



**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE BESLENME BİLGİ DÜZEYLERİNİN
BESLENME DURUMU İLE YEME TUTUM VE DAVRANIŞLARINA
ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Ayfer BEYAZ COŞKUN

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

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

EYLÜL 2017

Ayfer BEYAZ COŞKUN tarafından hazırlanan "ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE BESLENME BİLGİ DÜZEYLERİNİN BESLENME DURUMU İLE YEME TUTUM VE DAVRANIŞLARINA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ" adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / ~~OY ÇOKLUĞU~~ ile Gazi Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Saniye BİLİCİ

Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum



Başkan : Doç. Dr. Aylin AYAZ

Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Hacettepe Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum



Üye : Doç. Dr. Eda KÖKSAL

Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum



Tez Savunma Tarihi: 11 / 09 / 2017

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mustafa ASLAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.



Ayfer BEYAZ COŞKUN

11 / 09 / 2017

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE BESLENME BİLGİ DÜZEYLERİNİN BESLENME
DURUMU İLE YEME TUTUM VE DAVRANIŞLARINA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ
(Yüksek Lisans Tezi)

Ayfer BEYAZ COŞKUN

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Eylül 2017

ÖZET

Bu çalışma, Gazi Üniversitesi'nin farklı bölümlerinde (Sağlık Bilimleri, Fen ve Sosyal Bilimler Fakültesi) öğrenim gören 19 yaş ve üzeri üniversite öğrencilerinde beslenme bilgi düzeylerinin yeme tutum ve davranışlarına etkisini değerlendirmek amacıyla planlanıp yürütülmüştür. Çalışma Kasım 2016 - Haziran 2017 tarihleri arasında, yaş ortalaması $21,3 \pm 2,85$ yıl olan toplam 450 (51'i erkek, 399'u kadın) gönüllü öğrenci üzerinde yürütülmüştür. Araştırma verileri araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniğinin kullanıldığı bir anket formu ile elde edilmiştir. Bireylerin genel demografik özellikleri, beslenme alışkanlıkları ve sağlık bilgileri sorgulanmış; beslenme bilgi düzeyini belirlemek amacıyla "Genel Beslenme Bilgi Anketi" (GNKQ); sağlıklı yeme takıntısını belirlemek için "ORTO-15"; yeme tutum ve davranışlarını belirlemeye yönelik "Yeme Tutum Testi" (EAT-26) ve fiziksel aktivite durumunu belirlemek için 3 soruluk "fiziksel aktivite formu" uygulanmıştır. Öğrencilerin beslenme durumlarını saptamak için geriye dönük hatırlatma yöntemi ile 24 saatlik besin tüketim kaydı alınmış ve bazı antropometrik ölçümleri (boy uzunluğu, bel çevresi, kalça çevresi ve boyun çevresi ile vücut ağırlığı ve bileşimi) tekniğine uygun olarak araştırmacı tarafından yapılmıştır. Çalışma sonucunda öğrencilerin beden kütle indeksi değerleri erkek ve kadınlarda sırasıyla $24,5 \pm 4,12$ kg/m² ve $21,9 \pm 3,86$ kg/m² bulunmuştur. Erkeklerin ve kadınların beslenme bilgi puanı ortalamaları sırasıyla $69,8 \pm 21,56$ ve $81,5 \pm 18,76$ 'dır ($p < 0,05$). Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyanların beslenme bilgi puanı ortalamaları Fen ve Sosyal Bilimler Fakültesi'nde okuyanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p = 0,000$). Erkeklerin %52,9'unun, kadınların %38,3'ünün ortorektik eğilim gösterdiği; erkeklerin %15,7'si, kadınların %26,3'ünde yeme bozukluğu olduğu saptanmıştır. Bireylerin beslenme bilgi puanı arttıkça ORTO-15 puanı da artmakta ($r = 0,126$; $p = 0,007$), ortorektik eğilim olasılığı azalmaktadır. Bununla birlikte beslenme bilgi puanı arttıkça EAT-26 puanı azalmakta ($r = -0,111$; $p = 0,018$) ve yeme bozukluğu varlığı azalmaktadır. Ortorektik eğilimi olan ve yeme bozukluğu bulunan bireylerin günlük enerji (kcal) alımları ortorektik eğilimi olmayan ve yeme bozukluğu bulunmayan bireylerden anlamlı derecede düşük çıkmıştır ($p < 0,05$). Ayrıca çalışmada ortorektik eğilimi olan bireylerin posa (g), potasyum (mg) ve folat (mcg) alımlarının ortorektik eğilimi olmayan bireylerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Çalışmada beslenme bilgi puanı yüksek olan Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinde daha az ortorektik eğilim ve yeme davranış bozukluğu görüldüğü belirlenmiştir. Yeterli ve dengeli beslenme ile optimal beslenme bilgisinin okul öncesi eğitimden başlayarak bireylerin tüm eğitim-öğretim süreçlerinde ulusal politikalar çerçevesinde ilgili müfredat kapsamına alınması toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesinde son derece önemlidir.

Bilim Kodu : 1007
Anahtar Kelimeler : Beslenme bilgi puanı, yeme bozukluğu, ortoreksiya nervoza
Sayfa Adedi : 152
Danışman : Doç. Dr. Saniye BİLİCİ

EVALUATION OF EFFECT ON EATING ATTITUDE AND BEHAVIOURS WITH NUTRITION STATUS OF NUTRITION KNOWLEDGE LEVELS IN UNIVERSITY

STUDENTS

(M. Sc. Thesis)

Ayfer BEYAZ COŞKUN

GAZI UNIVERSITY

INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

September 2017

ABSTRACT

This study was planned and conducted to evaluate the effects of nutrition knowledge levels on eating attitudes and behaviors of university students aged 19 and over who are studying in different parts (Faculty of Health Sciences, Sciences and Social Sciences) of Gazi University. The study was conducted on a total of 450 volunteer students (51 male and 399 female) between November 2016 and June 2017 with a mean age of 21.3 ± 2.85 years. The data was obtained from a questionnaire form which the interviewer used personally face to face interview technique. Demographic characteristics, nutritional habits and health information of participants were questioned; "General Nutrition Information Questionnaire" (GNKQ) to determine nutritional information level; "Eating Attitude Test" (EAT-26) to determine eating attitudes and behaviors; "ORTO-15" to identify healthy eating obsession and "physical activity form" were applied to determine physical activity status. In order to determine the nutritional status of the students, a 24-hour recall intake record was taken and some anthropometric measurements were made by the researcher procedurally (waist, hip and neck circumference, height, body weight and composition). According to the study, BMI values of the students were found to be 24.5 ± 4.12 kg/m² and 21.9 ± 3.86 kg/m² in males and females respectively. The mean GNKQ scores 69.8 ± 21.56 for males and 81.5 ± 18.76 for females ($p < 0.05$). The mean GNKQ scores of those who study at Faculty of Health Sciences than Faculty of Sciences and Social Sciences was found to be statistically higher than those of other faculties ($p = 0.000$). 52.9% of males and 38.3% of females showed orthorectic tendency; 15.7% of males and 26.3% of females had eating disorders. As the GNKQ score of individuals increases, the ORTO-15 score increases ($r = 0.126$, $p = 0.007$), and reducing the probability of orthorexia tendency. In addition, as the GNKQ score increases, the EAT-26 score decreases ($r = -0.111$; $p = 0.018$). Daily energy intake of individuals with orthorectic tendency and eating disorders was significantly lower than those without orthorectic tendency and eating disorder. Also, it was found that the individuals with orthorectic tendency were significantly lower in the intake of fiber, potassium and folate than the individuals without orthorectic tendency ($p < 0.05$). In the study, it was determined that less orthorectic tendency and eating behavior disorder were observed in the students of Faculty of Health Sciences that high nutritional knowledge points. The teaching of adequate and balanced nutrition and the introduction of optimal nutrition knowledge in pre-school education and all education periods of individuals within the framework of national policies are of extremely importance in the protection and development of public health.

Science Code : 1007

Key Words : Nutrition knowledge score, eating disorder, orthorexia nervosa

Page Number : 152

Advisor : Assoc. Prof. Dr. Saniye BİLİCİ

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın planlanması ve yürütülmesinde bana yol gösteren, kıymetli vaktini, desteğini ve sabrını esirgemeyen tez danışmanım Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Saniye BİLİCİ'ye,

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde bulunan ve desteğini esirgemeyen bütün değerli hocalarıma ve araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Tez çalışmam esnasında desteklerini benden esirgemeyen sevgili arkadaşlarım Arş. Gör. Emine ELİBOL, Arş. Gör. Şehriban DUYAR ÖZER ve Arş. Gör. Elif ADANUR UZUNLAR'a,

Hayatım boyunca desteklerini hep hissettiğim ve her zaman yanımda olan canım ailem; sevgili babam Hayrettin BEYAZ, sevgili annem Ayşe BEYAZ ve sevgili kardeşlerim Ferhat BEYAZ ve Ömer Faruk BEYAZ'a,

Hayatıma girip sevgisini, sabrını, desteğini, yardımını ve sürprizlerini eksik etmeyen kıymetli eşim Emrah COŞKUN'a

Kalpten ve sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xiii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Yeme Davranışı	3
2.2. Yeme Davranışı Bozukluklarının Tanımı.....	4
2.3. Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi	5
2.4. Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi	5
2.5. Yeme Bozukluklarında Risk Faktörleri	6
2.6. Yeme Bozukluklarının Sınıflandırılması	7
2.6.1. Anoreksiya nervoza	7
2.6.2. Bulimiya nervoza.....	9
2.6.3. Ortoreksiya nervoza (Sağlıklı beslenme takıntısı).....	11
2.6.4. Tıkınırcasına yeme bozukluğu (Binge eating).....	18
2.6.5. Pika	19
2.6.6. Geri çıkarma bozukluğu (Ruminasyon / geviş getirme).....	20
2.6.7. Kaçırgan / kısıtlı besin alımı bozukluğu.....	20
2.6.8. Diğer tanımlanmış yeme bozuklukları (EDNOS / OSFED).....	21
2.6.9. Diğer tanımlanmamış yeme bozuklukları	23

	Sayfa
2.7. Yeme Bozukluklarının Komplikasyonları	26
2.8. Yeme Bozukluklarını Önlemede Temel Yaklaşımlar.....	26
2.8.1. Temel beslenme eğitimi	26
2.8.2. Yeme bozukluklarında tedavi yaklaşımları	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	31
3.1. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi	31
3.2. Araştırmanın Genel Planı.....	31
3.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi	32
3.3.1. Bireylerin demografik özellikleri ve sağlık bilgileri	32
3.3.2. Bireylerin beslenme alışkanlıkları	32
3.3.3. Besin tüketim durumunun değerlendirilmesi	32
3.3.4. Antropometrik ölçümler	33
3.3.5. Genel beslenme bilgi anketi (GNKQ)	34
3.3.6. ORTO-15 testi	35
3.3.7. Yeme tutum testi (EAT-26).....	35
3.3.8. Fiziksel aktivite durumu	35
3.4. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi	36
4. BULGULAR	37
4.1. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi	37
4.2. Bireylerin Genel Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi	38
4.3. Bireylerin Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi	44
4.4. Bireylerin Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi	49
4.5. Bireylerin Fiziksel Aktivite Durumlarına İlişkin Bilgilerin Değerlendirilmesi..	52
4.6. Bireylerin Beslenme Bilgi Puanları ile Yeme Tutum ve Davranışlarını Yansıtan Ölçeklere Göre Değerlendirilmesi.....	55
4.7. Bireylerin Besin Tüketim Durumlarının Değerlendirilmesi	62

	Sayfa
5. TARTIŞMA	81
5.1. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi	81
5.2. Bireylerin Genel Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi	82
5.3. Bireylerin Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi	84
5.4. Bireylerin Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi	86
5.5. Bireylerin Fiziksel Aktivite Durumlarına İlişkin Bilgilerin Değerlendirilmesi..	90
5.6. Bireylerin Beslenme Bilgi Puanları ile Yeme Tutum ve Davranışlarını Yansıtan Ölçeklere Göre Değerlendirilmesi.....	92
5.7. Bireylerin Besin Tüketim Durumlarının Değerlendirilmesi	99
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	103
KAYNAKLAR	111
EKLER.....	131
EK-1. Bilgilendirilmiş gönüllü onam formu.....	132
EK-2. Etik komisyon onayı.....	134
EK-3. Anket formu	137
ÖZGEÇMİŞ	151

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 2.1. DSM-V ve ICD-10'a göre AN tanı kriterleri	8
Çizelge 2.2. DSM-V ve ICD-10'a göre BN tanı kriterleri	10
Çizelge 2.3. DSM-IV ve DSM-V'e göre tıknırcasına yeme bozukluğu tanı kriterleri	19
Çizelge 2.4. Yeniden beslenme sendromu riski taşıyan hastalar için beslenme düzeni	28
Çizelge 2.5. Yeme bozukluğu olan bireyler için diyetisyenlerin görev ve sorumlulukları	29
Çizelge 4.1. Bireylere ait genel bilgilerin dağılımı.....	37
Çizelge 4.2. Bireylerin yaş ve toplam eğitim süresi ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve interquartilerange (IQR) değerleri	38
Çizelge 4.3. Bireylerin okudukları bölümlere göre sağlık durumlarının dağılımı	39
Çizelge 4.4. Bireylerin cinsiyete ve okudukları bölümlere göre sağlık konusundaki bilgileri ve diyet yapma durumlarının dağılımı	41
Çizelge 4.5. Bireylerin okudukları bölümlere göre sağlık ve beslenme hakkında bilgi edindikleri kaynakların dağılımı	42
Çizelge 4.6. Bireylerin cinsiyete ve okudukları bölümlere göre sigara ve alkol kullanma durumlarının dağılımı	43
Çizelge 4.7. Sigara ve alkol kullanan bireylerin cinsiyete göre alkol ve sigara tüketim miktarlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri	43
Çizelge 4.8. Bireylerin uyku sürelerinin cinsiyete göre dağılımı	44
Çizelge 4.9. Bireylerin okudukları bölümlere göre ana ve ara öğün sayısı ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri	45
Çizelge 4.10. Bireylerin cinsiyete ve okudukları bölümlere göre öğün tüketim durumlarının dağılımı	46
Çizelge 4.11. Bireylerin cinsiyete göre son 1 ayda ev dışı beslenme alışkanlıklarının dağılımı	48
Çizelge 4.12. Bireylerin cinsiyete göre antropometrik ölçümlerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri	49

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.13. Bireylerin cinsiyete ve okudukları bölümlere göre BKİ sınıflaması ve bazı antropometrik ölçümlerinin dağılımı	51
Çizelge 4.14. Bireylerin vücut imajlarını tanımlama durumlarının cinsiyete göre dağılımı.....	52
Çizelge 4.15. Bireylerin okudukları bölümlere göre fiziksel aktivite yapma durumlarının dağılımı.....	54
Çizelge 4.16. Bireylerin cinsiyete ve bölümlere göre beslenme bilgi puanı alt bileşenleri ve toplam skoru, ORTO-15, EAT-26 ve fiziksel aktivite ölçek puanlarının dağılımı	57
Çizelge 4.17. Bireylerin cinsiyet ve okudukları bölümlere göre ortorektik eğilim ve yeme davranış bozukluğu durumlarının dağılımı.....	59
Çizelge 4.18. Bireylerin cinsiyet ve BKİ'ye göre ortorektik eğilim ve yeme davranış bozukluğu durumlarının dağılımı	59
Çizelge 4.19. Bireylerin ORTO-15, EAT-26, fiziksel aktivite puanı, BKİ ve beslenme bilgi puanları arasındaki ilişki	61
Çizelge 4.20. Bireylerin cinsiyet ve okudukları bölümlere göre günlük diyetle aldıkları enerji ve makro besin öğelerinin ortalama ($\bar{x}$) , standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri	64
Çizelge 4.21. Bireylerin cinsiyet ve okudukları bölümlere göre günlük diyetle aldıkları mikro besin öğelerinin ortalama ($\bar{x}$) , standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri	67
Çizelge 4.22. Bireylerin cinsiyet ve okudukları bölümlere göre günlük enerji ve besin öğeleri alımlarının DRI'ya göre karşılama yüzdesi (%)	72
Çizelge 4.23. Bireylerin cinsiyet ve okudukları bölümlere göre günlük sıvı tüketim durumlarının ortalama ($\bar{x}$) , standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri.....	76
Çizelge 4.24. Bireylerin Sağlıklı yeme takıntısı (ORTO-15) ve yeme tutum envanteri (EAT-26) sonucuna göre günlük alınan enerji, bazı mikro besin öğeleri ve sıvı tüketiminin ortalama, standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri.....	78

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 2.1. Lezzetli yiyecekler veya yiyeceklerle ilişkili verilecek tepkilerde insan beyninin aktive edilen bölgeleri	3
Şekil 2.2. Yeme bozukluklarına neden olan risk faktörleri	7
Şekil 2.3. Ortoreksiya nervoza, anoreksiya nervoza ve obsesif kompulsif bozukluğun (OKB) benzer ve farklı özellikleri	12

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler	Açıklamalar
cm	Santimetre
dk	Dakika
F	Anova test istatistik değeri
g	Gram
IQR	İnterquartilerange
kg	Kilogram
kcal	Kilokalori
M	Medyan
m²	Metrekare
mcg	Mikrogram
mg	Miligram
mL	Mililitre
mmol	Milimol
n	Katılımcı sayısı
p	Anlamlılık düzeyi
r	Korelasyon katsayısı
S	Sayı
SS	Standart sapma
Z	Mann-Whitney U testi
%	Yüzde
χ^2	Kikare
$\bar{x}$	Ortalama

Kısaltmalar	Açıklamalar
ADA	Amerikan Diyetetik Birliği, American Dietetic Association

Kısaltmalar**Açıklamalar**

AN	Anoreksiya nervoza
AND	Beslenme ve Diyetetik Akademisi, Academy of Nutrition and Dietetics
APA	Amerikan Psikiyatri Birliği, American Psychiatric Association
BBP	Beslenme bilgi puanı
BEBİS	Beslenme Bilgi Sistemleri
BKİ	Beden Kütle İndeksi
BMH	Bazal Metabolizma Hızı
BN	Bulimiya nervoza
ÇDYA	Çoklu doymamış yağ asitleri
DRI	Diyetle Referans Alım Düzeyi, Dietary Reference Intakes
DSM	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü, World Health Organization
EAT-26	Yeme Tutum Testi – 26, Eating Attitudes Test – 26
EDNOS	Diğer tanımlanmamış yeme bozuklukları, Eating Disorder Not Otherwise Specified
FF	Fen Fakültesi
GNKQ	Genel Beslenme Bilgi Anketi, General Nutrition Knowledge Questionnaire
ICD	Hastalık ve İlgili Sağlık Problemlerinin Uluslararası Sınıflandırılması, Classification of Mental and Behavioural Disorders
NEDA	Ulusal Yeme Bozukluğu Derneği, National Eating Disorders Association
NSF	Ulusal Uyku Birliği, National Sleep Foundation
OKB	Obsesif kompulsif bozukluk
ON	Ortoreksiya nervoza
SBF	Sağlık Bilimleri Fakültesi

Kısaltmalar**Açıklamalar****SoBF**

Sosyal Bilimler Fakültesi

SPSS

İstatistik Paket Programı

TBSA

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması

TDYA

Tekli doymamış yağ asitleri

TE

Toplam enerji

TNSA

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TOAD

Türkiye Obezite Araştırma Derneği

TÜİK

Türkiye İstatistik Programı

UIYB

Uykuyla ilişkili yeme bozukluğu

YB

Yeme bozukluğu

1. GİRİŞ

Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde yeterli ve dengeli beslenme ile yaşam boyu süregelen beslenme alışkanlıkları en önemli faktörler arasındadır. Beslenme alışkanlıklarının oluşmasındaki temel faktörler ise bireysel besin tercihleri, ebeveynlerin yemek tercihleri, ailenin yemek biçimi ve giderek belirgin hale gelen medya etkileri ve sosyal normlardır [1].

Bireylerin erken yaşlarda kazanacağı beslenme davranış ve alışkanlıkları besin çeşitliliği durumuna göre besin seçiminde, sağlığın sürdürülebilirliğinde ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinde önemli rol oynamaktadır [2]. Bireylerin yeme davranışlarını etkileyen birçok etmen bulunmaktadır. Bireyin yeme davranışını etkileyen en önemli çevresel faktörler aile, arkadaşlar ve yakın çevre iken, bireysel faktörler ise inanç, davranış, özsaygı, öğün ve atıştırma alışkanlıkları, bilgi/egitim düzeyi, biyolojik faktörler ve ağırlık kontrolü davranışlarıdır [3].

Yeme bozuklukları genellikle ergen kızlar ve genç yetişkin kadınlarda fiziksel ve psikososyal morbiditenin önemli bir nedenidir. Yeme bozukluğu; beslenme alışkanlıkları ve vücut ağırlığını kontrol davranışlarında bozulma ile kendini göstermektedir. Nedeni karmaşık ve çok iyi anlaşılamamıştır. Genetik bir yatkınlık ve/veya çevresel risk faktörleri bu hastalığın oluşumuna zemin hazırlamaktadır [4]. Yeme bozuklukları riski, belirli bir vücut ağırlığında kalması gereken mankenler, jimnastikçiler ve dansçılar arasında daha fazla görülebilmektedir [5].

Beslenme ve yeme bozukluklarının sınıflandırılması ve tanı kriterleri için genellikle Amerikan Psikiyatri Derneği'nin (APA) yayınladığı "Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı" olan DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) kriterleri ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yayınladığı "Hastalık ve İlgili Sağlık Problemlerinin Uluslararası Sınıflandırılması" olan ICD (Classification of Mental and Behavioural Disorders) kriterleri kullanılmaktadır [6, 7].

Zihinsel bir bozukluk olarak tanımlanmayan ortoreksiya nervoza (ON) DSM-IV ve DSM-V kriterlerine göre yeme bozuklukları arasında değerlendirilmemektedir [8]. Sağlıklı beslenme

konusunda obsesif sabitleşme olarak nitelendirilen ON, başlangıçta bir hastalığın tedavisi veya önlenmesi, vücut ağırlık kaybı veya kötü beslenme alışkanlıklarından kurtulma gibi düşüncelerle başlamakta ve zamanla saplantı haline gelebilmektedir. Bu da besinin planlama, satın alma ve hazırlamasına; yemek üzerine harcanan vaktin artmasına ve bireyin besin ve beslenme meşguliyetinin sosyal yaşantısını da etkilemesine neden olmaktadır [9]. Özellikle beslenme bilgi düzeyi yüksek olan ve sağlık eğitimi alan hekimler, diyetisyenler, tıp fakültesi öğrencilerinde, mankenler ve dansçılar gibi meslek gruplarında ON'ya eğilimin arttığı gözlenmektedir [5, 10-12].

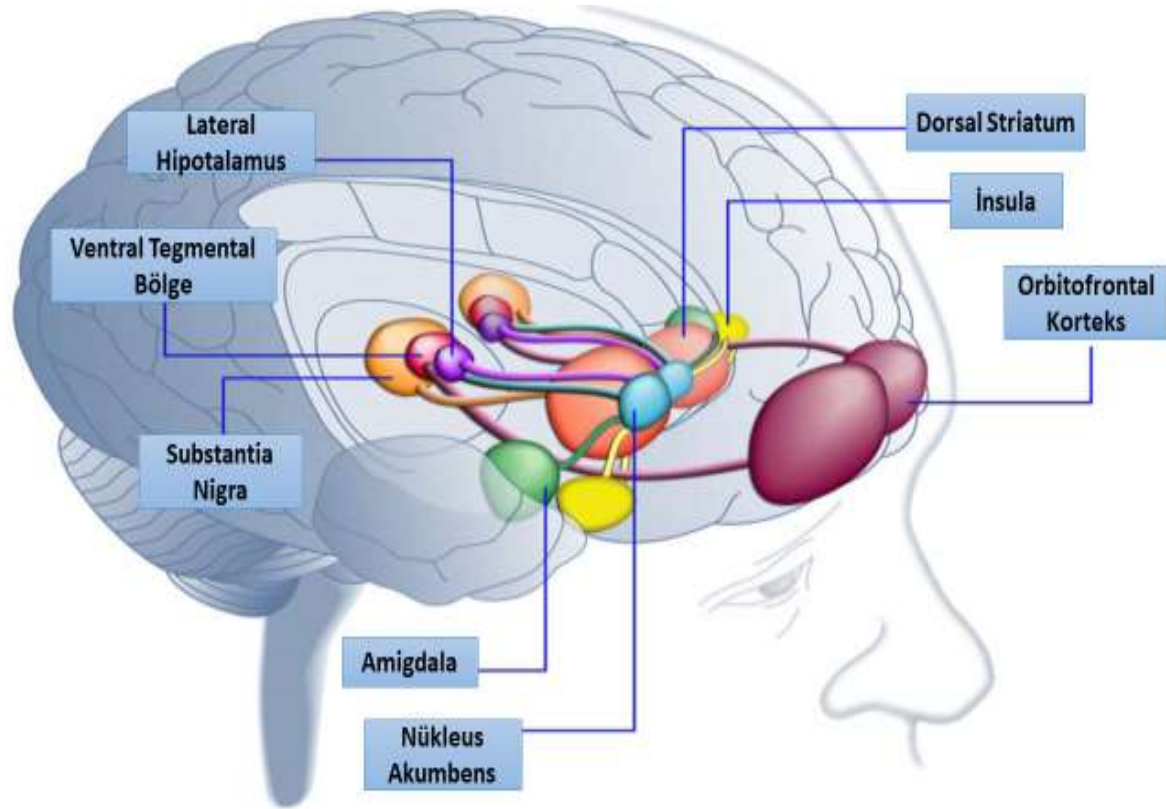
Yeme bozukluklarının önlenmesi için gerekli beslenme eğitimi, doğru beslenme alışkanlıklarının şekillenmesi ve ortorektik davranışlara neden olmasını engelleyecek şekilde beslenme bilgisinin kazandırılması son derece önemlidir [13]. Hayatın her döneminde olduğu gibi özellikle bireylerin temel beslenme eğitimlerini aldıkları ve çevre ve arkadaşlarından etkilendikleri okul yılları hayat boyu devam edecek beslenme alışkanlıklarının kazanıldığı kritik dönemlerdir. Bu nedenle eğitim-öğretim yıllarında verilecek olan beslenme eğitimi, öğrencilerin sağlıklı beslenme ve yaşam tarzı alışkanlıklarının edinilmesinde büyük öneme sahiptir [14, 15].

Üniversite öğrencileri bir yandan bilinç düzeyinin arttığı ve otokontrolün sağlanabildiği bir dönem olması öte yandan psikososyal ve ekonomik zorlanmalardan dolayı yeme bozukluğu için riskli bir gruptur ve bu konu ile ilgili koruyucu tedbirlerin alınması şarttır [16]. Doğru beslenme bilgisinin edinilmesi ise bireylerin sağlık ve başarı durumunu etkilediği ve gelecek kuşaklara iyi, güvenilir ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları aktarabilmesi yönünden önem taşımaktadır [17]. Bu nedenle, bu çalışma üniversite öğrencilerinde beslenme bilgi düzeylerinin beslenme durumu ile yeme tutum ve davranışlarına etkisini değerlendirmek amacıyla planlanıp yürütülmüştür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yeme Davranışı

Yemek yeme, davranışları kısmen destekleyen beyin bölgeleri tarafından regüle edilmektedir [18]. Aşırı yeme ve yetersiz beslenmedeki yeme bozukluklarını anlamak için yeme davranışı ile ilgili nörobilimdeki gelişmeler umut verici durumdadır. Lezzetli yiyecekler veya yiyeceklerle ilişkili verilecek tepkilerde insan beyninin aktive edilen bölgeleri Şekil 2.1’de gösterilmiştir [19].



Şekil 2.1. Lezzetli yiyecekler veya yiyeceklerle ilişkili verilecek tepkilerde insan beyninin aktive edilen bölgeleri [19]

Beynin ödülle ilgili bölümleri enerji dengesinin hormonal regülatörleri ile uyumlu çalışmaktadır. Ventral tegmental bölge ve substantia nigrayı içeren orta beyin bölgeleri, anterior cingulate cortex, insula ve striatum besine yanıt olarak ödülü temsil etmede aktiftirler [19]. Lezzetli besinlerin aşırı miktarda yenmesi durumunda ödül ile ilgili beyin

bölgelerinde dopamin, asetilkolin ve opioid sistemlerde değişiklikler meydana gelmektedir [18].

İnsan beyninin besin uyaranlarına duyarlılığı yüksektir. Bu yüksek duyarlılık, her an her yerde besin uyaranlarının bulunması ile birleştiğinde obeziteye veya kilo alımına engel olmak için karşıt davranışlara neden olabilmektedir. Özellikle dürtü ile ilgili beyin bölgesi olan sağ orbitofrontal cortexin aktivasyonu, daha önceden deneyimlenen “besin arzusu” ve “açlık” duygusu oluştuğunda besinleri temin etme güdüsünün temelini oluşturmaktadır [20]. Yeme bozukluğu (YB) ise açlık ve tokluk sinyallerinin bozulması ile karakterize bir durumdur [21].

2.2. Yeme Davranışı Bozukluklarının Tanımı

Yemek yemek temel biyolojik ihtiyaçları karşılamakta ve yaşamı desteklemektedir. Yeme ile ilgili korku ve güvensizlik, yeme bozukluklarına ve besin ile ilgili endişelere neden olabilmektedir [21]. Yeme bozuklukları, aşırı veya yetersiz besin alımını kapsayan, ruhsal etkilerle oluşan ve fiziksel sonuçlara neden olup yaygın ve ölümcül olabilen bir hastalık, psikiyatrik bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır [22, 23]. Diğer bir deyişle yeme davranışı bozuklukları bireyin vücut ağırlığından bağımsız olarak yaşamı tehdit eden tıbbi ve psikiyatrik morbidite ve mortaliteye sahip ciddi mental rahatsızlıklar olarak ifade edilmektedir [24].

Bireylerin estetik görünümü önemsemeleri ve vücudunun gelişimi ve özellikle kadınlar arasında “güzel görünmek” ile “zayıf olmak” birbiriyle bağdaştırıldığı için uygulanan yanlış diyetler ve bilinçsiz beslenme tarzları anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza gibi yeme davranış bozukluklarına neden olmaktadır [25]. Yeme tutum ve davranışları zamanla normun dışına çıkıp bazen ideal benlik algısının zayıflık üzerinde bazende vücut ağırlığı üzerinde şekillendiği bir davranış biçimi haline gelmektedir [26].

Yemek yeme tutum ve davranışı bir bireyin fiziksel gelişiminin, kişiliğinin ve sağlığının temelini oluşturmaktadır [27]. Beslenme alışkanlıklarının oluşmasında aile, yakın çevre ve arkadaşlar gibi çevresel faktörler ile inançlar, özsaygı, ağırlık kontrol davranışları, beslenme konusundaki bilgi düzeyi ve öğün örüntüleri gibi bireysel faktörler de etki etmektedir [3].

Beslenme davranışının patolojik bir boyuta ulaşması ve günümüzde üzerinde en çok çalışılan konulardan biri haline gelmesinin en önemli nedenlerinden birisi de beslenme konusundaki bilgi yetersizliği ve yazılı ve görsel basındaki bilgi kirliliğidir [28].

Yeme davranış bozuklukları, yaşam kalitesinde düşüklük ile ev, iş, kişisel ve sosyal yaşam ve ekonomik maliyeti etkilemektedir. Yeme bozuklukları özellikle anksiyete bozukluğu ve depresyonu içeren diğer sağlık problemleri ile birlikte ortaya çıkabilmektedir [29]. Yeme bozukluklarında, bireylerin beden algısı ve yeme tutum ve davranışları bozulmaktadır. Bireyler besin alımlarını kısıtlayabilmekte, kusma, laksatif, diüretik gibi nedeni temizlemeye yönelik uygulamalar yapabilmekte veya aşırı egzersiz yapma gibi davranışlar sergileyebilmektedirler [30]. Sosyal, biyolojik ve psikolojik süreçlerin tamamı yeme bozukluğunun meydana gelmesinde rol oynamaktadır. Yeme bozukluğu sebebinin anlaşılması ve tedavisinin zor olduğu bir süreç olarak belirtilmektedir [4].

2.3. Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi

Yeme bozuklukları her yıl Amerika’ da yaklaşık 5 milyon kişiyi etkilemektedir [31]. Yeme bozukluklarının büyük çoğunluğu 25 yaş altı bireylerde görülmektedir. Yeme bozukluğuna sahip bireylerin %5-10’unu erkekler ve erkeklerin 5-20 katı kadarını ise kadınlar oluşturmaktadır [5]. Genç kadınların yaklaşık %10’unda yeme bozuklukları mevcuttur [32]. DSM-IV ve DSM-V kriterleri karşılaştırıldığında diğer tanımlanmış yeme bozuklukları (EDNOS) oranının %47,6’dan %39,0’a düştüğü, anoreksiya nervozanın %29,6’dan %33,5’e ve bulimiya nervozanın ise %22,7’den %24,7’ye çıktığı belirtilmiştir [33]. Yeme bozukluklarının prevalansı genellikle tahmine dayalı belirlenmektedir. Bireylerin bilgi vermek istemedikleri ve yeme bozuklukları için uygulanan katı tanı ölçütlerini karşılayamadıklarından asıl yaygınlığın daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir [21].

2.4. Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi

Yeme bozuklukları oluşum nedenleri karmaşık, tedavisinde zorluklarla karşılaşılan, erken yaşlarda başlayıp uzun süren önemli bir hastalıktır [34]. Yeme bozukluklarının etiyolojisi tam olarak anlaşılamamakla birlikte genetik, sosyo-kültürel, cinsiyet, aile ve psikolojik faktörler gibi etkenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir [32]. Çekici ve zayıf olmayla ilgili

sosyal baskılar, sosyoekonomik düzey, yiyeceklerin stres ile başa çıkma aracı olarak kullanılması, cinsel istismar, genetik yatkınlık, güzellik ölçütleri, etnik köken, aşırı talepkar, mükemmeliyetçi ve müdahil olan aileler ve travmalar YB nedenleri arasında sıralanmaktadır [35].

Tüm yeme bozukluklarında genetik kalıtsallık ve aile öyküsü sıklığı artmaktadır [29]. Aile ve ikiz çalışmalarında YB gelişiminde ailesel bir yatkınlık olduğuna dair işaret edilmektedir [36]. Ebeveynlerin kendi vücut şekillerine olan yaklaşımları çok önemlidir. Çocuk rol model olarak ebeveyn ve genellikle büyük kardeşi görmektedir. Yeme davranış bozukluğu olan ebeveynler çocukların yeme davranışlarına da etki etmektedirler [37]. Aile ortamında normalinden fazla eğitimin öneminin vurgulanması, kendilerini başkalarıyla kıyaslama davranışlarının var olması gibi faktörler anoreksiya nervoza (AN) için hastaneye yatırılma kriterlerinden biri olarak görülürken bulimiya nervozada (BN) ise bireylerde onaylanma ihtiyacının fazla olması ve depresyon göz önünde bulundurulmaktadır [38].

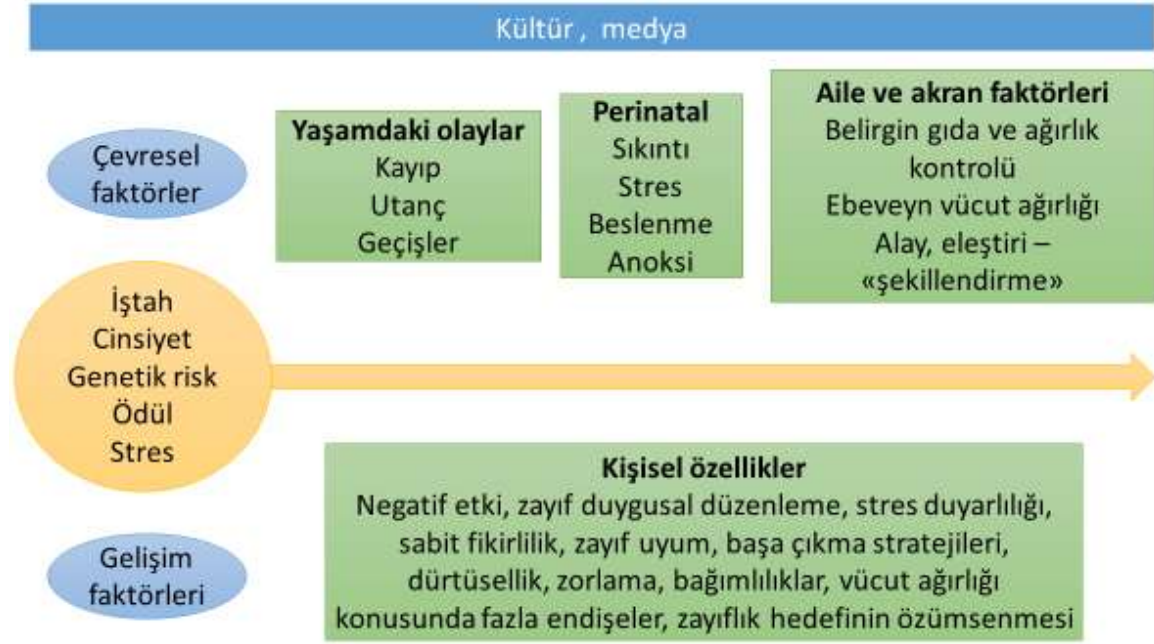
Sosyal baskılar, günümüzde güzellik ölçütlerindeki değişimler, medya etkileri gibi etmenler de özellikle kadınlarda artan YB nedenleri arasındadır. Kadınlar için sürekli olarak sinema, televizyon programları ve magazinde zayıflık empoze edilmekte, kadınlar zayıf olmaya daha çok özendirilmektedir. Televizyon reklamları özellikle kadınlarda vücut memnuniyetsizliği ve yeme bozukluğuna eğilimi artırmaktadır [39].

Negatif duygusallık ve mükemmeliyetçilik gibi kişilik faktörleri yeme bozukluklarının gelişimini tetiklemektedir. Bu faktörler zayıf olma idealinin benimsenme duyarlılığını artırarak veya akran seçimini etkileyerek dolaylı olarak yeme bozukluğuna neden olabilmektedir. Psikososyal risk faktörlerini belirleme, yeme bozukluklarını başlamadan önlemede bir strateji olarak değerlendirilmektedir [40].

2.5. Yeme Bozukluklarında Risk Faktörleri

Yeme bozukluklarına neden olan ve yeme bozukluğunun devam etmesini sağlayan risk faktörleri Şekil 2.2’de gösterilmiştir. Yaşamdaki olaylar, perinatal ve aile ve akran faktörleri gibi çevresel faktörler, kültür, medya, gelişimsel faktörler, iştah, cinsiyet, genetik risk, ödül ve stres gibi faktörler yeme bozukluklarına neden olmaktadır [32]. Bozulmuş sosyal ilişkiler,

14 yaşından önce diyet yapmaya başlama, mükemmelliyetçilik, erken matürasyon, depresyon, karşı cinsle arkadaşlığa başlama, yalnızlık veya kızgınlık, cinsel veya fiziksel istismar hikayesi ve kültürel normlar yeme bozukluklarına sebep olan risk faktörleri arasındadır [22, 25].



Şekil 2.2. Yeme bozukluklarına neden olan risk faktörleri [32]

2.6. Yeme Bozukluklarının Sınıflandırılması

Yeme bozukluklarını DSM-V kriterleri; anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu, pika, geri çıkarma, kaçırğan/kısıtlı yeme bozukluğu, diğer tanımlanmış yeme bozuklukları ve tanımlanmamış yeme bozuklukları olmak üzere 8 başlık altında sınıflandırmaktadır [6, 41].

2.6.1. Anoreksiya nervoza

Anoreksiya nervoza (AN) kelime olarak nörotik iştah kaybı anlamına gelen bir terimdir [42]. Anoreksiya nervoza, besin kısıtlaması veya fazla kusma davranışı ile aşırı kalori kısıtlaması sonucu vücut ağırlığı artışı korkusu, vücut görünüş bozukluğu, yetersiz besin alımı, kadınlarda amenore ve patolojik bir vücut ağırlığı kaybı ile karakterize olan psikiyatrik bir

hastalıktır [43, 44]. Anoreksiya nervozalı bireyler şekil ve vücut ağırlığı kontrolüne aşırı önem verirler ve genellikle kötü bir vücut görüntüsü algısına sahiptirler. Bu bireylerin inanç ve algıları sürekli olarak zayıf görünmeyi sürdürmek ve vücut ağırlığı kaybını amaçlamak yönündedir [45]. Anoreksiya nervoza hastalığına sahip bireylerin bazıları kalori içerdiğini düşünerek ve dehidrasyonla vücut ağırlığı kaybı oluşturmaya çalışarak su alımını kısıtlamakta, bazıları ise aşırı miktarda su içebilmektedir [46].

Yaşam boyu bu hastalığı kronik olarak sürdüren kadınların prevalansı %2.2'dir. Anoreksiya nervozalı bireylerin %10'unu ise erkek bireyler oluşturmaktadır [47].

Vücut ağırlığının ölçüt alınmasının AN teşhisinde sorun teşkil ettiği kanıtlanmıştır [42]. Tanı koyabilmeye yardımcı olan DSM-V ve ICD-10 kriterleri Çizelge 2.1'de belirtilmiştir [6, 7].

Çizelge 2.1. DSM-V ve ICD-10'a göre AN tanı kriterleri

DSM-V'e göre AN tanı kriterleri [6]
- Enerji alımının sürekli olarak kısıtlanması fiziksel sağlık, gelişimsel eğri, yaş ve cinsiyet açısından önemli ölçüde düşük vücut ağırlığına yol açması, - Çok düşük vücut ağırlığına sahip olunsu bile sürekli olarak ağırlığa müdahale etme davranışı, kilo alma veya şişman olmanın yoğun korkusunun yaşanması, - Kişinin vücut ağırlığını veya şeklini görmedeki rahatsızlık, mevcut düşük vücut ağırlığını kabul etmedeki sürekli eksiklik veya kendini değerlendirmede vücut şeklinin ve ağırlığının aşırı etkisinin bulunması.
ICD-10'a göre AN tanı kriterleri [7]
- Normal veya yaş ve boy için ideal vücut ağırlığının en az %15'in altında olması ile vücut ağırlığı kaybı veya çocuklarda ağırlık kazanımı eksikliğinin varlığı, - Vücut ağırlığı kaybının şişmanlatan yiyeceklerden kaçınarak kendiliğinden tetiklenmesi, - Bireyde kendiliğinden uygulamaya konulmuş düşük ağırlıkta olma eğilimine neden olan aşırı yağlanma korkusu ile çok şişman olduğu algısının bulunması, - Hipotalamik-pitüiter-gonadal eksen kapsayan yaygın bir endokrin bozukluk, kadında amenore ve erkeklerde cinsel ilgi ve güç kaybı olarak ortaya çıkması.

Anoreksiya nervoza etiyolojisi çok çeşitli olabilmekle birlikte genellikle genetik, mükemmeliyetçi ve kompulsif kişilik özellikleri, anksiyete, depresyon, aile öyküsü, obezite, akran ve kültürel baskılar olarak belirtilmektedir [48].

Anoreksiya nervozanın kısıtlayıcı tip ve tıknırcasına yeme tipi şeklinde iki farklı türü vardır. Kısıtlayıcı tip AN olan hastalar yüksek yağlı ve yüksek enerji yoğunluklu yiyeceklere karşı isteksizlik göstermektedirler [43]. Aşırı yemek yeme veya çıkarma davranışı (kendinden kaynaklı kusma veya laksatif, diüretik veya lavmanların yanlış kullanımı) görülmemektedir [48]. Kısıtlayıcı tip AN'lı hastaların vücut yağ içeriği tıknırcasına yeme/çıkarma tipi AN'lı hastalara göre daha şiddetli bir şekilde azalmaktadır [49]. Tıknırcasına yeme/çıkarma tip AN'lı hastalar ise tıknırcasına yeme ve/veya çıkarma ile kombine olan besin alımının azaltılması şeklinde hareket ederler [49].

Anoreksiya nervozalı bireylerde kardiyak sıkıntılar, hipokalemi, hiponatremi, hipogonadotropik hipogonadizm, osteopeni, osteoporoz, gecikmiş gastrik boşalma, yüksek kortizol seviyesi, düşük leptin ve oksitosin seviyesi, hematolojik sıkıntılar, saç kaybı, hiperkarotenemi, diş minesini kaybı, hipofosfatemi gibi komplikasyonlar görülebilmektedir [42, 47].

Anorektik bireyler enerji gereksinimlerini karşılayamadıkları için vücut ağırlığı ve vücut yağında önemli ölçüde azalmalar gözlenir. Bu yüzden anoreksiya nervozanın tedavisinde normal vücut ağırlığı ve normal vücut yağının geri kazanımı temel stratejidir. Her iki hedefin birlikte sağlanması YB psikopatolojisi, psikolojik sıkıntı ve metabolik belirteçlerin iyileştirilmesi üzerinde klinik öneme sahiptir [50].

2.6.2. Bulimiya nervoza

Bulimiya nervozanın (BN) temel tanısal özelliği tekrarlayan aşırı beslenme atakları ve ardından vücut ağırlığı artışını engellemek için telafi edici yöntemlere başvurulması durumudur. Telafi edici davranışların en yaygını kusma, laksatiflerin yanlış kullanımı, aşırı egzersiz veya besin alımının kısıtlanması şeklinde de olabilmektedir [51].

Bulimiya nervozanın genç kızlardaki prevalansı %1-1,5 arasında olduğu, bu oranın genç yetişkinlerde daha yüksek olduğu ve kadınlarda erkeklerden 10 kat daha fazla rastlandığı belirtilmiştir [6].

Bulimiya nervoza tanısı DSM-V ve ICD-10 kriterlerine göre belirlenmektedir. Tanı kriterleri Çizelge 2.2’de belirtilmiştir [6, 7].

Çizelge 2.2. DSM-V ve ICD-10’a göre BN tanı kriterleri

DSM-V’e göre BN tanı kriterleri [6]
• Yineleyici tıkinma ataklarının bulunması; ✓ Belirli bir zaman döneminde (örneğin; 2 saat içinde) aynı zaman ve koşullarda çoğu insanın yiyebileceğinden belirgin olarak fazla miktarda yeme ✓ Atak sırasında yemeyi kontrol edememe duygusu (örneğin; yemeyi durduramayacağı veya ne / ne kadar yediğini kontrol edememe duygusu) • Kilo almayı önlemek için yineleyici, uygunsuz telafi davranışının bulunması (örneğin; kendini zorlayarak kusma, diüretik, laksatif, diğer ilaçları kötüye kullanma, aşırı egzersiz ve oruç tutma), • Tıkinma ve uygunsuz telafi davranışlarının her ikisinin üç ay içinde haftada ortalama en az iki kere ortaya çıkması, • Kendine verilen değerin, beden biçimi ve ağırlıktan etkilenmesi, • Bozukluğun sadece AN atakları sırasında ortaya çıkmaması durumunda BN tanısı konabilmektedir.
ICD-10’a göre BN tanı kriterleri [7]
• Yeme ile takıntılı uğraş ve karşı konulamayan yeme isteği, kısa sürede fazla miktarda (3 aylık sürede en az 2 kez) yeme nöbetlerinin bulunması, • Yiyeceklerin kilo aldırıcı etkisini ortadan kaldırmak amaçlı kusma, laksatif kullanma, farklı sürelerde aç kalma, tiroit preparatları, diüretik kullanımı veya iştah baskılayıcı ilaçlara başvurma durumu, diyabetik hastalarda BN ortaya çıktığında insülin tedavisini ihmal edebilmesi, • Çok ciddi şişmanlama korkusu nedeniyle yaş ve vücut ağırlığı açısından uygun veya sağlıklı olandan çok daha düşük bir vücut ağırlığının hedeflenmesi. • Hastanın öyküsünde her zaman olmamakla birlikte sıklıkla AN döneminin varlığı ile BN tanısı konulabilmektedir.

Bulimiya nervoza da dahil olmak üzere yeme bozukluğu anormal nörotransmitter sistem (serotonin ve dopamin) ile ilişkilendirilmektedir. Ayrıca ghrelin, leptin ve oksitosinin rolünün olduğu, genetik etkinin de bulunduğu belirtilmektedir [52].

Bulimiya nervozada hipotalamik-pituiter-gonadal eksenini kapsayan yaygın bir endokrin bozukluk oluşarak, kadında amenore ve erkekte cinsel ilgi ve güç kaybı ortaya çıkmaktadır. Bu hastalarda ödem, diş eti hastalığı ve diş minesini erozyonu, parotis tükürük bezi genişlemesi, normalin altında olmayan ağırlık dalgalanmaları, eller veya parmaklarda yara veya nasır gözlemlenmektedir [52].

Bulimiya nervoza 2 farklı şekilde görülmektedir. Bulimiya rahatsızlığı bulunan çoğu kişide düzenli olarak kendini kusturma türü mevcuttur. Bireyler düzenli olarak kendilerini kusturur

veya laksatif, diüretik veya lavman kullanırlar. Aşırı egzersiz ve kendini aç bırakma türünde ise bireyler aşırı egzersiz veya açlık gibi bulimik episodlar için uygunsuz yöntemler denemektedirler. Bu tip BN’de kendini kusturma gibi arındırma şekli düzenli olarak kullanılmamaktadır [53].

Bulimiya nervoza tedavisinde ilaç kullanımı (özellikle antidepresanlar) ve psikoterapi uygulaması yapılmaktadır. Tedavi için diyet temel bakım olarak değil alternatif model olarak değerlendirilmektedir [54]. Başka bir öneri ise bulimiya nervozanın etkili tedavisi için vücut şekli ve ağırlığı üzerine yersiz endişeler, yiyecek alımı konusundaki tutumlar ve yeme davranışı modifikasyonu gerektiği yönünde belirtilmektedir [55].

2.6.3. Ortoreksiya nervoza (Sağlıklı beslenme takıntısı)

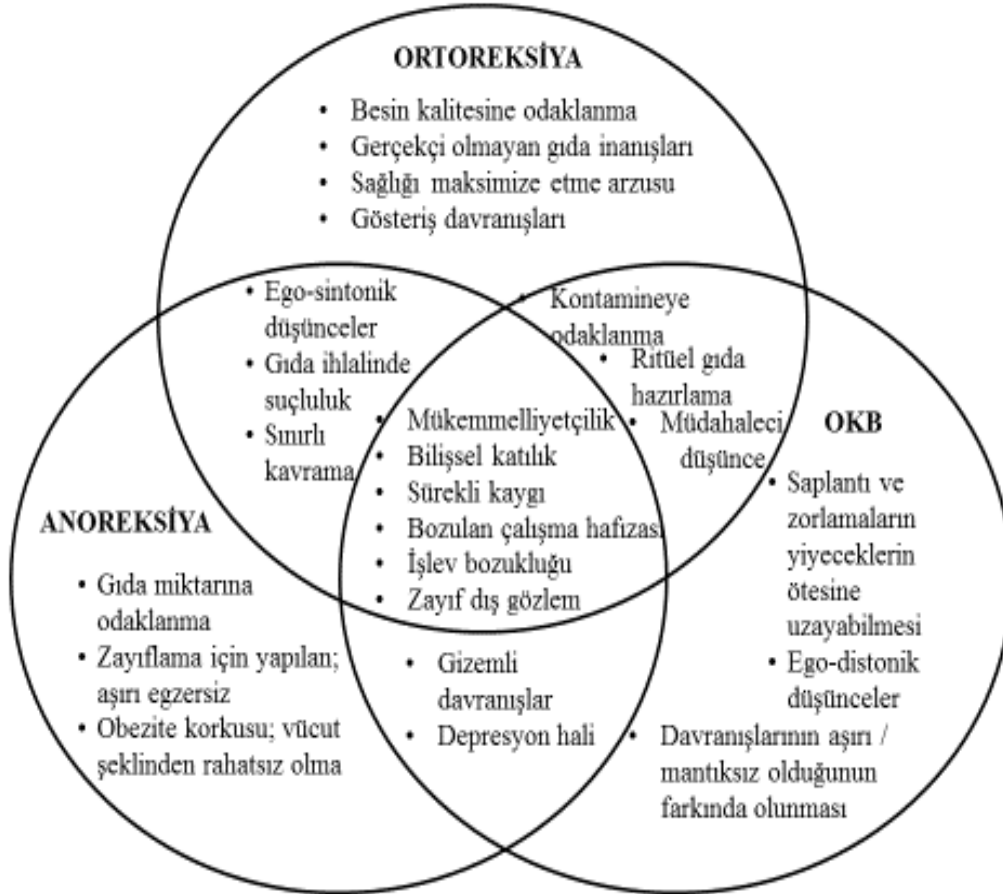
Ortoreksiya nervoza (ON) ilk kez 1997’de Bratman tarafından tanımlanmıştır ve diğer tanımlanmamış yeme bozuklukları sınıflamasında değerlendirilmektedir. Terimsel olarak sağlıklı yiyecek takıntısı ve düzgün beslenme anlamına gelen orthos (doğru) ve orexis (iştah) kelimelerinin birleşimidir. Bu bireyler bağımlılık derecesinde aşırı düzeyde sağlıklı besinlerle meşgul olmaktadır [56]. Bu hastalar için sağlıklı olma ve besinsel değer; yemeğin tadı ve yemekten zevk almaktan daha önemlidir [57].

Ortorektik bireylerde sağlıklı besin olarak kabul edilen şeyleri yeme zorunluluğu sıkı bir diyet uygulanmasına ve vejetaryanlığa, çiğ besinler, makrobiyotikler veya sadece meyve tüketen şeklinde kalıplaşmış yeme davranışlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bileşimi veya hazırlanması nedeniyle farklı yiyecekler reddedilmektedir [58, 59]. Pestisit kalıntıları, çok tuzlu veya çok şekerli sağlıksız yağlı besinler ve genetiği değiştirilmiş yiyeceklerden uzak durulmaktadır [60]. Bu bireyler diğer yeme bozukluklarından farklı olarak besin alımıyla ilgili açık ve rasyonel kurallara sahip olmaktan ve vücut ağırlığı kazanımından korkmamaktadırlar. Ayrıca, yemek hazırlamak için çok zaman harcarlar ve belirgin olarak gerçekçi olmayan besin inanışlarına sahiptirler [61].

Ortorektik bireylerde fiziksel hasarlara nadiren rastlanılmakta ancak kısıtlı yaşam tarzı ve sosyallikten uzak kalmak duygusal hasara neden olabilmektedir [31]. Bu bireyler yiyecek hazırlığına güvenmediklerinden ev dışında ve kendi hazırladıkları yiyecekler dışında

arkadaş, akraba ve sosyal aktivitelerde bulunan besin/yiyeceklerden uzak durmayı tercih etmekte ve bu durum onların sosyal yaşantılarını da olumsuz yönde etkilemektedir [58]. Tüketilen besinlerin kalitesi kişilerarası ve sosyal ilişkiler, kariyer planları ve kişisel değerlerinden daha önemlidir [60].

Yeme bozukluğu olan AN ve BN'lı bireyler yiyecek alım miktarı ile ilgilenirken ON'lı bireyler aldıkları yiyeceğin kalitesi ile ilgilenmekte, zayıf olmayı arzulama ve ağırlık kazanımı korkusu bulundurmamaktadırlar [62]. Aynı zamanda anksiyete ve mükemmeliyetçiliğin ortoreksiyada birleştiği ve obsesif kompulsif bozukluğun (OKB) farklı bir biçimi olabileceği ileri sürülmektedir [31]. Ortoreksiya nervozanın, AN ve OKB ile benzer ve farklı yönleri Şekil 2.3'de gösterilmiştir.



Şekil 2.3. Ortoreksiya nervoza, anoreksiya nervoza ve obsesif kompulsif bozukluğun (OKB) benzer ve farklı özellikleri [63]

Ortoreksiya nervoza tanısı

Ortoreksiya nervoza DSM-V kriterlerinde yer almamaktadır ancak tanı kriterleri için farklı kişiler tarafından farklı zamanlarda çeşitli önerilerde bulunulmuştur.

Vandereycken (2011) [64]; Bratman (1997) [65], Donini, Marsili, Graziani, Imbriale ve Canella (2004) [66] ve Mathieu (2005) [67] tanımlamalarına dayanarak teşhis kriterlerini özetlemiştir:

- İnsan yapımı gıda katkı maddeleri veya koruyucu maddeler gibi “sağlıksız” olduğu düşünülen tüm besinler veya bileşenlerden kaçınma ile ortaya çıkan “sağlıklı yeme” ile ilgili güçlü bir meşguliyet,
- Kendi sağlığı ile ilgili olağan dışı bir endişe,
- Sosyal, mesleki veya diğer önemli çalışma alanlarında önemli derecede sıkıntı veya bozulma,
- Seçici beslenme nedeniyle yetersiz beslenme ve vücut ağırlığı kaybı olasılığı,
- Semptomların hipokondriyazis veya AN gibi başka bir mental rahatsızlıktan kaynaklanmamasıdır.

Moroze, Dunn, Holland, Yager ve Weintraub (2015) [68] tarafından önerilen tanı kriterleri aşağıdaki gibidir:

- Yemeklerin kalitesi ve bileşimi üzerine odaklanan bireyler “sağlıklı besinler” tüketirken, obsesyonel meşguliyet aşağıdaki kriterlerin 2 veya daha fazlasını tanımlamaktadır.
 - ✓ Besinlerdeki “saflık” düşüncelerinden dolayı bireyin beslenme açısından dengesiz bir diyet tüketimi,
 - ✓ Saf olmayan veya sağlıksız besinleri yemekle ilgili fiziksel veya duygusal sağlık veya her ikisi üzerinde besin kalitesi ve bileşiminin etkisi hakkındaki düşünce ve endişeler,
 - ✓ Herhangi bir yağ, gıda katkı maddeleri, koruyucu katkı maddeleri veya hayvansal ürün içeren yiyecekler veya sağlıksız olduğu düşünülen diğer bileşenlerin “sağlıksız” olduğu inancıyla katı bir şekilde reddedilmesi,

- ✓ Besinlerin kalite ve bileşimleri üzerine belirli türlerine ilgi duymak ve besinleri edinme ve hazırlama hakkında aşırı miktarda zaman (günde 3 saat veya daha fazla) harcanması,
 - ✓ “Sağlıksız” veya “saf olmayan” besinlerin tüketimi ile ilgili kural dışı davranışlarda endişe ve suçluluk hissedilmesi,
 - ✓ Başkalarının besin inançlarına hoşgörü gösterilmemesi,
 - ✓ Besinlerin algılanan kalite ve bileşimi nedeniyle besinlere aşırı miktarda para harcanmasıdır.
- Obsesyonel kaygı; dengesiz beslenmeden dolayı fiziksel sağlığın bozulması (örneğin, dengesiz bir diyet nedeniyle malnutrisyon gelişmesi), “sağlıklı” yeme konusunda hastanın inanışlarına odaklanan obsesyonel düşünce ve davranışlar nedeniyle sosyal, akademik veya mesleki işlevselliğin bozulması gibi durumlarda önemli sağlık sorunlarına neden olabilmesidir.
 - Bozukluğun, sadece obsesif kompulsif bozukluk, şizofreni veya diğer psikotik bozukluk gibi başka bir bozukluğun belirtilerinin şiddetlenişi şeklinde olmamasıdır.
 - Profesyonelce teşhis edilen gıda alerjileri veya özel bir diyet gerektiren tıbbi durumlarla ilgili özel besin gereksinimleri üzerine endişeler olduğu zaman veya ortodoks dini gibi spesifik besin seçimlerinin olduğu hallerde sağlıklı beslenme takıntısı ile ilgili olan davranışlar bozukluğun bir göstergesi olarak görülmemektedir.

Dunn ve Bratman (2016) [69] tarafından önerilen tanı kriterleri ise aşağıdaki gibidir;

- “Sağlıklı” yeme üzerine obsesif odaklanma vardır; sağlıksız olarak algılanan besin seçenekleriyle ilişkili abartılı duygusal sıkıntı ile belirir; diyet tercihleri sonucunda vücut ağırlık kaybı meydana gelebilir ancak bu birincil hedef değildir. Bireyin optimum sağlığı geliştirmeye inandığı pozitif ve kısıtlayıcı diyet uygulamaları ile ilgili kompulsif davranış ve/veya zihinsel meşguliyet göstermesidir. İnandığı diyet kurallarının ihlal edilmesi, endişe ve utanç eşliğinde abartılı hastalık korkusuna, kişisel hoşnutsuzluk hissine ve/veya negatif fiziksel duygulara neden olmaktadır. Diyet kısıtlamaları zamanla artmakta ve bütün yiyecek gruplarının ortadan kaldırılmasını ve artan bir şekilde arındırma veya detoksifikasyon olarak görülen daha sık ve/veya şiddetli temizlemeyi kapsayabilmektedir. Bu artış yaygın bir şekilde vücut ağırlığı kaybına yol açmaktadır.

Bununla birlikte vücut ağırlığı kaybı isteği bireyde bulunmamakta, gizlenmiş olabilmekte veya sağlıklı beslenme konusundaki düşüncesine bağlı olarak gelişebilmektedir.

- Kompulsif davranışlar ve zihinsel meşguliyet, bazı durumlarda klinik olarak zarar verici hale gelebilmektedir. Bunlar; malnutrisyon, aşırı vücut ağırlığı kaybı veya kısıtlı diyetten kaynaklanan diğer tıbbi komplikasyonlar, sağlıklı beslenme konusundaki inanç veya davranışlara bağlı olarak sosyal, akademik veya mesleki işlevsellikte kişilerarası sıkıntı veya bozulma, pozitif beden imajı, kendine değer, hüviyet veya kendi tanımladığı “sağlıklı” beslenme davranışlarındaki uyuma aşırı derecede bağlı olarak memnuniyet duymasıdır.

Ortoreksiya nervoza belirtileri

Ortoreksiya nervoza belirgin bir bozulma olmasına rağmen psikiyatrik bir bozukluk şeklinde tanımlanmamaktadır. Başlangıçta optimum sağlığı kazanmak için başlayan diyet girişimleri; sonrasında sosyal ilişkilerin kaybı, beslenme yetersizliği ve yaşam kalitesinde bozulmaya neden olabilmektedir. Bireyler başlangıçta hastalık tedavisi, sağlığı iyileştirmek veya vücut ağırlığı kaybı hedeflerken; diyet zamanla hayatlarının önemli bir parçası haline gelmektedir [70]. İlerleyen evrelerde yasaklı besinlere yaklaşıldığında sıkıntı veya nefret duyulması, besinin keyif almadan ziyade sağlık kaynağı olarak görülmesi, sağlıklı beslenme ile ilgili takıntı, besin seçiminde aşırı sınırlandırma, alerji gibi hastalıklardan kurtulma girişimi, yaşlanmayı önleme vb. davranışlar gözlenebilmektedir [69, 71].

Ortoreksiya nervoza prevalansı

Ortorektik bireyler yaptıkları davranışları çoğu zaman doğru kabul ettikleri için istatistiksel olarak ON prevalansına çok az rastlanmaktadır [5]. Bilimsel makalelerde genellikle ortoreksiya prevalans açısından incelenmektedir. Bulunan skorlar ortoreksiyaya eğilimi göstermektedir ancak tanı olarak değerlendirilmemektedir [72].

Donini, Marsili, Graziani, Imbriale ve Cannella (2004) tarafından ortoreksiya nervoza prevalansının doğrulanması amacıyla 236 kadın ve 168 erkek, toplam 404 birey ile yürütülen bir çalışma sonucunda çalışmaya katılan bireylerde ON prevalansının %6.9 olduğu gözlenmiştir [66]. Türkiye’de 412 birey ile yapılan bir çalışmada yaklaşık %60 oranında

ortorektik eğilimi olan birey olduğu gözlenmiştir [73]. İstanbul’da iki özel üniversitede öğrenim gören 458 öğrenci ile yapılan bir çalışmada ortorektik eğilim gösterenlerin oranı %60 olarak bulunmuştur [74]. Ankara’ da 149 kadın ve 169 erkek, toplam 318 tıp doktoru ile yapılan başka bir çalışma da ise çalışmaya katılan bireylerin %45.5’inde ortorektik eğilim gözlenmiştir [75].

Ortoreksiya nervoza risk faktörleri

Yapılan bir çalışma sonucuna göre yüksek sosyoekonomik seviyede olan kişilerde sağlıklı beslenme konusunda daha hassas tutumlar sergilendiği gözlenmiştir. Çalışma sonucunda sosyoekonomik seviyesi yüksek olan bireylerin doğru ve dengeli beslenme konusunda eğitime ihtiyaç duydukları ve ON için riskli grupta oldukları vurgulanmıştır [75].

Yaş ile ON riski arasındaki ilişki tartışmalıdır. Bazı çalışmalarda ilerleyen yaş ile birlikte ON riskinin de arttığı bildirilmekte bazı çalışmalarda ise yaş ile ON riski arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı ve yaşın ON için bir risk faktörü olmadığı belirtilmektedir [11, 66, 75, 76]. Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise 21 yaş ve altı öğrencilerin ON riski 21 yaş üstü öğrencilerden daha yüksek bulunmuştur [12].

Kadınlar daha ince vücut görüntüsüne sahip olma ve diyet yapma ile daha fazla ilgili oldukları için yeme bozuklukları genellikle kadınlarda erkeklerden daha fazla görülmektedir. Yapılan bir çalışma sonucunda daha sık egzersiz yapma, kadınlarda daha yüksek ortorektik eğilim ile ilişkili bulunmuştur [5, 77]. Yapılan başka çalışmalarda da kadınlardaki ortorektik eğilim dağılımının erkeklerden daha fazla olduğu bulunmuştur [75, 78]. Bununla birlikte ortorektik eğilimin erkeklerde kadınlardan daha fazla olduğuna dair çalışmalar da mevcuttur [12, 66].

Yeme bozuklukları için diğer bir faktörün Beden Kütle İndeksi (BKİ) olduğu bildirilmekle birlikte bu konuda yapılan çalışma sonuçları tutarlı değildir. Ortorektik eğilim diyet, yeme tutumu, obsesif-kompulsif semptomlar, tıbbi nedenler ve sağlıklı beslenme gibi değişkenlerle kombinasyon halinde olduğunda BKİ’nin risk faktörü olduğu öngörülmektedir [76]. Yapılan çalışmalarda anlamlı bir ilişki olmamakla birlikte hafif şişman ve şişman bireylerde ON eğiliminin daha fazla olduğu gözlenmiştir [11, 12]. Yapılan başka

Çalışmalarda ise ON eğilimi ve BKİ seviyesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır [66, 75].

Diyet ne kadar kısıtlayıcı olursa yeme bozukluğuna yol açan psikolojik faktörlerin ortaya çıkma olasılığı da o kadar yüksek olmaktadır. Çiğ yiyecek tüketen veganların aşırı uçlarında bulunanların ortorektik potansiyeli daha yüksek bulunmuştur. Diyet yapan veya vegan olan kişilerin bu durumu güvenli bir şekilde yönetmeleri gerekmektedir [79].

Yeme bozuklukları riski, belirli bir vücut ağırlığında kalması gereken mankenler, jimnastikçiler ve dansçılar arasında daha fazla görülebilmektedir. Özellikle bu meslek gruplarının daha fazla ON'ya eğilim gösterdikleri belirtilmektedir [5].

Yapılan alışmalar sonucunda beslenme bilgi düzeyi yüksek olan ve sağlık eğitimi alan diyetisyenler, hekimler, tıp fakóltesi öğrencileri gibi bireylerde ON belirtilerine daha sık rastlanabilmektedir [10-12]. Eğitim düzeyi arttıkça ON eğiliminin azaldığını gösteren çalışmalar da mevcuttur [66, 75].

Ortoreksiya nervoza komplikasyonları

Bireyler kendilerinde uygulamaya koydukları diyet kurallarını çiğneyince sıkı diyet kısıtlamaları ile kısır bir döngüye girmekte ve bu durum yoğun anksiyete, utanç ve suçluluk duygusuna neden olmaktadır [61]. Optimum sağlığa kavuşma arzusu ile bireylerin yaptığı davranışlar, yetersiz beslenme ve bu nedenle oluşabilecek sağlık sorunlarına, yaşam kalitesinin düşmesine ve sosyal ilişkilerinde olumsuzluklara neden olabilmektedir. Meydana gelebilecek beslenme yetersizlikleri ile osteopeni, hiponatremi, testosteron eksikliği, anemi, metabolik asidoz ve bradikardi gibi tıbbi komplikasyonların yanısıra bazı gastrointestinal sistem bozuklukları, mide iltihabı ve kalp krizi gibi risklerde ortaya çıkabilmektedir [63]. İlerleyen vakalarda AN ve BN gibi daha şiddetli yeme bozukluklarında ON'da görülebilecek komplikasyonlar arasında sayılmaktadır [31].

Ortoreksiya nervoza tedavisi

Ortoreksiya nervozanın standart bir tedavisi bulunmamaktadır. Bilinen yeme bozuklukları için geliştirilen tedavi varsayımları ortoreksiya popülasyonunun ihtiyaçlarına göre genişletilebilmektedir [60]. Duygusal sorunlar genellikle çok derindir ve yeme bozukluğundan normal beslenmeye geçiş amaçlanmalıdır [71]. Diyetisyenlerin hastanın özelliğine göre hastalığı tedavi edebilecek psikolog ve/veya psikiyatrist, birincil basamak hekim veya her ikisine birden yönlendirme yapması gerekmektedir [67]. Ortorektik bir bireyde, tüketilen besinin kalitesinin insan sağlığını belirleyen tek faktör olmadığı ve yeme davranışı ile ilgili bir problemi olduğu konusunda farkındalık yaratılmalı, saplantıya neden olan olgular tanımlanmalı ve bireye obsesyon göstermeden yeterli ve dengeli beslenme temelleri öğretilmelidir [60, 71]. Psikiyatrik açıdan tedavisi değerlendirildiğinde ise ON hastalarını bilişsel davranışçı terapi yoluyla tedavi etmenin mümkün olduğu bildirilmektedir [73].

2.6.4. Tıkınırcasına yeme bozukluğu (Binge eating)

Yemek yeme üzerindeki kontrol kaybı ve aşırı miktarda besinin kısa bir süre zarfında tüketilmesiyle karakterize bir durumdur [80]. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)'ya göre tıkınırcasına yeme bozukluğu “belirli bir zaman içinde benzer koşullar ve benzer sürede çoğu kişinin yiyebileceğinden daha fazla miktarda yemek” olarak tanımlanmaktadır [6].

Tıkınırcasına yeme bozukluğu prevalansının %0,7 ile %3,0 arasında olduğu tahmin edilmektedir [81]. Amerika’da ise yaklaşık olarak kadınlarda %3,5 ve erkeklerde %2,0 oranında görülmektedir [82]. Yeme bozukluğunun gelişimi açısından riskli bir dönem olan üniversite çağında ise düzensiz yeme davranışı artmaktadır [83].

DSM-IV ve DSM-V’e göre tıkınırcasına yeme bozukluğu tanısının konulmasında gerekli kriterler Çizelge 2.3’te belirtilmiştir [6, 53].

Çizelge 2.3. DSM-IV ve DSM-V'e göre tıknırcasına yeme bozukluğu tanı kriterleri

1.Kriter
- Kısa bir sürede (yaklaşık 2 saat) herhangi bir kişinin yiyebileceği miktardan çok daha fazlasını yeme, - Tıknıma nöbeti süresince yeme kontrolünü kaybetme ve kendini durduramayacak hissine kapılma,
2. Kriter (aşağıdakilerin 3 veya daha fazlası ile ilişkili tıknırcasına yeme episodü)
- Normalden daha hızlı yemek yeme, - Aç olmamasına rağmen fazla miktarda yeme, - Aşırı yeme sonrası depresif durum, - Rahatsız olana kadar yemeye devam etme, - Yemek yeme süresince yalnız olmayı tercih etme.
3. Kriter
Stres ile ilişkili tıknırcasına yeme nöbeti
4. Kriter
- Haftada en az 2 kez 6 ay tıknırcasına yeme episodü (DSM-IV'e göre) - Haftada en az 1 kez 3 ay tıknırcasına yeme episodü (DSM-V'e göre)

Aşırı yemek yeme sıklığı depresyon, kaygı, diyabet, obezite ve hipertansiyon gibi fiziksel ve psikolojik durumlarla ilişkilidir [84]. Tıknırcasına yeme sonucunda kronik kas ağrısı, sosyal işlevselliğin bozulması, yaşam kalitesinin düşmesi, uykusuzluk, psikiyatrik bozukluklar, obezite ve fiziksel sağlık sorunları görülebilmektedir [83, 85].

Tıknırcasına yeme bozukluğunun tedavisinde farmakoterapi, psikoterapi, davranışsal ağırlık kaybı programları kullanılmaktadır [86]. Tıknırcasına yeme bozukluğu ve BN gibi aşırı yeme bozukluklarının tedavisi için duygusal durum düzenlemesinin daha fazla etkiye sahip olduğu kabul görmüştür [80]. Bilişsel davranışçı terapi, kişilerarası terapi, rehber eşliğinde kendi kendine yardım - bilişsel davranışçı terapi, diyalektik davranış terapisi, davranışsal ağırlık kaybı tedavisi gibi birçok psikolojik tedavi metodu bulunmaktadır [85].

2.6.5. Pika

Pika besin olmayan maddelerin (toprak, çığ nişasta, kir, tebeşir, kağıt, sabun, saç, ip, bez, yün, sakız, boya, çakıl taşı, kil, kömür, metal, buz vs.) isteyerek ve maksatlı olarak en az 1 ay süresince tekrarlı tüketimidir [6, 87, 88]. Pika maddeleri çeşitlidir ve coğrafik bölge, ırk

ve kültüre göre değişiklik göstermektedir [89]. Pika demir ve çinko eksikliği, ailede pika öyküsü ve gelişme geriliği ile ilişkilidir [90]. Pika genellikle geçici olup, nadiren ölümle sonuçlanabilmekte ve çocuklar ile hamile kadınlar arasında daha sık meydana gelebilmektedir [90]. DSM-V kriterlerine göre prevalansı belirsizdir [6]. Yapılan bir meta analiz sonucunda pika davranışı gösteren risk altında olan popülasyondaki bu oranın %11-76.5 arasında geniş bir dağılım gösterdiği bulunmuştur [87].

Pika materyalleri bağırsağın mukozasına bağlanıp mikro besin öğelerinin emilimini ve metabolize olmalarını önlemektedir [87]. Cerrahiye yol açan abdominal semptomlar, zehirlenme ve elektrolit anormallikleri gibi komplikasyonlarda görülebilmektedir [90].

2.6.6. Geri çıkarma bozukluğu (Ruminasyon / geviş getirme)

Daha önce “adolesan ruminasyon” olarak belirtilen bu rahatsızlık genç çocuklarda da gözlenebileceği için artık sadece “ruminasyon” olarak adlandırılmaktadır [91]. Ruminasyon, yiyeceklerin sindirildikten sonra çıkartılarak sık sık yeniden çiğnenmesi durumudur [92]. Roma III ve Roma IV kriterlerine göre çocukluk çağı, infant ve adolesanlar için teşhis kriterleri farklılık göstermektedir [91, 93]. Tanı kriterleri ve sınıflama şemalarının farklılığından dolayı prevalansı tam olarak bilinmemektedir. Komplikasyon olarak malnutrisyon, özofajial ülserasyon, diş çürümesi, dehidrasyon, ağız kokusu ve nadir olarak ölüm gözlenebilmektedir [94].

2.6.7. Kaçırgan / kısıtlı besin alımı bozukluğu

Ulusal Yeme Bozukluğu Derneği (NEDA) bu rahatsızlığı “belli besinlerin tüketiminin yapı, tat ve/veya önceki olumsuz deneyimlerle sınırlı olduğu bir yeme bozukluğu” olarak tanımlamaktadır [95]. Kaçırgan besin alımı “yeme bozuklukları” ile “bebeklik veya erken çocukluk dönemi yeme ve beslenme bozuklukları”nın birleştirilmiş halidir. Bu bireylerde vücut şekli ve ağırlık algısı bozukluğu bulunmamaktadır [96]. DSM-V kriterlerine göre bu hastalıkta belirgin ağırlık kaybı (çocuklarda ideal ağırlığın yakalanamaması), çocuklarda büyüme geriliği, beslenme yetersizliği ve/veya psikososyal davranışlarda bozukluk görülebilmektedir [6]. Küçük çocuklarda sıklığın %5-25 arasında olduğu tahmin

edilmektedir. Adolesan kliniklerinde yeme bozukluklarının başlangıcı değerlendirildiğinde gençlerin %5-14'ünde kaçırılan besin alımı bozukluğu olduğu bildirilmiştir [97].

2.6.8. Diğer tanımlanmış yeme bozuklukları (EDNOS / OSFED)

Atipik AN (Normal BKİ)

Atipik AN besin alımını aşırı kısıtlama, aşırı egzersiz, kusma, şişman olmanın çok ciddi korkusu, fazla miktarlarda vücut ağırlığı kaybı gibi AN'lı hastaların tüm özelliklerini taşımaktadır. Ancak bu kişilerin farkı vücut ağırlıklarının normal sınırlar içerisinde veya üzerinde olmasıdır [42].

Eşik altı BN

Eşik altı BN yeme patolojisinin şiddeti ve genel psikiyatrik komorbidite açısından BN ile benzerlik göstermektedir [98]. Diğer tanımlanmış yeme bozukluklarının yaygın bir formudur ve klinik ortamda en yaygın YB tanısını oluşturmaktadır [99].

Eşik altı tıkanırmasına yeme

Tıkanırmasına yemenin, ortalama olarak haftada <1 kez ve/veya <3 ay süreli olması dışında tıkanırmasına yeme bozukluğunun bütün tanı ölçütlerini taşımaktadır [6].

Kusma sendromu

Kusma sendromu, vücut biçimindeki memnuniyetsizlik ve vücut ağırlığını değiştirmek için normal veya az miktarda yiyecek tüketiminden sonra yineleyen çıkarma davranışı (kendi kendini kusturma veya laksatif ilaçlar, diüretik ilaçlar veya başka ilaçların yanlış kullanımı) ile karakterizedir [100]. Kusma sendromlu hastalar BN'lı hastalara kıyasla başlangıçta daha yüksek bir kaygı derecesine sahiptirler ancak resmi testlerde belki de ağırlık kazanımını daha iyi kontrol edebilmelerinden dolayı BN'lı hastalara göre daha az endişe duyduklarını bildirmişlerdir [101]. Kusma sendromu prevalansına bakıldığında kadınlar için %1,1 olduğu tahmin edilmektedir. Erkeklerle yönelik herhangi bir çalışma ise rapor edilmemiştir [102].

Gece yeme sendromu

Gece yeme sendromu gün boyunca besin alımının azaltılması ve akşam yemeğinden sonra aşırı yiyecek tüketme veya uykudan uyanarak yemek yeme ile kendini gösteren, yineleyen gece yemek yeme dönemleri ile karakterize bir durumdur [103]. Obez bireyler arasında yaygın olmakla birlikte normal vücut ağırlığına sahip kişiler arasında da görülebilmektedir [104]. Genel popülasyondaki varlığının %1,5 olduğu tahmin edilmektedir [105]. Gece yeme sendromuna genellikle sabah iştahsızlık durumu, depresif ruh hali, obezite, yüksek insülin ve glikoz seviyesi ile düşük ghrelin seviyesi eşlik etmektedir [106].

Allison ve ark. [107] gece yeme sendromu için tanı kriterleri ortaya koymuşlardır.

- Aşağıdaki kriterlerin biri veya ikisinin, akşam ve/veya gece yeme alışkanlığında önemli derecede artışı;
 - ✓ Besin alımının en az %25'inin akşam yemeğinden sonra tüketilmesi,
 - ✓ Haftada en az 2 kez nokturnal yeme episodlarının olması,
- Akşam ve nokturnal yeme episodlarının hatırlanması ve yemek yediğinin farkında olunması,
- Klinik olarak aşağıdaki özelliklerin en az üçünün mevcut olması;
 - ✓ Haftada ≥ 4 kez sabah yemeklerinin atlanması,
 - ✓ Akşam yemeği ile uyku başlangıcı ve/veya gece boyunca olan süre arasında güçlü bir yeme dürtüsünün olması,
 - ✓ Haftada ≥ 4 kez uyku başlangıcı ve/veya uyku esnasında uykusuzluk yaşanması,
 - ✓ Uykuya başlamak veya yeniden uyuyabilmek için bir şeyler yeme inancının olması,
 - ✓ Akşamları sıklıkla ruh halinin kötüleşmesi veya depresif olunması,
- Çalışırken ciddi sıkıntı ve/veya endişe duyulması,
- Bozulmuş yeme şeklinin en az 3 ay devam etmesidir.

Uyku ile ilişkili yeme bozukluğu (ÜİYB)

Uykuyla ilişkili yeme bozukluğu, uyku sırasında tekrarlayıcı bir şekilde ortaya çıkan istemsiz yeme ve içme krizleri şeklinde tanımlanmaktadır [108]. Hastaların genellikle yenilemez ve alışılmadık öğün kombinasyonları, sigara veya kolonya gibi maddeleri de

tüketebildikleri gözlenmektedir. Bu hastalığa sahip bireylerde ağırlık kazanımı ve gastrointestinal sistem bozuklukları görülebilmektedir [109]. Gece yeme sendromu insomnia hastalığı ile karakterize iken UIYB parasomnia ile karakterizedir [110]. Gece yeme sendromunda uykudan tam uyanma olup nöbetler daha sonra hatırlanırken UIYB’da uykudan uyanma az olup nöbetler tam olarak hatırlanamamaktadır [111]. Yetişkinlerdeki prevalansının %1 ile %5 arasında olduğu, YB olan hastalarda ise %16,7 gibi bir orana sahip olduğu düşünülmektedir [112]. Uykuyla ilişkili yeme bozukluğunun tedavisi için farmakoterapi önerilmektedir [108].

2.6.9. Diğer tanımlanmamış yeme bozuklukları

Bigoreksiya (Kas dismorfizmi)

Beden dismorfik bozukluğu normal olsa bile vücudundan aşırı derecede memnuniyetsiz olan (cilt, saç, burun ve vücudun birçok bölümü ile meşgul olan) ve önemsiz kusurlarla uğraşan bireylerde görülmektedir. Kas dismorfizmi ise beden dismorfik bozukluğunun spesifik bir formudur [113]. Genellikle görünüşlerinden memnun olmayan erkeklerin daha kaslı ve daha büyük olmak için duydukları arzudur. Bu bireyler kaslı olmalarına rağmen zayıf olduklarına inanmaktadırlar [114]. Patolojik olarak bütün vücut görünümü ile ilgilenirler; hayatlarını diyet yaparak, haltercilik ve buna benzer aktiviteler yaparak geçirirler [115]. İdeal vücut görüntüsünü elde etmeye çalışan bigoreksiyalı bireyler besin takviyeleri ve ilaçların yanlış kullanımı, katı bir diyet, aşırı eğitim ve egzersiz bağımlılığı gösterebilmektedir. Bu bireylerde kalp yetmezliği, dehidrasyon, böbrek yetmezliği, depresyon, düşük benlik saygısı, anksiyete ve mükemmeliyetçiliğin sürdürülmesi gibi rahatsızlıklar ortaya çıkabilmektedir [116].

Bu bireylerin tedavisinde aşağıda belirtilen yollar denenmelidir;

- Bireyin özgüveninin artırılması,
- Diğer sporcularla aynı görünüşte olduğu konusunda farkındalık sağlanması,
- Başkalarının ne düşündüğü konusuna odaklanmaması,
- “Ya hep ya hiç” düşüncesinden vazgeçirilmesi,
- Olumsuz vücut imajı görünüşünün değiştirilemeyeceği düşüncesinin uzaklaştırılması,

- Yazılı ve görsel basının kusursuz görünüm düşüncesinden uzaklaştırılması,
- Sporcuların pozitif yönde desteklenmesi gerekmektedir [117].

Kuş gibi beslenme

Diyette sınırlı miktarda besin maddesi bulunması, sebze ve diğer besin gruplarının alımının sınırlandırılması, gereken besin alımının özel hazırlanarak sağlanması, yeni yiyecekleri denemedeki isteksizlik ve keskin bir şekilde besin tercihleri bulunan bireyler şeklinde tanımlanmaktadır [118]. Bununla birlikte besin çeşitlerinin yetersiz alımı olarak da tanımlanabilmektedir [119]. Yapılan çalışmalarda bu bireylerin et ve yerine geçen yiyecekler ile sebze ve meyveyi tavsiye edilen miktarlardan daha az tükettikleri gözlenmiştir [120-122].

Drankoreksiya (Alkolle zayıflama)

Ulusal Yeme Bozukluğu Derneği (NEDA) bu rahatsızlığı “gün boyu az miktarda besin tüketmek ve gece aşırı alkol almak veya YB ve alkol bağımlılığı ile mücadele eden kişi” olarak tanımlamaktadır [95]. Tıkınırcasına içme; kadınlar için bir seferde 4 veya daha fazla alkollü içecek, erkekler için 5 veya daha fazla alkollü içecek alımı olarak belirtilmektedir [123]. Genellikle 18-24 yaş arasında görülen drankoreksiya da bireyler kaloriyi dengelemek için öğün atlayabilmekte, aşırı egzersiz yapabilmekte ve/veya kusmak ve önceki yediklerini çıkarmak için aşırı alkol tüketebilmektedirler [124]. Bununla ilgili yapılan çalışmalarda aşırı egzersizin yeme bozukluğu psikopatolojisinde rol aldığı ve drankoreksiya ile aşırı egzersiz arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu gözlenmiştir [125, 126]. Tıkınırcasına içme sonucu özellikle gençler şiddet, depresyon, intihar, alkol zehirlenmesi gibi bazı risklerle karşı karşıya kalmaktadırlar [124]. Aynı zamanda ağır ve uzun süreli alkol kullanımı kardiyovasküler sorunlar, pankreatit, karaciğer hasarı ve kanser gibi ek hastalıklara da neden olabilmektedir [123].

Diabulimiya

Yeme bozuklukları açısından riskli gruplardan birisi de Tip 1 diyabetes mellituslu hastalardır. Diyabetli hastalar yaşam boyu kan şekeri regülasyonu için beslenme alışkanlıklarını düzenlemek zorundadırlar. Bu nedenle yasaklanan yiyecekler, diyet

listelerine uyma zorunluluğu ve kronik bir hastalığın mevcut olması gibi etkenler hastada endişe oluşturmakta, zihnin kilo kontrolü ve yiyeceklere odaklanmasına neden olabilmektedir [127].

Diabulimiya Tip 1 diyabetli bireylerin, özellikle ergenlik döneminde ağırlık kontrolü amacıyla insülin kullanımını sınırlandırması veya insülin kullanımının atlanması ile karakterize bir hastalıktır. Bu duruma tıknırcasına yeme atakları ve beden algısında bozulma eşlik etmektedir [127]. Tip 1 diyabetli hastalarda YB'na sahip bireylerin %40 oranında olduğu tahmin edilmektedir. Diabulimiyalı bireyler tekrarlanan diyabetik ketoasidoz, diyabetik retinopati, nöropati, böbrek yetmezliği, inme, kardiyovasküler hastalıklar ve koma gibi diyabetik komplikasyonlar açısından yüksek risk altındadırlar [128]. Yapılan bir çalışmada 11 yıllık bir takip aşamasından sonra Tip 1 diyabetli hastalarda insülin kısıtlaması ile mortalite riskinin 3 kat arttığı bildirilmiştir [129].

Hastalığın tedavisi için endokrinoloji uzmanı, eğitim hemşiresi, diyetisyen ve psikolog veya sosyal hizmet uzmanından oluşan bir diyabet ekibinin hasta ve aileye eğitim verip, psikoterapi, aile terapisi, hastalıkla başa çıkma yaklaşımları, beslenme danışmanlığı, farmakolojik tedavi ve glisemik kontrol sağlayarak bozulmuş yeme davranışı tedavisini gerçekleştirmesi gerekmektedir [130].

Pregnoreksiya nervoza

Pregnoreksiya ilk kez Mathieu (2009) [131] tarafından yayınlanan yeni bir olgudur. Hamilelik döneminde çok düşük kalorili diyet ve egzersiz ile ağırlık kazanımını kontrol altına almayla meşgul olan bazı hamile kadınların tipik bir davranışıdır. Anoreksiya ile zayıflığı koruma yönünden aynı, psikolojik köken olarak farklı özelliklere sahiptirler. Sağlığa özen gibi beklenen nihai sonuç ve harcanan çaba ON'ya benzemektedir. Ağırlık kazanımını engellemeye çalışmak anne ve fetus için tehlikeli sonuçlar doğurabilmektedir [71].

2.7. Yeme Bozukluklarının Komplikasyonları

Yeme bozuklukları sonucu; karaciğer anormallikleri, osteoporoz, çökmüş omurlar, küçülmüş uterus, proksimal miyopati, kemik iliği baskılanması, kardiyovasküler sorunlar, gastrointestinal sistem komplikasyonları, gecikmiş gastrik boşalma, konstipasyon, hiperkolesterolemi, renal problemler, periferik ödem, poliüri, anemi, amenore, artan kan üre ile artan böbrek taşları, endokrin sorunlar, nörolojik sorunlar, özofajit, nadiren pnömoni ve rüptür vb. komplikasyonlar görülebilmektedir [32, 132].

Yeme bozukluklarında tehlike oluşturacak komplikasyonlar arasında; inme, koma, akciğer fonksiyon testlerinin düşmesi, aritmiler, bayılma, tetani, miyokardiyal hasar, sodyum ve potasyumun azalması, glikozun düşmesi, hemoglobin (Hb) ve plateletlerin düşmesi, hızlı ağırlık kaybı, peteşi döküntüsü, ülser vb. olarak belirtilmektedir [32, 132].

2.8. Yeme Bozukluklarını Önlemede Temel Yaklaşımlar

2.8.1. Temel beslenme eğitimi

Üniversite - yükseköğrenim gençliği hem rol model olmaları hem gelecek kuşaklara sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazandırma potansiyeline sahip olmaları bakımından toplumsal öneme sahiptirler [133].

Yeme tutum ve davranışlarını cinsiyet, yaş, diyet yapma durumu, beden kütle indeksi, vücut memnuniyetsizliği, medya, aile ve akran etkisi, eğitim ve beslenme bilgi düzeyi etkilemektedir [134]. Beslenme bilgisi tüm toplumun beslenme alışkanlığını şekillendirmede önemli rol oynamaktadır. Beslenme bilgisi yetersizliği birçok hastalığın ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Özellikle yazılı, görsel ve işitsel materyallerle verilecek beslenme eğitimi ile beslenme bilgi düzeyinin artırılması önemlidir [13, 135].

Beslenme bilgisini eğitim ve demografik faktörler etkilemektedir [136]. Yapılan bir çalışma sonucunda beslenme bilgisi ve sosyoekonomik seviye ile sebze ve meyve alımı arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur [137].

Bireylerin beslenme konusunda bilgi edinmek için kullandıkları medya kaynakları TV, radyo ve gazete/dergidir [138]. Zayıflık konusunda çevre baskısı ve bunun destekleyicisi niteliğinde olan medyanın bireylerde yeme davranış bozukluğu ve beden imgesi üzerinde önemli bir rolü vardır [139]. Medyada yer alan haberler, besin reklamları ve makaleler topluma yön vermede ve beslenme alışkanlıklarını değiştirmede etkili bilgi kaynakları arasındadır. Medyada/basında yer alan beslenme bilgileri olumlu ve bilinçli yeme davranış ve tutumunu geliştirmekle birlikte fark edilmesi zor bilgi kirliliklerine de yol açabilmektedir [140]. Medyada anlaşılır, işlevsel ve bilimsel temelli beslenme bilgileri yer almalıdır. Medya kirliliğinden uzaklaşılabilmesi için yine kitle iletişim araçları yoluyla örgün ve/veya yaygın eğitim kurumları tarafından beslenme okuryazarlığının artırılması gerekmektedir [138].

2.8.2. Yeme bozukluklarında tedavi yaklaşımları

Yeme bozukluğu hastası bir birey kapsamlı olarak değerlendirilmelidir. Vücut ağırlık kaybı miktarı ve oranı, beslenme durumu, ağırlık kontrol yöntemleri belirlenmelidir. Telafi davranışları, diyet alımı, egzersiz, kadınlarda menstrüal geçmiş, aile öyküsü, psikiyatrik geçmiş ve kapsamlı büyüme ve gelişme tarihi ile kişisel özellikleri gözden geçirilmelidir. Kalp atım hızı ve kan basıncı, solunum hızı, oral sıcaklık, vücut ağırlığı, boy ve BKİ incelenerek fizik muayene ve laboratuvar değerlendirmeleri yapılmalıdır [24].

Farmakolojik müdahaleler yeme bozukluklarının tedavisinde sınırlı rol oynamaktadır. Standart beslenme ve psikolojik tedavilerin desteklenmesinde depresyon ve anksiyete gibi komorbid psikiyatrik sorunların çözümü semptomatik yardım sağlamaktadır [23].

Bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışları oluşturabilmesi için kendisi hakkında beslenme alışkanlığı, sağlık duyarlılığı, kişilerarası etkileşim, kendini var etme, egzersiz alışkanlığı, stres yönetimi ile ilgili değerlendirmelerde bulunması gerekmektedir [141].

Yeme bozukluğu olan bireylerin tedavi almama ve tedavinin yalnızca belirli yeme bozukluklarında etkili olması nedeniyle yeme bozukluklarını önleme programlarının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması önemlidir [142]. Bireylere psikoeğitim verilmeli, davranış stratejileri uygulanmalı, pratik ve sosyal yeme becerileri kazandırılmalı, iştah regülasyonu sağlanmalı ve yemek denetimi yapılmalıdır [143].

Yeme davranışı bozukluğu olan bireyde agresif refeeding başlanması; serum elektrolitlerini hücre içi bölmelere kaydırmakta ve serum seviyelerinin düşmesine yol açmaktadır. Komplikasyonların oluşmaması, yeniden beslenme (refeeding) sendromu riski taşıyan hastalar için önceden önlem alınması için gerekli izlem yolu Çizelge 2.4.'te belirtilmiştir.

Yeme bozukluğunun yanı sıra tedavi edilmesi gereken kaygı bozukluğu, depresyon ve diğer psikiyatrik sorunların çözümü için diyetisyen, psikiyatrist, psikolog, doktor vs.'nin multidisipliner işbirliği içerisinde hareket etmesi gerekmektedir [144].

Yeme davranış bozukluğu olan bireylerde Amerikan Diyetetik Birliği (ADA) (2011) [145]'ya göre diyetisyenlerin görev ve sorumlulukları ise Çizelge 2.5.'te belirtilmiştir.

Çizelge 2.4. Yeniden beslenme sendromu riski taşıyan hastalar için beslenme düzeni [145]

Gün	Kalori alımı (tüm beslenme yolları)	Ek olarak
1	10 kcal/kg/gün Ekstrem durumlar için (BKİ<14 veya >15 gün besin alamama) 5 kcal/kg/gün Karbonhidrat: %50-60 Protein: %15-20 Yağ: %30-40	Profilaktik destek PO ₄ ²⁻ : 0.5-0.8 mmol/kg/gün K ⁺ : 1-3 mmol/kg/gün Mg ²⁺ : 0.3-0.4 mmol/kg/gün Na ⁺ : <1 mmol/kg/gün (sınırlandırılmış) IV sıvı-kısıtlanmış, “sıfır” dengeyi muhafaza edin IV tiamin + B vitamini kompleksi Beslenmeden 30 dakika önce
2-4	5 kcal/kg/gün artış (Düşük tolerans veya tolerans yoksa veya minimum beslenme şekli sağlanırsa)	Tüm biyokimyayı kontrol edin ve herhangi bir anormalliği düzeltin Tiamin + B vitamini kompleksi, oral olarak veya 3 güne kadar IV Klinik ve biyokimyasal izleme
5-7	20-30 kcal/kg/gün	Elektrolitler, böbrekler ve karaciğer fonksiyonlarını ve mineralleri kontrol edin Sıvı: sıfır dengesini korumak 7. günden itibaren demir takviyesi düşün
8-10	30 kcal/kg/gün veya tam gereksinime yükselt	Klinik veya biyokimyasal izleme

BKİ: Beden Kütle İndeksi

Çizelge 2.5. Yeme bozukluğu olan bireyler için diyetisyenlerin görev ve sorumlulukları [146]

Beslenme değerlendirmesi: Yeme bozukluğu belirtileri ve davranışları da dahil olmak üzere, tıbbi veya fiziksel durumla ilgili beslenme sorunları tanımlanmalıdır.

- Antropometrik ölçümler yapılmalı; boy ve vücut ağırlığı geçmişi, tam büyüme çizelgesi ve ≤ 20 yaş için büyüme kalıpları ve olgunlaşma değerlendirilmeli,
- Özellikle refeeding sendromu riskini değerlendirmek için biyokimyasal veriler değerlendirilmeli,
- Diyet değerlendirmesi ölçülmeli; beslenme örüntüsü ve ağırlık, şekil, yeme ile ilgili temel tutumlar
- Davranışsal-çevresel belirtiler değerlendirilmeli; besin kısıtlaması, aşırılık, meşguliyet, gizli yeme ritüelleri, etki ve dürtü kontrolü, kusma veya diğer temizleyiciler, aşırı egzersiz
- Beslenme göstergeleri kullanılmalı ve beslenme sorunlarını çözmek için bir plan oluşturup ekip üyeleri ile koordine edilmeli.

Beslenme müdahalesi: Beklenen ağırlık değişimi oranlarını oluşturmak ve vücut kompozisyonu ile sağlık hedeflerini karşılamak için enerji ve makro besin alımı hesaplanmalı ve gözlemlenmelidir. Beslenme ve vücut ağırlığı iyileştirmesi veya uygun bir onarım için yeme düzenini normalleştirmede hedef belirleme kılavuzu kullanılmalıdır.

- Diyet kalitesi ve düzenli yeme örneği, tüketilen besinlerin artan miktarı ve çeşitliliği, açlık ve doyumluğa ilişkin normal algılamalar ve supleman kullanımı hakkında öneriler sağlanmalı,
- Psikososyal yardım ve pozitif destek sağlanmalı; düzenlenmiş yeniden beslenme planı
- Bireylere ve ilgilenen kişiye bireysel tercihler, sağlık öyküsü, fiziksel ve psikolojik faktörler ve kaynaklar dikkate alınarak besin seçimi konusunda tavsiyede bulunulmalı.

Beslenme izleme ve değerlendirme: Besin alımı izlenmeli ve gerekirse düzeltilmeli

- Vücut ağırlığı kazanma oranı izlenmeli, vücut ağırlığı onarıldıktan sonra, korunması için yiyecek alımı ayarlanmalı,
- Bireyin gelişimini ekip ile paylaşılmalı ve buna göre plan yapmak için düzeltmeler yapılmalı.

Bakım koordinasyonu: Beslenme diyet veya önerilerinin toleransını en üst düzeye çıkarmak için protokoller hakkında ekiplere danışmanlık sağlanmalı, maksimum emilim sağlamak için suplemanlar ile ilgili rehberlik, ilaç besin etkileşimini minimize etmek ve gerektiğinde bakımın devamı için yönlendirme yapılmalı

- Tedavi ekibi ile işbirliği içinde çalışmalı, belirli rolleri ve görevleri tanımlamalı, beslenme ihtiyaçları aşamalarını sürekli bildirmeli (örneğin; yatarak tedavi, günlük tedavi, ayakta tedavi)
- Diğer sağlık uzmanları ve ailesi için kaynak olarak davranmalı, eğitim verilmeli
- Kanıta dayalı tedaviyi ve özeni savunmalı

İleri eğitim: Bilişsel davranış terapisi, diyalektik davranış terapisi ve motivasyonel görüşme gibi diğer danışmanlık teknikleri konusunda uzmanlaşmış eğitimi öğrenmeye çalışmalı.

- Refeeding sendromu, uygun vücut ağırlığı ve yeme davranışları, vücut görüntüsü ve tekrarlanmasını önleme gibi beslenme ile ilgili ileri bilgi ve beceriler kullanılmalı.
- Yeme bozukluğu tedavisinde yeterlilik kazanmak ve devam ettirmek için lisanslı bir mental sağlık uzmanından kontrol ve vaka danışması istenilmelidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Bu çalışma Kasım 2016 - Haziran 2017 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fen Fakültesi ve Sosyal Bilimler Fakültesi'nde öğrenim gören 19 yaş ve üzeri üniversite öğrencilerinde yapılması planlanıp yürütülmüştür. Çalışmada Edebiyat Fakültesi; Sosyal Bilimler Fakültesi olarak tanımlanmıştır. Çalışmaya Sağlık (n:150), Sosyal (n:150) ve Fen (n:150) Bilimleri'nde okuyan gönüllü toplam 450 öğrenci katılmıştır. Gebe, emzikli ve teşhisi konmuş obsesif kompulsif hastalığı bulunanlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışma verileri yüz yüze görüşme tekniği uygulanarak bir anket aracılığı ile araştırmacı tarafından elde edilmiştir. Anket formu, bireylerin demografik özellikleri, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite durumları, genel beslenme bilgi düzeyleri, sağlıklı yeme takıntısı ve yeme tutum ve davranışını belirlemeye yönelik sorulardan oluşturulmuştur. Ayrıca, bireylerin beslenme durumlarını belirlemede geriye dönük 24 saatlik besin tüketim kayıtları alınmış, uygun ölçüm teknikleriyle vücut ağırlığı (kg) ve bileşimi, boy uzunluğu (cm), bel çevresi (cm), kalça çevresi (cm) ve boyun çevresi (cm) ölçülmüştür. Bireylere çalışmaya gönüllü katıldıklarına dair yazılı onam formu imzalatılmıştır (Ek-1). Çalışma için Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu tarafından E.37587 sayılı ve 13/03/2017 tarihli 'Etik Komisyon Onayı' alınmıştır (Ek-2).

3.2. Araştırmanın Genel Planı

Çalışma verileri Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fen Fakültesi ve Sosyal Bilimler Fakülte'lerinde okuyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışma kriterlerine uyan öğrencilerle yüz yüze görüşme ile anket tekniği ile toplanmıştır.

Çalışmada öğrencilere yaş, cinsiyet, okuduğu bölüm, medeni durum gibi bireysel özelliklerini içeren sorulardan oluşan genel demografik özelliklerini kapsayan anket formu uygulanmıştır. Anket formunun diğer bölümünde öğrencilerin sağlık bilgilerini saptamaya yönelik sorular sorulmuş ve öğrencilerin 24 saatlik besin tüketim kayıtları alınmıştır. Öğrencilerin beslenme bilgilerini değerlendirmek amacıyla "Genel Beslenme Bilgi Anketi"; ortoreksiya eğilimlerini belirlemek için "ORTO-15 ölçeği; yeme tutum ve davranışlarını değerlendirmek için "Yeme Tutum Testi-26" (EAT-26); fiziksel aktivite durumunu

belirlemek için “fiziksel aktivite formu” uygulanmıştır. Öğrencilerin vücut ağırlığı (kg), boy uzunluğu (cm), boyun çevresi, bel çevresi (cm), kalça çevresi (cm) ve vücut bileşimi araştırmacı tarafından bizzat ölçülmüştür (EK-3).

3.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

3.3.1. Bireylerin demografik özellikleri ve sağlık bilgileri

Anket formu aracılığıyla cinsiyet, yaş, eğitim süresi, medeni durum, yaşadığı yer, sağlık veya beslenme eğitimi alıp almadığı, diyet yapma durumu, alkol ve sigara kullanma durumu, ilaç kullanma durumu, vitamin- mineral suplemanı kullanma durumu, genel uyku süreleri gibi bireylere ait genel demografik bilgiler ve sağlık bilgileri sorgulanmıştır.

3.3.2. Bireylerin beslenme alışkanlıkları

Bireylerin beslenme alışkanlıklarını değerlendirmek için ana ve ara öğün yapma ve atlama durumları, ana öğün atlama nedenleri, ev dışı öğün tüketim sıklığı, ev dışında en sık yemek yenilen yer ile bireylerin besin tüketimi sorgulanmıştır.

3.3.3. Besin tüketim durumunun değerlendirilmesi

Öğrencilerin beslenme durumunu değerlendirmek amacıyla geriye dönük hatırlatma yolu ile 24 saatlik besin tüketim kaydı ve sıvı tüketimi alınmıştır. Besinlerin porsiyon miktarlarının belirlenmesinde “Yemek ve Besin Fotoğraf Kataloğu: Ölçü ve Miktarlar” [147] kitabından yararlanılmıştır. Öğrencilerin ev dışı tüketilen yiyecek ve içeceklerin besin maddelerinin miktarları “Türk Mutfağından Örnekler” [148] ve “Standart Yemek Tarifleri” [149] kitabı kullanılarak hesaplanmıştır. Tüketilen besinlerin ortalama enerji ve besin değerleri “Bilgisayar Destekli Beslenme Programı, Beslenme Bilgi Sistemleri Paket Programı (BEBİS)” kullanılarak hesaplanmıştır [150]. Bireylerin enerji, makro ve mikro besin ögesi alım miktarları diyetle referans alım düzeyi (Dietary Reference Intake / DRI) değerleri baz alınarak, DRI karşılama yüzdeleri hesaplanarak değerlendirilmiştir [151].

3.3.4. Antropometrik ölçümler

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin aşağıda detaylandırılan antropometrik ölçümleri taşınabilir cihazlar ile araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir.

Vücut ağırlığı ve bileşimi

Öğrencilerin vücut ağırlığı (kg) ve vücut bileşimi (vücut yağ kütlesi (kg), yağsız vücut kütlesi (kg), kemik kütlesi (kg), vücut yağ oranı (%), vücut su oranı (%), abdominal yağlanma katsayısı) ölçümleri Tanita BC 545N marka taşınabilir vücut analizörü ile ölçülmüştür. Doğru bir ölçüm için öğrencilere ölçümden önce en az 4 saatlik aç olmaları, idrara sıkışık olmamaları, su, çay gibi sıvıları tüketmemeleri, ölçüm esnasında tenlerine temas eden metal eşya taşımamaları, 24 saat öncesinden ağır fiziksel aktivite yapmamaları konularında bilgi verilmiştir [152].

Boy uzunluğu

Boy uzunluğu ölçümü için taşınabilir Leicester marka stadiometre (boy ölçer) kullanılmıştır. Ölçüm, birey dik pozisyonda ve baş Frankford düzleminde iken, ayaklar topuklardan birleşik, topuklar, kalça ve sırt duvara değecek şekilde derin nefes aldıktan sonra yapılmıştır. Ölçümler 0,1 cm duyarlılıkla kaydedilmiştir [153].

Bel çevresi

Bel çevresi ölçümü alınmadan önce ölçümü engelleyecek eşya ve giysileri çıkarmaları istenmiştir. Ölçüm için en alt kaburga kemiği ile kristailiyak arası bulunup orta noktadan geçen çevre; esnemeyen mezür ile ölçülerek bel çevresi ölçümü gerçekleştirilmiştir. Ölçüm birey ayakta, karın bölgesi gevşek, kollar yanda ve ayaklar yan yana iken, birey karşıya bakarken alınmıştır. Ölçümler cm olarak ve 0,1 cm duyarlılıkla kaydedilmiştir [153]. Dünya Sağlık Örgütüne göre erkeklerde bel çevresinin ≥ 94 cm ve kadınlarda ≥ 80 cm olması metabolik risk faktörü ve erkeklerde bel çevresinin ≥ 102 cm ve kadınların ≥ 88 cm olması yüksek metabolik risk faktörü olarak belirtilmektedir [153].

Kalça çevresi

Ölçüm birey ayakta iken bireyin yan tarafında durarak kalçanın en yüksek noktasından esnemeyen mezür ile yapılmıştır [153].

Boyun çevresi

Ölçüm bireyler baş frankford düzleminde iken prominentia laryngea seviyesinden esnemeyen mezür ile ölçülmüştür [153]. Boyun çevresinin erkeklerde ≥ 37 cm, kadınlarda ≥ 34 cm üzerinde olması obezite için risk faktörüdür [154].

Bel/Kalça Oranı

Bel çevresinin (cm) kalça çevresine (cm) bölünmesi ile bel/kalça oranı hesaplanmıştır. Kadınlar için ≥ 0.85 ve erkekler için ≥ 0.90 risk grubu olarak değerlendirilmiştir [155].

Bel/Boy oranı

Bel çevresinin (cm) boy uzunluğuna (cm) bölünmesi ile bel/boy oranı hesaplanmıştır. Bel boy oranı < 0.4 dikkat, ≥ 0.4 ve ≤ 0.5 normal, > 0.5 riskli ve > 0.6 eyleme geçilmeli olarak sınıflandırılmıştır [156, 157].

Beden Kütle İndeksi (BKİ)

Öğrencilerin Beden Kütle İndeksi (BKİ), vücut ağırlığının boy uzunluğunun karesine bölünmesi (vücut ağırlığı/boy uzunluğu (kg/m^2)) ile hesaplanmıştır [153]. Değerlendirmede DSÖ'nün sınıflaması kullanılmış, BKİ durumu $< 18,5$ olanlar zayıf, 18,5-24,99 olanlar normal 25,0-29,99 olanlar hafif şişman ve ≥ 30 olanlar şişman olarak değerlendirilmiştir [158].

3.3.5. Genel beslenme bilgi anketi (GNKQ)

Genel beslenme bilgisini ölçmek için geliştirilen Genel Beslenme Bilgi Anketi'nin (GNKQ) Türkçe geçerlilik ve güvenirliliği yapılmıştır [159]. Bu anket beslenme tavsiyeleri (11 soru), beslenme bilgisi (70 soru), besin seçimi (11 soru) ve diyet-hastalık ilişkisi (35 soru) olmak

üzere toplam 4 alt bileşen içermektedir. Her bileşenin kendi içindeki doğru soruların cevabı ‘1’, yanlış soruların cevabı ve emin değilim seçeneğinin puanı ‘0’ olarak değerlendirilmektedir. Toplam puan arttıkça beslenme bilgi düzeyi de artmaktadır.

3.3.6. ORTO-15 testi

Bireylerin sağlıklı beslenme takıntılarını ölçmek amacıyla geliştirilen ORTO-15 ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Toplam 15 sorudan oluşan ölçekte 2, 5, 8 ve 9. sorularda “her zaman” 4, “sık sık” 3, “bazen” 2, “hiçbir zaman” 1; 3, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 14 ve 15. sorularda “her zaman” 1, “sık sık” 2, “bazen” 3, “hiçbir zaman” 4; 1 ve 13. sorularda ise “her zaman” 2, “sık sık” 4, “bazen” 3, “hiçbir zaman” 1 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçek sonucunda en az 15 ve en fazla 60 puan elde edilmektedir. Toplam skorun ≤ 40 olması ortorektik eğilimin olduğunu göstermektedir. Elde edilen puan azaldıkça ortorektik eğilim artmaktadır [160, 161].

3.3.7. Yeme tutum testi (EAT-26)

Yeme bozuklukları riskini belirlemede kullanılan bir tarama aracı olan Yeme Tutum Testi (EAT-26) 26 sorudan oluşmaktadır ve altı maddelik likert ölçeği olarak hazırlanmıştır [162]. Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır [163]. İlk 25 soru “her zaman” 3 puan, “sıklıkla” 2 puan, “genellikle” 1 puan, “bazen”, “nadiren” ve “hiçbir zaman” yanıtları 0 puan olarak değerlendirilmektedir ve 26. soru ise tam tersi şekilde puanlanmaktadır. Ölçekte en düşük 0 ve en yüksek 78 puan elde edilmektedir. Elde edilen puan arttıkça yeme bozukluğu olma olasılığı artmaktadır ve toplam skorun ≥ 20 olması yeme bozukluğu olduğunu göstermektedir [164].

3.3.8. Fiziksel aktivite durumu

Öğrencilerin fiziksel aktivite durumlarının değerlendirilmesi için Marshall ve arkadaşları tarafından kullanılan 3 soruluk kısa form uygulanmıştır. İlk soruda düzenli fiziksel aktivite durumu sorgulanmaktadır. İkinci soruda “haftada 3 ve üzeri aktivite” 4 puan, “haftada 1-2 kez” 2 puan, “hiç” 0 puan; üçüncü soruda ise “haftada 5 ve üzeri” 4 puan, “haftada 3-4 kez” 2 puan, “haftada 1-2 kez” 1 puan, “hiç” 0 puan olarak değerlendirilmektedir. İkinci ve

üçüncü sorunun toplanmasıyla elde edilen skor ≥ 4 ise bireylerde yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapıldığını göstermektedir [165].

3.4. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS for version 23.0 (Statistical Package for Social Sciences, Chicago, IL, USA) adlı paket program kullanılarak değerlendirilmiştir [166].

Normal dağılıma sahip veriler $X \pm SS$ değeri ile normal dağılım göstermeyen veriler ise medyan (M) değeri ile gösterilmiştir. Tanımlayıcı veriler kullanılırken çeyrekler arası değer (IQR), sayı (S) ve yüzde (%) dağılımından faydalanılmış, korelasyon (Sperman) analizleri kullanılmış, iki bağımsız grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Indepedent Sample-t” test (t-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “ANOVA” testi (F-tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için varyansların homojenliği göz önüne alınarak varyanslar homojense “Tukey”, değilse “Tamhane” test istatistikleri kullanılmıştır.

Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. İki nitel değişkenin birbiriyle olan ilişkilerinin incelenmesinde beklenen değer düzeylerine göre χ^2 -çapraz tabloları kullanılmıştır.

Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenler için “[1-2,3]”, “[2-3]” gibi ifadeler kullanılmıştır. 1 ile 2 arasında ve 1 ile 3 arasında anlamlı fark olduğunu belirtmek için [1-2,3]; 2 ile 3 arasındaki anlamlı farklılığı belirtmek için ise [2-3] ifadesi kullanılmıştır.

İstatistiksel anlamlı bulunan değerler $p < 0,001$ ve $p < 0.05$ alınarak ifade edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu çalışma, Ankara ilinde Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (SBF), Fen Fakültesi (FF) ve Sosyal Bilimler Fakültesi (SoBF)'nde okuyan 19 yaş ve üzeri 51'i (%11,3) erkek ve 399'u (%88,7) kadın toplam 450 öğrenci üzerinde yürütülmüştür.

4.1. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan bireylerin genel bilgileri Çizelge 4.1'de gösterilmiştir. Erkek bireylerin %39,2'si ikinci sınıfa, %35,3'ü dördüncü sınıfa ve %11,8'i üçüncü sınıfa devam etmektedir. Kadın bireylerin %37,8'i ikinci sınıfta, %30,6'sı üçüncü sınıfta ve %22,3'ü dördüncü sınıfta okumaktadır. Bireylerin %98,7'si bekardır. Erkeklerin %54,9'u aile ile birlikte, %17,6'sı arkadaşları ile birlikte, %13,7'si devlet yurdunda, kadınların ise %44,1'i aile ile birlikte, %28,1'i devlet yurdunda, %16,5'i ise özel yurttta kalmaktadır.

Çizelge 4.1. Bireylere ait genel bilgilerin dağılımı

Özellikler	Erkek (n: 51)		Kadın (n: 399)	
	S	%	S	%
Okuduğu sınıf				
1. sınıf	7	13,7	37	9,3
2. sınıf	20	39,2	151	37,8
3. sınıf	6	11,8	122	30,6
4. sınıf	18	35,3	89	22,3
Medeni durum				
Evli	-	-	6	1,5
Bekar	51	100,0	393	98,5
Yaşadığı yer				
Özel yurt	6	11,8	66	16,5
Devlet yurdu	7	13,7	112	28,1
Aile ile birlikte	28	54,9	176	44,1
Arkadaşlar ile birlikte	9	17,6	31	7,8
Evde tek başına	1	2,0	14	3,5

Bireylerin yaş ve toplam eğitim süresi ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve çeyrekler arası değer (IQR) değerleri Çizelge 4.2'de gösterilmiştir. Bireylerin ortalama yaşı $21,3 \pm 2,85$ yıl (19-38), toplam eğitim süresi $15,3 \pm 1,57$ yıl (12-24)'dir.

Çizelge 4.2. Bireylerin yaş ve toplam eğitim süresi ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve interquartilerange (IQR) değerleri

Özellikler	$\bar{x} \pm SS$	M (IQR)
Yaş (yıl)	21,3 $\pm$ 2,85	21,0 (2,00)
Toplam eğitim süresi (yıl)	15,3 $\pm$ 1,57	15,0 (2,00)

4.2. Bireylerin Genel Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi

Bireylerin okudukları bölümlere göre sağlık durumlarının dağılımı Çizelge 4.3'te verilmiştir. Bireylerin %22,0'si doktor tarafından tanısı konulmuş bir hastalığı olmadığını bildirmiştir. Buna göre tanısı konulmuş hastalık durumu en az SBF'de (%13,3) okuyan öğrencilerde gözlenmiştir. Bireylerin okudukları bölüm ile doktor tarafından tanısı konulmuş hastalık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p=0,002$).

Bireylerde tanısı konmuş hastalık olarak SBF'de okuyan öğrencilerin %30'u anemi, %20,0'si tiroid hastalıkları, %15,0'i gastrointestinal sistem hastalıklarına sahip olduğunu bildirmiş, FF'de okuyan öğrencilerin %20,6'sı gastrointestinal sistem hastalıkları ve %20,6'sı tiroid hastalıkları bulunduğunu belirtmiştir. Sosyal Bilimler Fakültesi'nde okuyanların ise %20,1'i anemi, %8,9'u kalp damar hastalıkları, %11,1'i gastrointestinal sistem hastalıkları bulunduğunu ifade etmiştir. Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyanların %7,3'ünün, FF'de okuyanların %10,7'sinin, SoBF'de okuyanların %16,0'sinin düzenli ilaç tedavisi aldığı belirlenmiştir. Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyanların %8'inin, FF'de okuyanların %10,7'sinin, SoBF'de okuyanların %9,3'ünün vitamin desteği aldığı ve bireylerin okudukları bölüm ile ilaç tedavisi ve vitamin desteği alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.3. Bireylerin okudukları bölümlere göre sağlık durumlarının dağılımı

Sağlık Durumu	SBF (n:150)		FF (n:150)		SoBF (n:150)		Toplam (n:150)	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Doktor tarafından tanısı konmuş hastalık durumu								
Evet	20	13,3	34	22,7	45	30,0	99	22,0
Hayır	130	86,7	116	77,3	105	70,0	351	78,0
			$\chi^2 = 12,199$;		$p=0,002^*$			
Tanısı konmuş hastalıklar	n:20		n:34		n:45		n:99	
Kalp-damar hastalıkları	-	-	3	8,8	4	8,9	7	7,0
Diyabet	-	-	1	2,9	1	2,2	2	2,0
Polikistik over sendromu (PCOS)	1	5,0	2	6,0	2	4,4	5	5,0
Gastrointestinal sistem hastalıkları	3	15,0	7	20,6	5	11,1	15	15,2
Tiroid hastalıkları	4	20,0	5	20,6	6	13,4	15	15,2
Anemi	6	30,0	3	8,8	9	20,1	18	18,2
Migren	1	5,0	1	2,9	2	4,4	4	4,0
Astım	1	5,0	5	14,7	2	4,4	8	8,1
Vertigo/MS/hepatit/sedef vb.	4	20,0	7	20,6	14	31,1	25	25,3
Düzenli ilaç tedavisi alma durumu	n:150		n:150		n:150		n:450	
Evet	11	7,3	16	10,7	24	16,0	51	11,3
Hayır	139	92,7	134	89,3	126	84,0	399	88,7
			$\chi^2 = 5,705$;		$p=0,058$			
Vitamin desteği alma durumu								
Evet	12	8,0	16	10,7	14	9,3	42	9,3
Hayır	131	87,3	115	76,7	121	80,7	367	81,6
Bazen	7	4,7	19	12,6	15	10,0	41	9,1
			$\chi^2 = 7,103$;		$p=0,131$			

χ^2 Ki kare istatistik değeri *p<0,05

Bireylerin cinsiyete ve okudukları bölümlere göre sağlık konusundaki bilgileri ve diyet yapma durumlarının dağılımı Çizelge 4.4'te verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerden SBF'de okuyan öğrencilerin tamamının (%100) daha önce sağlık veya beslenme ile ilgili ders aldığı, FF'de okuyan öğrencilerin ise %97,3'ünün ve SoBF'de okuyan öğrencilerin %88,0'inin daha önce sağlık veya beslenme ile ilgili ders almadığı belirlenmiştir. Bireylerin okudukları bölüm ile daha önce sağlık veya beslenme ile ilgili ders alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p=0,000).

Bireylerin herhangi bir nedenle diyet yapma durumları değerlendirildiğinde SBF'de okuyanların %10,0'unun, FF'de okuyanların %14,0'ünün, SoBF'de okuyanların %22,0'sinin herhangi bir nedenle diyet yaptığı (zayıflama, kilo alma, mide rahatsızlığı, sporcu, diyabetik diyet) belirlenmiştir. Bireylerin okudukları bölüm ile diyet yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p=0,013). Kadınlar kendi arasında değerlendirildiğinde de istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,037). Son 1 yılda

zayıflama diyeti yapma durumu değerlendirildiğinde SBF’de okuyan bireylerin %83,3’ü, FF’de okuyan bireylerin %70,7’si ve SoBF’de okuyan bireylerin %68,7’si zayıflama diyeti hiç yapmadığını; SBF’de okuyan bireylerin %14,7’si, FF’de okuyan bireylerin %22,0’si ve SoBF’de okuyan bireylerin %24,0’ünün 1-4 kez zayıflama diyeti yaptığı belirtilmiştir (Çizelge 4.4). Öğrencilerin okudukları bölüm ile son 1 yılda zayıflama diyeti yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p=0,024$).

Sık kilo alıp verme durumuna bakıldığında SBF’de okuyan bireylerin %14’ünün, FF’de okuyan bireylerin %26,0’sının, SoBF’de okuyan bireylerin ise %29,4’ünün sık kilo alıp verdiği, SBF’de okuyan bireylerin %22,7’sinin, FF’de okuyan bireylerin %27,3’ünün, SoBF’de okuyan bireylerin ise %25,3’ünün bazı dönemlerde kilo alıp verdiği belirlenmiştir (Çizelge 4.4). Bireylerin okudukları bölüm ile sık kilo alıp verme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p=0,005$). Bireylerin cinsiyetlerine göre sık kilo alıp verme durumlarına bakıldığında erkeklerde en az SoBF’de (%18,5) okuyanların, kadınlarda ise en az SBF’de (%13,4) okuyanların sık kilo alıp verdiği bulunmuştur. Kadınların okudukları bölüm ile sık kilo alıp verme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p=0,001$).

Çizelge 4.4. Bireylerin cinsiyete ve okudukları bölümlere göre sağlık konusundaki bilgileri ve diyet yapma durumlarının dağılımı

Değişkenler	Erkek (n:51)							Kadın (n:399)							Toplam (n:450)						
	SBF		FF		SoBF			SBF		FF		SoBF			SBF		FF		SoBF		
	(n:8)		(n:16)		(n:27)			(n:142)		(n:134)		(n:123)			(n:150)		(n:150)		(n:150)		
	S	%	S	%	S	%		S	%	S	%	S	%		S	%	S	%	S	%	
Daha önce sağlık yada beslenme ile ilgili ders alma durumu																					
Evet	8	100,0	-	-	4	14,8	$\chi^2=32,063$	142	100,0	4	3,0	14	11,4	$\chi^2=331,193$	150	100,0	4	2,7	18	12,0	$\chi^2=366,430$
Hayır	-	-	16	100,0	23	85,2	p=0,000*	-	-	130	97,0	109	88,6	p=0,000*	-	-	146	97,3	132	88,0	p=0,000*
Diyet yapma durumu																					
Evet	-	-	1	6,2	6	22,2	$\chi^2=3,674$	15	10,6	20	14,9	27	22,0	$\chi^2=6,570$	15	10,0	21	14,0	33	22,0	$\chi^2=8,627$
Hayır	8	100,0	15	93,8	21	77,8	p=0,159	127	89,4	114	85,1	96	78,0	p=0,037**	135	90,0	129	86,0	117	78,0	p=0,013**
Son 1 yılda zayıflama diyeti yapma durumu																					
Hiç	8	100,0	11	68,8	18	66,7	$\chi^2=3,938$	117	82,4	95	70,9	85	69,1	$\chi^2=8,922$	125	83,3	106	70,7	103	68,7	$\chi^2=11,259$
1-4 kez	-	-	4	25,0	6	22,2	p=0,414	22	15,5	29	21,6	30	24,4	p=0,063	22	14,7	33	22,0	36	24,0	p=0,024**
>5 kez	-	-	1	6,2	3	11,1		3	2,1	10	7,5	8	6,5		3	2,0	11	7,3	11	7,3	
Sık kilo alıp verme durumu																					
Evet	2	25,0	4	25,0	5	18,5	$\chi^2=0,987$	19	13,4	35	26,1	39	31,7	$\chi^2=19,436$	21	14,0	39	26,0	44	29,4	$\chi^2=14,926$
Hayır	4	50,0	9	56,2	18	66,7	p=0,912	91	64,1	61	45,5	50	40,7	p=0,001**	95	63,3	70	46,7	68	45,3	p=0,005**
Bazı dönemlerde	2	25,0	3	18,8	4	14,8		32	22,5	38	28,4	34	27,6		34	22,7	41	27,3	38	25,3	

χ^2 Ki kare istatistik değeri *p<0,001 **p<0,05

Bireylerin okudukları bölümlere göre sağlık ve beslenme hakkında bilgi edindikleri kaynakların dağılımı Çizelge 4.5'te verilmiştir. Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyanların %100,0'ü kitaplardan ve okuldan/öğretmenden, %26,0'sı diyetisyenden, %24,7'si ise internetten sağlık ve beslenme hakkında bilgi edindiklerini belirtirken, FF'de okuyan öğrencilerin %73,3'ü internetten, %12,7'si diyetisyenden, %11,3'ü TV/radyo ve doktor/hemşireden sağlık ve beslenme hakkında bilgi edindiklerini ifade etmişlerdir. Sosyal Bilimler Fakültesi'nde okuyanların ise %72,7'sinin internetten, %22,0'sinin TV/radyodan ve %13,3'ünün doktor/hemşireden sağlık ve beslenme hakkında bilgi edindikleri bulunmuştur.

Çizelge 4.5. Bireylerin okudukları bölümlere göre sağlık ve beslenme hakkında bilgi edindikleri kaynakların dağılımı

Değişken*	SBF (n:150)		FF (n:150)		SoBF (n:150)	
	S	%	S	%	S	%
Kitaplar	150	100,0	15	10,0	16	10,7
Gazete / dergi	14	9,3	5	3,3	16	10,7
İnternet	37	24,7	110	73,3	109	72,7
TV / radyo	15	10,0	17	11,3	33	22,0
Sağlık kulüpleri	-	-	2	1,3	5	3,3
Doktor / hemşire	7	4,7	17	11,3	20	13,3
Diyetisyen	39	26,0	19	12,7	12	8,0
Okul / öğretmen	150	100,0	4	2,7	2	1,3

*Birden fazla yanıt alınmıştır ve yüzdeler n sayısına göre hesaplanmıştır.

Bireylerin cinsiyete ve okudukları bölümlere göre sigara ve alkol kullanma durumlarının dağılımı Çizelge 4.6'da verilmiştir. Bireylerin çoğunluğu (E: %64,7; K: %88,5) sigara kullanmamakta olup erkeklerin kadınlardan daha yüksek oranda sigara kullandıkları bulunmuştur. Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyan bireylerde sigara içenlerin oranı erkek ve kadınlarda sırasıyla %25,0; %1,4, FF'de sırasıyla %37,5; %11,9 ve SoBF'de %37,0; %22,8 olarak bulunmuştur. Kadın bireylerin okudukları bölüm ile sigara içme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,000).

Alkol kullanım durumları incelendiğinde, bireylerin büyük bir çoğunluğu (E: %80,4; K: %90,5) alkol kullanmadığını ifade etmişlerdir. Buna göre alkol kullanım durumu erkek ve kadınlar arasında SBF'de okuyanlarda en az (sırasıyla: %12,5; %4,9) olup FF'de (sırasıyla: %25,0; %8,2) ve SoBF'de (sırasıyla: %18,5; %16,3) okuyanlarda ise daha yüksek oranda

olduğu belirlenmiştir. Kadın bireylerin okudukları bölüm ile alkol kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,006$) (Çizelge 4.6).

Çizelge 4.6. Bireylerin cinsiyete ve okudukları bölümlere göre sigara ve alkol kullanma durumlarının dağılımı

Sigara ve Alkol Kullanma Durumu	Erkek (n:51)							Toplam	Kadın (n:399)							Toplam	
	SBF		FF		SoBF				SBF		FF (n:134)		SoBF				
	(n:8)		(n:16)		(n:27)				(n:142)				(n:123)				
	S	%	S	%	S	%	S		%	S	%	S	%	S	%		
Sigara kullanma durumu																	
Evet	2	25,0	6	37,5	10	37,0	18	35,3	2	1,4	16	11,9	28	22,8	46	11,5	
Hayır / Bıraktım	6	75,0	10	62,5	17	63,0	33	64,7	140	98,6	118	88,1	95	77,2	353	88,5	
$\chi^2=0,441; \quad p=0,802$ $\chi^2=29,504; \quad p=0,000^*$																	
Alkol kullanma durumu																	
Evet	1	12,5	4	25,0	5	18,5	10	19,6	7	4,9	11	8,2	20	16,3	38	9,5	
Hayır / Bıraktım	7	87,5	12	75,0	22	81,5	41	80,4	135	95,1	123	91,8	103	83,7	361	90,5	
$\chi^2=0,572; \quad p=0,751$ $\chi^2=10,225; \quad p=0,006^{**}$																	

χ^2 Ki kare istatistik değeri * $p<0,001$ ** $p<0,05$

Sigara ve alkol kullanan bireylerin cinsiyete göre alkol ve sigara tüketim miktarlarının ortalama, standart sapma, medyan ve IQR değerleri Çizelge 4.7’de verilmiştir. Sigara içen erkek öğrenciler haftada ortalama $71,9\pm38,91$ adet, kadın öğrenciler $60,3\pm50,61$ adet sigara kullandıklarını belirtmişlerdir. Alkol kullanan erkek öğrencilerin haftada ortalama $41,8\pm45,34$ mL, kadın öğrencilerin $64,6\pm91,14$ mL alkol kullandıkları bulunmuştur. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre kullandıkları sigara ve alkol miktarları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.7. Sigara ve alkol kullanan bireylerin cinsiyete göre alkol ve sigara tüketim miktarlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri

Tüketim Durumları	Erkek		Kadın		Toplam		
	$\bar{x}\pm SS$	M (IQR)	$\bar{x}\pm SS$	M (IQR)	$\bar{x}\pm SS$	M (IQR)	
Sigara (adet/hafta)	$71,9\pm38,91$	70,0 (50,50)	$60,3\pm50,61$	49,0 (50,50)	$63,4\pm47,71$	70,0 (42,0)	$Z=-1,346$ $p=0,178$
Alkol (mL/hafta)	$41,8\pm45,34$	21,3 (56,3)	$64,6\pm91,14$	19,4 (87,5)	$59,8\pm83,79$	19,4 (81,3)	$Z=-0,104$ $p=0,917$

Z “Mann-Whitney U test” istatistik değeri

Bireylerin uyku sürelerinin cinsiyete göre dağılımı Çizelge 4.8’de gösterilmiştir. Gündüz uyku sürelerinin ortalamasına bakıldığında erkeklerin uyku süresinin kadınlara göre hafta içi

(sırasıyla: 40,0±65,70 dk; 32,0±58,79 dk) ve hafta sonu (sırasıyla: 41,2±86,94 dk; 24,6±61,63 dk) daha fazla olduğu bulunmuştur. Gece uyku sürelerinin ortalamasına bakıldığında ise hafta içi erkeklerin (hafta içi; E:426,0±97,49 dk; K:414,9±65,49 dk) hafta sonu ise kadınların (hafta sonu; E:491,5±121,25 dk; K:513,9±88,21 dk) daha fazla uyudukları bulunmuştur. Günlük toplam uyku süreleri ortalamasının cinsiyete göre dağılımına bakıldığında erkek ve kadın öğrenciler arasında hafta içi (sırasıyla: 466,0±102,90 dk; 446,9±81,39 dk) ve hafta sonu (sırasıyla: 532,7±142,95 dk; 538,5±97,27 dk) istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.8. Bireylerin uyku sürelerinin cinsiyete göre dağılımı

Değişken	Erkek (n:51)		Kadın (n:399)		Toplam (n:450)		
	$\bar{x} \pm SS$	M (IQR)	$\bar{x} \pm SS$	M (IQR)	$\bar{x} \pm SS$	M (IQR)	
Gündüz uyku süresi							
Hafta içi (dk)	40,0±65,70	0,0 (60,00)	32,0±58,79	0,0 (2,70)	32,9±59,58	0,0 (60,0)	p=0,471
Hafta sonu (dk)	41,2±86,94	0,0 (0,00)	24,6±61,63	0,0 (0,00)	26,5±65,08	0,0 (0,0)	p=0,455
Gece uyku süresi							
Hafta içi (dk)	426,0±97,49	420,0 (120,00)	414,9±65,49	420,0 (95,00)	416,1±69,80	420,0 (120,0)	p=0,281
Hafta sonu (dk)	491,5±121,25	480,0 (180,00)	513,9±88,21	510,0 (120,00)	511,3±92,66	510,0 (120,0)	p=0,219
Toplam							
Hafta içi (dk)	466,0±102,90	480,0 (100,00)	446,9±81,39	420,0 (40,00)	449,1±84,19	420,0 (160,0)	p=0,986
Hafta sonu (dk)	532,7±142,95	510,0 (120,00)	538,5±97,27	540,0 (60,00)	537,8±103,3	540,0 (80,0)	p=0,966

4.3. Bireylerin Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi

Bireylerin okudukları bölümlere göre tükettikleri ana ve ara öğün sayısı ortalama, standart sapma, medyan ve IQR değerleri Çizelge 4.9'da gösterilmiştir. Tüketilen ana öğün ortalaması SBF'de 2,6±0,51 kez, FF'de 2,4±0,59 kez ve SoBF'de 2,2±0,56 kez olarak bulunmuştur. Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyan bireylerin tükettikleri ana öğün sayısının, FF ve SoBF'de okuyan bireylerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,000$).

Tüketilen ara öğün ortalaması SBF'de 1,8±0,76 kez, FF'de 1,2±0,95 kez ve SoBF'de 1,1±0,97 kez olarak bulunmuştur. Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyan bireylerin tükettikleri ara öğün sayısının, FF ve SoBF'de okuyan bireylerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,000$) (Çizelge 4.10).

Çizelge 4.9. Bireylerin okudukları bölümlere göre ana ve ara öğün sayısı ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri

Öğün Çeşidi	SBF (n:150) ⁽¹⁾		FF (n:150) ⁽²⁾		SoBF (n:150) ⁽³⁾		Toplam (n:450)		
	$\bar{x} \pm SS$	M (IQR)	$\bar{x} \pm SS$	M (IQR)	$\bar{x} \pm SS$	M (IQR)	$\bar{x} \pm SS$	M (IQR)	
Ana öğün	2,6 $\pm$ 0,51	3,0 (1,0)	2,4 $\pm$ 0,59	2,0 (1,0)	2,2 $\pm$ 0,56	2,0 (1,0)	2,4 $\pm$ 0,67	2,0 (1,0)	$\chi^2=23,889$ $p=0,000^*$ [1-2,3]
Ara öğün	1,8 $\pm$ 0,76	2,0 (1,0)	1,2 $\pm$ 0,95	1,0 (2,0)	1,1 $\pm$ 0,97	1,0 (2,0)	1,3 $\pm$ 0,95	1,0 (1,0)	$\chi^2=56,534$ $p=0,000^*$ [1-2,3]

χ^2 "Kruskal-Wallis H" istatistik değeri *p<0,001

Bireylerin cinsiyete ve okudukları bölümlere göre öğün tüketim durumlarının dağılımı Çizelge 4.10'da verilmiştir. Erkek bireylerin ana öğün atlama durumu SBF, FF ve SoBF'de okuyanlarda sırasıyla %50,0, %75,0 ve %63,0 olup toplamda %64,7'dir. Erkeklerin okudukları fakülteler ile ana öğün atlama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05).

Kadın öğrencilerden SBF'de okuyanların %45,8'inin, FF'de okuyanların %59,7'sinin ve SoBF'de okuyanların %74,0'ünün toplamda ise %59,1'inin ana öğün atladığı bulunmuştur. Kadın öğrencilerin okudukları fakülteler ile ana öğün atlama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (p=0,000) (Çizelge 4.10).

En çok atlanan ana öğünün erkeklerde sabah ve öğle (%51,5), kadınlarda ise en çok öğle (%50,8) ve daha sonra sabah (%49,6) öğünü olduğu belirlenmiştir. Ana öğün atlama nedenleri incelendiğinde erkek bireylerde en fazla "alışkanlığım yok" (%45,5) seçeneğinin, kadın bireylerde ise "zaman bulamama" (%36,4) seçeneğinin işaretlendiği bulunmuştur (Çizelge 4.10).

Çizelge 4.10. Bireylerin cinsiyete ve okudukları bölümlere göre öğün tüketim durumlarının dağılımı

Öğün Atlama Durumu	Erkek (n:51)						Toplam (n:51)	Kadın (n:399)						Toplam (n:399)		
	SBF (n:8)		FF (n:16)		SoBF (n:27)			SBF (n:142)		FF (n:134)		SoBF (n:123)				
	S	%	S	%	S	%		S	%	S	%	S	%		S	%
Ana öğün atlama																
Evet	4	50,0	12	75,0	17	63,0	33	64,7	65	45,8	80	59,7	91	74,0	236	59,1
Hayır	4	50,0	4	25,0	10	37,0	18	35,3	77	54,2	54	40,3	32	26,0	163	40,9
$\chi^2=1,536$; p=0,464								$\chi^2=21,731$; p=0,000*								
Atlanılan öğün**																
Sabah	3	75,0	7	58,3	7	41,2	17	51,5	23	35,4	40	50,0	54	59,3	117	49,6
Öğle	1	25,0	6	50,0	10	58,8	17	51,5	41	63,1	40	50,0	39	42,9	120	50,8
Akşam	-	-	-	-	1	5,9	1	3,0	1	1,5	7	8,8	7	7,7	15	6,4
Ana öğün atlama nedeni**	(n:4)		(n:12)		(n:17)		(n:33)		(n:65)		(n:80)		(n:91)		(n:236)	
Sabah uyanamama	2	50,0	1	8,3	1	5,9	4	12,1	12	18,5	19	23,8	16	17,6	47	19,9
Zaman bulamama	1	25,0	3	25,0	5	29,4	9	27,3	16	24,6	38	47,5	32	35,2	86	36,4
Okula geç kalma	1	25,0	3	25,0	3	17,6	7	21,2	10	15,4	19	23,8	25	27,5	54	22,9
Diyet yaptığım için	-	-	-	-	3	17,6	3	9,1	-	-	1	1,3	5	5,5	6	2,5
Unuttuğum için	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3,1	-	-	3	3,3	5	2,1
Alışkanlığım yok	1	25,0	6	50,0	8	47,1	15	45,5	19	29,2	17	21,3	26	28,6	62	26,3
Hazırlayan olmaması	1	25,0	1	8,3	1	5,9	3	9,1	5	7,7	6	7,5	9	9,9	20	8,5
İştahsızlık/canımın istememesi	-	-	2	16,6	2	10,8	4	12,1	14	21,5	14	17,5	25	27,5	53	22,5
Ekonomik yetersizlik	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,5	2	2,5	-	-	3	1,3

χ^2 Ki kare istatistik değeri * $p<0,001$

**Birden fazla yanıt alınmıştır ve yüzdeler ana öğün atlayan kişi sayısına göre hesaplanmıştır.

Bireylerin cinsiyete göre son 1 ayda ev dışı beslenme alışkanlıklarının dağılımı Çizelge 4.11’de gösterilmiştir. Erkeklerin %96,1’i ve kadınların %98,7’si en az 1 öğünü ev dışında yediklerini belirtmişlerdir.

Ev dışında sabah öğünü için en sık yemek yenilen yer olarak erkek ve kadın bireylerin tercihi “kantin” (sırasıyla: %28,6; %23,4) ve “simit kafe/kafe” (sırasıyla: %24,5; %31,9) olarak bulunmuştur. Ev dışında öğle öğünü için en sık yemek yenilen yer olarak erkek ve kadın bireylerin tercihi “yemekhane” (%57,1), “fast-food restaurant” (sırasıyla: %32,7; %39,3) ve “dönerci/kebabçı” (sırasıyla: %42,9; %20,2) olarak bulunmuştur. Ev dışında akşam öğünü için en sık yemek yenilen yer olarak erkek ve kadın bireylerin tercihi “fast-food restaurant” (sırasıyla: %36,7; %27,5) ve “dönerci/kebabçı” (sırasıyla: %30,6; %26,5) olarak bulunmuştur (Çizelge 4.11).

Bireylerin sabah öğünü son 1 ayda ortalama $2,4 \pm 4,34$ kez, öğle öğünü $8,7 \pm 7,24$ kez ve akşam öğünü $3,1 \pm 4,25$ kez ev dışında tükettikleri bulunmuştur. Öğle (E: $10,9 \pm 8,11$; K: $8,4 \pm 7,08$) ve akşam (E: $5,4 \pm 6,31$; K: $2,8 \pm 3,83$) öğünü için erkeklerin kadınlardan daha fazla ev dışı öğün tükettikleri ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$) (Çizelge 4.11).

Çizelge 4.11. Bireylerin cinsiyete göre son 1 ayda ev dışı beslenme alışkanlıklarının dağılımı

Ev Dışı Tüketim Durumu	Erkek (n:51)		Kadın (n:399)		Toplam (n:450)	
	S	%	S	%	S	%
Ev dışında yeme durumu						
Evet	49	96,1	394	98,7	443	98,4
Hayır	2	3,9	5	1,3	7	1,6
	$\chi^2=2,103; p=0,146$					
Sabah öğünü ev dışı tercih edilen yer*	(n:49)		(n:394)		(n:443)	
Yemekhane	2	4,1	13	3,3	15	3,4
Kantin	14	28,6	93	23,4	107	24,2
Fast-food restaurant	1	2,0	8	2,0	9	2,0
Alakart restaurant	2	4,1	4	1,0	6	1,4
Pideci	2	4,1	1	0,3	3	0,7
Dönerci/kebabçı	2	4,1	1	0,3	3	0,7
Simit kafe / Kafe	12	24,5	127	31,9	139	31,4
Diğer	2	4,1	11	2,8	13	2,9
Öğle öğünü ev dışı tercih edilen yer*	(n:49)		(n:394)		(n:443)	
Yemekhane	28	57,1	227	57,1	255	57,6
Kantin	14	28,6	91	22,9	105	23,7
Fast-food restaurant	16	32,7	156	39,3	172	38,8
Alakart restaurant	5	10,2	19	4,8	24	5,4
Pideci	7	14,3	44	11,1	51	11,5
Dönerci/kebabçı	21	42,9	80	20,2	101	22,8
Simit kafe / Kafe	12	24,5	87	21,9	99	22,4
Diğer	3	6,1	11	2,8	14	3,2
Akşam öğünü ev dışı tercih edilen yer*	(n:49)		(n:394)		(n:443)	
Yemekhane	-	-	19	4,8	19	4,3
Kantin	4	8,2	6	1,5	10	2,3
Fast-food restaurant	18	36,7	109	27,5	127	28,7
Alakart restaurant	6	12,2	47	11,8	53	12,0
Pideci	5	10,2	54	13,5	59	13,3
Dönerci/kebabçı	15	30,6	105	26,5	120	27,1
Simit kafe / Kafe	3	6,1	26	6,5	29	6,6
Diğer	3	6,1	18	4,5	21	4,7
Ev Dışı Öğün Tüketim Sayısı	$\bar{x} \pm SS$	M (IQR)	$\bar{x} \pm SS$	M (IQR)	$\bar{x} \pm SS$	M (IQR)
Sabah öğünü	2,3 $\pm$ 4,35	0,0 (3,0)	2,4 $\pm$ 4,34	0,0 (3,0)	2,4 $\pm$ 4,34	0,0 (3,0)
Öğle öğünü	10,9 $\pm$ 8,11	10,0 (16,0)	8,4 $\pm$ 7,08	5,0 (9,0)	8,7 $\pm$ 7,24	5,0 (10,3)
Akşam öğünü	5,4 $\pm$ 6,31	3,0 (10,0)	2,8 $\pm$ 3,83	2,0 (4,0)	3,1 $\pm$ 4,25	2,0 (4,0)
	$Z=-0,126; p=0,900$		$Z=-2,049; p=0,041^*$		$Z=-2,120; p=0,034^*$	

χ^2 Ki kare istatistik değeri, Z “Mann-Whitney U test” istatistik değeri. *p<0,05

*Birden fazla yanıt alınmıştır ve yüzdeler n sayısına göre hesaplanmıştır.

4.4. Bireylerin Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

Bireylerin cinsiyete göre antropometrik ölçümlerinin ortalama, standart sapma, medyan ve IQR değerleri Çizelge 4.12’de gösterilmiştir. Erkek ve kadınların vücut ağırlıkları sırasıyla 76,0±13,74 kg, 59,0±11,89 kg; boy uzunlukları sırasıyla 176,2±6,49 cm, 164,2±6,15 cm ve BKİ değerleri sırasıyla 24,5±4,12 kg/m², 21,9±3,86 kg/m² olarak bulunmuştur. Erkek ve kadınların vücut yağ yüzdesi sırasıyla; %17,1±5,77, %24,9±7,42; toplam vücut su yüzdesi sırasıyla %58,7±5,17, %52,6±4,57; kas kütlesi sırasıyla 59,2±7,30 kg, 41,5±3,88 kg; kemik kütlesi sırasıyla 3,1±0,43 kg, 2,2±0,24 kg olarak bulunmuştur. Erkek ve kadınların bel çevresi sırasıyla; 84,9±11,58 cm, 71,0±9,23 cm; kalça çevresi sırasıyla 99,8±8,29 cm, 95,9±7,68 cm ve boyun çevresi ise sırasıyla 36,5±2,46 cm, 31,1±3,42 cm olarak bulunmuştur.

Çizelge 4.12. Bireylerin cinsiyete göre antropometrik ölçümlerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri

Antropometrik Ölçümler	Erkek		Kadın	
	$\bar{x} \pm SS$	M (IQR)	$\bar{x} \pm SS$	M (IQR)
Vücut ağırlığı (kg)	76,0±13,74	75,1 (16,80)	59,0±11,89	56,7 (12,40)
Boy uzunluğu (cm)	176,2±6,49	175,0 (8,00)	164,2±6,15	164,0 (8,00)
BKİ (kg/m ²)	24,5±4,12	24,4 (4,30)	21,9±3,86	21,1 (4,10)
Vücut yağ (%)	17,1±5,77	17,5 (6,50)	24,9±7,42	24,3 (8,80)
Toplam vücut suyu (%)	58,7±5,17	57,2 (6,60)	52,6±4,57	53,1 (5,80)
Kas kütlesi (kg)	59,2±7,30	58,2 (11,40)	41,5±3,88	40,7 (4,20)
Kemik kütlesi (kg)	3,1±0,43	3,1 (0,50)	2,2±0,24	2,2 (0,20)
Bel çevresi (cm)	84,9±11,58	84,0 (12,50)	71,0±9,23	69,0 (10,00)
Kalça çevresi (cm)	99,8±8,29	100,5 (12,00)	95,9±7,68	95,0 (9,00)
Boyun çevresi (cm)	36,5±2,46	36,0 (3,00)	31,1±3,42	31,0 (2,00)

BKİ: Beden kütle indeksi.

Bireylerin cinsiyete ve okudukları bölümlere göre BKİ sınıflaması ve bazı antropometrik ölçümlerinin dağılımı Çizelge 4.13’te gösterilmiştir. Erkek öğrencilerin BKİ değerlendirmesinde SBF, FF ve SoBF’de okuyan bireylerden “normal” BKİ sınıflamasında olanların yüzdesi (sırasıyla: %62,5; %68,8 ve %37,1), “hafif şişman” (sırasıyla: %25,0; %25,0 ve %44,4) ve “şişman” sınıflamasında (sırasıyla: %12,5; %6,2 ve %7,4) olanlardan daha fazla bulunmuştur. Kadın bireylerin BKİ değerlendirmesinde ise SBF, FF ve SoBF’de okuyan öğrencilerden “normal” BKİ sınıflamasında olanların yüzdesi (sırasıyla: %76,8; %67,2 ve %64,2), “zayıf” (sırasıyla: %14,8; %15,7 ve %14,6) ve “hafif şişman” sınıflamasında (sırasıyla: %6,3; %11,9 ve %16,3) olanlardan daha yüksektir. Ancak her iki cinsiyet için de bölümler arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sağlık Bilimleri Fakültesi, FF ve SoBF’nde okuyan erkeklerin sırasıyla %37,5’i, %37,5’i ve %44,4’ünün; kadınların ise sırasıyla %5,6’sı, %8,2’si ve %9,8’inin boyun çevresi ölçümleri obezite açısından riskli grupta bulunmuştur. Her iki cinsiyet için aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.13).

Erkek öğrencilerin büyük çoğunluğunun bel çevresi (%82,4), bel/boy oranı (%60,8) ve bel/kalça oranının (%78,4) normal aralıkta olduğu bulunmuştur. Erkeklerin bel çevresi, bel/boy oranı ve bel/kalça oranının bölümlerarası dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.13).

Sağlık Bilimleri Fakültesi, FF ve SoBF’nde okuyan kadınların bel çevresinin sırasıyla %95,1’i, %85,1’i ve %82,9’unun; bel/boy oranının sırasıyla %56,3’ü, %61,9’u ve %62,6’sı ile bel/kalça oranının sırasıyla %98,6’sı, %97,0’si ve %91,1’inin normal değerler içerisinde olduğu bulunmuştur. Kadınların bel çevresi, bel/boy oranı ve bel/kalça oranının bölümlerarası dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 4.13).

Çizelge 4.13. Bireylerin cinsiyete ve okudukları bölümlere göre BKİ sınıflaması ve bazı antropometrik ölçümlerinin dağılımı

Referanslara Göre Sıralama	Erkek (n:51)						Toplam (n:51)		Kadın (n:399)						Toplam (n:399)	
	SBF (n:8)		FF (n:16)		SoBF (n:27)		S	%	SBF (n:142)		FF (n:134)		SoBF (n:123)		S	%
	S	%	S	%	S	%			S	%	S	%	S	%		
BKİ (kg/m²)																
Zayıf	-	-	-	-	3	11,1	3	5,9	21	14,8	21	15,7	18	14,6	60	15,0
Normal	5	62,5	11	68,8	10	37,1	26	51,0	109	76,8	90	67,2	79	64,2	278	69,7
Hafif şişman	2	25,0	4	25,0	12	44,4	18	35,3	9	6,3	16	11,9	20	16,3	45	11,3
Şişman	1	12,5	1	6,2	2	7,4	4	7,8	3	2,1	7	5,2	6	4,9	16	4,0
	$\chi^2=6,536$; $p=0,366$								$\chi^2=9,553$; $p=0,145$							
Boyun çevresi(cm)																
Normal	5	62,5	10	62,5	15	55,6	30	58,8	134	94,4	123	91,8	111	90,2	368	92,2
Obezite Riski	3	37,5	6	37,5	12	44,4	21	41,2	8	5,6	11	8,2	12	9,8	31	7,8
	$\chi^2=0,253$; $p=0,881$								$\chi^2=1,617$; $p=0,445$							
Bel çevresi (cm)																
Normal	7	87,5	15	93,8	20	74,1	42	82,4	135	95,1	114	85,1	102	82,9	351	88,0
Metabolik risk	-	-	-	-	4	14,8	4	7,8	3	2,1	13	9,7	10	8,2	26	6,5
Yüksek metabolik risk	1	12,5	1	6,2	3	11,1	5	9,8	4	2,8	7	5,2	11	8,9	22	5,5
	$\chi^2=4,371$; $p=0,358$								$\chi^2=13,810$; $p=0,008^*$							
Bel/boy oranı																
Dikkat	1	12,5	2	12,5	1	3,7	4	7,8	55	38,8	37	27,7	26	21,1	118	29,6
Normal	5	62,5	10	62,5	16	59,3	31	60,8	80	56,3	83	61,9	77	62,6	240	60,1
Riskli	1	12,5	3	18,8	9	33,3	13	25,5	6	4,2	13	9,7	16	13,0	35	8,8
Eyleme geçilmeli	1	12,5	1	6,2	1	3,7	3	5,9	1	0,7	1	0,7	4	3,3	6	1,5
	$\chi^2=3,559$; $p=0,736$								$\chi^2=17,308$; $p=0,008^*$							
Bel/kalça oranı																
Normal	6	75,0	14	87,5	20	74,1	40	78,4	140	98,6	130	97,0	112	91,1	382	95,7
Risk	2	25,0	2	12,5	7	25,9	11	21,6	2	1,4	4	3,0	11	8,9	17	4,3
	$\chi^2=1,137$; $p=0,567$								$\chi^2=9,978$; $p=0,007^*$							

χ^2 Ki kare isatistik değeri *p<0,05

Bireylerin vücut imajlarını tanımlama durumlarının cinsiyete göre dağılımı Çizelge 4.14'te verilmiştir. Erkeklerden SBF'de ve FF'de okuyanların %50'sinin ve SoBF'de okuyanların %40,7'sinin kendisini normal vücut ağırlığında gördüğü, SBF'de okuyanların %50'sinin, FF'de okuyanların %31,2'sinin ve SoBF'de okuyanların ise %37,0'sinin kendisini kilolu olarak gördüğü belirlenmiştir. Erkek bireylerin okudukları bölüm ile kendini tanımlama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kadınlardan SBF'de okuyanların %62,7'sinin, FF'de okuyanların %48,5'inin ve SoBF'de okuyanların %45,5'inin kendisini normal vücut ağırlığında gördüğü, SBF'de okuyanların %16,9'unun, FF'de okuyanların %30,6'sının ve SoBF'de okuyanların %39,9'unun ise kendisini kilolu olarak gördüğü belirlenmiştir (Çizelge 4.14). Kadın bireylerin okudukları bölüm ile kendini tanımlama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p=0,001$).

Çizelge 4.14. Bireylerin vücut imajlarını tanımlama durumlarının cinsiyete göre dağılımı

Kendini Tanımlama	Erkek (n:51)								Kadın (n:3999)							
	SBF		FF		SoBF		Toplam (n:51)		SBF		FF		SoBF		Toplam (n:399)	
	(n:8)		(n:16)		(n:27)				(n:142)		(n:134)		(n:123)			
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Zayıf	-	-	3	18,8	6	22,3	9	17,6	29	20,4	28	20,9	18	14,6	75	18,8
Normal	4	50,0	8	50,0	11	40,7	23	45,1	89	62,7	65	48,5	56	45,5	210	52,6
Kilolu	4	50,0	5	31,2	10	37,0	19	37,3	24	16,9	41	30,6	49	39,9	114	28,6
$\chi^2=2,489$; p=0,647								$\chi^2=18,407$; p=0,001*								
χ^2 Ki kare istatistik değeri *p<0,05																

4.5. Bireylerin Fiziksel Aktivite Durumlarına İlişkin Bilgilerin Değerlendirilmesi

Bireylerin okudukları bölümlere göre fiziksel aktivite yapma durumlarının dağılımı Çizelge 4.15'te verilmiştir. Erkek bireylerden SBF'de okuyanların %37,5'i, FF'de okuyanların %75,0'i ve SoBF'de okuyanların %37,0'si düzenli fiziksel aktivite yaparken kadınlarda ise okudukları fakültelere göre sırasıyla %23,2, %20,1 ve %26,0'sının düzenli fiziksel aktivite yaptığı bulunmuştur. Erkek ve kadın bireylerin okudukları bölümlere göre fiziksel aktivite yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Düzenli fiziksel aktivite yapan bireyler arasında şiddetli fiziksel aktiviteyi haftada 1-2 kez yapan erkek ve kadın bireyler sırasıyla %52,0 ve %44,6 ve orta düzeyde fiziksel aktiviteyi haftada 1-2 kez yapanlar ise %48,0 ve %44,5 olarak bulunmuştur. Erkek ve kadın bireylerin

okudukları bölümlere göre şiddetli ve orta düzeyde fiziksel aktivite yapma sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$) (Çizelge 4.15).

Erkek bireylerin %27,5'i ve kadın bireylerin %10,3'ünün fiziksel aktivite skoru "yeterli düzeyde aktif" olarak bulunmuştur. Bireylerin okudukları fakülteye göre bakıldığında ise SBF, FF ve SoBF'de okuyan erkeklerin fiziksel aktivite skoru sırasıyla %25,0, %43,8 ve %18,5 olup kadınların %9,2, %11,2 ve %10,6 olarak bulunmuştur. Fiziksel aktivite skoru erkek ve kadınlarda okudukları bölümlere göre bakıldığında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Çizelge 4.15).

Çizelge 4.15. Bireylerin okudukları bölümlere göre fiziksel aktivite yapma durumlarının dağılımı

Değişken (n:450)	Erkek (n:51)								Kadın (n:399)							
	SBF (n:8)		FF (n:16)		SoBF (n:27)		Toplam (n:51)		SBF (n:142)		FF (n:134)		SoBF (n:123)		Toplam (n:399)	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Düzenli olarak fiziksel aktivite yapma																
Evet	3	37,5	12	75,0	10	37,0	25	49,1	33	23,2	27	20,1	32	26,0	92	23,1
Hayır	5	62,5	4	25,0	17	63,0	26	50,9	109	76,8	107	79,9	91	74,0	307	76,9
	$\chi^2=0,752$; p=0,386								$\chi^2=1,248$; p=0,536							
Şiddetli fiziksel aktivite sıklığı (hafta)*																
≥3 kez	1	33,3	6	50,0	2	20,0	9	36,0	6	18,2	9	33,3	8	25,0	23	25,0
1-2 kez	1	33,3	5	41,7	7	70,0	13	52,0	12	36,4	15	55,6	14	43,8	41	44,6
Hiç	1	33,4	1	8,3	1	10,0	3	12,0	15	45,4	3	11,1	10	31,2	28	30,4
	$\chi^2=3,746$; p=0,441								$\chi^2=8,364$; p=0,079							
Orta düzeydeki fiziksel aktivite sıklığı (hafta)*																
≥5 kez	-	-	3	25,0	-	-	3	12,0	2	6,1	4	14,8	4	12,5	10	10,9
3-4 kez	1	33,3	3	25,0	4	40,0	8	32,0	13	39,4	11	40,7	8	25,0	32	34,8
1-2 kez	2	66,7	6	50,0	4	40,0	12	48,0	15	45,5	10	37,1	16	50,0	41	44,5
Hiç	-	-	-	-	2	20,0	2	8,0	3	9,0	2	7,4	4	12,5	9	9,8
	$\chi^2=6,997$; p=0,321								$\chi^2=3,499$; p=0,744							
Fiziksel aktivite skoru değerlendirme																
Yeterli düzeyde aktif (≥4)	2	25,0	7	43,8	5	18,5	14	27,5	13	9,2	15	11,2	13	10,6	41	10,3
Yetersiz düzeyde aktif (<4)	6	75,0	9	56,2	22	81,5	37	72,5	129	90,8	119	88,8	110	89,4	358	89,7
	$\chi^2=3,240$; p=0,198								$\chi^2=0,328$; p=0,849							

χ^2 Ki kare istatistik değeri *Düzenli fiziksel aktivite yapan bireyler üzerinden değerlendirilmiştir.

4.6. Bireylerin Beslenme Bilgi Puanları ile Yeme Tutum ve Davranışlarını Yansıtan Ölçeklere Göre Değerlendirilmesi

Bireylerin cinsiyete ve okudukları bölümlere göre beslenme bilgi puanı (BBP) alt bileşenleri ve toplam skoru, ORTO-15, EAT-26 ve fiziksel aktivite ölçek puanlarının dağılımı Çizelge 4.16’da gösterilmiştir. Sağlık Bilimleri Fakültesi, FF ve SoBF’de okuyan erkeklerin BBP (sırasıyla: 98,4±13,62; 65,6±17,20; 63,9±19,38) ile alt bileşenleri olan “beslenme bilgisi” (sırasıyla: 54,6±8,25; 34,3±11,90; 34,3±11,90) ve “besin seçimi” (sırasıyla: 8,3±1,67; 5,5±2,34; 5,8±2,59) puanlarına bakıldığında SBF’nin FF ve SoBF’de okuyanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Erkek bireylerin beslenme bilgi anketi alt bileşenleri olan “beslenme tavsiyeleri” ve “diyet-hastalık ilişkisi” puanlarında bölümler arası anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde okuyan kadınların FF ve SoBF’de okuyanlara göre BBP (sırasıyla: 101,7±8,15; 71,0±11,28; 69,7±14,12) ile alt bileşenleri olan “beslenme tavsiyeleri” (sırasıyla: 8,5±1,24; 5,4±1,49; 5,8±2,49), “beslenme bilgisi” (sırasıyla: 56,1±4,64; 38,2±7,33; 37,4±8,55), “besin seçimi” (sırasıyla: 9,1±1,27; 6,2±1,66; 6,5±1,55) ve “diyet-hastalık ilişkisi” (sırasıyla: 28,2±3,85; 21,2±4,76; 20,1±5,76) puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,000$). Erkeklerin kadın bireylere göre BBP (sırasıyla: 69,8±21,56; 81,5±18,76) ile alt bileşenleri olan “beslenme tavsiyeleri” (sırasıyla: 5,7±2,09; 6,6±1,98), “beslenme bilgisi” (sırasıyla: 37,5±13,47; 44,3±11,11), “besin seçimi” (sırasıyla: 6,1±2,54; 7,3±1,99) ve “diyet-hastalık ilişkisi” (sırasıyla: 20,6±7,05; 23,3±6,01) puanlarına bakıldığında anlamlı derecede daha düşük olduğu bulunmuştur (Çizelge 4.16).

Erkek öğrencilerin okudukları bölümlere göre ORTO-15 puanlarına bakıldığında SBF’nin 42,5±2,78, FF’nin 41,4±3,26 ve SoBF’nin 38,8±4,04 olarak bulunmuştur. Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde okuyan erkek bireylerin ORTO-15 puanı SoBF’de okuyanlardan anlamlı derecede daha yüksek çıkmıştır ($p=0,018$). Sağlık Bilimleri Fakültesi, FF ve SoBF’de okuyan kadınların ORTO-15 puanları sırasıyla 42,8±3,41, 41,0±3,72 ve 40,6±4,02 olarak bulunmuştur. Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde okuyan kadınların ORTO-15 puanı diğer fakültelerde okuyanlardan anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p=0,001$). Erkeklerin ORTO-15 puanı kadınlardan anlamlı derecede daha düşük çıkmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 4.16).

Erkek öğrencilerin EAT-26 puanına bakıldığında SBF, FF ve SoBF’de (sırasıyla: $13,0 \pm 4,83$; $11,9 \pm 6,50$; $14,2 \pm 7,21$) okuyanlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$). Sağlık Bilimleri Fakültesi, FF ve SoBF’de okuyan kadınların EAT-26 puanları sırasıyla $13,1 \pm 6,46$, $16,9 \pm 9,28$ ve $17,9 \pm 9,61$ olarak bulunmuştur. Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde okuyan kadınların EAT-26 puanı anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ($p = 0,001$). Erkek ($13,4 \pm 6,63$) ve kadın ($15,8 \pm 8,73$) bireylerin EAT-26 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Çizelge 4.16).

Erkek öğrencilerin fiziksel aktivite puanlarına bakıldığında SBF’de okuyan bireylerin $1,3 \pm 2,05$, FF’de okuyanların $3,6 \pm 2,96$ ve SoBF’de okuyanların $1,3 \pm 1,85$ olarak bulunmuştur. Fen Fakültesi’nde okuyan erkek öğrencilerin fiziksel aktivite puanı SoBF’de okuyanlardan anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p = 0,017$). Kadınlarda fiziksel aktivite puanı SBF’de okuyanlarda $0,7 \pm 1,51$, FF’de okuyanlarda $0,9 \pm 1,89$ ve SoBF’de okuyanlarda $0,9 \pm 1,74$ olup bölümler arası anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Erkek bireylerin ($2,0 \pm 2,50$) fiziksel aktivite puanı kadın bireylerden ($0,8 \pm 1,71$) anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p = 0,000$) (Çizelge 4.16).

Çizelge 4.16. Bireylerin cinsiyete ve bölümlere göre beslenme bilgi puanı alt bileşenleri ve toplam skoru, ORTO-15, EAT-26 ve fiziksel aktivite ölçek puanlarının dağılımı

Değişken	Erkek (n:51)			Kadın (n:399)			Toplam (n:450)	
	SBF ⁽¹⁾	FF ⁽²⁾	SoBF ⁽³⁾	SBF ⁽¹⁾	FF ⁽²⁾	SoBF ⁽³⁾	Erkek ⁽¹⁾ (n:51)	Kadın ⁽²⁾ (n:399)
	(n:8)	(n:16)	(n:27)	(n:142)	(n:134)	(n:123)		
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
	[M (IQR)]	[M (IQR)]	[M (IQR)]	[M (IQR)]	[M (IQR)]	[M (IQR)]	[M (IQR)]	[M (IQR)]
Beslenme Bilgi Puanı	98,4±13,62 [99,0 (20,00)] F=12,010; p=0,000* [1-2,3]	65,6±17,20 [65,5 (27,20)]	63,9±19,38 [63,0 (30,00)]	101,7±8,15 [103,0 (9,0)] $\chi^2=256,597$; p=0,000* [1-2,3]	71,0±11,28 [72,0 (17,0)]	69,7±14,12 [71,0 (18,0)]	69,8±21,56 [70,0 (31,00)] Z=-3,644; p=0,000*	81,5±18,76 [80,0 (31,00)]
Beslenme tavsiyeleri	7,1±2,70 [6,5 (4,50)] F=2,724; p=0,076	5,7±1,85 [6,0 (3,00)]	5,2±1,91 [5,0 (3,00)]	8,5±1,24 [8,0 (1,0)] $\chi^2=212,023$; p=0,000* [1-2,3]	5,4±1,49 [6,0 (2,0)]	5,8±1,49 [6,0 (2,00)]	5,7±2,09 [6,0 (3,00)] Z=-3,020; p=0,003**	6,6±1,98 [7,0 (3,00)]
Beslenme bilgisi	54,6±8,25 [57,0 (11,50)] F=10,641; p=0,000* [1-2,3]	34,3±11,90 [35,5 (18,30)]	34,3±11,90 [34,0 (19,00)]	56,1±4,64 [57,0 (5,0)] $\chi^2=253,119$; p=0,000* [1-2,3]	38,2±7,33 [40,0 (9,30)]	37,4±8,55 [39,0 (11,0)]	37,5±13,47 [38,0 (22,00)] Z=-3,398; p=0,001**	44,3±11,11 [44,0 (19,00)]
Besin seçimi	8,3±1,67 [8,5 (2,50)] F=3,956; p=0,026** [1-2,3]	5,5±2,34 [5,5 (3,00)]	5,8±2,59 [6,0 (3,00)]	9,1±1,27 [9,0 (1,0)] $\chi^2=191,132$; p=0,000* [1-2,3]	6,2±1,66 [6,0 (2,00)]	6,5±1,55 [7,0 (3,00)]	6,1±2,54 [7,0 (4,00)] Z=-3,281; p=0,001**	7,3±1,99 [7,0 (3,00)]
Diyet-hastalık ilişkisi	28,4±3,85 [29,0 (5,80)] F=7,560; p=0,001** [1-2,3]	20,1±5,24 [20,5 (7,50)]	18,6±7,28 [20,0 (10,00)]	28,2±3,85 [29,0 (5,0)] $\chi^2=162,819$; p=0,000* [1-2,3]	21,2±4,76 [22,0 (7,00)]	20,1±5,76 [21,0 (8,00)]	20,6±7,05 [21,0 (10,00)] Z=-2,634; p=0,008**	23,3±6,01 [24,0 (9,00)]
ORTO-15 Puanı	42,5±2,78 [42,5 (4,00)] F=4,373; p=0,018** [1-3]	41,4±3,26 [42,0 (3,50)]	38,8±4,04 [39,0 (7,00)]	42,8±3,41 [43,0 (4,0)] $\chi^2=26,072$; p=0,000* [1-2,3]	41,0±3,72 [41,0 (5,00)]	40,6±4,02 [41,0 (5,00)]	40,2±3,88 [40,0 (5,00)] Z=-2,144; p=0,032**	41,5±3,82 [42,0 (5,00)]
EAT-26 Puanı	13,0 ±4,83 [13,0 (5,00)] $\chi^2=1,935$; p=0,380	11,9±6,50 [9,0 (6,30)]	14,2±7,21 [14,0 (11,00)]	13,1±6,46 [12,0 (7,0)] $\chi^2=21,222$; p=0,000* [1-2,3]	16,9±9,28 [15,0 (13,0)]	17,9±9,61 [16,0 (12,0)]	13,4±6,63 [12,0 (7,00)] Z=-1,785; p=0,074	15,8±8,73 [14,0 (10,0)]
Fiziksel Aktivite Puanı	1,3±2,05 [0,0 (3,30)] $\chi^2=8,200$; p=0,017** [2-3]	3,6±2,96 [3,0 (5,80)]	1,3±1,85 [0,0 (3,00)]	0,7±1,51 [0,0 (0,0)] $\chi^2=0,731$; p=0,694	0,9±1,89 [0,0 (0,00)]	0,9±1,74 [0,0 (1,00)]	2,0±2,50 [0,0 (4,00)] Z=-4,202; p=0,000*	0,8±1,71 [0,0 (0,00)]

χ^2 Kruskal-Wallis H istatistik değeri, F “ANOVA” test istatistik değeri, Z “Mann-Whitney U taolk” değeri. *p<0,001 **p<0,05

Bireylerin cinsiyet ve okudukları bölümlere göre ortorektik eğilim ve yeme davranışı bozukluğu durumlarının dağılımı Çizelge 4.17’de gösterilmiştir. Erkeklerin %52,9’unda kadınların ise %38,3’ünde ortorektik eğilim bulunmuştur. Erkek bireyler arasında ortorektik eğilimin en yüksek oranda SoBF’de (%74,1) ve en düşük oranda SBF’de (%25,0) okuyanlarda olduğu bulunmuştur. Erkeklerin okudukları bölümlere göre ortorektik eğilim durumuna bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0,006$). Kadın bireyler arasında ortorektik eğilimin en yüksek oranda SoBF’de (%48,0) ve en düşük oranda SBF’de (%23,2) okuyanlar arasında olduğu bulunmuştur. Kadınların okudukları bölümlere göre ortorektik eğilim durumuna bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0,000$).

Erkeklerin %15,7’si kadınların ise %26,3’ünde yeme davranış bozukluğu saptanmıştır. Erkek bireyler arasında yeme davranış bozukluğunun en yüksek oranda SoBF’de (%22,2) ve en düşük oranda FF’de (%6,2) okuyanlarda olduğu bulunmuştur. Erkeklerin okudukları bölümler ile yeme davranış bozuklukları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Kadın bireyler arasında yeme davranış bozukluğunun en yüksek oranda SoBF’de (%36,6) ve en düşük oranda SBF’de (%14,1) okuyanlarda olduğu bulunmuştur. Kadınların okudukları bölümlere göre ortorektik eğilim durumuna bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0,000$) (Çizelge 4.17).

Bireylerin cinsiyet ve BKİ’ye göre ortorektik eğilim ve yeme davranış bozukluğu durumlarının dağılımı Çizelge 4.18’de verilmiştir. Ortorektik eğilim gösteren erkek ve kadın bireylerin sırasıyla %37,0’si ve %69,3’ü normal BKİ aralığındadır. Yeme davranış bozukluğu gösteren erkek ve kadın bireylerin ise sırasıyla %25,0 ve %60,0’ı normal BKİ aralığındadır. Erkeklerde ortorektik eğilim ve yeme davranış bozukluğu bulunan bireylerin sırasıyla %48,2’si ve %62,5’i BKİ’ye göre “hafif şişman” sınıflamasındadır. Erkeklerin BKİ sınıflaması ile ortorektik eğilim ve yeme davranış bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Kadınların BKİ sınıflaması ile ortorektik eğilim durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmayıp ($p>0,05$), BKİ sınıflaması ile yeme davranış bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0,000$).

Çizelge 4.17. Bireylerin cinsiyet ve okudukları bölümlere göre ortorektik eğilim ve yeme davranış bozukluğu durumlarının dağılımı

Değişken	Erkek (n:51)						Toplam (n:51)		Kadın (n:399)						Toplam (n:399)	
	SBF (n:8)		FF (n:16)		SoBF(n:27)				SBF (n:142)		FF (n:134)		SoBF (n:123)			
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%		
Ortorektik eğilim																
Var (≤40)	2	25,0	5	31,2	20	74,1	27	52,9	33	23,2	61	45,5	59	48,0	153	38,3
Yok(>40)	6	75,0	11	68,8	7	25,9	24	47,1	109	76,8	73	54,5	64	52,0	246	61,7
	$\chi^2=10,369$;		$p=0,006^{**}$						$\chi^2=21,442$;		$p=0,000^*$					
Yeme davranışı bozukluğu																
Var (≥20)	1	12,5	1	6,2	6	22,2	8	15,7	20	14,1	40	29,9	45	36,6	105	26,3
Yok (<20)	7	87,5	15	93,8	21	77,8	43	84,3	122	85,9	94	70,1	78	63,4	294	73,7
	$\chi^2=2,011$;		$p=0,366$						$\chi^2=18,509$;		$p=0,000^*$					
χ^2 Ki kare isatistik değeri *p<0,001 **p<0,05																

χ^2 Ki kare isatistik değeri *p<0,001 **p<0,05

Çizelge 4.18. Bireylerin cinsiyet ve BKİ'ye göre ortorektik eğilim ve yeme davranış bozukluğu durumlarının dağılımı

Değişken	Erkek (n:51)								Kadın (n:399)							
	Zayıf (n:3)		Normal (n:26)		Hafif Şişman (n:18)		Şişman (n:4)		Zayıf (n:50)		Normal (n:278)		Hafif Şişman (n:45)		Şişman (n:16)	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Ortorektik eğilim																
Var (≤40)	1	3,7	10	37,0	13	48,2	3	11,1	18	11,7	106	69,3	22	14,4	7	4,6
Yok (>40)	2	8,3	16	66,7	5	20,8	1	4,2	42	17,1	172	69,9	23	9,3	9	3,7
	$\chi^2=6,118$;		$p=0,106$						$\chi^2=4,087$;		$p=0,252$					
Yeme davranışı bozukluğu																
Var (≥20)	1	12,5	2	25,0	5	62,5	-	-	12	11,4	63	60,0	22	21,0	8	7,6
Yok (<20)	2	4,7	24	55,8	13	30,2	4	9,3	48	16,3	215	73,2	23	7,8	8	2,7
	$\chi^2=4,697$;		$p=0,195$						$\chi^2=19,602$;		$p=0,000^*$					

χ^2 Ki kare isatistik değeri *p<0,001

Bireylerin ORTO-15, EAT-26, fiziksel aktivite puanı, BKİ ve beslenme bilgi puanları arasındaki ilişki Çizelge 4.19'da gösterilmiştir. Bireylerin ORTO-15 puanı ile BBP arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,126$; $p=0,007$). Bireylerin beslenme bilgi puanları arttıkça ORTO-15 puanı artmaktadır. Bireylerin BBP ile EAT-26 puanı arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,111$; $p=0,018$). Bireylerin beslenme bilgi puanları arttıkça EAT-26 puanları azalmaktadır. Bireylerin EAT-26 puanı ile ORTO-15 puanı arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,393$; $p=0,000$). Bireylerin ORTO-15 puanı arttıkça EAT-26 puanı azalmaktadır.

Bireylerin BKİ ile ORTO-15 puanı arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,192$; $p=0,000$). Bireylerin BKİ değeri arttıkça ORTO-15 puanı azalmaktadır. Bireylerin BKİ ile EAT-26 puanı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,128$; $p=0,007$). Bireylerin BKİ değeri arttıkça EAT-26 puanı artmaktadır. Bireylerin BKİ değeri ile fiziksel aktivite puanları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,119$; $p=0,012$). Bireylerin BKİ değeri arttıkça fiziksel aktivite puanı artmaktadır (Çizelge 4.20).

Çizelge 4.19. Bireylerin ORTO-15, EAT-26, fiziksel aktivite puanı, BKİ ve beslenme bilgi puanları arasındaki ilişki

Değişken (n:450)	Beslenme Bilgi Puanı		ORTO-15		EAT-26		Fiziksel Aktivite Puanı		BKİ	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Beslenme Bilgi Puanı	1,000	-	0,126	0,007**	-0,111	0,018**	-0,056	0,236	-0,072	0,128
ORTO-15	0,126	0,007**	1,000	-	-0,393	0,000*	-0,053	0,266	-0,192	0,000*
EAT-26	-0,111	0,018**	-0,393	0,000*	1,000	-	0,088	0,063	0,128	0,007**
Fiziksel aktivite puanı	-0,056	0,236	-0,053	0,266	0,088	0,063	1,000	-	0,119	0,012**
BKİ	-0,072	0,128	-0,192	0,000*	0,128	0,007**	0,119	0,012**	1,000	-

“Spearman” korelasyon katsayısı, *p<0,001 **p<0,05

4.7. Bireylerin Besin Tüketim Durumlarının Değerlendirilmesi

Bireylerin cinsiyet ve okudukları bölümlere göre günlük diyetle aldıkları enerji ve makro besin öğelerinin ortalama, standart sapma, medyan ve IQR değerleri Çizelge 4.20’de verilmiştir. Erkeklerin günlük aldıkları enerji ortalaması $2132,3 \pm 587,34$ kkal olup kadınların ise $1837,32 \pm 698,24$ kkal olarak bulunmuştur. Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde okuyan kadınların enerji ortalaması ($2061,7 \pm 606,33$ kkal), FF ($1811,1 \pm 777,16$ kkal) ve SoBF’de ($1606,9 \pm 627,91$ kkal) okuyanlardan anlamlı derecede daha yüksek çıkmıştır ($p=0,000$). Erkeklerin günlük aldıkları karbonhidrat ve posa ortalaması $244,08 \pm 87,34$ g; $18,91 \pm 10,55$ g ve kadınların $200,27 \pm 80,43$ g; $18,44 \pm 9,03$ g olup, SBF’de okuyan kadınların günlük aldıkları karbonhidrat ve posa miktarı (sırasıyla: $218,1 \pm 71,43$ g; $22,8 \pm 9,65$ g) FF (sırasıyla: $199,7 \pm 87,91$ g; $16,5 \pm 7,6$ g) ve SoBF’de (sırasıyla: $180,2 \pm 77,50$ g; $15,5 \pm 7,76$ g) okuyan kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p=0,000$).

Erkeklerin toplam enerjiden gelen protein yüzdesi $\%14,04 \pm 4,87$ olup kadınların $\%13,12 \pm 3,62$ ’dir. Erkeklerin okudukları bölümlere göre toplam protein (toplam enerji %’si) değeri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p=0,045$). İstatistiksel olarak anlamlı olan bu farkın SBF ($\%15,6 \pm 4,4$) ve FF ($\%11,8 \pm 3,49$)’de okuyan erkek öğrenciler arasında olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kadınlardan SBF’de okuyanların toplam protein yüzdesi ($\%13,9 \pm 3,20$), FF ($\%12,6 \pm 3,58$) ve SoBF’de ($12,9 \pm 3,99$) okuyanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,001$) (Çizelge 4.20).

Erkeklerin günlük diyetle aldıkları yağ miktarı $92,11 \pm 34,21$ g ve kadınların ise $86,11 \pm 37,57$ g olup SBF’de okuyan bireylerin yağ alım miktarı ($98,8 \pm 34,21$ g), FF ($84,6 \pm 40,86$ g) ve SoBF’de ($73,1 \pm 32,75$ g) okuyanlardan anlamlı derecede daha yüksek çıkmıştır ($p=0,000$). Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde okuyan kadınların doymuş, tekli doymamış (TDYA), çoklu doymamış (ÇDYA) yağ asidi ve kolesterol alımı (sırasıyla: $30,9 \pm 11,29$ g; $31,5 \pm 12,01$ g; $29,8 \pm 13,44$ g; $281,8 \pm 131,76$ mg), FF (sırasıyla: $26,3 \pm 15,02$ g; $27,2 \pm 13,98$ g; $25,5 \pm 15,62$ g; $246,9 \pm 193,66$ mg) ve SoBF’de (sırasıyla: $23,3 \pm 12,56$ g; $24,0 \pm 11,48$ g; $20,9 \pm 12,57$ g; $238,3 \pm 169,35$ mg) okuyanlardan anlamlı derecede daha yüksek çıkmıştır (Çizelge 4.20).

Erkeklerin günlük diyetle aldıkları enerji (kkal), karbonhidrat (g), toplam protein (g), yağ (g) ve kolesterol (mg) miktarında bölümler arası istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Erkeklerin okudukları bölümlere göre n-6/n-3 oranına bakıldığında FF

(26,3±13,76) ve SoBF (17,5±14,13) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p=0,044$). Kadın bireylerde n-6/n-3 oranında ise SBF (21,6±9,52), FF (22,5±13,18) ve SoBF (21,4±14,24) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$) (Çizelge 4.20).

Çizelge 4.20. Bireylerin cinsiyet ve okudukları bölümlere göre günlük diyetle aldıkları enerji ve makro besin öğelerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri

Enerji ve Besin Öğeleri	Erkek (n:51)				Kadın (n:399)			
	SBF ⁽¹⁾ (n:8)	FF ⁽²⁾ (n:16)	SoBF ⁽³⁾ (n:27)	Toplam (n:51)	SBF ⁽¹⁾ (n:142)	FF ⁽²⁾ (n:134)	SoBF ⁽³⁾ (n:123)	Toplam (n:399)
	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]
Enerji (kkal)	2200,5±353,16 [2079,8 (500,9)]	2296,3±573,92 [2232,9 (764,8)]	2014,9±638,35 [1979,2 (1096,6)]	2132,3±587,34 [2096,3 (683,8)]	2061,7±606,33 [2035,4 (731,4)]	1811,1±777,16 [1679,0 (99,50)]	1606,9±627,91 [1464,6 (842,9)]	1837,3±698,24 [1770,7 (896,6)]
	F=1,228; p=0,302				$\chi^2=35,881$; p=0,000* [1-2,3]			
Karbonhidrat (g)	233,1±46,63 [236,5 (66,20)]	284,7±86,90 [277,6 (117,10)]	223,3±90,70 [239,4 (129,40)]	244,1±87,34 [251,8 (97,1)]	218,1±71,43 [214,5 (73,70)]	199,7±87,91 [181,2 (116,20)]	180,2±77,50 [170,9 (97,60)]	200,3±80,43 [195,1 (105,8)]
	F=2,735; p=0,075				$\chi^2=18,551$; p=0,000* [1-2,3]			
Karbonhidrat (TE %)	43,2±10,25 [45,8 (20,50)]	49,3±8,79 [50,2 (9,70)]	43,6±13,39 [44,4 (12,10)]	45,3±11,77 [46,9 (12,9)]	42,2±6,87 [42,2 (8,40)]	44,2 (7,87) [44,4 (8,70)]	44,9±9,78 [46,2 (13,40)]	43,7±8,25 [43,8 (10,2)]
	$\chi^2=3,274$; p=0,195				F=3,850; p=0,022** [1-3]			
Posa (g)	21,9±5,55 [23,4 (7,40)]	18,7±7,87 [18,0 (11,00)]	18,2±12,91 [15,3 (13,20)]	18,9±10,55 [16,9 (12,5)]	22,8±9,65 [21,9 (11,90)]	16,5±7,61 [15,2 (8,70)]	15,5±7,76 [14,3 (11,80)]	18,4±9,03 [17,1 (11,8)]
	$\chi^2=4,338$; p=0,114				$\chi^2=52,724$; p=0,000* [1-2,3]			
Toplam Protein (g)	87,6±36,47 [80,9 (42,90)]	67,4±24,04 [66,1 (31,40)]	73,4±35,12 [70,8 (29,20)]	73,7±32,35 [70,8 (32,5)]	69,9±20,68 [67,4 (26,90)]	57,1±33,86 [48,6 (31,80)]	52,3±26,78 [46,2 (29,90)]	60,2±28,48 [57,2 (35,4)]
	$\chi^2=2,323$; p=0,313				$\chi^2=52,050$; p=0,000* [1-2,3]			
Toplam Protein (TE %)	15,6±4,41 [14,3 (7,10)]	11,8±3,49 [11,8 (3,90)]	14,9±5,38 [13,9 (6,90)]	14,0±4,87 [13,1 (4,7)]	13,9±3,20 [13,5 (3,90)]	12,6±3,58 [11,9 (4,20)]	12,9±3,99 [12,8 (23,20)]	13,1±3,62 [12,8 (4,4)]
	$\chi^2=6,184$; p=0,045** [1-2]				$\chi^2=15,032$; p=0,001** [1-2,3]			
Hayvansal Protein (g)	52,7±38,04 [42,2 (45,60)]	31,2±22,95 [27,3 (29,60)]	45,9±33,86 [38,4 (29,40)]	42,3±31,95 [37,2 (33,0)]	39,5±16,82 [37,7 (24,70)]	31,2±29,57 [23,7 (25,80)]	29,0±22,37 [23,6 (33,60)]	33,5±23,81 [28,9 (26,9)]
	$\chi^2=3,707$; p=0,157				$\chi^2=38,796$; p=0,000* [1-2,3]			
Bitkisel Protein (g)	34,9±9,37 [35,6 (7,00)]	36,3±14,48 [34,2 (15,80)]	27,5±13,60 [25,3 (22,00)]	31,4±13,75 [31,9 (16,8)]	30,4±10,91 [29,8 (13,10)]	25,9±10,82 [25,0 (13,60)]	23,3±11,20 [21,1 (15,50)]	26,7±11,33 [26,0 (14,8)]
	F=2,451; p=0,302				$\chi^2=31,092$; p=0,000* [1-2,3]			

χ^2 Kruskal-Wallis H istatistik değeri, F “ANOVA” test istatistik değeri. TE: Toplam Enerji. *p<0,001 **p<0,05

Çizelge 4.20. (devam) Bireylerin cinsiyet ve okudukları bölümlere göre günlük diyetle aldıkları enerji ve makro besin öğelerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri

Enerji ve Besin Öğeleri	Erkek (n:51)				Kadın (n:399)			
	SBF ⁽¹⁾ (n:8)	FF ⁽²⁾ (n:16)	SoBF ⁽³⁾ (n:27)	Toplam (n:51)	SBF ⁽¹⁾ (n:142)	FF ⁽²⁾ (n:134)	SoBF ⁽³⁾ (n:123)	Toplam (n:399)
	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]
Yağ (g)	100,4±32,63 [84,9 (57,20)] F=0,303; p=0,740	92,4±37,25 [90,2 (34,60)]	89,5±33,90 [95,4 (58,50)]	92,1±34,32 [90,4 (43,9)]	98,8±34,21 [94,0 (43,80)] $\chi^2=38,900$; p=0,000* [1-2,3]	84,6±40,86 [71,9 (51,40)]	73,1±32,75 [68,5 (43,00)]	86,1±37,57 [81,2 (47,3)]
Toplam Yağ (TE %)	40,6±8,99 [38,7 (15,50)] F=0,765; p=0,471	36,4±10,82 [36,2 (13,80)]	40,4±11,19 [38,9 (14,80)]	39,1±10,73 [38,8 (13,2)]	42,9±6,23 [43,0 (8,30)] F=1,865; p=0,156	42,0±7,97 [42,4 (8,00)]	41,1±8,74 [41,5 (9,80)]	42,1±7,68 [42,2 (9,2)]
Doymuş yağ (g)	32,2±13,44 [26,9 (16,10)] F=0,711; p=0,496	26,1±11,66 [24,3 (19,80)]	29,7±13,16 [30,1 (21,50)]	29,0±12,68 [26,6 (19,6)]	30,9±11,29 [29,6 (13,20)] $\chi^2=34,917$; p=0,000* [1-2,3]	26,3±15,02 [22,7 (16,90)]	23,3±12,56 [21,1 (14,90)]	27,0±13,37 [25,0 (16,3)]
TDYA (g)	33,2±17,17 [24,1 (33,30)] $\chi^2=0,234$; p=0,889	28,6±12,49 [25,5 (18,10)]	30,9±13,67 [29,8 (22,10)]	30,6±13,70 [28,2 (21,6)]	31,5±12,01 [29,7 (15,20)] $\chi^2=29,992$; p=0,000* [1-2,3]	27,2±13,98 [23,4 (18,30)]	24,0±11,48 [21,9 (13,50)]	27,7±12,90 [26,0 (15,6)]
ÇDYA (g)	28,0±6,12 [28,1 (5,70)] $\chi^2=3,046$; p=0,218	29,5±15,86 [25,0 (22,00)]	22,7±12,01 [19,9 (23,30)]	25,7±12,88 [24,3 (17,0)]	29,8±13,44 [27,4 (16,70)] $\chi^2=33,706$; p=0,000* [1-2,3][2-3]	25,5±15,62 [22,4 (16,00)]	20,9±12,57 [18,8 (15,00)]	25,6±14,39 [24,0 (17,7)]
Kolesterol (mg)	360,6±185,04 [342,6 (243,60)] $\chi^2=3,998$; p=0,135	228,9±143,37 [225,8 (246,50)]	417,4±406,01 [313,3 (397,40)]	349,3±322,24 [298,7 (275,9)]	281,8±131,76 [260,3 (214,70)] $\chi^2=12,243$; p=0,002** [1-2,3]	246,9±193,66 [205,8 (245,20)]	238,3±169,35 [214,8 (260,90)]	256,6±166,84 [231,6 (225,7)]
n-6/n-3	24,4±13,54 [21,3 (19,30)] $\chi^2=6,226$; p=0,044** [2-3]	26,3±13,76 [25,4 (25,40)]	17,5±14,13 [14,1 (11,30)]	21,3±14,26 [15,2 (18,4)]	21,6±9,52 [21,0 (11,70)]	22,5±13,18 [20,5 (17,10)]	21,4±14,24 [20,1 (18,50)]	21,8±12,35 [20,7 (14,8)]

χ^2 Kruskal-Wallis H istatistik değeri, F “ANOVA” test istatistik değeri. *p<0,001 **p<0,05

Bireylerin okudukları bölümlere göre günlük diyetle aldıkları mikro besin öğelerinin ortalama, standart sapma, medyan ve IQR değerleri Çizelge 4.21’de gösterilmiştir. Erkeklerin kadınlara göre A vitamini (sırasıyla: 1115,1±1453,27 mcg; 1212,2±2031,11 mcg), C vitamini (sırasıyla: 78,3±70,09 mg; 93,6±70,87 mg) ve E vitamini (sırasıyla: 27,0±14,71 mg; 28,2±16,01 mg) alımları daha düşük çıkmıştır. Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde okuyan kadınların A vitamini (mcg), C vitamini (mg) ve E vitamini (mg) alımları FF ve SoBF’de okuyanlardan anlamlı derecede daha yüksek çıkmıştır (p=0,000).

Erkeklerin kadınlara göre niasin (sırasıyla: 26,9±15,24 mg; 21,7±13,24 mg), B₁₂ vitamini (sırasıyla: 4,3±4,49 mcg; 4,1±6,45 mcg), tiamin (sırasıyla: 0,9±0,47 mg; 0,8±0,67 mg), riboflavin (sırasıyla: 1,2±0,63 mg; 1,1±0,58 mg) ve folat (sırasıyla: 302,7±151,29 mcg; 267,6±123,27 mcg) alımlarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde okuyan kadınların niasin (mg), B₆ vitamini (mg), B₁₂ vitamini (mcg), tiamin (mg), riboflavin (mg) ve folat (mcg) alımları FF ve SoBF’de okuyanlardan anlamlı derecede daha yüksek çıkmıştır (p=0,000) (Çizelge 4.21).

Erkeklerin kadınlara göre kalsiyum (sırasıyla: 527,1±276,86 mg; 551,4±288,22 mg) alımları daha düşük, magnezyum (sırasıyla: 242,0±123,74 mg; 231,2±107,81 mg), fosfor (sırasıyla: 1112,0±466,11 mg; 982,1±433,31 mg), demir (sırasıyla: 11,8±5,59 mg; 10,0±4,52 mg), çinko (sırasıyla: 9,5±4,43 mg; 8,2±3,84 mg) ve bakır (sırasıyla: 1656,1±963,39 mg; 1402,1±694,02 mg) alımlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde okuyan kadınların potasyum (mg), kalsiyum (mg), magnezyum (mg), fosfor (mg), demir (mg), çinko (mg) ve bakır (mg) alımları FF ve SoBF’de okuyanlardan anlamlı derecede daha yüksek çıkmıştır (p=0,000) (Çizelge 4.21).

Erkeklerin günlük diyetle aldıkları mikro besin öğeleri ile okudukları bölümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05) (Çizelge 4.21).

Çizelge 4.21. Bireylerin cinsiyet ve okudukları bölümlere göre günlük diyetle aldıkları mikro besin öğelerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri

Enerji ve Besin Öğeleri	Erkek (n:51)				Kadın (n: 399)			
	SBF ⁽¹⁾ (n:8)	FF ⁽²⁾ (n:16)	SoBF ⁽³⁾ (n:27)	Toplam (n:51)	SBF ⁽¹⁾ (n:142)	FF ⁽²⁾ (n:134)	SoBF ⁽³⁾ (n:123)	Toplam (n:399)
	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]
A vitamini (mcg)	1047,1±595,19 [942,3 (1095,10)] $\chi^2=1,249$;	890,8±920,29 [691,0 (552,1)] $p=0,536$	1268,1±1849,6 [815,7 (796,20)]	1115,1±1453,27 [759,8 (791,9)]	1314,6±1148,4 [990,3 (942,0)] $\chi^2=32,672$;	1094,2±1858,1 [667,7 (539,0)] $p=0,000^*$ [1-2,3]	1222,5±2853,56 [647,3 (618,50)]	1212,2±2031,11 [754,3 (727,4)]
C vitamini (mg)	96,3±59,96 [99,4 (60,00)] $\chi^2=2,235$;	76,3±48,64 [70,2 (59,30)] $p=0,327$	74,1±83,62 [48,0 (78,00)]	78,3±70,09 [61,2 (80,1)]	116,3±65,08 [102,6 (84,40)] $\chi^2=36,775$;	80,2±70,36 [63,1 (66,5)] $p=0,000^*$ [1-2,3]	81,9±71,79 [62,1 (90,30)]	93,6±70,87 [76,8 (93,0)]
E vitamini (mg)	31,6±7,73 [31,9 (6,80)] $F=3,034$;	32,5±18,42 [27,9 (33,60)] $p=0,057$	22,5±12,54 [19,2 (20,90)]	27,0±14,71 [26,4 (18,9)]	33,2±15,47 [31,8 (19,20)] $\chi^2=36,311$;	28,1±17,42 [24,6 (19,3)] $p=0,000^*$ [1-2,3]	22,4±12,84 [20,3 (16,80)]	28,2±16,01 [25,6 (18,9)]
Niasin (mg)	29,2±17,38 [25,9 (20,90)] $\chi^2=0,337$;	24,7±10,99 [23,4 (18,70)] $p=0,845$	27,6±17,04 [23,2 (21,20)]	26,9±15,24 [24,6 (17,5)]	24,5±10,30 [23,1 (12,50)] $\chi^2=33,320$;	20,7±15,85 [16,1 (13,3)] $p=0,000^*$ [1-2,3]	19,4±12,63 [15,2 (14,90)]	21,7±13,24 [20,4 (14,4)]
B ₆ vitamini (mg)	1,5±0,56 [1,3 (0,90)] $\chi^2=1,030$;	1,3±0,47 [1,2 (0,70)] $p=0,598$	1,4±0,82 [1,1 (0,70)]	1,4±0,68 [1,2 (0,6)]	1,6±0,57 [1,6 (0,80)] $\chi^2=54,859$;	1,2±0,71 [1,1 (0,7)] $p=0,000^*$ [1-2,3]	1,2±0,75 [1,0 (0,90)]	1,4±0,71 [1,3 (0,9)]
B ₁₂ vitamini (mcg)	6,5±7,39 [5,0 (2,90)] $\chi^2=2,754$;	3,0±2,34 [2,4 (2,30)] $p=0,252$	4,4±4,27 [3,3 (4,40)]	4,3±4,49 [2,8 (3,6)]	4,5±3,25 [4,0 (2,80)] $\chi^2=36,924$;	3,4±3,14 [2,8 (3,3)] $p=0,000^*$ [1-2,3]	4,4±10,58 [2,1 (2,70)]	4,1±6,45 [3,1 (3,4)]
Tiamin (mg)	1,1±0,39 [1,0 (0,50)] $\chi^2=3,679$;	0,9±0,59 [0,8 (0,50)] $p=0,159$	0,8±0,42 [0,8 (0,40)]	0,9±0,47 [0,8 (0,4)]	1,0±0,34 [0,9 (0,40)] $\chi^2=55,511$;	0,7±0,35 [0,7 (0,35)] $p=0,000^*$ [1-2,3]	0,6±0,50 [1,4 (0,45)]	0,8±0,67 [0,7 (0,5)]

χ^2 Kruskal-Wallis H istatistik değeri, F “ANOVA” test istatistik değeri. *p<0,001

Çizelge 4.21. (devam) Bireylerin cinsiyet ve okudukları bölümlere göre günlük diyetle aldıkları mikro besin öğelerinin ortalama ($\bar{x}$) , standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri

Enerji ve Besin Öğeleri	Erkek (n:51)				Kadın (n: 399)			
	SBF ⁽¹⁾ (n:8)	FF ⁽²⁾ (n:16)	SoBF ⁽³⁾ (n:27)	Toplam (n:51)	SBF ⁽¹⁾ (n:142)	FF ⁽²⁾ (n:134)	SoBF ⁽³⁾ (n:123)	Toplam (n:399)
	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]
Riboflavin (mg)	1,6±0,61 [1,5 (1,00)]	1,0±0,47 [1,0 (1,00)]	1,3±0,68 [1,1 (0,68)]	1,2±0,63 [1,1 (0,7)]	1,4±0,45 [1,3 (0,60)]	1,0±0,55 [0,9 (0,60)]	1,0±0,66 [0,9 (0,60)]	1,1±0,58 [1,1 (0,7)]
	$\chi^2=4,298$; $p=0,117$				$\chi^2=63,466$; $p=0,000^*$ [1-2,3]			
Folat (mcg)	372,5±127,62 [375,2 (216,40)]	300,3±133,80 [299,8 (166,00)]	283,5±165,58 [245,6 (167,00)]	302,7±151,29 [276,8 (171,0)]	322,8±122,22 [301,8 (160,80)]	238,7±104,14 [231,5 (127,5)]	235,2±122,33 [214,3 (158,60)]	267,6±123,27 [249,2 (162,5)]
	$\chi^2=4,322$; $p=0,115$				$\chi^2=50,057$; $p=0,000^*$ [1-2,3]			
Potasyum (mg)	2577,6±795,50 [2691,6 (1550,5)]	1698,4±593,59 [1625,5 (936,2)]	2037,5±1298,46 [1574,2 (1394,50)]	2015,8±1074,25 [1735,2 (1228,6)]	2537,2±868,05 [2495,1 (995,0)]	1755,2±852,10 [1542,0(1006,9)]	1694,7±829,59 [1504,2 (1235,60)]	2014,9±933,94 [1949,6 (1343,0)]
	$\chi^2=5,288$; $p=0,071$				$\chi^2=76,395$; $p=0,000^*$ [1-2,3]			
Kalsiyum (mg)	701,6±338,99 [630,8 (620,50)]	436,8±232,03 [372,7 (428,90)]	529,0±266,48 [559,7 (445,70)]	527,1±276,86 [512,9 (400,5)]	689,2±292,64 [658,4 (387,30)]	494,5±273,58 [437,4 (355,40)]	454,3±235,16 [417,1 (344,70)]	551,4±288,22 [515,0 (385,6)]
	$F=2,597$; $p=0,085$				$\chi^2=51,695$; $p=0,000^*$ [1-2,3]			
Magnezyum (mg)	287,4±46,91 [298,8 (84,60)]	236,2±136,57 [199,6 (134,10)]	231,9±131,64 [200,7 (172,70)]	242,0±123,74 [224,7 (153,7)]	283,0±103,42 [271,1 (110,50)]	207,7±100,56 [189,7 (134,60)]	197,0±98,12 [180,9 (148,70)]	231,2±107,81 [219,4 (150,8)]
	$\chi^2=4,751$; $p=0,093$				$\chi^2=55,771$; $p=0,000^*$ [1-2,3]			
Fosfor (mg)	1346,5±389,47 [1331,9 (617,20)]	991,8±299,63 [988,7 (473,10)]	1113,79±547,12 [1022,3 (714,80)]	1112,0±466,11 [1022,3 (636,0)]	1185,1±376,80 [1135,6 (484,5)]	895,8±450,15 [810,7 (523,60)]	841,8±389,31 [803,1 (480,50)]	982,1±433,31 [924,3 (591,2)]
	$\chi^2=3,810$; $p=0,149$				$\chi^2=62,312$; $p=0,000^*$ [1-2,3]			

χ^2 Kruskal-Wallis H istatistik değeri, F “ANOVA” test istatistik değeri. * $p<0,001$

Çizelge 4.21. (devam) Bireylerin cinsiyet ve okudukları bölümlere göre günlük diyetle aldıkları mikro besin öğelerinin ortalama ($\bar{x}$) , standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri

Enerji ve Besin Öğeleri	Erkek (n:51)				Kadın (n: 399)			
	SBF ⁽¹⁾ (n:8)	FF ⁽²⁾ (n:16)	SoBF ⁽³⁾ (n:27)	Toplam (n:51)	SBF ⁽¹⁾ (n:142)	FF ⁽²⁾ (n:134)	SoBF ⁽³⁾ (n:123)	Toplam (n:399)
	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]
Demir (mg)	13,9±3,55 [12,5 (5,90)] $\chi^2=3,582$;	11,3±6,16 [9,9 (5,00)] p=0,167	11,4±5,76 [10,8 (6,10)]	11,8±5,59 [11,2 (5,6)]	11,6±4,21 [10,8 (5,20)] $\chi^2=34,320$;	9,6±4,70 [8,4 (5,00)] p=0,000* [1-2,3]	8,8±4,15 [7,9 (5,80)]	10,0±4,52 [9,5 (6,3)]
Çinko (mg)	12,7±6,47 [11,1 (4,80)] $\chi^2=4,486$;	8,4±3,23 [7,6 (5,90)] p=0,106	9,2±4,040 [8,8 (4,70)]	9,5±4,43 [8,9 (5,4)]	9,7±3,11 [9,5 (3,80)] $\chi^2=55,318$;	7,7±4,20 [6,8 (4,60)] p=0,000* [1-2,3]	7,00±3,64 [6,4 (4,30)]	8,2±3,84 [7,8 (5,0)]
Bakır (mg)	1702,5±231,81 [1695,0 (312,50)] $\chi^2=3,543$;	1683,8±750,13 [1470,0 (1000,0)] p=0,170	1625,9±1201,50 [1430,0 (600,0)]	1656,1±963,39 [1480,0 (760,0)]	1617,8±593,74 [1585,0 (667,5)] $\chi^2=37,085$;	1302,5±666,02 [1110,0 (720,0)] p=0,000* [1-2,3]	1261,5±771,60 [1060,0 (790,00)]	1402,1±694,02 [1280,0 (880,0)]

χ^2 Kruskal-Wallis H istatistik değeri, F “ANOVA” test istatistik değeri. *p<0,00

Bireylerin okudukları bölümlere göre günlük diyetle aldıkları enerji ve besin öğelerinin Diyet Referans Alım Düzeyi (DRI)'ne göre karşılama yüzdesi (%) Çizelge 4.22'de gösterilmiştir. Enerji (kcal) ve protein (g) alımının karşılama yüzdesi olarak erkeklerde sırasıyla %75,0±20,98; 131,7±57,77 ve kadınlarda sırasıyla %84,4±32,03; 130,8±61,91 olarak bulunmuştur. Posa (g) alımı karşılama yüzdesi erkeklerde %49,8±27,77 iken kadınlarda %73,8±36,12 olarak bulunmuştur.

Erkek ve kadın bireylerin DRI'ya göre C vitamini (mg) (sırasıyla: %87,0±77,87; %124,7±94,49), B₆ vitamini (mg) (sırasıyla: %105,3±52,55; %104,0±54,52), tiamin (mg) (sırasıyla: %73,8±39,46; %71,0±33,19), riboflavin (mg) (sırasıyla: %95,5±48,17; 102,9±52,82) ve çinko (mg) (sırasıyla: %86,5±40,24; %102,4±48,03) alımları olarak bulunmuştur. Erkek bireylerin DRI karşılama yüzdesine göre enerji ve besin öğelerinin karşılanma oranı ile okudukları bölümler arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05) (Çizelge 4.22).

Kadınların okudukları bölümlere göre DRI karşılama yüzdelere bakıldığında SBF, FF ve SoBF'lerindeki bireylerin enerji (kcal) alımları sırasıyla %85,8±25,23; %75,4±32,34; %66,9±26,13 olarak bulunmuştur. Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyan kadın bireylerin enerji (kcal) ve karbonhidrat (g) alımları FF ve SoBF'ye oranla anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p=0,000). Kadınların posa (g) gereksinimini karşılama yüzdeleri SBF'de okuyanlarda %91,3±38,60; FF'de %66,0±30,42 ve SoBF'de ise %62,0±30,04 olarak bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,000). Kadınların protein (g) alımına bakıldığında ise SBF'de okuyanların %152,0±44,96 ve FF'de okuyanların %124,1±73,61 ve SoBF'de okuyanların ise %113,6±58,22 olarak bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,000) (Çizelge 4.22).

Sağlık Bilimleri Fakültesi, FF ve SoBF'de okuyan kadınların n-3 (g) yağ asidi alımları sırasıyla: %132,3±73,91; %125,0±114,95; %111,9±121,68 ve n-6 (g) yağ asidi alımları sırasıyla: %235,5±108,29; %201,0±125,85; %163,5±99,36 olarak bulunmuştur. Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyan kadınların n-3 (g) ve n-6 (g) yağ asidi alımı karşılama yüzdesi diğer bölümlerden anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p=0,000). Ayrıca FF'deki kadın öğrencilerin n-6 alımı karşılama yüzdesi SoBF'den anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,000) (Çizelge 4.22).

SBF’de okuyan kadınların vitamin ve minerallerin karşılanma yüzdelere bakıldığında ise; A vitamini (mcg), E vitamini (mg), niasin (mg), B₁₂ vitamini (mg), B₆ vitamini (mg), çinko (mg), riboflavin (mg) ve bakır (mg) alımının diğer fakültelerden anlamlı derecede daha yüksek karşılanma yüzdesine sahip olduğu bulunmuştur (p=0,000). Ayrıca kadınlarda E vitamini (mg) alım düzeyi FF’de (%187,5±116,16) okuyanlarda SoBF’de (%149,2±85,62) okuyanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0,000). Sağlık Bilimleri Fakültesi, FF ve SoBF’de okuyan kadınlarda potasyum (mg) alımları sırasıyla: %54,0±18,47; %37,4±18,13; %36,1±17,65, kalsiyum (mg) alımları sırasıyla: %68,9±29,26; %49,5±27,36; %45,4±23,52 ve demir (mg) alımları sırasıyla: %64,4±23,42; %53,1±26,14; 48,8±23,04 olup SBF’de okuyanlarda anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (p=0,000) (Çizelge 4.22).

Kadınların C vitamini (mg) alımları sırasıyla: %155,1±86,77; %106,9±93,82; 109,2±95,72 ve fosfor (mg) alımları sırasıyla: %169,3±53,83; %128,0±64,31; %120,3±55,62 olarak bulunmuştur. Bölümler arası istatistiksel farka bakıldığında ise SBF’de okuyan kadın öğrencilerin C vitamini (mg) ve fosfor (mg) alımları FF ve SoBF’ye oranla anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p=0,000) (Çizelge 4.22).

Kadınların SBF, FF ve SoBF’de okuyanlarda folat (mcg) alımları sırasıyla: %80,7±30,56; %59,7±26,04; %58,8±30,58, magnezyum (mg) sırasıyla: %91,2±33,35; %67,0±32,45; 63,4±31,59 ve tiamin (mg) alımları sırasıyla: %85,9±30,87; %64,2±31,38; %61,2±31,82 olarak bulunmuştur. Bölümler arası istatistiksel farka bakıldığında ise SBF’de okuyan kadın bireylerin folat (mcg), magnezyum (mg) ve tiamin (mg) alımları FF ve SoBF’de okuyan kadınlara oranla anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (p=0,000) (Çizelge 4.22).

Çizelge 4.22. Bireylerin cinsiyet ve okudukları bölümlere göre günlük enerji ve besin öğeleri alımlarının DRI'ya göre karşılama yüzdesi (%)

Enerji ve Besin Öğeleri	Erkek (n:51)			Toplam (n:51)	Kadın (n:399)			Toplam (n:399)
	SBF ⁽¹⁾ (n:8)	FF ⁽²⁾ (n:16)	SoBF ⁽³⁾ (n:27)		SBF ⁽¹⁾ (n:142)	FF ⁽²⁾ (n:134)	SoBF ⁽³⁾ (n:123)	
	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]		$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	
Enerji (kkal)	71,7±11,51 [67,8 (16,30)]	74,9±18,71 [72,8 (24,90)]	65,7±20,81 [64,5 (35,60)]	75,0±20,98 [73,6 (24,0)]	85,8±25,23 [84,7 (30,40)]	75,4±32,34 [69,9 (41,50)]	66,9±26,13 [60,9 (35,00)]	84,4±32,03 [81,5 (41,1)]
	F=1,228; p=0,302				$\chi^2=35,881$;	p=0,000* [1-2,3]		
Karbonhidrat (g)	179,3±35,87 [181,9 (50,90)]	219,0±66,85 [213,6 (90,10)]	171,7±69,77 [184,1 (99,60)]	187,8±67,18 [193,7 (74,7)]	167,8±54,95 [165,2 (56,70)]	153,6±67,62 [139,4 (89,40)]	138,6±59,61 [131,4 (75,10)]	154,1±61,87 [150,1 (81,4)]
	F=2,735; p=0,075				$\chi^2=18,551$;	p=0,000* [1-2,3]		
Posa (g)	57,7±14,60 [61,6 (19,40)]	49,1±20,70 [47,2 (29,00)]	47,8±33,98 [40,4 (34,80)]	49,8±27,77 [44,5 (32,9)]	91,3±38,60 [87,5 (47,70)]	66,0±30,42 [60,7 (34,70)]	62,0±30,04 [57,1 (47,30)]	73,8±36,12 [68,4 (47,3)]
	F=0,384; p=0,683				$\chi^2=52,724$;	p=0,000* [1-2,3]		
Protein (g)	156,4±65,13 [144,54 (76,50)]	120,4±42,92 [118,1 (56,10)]	131,0±62,81 [126,4 (52,10)]	131,7±57,77 [126,3 (58,1)]	152,0±44,96 [146,5 (58,50)]	124,1±73,61 [105,6 (69,10)]	113,6±58,22 [100,5 (65,00)]	130,8±61,91 [124,3 (77,0)]
	$\chi^2=2,323$;				$\chi^2=52,050$;	p=0,000* [1-2,3]		
n-3 (g)	80,7±30,11 [73,8 (30,80)]	82,1±7,27 [65,0 (37,30)]	96,9±67,44 [82,5 (56,90)]	89,7±62,52 [78,8 (44,3)]	132,3±73,91 [114,1 (60,00)]	125,0±114,95 [87,7 (80,90)]	111,9±121,68 [80,9 (60,00)]	123,6±104,69 [94,5 (66,4)]
	$\chi^2=1,941$;				$\chi^2=31,549$;	p=0,000* [1-2,3]		
n-6 (g)	175,3±36,98 [155,6 (38,70)]	165,4±92,55 [130,5 (131,10)]	124,5±68,26 [106,6 (134,00)]	142,5±74,58 [130,8 (99,8)]	235,5±108,29 [212,7 (127,40)]	201,0±125,85 [178,0 (132,70)]	163,5±99,36 [150,8 (123,30)]	201,7±115,47 [187,6 (142,1)]
	$\chi^2=3,323$;				$\chi^2=34,032$;	p=0,000* [1-2,3] [2-3]		
A vitamini (mcg)	116,4±66,13 [104,7 (121,70)]	99,0±102,25 [76,8 (61,30)]	140,9±205,51 [90,6 (88,50)]	123,9±161,47 [84,4 (88,0)]	187,8±164,06 [141,5 (134,60)]	156,3±265,44 [95,4 (77,00)]	174,6±407,65 [92,5 (88,40)]	173,2±290,16 [107,8 (103,9)]
	$\chi^2=1,249$;				$\chi^2=32,672$;	p=0,000* [1-2,3]		
C vitamini (mg)	107,0±66,63 [110,4 (135,00)]	84,7±54,04 [78,0 (65,90)]	82,3±92,91 [53,4 (86,60)]	87,0±77,87 [68,0 (89,0)]	155,1±86,77 [136,8 (112,50)]	106,9±93,82 [84,1 (88,60)]	109,2±95,72 [82,7 (120,40)]	124,7±94,49 [102,4 (124,0)]
	$\chi^2=2,235$;				$\chi^2=36,775$;	p=0,000* [1-2,3]		
E vitamini (mg)	210,4±51,55 [212,6 (45,00)]	216,8±122,83 [185,7 (224,10)]	149,7±83,63 [127,9 (139,10)]	180,3±98,05 [176,0 (125,9)]	221,5±103,16 [212,2 (127,90)]	187,5±116,16 [163,7 (128,60)]	149,2±85,62 [135,1 (111,70)]	187,8±106,73 [170,5 (126,0)]
	F=3,034; p=0,057				$\chi^2=36,311$;	p=0,000* [1-2,3] [2-3]		

χ^2 Kruskal-Wallis H istatistik değeri, F "ANOVA" test istatistik değeri. *p<0,001

Çizelge 4.22. (devam) Bireylerin cinsiyet ve okudukları bölümlere göre günlük enerji ve besin öğeleri alımlarının DRI'ya göre karşılama yüzdesi (%)

Enerji ve Besin Öğeleri	Erkek (n:51)			Toplam (n:51)	Kadın (n:399)			Toplam (n:399)
	SBF ⁽¹⁾ (n:8)	FF ⁽²⁾ (n:16)	SoBF ⁽³⁾ (n:27)		SBF ⁽¹⁾ (n:142)	FF ⁽²⁾ (n:134)	SoBF ⁽³⁾ (n:123)	
	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]		$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	
Niasin (mg)	182,6±108,64 [162,0 (130,70)] $\chi^2=0,337$;	154,3±68,70 [146,3 (116,90)] p=0,845	172,4±106,49 [145,1 (132,20)]	168,3±95,23 [153,4 (109,1)]	175,0±73,61 [165,3 (88,90)] $\chi^2=33,320$;	147,9±113,23 [115,1 (95,10)] p=0,000* [1-2,3]	138,5±90,21 [108,4 (106,20)]	154,6±94,56 [132,1 (102,8)]
B ₆ vitamini (mg)	117,8±43,45 [101,5 (70,60)] $\chi^2=1,030$;	98,5±35,98 [93,5 (36,00)] p=0,598	105,6±63,08 [85,4 (56,90)]	105,3±52,55 [95,4 (48,5)]	125,1±43,62 [124,2 (61,40)] $\chi^2=54,859$;	93,9±54,96 [81,9 (51,50)] p=0,000* [1-2,3]	90,6±58,24 [73,8 (70,80)]	104,0±54,52 [97,69 (70,8)]
B ₁₂ vitamini (mcg)	272,3±307,76 [207,7 (119,70)] $\chi^2=2,754$;	122,9±97,46 [97,9 (96,50)] p=0,252	185,1±177,79 [135,8 (182,50)]	179,3±186,99 [116,7 (151,3)]	185,6±135,25 [166,3 (117,50)] $\chi^2=36,924$;	141,2±130,64 [115,8 (135,90)] p=0,000* [1-2,3]	164,0±440,87 [89,2 (111,30)]	170,2±268,68 [127,9 (143,3)]
Tiamin (mg)	88,7±32,30 [83,3 (44,60)] $\chi^2=3,679$;	74,6±49,08 [62,9 (39,60)] p=0,159	68,9±35,07 [62,5 (30,00)]	73,8±39,46 [64,2 (32,5)]	85,9±30,87 [82,3 (38,20)] $\chi^2=55,511$;	64,2±31,38 [53,6 (38,90)] p=0,000* [1-2,3]	61,2±31,82 [57,3 (41,80)]	71,0±33,19 [66,4 (45,5)]
Riboflavin (mg)	122,7±46,66 [111,9 (75,40)] $\chi^2=4,298$;	79,9±35,80 [78,1 (74,80)] p=0,117	96,7±52,51 [83,8 (41,50)]	95,5±48,17 [86,9 (53,9)]	124,1±41,10 [121,4 (55,20)] $\chi^2=63,466$;	92,1±50,23 [79,5 (56,40)] p=0,000* [1-2,3]	90,2±59,87 [81,8 (53,60)]	102,9±52,82 [97,3 (64,6)]
Folat (mcg)	93,1±31,91 [93,8 (54,10)] $\chi^2=4,322$;	75,9±33,45 [75,0 (41,50)] p=0,115	70,9±41,39 [61,4 (41,70)]	75,7±37,82 [69,2 (42,7)]	80,7±30,56 [79,0 (40,20)] $\chi^2=50,057$;	59,7±26,04 [57,9 (31,90)] p=0,000* [1-2,3]	58,8±30,58 [53,6 (39,70)]	66,9±30,82 [62,3 (40,6)]
Potasyum (mg)	54,8±16,93 [57,3 (33,00)] $\chi^2=5,288$;	36,1±12,63 [34,6 (19,90)] p=0,071	43,4±27,62 [33,5 (29,70)]	42,9±22,86 [36,9 (26,1)]	54,0±18,47 [53,1 (21,20)] $\chi^2=76,395$;	37,4±18,13 [32,8 (21,40)] p=0,000* [1-2,3]	36,1±17,65 [32,0 (26,30)]	42,9±19,87 [41,5 (28,6)]

χ^2 Kruskal-Wallis H istatistik değeri, F “ANOVA” test istatistik değeri. *p<0,001

Çizelge 4.22. (devam) Bireylerin cinsiyet ve okudukları bölümlere göre günlük enerji ve besin öğeleri alımlarının DRI'ya göre karşılama yüzdesi (%)

Enerji ve Besin Öğeleri	Erkek (n:51)			Toplam (n:51)	Kadın (n:399)			Toplam (n:399)
	SBF ⁽¹⁾ (n:8)	FF ⁽²⁾ (n:16)	SoBF ⁽³⁾ (n:27)		SBF ⁽¹⁾ (n:142)	FF ⁽²⁾ (n:134)	SoBF ⁽³⁾ (n:123)	
	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]		$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	
Kalsiyum (mg)	70,2±33,90 [63,1 (62,10)] F=2,597;	43,7±23,20 [37,3 (42,90)] p=0,085	52,9±26,65 [56,0 (44,60)]	52,7±27,69 [51,3 (40,1)]	68,9±29,26 [65,8 (38,70)] $\chi^2=51,695$;	49,5±27,36 [43,7 (35,50)] p=0,000* [1-2,3]	45,4±23,52 [41,7 (34,50)]	55,1±28,82 [51,5 (38,7)]
Magnezyum (mg)	71,9±11,73 [74,7 (21,20)] $\chi^2=4,973$;	58,8±33,99 [49,9 (33,50)] p=0,083	58,0±32,91 [50,2 (43,20)]	60,4±30,89 [56,2 (38,4)]	91,2±33,35 [87,4 (36,20)] $\chi^2=55,742$;	67,0±32,45 [60,9 (43,40)] p=0,000* [1-2,3]	63,4±31,59 [58,4 (48,00)]	74,5±34,77 [70,6 (48,6)]
Fosfor (mg)	192,4±55,64 [190,3 (88,20)] $\chi^2=3,810$;	141,7±42,80 [141,2 (67,60)] p=0,149	159,1±78,16 [146,0 (102,10)]	159,9±66,59 [146,0 (90,9)]	169,3±53,83 [162,2 (69,20)] $\chi^2=62,312$;	128,0±64,31 [115,8 (74,80)] p=0,000* [1-2,3]	120,3±55,62 [114,7 (68,60)]	140,3±61,90 [132,0 (84,5)]
Demir (mg)	173,1±44,40 [155,9 (73,30)] $\chi^2=3,582$;	141,3±76,99 [123,9 (62,20)] p=0,167	142,5±72,02 [136,0 (76,40)]	146,9±69,87 [140,4 (70,0)]	64,4±23,42 [60,2 (28,70)] $\chi^2=34,320$;	53,1±26,14 [46,8 (27,90)] p=0,000* [1-2,3]	48,8±23,04 [43,9 (32,30)]	55,8±25,08 [52,6 (34,9)]
Çinko (mg)	115,7±58,83 [100,5 (44,10)] $\chi^2=4,486$;	76,1±29,36 [68,7 (53,80)] p=0,106	84,0±36,74 [80,3 (43,00)]	86,5±40,24 [80,9 (49,4)]	121,7±38,90 [118,9 (47,80)] $\chi^2=55,318$;	95,7±52,47 [85,6 (57,50)] p=0,000* [1-2,3]	87,5±45,45 [79,8 (53,80)]	102,4±48,03 [97,3 (61,9)]
Bakır (mg)	189,2±25,76 [188,3 (34,70)] $\chi^2=3,543$;	187,1±83,35 [163,3 (111,10)] p=0,170	180,7±133,50 [158,4 (66,70)]	184,0±107,04 [164,4 (84,4)]	179,8±65,98 [176,1 (74,20)] $\chi^2=37,085$;	144,7±74,00 [123,3 (80,00)] p=0,000* [1-2,3]	140,2±85,73 [117,8 (87,80)]	155,8±77,11 [142,2 (97,8)]

χ^2 Kruskal-Wallis H istatistik değeri, F “ANOVA” test istatistik değeri. *p<0,001

Bireylerin cinsiyet ve okudukları bölümlere göre günlük sıvı tüketim durumlarının ortalama, standart sapma, medyan ve IQR değerleri Çizelge 4.23'te gösterilmiştir. Erkek bireylerin ortalama su, çay, gazlı içecek, soda ve şekerli içecek tüketimi (sırasıyla: 1505,9±904,64 mL, 476,0±434,99 mL, 120,4±328,94 mL; 66,7±136,63 mL, 107,7±216,50 mL) kadın bireylerden (sırasıyla: 1381,7±731,41 mL, 326,7±314,34 mL, 44,1±119,68, 33,4±86,98, 27,07±91,74) yüksek çıkmıştır. Erkeklerin türk kahvesi ve instant kahve tüketimi (sırasıyla: 13,7±59,26 mL; 49,4±91,64 mL) ise kadınlardan (sırasıyla: 18,3±47,29 mL; 61,6±146,89 mL) düşük çıkmıştır.

Erkek bireylerin su tüketim durumu SBF'de okuyanların (1650,0±806,39 mL), FF (1321,9±909,94 mL) ve SoBF'de (1572,2±997,63 mL) okuyanlardan daha fazla çıkmıştır. Erkeklerde çay (mL), gazlı içecek (mL) ve şekerli içecek (mL) tüketimi en fazla FF'de (sırasıyla: 632,8±586,71 mL; 258,1±539,31 mL; 137,5±289,54 mL), türk kahvesi (mL) ve instant kahve (mL) tüketimi en fazla SoBF'de (sırasıyla: 19,3±77,75 mL; 68,5±107,55 mL) okuyanlarda bulunmuştur. Soda (mL) tüketimi ise SBF'de (75,0±212,13 mL) daha yüksek bulunmuştur. Erkeklerin tükettikleri tüm içeceklerin alım miktarlarında fakülterlere göre bakıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.23).

Kadın bireylerde SBF'de okuyanların (1541,5±516,26 mL) ortalama su tüketim miktarı, FF (1332,5±772,13 mL) ve SoBF'de (1250,8±904,97 mL) okuyanlardan anlamlı derecede daha yüksek çıkmıştır ($p=0,000$). Kadın bireylerin gazlı içecek tüketim durumu SBF'de okuyanların (22,4±86,15 mL), FF (63,3±146,43 mL) ve SoBF'de (48,2±117,48 mL) okuyanlardan daha düşük çıkmıştır. Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyan kadın bireylerin gazlı içecek tüketim durumları FF'e göre anlamlı derecede daha düşük çıkmıştır ($p=0,000$).

Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde (20,1±87,33 mL) okuyan kadın bireylerin soda tüketim durumları FF (41,8±88,68 mL) ve SoBF'ye (39,6±83,47 mL) göre anlamlı derecede daha düşük çıkmıştır ($p=0,004$). Çay (mL), türk kahvesi (mL), instant kahve (mL) ve şekerli içecek (mL) tüketimi fakülteler arası benzer olup, bireylerin alım miktarlarında okudukları fakülterlere göre anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.23).

Çizelge 4.23. Bireylerin cinsiyet ve okudukları bölümlere göre günlük sıvı tüketim durumlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri

Sıvılar	Erkek (n:51)				Kadın (n:399)			
	SBF ⁽¹⁾ (n:8)	FF ⁽²⁾ (n:16)	SoBF ⁽³⁾ (n:27)	Toplam (n:51)	SBF ⁽¹⁾ (n:142)	FF ⁽²⁾ (n:134)	SoBF ⁽³⁾ (n:123)	Toplam (n:399)
	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]		$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	$\bar{x} \pm SS$ [M (IQR)]	
Su tüketimi (mL)	1650,0±806,39 [1500,0 (362,5)] $\chi^2=1,435$;	1321,9±909,94 [1000,0 (1187,5)] p=0,488	1572,2±997,63 [1500,0 (1000,0)]	1505,9±904,64 [1500,0 (1000,0)]	1541,5±516,26 [1500,0 (1000,0)] $\chi^2=28,850$;	1332,5±722,13 [1000,0 (762,50)] p=0,000* [1-2,3]	1250,8±904,97 [1000,0 (1150,0)]	1381,7±731,41 [1500,0 (800,0)]
Çay tüketimi (mL)	262,5±255,99 [250,0 (550,00)] $\chi^2=2,684$;	632,8±586,71 [500,0 (768,80)] p=0,261	446,3±434,99 [400,0 (450,00)]	476,0±475,89 [400,0 (475,0)]	303,8±276,38 [200,0 (250,00)] $\chi^2=0,187$;	333,9±314,37 [300,0 (350,00)] p=0,911	345,3±353,99 [300,0 (350,00)]	326,7±314,34 [200,0 (300,0)]
Türk kahvesi (mL)	15,0±42,42 [0,0 (0,00)] $\chi^2=0,396$;	3,8±15,0 [0,0 (0,00)] p=0,820	19,3±77,75 [0,0 (0,00)]	13,7±59,26 [0,0 (0,0)]	19,4±52,59 [0,0 (0,00)] $\chi^2=0,678$;	16,1±40,84 [0,0 (0,00)] p=0,712	19,5±47,66 [0,0 (0,00)]	18,3±47,29 [0,0 (0,0)]
Instant kahve (mL)	40,0±77,09 [0,0 (90,00)] $\chi^2=2,481$;	21,9±60,47 [0,0 (0,00)] p=0,289	68,5±107,55 [0,0 (150,00)]	49,4±91,64 [0,0 (120,0)]	60,3±105,33 [0,0 (150,00)] $\chi^2=2,514$;	46,3±113,32 [0,0 (0,00)] p=0,285	79,7±207,33 [0,0 (0,00)]	61,6±146,89 [0,0 (0,0)]
Gazlı içecekler (mL)	- Z=-0,795 ;	258,1±539,31 [0,0 (382,500)] p=0,427	74,4±148,15 [0,0 (150,00)]	120,4±328,94 [0,0 (0,0)]	22,4±86,15 [0,0 (0,00)] $\chi^2=8,453$;	63,3±146,43 [0,0 (0,00)] p=0,000* [1-2]	48,2±117,48 [0,0 (0,00)]	44,1±119,68 [0,0 (0,0)]
Soda (mL)	75,0±212,13 [0,0 (0,00)] $\chi^2=0,410$;	50,0±89,44 [0,0 (150,00)] p=0,815	74,1±137,54 [0,0 (200,00)]	66,7±136,63 [0,0 (0,0)]	20,1±87,33 [0,0 (0,00)] $\chi^2=11,072$;	41,8±88,68 [0,0 (0,00)] p=0,004** [1-2,3]	39,6±83,47 [0,0 (0,00)]	33,4±86,98 [0,0 (0,0)]
Şekerli içecekler (mL)	25,0±70,71 [0,0 (0,00)] $\chi^2=1,443$;	137,5±289,54 [0,0 (150,00)] p=0,486	114,4±194,23 [0,0 (200,00)]	107,7±216,50 [0,0 (200,0)]	23,1±76,98 [0,0 (0,00)] $\chi^2=1,065$;	30,9±85,90 [0,0 (0,00)] p=0,587	27,5±111,93 [0,0 (0,00)]	27,07±91,74 [0,0 (0,0)]

χ^2 Kruskal-Wallis H istatistik değeri. *p<0,001 **p<0,05

Bireylerin sağlıklı yeme takıntısı (ORTO-15) ve yeme tutum envanteri (EAT-26) sonucuna göre günlük alınan enerji ve bazı mikro besin öğelerinin ortalama, standart sapma, medyan ve IQR değerleri Çizelge 4.24'te gösterilmiştir.

Ortorektik eğilimi olan ve olmayan bireylerin enerji alımları sırasıyla $1781,2 \pm 679,27$ kkal ve $1930,43 \pm 695,78$ kkal, posa alımları sırasıyla $17,3 \pm 9,37$ g ve $19,3 \pm 9,01$ g, potasyum alımları sırasıyla $1886,2 \pm 937,02$ mg ve $2100,8 \pm 949,89$ mg ve folat alımları sırasıyla $261,4 \pm 135,98$ mcg ve $278,4 \pm 120,51$ mcg olarak bulunmuştur. Ortorektik eğilimi olan bireylerin enerji (kkal) ($p=0,000$), posa (g) ($p=0,005$), potasyum (mg) ($p=0,013$) ve folat (mcg) ($p=0,024$) alımları ortorektik eğilimi olmayan bireylerden anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Ortorektik eğilimi olan ve olmayan bireyler arasında toplam enerjiden gelen protein (sırasıyla: $\%13,6 \pm 3,90$; $\%13,0 \pm 3,70$), yağ (sırasıyla: $\%42,1 \pm 8,59$; $\%41,5 \pm 7,80$) ve karbonhidrat (sırasıyla: $\%43,4 \pm 9,55$; $\%44,3 \pm 8,11$) yüzdeleri ile kolesterol (sırasıyla: $281,7 \pm 225,79$ mg; $257,5 \pm 166,64$ mg) ve diğer mikro besin öğelerinin alımında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.24).

Yeme davranış bozukluğu olan ve olmayan bireylerin enerji (kkal) alımları sırasıyla $1713,3 \pm 661,13$ kkal ve $1923,5 \pm 695,50$ kkal olarak bulunmuştur. Yeme davranış bozukluğu olan bireylerin enerji (kkal) alım miktarları yeme davranış bozukluğu olmayan bireylerden anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ($p=0,005$). Yeme davranış bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında toplam enerjiden gelen protein (sırasıyla: $\%13,7 \pm 3,65$; $\%13,1 \pm 3,82$), yağ (sırasıyla: $\%41,9 \pm 8,70$; $\%41,7 \pm 7,93$) ve karbonhidrat (sırasıyla: $\%43,3 \pm 9,34$; $\%44,1 \pm 8,50$) yüzdeleri, posa (sırasıyla: $17,4 \pm 9,03$ g; $18,9 \pm 9,25$ g), kolesterol (sırasıyla: $271,0 \pm 229,33$ mg; $265,8 \pm 179,02$) ve diğer mikro besin öğelerinin alımında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.24).

Bireylerin su (mL), gazlı içecek (mL) ve şekerli içecek (mL) tüketimlerine bakıldığında ortorektik eğilimi olan ve olmayan bireyler ile yeme bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.24).

Çizelge 4.24. Bireylerin sağlıklı yeme takıntısı (ORTO-15) ve yeme tutum envanteri (EAT-26) sonucuna göre günlük alınan enerji, bazı mikro besin öğeleri ve sıvı tüketiminin ortalama, standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri

Değişken	ORTO-15					EAT-26				
	Ortorektik Eğilim Olan (≤40) (n:180)		Ortorektik Eğilim Olmayan (>40) (n:270)			Yeme Bozukluğu Olan (≥20) (n:113)		Yeme Bozukluğu Olmayan (<20) (n:337)		
	$\bar{X} \pm SS$	M (IQR)	$\bar{X} \pm SS$	M (IQR)		$\bar{X} \pm SS$	M (IQR)	$\bar{X} \pm SS$	M (IQR)	
Enerji (kkal)	1781,2±679,27	1714,0 (906,3)	1930,4±695,78	1893,5 (922,5)	t=-2,50 p=0,000*	1713,3±661,13	1631,0 (867,7)	1923,5±695,50	1902,3 (899,5)	Z=-2,821 p=0,005**
Top. Protein (TE %)	13,6±3,90	13,2 (4,6)	13,0±3,70	12,7 (4,3)	Z=-1,324 p=0,185	13,7±3,65	13,4 (3,9)	13,1±3,82	12,5 (4,5)	Z=-1,722 p=0,085
Top. yağ (TE %)	42,1±8,59	42,2 (10,1)	41,5±7,80	41,8 (9,5)	Z=-0,550 p=0,582	41,9±8,70	42,6 (10,4)	41,7±7,93	41,9 (9,2)	Z=-0,066 p=0,948
Karbonhidrat (TE %)	43,4±9,55	44,1 (10,8)	44,3±8,11	44,1 (10,4)	t=-1,112 p=0,267	43,3±9,34	43,3 (11,3)	44,1±8,50	44,3 (9,7)	t=0,845 p=0,400
Posa (g)	17,3±9,37	15,7 (11,7)	19,3±9,01	18,4 (11,2)	Z=-2,821 p=0,005**	17,4±9,03	15,9 (11,8)	18,9±9,25	17,4 (11,8)	Z=-1,396 p=0,163
Kolesterol (mg)	281,7±225,79	244,2 (219,9)	257,5±166,64	228,1 (237,1)	Z=-0,737 p=0,461	271,0±229,33	240,0 (262,2)	265,8±179,02	233,2 (223,7)	Z=-0,138 p=0,890
Potasyum (mg)	1886,2±937,0	1628,2 (1356,3)	2100,8±949,89	2070,1 (1305,7)	Z=-2,485 p=0,013**	1963,7±957,96	1855,9 (1228,2)	2032,2±947,55	1982,9 (1362,4)	Z=-0,795 p=0,427
Fosfor (mg)	960,8±448,2	891,9 (539,4)	1020,9±431,15	968,3 (571,3)	Z=-1,824 p=0,068	972,9±454,32	873,7 (619,5)	1004,9±433,52	966,7 (555,5)	Z=-0,955 p=0,340
Demir (mg)	9,9±4,69	9,1 (6,1)	10,5±4,66	9,9 (6,1)	Z=-1,562 p=0,118	9,7±4,51	9,1 (6,0)	10,4±4,72	9,7 (6,1)	Z=-1,520 p=0,128
B ₁₂ vitamini (mcg)	4,2±5,46	2,9 (3,3)	4,1±6,74	2,9 (3,3)	Z=-0,420 p=0,675	4,2±5,50	3,1 (3,4)	4,1±6,49	3,1 (3,4)	Z=-0,183 p=0,855
Folat (mcg)	261,4±135,9	232,4 (166,4)	278,4±120,51	274,3 (155,6)	Z=-2,261 p=0,024**	255,1±128,59	229,9 (177,8)	277,1±126,24	263,6 (162,2)	Z=-1,909 p=0,056
Kalsiyum (mg)	519,8±253,43	481,5 (395,8)	567,9±305,93	524,7 (386,8)	Z=-1,230 p=0,219	534,9±270,06	500,5 (332,1)	553,3±292,39	515,0 (398,9)	Z=-0,439 p=0,661
Çinko (mg)	8,2±4,16	7,5 (5,1)	8,5±3,77	8,1 (5,0)	Z=-1,319 p=0,187	8,0±3,97	7,4 (5,4)	8,5±3,92	7,9 (5,0)	Z=-1,452 p=0,147
Tiamin (mg)	0,8±0,54	0,7 (0,5)	0,8±0,37	0,8 (0,5)	Z=-2,089 p=0,037	0,8±0,41	0,7 (0,5)	0,8±0,37	0,8 (0,5)	Z=-1,078 p=0,281
Riboflavin (mg)	1,1±0,57	1,1 (0,7)	1,2±0,60	1,1 (0,7)	Z=-0,774 p=0,439	1,1±0,58	1,0 (0,7)	1,2±0,59	1,1 (0,7)	Z=-1,022 p=0,307

Z “Mann-Whitney U test” istatistik değeri, “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri). TE: Toplam enerji. *p<0,001 **p<0,05

Çizelge 4.24. (devam) Bireylerin Sağlıklı Yeme Takıntısı (ORTO-15) ve Yeme Tutum Envanteri (EAT-26) sonucuna göre günlük alınan enerji, bazı mikro besin öğeleri ve sıvı tüketiminin ortalama, standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri

Değişken	ORTO-15					EAT-26				
	Ortorektik Eğilim Olan (≤40) (n:180)		Ortorektik Eğilim Olmayan (>40) (n:270)			Yeme Bozukluğu Olan (≥20) (n:113)		Yeme Bozukluğu Olmayan (<20) (n:337)		
	$\bar{x} \pm SS$	M (IQR)	$\bar{x} \pm SS$	M (IQR)		$\bar{x} \pm SS$	M (IQR)	$\bar{x} \pm SS$	M (IQR)	
Su (mL)	1455,0±818,66	1500,0 (1000,0)	1356,3±704,5	1250,0 (750,0)	Z=-0,987 p=0,323	1439,8±877,63	1500,0(1000,0)	1381,0±707,04	1400,0(800,0)	Z=-0,410 p=0,681
Gazlı içecekler (mL)	47,2±135,84	0,0 (0,0)	56,4±173,11	0,0 (0,0)	Z=-0,750 p=0,453	36,2±98,88	0,0 (0,0)	58,3±174,61	0,0 (0,0)	Z=-0,759 p=0,448
Şekerli içecekler (mL)	29,9±94,04	0,0 (0,0)	40,4±127,78	0,0 (0,0)	Z=-0,472 p=0,637	21,2±72,52	0,0 (0,0)	41,2±126,35	0,0 (0,0)	Z=-1,371 p=0,170
Z “Mann-Whitney U test” istatistik değeri, “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri). TE: Toplam enerji. *p<0,001 **p<0,05										

5. TARTIŞMA

Bireysel ve toplumsal sağlık için gerekli olan iyileştirici ve koruyucu sağlık hizmetlerini sağlamak amacıyla toplumun yeterli, dengeli ve sağlıklı beslenmeye yönelik bilgilendirilmesi gerekmektedir [167]. Eğitim ve bilgi her alanda olduğu gibi yeme davranış ve tutumunun yönlendirilmesinde de önemli rol oynamaktadır. Yeme bozuklukları psikososyal ve bedensel boyutta olup kişinin beden algısı ve yeme tutumunu bozmaktadır [30]. Bu çalışmada üniversitede okuyan 19 yaş ve üzeri öğrencilerde genel beslenme bilgisi ile sağlıklı yeme takıntısı ve yeme tutumu, sosyodemografik özellikler, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite yapma durumu ve antropometrik ölçümlerden elde edilen bulgular ilgili başlıklar altında literatür ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir.

5.1. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Üniversite öğrencileri kalacakları veya kaldıkları yer, boş zamanlarını değerlendirme, beslenme, sağlık, maddi imkânlar ve sosyal durum gibi faktörler açısından zorluklar yaşamaktadırlar [168]. Ermiş, Doğan, Erilli ve Saticı (2015) [169] tarafından üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların %45,9'u erkek ve %54,1'i kadın olup %16,8'inin aile ile birlikte, %47,2'sinin yurttta ve %35,9'unun arkadaşlar ile birlikte kaldığı bulunmuştur. Vançelik, Önal, Güraksın ve Beyhun (2007) [133] yaptıkları çalışma sonucunda öğrencilerin %39,4'ünün kadın %60,6'sının erkek olduğu ve öğrencilerin %18,5'inin ailesi ile birlikte yaşadığı, %38,9'unun arkadaşları ile kaldığı, %2,1'inin evde yalnız başına kaldığı, %36,1'inin yurttta kaldıklarını saptamışlardır. Bu çalışmada öğrencilerin yaklaşık yarısının (E:%45,1; K:%55,9) ailelerinden uzak yaşadığı bulunmuştur (Bkz. Çizelge 4.1). Çoğu öğrenci üniversite okuyabilmek için tercih yaparken sadece aile yanında kalmayı göz önünde bulundurmamakta; eğitim imkânı, istenilen üniversite ve/veya bölüm, yaşama kolaylığı vb. faktörler de üniversite tercihinde etkili olmaktadır.

Ortoreksiya nervoza (ON) ve/veya yeme bozukluğu (YB) ile ilgili Türkiye'de yapılmış çalışma örneklemi genellikle adolesan ve yetişkinlere yönelik olup özellikle riskli grup olan üniversite öğrencilerinde uygulandığı görülmektedir [12, 16, 30, 170, 171]. Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bu çalışmada bireylerin yaş ortalaması $21,3 \pm 2,85$ yıl, aldıkları toplam eğitim süresi ise $15,3 \pm 1,57$ yıl olarak saptanmıştır (Bkz. Çizelge 4.2). Üniversite

öğrencileri adolesan yaş grubu ile yetişkin bir birey olma arasında bir geçiş dönemi olduğu, gelecek neslin profilini yansıttığı için çalışmamızda bu yaş grubu ele alınmıştır.

5.2. Bireylerin Genel Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2014 verilerine göre 15 yaş ve üzeri doktor teşhisi alan ilk 5 hastalık sırasıyla hipertansiyon (erkek:%8,5, kadın:%12,8), bel bölgesi kas iskelet sistem problemleri (erkek:%8,0, kadın:%10,9), romatizmal eklem hastalığı (erkek:%4,2, kadın:%7,9), mide ülseri (erkek:%5,8, kadın:%7,2) ve şeker hastalığı (erkek:%5,5, kadın:%6,7) olarak bulunmuştur [172]. Bandırma’da yapılan bir çalışmada yaş ortalaması $20,5 \pm 2,20$ olan öğrencilerin %8,8’inin kronik hastalığının bulunduğu belirlenmiştir [173]. Bu çalışmada SBF, FF ve SoBF’de okuyan öğrencilerin tanı konmuş hastalık durumu sırasıyla %13,3, %22,7 ve %30,0 olup toplamda %22,0 olarak bulunmuştur (Bkz. Çizelge 4.3). Yapılan çalışmalar ve toplumdaki genel duruma bakıldığında bu çalışmaya dâhil olan öğrencilerin belli bir hastalığa sahip olma durumu yüksek bulunmuştur [172, 173]. Öğrencilerin hastalık dağılımına bakıldığında ise ilk sırada troit hastalıkları ve anemi (%16,2), daha sonra astım ve kalp damar hastalıkları (%7,1) gelmektedir. Demir eksikliği anemisi, bütün sosyoekonomik düzeylerde ve her yaşta görülebilmektedir. Anemi aynı zamanda adolesan çağındaki kızların menstruasyon dönemlerinde, yetersiz ve dengesiz beslenenlerde görülebilmektedir [174]. Bu yaş grubundaki bireylerde beslenme ile ilintili hastalıkların önlenmesinde ve ileri yaşlarda beslenmeye bağlı kronik hastalıklardan korunmada farkındalık ve bilgi düzeyini arttırmak önemlidir.

Zayıflamak isteyen çoğu birey diyet uygulamakta ve/veya egzersiz yapmaktadır [175]. Arusoğlu (2006) [176] her eğitim düzeyinden 19-66 yaş arası 1288 kişi ile yaptığı çalışmada katılımcılardan diyet uygulayanların oranını %6,4 olarak bulmuştur. Erdoğan ve Tütüncü (2015) [177] üniversite öğrencileri ile yaptıkları bir çalışmada öğrencilerin %8,7’sinin zayıflama diyeti yaptıklarını saptamışlardır. Başka bir çalışmada ise araştırmaya katılan 525 üniversite öğrencisinin %2,9’unun daima diyet yaptığı, %53,1’inin hiçbir zaman diyet yapmadıkları bulunmuştur [134]. Yapılan bu çalışmada zayıflama diyeti yapma oranlarının en yüksek SoBF’de (%31,3) okuyanlarda ve en düşük SBF’de (%16,7) okuyanlarda olduğu saptanmıştır (Bkz. Çizelge 4.4). Zayıflama diyeti yapma durumu ile paralel olarak sık kilo alıp veren öğrencilerin oranı da en yüksek SoBF’de okuyanlarda (%29,4) ve en düşük SBF’de okuyanlarda (%14,0) olduğu bulunmuştur. Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde okuyan

öğrencilerin aldıkları sağlık bilgisi dersleri ve edindikleri beslenme bilgi düzeyinin diyet yapma durumlarını etkilediği düşünülmektedir.

Beslenme eğitimi, hem yaygın eğitim uygulamaları hem de bireylerin yaşadığı aile ve sosyal çevresiyle olan etkileşimine bağlı olarak sosyokültürel akış ile gerçekleşebilir. Yapılan bir çalışmada 43 farklı bölümden 1105 öğrencinin beslenme alışkanlıkları sorgulanmıştır. Öğrencilerin %58,3'ünün okul eğitimi içinde, %22,3'ünün konferans ve panellerden ve %19,4'ünün kitle iletişim araçlarından faydalanarak beslenme ile ilgili bilgileri edindiği bulunmuştur [169]. Yapılan başka bir çalışmada beslenme bilgisinin en önemli kaynakları olarak aile üyeleri, TV ve tıp doktorları olduğu bulunmuştur [178]. Çalışmada bireylerin sağlık ve beslenme konusunda bilgi edindikleri kaynaklara bakıldığında SBF'de okuyanların %100'ünün kitaplar ve okuldan, FF'de okuyanların %73,3'ünün ve SoBF'de okuyanların ise %72,7'sinin internetten bilgi edindikleri bulunmuştur (Bkz. Çizelge 4.5). Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyan öğrenciler fakültelerinde gördükleri eğitimden, FF ve SoBF'de okuyanlar ise toplumumuzda ve özellikle gençler arasında kullanımı giderek yaygınlaşan internetten bilgi edindiklerini bildirmişlerdir. Öğrencilerin okudukları bölümün beslenme ve sağlık ile ilgili doğru kaynaklara ulaşım yolunu etkileyebileceği konusu önemlidir.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre dünyanın en hızlı yayılan salgını sigaradır [179]. Dünyada sigara kullanan gençlerin 150 milyon olduğu ve 75 milyon gencin ise gelecekte sigaranın sebep olduğu bir sağlık sorunundan öleceği düşünülmektedir [180]. Yapılan bir çalışmada ülkemizde 15 yaş üstü bireylerin %43,6'sının sigara içtiği belirtilmiştir [181]. TÜİK verilerine göre 15 yaş ve üzeri bireylerin %27,1'i sigara kullanmaktadır [172]. Sigaranın iştahı baskılayıcı etkisi bulunmakta ve sigara içmeyenlerde iştahın daha fazla olduğu bildirilmektedir. Bu durum yeterli ve dengeli besin seçimini etkilemektedir [174]. Fidan, Ertekin, Işıkkay ve Kırpınar (2010) [12] tarafından yapılan çalışmada üniversite öğrencilerinin %56,95'inin sigara içmediği tespit edilmiştir. Harran Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada öğrencilerde sigara kullanım oranının %25,4 ve alkol kullanım oranının ise %10,6 olduğu bulunmuş, erkeklerin kızlara göre daha fazla alkol ve sigara kullandıkları saptanmıştır [180]. El Salvador'da yapılan bir çalışmada öğrencilerin yaşamı boyunca sigara içme oranının %33,3; esrar kullanım oranının %4,9 olduğu bulunmuştur [182]. Polonya'da farklı bölümlerde okuyan 604 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışma sonucunda öğrencilerin yaklaşık %25,0'inin sigara içtiği ve %90,0'ından fazlasının alkol tükettiği bulunmuştur [183]. Bu çalışmada bölümler arası fark göstermekle birlikte erkek ve kadın

öğrencilerin sırasıyla; %35,3 ve %11,5'inin sigara ve %19,6 ve %9,5'inin alkol kullandığı belirlenmiştir (Bkz. Çizelge 4.6).

TBSA 2010 verilerine göre 19-30 yaş arası erkeklerin günlük 25,35 mL, kadınların 4,79 mL alkol tükettikleri bulunmuştur [184]. Bu çalışmada öğrencilerin tamamının kullandığı haftalık sigara miktarı $63,4 \pm 47,71$ adet olup; erkeklerde $71,9 \pm 38,91$ adet ve kadınlarda $60,3 \pm 50,61$ adet bulunmuştur ($p > 0,05$). Haftalık alkol tüketim miktarı ise $59,8 \pm 83,79$ mL olup erkeklerde $41,8 \pm 45,34$ mL ve kadınlarda $64,6 \pm 91,14$ mL olarak bulunmuştur (Bkz. Çizelge 4.7). TBSA verileri ile kıyaslandığında bu çalışmaya dâhil olan erkek öğrencilerin alkol tüketim miktarının daha az, kadın öğrencilerin ise daha fazla olduğu bulunmuştur. Diğer çalışmalarla da kıyaslandığında sigara ve alkol tüketimlerinin daha düşük bulunmasının eğitim, dini ve kültürel durumlar ile ülkemizde başarıyla uygulanan sigara ile mücadele konusundaki sağlık politikalarının bir sonucu olduğu söylenebilir.

Hayatın önemli bir parçası olan uyku bireylerin beslenmeye yönelik tercihlerini etkilemektedir [185]. Ulusal Uyku Birliği (NSF)'nin önerilerine göre 18-25 yaş olan genç yetişkin bireylerin günlük 7-9 saat uyumaları gerektiği tavsiye edilmektedir [186]. Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada kadınların erkeklerden daha fazla uyuduğu belirtilmiştir. Kadınların %41,6'sının, erkeklerin %37,1'inin günlük 7 saatten fazla uyuduğu saptanmıştır [183]. Üniversite öğrencilerinin uyku kalitesinin incelendiği başka bir araştırmada 300 katılımcının %64,7'sinin 6-7 saat, %22,7'sinin 8-9 saat arasında uyuduğu saptanmıştır [187]. Ayrıca yapılan başka bir çalışmada üniversitenin ilk yıllarında sosyal çevreye uyum sağlama zorluğundan dolayı öğrencilerin uyku problemi yaşadığını göstermektedir [188]. Bu çalışmada uyku süreleri ortalaması hafta içi 7-8 saat ve hafta sonu 9 saat olup NSF'nin yaş gruplarına göre uyku süresi önerilerini karşılamaktadır (Bkz. Çizelge 4.8). Bunun nedeninin çalışmaya alınan örneklem grubunun büyük bir kısmının üniversitenin ilk yıllarını tamamlamış olması ve böylece sosyal çevreye uyum sağlamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.3. Bireylerin Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi

Metabolizmanın dengeli ve sağlıklı çalışabilmesi için besin öğeleri vücuda belirli zaman aralıkları ile alınmalı, günde üç ana öğün tüketilmelidir. Kısa süreli aralıklarla aşırı beslenildiğinde veya uzun süre aç kalındığında vücudun enerji ve metabolizma dengesi

olumsuz yönde etkilenebilmektedir [189]. Türkiye’de üniversite öğrencilerinin öğün tüketim durumunu saptamak amacıyla yapılan bir çalışmada erkek öğrencilerin %63,5’inin kadın öğrencilerin ise %45,5’inin günde 3 ana öğün tükettikleri bulunmuştur [190]. Bu çalışmada SBF’nin, FF ve SoBF’den ana (sırasıyla: $2,6 \pm 0,51$ kez; $2,4 \pm 0,59$ kez; $2,2 \pm 0,56$ kez) ve ara öğün (sırasıyla: $1,8 \pm 0,76$ kez; $1,2 \pm 0,95$ kez; $1,1 \pm 0,97$ kez) tüketim ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$) (Bkz. Çizelge 4.9). Bunun nedeninin SBF’de okuyan öğrencilerin beslenme eğitimi almalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sıkıntı, neşe, mutluluk, korku, üzüntü, öfke, depresyon gibi psikolojik durumlar, sürekli zayıf olma düşüncesi, zayıflığın bir güzellik ölçütü olarak kabul edilmesi, hayat şartları, zaman yönetim yeteneği, eğitim gibi faktörler yeme tutum ve davranışlarını etkilemektedir [191, 192]. Gençlere doğru beslenme bilgisinin kazandırılması ve bilginin davranışa dönüştürülmesinde ise sürekli ve tekrarlı eğitimlerin önemli olduğu bildirilmektedir [193]. Sakamaki, Toyama, Amamoto, Liu ve Shinfuku’nun (2005) [194] üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada erkeklerin %66,8’i, kadınların %43,7’sinin düzenli kahvaltı yaptıklarını belirtmişlerdir. Üniversite öğrencilerine yönelik yapılan başka bir araştırmada ise erkeklerin %84,6’sının, kadınların %84,5’inin ana öğün atladığı ve erkeklerin geç kalktığı ve zaman olmadığı, kadınların ise zaman olmadığı ve kendini aç hissetmediği için ana öğün atladıkları belirlenmiştir [190]. Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları üzerine yapılan bir başka çalışma sonucunda en çok atlanılan ana öğünün kahvaltı olduğu, öğün atlama nedeninin ise en çok zaman bulamama, iştahsızlık ve isteksizlik ve sevdiği besinlere ulaşamama olduğu saptanmıştır [195]. Yapılan bu çalışmada öğrenciler arasında en çok atlanılan ana öğünün öğle (%30,4) ikinci sırada ise sabah (%29,8) öğünü olduğu, öğün atlama nedenlerinin ise en çok zaman bulamama (%20,9) ve bireylerin alışkanlıklarının olmamasından (%16,9) kaynaklandığı belirlenmiştir (Bkz. Çizelge 4.10). Üniversite öğrencilerinde görülen öğün atlama durumunun erken saatlerde başlayan ve gün boyu devam eden yoğun ders programları, aile ile birlikte yaşama oranının az olması, öğrencilerin zaman yönetimi konusundaki yetersizlikleri gibi nedenlerle olabileceği düşünülmektedir. Özellikle üniversite ortamında öğrencilerin beslenme hizmetlerine ulaşılabilirliğinin sağlanması ve olanaklarının yaygınlaştırılmasının bireylerin öğün düzenlerinin sağlanmasında yararlı olacağı söylenebilir.

Sanayisi gelişmiş ülkelerde nüfusun %70,0’inin minimum bir öğününü dışarda tükettiği ve Türkiye’de ise bu durumun giderek artmakta olduğu bildirilmektedir [196]. Yapılan bir

çalışmada öğrencilerin %8,20'sinin okul yemekhanesinde, %52,48'inin lokantada, %10,75'inin ise yurt/pansiyonda öğün tükettikleri ve ev dışı beslenmede çoğunlukla döner ve pide tercih ettikleri bulunmuştur [197]. Yapılan başka bir çalışmada üniversite öğrencilerinin kahvaltısı ve akşam öğününü en çok evde (sırasıyla: %58,5; 74,2) yaptıkları, öğle öğününü ise en çok okul yemekhanesinde (%75,4) yaptıkları bulunmuştur [195]. Yapılan bu araştırmada bireylerin son 1 ayda öğün tüketim ortalamalarına bakıldığında sabah $2,4 \pm 4,34$ kez, öğle $8,7 \pm 7,24$ kez ve akşam $3,1 \pm 4,25$ kez olduğu bulunmuştur (Çizelge 4.12). Öğrencilerin son 1 ayda en az bir kez ev dışı öğün tüketim durumuna bakıldığında ise %98,4 olarak bulunmuştur. Sabah öğünü için en çok tercih edilen yerlerin “kantin” (%24,2) ve “simit kafe/kafe” (%31,4) olduğu, öğle öğünü için “yemekhane” (%57,6), akşam öğünü için “fast-food restoranlar” (%28,7) olduğu bulunmuştur (Bkz. Çizelge 4.11). Öğrenciler ders programları nedeniyle genellikle öğle öğününü ev/yurt dışında yemek zorunda kalmaktadır. Ekonomik ve hızlı servis olması nedeniyle kantin/simit kafe; devlet desteği ile ekonomik yemek hizmetinin verilmesi nedeniyle de öğle öğünü için yemekhanenin tercih edildiği düşünülmektedir. Dünya genelinde olduğu gibi Türkiye’de de toplu beslenme hizmet sektörünün hızlı gelişimi ile birlikte bu hizmetlerden yararlanan kişi sayısı her geçen gün artmaktadır. Bu nedenlerle çalışma verileri, üniversitelerde verilen toplu beslenme hizmet kalitesinin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.

5.4. Bireylerin Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

Obezite göstergesi olarak BKİ; abdominal obezite göstergesi olarak da bel/kalça oranı kullanılmaktadır. Erkek ve kadında kardiyometabolik risk faktörlerinin belirlenmesinde bel/boy oranının, bel çevresi ve BKİ’ye göre daha iyi bir belirteç olduğu belirtilmektedir. Ayrıca diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıkların göstergesi olarak bel çevresine göre bel/boy oranından daha anlamlı sonuçlar elde edildiği gösterilmiştir ($p < 0,005$) [198]. Ülkemizde her beş yılda bir yapılan, 15-49 yaş grubu kadınların incelendiği Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre 15-19 yaş grubu kadınların BKİ ortalaması $22,5 \text{ kg/m}^2$ iken 40-49 yaş grubunun $30,7 \text{ kg/m}^2$ olduğu, yaş arttıkça BKİ ortalamasının da arttığı bildirilmiştir [199]. Şanlıer ve Ünüsan (2007) [200] üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin antropometrik ölçümlerini değerlendirmişlerdir. Öğrencilerin BKİ değeri erkeklerde ($22,6 \text{ kg/m}^2$) kadınlardan ($21,0 \text{ kg/m}^2$) daha yüksek çıkmıştır. Özütürker ve Özer (2016) [201]’in yaptıkları çalışmada ise erkeklerin BKİ değeri $23,2 \text{ kg/m}^2$, kadınların ise $21,9 \text{ kg/m}^2$ olarak bulunmuştur. Erçim ve

Pekcan (2014) [202] yaptıkları çalışmada 230 erkek ve 268 kadın toplam 498 üniversite öğrencisinin antropometrik ölçümlerini saptamışlar ve erkeklerin BKİ ortalamasını $23,1 \text{ kg/m}^2$, kadınların ise $22,4 \text{ kg/m}^2$ olarak bulmuşlardır. Aroyyo ve diğerleri (2004) [203]'nin 18-30 yaş arası 653 üniversite öğrencisi ile yaptıkları çalışmada ise BKİ değeri erkeklerde $23,9 \text{ kg/m}^2$, kadınlarda $22,2 \text{ kg/m}^2$ olarak bulunmuştur. Diğer çalışmalarla kıyaslandığında yapılan bu çalışmada erkeklerin BKİ ortalaması ($24,5 \pm 4,12 \text{ kg/m}^2$) daha yüksek, kadınların ise Özütürker ve ark. [201] yaptığı çalışma ile benzer olarak bulunmuştur (Bkz. Çizelge 4.12) [199, 200, 202, 203].

Zileli R., Cumhur Ö., Özkamçı H. ve Diker A. (2016) [204] üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ve antropometrik ölçümlerini değerlendirdikleri bir çalışmada erkek ve kadın öğrencilerin BKİ değerlerine göre sırasıyla %62,4 ve %70,5'ini normal, %27,6 ve %16,0'sını hafif şişman, %7,0 ve %5,5'ini şişman olarak saptamışlardır. Özütürker ve ark. (2016) [201] ise öğrenciler ile yaptıkları çalışmada erkek ve kadın öğrencilerin sırasıyla %78,1 ve %79,4'ünün normal, %17,7 ve %13,4'ünün hafif şişman, %3,3 ve %1,4'ünün şişman BKİ aralığında olduğunu bulmuşlardır. TÜİK verilerine göre 15 yaş ve üzeri erkek ve kadın bireylerin sırasıyla %44,7 ve %43,6'sı normal, %39,0 ve %30,4'ü hafif şişman, %13,7 ve %20,9'sı şişman olarak bulunmuştur [172]. Bu çalışmada erkek ve kadınların sırasıyla %51,0 ve %69,7'si normal, %35,3 ve %11,3'ü hafif şişman, %7,8 ve %4,0'ü şişman BKİ aralığında bulunmuştur (Bkz. Çizelge 4.13). Diğer çalışma verileri ile kıyaslandığında bu çalışmada BKİ aralığı normal olan bireyler daha düşük, TÜİK verilerine göre ise daha yüksek oranda bulunmuştur [172, 201, 204].

Vücut yağ yüzdesi, obezite, kardiyovasküler hastalık morbidite ve mortalite riski, prediyabet ve tip 2 diyabet riski ile ilişkilidir [205, 206]. Normal bireylerde vücut yağ yüzdesi sınıflaması erkek ve kadında fark göstermektedir. Erkeklerde $\leq 6\%$ “zayıf”, $6-15\%$ “normal (alt sınır)”, $16-24\%$ “normal (üst sınır)” sınıfında iken kadınlarda $\leq 8\%$ “zayıf”, $9-23\%$ “normal (alt sınır)”, $24-31\%$ “normal (üst sınır)” sınıflamasına dâhildir [207]. Meksiko City’de bir üniversitede yapılan bir çalışma, yaş ortalaması 21 ± 3 yıl olan 86 beslenme bölümü öğrencisinin yaşam tarzını, vücut kompozisyonunu ve beslenme davranışlarını belirlemek amacıyla yürütülmüştür. Öğrencilerin çoğunun (90%) normal BKİ aralığında olmasına rağmen 50% 'sinin normalin üstünde yağ oranına sahip olduğu belirtilmiştir [208]. Şanlıer ve diğerleri (2007) [200] üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada erkeklerin vücut yağ yüzdesini ($22,3\%$) kadınlardan ($31,3\%$) daha düşük bulmuşlardır. Yapılan bu

çalışmada erkeklerin yağ yüzdesi ortalaması %17,12 ve kadınların %24,88 olarak saptanmıştır (Bkz. Çizelge 4.12). Vücut yağ yüzdesi sınıflamasına göre öğrencilerin yağ yüzdesi ortalaması sonuçları normal sınırlarda bulunmuştur.

Bel ve kalça çevresi kardiyovasküler hastalıklar, koroner kalp hastalığı, diyabet ve mortalite gibi hastalık risklerini belirlemede kullanılmaktadır [155, 209, 210]. Türkiye Obezite Araştırma Derneği (TOAD) tarafından obezite prevalansını değerlendirmek amacıyla 6 farklı şehirde 20 yaş ve üzeri 13.878 birey üzerinde yapılan bir çalışmada 20-29 yaş erkek bireylerde bel çevresinin (581 kişi) $90,1 \pm 10,4$ cm ve kadın bireylerde (552 kişi) $83,2 \pm 11,9$ cm olduğu belirlenmiştir [211]. On sekiz-25 yaş arası 120 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada erkek ve kadınların bel çevresi ortalaması sırasıyla $78,6 \pm 7,6$ cm ve $71,3 \pm 7,6$ cm; kalça çevresi ortalaması ise sırasıyla $96,8 \pm 6,7$ cm ve $95,6 \pm 6,6$ cm olarak bulunmuştur [212]. Kız öğrenci yurdunda yapılan bir çalışmada yaşları $21,3 \pm 2,1$ yıl olan 71 kız öğrencinin bel çevresi ortalaması $73,0 \pm 9,8$ cm ve kalça çevresi $97,5 \pm 8,3$ cm olarak bulunmuştur [213]. Tıp fakültesi ikinci sınıf öğrencileri ile yapılan bir çalışmada erkeklerin bel çevresine göre %4,8'inin risk grubunda, %1,4'ünün yüksek metabolik risk grubunda olduğu, kadınların ise %1,4'ünün riskli grupta, %3,1'inin yüksek metabolik riskli grupta olduğu bulunmuştur [214]. Yapılan bu çalışmada bel çevresi ölçümlerine göre erkeklerin %7,8'i metabolik risk grubunda, %9,8'i yüksek metabolik risk grubunda; kadınların ise %6,5'i metabolik riskli grupta, %5,5'i yüksek metabolik riskli grubunda olduğu saptanmıştır (Bkz. Çizelge 4.13). Bölümler arasında SBF'de okuyan öğrencilerin diğer fakültelere göre riskli ve yüksek riskli grupta bel çevresine sahip olanların oranının daha az olduğu ($p < 0,05$) ve SBF'de okuyan öğrencilerin aldıkları temel beslenme ve sağlık eğitiminin bu konuda etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bel/kalça oranı android şişmanlığın ve şişmanlığa bağlı kronik hastalıkların görülmesinde riskin göstergesidir [155]. Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada bel/kalça oranına bakıldığında erkeklerin %36,4'ünün, kadınların %61,4'ünün risk altında oldukları bulunmuştur [204]. Bu araştırmada ise erkeklerin %21,6'sının, kadınların %4,3'ünün risk altında oldukları saptanmıştır (Bkz. Çizelge 4.13). Elde edilen bu verilerin diğer çalışmaya göre erkek ve kadınlarda daha düşük olduğu bulunmuştur [204]. Yapılan bu çalışmada erkeklerin bel/kalça oranı ortalaması 0,85 ve kadınların ise 0,74 olarak bulunmuştur. Çalışma sonuçları Türkiye'de yapılan diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir [200-202].

Bel/boy oranı ilerde oluşabilecek metabolik sendromun bir göstergesi olarak bilinmektedir [215]. TBSA 2010 verilerine göre 19-30 yaş arası bireylerin bel/boy oranı erkek ve kadınlarda sırasıyla %5,1 ve %7,8'inin "dikkat", %49,4 ve %52,7'sinin "normal", %39,8 ve %30,4'ünün "riskli" ve %5,7 ve %9,1'inin "eyleme geçilmeli" grubunda olduğu bulunmuştur [184]. Bu çalışmada bel/boy oranı erkek ve kadınlarda sırasıyla %7,8 ve %29,6'sının "dikkat", %60,8 ve %60,1'inin "normal", %25,5 ve %8,8'inin "riskli" ve %5,9 ve %1,5'inin "eyleme geçilmeli" grubunda olduğu saptanmıştır (Bkz. Çizelge 4.13). Elde edilen sonuçlar TBSA 2010 verileri ile kıyaslandığında normal bel/boy oranına sahip olan erkek ve kadın öğrencilerin oranının bu çalışmada daha fazla olduğu bulunmuştur. Risk gruplarına göre değerlendirildiğinde her iki cinsiyette de bel/boy oranı "riskli/eyleme geçilmeli" sınıflamasında olanların sayısı SoBF'de okuyanların (E:%37,0; K:%16,3), SBF (E:%25,0; K:%4,9) ve FF (E:%25,0; K:%10,4)'e göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Boyun çevresi ile obezite gelişimi göstergeleri arasında ilişki bulunmaktadır. Boyun çevresi aynı zamanda ileri derecede obez erkek ve kadınlarda kardiyovasküler risk faktörleri ile ilişkilidir [154]. Erçim ve diğerleri (2014) [202] yaptıkları çalışmada erkeklerin boyun çevresini 36,4 cm ve kadınların ise 32,1 cm olarak bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada 187 üniversite öğrencisinin boyun çevresi ortalaması erkeklerde 37,45 cm, kadınlarda 31,99 cm olarak bulunmuştur [216]. Yapılan bu çalışmada erkeklerin boyun çevresi ortalaması 36,5 cm ve kadınların 31,1 cm olarak saptanmıştır (Bkz. Çizelge 4.12). Boyun çevresi sınıflamasında ise erkeklerin %41,2'si kadınların %7,8'i obezite risk grubunda bulunmaktadır (Bkz. Çizelge 4.14). Bel/boy oranı ve bel/kalça oranında olduğu gibi boyun çevresinde de en yüksek orana sahip olan riskli grup SoBF'de okuyan öğrencilere aittir.

Kültürel ideolojiler, kişisel faaliyetler ve toplumsal tepkiler kişilerin beden algısını etkilemektedir [217]. Dünya genelinde, içinde Türkiye'nin de bulunduğu 26 ülkeden 3.415 erkek ve 4.019 kadın katılımcı ile bir çalışma yürütülmüştür. Vücut memnuniyetsizlik skorlarına bakıldığında Güney Amerika ve Kuzey Amerika'daki kadınların Batı Avrupa, Doğu Avrupa, Güney ve Batı Asya, Güneydoğu Asya ve Avrupa'daki kadınlardan daha fazla vücut memnuniyetsizliği gösterdiği saptanmıştır [218]. Tıp Fakültesi'nde okuyan yaş ortalamaları 21.8 yıl ve BKİ değerleri 22.2 kg/m² olan 202 kadın katılımcı ile yürütülen bir çalışmada vücut kompozisyonu, vücut görüntüsü memnuniyeti ve yeme davranışı bozukluğu prevalansı arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Katılımcıların çoğunun (%88,7) normal BKİ'ye sahip olduğu ve BKİ, ağırlık kaybını arzulama ve yeme davranışı bozukluğu

arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar olduğu belirtilmiştir [219]. Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin çoğunun (%90) ideal BKİ’de olmasına rağmen öğrencilerin %40’ının vücut memnuniyetsizliğine sahip olduğu bildirilmiştir [208]. Örsel, Işık Canpolat, Akdemir ve Özbay (2004) [217] tarafından 531 lise öğrenci üzerinde yaptıkları bir çalışmada diyet yapma ile beden imajı ve BKİ arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Normal vücut ağırlığına sahip öğrencilerin %33’ünün diyet yaptığı ve diyet yapma ile düşük beden imajı arasında negatif ilişki olduğu saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada kadınların kendilerini erkeklere göre daha kilolu olarak gördükleri belirtilmiştir. Normal BKİ aralığında olan kadınların %6’sı zayıf, %3,8’i normal olarak kendini tanımlarken; erkeklerin %26,8’i zayıf, %50,5’i normal olarak tanımlamaktadır [220]. Bu çalışmada erkek ve kadınların sırasıyla %51,0 ve %69,7’si normal BKİ’de olmasına rağmen %45,1 ve %52,6’sı kendilerini normal vücut ağırlığında tanımlamaktadır (Bkz. Çizelge 4.13; Çizelge 4.14). Erkeklerden SBF’de okuyanların %50’si, FF’de okuyanların %31,2’si ve SoBF’de okuyanların %37,0’si kendini kilolu olarak görmektedir (Bkz. Çizelge 4.14). Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde okuyan kadınların %16,9’u FF’de okuyanların %30,6’sı ve SoBF’de okuyanların %39,9’u kendini kilolu olarak görmektedir. Kadınların kendilerini beden imajı bakımından tanımlama durumlarında bölümler arası anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0,05$). Kendini kilolu olarak gören erkeklerin oranı (%37,3) kadınlardan (%28,6) daha fazla çıkmıştır. Öğrencilerin aldıkları eğitim ile kendi beden imajlarını doğru olarak değerlendirebildikleri düşünülebilir. Toplum genelinde bireylerin ideal bir görünüme koşulsuzca sahip olma çabasından ziyade fizyolojik, sosyal ve psikolojik yönden tam bir iyilik halinin sağlanması gerekliliğinin farkında olması önemlidir. Bu farkındalığın oluşturulmasında medya ve basının, sağlık profesyoneli olan diyetisyenlerin işbirliğinde yürüteceği çalışmaların yarar sağlayacağı aşikârdır. Diyet yapma ihtiyacı olmayan öğrencilerin zayıflama diyeti yapma nedenlerinin temelinde ise vücut memnuniyetsizliği ve ideale ulaşma arzusu yatmaktadır. Günümüzde gençler arasında yaygınlaşan sıfır beden olma imajı, medya etkisi vs. normal BKİ’ye sahip bireylerin bile zayıflama diyeti yapmalarında etkili olmaktadır. Bu konuda özellikle yeme davranış bozukluğunun önlenmesinde farkındalığı artırmak gerekmektedir.

5.5. Bireylerin Fiziksel Aktivite Durumlarına İlişkin Bilgilerin Değerlendirilmesi

Sağlıklı olmak için yeterli ve dengeli beslenmenin yanısıra düzenli fiziksel aktivite yapmakta önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, hareketsiz yaşam, tüm dünyada bulaşıcı

olmayan hastalıklardan meydana gelen ölümlerin temel risk faktörleri arasında yer almaktadır [221]. Düzenli fiziksel aktivite dayanıklılık, esneklik ve gücün artırılmasının yanı sıra, sağlıklı vücut ağırlığının sürdürülmesi ve kronik hastalıklara yakalanma riskini azaltması açısından önemlidir [222]. Erkeklerin kas ve güç kazanmak, kadınların ise vücut ağırlığını ve stresi azaltmak için egzersiz yaptığı bildirilmektedir [223].

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan “Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım” projesi araştırma raporuna (2004) göre 30 yaş üzeri 12.879 kişiden düzenli fiziksel aktivite yapanların oranı %3,5 olarak bulunmuştur [224]. TBSA 2010 verilerine göre 20-30 yaş grubu erkeklerin %38,8’i sedanter veya hafif düzeyde aktiviteye sahipken kadınlarda bu oran %44,4 olarak bulunmuştur [184]. Silliman, Rodas-Fortier ve Neyman (2004) [223] tarafından yapılan bir çalışma 471 üniversite öğrencisi ile yürütülmüştür. Çalışma sonucunda erkek ve kadınların sırasıyla %71,0 ve %51,0’inin yoğun, %22,0 ve %41,0’inin orta düzeyde fiziksel aktivite seviyesinde olduğu, erkeklerin kadınlara göre daha yoğun ve daha sık egzersiz yaptığı saptanmıştır. Egzersiz yapılmamasına neden olan engellerin ise en sık zaman eksikliği (n:171), motivasyon eksikliği (n:103) ve isteksizlik (n:45) olduğu belirtilmiştir. Haase, Steptoe, Sallis ve Wardle (2004) [225] 23 ülkeden 19.298 üniversite öğrencisi ile gerçekleştirdikleri bir çalışma sonucunda bireylerin cinsiyet, ulusal ekonomik kalkınma ve sağlık inançlarının fiziksel aktivite ile ilişkili olduğunu, gelişmekte olan ülkelerde erkeklerin %23,0’ünün, kadınların %13,0’ünün tavsiye edilen sıklıkta aktivite düzeyine sahip oldukları bulunmuştur.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2011’de yayınlanan “Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Araştırması”na göre Türkiye geneli 15 yaş ve üzeri erkeklerin %23,0’ü ve kadınların %13,3’ünün yeterli düzeyde aktif olduğu belirtilmiştir [226]. Bu çalışmada, erkeklerin %49,1 ve kadınların %23,1’inin düzenli fiziksel aktivite yaptığı; araştırma kapsamına alınan öğrencilerin fiziksel aktivite skorunun “yeterli düzeyde aktif” olanların oranının erkeklerde (%27,5), kadınlardan (%10,3) yüksek çıktığı bulunmuştur. Erkekler arasında fiziksel aktivite yapma durumu ve fiziksel aktivite skoru en yüksek olan FF (sırasıyla: %75,0; %43,8) öğrencileridir. Kadınlar arasında ise fiziksel aktivite yapma durumu en yüksek olan SoBF’de (%26,0) okuyan öğrenciler ve fiziksel aktivite skoru en yüksek olan FF’de (%11,2) okuyan öğrencilerdir (Bkz. Çizelge 4.15). Fiziksel aktivitenin öğrenciler arasında daha fazla yaygınlaştırılabilmesi için eğitim, üniversite içinde olanakların sağlanması, erken yaşlardan

itibaren alışkanlık kazandırılması için okul müfredatlarının düzenlenmesi vb. uygulamalarla sağlanabileceği düşünülmektedir.

5.6. Bireylerin Beslenme Bilgi Puanları ile Yeme Tutum ve Davranışlarını Yansıtan Ölçeklere Göre Değerlendirilmesi

Beslenme bilgisi; diyet davranışlarını, sağlıklı besinlerin satın alınmasını, besin tüketimini ve beslenme önerilerine uyumu etkilemektedir [227]. Yapılan çalışmalarda beslenme bilgi düzeyinin eğitim düzeyi ile ilişkili olduğu bulunmuştur [178, 227, 228]. Yapılan bir çalışmada 609 erkek ve 731 kadın öğrencinin beslenme alışkanlıkları, bilgi ve davranışları araştırılmış, çalışma sonucunda kadınlarda beslenme alışkanlıkları ve davranışları ile beslenme bilgi skorlarının erkeklerden daha yüksek çıktığı ve cinsiyete göre anlamlı farklılık gözlemlendiği belirtilmiştir ($p<0.05$) [27]. Yapılan bir çalışmada ise 1040 yetişkin bireyin beslenme bilgi skoruna bakılmış ve beslenme bilgisinin kadınlarda (64,1) erkeklerden (59,7) daha yüksek olduğu bulunmuştur [137]. Yapılan bu çalışmada erkeklerin ($69,8\pm21,56$) BBP'leri ortalaması kadınlardan ($81,5\pm18,76$) anlamlı derecede düşük çıkmıştır. Aynı eğitimi alan kadınların bilgi puanının erkeklerden daha fazla olması kadınların bu konularda daha ilgili olduğunu veya araştırmaya katılan SBF'deki erkek öğrencilerin diğer fakültelere oranla daha az olmasının da bu sonucu etkileyebileceğini düşündürmektedir. Eğitim; beslenme davranışı ve yeme tutumu üzerinde önemli bir role sahiptir [30]. Bunun yanı sıra okunan bölüm de beslenme bilgi düzeyini etkilemektedir. Erkeklerin ve kadınların bölümlere göre beslenme bilgi düzeyine bakıldığında SBF'de okuyanların BBP en yüksek, SoBF'de okuyanların ise en düşük bulunmuştur (Bkz. Çizelge 4.16). Öğrencilerin tamamında genel olarak BBP alt bileşenleri SBF öğrencilerinin FF ve SoBF öğrencilerinden daha yüksek çıktığı saptanmıştır. Bu durum alınan beslenme eğitiminin etkinliğini göstermektedir.

Yeme bozuklukları kültür, yaşam tarzı, empatide zayıflık, kendine saygıda eksiklik, zayıflama takıntısı gibi bir takım psikososyal olaylar sonucu değişen beslenme alışkanlıkları ile karakterize bir durumdur [12]. Literatürde yeme bozukluklarının genç kadınlar arasında yaygın olduğu bilinmekte ve yeme bozuklukları önemli sağlık sorunlarına neden olabilmektedir [229]. Sürekli bir şekilde sık ve aşırı besin tüketimi, besin alımının kısıtlanması, yediklerini geri çıkarma, sağlık ile ilgili riskleri oluşturmaktadır [230]. Yeme bozukluklarının saptanması için en yaygın testlerden birisi EAT-26 dır [229]. Yapılan bir

çalışmada psikoloji bölümünde okuyan öğrencilere EAT-26 ölçeği uygulanmış ve EAT-26 puan ortalaması $9,6\pm7,2$ ve risk oranı %6,9 olarak bulunmuştur [231]. Üniversitede 172 öğrencinin katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmada EAT-26 puan ortalaması $8,24\pm7,73$ olarak bulunmuştur [232]. Yapılan bir çalışma, EAT-40 ve Body Cathexis ölçekleri kullanılarak yeme bozukluklarını belirlemek için 610 öğrenci ile yürütülmüş ve çalışma sonucunda yeme bozukluğu riskinin (EAT-40 puanının) kadınlarda ($20,6\pm15,1$) erkeklerden ($20,1\pm13,8$) daha fazla olduğu görülmüştür ($p<0,001$) [170]. Yapılan başka bir araştırmada 120 üniversite öğrencisinde erkeklerin EAT-26 puanının ($8,7$) kadınlardan ($12,9$) düşük olduğu saptanmıştır [233]. Şengül ve Hekimoğlu (2005) [234] tarafından yapılan bir çalışmada farklı yaş ve BKİ'ye sahip olan bireylerin yeme tutum testi (EAT-40) puan durumuna bakılmıştır. Erkeklerin EAT-40 puanının ($16,55\pm7,40$) kadınlara göre ($22,49\pm10,21$) daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,000$). Bu çalışmada EAT-26 puan ortalamaları erkeklerde ($13,4\pm6,63$) kadınlardan ($15,8\pm8,73$) düşük bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). (Bkz. Çizelge 4.16). Yeme davranış bozukluğu varlığına bakıldığında da yine erkeklerdeki oran (%15,7), kadınlardan (%26,3) düşük bulunmuştur (Bkz. Çizelge 4.17).

Mealha, Ferreira, Guerra ve Ravasco (2013) [235] tarafından gerçekleştirilen bir çalışma, farklı üniversitelerde beslenme ve diyetetik; nükleer tıp ve ortopedi ile sağlık dışı alandan olmak üzere 3 farklı alanda okuyan 18 – 25 yaş ($20,3\pm2,0$) aralığında 189 kadın katılımcı üzerinde gerçekleştirilmiştir. Öğrenciler arasında genel olarak yeme bozukluğu gelişim riskinin düşük (%4,2) olduğu, ancak beslenme ve diyetetik öğrencilerinin (%6,3) diğer öğrencilerden (%3,2) daha yüksek risk altında olduğu bulunmuştur. Yapılan bu çalışmada ise erkeklerde EAT-26 puan ortalaması en yüksek SoBF'de okuyanlarda olup, yine SoBF'de okuyanların yeme bozukluğu varlığı SBF ve FF'de okuyanlardan yüksek bulunmuştur. Kadın öğrencilerde bölümler arası EAT-26 puan ortalaması SBF'de okuyanlarda, FF ve SoBF'ye göre anlamlı derecede düşük bulunmuş olup, EAT-26 puanı arttıkça yeme bozukluğuna eğilim artmaktadır (Bkz. Çizelge 4.16). Yeme davranış bozukluğunun varlığının SBF'de (%14,1) okuyanlarda FF (%29,9) ve SoBF'de (%36,6) okuyanlardan anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır (Bkz. Çizelge 4.17). Bu sonuçlar SBF'de okuyan kadın öğrencilerde yeme bozukluklarına yatkınlığın daha az olduğunu göstermektedir. Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyan kadınlarda normal BKİ düzeyine sahip olanların yüzdesinin daha fazla, SoBF'de okuyanlarda ise daha az olması, katılımcıların genç yaş ortalamasında olması veya SoBF'de okuyanların aldıkları eğitimin

FF ve SBF'den farklı olması SOBF'de okuyanlarda daha fazla ortorektik eğilim ve yeme davranış bozukluğu görülmesine neden olabileceği düşünülmektedir.

Sağlıklı ve doğru beslenmeye daha fazla dikkat edilmesi ile ON eğiliminin artmasının ilişkili olduğu belirtilmektedir [57]. Öğrencilerin beslenme ve diyet hakkında artan bilgilerinin daha sağlıklı beslenme davranışından mı yoksa besin seçimi ile ilgili bir takıntıdan dolayı mı olup olmadığı konusu da henüz net değildir [10]. Kadınlar, vücut geliştirme gibi sporlarla ilgilenenler, öğrenciler, adolesanlar, diyetisyenler ve sanatçılar ortoreksiya nervoza için riskli gruplar arasında yer almaktadır. Ortoreksiya eğilim durumunu belirlemek için yapılan skor değerlendirmesinde ORTO-15 puanı arttıkça ortoreksiyaya eğilim azalmaktadır [57, 60]. Donini ve diğerleri (2004) [66] yaptıkları bir çalışmada ortorektik semptomlar ile eğitim seviyesi arasında ters bir ilişki bulmuştur. Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada ORTO-15 puan ortalaması $37,52 \pm 3,57$ olarak bulunmuştur [232]. Yapılan bir çalışmada 18 yaş üzeri 177 katılımcı ile gerçekleştirilen ORTO-15 ölçeğinde kesim puanı 40 alındığında ON prevalansının %57.6 olduğu, 35 alındığında ise %21 olduğu belirtilmiştir [59]. Tıp Fakültesi'nde okuyan 318 öğrenci ile yapılan bir çalışmada erkeklerin ORTO-15 skor ortalaması $40,2 \pm 0,31$ olup, kadınlardan $39,8 \pm 0,22$ yüksek bulunmuştur. Erkeklerin ortorektik eğilimi kadınlardan daha düşük bulunmuştur [75]. Fidan ve diğerleri (2010) [12] Erzurum'da Tıp Fakültesi'nde okuyan 878 öğrenci ile yaptıkları başka bir çalışmada ortoreksiya sıklığını araştırmışlardır. Erkeklerin ORTO-11 skoru ($26,3 \pm 5,6$) kadınlardan ($27,8 \pm 6,4$) anlamlı derecede düşük olup erkeklerin daha fazla ortorektik eğilim gösterdiği bulunmuştur ($p=0,001$). Üniversitede okuyan 207 öğrenci ile yapılan başka bir çalışmada erkeklerin ORTO-15 skoru 36,1 ve kadınların 37,1 bulunmuş olup erkeklerin daha fazla ortorektik eğilim gösterdiği bulunmuş, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [236]. Bu çalışmada erkeklerin ORTO-15 puanı kadınlardan anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.16). Bu durum ortoreksiyaya eğilimin erkeklerde kadınlardan daha fazla olduğunu göstermektedir. Ortoreksiya eğilim varlığı oranına bakıldığında da erkeklerin kadınlardan daha yüksek eğilim gösterdiği saptanmıştır (Bkz. Çizelge 4.17). Erkek ve kadın öğrencilerin ORTO-15 puan ortalamasına ayrı ayrı bakıldığında SBF'nin puan ortalaması en yüksek, SoBF'nin en düşük bulunmuştur. Yapılan bu çalışmada ortorektik eğilim varlığı oranına bakıldığında da erkek ve kadınlarda SoBF'de okuyan öğrencilerde SBF ve FF'e göre daha yüksek çıkmıştır. Çevresel faktörlerin bireyin sağlıklı beslenme algısına etkisiyle üniversite öğrencilerinde sağlıklı beslenme takıntısı olan ON eğilimi artabilmektedir. Bununla birlikte SBF'de okuyan öğrencilerin beslenme eğitimi

alıyor olmasının ON eğiliminin varlığını azalttığı düşünülmektedir. Ayrıca erkeklerde ortorektik eğilimin daha fazla olması günümüzde sadece kadınların değil, erkeklerin de besin ile meşguliyetinin arttığını, vücut imajına daha fazla önem verildiğini veya medya ve çevrenin artık erkeklerde de daha fazla etkili olduğunu düşündürmektedir.

Genellikle cinsiyet faktörü açısından bedensel değişimlerin daha fazla yaşanması nedeniyle yeme bozukluklarının erkeklere göre kadınlarda, özellikle genç kızlarda daha fazla görüldüğü bilinmektedir. Çalışma sonuçları erkeklerde yeme davranış bozukluğunun düşük olduğunu ancak sağlıklı beslenme takıntısının yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca yeme davranış bozukluğu ve ortorektik eğilimin en yüksek oranda SoBF’de okuyan erkek ve kadınlar arasında görüldüğü belirlenmiştir. Tüm toplum genelinde her iki cinsiyette de zayıf ve ideal olma baskılarıyla yüzyüze kalınmakta, medya başta olmak üzere görsel ve yazılı basının birçok yönden bu etkiyi de her geçen gün arttırdığı görülmektedir. Bununla birlikte araştırma evrenini Ankara’nın merkezinde yer alan aynı üniversitenin farklı fakültelerinin gönüllü öğrencileri oluşturduğu için sonuçların tüm öğrencilere veya tüm yaş gruplarına genellenemeyeceği de göz önünde bulundurulmalıdır.

Dünyadaki tüm ölümlerin %6’sına karşılık gelen ve 3,2 milyon kişinin ölümüne neden olan fiziksel hareketsizlik ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada yer almaktadır. Ayrıca meme ve kolon kanseri, diyabet ve iskemik kalp hastalıklarının altında yatan nedenler arasında fiziksel hareketsizlik olduğu düşünülmektedir [237]. Fiziksel aktivite durumunu belirlemek için yapılan skor değerlendirmesinde en yüksek puan 8 olup puanın artması fiziksel aktivite yapma durumunun da arttığını göstermektedir [165]. Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışma sonucunda katılımcıların fiziksel aktivite durumunun ortalamasına bakıldığında haftada 3 günden daha az fiziksel aktivite yaptıkları bulunmuştur [238]. Üniversite öğrencileri ile yapılan başka bir çalışmada da erkeklerin fiziksel aktivite oranı kadınlardan yüksek çıkmıştır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) [212]. Yapılan başka bir çalışmada ise yaş ortalamaları $23,3\pm 3,4$ yıl olan 526 erkek ve $21,6\pm 2,7$ yıl olan 474 kadın toplam 1000 katılımcı dâhil edilmiştir. Erkeklerin %31,2’sinin kadınların ise %30,6’sının sedanter yaşam sürdüğü bulunmuştur [239]. Yapılan bu çalışmada erkeklerin ($2,0\pm 5,20$) fiziksel aktivite puanı kadınlardan ($0,8\pm 1,71$) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,000$). Fiziksel aktivite puan ortalamaları ise SBF’de okuyan erkek ($1,3\pm 2,05$) ve kadınların ($0,7\pm 1,51$) genel olarak düşük bulunmuştur. Fen Fakültesi’nde okuyan erkeklerin puan ortalamaları ($3,6\pm 2,96$) diğer fakültelere göre anlamlı derecede

yüksek bulunmuştur (Bkz. Çizelge 4.16). Çalışma sonuçlarından elde edilen veriler erkeklerin kadınlara göre daha fazla fiziksel aktivite yaptığı, daha fazla ortorektik eğilim gösterdiği ve daha az yeme davranış bozukluğuna sahip olduğu bulunmuştur.

Yeme bozukluğunun en güçlü yordayıcılarından birinin BKİ olduğu ve BKİ arttıkça yeme davranış patolojisininde arttığı belirtilmektedir [240]. Gezer ve Kabaran (2013) [241] tarafından beslenme ve diyetetik bölümü kadın öğrenciler ile yapılan bir çalışma sonucunda zayıf BKİ aralığında olan öğrencilerin Orto-11 puanının ($27,0 \pm 4,04$), normal ($30,9 \pm 4,17$) ve şişman ($32,4 \pm 4,71$) BKİ aralığında olanlardan anlamlı olarak daha düşük ($p=0,032$), ortorektik eğiliminin ise daha yüksek olduğu bulunmuştur. İkiyüz yetişkin birey ile yapılan bir çalışmada şişman ($30,52 \pm 13,70$) olan bireylerin EAT-40 puanı zayıf ($16,59 \pm 7,04$), normal ($18,24 \pm 7,72$) ve hafif şişman ($20,41 \pm 8,40$) BKİ aralığında olan bireylerden anlamlı derecede yüksek çıkmıştır ($p<0,05$) [234]. Bilkent Üniversitesi Senfoni Orkestrası ve Devlet Opera ve Balesi sanatçısı, yaş ortalamaları 33 yıl olan 94 katılımcı ile yapılan bir çalışmada BKİ ve ORTO-15 skoru arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ve hafif şişman ve şişman bireylerin daha fazla ortorektik eğilim gösterdiği saptanmıştır ($p>0,05$) [11]. Üniversite’de okuyan 272 Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencisi ile yapılan bir çalışmada normal BKİ’de (%81,1) olanların yeme bozukluğu varlığı zayıf (%13,5) ve kilolu (%5,4) olanlardan yüksek bulunmuştur [30]. Bu çalışmada öğrencilerin BKİ aralığına göre erkek ve kadında normal ve hafif şişman olan bireylerin ortorektik eğilim varlığı zayıf ve şişman bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Yeme davranış bozukluğu oranı erkeklerde en yüksek hafif şişman sınıflamasında olanlarda kadınlarda ise normal BKİ sınıflamasında olanlarda bulunmuştur (Bkz. Çizelge 4.18). Erkek ve kadın öğrencilerde BKİ değeri normal ve hafif şişman olanların genellikle ortorektik eğilim ve yeme davranış bozukluğu da artmaktadır. Bunun nedeninin hafif şişman olan öğrencilerde artan vücut ağırlığı ile birlikte beden imajlarını beğenmemesinden kaynaklandığı ve vücut ağırlığı denetimine daha çok odaklı olma durumu ile beslenme konusuna olan ilginin artmasından kaynaklandığı veya araştırmaya dâhil olan bireylerin çoğunun normal BKİ’ye sahip olmasından dolayı normal BKİ oranının artmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yeme bozuklukları ve ON arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla 517 sporcu ve 217 kontrol grubu dahil edilerek yapılan bir çalışmada sporcuların ON açısından risk altında oldukları (kadın: %28,0, erkek: %30,0) bulunmuştur. Ortorektik eğilim gösterenlerde kontrol grubuna göre yeme bozukluğu daha yüksek çıkmıştır. Ortoreksiya nervosanın YB ile OKB arasında

bir geçiş noktası olduğu sonucuna varılmıştır [242]. Beslenme diyetetik bölümünde okuyan kadın öğrencilerde Orto-11 ve EAT-40 kullanılarak yapılan başka bir çalışmada ölçeklerin pozitif ilişki gösterdiği, EAT-40 puanının arttıka ORTO-11 puanında arttığı, ortorektik eğilimin azaldığı bulunmuştur [241]. Üniversite ğrencileri ile yapılan başka bir çalışmada ORTO-15 ve EAT-26 puanı arasında negatif ilişki görülmüştür ($r=-0,33$, $p<0,01$). EAT-26 puanı arttıka ORTO-15 puanı azalmakta, ortorektik eğilim artmaktadır [232]. Bu alışmada ON ile EAT-26 arasında negatif korelasyon gözlenmiştir ($r=-0,393$, $p<0,001$) (Bkz. Çizelge 4.19). Ortorektik eğilimin patolojisi yeme tutumu ile ilgili olabileceği için EAT-26 lek skoruna da bakılmıştır ve sonuç olarak aralarında negatif ilişki olduğu gözlenmiştir. Bu alışmada EAT-26 puanı arttıka ORTO-15 puanının azaldığı, yani yeme davranış bozukluğu arttıka ortoreksiyaya eğiliminde arttığı bulunmuştur. Çocukluktan itibaren verilecek olan sağlıklı yaşamda yeterli ve dengeli beslenme konusundaki eğitimlerin yanısıra niversite çağındaki gençlere hangi bölümde okursa okusun temel beslenme eğitimlerinin yaygınlaştırılmasının YB ve ON prevalansının azaltılmasında yararlı olacağı düşünülmektedir.

Bireylerin ortorektik eğilimini etkileyen önemli faktörlerden biriside BKİ'dir [160]. Arusoğlu, Kabakçı, Köksal ve Merdol (2008) [76] yaptıkları çalışmada yeme davranışı bozulmuş ve obsesif kompulsif belirtileri yüksek kişilerde BKİ arttıka ON eğilimin de arttığını bulmuştur. Üniversite ğrencilerinde yapılan başka bir araştırmada BKİ ile ON eğilimi arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ($p>0,05$) [66]. Yapılan bu çalışmada ORTO-15 puanı ile BKİ arasında negatif anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,192$, $p<0,001$) (Bkz. Çizelge 4.19). Öğrencilerin BKİ değerleri arttıka ORTO-15 puanları azalmakta ve ortorektik eğilimi artmaktadır. Artan BKİ değerinin öğrencilerde zayıflama endişesi ile beslenme konusuna ilginin arttığını, ortoreksiyalı bireylerin aslında zayıflama odaklı değil sağlıklı beslenmeye odaklandıkları ancak zamanla vücut ağırlığı denetimi ve sağlıklı beslenme kaygılarının takıntıya dönüşebileceği söylenebilir.

Yeme bozukluklarına bağlı olarak bireylerde aşırı vücut ağırlığı kaybı veya şişmanlık görülebilmektedir [243]. Yapılan bir çalışmada bireylerin BKİ'lerinin EAT-26'nın "diyet skalası" alt bileşeni ile pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur [233]. Üniversite ğrencileri ile yapılan başka bir çalışmada EAT-26 skor sonucunun ≥ 11 olması durumunun şişmanlık durumu ile ilişkili olduğu bulunmuştur [244]. Güney Afrika niversitesi'nde $21,8\pm 2,6$ kg/m² BKİ ortalamasına sahip 1.sınıfta okuyan 360 kadın öğrencide yapılan bir çalışmada ise EAT-

26 ile BKİ arasında pozitif anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,255$, $p<0,001$) [243]. Şengül ve diğerleri (2005) [234] tarafından yapılan bir çalışmada farklı yaş ve BKİ'ye sahip olan bireylerin yeme tutum testi (EAT-40) puan durumuna bakılmıştır. Kadınlarda BKİ ile EAT-40 arasında ($r=0.39$, $p=0,000$) ve EAT-40 ile yaş arasında ($r=0.18$, $p=0.02$) pozitif ilişki olduğu gözlenmiştir. Çalışma sonucunda özellikle kadınlarda ve genellikle obez bireylerde EAT-40 ile BKİ arasında pozitif ilişki olduğu vurgulanmıştır. Benzer olarak, yapılan bu çalışmada da BKİ ile EAT-26 puanı arasında pozitif anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,128$, $p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.19). Öğrencilerin EAT-26 puanı arttıkça BKİ değerleri de artmaktadır. Bu durum yeme davranış bozukluğunun artmasına bağlı olarak öğrencilerde obezite riskinin arttığını veya BKİ değerinin artmasına bağlı olarak yeme davranış bozukluğunda arttığını göstermektedir. Yeme davranış bozukluğunun bireyin psikolojik durumundan etkilenmesi ve artan BKİ'ye bağlı olarak vücut imajlarını beğenmeme, sosyal çevreden uzaklaşma gibi durumlardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu noktada bireylerin sağlıklı vücut ağırlığı korunumunu sağlamaları önemlidir.

Sağlık ve hastalık bilgisinin ortorektik eğilim üzerinde etkili olabileceği, bazı çalışmalarda belirtilmektedir [245, 246]. Yapılan bir çalışmada birinci sınıfta olan (123 kişi) ve daha sonra yüksek lisans eğitimi gören (96 kişi) beslenme bölümü öğrencileri ile birinci sınıfta olup (68 kişi) daha sonra yüksek lisans eğitimi gören (46 kişi) kontrol grubu öğrencileri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışma sonucunda sağlıklı besin seçiminin ilk yıllarda fark göstermediği bulunmuştur. Öğrencilerin yüksek lisans aşaması değerlendirildiğinde ise beslenme öğrencilerinin kontrol grubuna kıyasla vücut ağırlığı kontrolü için yiyecek alımını kısıtlama eğiliminde olduğunu; ancak daha sağlıklı yiyecek tercih ettikleri ve daha dengeli ve düzenli yeme davranışlarına sahip oldukları saptanmıştır [10]. Yapılan bu çalışmada BBP ile ORTO-15 puanı arasında pozitif anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,126$, $p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.19). Üniversitede okuyan öğrencilerde BBP arttıkça ORTO-15 puanının arttığı, ortorektik eğilimin azaldığı gözlenmiştir. Çalışmadan elde edilen verilere göre BBP'nin artması ile öğrencilerde sağlıklı yeme takıntısının oluşmadığı bulunmuştur.

Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde okuyan öğrencilerde YDB oluşmaması için Beslenme ve Diyetetik Akademisi (AND) tarafından yeni yayınlanan etik hükümlere dikkat edilmesi yeme bozukluklarının önlenmesinde yardımcı olabileceği düşünülmektedir [247]. Yapılan bir çalışmada Beslenme ve Diyetetik okuyan öğrencilerde oluşabilecek yeme bozukluğu endişesinden bahsedilmektedir ve öğrencilerin %14'ünde EAT-26 skoruna dayanarak yeme

bozukluğu olduğu bulunmuştur [248]. Ortalama yaşları 19,51 yıl olan 390 öğrencinin katılımı ile yürütülen başka bir çalışmada ise BBP ile YDB arasında bir ilişki gözlenmemiştir [249]. Bu çalışmada ise BBP ile EAT-26 arasında negatif anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,111$, $p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.19). Beslenme bilgi puanı arttıkça EAT-26 puanı ve YDB azalmaktadır. Beslenme bilgisinin artması ile YDB oluşması arasındaki konunun literatürde çelişkili olduğu görülmüştür.

Fiziksel aktivite ile obezite arasında ilişki olduğu bilinmekte ve BKİ'nin azaltılmasına yönelik olarak fiziksel aktivitenin artırılması önerilmektedir [250]. Yapılan bir çalışmada katılımcıların fiziksel aktivite seviyesi ile zayıf bireylerin BKİ değerleri arasında negatif ilişki olduğu bulunmuştur ($r=0,59$, $p<0,05$) [171]. Bu çalışmada öğrencilerin BKİ değeri ile fiziksel aktivite puanı arasında pozitif anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,119$, $p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.19). BKİ değeri arttıkça fiziksel aktivite puanı da artmaktadır. Bu durum öğrencilerde farkındalığın yüksek olmasına bağlı olarak BKİ değerini azaltmaya yönelik fiziksel aktiviteye yönelindiklerinin bir göstergesi olabilir. Sadece BKİ değeri yüksek olanlarda değil toplumun tamamında fiziksel aktivitenin arttırılması ve bu konuda gerek yazılı ve görsel basında gerekse seminerler düzenleyerek farkındalığın yaygınlaştırılması gerekmektedir.

5.7. Bireylerin Besin Tüketim Durumlarının Değerlendirilmesi

Beslenme; büyüme ve gelişmenin sağlanması, sağlığın korunması ve yaşamın sürdürülmesi için en temel unsurdur. Yeterli ve dengeli beslenme ile öğrencilerde fiziksel ve mental gelişimin sağlanması ve bireysel besin seçimlerinde doğru beslenme davranışları kazandırılarak toplumsal sağlığın geliştirilmesi gerekmektedir [133]. Beslenme bilgi düzeyi bireyin besin tüketimini etkilemekte ve bilgi düzeyi arttıkça bireyler önerilere göre daha uygun beslenmektedirler [251]. Sağlık Meslek Lisesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının değerlendirildiği bir çalışmada öğrencilerin yağdan gelen enerji yüzdesi %28,4, karbonhidrattan gelen yüzdesi ise %61,1 olarak bulunmuştur [252]. Beslenme bölümünde okuyan (n:278) ve okumayan (n:104) 1. ve 4. sınıf öğrencilerinin dâhil edildiği bir çalışmada; beslenme bölümü öğrencilerinin 4. sınıfta ilk yıla oranla sebze porsiyonlarını daha fazla arttırdıkları ($p=0.001$), beslenme için daha sık alışveriş yaptıkları ($p<0.001$) ve işlenmiş besinleri daha az tercih ettikleri saptanmıştır [191]. Beslenme Bilgi Anketi kullanılarak 264 erkek ve 741 kadın üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışma sonucunda

beslenme bilgisi ile diyet alımının paralel olduğu ve beslenme bilgisi ile tahıl, et, sebze, meyve ve yağ grubunun günlük alım miktarı arasında pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur [251]. Beslenme bölümünde olan ve olmayan kadın öğrencilerle yapılan bir çalışmada beslenme bölümü öğrencilerinin daha yüksek karbonhidrat ve posa ile daha düşük yağ ve doymuş yağ aldıkları bulunmuştur [235]. Üniversite öğrencileri ile yapılan başka bir çalışmada ise erkeklerin ($85,9 \pm 24,8$ g) günlük yağ alım miktarının kadınlardan ($92,0 \pm 18,8$ g) düşük olduğu bulunmuştur. Ayrıca beslenme bilgisi ile yağ ve kolesterol alımı arasında negatif ilişki gözlenmiştir [14]. Bu çalışmada; erkeklerden SBF’de okuyanların protein (%) alımı, FF’de okuyanlara göre; FF’de okuyanların n-6/n-3 oranı SoBF’de okuyanlara göre yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Kadınlarda genel olarak enerji ve besin ögeleri alımlarının; SBF’de, FF ve SoBF’ye kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Erkeklerin genel olarak enerji ve besin ögesi alımları kadınlardan yüksek bulunmuştur (Bkz. Çizelge 4.20; Çizelge 4.21).

Besinlerin bileşiminde yer alan ve vücudun gereksinimi olan yetmişe yakın besin ögesi bulunmaktadır. Vücudun normal büyüme ve gelişimi ile sağlıklı ve güçlü çalışmasını sürdürebilmesi için enerji ve besin ögelerini yeterli ve dengeli alması gerekmektedir [189]. Farklı yaş gruplarındaki insanların diyet alımını değerlendirmek, oluşabilecek besin ögesi eksikliklerini belirlemeye yardımcı olup sağlık durumunu değerlendirmek için önemlidir [253]. Hırvatistan’da üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarını değerlendirmek için 663 öğrenci ile gerçekleştirilen bir çalışmada makro ve mikro besin ögelerinin alımı DRI ile kıyaslanarak yeterli alım düzeyine bakılmıştır. Enerji alımı ortalaması DRI’nın %130.1’ini karşılamaktadır. Posa, kalsiyum, folat, demir (kadınlarda) ve çinko ile A vitamini, C vitamini ve E vitamini alım ortalamalarının ise önerilenin altında olduğu bulunmuştur [254]. Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada bireylerin %69,4’ünün günlük 5 porsiyondan daha az sebze ve meyve tükettiği, %67,1’inin ise günlük 20 gramdan daha az posa aldıkları bulunmuştur [238]. İngiltere’de bir okulda yapılan çalışmada 12.753 öğrencinin kalsiyum, çinko, demir ve A vitamini alımlarının DRI’ya göre düşük olduğu bulunmuştur [255]. Şanlıer ve diğerleri (2007) [200] yürüttüğü çalışmalarında erkek öğrencilerin toplam enerji, protein, karbonhidrat, demir, çinko, tiamin, B₆ vitamini, fosfor, magnezyum, D vitamini, riboflavin ve folat alımları kadınlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p > 0,05$). Azadbakht ve Esmailizadeh (2012) [253] yaptıkları bir çalışmayı İsfahan Tıp Bilimleri Üniversitesi’nde okuyan yaş ortalaması 21 ± 7 yıl olan 289 kadın öğrencinin beslenme alışkanlıklarını belirlemeye yönelik gerçekleştirmişlerdir. Diyet Referans Alımı’na göre

değerlendirildiğinde öğrencilerin folat, kalsiyum, demir ve posa alımlarının tavsiye edilen besin ögesi alımından düşük olduğu bulunmuştur. Burkina Faso'da üreme çağındaki olan kadınlarla yapılan başka bir çalışma sonucunda düşük olan 11 mikrobesein ögesi gözlenmiş ancak en sıkıntılı olanlar B₁₂ vitamini, riboflavin (%13), folat (%12) ve niasin (%20) olarak bulunmuştur [256]. Yapılan bir çalışmada ise beslenme bölümü öğrencilerinin DRI alımlarına göre yağ, protein ve posa değerlerini aştığı saptanmıştır [208]. Öğrenciler ile yapılan bir çalışmada bireylerin %28,9'unun enerjiyi ve %35,5'inin ise proteini yeterli düzeyde almadıkları bulunmuştur [252]. Üniversite öğrencileri ile gerçekleştirilen başka bir çalışmada öğrencilerin %64,3'ünün protein alımını DRI'nın 2 katından fazla oranda karşıladığı bulunmuştur [254]. Yapılan bir çalışmada üniversite öğrencilerinin yarısından fazlasının RDA'ya (Recommended Dietary Allowance) göre niasin, B₆ vitamini, fosfor, riboflavin, C vitamini ve çinko alımının üçte ikisini karşıladıklarını bulmuşlardır [200]. Üniversite öğrencileri ile yapılan bir diğer çalışmada öğrencilerin çoğunun enerji (%65), tiamin (%60), folat (%100), demir (kadınlarda %61,9), kalsiyum (%70) ve magnezyum (%62,5) alımlarının DRI'ya göre düşük olduğu bulunmuştur [212]. Bu çalışmada erkekler genellikle posa, kalsiyum, potasyum ve magnezyum gereksinimlerini düşük karşılamışlardır (Bkz. Çizelge 4.22). Kadınlarda folat, potasyum, kalsiyum ve demir alımları ortalaması genel olarak düşük bulunmuştur. Ayrıca FF ve SoBF'de okuyan kadınların posa, magnezyum ve tiamin alımlarında düşük bulunmuştur. Kadın öğrencilerin okudukları bölümlere göre enerji ve besin ögesi alımlarına bakıldığında genel olarak SBF'de okuyanların FF ve SoBF'ne göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Vitamin ve minerallerin vücuttaki görevlerinden dolayı günlük önerilen miktarda alınması gerekmektedir. Elde edilen çalışma verileri daha önce yapılan araştırmalarla karşılaştırıldığında öğrencilerin genellikle posa, folat, demir ve kalsiyum alımlarını düşük oranda karşıladıkları bulunmuştur. Öğrencilere yeterli ve dengeli beslenme konusunda eğitim verilerek doğru beslenme davranışı kazandırılabilir. Bu sayede ileriki dönemlerde anemi, kemik erimesi, bağırsak hastalıkları, gebelik ve bebek için gelişimsel problemler vb. hastalık risklerinin ve YDB'nin oluşumunu azaltılacağı düşünülmektedir.

Su ve diğer içecekler vücudun sıvı dengesinin korunması için önemlidir. Vücudun ısı dengesini koruyabilmek, besin tüketiminden sonra oluşan zararlı maddeleri vücuttan atabilmek için günlük ortalama 8-10 su bardağı (2-2,5 litre) su içilmelidir [257]. Yapılan bir çalışma sonucunda öğrencilerde beslenme bilgisinin sebze, meyve ve balık tüketimi ile pozitif ilişkili olduğu, tatlı, kızarmış yiyecekler ve şekerli içecek tüketimi ile negatif ilişkili

olduğu bulunmuştur [258]. Yılmaz ve Özkan (2007) [259] yaptıkları bir çalışmada sıvı tüketim sıklıklarını sorgulamış ve öğrencilerin günlük su, çay ve meyve suyu tüketim oranlarını %81,1; %73,1 ve %2,9 olarak bulmuşlardır. Yapılan bir çalışmada SBF ve FF öğrencilerinin tüm ara ve ana öğünlerde en çok tercih ettikleri içecek türü “çay” olarak bulunmuştur [237]. Kore’de üniversite öğrencilerinin sıvı tüketim durumlarının sorgulandığı bir çalışmada favori içecek oranlarına bakıldığında sırasıyla %10,8 su, %9,2 çay ve %6,7 soya sütü olarak bulunmuştur [260]. Yapılan bu çalışmada erkeklerin kadınlara göre su, çay, gazlı içecek, soda ve şekerli içecek tüketimi daha fazla bulunmuştur. Erkeklerin türk kahvesi ve instant kahve tüketimi ise kadınlardan daha düşük bulunmuştur. Erkek öğrencilerde fakülteler arası sıvı tüketim durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu durum erkek örneklem sayısının az olmasından kaynaklanıyor olabilir. Erkeklerde tüm fakültelerde okuyan öğrencilerinin su tüketim ortalamalarına bakıldığında ise istenen düzeyde olmadığı bulunmuştur (Bkz. Çizelge 4.23). Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde okuyan kadın öğrencilerde su tüketim durumu FF ve SoBF’ye göre anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır ($p<0,001$). Gazlı içecek ve soda tüketimi ise SBF’de okuyan kadınlarda FF ve SoBF’ye göre daha düşük çıkmıştır. Kadınlarda SBF’de okuyan öğrencilerin FF ve SoBF’ye göre sıvı tüketim durumlarına dikkat etmelerinin; su tüketimini arttırıp şekerli ve gazlı içecek alımlarını azaltmalarının, aldıkları eğitimden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bireylerin beslenme alışkanlıklarıyla beslenme bilgi seviyeleri arasında pozitif ilişki vardır [160]. Gezer ve diğerleri (2013) [241] yaptığı çalışma sonucu makrobesin ögesi aralıklarını önerilen düzeyde tüketenlerin ORTO-11 puanı daha yüksek yani ortorektik eğilimi daha düşük bulunmuştur ($p>0,05$). Yapılan bu çalışmada ORTO-15 puanı yüksek çıkan, ortorektik eğilimi olmayan bireylerin enerji (kkal), posa (g), potasyum (mg) ve folat (mcg) alımları ortorektik eğilimi olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır (Bkz. Çizelge 4.24). Enerji (kkal) alımı; YDB olmayan bireylerde, YDB olanlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır ($p<0,05$). Bireylerin yeme tutum ve davranışlarının besin tüketimlerine yansıdığı gözlenmiştir. Bu konuda literatürde çok fazla çalışma bulunmamaktadır bu nedenle bu araştırmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi düzeylerini belirleyerek, bilgi düzeyinin beslenme durumu ile yeme tutum ve davranışlarına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

1. Çalışmaya 51'i (%11,3) erkek ve 399'u (%88,7) kadın olmak üzere toplam 450 öğrenci katılmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması $21,3 \pm 2,85$ yıldır.
2. Araştırmaya katılan öğrencilerden erkeklerin %54,9'u ve kadınların %44,1'i aile ile birlikte, erkeklerin %13,7'si ve kadınların %28,1'i devlet yurdunda yaşamaktadır. Öğrencilerin yaşadıkları yer ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,031$).
3. Son 1 yılda zayıflama diyeti yapan öğrencilerin en az SBF'de (%16,7) ve en fazla SoBF'de (%31,3) olduğu görülmüştür. Son 1 yılda zayıflama diyeti yapma durumu ile öğrencilerin okudukları bölümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,024$).
4. Öğrencilerin sık kilo alıp verme oranının en az SBF'de (%14,0) ve en fazla SoBF'de (%29,4) okuyanlarda olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin sık kilo alıp verme durumu ile okudukları bölümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,005$).
5. Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyan öğrencilerin tamamı "kitaplar" ve "okuldan/öğretmenden", FF'de okuyanların %73,3'ü ve SoBF'de okuyanların %72,7'si ise "internet"ten sağlık ve beslenme hakkında bilgi edindiklerini belirtmişlerdir.
6. Araştırmaya katılan öğrencilerin %14,2'si sigara kullanmakta olup ortalama olarak haftada $63,4 \pm 47,71$ adet sigara tüketmekte ve %10,7'si alkol kullanmakta olup haftada ortalama $59,8 \pm 83,79$ mL alkol tüketmektedirler.
7. Araştırmaya katılan öğrencilerden SBF'de okuyan erkek ve kadınların sırasıyla %50 ve %45,8'i, FF'de okuyanların %75,0 ve %59,7'si ve SoBF'de okuyanların %63,0 ve %74,0'ü 3 ana öğün tüketmektedir. Kadın öğrencilerin okudukları bölüm ile ana öğün tüketme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,000$).
8. Araştırmaya katılan erkeklerin %96,1'i, kadınların %98,7'si son 1 ayda ev dışında öğün tükettiklerini belirtmişlerdir. Cinsiyete göre son 1 ayda öğün tüketim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
9. Öğrencilerin BKİ değerleri incelendiğinde; erkeklerin BKİ ortalama değeri $24,5 \pm 4,12$ kg/m^2 , kadınların BKİ ortalama değeri ise $21,9 \pm 3,86$ kg/m^2 olarak bulunmuştur.

10. Öğrencilerin vücut yağ yüzdesi ortalama değerleri incelendiğinde; erkeklerin %17,1±5,77, kadınların ise %24,9±7,42 olarak bulunmuştur.
11. Araştırmaya katılan öğrencilerin BKİ aralıkları incelendiğinde çoğunlukla (E: %51,0; K: %69,7) normal BKİ aralığında oldukları görülmüştür. Erkek ve kadınların BKİ aralıkları ile okudukları bölümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
12. Araştırmaya katılan öğrencilerin boyun çevresi ölçümleri incelendiğinde genellikle “normal” boyun çevresi aralığında oldukları (E: %58,8; K: %92,2) bulunmuştur. Erkek ve kadınların okudukları bölümlere göre boyun çevresi ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
13. Araştırmaya katılan öğrencilerin bel çevresi ölçümleri incelendiğinde erkek ve kadınlarda sırasıyla; SBF’de okuyanların %87,5 ve %95,1’i, FF’de okuyanların %93,8 ve %85,1’i ve SoBF’de okuyanların %74,1 ve %82,9’u normal bel çevresi aralığında bulunmuştur. Kadınların okudukları bölümlere göre bel çevresi ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,01$).
14. Araştırmaya katılan erkek ve kadın öğrencilerin bel/boy (sırasıyla: %60,8; %60,1) ve bel/kalça (sırasıyla: %78,4; %95,7) oranı incelendiğinde büyük çoğunluğunun “normal” aralıkta olduğu bulunmuştur. Kadınların okudukları bölümlere göre bel/boy ve bel/kalça oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,01$).
15. Araştırmaya dahil olan erkek ve kadın öğrencilerin büyük çoğunluğunun (sırasıyla: %50,9; %76,9) fiziksel aktivite yapmadığı ve her iki cinsiyette de bölümler arası istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).
16. Fiziksel aktivite skoru incelendiğinde; SBF, FF ve SoBF’de okuyan erkek öğrencilerin sırasıyla %25,0; %43,8 ve %18,5’inin ve kadın öğrencilerin sırasıyla %9,2; %11,2 ve %10,6’sının “yeterli düzeyde aktif” olduğu belirlenmiştir. Fiziksel aktivite skorları bakımından erkek ve kadın öğrencilerde bölümler arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
17. Erkek öğrencilerden SBF’de okuyanların %25,0’i, FF’de okuyanların %31,2’si ve SoBF’de okuyanların %74,1’i ortorektik eğilim göstermektedir. Erkeklerin okudukları bölümlere göre ortorektik eğilim olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$).
18. Kadın öğrencilerden SBF’de okuyanların %23,2’si, FF’de okuyanların %45,5’i ve SoBF’de okuyanların %48,0’i ortorektik eğilim göstermektedir. Kadınların okudukları

bölgümlere göre ortorektik eğilim olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p=0,000$).

19. Erkek öğrencilerden SBF’de okuyanların %12,5’i, FF’de okuyanların %6,2’si ve SoBF’de okuyanların %22,2’si yeme davranış bozukluğu göstermektedir. Erkeklerin okudukları bölümlere göre yeme davranış bozukluğu bulunma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).
20. Kadın öğrencilerden SBF’de okuyanların %14,1’i, FF’de okuyanların %29,9’u ve SoBF’de okuyanların %36,6’sı yeme davranış bozukluğu göstermektedir. Kadınların okudukları bölümlere göre yeme davranış bozukluğu bulunma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,000$).
21. Normal, hafif şişman ve şişman BKİ aralığında olan erkek öğrencilerin ortorektik eğilim varlığı sırasıyla %37,0, %48,2 ve %11,1 olarak bulunmuştur. Erkek öğrencilerin BKİ’lerine göre ortorektik eğilimi olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
22. Normal, hafif şişman ve şişman BKİ aralığında olan kadın öğrencilerin ortorektik eğilim varlığı sırasıyla %69,3, %14,4 ve %4,6 olarak bulunmuştur. Kadın öğrencilerin BKİ’lerine göre ortorektik eğilimi olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
23. Normal ve hafif şişman BKİ aralığında olan erkek öğrencilerin yeme davranış bozukluğu varlığı sırasıyla %25,0 ve %62,5 olarak bulunmuştur. Erkek öğrencilerin BKİ’lerine göre yeme davranış bozukluğu durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
24. Normal ve hafif şişman BKİ aralığında olan kadın öğrencilerin yeme davranış bozukluğu varlığı sırasıyla %60,0 ve %21,0 olarak bulunmuştur. Kadın öğrencilerin BKİ’lerine göre yeme davranış bozukluğu durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,000$).
25. Bölümler arası BBP her iki cinsiyette de en yüksek SBF’de (E: $98,4\pm13,62$; K: $101,7\pm8,15$) okuyanlarda olup en düşük SoBF’de (E: $63,9\pm19,38$; K: $69,7\pm14,12$) okuyanlarda çıkmıştır ve aradaki fark her iki cinsiyet içinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,000$).
26. Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde okuyan öğrencilerin ORTO-15 puanı FF ve SoBF’de okuyarlardan anlamlı derecede daha yüksek olup ortorektik eğilimi daha düşüktür ($p=0,000$).

27. Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyan öğrencilerin EAT-26 puanı FF ve SoBF'de okuyanlardan daha az olup yeme davranış bozukluğu diğer bölümlere göre anlamı derecede daha düşüktür ($p=0,000$).
28. Erkek öğrencilerin fiziksel aktivite puanlarına bakıldığında bölümler arası en yüksek ortalama FF öğrencilerine aittir. Fen Fakültesi ($3,6\pm2,96$) erkek öğrencilerinin fiziksel aktivite puanı SoBF'de okuyanlardan anlamlı derecede daha yüksek çıkmıştır ($p<0,05$).
29. Kadın öğrencilerin fiziksel aktivite puanlarına bakıldığında bölümler arası en düşük ortalama SBF ($0,7\pm1,51$) öğrencilerine aittir. Kadın öğrencilerin bölümler arası fiziksel aktivite puanları istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).
30. Erkek ($69,8\pm21,56$) öğrencilerin beslenme bilgi puanı, kadın ($81,5\pm18,76$) öğrencilerden anlamlı derecede daha düşüktür ($p=0,000$).
31. Erkek ($40,2\pm3,88$) öğrencilerin ORTO-15 puanı, kadın ($41,5\pm3,82$) öğrencilerden anlamlı derecede daha düşüktür ($p<0,05$).
32. Erkek ($13,4\pm6,63$) öğrencilerin EAT-26 puanı, kadın ($15,8\pm8,73$) öğrencilerden daha düşüktür ($p>0,05$).
33. Erkek ($2,0\pm2,50$) öğrencilerin fiziksel aktivite puanı, kadın ($0,8\pm1,71$) öğrencilerden anlamlı derecede daha yüksektir ($p=0,000$).
34. Araştırmaya katılan öğrencilerin beslenme bilgi puanları ile ORTO-15 puanları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,126$; $p=0,007$).
35. Öğrencilerin beslenme bilgi puanları ile EAT-26 puanları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,111$; $p=0,018$).
36. Öğrencilerin ORTO-15 puanları ile EAT-26 puanları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,393$; $p=0,000$).
37. Öğrencilerin ORTO-15 puanları ile BKİ değerleri arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,192$; $p=0,000$).
38. Öğrencilerin EAT-26 puanları ile BKİ değerleri arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,128$; $p=0,007$).
39. Öğrencilerin BKİ değerleri ile fiziksel aktivite puanları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,119$; $p=0,012$).
40. Fen Fakültesi'nde okuyan erkek öğrencilerin günlük enerji alımı ($2296,3\pm573,92$ kkal) SBF ($2200,5\pm353,16$ kkal) ve SoBF'de ($2014,9\pm638,35$ kkal) okuyanlardan daha yüksektir. Erkek öğrencilerin okudukları bölümlere göre enerji alımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

41. Fen Fakültesi'nde okuyan erkek öğrencilerin karbonhidrattan gelen günlük ortalama enerji yüzdeleri ($49,3 \pm 8,79$) SBF ($43,2 \pm 10,25$) ve SoBF'de ($43,6 \pm 13,39$) okuyanlardan daha yüksektir. Erkek öğrencilerin okudukları bölümlere göre karbonhidrattan gelen günlük ortalama enerji yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0,05$).
42. Fen Fakültesi'nde okuyan erkek öğrencilerin proteinden gelen günlük ortalama enerji yüzdeleri ($11,8 \pm 3,49$) SBF ($15,6 \pm 4,41$) ve SoBF'de ($14,9 \pm 5,38$) okuyanlardan daha düşüktür. Erkek öğrencilerin okudukları bölümlere göre proteinden gelen günlük ortalama enerji yüzdelerine bakıldığında SBF ve FF erkek öğrencileri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0,05$).
43. Fen Fakültesi'nde okuyan erkek öğrencilerin yağdan gelen günlük ortalama enerji yüzdeleri ($36,4 \pm 10,82$) SBF ($40,6 \pm 8,99$) ve SoBF'de ($40,4 \pm 11,19$) okuyanlardan daha düşüktür. Erkek öğrencilerin okudukları bölümlere göre yağdan gelen günlük ortalama enerji yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0,05$).
44. Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyan kadın öğrencilerin günlük enerji alımı ($2061,7 \pm 606,33$ kkal) FF ($1811,1 \pm 777,16$ kkal) ve SoBF'de ($1606,9 \pm 627,91$ kkal) okuyanlardan anlamlı derecede daha yüksektir ($p = 0,000$).
45. Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyan kadın öğrencilerin karbonhidrattan gelen günlük ortalama enerji yüzdeleri ($42,2 \pm 6,87$) FF ($44,2 \pm 7,87$) ve SoBF'de ($43,6 \pm 13,39$) okuyanlardan daha düşüktür. Sağlık Bilimleri Fakültesi ve SoBF'de okuyan kadın öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0,05$).
46. Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyan kadın öğrencilerin proteinden gelen günlük ortalama enerji yüzdeleri ($13,9 \pm 3,20$) FF ($12,6 \pm 3,58$) ve SoBF'de ($12,9 \pm 3,99$) okuyanlardan anlamlı olarak daha yüksektir ($p < 0,05$).
47. Fen Fakültesi'nde okuyan kadın öğrencilerin yağdan gelen günlük ortalama enerji yüzdeleri ($42,0 \pm 7,97$) SBF ($42,9 \pm 6,23$) ve SoBF'de ($41,1 \pm 8,74$) okuyanlardan daha düşüktür. Kadın öğrencilerin okudukları bölümlere göre yağdan gelen günlük ortalama enerji yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0,05$).
48. Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyan erkek öğrencilerin vitamin ve mineral alımları FF ve SoBF'de okuyanlardan genellikle daha yüksek çıkmıştır.
49. Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyan kadın öğrencilerin vitamin ve mineral alım miktarları FF ve SoBF'de okuyanlardan anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır ($p = 0,000$).

50. Erkek öğrencilerin enerji ve besin öğelerinin DRI'ya göre karşılama yüzdeleri incelendiğinde, diğer besin öğelerine göre posa (g) ve kalsiyumu (mg) düşük miktarda aldıkları bulunmuştur.
51. Kadın öğrencilerin enerji ve besin öğelerinin DRI'ya göre karşılama yüzdeleri incelendiğinde diğer besin öğelerine göre posa (g) (özellikle FF ve SoBF'de), folat (mcg), kalsiyum (mg) ve demiri (mg) ise düşük miktarda aldıkları bulunmuştur.
52. Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyan erkek öğrencilerin su tüketimi FF ve SoBF'de okuyanlara göre yüksek; çay, gazlı ve şekerli içecek tüketimi ise düşüktür. Erkek öğrencilerin okudukları bölümlere göre sıvı tüketimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.
53. Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyan kadın öğrencilerin su tüketimi FF ve SoBF'de okuyanlardan (sırasıyla: 1541,5±516,26 mL; 1332,5±722,13; 1250,8±904,97) anlamlı derecede daha yüksek çıkmıştır; gazlı içecek tüketimi (22,4±86,15 mL) ise FF'de (63,3±146,43) okuyan kadın öğrencilerden anlamlı derecede düşük çıkmıştır ($p=0,000$).
54. Ortorektik eğilimi olan bireylerin enerji (sırasıyla: 1781,2±679,27 kkal; 1930,4±695,78 kkal), posa (sırasıyla: 17,3±9,37 g; 19,3±9,01 g), potasyum (sırasıyla: 1886,2±937,02 mg; 2100,8±949,89 mg) ve folat (sırasıyla: 261,4±135,98 mcg; 278,4±120,51 mcg) alımları, ortorektik eğilimi olmayan bireylerden anlamlı derecede düşük çıkmıştır ($p<0,05$).
55. Yeme davranış bozukluğu olan bireylerin enerji alımı (1713,3±661,13 kkal) yeme davranış bozukluğu olmayan bireylerden (1923,5±695,50 kkal) anlamlı derecede düşük çıkmıştır ($p<0,05$).

Gençlerin başarılı bir gelecek yakalayabilmesi ve ülke kalkınmasında yer edinebilmesi için akıl gücü ve zekâ gelişimi ile sağlıklı ve gelişmiş bir beden yapısının sağlanması gerekir. Bu yüzden gençlerin beslenme sorunları üzerine odaklanılmalı, bu konuda yapılacak daha kapsamlı araştırmalarla beslenme sorunu için çözüm odaklı önlemler alınmalıdır. Bireylerin beslenme alışkanlıkları üzerine ailelerinde büyük etkisi olduğu için ailelere; gelecek nesiller ve bizzat kendileri için ise gençlere beslenme eğitimi imkânı sunulmalıdır. Bu konuda doğru ve yansız medya reklamları kullanılarak, konferanslar düzenleyerek ve beslenme konusunda pratik ve uygulanabilir programlar yapılarak bilinçli ve sağlıklı bir tüketici kitlesi sağlanabilir.

Özellikle gençler arasında görülen ve yaygınlığı gün geçtikçe artan “sağlıklı beslenme” ile başlayıp daha sonra bireylerin fiziksel ve ruhsal yapısını etkileyebilen ortoreksiya nervozanın daha fazla dikkate alınması ve bu konuda gerekli eğitimlerin verilmesi gerekmektedir. Ülkemizdeki beslenme kültüründe göz önünde bulundurularak ortoreksiya nervoza için daha detaylı ve kapsamlı bir test geliştirilebilir. Ortorektik bireylerin takıntı haline dönüştürdüğü davranışların sağlıklı veya sağlıklısız şeklinde ayrımının yapılması hastalığın tedavisinde yol almada yardımcı olabilir.

Ortoreksiya nervoza eğiliminin saptandığı çalışmalarda genellikle cinsiyetler arası fark görülmektedir. Araştırma yapılan sınıf ve bölümler genellikle kadın ağırlıklı olduğu ve erkek öğrenciler katılım sağlamaktan çekindiği için çalışmamız kadın öğrenci ağırlıklı olmuştur. Çalışmaları genelleştirebilmek için daha fazla araştırmaya ve cinsiyet gruplarındaki ortalama sayıların birbirine yakın olmasına ihtiyaç vardır.

Yeme davranış bozukluğu veya kilo problemi olup ankete katılmak istemeyen öğrenciler bulunmaktadır. Bu öğrencilerinde çalışmalara eklenmesi sağlanarak daha genel sonuçlar elde edilebilmesi mümkündür.

Geriye dönük hatırlatma yolu ile 24 saatlik besin tüketim kaydı alınmıştır. Öğrencilerin beslenme tarzlarının daha net belirlenebilmesi için 3 günlük besin tüketim kaydının alınması daha doğru sonuçların elde edilmesine yardımcı olacaktır.

Fiziksel aktivite azlığı ve yetersiz ve dengesiz beslenme ile bozulan yeme tutum ve davranışlar sağlıklı beslenme oranının artmasını sağlar. Gençlerde risk faktörlerinin belirlenmesi kilo verme/alma engellerini ve bozulan yeme davranışlarını anlamayı sağlayabilir ve tedavi imkânlarını kolaylaştırabilir.

KAYNAKLAR

1. Neumark-Sztainer, D., French, S. A., Hannan, P. J., Story, M., and Fulkerson, J. A. (2005). School lunch and snacking patterns among high school students: associations with school food environment and policies. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2(1), 14.
2. Martens, M. K., van Assema, P., and Brug, J. (2005). Why do adolescents eat what they eat? Personal and social environmental predictors of fruit, snack and breakfast consumption among 12–14-year-old Dutch students. *Public Health Nutrition*, 8(8), 1258-1265.
3. Story, M., Neumark-Sztainer, D., and French, S. (2002). Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(3), S40-S51.
4. Fairburn, C. G., and Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361, 407-416.
5. Oğur, S., Aksoy, A., ve Güngör, Ş. (2015). Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervosa Eğiliminin Belirlenmesi. *Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 4(2), 93-102.
6. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)* (5th edit). Washington. American Psychiatric Publishing.
7. World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research* (Vol. 2). Geneva. World Health Organization.
8. Segura-Garcia, C., Ramacciotti, C., Rania, M., Aloï, M., Caroleo, M., Bruni, A., Gazzarrini, D., Sinopoli, F., and De Fazio, P. (2015). The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder patients after treatment. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20, 161-166.
9. Oberle, C. D., Samaghabadi, R. O., and Hughes, E. M. (2017). Orthorexia nervosa: Assessment and correlates with gender, BMI, and personality. *Appetite*, 108, 303-310.
10. Korinth, A., Schiess, S., and Westenhoefer, J. (2009). Eating behaviour and eating disorders in students of nutrition sciences. *Public Health Nutrition*, 13(1), 32-37.
11. Aksoydan, E., and Camci, N. (2009). Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 14(1), 33-37.
12. Fidan, T., Ertekin, V., Işıkkay, S., and Kırpınar, I. (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 49-54.
13. Şanlıer, N., Adanur, E., Özata Uyar, G., Elibol, E., Beyaz Coşkun, A., Erdoğan, R., ve Bozbaş, E. (2017). Gençlerin Beslenme ve Gıda Güvenliğine İlişkin Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 25(3), 941-956.

14. Yahia, N., Brown, C. A., Rapley, M., and Chung, M. (2016). Level of nutrition knowledge and its association with fat consumption among college students. *BioMed Central Public Health*, 16(1047).
15. Croll, J. K., Neumark-Sztainer, D., and Story, M. (2001). Healthy eating: what does it mean to adolescents?. *Journal of Nutrition Education*, 33(4), 193-198.
16. Ulaş, B., Uncu, F., ve Üner, S. (2013). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığı ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2, 15-22.
17. Çalıştır, B., Dereli, F., ve Eksen, M. (2005). Muğla Üniversitesi Öğrencilerinin beslenme konusunda bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *International Journal of Human Sciences*, 2(2), 1-8.
18. Avena, N. M., and Bocarsly, M. E. (2012). Dysregulation of brain reward systems in eating disorders: neurochemical information from animal models of binge eating, bulimia nervosa, and anorexia nervosa. *Neuropharmacology*, 63(1), 87-96.
19. Gahagan, S. (2012). The development of eating behavior-biology and context. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 33(3), 261-271.
20. Wang, G. J., Volkow, N. D., Telang, F., Jayne, M., Ma, J., Rao, M., Zhu, W., Wong, C. T., Pappas, N. R., Geliebter, A., and Fowler, J. S. (2004). Exposure to appetitive food stimuli markedly activates the human brain. *Neuroimage*, 21, 1790-1797.
21. Reiter, C. S., and Graves, L. (2010). Nutrition therapy for eating disorders. *Nutrition in Clinical Practice*, 25(2), 122-136.
22. Coşkun, M. N. (2011). *Vücut geliştirme sporu ile ilgilenen erkek yetişkin bireylerde beden algısının yeme davranışı ve besin tüketimi ile ilişkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
23. Lutter, M. (2017). Emerging Treatments in Eating Disorders. *Neurotherapeutics*, 14, 614-622.
24. Banker, J. D., Becker, A. E., Bermudez, O., Berthou, K., Devlin, M., Katzman, D. K., Krohel, M. B., McGilley, B. H., Mickley, D., Paxton, S., Rome, E. S., Tyson, E. P., Warren, M. (2012). Clinical Points for Early Recognition and Medical Risk Management in the Care of Individuals with Eating Disorders. *AED Report 2012*, USA, 1-11.
25. Uskun, E., ve Şabaplı, A. (2013). Lise Öğrencilerinin Beden Algıları ile Yeme Tutumları Arasındaki İlişki. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(5), 519-528.
26. Vardal, E. (2015). *Yeme tutumu: Bağlanma stilleri ve gestalt temas biçimleri açısından bir değerlendirme*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
27. Şanlıer, N., Konaklıoğlu, E., ve Güçer, E. (2009). Gençlerin beslenme bilgi, alışkanlık ve davranışları ile beden kütle indeksleri arasındaki ilişki. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 29(2), 333-352.

28. Florence, M. D., Asbridge, M., and Veugelers, P. J. (2008). Diet quality and academic performance. *Journal of School Health*, 78(4), 209-215.
29. Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., Touyz, S. and Ward, W. (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(11), 977-1008.
30. Ünalın, D., Öztop, D. B., Elmalı, F., Öztürk, A., Konak, D., Pırlak, B., ve Güneş, D. (2009). Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(2), 75-81.
31. Shanwal, V. K., and Dasgupta, P. (2014). Emotional intelligence: A management tool for orthorexia nervosa. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 5(6), 738-741.
32. Treasure, J. (2011) Eating disorders. *Medicine Journal*, 40(11), 672-678.
33. Vo, M., Accurso, E. C., Goldschmidt, A. B., and Le Grange, D. (2017). The Impact of DSM- 5 on Eating Disorder Diagnoses. *International Journal of Eating Disorders*, 50(5), 578-581.
34. Oral, N., ve Şahin, N. H. (2008). Yeme Tutum Bozukluğunun Kişilerarası Şemalar, Bağlanma, Kişilerarası İlişki Tarzları ve Öfke ile İlişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 23(62), 37-48.
35. Özsoy, E. V. (2017). Yeme bozukluklarında kişilik özellikleri. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 3(1), 255-266.
36. Kuruoğlu, A. Ç. (2000). Yeme bozukluklarında genetik etkenler. *Klinik Psikiyatri Bülteni*, 10(1), 32-37.
37. Stein, A., Stein, J., Walters, E. A., and Fairburn, C. G. (1995). Eating habits and attitudes among mothers of children with feeding disorders. *British Medical Journal*, 310, 228.
38. Oruçlular, Y. (2013). *Vücut Algısının Aracı Rolü Üzerinden Özerk-İlişkisel Benlik Özellikleri ve Yeme Tutumu İlişkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
39. Grabe, S., Ward, L. M., and Hyde, J. S. (2008). The role of the media in body image concerns among women: a meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological Bulletin*, 134(3), 460-476.
40. Keel, P. K., and Forney, K. J. (2013). Psychosocial risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 433-439.
41. Sönmez, A. Ö. (2017). Çocuk ve Ergenlerde Yeme Bozuklukları. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar*, 9(3), 301-306.
42. Moskowitz, L., and Weiselberg, E. (2017). Anorexia Nervosa/Atypical Anorexia Nervosa. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47, 70-84.

43. Chiurazzi, C., Cioffi, I., De Caprio, C., De Filippo, E., Marra, M., Sammarco, R., Di Guglielmo, M.L., Contaldo, F., and Pasanisi, F. (2017). Adequacy of nutrient intake in women with restrictive anorexia nervosa. *Nutrition*, 38, 80-84.
44. Burd, C., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Engel, S. G., Wonderlich, S. A., Lystad, C., Le Grange, D., Peterson, C. B., and Crow, S. (2009). An assessment of daily food intake in participants with anorexia nervosa in the natural environment. *International Journal of Eating Disorders*, 42(4), 371-374.
45. Godier, L. R., de Wit, S., Pinto, A., Steinglass, J. E., Greene, A. L., Scaife, J., Gillan, C. M., Walsh, B. T., Simpson, H-B., and Park, R. J. (2016). An investigation of habit learning in Anorexia Nervosa. *Psychiatry Research*, 244, 214-222.
46. Wood, D., and Knight, C. (2015). Anorexia nervosa in adolescence. *Paediatrics and Child Health*, 25(9), 428-432.
47. Fazeli, P. K., and Klibanski, A. (2014). Anorexia nervosa and bone metabolism. *Bone*, 66, 39-45.
48. Yager, J., and Andersen, A. E. (2005). Anorexia nervosa. *New England Journal of Medicine*, 353(14), 1481-1488.
49. Housova, J., Anderlova, K., Krizová, J., Haluzikova, D., Kremen, J., Kumstýrová, T., Papezová, H., and Haluzik, M. (2005). Serum adiponectin and resistin concentrations in patients with restrictive and binge/purge form of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 90(3), 1366-1370.
50. El Ghoch, M., Calugi, S., Lamburghini, S., and Dalle Grave, R. (2014). Anorexia nervosa and body fat distribution: a systematic review. *Nutrients*, 6, 3895-3912.
51. Bernacchi, D. L. (2017). Bulimia Nervosa: A Comprehensive Analysis of Treatment, Policy, and Social Work Ethics. *Social Work*, 62(2), 174-180.
52. Harrington, B. C., Jimerson, M., Haxton, C., and Jimerson, D. C. (2015). Initial evaluation, diagnosis, and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am Fam Physician*, 91(1), 46-52.
53. Edition, F., and American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-4®)* (4th edit). Washington: American Psychological Association.
54. Mitchell, J. E., Agras, S., and Wonderlich, S. (2007). Treatment of bulimia nervosa: where are we and where are we going? *International Journal of Eating Disorders*, 40(2), 95-101.
55. Latner, J. D., and Wilson, G. T. (2000). Cognitive-behavioral therapy and nutritional counseling in the treatment of bulimia nervosa and binge eating. *Eating Behaviors*, 1, 3-21.
56. Varga, M., Thege, B. K., Dukay-Szabó, S., Túry, F., and van Furth, E. F. (2014). When eating healthy is not healthy: orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BioMed Central Psychiatry*, 14, 59.

57. Varga, M., Dukay-Szabó, S., Túry, F., Aand van Furth, Eric F. (2013). Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eating Weight Disorders*, 18, 103-111.
58. Zamora, M. L. C., Bonaechea, B. B., Sánchez, F. G., and Rial, B. R. (2005). Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder?. *Actas Esp Psiquiatr*, 33(1), 66-68.
59. Ramacciotti, C. E., Perrone, P., Coli, E., Burgalassi, A., Conversano, C., Massimetti, G., and Dell'Osso, L. (2011). Orthorexia nervosa in the general population: a preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15). *Eating and Weight Disorders*, 16(2), 127-130.
60. Brytek-Matera, A. (2012). Orthorexia nervosa—an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1, 55-60.
61. Missbach, B., Hinterbuchinger, B., Dreiseitl, V., Zellhofer, S., Kurz, C., and König, J. (2015). When eating right, is measured wrong! A validation and critical examination of the ORTO-15 questionnaire in German. *PloS one*, 10(8), 0135772.
62. Chaki, B., Pal, S., and Bandyopadhyay, A. (2013). Exploring scientific legitimacy of orthorexia nervosa: a newly emerging eating disorder. *Journal of Human Sport and Exercise*, 8(4), 1045-1053.
63. Koven, N. S., and Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 385-394.
64. Vandereycken, W. (2011). Media hype, diagnostic fad or genuine disorder? Professionals' opinions about night eating syndrome, orthorexia, muscle dysmorphia, and emetophobia. *Eating Disorders*, 19(2), 145-155.
65. Bratman, S. (1997). Health food junkie. *Yoga Journal*, 42-50.
66. Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., and Cannella, C. (2004). Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders*, 9(2), 151-157.
67. Mathieu, J. (2005). What is orthorexia? *Journal of the American Dietetic Association*, 105(10), 1510-1512.
68. Moroze, R. M., Dunn, T. M., Holland, J. C., Yager, J., and Weintraub, P. (2015). Microthinking about micronutrients: a case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal “orthorexia nervosa” and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics*, 56(4), 397-403.
69. Dunn, T. M., and Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, 11-17.
70. Duran, S. (2016). Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) riski ve etkileyen faktörler. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 9(3), 220-226.

71. Babicz-Zielińska, E., Wądołowska, L., and Tomaszewski, D. (2013). Eating Disorders: Problems of Contemporary Civilisation—A Review. *Polish Journal of Food And Nutrition Sciences*, 63(3), 133-146.
72. Håman, L., Barker-Ruchti, N., Patriksson, G., and Lindgren, E. C. (2015). Orthorexia nervosa: An integrative literature review of a lifestyle syndrome. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 10, 26799.
73. Ergin, G. (2014). *Sağlık personeli olan ve olmayan bireylerde Ortoreksiya nervoza sıklığı araştırması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
74. Ercan, A., Akçıl Ok, M., Kızıltan, G., and Saka M. (2016). Prevalence of orthorexia in health and non-health profession college. *International Peer-Reviewed Journal of Nutrition Research*, 7, 23-36.
75. Bosi, A. T. B., Çamur, D., and Güler, Ç. (2007). Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite*, 49(3), 661-666.
76. Arusoğlu, G., Kabakçı, E., Köksal, G., and Kutluay Merdol, T. (2008). Orthorexia Nervosa and Adaptation of ORTO-11 into Turkish. *Turkish Journal of Psychiatry*, 19(3), 283-291.
77. Eriksson, L., Baigi, A., Marklund, B., and Lindgren, E. C. (2008). Social physique anxiety and sociocultural attitudes toward appearance impact on orthorexia test in fitness participants. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 18(3), 389-394.
78. Koven, N. S., and Senbonmatsu, R. (2013). A neuropsychological evaluation of orthorexia nervosa. *Open Journal of Psychiatry*, 3, 214-222.
79. İnternet: Bratman, S. (2017). Healthy Eating vs. Orthorexia. URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.orthorexia.com%2Fhealthy-eating-vs-orthorexia%2F&date=2017-07-30>, Son Erişim Tarihi: 30.07.2017.
80. Russell, S. L., Haynos, A. F., Crow, S. J., and Fruzzetti, A. E. (2017). An experimental analysis of the affect regulation model of binge eating. *Appetite*, 110, 44-50.
81. Brownley, K. A., Berkman, N. D., Sedway, J. A., Lohr, K. N., and Bulik, C. M. (2007). Binge eating disorder treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4), 337-348.
82. Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., and Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358.
83. Phillips, K. E., Kelly-Weeder, S., and Farrell, K. (2016). Binge eating behavior in college students: What is a binge?. *Applied Nursing Research*, 30, 7-11.
84. Ferriter, C., and Ray, L. A. (2011). Binge eating and binge drinking: An integrative review. *Eating Behaviors*, 12, 99-107.

85. Juarascio, A. S., Manasse, S. M., Schumacher, L., Espel, H., & Forman, E. M. (2017). Developing an acceptance-based behavioral treatment for binge eating disorder: Rationale and challenges. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24, 1-13.
86. Stunkard, A. J., and Allison, K. C. (2003). Binge eating disorder: disorder or marker? *International Journal of Eating Disorders*, 34, 107-116.
87. Miao, D., Young, S. L., and Golden, C. D. (2015). A meta- analysis of pica and micronutrient status. *American Journal of Human Biology*, 27(1), 84-93.
88. Delaney, C. B., Eddy, K. T., Hartmann, A. S., Becker, A. E., Murray, H. B., and Thomas, J. J. (2015). Pica and rumination behavior among individuals seeking treatment for eating disorders or obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 48(2), 238-248.
89. Barton, J. C., Barton, J. C., and Bertoli, L. F. (2010). Pica associated with iron deficiency or depletion: clinical and laboratory correlates in 262 non-pregnant adult outpatients. *BioMed Central Blood Disorders*, 10, 9.
90. Dumaguing, N. I., Singh, I., Sethi, M., and Devanand, D. P. (2003). Pica in the geriatric mentally ill: unrelenting and potentially fatal. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 16(3), 189-191.
91. Koppen, I. J., Nurko, S., Saps, M., Di Lorenzo, C., and Benninga, M. A. (2017). The pediatric Rome IV criteria: what's new?. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*, 11(3), 193-201.
92. Tack, J., Blondeau, K., Boecxstaens, V., and Rommel, N. (2011). Review article: the pathophysiology, differential diagnosis and management of rumination syndrome. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 33, 782-788.
93. Tack, J., Talley, N. J., Camilleri, M., Holtmann, G., Hu, P., Malagelada, J. R., and Stanghellini, V. (2006). Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology*, 130(5), 1466-1479.
94. Hartmann, A. S., Becker, A. E., Hampton, C., and Bryant-Waugh, R. (2012). Pica and rumination disorder in DSM-5. *Psychiatric Annals*, 42(11), 426-430.
95. İnternet: National Eating Disorders Association (NEDA). Glossary. URL: <http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fwww.nationaleatingdisorders.org%2Flearn%2Fglossary&date=2017-07-30>, Son Erişim Tarihi: 30.07.2017
96. Zimmerman, J., and Fisher, M. (2017). Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47, 95-103.
97. Eddy, K. T., Thomas, J. J., Hastings, E., Edkins, K., Lamont, E., Nevins, C. M., Patterson, R. M., Murray, H. B., Bryant-Waugh, R., and Becker, A. E. (2015). Prevalence of DSM- 5 avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric gastroenterology healthcare network. *International Journal of Eating Disorders*, 48(5), 464-470.

98. Bardone-Cone, A. M., Joiner, T. E., Crosby, R. D., Crow, S. J., Klein, M. H., Le Grange, D., Mitchell, J. E., Peterson, C. B., and Wonderlich, S. A. (2008). Examining a psychosocial interactive model of binge eating and vomiting in women with bulimia nervosa and subthreshold bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 887-894.
99. Grilo, C. M., Crosby, R. D., Masheb, R. M., White, M. A., Peterson, C. B., Wonderlich, S. A., Engel, S.G., Crow, S.J., and Mitchell, J. E. (2009). Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder, bulimia nervosa, and sub-threshold bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 692-696.
100. Haedt-Matt, A. A., and Keel, P. K. (2015). Affect regulation and purging: An ecological momentary assessment study in purging disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(2), 399-411.
101. Castillo, M., and Weiselberg, E. (2017). Bulimia Nervosa/Purging Disorder. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47, 85-94.
102. Keel, P. K. (2007). Purging disorder: Subthreshold variant or full- threshold eating disorder? *International Journal of Eating Disorders*, 40, 89-94.
103. Milano, W., De Rosa, M., Milano, L., and Capasso, A. (2013). Agomelatine efficacy in the night eating syndrome. *Case reports in medicine*, 2013.
104. Tu, C. Y., Tseng, M. C. M., Chang, C. H., and Lin, C. C. (2017). Comparative validity of the Internet and paper-and-pencil versions of the Night Eating Questionnaire. *Comprehensive Psychiatry*, 75, 53-61.
105. Rand, C. S., Macgregor, A., and Stunkard, A. J. (1997). The night eating syndrome in the general population and among postoperative obesity surgery patients. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 65-69.
106. Allison, K. C., Ahima, R. S., O'Reardon, J. P., Dinges, D. F., Sharma, V., Cummings, D. E., Heo, M., Martino, N. S., and Stunkard, A. J. (2005). Neuroendocrine profiles associated with energy intake, sleep, and stress in the night eating syndrome. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 90(11), 6214-6217.
107. Allison, K. C., Lundgren, J. D., O'reardon, J. P., Geliebter, A., Gluck, M. E., Vinai, P., Mitchell, J. E., Schenck, C. H., Howell, M. J., Crow, S. J., Engel, S., Latzer, Y., Tzischinsky, O., Mahowald, M. W., and Engel, S. (2010). Proposed diagnostic criteria for night eating syndrome. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 241-247.
108. Kobayashi, N., Yoshimura, R., and Takano, M. (2012). Successful treatment with clonazepam and pramipexole of a patient with sleep-related eating disorder associated with restless legs syndrome: A case report. *Case Reports in Medicine*, Kumamoto, 4.
109. Santin, J., Mery, V., Elso, M. J., Retamal, E., Torres, C., Ivelic, J., and Godoy, J. (2014). Sleep-related eating disorder: a descriptive study in Chilean patients. *Sleep Medicine*, 15, 163-167.
110. Auger, R. R. (2006). Sleep-related eating disorders. *Psychiatry (Edgmont)*, 3(11), 64-70.

111. Inoue, Y. (2015). Sleep-related eating disorder and its associated conditions. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 69, 309-320.
112. Winkelman, J. W., Herzog, D. B., and Fava, M. (1999). The prevalence of sleep-related eating disorder in psychiatric and non-psychiatric populations. *Psychological Medicine*, 29, 1461-1466.
113. Campagna, J. D. A., and Bowsher, B. (2016). Prevalence of Body Dysmorphic Disorder and Muscle Dysmorphia Among Entry-Level Military Personnel. *Military Medicine*, 181(5), 494-501.
114. Mosley, P. E. (2009). Bigorexia: bodybuilding and muscle dysmorphia. *European Eating Disorders Review*, 17, 191-198.
115. Pope, H. G., Gruber, A. J., Choi, P., Olivardia, R., and Phillips, K. A. (1997). Muscle dysmorphia: An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38, 548-557.
116. Baghurst, T., and Kissinger, D. B. (2009). Perspectives on muscle dysmorphia. *International Journal of Men's Health*, 8(1), 82-89.
117. Leone, J. E., Sedory, E. J., and Gray, K. A. (2005). Recognition and treatment of muscle dysmorphia and related body image disorders. *Journal of Athletic Training*, 40(4), 352-359.
118. Taylor, C. M., Wernimont, S. M., Northstone, K., and Emmett, P. M. (2015). Picky/fussy eating in children: Review of definitions, assessment, prevalence and dietary intakes. *Appetite*, 95, 349-359.
119. Ong, C., Phuah, K. Y., Salazar, E., and How, C. H. (2014). Managing the 'picky eater' dilemma. *Singapore Medical Journal*, 55(4), 184-190.
120. Dubois, L., Farmer, A. P., Girard, M., and Peterson, K. (2007). Preschool children's eating behaviours are related to dietary adequacy and body weight. *European Journal of Clinical Nutrition*, 61(7), 846-855.
121. Tharner, A., Jansen, P. W., Kiefte-de Jong, J. C., Moll, H. A., van der Ende, J., Jaddoe, V. W., Hofman, A., Tiemeier, H., and Franco, O. H. (2014). Toward an operative diagnosis of fussy/picky eating: a latent profile approach in a population-based cohort. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11(1), 14.
122. van der Horst, K., Deming, D. M., Lesnianskas, R., Carr, B. T., and Reidy, K. C. (2016). Picky eating: Associations with child eating characteristics and food intake. *Appetite*, 103, 286-293.
123. Hunt, T. K., and Forbush, K. T. (2016). Is "drunkorexia" an eating disorder, substance use disorder, or both?. *Eating Behaviors*, 22, 40-45.
124. Barry, A. E., and Piazza-Gardner, A. K. (2012). Drunkorexia: understanding the co-occurrence of alcohol consumption and eating/exercise weight management behaviors. *Journal of American College Health*, 60(3), 236-243.

125. Babiaz, S., Ward, R. M., and Brinkman, C. (2013). Examination of Drunkorexia, Excessive Exercising, and Extreme Drinking. *Journal of Young Investigators*, 25(4), 52-56.
126. Mond, J., Myers, T. C., Crosby, R., Hay, P., and Mitchell, J. (2008). 'Excessive exercise' and eating- disordered behaviour in young adult women: further evidence from a primary care sample. *European Eating Disorders Review*, 16, 215-221.
127. Kınık, M. F., Gönüllü, F. V., Vatansever, Z., and Karakaya, I. (2017). Diabulimia, a Type I diabetes mellitus-specific eating disorder. *Turkish Archives of Pediatrics/Türk Pediatri Arşivi*, 52, 46-49.
128. Dickens, Y. L., Haynos, A. F., Nunnemaker, S., Platka-Bird, L., and Dolores, J. (2015). Multidisciplinary residential treatment of type 1 diabetes mellitus and co-occurring eating disorders. *Eating Disorders*, 23(2), 134-143.
129. Goebel-Fabbri, A. E., Fikkan, J., Franko, D. L., Pearson, K., Anderson, B. J., and Weinger, K. (2008). Insulin restriction and associated morbidity and mortality in women with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 31(3), 415-419.
130. Larrañaga, A., Docet, M. F., and García-Mayor, R. V. (2011). Disordered eating behaviors in type 1 diabetic patients. *World Journal of Diabetes*, 2(11), 189-195.
131. Mathieu, J. (2009). What is pregorexia? *Journal of the American Dietetic Association*, 109(6), 976-979.
132. Lewis, B., and Nicholls, D. (2016). Behavioural eating disorders. *Paediatrics and Child Health*, 26(12), 519-526.
133. Vançelik, S., Önal, S. G., Güraksın, A., ve Beyhun, E. (2007). Üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi ve alışkanlıkları ile ilişkili faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(4), 242-248.
134. Kadioğlu, M., ve Ergün, A. (2015). Üniversite öğrencilerinin yeme tutumu, öz-etkililik ve etkileyen faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 96-104.
135. Güngör, E. Ö. (2014). Üniversite Öğrencilerinde Porsiyon Algısı ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Diyetetik Programı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
136. Corley, G., Demarest-Litchford, M., and Bazzarre, T. L. (1990). Nutrition knowledge and dietary practices of college coaches. *Journal of the American Dietetic Association*, 90(5), 705-709.
137. Wardle, J., Parmenter, K., and Waller, J. (2000). Nutrition knowledge and food intake. *Appetite*, 34(3), 269-275.
138. Aktaş, N., ve Cebirbay, M. A. (2011). Tüketicilerin beslenme bilgilerine erişmede kullandıkları kitke iletişim araçları üzerine bir araştırma. *Karadeniz Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(9), 47-56.

139. Esenay, F. I., ve Conk, Z. (2006). Medya ve çocuk: Hemşirelik tanıları doğrultusunda bir inceleme. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*, 3(10), 91-102.
140. Oran, N. T., Toz, H., Küçük, T., ve Uçar, V. (2017). Medyanın kadınların beslenme alışkanlıkları, besin seçimi ve tüketimi üzerindeki etkileri. *Life Sciences (NWSALS)*, 12(1), 1-13.
141. Cihangiroğlu, Z., ve Deveci, S. E. (2011). Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, 16(2), 78-83.
142. Stice, E., Becker, C. B., and Yokum, S. (2013). Eating disorder prevention: Current evidence- base and future directions. *The International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 478-485.
143. Hart, S., Russell, J., and Abraham, S. (2011). Nutrition and dietetic practice in eating disorder management. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 24, 144-153.
144. Koyun, A., Taşkın, L., ve Terzioğlu, F. (2011). Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: Hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 67-99.
145. Khan, L. U. R., Ahmed, J., Khan, S., and MacFie, J. (2010). Refeeding syndrome: a literature review. *Gastroenterology Research and Practice*, 2011.
146. Ozier, A. D., and Henry, B. W. (2011). Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of eating disorders. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(8), 1236-1241.
147. Rakıcıoğlu, N., Tek, N. A., Ayaz, A., ve Pekcan, G. (2009). *Yemek ve besin fotoğraf kataloğu ölçü ve miktarlar* (İkinci Baskı). Ankara: Ata Ofset Matbaacılık.
148. Baysal, A., Merdol, T., Ciğerim, N., Sacır, H., ve Başoğlu, S. (2005). *Türk Mutfağından Örnekler* (Dördüncü Baskı). Ankara: Hatiboğlu Yayınları.
149. Merdol, T. K. (2014). *Toplu beslenme servisi yapılan kurumlar için standart yemek tarifeleri* (Beşinci Baskı). Ankara: Hatiboğlu Yayınları.
150. Bebis Nutrition Data Base Software Data Base, (2004). The German Food Code and Nutrient Data Base (BLS II.3, 1999) with additions from USDA-sr and other sources, Istanbul, Turkey.
151. Otten, J. J., Hellwig, J. P., and Meyers, L. D. (Editors). (2006). *Dietary reference intakes: the essential guide to nutrient requirements*. Washington: The National Academies Press.
152. Baysal A., Aksoy, M., Besler, T., Bozkurt, N., Keçecioglu, S., Kutluay Merdol, T., Pekcan, G., ve Yıldız, E. (2011). *Diyet El Kitabı* (6. Baskı). Ankara: Hatipoğlu Yayınları.
153. Gibson, R.S. (1990). *Principles of nutritional assessment*. (Second edition). New York: Oxford University Press, 40-41.

154. Ben- Noun, L. L., Sohar, E., and Laor, A. (2001). Neck circumference as a simple screening measure for identifying overweight and obese patients. *Obesity Research*, 9(8), 470-477.
155. World Health Organization (WHO). (2008). *Waist circumference and waist-hip ratio: Report of a WHO expert consultation*. Geneva, Switzerland.
156. Ashwell, M., and Gibson, S. (2016). Waist-to-height ratio as an indicator of 'early health risk': simpler and more predictive than using a 'matrix' based on BMI and waist circumference. *British Medical Journal Open*, 6(6), e010159.
157. Li, W. C., Chen, I. C., Chang, Y. C., Loke, S. S., Wang, S. H., and Hsiao, K. Y. (2013). Waist-to-height ratio, waist circumference, and body mass index as indices of cardiometabolic risk among 36,642 Taiwanese adults. *European Journal of Nutrition*, 52, 57-65.
158. İnternet: World Health Organization (WHO). (2004). *BMI classification*. URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fapps.who.int%2Fbmi%2Findex.jsp%3FintroPage%3Dintro_3.html&date=2017-07-30, Son Erişim Tarihi: 30.07.2017.
159. Alsaffar, A. A. (2012). Validation of a general nutrition knowledge questionnaire in a Turkish student sample. *Public Health Nutrition*, 15(11), 2074-2085.
160. Asil, E., and Sürücüoğlu, M. S. (2015). Orthorexia nervosa in Turkish dietitians. *Ecology of Food and Nutrition*, 54(4), 303-313.
161. Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., and Cannella, C. (2005). Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders*, 10(2), e28-e32.
162. Garner, D. M., and Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2), 273-279.
163. Savaşır, I., Erol, N. (1989) Eating Attitude test: anorexia nervosa symptoms index. *Turkish Journal of Psychology*, 23, 19-25.
164. Yılmaz D., Ayaz A., ve Demirel Büyüktuncer Z. (2013). Kız üniversite öğrencilerinde yeme tutumunun kişisel beden imajı algısı ile ilişkisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 41(3), 227-233.
165. Marshall A.L., Smith B.J., Baumann A. E., Kaur S., (2005). Reliability and validity of a brief physical activity assessment for use by family doctors, *British Journal of Sports Medicine*, 39, 294-297.
166. IBM SPSS Statistics 23.0 (2013). *Corp, Armonk, NY, USA*.
167. Çimen, O. (2012). *Elit masa tenisçilerin ve antrenörlerinin beslenme bilgisi ve alışkanlıklarının belirlenmesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.

168. Kayışoğlu, S., ve İçöz, A. (2012). Eğitim Düzeyinin Fast-Food Tüketim Alışkanlığına Etkisi. *Journal of Tekirdag Agricultural Faculty*, 9(2).
169. Ermiş, E., Doğan, E., Erilli, N. A., ve Satıcı, A. (2015). Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının incelenmesi: Ondokuz mayıs üniversitesi örneği. *Spor ve Performans Araştırmaları Dergisi*, 6(1), 30-40.
170. Şanlıer, N., Yabancı, N., and Alyakut, Ö. (2008). An evaluation of eating disorders among a group of Turkish university students. *Appetite*, 51, 641-645.
171. Khalaf, A., Ekblom, Ö., Kowalski, J., Berggren, V., Westergren, A., and Al-Hazaa, H. (2013). Female university students' physical activity levels and associated factors—a cross-sectional study in southwestern Saudi Arabia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(8), 3502-3517.
172. TÜİK. (2015). *İstatistiklerle Türkiye 2014*. Ankara, Türkiye.
173. Özkan, S., ve Yılmaz, E. (2010). Üniversite öğrencilerinin üniversite yaşamına uyum durumları (Bandırma Örneği). *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(13), 153-171.
174. Uçar, A. A. (2006). *Ankara üniversitesi öğrencilerinin sigara kullanma durumunun beslenme alışkanlıkları ve bazı hematolojik parametreler üzerine etkisi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Ev Ekonomisi (Beslenme Bilimleri) Anabilim Dalı, Ankara.
175. Fabricatore, A. N., and Wadden, T. A. (2003). Treatment of obesity: an overview. *Clinical Diabetes*, 21(2), 67-72.
176. Arusoğlu, G. (2006). *Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya) Belirtilerinin İncelenmesi ve Orto-15 Ölçeğinin Uyarlanması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
177. Erdoğan, Ö., ve Tütüncü, İ. (2015). Üniversite öğrencilerinin beden algısı, yeme tutumu ve yakın ilişki kurma düzeyleri arasındaki ilişki. *SSTB International Refereed Academic Journal of Sports, Health & Medical Sciences*, 17, 89-115.
178. Lin, W., and Lee Y.-W. (2005). Nutrition knowledge, attitudes, and dietary restriction behavior of the Taiwanese elderly. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 14(3), 221-229.
179. Nakajima, H. (1996). Message from the Director-General of the World Health Organization for World No-Tobacco Day 1997. *WHO Tobacco Alert*, 4, 50-51.
180. Şimşek, Z., Koruk, İ., ve Altındağ, A. (2007). Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Fen-Edebiyat Fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin riskli sağlık davranışları. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 26(3), 19-24.
181. Yorgancıoğlu, A., ve Esen, A. (2000). Sigara bağımlılığı ve hekimler. *Toraks Dergisi*, 1(1), 90-95.

182. Springer, A. E., Selwyn, B. J., and Kelder, S. H. (2006). A descriptive study of youth risk behavior in urban and rural secondary school students in El Salvador. *BioMed Central International Health and Human Rights*, 6(3).
183. Jakubiec, D., Kornafel, D., Cygan, A., Gorska-Klek, L., and Chromik, K. (2015). Lifestyle of students from different universities in Wroclaw, Poland. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny*, 66(4), 337-344.
184. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. (2014). *Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme durumu ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi sonuç raporu*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
185. Peuhkuri, K., Sihvola, N., and Korpela, R. (2012). Diet promotes sleep duration and quality. *Nutrition Research*, 32, 309-319.
186. Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., Hazen, N., Herman, J., Katz, E. S., Kheirandish-Gozal, L., Neubauer, D. N., O'Donnell, A. E., Ohayon, M., Peever, J., Rawding, R., Sachdeva, R. C., Setters, B., Vitiello, M. V., Ware, J. C., and Hillard, P. J. A. (2015). National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health: Journal of the National Sleep Foundation*, 1, 40-43.
187. Aysan, E., Karaköse, S., Zaybak, A., ve İsmailoğlu, E. G. (2014). Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(3), 193-198.
188. Orzech, K. M., Salafsky, D. B., and Hamilton, L. A. (2011). The state of sleep among college students at a large public university. *Journal of American College Health*, 59(7), 612-619.
189. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. (2015). *Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
190. Özdoğan, Y., Yardımcı, H., Özçelik, A., ve Sürücüoğlu, M. S. (2012). Üniversite öğrencilerinin öğün düzenleri. *Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi*, 29, 66-74.
191. İnternet: Franklin, A. M. (2016). *Improvements in conscious eating behaviors in undergraduate nutritional science students*. The University of Arizona. URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fhdl.handle.net%2F10150%2F612930&date=2017-07-30>, Son Erişim Tarihi: 30.07.2017.
192. Özgen, L., Kınacı, B., ve Arlı, M. (2012). Ergenlerin Yeme Tutum ve Davranışları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 45(1), 229-247.
193. Baysal, A. (1993). Gençliğin beslenme sorunları. *Aile ve Toplum Dergisi*, 3(1).
194. Sakamaki, R., Toyama, K., Amamoto, R., Liu, C. J., and Shinfuku, N. (2005). Nutritional knowledge, food habits and health attitude of Chinese university students—a cross sectional study. *Nutrition Journal*, 4, 4.

195. Ayhan, D. E., Günaydın, E., Gönlüaçık, E., Arslan, U., Çetinkaya, F., Asımı, H., ve Uncu, Y. (2012). Uludağ üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ve bunları etkileyen faktörler. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 38(2), 97-104.
196. Öztoprak Sevinç, Y. (2010). *Toplu yemek sektöründe yaşanan problemler ve çözüm yolları*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Namık Kemal Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Tekirdağ.
197. Orak, S., Akgün, S., ve Orhan, H. (2006). Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının araştırılması. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 13(2), 5-11.
198. Ashwell, M., Gunn, P., and Gibson, S. (2012). Waist- to- height ratio is a better screening tool than waist circumference and BMI for adult cardiometabolic risk factors: systematic review and meta- analysis. *Obesity Reviews*, 13, 275-286.
199. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK). (2014). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2013*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
200. Sanlier, N., and Unusan, N. (2007). Dietary habits and body composition of Turkish University students. *Pakistan Journal of Nutrition*, 6(4), 332-338.
201. Özütürker, S., ve Özer, B. K. (2016). Erzincan üniversitesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ve antropometrik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Erzincan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(2), 63-74.
202. Erçim, R. E., ve Pekcan, G. (2014). Genç Yetişkinlerin Beslenme Durumunun Sağlıklı Yeme İndeksi-2005 İle Değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 42(2), 91-98.
203. Arroyo, M., Rocandio, A. M., Ansotegui, L., Herrera, H., Salces, I., and Rebato, E. (2004). Comparison of predicted body fat percentage from anthropometric methods and from impedance in university students. *British Journal of Nutrition*, 92, 827-832.
204. Zileli, R., Cumhuri, Ö., Özkamçı, H., ve Diker, A. (2016). Üniversite öğrencilerinde beslenme alışkanlıkları ile obezite görülme sıklığı. *Bilinçli Sağlıklı Yaşam Dergisi*, 12, 549-562.
205. Prabhakaran, B., Dowling, E. A., Branch, J. D., Swain, D. P., and Leutholtz, B. C. (1999). Effect of 14 weeks of resistance training on lipid profile and body fat percentage in premenopausal women. *British journal of sports medicine*, 33, 190-195.
206. Gómez- Ambrosi, J., Silva, C., Galofré, J. C., Escalada, J., Santos, S., Gil, M. J., Valenti, V., Rotellar, F., Ramírez, B., Salvador, J. And Frühbeck, G. (2011). Body adiposity and type 2 diabetes: increased risk with a high body fat percentage even having a normal BMI. *Obesity*, 19(7), 1439-1444.
207. Deniz, M. Ş. (2014). *Uyku süresi ile enerji harcaması ve besin alımı arasındaki ilişkinin belirlenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

208. Ríos-Ontiveros, H., Urrutia, M., Inda, P., Guzman, I., and Ceballos, G. (2015). Nutritional Status, Lifestyle, and Risk Behaviors for Eating Disorders in Nutrition Students. *Enliven: Journal of Dietetics Research and Nutrition*, 2, 3.
209. Heitmann, B. L., Frederiksen, P., and Lissner, L. (2004). Hip circumference and cardiovascular morbidity and mortality in men and women. *Obesity Research*, 12(3), 482-487.
210. Lissner, L., Björkelund, C., Heitmann, B. L., Seidell, J. C., & Bengtsson, C. (2001). Larger hip circumference independently predicts health and longevity in a Swedish female cohort. *Obesity Research*, 9(10), 644-646.
211. Bağrıaçık, N., Onat, H., İlhan, B., Tarakci, T., Oşar, Z., Ozyazar, M., Hatemi, H. H., and Yildiz, G. (2009). Obesity profile in Turkey. *International Journal of Diabetes Metabolism*, 17(1), 5-8.
212. Şanlıer, N. (2005). Gençlerde biyokimyasal bulgular, antropometrik ölçümler, vücut bileşimi, beslenme ve fiziksel aktivite durumlarının değerlendirilmesi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 25(3), 47-73.
213. Türközü, D., ve Aksoydan, E. (2015). Uyku Süresi ve Kalitesinin Beslenme ve Vücut Bileşimine Etkisi. 24(1), 10-17.
214. Ergün, A., ve Erten, S. F. (2004). Öğrencilerde vücut kitle indeksi ve bel çevresi değerlerinin incelenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 57(02), 57-60.
215. Ayvaz, D. N. Ç., Kılınç, F. N., Paç, F. A., and Çakal, E. (2011). Anthropometric measurements and body composition analysis of obese adolescents with and without metabolic syndrome. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 41(2), 267-274.
216. Güleç, E., ve Duyar, İ. (1992). Fiziksel yapının bir göstergesi olarak “boyun çevresi”: Yükseköğretim gençliği üzerinde antropometrik bir araştırma. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*, 35(2), 131-138.
217. Örsel, S., Işık Canpolat, B., Akdenir, A., Özbay, M. H. (2004). Diyet yapan ve yapmayan ergenlerin kendilik algısı, beden imajı ve beden kitle indeksi açısından karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(1), 5-15.
218. Swami, V., Frederick, D. A., Aavik, T., Alcalay, L., Allik, J., Anderson, D., Sonny, A., Arora, A., Brännström, A., Cunningham, J., Danel, D., Doroszewicz, K., Forbes, G. B., Furnham, A., Greven, C.U., Halberstadt, J., Hao, S., Haubner, T., Hwang, C. S., Inman, M., Jaafar, J. L., Johansson, J., Jung, J., Keser, A., Kretzschmar, U., Lachenicht, L., Li, N. P., Locke, K., Lönnqvist, E-E., Lopez, C., Loutzenhiser, L., Maisel, N. C., McCabe, M. P., McCreary, D. R., McKibbin, W. F., Mussap, A., Neto, F., Nowell, C., Alampay, L. P., Pillai, S. K., Pokrajac-Bulian, A., Proyer, R. T., Quintelier, K., Ricciardelli, L. A., Rozmus-Wrzesinska, M., Ruch, W., Russo, T., Schütz, A., Shackelford, T. K., Shashidharan, S., Simonetti, F., Sinniah, D., Swami, M., Vandermassen, G., van Duynslaeger, M., Verkasalo, M., Voracek, G., Yee, C. K., Zhang, E. X., Zhang, X., and Zivcic-Becirevic, I. (2010). The attractive female body weight and female body dissatisfaction in 26 countries across 10 world regions: Results of the International Body Project I. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(3), 309-325.

219. Bosi, M. L. M., Nogueira, J. A. D., Alencar, C. H., and Moreira, J. A. (2016). Body image and eating behavior among medical students: eating disorders among medical students, *Epidemiology: Open Access*, 6(4), 256.
220. Lemon, S. C., Rosal, M. C., Zapka, J., Borg, A., and Andersen, V. (2009). Contributions of weight perceptions to weight loss attempts: differences by body mass index and gender. *Body Image*, 6, 90-96.
221. Demirel, H., Özmert, E. N., Kayıhan, H., ve Doğan, A. (2014). *Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi 2014 (2. Baskı)*. Ankara: Kuban Matbaacılık Yayıncılık. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı, Yayın No: 940.
222. Toprak, İ., Şentürk, Ş., Yüksel, B., Özer, H., Çakır, B., ve Bideci, E. (2002). Toplumun beslenmede bilinçlendirilmesi. Saha personeli için beslenme programı Eğitim Materyali, TC Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
223. Silliman, K., Rodas-Fortier, K., and Neyman, M. (2004). A survey of dietary and exercise habits and perceived barriers to following a healthy lifestyle in a college population. *Californian Journal of Health Promotion*, 2(2), 10-19.
224. Erel, C., Uğurlu, M., Aydınli, F., Kesici, C., Çakır, B., Özoğlu, F., ve Kaplan, Y. (2004). *Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım Projesi Araştırma Raporu*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Gıda Güvenliği Daire Başkanlığı Toplum Beslenmesi Şubesi.
225. Haase, A., Steptoe, A., Sallis, J. F., and Wardle, J. (2004). Leisure-time physical activity in university students from 23 countries: associations with health beliefs, risk awareness, and national economic development. *Preventive Medicine*, 39, 182-190.
226. Ünal, B., Ergör, G., Horasan, G. D., Kalaça, S., ve Sözmen, K. (2013). *Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.
227. Hendrie, G. A., Coveney, J., and Cox, D. (2008). Exploring nutrition knowledge and the demographic variation in knowledge levels in an Australian community sample. *Public Health Nutrition*, 11(12), 1365-1371.
228. Mirmiran, P., Mohammadi-Nasrabadi, F., Omidvar, N., Hosseini-Esfahani, F., Hamayeli-Mehrabani, H., Mehrabi, Y., and Azizi, F. (2010). Nutritional knowledge, attitude and practice of Tehranian adults and their relation to serum lipid and lipoproteins: Tehran lipid and glucose study. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 56(3), 233-240.
229. Rogoza, R., Brytek-Matera, A., and Garner, D. M. (2016). Analysis of the EAT-26 in a non-clinical sample. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2, 54-58.
230. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, (2015), *Türkiye Beslenme Rehberi TUBER-2015*. Ankara: Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Yayın No:1031.

231. Bosi, M. L. M., Uchimura, K. Y., and Luiz, R. R. (2009). Eating behavior and body image among psychology students. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(3), 150-155.
232. Shah, S. M. (2012). *Orthorexia nervosa: Healthy eating or eating disorder?* Masters Theses, Eastern Illinois University, Charleston.
233. Yannakoulia, M., Matalas, A. L., Yiannakouris, N., Papoutsakis, C., Passos, M., and Klimis-Zacas, D. (2004). Disordered eating attitudes: an emerging health problem among Mediterranean adolescents. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9(2), 126-133.
234. Şengül, A. M., ve Hekimoğlu, Ş. (2005). Vücut kitle indeksi ile yeme tutumu test puanları arasındaki ilişki. *Göztepe Tıp Dergisi*, 20, 21-23.
235. Mealha, V., Ferreira, C., Guerra, I., and Ravasco, P. (2013). Students of dietetics and nutrition; a high risk group for eating disorders?. *Nutricion Hospitalaria*, 28(5), 1558-1566.
236. Malmborg, J., Bremander, A., Olsson, M. C., and Bergman, S. (2017). Health status, physical activity, and orthorexia nervosa: A comparison between exercise science students and business students. *Appetite*, 109, 137-143.
237. Mohammadinazhad, A. K. (2016). *Üniversite öğrencilerinde farklı beslenme indeksleri ile yeme davranışının değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
238. Huang, T. T. K., Harris, K. J., Lee, R. E., Nazir, N., Born, W., and Kaur, H. (2010). Assessing overweight, obesity, diet, and physical activity in college students. *Journal of American College Health*, 52(2), 83-86.
239. Vassigh, G. (2012). *Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite durumları ile sağlıklı beslenme indekslerinin değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
240. Erol, A., Toprak, G. ve Yazıcı, F.(2002). Üniversite öğrencisi kadınlarda yeme bozukluğu ve genel psikolojik belirtileri yordayan etkenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(1), 48-57.
241. Gezer, C., ve Kabaran, S. (2013). Beslenme ve diyetetik bölümü kız öğrencileri arasında görülen ortoreksiya nervosa riski. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(1), 14-22.
242. Segura-García, C., Papaiani, M. C., Caglioti, F., Procopio, L., Nisticò, C. G., Bombardiere, L., Ammendolia, A., Rizza, P., De Fazio, P., and Capranica, L. (2012). Orthorexia nervosa: a frequent eating disordered behavior in athletes. *Eat Weight Disord*, 17(4), 226-233.
243. Cilliers, J., Senekal, M., and Kunneke, E. (2006). The association between the body mass index of first-year female university students and their weight-related perceptions and practices, psychological health, physical activity and other physical health indicators. *Public Health Nutrition*, 9(2), 234-243.

244. Desai, M. N., Miller, W. C., Staples, B., and Bravender, T. (2008). Risk factors associated with overweight and obesity in college students. *Journal of American College Health*, 57(1), 109-114.
245. Alvarenga, M. S., Martins, M. C. T., Sato, K. S. C. J., Vargas, S. V. A., Philippi, S. T., and Scagliusi, F. B. (2012). Orthorexia nervosa behavior in a sample of Brazilian dietitians assessed by the Portuguese version of ORTO-15. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 17(1), e29-e35.
246. Kinzl, J. F., Hauer, K., Traweger, C., and Kiefer, I. (2006). Orthorexia nervosa in dietitians. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 395-396.
247. Houston, C. A., Bassler, E., and Germain, A. S. (2015). Ethical considerations when students experience an active eating disorder during their dietetics training. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 115(10), 1715-1717.
248. Rocks, T., Pelly, F., Slater, G., and Martin, L. A. (2016). Eating attitudes and behaviours of students enrolled in undergraduate nutrition and dietetics degrees. *Nutrition & Dietetics*, 2(1), 12.
249. Breen, H. B., and Espelage, D. L. (2004). Nutrition expertise in eating disorders. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9, 120-125.
250. Frank, L. D., Andresen, M. A., and Schmid, T. L. (2004). Obesity relationships with community design, physical activity, and time spent in cars. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(2), 87-96.
251. Krešić, G., Kendel Jovanović, G., Pavičić Žeželj, S., Cvijanović, O., and Ivezić, G. (2009). The effect of nutrition knowledge on dietary intake among Croatian university students. *Collegium Antropologicum*, 33(4), 1047-1056.
252. Kılınç, F. N., ve Çağdaş, D. (2012). Sağlık meslek lisesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının beslenme bilgi düzeylerinin ve vücut bileşimlerinin değerlendirilmesi. *Türk Pediatri Arşivi*, 47, 181-188.
253. Azadbakht, L., and Esmailzadeh, A. (2012). Macro and micro-nutrients intake, food groups consumption and dietary habits among female students in Isfahan University of Medical Sciences. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 14(4), 204-209.
254. Štalić, Z., Colić Barić, I., and Keser, I. (2007). Diet quality in Croatian university students: energy, macronutrient and micronutrient intakes according to gender. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 58(5), 398-410.
255. Nelson, M., Lowes, K., and Hwang, V. (2007). The contribution of school meals to food consumption and nutrient intakes of young people aged 4–18 years in England. *Public Health Nutrition*, 10(7), 652-662.
256. Becquey, E., and Martin-Prevel, Y. (2010). Micronutrient adequacy of women's diet in urban Burkina Faso is low. *The Journal of Nutrition*, 140, 2079S-2085S.

257. Soylu, M., Alacahan, E., ve Kesici, C. (2008). *Gıda, su ve beslenme konusunda sık sorulan sorular (I)*. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
258. Grosso, G., Mistretta, A., Turconi, G., Cena, H., Roggi, C., and Galvano, F. (2013). Nutrition knowledge and other determinants of food intake and lifestyle habits in children and young adolescents living in a rural area of Sicily, South Italy. *Public Health Nutrition*, 16(10), 1827-1836.
259. Yılmaz, E., ve Özkan, S. (2007). Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(6), 87-104.
260. Kim, H., Han, S. N., Song, K., and Lee, H. (2011). Lifestyle, dietary habits and consumption pattern of male university students according to the frequency of commercial beverage consumptions. *Nutrition Research and Practice*, 5(2), 124-131.

EKLER

EK-1. Bilgilendirilmiş gönüllü onam formu

KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Doç. Dr. Saniye BİLİCİ tarafından yürütülen “Üniversite Öğrencilerinde Beslenme Bilgi Düzeylerinin Beslenme Durumu ile Yeme Tutum ve Davranışlarına Etkisinin Değerlendirilmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup, kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

- **Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma 19 yaş ve üzeri üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi durumlarının yeme tutum ve davranışları ile beslenme durumuna etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

- **Araştırmanın İçeriği**

Bu çalışmada üniversitede okuyan öğrencilerde genel sağlık bilgisi ile sağlıklı yeme takıntısı ve yeme tutumu durumu kıyaslanacak olup, sosyodemografik özellikler, beslenme alışkanlıkları, spor yapma durumu ve antropometrik ölçümler değerlendirilecektir.

- **Araştırmanın Nedeni** ☐ Bilimsel Araştırma ☒ Tez Çalışması

- **Araştırmanın Öngörülen Süresi**

01/03/2017 - 01/09/2017

- **Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı:**

450

- **Araştırmanın Yapılacağı Yerler**

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Gazi Üniversitesi Fen Fakültesi

Gazi Üniversitesi Edebiyat Fakültesi

EK-1. (devam) Bilgilendirilmiş gönüllü onam formu

KATILIMCI BEYANI

Üniversite Öğrencilerinde Beslenme Bilgi Düzeylerinin Beslenme Durumu ile Yeme Tutum ve Davranışlarına Etkisinin Değerlendirilmesi başlıklı araştırmanın yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bana ait verilerin kullanımına izin veriyorum.

EK-1. (devamı) Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin dikkatle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılamayacaktır. Araştırma ile ilgili bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Araştırma Yürütücüsünün Adı ve Soyadı Doç. Dr. Saniye BİLİCİ	Tarih ve İmza
Adres ve Telefon / 0532 775 2781 Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	

Katılımcı Adı ve Soyadı	Tarih ve İmza
Adres ve Telefon	

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin :

Veli/Vasinin Adı ve Soyadı	Tarih ve İmza
Adres ve Telefon	

EK-2. Etik komisyon onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 13/03/2017-E.37587



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 14574941-100-
Konu : Etik Komisyon Başvurusuna
Gelen Cevap Yazısı Hk.

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Enstitümüz Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Ayfer BEYAZ COŞKUN 'un Etik Komisyon başvurusuna ait gelen cevap yazısı ekte sunulmaktadır.

Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Doç. Dr. Aysel BERKKAN
Enstitü Müdür Yardımcısı

DAĞITIM
Gereği:
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne »
Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı
Başkanlığına

Bilgi:
Sayın Doç. Dr. Saniye BİLİCİ

EK-2. (devam) Etik komisyon onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 09/03/2017-E.36724



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu



Sayı : 77082166-302.08.01-
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 17/01/201 tarihli ve 14574941-302.99-E.7963 sayılı yazı.

İlgi yazınız ile göndermiş olduğunuz, Enstitünüz Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, **Yüksek Lisans öğrencisi Ayfer BEYAZ COŞKUN'un, Doç.Dr.Saniye BİLİCİ'nin** danışmanlığında yürüttüğü "**Üniversite Öğrencilerinde Beslenme Bilgi Düzeylerinin Beslenme Durumu ile Yeme Tutum ve Davranışlarına Etkisinin Değerlendirilmesi**" adlı tez çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun 10.02.2017 tarih ve 02 sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fen Fakültesi ve Edebiyat Fakültesi'nde yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

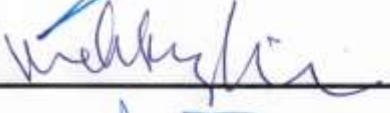
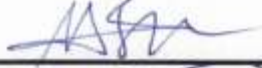
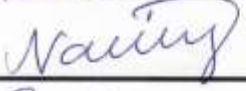
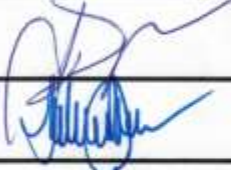
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Alper CEYLAN
Komisyon Başkanı

Araştırma Kod No: 2017-77

Ek:1 Liste

EK-2. (devam) Etik komisyon onayı

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ	
TOPLANTI TARİHİ : 10.02.2017	TOPLANTI SAYISI : 02
ADI-SOYADI	İMZA
Prof.Dr.Alper CEYLAN BAŞKAN	
Prof.Dr.Mustafa N.İLHAN BAŞKAN YRD.	
Prof.Dr.Mehmet KÜÇÜKKURT	
Prof.Dr.Fatma GÜMÜŞ	
Prof.Dr.Rahmi ÜNAL	
Prof.Dr.Mehmet Sayım KARACAN	
Prof.Dr.Naciye YILDIZ	
Prof.Dr.Mustafa SARIKAYA	
Prof.Dr.İbrahim DOĞAN	
Prof.Dr.C. Haluk BODUR	
Prof.Dr.Mustafa İLBAŞ	
Prof.Dr.Füsün DEMİREL	
Doç.Dr.Tuncay ÖNDER	

EK-3. Anket formu

Anket No:

Tarih:

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE BESLENME BİLGİ DÜZEYLERİNİN
BESLENME DURUMU İLE YEME TUTUM VE DAVRANIŞLARINA ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma, üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi durumlarının yeme tutum ve davranışları ile beslenme durumuna etkisini değerlendirmek amacıyla planlanıp yürütülmektedir. Elde edilen veriler ve analiz edilen sonuçlar sadece bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Çalışmaya katılmanız durumunda sizden herhangi bir ücret alınmayacaktır. İlginize teşekkür ederiz.

A. GENEL BİLGİLER

1. Adı-Soyadı:	
2. Cinsiyet:	() Kadın () Erkek
3. Doğum Tarihi:	/...../..... Veyayıl
4. Okuduğunuz bölüm:	
5. Kaçınıcı sınıfsınız ?	() Hazırlık () 2. sınıf () 4.sınıf () 6. sınıf () 1. sınıf () 3. sınıf () 5. sınıf () YL () Dokt
6. Toplam eğitim süreniz (yıl olarak):	
7. Medeni durumu	1.Evli 2. Bekar 3. Boşanmış 4. Dul
8. Çocuğunuz var mı?	Varsa lütfen sayısını belirtiniz
9. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?	1. Özel yurttta 5. Arkadaşlar ile birlikte evde 2. Devlet yurdunda 6. Tek başına evde 3. Akraba yanı 7. Diğer (belirtiniz) 4. Aile ile birlikte

B. SAĞLIK BİLGİLERİ

1. Daha önce sağlık yada beslenme ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?	1. Evet (Lütfen belirtiniz) 2. Hayır
2. Şu anda herhangi bir nedenle diyet yapıyor musunuz? (Cevabınız evet ise nedenini belirtiniz)	1. Evet (Lütfen belirtiniz) 2. Hayır
3. Kilo vermek için diyet yapıyorsanız <u>geçen bir yıl</u> süresince kaç kez yaptınız?	1. Hiç yapmadım 4. On kezden fazla yaptım 2. Bir-dört kez yaptım 5. Sürekli diyet yaparım 3. Beş - on kez yaptım
4. Sık kilo alıp verirmisiniz?	1. Evet 2. Hayır 3. Bazı dönemlerde
5. Sağlık ve beslenme ile ilgili bilgileri nereden edirsiniz? (Lütfen sadece en uygun olan <u>bir</u> yanıt işaretleyiniz)	1. Kitaplar 6. Doktor/hemşire 2. Gazete - dergi 7. Diyetisyen 3. İnternet 8. Okuldan / öğretmeninden 4. Televizyon ve/veya radyo 9. Diğer 5. Sağlık kulüpleri (zayıflama merkezleri vb.)
6. Seçeneklerden hangisi sizi tanımlıyor?	1. Çok zayıfım 3. Normal kilodayım 5. Çok kiloluyum 2. Biraz zayıfım 4. Biraz kiloluyum

EK-3. (devam) Anket formu

7. Sigara içiyor musunuz?	1.Evet 2. Hayır 3. Bıraktım (..... yılay önce)
8. Sigara içiyorsanız ne sıklıkta ve ortalama kaç adet sigara içiyorsunuz?	Gündeadet//Haftada adet
9. Alkol tüketiyor musunuz?	1.Evet 2. Hayır 3. Bıraktım (..... yılay önce)
10. Cevabınız evet ise ne sıklıkta, ne miktarda ve genellikle hangi türü tercih ediyorsunuz?	 günde/haftada/ayda ml içki adı
11. Hekim tarafından tanısı konulmuş bir hastalığınız var mı?	a. Evet (Lütfen belirtiniz) b. Hayır
12. Düzenli bir ilaç tedavisi alıyor musunuz?	1. Evet 2. Hayır
13. Vitamin desteği alıyor musunuz?	1. Evet 2. Hayır 3. Bazen

C. BESLENME ALIŞKANLIKLARINA AİT SORULAR

1) Genellikle günde kaç öğün yemek yersiniz?	Ana öğün (Sabah, Öğlen, Akşam)Ara öğün(Kuşluk, ikindi, gece)			
2) Genellikle ana öğün atlar mısınız?	1. Evet 2. Hayır			
3) Cevabınız “evet” ise genelde hangi ana öğünü/öğünleri atlarsınız?	1. Sabah 2. Öğle 3. Akşam			
4) Cevabınız “evet” ise ana öğün atlama nedeniniz?	1. Sabah uyanamama 6. Alışkanlığım yok 2. Zaman bulamama 7. Hazırlayan olmaması 3. Okula geç kalma 8. İştahsızlık/camının istememesi 4. Diyet yaptığım için 9. Ekonomik yetersizlik 5. Unuttuğum için 10. Diğer (belirtiniz)			
5) Genellikle ara öğün atlar mısınız?	1. Evet 2. Hayır			
6) Cevabınız “evet” ise genelde hangi ara öğünü/öğünleri atlarsınız?	1. Kuşluk 2. İkinci 3. Gece			
7) Son bir ayda kaç kez ev dışında yemek yediniz? (Cevabınız hayır ise 9. seçeneğe geçebilirsiniz)	Sabah: kez / Öğle: kez / Akşam: kez			
8) Ev dışında yemek yediğiniz zaman genellikle nereyi / nereleri tercih edersiniz?		Sabah	Öğle	Akşam
	1. Yemekhane			
	2. Kantin			
	3. Fast food restaurant			
	4. Alakart restaurant			
	5. Pideci			
	6. Dönerci/kebabçı			
	7. Simit cafe/cafe			
	8. Diğer			
9) Ortalama gündüz uyku süreniz bir günde ne kadardır?	Hafta içi: saat dakika Hafta sonu: saat dakika			
10) Ortalama gece uyku süreniz bir günde ne kadardır?	Hafta içi: saat dakika Hafta sonu: saat dakika			

EK-3. (devam) Anket formu

24 SAATLİK BESİN TÜKETİM KAYDI

ÖĞÜNLER	TÜKETİLEN BESİNLER, YİYECEKLER, İÇECEKLER	HAZIRLANIRKEN İÇİNE KONAN MALZEMELER VE YAĞ ÇEŞİDİ	MİKTAR	
			ÖLÇÜ	AĞIRLIK
SABAH				
KUŞLUK				
ÖĞLE				
İKİNDİ				
AKŞAM				
GECE				

Su tüketimi:

Instant kahve:

Soda:

Çay tüketimi:

Gazlı içecekler:

Şekerli içecek:

Türk kahvesi:

(kola, fanta...vb.)

(m.suyu, ice tea...vb.)

EK-3. (devam) Anket formu

GENEL BESLENME BİLGİ ANKETİ

1. İlk bir kaç soru uzmanların bize verdiği bilgiler ile ilgili olarak ne düşündüğünüz üzerinedir.

1A. Sizce sağlıkla ilgili konularda uzman olan kişiler aşağıdaki gıdaları eskiye oranla daha çok mu, aynı miktarda mı ya da daha az miktarlarda mı tüketmemizi önermektedir? (Her bir gıda için lütfen bir kutucuk işaretleyiniz)

	Daha çok	Aynı miktarda	Daha az	Emin değilim
Sebzeler				
Şekerli gıdalar				
Kırmızı et, sakatat				
Niştalı gıdalar				
Yağlı gıdalar				
Yüksek oranda posa (diyet lifi) içeren gıdalar				
Meyveler				
Tuzlu gıdalar				

1B. Uzmanlar günde kaç porsiyon sebze ve meyve tüketmemizi önermektedir? Örneğin bir porsiyon meyve 1 orta boy elma, bir porsiyon sebze 1 orta boy havuçtur.

a) 3 b) 4 c) 5 d) Emin değilim

1C. Uzmanlar hangi tip yağların kullanımının azaltılmasının sağlığımız için önemli olduğunu söylemektedir? (Seçeneklerden birini işaretleyiniz)

a) Tekli doymamış
b) Çoklu doymamış
c) Doymuş
d) Emin değilim

1D. Tuz gıdaların yapısında bulunabilir ya da bizler tarafından sonradan gıdalara eklenebilir. Uzmanlar bir günde tükettiğimiz toplam tuz miktarının ne kadardan fazla olmaması gerektiğini söylemektedirler? (Seçeneklerden birini işaretleyiniz)

a) Bir çay kaşığından (3 g) fazla olmamalı
b) Bir tatlı kaşığından fazla (6 g) olmamalı
c) Bir yemek kaşığından fazla (10 g) olmamalı
d) Emin değilim

2. Uzmanlar gıdaları gruplara ayırmışlardır. Bu bölümde, bu gruplarda hangi gıdaların yer aldığının bilinip bilinmediğini belirlemek istiyoruz.

2A. Aşağıdaki şeker eklenmiş gıdaları şeker içeriklerine göre yüksek ya da düşük olarak sınıflandırınız (Her bir gıda için tek bir kutucuk işaretleyiniz).

	Yüksek	Düşük	Emin değilim
Hazır nar ekşisi sosları			
Hazır meyveli yoğurt			
Dondurma			
Konsantre meyve suyu			
Ketçap			
Fındık ezmesi (Sarelle vs.)			

EK-3. (devam) Anket formu

2B. Sizce aşağıdakilerden hangisi yüksek ya da düşük miktarda yağ içerir? (Her bir gıda için tek bir kutucuk işaretleyiniz).

	Yüksek	Düşük	Emin değilim
Makarna (pişmiş, sade)			
Düşük yağlı margarin			
Simit			
Salam			
Bal			
Kızarmış yumurtalı ekmek			
Kuruyemiş			
Ekmek			
Lor peyniri			
Ayçiçek yağı			

2C. Sizce uzmanlar aşağıdakilerden hangisini 'nişastalı gıda' olarak kabul etmektedir? (Her bir gıda için tek bir kutucuk işaretleyiniz)

	Evet	Hayır	Emin değilim
Peynir			
Makarna			
Tereyağı			
Kuruyemiş			
Pilav			
İrmik muhallebisi			

2D. Aşağıdaki gıdaların tuz içeriğini yüksek ya da düşük olarak belirtiniz. (Her bir gıda için tek bir kutucuk işaretleyiniz)

	Yüksek	Düşük	Emin değilim
Sosis			
Makarna			
Füme balık / çiroz			
Kırmızı et			
Donmuş sebze			
Salamura peynir			

2E. Aşağıdaki gıdaların protein içeriğini yüksek ya da düşük olarak belirtiniz. (Her bir gıda için tek bir kutucuk işaretleyiniz)

	Yüksek	Düşük	Emin değilim
Tavuk			
Peynir			
Meyve			
Piyaz			
Tereyağı			
Soya fasulyesi			
Mantar			

2F. Aşağıdaki gıdalar trans yağ asidi içerir mi? (Her bir gıda için tek bir kutucuk işaretleyiniz)

	Evet	Hayır	Emin değilim
Margarin			
Kaşar peyniri			
Hazır kuru pasta			
Ay çekirdeği			
Zeytin yağı			
Cipsler			

2G. Aşağıdaki gıdaların posa (diyet lifi) içeriğini yüksek ya da düşük olarak belirtiniz. (Her bir gıda için tek bir kutucuk işaretleyiniz)

	Yüksek	Düşük	Emin değilim
Tam tahıllı kahvaltı gevreği			
Yumurta			
Kırmızı et			
Brüksel lahanası			
Balık			
Kuru kayısı			
Peynir			
Piyaz			

EK-3. (devam) Anket formu

2H. Aşağıdaki gıdaların doymuş yağ içeriğini yüksek ya da düşük olarak belirtiniz. (Her bir gıda için tek bir kutucuk işaretleyiniz)

	Yüksek	Düşük	Emin değilim
Uskumru			
Dana kıyması (tam yağlı)			
Zeytin yağı			
Kaşar peyniri			
Ayçiçek yağlı margarin			
Badem / fındık			
Kaymak			

2I. Sizce uzmanlar aşağıdaki gıdaları kırmızı etin yerine protein alımı/içeriği açısından bir alternatif olarak önermekte midir? (Her bir gıda için tek bir kutucuk işaretleyiniz)

	Evet	Hayır	Emin değilim
Ciğer sote			
Salam			
Piyaz (kuru fasulye)			
Kuruyemiş			
Düşük yağlı peynir			
Milföy böreği / kiş			

2J. Bazı gıdaların yağ içeriği yüksektir ancak bu gıdalar kolesterol içermeyebilirler. (Bir tanesini işaretleyiniz)

- a) Katılıyorum
b) Katılmıyorum
c) Emin değilim

2K. Bir çay bardağı şeker katılmamış meyve suyu (taze sıkılmış ve bekletilmemiş) enerji ve vitamin içeriği açısından bir porsiyon meyve yerine geçer. (Bir tanesini işaretleyiniz)

- a) Katılıyorum
b) Katılmıyorum
c) Emin değilim

2L. Ispanakta bulunan demir kırmızı ette bulunan demir kadar faydalıdır. (Bir tanesini işaretleyiniz)

- a) Katılıyorum
b) Katılmıyorum
c) Emin değilim

2M. Kahverengi şeker beyaz şekerin sağlıklı bir alternatiftir. (Bir tanesini işaretleyiniz)

- a) Katılıyorum
b) Katılmıyorum
c) Emin değilim

2N. Bir bardak **tam yağlı sütte** bir bardak **yarım yağlı sütün** daha çok protein vardır. (Bir tanesini işaretleyiniz)

- a) Katılıyorum
b) Katılmıyorum
c) Emin değilim

2O. Kırmızı et ve tavuk omega-3 yağ asitlerinin önemli kaynaklarıdır. (Bir tanesini işaretleyiniz)

- a) Katılıyorum
b) Katılmıyorum
c) Emin değilim

2P. Bir bardak **tam yağlı sütte** bir bardak **yarım yağlı sütün** daha çok kalsiyum vardır. (Bir tanesini işaretleyiniz)

- a) Katılıyorum
b) Katılmıyorum
c) Emin değilim

2R. Katı olan yağlar diğer yağlardan daha fazla doymuş yağ asidi içerir. (Bir tanesini işaretleyiniz)

- a) Katılıyorum
b) Katılmıyorum
c) Emin değilim

EK-3. (devam) Anket formu

3. Bu bölümdeki sorular diyetimizde yer alan gıdalarla ilgilidir.

Bu bölümdeki soruları lütfen neyi sevip neyi sevmediğinize göre **yanıtlamayınız**. Sadece sorunun doğru yanıtı olduğunu düşündüğünüz seçeneği işaretleyiniz.

Örnek soru. Gıdalarla aldığı yağı azaltmak isteyen bir kişinin aşağıdaki yumurta çeşitlerinden hangisinin tüketilmesi en uygundur?

- a) Haşlanmış yumurta
- b) Yağda yumurta
- c) Patatesli yumurta
- d) Sucuklu yumurta

Haşlanmış yumurtayı sevmiyor olsanız dahi, buradaki doğru yanıt olduğu için "haşlanmış yumurta" seçeneğini işaretlemeniz gerekmektedir.

3A. Düşük yağ ve yüksek posa (diyet lifi) içeriğine sahip olan gıdayı seçiniz. (Bir tanesini işaretleyiniz)

- a) Muhallebi
- b) Kuru üzüm
- c) Diyet çikolata
- d) Simit ve ayran

3B. Düşük yağ ve yüksek posa (diyet lifi) içeriğine sahip olan hafif bir öğün aşağıdakilerden hangisi olabilir? (Bir tanesini işaretleyiniz)

- a) Izgara tavuk
- b) Beyaz ekmek ile yapılmış sucuklu tost
- c) Mercimek köftesi
- d) Tavuklu milföy böreği

3C. Gıdalarla aldığı yağı azaltmak isteyen bir kişi aşağıdakilerden hangisini seçmelidir? (Bir tanesini işaretleyiniz)

- a) Izgara biftek
- b) Izgara sosis
- c) Izgara hindi
- d) Izgara köfte

3D. Tatlı yeme isteği duyan ancak aldığı şeker miktarını kısıtlamak isteyen bir kişinin aşağıdakilerden hangisini tüketmesi en uygundur? (Birini işaretleyiniz)

- a) Üzerine bal sürülmüş tost ekmeği
- b) Meyveli gofret
- c) Bisküvi
- d) Kayısı (kuru ya da taze) eklenmiş yoğurt

3E. Aşağıdakilerden hangisinin enerji içeriği daha düşüktür? (Birini işaretleyiniz)

- a) Fırında pişirilmiş sade elma
- b) Hazır çilekli yoğurt
- c) Simit ve ayran
- d) Sade dondurma

3F. Aşağıdakilerden hangisi düşük yağlıdır? (Birini işaretleyiniz)

- a) Sade krem peynir
- b) Koyun peyniri
- c) Eski kaşar
- d) Lor peyniri

3G. Diyetle aldığı tuzu azaltmak isteyen biri için hangisinin tüketilmesi en uygundur? (Birini işaretleyiniz)

- a) Hazır pizza
- b) Et suyu tableti eklenerek hazırlanmış pilav
- c) Hazır çorba
- d) Mantarlı omlot

3H. Daha fazla miktarda vitamin ve mineral almak isteyen bir kişi aşağıdakilerden hangisini seçmelidir? (Bir tanesini işaretleyiniz)

- a) Beyaz ekmek
- b) Kepekli ekmek
- c) Tam tahıllı ekmek
- d) Emin değilim

EK-3. (devam) Anket formu

3I. Diyetinin yağdan gelen enerjisini azaltmak isteyen bir kişi, aşağıdakilerden hangisini azaltmalıdır? (Bir tanesini işaretleyiniz)

- a) Tereyağı
- b) Ayçiçek yağı
- c) İkisi de aynı
- d) Emin değilim

3J. Enerji alımını azaltmak isteyen bir kişi aşağıdakilerden hangisinden en fazla kaçınmalıdır? (Bir tanesini işaretleyiniz)

- a) Şeker
- b) Patates
- c) Yağ
- d) Emin değilim

3K. Diyetle kolesterol alımını düşürmek isteyen bir kişi aşağıdakilerden hangisini tüketmemelidir? (Birini işaretleyiniz)

- a) Tahıllar
- b) Hayvansal yağlar
- c) Bitkisel yağlar
- d) Emin değilim

4. Bu bölümdeki sorular hastalıklar ya da sağlık sorunları ile ilgilidir.

4A. Aşağıdakilerden hangisi az miktarda meyve tüketiminin neden olduğu hastalık ya da sağlık sorunudur? (Lütfen her biri için bir kutucuk işaretleyiniz)

	Evet	Hayır	Emin değilim
Kabızlık			
Astım			
Soğuk algınlığı			
Diş çürüğü			
Siroz			

4B. Aşağıdakilerden hangisi şeker tüketimine bağlı olarak gelişen hastalık ya da sağlık sorunudur? (Lütfen her biri için bir kutucuk işaretleyiniz)

	Evet	Hayır	Emin değilim
Şeker hastalığı			
Katarakt			
Anemi			
Kalp hastalığı			
Saç dökülmesi			

4C. Aşağıdakilerden hangisi tuz ya da sodyum tüketimine bağlı olarak gelişen hastalık ya da sağlık sorunudur? (Lütfen her biri için bir kutucuk işaretleyiniz)

	Evet	Hayır	Emin değilim
Yüksek tansiyon			
İshal			
Gece körlüğü			
Hepatit			
Böbrek hastalığı			

EK-3. (devam) Anket formu

4D. Aşağıdakilerden hangisi **yağ** tüketimine bağlı olarak gelişen hastalık ya da sağlık sorunudur? (Lütfen her biri için bir kutucuk işaretleyiniz)

	Evet	Hayır	Emin değilim
Şişmanlık			
Yüksek kolesterol			
Migren			
Kabızlık			
Kalp hastalığı			

4E. Sizce aşağıdakiler bazı **kanser** türlerine yakalanma riskini azaltabilir mi? (Lütfen her biri için bir kutucuk işaretleyiniz)

	Evet	Hayır	Emin değilim
Daha fazla posa (diyet lifi) tüketmek			
Daha fazla meyve ve sebze yemek			
Daha az meyve yemek			
Daha az tuz tüketmek			
Daha az şeker tüketmek			

4F. Sizce aşağıdakiler **kalp** hastalıklarını önleyebilir mi? (Lütfen her biri için bir kutucuk işaretleyiniz)

	Evet	Hayır	Emin değilim
Daha fazla posa (diyet lifi) tüketmek			
Daha fazla meyve ve sebze yemek			
Daha az tuz tüketmek			
Daha az doymuş yağ tüketmek			

4G. Sizce aşağıdakilerden hangisi **antioksidan vitamin** sınıfına girer? (Lütfen her biri için bir kutucuk işaretleyiniz)

	Evet	Hayır	Emin değilim
A vitamini			
B vitaminleri			
C vitamini			
D vitamini			
E vitamini			
K vitamini			

EK-3. (devam) Anket formu

Orto-15 testi

Bu anket sizin yeme davranışınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen parantezin içine (X) işareti koyunuz.

Her zaman	Sık sık	Bazen	Hiçbir zaman
-----------	---------	-------	--------------

- | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|
| 1) Yemek yerken yediklerinizin kalorisine dikkat eder misiniz? | () | () | () | () |
| 2) Çeşitli yiyeceklerin olduğu bir yerde yiyecek seçmek durumunda kalırsanız kararsızlık yaşar mısınız? | () | () | () | () |
| 3) Son üç ay içerisinde besinler konusunda endişelendiğiniz oldu mu? | () | () | () | () |
| 4) Sağlığınızla ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi? | () | () | () | () |
| 5) Yemeğinizin sağlıklı olması sizin için lezzetli olmasından daha mı önemlidir? | () | () | () | () |
| 6) Daha sağlıklı, daha taze besinler satın almak için daha fazla para harcamak ister misiniz? | () | () | () | () |
| 7) Sağlıklı beslenme ile ilgili düşünceler sizi günde üç saatten fazla meşgul eder mi? | () | () | () | () |
| 8) Sağlıksız olduğunu düşündüğünüz besinleri yediğiniz olur mu? | () | () | () | () |
| 9) Sizce, ruhsal durumunuz yeme düzeninizi etkiler mi? | () | () | () | () |
| 10) Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanları tüketmek kendinize olan güveninizi artırır mı? | () | () | () | () |
| 11) Uyguladığınız beslenme tipi yaşam tarzınızı değiştirir mi?
(Dışarıda yeme sıklığı, arkadaşlar vb. açıdan) | () | () | () | () |
| 12) Sağlıklı beslenmenin dış görünümünüzü daha iyi hale getirebileceğini düşünür müsünüz? | () | () | () | () |
| 13) Sağlıksız beslendiğinizde kendinizi suçlu hisseder misiniz? | () | () | () | () |
| 14) Piyasada sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz? | () | () | () | () |
| 15) Son zamanlarda yemeklerinizi özellikle tek başına yemeği mi tercih edersiniz? | () | () | () | () |

EK-3. (devam) Anket formu

Yeme tutum testi (EAT-26)

SORULAR	Her zaman	Genellikle	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1. Şişman olmaktan çok korkarım						
2. Aç olduğum halde yemek yemekten kaçınırım						
3. Her an kendimi yemek yemeği düşünürken bulurum						
4. Çatlayıncaya kadar yemek yerim						
5. Tabagımdaki yiyeceklerimi küçük parçalara ayırırım						
6. Yediklerimin enerji içeriğini bilerek yerim						
7. Ekmek, pirinç, patates gibi yüksek karbonhidrat içeren yiyeceklerden özellikle uzak dururum						
8. Çevremdekilerin benim daha fazla yememi istediklerini hissedirim						
9. Yedikten sonra kusarım						
10. Yedikten sonra müthiş bir suçluluk hissi duyarım						
11. Zihnim daha fazla zayıf olmamı söyler						
12. Egzersiz yaparken kalorilerin yandığını düşünürüm						
13. Çevremdekiler benim çok zayıf olduğumu düşünür						

EK-3. (devam) Anket formu

14. Aklımda hep vücudum yağlandığı düşüncesi vardır						
15. Çevremdekilere göre yemek yemem daha uzun sürer						
16. İçerisinde şeker olan yiyeceklerden kaçınırım						
17. Diyet ürünleri tüketmek daha cazip gelir						
18. Yiyeceklerin benim hayatımı kontrol ettiğini düşünürüm						
19. Yediğim yiyecekler benim kontrolüm altındadır						
20. Çevremdekiler beni yemek yemeğe zorlar						
21. Ne yemem gerektiği üzerinde çok düşünürüm ve zaman harcarım						
22. Tatlı yedikten sonra kendimi rahatsız hissederim						
23. Beslenme alışkanlıklarımı düzeltmem gereken konularla ilgilenirim						
24. Midemin boş olmasını severim						
25. Yeni çıkmış yüksek kalorili yiyecekleri denemekten çok hoşlanırım						
26. Yedikten sonra kusma dürtüsü hissederim						

EK-3. (devam) Anket formu

Fiziksel aktivite formu

1. Düzenli olarak egzersiz yapıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır
2. Düzenli olarak egzersiz yapıyorsanız 20 dakika süren şiddetli fiziksel aktiviteleri haftada kaç kez yapıyorsunuz? ☐ 3'ten fazla ☐ 1-2 kez ☐ Hiç
3. Düzenli olarak egzersiz yapıyorsanız 30 dakika süren orta düzeydeki fiziksel aktiviteleri haftada kaç kez yapıyorsunuz? ☐ 5'ten fazla ☐ 3-4 kez ☐ 1-2 kez ☐ Hiç

EK-3. (devam) Anket formu

Antropometrik ölçümler

Boy uzunluğu (cm)	
Vücut ağırlığı (kg)	
Vücut yağ (%)	
Toplam vücut suyu (%)	
Abdominal yağlanma katsayısı	
Yağsız vücut kütlesi (kg)	
Kemik kütlesi (kg)	
BMH	
Bel çevresi (cm)	
Kalça çevresi (cm)	
Boyun çevresi(cm)	

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : Beyaz Coşkun, Ayfer
 Uyuğu : T.C.
 Doğum tarihi ve yeri : 06.07.1988 / Elazığ
 Medeni hali : Evli
 Telefon : 0507 524 1724
 Faks : 0312 216 26 09
 e-mail : akademik.ayfer@gmail.com



Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet tarihi
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi	Devam ediyor
Lisans	Ankara Üniversitesi	2011
Lise	Org. Bedrettin Demirel Lisesi	2005

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2015- Devam ediyor	Gazi Üniversitesi	Araştırma Görevlisi
2014-2015	Fırat Üniversitesi	Araştırma Görevlisi
2011-2014	Kamu Hastaneler Birliği Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Diyetisyen

Yabancı Dil

İngilizce

Yayınlar

Makaleler

1. Şanlıer, N., Adanur, E., Özata Uyar, G., Elibol, E., Beyaz Coşkun, A., Erdoğan, R., ve Bozbaş, E. (2017). Gençlerin beslenme ve gıda güvenliğine ilişkin bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 25(3), 941-956.

Bilimsel Toplantı ve Kongrelerde Yayınlanan Bildiriler

1. Beyaz Coşkun, A., Bilici, S. (2017). *Üniversite öğrencilerinde gelişen yeme bozukluğu: Sağlıklı beslenme takıntısı*. 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, Aydın.
2. Beyaz Coşkun, A., Bilici, S. (2017). *Üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi durumlarının değerlendirilmesi*. 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, Aydın.
3. Beyaz Coşkun, A., Özata Uyar, G., Gökalp, G. Köksal, E. (2017). *Koroner arter hastalarında akdeniz diyetine uyum ve diyet yeterliliğinin değerlendirilmesi*. 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, Aydın.
4. Özata Uyar, G., Beyaz Coşkun, A., Gökalp, G. Köksal, E. (2017). *Koroner arter hastalarında akdeniz diyeti ve metabolik risk etmenlerinin değerlendirilmesi*. 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, Aydın.
5. Şanlıer, N., Türközü, D., Elibol, E., Beyaz, A., Şahin, G., Yassıbaş, E. (2016). Effect of behaviours in different emotional states on obesity. *Obesity Facts*, 9(1), 137.
6. Beyaz, A., Elibol, E., Adanur, E., Özata, G., Erdoğan, R., Bozbaş, E., Şanlıer, N. (2016). Relation of food intake and body mass index in young students. *Obesity Facts*, 9(1), 138.
7. Şanlıer, N., Türközü, D., Beyaz, A., Elibol, E., Yassıbaş, E., Şahin, G. (2016). Waist to height ratio: Is it related with obesity and anthropometric measurements in Turkish individuals? *Obesity Facts*, 9(1), 143.
8. Akbulut, G., Beyaz, A. (2016). The evaluation of serum lipid profile after a weight loss program: A pilot study. *Obesity Facts*, 9(1), 203.
9. Akbulut, G., Beyaz, A. (2016). Evaluation of antropometric measurements and blood lipids of individuals who were applied diet with physical activity. *Obesity Facts*, 9(1), 203.
10. Yassıbaş, E., Şahin, G., Elibol, E., Beyaz, A., Duyar, Ş., Şanlıer, N. (2016). Correlation between dietary fat and antropometric measures on body fat composition in healthy individuals. *Obesity Facts*, 9(1), 233.
11. Şahin, G., Yassıbaş, E., Beyaz, A., Elibol, E., Duyar, Ş., Şanlıer, N. (2016). An evaluation of the relationship between handgrip strength, BMI and dietary components in healthy adults. *Obesity Facts*, 9(1), 234.
12. Beyaz, A., Akbulut, G. (2016). A recent approach to ghrelin level after bariatric surgery. *Obesity Facts*, 9(1), 244.
13. Beyaz, A., Şanlıer, N. (2016). *Effects of beta glucans on blood glucose level*. The 3rd international conference on nutrition and growth, Vienna / Austria.

Hobiler

Fotoğrafçılık, seyahat etmek, yüzmek, yürüyüş yapmak



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..