yönetiminin yeme tutum davranışı üzerine etkisinin değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- GWIRTSMAN HA, EBERT MH (2000). Eating Disorders. M. H. Ebert, P. T. Loosen, & B. Nurcombe. *Current Diagnosis and Treatment in Psychiatry*,s.: 421-429.
- HAY P, BACALTCHUK J, STEFANO S (2004). Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **3**: 132-147.
- HAYS NP, BATHALON GP, MCCRORY MA (2002). Eating behavior correlates adult weight gain and obesity in healthy women aged 55-65y. *Am J Clin Nutr*, **75**: 476-483.
- HOARE P, COSGROVE L (1998). Eating habits, body-esteem and self-esteem İn Scottish children and adolescents. *Journal of Psychosomatic Research*, **45**: 425-431.
- HOEK HW, VAN HOEKEN D (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorder*, **34**: 383-396.

- HUDSON JI, COIT CE, LALONDE JK (2012). By how much will the proposed new DSM-5 criteria increase the prevalence of binge eating disorder? *International Journal of Eating Disorders*, **45**: 139-141.
- KAPLAN B, AKSEL EŞ, (2013). Ergenlerde bağlanma ve saldırganlık davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Nesne Psikoloji Dergisi (NPD)*, **1**:1-1.
- KAYE W (2008). Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiol Behav.***94** :121–135.
- KAYE WH, BULIK CM, THORNTON L, BARBARICH N, MASTERS K (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, **161**: 2215-2221
- KAZKONDU İ (2010). *Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervosa (sağlıklı beslenme takıntısı) belirtilerinin incelenmesi*. (Yüksek Lisans tezi). Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- KÖKSAL E, KÜÇÜKERDÖNMEZ Ö (2008). Şişmanlığı saptamada güncel yaklaşımlar. Ed.: A. Baysal, ve M. Baş, Yetişkinlerde ağırlık yönetimi, s.: 35-70.
- KÖROĞLU E (1994). *DSM-IV Tanı ölçütleri başvuru kitabı*. Hekimler Yayın Birliği.
- KREIPE RE, BİRNDORF DO (2001). Eating disorders in adolescents and young adults. *Medical Clinics of North America*, **84**: 1027-1049.
- KUĞU N, AKYÜZ G, DOĞAN O, ERSAN E, İZGİÇ F (2006). The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **40**: 129-135.
- KUMMER A, DIAS M, TEIXEIRA L (2008). On the concept of orthorexia nervosa. *Scand J Med Sci Sports*,**18**: 395-396.
- KURUOĞLU AÇ (2008). *Yeme Bozuklukları*. Ed.: Işık, E. Taner, & U. Işık, DÜ. Asimetrik Paralel Yayınevi, Ankara.
- KÜÇÜKKÖMÜRLER S, SEREN S (2001). Ev Kadınlarının Beslenme Alışkanlıkları. I. Ulusal Aile Hizmetleri Sempozyumu, T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları Bilim Serisi: 117, H. Ü. Aile Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayın No:1, **3**: 353-360, Ankara.

- KÜEY AG (2003). *İnce beden hastalığı*. İstanbul: Bağlam Yayınları.
- LOCK J, LE GRANGE D (2005). Family-based treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, **37**: 64-67.
- LUNDGREN J, NEWBERG A, ALLISON K. (2008). 1231-ADAM SPECT Imaging of Serotonin Transporter Binding in Patients with Night Eating Syndrome: A Preliminary Report. *Psychiatry Res.*, **162**: 214-220.
- MACHT M (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*. **50**: 1-11
- MADDAH M, SHAHRAKI T, SHAHRAKI M (2010) Underweight And Overweight Among Children İn Zahedan, South-East Iran. *Public Health Nutrition*, **13**: 1519- 1521.
- MANER F, AYDIN A (2007) Bulimiya nervozada psikososyokültürel etmenler. Düşünen Adam: *Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, **20**:25-37.
- MAZICIOĞLU MM, ÖZTÜRK A (2003). Üniversite 3 ve 4. sınıf öğrencilerinde b beslenme alışkanlıkları ve bunu etkileyen faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi Erciyes Medical Journal*, **25**: 172-178.
- MEYER C, LEUNG N, WALLER G, PERKINS S, PAICE N, MITCHELL J (2005). Anger and bulimic psychopathology: gender differences in a nonclinical group. *International Journal of Eating Disorders*, **37**: 69-71.
- MIZES J (1992). Validity of the Mizes Anorectic Cognitions scale: A comparison between anorectics, bulimics, and psychiatric controls. *Addictive Behaviors*, **17**: 283-289.
- MOENS E, BRAET C (2007). Predictors Of Disinhibited Eating İn Children With And Without Overweight. *Behav Res Ther*. **45**: 1357-68.
- NEUMARK-SZTAINER D (2005). Can we simultaneously work toward the prevention of obesity and eating disorders in children and adolescents? *Int J Eat Disord*, **38**: 220–227.
- NEUMARK-SZTAINER D, WALL M, STORY M, STANDISH AR (2012). Dieting and unhealthy weight control behaviors during adolescence: associations with 10-year changes in body mass index. *Journal of Adolescent Health*, **50**: 80-86.

- NEYZİ O, GÜNÖZ H, FURMAN A (2008). Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri. *Çocuk Sağlığı ve hastalıkları Dergisi*, **51**: 1-14
- NOVA EV, VARELA P, TORO O, CASAS JJ, MARCOS AA (2004). Indicators of nutritional status in restricting-type anorexia nervosa patients: a 1-year follow-up study. *Clinical Nutrition*, **23**:1353-1359.
- O'REARDON J, STUNKARD A (2004). Clinical Trial of Sentra-Line in the Treatment of Night Eating Syndrome. *International Journal of Eating Disorders*, **1**: 16-26.
- ÖZDOĞAN Y, (2013). *Adolesanların Yeme Davranışı Ve Beslenme Bilgilerini Saptamaya Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması*. (Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü. Ankara.
- ÖZGEN L, KINACI B, ARLI M (2012). Ergenlerin yeme tutum ve davranışları. Ankara Üniversitesi *Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **45**: 229-247.
- ÖZTÜRK O, ULUŞAHİN A (2008). Nevrotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar, saplantı-zorlantı bozukluğu. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, **11**: 480-496.
- PARLAK A, ÇETİNKAYA Ş, (2007). Çocuklarda obezitenin oluşumunu etkileyen faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2**:24-35.
- PIROUZANIA M (2001) "The Influence Of Nutrition Knowledge On Eating Behavior The Role Of Grade Level", *Nutrition & Food Science*, **31**: 2, 62-67
- PİYAL B, DİKMEN D (2006). Üç İlköğretim Okulu öğrencilerinin bildirimlerine göre beslenme alışkanlıkları ve beslenme durumları. *V. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi, Kongre Kitabı*, Hacettepe Üniversitesi Kültür Merkezi Ankara, s.: 251.
- RAND CS, KULDAU JM (1993). Epidemiology of bulimia and symptoms in a general population: sex, age, race and socioeconomic status. *International Journal of Eating Disorders*, **11**: 37-44.
- RODING, OLMSTED MP, RYDALL AC. (2002). Eating Disorders in Young Women with Type I DM. *Journal of Psychosomatic Research* **53**: 949-949.
- ROSEN DS (2010). Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence Pediatrics*, **126**:1240-53.

- RUSSELL GF (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, **9**: 429-448.
- SABBAĞ Ç (2003). İlköğretim Okullarında Görevli Öğretmenlerin Beslenme Alışkanlıkları ve Beslenme Bilgi Düzeyleri. (Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü. Ankara.
- SABBAĞ Ç (2009). *İlköğretim 5. ve 6. sınıf öğrencilerine verilen beslenme eğitiminin beslenme bilgi, tutum ve davranışlarına etkisinin değerlendirilmesi* (Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- SAKA B, ÇAKMAKCI Cİ. (2013). Anoreksiya nervozada temel beslenme ilkeleri. Ed.: B Yücel, A Akdemir, AG. Küey, F Maner, & E Vardar. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. *Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı* (s. 159-169).
- SARIDAĞ DEVRAN B (2014 ). Doğu anadolu bölgesinde yaşayan adölesan ve yetişkinlerin beslenme alışkanlıkları ile yeme tutum ve davranışlarının belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara.
- SAVAGE JS, FISHER JO, BIRCH LL (2007). Parental Influence On Eating Behavior: Conception To Adolescence. *J Law Med Ethics*, **35**: 22-34
- SAVAŞIR I, EROL N (1989). Yeme tutum testi: anoreksiya nervoza belirtileri indeksi, *Psikoloji Dergisi*, **7**: 19- 25.
- SCHULMAN R, KINDER B, POWERS P, PRANGE M, GLEGHORN A (1986). The development of a scale to measure cognitive distortions in bulimia. *Journal of Personality Assessment*, **50**: 630-649.
- SERTER YİĞİT Y (2006). *Düzce ili İsmet Paşa İlköğretim Okulu 6, 7, 8. sınıflara devam eden öğrencilerin beslenme bilgi düzeyleri, alışkanlıkları ve obezite durumları üzerine bir araştırma*. (Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- SEVINÇER GM, KONUK N (2013). Emosyonel yeme. *Journal Of Mood Disorders*, **3**: 171-178,
- SHILLAK CM, CRAGO M, ESTES LS (1995). The spectrum of eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders*, **18**: 209-2019.

- SOYGÜL G (2003). Yeme Bozukluklarının bilişsel-davranışçı terapi yaklaşımı .Ed.I Savaşır, G. Soygöl, E. Kabakçı.. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Genişletilmiş 3. Basım, Ankara, s.:48-57.
- SPAGGIARI M, GRANELLA F, PARRINO L (1994). Nocturnal eating syndrome in adults. *Sleep*, **4**: 339-344.
- STICE E (2001). A perspective test of the dual pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative effect. *Journal of Abnormal Psychology* **110**: 124-135.
- STORY M, NEUMARK-SZTAINER D, FRENCH S (2002). Individual and Environmental Influences on Adolescent Eating Behaviors. *JADA*, **102**: 540-551.
- STRIEGEL-MOORE RH, SMOLAK L (2001). *Eating disorders: innovative directions in research and practice*. Washington: American Psychiatry Association.s.:111-132
- STRIEGEL-MOORE RH, FRANKO DL, GARCÍA J (2009). The validity and clinical utility of night eating syndrome. *Int J Eat Disord*. **42**:720-38.
- STUNKARD A, MCLAREN-HUME M (1959). The results of treatment for obesity: a review of the literature and report of a series. *AMA Archives of Internal Medicine*, **103**: 79-85.
- ŞANLIER N, KILIÇ E (2008). Kız, anne ve anneannelerin günlük enerji ve besin ögesi alımlarının karşılaştırılması. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **7**: 269-276
- ŞANLIER N, KONAKLIOĞLU E, GÜÇER E (2009). Gençlerin beslenme bilgi, alışkanlık ve davranışları ile beden kütle indeksleri arasındaki ilişki. *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, **29**: 333-352.
- ŞİMŞEK H (1991). *Ortaokul öğrencilerinin beslenme bilgi ve alışkanlıkları üzerine bir araştırma*. (Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- THAKUR N, D'AMICO F (1999). Relationship of nutrition knowledge and obesity in adolescence. *Family Medicine*, **31**: 122-127.
- TÖBR (2004). Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi. Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Ankara.
- TUNA C, IŞIKLAR Z, ÜNSA R (2003). Obez çocuklarda risk faktörlerinin değerlendirilmesi, *Türkiye Klinikleri Pediatri*, **12**: 169-175.

- TUNÇBİLEK E, KURTULMUŞ E, HANCIOĞLU A (1998). *Bebeklerin çocukların ve annelerin beslenmesi*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye Sağlık ve Nüfus Araştırması Raporu.
- TURNER M (1984). The mass media and other channels for nutrition information. *The Nutrition Society*, **43**: 211-216.
- TUZUN Ö, GÜLEÇ N, ÖZŞAHİN A, DORUK A, ÖZDEMİR B, ÇALIŞKAN U (2006). Screening disordered eating attitudes and eating disorders in a sample of Turkish female college students. *Comprehensive Psychiatry*, **47**: 123-126.
- ÜNÜSAN N (2002). 'Beslenme Eğitimi', *Eğitimde Yeni Bakışlar*. Ed.: Sünbül A.M, Mikro Yayınları, s.:395-401.
- VAN STRIEN T, FRIJTERS JER, BERGERS GPA, DEFARES PB (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for Assessment of Restrained, Emotional, and External Eating Behavior. *International Journal of Eating Disorders*, **5**: 295-315.
- VAN STRIEN T (1997). The Concurrent validity of a classification of dieters with low versus high susceptibility toward failure of restraint. *Addict Behav*, **22**: 587-597,
- VAN STRIEN T, CLEVEN A, SCHIPPERS G (2000) Restraint, Tendency toward overeating and icecream consumption. *Int J Eat Disord*, **28**: 333-338
- VAN STRIEN T, OOSTERVELD P (2008). The children's DEBQ for assessment of restrained, emotional, and external eating in 7- to 12- year-old children. *The International Journal of Eating Disorders*, **41**: 72-81.
- VAN STRIEN T, SCHIPPERS GM (1995). On the relationship between emotional and external eating behavior. *Addictive Behaviors*, **20**: 585-594.
- VARDAR E (2013). Diğer yeme bozuklukları:Sınıflandırılmayan yeme bozuklukları, boşaltım bozukluğu, ortoreksiya nevroza, pika, diyabulimiya, kadın atlet üçlemesi. *Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı*, s.: 281-286.
- WANG Z, PATTERSON CM, HILLS AP (2002). Association between overweight or obesity and household income and parental body mass index in Australian youth: analysis of the Australian National Nutrition Survey, 1995. *Asia Pac J Clin Nutr*, **11**: 200-5.



- WARDLE J, MARSLAND L, SHEIKH Y, QUINN M, FEDOROFF I, OGDEN J (1992). Eating Style And Eating Behaviour In Adolescents. *Appetite*, **18**: 167-83.
- WEBBER L, HILL, C, SAXTON J, VAN JAARVELD CHM, WARDLE J (2009). Eating behaviour and weight in children. *Int J Obes*, **33**: 21-28.
- WHO-MGRS (Multicentre Growth Reference Study Group). WHO Child Growth Standards: Head Circumference-For-Age, Arm Circumference-For-Age, Triceps Skinfold-For Age, Subscapular Skinfold-For-Age. Geneva: WHO, 2007.
- WILSON G, ROSSITER E, KLEIFIELD EI, LINDHOLM L (1986). Cognitive-behavioral treatment of bulimia nervosa: a controlled evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, s.: 277-288.
- WONDERLICH SA, GORDON KH, MITCHELL JE (2009). The validity and clinical utility of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, s.: 687-705.
- YEŞİLBURSA D (1990). Lise öğrencilerinde anoreksiya nervoza-bulimiya sıklığı ve beden imgesi değerlendirilmesi (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi. İstanbul.
- YUMUK N (2005). Prevalence of obesity in Turkey. *Obesity*, **6**: 9-10
- YÜCEL B (2009). Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: yeme bozuklukları. *Klinik Gelişim*, **22**: 39-43.
- YÜCEL B, ÖZBEY N, DEMİR K, POLAT A, YAGER J (2006). Eating disorders and celiac disease: a case report. *International Journal of Eating Disorders*, **39**: 530-532.

## EKLER

Ek-1. Etik Kurul Onayı

### ANKARA ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi : 18/06/2015

Toplantı Sayısı : 13

Karar Sayısı : 185

185- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencilerinden **Beyza Tuncay**'ın "Onbir-Öndört Yaş Grubu Çocukların Beslenme Bilgi Düzeyleri ve DEBQ'ya Göre Yeme Bozukluklarının Belirlenmesi" başlıklı tezi ile ilgili 18/05/2015 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Yapılan görüşmeler ve incelemeler sonucunda, Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencilerinden **Beyza Tuncay**'ın "Onbir-Öndört Yaş Grubu Çocukların Beslenme Bilgi Düzeyleri ve DEBQ'ya Göre Yeme Bozukluklarının Belirlenmesi" başlıklı tezinin, araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

ASLININ AYNIDIR  
18/06/2015

  
Prof. Dr. Muharrem ÖZEN  
Ankara Üniversitesi  
Etik Kurulu Başkanı

**ONBİR-ONDÖRT YAŞ GRUBU ÇOCUKLARIN BESLENME BİLGİ  
DÜZEYLERİ VE DEBQ'YA GÖRE YEME BOZUKLUKLARININ  
BELİRLENMESİ**

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ BESLENME  
VE DİYETETİK  
ANA BİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ ANKET FORMU**

Anket no :.....  
...../...../2015

Anketin yapıldığı okul :.....

Kaçıncı sınıf :.....

**I.ÖĞRENCİ HAKKINDA GENEL BİLGİLER**

**1.Cinsiyet**

a)Erkek b) Kız

**2.Boy uzunluğu.....cm**

**3.Vücut Ağırlığı.....kg**

**4.Yaşı.....yıl**

**5.Anne ve babanızın eğitim durumunu aşağıdaki tablodan işaretleyiniz**

<b>Eğitim durumu</b>	<b>Anne</b>	<b>Baba</b>
Okuryazar değil		
Okuryazar		
İlkokul mezunu		
Ortaokul mezunu		
İlköğretim mezunu		
Lise mezunu		
Üniversite mezunu		
Diğer (Belirtiniz)		

**6. Annenizin ve babanızın yaşı**

a) Annenin yaşı:.....yıl

b) Babanın yaşı:.....yıl

**7. Anne ve babanızın çalışma durumunu aşağıdaki tablodan işaretleyiniz**

	Anne	Baba
Çalışmıyor		
Ev hanımı		
İşçi		
Memur		
Esnaf		
Serbest Meslek		
Diğer (Belirtiniz)		

**8. Günde kaç ana öğün yemek yersiniz?**

a) İki

b) Üç

c) Dört

d) Beş öğün ve üzeri

**9. Ana öğünlerde atladığımız öğün var ise nedeni nedir? (Öğün atlamayanlara sorulmayacak)**

## II. BESLENME BİLGİ DÜZEYİ İLE İLGİLİ SORULAR

Aşağıda sorulara size göre en uygun cevabı veriniz.

### 1. Proteinin yapı taşı olan öge aşağıdakilerden hangisidir?

a. Bilgisi yok b. Nükleik asit c. Amino asit d. Stearik asit e. Folik asit

### 2. İçinde yağ bulunmayan besin hangisidir?

a. Bilgisi yok b. Süt c. Yumurta d. Meyve sebze e. Et

### 3. Aşağıdaki besinlerden hangisi sağlığımız için faydalı değildir?

a. Bilgisi yok b. Havuç c. Yoğurt d. Cips e. Bulgur

### 4. Aşağıdakilerden hangisi suda eriyen vitamin grubundadır?

a. Bilgisi yok b. E vitamini c. D vitamini d. C vitamini e. A vitamini

### 5. Aşağıdakilerden hangisinde en çok A vitamini bulunur? (100 gramda)

a. Bilgisi yok b. Zeytinyağı c. Patates d. Havuç e. Süt

### 6. Aşağıdakilerden hangisi kalsiyum açısından zengindir? (100 gramda)

a. Bilgisi yok b. Koyun eti c. Peynir d. Tereyağı e. Ekmek

### 7. Aşağıdakilerden hangisi en çok kalori veren besin ögesidir? (100 gramda)

a. Bilgisi yok b. Yağ c. Protein d. Karbonhidrat e. Vitamin

### 8. Aşağıdakilerden hangisinde en çok bulunur? (100 gramda)

a. Bilgisi yok b. Peynir c. Yoğurt d. Ekmek e. Patates

### 9. Aşağıdakilerden hangisinde en çok demir bulunur? (100 gramda)

a. Bilgisi yok b. Pirinç c. Fındık d. Pekmez e. Bal

### 10. Aşağıdakilerden hangisinde en çok D vitamini vardır? (100 gramda)

a. Bilgisi yok b. Balık yağı c. Süt d. Kırmızı et e. Peynir

### 11. Aşağıdakilerden hangisinde en çok posa bulunur? (100 gramda)

a. Bilgisi yok b. Pekmez c. Portakal suyu d. Elma e. Kuru fasulye

### 12. Aşağıdaki yağlardan hangisi doymamış diye anılan yağdır?

a. Bilgisi yok b. Tereyağı c. Ayçiçek yağı d. Kuyruk yağı e. Margarin

### 13. Günlük enerji ihtiyacınız ne kadar olmalıdır?

a. Bilgisi yok b. 800-1200 kalori c. 1300-1600 kalori d. 1800-2500 kalori  
e. 3000-4000 kalori

### 14. Kemik ve dişlerin oluşumunda en çok hangi mineral grubu görev yapar?

a. Bilgisi yok b. Selenyum-Demir c. Magnezyum- Krom d. Fosfor-Demir  
e. Kalsiyum-Fosfor

**15. Vücuttaki iyot eksikliğinde aşağıdaki hastalıklardan hangisi görülür?**

- a. Bilgisi yok b. Kansızlık c. Guatr d. Diş çürümesi e. Kemik erimesi

**16. Diş eti kanaması aşağıdakilerden hangisinin yetersizliğinde görülür?**

- a. Bilgisi yok b. A vitamini c. Kalsiyum d. C vitamini e. K vitamini

**17. Aşağıdaki yiyeceklerden hangisi hipertansiyonda yasaklanır?**

- a. Bilgisi yok b. Reçel c. Tuzlu yiyecekler d. Kurubaklagiller e. Yoğurt

**18. Kan kolesterolü yüksek bir kişiye aşağıdakilerden hangisi önerilmez?**

- a. Bilgisi yok b. Mantar c. Karaciğer d. Balık e. Mercimek

**19. Yetersizliğinde körlük oluşturan vitamin aşağıdakilerden hangisidir?**

- a. Bilgisi yok b. A vitamini c. Niasin d. Folik asit e. B2 vitamini

**20. Diş çürümesinde en etkili olan yiyecek hangisidir?**

- a. Bilgisi yok b. Elma c. Havuç d. Bisküvi e. Un

**21. Kilo vermenin en iyi yolu aşağıdakilerden hangisidir?**

- a. Bilgisi yok  
b. Kahvaltı yapmamak  
c. Bol bol greyfurt suyu içmek  
d. Tatlı diyetten çıkarmak  
e. Fiziksel aktiviteyi artırmak ve yiyecek alımını azaltmak

**22. İnsan vücudunun mutlaka alması gereken yağ türü aşağıdakilerden hangisidir?**

- a. Bilgisi yok b. Tereyağı c. Bitkisel sıvı yağ d. Margarin e. Hayvansal yağ

**23. Güneş ışığı almak ne için faydalıdır ?**

- a. Bilgisi yok  
b. İyi görmemiz için  
c. Isınmak için  
d. Şişmanlamak için  
e. Kemiklerimizin gelişmesi için

**24. Aşağıdaki besinlerin hangisinde enerji yoktur?**

- a. Bilgisi yok b. Su c. Süt d. Gazoz e. Meyve suyu

**25.En doğru nasıl besleniriz?**

- a.Bilgisi yok
- b.Çok fazla yiyerek
- c.Sevdiğimiz şeyleri yiyerek
- d.Her besin grubundan yeterince yiyerek
- e.Gece süt içerek



### III. HOLLANDA YEME DAVRANIŞI ANKETİ

#### THE DUTCH EATING BEHAVIOR QUESTIONNAIRE (DEBQ)

1. Eğer kilo aldıysanız, her zaman yediğinizden daha az mı yersiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
2. Yemek zamanlarında, yemek istediğinizden daha az yemeye çalışır mısınız?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
3. Kilonuzdan endişe duyduğunuz için size sunulan yiyecek ya da içeceği ne sıklıkla reddedersiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
4. Ne yediğinize tam olarak dikkat eder misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
5. Bilinçli olarak zayıflatıcı besinler mi yersiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
6. Çok fazla yediğinizde, ertesi gün daha az yer misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
7. Kilo almamak için az yemeye dikkat eder misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
8. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla öğün aralarında yemek yememeye çalışırsınız?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
9. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla akşamları yemek yememeye çalışırsınız?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
10. Ne yiyeceğinize karar verirken kilonuzu hesaba katar mısınız?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
11. bir şeyden rahatsız olduğunuzda daha fazla yemek yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
12. Yapacak bir şeyiniz olmadığında yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
13. Depresyonda olduğunuzda ya da	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>



hayal kırıklığına uğradığınızda yemek ister misiniz?					
14. Kendinizi yalnız hissettiğinizde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
15. Biri sizi üzdüğünde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
16. Sinirleriniz bozuk olduğu zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
17. İstemediğiniz bir şey olduğu zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
18. Kaygılı, endişeli olduğunuz zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
19. bir şeyler ters ya da yanlış gittiğinde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
20. Korktuğunuz zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
21. Hayal kırıklığına uğradığınız zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
22. Duygusal olarak üzüntülü olduğunuzda yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
23. Huzursuz olduğunuzda ya da canınız sıkkin olduğunda yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
24. Yediğiniz şey lezzetliyse, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
25. Yediğiniz şey güzel kokuyor ve güzel görünüyorsa, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
26. Lezzetli bir şey gördüğünüzde ya da kokladığınızda onu yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>

27. Eğer yemek için lezzetli bir şeyler varsa doğrudan onu yer misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
28. Eğer bir fırının önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
29. Eğer bir kafe ya da büfenin önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
30. Başkalarını yerken görürseniz, sizde yemek yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
*31. Lezzetli yiyeceklere karşı koyabilir misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
32. Başkalarını yerken gördüğünüzde, genelde yediğinizden daha fazla yer misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
33. Yemek hazırlarken bir şeyler yemeye meyilli misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>

**ONBİR-ONDÖRT YAŞ GRUBU ÇOCUKLARIN BESLENME BİLGİ DÜZEYLERİ VE DEBQ'YA GÖRE YEME BOZUKLUKLARININ BELİRLENMESİ**

Bu çalışma Onbir-Öndört Yaş grubu Çocukların Beslenme Bilgi Düzeyleri ve Hollanda Yeme Davranışı Anketine Göre Yeme Bozukluklarının Belirlenmesi için planlanmıştır.

Bu araştırmayı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı'nda yürütmekte olduğum yüksek lisans tezi kapsamında Ankara Üniversitesi Etik Kurulundan ve Milli Eğitim Bakanlığı Hüseyin Güllüoğlu Ortaokulu Müdürlüğü ile Tarhuncu Ahmet Paşa Ortaokulu Müdürlüğü'nden aldığım izinle yapmaktayım.

İlişikteki anket bireylerin beslenme bilgi düzeylerini ve yeme davranış bozukluklarını belirlemek için hazırlanmıştır. Sizden istenen bilgiler sadece araştırma için kullanılacak ve tamamen gizli kalacaktır.

Çocuğunuzun araştırmaya katılması sadece gönüllü olmanıza bağlıdır ve bu konuda hiçbir zorunluluğunuz bulunmamaktadır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında hiçbir neden göstermeksizin ayrılabilirsiniz. Katılmayı kabul ederseniz araştırmacı tarafından çocuğunuzun kişisel bilgilerini de içeren anket formu uygulanacaktır. Anket formunun doldurulması yaklaşık 10-15 dakika alacaktır. Çalışmanın değerlendirilmesi sırasında çocuğunuzun ismi kaydedilmeyecek, size bir kod numarası verilecek, kayıtlarınız bu kod numarası ile saklanacak ve hiçbir şekilde adınız anılmayacak ya da başka bir yerde belirtilmeyecektir. Çalışmada yer alan anket formu sorularının gerçeğe uygun olarak cevap verilmesi araştırma sonuçlarının bilimsel ve güvenilir olması açısından önemlidir.

Beslenme durumumun saptanmasına;

İzin veriyorum

İzin

vermiyorum

(Nedeni.....)

Onaylayan Kişinin

Adı ve Soyadı:

İmza:

Ek-4. Okul Onayları

T.C.  
TARHUNCU AHMET PAŞA ORTAOKULU  
MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı: 322

Sayın Beyza TUNCAY

Keçiören/ANKARA

İlgi:04.052015 tarihli dilekçeniz.

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü yüksek lisans öğrencisi olarak Prof.Dr.MetinSaipSürücüoğlu danışmanlığında tez çalışması yapan Beyza TUNCAY'ın tez çalışmasında kullanmak amacıyla Onbir-Öndört Yaş Grubu Çocukların Beslenme Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi ve Hollanda Yeme Davranışları Anketi'ne Göre Yeme Bozukluklarının Belirlenmesi için okulumuzun 6.7.ve 8. sınıflarında bulunan öğrencilere anket uygulanması için izin verilmektedir.

Bilginiz rica olunur.

  
OKTAY ÇELİK TEN  
Okul Müdürü

Ek-4. Okul Onayları

Sayı: 526

Sayın Beyza TUNCAY

Keçiören/ANKARA

İlgi:04.052015 tarihli dilekçeniz.

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü yüksek lisans öğrencisi olarak Prof.Dr.MetinSaipSürücüoğlu danışmanlığında tez çalışması yapan Beyza TUNCAY'ın tez çalışmasında kullanmak amacıyla Onbir-Öndört Yaş Grubu Çocukların Beslenme Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi ve Hollanda Yeme Davranışları Anketi'ne Göre Yeme Bozukluklarının Belirlenmesi için okulumuzun 6.7.ve 8. sınıflarında bulunan öğrencilere anket uygulanması için izin verilmektedir.

Bilginiz rica olunur.

MURAT AKINCI

Okul Müdürü



## ÖZGEÇMİŞ

### I. Bireysel Bilgiler

Adı :Beyza  
Soyadı :TUNCAY  
Doğum yeri ve tarihi :Kahramanmaraş 07.01.1989  
Uyruğu :T.C.  
Medeni durumu :Bekar  
İletişim adresi ve telefonu : Ankara Çocuk Sağlığı Hastalıkları Hematoloji  
Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi Diyetisyen  
tuncaybeyza@hotmail.com

### II. Eğitimi

2015- : Gazi Üniversitesi Fen Fakültesi Biyoloji  
Bölümü -Lisans  
2013- : Ankara Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik  
Anabilim Dalı-Yüksek Lisans  
2007-2011 : Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri  
Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü-  
Lisans  
Yabancı Dil :İngilizce

### III. Unvanları

2011-Diyetisyen

### IV. Mesleki Deneyimi

2014 - 2016 (Diyetisyen ) Düzce Atatürk Devlet Hastanesi  
2016 - ... (Diyetisyen) Ankara Çocuk Sağlığı Hastalıkları Hematoloji  
Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi

## V. Diğer Bilgiler

- ✓ Etkili İletişim Teknikleri Saygınlar Eğitim Ve Danışmanlık (2007)
- ✓ 1.Ulusal Sağlıklı Yaşam Sempozyumu Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlık Kongresi, Başkent Üniversitesi (2009)
- ✓ Dietetic 3.Anne Çocuk Konferansı Diethetic Beslenme ve Diyet Danışma Merkezi (2009)
- ✓ Güncel Bilgiler Işığında Diyabet ve Beslenme Tedavisi Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu, TDD (2011)
- ✓ 2.Ulusal Sağlıklı Yaşam Sempozyumu Onkoloji Diyetisyenliği Katılım Kursu (2012)
- ✓ Hastalıklarda Diyet Tedavisinin Klinik Uygulamalara Yansıması Gülhane Askeri Tıp Akademisi(2012)
- ✓ Hastalıklarda Beslenme Sempozyumu: Karbonhidrat Sayımı Gazi Üniversitesi(2017)