



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ
BESİN HİJYENİ VE
TEKNOLOJİSİ ANABİLİM DALI



ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN YEME TUTUM VE
DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

DİLARA SÜNGÜ BULUT

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

BURSA-2019



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESİN HİJYENİ VE TEKNOLOJİSİ
ANABİLİM DALI



**ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN YEME TUTUM
VE DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ**

Dilara SÜNGÜ BULUT

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

DANIŞMAN:

Prof.Dr. Mustafa TAYAR

BURSA-2019

T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ETİK BEYAN

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum
“ Uludağ Üniversitesi Öğrencilerinin Yeme Tutum Ve Davranışlarının Belirlenmesi
” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde
bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin
kaynaklar bölümünde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir ve beyan ederim.

Dilara SÜNGÜ BULUT


17/09/2019



KABUL ONAY

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Veteriner Fakültesi Besin Hijyeni ve Teknolojisi Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Dyt. Dilara Süngü Bulut tarafından hazırlanan Uludağ Üniversitesi Öğrencilerinin Yeme Tutum Ve Davranışlarının Belirlenmesi konulu Yüksek Lisans tezi 18/Eylül/2019 günü, 10:00-12:00 saatleri arasında yapılan tez savunma sınavında jüri tarafından oy birliği/oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

	<u>Adı-Soyadı</u>	<u>İmza</u>
Tez Danışmanı	Prof.Dr.Mustafa TAYAR	
Üye	Prof.Dr.Uğur GÜNŞEN	
Üye	Prof.Dr. Figen ÇETİNKAYA	

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulu'nun 01.10.2019 tarih ve 2019/29 sayılı toplantısında alınan 10 numaralı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Gülşah ÇEÇENER



TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU

17/09/2019

Adı Soyadı: Dilana SÜNGÖRBUUT

Anabilim Dalı: Besin Hijyeni ve Teknolojisi Anabilim Dalı

Tez Konusu: Üniversite öğrencilerinin yeme tüketim ve davranış-

ÖZELLİKLER

larm değerlendirilmesi UYGUNDUR

UYGUN DEĞİLDİR AÇIKLAMA

Tezin Boyutları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dış Kapak Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İç Kapak Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kabul Onay Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sayfa Düzeni	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İçindekiler Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yazı Karakteri	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Satır Aralıkları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Başlıklar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sayfa Numaraları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eklerin Yerleştirilmesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabloların Yerleştirilmesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaynaklar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DANIŞMAN ONAYI

Unvanı Adı Soyadı: Prof. Dr. Mustafa TAYAR

İmza: 

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN.....	ii
KABUL ONAY	iii
TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
ÖZET.....	viii
ABSTRACT	ix
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1 Beslenme	3
2.1.1 Tanım	3
2.1.2 Adölesan Dönemde Beslenme	3
2.2 Obezite.....	4
2.2.1 Tanım	4
2.2.2 Obezitenin Tanı Kriterleri.....	4
2.2.3 Obezite Epidemiyoloji	5
2.2.4 Obezite Nedenleri	6
2.2.5 Obezitenin Neden Olduğu Sağlık Sorunları	8
2.2.6 Obezitenin Tedavisi	9
2.3 Yeme Bozuklukları.....	11
2.3.1 Tanım	11
2.3.2 Yeme Bozukluğunun Belirtileri.....	12
2.3.3 Yeme Bozukluğunun Epidemiyolojisi.....	13
2.3.4 Yeme Bozukluğunun Tanımlanması Ve Sınıflandırılması.....	13
2.4 Anoreksiya Nevroza	13
2.4.1 Tanım	13

2.4.2 Anoreksiya Nervoza Tanı Ölçütleri.....	14
2.4.3 Anoreksiya Nervoza Epidemiyolojisi.....	14
2.4.4 Anoreksiya Nervoza'nın Komplikasyonları.....	15
2.4.5 Anoreksiya Nervoza'da Tedavi.....	15
2.5 Bulimiya Nervoza.....	16
2.5.1 Tanım.....	16
2.5.2 Bulimiya Nervoza Tanı Ölçütleri.....	17
2.5.3 Bulimiya Nervoza Epidemiyolojisi.....	17
2.5.4 Bulimiya Nervoza'nın Tıbbi Komplikasyonları.....	17
2.5.5 Bulimiya Nervoza Tedavisi.....	18
2.6 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu.....	18
2.6.1 Tanım.....	18
2.6.2 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Tanı Ölçütleri.....	19
2.6.3 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Epidemiyolojisi.....	19
2.6.4 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Tıbbi Komplikasyonları.....	20
2.6.5. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Tedavisi.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.1 Araştırmanın Yeri Ve Zamanı.....	21
3.2 Araştırmanın Evreninin Seçimi Ve Bireylerin Belirlenmesi.....	21
3.3 Veri Toplama Yöntemi.....	21
3.3.1 Sosyo-Demografik Özellikler.....	21
3.3.2 Beslenme Alışkanlıkları Bilgi Formu.....	22
3.3.3 Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi.....	22
3.3.4 Yeme Davranışı Testi (EAT-26).....	23
3.4 İstatistiksel Analizler.....	23
4. BULGULAR.....	25

5. TARTIŞMA ve SONUÇ.....	40
6. KAYNAKLAR	48
7. SİMGELER VE KISALTMALAR.....	56
8. EKLER.....	57
EK 1 Etik Kurul İzni	57
EK 2 Anket Formu	58
9. TEŞEKKÜR.....	63
10. ÖZGEÇMİŞ	64

ÖZET

Bu araştırma Uludağ Üniversitesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının ve yeme bozukluğu sıklığının saptanması amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın örnekleme farklı fakülte ve yüksekokullarda okuyan 250 öğrenci dahil edilmiş olup çeşitli nedenlerden dolayı 174 öğrenciye ulaşılmıştır. Öğrencilere sosyo demografik özellikleri, beslenme alışkanlıkları, antropometrik ölçümleri ve Yeme Davranış Testi (EAT-26)'ni de içeren 4 aşamalı bir anket uygulanmıştır. Elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 20.0 yazılımı aracılığıyla analiz edilmiştir. Sonuçlar yüzde olarak belirtilmiş, ortalama, standart sapma değerleri hesaplanmış, istatistiksel analiz yöntemi olarak ki-kare testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %73,6'sı kız, %26,4'ü erkektir. Öğrencilerin %22,4'ü hafif şişman, %1,7'si obez olarak saptanmıştır. Kız öğrencilerin erkek öğrencilere anlamlı olarak daha fazla öğün atladıkları tespit edilmiştir ($p<0,05$). Her iki cinsiyette de en fazla atlanan öğün öğle öğünü olmuştur. Öğrenciler arasında %15,5 yeme davranış bozukluğu saptanmıştır. Yeme davranış bozukluğu ile cinsiyet arasındaki ilişki anlamlı değildir ($p>0,05$). Yurtta kalan öğrencilerde evde kalan öğrencilere göre yeme davranış bozukluğu daha fazla görülmüştür ($p<0,05$).

Yeme davranış bozukluğu ve şişmanlık üniversite öğrencileri arasında yaygın bir sorundur. Bu nedenle üniversite öğrencileri arasında yeme bozukluğu sıklığının ve obezite oranının belirlenmesi önemlidir. Dengeli ve düzenli beslenme eğitimi bölümü ne olursa olsun her öğrenciye ders olarak okutulmalıdır.

Anahtar sözcükler: yeme davranış testi (EAT-26), üniversite öğrencileri, yeme davranış bozukluğu

ABSTRACT

DETERMINATION OF EATING AND BEHAVIOR OF ULUDAĞ UNIVERSITY STUDENTS

This research was conducted to identify the dietary habits of and eating disorder frequency among the students of Uludağ University. The research sample group included 250 students from different faculties and colleges and the research was eventually conducted with 174 students since the remaining students were not available due to various reasons. 4-stage survey was conducted among the students, including questions regarding their sociodemographic features, dietary habits, anthropometric measurements, and an Eating Attitudes Test (EAT-26). The data collected from the survey were digitalized in the computer environment, and analysed with Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 20.0 software. The results were determined in percentile, the average, standard deviation values were calculated, and chi-square test was used as the statistical analysis method.

73.6% of the students participating in the research were female while the remaining 26.4% were male. 22.4% of them were considered slightly overweight and 1.7% of them as obese. According to the research results, it was determined that the female students skip significantly more meals as compared to the male students ($p < 0.05$). Both sexes skip lunch the most. The existence of eating disorder was identified for 15.5% of the students. The relation between the eating disorder and sex of the students was not significant ($p > 0.05$). Eating behavior disorder was more frequent among the students staying in the dormitory than the students staying at home ($p < 0,05$).

Eating disorders and being overweight are common problems of university students. Therefore, it is important to identify eating disorder frequency and obesity ratio among the university students. A course on balanced and regular diet should be included in the curriculum for all students regardless of their branch of studies.

Keywords: eating attitudes test (EAT-26), university students, eating disorder

1. GİRİŞ

Beslenme; yaşamın sürdürülmesi, büyüme ve sağlığın korunması için besin öğelerinin kullanılması olarak tanımlanır. Yeterli ve dengeli beslenme doğumdan yaşlılığa kadar hayatın her döneminde sağlığın temelini oluşturmaktadır (Baysal, 2011). Beslenme, sağlığın korunması ve sürdürülmesinde olduğu kadar hastalıkların tedavisinde de önem taşır. Günümüzde kalp damar hastalıkları, çoğu kanser türü, obezite, hipertansiyon, diyabet, alerji, diş çürükleri ve osteoporoz gibi birçok kronik hastalığın önlenmesinde beslenme önem taşır (Horacek et al., 2002:1468). Kronik hastalıklar çoğunlukla erişkin dönemde ortaya çıksa da, temeli çocukluk ve gençlik yıllarında atılmaktadır (Garibağaoğlu ve ark., 2006:174).

Üniversite öğrenciliği erişkinliğe geçme aşamasında olan çocukluk çağı sonrası ilk aşamadır. Gençlerin üniversite hayatına adım atmasıyla birlikte o güne kadar alıştıkları aile ortamından ayrılmaları, dış uyaranlara daha açık hale gelmeleri ve kendi seçimlerini daha rahat şekilde yapmaya başlamaları nedenleriyle beslenmelerinde de yeni bir dönem başlar (Kartal ve ark., 2017).

Günlük öğün sayısı, atlanan öğün ve öğünü atlama nedenleri, öğün aralarında besin tüketim durumu adölesan dönemdeki bireylerin beslenme alışkanlıklarını ortaya koyabilir (Arslan ve ark.,1994: 196). Gençler bu dönemde sürekli diyet yapma, spor yapma, sigara ve alkol kullanma gibi farklı sağlık davranışları gösterebilirler (Özyazıcıoğlu ve ark., 2009). Yapılan çalışmalar yetişkinliğe geçiş dönemi olarak tanımlanan 18-24 yaş arası gençlerin, sağlıklı beslenme önerilerine uymadıkları, yanlış beslendikleri, öğünleri atladıkları, bu nedenle kronik hastalıklar için risk taşıdıklarını ortaya koymaktadır (Korkmaz, 2010, Özdoğan, 2012, Devran, 2014). Üniversite öğrencilerinin beslenme eğilimlerinin belirlenmesi ve erişkin dönemde beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi, yetersiz, dengesiz ve sağlıksız beslenmenin yol açabileceği olası sorunların önlenmesi açısından önem taşır (Erten, 2006, Korkmaz, 2010).

Yeme bozuklukları, olağan dışı, anormal yeme davranışları, şekil ya da kilo kontrolünde uyumsuz çabalar ve algılanan beden algısı ya da ölçüsüyle ilgili psikiyatrik rahatsızlıklar olarak tanımlanır. Anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve

tıkınırcasına yeme bozukluğu tanımlaması yapılan, bedensel belirtileri ön planda gibi görünse de ciddi ruhsal sorunları beraberinde barındıran yeme bozukluğu türleridir (Stice ve ark., 2012).

Ergenlik dönemi, meydana gelen biyolojik değişiklikler, stres etkenlerinin artması ve sosyal hayattaki değişimler nedeni ile yeme bozukluğu davranışları için kritik bir dönemdir (Erbay ve Seçkin, 2018). Yeme bozukluğu kadınlarda erkeklerden daha fazla görülür (Baş, 2008).

Yaşam biçimini ve sağlıklı olmayı ve sürdürmeyi belirleyen alışkanlıkların temeli gençlik döneminde atılmaktadır (Derman, 2014). Sağlıklı bir yaşamın altın kurallarından biri de doğru ve dengeli beslenme davranışlarıdır. Baş döndürücü hızla değişen dünyada sağlığın korunması için gençlerin beslenme ile ilgili konularda bilinçlendirilmesi ve gençlere beslenme eğitimi verilmesi gereklidir. Yeme bozuklukları yaygın olarak bütün yaşlarda görülmesine karşın lise ve üniversite öğrencileri önemli bir risk grubudur.

Bu bilgiler ışığında çalışmamız Uludağ Üniversitesi'nde eğitim gören öğrencilerin beslenme alışkanlıkları ve yeme tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla yürütülmüştür.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 Beslenme

2.1.1 Tanım

Beslenme; büyüme, gelişme, yaşamın sürdürülmesi, sağlığının korunması ve geliştirilmesi, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, üretkenliğin sağlanması için gereksinim duyulan besin öğelerini sağlayan besinleri tüketerek vücutta kullanılması olarak da tanımlanır (TÜBER, 2015).

Beslenme toplumun bütün kesimi için önem taşımakla birlikte, üniversite gençliği açısından ayrı bir öneme sahiptir. Üniversite öğrencilerinin çoğu hayatlarında ilk defa ailelerinden uzakta yaşamaya başlamaktadır. Üniversiteye gelmeden önce öğrencilerin beslenme alışkanlıkları aile ortamına uygun bir düzende devam ederken, üniversite hayatı ile birlikte değişen yaşam şekli öğrencilerin beslenme davranışlarını da etkilemektedir. Değişen beslenme düzeni üniversite öğrencisinin ruhsal ve fiziki durumunu ilgilendirir. Aynı zamanda okul başarı performansını da dolaylı olarak etkileyebilmektedir. Bu etkenler göz önünde bulundurulduğunda üniversite öğrencilerinin beslenme bilgileri, alışkanlıklarının belirlenmesi ve koşullara uygun öneriler geliştirilmesi önem taşımaktadır (Erten, 2006).

2.1.2 Adölesan Dönemde Beslenme

Adölesan dönemi, çocukluktan yetişkinliğe geçişi kapsayan, büyüme ve gelişmenin en hızlı olduğu özel bir dönemdir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 10-19 yaş arasını adölesan, 20-24 yaş arasını ise gençlik dönemi olarak tanımlanmaktadır (Özcebe, 2002). Üniversite eğitiminin ilk seneleri adölesan dönemi ile çakışmaktadır. Adölesan döneminde büyüme ve gelişmenin belirgin şekilde hızlanması, yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıklarının değişmesi, spor yapma, sürekli diyet yapma, kronik hastalıklar ve sigara kullanımı gibi durumlar enerji ve besin öğeleri gereksinimlerini etkilemektedir. Bu dönemde, beslenme bireyin sağlıklı olarak yaşamını devam ettirebilmesi, okul başarısı ve daha sonraki yıllarda oluşabilecek obezite, kalp damar hastalıkları, diyabet, kanser gibi kronik hastalıkların önlenmesinde büyük önem taşımaktadır (Güleç ve ark., 2008).

Türkiye’de gençlerin beslenme tercihleri ve alışkanlıkları ile ilgili yapılan akademik çalışmalarda gençlerde beslenme ile ilgili çok önemli sorunların yaşandığı, yetersiz ve dengesiz beslendikleri görülmektedir (Tayar, 2017). Öğrencilerin genellikle öğünlerine pek dikkat etmedikleri, tek öğün yemek yemeyi tercih ettikleri, hamburger, tost ve pizza gibi gıdaları daha çok tükettikleri gözlenmiştir. Ekonomik güçlüklerin, yetersiz ve dengesiz beslenme probleminde etkili olduğu, yurtlarda kalan öğrencilerin yurt koşullarının uygun olmamasından dolayı beslenmelerinin iyi olmadığı sadece karınlarını doyurmaya çalıştıkları belirlenmiştir (Garipağaoğlu ve ark., 2006). Gençlerin dış görünüme ve vücut gelişimine önem vermeleri, özellikle genç kızlar arasında zayıf olma ile güzel olma eş anlamlı olarak algıladıkları için bilinçsiz beslenme ve yapılan yanlış diyetler anoreksiya ve bulumiya benzeri yeme davranışı bozukluklarına alt yapı oluşturmaktadır (Güleç ve ark., 2008).

2.2 Obezite

2.2.1 Tanım

Günümüzde küreselleşme, şehirleşme, ekonomik gelişme, yaşam biçimi ve beslenme tarzı tercihlerinde değişikliklere yol açmıştır. Bu değişikliklerin neden olduğu sorunların başında obezite gelmektedir (TÜBER, 2015). Dünya Sağlık Örgütü tarafından obezite “Sağlığı bozacak ölçüde vücutta anormal veya aşırı miktarda yağ birikmesi” olarak tanımlanmıştır. Obezite günlük gıdalarla alınan ve harcanan enerji arasındaki dengesizlik sonucu vücut yağ oranının artması ile, endokrin ve metabolik değişikliklerle karakterize karmaşık, çoklu-faktöriyel bir hastalıktır (HSGM, 2017).

2.2.2 Obezitenin Tanı Kriterleri

Şişmanlığın tanısı, değerlendirilmesi ve izlenmesinde en yaygın olarak kullanılan kıstas, beden kitle indeksi (BKİ)’dir. Beden kitle indeksi, bireyin vücut ağırlığının, boy uzunluğunun karesine (kg/m^2) bölünmesiyle elde edilen bir değerdir. Buna göre yetişkinlerde BKİ’nin 25’in üzerinde olan bireyler hafif kilolu, BKİ 30’un üzerinde olan bireyler ise obez olarak tanımlanır. Yetişkinler için beden kütle indeksinin değerlendirilmesi Tablo 2.1’ de gösterilmiştir (TÜBER, 2015).

Obezitenin tanımı için BKİ dışında, bel çevresinin ölçümü de kullanılabilir. Bel çevresinin erkeklerde 102 cm, kadınlar da ise 88 cm ve üzeri olması şişmanlık olarak kabul edilmektedir (Baş, 2008)

Tablo 2.1 Yetişkin bireylerde BKİ'nin değerlendirilmesi

SINIFLANDIMA	BKİ (kg/m ²)	
	Temel Kesişim noktaları	Geliştirilmiş Kesişim noktaları
ZAYIF	< 18,50	< 18,50
Ağır	< 16,00	< 16,00
Orta	16,00 – 16,99	16,0 – 16,99
Hafif	17,00 – 18,49	17,0 – 18,4
NORMAL	18,50 – 24,99	18,5 – 22,99
		23,00 – 24,99
HAFİF ŞİŞMAN (KİLOLU)	≥25,00	≥25,00
Şişmanlık Öncesi	25,00 – 29,99	25,00 – 27,49
		27,50 – 29,99
ŞİŞMAN	≥30,00	≥30,00
I. Derece Şişman	30,00 – 34,99	30,00 – 32,49
		32,50 – 34,99
II. Derece Şişman	35,00 – 39,99	35,00 – 37,49
		37,50 – 39,99
III. Derece Şişman	≥40,00	≥40,00

Kaynak; Global Database on BMI, WHO

Kesişim değerleri, beden kütle indeksi ile Avrupa kıtasındaki mortalite ile hastalık risk etmenlerinin ilişkisine dayanmaktadır. Etnik özelliklere bağlı olarak beden kütle indeksi ile vücut yağ yüzdesi arasındaki ilişki farklılık göstermektedir.

DSÖ Asya kökenliler için sağlıklı BKİ değerini 23 kg/m² olarak ve 25 kg/m²'nin üstü şişman olarak kabul etmektedir.

2.2.3 Obezite Epidemiyoloji

Obezite dünya çapında ölçekte ciddi bir halk sağlığı problemidir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde obez nüfus oranı her geçen gün artış göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından Avrupa Asya ve Afrika'nın 6 farklı bölgesinde yapılan, MONICA (Multinational MONItoring of trends and determinants in Cardiovascular disease) çalışmasında 10 yılda obezite prevalansında %10-30 arasında bir artış saptandığı bildirilmiştir (Silventoinen ve ark. 2004).

1980-2015 yılları arasında yapılan dünyada obezitenin durumunu inceleyen çalışmaya Türkiye'nin de arasında olduğu 195 ülkeden 68,5 milyon birey dahil edilmiştir. 1980 yılından 2015 yılına kadar 70'ten fazla ülkede obezite sıklığının iki

katına çıktığı görülmüştür. 2015 yılı verilerine göre dünya genelinde 108 milyon çocuk ve 604 milyon erişkinin obez sınıfında yer aldığı saptanmıştır. Ayrıca 35 yıllık süreç boyunca çocuklardaki obezite artışının yetişkinlerden daha fazla olması gelecek adına oldukça önemlidir (GBD 2015 Obesity Collaborators, 2017).

Türkiye’de de diğer ülkelere benzer şekilde obezite görülme sıklığı gün geçtikçe hızla artmaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın yürüttüğü “Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010” ön çalışma raporuna göre ülkemizde obezite görülme sıklığı erkeklerde %20,5, kadınlarda ise % 41,0 olarak saptanmıştır. Toplam olarak fazla kilolu oranı %34,6, fazla kilolu ve şişman %64,9, çok şişman %2,9 olarak belirlenmiştir (TBSA, 2010). Diğer bir çalışmaya göre ise 20 yaş ve üzerindeki nüfusta obezite prevalansı %32,0’dır (erkeklerde %27,3, kadınlarda %44,2)(TURDEP-II, 2010). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-2013 sonuçlarına göre ise; 15-49 yaş arası kadınlarda fazla kilolu görülme %28,6, şişmanlık görülme sıklığı ise %26,5 olarak belirlenmiştir (TNSA, 2013).

Adölesanlarda obezitenin görülme sıklığı ülkelere göre farklılıklar göstermektedir. Ancak aralarında gözlenen tek ortak nokta, her geçen gün hızlı bir şekilde artmasıdır. Adölesanlarda obezitenin görülme sıklığının %2-15 arasında olduğu belirtilmektedir (Aktaş ve ark., 2015).

2.2.4 Obezite Nedenleri

Obezitenin oluşumunda genetik faktörler %25-40 oranında etkili olmaktadır. Obezite ile genetik faktörler ilişkisi üzerinde yapılan araştırmalarda ebeveynleri obez olan çocuklarda obezitenin görülme sıklığı %80, ebeveynlerden birisi obez ise %40, her iki ebeveyni de obez olmayan çocuklarda ise %7 olarak saptanmıştır (Şarbat ve Demirkol, 1999). Obeziteye eğilim, kısmen genetik faktörler tarafından belirleniyorsa da “ OBEZOJENİK” bir çevreye gereksinim vardır. Küresel düzeyde yağ ve enerji içeriği yüksek besin alımının artması, çalışma hayatının bireyleri sedanter yaşama yönlendirmesi, çevresel ve sosyal değişiklikler, sağlık, tarım, kent planlama, çevre, gıda teknolojisi, lojistik, pazarlama ve eğitim gibi sektörlerdeki destekleyici politikaların eksikliği obezitenin nedenleri olarak sayılabilir.

Şişmanlığın belli başlı nedenleri;

1. Beslenme,
2. Çevre,
3. Ailesel ve etnik faktörler,
4. Kimyasal çevre,
5. Stres,
6. Endokrin ve metabolik hastalıklar,
7. İntestinal mikrobiyota olmak üzere yedi grupta toplanabilir (Tayar, 2017).

Beslenme: Obezite nedeni olarak yapılan açıklamalar arasında en belirgin olanı aşırı beslenmedir. Öğünlerde ve öğün aralarında yağlı-karbonhidratlı gıdaları aşırı tüketme, öğün atlama, hızlı yemek ve aşırı alkol tüketme obezitenin oluşumuna ciddi zemin hazırlamaktadır (HSGM, 2017). Obezitenin gelişimi üzerinde etkili en önemli faktör; hızlı ve aşırı yeme davranışıdır (Baysal, 2011).

Çevre: Obezite gelişimi üzerinde genetik faktörlerin etkisi kanıtlanmış olsa da; son yıllarda obezite görülme sıklığındaki artış üzerinde çevresel etmenler de önemli rol oynamaktadır. Beslenme, fiziksel aktivite, sigara ve/veya alkol tüketimi obeziteye etki eden çevresel etmenler arasında yer almaktadır.

Etnik ve ailesel faktörler: Bu faktörler; besin seçimi, beslenme örüntüsü, aktivite düzeyini doğrudan etkileyerek obezite etiolojisinde rol almaktadır. Enerji alımı ve harcamasında bireysel, ailesel, toplumsal farklılıklar vardır. Bunun kökeninde genetik faktörler yer alabileceği gibi kültürel özelliklerin de beslenmede önemli bir etken olduğu bilinmektedir. Farklı etnik gruplarda total enerji alımı, öğün sıklığı, yemek pişirmede kullanılan malzemelerdeki (baharatlar, yağlar vb.) farklılıklar bu durumu kanıtlamaktadır (Tayar, 2017).

Kimyasal çevre: Kontrol edilemeyen endüstriyel ve tarımsal üretim sonucu hava, su ve toprak kimyasallarla kirlenmekte, bireyler kimyasal maddelere farkında olmadan maruz kalır. Bu kimyasalların da tip 2 diyabet ve obeziteye neden olduğu belirtilmektedir.

Stres: Başta duygusal stres olmak üzere farklı stres türleri obeziteye neden olabilmektedir. Duygusal stresin depresyona neden olduğu ve depresyon hastalarının önemli bir kısmında (%10-20) vücut ağırlığında artışın görüldüğü rapor edilmiştir (HSGM, 2017).

Endokrin ve metabolik hastalıklar: Endokrin hastalıkların genellikle obezite nedeni olabileceği ileri sürülmektedir. Özellikle tiroit hastalıkları obeziteye ilişkilendirilmektedir. Ancak, tiroid hastalıklarından bir olan hipotiroidizm, obeziteye neden olmaktan çok vücut ağırlığı kaybında zorluğa neden olmaktadır. Bu hastalara uygulanan tiroid replasman tedavisi diyet ve egzersizin obezite tedavisindeki etkinliğini arttırmaktadır. Endojen glukokortikoidlerin artışı ile karakterize bir hastalık olan Cushing sendromu endokrin obezitenin en yaygın sebebidir (Tayar, 2017).

İntestinal mikrobiyota: İntestinal mikrobiyota, son yıllarda üzerinde yaygın olarak çalışılan alanlardan biridir. İntestinal mikrobiyota farklı biyolojik yollarla vücuttaki metabolik olaylarda etkilidir. Mikrobiyotanın enerji homeostazını etkileyebileceği, son çalışmalarda gösterilmiştir. Etkili olan mekanizmalardan biri de diyetle alınan enerji yıkımını arttırmasıdır. Özellikle *Bacteroidetes* türü bakteriler besin öğelerinin emilimini düzenlerken, *Firmicutes* türü bakteriler yağ asitlerinin emiliminde etkilidir. Obezitede bu bakterilerin oranları değişmektedir. *Firmicutes* bakterilerin oranı artarken, *Bacteroidetes* bakterilerinin oranı azalmaktadır (Baysal, 2011, HSGM, 2017).

2.2.5 Obezitenin Neden Olduğu Sağlık Sorunları

Vücut ağırlığının normal olması gerekenden fazla olması, kronik hastalıklara yakalanma riskini arttırır. Yaşam süresini kısaltır. Obezitenin neden olduğu sağlık sorunları organizmada değişik sistemler üzerine etkilidir (HSGM, 2017).

Bunlar;

A. Endokrin – metabolik sistem

- İnsülin direnci
- Tip-2 Diabetes Mellitus
- Dislipidemi
- Metabolik sendrom

B. Kardiyovasküler sistem

- Kalp yetersizliği
- Koroner arter hastalığı
- Periferik damar hastalıkları

C. Kas – iskelet sistemi

- Osteoartrit
- Osteoporoz
- Gut

D. Gastrointestinal sistem

- Reflü
- Hiatal herni
- Karaciğer yağlanması
- Safra kesesi taşları

E. Genito – üriner sistem

- Gebelik toksemisi
- Endometrium kanseri
- Kısırlık
- Adet düzensizliği

F. Kanser

- Şişman erkeklerde: kolon, rektum, prostat kanseri
- Şişman kadınlarda: meme, safra kesesi, over (yumurtalık) kanseri

G. Nörolojik sistem

- İnme
- Subaraknoid (beyin zarı altı) kanama

H. Psiko – sosyal

- Sosyal izolasyon (toplumdan uzaklaşma)
- Psikolojik sorunlar (depresyon gibi)

2.2.6 Obezitenin Tedavisi

Obezitenin tedavisinde öncelikli amaç, uygun bir vücut ağırlık kaybı hedeflenerek, obezite sonucu ortaya çıkabilecek morbidite ve mortalite riskini azaltmak, bireye dengeli ve yeterli beslenme alışkanlığı kazandırmak ve bireyin yaşam kalitesini yükseltmektir (Kayar ve Utku, 2013).

Obez hastalarda, obezitenin gelişmesinde rol alan genetik, hormonal ve nöroendokrin etkenlerin tetkik edilmesi ve doğru enerji dengesinin sağlanması (alınan enerji < harcanan enerji) obezite tedavisinin birinci basamağını

oluşturmaktadır. Obezite tedavisinde ilk altı aylık dönemde vücut ağırlığının %10 azalması, obezitenin neden olduğu sağlık sorunlarının önlenmesinde önemli yararlar sağlamaktadır. Obez hastalarda kilo verme ve korunması, uzun süreli davranış değişikliği, dengeli ve sağlıklı beslenme ile birlikte fiziksel aktivitenin de artırılması ile ilgilidir. Bu nedenle obezite tedavi edilirken, sağlıklı beslenme tedavisi, fiziksel aktivite (egzersiz), davranış tedavisi, farmakolojik tedavi ve cerrahi tedavi gibi çeşitli tipte yöntemler tek başına veya birkaçı bir arada uygulanmaktadır (Bayraktar, 2010).

Sağlıklı beslenme tedavisi: enerji açığı oluşturarak hayati organlarda kas kitle kaybı şekillenmeden vücut yağ depolarının azalmasını sağlar. Sonuçta ideal kiloya ulaşmak ve bu ideal kiloyu korumak amaçlanmaktadır (Kayar ve Utku, 2013). Sağlıklı beslenme tedavisi aşırı kilolu ve obez kişilerin tedavisinde kolay uygulanabilir, güvenli ve basit bir yoldur. Diyetisyen tarafından kişinin enerji gereksinimine göre kadınlar için 1000-1200 kkal/gün, erkekler için ise 1200-1600 kkal/gün enerji veren düşük kalorili diyetler önerilmektedir (Akbulut, 2010).

Fiziksel aktivite (Egzersiz): fiziksel aktivite yetersizliği veya sedanter yaşam olarak ifade edilen hareketsizlik, epidemik şekilde artan obezite nedeni olarak gösterilmektedir (WHO, 2009). Dengeli beslenme ile yapılan düzenli egzersizin kilo kaybının sağlanmasına, vücut kas kütlelerinin korunmasına, yağ dokusundan kayıpları arttırmasına ve ideal BKİ'nin korunmasına yardımcı olduğu çalışmalarda gösterilmektedir (Kokino ve ark., 2006). Her gün en az ortalama 30 dakika orta şiddette yapılan egzersiz 840 kJ (200 kkal) enerji tüketimi sağlamaktadır (Akbulut, 2010).

Davranış değişikliği tedavisi: vücut ağırlığının kontrolü için davranış değişikliği tedavisi, fazla kilo kazanımına yol açan beslenme ve fiziksel aktivite ile ilgili olumsuz davranışları olumlu yönde değiştirmeyi veya azaltmayı, olumlu davranışları ise pekiştirerek yaşam tarzı haline getirmeyi amaçlayan bir tedavi şeklidir (Adachi, 2005). Davranış değişikliği tedavisi ile orta ve şiddetli obezite tedavisi mümkün değildir. Ancak obezlerin yaşam tarzının değiştirilmesini sağladığından tüm zayıflama programlarına bireyin kilo verme isteğinin arttırılmaktadır (Tam ve Çakır, 2012).

Farmakolojik tedavi: obezitenin farmakolojik tedavisi hastanın BKİ değerinin > 27-30 kg/m² üzerinde olması ve obezite ile ilişkili risk faktörleri veya

komplasyonlarından (dislipidemi, kalp-damar hastalıkları, uyku apnesi, diyabet, hipertansiyon, vb.) en az birinin varlığı ile sağlıklı beslenme ve egzersizi içeren davranış tedavisine olumlu yanıt alınamaması durumunda uygulanmaktadır (HSGM, 2013). Yemek yeme alışkanlıklarını değiştirmek için piyasaya sunulan farklı etki mekanizmasına sahip antiobezite ilacı yan etkilerinden dolayı uzun süre kullanılamamıştır (Adan ve ark., 2008). Obezite kronik ve yenileyen bir durum olduğu için ilaç tedavisi sürekli kullanım hedefiyle başlatılmalıdır. Bu amaçla ilaç sektöründe uzun süreli tedavide yan etkileri azaltılmış ve kilo vermede başarı sağlayan çeşitli preparatlar (orlistat, sibutramin, rimonabant) tedaviye girmiştir (Üstünes, 2013).

Cerrahi tedavi: günümüzde obezite tedavisi için çeşitli cerrahi tedavi yöntemleri etkin uygulamalardır. Tedavi yöntemlerine yanıt vermeyen BKİ > 40 kg/m² veya BKİ' si 35-40 kg/m² arasında olan ve obezite ile ilişkili hastalıklar için yüksek risk taşıyan bireylere uygulanmaktadır (Tam ve Çakır, 2012). Morbid obezitenin cerrahi tedavisi bariyatrik cerrahi olarak adlandırılmaktadır. Bariyatrik cerrahi ile mide hacminin küçülmesine bağlı az yeme ve erken doyma, bypass sonucu emilimin bozulması fazla kilo kaybına neden olur (Sağlam ve Güven, 2014). Roux-en-Y gastrik bypass, sleeve gastrektomi ve ayarlanabilir gastrik band en sık uygulanan güncel cerrahi işlemlerdir. Bu işlemlerin tümü laparoskopik olarak gerçekleştirilebilir. Bariyatrik cerrahi ile obezite ve obeziteye bağlı gelişen metabolik hastalıklarda tedavi edilmiş olur (Dixon ve ark., 2012, Yorgancı ve Tırnaksız, 2007).

2.3 Yeme Bozuklukları

2.3.1 Tanım

Yeme bozuklukları; ağırlık ve gıda tüketimi faaliyetine eşlik eden aşırı duygu, tavır ve davranışlar ile karakterize olan karmaşık rahatsızlıkları ifade eder. Yeme bozukluğu olan kişilerde ciddi ruhsal ve fiziksel problemler bulunmaktadır. Kadınlar ağırlıklı olmak üzere her iki cinsiyette de görülmektedir. Tıkınırcasına yeme sendromu, anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza gibi problemleri içeren yeme bozuklukları, ülkemizde de son yıllarda hızlı bir artış göstermiştir. Yeme bozukluklarının temel ortak niteliği; bireyin kendini şişman algılaması, baş edilemeyen psikolojik rahatsızlıklara aşırı yemek yemenin eşlik etmesi, kilo

almaktan korkmak ve zayıflamaya yönelik aşırı bir istek duyma ile bağlantılı bedensel imge rahatsızlığının olmasıdır (Yalnızoğlu ve ark. 2017). Genellikle yeme bozuklukları, anormal yeme modelleri ile gıda ve ağırlıkla ilişkili bilişsel çarpıtma şeklinde karakterizedir. Beslenme durumundaki olumsuz etkilerin sonuçları; tıbbi komplikasyon, sağlık durumunda ve fonksiyonlarındaki bozukluklar ile ciddi problemlere neden olmaktadır (Baş, 2008).

2.3.2 Yeme Bozukluğunun Belirtileri

Yeme bozukluğu, amenore ve osteoporozis, kadınlardaki problemlerin tehlikeli bir kombinasyonudur. Özellikle bu üç sendrom “bayan atlet üçlemesi” olarak adlandırılmaktadır. Bu durum buz dansçıları ve jimnastikçiler arasında yaygındır (Baş, 2008). Yeme bozukluğu kapsamında yer alan anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıknırcasına yeme sendromlarının yaygın belirtileri Tablo 2.2’de gösterilmiştir.

Tablo 2.2 Yeme bozukluklarının yaygın belirtileri

	Anoreksiya Nervoza	Bulimiya Nervoza	Tıknırcasına Yeme
Kısa bir zaman diliminde aşırı ağırlık kaybı	A		
Kemik-deri görünümüne rağmen diyetin devam etmesi	A		
Ciddi düşük ağırlığa rağmen, vücudun yağlı olduğuna inanma ve görünüşte memnuniyetsizlik	A		
Aylık menstural periyodların sona ermesi	A	α	
Alışılmadık besinlere karşı ilgi ve yemek yemenin ayinsel bir hale gelmesi	A	α	
Yemek yemenin gizli yapılması	A	α	A
Egzersizle sürekli meşguliyet	A	α	
Ciddi depresyon	A	α	A
Yüksek miktarda besinin tıknırcasına tüketimi		α	A
Kendi kendini kusturma, idrar yapımını ve bağırsak hareketini uyaran ilaçların kullanımı		α	
Tıknırcasına yemek tüketimine rağmen ağırlık kazanımının olmaması		α	
Kusma eylemini gerçekleştirmek amacıyla uzun bir zaman dilimini gizlice banyoda geçirmek		α	
Alkol veya ilaç bağımlılığı		α	A

2.3.3 Yeme Bozukluğunun Epidemiyolojisi

Türkiye’de 15-18 yaş arası 800 öğrenci üzerinde yapılan bir çalışmada YB sıklığı %3 olarak saptanmıştır. Yeme bozukluğu saptanan öğrencilerin %70’i bulimiya nervoza tanısı almış olup hepsi kızlardan oluşmaktadır (Büyükkal 1995). Yeme bozukluğunun kız/erkek oranı ergen bireylerde 4:1 iken bu oran yetişkinlikte 10:1’e düşmektedir (Sönmez, 2017).

2.3.4 Yeme Bozukluğunun Tanımlanması Ve Sınıflandırılması

Yeme bozukluklarının psikiyatrik sınıflandırmalarda yer almaya başlaması oldukça yeni sayılmakla birlikte bu rahatsızlıklar 300 yıldan fazladır bilinmektedir. Klinisyenler hastalarının gösterdiği bulguları sınıflandırmada oldukça zorlanmaktadır. Bu yüzden DSM-IV’de anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu şeklinde üç temel yemek bozukluğu tanımlanırken DSM-V’te bu sınıflandırma genişletilmiştir. DSM-V sınıflandırma sisteminde “Beslenme ve Yeme Bozuklukları” başlığı altında yer alan tanı kategorileri: Pika, Geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu, Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu, Anoreksiya nervoza, Bulimiya nervoza, Tıkınırcasına yeme bozukluğu, Tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu, Tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu şeklindedir (APA, 2013).

2.4 Anoreksiya Nevroza

2.4.1 Tanım

Anoreksiya Nervoza (AN) ifadesi 1873 yılında William W. Gull tarafından ilk olarak tanımlandığında, ‘sinirsel iştahsızlık’ anlamını karşılamaktaydı. Tıp literatüründe yıllar boyunca bu anlamını korunarak kullanıldı. Ancak, günümüzde, hastaların gerçek bir iştahsızlıklarının olmadığı anlaşılmıştır. Çoğunun aklında diyet yemek tarifleri, kalori hesapları dönmektedir (Yalnızoğlu ve ark., 2017). Çoğu, iyi yemek yapar, ancak bu yemekleri yemez, başkalarına yedirirler. Akılları bu kadar yemekle meşgul ve uzun süre aç kalmaları nedeniyle yeme arzuları varken, kilolarını kontrol etme çabaları sebebiyle, iştahlarını kontrol etmek için büyük çaba gösterirler. Bu nedenle; yemek yemeyi reddetmekte, azaltmakta veya telafi edici bir takım uygulamalarla (kendini zorla kusturma, laksatif-diüretik kullanımı, aşırı egzersiz

gibi.) aldıkları kaloriyi kontrol altına almaya çalışmaktadırlar (Yücel, 2009, Arıca ve ark., 2011).

AN zayıf bedene sahip olma arzusu ve şişmanlık konusunda aşırı korkunun etkili olduğu bir yeme bozukluğudur. Beden algıları ileri derecede bozuktur. Gıda alımının aşırı derecede kısıtlanması, kendini kusturma, laksatif-diüretik kullanma ve aşırı egzersiz gibi beden ağırlığını kontrol etmeye yönelik davranışlara beden algısı bozukluğu eşlik eder.

AN olgularının temel klinik özelliği kendi hastalıklarını reddetmeleri, ciddiyetini anlamamaları ve tedaviye direnç göstermeleridir. Yemekleri küçük porsiyonlara ayırmak, tabağı belli oranlara göre almak, kalori hesaplamak, sık sık tartılmak gibi değişik obsesif davranışlar sergilerler (Erbay ve Seçkin, 2018).

2.4.2 Anoreksiya Nervosa Tanı Ölçütleri

Amerikan psikiyatri birliğinin sınıflama sistemine göre AN tanısı koymak için gereken ölçütler aşağıda verilmiştir (APA, 2013, Erbay ve Seçkin, 2018)

- A. Gereksinimlerine göre enerji alımını kısıtlama tutumu, kişinin yaş ve cinsiyeti gelişimsel olarak izlediği yol ve beden sağlığı açısından belirgin bir şekilde düşük bir vücut ağırlığının ortaya çıkmasına yol açar. Belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığı, olağan en düşüğü altında ya da çocuk ve gençler için beklenen en düşüğün altında olarak tanımlanır.
- B. Kilo alma, şişmanlıktan korkma ya da belirgin biçimde düşük vücut ağırlığında olmasına karşın kilo almayı güçleştiren, süregelen faaliyetlerde bulunma.
- C. Bireyin vücut ağırlığını veya dış görünüşünü nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk vardır. Kişi, kendi kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ve biçimine yersiz bir anlam yükler. Veya o sıradaki düşük vücut ağırlığının önemini hiçbir zaman farkedemez.

2.4.3 Anoreksiya Nervosa Epidemiyolojisi

AN'nin hayat boyu prevalansı kadınlarda %0.9-2.2, erkeklerde ise %0.3 civarındadır. Genellikle ergenlik döneminde başlangıç gösterir (Hudson ve ark. 2007, ve Watson ve Bulik, 2013). Ergenlik dönemindeki kızlar için prevalans yaklaşık %

0.48-1.7 aralığındadır (Pinhas ve ark., 2011 ve Smink ve ark., 2014). Hastalığın Türkiye'deki prevalansı tam olarak bilinmemektedir. Lise öğrencileri üzerinde yürütülen bir çalışmada hastalığın sıklığı kızlarda %0.29, erkeklerde %0.1 olarak bildirilmiştir (Yeşilbursa, 1990 ve Maner, 2001). Genellikle yoğun olarak görüldüğü yaş aralığı 10-29 olarak bildirilmiştir (Yücel, 2009).

AN daha çok kadınlarda görülmesine rağmen, günümüzde genç erkeklerde de görülme sıklığı giderek artmaktadır. Genç erkeklerde görülen AN olgularında zayıf bir beden isteminin yerini kaslı bir vücut yapısına sahip olma çabası almaktadır. Bu olgularda kompulsif şekilde egzersiz yapma ilk bulgu olmaktadır. Bu durumu çoğunlukla kısıtlı gıda alımı izler (Arıca ve ark., 2011 ve Erbay ve Seçkin, 2018).

2.4.4 Anoreksiya Nervozanın Komplikasyonları

AN'de görülen tıbbi komplikasyonlar 7 başlık altında incelenebilir (Erbay ve Seçkin, 2018).

Fiziki muayene bulguları; yaşından küçük görünme, büyüme ve pubertal gelişimde gecikme, beden ısısı düşüklüğü, kuru cilt, lanugo, alopesi, akrosiyanoz, dehidratasyon.

Kardiyovasküler sistem; bradikardi, hipotansiyon, ödem.

Gastrointestinal sistem; azalmış motilite, kabızlık, pankreatit, karaciğer enzimlerinde artış, amilaz düzeyinde artış, akut gastrik dilatasyon.

Hematolojik bulgular; anemi, lökopeni, trombositopeni.

Biyokimyasal parametreler; hipokalemi, hiponatremi, hipokalsemi, hipofosfotemi, ALT ve AST artış, kolesterol düzeylerinde artış.

İskelet sistemi; kemik dansitesinde azalma, osteopeni.

2.4.5 Anoreksiya Nervozada Tedavi

Yeme bozuklukları kronik seyirlidir. Hastalık tedavi sonuçları değişken olmakla birlikte AN'de mortalite daha yüksektir. Fiziksel nedenler veya intihar sonucu ölüm oranı yaklaşık % 5-18 arasındadır. AN olgularında genç yaşta

başlangıç, aile desteği, erken tanı ve uygun tedavi iyi prognozla; kusma, ciddi kilo kaybı, bulimiya, kronisite ve obsesif kompulsif kişilik özellikleri ise kötü prognozla ilişkilidir (Erbay ve Seçkin, 2018).

2.5 Bulimiya Nervosa

2.5.1 Tanım

Bulimiya nervosa (BN); yemek yemek ile ilgili denetimin kalktığı tıkanırcasına yeme dönemlerinin ve telafi edici davranışların (kendi kendini kusturma, laksatif ve diüretikleri hatalı kullanma, yememe veya aşırı spor yapma) üç ay içinde, haftada en az bir kere olmasıyla karakterize olan ve kişinin kendini çoğunlukla görünüm ve kilosuyla değerlendirip, yargılamasına yol açan bir yeme bozukluğudur (APA, 2013).

Bulimiya öküz (bous) ve açlık (limos) kelimelerinden köken alan, ‘Öküz kadar aç olma’ veya ‘bir öküzü yiyecek kadar aç olma’ anlamlarını içeren bir ifadedir. Bulimik davranışlar, Roma İmparatorluğu döneminde de gözlenmiştir. Refah düzeyi yüksek asillerin, kontrolsüz, tıknıma şeklinde yedikleri ve bu zevkli yaşamlarını devam ettirebilmek için, kendilerini kusturup tekrar yemek yemeye devam ettikleri bilinmektedir (Yücel, 2009).

BN, AN gibi beden ağırlığını kontrol etmeyi amaçlayan davranış biçimlerini içeren bir tablodur. Ancak BN’li kişiler normal veya normalin üstünde kilodadırlar. Bu özellikleri nedeniyle beden ağırlığı normalde olmaları gerekenin % 15 altında olan AN’nin tıkanırcasına yeme/çıkarma tipli hastalarından farklılardır. Yine telafi edici davranışların (kendi kendini kusturma, laksatif ve diüretikleri yanlış yere kullanma, yememe veya aşırı spor yapma) varlığı nedeniyle de tıkanırcasına yeme bozukluğu tanılı hastalardan ayrılmaktadırlar (Aytaç ve Hoccoğlu, 2016).

Hastalar durduramadıkları yemek yeme atakları yaşar. Kısa bir sürede yüksek kalorili gıdaları hızlıca tüketirler. Bu ataklar sonrasında kısa süreli bir rahatlama duygusu yaşarlar. Ancak kısa bir süre sonra şişmanlama korkusu ve yenilenlerin neden olduğu suçluluk duygusu nedeniyle uyararak ya da uyarmadan kusma, laksatif kullanma davranışlara yönelirler. Oluşan depresif ve gergin ruh hali yeni yeme ataklarını tetikler. Sonuçta kısır bir döngü oluşur. (Erbay ve Seçkin, 2018).

2.5.2 Bulimiya Nervoza Tanı Ölçütleri

DSM-V BN Tanı Ölçütleri (APA 2013)

- A. Tekrarlanan tıknırcasına yeme epizodlarının oluşması; bu dönemler aşağıdaki durumlarla belirlidir:
1. Benzer koşullarda ve aynı zaman diliminde ve bir insanın yiyebileceğinden çok daha fazla gıdayı belirli bir zaman diliminde (örn. Herhangi bir iki saat içinde) tüketme.
 2. Bu epizod sırasında yeme kontrolünün kalktığı duyumunun olması (yemeği durduramayacağı ya da neyi, ne kadar yediğini kontrol edememe duygusu)
- B. Kilo almaktan kaçınmak için, kendi kendisini zorladığı kusma, laksatif, diüretik ya da benzer etkili ilaçların hatalı kullanımı, hiç yemek yememe ya da aşırı egzersiz yapmak gibi uygunsuz davranışları yineleme.
- C. Tıknırcasına yeme ve uygunsuz davranışların da üç ay süreyle en az haftada bir kez ortaya çıkması.
- D. Kendi dış görünüşünü değerlendirirken gereksiz bir biçimde vücudunun biçimi ve ağırlığından etkilenme.
- E. Bu bozukluğun sadece anoreksiyanervoza epizodları sırasında ortaya çıkmaması.

2.5.3 Bulimiya Nervoza Epidemiolojisi

BN, toplumda yaklaşık %0,79 oranında görülmektedir (Vardar ve Erzengin, 2011). Genç kız ve kadınlarda erkeklere oranla 10 kat daha sık görülür. Yeme bozuklukları özellikle genç kadınlarda sık görülür. Amerika Birleşik Devletleri'nde üniversite çağındaki kızlarda %5 oranında BN saptandığı bildirilmiştir (Aytaç ve Hocaoğlu, 2016).

2.5.4 Bulimiya Nervoza'nın Tıbbi Komplikasyonları

BN'de görülen tıbbi durumları 4 başlık altında inceleyebiliriz. (Erbay ve Seçkin, 2018).

Fiziki muayene bulguları; dental enamellerde erozyon, parotit bezinde genişleme, dehidratasyon, el arkasında deride kusma refleksi uygulamasına bağlı skarlar.

Kardiyovasküler sistem; elektrokardiyografi anormallikleri.

Gastrointestinal sistem; özofajit, pankreatit, gastrik boşalmada uzama.

Biyokimyasal parametreler; hipokalemi, hiponatremi, hipomagnezemi, hipokalsemi, metabolik alkaloz, metabolik asidoz.

2.5.5 Bulimiya Nervosa Tedavisi

Yeme bozukluklarının tedavisi bir ekip çalışması gerektirir. Psikiyatrist, gastroenterolog, psikolog ve diyetisyen bu ekibin bir parçası olmalı ve hasta medikal, beslenme, psikolojik ve sosyal açıdan değerlendirilmelidir. Değerlendirmede hastanın ayakta veya yatarak tedavi alacağı öncelikle belirlenmelidir.

BN seyrinin AN'ye göre daha iyi olduğu belirtilmektedir. %70 iyileşmeyle beraber, %6 mortalite oranları bildirilmektedir.

2.6 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

2.6.1 Tanım

Tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB); bireyin aynı zaman dilimi ve koşullarda yiyebileceğinden çok daha fazla gıdayı kısa süre içinde tükettiği, yemek yeme davranışının engellenemediği ve aşırı miktarlarda yemek yeme davranışının tekrarlandığı bir rahatsızlıktır (Turan ve ark., 2015).

Tıkınırcasına yeme davranışı ifadesi ilk olarak Albert Stunkard tarafından kullanılmıştır (Stunkard 1959). Tanı ölçütleri tanımlanmış, klinik olarak ise, Spitzer ve ark. (1991) tarafından tanımlanmıştır. Amerikan Psikiyatri Birliği tıkınırcasına yeme bozukluğunu, “Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları” başlığı altında değerlendirmiştir (APA 2000). Yakın bir geçmişte yayınlanan DSM-V (APA 2013)'te ise “Beslenme ve Yeme Bozuklukları” bölümünde kendine özgü tanı ölçütleri olan bir yeme bozukluğu olarak tanımlanmıştır.

2.6.2 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Tanı Ölçütleri

DSM-V TYB Tanı Ölçütleri (APA, 2013)

- A. Yinelenen tıkınırcasına yeme dönemleri. Bir tıkınırcasına yeme döneminde aşağıdakilerin her ikisi de bulunur:
1. Aynı zaman dilimi ve benzer koşullarda çoğu insanın yiyebileceğinden çok daha fazla yiyeceği belirli bir zaman diliminde (örn. herhangi iki saat içinde) yeme.
 2. Bu epizod sırasında yeme kontrolünün kalktığı duyumunun olması (yemeği durduramayacağı ya da ne yediğini, ne kadar yediğini kontrol edememe duygusu)
- B. Tıkınırcasına yeme dönemlerinde aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) görülür:
1. Alışılının çok üstünde bir hızla yemek yeme.
 2. Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedinceye kadar yeme.
 3. Açlık hissi duymuyorken aşırı miktarda yeme.
 4. Yediklerinden utandığı için yalnız kaldığında yeme.
 5. Yemek sonrasında kendinden tikslenme, suçluluk duyma.
- C. Tıkınırcasına yeme ile ilgili belirgin sıkıntı duyulur.
- D. Tıkınırcasına yeme davranışları ortalama üç ay içinde en az haftada bir kez olmuştur.
- E. Tıkınırcasına yemeye, BN'de olduğu gibi yineleyen uygunsuz telafi edici davranışlar eşlik etmez. Tıkınırcasına yeme yalnızca BN ve AN'nin gidişi sırasında ortaya çıkmaz.

2.6.3 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Epidemiyolojisi

TYB, erişkin bireylerde en yaygın karşılaşılan yeme bozukluğudur (Iacovino ve ark., 2013). Ülkemizde yeme bozukluklarının üniversite öğrencileri arasındaki yaygınlığını araştırmak amacıyla yapılan bir çalışmada, 951 (492 kız, 459 erkek) öğrencinin yalnızca 21'inde (% 2.2) yeme bozukluğuna rastlandığı, bunların 18'inin (%1.7) BN, 3'ünün (% 0.31) ise TYB olduğu; TYB saptanan öğrencilerin hepsinin erkek olduğu tespit edilmiştir (Kuğu ve ark. 2006). Türkiye'de ergenlerdeki yeme bozukluğunun yaygınlığını araştırmak için yürütülen bir başka çalışmada ise, 2907

öğrencinin 68'inde (%2,3) yeme bozukluğu olduğu saptanmıştır. TYB, görülme sıklığının (%0.99), AN (%0.034) ve BN(%0.79)'den daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Vardar ve Erzengin, 2011).

Cinsiyet dağılımı açısından bakıldığında TYB, AN ve BN'den farklılık göstermektedir. AN ve BN çoğunlukla kadınlarda görülürken, erkeklerde nadiren ortaya çıkar (Herzog ve Eddy, 2007). Vardar ile Erzengin (2011)'in çalışmasında yeme bozukluğu saptanan 9 erkek öğrencinin hepsi tıknırcasına yeme bozukluğu, tanısını konmuştur.

2.6.4 Tıknırcasına Yeme Bozukluğu Tıbbi Komplikasyonları

TYB ve BN'nin ortak özellikleri, her iki bozukluğunda tıknırcasına yeme dönemleri ve diyet yapma ile ortaya çıkmasıdır. TYB'yi BN'den ayıran temel özellik, tekrar tekrar ortaya çıkan tıknırcasına yeme dönemlerinde, tıknırcasına olumsuz etkilerini giderebilecek tedbirlere başvurulmamış olmasıdır.

TYB, obeziteye bağlı tıbbi komplikasyonlar (Tip-2 diyabet, kalp-damar hastalıkları gibi), bireyin toplum hayatına ayak uyduramaması ve yaşam kalitesinin düşmesi gibi olumsuz sonuçlara yol açabilir.

2.6.5. Tıknırcasına Yeme Bozukluğu Tedavisi

TYB'nin tedavisindeki temel hedef; dengeli, istikrarlı bir vücut ağırlığına sahip olmak, tıknırcasına yeme nöbetlerinin artık görülmemesi ve sağlıklı bir yemek yeme alışkanlığının kazanılması, obeziteye bağlı şekillenen rahatsızlıkların ve bunun yanı sıra görülen psikolojik rahatsızlıkların tedavisidir. Bu hedeflere ulaşmak için ilaç tedavisi, bilişsel-davranışçı terapi, kendi kendine yardım terapisi gibi psikoterapi yöntemleri ve bariatrik cerrahi önemli yer tutmaktadır (Turan ve ark., 2015).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Yeri Ve Zamanı

Bu araştırma Nisan 2017–Ocak 2018 tarihleri arasında, Uludağ Üniversitesi’nde eğitim görmekte olan öğrenciler üzerinde yürütülmüştür.

3.2 Araştırmanın Evreninin Seçimi Ve Bireylerin Belirlenmesi

Araştırma evrenini; Uludağ Üniversitesi’ne bağlı 3 fakülte ve 2 meslek yüksekokulundaki gönüllü öğrenciler oluşturmaktadır. Çalışmaya Eğitim Fakültesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Veteriner Fakültesi, Karacabey Meslek Yüksekokulu ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda eğitim gören toplamda 250 öğrenci hedeflenmiş fakat gönüllülük esası gereği 174 öğrenci kabul etmiş ve çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırma kapsamına alınan üniversite öğrencilerine araştırma amaçları detaylı olarak anlatılmış ve gönüllü onam formu doldurulmuştur.

3.3 Veri Toplama Yöntemi

Araştırma, Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü’nden gerekli izinlerin alınması ve Uludağ üniversitesi Sağlık Bilimleri Araştırma ve Yayın Etik Kurulu’ndan alınan onay belgesi (Ek 1) ile başlamıştır. Anket formları öğrencilerle görüşme sırasında dağıtılmış ve hemen doldurmaları istenmiştir. Sonrasında antropometrik (boy, kilo) ölçümleri yapılarak BKİ değerleri hesaplanmıştır.

Araştırma öncesi katılımcılara araştırmanın amacı ve önemi anlatılarak gönüllü onam formu alınmıştır. Araştırmaya gönüllü olarak katılan öğrencilere dört bölümden oluşan bir anket formu uygulanacaktır (Ek 2). Anketin birinci bölümünde genel bilgiler, ikinci bölümde beslenme alışkanlıkları, üçüncü bölümde antropometrik ölçümleri ve dördüncü bölümde yeme tutumunun belirlenmesi için 26 sorudan oluşan EAT-26 testi uygulanmıştır.

3.3.1 Sosyo-Demografik Özellikler

Çalışmada öğrencilerin cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim gördüğü fakülte veya yüksekokul, yaşadığı yer; evde ailesiyle birlikte, evde arkadaşlarıyla birlikte, evde tek başına, yurttan / misafirhanede ve diğer şekilde 5 grupta değerlendirilmiştir.

Doktor tarafından tanısı konulmuş hastalık, sigara kullanma durumu, fiziksel aktivite durumu ve beslenme ile ilgili eğitim alma durumu sorgulanmıştır.

3.3.2 Beslenme Alışkanlıkları Bilgi Formu

Çalışmanın bu bölümünde üniversite öğrencilerinin günlük öğün sayısı, öğün atlama durumu sorgulanmış. Öğün atlama nedenleri; zaman yetersizliği, canı istemiyor, hazır yemek olmadığı için, zayıflamak istiyor, alışkanlığı yok, maddi olanaksızlık ve diğer olmak üzere 7 grupta, öğünleri nerede tükettiği; ev, lokanta, yemekhane, kantin, yurt odası, fast-food restoran ve diğer olmak üzere 7 grupta, öğünleri kiminle tükettiği; aile, arkadaş ve yalnız şeklinde 3 grupta, sağlıklı beslenme hakkındaki bilgi kaynakları; radyo/televizyon, yazılı basın, sağlık personeli, arkadaşlar/yakın çevre, kitaplar/broşürler, zayıflama merkezleri, aile büyükleri ve diğer şeklinde 8 grupta değerlendirilmiştir.

3.3.3 Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

Çalışma kapsamında değerlendirmeye alınan öğrencilerin ağırlık ve boy ölçümleri yapılmış, ölçümü yapılamayan öğrencilerde beyana dayalı ölçüm değerleri kullanılmış ve Beden Kitle İndeksi (BKİ) değerleri hesaplanmıştır.

Öğrencilerin ağırlıkları 0,1 kg (100 g)' a duyarlı, dijital terazi ile, ayakkabısız ve ince kıyafetle ölçülmüştür. Öğrencilerin boyları ise birey dik pozisyonda baş Frankfort düzleminde (kulak kanalı ile orbita-göz çukurunun alt sınırının aynı hizada, bakışlar yere paralel iken) dururken, esnemeyen mezür ile ölçülmüştür.

Boy uzunluğu ve vücut ağırlığına dayalı bir indeks olan BKİ, toplum düzeyinde şişmanlığı ve şişmanlık riskini ifade etmektedir. Beden kütle indeksini saptayabilmek için vücut ağırlığı ve boy uzunluğu standart ölçüm tekniğine göre ölçülür. Vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (m) karesine bölünmesiyle hesaplanır [BKİ= Ağırlık (kg) / Boy (m²)]. BKİ'ye göre vücut ağırlığı; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sınıflandırması kullanılarak “≤18,5 zayıf”, “18,5-19,9 arası kabul edilebilir”, “20-24,9 arası normal”, “25-29,9 arası hafif şişman”, “30-34,9 arası I.derece şişman”, “35-39,9 arası II. derece şişman”, “≥40 morbid şişman” olarak değerlendirilmiştir.

3.3.4 Yeme Davranışı Testi (EAT-26)

Yeme davranışı testi (EAT-26) bozulmuş yeme davranışını belirlemek amacı ile Garner ve Garfinkel tarafından geliştirilmiştir (Garner ve Garfinkel, 1979). Bu test; bozulmuş yeme davranışını, özelliklerini ve düşüncelerini belirlemek için sık kullanılan 26 sorudan oluşan Likert tipi değerlendirme ölçeğidir. Orijinal yeme tutum testi olan EAT-40' dan temel almaktadır. 1-26 (25. soru hariç) sorular için puanlar; her zaman: 3, çoğunlukla: 2, sık sık: 1, bazen: 0, nadiren: 0, hiçbir zaman: 0 olarak kodlanmıştır. 25. soru için puanlar; her zaman: 0, çoğunlukla: 0, sık sık: 0, bazen: 1, nadiren: 2, hiçbir zaman: 3 olarak kodlanmıştır. Toplam puan; 26 sorunun olası toplam puanları ile hesaplanmaktadır. Test sonucunda 0 ile 53 arasında değerler alınabilir, 20 puan EAT-26 için kesim noktası olarak belirlenmiştir (Garner ve ark., 1982). 20 ya da daha fazla puan alan bireyler “anormal yeme davranışı” olan bireyler olarak adlandırılırken, 20' nin altında puan alanlar ise “ normal yeme davranışı” olan bireyler olarak adlandırılır (Baş ve Kızıltan, 2007).

Savaşır ve Erol (1989) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması; çocuk, ergen ve yetişkin gibi geniş bir yaş aralığı üzerinde yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,70 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,805 olarak hesaplanmıştır. Bu değer ölçeğimizin güvenilir olduğunu göstermektedir.

3.4 İstatistiksel Analizler

Araştırma sonucundan elde edilen veriler IBM SPSS Statistics 20.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programından yararlanılarak analiz edilmiştir. Araştırmada kategorik veriler sayı (n) ve yüzde (%) olarak, sürekli değişkenler ise betimleyici istatistik olarak ortalama (\bar{x}), standart sapma (SS) ve alt-üst değerleri saptanarak gösterilmiştir.

Verilerin normal dağılıp dağılmadığını skewness (çarpıklık) ve kurtosis (basıklık) katsayılarına bakarak karar verilmiştir. Bu katsayılar +1,5 ile -1,5 aralığında ise verinin normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir (Tabachnick ve Fidell, 2013).

Sürekli değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında bağımsız iki örneklem normal dağılım gösteriyorsa t testi, normal dağılmıyorsa Mann Whitney U testi uygulanmıştır. İki den fazla grubun ortalamalarını test etmek için veri normal dağılıyorsa tek yönlü varyans analizi (ANOVA), normal dağılmıyorsa Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. Kategorik değişkenlerin analizinde ki-kare testi kullanılmıştır

İki sayısal ölçüm arasında doğrusal bir ilişki olup olmadığını, varsa bu ilişkinin yönünü ve şiddetinin ne olduğunu belirlemek için korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Verilerin normal dağılıma sahip olması durumunda Pearson korelasyon katsayısı, verilerin normal dağılmadığı durumda ise Spearman Rank korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Korelasyon katsayısı -1 ile +1 ($-1 \leq r \leq +1$) arasında değer almaktadır. Elde edilen katsayının anlamlılık testinde kullanılacak olan p değeri 0,05'ten küçük ise korelasyon katsayısının anlamlı yani 0'dan farklı olduğu, p değeri 0,05'ten büyük ise korelasyon katsayısının anlamsız yani 0'a eşit olduğu şeklinde yorumlanır. Korelasyon katsayısı 0 ise ilişki yok, 0,01-0,29 aralığında ise düşük düzeyde ilişki, 0,30-0,70 aralığında ise orta düzeyde ilişki, 0,71-0,99 arasında ise yüksek düzeyde ilişki ve 1 ise mükemmel ilişki olduğunu açıklamaktadır (Köklü ve ark., 2006). Korelasyon katsayısının pozitif olması değişkenler arasında doğrusal bir ilişkinin olduğunu, negatif olması ise ters yönlü bir ilişkinin olduğunu göstermektedir.

EAT-26 ölçeğinin güvenilirliği için güvenilirlik analizi Cronbach alfa kullanılmıştır. Cronbach alfa değeri 0,70'in üzerinde ise ölçek güvenilirdir.

İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmada değerlendirilen öğrencilerin cinsiyete göre yaş, medeni durum, eğitim gördüğü fakülte veya yüksekokul, yaşadığı yer dağılımı Tablo 4.1’de gösterilmiştir. Buna göre 174 öğrencinin %26,4’ü erkek, %73,6’sı kızdır. Yaş ortalaması $22,78 \pm 3,62$ yıldır. Öğrencilerin çoğunluğunun (%63,2) 21-25 yaş grubunda yer aldığı ve (%96) bekar olduğu görülmektedir. Öğrenciler eğitim gördüğü fakülte veya yüksekokul açısından değerlendirildiğinde %62,6’sının önlisans, %37,4’ünün lisans eğitimine devam ettiği görülmüştür. Öğrencilerin yaşadığı yere göre bakıldığında; sırasıyla en çok yurttan (%50), evde ailesiyle birlikte (%32,2), evde arkadaşlarıyla birlikte (%9,8) ve evde tek başına (%8) yaşadıkları saptanmıştır.

Tablo 4.1 Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları

BİREYLERİN ÖZELLİKLERİ	Kız (n=128)		Erkek (n=46)		Toplam (n=174)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
YAŞ						
20 ve altı	35	27,3	6	13,0	41	23,6
21-25	77	60,2	33	71,7	110	63,2
26-30	10	7,8	6	13,0	16	9,2
30 üzeri	6	4,7	1	2,2	7	4,0
MEDENİ DURUM						
Evli	5	3,9	2	4,3	7	4,0
Bekar	123	96,1	44	95,7	166	96,0
FAKÜLTE VEYA YÜKSEKOKUL						
Karacabey MYO	77	60,2	20	43,5	97	55,7
Sağlık Hizmetleri MYO	12	9,4	0	0	12	6,9
Eğitim Fakültesi	11	8,6	1	2,2	12	6,9
İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi	2	1,6	1	2,2	3	1,7
Veteriner Fakültesi	26	20,3	24	52,2	50	28,7
YAŞADIĞI YER						
Evde ailesi ile birlikte	44	34,4	12	26,1	56	32,2
Evde arkadaşları ile birlikte	6	4,7	11	23,9	17	9,8
Evde tek başına	9	7,0	5	10,9	14	8,0
Yurttan	69	53,9	18	39,1	87	50,0

Öğrencilerin sağlık durumları incelendiğinde 150(%86,2)’sinin sağlık probleminin olmadığı, 24(%13,8)’ünün ise sağlık problemi olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2). Kalp ile ilgili rahatsızlıklar %2,3 ile en fazla görülen hastalıklardır.

Diyabet, anemi, egzama, obezite, panik atak, tiroid hastalıkları, skolyoz, alerji ve göz hastalıkları da bulunan hastalıklar arasında yer almaktadır.

Sigara içme durumuna göre bakıldığında erkek öğrencilerden 29 (%63,0), kız öğrencilerden 101 (%78,9) toplamda 130 (%74,7) öğrenci hiç içmeyen grupta yer almıştır. Erkekler öğrencilerden 2 (%4,3), kız öğrencilerden 2 (%1,6) birey içtim bıraktım grubunda yer almıştır. Halen içen grupta ise toplamda 40 (%23,0) öğrenci yer almaktadır. Bu bireylerin 15 (%32,6)'i erkek, 25 (%19,5)'i kız öğrencilerden oluşmaktadır (Tablo 4.2). Erkek öğrencilerin sigara içme alışkanlığı kız öğrencilere göre anlamlı olarak daha fazla tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Tablo 4.2 Öğrencilerin sağlıkla ilgili genel özelliklerine göre dağılımları

SAĞLIK SORUNU	Kız (n=128)		Erkek (n=46)		Toplam(n=174)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok	107	83,6	43	93,5	156	86,2
Var	21	16,4	3	6,5	24	13,8
SAĞLIK SORUNLARI						
Akdeniz anemisi	1	0,8	0	0	1	0,6
Alerji	1	0,8	1	2,2	2	1,1
Anemi	2	1,6	0	0	2	1,1
Böbrek taşı	1	0,8	0	0	1	0,6
Catleman hastalığı	1	0,8	0	0	1	0,6
Diyabet	1	0,8	0	0	1	0,6
Egzama	1	0,8	0	0	1	0,6
Fmf	1	0,8	0	0	1	0,6
Göz	0	0	1	2,2	1	0,6
İşitme kaybı	1	0,8	0	0	1	0,6
Kalp ile ilgili rahatsızlık	4	3,2	0	0	4	2,3
Migren	1	0,8	0	0	1	0,6
Nefes darlığı	1	0,8	0	0	1	0,6
Obezite	1	0,8	0	0	1	0,6
Panik atak	1	0,8	0	0	1	0,6
Skolyoz	1	0,8	0	0	1	0,6
Tiroid hastalıkları	2	1,6	0	0	2	1,1
Vitiligo	0	0	1	2,2	1	0,6
SİGARA İÇME DURUMU						
Hayır hiç içmedim	101	78,9	29	63,0	130	74,7
İçtim bıraktım	2	1,6	2	4,3	4	2,3
Evet halen içiyorum	25	19,5	15	32,6**	40	23,0

**Ki-kare testi ile analiz edilmiştir. $p<0,05$

Öğrencilerin son 1 hafta içinde fiziksel aktivite etkinliklerine katılma durumlarına ilişkin dağılımları Tablo 4.3'de özetlenmiştir. Öğrencilerin büyük çoğunluğunun (%77) son 1 hafta içerisinde herhangi bir egzersiz yapmadığı görülmüştür. Egzersiz yapan öğrenciler (%23) içinde en çok yürüyüş (%62,5), en az jimnastik (%2,5) ve voleybol (%2,5) tercih edilmiştir.

Kız öğrencilerin % 82,8'i erkek öğrencilerin ise %60,9'u son 1 hafta içinde herhangi bir fiziksel aktivite yapmadığını ifade etmiştir. Erkek öğrencilerin %39,1'i son 1 hafta içinde fiziksel aktivite yaptığı tespit edilirken kız öğrencilerde bu oran %17,2'i olarak izlenmiştir. Cinsiyete göre fiziksel aktivite durumu incelendiğinde bu iki parametre arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.3 Öğrencilerin fiziksel aktivite yapma durumlarının cinsiyete göre dağılımları

Son 1 hafta içinde en az 3 kez günde 30 dk ve üzeri egzersiz yaptınız mı?	Kız (n=128)		Erkek (n=46)		Toplam(n=174)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	106	82,8	28	60,9	134	77,0
Evet	22	17,2	18	39,1**	40	23,0
Aktivite türleri						
Yürütüş	17	13,3	8	17,4	25	14,4
Basketbol	0	0	2	4,3	2	1,1
Bisiklet	0	0	2	4,3	2	1,1
Fitnes	2	1,6	1	2,2	3	1,7
Futbol	0	0	3	6,5	3	1,7
Jimnastik	1	0,8	0	0	1	0,6
Koşu	1	0,8	2	4,3	3	1,7
Voleybol	1	0,8	0	0	1	0,6

*ki-kare testi ile analiz edilmiştir. ($\chi^2=9,203$, $p=0,02$) ** $p<0,05$

Öğrencilerin yaş ve antropometrik ölçümlerinin ortalama, standart sapma, alt-üst değerleri Tablo 4.4'te verilmiştir. Buna göre kız öğrencilerin yaş ortalaması $22,57\pm 3,55$ yıl, erkek öğrencilerin yaş ortalaması $23,36\pm 3,79$ yıl olarak hesaplanmıştır. Aralarındaki fark anlamlıdır ($p<0,01$). Kız öğrencilerin ağırlık ortalaması $59,55\pm 11,88$ kg, erkek öğrencilerin ağırlık ortalaması $73,67\pm 13,95$ kg olarak hesaplanmıştır. Aralarındaki fark anlamlıdır ($p<0,01$). Kız öğrencilerin boy uzunluğu $163,0\pm 6,26$ cm erkek öğrencilerin boy uzunluğu $177,76\pm 8,17$ cm olarak hesaplanmıştır. Cinsiyete göre öğrencilerin boyları arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$). BKİ değeri erkeklerde $23,23\pm 3,63$ kg/m² iken kızlarda $22,34\pm 3,93$ kg/m²'dir. Her iki cinsiyetinde BKİ ortalama değerleri 20-25 aralığında yani normal aralıktadır. Cinsiyete göre anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). En az vücut ağırlığı 40 kg olarak bulunurken, en yüksek vücut ağırlığı 140 kg olarak saptanmıştır.

Tablo 4.4 Öğrencilerin yaş ile antropometrik ölçümlerinin ortalama \bar{x} , standart sapma (SS) ve alt-üst değerleri

ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER	Kız (n=128)				Erkek (n=46)			
	Alt	Üst	\bar{x}	SS	Alt	Üst	\bar{x}	SS
Yaş (yıl)	18,00	38,00	22,57 ^a	3,55	20,00	44,00	23,36 ^a	3,79
Ağırlık (kg)	40,00	140,00	59,55 ^b	11,88	47,00	120,00	73,76 ^b	13,95
Boy (cm)	150,00	178,00	163,00 ^c	6,26	157,00	192,00	177,76 ^c	8,17
BKİ (kg/m ²)	16,82	48,44	22,34	3,93	17,16	32,89	23,23	3,63

^a Mann Whitney U testi ile analiz edilmiştir. p<0,01

^b Mann Whitney U testi ile analiz edilmiştir. p<0,01

^c t testi ile analiz edilmiştir. p<0,01

Öğrencilerin BKİ sınıflamasına göre dağılımları Tablo 4.5’ te verilmiştir. Kız öğrencilerin %64,8’inin ve erkeklerin % 56,5’inin normal BKİ aralığında olduğu görülmüştür. Kız öğrencilerin %14,1’inin, erkek öğrencilerin %10,9’unun zayıf olduğu saptanmıştır. Kız öğrencilerin %20,3’ü hafif şişman, %0,8’i obez; erkek öğrencilerin %28,3’ü hafif şişman, %4,3’ü obez olarak bulunmuştur. Cinsiyet ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05). Araştırmaya katılan öğrencilerin çoğunluğunun (%62,6) normal BKİ aralığında olduğu bulunurken, obezite oranı ise %1,8 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4.5 Öğrencilerin beden kitle indeksi (BKİ) sınıflamasına göre dağılımı

BİREYLERİN BKİ SINIFLANDIRMASI	Kız (n=128)		Erkek (n=46)		Toplam(n=174)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
< 18,5 (Zayıf)	18	14,1	5	10,9	23	13,2
18,5-24,9 (Normal)	83	64,8	26	56,5	109	62,6
25-29,9 (Hafif şişman)	26	20,3	13	28,3	39	22,4
> 30 (Şişman)	1	0,8	2	4,3	3	1,8

*ki-kare testi ile analiz edilmiştir. p>0,05

Öğrencilerin beslenme alışkanlıklarına bakıldığında erkek öğrencilerin (%76,1) ve kız öğrencilerin (%53,1) çoğunluğunun üç ana öğün tükettiği bulunmuştur (Tablo 4.6). İki grup arasındaki fark anlamlıdır (p<0,05). Tek ana öğün tüketen öğrenci olmayan çalışmamızda iki ana öğün tüketenlerin oranı %40,8’ dir. Öğrencilerin ortalama öğün sayısı 3,72±0,96 olarak hesaplanmıştır. Öğrencilerin öğün atlama durumlarına bakıldığında %93,1’ inin evet veya bazen cevabını vererek öğün atladıkları ve en çok atlanan öğünün öğle öğünü olduğu saptanmıştır. Kız öğrencilerin %42,2’sinin erkek öğrencilerin ise %19,6’sının öğün atladığı tespit

edilirken, kız öğrencilerin sadece %4,7'si, erkek öğrencilerin ise %13'ü öğün atlamadığı saptanmıştır. Öğün atlama durumuna göre kız ve erkek öğrencilerin oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Atlanan öğünün cinsiyete göre dağılımında ise kız öğrencilerin %64,8'i, erkek öğrencilerin %65,0'ı en çok atladıkları öğünü öğle öğünü olarak belirtmişlerdir. Öğle öğününden sonra en çok atlanan öğün kahvaltı en az atlanan öğün akşam öğünüdür. Cinsiyete göre atlanan öğün arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0,05$). Öğün atlama nedenleri arasında ilk sırada (%50,0) zaman yetersizliği, ikinci sırada (%27,2) canı istemiyor ve en son sırada da (%2,5) zayıflama isteği yer almaktadır. Cinsiyete göre öğün atlama nedenleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.6 Öğrencilerin beslenme alışkanlıklarına göre dağılımı

BESLENME ALIŞKANLIKLARI	Kız (n=128)		Erkek (n=46)		Toplam(n=174)		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Ana öğün sayısı							
2	60	46,9	11	23,9	71	40,8	$x^2=7,387$ p=0,007
3	68	53,1	35	76,1	103	39,2	
Ara öğün sayısı							
0(tüketmiyor)	22	17,2	9	19,6	31	17,5	$x^2=2,68$ p=0,442
1	76	59,4	23	50	99	56,9	
2	21	16,4	12	26,1	33	19,0	
3	9	7,0	2	4,3	11	6,3	
Ana öğün atlama							
Hayır	6	4,7	6	13,0	12	6,9	$x^2=9,419$ p=0,009
Evet	54	42,2	9	19,6	63	36,2	
Bazen	68	53,1	31	67,4	99	56,9	
Atlama nedeni							
Sabah	35	28,7	12	30,0	47	2,9	$x^2=0,137$ p=0,934
Öğle	79	64,8	26	65	105	64,8	
Akşam	8	6,6	2	15,0	10	6,2	
Öğün atlama nedeni							
Zaman yetersizliği	57	46,7	24	60	81	50	$x^2=6,337$ p=0,275
Canı istemiyor	37	30,3	7	17,5	44	27,2	
Hazır yemek olmadığı için	17	13,9	4	10,0	21	13,0	
Zayıflamak istiyor	3	2,5	1	2,5	4	2,5	
Alışkanlık yok	8	6,6	3	7,5	11	6,8	
Diğer	0	0	1	2,5	1	0,6	

*ki-kare testi ile analiz edilmiştir.

Öğrencilerin öğünlerini tükettikleri yer ve kişilere göre dağılım Tablo 4.7' de gösterilmiştir. Öğrenciler sabah ve akşam öğününü en çok evde tüketirken, öğle öğününü en çok yemekhanede, ara öğünü ise en çok kantinde tükettiklerini

belirtmiştir. Öğünler arasında en çok atlanan öğün %20,1 ile öğle öğünü, en az atlanan öğün ise %1,1 ile akşam öğünü olarak saptanmıştır. Tüm ana ve ara öğünlerin en çok arkadaşla tüketildiği gözlenmiştir. En çok yalnız tüketilen öğün sabah öğünü, en çok aile ile tüketilen öğünün ise akşam öğünü olduğu görülmüştür.

Tablo 4.7 Öğrencilerin öğünlerini tükettikleri yer ve kişilere göre dağılımı

	Sabah		Öğle		Aksam		Ara öğün	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Öğünlerin tüketildiği yer								
Tüketmiyor	14	8	35	20,1	2	1,1	29	16,7
Ev	68	39,1	21	12,1	66	37,9	27	15,5
Lokanta	-	-	6	3,4	1	0,6	1	0,6
Yemekhane	40	23,0	56	32,2	61	35,1	6	3,4
Kantin	20	11,5	21	12,1	6	3,4	53	30,5
Yurt odası	27	15,5	13	7,5	28	16,1	32	18,4
Fast-food restoran	1	0,6	16	9,2	10	5,7	17	9,8
Diğer	4	2,3	6	3,4	-	-	9	5,2
Öğünlerin tüketildiği kişi								
Tüketmiyor	14	8,0	35	20,1	2	1,1	29	16,7
Aile	33	19,0	11	6,3	51	29,3	15	8,6
Arkadaş	84	48,3	112	64,4	106	60,9	99	56,9
Yalnız	43	24,7	16	9,2	15	8,6	31	17,8

Öğrencilerin beslenme eğitimi alma durumu ve beslenme ile ilgili bilgilerini edindikleri kaynakların sorgulandığı Tablo 4.8’de, erkek öğrencilerin %80,4’ünün, kız öğrencilerin %75,0’inin beslenme eğitimi almadığı gösterilmiştir. Cinsiyete göre beslenme eğitimi alma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Tüm öğrencilere bakıldığında %23,6’sının beslenme eğitimi aldığı saptanmıştır. Öğrencilerin beslenme bilgi kaynaklarına bakıldığında birinci sırada radyo / televizyonu; ikinci sırada yazılı basın (gazete, dergi) ve sağlık personelinin üçüncü sırada ise arkadaş ve yakın çevrelerindeki insanları beslenme bilgi kaynağı olarak gösterdiği belirlenmiştir. Cinsiyete göre beslenme bilgi kaynağı arasında da anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4.8 Öğrencilerin beslenme eğitimi alma durumu ve beslenme bilgi kaynağına göre dağılımı

Beslenme eğitimi alma durumu	Kız (n=128)		Erkek (n=46)		Toplam(n=174)		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Hayır	96	75,0	37	80,4	133	76,4	$\chi^2=0,55$ $p=0,54$
Evet	32	25,0	9	19,6	41	23,6	
Beslenme bilgi kaynağı							
Radyo / televizyon	55	43,0	19	41,3	74	42,5	
Yazılı basın (gazete, dergi)	15	11,7	9	19,6	24	13,8	
Sağlık personeli	21	16,4	3	6,5	24	13,8	$\chi^2=7,13$ $p=0,30$
Arkadaşlar / yakın çevre	13	10,2	6	13,0	19	10,9	
Kitaplar / broşürler	11	8,6	2	4,3	13	7,5	
Aile büyükleri	6	4,7	5	10,9	11	6,3	
Diğer	7	5,5	2	4,3	9	5,2	

* ki-kare testi ile analiz edilmiştir. $p>0,05$

Öğrencilerin yeme davranış testi sorularına verdikleri cevaplara göre dağılımları Tablo 4.9 ve Tablo 4.10'da gösterilmiştir. Buna göre kız öğrencilerin %23,4'ü şişmanlamaktan çok korktuğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılan kız öğrencilerin %56,3'ü aç olduğunda yemekten hiçbir zaman kaçınmadığını, %29,7'sinin nadiren aklının fikrinin yemekte olduğunu, %28,1'inin yemek yemeyi durduramadığı zamanların hiçbir zaman olmadığını, %32,0'ı bazen yiyeceklerini küçük parçalara böldüğünü bildirmişlerdir. Kız öğrencilerin %32,0'ı yediği besinlerin kalori içeriklerini bilmediğini, %35,2'sinin ekmek, patates, pirinç gibi yüksek karbonhidratlı yiyeceklerden kaçınmadığını, %35,9'unun ailesinin daha fazla yemesini beklemediğini, %85,9'unun yemek yedikten sonra kusmadığını, %60,2'sinin yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duymadığını, %40,6'sının tek düşüncesinin daha zayıf olmak olmadığını, %53,9'unun egzersiz yaptığında harcadığı kalorileri hesaplamadığını, hiçbir zaman yanıtını vererek cevapladıkları görülmüştür. Kız öğrencilerden %23,4'ü bazen başkalarının zayıf olduğunu düşündüğünü, %28,1'inin hiçbir zaman şişman olduğu (vücudunda yağ topladığı) düşüncesi zihnini meşgul etmediği, %28,1'inin bazen yemeklerini bitirmesinin başkalarından daha uzun sürdüğü tespit edilmiştir. Yeme davranış testinin devamında %30,5'nin şekerli yiyeceklerden hiçbir zaman kaçınmadığı, %51,6'sının diyet (perhiz) yemekleri hiçbir zaman yemediği, %29,9'unun yiyeceklerin hayatını hiçbir zaman kontrol ettiğini düşünmediği görülmüştür. Kız öğrencilerin %37,5'inin bazen yiyecekler konusunda kendini denetleyebildiği, %47,7'sinin yemek yemesi

konusunda başkalarının baskı yaptığını hissetmediğini, %43,8'inin yemeklerle ilgili düşüncelerin çok zamanını almadığını, %35,9'unun tatlı yedikten sonra rahatsız olmadığını, %40,6'sının diyet (perhiz) yapmaya çalışmadığını, %55,5'inin midesinin boş olmasından hoşlanmadığını, hiçbir zaman yanıtını vererek cevapladıkları gözlemlenmiştir. Kalan son iki soruya öğrencilerin %27,3'ü şekerli, yağlı yeni yiyecekleri denemekten hoşlanırım sorusuna nadiren yanıtını verirken %74,2'si yemeklerden sonra içimden kusmak gelir sorusuna hiçbir zaman yanıtını vermiştir.

Erkek öğrencilerin yeme tutum testi sorularına göre dağılımı incelendiğinde aynı kız öğrencilerde olduğu gibi genellikle hiçbir zaman seçeneğinin işaretlendiği görülmüştür. Kız öğrencilerden farklı olarak erkek öğrencilerin %43,5'i hiçbir zaman şişmanlamaktan korkmadığını, %26,1'i bazen aklının fikrinin yemekte olduğunu, %23,9'unun yemeklerini hiçbir zaman küçük parçalara bölmediğini bildirmiştir. Erkek öğrencilerin %21,7'si hiçbir zaman başkalarının kendisinin zayıf olduğunu düşünmediğini, %50'sinin şişman olduğu düşüncesinin zihnini hiçbir zaman meşgul etmediğini ve %34,8'inin de hiçbir zaman yemeklerini bitirmesinin başkalarından uzun sürmediğini ifade ettiği saptanmıştır.

Erkek ve kız öğrencilerde en fazla hiçbir zaman seçeneği işaretlenen sorular “Yemek yedikten sonra kusarım.” ve “Yemek yedikten sonra içimden kusmak gelir.” soruları olmuştur.

Tablo 4.9 Kız öğrencilerin yeme davranış testi (EAT-26) sorularına göre dağılımı

Yeme davranış testi soruları	Her zaman		Çoğunlukla		Sık sık		Bazen		Nadiren		Hiçbir zaman	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1. Şişmanlamaktan ödüm kopar.	30	23,4	22	17,2	7	5,5	21	16,4	23	18,0	25	19,5
2. Aç olduğumda yemekten kaçınıyorum.	2	1,6	2	1,6	5	3,9	20	15,6	27	21,1	72	56,3
3. Aklım fikrim yemektedir.	11	8,6	10	7,8	10	7,8	33	25,8	38	29,7	26	20,3
4. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.	2	1,6	10	7,8	9	7,0	35	27,3	36	28,1	36	28,1
5. Yiyeceklerimi küçük küçük parçalara bölerim.	11	8,6	22	17,2	18	14,1	41	32,0	16	12,5	20	15,6
6. Yediğim besinlerin kalori içeriklerini bilirim.	6	4,7	2	1,6	8	6,3	39	30,5	32	25,0	41	32
7. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek karbonhidratlı yiyeceklerden kaçınıyorum.	3	2,3	10	7,8	6	4,7	34	26,6	30	23,4	45	35,2
8. Ailem daha fazla yememi bekler.	19	14,8	17	13,3	8	6,3	21	16,4	17	13,3	46	35,9
9. Yemek yedikten sonra kusarım.	1	0,8	0	0	2	1,6	6	4,7	9	7,0	110	85,9
10. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.	5	3,9	7	5,5	3	2,3	20	15,6	16	12,5	77	60,2
11. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.	12	9,4	15	11,7	13	10,2	20	15,6	16	12,5	52	40,6
12. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.	5	3,9	9	7,0	13	10,2	14	10,9	18	14,1	69	53,9
13. Başkaları zayıf olduğumu düşünür.	23	18,0	23	18,0	16	12,5	30	23,4	19	14,8	17	13,3
14. Şişman olduğum (vücudumda yağ toplandığı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.	16	12,5	19	14,8	13	10,2	29	22,7	15	11,7	39	28,1
15. Yemeklerimi bitirmem başkalarından daha uzun sürer.	12	9,4	17	13,3	17	13,3	36	28,1	24	18,8	22	17,2
16. Şekerli yiyeceklerden kaçınıyorum.	4	3,1	9	7,0	7	5,5	37	28,9	32	25,0	39	30,5
17. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.	1	0,8	4	3,1	5	3,9	24	18,8	28	21,9	66	51,6
18. Yiyeceklerin hayatımı kontrol ettiğini düşünüyorum.	12	9,4	18	14,1	8	6,3	34	26,6	18	14,1	38	29,9
19. Yiyecekler konusunda kendimi denetleyebilirim.	8	6,3	23	18,0	17	13,3	48	37,5	18	14,1	14	10,9
20. Yemek yemem konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissederim.	8	6,3	12	9,4	6	4,7	13	10,2	28	21,9	61	47,7
21. Yemeklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.	8	6,3	7	5,5	5	3,9	15	11,7	37	28,9	56	43,8
22. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.	6	4,7	10	7,8	9	7,0	29	22,7	28	21,9	46	35,9
23. Diyet (perhiz) yapmaya çalışırım.	9	7,0	8	6,3	14	10,9	24	18,8	21	16,4	52	40,6
24. Midemin boş olmasından hoşlanırım.	3	2,3	4	3,1	11	8,6	23	18,0	16	12,5	71	55,5
25. Şekerli, yağlı yeni yiyecekleri denemekten hoşlanırım.	7	5,5	13	10,2	14	10,9	27	21,1	35	27,3	32	25,0
26. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.	3	2,3	2	1,6	1	0,8	12	9,4	15	11,7	95	74,2

Tablo 4.10 Erkek öğrencilerin yeme davranış testi (EAT-26) sorularına göre dağılımı

Yeme davranış testi soruları	Her zaman		Çoğunlukla		Sık sık		Bazen		Nadiren		Hiçbir zaman	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1. Şişmanlamaktan ödüm kopar.	8	17,4	4	8,7	5	10,9	6	13,0	3	6,5	20	43,5
2. Aç olduğumda yemekten kaçınıyorum.	0	0	0	0	1	2,2	5	10,9	11	23,9	29	63,0
3. Aklım fikrim yemektir.	4	8,7	3	6,5	7	15,2	12	26,1	10	21,7	10	21,7
4. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.	2	4,3	3	6,5	2	4,3	12	26,2	12	26,1	15	32,6
5. Yiyeceklerimi küçük küçük parçalara bölerim.	6	13,0	6	13,0	7	15,2	9	29,6	7	15,2	11	23,9
6. Yediğim besinlerin kalori içeriklerini bilirim.	3	6,5	3	6,5	1	2,2	11	23,9	11	23,9	17	37,0
7. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek karbonhidratlı yiyeceklerden kaçınıyorum.	4	8,7	1	2,2	4	8,7	6	13,0	9	19,6	22	47,8
8. Ailem daha fazla yememi bekler.	9	19,6	7	15,2	6	13,0	6	13,0	5	10,9	13	28,3
9. Yemek yedikten sonra kusarım.	2	4,3	0	0	2	4,3	0	0	3	6,5	39	84,8
10. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.	1	2,2	2	4,3	4	8,7	3	6,5	6	13,0	30	65,2
11. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.	3	6,5	2	4,3	6	13,0	3	6,5	3	6,5	29	63,0
12. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.	2	4,3	4	8,7	1	2,2	4	8,7	8	17,4	27	58,7
13. Başkaları zayıf olduğumu düşünür.	10	21,7	5	10,9	3	6,5	9	19,6	9	19,6	10	21,7
14. Şişman olduğum (vücudumda yağ toplandığı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.	8	17,4	2	4,3	3	6,5	5	10,9	5	10,9	23	50,0
15. Yemeklerimi bitirmem başkalarından daha uzun sürer.	4	8,7	6	13,0	2	4,3	9	19,6	9	19,6	16	34,8
16. Şekerli yiyeceklerden kaçınıyorum.	1	2,2	1	2,2	7	15,2	11	23,9	9	19,6	17	37,0
17. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.	2	4,3	1	2,2	2	4,3	9	19,6	5	10,9	27	58,7
18. Yiyeceklerin hayatımı kontrol ettiğini düşünüyorum.	7	15,2	3	6,5	3	6,5	10	21,7	8	17,4	15	32,6
19. Yiyecekler konusunda kendimi denetleyebilirim.	10	21,7	5	10,9	6	13,0	13	28,3	7	15,2	5	10,9
20. Yemek yemem konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim.	1	2,2	3	6,5	5	10,9	3	6,5	13	28,3	21	45,7
21. Yemeklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.	3	6,5	6	13,0	2	4,3	4	8,7	8	17,4	23	50
22. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.	2	4,3	3	6,5	0	0	7	15,2	14	30,4	20	43,5
23. Diyet (perhiz) yapmaya çalışırım.	3	6,5	4	8,7	4	8,7	5	10,9	6	13,0	24	52,2
24. Midemin boş olmasından hoşlanırım.	3	6,5	0	0	4	8,7	6	13,0	8	17,4	25	54,3
25. Şekerli, yağlı yeni yiyecekleri denemekten hoşlanırım.	4	8,7	7	15,2	5	10,9	8	17,4	13	28,3	9	19,6
26. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.	1	2,2	0	0	2	4,3	2	4,3	4	8,7	37	80,4

Tablo 4.11 Öğrencilerin yeme davranışı (EAT-26) puanının skor grubuna göre dağılımı

Yeme davranışı bozukluğu	Kız (n:128)		Erkek (n:46)		Toplam (n:174)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yok (< 20 puan)	112	76,2*	35	23,8*	147	84,5
Var (20 puan ve üzeri)	16	59,3*	11	40,7*	27	15,5
Puan ($\bar{x}\pm ss$)	12,35±7,96**		14,19±10,29**		12,84±8,64	

* ki-kare testi ile analiz edilmiştir. $p>0,05$

** Mann Whitney U testi ile analiz edilmiştir. $p>0,05$

Anket sonuçlarına göre araştırmamıza katılan 174 öğrencinin %84,5'inde yeme davranış bozukluğu skoru 20 puanın altında hesaplanmıştır (Tablo 4.11). 20 puan ve üzeri hesaplanan %15,5 öğrencinin %40,7'si erkek, %59,3'ü kız olarak saptanmıştır. Cinsiyet ve yeme davranış bozukluğu arasındaki ilişki anlamlı değildir ($p>0,05$). Kız öğrencilerin EAT-26 skoru 12,35±7,96, erkek öğrencilerin EAT-26 skoru 14,19±10,29 olarak hesaplanmıştır. Cinsiyete göre skorların ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0,05$).

Yeme davranış bozukluğu ile okul ve yaşadığı yer ilişkisi Tablo 4.12'de gösterilmiştir. Öğrencilerin lisans veya önlisans eğitimi alıyor olmaları ile yeme davranış bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Öğrencilerin evde veya yurttan yaşamaları ile yeme davranış bozukluğu skoru arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Yurttan kalan öğrencilerde yeme davranış bozukluğu evde kalan öğrencilere göre anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir.

Tablo 4.12 Öğrencilerin eğitim gördüğü okul ve yaşadığı yere göre yeme davranışı sonuçları

Eğitim gördüğü okul durumu	EAT-26 skoruna göre				χ^2	p değeri
	Yeme davranış bozukluğu yok		Yeme davranış bozukluğu var			
	Sayı	%	Sayı	%		
Önlisans	90	61,2	19	70,4	0,815	0,367
Lisans	57	38,8	8	29,6		
Toplam	147	100,0	27	100,0		
Yaşadığı yer						
Ev	78	53,1	9	33,3	3,551	0,04**
Yurttan / misafirhanede (özel/devlet)	69	46,9	18	66,7		
Toplam	147	100,0	27	100,0		

*ki-kare testi ile analiz edilmiştir. ** $p<0,05$

Yeme davranış bozukluğu ile bazı parametrelerin ilişkileri Tablo 4.13'de gösterilmiştir. Buna göre sigara kullanma durumu ile yeme davranış bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Doktor tarafından tanısı konulan hastalık ile yeme davranış bozukluğu arasında da anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ($p>0,05$). Fiziksel aktivite durumu ile yeme davranış bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Beslenme ile ilgili eğitim alma durumu ile yeme davranış bozukluğu arasında da anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.13 Öğrencilerin yeme davranışı sonuçlarına göre bazı parametrelerin incelenmesi

	EAT-26 skoruna göre				χ^2	p değeri
	Yeme davranış bozukluğu yok		Yeme davranış bozukluğu var			
	Sayı	%	Sayı	%		
Sigara kullanma durumu						
Hayır	109	74,1	21	77,8	0,159	0,69
Evet	38	25,9	6	22,2		
Toplam	147	100,0	27	100,0		
Doktor tarafından tanısı konulmuş hastalık durumu						
Hayır	128	87,1	22	81,5	0,542	0,305
Evet	19	12,9	5	18,5		
Toplam	147	100,0	27	100,0		
Fiziksel aktivite durumu						
Hayır	113	76,9	21	77,8	0,11	0,918
Evet	34	23,1	6	22,2		
Toplam	147	100,0	27	100,0		
Beslenme eğitimi alma durumu						
Hayır	115	78,2	18	66,7	1,694	0,193
Evet	32	21,8	9	33,3		
Toplam	147	100,0	27	100,0		

Öğrencilerde yeme davranış bozukluğu ile öğün atlama durumları arasındaki ilişki Tablo 4.14'de gösterilmiştir. Kız öğrencilerde yeme davranışı ile öğün atlama durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Erkek öğrencilerde ise yeme davranış bozukluğu ile öğün atlama arasında önemli bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.14 Öğrencilerde yeme davranış bozukluğunun öğün atlama durumlarına göre dağılımı

Öğün atlama durumu	EAT-26 skoruna göre				χ^2	p değeri
	Yeme davranış bozukluğu yok		Yeme davranış bozukluğu var			
	Sayı	%	Sayı	%		
Kız (n=128)						
Öğün atlıyor	109	97,3	13	81,2	8,094	0,026**
Öğün atlamıyor	3	2,7	3	18,8		
Toplam	112	100,0	16	100,0		
Erkek (n=46)						
Öğün atlıyor	30	85,7	10	90,9	0,199	0,555
Öğün atlamıyor	5	14,3	1	9,1		
Toplam	35	100,0	11	100,0		

*ki kare testi ile analiz edilmiştir. **p<0,05

Tablo 4.15’de öğrencilerde yeme davranış bozukluğunun BKİ gruplarına göre dağılımı gösterilmiştir. Her iki cinsiyette de yeme davranış bozukluğu BKİ’si normal bireylerde görülmüştür. Fakat yeme davranış bozukluğu ile BKİ grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.15 Öğrencilerde yeme davranış bozukluğunun BKİ gruplarına göre dağılımı

BKİ Grup	EAT-26 skoruna göre				χ^2	p değeri
	Yeme davranış bozukluğu yok		Yeme davranış bozukluğu var			
	Sayı	%	Sayı	%		
Kız (n=128)						
< 18,5 (Zayıf)	17	15,2	1	6,2	2,24	0,52
18,5-24,9 (Normal)	70	62,5	13	81,2		
25-29,9 (Hafif şişman)	24	21,4	2	12,5		
> 30 (Şişman)	1	0,9	0	0,0		
Toplam	112	100,0	16	100,0		
Erkek (n=46)						
< 18,5 (Zayıf)	5	14,3	0	0,0	2,87	0,41
18,5-24,9 (Normal)	18	51,4	8	72,7		
25-29,9 (Hafif şişman)	10	28,6	3	27,3		
> 30 (Şişman)	2	5,7	0	0,0		
Toplam	35	100,0	11	100,0		
Toplam (n=174)						
< 18,5 (Zayıf)	22	15,0	1	3,7	4,125	0,24
18,5-24,9 (Normal)	88	59,9	21	77,8		
25-29,9 (Hafif şişman)	34	23,1	5	18,5		
> 30 (Şişman)	3	2,0	0	0,0		
Toplam	147	100,0	27	100,0		

*ki kare testi ile analiz edilmiştir.

Tablo 4.16 Bireylerin yeme bozukluğu, BKİ, egzersiz süresi ve öğün sayısına göre korelasyonu

		EAT-26	BKİ	Yaş	Günlük sigara tüketimi	Okuduğu sınıf	Egzersiz süresi	Ana öğün sayısı	Toplam öğün sayısı
EAT-26	r	1							
	p	-							
BKİ	r	0,044	1						
	p	0,567	-						
Yaş	r	-0,068	0,063	1					
	p	0,370	0,411	-					
Günlük sigara tüketimi	r	0,011	-0,005	0,364	1				
	p	0,948	0,976	0,021*	-				
Okuduğu sınıf	r	-0,120	0,132	0,672	0,414	1			
	p	0,113	0,082	0,000**	0,008**	-			
Egzersiz süresi	r	-0,009	0,071	0,055	0,151	-0,064	1		
	p	0,956	0,665	0,735	0,639	0,694	-		
Ana öğün sayısı	r	0,004	-0,034	0,256	-0,057	0,233	-0,106	1	
	p	0,954	0,653	0,001**	0,729	0,002**	0,515	-	
Toplam öğün sayısı	r	0,056	-0,035	0,227	-0,089	0,171	-0,033	0,635	1
	p	0,463	0,651	0,003**	0,585	0,024*	0,841	0,000**	-

r:Spearman korelasyon katsayısı *p<0,05 **p<0,01

EAT-26 skoru ile BKİ arasındaki ilişkiyi saptamak için kullanılan Spearman korelasyon testi sonucunda bulunan p değeri 0,567'dir (Tablo 4.16). $p=0,567 > 0,05$ olduğundan araştırmamıza katılan üniversite öğrencilerinin EAT-26 skorları ile BKİ değerleri arasında %95 güven düzeyinde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadığı söylenebilir. Bununla ilişki katsayısı bu bulguyu destekler nitelikte iki değişken arasında ($r=0,044$) pozitif yönlü çok düşük miktarda bir ilişki olduğunu göstermektedir. EAT-26 skoru ile yaş ve egzersiz süresi arasında negatif yönlü düşük miktarda ilişki saptanırken, EAT-26 skoru ana öğün sayısı arasında pozitif yönlü düşük miktarda ilişki saptanmıştır.

Ana öğün sayısı ile yaş ve okuduğu sınıf arasında pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki saptanırken ($p<0,001$), BKİ ile günlük sigara tüketimi arasında negatif yönlü düşük miktarda ilişki saptanmıştır ($p>0,05$).

Ayrıca Spearman korelasyonuna göre yaş ve günlük sigara tüketimi arasında orta düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,324$, $p<0,05$).

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Araştırmamıza katılan 174 öğrencinin %26,4'u erkek, %73,6'sı kızdır. Yaş ortalaması $22,78 \pm 3,62$ yıldır. Öğrencilerin çoğunluğunun (%62,6) 21-25 yaş grubunda yer aldığı ve (%95,4) bekar olduğu görülmektedir. Öğrenciler eğitim gördüğü fakülte veya yüksekokul açısından değerlendirildiğinde %62,6'sının önlisans, %37,4'ünün lisans eğitime devam ettiği görülmüştür.

Korkmaz (2010)'ın Uludağ üniversitesi öğrencilerinin spor yapma ve beslenme alışkanlıklarını incelediği çalışmasında öğrencilerin %48,6'sı devlet yurdunda, %26'sı evde kalmaktadır. Bizim çalışmamızda da öğrencilerin çoğunluğunun yurttan (%50), %32,2'sinin evde ailesiyle birlikte kaldığı saptanmıştır. 2010-2017 yılları arasında Uludağ üniversitesi öğrencilerinin barınma tercihleri değişiklik göstermemiştir.

Sigara alışkanlığı önlenebilir bir halk sağlığı sorunu olarak tüm dünya gençliğini tehdit etmeye devam etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2018 verilerinde dünyada 1,1 milyar kişinin sigara kullandığı ve her yıl yaklaşık 7 milyon kişinin sigaraya bağlı nedenlerden hayatını kaybettiği açıklanmıştır.

Dünyanın birçok ülkesinde olduğu gibi ülkemizde de erkeklerin sigara tüketiminin kadınlardan daha fazla olarak gözlenmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2016 yılı verilerine göre 15 yaş üstü nüfusun %26,5'i her gün sigara kullanıyor. Bu oran 2014 yılında % 27,3, 2010'da %25,4 olarak saptanmıştır. Erkeklerin tütün ürünü kullanımını 2014-16 yılları arasında azalırken kadınlarda bu oranın arttığı gözlenmiştir. 35-44 yaş arası erkekler % 50,6 ile en fazla sigara içen yaş grubunu oluştururken, kadınlarda da % 19,6 ile en fazla 35-44 yaş aralığı sigara içiyor (TÜİK, 2016).

Dünya Sağlık Örgütü işbirliği ile ulusal düzeyde "Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması (Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı (STEPS-2017))" yürütülen çalışma sonuçlarına göre Türkiye nüfusunun %31,5'inin tütün içtikleri tespit edilmiştir. Tütün ürünü içimi erkeklerde (%43,4), kadınlara (%19,7) göre anlamlı derecede yüksektir ($p < 0.01$). Tütün ürünü içme prevalansı "30-44" yaşta tepe yapmak üzere, hem kadınlarda (%29,3) hem erkeklerde (%54,0) kambur şeklindedir. Bizim çalışma grubumuzun da içinde bulunduğu 15-29 yaş aralığında

tütün ürünü içimi erkeklerde %44,6, kadınlarda %15,9 olarak bulunmuştur. Tütün ürünü içimi yaş gruplar arasında önemli ölçüde farklılık göstermektedir ve tüm yaş gruplarında, erkeklerde kadınlara göre daha yüksektir.

Bizim çalışmamızın sonuçlarına göre erkek öğrencilerin %32,6'si kız öğrencilerin ise %19,5'i sigara kullanmaktadır, aralarındaki fark anlamlıdır (Tablo 4.2). Erkek öğrencilerin kız öğrencilerden daha fazla sigara tüketmesi literatürdeki başka çalışmalar ile örtüşmektedir (Atlam ve Yüncü, 2017).

İlhan ve ark., (2005) Gazi üniversitesinde tıp öğrencileri arasında yaptıkları çalışmada sigara içen öğrencilerin oranı %24 bulunmuştur. Erten' in (2006) yaptığı bir çalışmada öğrencilerin %62,8'inin, Memiş (2004) %71,2'sinin sigara kullanmadığı tespit edilmiştir. 1518 üniversite öğrencisinin sigara, alkol kullanım düzeyini araştıran başka bir çalışmada öğrencilerin sigara kullanma düzeyi %29,5 olarak saptanmıştır (Atlam ve Yüncü, 2017). Bizim çalışmamızda öğrencilerin %23'ü sigara kullandığını belirtmiştir (Tablo 4.2). Çalışmamızın sonuçları diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Işık (2009)'ın Uludağ Üniversitesi öğrencilerinde yaptığı çalışmasında sigara içen öğrencilerin oranı %8,3 olarak bulunmuştur. Uludağ Üniversitesi öğrencileri ülke geneline göre daha az tütün içimi oranına sahip olsa da 2009-2019 yılları süresinde öğrencilerde tütün içme durumu artmış olarak gözlenmiştir.

Fiziksel aktivite, dinlenme düzeyinin üzerinde bir enerji harcaması içeren her türlü kas kasılması sonucu oluşan hareket olarak tanımlanır (Caspersen ve ark. 1985). Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre fiziksel hareketsizlik (fiziksel aktivite eksikliği), küresel ölüm nedenleri arasında dördüncü önemli risk faktörü olarak saptanmıştır. Fiziksel hareketsizliğin göğüs ve kolon kanserlerinin % 21-25'inin, tip-2 diyabet hastalığının % 27'sinin ve iskemik kalp hastalığının % 30'unun temel nedeni olduğu tahmin edilmektedir (WHO, 2018).

Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü'nün işbirliği ile yapılan bir çalışmada, fiziksel aktivite yoksunluğunun en önemli risk etmen olduğuna dikkat çekilmiştir (Murray ve Lopez, 1997). Sağlıklı beslenme alışkanlıkları ile beraber yapılan düzenli fiziksel aktivite, sağlıklı yaşam sürdürmenin temelini oluşturmaktadır. Obezite, diyabet, koroner kalp hastalığı, hipertansiyon ve osteoporoz gibi birçok kronik hastalığın önlenmesi ve tedavisinde fiziksel aktivite

oldukça etkilidir (Evans ve Cry-Campbell, 1997, Alfredson ve ark. 1996). Üniversiteler buldukları şehirlerin sosyal, kültürel ve sportif alanlarda öncü olup geliştirmişlerdir. Üniversite gençliği gibi toplumun öncü dinamiğini oluşturan grubun spor alışkanlığının olması hem sağlıklı, üretken bir toplum için hem de sporun yaygınlaşması için çok önemlidir.

Ancak çalışmamızda öğrencilerin büyük çoğunluğunun (%77) son 1 hafta içerisinde herhangi bir egzersiz yapmadığı görülmüştür. Egzersiz yapan öğrenciler (%23) içinde en çok yürüyüş (%62,5) tercih edilmiştir. Işık (2009)'da Uludağ üniversitesi öğrencileri ile yaptığı çalışmasında %62'si kız, %41,6'sı erkek olmak üzere tüm öğrencilerin %52,5'inin hiç egzersiz yapmadığı görülmektedir. 2009-2019 yılları içinde fiziksel aktivite yapma oranı ciddi şekilde azalmıştır.

Vançelik ve arkadaşları üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı araştırma neticesinde öğrencilerin BKİ ortalamalarını 21.9 ± 2.7 olarak bulmuştur (Vançelik ve ark., 2007). Bartın Üniversitesi'nde yapılan çalışmada öğrencilerin BKİ ortalaması 22.92 ± 3.71 olarak hesaplanmıştır (Dülger ve Mayda, 2016). Namık Kemal Üniversitesi'nde yapılan tez çalışmasında BKİ ortalaması $23,51 \pm 4,31$ olarak bulunmuştur (Kahraman, 2018). Üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada da BKİ ortalaması $21,60 \pm 3,15$ olarak hesaplanmıştır (Gündüz ve ark., 2019). Cinsiyet ayrımı olmadan çalışmamıza katılan tüm öğrencilerin BKİ ortalaması $22,58 \pm 3,84$ olarak bulunmuştur. Uludağ üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ortalama BKİ değerinin ($22,39 \pm 3,37$ kg/m²) araştırma bulguları ile benzer olduğu saptanmıştır (Ayhan ve ark., 2012).

Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde yürütülen çalışmada kız öğrencilerin BKİ değeri $21,10 \pm 3,21$; erkek öğrencilerin BKİ değeri $23,54 \pm 3,39$ kg/m²'dir ve aralarındaki fark anlamlı olarak bulunmuştur (Arslan ve ark., 2016). Araştırmamızda cinsiyete göre öğrencilerin BKİ değeri kızlarda $22,34 \pm 3,93$ kg/m² iken erkeklerde $23,23 \pm 3,63$ kg/m²'dir (Tablo 4.4). İki çalışmada da erkeklerin ortalama BKİ değerleri kız öğrencilerin BKİ değerlerinden yüksektir. Fakat bizim çalışmamızda aralarındaki fark anlamlılık göstermemektedir ($p > 0,05$).

Garibağaoğlu ve ark. (2006) kız öğrencilerin vücut ağırlıklarını değerlendirdikleri çalışmalarında %79,0'ının normal, %15,7'sinin zayıf ve

%5,3'ünün hafif şişman ve şişman olduğunu saptamıştır. Başka bir çalışmada cinsiyete BKİ değeri normal aralıkta olan (18.5-24.99 kg/m²) kız öğrencilerin oranı %60.5, erkek öğrencilerin oranı %57.0 olarak saptanmış ancak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Acar ve ark., 2018). Bizim araştırmamızda da benzer şekilde katılan kız öğrencilerin %64,8'inin, erkek öğrencilerin %56,5'inin normal BKİ aralığında olduğu görülmüştür (Tablo 4.5).

Yeterli ve dengeli beslenebilmek için günlük olarak diyetin 3 öğün olarak planlanması gerektiği, 2 öğünde tüketilmesi veya öğünlerin eşit aralıkta olmamasının metabolizmayı zorlayacağı bildirilmektedir (Bizeul ve ark. 2003). Dengeli ve yeterli beslenme için günde 3 ana ve 3 ara öğün besin tüketilmelidir (TÜBER, 2015). Öğrencilerin çoğunlukla (%59,2) üç ana öğün tükettiği çalışmamızda iki ana öğün tüketenlerin oranı %40,8 olarak bulunmuştur. Yapılan diğer çalışmalarda, Onurlubaş ve ark. (2015)'te öğrencilerin %50'sinin 3 öğün, %27'sinin 2 öğün tükettiğini, Uçar ve Hasipek (2006) öğrencilerin %51,3'ünün günde üç öğün yemek yediğini, Vançelik ve ark., 2007'de öğrencilerin %60,1'inin günde 3-4 öğün tüketirken, %35,9'unun 2 ve daha az öğün tükettiğini belirtmiştir. Bu çalışmalar ile bizim çalışmamız benzer sonuçlar göstermektedir. Derman (2014)'in çalışmasında ise öğrencilerin %50,4'ü iki ana öğün, %39,3'ü üç ana öğün tükettikleri saptanmıştır. Öğrencilerin ortalama ana öğün sayısı 2,3±0,65 olarak hesaplanmıştır. Bizim çalışmamızda da öğrencilerin ortalama ana öğün sayısı 2,59±0,49 olarak hesaplanmıştır.

Onurlubaş ve ark. (2015)'nin yüksekokul öğrencileri ile yaptığı çalışmada öğrencilerin en fazla atladığı öğün öğle öğünü (%52,3) olarak saptanmıştır. Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının incelendiği başka bir çalışmada da %90,3'ünün öğün atladığı, en fazla atlanan öğünün öğle öğünü olduğu tespit edilmiştir (Yılmaz ve Özkan, 2007). Bizim çalışmamızda da öğrencilerin öğün atlama durumlarına bakıldığında %93,1'inin evet veya bazen cevabını vererek öğün atladıkları ve en çok atlanan öğünün öğle öğünü olduğu saptanmıştır. Vançelik ve ark. (2007)'nin araştırmasına katılan üniversite öğrencilerinin %87,4'ünün öğün atladığı ve en fazla atladıkları öğünün sabah kahvaltısı olduğu belirlenmiştir. Başka çalışmalarda en çok atlanan öğün kahvaltı öğünü olarak tespit edilmiştir (Küçük

2019, Korkmaz, 2010). Bu sonuçlar bizim araştırma sonuçlarımızla örtüşmemektedir.

Öğün atlama nedenleri arasında ilk sırada (%46,6) zaman yetersizliği, ikinci sırada (%25,3) canı istemiyor ve en son sırada da (%2,3) zayıflama isteği yer almaktadır. Yapılan başka çalışmalarda da bizim çalışmamıza benzer şekilde zaman bulamamak öğün atlama nedenleri arasında ilk sırada yer almıştır (Küçük, 2019, Onurlubaş ve ark. 2015; Memiş, 2004; Aytekin, 1999).

EAT-26 testinin puanlamasında 20 puan kesim noktası olarak belirlenmiştir ve 20 puan ve üzerinde alanlar yeme davranış bozukluğu vardır şeklinde tanımlanmıştır. Bizim çalışmamıza katılan tüm öğrencilerde yeme davranış bozukluğu görülme sıklığı %15,5 olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.11). Öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmada bireylerin %14'ünde yeme bozukluğu riski saptanmıştır (Uzdil 2017). Başka bir çalışmada ise öğrencilerin %17,3'ünün EAT-40 (Yeme Davranış Testinin Uzun Formu) testinden 30'un üzerinde puan aldığı saptanmıştır (Tanrıverdi ve ark., 2011). Bu çalışmaların sonuçları ile bizim çalışmamızın sonuçları benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda tüm öğrenciler içinde EAT-26 puanı ortalama $12,84 \pm 8,64$, yeme bozukluğu sıklığı kızlarda %9,2 erkeklerde %6,3 olarak bulunmuştur (Tablo 4.11). Birleşik Arap Emirlikleri'nde 228 kız üniversite öğrencisinde yapılan bir çalışmada EAT-26 puanı ortalama $13,31 \pm 10,21$ olarak bulunmuş, öğrencilerin %24,6'sında yeme davranış bozukluğu saptanmıştır (Thomas ve ark., 2010). Ülkemizde, Baş ve arkadaşları tarafından 783 üniversite öğrencisinde yapılan bir çalışmada, kız öğrencilerin %13,1'inde yeme davranış bozukluğu EAT-26 puanı ortalama $12,86 \pm 7,39$ olarak bulunmuştur (Baş ve ark., 2004). Sadece kız öğrenciler ile yapılan başka bir çalışmada da yeme davranış bozukluğu sıklığı bizim çalışmamızın sonucuyla benzer olarak %8,8 olarak saptanmıştır (Yılmaz ve ark., 2013).

Cinsiyet ve yeme davranış bozukluğu arasındaki ilişki anlamlı değildir ($p > 0,05$). Literatürde bizim çalışmamızla örtüşen çalışmalar bulunmaktadır (Ertürk, 2018, Göküstün, 2018).

Alpargun (1995)' un Uludağ üniversitesi öğrencilerinde yeme bozukluğu sıklığını saptamak istediği çalışmada; yeme bozukluğu sıklığı kızlarda %6, erkeklerde %2 olarak bulunmuştur. Bu iki oran arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,01$). Işık (2009)'ın Uludağ üniversitesi öğrencilerinde yeme bozukluğunu araştırdığı tez çalışmada da kız öğrencilerde yeme davranış bozukluğu erkek öğrencilere göre anlamlı olarak daha fazla izlenmiştir ($p<0,01$). Literatürde yeme davranış bozukluğunun kadınlarda anlamlı olarak erkeklerden daha fazla bulunduğunu gösteren pek çok çalışma vardır (Yıldırım ve ark., 2017, Büyük ve Duman, 2014, Ünal ve ark., 2009, Keskin ve ark., 2010). Kadınlarda yeme davranış bozukluğunun daha fazla görülmesinin nedenleri arasında toplumda güzelliğin ve mutluluğun zayıflıkla eşdeğer görülmesi ve görsel medya aracılığı ile bu değerlerin yaygınlaşması gösterilebilir.

Yeme davranış testi (EAT-26)'nin hedef popülasyonu 11 yaş üzeri genç kızlar ve 70 yaşa kadar kadınlar olmakla birlikte, bu araştırmada test erkek öğrencilere de verilmiştir. Erkek öğrencilerde yeme davranış bozukluğu olanlar saptanmıştır.

Çalışmamızda yeme davranış bozukluğu olan öğrencilerin %22,2'si sigara içmekte olup sigara ile yeme tutumları arasında bir ilişki saptanmamıştır. Keskin ve ark. (2010)' nın tıp fakültesi öğrencileri ile yaptığı çalışmada da sigara ile yeme tutumları arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Çalışmada öğrencilerin yaşadıkları ortam ile yeme tutumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.12). Literatür bilgisi de bizim çalışmamızı destekler nitelikte öğrencilerin yaşadıkları yer ile yeme davranış bozukluğu arasında ilişki olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Şengül ve Hekimoğlu, 2005, Keskin ve ark., 2010). Yurtta kalanlara göre ailesi ile birlikte yaşayan öğrencilerde gerek düzenli beslenme olanağının daha fazla olması, gerekse ekonomik sorunların daha az olması gibi nedenlerle yeme bozukluklarının daha az görülmesi beklenebilecek bir durumdur.

Çalışmamızda öğrencilerin BKİ grupları ile yeme davranış bozukluğu açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.15). Üniversite öğrencilerinde

yapılan başka bir çalışmada da BKİ grupları ile yeme davranışı bozukluğu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Akdevelioğlu ve Yörüsün, 2019). Ancak literatürde BKİ ile yeme tutumları arasında anlamlı ilişki olduğunu belirten çok sayıda araştırma bulunmaktadır (Erol ve ark., 2002, Şengül ve ark. 2005). BKİ yüksek olan öğrencilerde yeme bozukluğunun fazla görülmesi kişilerin vücut ağırlığının yüksekliği nedeniyle yeme davranışlarını deneti altına almaları ile ilişkili olabilir. Kilosu normal olan bireyler yeme davranışlarında bir kısıtlamaya gereksinim duymamaktadır.

Çalışmamızda BKİ ile EAT-26 skoru arasında pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır. Ertürk (2018)'in çalışmasında da bizim sonucumuza benzer şekilde pozitif yönlü düşük düzeyde bir ilişki saptanmıştır.

Bu çalışmada kullanılan test ve ölçek genel olarak yeme bozukluklarının varlığını saptamaya yardımcı olmuştur. Fakat anoreksiya ve bulimiya belirtilerini ayırıştırma açısından yeterli olmamıştır. Araştırmamızda üniversite gibi oldukça farklı, stres verici, yeniliklerle dolu bir ortama adım atan gençlerde yeme bozuklukları görülme riski ve yeme bozukluğuna yatkın olanların kişilik özellikleri ve antropometrik ölçümleri ortaya konmuştur.

Bu çalışma bize; üniversitelerde birinci basamak koruyucu hekimlik hizmeti veren birimlerin (Mediko Sosyal ya da Aile Hekimliği Merkezleri) öncülüğünde ilk kayıt esnasında öğrencilerin genel sağlık bilgileri ve yaşam alışkanlıklarını sorgulayan anket formları ile birlikte Yeme Davranış Testi gibi hastalık risklerini araştıran tarama testlerinin uygulanmasının gerekliliğini düşündürdü. Böylece birinci basamak koruyucu hekimlik hizmeti veren birimler için öğrencileri öğrenim süreleri boyunca daha etkin takip ve tedavi olanağı sunacak geniş bir veri elde edilmiş olacaktır.

Sonuç olarak araştırmamıza katılan üniversite öğrencilerin düzenli beslenme alışkanlıklarına sahip olmadıkları, fiziksel aktivite durumlarının yetersiz olduğu saptanmıştır.

Bir ülkenin gelişmesi üretken ve sağlıklı olabilmesi sağlıklı nesillerin yetişmesine bağlıdır. Bu gerçekten hareketle; Üniversitelerde öğrencilerinin sağlıklı ve dengeli beslenmesi kendi sağlıkları için olduğu kadar, rol model olmaları nedeni ile

gelecek kuşaklara sağlıklı ve denegeli beslenme alışkanlığı kazandırmaları açısından da büyük önem taşımaktadır.

6. KAYNAKLAR

Acar NA, Değer BV, Utli H (2018) Beden Kitle İndeksi (BKİ) Kullanılarak Obezite Durumunun Saptanması: Artvin Çoruh Üniversitesi Örneği. Uluslararası Hakemli Beslenme Araştırmaları Dergisi, 12: 63-82.

Adachi, Y (2005) Behavior therapy for obesity. Japan Medical Association Journal, 48(11): 539.

Adan RA, Vanderschuren LJ, laFleur SE (2008) Anti-obesity drugs and neural circuits of feeding. Trends in Pharmacological Sciences, 29(4): 208-217.

Akbulut G (2010) Erişkinlerde şişmanlığın diyet tedavisindeki güncel yaklaşımlar ve fiziksel aktivitenin önemi. Diyabet ve Obezite, s: 86.

Akdevelioğlu Y, Yörüsün T (2019) Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutum Ve Davranışlarına İlişkin Bazı Faktörlerin İncelenmesi. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4 (1): 19-28. Retrieved from <http://dergipark.org.tr/gsbdergi/issue/46054/579500>

Aktaş D, Öztürk FN, Kapan Y (2015) Adölesanlarda obezite sıklığı ve etkileyen risk faktörleri, beslenme alışkanlıklarının belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 14(5): 406-12.

Alfredson H, Nordström P, Lorentzon R (1996) Total and regional bone mass in female soccer players. Calcif Tissue Int 59: 438-442.

Alpargun D (1995) Uludağ Üniversitesi Öğrencilerinde Anoreksiya Nervosa Ve Bulimiya Nervosa'nın Görülme Sıklığı Ve Bu Vakaların Kişilik Yapılarının Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bursa.

American Psychiatric Association (APA) (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. (DSM-V-TR). Washington Dc: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association (APA) (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., Text revision (DSM-IV-TR). Washington, Dc: American Psychiatric Press.

Arıca SG, Arıca V, Arı M et al (2011) Adolesanda yeme bozuklukları. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi, 2(5): 1-10.

Arslan P, Karaağaoğlu N, Duyar İ et al (1994) Yüksek Öğrenim Gençlerinin Beslenme Alışkanlıklarının Beslenme Puanlama Yöntemi İle Değerlendirilmesi. Beslenme ve Diyet Dergisi. 22: 195-208.

Arslan SA, Daşkapan A, Çakır B (2016) Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Ve Fiziksel Aktivite Alışkanlıklarının Belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15(3): 171-180.

Atlam DH, Yüncü Z (2017) Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara, Alkol, Madde Kullanım Bozukluğu ve Ailesel Madde Kullanımı Arasındaki İlişki. Klinik Psikiyatri, 20(3): 161-170.

Ayhan DE, Günaydın E, Gönlüaçık E et al (2012) Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ve bunları etkileyen faktörler. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 38(2): 97-104.

Aytaç HM, Hocaoglu Ç (2016) Bulimiya Nervoza ile Birlikte Yaşamak: Bir vaka Sunumu. Journal of Mood Disorders (JMOOD), 6(3): 158-163.

Aytekin F (1999) Üniversite Öğrencilerine Verilecek Beslenme Eğitiminin Beslenme Davranışlarına Olan Etkisinin İncelenmesi. Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.

Bayraktar A (2010) Obezite tedavisinde eczacının rolü ve katkısı. Diyabet ve Obezite, s: 106.

Baysal A (2011) Beslenme. 13.baskı, Ankara, Hatiboğlu, s: 9-507.

Baş M, Aşçı H, Karabudak E et al (2004) Eating attitudes and their psychological correlates among Turkish adolescents. Adolescence, 39(155):593-599.

Bas M, Kiziltan G (2007) Relations Among Weight Control Behaviors And Eating Attitudes, Social Physique Anxiety, And Fruit And Vegetable Consumption In Turkish Adolescence. Adolescence Spring 42, 165; Academic Research Library Pg. 167.

Baş M (2008) Diyetel yaklaşım ve ağırlık yönetimi ilişkisi. Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi. (Baysal A, Baş M, ed). 1. Baskı İstanbul, s: 202-232.

Bizeul C, Brun JM, Rigaud D (2003) Depression influences the EDI scores in Anorexia Nervosa patients. Eur Psychiatry, 18: 119-123.

Büyük ET, Duman G (2014) Farklı okullarda okuyan lise öğrencilerinin yeme tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. The Journal of Pediatric Research, 1(4): 212-217.

Büyükkal B (1995) Duygudurum spektrumunda yeme bozukluklarının yeri (Aile Çalışması). Uzmanlık Tez Çalışması.

Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM (1985) Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. Public health reports, 100(2), 126-131.

Dixon JB, le Roux CW, Rubino F et al (2012) Bariatric surgery for type 2 diabetes. *Lancet* 379: 2300- 2311.

Dülger H, Mayda AS (2016) Bartın Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlıkları ve Obezite Prevalansı, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(3),173-177.

Erbay LG, Seçkin Y (2018) Yeme Bozuklukları. *Güncel Gastroenteroloji*, 20(4), 473-477.

Erol A, Toprak G, Yazıcı F (2002) Üniversite öğrencisi kadınlarda yeme bozukluğu ve genel psikolojik belirtileri zorlayan etkenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 13: 48-57.

Erten M (2006) Adıyaman İlinde Eğitim Gören Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Bilgilerinin ve Alışkanlıklarının Araştırılması, T.C. Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Ertürk E (2018) Spor Merkezine Devam Eden Bireylerin Beslenme Durumları ve Yeme Davranışlarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Evans JW, Cyr-Campbell D (1997) Nutrition, exercise and healthy aging. *Journal of the American Dietetic Association*, 97: 632-638.

Garibağaoğlu M, Budak N, Öner N et al (2006) Üç Farklı Üniversitede Eğitim Gören Kız Öğrencilerin Beslenme Durumları ve Vücut Ağırlıklarının Değerlendirmesi, *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal Of Health Sciences)*, 15(3):173-180.

Garner DM, Garfinkel PE (1979) The Eating Attitudes Test: An Index Of The Symptoms Of Anorexia Nervosa. *Psychol Med*, 9(2):273-279.

Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y et al (1982) The Eating Attitudes Test: Psychometric Features And Clinical Correlates. *Psychol Med*, 12(4):871-878.

GBD 2015 Obesity Collaborators (2017) Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. *New England Journal of Medicine*, 377(1), 13-27.

Göküstün KK (2018) Üniversite Öğrencilerinde Obsesif Kompulsif Yeme Davranışı Ölçeği ile Beslenme Durumu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi (Yüksek lisans tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Güleç M, Yabancı N, Göçgeldi E et al (2008) Ankara'da iki kız öğrenci yurdunda kalan öğrencilerin beslenme alışkanlıkları. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50(2), 102-109.

Gündüz N, Gökçen O, Eren F et al (2019) The relationship between internet addiction and eating attitudes and obesity related problems among university students. *Turkish J Clinical Psychiatry*, s: 22.

Herzog DB, Eddy KT (2007) Diagnosis, epidemiology and clinical course of eating disorders. In Clinical Manual of Eating Disorders (Eds J Yager, PS Powers) American Psychiatric Publishing, s: 1-31.

Horacek T, White A, Betts NM et al (2002) Self-Efficacy, Perceived Benefits, And Weight Satisfaction Discriminate Among Stages Of Change For Fruit And Vegetable Intakes For Young Men And Women. Journal of the American Dietetic Association, 102(10), 1466-1470.

Hudson JI, Hiripi E, Pope HG et al (2007) The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biol Psychiatry, 61: 348-358.

Iacovino JM, Gredysa DM, Altman M et al (2012) Psychological treatments for binge eating disorder. Curr Psychiatry Rep, 14: 432-446.

Ilhan F, Aksakal N, Ilhan M et al (2005) Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Durumu. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, s: 4.

Işık B (2009) Uludağ Üniversitesi Öğrencilerinde Yeme Bozukluklarının Araştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Bursa.

Kahraman Ç (2018) Üniversite Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlıkları Ve Obezite Riski: Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Tekirdağ.

Kartal M, Bucak FK, Balcı E (2017) Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Kültürleri. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 4(4), 332-338.

Kayar H, Utku S (2013) Çağımızın Hastalığı Obezite ve Tedavisi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(2).

Keskin Y, Lüleci NE, Çelik Ş et al (2010) Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Olası Yeme Bozukluğu Sıklığı. Maltepe Tıp Dergisi, 2(2), 18-25.

Kokino S, Özdemir F, Zateri C (2006) Obezite ve Fiziksel Tıp Yöntemleri. Balkan Medical Journal, (1), 47-54.

Korkmaz NH (2010) Uludağ Üniversitesi Öğrencilerinin Spor Yapma Ve Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi. Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 23(2): 399-413.

Köklü N, Büyüköztürk Ş, Bökeoğlu ÇÖ (2006) Sosyal bilimler için istatistik. Ankara: PegemA Yayıncılık.

Kugu N, Akyuz G, Dogan O et al (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.

Küçük U (2019) Paramedik Öğrencilerinin Beslenme Durumları ve Etkileyen Faktörler. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 3(1): 1-10.

Maner F (2001) Yeme Bozuklukları. Psikiyatri Dünyası 5(4): 130-139.

Memiş E (2004) Üniversite Öğrencilerinde Şişmanlık (Obezite) Durumu Ve Diyet Ürünleri Kullanmaları Üzerine Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi, Çocuk Gelişimi Ve Ev Yönetimi Eğitimi Anabilim Dalı, Aile Ekonomisi Ve Beslenme Eğitimi Bilim Dalı, Ankara.

Murray CJL, Lopez AD (1997) Mortality by cause for eight regions of the world: global burden of disease study. Lancet 349: 1269-1276.

Onurlubaş E, Doğan HG, Demirkıran S (2015) Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi 32(3): 61-69.

Orzano AJ, Scott JG (2004) Diagnosis and treatment of obesity in adults: an applied evidence-based review. J Am Board Fam Pract, 17(5): 359-369.

Özcebe H (2002) Birinci basamakta adölesan sorunlarına yaklaşım. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 11(10): 374-377.

Özyağcıoğlu N, Çınar GH, Buran G et al (2009) Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(2): 34-40.

Pinhas L, Morris A, Crosby RD et al (2011) Incidence and age-specific presentation of restrictive eating disorders in children: a Canadian Paediatric Surveillance Program study. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 165(10): 895-899.

Sağlam F, Güven H (2014) Obezitenin cerrahi tedavisi. Okmeydanı Tıp Dergisi, 30(1), 60-65.

Devran BS (2014) Doğu Anadolu Bölgesinde yaşayan adölesan ve yetişkin bireylerin beslenme alışkanlıkları ile yeme tutum ve davranışlarının belirlenmesi (Yüksek lisans tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü), Ankara.

Savaşır I, Erol N (1989) Yeme Tutum Testi: Anoreksiya Nervoza Belirtiler İndeksi. Turkish Journal of Psychiatry; 7: 19-25.

Silventoinen K, Sans S, Tolonen H et al (2004) Trends in obesity and energy supply in the WHO MONICA Project International Journal of Obesity 28: 710-718.

Spitzer RL, Devlin MJ, Walsh BT et al (1991) Binge eating disorder: To be or not to be in DSM-IV. International Journal of Eating Disorders, 10(6): 627-629.

Stice E, South K, Shaw H (2012) Future Directions in Etiologic, Prevention, and Treatment Research for Eating Disorders. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 41(6), 845-855.

Smink FR, van Hoeken D, Oldehinkel AJ et al (2014) Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 47(6), 610-619.

Sönmez AÖ (2017) Çocuk ve Ergenlerde Yeme Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 9(3), 301-316.

Stunkard AJ (1959) Eating Patterns and Obesity. *Psychiat Quart*, 33: 284-295.

Şarbat G, Demirkol M (1999) *Obesite*, Ed:Ekşi A, Ben Hasta Değilim, Nobel Tıp Kitapevi, s: 441-450.

Şengül AM, Hekimoğlu Ş (2005) Vücut kitle indeksi ile yeme tutumu test puanları arasındaki ilişki. *Göztepe Tıp Dergisi* 20: 21-23.

Tam A, Çakır B (2012) Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. *Ankara Medical Journal*, 12(1).

Tanrıverdi D, Savaş E, Gönüllüoğlu N et al (2011) Lise öğrencilerinin yeme tutumları, yeme davranışları ve benlik saygılarının incelenmesi. *Gaziantep Medical Journal*, 17(1): 33-39.

Tayar M, Korkmaz NH, Özkeleş HE (2017) *Beslenme İlkeleri*, Dora Yayınları, 4. Baskı, s: 7.

Tabachnick BG, Fidell LS (2013) *Using Multivariate Statistics (sixth ed.)*Pearson, Boston.

Thomas J, Khan S, Abdulrahman AA (2010) Eating attitudes and body image concerns among female university students in the United Arab Emirates. *Appetite*, 54: 595-598.

Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması (Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevelansı (STEPS) (2017) https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/WHO_Turkey_Risk_Factors_A4_TR_19.06.2018.pdf (11.01.2019).

Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite Ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-(TURDEP-II)(2010). http://cdn.istanbul.edu.tr/statics/istanbultip.istanbul.edu.tr/wpcontent/uploads/attachments/021_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf (28.02.2019).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2013). http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf (18.6.2018).

Türkiye Beslenme Ve Sağlık Araştırması (TBSA) (2010). Beslenme durumu ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi sonuç raporu. Ankara, [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/ Yayinlar/ kitaplar/diger-kitaplar/TBSA-Beslenme-Yayini.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/diger-kitaplar/TBSA-Beslenme-Yayini.pdf) (09.09.2018).

TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu. <http://www.tuik.gov.tr/Start.do> (10.05.2019).

Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi (TÜBER) (2015)
[https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/
Turkiye_Beslenme_Rehberi_TUBER_18_04_2019.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Turkiye_Beslenme_Rehberi_TUBER_18_04_2019.pdf) (10.05.2019).

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (HSGM) (2017) Diyetisyenler İçin Hasta İzlem Rehberi Ağrlık Yönetimi El Kitabı, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (HSGM) (2013) Türkiye Sağlıklı Beslenme Ve Hareketli Hayat Programı (2014-2017)
<https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/programlar/hareketli-hayat-programi-2014-2017.pdf> (20.05.2019).

Turan Ş, Poyraz CA, Özdemir A (2015) Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu. Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimler, 7(4): 419-435.

Uçar A, Hasipek S (2008) Ankara Üniversitesi Öğrencilerinin Sigara Kullanma Durumunun Beslenme Alışkanlıkları ve Bazı Hematolojik Parametreler Üzerine Etkisi. Beslenme ve Diyet Dergisi [Internet].[a.yer 31 Ağustos 2019];36(1-2):31-6.
<https://beslenmevediyetdergisi.org/index.php/bdd/article/view/349>

Uzdil Z (2017) Lise öğrencilerinde yeme tutumlarının beslenme alışkanlıkları, antropometrik ve demografik özellikleri ile ilişkisi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 1(1): 11-18.

Ünalın D, Öztıp DB, Elmalı F et al (2009) Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 16: 75-81.

Üstünes L (2013) Türkiye'de Eczacılık Eğitimi: Bugün ve Gelecek. Eczacının Sesi.

Vardar E, Erzenin M (2011) Ergenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları iki aşamalı toplum merkezli bir çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi; 22(4): 205-12.

Vançelik S, Gürsel S, Güraksın ÖA et al (2007) Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Bilgi Ve Alışkanlıkları İle İlişkili Faktörler, TSK, Koruyucu Hekimlik Bülteni; 6(4): 242-248.

Watson HJ, Bulik CM (2013) Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. Psychological Medicine, 43(12): 2477-2500.

World Health Organization (2018) Obesity And Overweight, Fact Sheet
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
(20.05.2019).

World Health Organization (2018) Tobacco, Fact Sheet <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> (02.01.2019).

World Health Organization (2018) Physical Activity, Fact Sheet
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity> (20.05.2019).

World Health Organization, Global database on BMI. <http://www.assessmentpsychology.com/icbmi.htm> (04.06.2018).

World Health Organization (2018) Global action plan on physical activity 2018–2030: More active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf> (28.05.2019).

Yalnızoğlu S, ınar N, Altınkaynak S (2017) Adolesanda yeme bozuklukları, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi (GÜSBD) 2017; 6(1): 1-10.

Yeşilbursa D (1990) Lise öğrencilerinde anoreksiya nervoza-bulimiya sıklığı ve beden imgesi değerlendirilmesi (Uzmanlık tezi). İstanbul, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi.

Yıldırım İ, Yıldırım Y, Ersöz Y et al (2017) Egzersiz Bağımlılığı, Yeme Tutum ve Davranışları İlişkisi. CBÜ Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 12(1): 43-54.

Yılmaz E, Özkan S (2007) Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi; 2(6): 88-104.

Yılmaz D, Ayaz A, Demirel ZB (2013) Kız Üniversite Öğrencilerinde Yeme Tutumunun Kişisel Beden İmajı Algısı ile İlişkisi. Journal of Nutrition and Dietetics. 41(3): 227-233.

Yorgancı K, Tırnaksız BM (2007) Morbid obezitenin cerrahi tedavisi. Hacettepe Tıp Dergisi, 38(4): 218-222.

Yücel B (2009) Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: Yeme bozuklukları. İstanbul Tabip Odası'nın süreli bilimsel yayınıdır, 22 (4): 39-43.

7. SİMGELER VE KISALTMALAR

AN	Anoreksiya Nervoza
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BN	Bulimiya Nervoza
DSM	Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve İstatistiksel Elkitabı (The Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EAT-26	Yeme Davranış Testi (Eating Attitudes Test)
GYB	Gece Yeme Bozukluğu
kg	Kilogram
m	Metre
m²	Metrekare
n	Çalışmaya Katılan Birey Sayısı
SS	Standart Sapma
STEPS	Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı
TYB	Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (Binge Eating Disorder)
\bar{x}	Ortalama
YB	Yeme Bozuklukları
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

8. EKLER

EK 1 Etik Kurul İzni

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİK KURULLARI
(Sağlık Bilimleri Araştırma ve Yayın Etik Kurulu)
TOPLANTI TUTANAĞI

OTURUM TARİHİ
10 Nisan 2017

OTURUM SAYISI
2017-04

KARAR NO 2 : Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nden alınan Veteriner Fakültesi Veteriner-Besin Hijyeni ve Teknolojisi Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Dilara SÜNGÜ BULUT'un "*Uludağ Üniversitesi Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları İle Yeme Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi*" konulu tez çalışmasının değerlendirilmesine geçildi.

Yapılan görüşmeler sonunda; Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nden alınan Veteriner Fakültesi Veteriner-Besin Hijyeni ve Teknolojisi Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Dilara SÜNGÜ BULUT'un "*Uludağ Üniversitesi Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları İle Yeme Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi*" konulu tez çalışması kapsamında uygulanacak anket ve ölçek sorularının, fikri, hukuki ve telif hakları bakımından metot ve ölççeğine ilişkin sorumluluğu başvurucuya ait olmak üzere uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.



EK 2 Anket Formu

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ VETERİNERLİK BÖLÜMÜ GIDA HİJYENİ VE TEKNOLOJİLERİ BÖLÜMÜ

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN BESLENME ALIŞKANLIKLARI İLE YEME TUTUM VE DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ ANKETİ

ANKET NO:

TARİH

A. GENEL BİLGİLER

1	Cinsiyet	1.Kadın 2.Erkek
2	Doğum tarihiniz/...../.....(gün/ay/yıl)
3	Medeni durum	1.evli 2.bekar 3.boşanmış/dul
4	Eğitim gördüğünüz fakülte veya yüksek okulun adı	
5	Okuduğunuz bölüm / sınıfbölümü 1. Sınıf <input type="checkbox"/> 2. Sınıf <input type="checkbox"/> 3. Sınıf <input type="checkbox"/> 4. Sınıf <input type="checkbox"/>
6	Yaşadığınız yer	1.evde ailesiyle birlikte 2.evde arkadaşlarıyla birlikte 3.evde tek başına 4.yurtta/misafirhanede (özel/devlet) 5.diğer.....
7	Doktor tarafından tanısı konulmuş herhangi bir sağlık sorunuz var mı?	1.hayır 2. evet (açıklayınız.....)
8	Sigara kullanıyor musunuz?	1.hayır 2.yıl içtim, bıraktım 3.Evet, halen içiyorum Adet a)gün b)hafta c)ay Süresi:a)ay b)yıl
9	Düzenli spor / egzersiz yapıyor musunuz? (son bir hafta içinde en az 3 kez günde 30 dk ve üzeri aktivite yaptınız mı?)	1.hayır 2.evet Egzersiz /spor türü süresidk/gün
10	Daha önce beslenme ile ilgili bir eğitim aldınız mı?	1.hayır 2.evet

B. BESLENME ALIŞKANLIKLARI

11	Günde kaç öğün yemek yersiniz?Ana öğünAra öğün			
12	Öğün atlar mısınız?	1. evet	2. hayır	3. bazen	
13	Cevabınız “evet” veya “bazen” ise genelde hangi öğünü atlarsınız? 1. kahvaltı 2. öğle yemeği 3. akşam yemeği				
14	Öğün atlama nedeniniz nedir? (en fazla 3 seçenek işaretleyiniz.)				
	1. zaman yetersizliği	5. alışkanlığı yok			
	2. canı istemiyor, iştahsız	6. maddi olanaksızlık			
	3. hazır yemek olmadığı için	7. diğer			
	4. zayıflamak istiyor				
15	Aşağıdaki tabloda, öğünlerinizi genellikle nerede tükettiğinizi işaretleyiniz.				
		Kahvaltı	Öğle yemeği	Akşam yemeği	Ara öğün
	1. ev				
	2. lokanta				
	3. yemekhane				
	4. kantin				
	5. yurt odası				
	6. fast-food restoran				
	7. diğer				
16	Aşağıdaki tabloda, öğünlerinizi genellikle kiminle tükettiğinizi işaretleyiniz.				
		Kahvaltı	Öğle yemeği	Akşam yemeği	Ara öğün
	1. aile				
	2. arkadaş				
	3. yalnız				
17	Sağlıklı beslenme hakkındaki bilgi kaynaklarınızı işaretleyiniz. (en fazla 3 seçenek işaretleyiniz.)				
	1) Radyo/televizyon	2) Yazılı basın (gazete, dergi)		3) Sağlık personeli	
	4) Arkadaşlar/yakın çevre	5) Kitaplar /broşürler		6) Zayıflama merkezleri	
	7) Aile büyükleri	8) Diğer(.....)			

C. ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

	Ölçüm
Vücut ağırlığı (kg)	
Boy uzunluğu (cm)	
BKİ (kg/m ²)	
Bel çevresi (cm)	
Kalça çevresi (cm)	
Bel / kalça çevresi	

D. YEME DAVRANIŞI TESTİ

	Her zaman	Çoğunlukla	Sık Sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman	Skor
1. Şişmanlamaktan ödüm kopar							
2. Aç olduğumda yemekten kaçınıyorum							
3. Aklım fikrim yemektir							
4. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur							
5. Yiyeceklerimi küçük küçük parçalara bölerim							
6. Yediğim besinlerin kalori içeriklerini bilirim							
7. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek karbonhidratlı yiyeceklerden kaçınıyorum							
8. Ailem daha fazla yememi bekler							
9. Yemek yedikten sonra kusarım							
10. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım							
11. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır							
12. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım							
13. Başkaları zayıf olduğumu düşünür							
14. Şişman olduğum (vücudumda yağ topladığı) düşüncesi zihnimi meşgul eder							
15. Yemeklerimi bitirmem başkalarından daha uzun sürer							
16. Şekerli yiyeceklerden kaçınıyorum							
17. Diyet(perhiz) yemekleri yerim							
18. Yiyeceklerin hayatımı kontrol ettiğini düşünüyorum							
19. Yiyecekler konusunda kendimi denetleyebilirim							
20. Yemek yemem konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissederim							
21. Yemeklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır							
22. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum							
23. Diyet(perhiz) yapmaya çalışırım							

24. Midemin boş olmasından hoşlanırım							
25. Şekerli, yağlı yeni yiyecekleri denemekten hoşlanırım							
26. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir							
Toplam Skor							

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Değerli Katılımcı,

Beslenme alışkanlıkları ile yeme davranışı arasındaki olası ilişkiyi değerlendirmek amacıyla planlanan bu araştırma Uludağ Üniversitesi Veterinerlik Fakültesi Gıda hijyeni ve Teknolojisi Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Mustafa Tayar ve yüksek lisans öğrencisi Dyt. Dilara Süngü Bulut tarafından yapılmaktadır. Böylece beslenme alışkanlıklarınızın sağlıklı yaşam üzerine olan etkisine ilişkin daha fazla bilgi sahibi olmayı hedeflemekteyiz. Bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir.

Yeme bozuklukları, her yıl, daha çok üniversite öğrencisinde görülmektedir. Yeme davranış bozukluğu olan öğrencilerde aşırı zayıflık veya şişmanlık görülebilmektedir. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla, Uludağ üniversite öğrencilerinde yeme davranış bozukluğu ve şişmanlık oranı saptanacak ve iyileştirmeye yönelik stratejiler planlanabilecektir. Bu nedenle soruların tümüne içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilen bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma için kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz.

Anket formuna adınızı soyadınızı yazmayınız.

Yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda size uygun gelen en fazla üç seçeneği işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler ile iletişime geçebilirsiniz.

Prof. Dr. Mustafa Tayar

Dyt. Dilara Süngü Bulut

Uludağ Üniversitesi, Veterinerlik Fakültesi, Besin Hijyeni ve Teknolojileri Anabilim Dalı

Telefon: 0537 717 66 24

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum

Kabul etmiyorum

9. TEŞEKKÜR

Çalışmanın yapılmasındaki katkılarından dolayı, tezimin oluşumunda beni özgür bırakarak eğitim sürecimin her noktasında beni motive eden, benim için bir danışman hocadan çok daha öte bir baba olan Sayın Prof. Dr. Mustafa TAYAR'a,

Çalışmanın uygulanmasında gerekli desteği sağlayan Uludağ Üniversitesi Veteriner Fakültesi öğretim üyesi Doç. Dr. Artun YIBAR'a, verilerin toplanmasına katkıda bulunan Uludağ Üniversitesi Veteriner Fakültesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İktisadi İdari Bilimler Fakültesi, Eğitim Fakültesi Ve Karacabey Meslek Yüksekokulu öğrencilerine,

En büyük destekçim sevgili eşim Yunus BULUT'a, bugünlere ulaşmamda emeği çok olan annem Serap SÜNGÜ ve babam Ahmet SÜNGÜ' ye, "kızım üniversitedeki işin noldu" diye ara ara sorarak beni kamçılaman dedem Reşat SÜNGÜ ve babannem Fevziye SÜNGÜ'ye, verilerin aktarımında okuyarak işi hızlandıran kardeşim Cansu Nur SÜNGÜ BAĞBAŞI' ya, gülüşüyle içimizi ısıtan yeğenim Hasanalp'ime ve üç ay önce aramıza katılmış olan canım kızım Zeynep'e bu sürecimdeki desteklerinden dolayı çok teşekkür ederim.

10. ÖZGEÇMİŞ

11.01.1991 tarihinde Bursa'da doğdum. İlkokul ve lise öğrenimimi Bursa'da tamamladım. 2009 yılında Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümünü kazandım. 2 yıl eğitim gördükten sonra 2011 yılında yüksek başarı ile başvurduğum Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümüne 3.sınıftan devam etmeye hak kazandım. 2013 yılında Hacettepe Üniversitesi'nden şeref öğrencisi ünvanı ile mezun oldum. 2014 yılında Bursa Özel Hayat Hastanesi'nde Beslenme ve Diyet uzmanı olarak göreve başladım diyetisyenlik görevimi devam ettirirken 2014 yılında Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Veteriner Fakültesi Gıda Hijyeni ve Teknolojisi Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimine başladım. 2015 yılında çok sevdiğim bir hobim olan yemek yapmayı Açıköğretim Fakültesi Aşçılık önlisans programıyla destekledim ve 2017 yılında Aşçılık diploması alarak mezun oldum. Halen Özel Hayat Hastanesi'nde diyetisyen olarak görevime devam etmekteyim.