



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

**YÜKSEK
LİSANS
TEZİ**

**DUYGUSAL YEME DAVRANIŞLARININ
YEME BOZUKLUĞU VE BESLENME
DURUMU İLE İLİŞKİSİ**

MEMNUNE KABAKUŞ AYKUT

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI

TEMMUZ 2018



**DUYGUSAL YEME DAVRANIşLARININ YEME BOZUKLUĞU
VE BESLENME DURUMU İLE İLİşKİSİ**

Memnune KABAKUş AYKUT

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

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

TEMMUZ 2018

Memnune KABAKUŞ / AYKUT tarafından hazırlanan “DUYGUSAL YEME DAVRANIŞLARININ YEME BOZUKLUĞU VE BESLENME DURUMU İLE İLİŞKİSİ” 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. Aydan ERCAN

Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Başkent 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: 11/07/2018

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.


Memnune KABAKUŞ AYKUT

11 / 07 / 2018

**DUYGUSAL YEME DAVRANIŞLARININ YEME BOZUKLUĞU VE BESLENME
DURUMU İLE İLİŞKİSİ
(Yüksek Lisans Tezi)**

Memnune KABAKUŞ AYKUT

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Temmuz 2018

ÖZET

Bu çalışma Gümüşhane Üniversitesi'nin Mühendislik ve Doğa Bilimleri Fakültesi (MDBF), Sağlık Bilimleri Fakültesi (SBF) ve Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu (BESYO)'nda öğrenim gören 18 yaş ve üzeri üniversite öğrencilerinde duygusal yeme davranışlarının yeme bozukluğu ve beslenme durumu ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla planlanıp yürütülmüştür. Çalışma, yaş ortalamaları $22,08 \pm 1,80$ yıl olan %43,5'i erkek, %56,5'i kadın toplam 331 gönüllü öğrenci üzerinde yürütülmüştür. Çalışma verileri yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından uygulanan bir anket formu ile elde edilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, sağlık bilgileri, beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite durumları sorgulanmış; olumlu/olumsuz duygu ve durumlarda iştah düzeylerini belirlemek amacıyla “Duygusal İştah Anketi (DİA)”; yeme davranışlarını belirlemek için “Üç Faktörlü Yeme Anketi (TFEQ-R21)”; yeme bozuklukları riskini taramaya yönelik “REZZY (SCOFF) Yeme Bozuklukları Ölçeği” ve yeme bozukluğu davranışlarını değerlendirmek için “Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YEDÖ)” uygulanmıştır. Öğrencilerin beslenme durumlarını saptamak için geriye dönük hatırlatma yöntemi ile 24 saatlik besin tüketim kaydı alınmış ve boy uzunluğu, vücut ağırlığı, bel çevresi ölçümleri tekniğine uygun olarak araştırmacı tarafından yapılmıştır. Çalışmada öğrencilerin beden kütle indeksi erkeklerde $24,27 \pm 3,76$ kg/m² ve kadınlarda $21,99 \pm 3,20$ kg/m² olarak bulunmuştur. Erkek ve kadın öğrencilerin olumsuz duygu ve durumlarda normalden daha fazla yedikleri saptanmıştır ($p=0,000$). Yeme bozukluğu riskinin kadınlarda (%47,6), erkeklerden (%33,3) anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Kadın cinsiyetinde olmanın yeme bozukluğu riskini 3,285 kat artırdığı tespit edilmiştir ($p=0,000$). Çalışmaya katılan bireylerin BKİ değerlerindeki her bir birim artışın ise yeme bozukluğu riskinde 1,262 kat artışa neden olduğu görülmüştür ($p=0,000$). Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyan öğrencilerdeki yeme bozukluğu riski MDBF ile BESYO'da okuyanlardan anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca duygusal yeme puanı ile yeme bozukluğu değerlendirme ölçeğine ait alt ölçek (kısıtlayıcı yeme, yeme kaygısı, şekil kaygısı, kilo kaygısı) ve toplam skor puanlarının arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Öğrencilerin enerji ve besin öğelerinin Diyetle Referans Alım Düzeyi'ne (DRI) göre karşılama yüzdeleri incelendiğinde, erkeklerin posa (g) ve potasyumu (mg) yetersiz (<%50); enerji (kkal), C vitamini (mg), kalsiyum (mg) ve magnezyumu (mg) da diğer besin öğelerine göre daha düşük miktarda aldıkları saptanmıştır. Kadın öğrencilerin potasyumu (mg) yetersiz (<%50) ve demiri (mg) sınırda ($\approx$ %50) aldıkları tespit edilmiştir. Çalışma sonucunda; duygusal yeme davranışlarının yeme bozukluğu riski ile ilişkili olduğu, kesin tanı almamış ancak sağlıksız beslenme düzenine sahip ve yeme bozukluğu gelişimi için risk taşıyan öğrenci sayısının oldukça fazla olduğu saptanmıştır.

Bilim Kodu : 1007
Anahtar Kelimeler : Yeme davranışları, duygusal yeme, yeme bozuklukları
Sayfa Adedi : 139
Danışman : Doç. Dr. Saniye BİLİCİ

THE RELATION OF EMOTIONAL EATING BEHAVIORS TO EATING DISORDER AND
NUTRITIONAL STATUS
(M. Sc. Thesis)

Memnune KABAKUS AYKUT

GAZI UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES
July 2018

ABSTRACT

This study was carried out to evaluate the relationship of nutritional status and eating disorder with emotional eating behaviors of students 18 and above age who are studying at Gümüşhane University Faculty of Engineering and Natural Sciences, Faculty of Health Sciences, School Of Physical Education and Sports. The study was conducted on a total of 331 volunteer students with a mean age of $22,08 \pm 1,80$ years, 43,5% male and 56,5% female. Study data were obtained with using a face-to-face interview technique by the researcher. Participants' sociodemographic characteristics, health information, eating habits and physical activity status were questioned; Participants' sociodemographic characteristics, health information, eating habits and physical activity status were questioned; "Emotional Appetite Questionnaire (EAQ)" in order to determine the appetite levels in positive/negative emotions and situations; "Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ-R21)" to determine eating behavior; the "SCOFF (REZZY) Eating Disorders Scale" to survey for eating disorders risk and the "Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)" for evaluation of eating disorders behaviors were applied. In order to determine the nutritional status of the students, a 24-hour recall intake record was taken and the researcher performed the measurements according to height, body weight and waist circumference measurement technique. In the study, the body mass index of the students was found as $24,27 \pm 3,76$ kg/m² for males and as $21,99 \pm 3,20$ kg/m² for females. It was found that the male and female students are eat more in negative attitudes and feelings than normal ($p=0,000$). The risk of eating disorder was determined to be significantly higher in female (47,6%) than in male (33,3%). It was found that being female increases the risk of eating disorder by 3,285 times It was seen that every unit of increase in BMI values of individuals who participated to the study led to an increase in eating disorders by a factor of 1.262. The risk of eating disorders in the students of the Faculty of Health Sciences was significantly than those studying at the Faculty of Engineering and Natural Sciences and the School of Physical Education and Sports ($p<0,05$). In addition, it was found that there was a significant positive realtion between the subcomponent of emotional eating score and eating disorder scale (restrictive eating, eating anxiety, form anxiety, weight anxiety) and total scores ($p < 0,05$). When the percentages of students to receive energy and nutrients according to the Dietary Reference Intakes (DRI) are examined, it was found that, male students are getting the pulp (g) and potassium (mg) inadequately (<50%); energy (kcal), vitamin C (mg), calcium (mg) and magnesium (mg) lower than other nutrients. It was determined that female students are taking potassium (mg) inadequately (<50%) and iron (mg) at limit ($\approx 50\%$). In the results of study, it was determined that emotional eating behaviors were related to the risk of eating disorders, the number of students who had not been final diagnosed but had unhealthy diet and had risk for the development of eating disorder was found to be quite high.

Science Code : 1007
Key Words : Eating behaviours, emotional eating, eating disorders
Page Number : 139
Advisor : Assoc. Prof. Dr. Saniye BİLİCİ

TEŞEKKÜR

Çalışmamda tez konumun belirlenmesinden sonuçlanmasına kadar geçen süre boyunca her aşamada bana sabırla yol gösteren, değerli vaktini ayırarak bilimsel bilgi birikimi ve manevi desteğiyle gelişimime katkıda bulunan tez danışmanım Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Saniye BİLİCİ'ye teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Yüksek lisans eğitiminin bana kazandırdığı ve devam etmesini umduğum dostluklardan olan, halimden anlayıp destek ve yardımlarını esirgemeyen aynı yolu yürüdüğümüz canım arkadaşlarım Arş. Gör. Gamze YURTTAŞ'a, Arş. Gör. Ayfer BEYAZ COŞKUN'a ve Arş. Gör. Gamze ÇALIK'a sonsuz teşekkür ederim.

Bu süreçte görüşlerine her başvurduğumda bana rehberlik eden, yardımlarını esirgemeyen ve tecrübeleriyle bana destek olan sevgili abim Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Kâmil KABAKUŞ'a çok teşekkür ederim.

Bugünlere gelmemde en büyük desteği sağlayan, bana inanan ve güç veren kıymetli babam Fikret KABAKUŞ'a; hep yanımda olan, dualarını hiçbir zaman esirgemeyen biricik annem Ayşe KABAKUŞ'a; başarılarımla gurur duyan birbirinden güzel üç ablama; oldukça yoğun ve stresli geçen bu tez döneminde fedakârlığın en büyüğünü gösteren, her daim nazımla oynayan ve beni koşulsuz seven canım eşim Tuna AYKUT'a en kalbi duygularıyla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLERİN LİSTESİ	xiii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xiv
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Yeme Davranışları	3
2.1.1. Dışsal yeme	3
2.1.2. Kısıtlayıcı yeme.....	4
2.1.3. Aşırı yeme	4
2.1.4. Duygusal yeme	5
2.2. Yeme Bozuklukları	7
2.2.1. Yeme bozukluklarına neden olan risk faktörleri	7
2.2.2. Yeme bozukluklarının görülme sıklığı.....	9
2.2.3. Yeme bozukluklarının sınıflandırılması	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi	25
3.2. Araştırmanın Genel Planı	25
3.3. Verilerin Toplanması	26
3.3.1. Katılımcıların genel özellikleri ve sağlık bilgileri.....	26
3.3.2. Katılımcıların beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite durumu.....	26

	Sayfa
3.3.3. Duygusal iştah anketi	26
3.3.4. Üç faktörlü yeme anketi	27
3.3.5. REZZY (SCOFF) yeme bozuklukları ölçeği.....	28
3.3.6. Yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği.....	28
3.3.7. Besin tüketim durumunun saptanması	29
3.3.8. Antropometrik ölçümlerin alınması ve değerlendirilmesi.....	30
3.4. İstatistiksel Değerlendirme.....	30
3.5. Araştırma Sırasında Karşılaşılan Güçlükler	31
4. BULGULAR	33
4.1. Katılımcıların Genel Özelliklerinin Değerlendirilmesi.....	33
4.2. Katılımcıların Genel Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi	34
4.3. Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi.....	39
4.4. Katılımcıların Fiziksel Aktivite Durumlarının Değerlendirilmesi	40
4.5. Katılımcıların Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi	42
4.6. Katılımcıların Duygusal İştah ve Yeme Davranışlarının Değerlendirilmesi	44
4.7. Katılımcıların Bazı Değişkenlere Göre Yeme Bozukluğu Riski ve Duygusal Yeme Davranışlarının Değerlendirilmesi	48
4.8. Katılımcıların Besin Tüketim Durumlarının Değerlendirilmesi	65
5. TARTIşMA	77
5.1. Katılımcıların Genel Özelliklerinin Değerlendirilmesi.....	77
5.2. Katılımcıların Genel Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi	78
5.3. Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi.....	79
5.4. Katılımcıların Fiziksel Aktivite Durumlarının Değerlendirilmesi	80
5.5. Katılımcıların Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi	81
5.6. Katılımcıların Duygusal İştah ve Yeme Davranışlarının Değerlendirilmesi	82
5.7. Katılımcıların Bazı Değişkenlere Göre Yeme Bozukluğu Riski ve Duygusal Yeme Davranışlarının Değerlendirilmesi	84

	Sayfa
5.8. Katılımcıların Besin Tüketim Durumlarının Değerlendirilmesi	89
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	93
KAYNAKLAR	99
EKLER.....	123
EK-1. Güç (Power) Analizi.....	124
EK-2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	125
EK-3. Etik Komisyon Onayı.....	127
EK-4. Anket Formu	130
ÖZGEÇMİŞ	138

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 2.1. ICD-10 ve DSM-V'e göre AN tanı kriterleri	13
Çizelge 2.2. BN'nın tanısal özellikleri.....	14
Çizelge 2.3. Tanımlanmamış diğer yeme bozuklukları tanı kriterleri	19
Çizelge 3.1. DSÖ'ye göre BKİ sınıflandırması	30
Çizelge 4.1. Katılımcılara ait genel bilgilerin dağılımı.....	33
Çizelge 4.2. Katılımcıların cinsiyete göre genel sağlık durumlarının dağılımı	34
Çizelge 4.3. Katılımcıların cinsiyete ve okudukları alanlara göre diyet yapma durumları ile zayıflama amaçlı uyguladıkları yöntemlerin dağılımı	36
Çizelge 4.4. Katılımcıların cinsiyete ve okudukları alanlara göre sigara ve alkol kullanma durumlarının dağılımı	38
Çizelge 4.5. Katılımcıların cinsiyete göre ana öğün tüketim durumlarının dağılımı.....	39
Çizelge 4.6. Katılımcıların cinsiyete ve okudukları alanlara göre fiziksel aktivite yapma durumlarının dağılımı	41
Çizelge 4.7. Katılımcıların cinsiyete ve okudukları alanlara göre bazı antropometrik ölçümlerinin ve BKİ değerlerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri	43
Çizelge 4.8. Katılımcıların cinsiyete ve okudukları alanlara göre BKİ sınıflaması ve bel çevresi değerlendirmesinin dağılımı.....	43
Çizelge 4.9. Katılımcıların cinsiyete göre DİA olumsuz ve olumlu toplam puanlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri.....	44
Çizelge 4.10. Katılımcıların cinsiyete ve okudukları alanlara göre DİA olumsuz ve olumlu toplam puanlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri.....	45
Çizelge 4.11. Katılımcıların cinsiyete ve okudukları alanlara göre TFEQ-R21 alt ölçek puanlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri.....	47
Çizelge 4.12. Katılımcıların cinsiyete göre yeme bozukluğu riskinin (REZZY skoruna göre) dağılımı	48
Çizelge 4.13. Katılımcıların okudukları alanlara göre yeme bozukluğu riskinin dağılımı.....	48

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.14. Katılımcıların BKİ, bel çevresi, fiziksel aktivite skoru ve diyet yapma durumlarının yeme bozukluğu riskine göre dağılımı	49
Çizelge 4.15. Katılımcıların cinsiyet, BKİ ve fiziksel aktivite skorunun yeme bozukluğu riski ile ilişkisi	50
Çizelge 4.16. Katılımcıların cinsiyete ve okudukları alanlara göre YEDÖ alt ölçek ve toplam skor puanlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri	51
Çizelge 4.17. Erkek öğrencilerin okudukları alanlara ve yeme bozukluğu riskine göre TFEQ-R21 alt ölçek puanlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri	53
Çizelge 4.18. Kadın öğrencilerin okudukları alanlara ve yeme bozukluğu riskine göre TFEQ-R21 alt ölçek puanlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri	53
Çizelge 4.19. Erkek öğrencilerin okudukları alanlara ve yeme bozukluğu riskine göre YEDÖ alt ölçek ve toplam skor puanlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri	55
Çizelge 4.20. Kadın öğrencilerin okudukları alanlara ve yeme bozukluğu riskine göre YEDÖ alt ölçek ve toplam skor puanlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri	55
Çizelge 4.21. Katılımcıların cinsiyete göre BKİ değerleri ile DİA, TFEQ-R21 ve YEDÖ ölçek puanları arasındaki ilişki.....	56
Çizelge 4.22. Katılımcıların cinsiyete göre bel çevresi değerleri ile DİA, TFEQ-R21 ve YEDÖ ölçek puanları arasındaki ilişki	57
Çizelge 4.23. Katılımcıların cinsiyete ve fiziksel aktivite durumuna göre DİA, TFEQ-R21 ve YEDÖ ölçek puanlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri	58
Çizelge 4.24. Katılımcıların cinsiyete ve diyet yapma durumuna göre DİA, TFEQ-R21 ve YEDÖ ölçek puanlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri	60
Çizelge 4.25. Erkek öğrencilerin DİA, TFEQ-R21 ve YEDÖ ölçek puanları arasındaki ilişki.....	62
Çizelge 4.26. Kadın öğrencilerin DİA, TFEQ-R21 ve YEDÖ ölçek puanları arasındaki ilişki.....	64
Çizelge 4.27. Katılımcıların cinsiyete göre günlük diyetle aldıkları enerji ve makro besin öğelerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri	65

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.28. Katılımcıların cinsiyete göre günlük diyetle aldıkları mikro besin öğelerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri	66
Çizelge 4.29. Katılımcıların cinsiyete göre günlük diyetle aldıkları enerji ve besin öğelerinin DRI'ya göre karşılama yüzdeleri (%)	68
Çizelge 4.30. Katılımcıların cinsiyete ve yeme bozukluğu riskine göre günlük diyetle aldıkları enerji ve bazı besin öğelerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri	70
Çizelge 4.31. Katılımcıların cinsiyete göre günlük diyetle aldıkları enerji ve bazı besin öğeleri ile DİA olumsuz/olumlu toplam puanları arasındaki ilişki	72
Çizelge 4.32. Katılımcıların cinsiyete göre besin gruplarından günlük tüketilen porsiyon miktarlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri	74

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 4.1. Katılımcıların cinsiyete göre günlük diyetle aldıkları enerji ve besin öğelerinin DRI'ya göre karşılama yüzdelerinin grafiği	69
Şekil 4.2. Erkek öğrenciler için besin gruplarından günlük tüketilen porsiyon miktarlarının TÜBER önerileri ile karşılaştırılması.....	75
Şekil 4.3. Kadın öğrenciler için besin gruplarından günlük tüketilen porsiyon miktarlarının TÜBER önerileri ile karşılaştırılması.....	75

SİMGELER VE KISALTMALAR

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

Simgeler	Açıklamalar
$\bar{x}$	Ortalama
%	Yüzde
cm	Santimetre
F	Anova test istatistik değeri
g	Gram
IQR	Çeyrekler arası aralık, Interquartilerange
kg	Kilogram
kkal	Kilokalori
M	Medyan
m ²	Metrekare
mcg	Mikrogram
mg	Miligram
mL	Mililitre
mmol	Milimol
n	Katılımcı sayısı
OR	Üstünlük oranı, odds ratio
p	Anlamlılık düzeyi
r	Korelasyon katsayısı
S	Sayı
SS	Standart sapma
x ²	Kikare
Z	Mann-Whitney U testi

Kısaltmalar	Açıklamalar
AN	Anoreksiya nervoza
APA	Amerikan Psikiyatri Birliği, American Psychiatric Association
BEBİS	Beslenme Bilgi Sistemi
BESYO	Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu
BKİ	Beden Kütle İndeksi
BN	Bulimiya nervoza
ÇDYA	Çoklu doymamış yağ asitleri
DİA	Duygusal İştah Anketi
DRI	Diyetle Referans Alım Düzeyi, Dietary Reference Intakes
DSM-V	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü, World Health Organization
ICD	Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması, International Classification of Diseases
MDBF	Mühendislik ve Doğa Bilimleri Fakültesi
ON	Ortoreksiya nervoza
SBF	Sağlık Bilimleri Fakültesi
SPSS	İstatistik Paket Programı
TBSA	Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TDYA	Tekli doymamış yağ asitleri
TE	Toplam enerji
TFEQ	Üç Faktörlü Yeme Anketi, Three Factor Eating Questionnaire
TURDEP	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması
TÜBER	Türkiye Beslenme Rehberi
TÜİK	Türkiye İstatistik Programı
YB	Yeme bozukluğu
YEDÖ	Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, Eating Disorder Examination Questionnaire

1. GİRİŞ

Yeme tutum ve davranışlarını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar arasında genetik, çevre, hormonlar, bireyin o anki duygusal durumu, sosyodemografik özellikler, geçmiş deneyimler, kültürel ve dini inanışlar, medya, beden algısı, şişmanlık, iştah vb. sayılabilir [1]. Birden fazla ögeden etkilenen yeme davranışı psikolojik açıdan ele alındığında insanların günlük hayatta çeşitli olaylar sonucu sıkça maruz kaldığı stres, gerginlik, can sıkıntısı, mutluluk, sevinç, heyecan gibi duyguların yeme tutum ve davranışlarına yön verdiği görülmektedir. Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda duygu durumlarına göre bireylerin yemek yemeyi durdurmada zorluk çektiği veya besin alımından kaçındığı dikkat çekmektedir [2-4]. Duygusal durumlar yeme davranışlarının yanı sıra özellikle beslenme şekli ve besin alımını da etkileyebilmektedir. Bireylerin yüksek kalorili ve yağlı besinlere eğiliminin arttığı, enerjisi yoğun besinlerin seçiminde artış olduğu bildirilmektedir [5]. Yeme tutum ve davranışlarının incelenmesi, birçok yönüyle irdelenen ve sık tartışılan bir konudur. Yeme tutumundaki değişimler yeme bozukluklarına kadar varan birçok probleme yol açmaktadır [6].

Duygusal yeme olumsuz duygulara tepki olarak ortaya çıkan uygunsuz bir baş etme stratejisi olarak tanımlanmaktadır [7]. Yemek yemedeki amaç yeme davranışıyla o anki duygusal durumu kontrol altına almaya çalışmaktır [8, 9]. Duygusal yeme kavramı stres, kaygı, hayal kırıklığı, üzüntü ve öfke ile başa çıkma amacıyla yemek yemeyi ifade eder ve sıklıkla kişinin yiyecek alım miktarını kontrol etme zorluğuyla ilgilidir [10]. Yapılan çalışmalarda duygusal yemenin vücut ağırlığı ile ilgili problemler [11, 12] başta olmak üzere, yeme bozuklukları [13, 14] ve depresyon [3, 15] gibi fiziksel ve psikolojik sağlık sorunlarına neden olduğu belirtilmektedir. Olumsuz duygu durumlarının duygusal yemeyle tutarlı bir ilişki içinde olduğu ve yeme bozukluğu gelişiminde de önemli bir rol oynadığı vurgulanmaktadır [16-19].

Yeme bozuklukları; sürekli ağırlık ve besin tüketimi üzerinde yoğunlaşan aşırı duygular, tutumlar ve davranışlar ile karakterize karmaşık rahatsızlıkları ifade etmektedir [20]. Özgüveni eksik, olumsuz duygulara (endişe, suçluluk, takıntılar, çekinme, içine kapanma) ve yüksek başarı beklentisine sahip mükemmeliyetçi bireylerde daha sık görülmektedir [21]. Yeme bozukluğuna ait ciddi duygusal ve fiziksel problemlere kadınlar ağırlıkta olmak üzere her iki cinsiyette de rastlanmaktadır [22]. Yeme bozukluklarına genel anlamda genetik,

sosyokültürel ve psikolojik faktörlerin sebep olduğu düşünülmektedir [23]. Özellikle toplumdaki güzellik anlayışının değişimi ve medyadaki “sıfır beden algısı” adolesanlar ile genç erişkin bireyler üzerinde baskı kurmakta, onları bilinçsizce diyet yapmaya teşvik etmekte ve ideal olarak düşündükleri ağırlığa ulaşmak için besin alımını aşırı kısıtlama, aşırı yeme; kendini kusturma, laksatif/diüretik kullanma gibi bazı olumsuz davranışlara yönlendirmektedir [22].

Üniversite dönemi yaşam tarzı değişiklikleri (beslenme, barınma, sosyal ilişkiler vb.) nedeniyle yeme bozuklukları açısından riskli bir dönem olarak değerlendirilmektedir [24]. Bu çalışma; üniversite öğrencilerinde duygusal iştah ve yeme davranışlarının yeme bozuklukları ve beslenme durumu ile ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla planlanıp yürütülmüştür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yeme Davranışları

Yemek yeme sadece fizyolojik ihtiyaçtan kaynaklı ya da alışkanlık haline getirilen bir dürtü değil aynı zamanda sosyal ve psikolojik etkileri de olan bir davranış olarak değerlendirilmelidir [25]. Çevresel ve psikolojik birçok faktörden etkilenen bu davranış yaşanan duygu ve duruma göre enerji alımını, seçilen besinlerin çeşitleri ve miktarları ile ne zaman ve nerede yenileceğini, yemek yemeyi başlatma ve durdurma kararını etkilemektedir [26]. Popüler kültürün dayattığı mesajlara bağlı değişen yeme davranışları, bu davranışın patolojik bir hale dönüşmesi, yaygınlığının giderek artması ve sonuçlarının ölümcül risk taşıması gibi nedenlerden dolayı daha iyi irdelenmelidir.

2.1.1. Dışsal yeme

Dışsal yeme yiyeceğin görüntüsü veya kokusu gibi dışarıdan gelen uyaranlara cevap olarak yemek yemeyi ifade etmektedir [27]. Yeme davranışı çevresel faktörlerden etkilendiği gibi beynin algı düzeyi ile de yakından ilişkilidir. Duyu organlarına hitap eden bir besinin ortamda bulunması beynin ilgili bölümlerini uyarak yeme dürtüsünü oluşturmaktadır [22]. Bazı kişiler yiyeceklerden gelen dışsal uyaranlara karşı daha duyarlıdır ve bu uyaranlar açlık hissinden daha fazla etkiye sahiptir [28]. Örneğin; tokluk halindeyken bile yiyecek görülmesi yeme arzusuna yol açabilmektedir [29]. Dışsal yeme, duygulara cevaben yemek yeme davranışını yansıtmaz sadece cazip yiyeceklerin mevcut olması halinde aşırı yeme ile sonuçlanabilecek bir yaklaşımdır [30].

Hedonistik yeme, lezzetli besinlere karşı oluşan iştah ve bunların tüketiminden duyulan haz alma durumu olarak tanımlanmaktadır. Hedonistik yeme davranışına sahip olan bireyler besin seçiminde damak zevkine hitap eden ve tüketildiğinde bireye haz verip mutlu eden yiyecekleri tercih etmektedir [20]. Öfke gibi olumsuz duygularda hızlı ve özensiz bir yeme tarzı görülürken; neşeli durumlarda besinlerin lezzetli ve sağlıklı olduğu için tüketildiği hedonik yemede artış olduğu belirtilmiştir [7].

2.1.2. Kısıtlayıcı yeme

İlk olarak Herman ve Mack (1975) [31] tarafından tanımlanan kısıtlayıcı yeme kavramı; mevcut vücut ağırlığını kontrol etmek veya kilo vermek amacıyla kalori alımını sınırlamaya yönelik bilinçli girişimleri kapsamaktadır [27]. Normal vücut ağırlığına sahip olanlarda mevcut ağırlığı koruma amaçlı besin alımından kaçınma görülürken; şişman bireyler zayıflama amaçlı kısıtlama davranışı sergilemektedir. Besin alımının ne kadar süreyle kısıtlanacağı kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Bazı bireylerde bu davranışın yaşam tarzı haline getirildiği ve en ufak ağırlık değişimlerinde bile kısıtlama davranışı geliştirdikleri belirtilmiştir [22]. Yeme davranışındaki aşırı kısıtlama ve kontrol mekanizması; kalori dengesini ve enerji ihtiyacını düzenleyebilme yeteneğini köreltmekte, bu durum ise kontrolsüz yeme, ağırlık artışı, obezite ve yeme bozuklukları için zemin hazırlamaktadır [32].

Yeme davranışlarının birbirini etkilemesi olası bir durumdur. Örneğin; bilinçli kısıtlamanın duygusal durum, aşırı alkol tüketimi, yemek yemede aşırıya gidildiği düşüncesi gibi nedenlerden dolayı sekteye uğraması kısıtlamadan ziyade aşırı yeme davranışının öne geçmesine ve ardından yaşanan suçluluk duygusuyla beraber bireyin yeniden besin alımını kısıtlamaya çalışması şeklinde bir kısır döngüye girmesine sebep olmaktadır [4, 33, 34].

2.1.3. Aşırı yeme

Aşırı yeme; kısa bir süre içinde fazla miktarda yemek yeme şeklinde gelişen atakların oluşması ve bu ataklar sırasında kontrol kaybının yaşanması ile karakterizedir [35]. Kaçış teorisine göre aşırı yeme olumsuz uyarılara karşı bir başa çıkma mekanizmasıdır [36].

Duygusal açıdan kendine güvenen bireylerde zihnin sağlıklı bir şekilde işlev gören bir bölümü, kendi kendine düzene girme ve sağlıklı seçimler yapma motivasyonlarını koruma kabiliyetini içerir [37]. Bununla birlikte, duygusal kesinlikten ve duygusal durumunu ifade etme yeteneğinden yoksun olan obez insanlar, yeme eylemini sürekli tatmin bulma arayışı içinde gerçekleştirmekte ve aşırı yeme davranışı sergilemektedirler [38].

Olumlu duygularla aşırı yeme arasındaki ilişkiyi yansıtan veriler sınırlı olmakla birlikte daha çok olumsuz duyguların yeme davranışı üzerine etkileri araştırılmıştır [39, 40]. Aşırı yeme

atağından önce depresyon, endişe, yoğun gerginlik gibi negatif etkileşimin arttığı belirtilmektedir [19]. Aşırı yeme, obez hastalarda en sık bildirilen düzensiz yeme davranışlarından biridir [41]. Ancak aşırı yemenin tespiti karmaşık olabilir, bunun yerine sıklıkla yeme sırasında oluşan kontrol kaybı değerlendirmeye alınmaktadır [42, 43].

2.1.4. Duygusal yeme

Duygusal yeme; kişinin olumsuz duygulara tepki olarak aç olmamasına rağmen yemesi olarak tanımlanmakta ve ruh halinin kontrolü için besinlerin kullanımının bir sonucu olduğu düşünülmektedir [4, 7]. Bir başka ifade ile duygusal yeme, duygu durumlarını istenen yönde düzenlemek ve yaşanan problemlerle baş etmek için yeme olarak tanımlanmaktadır [2]. Açlık hissinin oluşmasına, öğün vaktinin gelmesine veya sosyal gereklilik olmasına bakılmaksızın sadece duygulanıma cevaben ortaya çıkan yemek yeme tarzıdır [9].

Duygusal yeme davranışını açıklamaya yönelik iki temel hipotez bulunmaktadır. Birincisi olumsuz duygular yeme güdüsünü artırmaktadır. İkincisi ise, yemek yeme davranışı olumsuz duyguların etkisini azaltmaktadır [44]. Öğrenme teorisine göre ise, olumsuz duygulara koşullu tepki olarak yeme davranışı gelişmektedir. Yeme davranışı, yaşanan duygunun yoğunluğunu azaltır; böylelikle olumsuz duygu varlığında yemek yemenin duygunun şiddetini azaltılacağı inancı öğrenilmiş ve pekiştirilmiş olur [2].

Derinlemesine mülakat yöntemi ile yapılan bir çalışmada; duygusal yiyciler olumsuz duyguların duygusal yemeyi başlatan özel tetikleyiciler olduğunu ifade etmişlerdir [38]. Yapılan başka bir çalışmada ise, kadın üniversite öğrencilerinde yaşanan stresin duygusal yeme davranışlarının tetikleyicisi olduğuna inandıkları ortaya konmuştur [45]. Yoğun duygusal uyarılma, bireylerin kendi açlık ve tokluk sinyallerine karşı duyarsızlaşmasına neden olmaktadır. Sonuç olarak; vücut ağırlığında artış, yeme bozuklukları ve depresyon gibi fiziksel ve psikolojik sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır [46].

Yeme davranışını etkileyen fiziksel ihtiyaçların yanı sıra yemek yemenin psikolojik yönü oldukça karmaşık ve geniştir. Bireyin psikolojisinde oluşan değişiklikler ve yeme tutumunu etkileyerek sağlık açısından risk oluşturan davranışlar yeme bozuklukları için zemin hazırlamaktadır. Normal olmayan yeme davranışları, çoğu zaman toplumdaki şişmanlığın altında yatan neden olarak belirtilmektedir [20]. Duygusal yeme obezitenin tek nedeni

olmasa da, beden kütle indeksi (BKİ) ve vücut ağırlığı ile pozitif yönde bir ilişkide olduğu düşünülmektedir [11, 12]. Yapılan çalışmalar duygusal yeme puanı yüksek olan bireylere ait BKİ değerlerinin duygusal yeme puanı düşük olanlara göre daha yüksek olduğunu göstermiştir [7, 45].

Duygusal ve dışsal yeme davranışları için prevalans tahmin edilememesine karşın, normal ağırlığında olan bireylere göre yüksek BKİ değerlerine sahip bireylerde daha yaygın olduğunu gösteren kanıtlar vardır [47]. Ayrıca bir diğer psikolojik yeme davranışı olan kontrolsüz yemenin de yüksek BKİ ile ilişkili olduğu bildirilmektedir [48].

Stres ve endişe gibi olumsuz duygular varlığında normal vücut ağırlığına sahip bireyler ile karşılaştırıldığında hafif şişman ve şişmanlarda duygusal yeme puanlarının daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur [5, 49, 50]. Stresin düzensiz yeme için potansiyel bir risk faktörü olduğu ve meydana getirdiği olumsuz etkinin, obezite ve özellikle tikanırcasına yeme bozukluğu için de risk oluşturabileceği giderek daha fazla kabul gören bir görüştür [51-53]. Depresyonda özellikle kullanılan ilaçlardan dolayı iştahın artması, buna bağlı olarak BKİ'deki artış, fiziksel hareketliliğin azalması, özellikle kadınlarda depresyon döneminde aşırı yeme ataklarının yaşanması nedeniyle obezite gelişebilmektedir [54]. Hollandalı yetişkinlerde yapılan bir çalışma, depresif belirtilere sahip bireylerin duygusal yeme puanının yüksek olduğunu ve bu durumun özellikle kadınlarda yüksek BKİ ile daha fazla ilişkili olduğunu göstermiştir [15]. Ayrıca Amerika'da yapılan bir çalışmada stresin vücut ağırlığına etkisi incelenmiş ve çalışma sonunda BKİ ile iş, kişisel ilişkiler, yaşam kısıtlamaları ve maddi durum ile ilgili çeşitli psikososyal stres türleri arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir [55].

Araştırmalar, ergenlik çağındaki anoreksi hastalarının % 60'ında aynı zamanda duygu durum bozukluklarının da görüldüğünü ortaya koymaktadır [56-58]. Anoreksiya nervoza hastalarının yaklaşık yarısı obsesif kompulsif bozukluk ve sosyal fobi de dâhil olmak üzere anksiyete bozukluklarına sahiptir [59]. Bu hastalık grubunda olumsuz duygusal durumların varlığı, yeme bozukluğuna özgü davranışların kontrol edilmesinde daha fazla zorlukların yaşanmasına sebep olmaktadır [13, 14, 60].

Duygusal yeme, normal bireylerde duygusal durumu regüle etmek için atıştırma halinde gelişebileceği gibi, bulimiya nervoza (BN) ve tikanırcasına yeme bozukluğunda farklı

şiddetlerde aşırı yeme atakları şeklinde de görülebilmektedir [44]. Bu iki yeme bozukluğuna sahip hastaların neredeyse yarısında hastalığa eşlik eden bir duygu durum bozukluğu vardır [59]. Aşırı stres ve negatif duygusal durum tıkanırcasına yeme atakları için birer risk faktörüdür [40, 61, 62]. Yapılan bir çalışmada tıkanırcasına yeme bozukluğu olan hastaların kontrol grubuna göre stres altındayken normal zamandan daha fazla miktarda ve daha hızlı şekilde yemek yedikleri tespit edilmiştir [63]. Tıkanırcasına yeme davranışında gelişen hızlı yemenin olumsuz düşünceleri ve davranışları hafiflettiği ve böylece stresi azaltarak olumsuz duyguların varlığını unutturabildiği bildirilmektedir [40, 64]. Bunun yanı sıra stresin diğer risk faktörlerine karşı savunmasızlığı artırabileceği ve başarıyla tedavi edilmiş bazı yeme bozukluklarının tekrarlamasına neden olabileceği de vurgulanmaktadır [63].

2.2. Yeme Bozuklukları

Yeme bozukluğu (YB) yeme tutum ve davranışlarındaki bozulmaları kapsayan, kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olan psikiyatrik bir hastalıktır [65]. Çok sayıda bedensel belirti ortaya çıkarması, fiziksel sağlığı ve hatta yaşamı tehdit eder nitelikte olması, tedavi sürecinin uzun ve zor olması, tekrarlama ihtimalinin yüksek olması nedeniyle son yıllarda araştırmaların ilgi odağı olmuştur. YB çoğu kez kısıtlayıcı yeme, kendini kusturma, tıkanırcasına yeme veya telafi edici davranışları barındıran, yiyecek ya da yeme davranışıyla alakalı sağlıklı bir ilişki ile karakterizedir. Ayrıca bilişsel işlevsellik, duygusal denge, yaşam aktiviteleri, endişe ve intihara meyil üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu belirtilmektedir [66, 67].

2.2.1. Yeme bozukluklarına neden olan risk faktörleri

Yeme bozukluğu gelişiminde pek çok faktörün varlığı hastalığın multifaktöriyel bir etiyolojiye sahip olduğunu göstermektedir [68]. Genetik, çevresel ve psikolojik faktörler ile kişilik özellikleri ve aile, yeme bozukluğu gelişimine neden olan faktörlerdendir [23, 69].

Bireysel risk faktörleri

Yeme bozukluğuna neden olan bireysel faktörler arasında; endişe, suçluluk, takıntılar, çekinme, içine kapanma gibi olumsuz duygular barındırma ve bunlarla baş edememe, özgüven eksikliği ile yüksek başarı beklentisine sahip olma yer almaktadır [21].

Özellikle ergenlik ve genç erişkinlikte toplum baskısı, şişmanlık korkusu ve dürtüler nedeniyle ortaya çıkan beden memnuniyetsizliği bireyin sağlığını tehdit edebilecek sağlıksız ve yanlış diyet uygulamalarını da beraberinde getirmektedir [20]. Yeme bozukluğu tanısı almış hastaların geçmişte diyet öyküsüne sahip oldukları ve bu amaçla kendi kendilerine denedikleri uygunsuz yöntemlerin ise yeme bozukluğu oluşumuna zemin hazırladığı belirtilmektedir [70]. İngiltere’de 14 yaşından büyük 6140 erkek ve kız üzerinde yapılan bir çalışmada, çocukluk çağındaki beden memnuniyetsizliğinin, sonradan gelişen yeme bozukluklarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur [71].

Bireyin kendi iç dünyasındaki mükemmeliyetçi kişilik yapısı, düşük benlik saygısı ve negatif duygulanım ile duygusal dengesizlik yeme bozukluğuna neden olan psikolojik etmenler olarak ele alınmaktadır [23]. Özellikle mükemmeliyetçi bireylerin diğer birçok konuda olduğu gibi yemelerini, beden şekillerini ve vücut ağırlıklarını sürekli kontrol altında tutma çabalarının yeme bozukluğu gelişimi için risk oluşturduğu belirtilmektedir [20]. Anoreksiya nervozanın (AN) özellikle başarılı, sorumluluk sahibi, itaatkâr, mükemmel olma ve ailelerini mutlu etme çabasında olan adölesan kızlarda daha fazla görüldüğü vurgulanmaktadır [72].

Ailesel risk faktörleri

Anne ve babada psikiyatrik bozuklukların varlığı, doğum öncesi anne stresi, çeşitli aile faktörleri, çocukluk çağı kilosu yeme bozuklukları riskini artırmaktadır [73]. Özellikle anne ve babaların yüksek bir beklenti içinde olmaları, onaylama ve takdir etme için şart koşmaları, katı eleştirel tutum sergilemeleri yeme bozukluğunun gelişiminde etkili olabilmektedir [72].

Fonseca ve arkadaşları (2002) [74] tarafından 1996 çocukla yapılan bir araştırmada, çocuklarda görülen yeme bozukluğunun altında yatan nedenin ebeveyn tarafından aşırı derecede kontrol edilme ve geçmişte cinsel istismara maruz kalma olduğu belirlenmiştir. Yapılan başka bir çalışmada ise, anne-çocuk arasında duygusal bağlanmanın yetersiz olması ve bebeklik ile çocukluk döneminde yanlış beslenme davranışlarının edinilmiş olması ileriki dönemlerde ortaya çıkan yeme bozukluklarıyla ilişkili olduğu görülmüştür [75]. AN’lı çocuk ve adölesanların ailelerinde daha fazla kayıp (ölüm, boşanma gibi), psikolojik sorunlar, alkol bağımlılığı ve kumar sorunu olduğu belirtilmektedir [76].

Aile ve ikiz çalışmalarından elde edilen sonuçlara göre yeme bozukluklarında ailesel bir yatkınlığın var olabileceği; genetik ve çevresel etmenler arasında çapraz geçiş görülebilmesi nedeniyle de ortak etiyolojik etkenlerden sayılabileceği düşünülmektedir [77]. Yeme bozukluğu tanısı almış akrabalara sahip olan bireylerin 7-12 kat daha fazla risk taşıdığı göz önüne alındığında genetiğin etiyolojik faktörler içinde önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir [68]. Genetiğin AN, BN ve tıkanırcasına yeme bozukluğunun %40-60'ından sorumlu olduğu bildirilmektedir [78]. Yeme bozukluklarının epidemiyolojisinin incelendiği ikizler üzerinde yapılan çalışmalardan elde edilen bulgulara göre, AN için % 48-88 ve BN için ise % 23-83 kalıtsal geçiş saptanmıştır [79]. İsveç'te 7000 katılımcı üzerinde yapılan bir ikiz çalışmasında ise, AN ve BN gelişimi için genetik faktörlerin katkısı olduğu öne sürülmüştür [80].

Sosyokültürel risk faktörleri

Toplumdaki 'zayıf olan güzeldir' inancı nedeniyle güzellik kıstasındaki değişim ve medyadaki sıfır beden algısı adölesan ve genç erişkin çağı üzerinde baskı kurmakta, onları bilinçsizce diyet yapmaya teşvik etmekte ve böylece yeme bozukluklarına neden olmaktadır [81]. Özellikle sosyal ilişkilerde kabul görme ve beğenilme arzuları ile dışlanma ve alay edilme korkuları erken yaşlarda diyetle başlama ve kısıtlayıcı yeme davranışlarına zemin hazırlamaktadır [20].

Yeme bozukluklarının gelişmesinde medyanın etkisi de oldukça fazladır. Yeme davranışlarının medya ile olan ilişkisinin araştırıldığı 162 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada, medyanın empoze ettiği ince beden algısının, duyarlı olan kadınlarda kısıtlayıcı, duygusal ve dışsal yeme davranışlarına etki ettiği ve beden memnuniyetsizliğine yol açtığı görülmüştür [81]. Yapılan başka bir çalışmada ise 15 ay süresince bir moda dergisine üye olan ve çalışma öncesinde de risk grubunda (beden memnuniyetsizliği yaşayan ve sosyal ilişkileri zayıf olan) yer alan genç kızlarda beden memnuniyetsizliğinin, diyet yapma davranışının, olumsuz duygu durumlarının ve bulimik belirtilerinin arttığı belirtilmiştir [82].

2.2.2. Yeme bozukluklarının görülme sıklığı

Ergenlik çağı, gelişime bağlı değişikliklerin oluşması, stresli yaşam olaylarının artması ve sosyal rollerde yaşanan değişimler nedeniyle yeme bozukluğu davranışları için hassas bir

dönemdir. Anoreksiya nervozanın başlangıç yaşının 15 yaş, BN'nin ise geç ergenlik ve erken erişkinlik dönemi olduğu bilinmektedir [83].

Amerika'da cinsiyet ayrımı olmaksızın her yaştan en az 30 milyon insanın yeme bozukluğu yaşadığı bildirilmiştir [84, 85]. Yaşamlarının belli bir döneminde 20 milyon kadın ve 10 milyon erkek klinik yönden ciddi bir yeme bozukluğu ile karşı karşıya gelmektedir [10]. Yeme bozuklukları cinsiyet bakımından homojen bir dağılım göstermemekte, kadınlarda daha sık görülmektedir. Ancak günümüzde genç erkeklerde de görülme sıklığı giderek artmaktadır [83]. Avrupalı kadınlar arasında yeme bozukluklarının prevalansı sırasıyla AN'da <%1-4, BN'da <%1-2, tıkanırcasına yeme bozukluğunda ise %1-4 bulunmuştur. Erkeklerdeki yeme bozukluğu görülme sıklığı ise %0,3-0,7'dir [73].

Cinsiyetin yanı sıra özellikle bedenlen formda olma ve mükemmeliyetçiliğe dayanan estetik odaklı meslek sahiplerinde, sporcularda ve jimnastik, dans, güreş vb. gibi faaliyetlere katılan kişilerde yeme bozuklukları daha fazla görülmektedir [86]. Özellikle vücut ağırlığı kısıtlaması olan veya zayıflığı gerektiren spor dallarında yer alan sporcular enerji harcamaları fazla olmasına rağmen enerji alımlarını düşürme eğilimindedir [87]. Özellikle yarışma dönemlerinde uygulanan katı diyetler ve yoğun antrenman dönemleri, yeme bozukluklarına yol açabilmektedir [88].

Yeme bozukluğu açısından yüksek riskli gruplar lise ve üniversite öğrencileridir. Üniversiteye geçiş dönemi beslenme alışkanlıkları da dâhil olmak üzere yaşam tarzı değişiklikleri ile önemli bir yere sahiptir. Bu dönemde çevresel ve psikolojik olarak aileden ve alıştığı kültürden ayrılan bireylere ekonomik, sosyal ve akademik sorumluluklar yüklenmektedir. Uyum sorunu yaşayan gençlerde ise yalnızlık hissi, grup içinde uyumsuzluklar, uyku ve yeme bozuklukları ortaya çıkmaktadır [89]. Bu dönemde maruz kalınan stres yapıcı faktörlerin fazla olması ve gençlerin stresle başa çıkma stratejileri hakkında bilgi sahibi olmayışları yeme davranışlarına etki edebilir [90]. Ayrıca, ergenlik döneminden erken erişkinliğe geçiş sağlıklı bir yeme düzeninin oluşabileceği kritik bir zamandır [91]. Akademik yaşamın talepleri ve yaklaşmakta olan mesleki yaşamın belirsizliği, bu genç insanlara stres, depresyon ve kaygı ile sonuçlanan önemli bir duygusal yük getirmektedir [92]. Tüm bu nedenler, üniversite öğrencilerinde yeme bozukluklarının görülme sıklığını artırmakta ve tedavi edilmediği takdirde önemli fiziksel, psikolojik, sosyal ve akademik sorunlara yol açabilmektedir [93-95].

Uzun ve arkadaşlarının (2006) [96] 414 kız öğrenci üzerinde yaptıkları bir çalışmada, öğrencilerin 2'sinde AN ve 2'sinde BN saptanmıştır. Üniversite öğrencilerinde görülen yeme bozukluğu sıklığını belirlemek amacıyla 951 öğrencide yapılan başka bir çalışma sonucunda, öğrenciler arasında AN bulunamamışken; % 1,57 BN, % 0,31 tıkanırcasına yeme bozukluğu tespit edilmiştir. Toplam yeme bozukluğu sıklığı ise % 2,20 olarak bildirilmiştir [97]. Vardar ve arkadaşları (2011) [98] tarafından 2907 öğrenci üzerinde yapılan çalışmada da, yeme bozuklukları için nokta yaygınlığının %2,33, ergen kızlarda ise bu sıklığın %4.03 olduğu bulunmuştur. Yaş ortalamaları $21,21 \pm 1,88$ yıl olan 267 kız öğrenci üzerinde yürütülen başka bir çalışmada ise, yeme bozukluğu %12 olarak tespit edilmiştir [99]. Sivas ilinde yapılan çalışmada da, yeme bozukluğu prevalansının %1,52 olduğu ve en fazla tıkanırcasına yeme bozukluğunun görüldüğü belirtilmiştir [100].

Üniversite öğrencilerinin karşı karşıya kaldıkları ruhsal sorunların başında depresyon, anksiyete, sosyal kaygı, akademik sıkıntı, ailesel problemler ve yeme sorunları yer almaktadır [101]. Ulusal Yeme Bozukluğu Derneği üniversite öğrencilerinin %20'sinin bir noktada yeme bozukluğuna maruz kaldığını bildirmiştir [102]. Amerikan Kolej Sağlık Birliği (2016) raporuna göre ise üniversite öğrencilerinin ortalama %1,4'ü yeme bozukluğuna sahiptir [103]. Üniversite öğrencilerine yönelik yapılan geniş çaplı ulusal başka bir araştırmada ise kadınların % 3,5'inde ve erkeklerin % 2,1'inde yeme bozukluğu olduğu bildirilmiştir [104]. Amerika'da 9713 lisans ve lisansüstü öğrenciler üzerinde yapılan başka bir araştırma sonucunda da üniversite bünyesindeki yeme bozukluğu taraması ve erken müdahale çalışmalarında potansiyel hedefler için erkekler ile aşırı kilolu ve obez öğrenciler gösterilmiştir [105].

Yoğun stres, tutarsız uyku saatleri ve düzensiz beslenme açısından risk taşıyan üniversite öğrencilerinde özellikle gece yeme sendromu daha sık görülmektedir [106]. Brezilya'da özel bir yükseköğrenim kurumunun üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada gece yeme sendromu prevalansının yüksek olduğu kanıtlanmıştır. Ek olarak bu öğrenciler arasında sendromun davranışları ile depresyon semptomlarının şiddeti, kaygı ve stres arasında da bir ilişki olduğu saptanmıştır [91].

2.2.3. Yeme bozukluklarının sınıflandırılması

Yeme bozuklukları Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) yayınladığı Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / DSM-V)'na ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yayınladığı Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması (International Classification of Diseases / ICD-10)' na göre 8 alt grupta incelenmektedir [107, 108].

Anoreksiya nervoza

Anoreksiya nervoza vücut ağırlığının önemli ölçüde düşük olmasına neden olacak şekilde kalori kısıtlamasına gidilen ve uzun süren tehlikeli bir hastalıktır [109]. Bireylerde ağırlık artışına karşı aşırı korku vardır ve ağırlık artışı engellemeye çalışan inatçı davranışlar da görülür [110]. Her 5 hastadan birinin intiharıyla sonuçlanan AN; Tip 1 diyabet ve astımdan daha fazla ölüm oranına sahiptir [111, 112].

Anoreksiya nervozanın yaşam boyu prevalansı kadınlarda %2,4 ile %4,3; erkeklerde ise %0,24 ile %0,3 arasında değişmektedir [113]. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan geniş çaplı bir araştırmada, yaşam boyu yaygınlık tahminleri kadınlarda %0,9, erkeklerde %0,3 olarak bulunmuştur [84]. Anoreksiya ve bulimiya riskinin % 50-80'i genetikdir [78].

Aile üyelerindeki ruhsal çöküntü ve yeme bozukluğu öyküsünün bulunması, kadın cinsiyetinde olma, mükemmeliyetçi kişilik, içsel çatışmayı çözme zorluğu, düşük benlik saygısı, madde bağımlılığı, obsesif kompulsif kişilik ve eşlik eden endişe AN için risk faktörleridir [114]. Kısıtlayıcı ve tıkanırcasına yeme/çıkarma olmak üzere AN'nin iki tanısal alt tipi vardır. Kısıtlayıcı tipte diyet yapma, aç kalma ve/veya aşırı egzersiz ile ağırlık kaybı görülmektedir. Tıkanırcasına yeme/çıkarma alt tipinde ise, son 3 ayda yineleyici şekilde tıkanırcasına yeme ve çıkarma davranışları görülmektedir [115].

Anoreksiya nervoza için ICD-10 ve DSM-V'de yer alan tanı kriterleri Çizelge 2.1'de verilmiştir [107, 108].

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

ICD-10 'a göre AN tanı kriterleri: [107]
• Mevcut vücut ağırlığının olması gerekenden en az %15 düşük olması veya yetişkinlerde $BKİ \leq 17,5$ olması • Yüksek kalorili besinlerden kaçınarak ve aşağıdaki yöntemlerden en az birini uygulayarak ağırlık kaybının yaşanması: - Kendini kusturma - Aşırı egzersiz - İştah azaltıcı ilaçlar ya da diüretik kullanma • Vücut imgesinde bozukluk • Endokrin bozukluklar; kadınlarda adet görememe ve erkeklerde cinsel isteksizlik
DSM-V' e göre AN tanı kriterleri: [108]
• Yaş, cinsiyet ve gelişimsel yörünge bağlamında önemli ölçüde düşük vücut ağırlığına yol açacak şekilde günlük alınması gereken enerji miktarını devamlı sınırlandırma • Normalden daha düşük vücut ağırlığına rağmen şişmanlamaktan ve kilo artışından duyulan ciddi korku • Kendini değerlendirmede beden imajının olumsuz etkisinde kalma ve var olan düşük vücut ağırlığını kabullenememe

Bulimiya nervoza

Bulimiya nervoza kadınlarda erkeklerden daha çok görülen [116], vücut ağırlığına ve beden şekline karşı yoğun bir meşguliyetin olduğu [108] ve telafi edici davranışlarla birlikte şiddetli yeme ataklarını tekrarlamakla karakterize psikiyatrik bir hastalıktır [117]. BN'lı kişiler yemeyi bırakamayacağı ya da ne yediğini veya ne kadar yediğini kontrol edemediği hissine kapıldıklarını belirtmektedirler [118]. Aynı zamanda defalarca oruç tutma, kendini kusturma, aşırı egzersiz yapma, laksatif, diüretik, lavman veya diğer ilaçların kullanımı ile fazla yemeyi telafi etmeye çalışmaktadırlar [119].

Yaşam boyu yaygınlık sıklığı %0,9-3 arasında değişmektedir. Kadınlarda görülme sıklığı %0,9-1,5 iken, erkeklerde bu sıklık %0,1-0,5 'tir [120]. Vücut şekli ve ağırlığı ile ilgili aşırı kaygılar mevcuttur ancak zayıflama ve aşırı açlık durumu sık değildir [115]. Psikososyal bozukluklar, ciddi tıbbi komplikasyonlar ve artmış intihar riski görülmektedir [111, 121].

Bulimiya nervoza için DSM-V ve ICD-10 rehberlerinden uyarlanmış tanısal özellikler Çizelge 2.2'de belirtilmiştir [122].

Çizelge 2.2. BN'nın tanısal özellikleri [122]

-
- Kısa sürede büyük miktarda yiyecek yeme ve yemek sırasında kontrol kaybı ile karakterize, birkaç aylık bir süre içinde tekrarlanan aşırı yeme atakları
 - Yiyeceklerin “şişmanlatıcı” etkisine kendini kusturma, laksatif kullanma, açlık dönemleri, aşırı egzersiz, iştah baskılayıcı ilaçlar, diüretikler, tirod preparatları ve diyabetiklerde insülinin yanlış kullanımı gibi telafi edici davranışlarla müdahale etme
 - Şiddetli bir şişmanlık korkusu ve sağlıklı olarak kabul edilenin altında bir hedef ağırlığın ayarlanmasından oluşan psikopatoloji
 - En az 3 ay boyunca haftada en az bir kere görülen tıkınma ve buna bağlı telafi edici davranışlar
 - BN, AN'dan sonra gelişebilir, ancak hastanın artık fazla kilolu olmaması durumunda teşhis konulur.
-

*DSM-V ve ICD-10'dan uyarlanmıştır.

Benlik saygısı düşük, depresif belirtiler veya sosyal kaygısı olan bireylerin yanı sıra çocuklukta cinsel ya da fiziksel istismar öyküsü olan kişiler BN açısından daha fazla risk altındadır [119].

Bulimiya nervozalı hastalarda çeşitli organ sistemlerini etkileyen birçok tıbbi komplikasyon vardır; bunlar telafi edici davranışların yöntemi ve sıklığı, özellikle kendini kusturma ve laksatifin amaç dışı kullanımı ile doğrudan ilişkilidir. En tehlikeli komplikasyon kardiyak aritmi, nöbet ve ölümle sonuçlanabilecek bir elektrolit dengesizliğinin gelişmesidir [119]. Bireyler ya yeme bozukluğuna eşlik eden bir depresif bozukluk için kriterleri karşılamakta ya da depresyon semptomlarında artış göstermektedir [117]. Bireylerin % 60'ının ömür boyu majör depresif bozukluk belirtilerini gösterdiği belirtilmektedir [123]. Depresif belirtiler aynı zamanda hastalık süresinin uzamasına, tedavi sonucunun olumsuz etkilenmesine ve tekrarlamasına neden olabilmektedir [124-126]. Depresyonun yanı sıra anksiyete bozuklukları ile sınırda kişilik bozukluğu özellikle BN'da sık görülmektedir [127].

Tıkanırcasına yeme bozukluğu

İlk kez Albert Stunkard tarafından ele alınan tıkanırcasına yeme davranışı DSM'nin 1994 yılında yayınlanan revize edilmiş 4. baskısında “Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları” başlığı altında tanımlanmıştır [128]. Daha sonra 2013 yılında revize edilerek yayınlanan 5. baskısında ise [108] “Beslenme ve Yeme Bozuklukları” bölümünde kendine özgü tanı ölçütleri ile yer almıştır.

Tıkanırcasına yeme bozukluğu yaygın görülen bir yeme bozukluğudur ve psikiyatrik, fiziksel ve sosyal işlevler üzerindeki etkisi nedeniyle ciddi bir halk sağlığı problemidir [84, 129, 130]. Lezzetli besinlerin aşırı tüketilmesi ve güçlü bir kontrol kaybı hissi ile karakterizedir [131]. Aşırı yemek yeme ataklarına sıklıkla endişe, utanç, tiksinti ve suçluluk hissi eşlik eder ancak diğer yeme bozukluklarının aksine, telafi edici davranışlar bulunmaz. Amerika’da yaşam boyu görülme sıklığı %2,6’dır [132]. Dünya Ruh Sağlığı Araştırması’nda incelenen 14 ülkede ise ortalama ömür boyu yaygınlığı %1,9 olarak hesaplanmıştır [130]. Tıkanırcasına yeme bozukluğu riskinin yaklaşık yarısının genetik olduğu bildirilmektedir [59].

Diğer yeme bozukluklarının aksine erkek ve kadınlarda hemen hemen aynı sıklıkta görülmektedir. Tıkanırcasına yeme bozukluğu hastalarının önemli bir kısmının (%17-30 arasında) obezite ile ilişkili olduğu [133, 134], tıkanırcasına yeme bozukluğuna sahip obez bireylerin normal obez bireylerden daha yüksek BKİ değerlerine sahip oldukları [135, 136] ve yüksek oranda mental bozukluklara (depresyon, psikozi anksiyete gibi) [137] maruz kaldıkları belirtilmektedir. Aynı zamanda psikolojik bazı nedenlerin etkisiyle bu bireylerde yaşanan fizyolojik olumsuzlukların daha ciddi sağlık sorunlarına neden olduğu ve bu durumun yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir [138].

Tıkanırcasına yeme bozukluğunun DSM-V’den özetlenerek hazırlanan tanı kriterleri aşağıda verilmiştir [122].

- Tekrarlayan tıkanırcasına yeme atakları
 - Aynı zamanda ve aynı şartlar altında normal bir insanın yiyebileceğinden çok daha fazla yeme
 - Yeme sırasında kontrolü kaybetme hissi
- En az üçüyle ilişkili yeme atakları:
 - Normalden daha hızlı yemek yeme
 - Yiyeceklerin miktarından utanarak yalnız yeme
 - Fiziksel açlık duyulmamasına rağmen fazla miktarda yemek yeme
 - Rahatsızlık duygusu oluşana kadar yemek yeme
 - Yeme sonrası depresif olma, suçluluk ve utanç duyma
- Strese bağlı aşırı yeme atağı

- 3 ay süresince haftada en az 1 kez tıkanırcasına yeme atağı
- BN'nın aksine tekrarlamama ve uygunsuz telafi edici davranışlar sergilememe

Pika

Pika toprak, tebeşir, metal veya plastik nesneler, saç veya dışkıları gibi besleyici değeri olmayan besin dışı maddelerin tekrar tekrar yenmesi olarak tanımlanmaktadır [139]. DSM-V kriterlerine göre pika tanısı için bu davranışların en az 1 ay süreyle irrite olmadan süreklilik arz etmesi ve kültürel bir anlam içermemesi gerekmektedir [108].

Yiyecek dışı maddelerin tüketilmesi sıklıkla gebelikte ortaya çıkar ve hamile kadınlarda olağandışı ölçüde veya sağlıkla ilgili endişeler olmadıkça pika teşhisi konmamalıdır. Ancak herhangi bir ruhsal bozukluğun (mental gelişim bozukluğu, şizofreni, otizm) beraberinde ortaya çıkıyorsa klinik değerlendirmeyi gerektirmektedir [140].

Pikanın prevalansı net olarak bilinmemektedir çünkü bazı kültürlerde normal veya terapötik olarak kabul edilmektedir [139]. Tüm yaş gruplarında ortaya çıkabileceği gibi özellikle 0-6 yaş grubu ağırlıkta olmak üzere çocukluk döneminde daha sık görülmektedir [141]. Ayrıca düşük sosyoekonomik düzeye sahip toplumlarda ve az gelişmiş ülkelerde daha yaygındır. [142].

Pikanın ortaya çıkışında beslenme eksikliklerinin yanı sıra (demir ve çinko eksikliği gibi) [143], psikolojik sorunlarla ve stresle baş etme yöntemi olarak besinsel olmayan maddelerin kullanılması da etkili olmuştur [144]. Duygusal ihmal, süpervizyon eksikliği ve gelişim geriliği pika için risk faktörleridir [108].

Pika genellikle tıbbi müdahaleler gerektiren elektrolit ve metabolik bozukluklar, kurşun ve cıva zehirlenmesi, hipokalemi, parazitik enfeksiyonlar, diş aşınmaları, bağırsak tıkanıklığı ve gastrointestinal sistemin çeşitli problemleri gibi önemli sağlık risklerine sahiptir [142].

Geri çıkarma bozukluğu (ruminasyon / geviş getirme)

Geri çıkarma bozukluğu, en az 1 ay süre ile tekrarlayıcı biçimde önceden yutulmuş besinleri ağızdan geri getirerek, tükürme veya yeniden çiğneme anlamına gelir [140]. Davranış, gastroözofageal reflü bozukluğu gibi bir sağlık durumuna bağlı değildir ve bulantı, öğürme

ya da iğrenme olmadan meydana gelir [139]. Ruminasyon semptomları AN, BN, tıkanırcasına yeme bozukluğu veya kaçırğan/kısıtlayıcı besin alımı bozukluğu durumunda mevcutsa bir DSM-V tanısı verilmemektedir [139].

Ruminasyon bozukluğuna ilişkin çalışmalar yetersizdir [108]. Bununla birlikte mevcut kanıtlar bebek ve çocuklar (%5) ile gelişim yetersizliğine sahip bireylerde (%5-10) daha yaygın olduğunu desteklemektedir [145].

Psikolojik rahatsızlıklarla ilişkili olan ruminasyon bozukluğu malnütrisyon, ciddi ağırlık kaybı, elektrolit düzensizliği ve diş çürükleri gibi tıbbi komplikasyonlara da neden olabilmektedir [146, 147].

Kaçırğan/kısıtlayıcı besin alım bozukluğu

Kaçırğan/kısıtlayıcı besin alım bozukluğu ciddi ve karmaşık bir yeme bozukluğudur. Belirli bir renk ve dokuya sahip besinlerden kaçınma ya da besin alımını “güvenli” olarak belirledikleri az sayıdaki besinle kısıtlama davranışı gösterirler. Tipik olarak vücut biçimlerindeki kaba görünümünden memnuniyetsiz olma durumu yoktur [140].

Otizm, obsesif kompulsif bozukluk, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, ailede yeme bozukluğu ya da anksiyete varlığı, gastroösefagial reflü, kusma ve mide-barsağa ait diğer tıbbi durumlar bu yeme bozukluğu için risk faktörüdür [108].

Bu hastalar kendilerini fazla şişman görmemeleri, vücut ağırlığı, şekli veya boyu ile meşgul olmamaları, kilo alımından korkmamaları ve bilişsel çarpıtmalara sahip olmamaları nedeniyle AN veya BN hastalarından ayrılmaktadırlar [148]. Yarı açlık diyeti ve yetersiz besin alımı nedeniyle AN'lı hastalarla benzer fiziksel belirtiler gösterebilirler [149, 150]. DSM-V kriterlerine göre kaçırğan/kısıtlayıcı yiyecek alım bozukluğuna ilişkin tanı kriterleri aşağıda belirtilmiştir [108].

- Alınması gereken enerji ve besin öğelerini karşılayamayacak şekilde yeme veya beslenme bozukluğu (yemeye karşı duyulan ilgisizlik, yiyeceğin duyusal özelliklerine dayalı kaçınma, yemenin caydırıcı sonuçları hakkında endişe duyma) ve enerji ihtiyacı ile ilgili aşağıdakilerden bir veya daha fazlası:

- Belirgin ağırlık kaybı (ya da beklenen vücut ağırlığında olmama, çocuklarda istikrarsız büyüme)
- Önemli beslenme yetersizlikleri
- Enteral beslenme veya oral besin desteklerine bağımlılık
- Psikososyal işleve müdahale
- Bozukluk mevcut besin eksikliği veya kültürel olarak yaptırımla açıklanmaz.
- Yeme bozukluğu yalnızca AN veya BN sırasında ortaya çıkmaz ve kişinin vücut ağırlığını veya şeklini nasıl algıladığı konusunda bir kanıt bulunmamaktadır.
- Yeme bozukluğu, eşzamanlı bir tıbbi durumdan veya başka bir zihinsel bozukluk ile ilişkili değildir. Eğer başka bir durum ya da hastalık varlığında ortaya çıkıyorsa ek olarak klinik dikkat gerektirir.

Tanımlanmış diğer beslenme ve yeme bozuklukları

Atipik anoreksiya nervoza

Atipik anoreksiya nervoza beden ağırlığı normal sınırlarda olan bireylerde "önemli kilo kaybı" varlığında AN belirtileri ile tanımlanmaktadır [151]. Tüm önemli semptomlara sahip ancak hafif dereceli hastaları tanımlayabilmek için de bu terim kullanılmaktadır. Anoreksiya nervozaya benzeyen ancak bilinen fiziksel hastalıktan kaynaklanan yeme bozukluğu için bu terim kullanılmamalıdır. Yaşam boyu yaygınlığı % 2,8 olarak belirtilmiştir [67].

Atipik bulimiya nervoza

BN için listelenen bir veya daha fazla önemli özelliğin bulunmadığı, ancak oldukça tipik bir klinik tabloya sahip olan kişiler için bu terim kullanılmalıdır. Yaygın olarak tipik aşırı yeme atakları sonrasında kendini kusturan ve boşaltan normal veya aşırı şişman insanlar için geçerlidir [152]. Yaşam boyu yaygınlığı % 4,4 olarak belirtilmiştir [67].

Eşik altı tıkanırcasına yeme

Tıkanırcasına yeme bozukluğunun daha düşük bir sıklıkta ve/veya üç aydan daha kısa süreli ortaya çıkması şeklinde tanımlanmaktadır [108]. Yaşam boyu yaygınlığı % 3,6 olarak belirtilmiştir [67].

Çıkarma bozukluğu (*Kusma sendromu*)

Çıkarma bozukluğu aşırı yeme atağı olmaksızın vücut ağırlığı ve şeklini etkileyecek şekilde tekrarlanan çıkarma davranışları (kendini kusturma, laksatif, diüretik vb. ilaç kullanımı) ile karakterizedir [108]. Düşük bir vücut ağırlığının olmamasıyla AN'dan, aşırı yeme ataklarının bulunmamasıyla da BN'dan ayrılmaktadır [153]. Çıkarma bozukluğu tanısı alan bireylerin yeme bozukluğu olmayanlara göre anlamlı derecede daha fazla işlevsel bozulma, zihinsel sağlık tedavisi, sıkıntı, depresif belirtiler, kaygı belirtileri ve genel psikiyatrik komorbidite bildirdikleri ortaya konmuştur. Çıkarma bozukluğunun görülme sıklığı kadınlar için %1,1 ile %5,3 arasında olduğu tahmin edilmektedir; erkekler için ise herhangi bir çalışma rapor edilmemiştir [119]. Yaşam boyu yaygınlığı % 3,4 olarak belirtilmiştir [67].

Tanımlanmamış diğer yeme bozukluklarının tanı kriterleri Çizelge 2.3'de verilmiştir[67].

Çizelge 2.3. Tanımlanmamış diğer yeme bozuklukları tanı kriterleri [67]

Atipik anoreksiya nervoza
- Vücut ağırlığında en az %10 azalma - En az 3 ay boyunca günlerin %75'inden fazlasında kilo alma korkusu yaşama - Öz değerlendirmede vücut ağırlığının ve beden şeklinin öncelikli olması
Eşik altı bulimiya nervoza
- En az 3 ay boyunca ayda en az 2 kez kontrol edilemeyen aşırı yemek yeme veya daha kısa bir süre içinde en az 6 kez aşırı yeme atağı geçirme - En az 3 ay boyunca ayda en az 2 kez telafi edici davranışta bulunma (örneğin; Kendini kusturma, müshil veya diüretik kullanımı, oruç tutma ve aşırı egzersiz yapma) veya daha kısa bir süre içinde en az 6 kez tekrarlama - Öz değerlendirmede vücut ağırlığının ve beden şeklinin öncelikli olması
Eşik altı tıkanırcasına yeme
- En az 3 ay boyunca ayda en az 2 kez gün bazında kontrol edilemeyen aşırı yemek yeme veya daha kısa bir süre içinde en az 6 kez aşırı yeme atağı geçirme - Bu dönemde ayda ortalama 1'den az telafi edici davranış sergileme - Aşırı yemek yeme ile ilgili sıkıntı çekme - Aşağıdakilerden üç veya daha fazlasıyla karakterize aşırı yemek yeme: - Hızlı yeme - Rahatsız olana kadar yeme - Fiziksel olarak aç olmamaya rağmen fazla miktarda yeme - Utanç duyulduğu için yalnız yeme - Aşırı yemeden sonra tiksinti, suçluluk ve utanç duyma
Çıkarma sendromu
- En az 3 ay boyunca ayda en az 4 kez ağırlık kontrolü amacıyla kendini kusturma veya diüretik/laksatif kullanma - Bu dönem boyunca ayda ortalama <1 kez kontrol edilemeyen aşırı yemek yeme - Öz değerlendirmede vücut ağırlığının ve beden şeklinin öncelikli olması

* DSM-V kriterleri baz alınmıştır.

Gece yeme sendromu

Gece yeme sendromu ilk olarak Stunkard ve arkadaşları (1955) [154] tarafından 1950'lerin başında sabah anoreksisi, akşam hiperfajisi ve uykusuzluğun oluşturduğu bir sendrom olarak tanımlanmıştır [155]. Tipik olarak, öğün zamanlarında kaymalar veya değişiklikler meydana gelmektedir [156]. Gece yeme davranışının 3 aylık bir süre boyunca haftada en az iki kez gerçekleşmesi ve günlük yiyecek alımının en az %25'inin akşam öğününden sonra tüketilmesi tanı kriterleridir [157].

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki genel popülasyonda prevalansı % 1,5 olarak tahmin edilmekte olup tikanırcasına yeme bozukluğu ile benzer sıklıkta; AN ve BN gibi daha geleneksel kabul gören yeme bozukluklarından ise daha yüksek olduğu bildirilmiştir [158].

Gece yeme sendromu diğer gruplarla karşılaştırıldığında obez bireylerde oldukça yaygındır [159] ve kilo verme becerisinde zorluk gibi sorunlara yol açabilmektedir [155]. Ayrıca gece yeme sendromu diğer yeme bozuklukları [160], depresyon ya da uykusuzlukla beraber görülebilir [161, 162] ve stresle birlikte daha da kötüleşebilir [156]. Ancak uyku ile ilişkili yeme bozukluğuyla karıştırılmamalıdır. Farklı olarak gece yeme sendromuna sahip bireyler garip ya da toksik madde tüketmez, gece yemek yediğinin farkında olur ve ertesi gün bu davranışı anımsar [163].

Uyku ile ilişkili yeme bozukluğu

Uyku ile ilişkili yeme bozukluğu bilinçsiz ve istem dışı bir şekilde ortaya çıkan, uykudan uyandıktan sonra yinelenen yemek yeme ataklarıyla karakterize bir parasomniadır. Bazı hastalar zararlı ve yabancı materyal veya kimyasal madde yiyebilir, bazı hastalar ise geceleri yatağın veya mutfakta içinde yediği yiyecek kalıntılarını bulabilirler ancak hastaların çoğu ertesi gün yaptıkları yeme davranışını hatırlamazlar [164]. Uyku ile ilişkili yeme bozukluğuna sahip hastaların %66-83'nün kadın ve %40'ından fazlasının da aşırı şişman olduğu bildirilmektedir [165]. Bu hastalar uyurgezerlik, huzursuz bacak sendromu, obstrüktif uyku apne sendromu ve narkolepsi gibi diğer eşzamanlı uyku bozukluklarına da daha yatkındırlar [166].

Diğer tanımlanmamış yeme bozuklukları

Ortoreksiya nervoza

İlk olarak Steven Bratman bazı insanların sağlıklı beslenme konusunda fazlaca obsesif hale geldiklerini ve bu şekilde kendilerine zarar verebileceklerini gözlemlemiştir. Bu tespiti ise Ortoreksiya nervoza (ON) terimini kullanarak tanımlamıştır [167]. Bireyin aşırı derecede sağlıklı yiyeceklerle meşgul olmasıyla bilinen ON, önemli ancak hafife alınan bir yeme bozukluğudur [161, 168]. Terim olarak “uygun iştah” anlamına gelmektedir ve gizlenmiş bir hastalık olarak tanımlanan patolojik bir durumdur [169].

Beslenme yetersizliklerine ve kişilik bozukluklara neden olan ON yeme bozukluğu olarak, kaçırılan/kısıtlayıcı besin alım bozukluğuna en yakın kabul edilmektedir [108, 170]. Psikiyatrik tanı olarak tanınmamasına rağmen ON optimum sağlığa kavuşma çabasının yetersiz beslenmeye, malnütrisyona ve yaşam kalitesinde düşüşe yol açması nedeniyle önemli bir bozukluk olarak değerlendirilmektedir [169]. Ayrıca osteoporoz, menstrüasyon döngüsünde düzensizlikler ve kalp hastalıkları gibi rahatsızlıklara da neden olmaktadır [171].

Bu yeme bozukluğunda yiyeceğin miktarından çok içeriği önemlidir Ortorektik bireyler diyetlerini şiddetli bir şekilde kısıtlarlar; sadece saf veya sağlıklı olduğunu düşündükleri besinleri tüketmektedirler [172]. Herbisit kalıntıları, zirai ilaçlar veya yapay maddeler içerdiğini düşündükleri, yiyecek hazırlığında kullanılan teknikler ve malzemeler konusunda endişelendikleri yiyecekleri diyetlerinden dışlarlar [173]. Başlangıçta sağlığı iyileştirmek, bir hastalığı tedavi etmek veya kilo vermek hedeflenmektedir. Zamanla bu durum saplantıya dönüşmekte ve diyet yapma hayatlarının önemli bir parçası haline gelmektedir [174]. Sosyal medya ise bu yeni sağlıklı olma akımına hız kazandırmaktadır [175, 176].

Aşırı besin kısıtlamalarına uymak için gereken güçlü irade, ortorektikler için benlik saygısı ile bağlantılı hale gelebilmekte ve "saf olmayan" besinleri yiyenlere göre ahlaki açıdan kendilerini daha üstün hissetmelerine neden olabilmektedir [177]. Ayrıca bu bireylerde yemek kurallarını ihlal etmek kaygı ve aşırı suçluluk duygusuna yol açmaktadır [178].

Ortorektik eğilimleri olan bireyler, diğer yeme bozuklukları (örneğin; AN) ve psikiyatrik bozukluklar (örneğin; obsesif kompulsif bozukluklar) ile davranışsal örtüşme göstermektedir [169]. Bireyler yeme davranışlarındaki takıntıyı kabul etmedikleri için prevalansı saptamak oldukça zordur [179]. Diyetisyenler ve hekimler gibi sağlık çalışanları ile beden imajına önem veren mesleklerde (örneğin; sanatçılar) ortoreksiya % 35-58 arasında değişen bir değerle daha sık görülmektedir [180, 181].

Bigoreksiya (Kas dismorfisi)

Besin kontrolünü ve kaslı olma arzusunu bir araya getiren "Bigoreksiya", erkeklerde daha sık görülmektedir [182]. Bigoreksiya genellikle göz ardı edilen ancak özellikle erkekler arasında görülen önemli bir yeme bozukluğudur [161]. Bireyler güçlü ve yapılı olmalarına rağmen kendilerini zayıf hissettikleri için kas dismorfisi, "ters anoreksiya" olarak düşünülmektedir [183]. Genel popülasyonda kas dismorfisinin prevalansı henüz bilinmemektedir, çünkü bu konuda sınırlı çalışma mevcuttur[184].

Kas dismorfisi aşırı vücut çalışma ve ağırlık kaldırma egzersizleri ile kaçırılmış egzersiz durumunda aşırı kaygı gibi davranışları içermektedir [185] ve bunların sonucunda ise mesleki ve sosyal işlevlerin bozulmasıyla karakterizedir [186]. Ayrıca kas dismorfisi olan erkekler diyetlerine aşırı dikkat göstermekte, katı diyet planlarına uymakta, kullandıkları yiyeceklerin her birinin makro besin değerlerini hesaplamakta ve bu bilgiler sağlanmadığı takdirde dışarıda yemek yeme sıkıntısı yaşamaktadırlar [187].

Diabulimiya

Besin eliminasyonu ve ağırlık kontrolü gerektiren kronik bir hastalık olan diyabet yeme bozukluklarının gelişimi için potansiyel bir risk faktörü olarak görülmektedir [188]. Tip 1 diyabetes mellituslu hastalarda ağırlık kaybı amacıyla insülinin bilinçli olarak kullanılmaması veya sınırlandırılmasıyla ortaya çıkan yeme bozukluğuna diabulimiya denmektedir [189, 190].

Diabulimiyalı hastalar bir yandan şeker ve yağdan uzak kalıp yediklerini kısıtlama eğiliminde iken diğer yandan tıkanırcasına yeme atakları geçirip suçluluk duygusuna kapılmaktadır [188]. Diyabetli kadınlar daha fazla beden imgesi memnuniyetsizliğine sahip

olduklarından diabulimiya açısından erkeklerden daha fazla risk taşımaktadır [191]. Tip 1 diyabetes mellituslu erkek hastaların % 16'sında, kadın hastaların ise % 38'inde düzensiz yeme davranışları bulunmaktadır [192].

Kasıtlı insülin ihmalı Tip 1 diyabetes mellituslu kızlarda çok sık görülmektedir. Ergenlik öncesi %2 olan görülme sıklığı ergenlik döneminde %11-15 olurken; erişkinlik döneminde %30-39 arasındadır [193]. Tip 1 diyabetes mellituslu hastalarda görülen bu yeme bozukluğu diyabetin metabolik kontrolünü güçleştirmekte ve diyabetik retinopati, nöropati, nefropati, ayak sorunları gibi diyabete bağlı komplikasyonların görülme riskini artırmaktadır [194]. Yapılan bir çalışmada diabulimiyanın mortalite riskini 3 kat artırdığı belirtilmiştir [195]. Aşağıda belirtilen durumlarda diabulimiya varlığından şüphelenilmesi gerektiği bildirilmektedir [196].

- Beden imgesi, vücut ağırlığı ve yiyeceklerle aşırı meşguliyet
- Uyum sağlamaya rağmen zayıf metabolik kontrol
- Yorgunluk, aşırı susama, aşırı idrara çıkma, alışılmadık derecede yüksek kan şekeri gibi hiperglisemi bulguları
- Kişinin görünüşünü aşırı derecede eleştirmesi, kendinden nefret etme, endişeli, aksi, sinirli ve karamsar ruh hali

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Üniversite öğrencilerinde duygusal iştah ve yeme davranışlarının yeme bozukluğu ve beslenme durumu ile ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla planlanan bu çalışma, Ocak 2017 – Şubat 2018 tarihleri arasında Gümüşhane Üniversitesi Mühendislik ve Doğa Bilimleri Fakültesi (MDBF), Sağlık Bilimleri Fakültesi (SBF), Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu (BESYO)’nda okuyan 18 yaş ve üzeri, toplamda 331 gönüllü üniversite öğrencisi üzerinde yürütülmüştür. Tanı almış kronik hastalığa sahip bireyler ile iştahı etkileyen ilaç kullananlar (antidepresan, metformin vb.) çalışmaya dâhil edilmemiştir.

Çalışmanın evrenini oluşturan MDBF’de 2847, SBF’de 2451 ve BESYO’da 211 öğrenci aktif olarak öğrenim görmektedir. Örneklem belirlenmesinde güç (power) analizi kullanılmıştır (Ek-1). Ulaşılması hedeflenen öğrenci sayısı %90 güven aralığında 272 olarak bulunmuştur. Bununla birlikte çalışmada 331 öğrenciye ulaşılmıştır. Fakültelerdeki öğrenci sayıları eşit olmadığı için orantısal olarak MDBF %45, SBF %45 ve BESYO %10 şeklinde dağılım gerçekleştirilmiştir.

Bireylere çalışmaya gönüllü katıldıklarına dair yazılı onam formu imzalatılmış (Ek-2) ve çalışma için Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu’ndan E.41399 sayılı ve 20/03/2017 tarihli ‘Etik Komisyon Onayı’ alınmıştır (Ek-3).

3.2. Araştırmanın Genel Planı

Çalışma verileri yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından uygulanan bir anket formu ile elde edilmiştir (Ek-4). Anket formu toplamda 8 bölümden oluşmuştur. Birinci bölüm; yaş, cinsiyet, medeni durum gibi sosyodemografik özellikleri belirlemeye; ikinci bölüm ise genel sağlık, beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktiviteye yönelik soruları içermektedir. Anketin üçüncü bölümünde “Duygusal İştah Anketi (DİA)”, , dördüncü bölümünde “Üç Faktörlü Yeme Anketi (TFEQ-21)”, beşinci bölümde “REZZY Yeme Bozuklukları Ölçeği” ve altıncı bölümde ise “Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği (YEDÖ)” yer almıştır. Beslenme durumunu saptamak amacıyla geriye dönük 24 saatlik

besin tüketim kaydı kullanılmıştır. Ayrıca araştırmacı tarafından yöntemine uygun olarak bazı antropometrik ölçümler (boy uzunluğu, vücut ağırlığı, bel çevresi ölçümü) alınmıştır.

3.3. Verilerin Toplanması

3.3.1. Katılımcıların genel özellikleri ve sağlık bilgileri

Anket formu aracılığıyla ilk bölümde bireylerin cinsiyet, yaş, medeni durumu, barınma durumu, hastalık tanısı alıp almadığı, ilaç kullanma durumu, alkol ve sigara kullanma durumu, daha önce diyet yapıp yapmadığı gibi genel ve sağlık bilgileri sorgulanmıştır.

3.3.2. Katılımcıların beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite durumu

Katılımcıların beslenme alışkanlıklarını değerlendirmek için ana öğün tüketimi ve öğün atlama durumları ile nedenleri sorgulanmıştır. Fiziksel aktivite durumlarının değerlendirilmesi için Marshall ve arkadaşları (2005) [197] tarafından kullanılan 3 soruluk kısa form uygulanmıştır. İlk soruda düzenli fiziksel aktivite yapıp yapmama 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 [197].

3.3.3. Duygusal iştah anketi (DİA)

Katılımcıların yaşadıkları hem olumlu hem olumsuz duygu ve durumların iştahları üzerine etkisini değerlendirmek için DİA kullanılmıştır. Anket ilk olarak Nolan ve arkadaşları tarafından 2010 yılında oluşturulmuştur [198]. Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Demirel ve arkadaşları (2014) [199] tarafından yapılmıştır. Anket likert tipi 9’lu puanlama sistemine göre tasarlanmış olup 22 maddeden oluşmaktadır. Duygusal yemek yemeyi değerlendirmeye yardımcı olan ankette katılımcılar her bir maddedeki ifadelerin iştahlarını etkileme düzeyini daha az (1-4), aynı (5) ve daha fazla (6-9) şeklinde puanlamaktadırlar. Ayrıca her bir madde için ‘uygun değil’ veya ‘cevabı bilmiyorum’ seçeneği de vardır ve bu tür cevaplar puanlamaya dâhil edilmemektedir [198].

Duygusal yemek yemenin varlığı olumsuz/olumlu duygularda (14 madde) ve olumsuz/olumlu durumlarda (8 madde) değerlendirilmektedir. Duygusal Yemek Yeme Negatif Duyguları 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10 ve 13. maddeler; Duygusal Yemek Yeme Pozitif Duyguları ise 3, 6, 11, 12 ve 14. maddeler oluşturmaktadır. Duygusal Yemek Yeme Negatif Durumları 15, 16, 17, 19 ve 21. maddeler; Duygusal Yemek Yeme Pozitif Durumları ise 18, 20 ve 22. maddeler oluşturmaktadır. Olumsuz duygular ve olumsuz durumların puanlarının toplanması ile DİA Olumsuz toplam puanı; olumlu duygular ve olumlu durumların puanlarının toplanması ile DİA Olumlu toplam puanı elde edilmektedir. Duygusal yemek yemeyle ilgili herhangi bir kesme puanı olmayan anket hangi duygularda ve durumlarda özellikle duygusal yemek yemenin var olabileceğini değerlendirmektedir [199].

3.3.4. Üç faktörlü yeme anketi (TFEQ-R21)

Yemenin davranışsal ve bilişsel bileşenlerini ölçmek amacıyla ilk olarak 1985 yılında Stunkard ve Messick tarafından geliştirilmiştir [200]. Anket orijinal haliyle 51 sorudan oluşmaktadır ancak uygulanabilirliğini kısıtladığı düşüncesiyle Karlsson ve arkadaşları (2000) [201] tarafından 18 maddeye indirilmiştir. Daha sonra yeniden revize edilerek oluşturulan 21 maddelik anket formu [202] Karakuş ve arkadaşları tarafından 2016 yılında Türk kültürüne uyarlanmıştır [1]. Ankette yer alan maddelerin tamamı 4'lü likert tipinde olup yanıtlar “kesinlikle yanlış” 1, “çoğunlukla yanlış” 2, “kesinlikle doğru” 3 ve “çoğunlukla doğru” 4 şeklinde puanlanmıştır. Anket kendi içerisinde 3 faktörlü bir yapı göstermektedir:

Kontrolsüz yeme (KY); açlık veya herhangi bir dış uyaran sonucunda yemek yerken kontrolü kaybetmeyi ifade etmektedir ve 9 maddeyi (3, 6, 8, 9, 12, 13, 15, 19 ve 20. maddeler) kapsamaktadır. Anketten bu alt faktör için alınabilecek en düşük puan 9, en yüksek puan ise 36'dır.

Bilişsel kısıtlama (BY); vücut şeklini ve ağırlığını kontrol altına alabilmek için besin alımını bilinçli kısıtlamayı ifade etmektedir ve 6 maddeyi (1, 5, 11, 17, 18 ve 21. maddeler) kapsamaktadır. Anketten bu alt faktör için alınabilecek en düşük puan 6, en yüksek puan ise 24'tür.

Duygusal yeme (DY); olumsuz duygusal durumlarda (öfke, üzüntü, stres vb.) gelişen aşırı yemek yemeyi incelemektedir ve 6 maddeyi (2, 4, 7, 10, 14 ve 16. maddeler) kapmaktadır. Anketten bu alt faktör için alınabilecek en düşük puan 6, en yüksek puan ise 24'tür.

Anketteki herhangi bir alt faktörden alınan puanın yüksek olması o faktöre ilişkin yeme davranışının daha baskın olduğunu göstermektedir [1].

3.3.5. REZZY (SCOFF) yeme bozuklukları ölçeği

Yeme bozukluğu riskini tarayarak daha ileri inceleme ve araştırma için olanak sağlayan ölçek Hill ve arkadaşları tarafından 2010 yılında, her bir sorudan seçilen harfler birleştirilerek SCOFF adıyla geliştirilmiştir [203]. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği ise Aydemir ve arkadaşları (2015) [204] tarafından yapılmıştır. Yeme kontrolünü, yediklerini çıkarmayı ve beden memnuniyetsizliğini sorgulayan ölçek 5 sorudan oluşmaktadır. Çevirisi yapıp Türkçe form oluşturulduktan sonra araştırmacılar tarafından seçilen harflerle adı REZZY olarak belirlenmiştir. Her maddeye 1 puan verilen ölçekte 2 ve daha fazla puan alan birey yeme bozukluğu açısından risk altında kabul edilmektedir [204]. Başlangıçta sadece AN ve BN tespiti için tasarlanmış olmasına rağmen, son zamanlarda, genel sağlık araştırmalarında ve epidemiyolojik çalışmalarda düzensiz yeme davranışlarının tespitinde de sıklıkla kullanılmaktadır [205]. Yapılan bir çalışmada daha önce belirlenememiş yeme bozukluğu vakalarının %81'ini ayırt edebildiği görülen bu ölçek hem kısa olması nedeniyle kolay uygulanabildiğinden hem de güvenilirliğinin (Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,74) yüksek olması açısından çalışmada kullanılmıştır [206].

3.3.6. Yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği (YEDÖ)

Yeme bozukluklarını değerlendirmede “altın standart” kabul edilen Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği (EDE-Q) ilk olarak Fairburn ve Beglin tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir [207]. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise YEDÖ adıyla 2011 yılında Yucel ve arkadaşları tarafından yapılan ölçek, 7'li likert tipinde toplam 28 sorudan oluşmaktadır [208].

Katılımcıların son 28 gündeki beslenme alışkanlıklarını ve kendinden memnuniyet durumlarını, yeme bozukluğunun psikopatolojisinin şiddetini yansıtan 4 alt ölçekle

incelemektedir. Bu alt ölçekler: kısıtlama (1, 2, 3, 4 ve 5. maddeler), yeme ile ilgili endişeler (7, 9, 19, 20 ve 21. maddeler), beden şekli ile ilgili endişeler (6, 8, 10, 11, 23, 26, 27 ve 28. maddeler) ve kilo endişeleri (8, 12, 22, 24 ve 25. maddeler) ‘dir. Alt ölçek puanları, ilgili maddelerin puanları toplanıp alt ölçekteki toplam madde sayısına bölünmesiyle bulunmaktadır. Örneğin; kısıtlama alt ölçeğinde 5 madde varsa, toplam puan 5’ e bölünür. Toplam veya global skor için ise 4 alt skalanın puanları toplanır ve alt ölçek sayısına (4) bölünür.

Ölçekte yer alan 13, 14, 15, 16, 17 ve 18. sorular açık uçlu olmakla beraber tıknırcasına yeme ve telafi davranışlarını sorgulamaktadır ancak bu sorular puanlamaya dâhil edilmemektedir. Henüz EDE-Q’nun Türk popülasyonu için bir kesme puanının belirlenmemiş olması nedeniyle ölçek farklı grupları karşılaştırmak veya popülasyonun genel yeme davranış profilini belirlemek amacıyla kullanılmaktadır.

3.3.7. Besin tüketim durumunun saptanması

Çalışmada öğrencilerin beslenme durumunu değerlendirmek amacıyla geriye dönük hatırlatma yöntemi ile 24 saatlik besin tüketim kaydı alınmıştır. Besin tüketim kaydını sorgulamak için oluşturulmuş formda yedikleri besin miktarını ve yiyecek içeriğini nasıl belirtmeleri gerektiğine dair bir ön bilgilendirmeye yer verilmiştir. Ev ortamında yenilen yemeklerin/besinlerin içerikleri sorgulanarak kaydedilmiş, miktarlarının belirlenmesinde “Yemek ve Besin Fotoğraf Kataloğu: Ölçü ve Miktarlar” [209] kitabından yararlanılmıştır.

Öğrencilerin ev dışında tükettikleri yemeklerin/besinlerin porsiyon içerikleri “Standart Yemek Tarifeleri” [210] ve “Türk Mutfağından Örnekler” [211] kitaplarından yararlanılarak hesaplanmıştır.

Günlük tüketilen besinlerin enerji ve besin ögesi değerlerini hesaplamak için Beslenme Bilgi Sistemi (BEBİS) programı kullanılmıştır [212]. Katılımcıların enerji ve besin ögesi alım miktarları “Diyetle Referans Alım Düzeyi” (Dietary Reference Intake / DRI) ile karşılaştırılmış ve DRI karşılama yüzdeleri hesaplanmıştır [213]. DRI karşılama yüzdesi %50’den az olduğu durumlar “yetersiz” alım olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca besin gruplarının Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER) 2015 önerilerinde belirtilen porsiyon miktarlarıyla çalışmaya katılan öğrencilerin günlük alım miktarları karşılaştırılmıştır [214].

3.3.8. Antropometrik ölçümlerin alınması ve değerlendirilmesi

Öğrencilerin vücut ağırlığı aç karnına, hafif elbiseli (palto, ceket gibi kalın giysiler, cüzdan, anahtarlık, telefon vb. olmadan) ve ayakkabısız olarak; 0,1 kg duyarlılığa sahip boy ölçerli dijital tartı kullanılarak ölçülmüştür. Boy uzunluğu ölçümü için düz zeminde, ayakların topuktan bitişik ve başın Frankfurt düzlemde (göz üçgeni ve kulak kepçesi üstü aynı hizada yere paralel) olmasına dikkat edilmiştir [215].

Bel çevresi ise birey ayakta iken, karın bölgesi gevşek, kollar iki yanda, bacaklar bitişik olacak şekilde; esnemeyen mezura yardımıyla en alt kaburga kemiği ile kristailiyak arasındaki orta noktadan ölçülmüştür. Ölçümü etkileyecek her türlü giysi ve eşyanın çıkarılması istenmiştir. Ölçümler cm olarak ve 0,1 cm duyarlılıkta kaydedilmiştir [215]. Bel çevresinin erkeklerde ≥ 94 cm ve kadınlarda ≥ 80 cm olması artmış risk; bu değerin erkeklerde ≥ 102 cm ve kadınlarda ≥ 88 cm olması ise yüksek risk olarak kabul edilmiştir [214].

Katılımcıların vücut ağırlığının, boy uzunluğunun metre karesine bölünmesi (vücut ağırlığı /boy uzunluğu (kg/m^2)) ile BKİ değerleri hesaplanmıştır. Değerlendirmede DSÖ'nün Çizelge 3.1'de ki sınıflandırması kullanılmıştır [216].

Çizelge 3.1. DSÖ'ye göre BKİ sınıflandırması [216]

Sınıflandırma	Beden Kütle İndeksi (kg/m^2)
Zayıf	$< 18,5$
Normal	18,5-24,99
Hafif Şişman	25,0-29,99
Obez	≥ 30

3.4. İstatistiksel Değerlendirme

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS for Windows version 20 (Statistical Package For Social Sciences, Chicago, IL, USA) programı ile değerlendirilmiştir [217]. Bu araştırmaya katılan öğrencilerden elde edilen ölçümlerle belirlenen veriler için ortalama $\pm$ standart sapma ($\bar{x}\pm SS$), ortanca (M) ve interquantile range (IQR) değerleri hesaplanmış ve nitel veriler sayı (S) ve yüzde (%) olarak gösterilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için korelasyon (Spearman) analizleri kullanılmıştır.

Normal dağılıma uygun olan ölçüm değerleri için parametrik yöntemler kullanılmıştır. Parametrik yöntemlere uygun şekilde, bağımsız iki grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “ANOVA” testi (F-tablo değeri) yöntemi 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” testi (Z-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) yöntemi ve bunlara ait ikili karşılaştırmalar için “Bonferroni Düzeltmesi” kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Wilcoxon” test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. 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.

P değerlerinin 0,001’den ve 0,05’ten küçük olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.5. Araştırma Sırasında Karşılaşılan Güçlükler

Birden fazla ölçek değerlendirmesini kapsayan anketin sayfa sayısının ve soru içeriklerinin uzun olması nedeniyle bazı öğrencilerin araştırmaya katılmak istememesi, baştan çalışmaya gönüllü olarak katılmaları ancak anketleri tamamlamadan çalışmadan çekilmek istemeleri, besin tüketim kaydını doldurmak istememeleri veya vücut ölçümlerini başkalarının bilmesinden hoşnut olmamaları nedeniyle ölçümleri ret etme gibi sorunlar alınan verilerin iptaline sebep olmuştur.

Ayrıca literatür araştırmasında değinildiği üzere yeme bozukluğu davranışlarına sahip katılımcıların bunu bir sorun olarak görmeme, reddetme ya da gizleme isteklerinden dolayı

sorulara net cevap verilmemesi, farklı duygusal durumlarda sergiledikleri yeme davranışlarını hatırlamamaları ve anket esnasında içinde bulunan psikolojik durumun yanıtları etkileme olasılığı çalışmanın güçlükleri arasındadır.

4. BULGULAR

Bu çalışma, Gümüşhane Üniversitesi'nin farklı alanlarında öğrenim gören 18 yaş ve üzeri, 144'ü (%43,5) erkek ve 187'si (%56,5) kadın toplam 331 öğrenci üzerinde yapılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $22,08 \pm 1,80$ yıldır.

4.1. Katılımcıların Genel Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Katılımcılara ait genel bilgilerin dağılımı Çizelge 4.1'de verilmiştir. Öğrencilerin % 99,7'si bekârdır. Katılımcıların %40,8'i MDBF, %43,5'i SBF ve %15,7'si BESYO'da öğrenim görmektedir. Cinsiyet ile okunan alanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p=0,000$). Erkeklerin yarıdan fazlasının (%59,8) MDBF'de okuduğu, kadınların yarıdan fazlasının (%61,5) ise SBF'de okuduğu belirlenmiştir.

Erkeklerin %44,4'ü öğrenci evinde, %25,1'i devlet yurdunda ve %22,2'si özel yurttan; kadınların ise %56,7'si devlet yurdunda, %27,3'ü özel yurttan ve %11,2'si de öğrenci evinde kalmaktadır. Cinsiyet ile barınma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p=0,000$). Cinsiyet ile çalışma durumu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,014$). Erkeklerin %9,7'si, kadınların %3,2'si çalıştığını bildirmiştir.

Çizelge 4.1. Katılımcılara ait genel bilgilerin dağılımı

Genel Bilgiler	Erkek (n:144)		Kadın (n:187)		Toplam (n:331)		İstatistiksel Analiz Olasılık
	S	%	S	%	S	%	
Medeni durum							
Evli	1	0,7	-	-	1	0,3	$\chi^2=1,303$ $p=0,254$
Bekâr	143	99,3	187	100,0	330	99,7	
Fakülte/yüksekokul							
MDBF	86	59,8	49	26,2	135	40,8	$\chi^2=57,580$ $p=0,000^*$
SBF	29	20,1	115	61,5	144	43,5	
BESYO	29	20,1	23	12,3	52	15,7	
Barınma şekli							
Devlet yurdu	36	25,1	106	56,7	142	42,9	$\chi^2=56,533$ $p=0,000^*$
Özel yurt	32	22,2	51	27,3	83	25,1	
Tek başına	2	1,4	1	0,5	3	0,9	
Öğrenci evi	64	44,4	21	11,2	85	25,7	
Aileyle birlikte	10	6,9	8	4,3	18	5,4	
Çalışma durumu							
Çalışıyor	14	9,7	6	3,2	20	6,0	$\chi^2=6,080$ $p=0,014^{**}$
Çalışmıyor	130	90,3	181	96,8	311	94,0	

* $p<0,001$ ** $p<0,05$

4.2. Katılımcıların Genel Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların cinsiyete göre genel sağlık durumlarının dağılımı Çizelge 4.2’de verilmiştir. Öğrencilerin %91,5’inde doktor tarafından tanısı konmuş herhangi bir hastalık bulunmamaktadır. Erkeklerin %5,6’sı, kadınların ise %10,7’si tanısı konmuş bir hastalığa sahiptir. Erkeklerin %37,5’inde sindirim sistemi hastalıkları, % 25’inde kalp-damar hastalıkları; kadınların ise %35’inde anemi, %20’sinde sindirim sistemi hastalıkları bulunmaktadır. Erkeklerin %4,2’sinin, kadınların da %8’inin düzenli ilaç kullandığı belirlenmiştir. Cinsiyet ile doktor tarafından tanısı konmuş hastalık ve düzenli ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.2. Katılımcıların cinsiyete göre genel sağlık durumlarının dağılımı

Sağlık Durumu	Erkek (n:144)		Kadın (n:187)		Toplam (n:331)		İstatistiksel Analiz Olasılık
	S	%	S	%	S	%	
Doktor tarafından tanısı konmuş hastalık durumu							
Var	8	5,6	20	10,7	28	8,5	$\chi^2=2,888$ p=0,089
Yok	136	94,4	167	89,3	303	91,5	
Tanısı konmuş hastalıklar*							
Diyabet	1	12,5	-	-	1	3,6	$\chi^2=2,034$ p=0,154
Hipertansiyon	-	-	1	5,0	1	3,6	
Anemi	-	-	7	35,0	7	25,0	
Kalp damar hastalıkları	2	25,0	1	5,0	3	10,7	
Böbrek hastalıkları	-	-	3	15,0	3	10,7	
Sindirim sistemi hastalıkları	3	37,5	4	20,0	7	25,0	
Alerji	1	12,5	2	10,0	3	10,7	
Psikolojik hastalık	1	12,5	1	5,0	2	7,1	
Kas-iskelet sistemi hastalıkları	-	-	1	5,0	1	3,6	
Düzenli ilaç kullanma							
Kullanıyor	6	4,2	15	8,0	21	6,3	$\chi^2=2,034$ p=0,154
Kullanmıyor	138	95,8	172	92,0	310	93,7	

*Tanısı konmuş hastalığa sahip bireyler üzerinden değerlendirilmiştir.

Katılımcıların cinsiyete ve okudukları alanlara göre diyet yapma durumları ile zayıflama amaçlı uyguladıkları yöntemlerin dağılımı Çizelge 4.3’te verilmiştir. Cinsiyete göre dağılıma bakıldığında erkeklerin %22,9’unun, kadınların ise %29,4’ünün daha önce diyet yaptıkları tespit edilmiştir. Bugüne kadar uygulanan diyet sayısı incelendiğinde erkeklerin % 87,9’unun 1-4 kez, %6,1’inin 10’dan fazla; kadınların ise %65,5’inin 1-4 kez, %18,2’sinin ise 5-10 kez diyet yaptıkları görülmüştür. Erkeklerin uyguladıkları diyeti en çok akupunktur uzmanından (%39,4) ve arkadaş tavsiyesi (%24,2) üzerine aldıkları belirlenmiştir. Kadın

öğrencilerin en çok medya (%29,1) ve spor eğitmeni (%25,5) aracılığıyla aldıkları diyetleri uyguladıkları tespit edilmiştir. Zayıflama amacıyla kullanılan yöntemlere bakıldığında erkeklerin %75,8'inin egzersiz yaptığı, %69,7'sinin zayıflama diyeti uyguladığı, %57,6'sının daha az yağlı ve %54,5'inin daha az şekerli besin tükettiği görülmüştür. Kadınlarda uygulanan yöntemler ise sırasıyla zayıflama diyeti (%83,6), egzersiz (%52,7), daha az şekerli besin tüketme (%49,1) ve daha az yağlı besin tüketme (%47,3) olarak bulunmuştur.

Erkek ve kadın öğrencilerin okudukları alanlara göre diyet yapma durumları ve yaptıkları diyet sayısı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.3. Katılımcıların cinsiyete ve okudukları alanlara göre diyet yapma durumları ile zayıflama amaçlı uyguladıkları yöntemlerin dağılımı

36

Değişkenler	Erkek (n:144)								İstatistiksel Analiz Olasılık	Kadın (n:187)								İstatistiksel Analiz Olasılık
	MDBF (n:86)		SBF (n:29)		BESYO (n:29)		Toplam (n:144)			MDBF (n:49)		SBF (n:115)		BESYO (n:23)		Toplam (n:187)		
	S	%	S	%	S	%	S	%		S	%	S	%	S	%	S	%	
Diyet yapma durumu																		
Yapıyor	18	20,9	8	27,6	7	24,1	33	22,9	$\chi^2=0,575$ p=0,750	15	30,6	33	28,7	7	30,4	55	29,4	$\chi^2=0,021$ p=0,990
Yapmıyor	68	79,1	21	72,4	22	75,9	111	77,1		34	69,4	82	71,3	16	69,6	132	70,6	
Kaç kez diyet yaptığı																		
1-4 kez	16	88,8	7	87,5	6	85,7	29	87,9	$\chi^2=5,238$ p=0,514	6	40,0	27	81,8	3	42,8	36	65,5	$\chi^2=0,187$ p=0,666
5-10 kez	1	5,6	-	-	-	-	1	3,0		4	26,7	5	15,2	1	14,3	10	18,2	
10'dan fazla	1	5,6	-	-	1	14,3	2	6,1		1	6,6	-	-	1	14,3	2	3,6	
Her zaman	-	-	1	12,5	-	-	1	3,0		4	26,7	1	3,0	2	28,6	7	12,7	
Diyet kaynağı																		
Doktor	3	16,7	2	25,0	-	-	5	15,2		1	6,7	2	6,1	2	28,6	5	9,1	
Arkadaş tavsiyesi	3	16,7	5	62,5	-	-	8	24,2		4	26,6	2	6,1	-	-	6	10,9	
Medya	1	5,6	-	-	-	-	1	3,0		5	33,3	9	27,3	2	28,6	16	29,1	
Diyetisyen	2	11,1	1	12,5	1	14,3	4	12,1		4	26,7	7	21,1	1	14,2	12	21,8	
Akupunktur uzmanı	7	38,8	-	-	6	85,7	13	39,4		-	-	2	6,1	-	-	2	3,6	
Spor eğitmeni	2	11,1	-	-	-	-	2	6,1		1	6,7	11	33,3	2	28,6	14	25,5	
Uygulanan yöntemler*																		
Zayıflama diyeti	14	77,8	5	62,5	4	57,1	23	69,7		14	93,3	25	75,8	7	100,0	46	83,6	
Kusma	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	2	6,1	1	14,3	3	5,5	
Egzersiz	15	83,3	4	50,0	6	85,7	25	75,8		7	46,7	16	48,5	6	85,7	29	52,7	
Öğün atlama	1	5,6	2	25,0	-	-	3	9,1		4	26,7	8	24,2	-	-	12	21,8	
Sigara içme	2	11,1	-	-	-	-	2	6,1		2	13,3	-	-	-	-	2	3,6	
Düretik kullanımı	-	-	-	-	-	-	-	-		1	6,7	-	-	-	-	1	1,8	
Zayıflama ilacı kullanımı	-	-	-	-	-	-	-	-		1	6,7	-	-	-	-	1	1,8	
Zayıflatıcı besin kullanımı	-	-	-	-	-	-	-	-		2	13,3	1	3,0	-	-	3	5,5	
Laksatif kullanımı	-	-	-	-	1	14,3	1	3,0		-	-	2	6,0	1	14,3	3	5,5	
Daha az yağlı besin tüketme	12	66,7	4	50,0	3	42,9	19	57,6		9	60,0	13	39,4	4	57,1	26	47,3	
Daha az şekerli besin tüketme	12	66,7	4	50,0	2	28,6	18	54,5		9	60,0	15	45,5	3	42,9	27	49,1	

*Birden fazla yanıt almıştır.

Katılımcıların cinsiyete ve okudukları alanlara göre sigara ve alkol kullanma durumlarının dağılımı Çizelge 4.4'te verilmiştir. Erkeklerin %59'u, kadınların %88,2'si sigara içmediklerini belirtmiştir. Sigara içen erkeklerin sıklığı (%41) kadınlardan (%11,8) daha yüksektir. Okudukları alanlara göre MDBF'de okuyan erkeklerin %47,7'sinin, kadınların %24,5'inin, SBF'de okuyan erkeklerin %27,6'sının, kadınların %7'sinin ve BESYO'da okuyan erkeklerin % 34,5'inin, kadınların %8,7'sinin sigara içtikleri bulunmuştur. Kadınların okudukları alan ile sigara kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p=0,005$). Kadınlarda sigara içme sıklığının en yüksek olduğu fakültenin MDFA, en düşük olduğu fakültenin SBF olduğu belirlenmiştir.

Alkol kullanma durumları incelendiğinde, erkek öğrencilerin %75,7'sinin, kadın öğrencilerin ise %95,2'sinin alkol kullanmadığı saptanmıştır. MDBF'de okuyan öğrencilerin alkol kullanma sıklığı erkek ve kadınlarda sırasıyla %24,4; %14,3, BESYO'da sırasıyla %24,1; %8,7 olarak bulunmuştur. SBF'de okuyan erkek öğrencilerin %24,1'i alkol kullandığını belirtmişlerdir. Kadınların okudukları alan ile alkol kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p=0,000$). Kadınlarda alkol kullanım sıklığının en yüksek olduğu fakültenin MDBF olduğu ve SBF'de okuyan kadınların tamamının ise hiç alkol kullanmadığı belirlenmiştir.

Çizelge 4.4. Katılımcıların cinsiyete ve okudukları alanlara göre sigara ve alkol kullanma durumlarının dağılımı

Değişken	Erkek (n:144)								İstatistiksel Analiz Olasılık	Kadın (n:187)								İstatistiksel Analiz Olasılık
	MDBF (n:86)		SBF (n:29)		BESYO (n:29)		Toplam (n:144)			MDBF (n:49)		SBF (n:115)		BESYO (n:23)		Toplam (n:187)		
	S	%	S	%	S	%	S	%		S	%	S	%	S	%	S	%	
Sigara içme durumu																		
İçiyor	41	47,7	8	27,6	10	34,5	59	41,0	$\chi^2=4,251$	12	24,5	8	7,0	2	8,7	22	11,8	$\chi^2=10,413$
İçmiyor	45	52,3	21	72,4	19	65,5	85	59,0	p=0,119	37	75,5	107	93,0	21	91,3	165	88,2	p=0,005*
Alkol kullanma durumu																		
Kullanıyor	21	24,4	7	24,1	7	24,1	35	24,3	$\chi^2=0,001$	7	14,3	-	-	2	8,7	9	4,8	$\chi^2=16,170$
Kullanmıyor	65	75,6	22	75,9	22	75,9	109	75,7	p=0,999	42	85,7	115	100,0	21	91,3	178	95,2	p=0,000**

*p<0,05 **p<0,001

4.3. Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi

Öğrencilerin beslenme alışkanlıkları incelendiğinde; erkeklerin ana öğün ortalamasının $2,33 \pm 0,63$ kez, kadınların ana öğün ortalamasının $2,24 \pm 0,51$ kez olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan tüm öğrencilerin ana öğün ortalaması ise $2,28 \pm 0,56$ kez olarak bulunmuştur. Katılımcıların cinsiyete göre ana öğün tüketim durumlarının dağılımı Çizelge 4.5'te verilmiştir. Erkek öğrencilerin %73,6'sı, kadın öğrencilerin %64,7'si öğün atladıklarını belirtmişlerdir. Toplamda öğün atlama sıklığı ise %68,6 olarak bulunmuştur. Erkek öğrencilerin en çok atladığı öğünün sabah (%55,2) ve öğle (%37,8); kadın öğrencilerin ise ilk sırada öğle (%57,5) ve sabah (%41,3) olduğu belirlenmiştir. Öğün atlama nedenleri incelendiğinde; her iki cinsiyette de “zaman yetersizliği” ilk sırada yer almaktadır (E: %37,8; K: %41,3). Cinsiyet ile öğün atlama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.5. Katılımcıların cinsiyete göre ana öğün tüketim durumlarının dağılımı

Öğün Tüketim Durumu	Erkek (n:144)		Kadın (n:187)		Toplam (n:331)		İstatistiksel Analiz Olasılık
	S	%	S	%	S	%	
Ana öğün atlama durumu							
Atlıyor	106	73,6	121	64,7	227	68,6	$\chi^2=5,586$ $p=0,061$
Atlamıyor	1	0,7	8	4,3	9	2,7	
Bazen	37	35,7	58	31,0	95	28,7	
Atlanılan öğün							
Sabah	79	55,2	74	41,3	155	48,1	
Öğle	54	37,8	103	57,5	159	49,4	
Akşam	10	7,0	2	1,2	8	2,5	
Öğün atlama sebebi*							
Zaman yetersizliği	54	37,8	74	41,3	128	39,8	
Alışkanlığı yok	29	20,3	40	22,3	69	21,4	
Sabahları geç kalkma	43	30,1	35	19,6	78	24,2	
Hazırlanmadığı için	15	10,5	19	10,6	34	10,6	
Kilo almamak için	2	1,4	6	3,4	8	2,5	
Can istemiyor / iştahsız	25	17,5	29	16,2	54	16,8	
Sağlık problemleri	1	0,7	1	0,6	2	0,6	

* Birden fazla yanıt alınmıştır.

4.4. Katılımcıların Fiziksel Aktivite Durumlarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların cinsiyete ve okudukları alanlara göre fiziksel aktivite yapma durumlarının dağılımı Çizelge 4.6'da verilmiştir. Buna göre MDBF'de okuyan erkeklerin %30,2'sinin, kadınların %14,3'ünün, SBF'de okuyan erkeklerin %20,6'sının, kadınların %14,8'inin ve BESYO'da okuyan erkeklerin %82,8'inin, kadınların %82,6'sının düzenli olarak fiziksel aktivite yaptığı bulunmuştur. Her iki cinsiyette de okudukları alanlar ile düzenli fiziksel aktivite yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p=0,000$). Düzenli fiziksel aktivitede en yüksek alanın BESYO olduğu bulunmuştur.

Düzenli fiziksel aktivite yapan öğrenciler arasında şiddetli fiziksel aktiviteyi haftada 3 kez veya daha fazla yapan erkek ve kadın öğrenciler sırasıyla MDBF için %61,5; %42,9, SBF için %50; %47,1 ve BESYO için %66,7; %63,2 olarak bulunmuştur. Erkek ve kadın öğrencilerin okudukları alan ile şiddetli fiziksel aktivite yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p=0,000$). En yüksek BESYO'da okuyan öğrencilerin haftada 3 kez veya daha fazla şiddetli fiziksel aktivite yaptıkları belirlenmiştir.

Orta düzeyde fiziksel aktiviteyi haftada 3 kez veya daha fazla yapan erkek ve kadın öğrenciler sırasıyla MDBF'de %30,8; %28,6 ve BESYO'da %33,3; %10,5 şeklinde tespit edilmiştir. Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde orta düzey fiziksel aktiviteyi haftada 3 kez veya daha fazla yapan kadın öğrencilerin sıklığı ise %29,4 olarak tespit edilmiştir. Erkek ve kadın öğrencilerin okudukları alan ile orta düzeyde fiziksel aktivite yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p=0,000$). SBF'de okuyan erkek öğrenciler diğer alanlarda okuyanlara göre haftada 3 kez veya daha fazla orta düzeyde fiziksel aktiviteyi hiç yapmıyorken; kadın öğrenciler için en yüksek yapan alan SBF olarak belirlenmiştir.

Fiziksel aktivite skoru değerlendirildiğinde erkeklerin %29,2'sinin, kadınların %15,5'inin "yeterli düzeyde aktif" olduğu bulunmuştur. Erkek öğrencilerden MDBF'de okuyanların %19,8'inin, SBF'de okuyanların %13,8'inin ve BESYO'da okuyanların %72,4'ünün fiziksel aktivite skoru yeterli düzeyde bulunmuşken; kadınların okudukları alanlara göre sırasıyla %10,2, %8,7 ve %60,9'unun yeterli düzeyde aktif oldukları belirlenmiştir. Erkek ve kadın öğrencilerin okudukları alan ile fiziksel aktivite skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p=0,000$). En yüksek yeterli düzeyde fiziksel aktivite skoruna sahip alanın BESYO olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.6. Katılımcıların cinsiyete ve okudukları alanlara göre fiziksel aktivite yapma durumlarının dağılımı

Değişkenler	Erkek (n:144)								İstatistiksel Analiz Olasılık	Kadın (n:187)								İstatistiksel Analiz Olasılık	
	MDBF (n:86)		SBF (n:29)		BESYO (n:29)		Toplam (n:144)			MDBF (n:49)		SBF (n:115)		BESYO (n:23)		Toplam (n:187)			
	S	%	S	%	S	%	S	%		S	%	S	%	S	%	S	%		
Düzenli fiziksel aktivite yapma																			
Yapıyor	26	30,2	6	20,6	24	82,8	56	38,9	$\chi^2=31,195$	7	14,3	17	14,8	19	82,6	43	23,0	$\chi^2=52,640$	
Yapmıyor	60	69,8	23	79,4	5	17,2	88	61,1	p=0,000*	42	85,7	98	85,2	4	17,4	144	77,0	p=0,000*	
Şiddetli fiziksel aktivite yapma																			
≥3 kez (hafta)	16	61,5	3	50,0	16	66,7	35	62,5	$\chi^2=33,124$	3	42,9	8	47,1	12	63,2	23	53,5	$\chi^2=57,432$	
1-2 kez	10	38,5	3	50,0	8	33,3	21	37,5	p=0,000*	4	57,1	9	52,9	7	36,8	20	46,5	p=0,000*	
Orta düzey fiziksel aktivite																			
≥3 kez (hafta)	8	30,8	-	-	8	33,3	16	28,6	$\chi^2=34,117$	2	28,6	5	29,4	2	10,5	8	18,6	$\chi^2=43,123$	
1-2 kez	18	69,2	6	100,0	16	66,7	40	71,4	p=0,000*	5	71,4	12	70,6	17	89,5	35	81,4	p=0,000*	
Fiziksel aktivite skoru																			
Yeterli (≥4)	17	19,8	4	13,8	21	72,4	42	29,2	$\chi^2=33,249$	5	10,2	10	8,7	14	60,9	29	15,5	$\chi^2=41,244$	
Yetersiz (<4)	69	80,2	25	86,2	8	27,6	102	70,8	p=0,000*	44	89,8	105	91,3	9	39,1	158	84,5	p=0,000*	

*p<0,001

4.5. Katılımcıların Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların cinsiyete ve okudukları alanlara göre bazı antropometrik ölçümlerinin ve BKİ değerlerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri Çizelge 4.7’de verilmiştir. Erkek öğrencilerde vücut ağırlığı $76,30 \pm 12,52$ kg, boy uzunluğu $177,00 \pm 7,0$ cm ve BKİ ortalaması $24,27 \pm 3,76$ kg/ m² iken; kadın öğrencilerde bu değerler sırasıyla $58,26 \pm 9,06$ kg, $163,00 \pm 6,0$ cm ve $21,99 \pm 3,20$ kg/m² olarak bulunmuştur. Erkeklerde bel çevresi $86,83 \pm 9,55$ cm ve kadınlarda ise $73,26 \pm 7,50$ cm olarak belirlenmiştir.

Erkek öğrencilerin okudukları alanlar ile antropometrik ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamışken; kadın öğrencilerde sırasıyla vücut ağırlığı (kg), boy uzunluğu (cm) ve bel çevresi (cm) ölçümleri ile okudukları alanlar arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre MDBF ve SBF’de okuyan kadın öğrencilerin vücut ağırlığı ($p < 0,05$) ve boy uzunluğu ($p < 0,001$) BESYO’da okuyanlardan anlamlı düzeyde daha düşüktür. Ayrıca MDBF’de okuyan kadın öğrencilerin bel çevresi BESYO’da okuyanlardan anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p < 0,05$).

Öğrencilerin cinsiyete ve okudukları alanlara göre BKİ sınıflaması ve bel çevresi değerlendirmesinin dağılımı ise Çizelge 4.8’de verilmiştir. MDBF’de okuyan erkek ve kadın öğrencilerin sırasıyla %59,3 ve %67,3’ü normal, %27,9 ve %10,2’si hafif şişman, %9,3 ve %2’si şişman bulunmuştur. SBF’de okuyan erkek öğrencilerin %58,6’sı normal, %34,5’i hafif şişman ve %6,9’u şişman; kadın öğrencilerin %74,8’i normal, %15,7’si hafif şişman ve %0,9’u şişman olarak saptanmıştır. BESYO’da okuyan erkek öğrencilerin %82,8’si; kadın öğrencilerin ise %91,4’ü normal BKİ’de saptanmıştır. Erkek ve kadın öğrencilerin okudukları alanlar ile BKİ sınıflaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Erkek (%80,5) ve kadın (%81,3) öğrencilerin büyük çoğunluğunun bel çevresi normal sınırlarda bulunmuştur. Kadınlarda artmış risk sıklığı (%15) erkeklerden (%13,9) yüksek iken; erkeklerde yüksek risk sıklığı (%5,6) kadınlardan (%3,7) daha yüksek bulunmuştur. Ancak erkek ve kadın öğrencilerin bel çevresi değerlendirmesinde alanlar arası dağılıma bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.7. Katılımcıların cinsiyete ve okudukları alanlara göre bazı antropometrik ölçümlerinin ve BKİ değerlerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri

Değişken	Erkek (n:144)								İstatistiksel Analiz Olasılık	Kadın (n:187)								İstatistiksel Analiz Olasılık	
	MDBF (n:86)		SBF (n:29)		BESYO (n:29)		Toplam (n:144)			MDBF (n:49) ⁽¹⁾		SBF (n:115) ⁽²⁾		BESYO (n:23) ⁽³⁾		Toplam (n:187)			
	$\bar{x}\pm SS$	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]		
Vücut ağırlığı (kg)	76,72±12,60	748 [148]	77,72±15,11	740 [23,0]	73,66±8,96	720 [8,5]	76,30±12,52	740 [148]	$\chi^2=1,091$ p=0,579	56,62±10,01	55,0 [15,8]	58,15±8,24	56,9 [11,5]	62,33±10,02	60,0 [9,0]	58,26±9,06	57,0 [12,1]	$\chi^2=7,264$ p=0,026** [12-3]	
Boy uzunluğu (cm)	177,00±7,0	180,0 [10,0]	176,00±6,0	180,0 [10,0]	179,00±7,0	180,0 [10,0]	177,00±7,0	180,0 [10,0]	$\chi^2=3,785$ p=0,151	163,00±6,0	160,0 [10,0]	162,00±6,0	160,0 [10,0]	167,00±4,0	170,0 [10,0]	163,00±6,0	160,0 [10,0]	$\chi^2=18,660$ p=0,000* [12-3]	
Bel çevresi (cm)	87,27±10,23	86,0 [11,0]	87,93±10,73	87,0 [12,0]	84,45±5,05	85,0 [5,0]	86,83±9,55	86,0 [9,0]	$\chi^2=2,016$ p=0,365	70,95±7,05	69,0 [8,5]	73,75±7,18	73,0 [10,0]	75,74±8,96	75,0 [12,0]	73,26±7,50	72,0 [10,0]	$\chi^2=87,764$ p=0,013*** [1-3]	
BKİ (kg/m ²)	24,49±3,80	239 [4,6]	24,03±4,68	24,0 [6,1]	22,85±1,97	22,7 [2,5]	24,27±3,76	23,6 [4,2]	$\chi^2=5,396$ p=0,067	21,32±3,57	20,7 [4,1]	22,20±3,07	21,7 [4,0]	22,31±2,93	21,8 [2,2]	21,99±3,20	21,5 [3,7]	$\chi^2=5,246$ p=0,073	
* p<0,001		** p<0,05																	

* p<0,001 ** p<0,05

Çizelge 4.8. Katılımcıların cinsiyete ve okudukları alanlara göre BKİ sınıflaması ve bel çevresi değerlendirmesinin dağılımı

BKİ Sınıflaması ve Bel Çevresi Değerlendirmesi	Erkek (n:144)								İstatistiksel Analiz Olasılık	Kadın (n:187)								İstatistiksel Analiz Olasılık
	MDBF (n:86)		SBF (n:29)		BESYO (n:29)		Toplam (n:144)			MDBF (n:49)		SBF (n:115)		BESYO (n:23)		Toplam (n:187)		
	S	%	S	%	S	%	S	%		S	%	S	%	S	%	S	%	
BKİ sınıflaması																		
Zayıf	3	3,5	-	-	-	-	3	2,1	$\chi^2=8,396$ p=0,210	10	20,5	10	8,6	-	-	20	10,7	$\chi^2=12,203$ p=0,058
Normal	51	59,3	17	58,6	24	82,8	92	63,9		33	67,3	86	74,8	21	91,4	140	74,9	
Hafif şişman	24	27,9	10	34,5	5	17,2	39	27,1		5	10,2	18	15,7	1	4,3	24	12,8	
Şişman	8	9,3	2	6,9	-	-	10	6,9		1	2,0	1	0,9	1	4,3	3	1,6	
Bel çevresi değerlendirme																		
Risk yok	67	77,9	22	75,9	27	93,1	116	80,5	$\chi^2=4,087$ p=0,394	44	89,8	91	79,1	17	73,9	152	81,3	$\chi^2=4,431$ p=0,351
Artmış risk	13	15,1	5	17,2	2	6,9	20	13,9		3	6,1	20	17,4	5	21,8	28	15,0	
Yüksek risk	6	7,0	2	6,9	-	-	8	5,6		2	4,1	4	3,5	1	4,3	7	3,7	

4.6. Katılımcıların Duygusal İştah ve Yeme Davranışlarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların cinsiyete göre DİA olumsuz ve olumlu toplam puanlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri Çizelge 4.9'da verilmiştir. Erkeklerin DİA olumsuz toplam puanı $54,26 \pm 17,08$ ve olumlu toplam puanı $44,69 \pm 9,75$ olarak bulunmuştur. Kadınların DİA olumsuz toplam puanı $50,75 \pm 17,51$ ve olumlu toplam puanı $44,00 \pm 11,01$ olarak bulunmuştur. Erkek ve kadınların DİA olumsuz toplam puanları, DİA olumlu toplam puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p=0,000$). Öğrencilerin cinsiyete göre DİA olumsuz toplam puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p=0,022$). Erkeklerin DİA olumsuz puanı, kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,05$).

Çizelge 4.9. Katılımcıların cinsiyete göre DİA olumsuz ve olumlu toplam puanlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri

Değişken	Erkek (n:144)		Kadın (n:187)		İstatistiksel Analiz Olasılık
	$\bar{x} \pm SS$	M [IQR]	$\bar{x} \pm SS$	M [IQR]	
DİA Olumsuz	$54,26 \pm 17,08$	54,0 [22,8]	$50,75 \pm 17,51$	50,0 [24,0]	$Z=-2,282$ $p=0,022^{**}$
DİA Olumlu	$44,69 \pm 9,75$	43,0 [10,0]	$44,00 \pm 11,01$	43,0 [13,0]	$Z=-0,151$ $p=0,880$
İstatistiksel Analiz Olasılık	$Z=-5,766$ $p=0,000^*$		$Z=-3,873$ $p=0,000^*$		

* $p<0,001$ ** $p<0,05$

Katılımcıların cinsiyete ve okudukları alanlara göre DİA olumsuz ve olumlu toplam puanlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri Çizelge 4.10'da verilmiştir. Erkek öğrencilerin okudukları alanlara göre DİA olumsuz toplam puanı MDBF'de $54,80 \pm 14,85$, SBF'de $54,72 \pm 20,75$ ve BESYO'da $52,21 \pm 19,60$ olarak bulunmuştur. Olumlu toplam puanları ise sırasıyla $43,60 \pm 10,04$, $47,28 \pm 9,18$ ve $45,31 \pm 9,22$ olarak bulunmuştur. Erkeklerin okudukları alanlara göre DİA olumlu ve olumsuz toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Kadın öğrencilerin okudukları alanlara göre DİA olumsuz toplam puanı MDBF'de $46,76 \pm 14,84$, SBF'de $52,51 \pm 17,48$ ve BESYO'da $50,48 \pm 21,85$ olarak bulunmuştur. Olumlu toplam puanları ise sırasıyla $44,79 \pm 9,82$, $45,42 \pm 10,40$ ve $35,22 \pm 12,75$ olarak bulunmuştur. Kadınların okudukları alanlara göre DİA olumlu toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p=0,006$). Buna göre BESYO'da okuyan kadın öğrencilerin DİA olumlu toplam puanı diğer alanlarda okuyanlardan anlamı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Çizelge 4.10. Katılımcıların cinsiyete ve okudukları alanlara göre DİA olumsuz ve olumlu toplam puanlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri

Değişken	Erkek (n:144)						İstatistiksel Analiz Olasılık	Kadın (n:187)						İstatistiksel Analiz Olasılık
	MDBF (n:86)		SBF (n:29)		BESYO (n:29)			MDBF (n:49) ⁽¹⁾		SBF (n:115) ⁽²⁾		BESYO (n:23) ⁽³⁾		
	$\bar{x}\pm SS$ 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]		
DİA Olumsuz	54,80±14,85 54,5 [19,5]		54,72±20,75 51,0 [24,0]		52,21±19,60 54,0 [29,0]		F=0,261 p=0,771	46,76±14,84 45,0 [25,5]		52,51±17,48 52,0 [22,0]		50,48±21,85 51,0 [35,0]		F=1,878 p=0,156
DİA Olumlu	43,60±10,04 42,0 [10,0]		47,28±9,18 46,0 [12,0]		45,31±9,22 46,0 [11,0]		$\chi^2=4,770$ p=0,092	44,79±9,82 43,0 [9,5]		45,42±10,40 44,0 [12,0]		35,22±12,75 38,0 [21,0]		$\chi^2=10,170$ p=0,006* [1,2-3]

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

Katılımcıların cinsiyete ve okudukları alanlara göre TFEQ-R21 alt ölçek puanlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri Çizelge 4.11’de gösterilmiştir. “Kontrolsüz yeme” alt ölçek puanları MDBF, SBF ve BESYO’da okuyan erkek öğrencilerde sırasıyla $21,50 \pm 5,24$, $22,00 \pm 3,97$, $23,38 \pm 5,22$; “bilişsel kısıtlama” alt ölçek puanları $11,19 \pm 3,83$, $13,07 \pm 4,09$, $12,28 \pm 4,25$ ve “duygusal yeme” alt ölçek puanları $10,71 \pm 3,87$, $12,48 \pm 4,27$, $11,31 \pm 3,11$ olarak bulunmuştur. Erkeklerin okudukları alanlara göre TFEQ-R21 alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Kadın öğrencilerin “kontrolsüz yeme” alt ölçek puanları sırasıyla MDBF için $22,65 \pm 5,59$, SBF için $22,85 \pm 5,45$ ve BESYO için $21,22 \pm 5,30$ olarak bulunmuştur. Bilişsel kısıtlama alt ölçek puanlarına bakıldığında ise SBF ($13,59 \pm 3,90$) ve BESYO’da ($14,57 \pm 3,30$) okuyanların MDBF’de ($12,04 \pm 4,34$) okuyan kadın öğrencilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Kadın öğrencilerin okudukları alanlara göre “duygusal yeme” alt ölçek puanı açısından MDBF ve BESYO arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Buna göre BESYO’da okuyan kadınların duygusal yeme puanı ($14,09 \pm 4,42$) MDBF’de okuyanlardan ($11,20 \pm 3,80$) anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p < 0,05$).

Cinsiyetler arası istatistiksel farka bakıldığında ise TFEQ-R21 alt ölçekleri olan “bilişsel kısıtlama” ve “duygusal yeme” puanlarının erkek öğrencilerde kadınlardan anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).

Çizelge 4.11. Katılımcıların cinsiyete ve okudukları alanlara göre TFEQ-R21 alt ölçek puanlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri

Değişken	Erkek (n:144)								İstatistiksel Analiz Olasılık	Kadın (n:187)								İstatistiksel Analiz Olasılık	Analiz**
	MDBF (n:86)		SBF (n:29)		BESYO (n:29)		Toplam (n:144)			MDBF (n:49) ⁽¹⁾		SBF (n:115) ⁽²⁾		BESYO (n:23) ⁽³⁾		Toplam (n:187)			
	$\bar{x}\pm SS$	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]		
Kontrolsüz yeme	21,50±5,24	21,5 [7,0]	22,00±3,97	22,0 [5,0]	23,38±5,22	23,0 [7,0]	21,98±5,03	22,0 [7,0]	F=1,525 p=0,221	22,65±5,59	23,0 [7,5]	22,85±5,45	23,0 [7,0]	21,22±5,30	21,0 [6,0]	22,60±5,46	23,0 [7,0]	F=0,860 p=0,425	Z=-1,204 p=0,229
Bilişsel kısıtlama	11,19±3,83	11,0 [6,0]	13,07±4,09	13,0 [6,5]	12,28±4,25	12,0 [7,5]	11,78±4,02	11,5 [7,0]	$\chi^2=5,529$ p=0,063	12,04±4,34	13,0 [8,0]	13,59±3,90	14,0 [5,0]	14,57±3,30	14,0 [3,0]	13,30±4,02	13,0 [5,0]	$\chi^2=6,161$ p=0,046* [1-2,3]	Z=-3,286 p=0,001*
Duygusal yeme	10,71±3,87	10,0 [6,0]	12,48±4,27	12,0 [4,5]	11,31±3,11	12,0 [4,5]	11,19±3,85	11,0 [5,0]	$\chi^2=4,771$ p=0,092	11,20±3,80	11,0 [6,0]	12,26±4,46	12,0 [7,0]	14,09±4,42	14,0 [6,0]	12,21±4,35	12,0 [7,0]	$\chi^2=6,101$ p=0,047* [1-3]	Z=-2,098 p=0,036*
χ^2 Kruskal-Wallis H istatistik değeri, F “ANOVA” test istatistik değeri.									*p<0,05	**Cinsiyete göre ölçeğe ilişkin puanların karşılaştırılması (Z “Mann-Whitney U” test istatistik değeri).									

4.7. Katılımcıların Bazı Değişkenlere Göre Yeme Bozukluğu Riski ve Duygusal Yeme Davranışlarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların cinsiyete göre yeme bozukluğu riskinin (REZZY skoruna göre) dağılımı Çizelge 4.12’de gösterilmiştir. Cinsiyet ile yeme bozukluğu riski arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,009$). Erkek öğrencilerin %33,3’ünün, kadınların ise %47,6’sının yeme bozukluğu riskine sahip olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.12. Katılımcıların cinsiyete göre yeme bozukluğu riskinin (REZZY skoruna göre) dağılımı

Yeme Bozukluğu Riski	Erkek (n:144)		Kadın (n:187)		İstatistiksel Analiz Olasılık
	S	%	S	%	
REZZY					
Risk var	48	33,3	89	47,6	$\chi^2=6,820$
Risk yok	96	66,7	98	52,4	p=0,009*

* $p<0,05$

Katılımcıların okudukları alanlara göre yeme bozukluğu riskinin dağılımı Çizelge 4.13’te verilmiştir. Buna göre MDBF’de %37,8, SBF’de %48,6 ve BESYO’da %30,8 yeme bozukluğu riski bulunmaktadır. SBF’de görülen yeme bozukluğu riski diğer iki alandan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Öğrencilerin tümünde görülen yeme bozukluğu riski ise %41,4 olarak tespit edilmiştir.

Çizelge 4.13. Katılımcıların okudukları alanlara göre yeme bozukluğu riskinin dağılımı

Yeme Bozukluğu Riski	MDBF (n:135)		SBF (n:144)		BESYO (n:52)		Toplam (n:331)		İstatistiksel Analiz Olasılık
	S	%	S	%	S	%	S	%	
REZZY									
Risk var	51	37,8	70	48,6	16	30,8	137	41,4	$\chi^2=6,239$
Risk yok	84	62,2	74	51,4	36	69,2	194	58,6	p=0,044*

* $p<0,05$

Katılımcıların BKİ, bel çevresi, fiziksel aktivite skoru ve diyet yapma durumlarının yeme bozukluğu riskine göre dağılımı Çizelge 4.14'te verilmiştir. Her iki cinsiyet için BKİ ve diyet yapma durumu ile yeme bozukluğu riski arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuşken ($p<0,05$); fiziksel aktivite skoru ile herhangi bir ilişkiye rastlanılmamıştır ($p>0,05$). Buna göre yeme bozukluğu riskine sahip erkek ve kadın öğrenciler BKİ'ye göre sırasıyla %54,1 ve %76,4'ü "normal"; %29,2 ve %19,1'i "hafif şişman"; %16,7 ve %3,4'ü ise "şişman" sınıflamasında yer almıştır. Ayrıca yeme bozukluğuna sahip erkeklerin %39,6'sı, kadınların ise %49,4'ü diyet yaptıklarını belirtmiştir.

Erkeklerde yeme bozukluğu riskine sahip öğrencilerin yüksek risk yüzdesi (%12,5) yeme bozukluğu olmayanlara (%2,1) göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuşken ($p<0,05$); kadın öğrencilerde bel çevresi değerlendirmesi ile yeme bozukluğu riski arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.14. Katılımcıların BKİ, bel çevresi, fiziksel aktivite skoru ve diyet yapma durumlarının yeme bozukluğu riskine göre dağılımı

Değişken	Erkek (n:144)				İstatistiksel Analiz Olasılık	Kadın (n:187)				İstatistiksel Analiz Olasılık
	Risk var (n:48)		Risk yok (n:96)			Risk var (n:89)		Risk yok (n:98)		
	S	%	S	%		S	%	S	%	
BKİ sınıflaması										
Zayıf	-	-	3	3,1	$\chi^2=12,481$ p=0,006**	1	1,1	19	19,4	$\chi^2=23,101$ p=0,000*
Normal	26	54,1	66	68,8		68	76,4	72	73,5	
Hafif şişman	14	29,2	25	26,0		17	19,1	7	7,1	
Şişman	8	16,7	2	2,1		3	3,4	-	-	
Bel çevresi değerlendirmesi										
Risk yok	33	68,8	83	86,4	$\chi^2=8,721$ p=0,013**	67	75,3	85	86,6	$\chi^2=4,280$ p=0,118
Artmış risk	9	18,7	11	11,5		17	19,1	11	11,3	
Yüksek risk	6	12,5	2	2,1		5	5,6	2	2,0	
FA skoru										
Yeterli (≥4)	11	22,9	31	32,3	$\chi^2=1,361$ p=0,243	16	18,0	13	13,3	$\chi^2=0,790$ p=0,374
Yetersiz (<4)	37	77,1	65	67,7		73	82,0	85	86,7	
Diyet yapma durumu										
Yapıyor	19	39,6	14	14,6	$\chi^2=11,322$ p=0,001**	44	49,4	12	12,2	$\chi^2=30,756$ p=0,000*
Yapmıyor	29	60,4	82	85,4		45	50,6	86	87,8	

* $p<0,001$ ** $p<0,05$

Katılımcıların cinsiyet, BKİ ve fiziksel aktivite skorunun yeme bozukluğu riski ile ilişkisi Çizelge 4.15'te verilmiştir. Erkeklere göre kadınlarda 3,285 kat daha fazla yeme bozukluğu gelişme riski bulunmuştur ($p=0,000$). Ayrıca BKİ değerinin her bir birim artışında yeme bozukluğu gelişme riskinin 1,262 kat arttığı görülmüştür ($p=0,000$). Fiziksel aktivite skoru ile yeme bozukluğu gelişme riski arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.15. Katılımcıların cinsiyet, BKİ ve fiziksel aktivite skorunun yeme bozukluğu riski ile ilişkisi

Parametreler	B	Standart Hata	Wald	sd	p	OR	95% Güven Aralığı	
							Alt Sınır	Üst Sınır
Cinsiyet**	1,189	0,275	18,758	1	0,000*	3,285	1,918	5,627
BKİ	0,233	0,041	31,977	1	0,000*	1,262	1,164	1,368
Fiziksel aktivite skoru	-0,016	0,050	0,108	1	0,743	0,984	0,893	1,084
Sabit	-6,374	1,034	37,962	1	0,000*	0,002		
CCR=72,1%			$\chi^2_{(8)}=2,535$, $p=0,960$					

* $p<0,001$

OR:odds ratio

**Cinsiyet için referans kategori 'Erkek' öğrenciler seçilmiştir.

Katılımcıların cinsiyete ve okudukları alanlara göre YEDÖ alt ölçek ve toplam skor puanlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri Çizelge 4.16'da verilmiştir. Hem erkek hem de kadın öğrencilerin okudukları alanlara göre YEDÖ alt ölçek (kısıtlayıcı yeme, yeme kaygısı, şekil kaygısı, kilo kaygısı) ve toplam skor puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Cinsiyetler arası istatistiksel farka bakıldığında ise YEDÖ alt ölçekleri olan kısıtlayıcı yeme, yeme kaygısı ve şekil kaygısı puanlarının erkeklerde kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Çizelge 4.16. Katılımcıların cinsiyete ve okudukları alanlara göre YEDÖ alt ölçek ve toplam skor puanlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri

Değişken	Erkek (n:144)								İstatistiksel Analiz Olasılık	Kadın (n:187)								İstatistiksel Analiz Olasılık	Analiz**
	MDBF (n:86)		SBF (n:29)		BESYO (n:29)		Toplam (n:144)			MDBF (n:49)		SBF (n:115)		BESYO (n:23)		Toplam (n:187)			
	$\bar{x} \pm SS$	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]		
Kısıtlayıcı yeme	0,83±1,08	0,3 [1,6]	0,86±1,24	0,0 [1,7]	1,21±1,48	0,6 [2,4]	0,91±1,20	0,4 [1,6]	$\chi^2=1,486$ p=0,476	0,78±1,08	0,4 [1,2]	1,19±1,44	0,6 [1,8]	1,50±1,61	1,0 [2,0]	1,13±1,39	0,6 [1,6]	$\chi^2=4,640$ p=0,098	Z=-1,981 p=0,048*
Yeme kaygısı	0,59±0,86	0,2 [1,0]	0,85±0,93	0,4 [1,4]	0,79±0,86	0,6 [1,6]	0,68±0,88	0,2 [1,2]	$\chi^2=3,825$ p=0,148	0,87±1,24	0,2 [1,2]	1,01±1,15	0,4 [2,0]	1,16±1,22	0,8 [1,8]	0,99±1,18	0,4 [1,8]	$\chi^2=2,127$ p=0,345	Z=-2,224 p=0,026*
Şekil kaygısı	1,27±1,11	1,1 [1,8]	1,94±1,58	1,4 [2,8]	1,33±1,22	1,0 [1,6]	1,41±1,26	1,1 [5,1]	$\chi^2=3,840$ p=0,147	1,65±1,58	1,1 [2,1]	1,91±1,69	1,5 [2,6]	1,87±1,49	1,9 [2,6]	1,83±1,57	1,4 [2,4]	$\chi^2=1,292$ p=0,524	Z=-2,156 p=0,031*
Kilo kaygısı	1,18±1,15	0,8 [1,6]	1,49±1,21	1,2 [2,1]	1,20±1,07	1,0 [1,6]	1,25±1,15	1,0 [1,6]	$\chi^2=1,954$ p=0,377	1,47±1,46	1,0 [1,7]	1,59±1,48	1,2 [2,2]	1,69±1,29	1,6 [1,8]	1,57±1,45	1,2 [2,0]	$\chi^2=0,633$ p=0,729	Z=-1,657 p=0,097
Toplam skor	0,97±0,89	0,7 [1,4]	1,28±1,03	0,8 [1,9]	1,13±1,02	0,8 [1,7]	1,06±0,95	0,8 [1,5]	$\chi^2=2,834$ p=0,242	1,19±1,21	0,8 [1,5]	1,42±1,27	1,0 [2,0]	1,55±1,27	1,5 [1,6]	1,38±1,25	0,9 [1,9]	$\chi^2=1,332$ p=0,514	Z=-1,855 p=0,064

χ^2 Kruskal-Wallis H istatistik değeri.

*p<0,05

**Cinsiyete göre ölçeğe ilişkin puanların karşılaştırılması (Z “Mann-Whitney U” test istatistik değeri).

Öğrencilerin okudukları alanlara ve yeme bozukluğu riskine göre TFEQ-R21 alt ölçek puanlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri erkek öğrenciler için Çizelge 4.17’de; kadın öğrenciler için Çizelge 4.18’de verilmiştir. Mühendislik ve Doğa Bilimleri Fakültesi’nde okuyan erkek ve kadın öğrencilerin “bilişsel kısıtlama” alt ölçek puanı yeme bozukluğu riski olanlarda, olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer alt ölçekler (kontROLSÜZ ve duygusal yeme) ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

SBF’de okuyan erkeklerin “duygusal yeme” alt ölçek puanı, yeme bozukluğu riski olanlarda anlamlı derecede daha yüksek çıkmıştır ($p<0,05$). Diğer alt ölçekler (kontROLSÜZ yeme ve bilişsel kısıtlama) ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). “KontROLSÜZ yeme”, “bilişsel kısıtlama” ve “duygusal yeme” alt ölçek puanları SBF’de okuyan kadın öğrenciler için yeme bozukluğu riski olanlarda olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

BESYO’da okuyan erkek ve kadın öğrencilerin TFEQ-R21 alt ölçek puanları (kontROLSÜZ yeme, bilişsel kısıtlama, duygusal yeme) ile yeme bozukluğu riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.17. Erkek öğrencilerin okudukları alanlara ve yeme bozukluğu riskine göre TFEQ-R21 alt ölçek puanlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri

Değişken	Erkek (n:144)											
	MDBF (n:86)				SBF (n:29)				BESYO (n:29)			
	Risk var (n:30)		Risk yok (n:56)		Risk var (n:13)		Risk yok (n:16)		Risk var (n:5)		Risk yok (n:24)	
	$\bar{x} \pm SS$	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]
Kontrolsüz yeme	22,90±5,53	22,5 [7,5]	20,75±4,97	20,5 [7,0]	22,54±4,16	22,0 [6,0]	21,56±3,89	22,0 [4,8]	24,00±5,61	24,0 [11,0]	23,25±5,25	22,5 [6,0]
		t=1,837 p=0,070				t=0,651 p=0,521				t=0,287 p=0,776		
Bilişsel kısıtlama	12,87±3,95	13,5 [6,0]	10,29±3,48	9,0 [4,8]	13,46±3,26	14,0 [5,0]	12,75±4,74	12,0 [8,5]	13,20±4,44	15,0 [7,5]	12,08±4,28	12,0 [7,8]
		Z=-2,989 p=0,003*				t=0,460 p=0,650				Z=-0,436 p=0,663		
Duygusal yeme	11,63±4,22	12,0 [6,3]	10,21±3,61	10,0 [5,0]	14,31±4,87	14,0 [7,5]	11,00±3,14	10,5 [4,0]	11,00±4,00	10,0 [7,5]	11,38±2,99	12,0 [4,0]
		Z=-1,595 p=0,111				t=2,213 p=0,036*				t=-0,241 p=0,811		

Z “Mann-Whitney U test” istatistik değeri, “IndependentSample-t” test (t-tablo değeri).

*p<0,05

Çizelge 4.18. Kadın öğrencilerin okudukları alanlara ve yeme bozukluğu riskine göre TFEQ-R21 alt ölçek puanlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri

Değişken	Kadın (n:187)											
	MDBF (n:49)				SBF (n:115)				BESYO (n:23)			
	Risk var (n:21)		Risk yok (n:28)		Risk var (n:57)		Risk yok (n:58)		Risk var (n:11)		Risk yok (n:12)	
	$\bar{x} \pm SS$	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]
Kontrolsüz yeme	23,95±5,83	23,0 [9,0]	21,68±5,30	22,0 [7,8]	25,00±4,87	25,0 [6,0]	20,74±5,19	21,5 [6,0]	21,45±6,99	20,0 [8,0]	21,00±3,41	21,5 [6,0]
		t=1,424 p=0,161				t=4,538 p=0,000*				t=0,201 p=0,843		
Bilişsel kısıtlama	14,62±3,47	15,0 [3,5]	10,11±3,94	9,5 [6,0]	14,89±3,66	15,0 [4,5]	12,31±3,72	12,0 [5,3]	15,73±3,88	15,0 [7,0]	13,50±2,35	14,0 [3,5]
		Z=-3,662 p=0,000*				t=3,754 p=0,000*				t=1,683 p=0,107		
Duygusal yeme	11,33±3,94	12,0 [7,5]	11,11±3,84	11,0 [5,0]	13,09±4,53	20,5 [7,5]	11,45±4,28	10,0 [7,0]	14,55±5,61	13,0 [9,0]	13,67±3,17	14,0 [4,0]
		t=0,204 p=0,839				Z=-2,006 p=0,045**				t=0,457 p=0,54		

Z “Mann-Whitney U test” istatistik değeri, “IndependentSample-t” test (t-tablo değeri).

*p<0,001

**p<0,05

Erkek öğrencilerin okudukları alanlara ve yeme bozukluğu riskine göre YEDÖ alt ölçek ve toplam skor puanlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri Çizelge 4.19’da verilmiştir. Mühendislik ve Doğa Bilimleri Fakültesi ile SBF’de okuyan erkek öğrencilerin yeme kaygısı, şekil kaygısı, kilo kaygısı ve toplam skor puanları yeme bozukluğu riski olanlarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). “Kısıtlayıcı yeme” alt ölçek puanı ise sadece BESYO’da okuyan ve yeme bozukluğu riskine sahip olan öğrencilerde anlamlı düzeyde daha yüksek çıkmıştır ($p=0,014$). Ancak BESYO’da okuyan erkeklerin diğer alt ölçekler ve toplam skor puanları ile yeme bozukluğu riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kadın öğrencilerin okudukları alanlara ve yeme bozukluğu riskine göre YEDÖ alt ölçek ve toplam skor puanlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri Çizelge 4.20’de verilmiştir. Buna göre SBF’de okuyan kadın öğrencilerin YEDÖ alt ölçek (kısıtlayıcı yeme, yeme kaygısı, şekil kaygısı, kilo kaygısı) ve toplam skor puanları yeme bozukluğu riski olanlarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,000$). “Kilo kaygısı” alt ölçek puanı hariç MDBF’de okuyan kadın öğrencilerin diğer bütün alt ölçek ve toplam skor puanları yeme bozukluğu riski olanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır ($p<0,05$). “Şekil kaygısı”, “kilo kaygısı” alt ölçekleri ile toplam skor puanları BESYO’da okuyan yeme bozukluğu riskine sahip kadın öğrencilerde anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0,05$).

Çizelge 4.19. Erkek öğrencilerin okudukları alanlara ve yeme bozukluğu riskine göre YEDÖ alt ölçek ve toplam skor puanlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri

Değişken	Erkek (n:144)											
	MDBF (n:86)				SBF (n:29)				BESYO (n:29)			
	Risk var (n:30)		Risk yok (n:56)		Risk var (n:13)		Risk yok (n:16)		Risk var (n:5)		Risk yok (n:24)	
	$\bar{x} \pm SS$	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]
Kısıtlayıcı yeme	0,97±1,00	0,7 [1,9]	0,75±1,11	0,0 [1,4]	1,02±1,01	1,0 [1,9]	0,74±1,42	0,0 [1,1]	2,92±1,93	3,8 [3,6]	0,86±1,13	0,4 [1,5]
		Z=-1,487 p=0,137				Z=-1,252 p=0,211				Z=-2,466 p=0,014*		
Yeme kaygısı	0,91±1,00	0,6 [1,5]	0,42±0,73	0,0 [0,6]	1,38±1,02	1,4 [1,8]	0,41±0,57	0,2 [0,7]	1,32±0,97	1,8 [1,8]	0,68±0,92	0,3 [1,2]
		Z=-2,708 p=0,007*				Z=-2,754 p=0,006*				Z=-1,426 p=0,154		
Şekil kaygısı	1,73±1,08	1,8 [1,3]	1,02±1,05	0,6 [1,5]	2,99±1,55	3,3 [2,5]	1,08±1,01	0,7 [0,9]	1,65±0,88	1,5 [1,6]	1,27±1,28	0,8 [1,5]
		Z=-2,824 p=0,005*				Z=-3,117 p=0,002*				Z=-1,160 p=0,246		
Kilo kaygısı	1,65±1,23	1,6 [2,3]	0,93±1,03	0,6 [1,2]	2,06±1,38	2,0 [2,8]	1,03±0,84	0,9 [1,1]	1,24±1,11	1,6 [2,1]	1,19±1,09	1,0 [1,6]
		Z=-2,573 p=0,010*				Z=-2,046 p=0,041*				Z=-0,291 p=0,771		
Toplam skor	1,31±0,88	1,3 [1,6]	0,78±0,85	0,4 [1,1]	1,86±0,98	2,2 [1,6]	0,81±0,82	0,5 [0,6]	1,78±1,15	2,3 [2,2]	0,99±0,96	0,7 [1,3]
		Z=-2,642 p=0,008*				Z=-2,675 p=0,007*				Z=-1,214 p=0,225		

Z “Mann-Whitney U test” istatistik değeri. * p<0,05

Çizelge 4.20. Kadın öğrencilerin okudukları alanlara ve yeme bozukluğu riskine göre YEDÖ alt ölçek ve toplam skor puanlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri

Değişken	Kadın (n:187)											
	MDBF (n:49)				SBF (n:115)				BESYO (n:23)			
	Risk var (n:21)		Risk yok (n:28)		Risk var (n:57)		Risk yok (n:58)		Risk var (n:11)		Risk yok (n:12)	
	$\bar{x} \pm SS$	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]
Kısıtlayıcı yeme	1,14±1,26	0,8 [1,5]	0,51±0,88	0,0 [1,0]	1,65±1,47	1,2 [1,9]	0,75±1,27	0,2 [0,9]	2,15±1,97	1,6 [3,8]	0,92±0,94	0,6 [1,4]
		Z=-2,667 p=0,008**				Z=-4,829 p=0,000*				Z=-1,517 p=0,129		
Yeme kaygısı	1,43±1,45	0,8 [2,5]	0,45±0,86	0,0 [0,6]	1,63±1,17	1,6 [1,8]	0,40±0,74	0,0 [0,4]	1,51±1,39	1,0 [2,4]	0,83±0,98	0,4 [1,6]
		Z=-3,261 p=0,001**				Z=-6,457 p=0,000*				Z=-1,366 p=0,172		
Şekil kaygısı	2,35±1,73	2,0 [2,1]	1,12±1,24	0,6 [1,3]	2,65±1,59	2,5 [2,8]	1,17±1,20	0,8 [1,4]	2,63±1,62	2,6 [1,4]	1,17±0,98	1,3 [1,7]
		Z=-2,893 p=0,004**				Z=-5,163 p=0,000*				Z=-2,474 p=0,013**		
Kilo kaygısı	1,74±1,59	1,2 [2,3]	1,26±1,35	1,0 [1,4]	2,28±1,54	2,2 [2,4]	0,91±1,06	0,4 [1,4]	2,45±1,32	2,4 [2,6]	0,98±0,80	1,1 [1,7]
		Z=-1,085 p=0,278				Z=-5,215 p=0,000*				Z=-2,689 p=0,007**		
Toplam skor	1,67±1,34	1,0 [1,6]	0,84±0,99	0,5 [0,8]	2,05±1,26	2,0 [2,2]	0,81±0,93	0,4 [1,1]	2,19±1,44	2,1 [2,4]	0,98±0,76	1,1 [1,5]
		Z=-2,920 p=0,004**				Z=-5,717 p=0,000*				Z=-2,342 p=0,019**		

Z “Mann-Whitney U test” istatistik değeri. * p<0,001 **p<0,05

Katılımcıların cinsiyete göre BKİ değerleri ile DİA, TFEQ-R21 ve YEDÖ ölçek puanları arasındaki ilişki Çizelge 4.21’de verilmiştir. Buna göre erkek öğrencilerin BKİ değerleri ile TFEQ-R21 alt ölçekleri olan “bilişsel kısıtlama” ve “duygusal yeme” puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Erkek öğrencilerin BKİ değerleri ile YEDÖ alt ölçek (kısıtlayıcı yeme, yeme kaygısı, şekil kaygısı, kilo kaygısı) ve toplam skor puanları arasında da pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Kadın öğrencilerin BKİ değerleri ile DİA olumsuz toplam puanı arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). “Kontrolsüz yeme”, “bilişsel kısıtlama” ve “duygusal yeme” alt ölçek puanları ile BKİ değerleri arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ayrıca YEDÖ alt ölçek ve toplam skor puanları arasında da pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,001$).

Çizelge 4.21. Katılımcıların cinsiyete göre BKİ değerleri ile DİA, TFEQ-R21 ve YEDÖ ölçek puanları arasındaki ilişki

Değişken	Beden Kütle İndeksi			
	Erkek (n:144)		Kadın (n:187)	
	r	p	r	p
DİA				
Olumsuz	0,129	0,123	0,250	0,001**
Olumlu	-0,054	0,518	-0,099	0,177
TFEQ-R21				
Kontrolsüz yeme	0,119	0,155	0,275	0,000*
Bilişsel kısıtlama	0,402	0,000*	0,372	0,000*
Duygusal yeme	0,166	0,047**	0,225	0,002**
YEDÖ				
Kısıtlayıcı yeme	0,189	0,023**	0,442	0,000*
Yeme kaygısı	0,293	0,000*	0,464	0,000*
Şekil kaygısı	0,394	0,000*	0,462	0,000*
Kilo kaygısı	0,375	0,000*	0,429	0,000*
Toplam skor	0,347	0,000*	0,481	0,000*

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

Katılımcıların cinsiyete göre bel çevresi değerleri ile DİA, TFEQ-R21 ve YEDÖ ölçek puanları arasındaki ilişki Çizelge 4.22’de verilmiştir. Buna göre erkek öğrencilerin bel çevresi değerleri ile TFEQ-R21 alt ölçeği olan “bilişsel kısıtlama”, YEDÖ alt ölçek (kısıtlayıcı yeme, yeme kaygısı, şekil kaygısı, kilo kaygısı) ve toplam skor puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Kadın öğrencilerin bel çevresi değerleri ile DİA olumsuz toplam puanı, TFEQ-R21 alt ölçek (kontROLSÜZ yeme, bilişsel kısıtlama, duygusal yeme) puanları, YEDÖ alt ölçek (kısıtlayıcı yeme, yeme kaygısı, şekil kaygısı, kilo kaygısı) ve toplam puanları arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ayrıca kadınların bel çevresi değerleri ile DİA olumlu puanı arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Çizelge 4.22. Katılımcıların cinsiyete göre bel çevresi değerleri ile DİA, TFEQ-R21 ve YEDÖ ölçek puanları arasındaki ilişki

Değişken	Bel Çevresi			
	Erkek (n:144)		Kadın (n:187)	
	r	p	r	P
DİA				
Olumsuz	0,089	0,287	0,190	0,009**
Olumlu	-0,072	0,393	-0,180	0,014**
TFEQ-R21				
KontROLSÜZ yeme	0,136	0,105	0,255	0,003**
Bilişsel kısıtlama	0,386	0,000*	0,312	0,000*
Duygusal yeme	0,145	0,084	0,251	0,001**
YEDÖ				
Kısıtlayıcı yeme	0,286	0,026**	0,363	0,000*
Yeme kaygısı	0,288	0,000*	0,393	0,000*
Şekil kaygısı	0,424	0,000*	0,387	0,000*
Kilo kaygısı	0,383	0,000*	0,376	0,000*
Toplam skor	0,364	0,000*	0,399	0,000*

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

Katılımcıların cinsiyete ve fiziksel aktivite durumuna göre DİA, TFEQ-R21 ve YEDÖ ölçek puanlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri Çizelge 4.23’te verilmiştir. Erkek öğrencilerden yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapanların TFEQ-R21 alt ölçeği “kontROLSÜZ yeme” ve YEDÖ alt ölçeği “kısıtlayıcı yeme” puanları yetersiz düzeyde fiziksel aktivite yapanlara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Kadın öğrencilerden yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapanların YEDÖ alt ölçeği “kısıtlayıcı yeme” ve toplam skor puanları yetersiz düzeyde fiziksel aktivite yapanlara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Çizelge 4.23. Katılımcıların cinsiyete ve fiziksel aktivite durumuna göre DİA, TFEQ-R21 ve YEDÖ ölçek puanlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri

Fiziksel Aktivite Durumu	Erkek (n:144)				İstatistiksel Analiz Olasılık	Kadın (n:187)				İstatistiksel Analiz Olasılık
	Yeterli [≥4] (n:42)		Yetersiz [<4] (n:102)			Yeterli [≥4] (n:29)		Yetersiz [<4] (n:158)		
	$\bar{x} \pm SS$	M [IQR]	$\bar{x} \pm SS$	M [IQR]		$\bar{x} \pm SS$	M [IQR]	$\bar{x} \pm SS$	M [IQR]	
DİA										
Olumsuz	56,24±16,74	56,0 [21,0]	53,45±17,24	53,0 [24,0]	Z=-0,756 p=0,449	51,72±19,04	54,0 [30,0]	50,58±17,28	49,5 [23,3]	t=0,324 p=0,746
Olumlu	44,67±9,21	43,5 [10,0]	44,70±10,01	43,0 [11,3]	t=-0,016 p=0,987	41,41±12,60	44,0 [17,5]	44,47±10,67	43,0 [12,0]	Z=-0,880 p=0,379
TFEQ-R21										
Kontrolsüz yeme	23,26±5,43	23,0 [7,3]	21,45±4,78	21,5 [6,0]	t=1,983 p=0,049*	22,83±6,52	23,0 [8,0]	22,56±5,27	23,0 [7,0]	Z=-0,182 p=0,850
Bilişsel kısıtlama	12,43±4,09	12,5 [7,0]	11,52±3,98	11,0 [7,0]	Z=-1,296 p=0,195	14,59±4,47	13,0 [6,5]	13,07±3,90	13,0 [5,0]	Z=-1,292 p=0,196
Duygusal yeme	11,45±4,35	11,5 [6,3]	11,08±3,64	11,0 [5,0]	Z=-0,415 p=0,678	13,24±4,60	13,0 [7,5]	12,02±4,30	12,0 [7,0]	Z=-1,301 p=0,193
YEDÖ										
Kısıtlayıcı yeme	1,26±1,32	1,1 [2,1]	0,77±1,13	0,1 [1,2]	Z=-2,199 p=0,028*	1,96±1,90	1,4 [3,6]	0,97±1,22	0,5 [1,4]	Z=-2,387 p=0,017*
Yeme kaygısı	0,73±0,91	0,3 [1,3]	0,66±0,87	0,2 [1,0]	Z=-0,217 p=0,828	1,50±1,49	1,0 [2,9]	0,90±1,10	0,4 [1,6]	Z=-1,734 p=0,083
Şekil kaygısı	1,50±1,28	1,1 [1,8]	1,38±1,25	1,2 [1,8]	Z=-0,605 p=0,545	2,22±1,82	2,1 [2,8]	1,76±1,51	1,4 [2,2]	Z=-1,096 p=0,273
Kilo kaygısı	1,37±1,16	1,1 [1,8]	1,20±1,14	0,8 [1,6]	Z=-0,879 p=0,379	2,06±1,69	1,6 [3,0]	1,48±1,39	1,0 [1,9]	Z=-1,594 p=0,111
Toplam skor	1,21±0,99	0,9 [1,5]	1,00±0,92	0,6 [1,5]	Z=-1,282 p=0,200	1,93±1,56	1,9 [2,9]	1,28±1,17	0,9 [1,7]	Z=-1,980 p=0,048*

Z “Mann-Whitney U test” istatistik değeri, “IndependentSample-t” test (t-tablo değeri).

* p<0,05

Katılımcıların cinsiyete ve diyet yapma durumuna göre DİA, TFEQ-R21 ve YEDÖ ölçek puanlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri Çizelge 4.24’te verilmiştir. DİA ölçeğine bakılarak yapılan değerlendirmede kadın öğrenciler arasında diyet yapmayanların DİA olumlu toplam puanı anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. ($p=0,003$). Her iki cinsiyette de TFEQ-R21 alt ölçeği olan “bilişsel kısıtlama” puanı diyet yapan öğrencilerde anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır ($p<0,05$). Ayrıca kadın öğrencilerde TFEQ-R21 alt ölçeği olan “duygusal yeme” puanı da diyet yapan bireylerde anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p=0,010$) . YEDÖ alt ölçek ve toplam skor puanları erkek ve kadın öğrenciler için diyet yapanlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Çizelge 4.24. Katılımcıların cinsiyete ve diyet yapma durumuna göre DİA, TFEQ-R21 ve YEDÖ ölçek puanlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri

Diyet Yapma Durumu	Erkek (n:144)				İstatistiksel Analiz Olasılık	Kadın (n:187)				İstatistiksel Analiz Olasılık
	Yapıyor (n:33)		Yapmıyor (n:111)			Yapıyor (n:56)		Yapmıyor (n:131)		
	$\bar{x}\pm SS$	M [IQR]	$\bar{x}\pm SS$	M [IQR]		$\bar{x}\pm SS$	M [IQR]	$\bar{x}\pm SS$	M [IQR]	
DİA										
Olumsuz	55,15±18,06	59,0 [26,0]	54,00±16,86	53,0 [21,0]	t=0,339 p=0,735	52,14±20,17	50,0 [25,5]	50,156±16,29	50,0 [23,0]	t=0,650 p=0,517
Olumlu	43,85±11,12	42,0 [11,5]	44,94±9,35	43,0 [10,0]	Z=-0,412 p=0,680	40,89±11,10	40,0 [12,8]	45,33±10,75	45,0 [12,0]	Z=-2,980 p=0,003**
TFEQ-R21										
Kontrolsüz yeme	22,64±5,91	22,0 [9,0]	21,78±4,75	22,0 [6,0]	Z=-1,000 p=0,317	23,64±6,18	24,0 [8,0]	22,15±5,09	22,0 [7,0]	Z=-1,819 p=0,069
Bilişsel kısıtlama	13,73±3,67	15,0 [5,5]	11,21±3,95	11,0 [6,0]	Z=-3,195 p=0,001**	15,00±3,72	15,0 [4,8]	12,58±3,93	13,0 [5,0]	Z=-3,653 p=0,000*
Duygusal yeme	12,24±3,75	12,0 [4,5]	10,87±3,84	11,0 [6,0]	Z=-1,934 p=0,053	13,52±4,61	13,5 [8,5]	11,65±4,13	11,0 [7,0]	Z=-2,562 p=0,010**
YEDÖ										
Kısıtlayıcı yeme	1,61±1,54	0,8 [2,4]	0,71±1,00	0,0 [1,2]	Z=-3,559 p=0,000*	2,10±1,49	1,9 [2,4]	0,71±1,11	0,4 [1,0]	Z=-6,673 p=0,000*
Yeme kaygısı	1,01±0,85	1,0 [1,2]	0,58±0,87	0,2 [0,8]	Z=-3,107 p=0,002**	1,86±1,38	1,9 [2,4]	0,62±0,84	0,2 [1,0]	Z=-6,124 p=0,000*
Şekil kaygısı	2,01±1,31	2,1 [1,8]	1,24±1,19	0,8 [1,5]	Z=-3,035 p=0,002**	2,98±1,66	3,1 [2,4]	1,34±1,24	1,0 [1,6]	Z=-6,109 p=0,000*
Kilo kaygısı	1,71±1,13	1,8 [1,9]	1,11±1,12	0,8 [1,4]	Z=-2,701 p=0,007**	2,61±1,51	2,6 [2,4]	1,12±1,17	0,8 [1,4]	Z=-6,187 p=0,000*
Toplam skor	1,58±0,93	1,7 [1,6]	0,91±0,90	0,6 [1,2]	Z=-3,585 p=0,000*	2,39±1,28	2,3 [2,0]	0,95±0,96	0,6 [1,2]	Z=-6,820 p=0,000*

Z “Mann-Whitney U test” istatistik değeri, “IndependentSample-t” test (t-tablo değeri).

* p<0,001

**p<0,05

Katılımcıların DİA, TFEQ-R21 ve YEDÖ ölçek puanları arasındaki ilişki erkek öğrenciler için Çizelge 4.25’te verilmiştir. Erkeklerin DİA olumsuz puanı ile TFEQ-R21 alt ölçeği olan “duygusal yeme” puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,317;p=0,000$). Erkeklerin DİA olumlu puanı ile TFEQ-R21 alt ölçeği olan “kontROLSÜZ yeme” puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,206;p=0,013$). Erkek öğrencilerin TFEQ-R21 alt ölçekleri olan “kontROLSÜZ yeme” ve “duygusal yeme” puanları ile YEDÖ alt ölçek (yeme kaygısı, şekil kaygısı, kilo kaygısı) ve toplam skor puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). TFEQ-R21 alt ölçekleri olan “bilişsel kısıtlama” ve “duygusal yeme” puanları ile YEDÖ “yeme kaygısı” alt ölçek puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Erkeklerin TFEQ-R21 alt ölçeği “bilişsel kısıtlama” puanı ile YEDÖ alt ölçek (kısıtlayıcı yeme, şekil kaygısı, kilo kaygısı) ve toplam skor puanları arasında pozitif yönde, anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Erkeklerin TFEQ-R21 alt ölçeği olan “duygusal yeme” puanı ile YEDÖ alt ölçekleri (kısıtlayıcı yeme, yeme kaygısı, şekil kaygısı, kilo kaygısı) ve toplam skor puanı arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Erkek öğrencilerde YEDÖ alt ölçekleri ve toplam skor puanlarının kendi arasında bütün alt ölçekler ve toplam skor puanı ile arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Çizelge 4.25. Erkek öğrencilerin DİA, TFEQ-R21 ve YEDÖ ölçek puanları arasındaki ilişki

			Erkek (n:144)									
	Değişken		DİA		TFEQ-R21			YEDÖ				
			DİA Olumsuz	DİA Olumlu	Kontrolsüz yeme	Bilişsel kısıtlama	Duygusal yeme	Kısıtlayıcı yeme	Yeme kaygısı	Şekil kaygısı	Kilo kaygısı	Toplam skor
DİA	DİA	r	1,000	0,072	0,144	-0,058	0,317	-0,024	0,051	0,122	0,070	0,059
	Olumsuz	p	.	0,392	0,086	0,489	0,000*	0,773	0,541	0,146	0,402	0,486
	DİA	r	0,072	1,000	0,206	-0,015	0,075	-0,067	-0,030	0,085	0,075	0,049
	Olumlu	p	0,392	.	0,013**	0,855	0,375	0,423	0,721	0,311	0,374	0,556
TFEQ-R21	Kontrolsüz yeme	r	0,144	0,206	1,000	0,126	0,319	0,162	0,282	0,296	0,263	0,281
		p	0,086	0,013**	.	0,133	0,000*	0,053	0,001**	0,000*	0,003**	0,001**
	Bilişsel kısıtlama	r	-0,058	-0,015	0,126	1,000	0,299	0,513	0,495	0,536	0,535	0,583
		p	0,489	0,855	0,133	.	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
	Duygusal yeme	r	0,317	0,075	0,319	0,299	1,000	0,250	0,363	0,373	0,359	0,365
		p	0,000*	0,375	0,000*	0,000*	.	0,004**	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
YEDÖ	Kısıtlayıcı yeme	r	-0,024	-0,067	0,162	0,513	0,240	1,000	0,610	0,560	0,504	0,765
		p	0,773	0,423	0,053	0,000*	0,004**	.	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
	Yeme kaygısı	r	0,051	-0,030	0,282	0,495	0,363	0,610	1,000	0,701	0,661	0,817
		p	0,541	0,721	0,001**	0,000*	0,000*	0,000*	.	0,000*	0,000*	0,000*
	Şekil kaygısı	r	0,122	0,085	0,296	0,536	0,373	0,560	0,701	1,000	0,836	0,921
		p	0,146	0,311	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	.	0,000*	0,000*
	Kilo kaygısı	r	0,070	0,075	0,243	0,535	0,359	0,504	0,661	0,836	1,000	0,878
		p	0,402	0,374	0,003**	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	.	0,000*
	Toplam skor	r	0,059	0,049	0,281	0,583	0,365	0,765	0,817	0,921	0,878	1,000
		p	0,486	0,556	0,001**	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	.

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

Katılımcıların DİA, TFEQ-R21 ve YEDÖ ölçek puanları arasındaki ilişki kadın öğrenciler için Çizelge 4.26’da verilmiştir. Kadınların DİA olumsuz toplam puanı ile TFEQ-R21 alt ölçekleri olan “kontROLSÜZ yeme”, “bilişsel kısıtlama” ve “duygusal yeme” puanları arasında pozitif yönde ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kadın öğrencilerde DİA olumlu toplam puanı ile TFEQ-R21 “kontROLSÜZ yeme” alt ölçeği arasında da pozitif yönde ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r=0,282;p=0,000$). Kadınların DİA olumlu toplam puanı ile YEDÖ alt ölçekleri olan kısıtlayıcı yeme, şekil kaygısı, kilo kaygısı ve toplam skor puanı arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kadınların TFEQ-R21 alt ölçekleri olan “kontROLSÜZ yeme” ve “duygusal yeme” puanları ile YEDÖ yeme kaygısı alt ölçek puanı arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kadınların TFEQ-R21 alt ölçeği “kontROLSÜZ yeme” ile YEDÖ “şekil kaygısı” alt ölçek ve toplam skor puanı arasında pozitif yönde ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). TFEQ-R21 alt ölçekleri olan “bilişsel kısıtlama” ve “duygusal yeme” ile YEDÖ alt ölçekleri (kısıtlayıcı yeme, yeme kaygısı, şekil kaygısı, kilo kaygısı) ve toplam skor puanı arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kadın öğrencilerde YEDÖ alt ölçekleri ve toplam skor puanlarının kendi arasında bütün alt ölçekler ve toplam skor puanı ile arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Çizelge 4.26. Kadın öğrencilerin DİA, TFEQ-R21 ve YEDÖ ölçek puanları arasındaki ilişki

64

			Kadın (n:187)									
			DİA		TFEQ-R21			YEDÖ				
Değişken			DİA Olumsuz	DİA Olumlu	Kontrolsüz yeme	Bilişsel kısıtlama	Duygusal yeme	Kısıtlayıcı yeme	Yeme kaygısı	Şekil kaygısı	Kilo kaygısı	Toplam skor
DİA	DİA Olumsuz	r	1,000	0,025	0,209	0,158	0,521	0,102	0,092	0,059	0,044	0,076
		p	.	0,738	0,004**	0,031**	0,000*	0,167	0,212	0,421	0,549	0,302
	DİA Olumlu	r	0,025	1,000	0,282	-0,122	-0,035	-0,246	-0,088	-0,160	-0,177	-0,190
		p	0,738	.	0,000*	0,097	0,639	0,001**	0,232	0,029**	0,015**	0,009**
TFEQ-R21	Kontrolsüz yeme	r	0,209	0,282	1,000	0,062	0,390	0,081	0,251	0,158	0,132	0,160
		p	0,004**	0,000*	.	0,401	0,000*	0,271	0,001**	0,030**	0,073	0,029**
	Bilişsel kısıtlama	r	0,158	-0,122	0,062	1,000	0,270	0,582	0,474	0,410	0,382	0,478
		p	0,031**	0,097	0,401	.	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
YEDÖ	Duygusal yeme	r	0,521	-0,035	0,390	0,270	1,000	0,202	0,230	0,201	0,179	0,207
		p	0,000*	0,639	0,000*	0,000*	.	0,006**	0,002**	0,006**	0,014**	0,005**
	Kısıtlayıcı yeme	r	0,102	-0,246	0,081	0,582	0,202	1,000	0,739	0,710	0,701	0,847
		p	0,167	0,001**	0,271	0,000*	0,006**	.	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
YEDÖ	Yeme kaygısı	r	0,092	-0,088	0,251	0,474	0,230	0,739	1,000	0,799	0,713	0,869
		p	0,212	0,232	0,001**	0,000*	0,002**	0,000*	.	0,000*	0,000*	0,000*
	Şekil kaygısı	r	0,059	-0,160	0,158	0,410	0,201	0,710	0,799	1,000	0,893	0,951
		p	0,421	0,029**	0,030**	0,000*	0,006**	0,000*	0,000*	.	0,000*	0,000*
	Kilo kaygısı	r	0,044	-0,177	0,132	0,382	0,179	0,701	0,713	0,893	1,000	0,924
		p	0,549	0,015**	0,073	0,000*	0,014**	0,000*	0,000*	0,000*	.	0,000*
	Toplam skor	r	0,076	-0,190	0,160	0,478	0,207	0,847	0,869	0,951	0,924	1,000
		p	0,302	0,009**	0,029**	0,000*	0,005**	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	.

“Spearman” korelasyon katsayısı.

* p<0,001

**p<0,05

4.8. Katılımcıların Besin Tüketim Durumlarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların cinsiyete göre günlük diyetle aldıkları enerji ve makro besin öğelerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri Çizelge 4.27’de verilmiştir. Günlük alınan enerji ortalaması erkeklerde 1713,38±439,93 kkal, kadınlarda 1491,26±488,46 kkal olarak bulunmuştur. Erkek öğrencilerin günlük aldıkları karbonhidrat ve posa ortalaması sırasıyla 196,50±57,31 g ve 17,73±6,93 g; kadın öğrencilerin sırasıyla 170,67±62,79 g ve 16,64±6,89 g olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin toplam protein ve yağ yüzdeleri sırasıyla erkeklerde %16,19±3,36; %36,71±7,49 ve kadınlarda %14,22±3,82; %39,06±8,37 olarak hesaplanmıştır. Erkek öğrencilerin doymuş, tekli doymamış (TDYA), çoklu doymamış (ÇDYA) ve kolesterol alımları sırasıyla 27,09±10,30 g, 24,96±10,65 g, 13,85±7,78 g ve 298,61±201,76 mg olarak bulunmuştur. Kadın öğrencilerde ise bu değerler sırasıyla 25,07±9,76 g, 22,19±9,70 g, 13,86±10,32 g ve 213,82±141,08 mg olarak bulunmuştur (Çizelge 4.27).

Çizelge 4.27. Katılımcıların cinsiyete göre günlük diyetle aldıkları enerji ve makro besin öğelerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri

Enerji ve Makro Besin Öğeleri	Erkek (n:144)		Kadın (n:187)	
	$\bar{x}$ ±SS	M [IQR]	$\bar{x}$ ±SS	M [IQR]
Enerji (kkal)	1713,38±439,93	1667,7 [594,5]	1491,26±488,46	1420,7 [651,5]
Karbonhidrat (g)	196,50±57,31	190,7 [81,8]	170,67±62,79	166,7 [83,0]
Karbonhidrat (TE %)	47,15±7,98	48,0 [11,0]	46,71±8,57	46,0 [11,0]
Posa (g)	17,73±6,93	16,3 [9,8]	16,64±6,89	15,6 [7,9]
Toplam protein (g)	67,53±22,89	65,2 [24,2]	50,94±20,23	48,1 [22,5]
Toplam protein (TE %)	16,19±3,36	16,0 [4,0]	14,22±3,82	14,0 [4,0]
Hayvansal protein (g)	40,20±20,19	37,4 [19,5]	28,74±16,35	28,0 [17,4]
Bitkisel protein (g)	27,34±9,42	25,9 [13,5]	22,19±9,10	21,0 [11,3]
Yağ (g)	71,16±25,99	67,5 [31,9]	65,80±26,9	63,5 [30,1]
Toplam yağ (TE %)	36,71±7,49	36,0 [11,0]	39,06±8,37	39,0 [11,0]
Doymuş yağ (g)	27,09±10,30	26,0 [14,9]	25,07±9,76	25,1 [12,9]
TDYA (g)	24,96±10,65	23,7 [11,8]	22,19±9,70	21,0 [12,1]
ÇDYA (g)	13,85±7,78	12,0 [8,4]	13,86±10,32	11,0 [9,9]
Kolesterol (mg)	298,61±201,76	282,6 [280,7]	213,82±141,08	211,7 [201,9]
n-6/n-3	8,72±9,32	6,1 [5,4]	8,52±7,09	5,9 [6,9]

Katılımcıların cinsiyete göre günlük diyetle aldıkları mikro besin öğelerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri Çizelge 4.28’de verilmiştir. Günlük alınan vitaminlerin ortalamaları erkek ve kadın öğrencilerde sırasıyla A vitamini için $869,86 \pm 620,34$ mcg; $796,09 \pm 737,03$ mcg, C vitamini için $62,30 \pm 53,91$ mg; $73,36 \pm 60,55$ mg, E vitamini için $12,92 \pm 7,57$ mg; $12,74 \pm 9,08$ mg, niasin için $10,89 \pm 6,20$ mg; $8,32 \pm 5,23$ mg, B₆ vitamini için $1,06 \pm 0,40$ mg; $0,89 \pm 0,36$ mg ve B₁₂ vitamini için $3,67 \pm 2,14$ mcg; $2,80 \pm 2,19$ mcg olarak bulunmuştur. Günlük alınan minerallerin ortalamaları erkek ve kadınlarda sırasıyla potasyum için $1810,70 \pm 648,35$ mg; $1684,37 \pm 623,04$ mg, kalsiyum için $627,00 \pm 260,73$ mg; $553,76 \pm 230,00$ mg, magnezyum için $225,58 \pm 90,24$ mg; $210,30 \pm 82,52$ mg, fosfor için $1016,50 \pm 374,17$ mg; $831,16 \pm 307,88$ mg ve demir için $10,29 \pm 3,36$ mg; $9,25 \pm 3,76$ mg olarak bulunmuştur (Çizelge 4.27).

Çizelge 4.28. Katılımcıların cinsiyete göre günlük diyetle aldıkları mikro besin öğelerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri

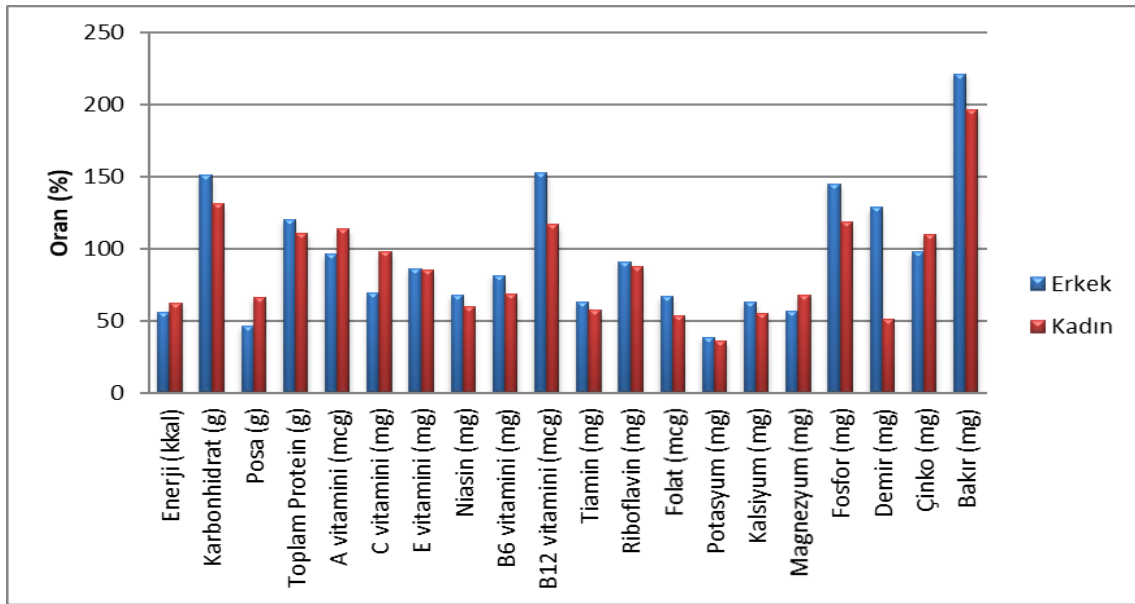
Mikro Besin Öğeleri	Erkek (n:144)		Kadın (n:187)	
	$\bar{x} \pm SS$	M [IQR]	$\bar{x} \pm SS$	M [IQR]
A vitamini (mcg)	$869,86 \pm 620,34$	723,3 [527,2]	$796,09 \pm 737,03$	618,6 [459,7]
C vitamini (mg)	$62,30 \pm 53,91$	49,1 [53,6]	$73,36 \pm 60,55$	56,3 [69,8]
E vitamini (mg)	$12,92 \pm 7,57$	11,5 [7,8]	$12,74 \pm 9,08$	10,3 [7,9]
Niasin (mg)	$10,89 \pm 6,20$	9,6 [5,4]	$8,32 \pm 5,23$	7,3 [4,2]
B ₆ vitamini (mg)	$1,06 \pm 0,40$	1,0 [0,6]	$0,89 \pm 0,36$	0,8 [0,5]
B ₁₂ vitamini (mcg)	$3,67 \pm 2,14$	3,3 [2,5]	$2,80 \pm 2,19$	2,6 [2,2]
Tiamin (mg)	$0,75 \pm 0,33$	0,7 [0,4]	$0,63 \pm 0,26$	0,6 [0,3]
Riboflavin (mg)	$1,18 \pm 0,42$	1,2 [0,5]	$0,96 \pm 0,36$	0,9 [0,5]
Folat (mcg)	$267,59 \pm 98,26$	255,6 [127,6]	$214,70 \pm 85,01$	209,0 [110,7]
Potasyum (mg)	$1810,70 \pm 648,35$	1762,3 [814,4]	$1684,37 \pm 623,04$	1557,5 [808,3]
Kalsiyum (mg)	$627,00 \pm 260,73$	599,0 [318,7]	$553,76 \pm 230,00$	529,4 [314,4]
Magnezyum (mg)	$225,58 \pm 90,24$	212,1 [88,9]	$210,30 \pm 82,52$	199,7 [83,8]
Fosfor (mg)	$1016,50 \pm 374,17$	999,9 [396,5]	$831,16 \pm 307,88$	774,7 [353,3]
Demir (mg)	$10,29 \pm 3,36$	10,2 [4,9]	$9,25 \pm 3,76$	8,7 [4,0]
Çinko (mg)	$10,76 \pm 3,25$	10,4 [4,4]	$8,82 \pm 3,67$	8,5 [3,8]
Bakır (mg)	$1,99 \pm 0,58$	2,0 [0,8]	$1,77 \pm 0,56$	1,7 [0,8]

Katılımcıların cinsiyete göre günlük diyetle aldıkları enerji ve besin öğelerinin DRI'ya göre karşılama yüzdeleri (%) Çizelge 4.29'da verilmiştir. Enerji karşılama yüzdesi erkeklerde $55,87 \pm 14,34$, kadınlarda $62,06 \pm 20,33$ olarak bulunmuştur. Karbonhidrat, posa ve protein alımının karşılama yüzdesi erkeklerde sırasıyla $151,15 \pm 44,08$; $46,65 \pm 18,22$; $120,60 \pm 40,87$ ve kadınlarda sırasıyla $131,29 \pm 48,30$; $66,54 \pm 27,58$; $110,72 \pm 43,98$ olarak bulunmuştur. Erkek ve kadın öğrencilerin DRI'ya göre alım yüzdeleri sırasıyla A vitamini (mcg) için $96,65 \pm 68,93$; $113,73 \pm 105,29$, C vitamini (mg) için $69,22 \pm 59,90$; $97,81 \pm 80,73$, E vitamini (mg) için $86,12 \pm 50,48$; $84,91 \pm 60,54$, niasin (mg) için $68,05 \pm 38,8$; $59,42 \pm 37,37$, B₆ vitamini (mg) için $81,43 \pm 31,14$; $68,28 \pm 27,81$, B₁₂ vitamini (mcg) için $152,77 \pm 89,07$; $116,68 \pm 91,30$, tiamin (mg) için $62,71 \pm 27,38$; $57,59 \pm 24,00$, riboflavin (mg) için $91,04 \pm 32,20$; $87,40 \pm 32,70$ olarak bulunmuştur. Minerallerin DRI'ya göre alım yüzdeleri erkeklerde ve kadınlarda sırasıyla folat (mcg) için $66,90 \pm 24,56$; $53,67 \pm 21,25$, potasyum (mg) için $38,53 \pm 13,79$; $35,84 \pm 13,26$, kalsiyum (mg) için $62,70 \pm 26,07$; $55,38 \pm 23,00$, fosfor (mg) için $145,22 \pm 53,45$; $118,74 \pm 43,98$, demir (mg) için $128,57 \pm 41,95$; $51,40 \pm 20,87$, çinko (mg) için $97,78 \pm 29,55$; $110,19 \pm 45,87$, bakır (mg) için $221,38 \pm 64,40$; $196,53 \pm 61,86$ olarak bulunmuştur (Çizelge 4.29).

Katılımcıların cinsiyete göre günlük diyetle aldıkları enerji ve besin öğelerinin DRI'ya göre karşılama yüzdelerinin grafiği Şekil. 4.1'de verilmiştir. Erkek öğrencilerin günlük diyetle aldıkları posa (g) ve potasyum (mg) miktarlarını yetersiz ($<50\%$) tükettikleri görülmektedir. Kadın öğrencilerin günlük diyetle aldıkları potasyum (mg) miktarının yetersiz ($<50\%$) ve demir (mg) miktarının ise sınırda ($\approx 50\%$) olduğu görülmektedir.

Çizelge 4.29. Katılımcıların cinsiyete göre günlük diyetle aldıkları enerji ve besin öğelerinin DRI'ya göre karşılama yüzdeleri (%)

Enerji ve Besin Öğeleri	Erkek (n:144)		Kadın (n:187)	
	$\bar{x} \pm SS$	M [IQR]	$\bar{x} \pm SS$	M [IQR]
Enerji (kkal)	55,87±14,34	54,4 [19,4]	62,06±20,33	59,1 [27,1]
Karbonhidrat (g)	151,15±44,08	146,7 [62,9]	131,29±48,30	128,2 [63,8]
Posa (g)	46,65±18,22	43,0 [25,8]	66,54±27,58	62,2 [31,5]
Toplam protein (g)	120,60±40,87	116,4 [43,3]	110,72±43,98	104,5 [48,9]
A vitamini (mcg)	96,65±68,93	80,4 [58,6]	113,73±105,29	88,4 [65,7]
C vitamini (mg)	69,22±59,90	54,6 [59,6]	97,81±80,73	75,1 [93,1]
E vitamini (mg)	86,12±50,48	77,0 [52,2]	84,91±60,54	68,7 [52,6]
Niasin (mg)	68,05±38,8	59,8 [33,8]	59,42±37,37	52,3 [30,1]
B ₆ vitamini (mg)	81,43±31,14	73,1 [43,5]	68,28±27,81	63,9 [38,5]
B ₁₂ vitamini (mcg)	152,77±89,07	137,5 [105,2]	116,68±91,30	107,5 [92,5]
Tiamin (mg)	62,71±27,38	59,2 [30,4]	57,59±24,00	52,7 [30,9]
Riboflavin (mg)	91,04±32,20	90,8 [37,7]	87,40±32,70	91,8 [46,4]
Folat (mcg)	66,90±24,56	63,9 [31,9]	53,67±21,25	52,2 [27,7]
Potasyum (mg)	38,53±13,79	37,5 [17,3]	35,84±13,26	33,1 [17,2]
Kalsiyum (mg)	62,70±26,07	59,9 [31,9]	55,38±23,00	52,9 [31,4]
Magnezyum (mg)	56,39±22,56	53,0 [22,2]	67,84±26,62	64,4 [27,0]
Fosfor (mg)	145,22±53,45	142,9 [56,6]	118,74±43,98	110,7 [50,5]
Demir (mg)	128,57±41,95	127,4 [61,1]	51,40±20,87	48,4 [22,0]
Çinko (mg)	97,78±29,55	94,3 [39,8]	110,19±45,87	106,6 [47,9]
Bakır (mg)	221,38±64,40	220,6 [86,9]	196,53±61,86	191,1 [83,3]
n-3 (g)	84,46±70,73	73,8 [39,2]	117,16±86,07	93,6 [55,5]
n-6 (g)	55,97±43,09	45,0 [43,8]	84,71±80,24	59,5 [75,5]



Şekil 4.1. Katılımcıların cinsiyete göre günlük diyetle aldıkları enerji ve besin öğelerinin DRI'ya göre karşılama yüzdelerinin grafiği

Katılımcıların cinsiyete ve yeme bozukluğu riskine göre günlük diyetle aldıkları enerji ve bazı besin öğelerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri Çizelge 4.30'da verilmiştir. Erkek öğrenciler arasında yeme bozukluğu riski olan ve olmayan katılımcıların enerji alımları sırasıyla $1718,76 \pm 493,43$ kkal ve $1710,69 \pm 413,34$ kkal olarak bulunmuştur. Enerji alımları ile toplam enerjiden gelen protein (sırasıyla: $\%16,19 \pm 2,96$; $\%16,20 \pm 3,56$), yağ (sırasıyla: $\%36,88 \pm 8,41$; $\%36,63 \pm 7,03$) ve karbonhidrat (sırasıyla: $\%47,06 \pm 8,92$; $\%47,19 \pm 7,51$) yüzdeleri, posa (sırasıyla: $18,18 \pm 8,04$ g; $17,49 \pm 6,33$ g), kolesterol (sırasıyla: $309,49 \pm 253,39$ mg; $293,17 \pm 171,53$ mg) ve diğer mikro besin öğelerinin alımında yeme bozukluğu riskine sahip olanlarla olmayanlar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$).

Kadın öğrencilerde yeme bozukluğu riski olan ve olmayan katılımcıların enerji alımları sırasıyla $1529,06 \pm 491,28$ kkal ve $1456,93 \pm 485,84$ kkal olarak bulunmuştur. Enerji alımları ile toplam enerjiden gelen protein (sırasıyla: $\%14,28 \pm 4,08$; $\%14,17 \pm 3,61$), yağ (sırasıyla: $\%39,09 \pm 9,71$; $\%39,03 \pm 6,99$) ve karbonhidrat (sırasıyla: $\%46,64 \pm 9,78$; $\%46,78 \pm 7,37$) yüzdeleri, posa (sırasıyla: $16,89 \pm 7,02$ g; $16,41 \pm 6,81$ g), kolesterol (sırasıyla: $224,72 \pm 147,99$ mg; $203,92 \pm 134,50$ mg) ve kalsiyum minerali dışında diğer mikro besin öğelerinin alımında yeme bozukluğu riskine sahip olanlarla olmayanlar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Kalsiyum (mg) miktarında ise yeme bozukluğu riskine sahip olanlarda ($600,96 \pm 241,97$), olmayanlara ($510,90 \pm 210,77$) göre anlamlı olarak daha fazla alım olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,007$).

Çizelge 4.30. Katılımcıların cinsiyete ve yeme bozukluğu riskine göre günlük diyetle aldıkları enerji ve bazı besin öğelerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri

Değişken	Erkek (n:144)				İstatistiksel analiz Olasılık	Kadın (n:187)				İstatistiksel analiz Olasılık
	Risk var		Risk yok			Risk var		Risk yok		
	$\bar{x} \pm SS$	M [IQR]	$\bar{x} \pm SS$	M [IQR]		$\bar{x} \pm SS$	M [IQR]	$\bar{x} \pm SS$	M [IQR]	
Enerji (kkal)	1718,76±493,43	1649,5 [729,9]	1710,69±413,34	1679,9 [499,4]	t=0,103 p=0,918	1529,06±491,28	1494,3 [630,6]	1456,93±485,84	1385,2 [647,1]	t=1,009 p=0,315
Toplam protein (%)	16,19±2,96	16,0 [3,0]	16,20±3,56	16,0 [4,0]	Z=-0,537 p=0,591	14,28±4,08	14,0 [4,5]	14,17±3,61	14,0 [4,0]	Z=-0,242 p=0,809
Toplam yağ (TE %)	36,88±8,41	36,0 [12,8]	36,63±7,03	36,0 [10,0]	t=0,188 p=0,851	39,09±9,71	40,0 [13,0]	39,03±6,99	39,0 [11,0]	t=0,047 p=0,962
Karbonhidrat (TE %)	47,06±8,92	48,0 [12,0]	47,19±7,51	48,0 [10,8]	Z=-0,138 p=0,890	46,64±9,78	46,0 [12,0]	46,78±7,37	46,5 [9,3]	t=-0,106 p=0,916
Posa (g)	18,18±8,04	15,5 [11,8]	17,49±6,33	16,9 [9,3]	Z=-0,144 p=0,885	16,89±7,02	16,2 [8,7]	16,41±6,81	15,3 [7,3]	Z=-0,525 p=0,600
Kolesterol (mg)	309,49±253,39	251,8 [293,3]	293,17±171,53	288,8 [264,9]	Z=-0,328 p=0,743	224,72±147,99	211,7 [197,6]	203,92±134,50	211,5 [202,5]	Z=-0,867 p=0,386
Potasyum (mg)	1829,74±671,07	1712,0 [932,9]	1801,19±640,06	1803,6 [690,9]	Z=-0,216 p=0,829	1732,06±610,26	1593,3 [787,6]	1641,07±634,44	1533,3 [868,6]	Z=-0,985 p=0,325
Kalsiyum (mg)	622,63±269,47	597,8 [384,9]	629,19±257,65	599,0 [280,0]	Z=-0,178 p=0,859	600,96±241,97	578,4 [349,4]	510,90±210,77	490,5 [304,3]	t=2,720 p=0,007*
Magnezyum (mg)	227,32±100,82	210,0 [129,2]	224,71±85,01	213,9 [82,0]	Z=-0,136 p=0,892	219,17±79,63	205,8 [98,2]	202,34±84,66	193,3 [79,2]	Z=-1,829 p=0,067
Fosfor (mg)	1025,48±389,20	1004,2 [521,3]	1012,02±368,43	996,9 [341,0]	Z=-0,157 p=0,875	866,70±293,39	886,0 [362,5]	798,89±318,53	729,3 [354,3]	Z=-1,934 p=0,053
Demir (mg)	10,46±3,88	10,2 [5,3]	10,20±3,08	10,1 [4,5]	t=0,450 p=0,653	9,11±3,32	8,8 [4,4]	9,38±4,13	8,7 [3,9]	Z=-0,162 p=0,871
Çinko (mg)	10,71±3,54	10,5 [4,6]	10,78±3,12	10,3 [4,2]	Z=-0,227 p=0,821	8,91±3,04	9,1 [4,1]	8,72±4,17	8,1 [3,7]	Z=-1,078 p=0,281

Z “Mann-Whitney U test” istatistik değeri, “IndependentSample-t” test (t-tablo değeri).

TE: Toplam Enerji.

*p<0,05

Çizelge 4.30. (devamı) Katılımcıların cinsiyete ve yeme bozukluğu riskine göre günlük diyetle aldıkları enerji ve bazı besin öğelerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri

Değişken	Erkek (n:144)				İstatistiksel analiz Olasılık	Kadın (n:187)				İstatistiksel analiz Olasılık
	Risk var		Risk yok			Risk var		Risk yok		
	$\bar{x} \pm SS$	M [IQR]	$\bar{x} \pm SS$	M [IQR]		$\bar{x} \pm SS$	M [IQR]	$\bar{x} \pm SS$	M [IQR]	
A vitamini (mcg)	990,52±757,58	797,6 [761,5]	809,53±533,18	687,2 [465,4]	Z=-1,360 p=0,174	865,21±837,49	635,3 [537,5]	733,32±630,04	572,5 [400,7]	Z=-1,266 p=0,205
B ₆ vitamini (mg)	1,09±0,43	0,9 [0,7]	1,04±0,40	1,0 [0,5]	Z=-0,134 p=0,894	0,91±0,33	0,9 [0,5]	0,87±0,39	0,8 [0,5]	Z=-1,154 p=0,249
B ₁₂ vitamini (mcg)	3,63±1,86	3,6 [2,7]	3,68±2,27	3,3 [2,4]	Z=-0,551 p=0,582	2,90±1,90	2,6 [2,5]	2,71±2,43	2,5 [2,1]	Z=-1,046 p=0,296
Niasin (mg)	11,22±6,61	9,1 [6,0]	10,72±6,02	9,7 [5,0]	Z=-0,447 p=0,655	8,25±4,97	7,3 [4,1]	8,38±5,48	7,2 [5,3]	Z=-0,283 p=0,777
Tiamin (mg)	0,77±0,40	0,7 [0,5]	0,74±0,29	0,7 [0,4]	Z=-0,066 p=0,948	0,63±0,24	0,6 [0,3]	0,63±0,29	0,6 [0,4]	Z=-0,430 p=0,667
Riboflavin (mg)	1,16±0,42	1,1 [0,6]	1,19±0,42	1,2 [0,5]	t=-0,383 p=0,702	0,99±0,35	1,0 [0,5]	0,93±0,36	0,9 [0,5]	Z=-1,487 p=0,137
Folat (mcg)	274,67±111,40	254,4 [106,1]	264,05±91,40	257,2 [133,2]	t=0,610 p=0,543	214,91±84,86	209,0 [117,4]	214,51±85,68	210,5 [106,2]	t=0,032 p=0,975

Z “Mann-Whitney U test” istatistik değeri, “IndependentSample-t” test (t-tablo değeri).

TE: Toplam Enerji.

Katılımcıların cinsiyete göre günlük diyetle aldıkları enerji ve bazı besin ögeleri ile DİA olumsuz ve olumlu toplam puanları arasındaki ilişki Çizelge 4.31’de verilmiştir. Erkek öğrencilerin günlük diyetle aldıkları enerji ve bazı besin ögeleri ile DİA olumsuz ve olumlu toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$). Kadın öğrencilerin enerji (kkal), posa (g), magnezyum (mg) ve demir (mg) alım miktarları ile DİA olumlu toplam puanı arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). DİA olumsuz toplam puanı ile enerjinin yağdan gelen yüzdesi arasında pozitif yönde ($r=0,157$; $p=0,032$); karbonhidrattan gelen yüzdesi arasında ise negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,149$; $p=0,041$).

Çizelge 4.31. Katılımcıların cinsiyete göre günlük diyetle aldıkları enerji ve bazı besin ögeleri ile DİA olumsuz/olumlu toplam puanları arasındaki ilişki

Değişken	Erkek (n:144)				Kadın (n:187)			
	DİA Olumsuz		DİA Olumlu		DİA Olumsuz		DİA Olumlu	
	r	p	r	p	r	p	r	P
Enerji (kkal)	-0,003	0,971	0,061	0,466	0,057	0,438	0,155	0,034*
Toplam protein (%)	0,021	0,806	0,037	0,664	0,000	0,999	-0,098	0,183
Toplam yağ (TE %)	0,036	0,646	0,013	0,875	0,157	0,032*	0,088	0,230
Karbonhidrat (TE %)	-0,052	0,534	-0,026	0,756	-0,149	0,041*	-0,059	0,419
Posa (g)	-0,002	0,980	0,016	0,849	0,008	0,918	0,149	0,042*
Kolesterol (mg)	0,076	0,367	0,034	0,685	0,107	0,144	0,078	0,289
Potasyum (mg)	-0,013	0,875	0,025	0,770	-0,019	0,794	0,123	0,094
Kalsiyum (mg)	-0,006	0,942	0,015	0,856	0,020	0,785	0,038	0,609
Magnezyum (mg)	-0,011	0,900	0,079	0,348	0,087	0,235	0,173	0,018*
Fosfor (mg)	0,040	0,631	0,076	0,363	0,086	0,244	0,109	0,136
Demir (mg)	-0,034	0,684	0,048	0,568	0,047	0,522	0,167	0,023*
Çinko (mg)	-0,042	0,617	0,037	0,661	0,065	0,378	0,090	0,219

“Spearman” korelasyon katsayısı. * $p<0,05$

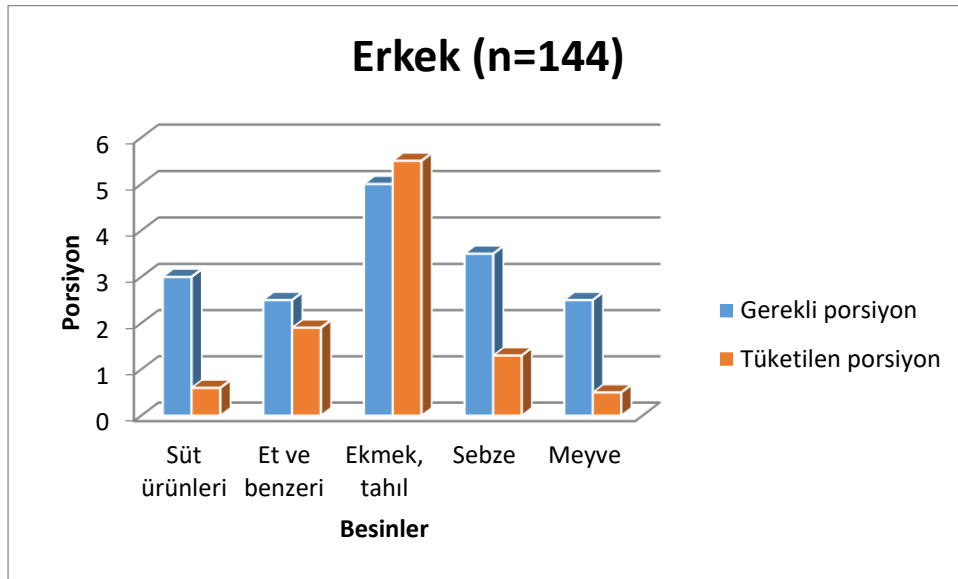
Katılımcıların cinsiyete göre besin gruplarından günlük tüketilen porsiyon miktarlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri Çizelge 4.32’de verilmiştir. Süt ve ürünleri grubundan günlük tüketilen toplam porsiyon ortalaması erkeklerde $0,75 \pm 0,68$, kadınlarda $0,73 \pm 0,70$ olarak bulunmuş ve aralarınca anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Günlük et ve benzeri besin grubundan tüketilen porsiyon miktarı erkek öğrencilerde $2,08 \pm 1,19$, kadınlarda $1,58 \pm 1,00$ olarak tespit edilmiş ve erkeklerin tükettiği toplam porsiyon miktarının kadınlardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p = 0,000$). Ekmek ve tahıllar grubunda tüketilen porsiyon miktarı açısından erkeklerle kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p = 0,000$). Bu farklılığa göre erkeklerin ($5,53 \pm 1,96$ porsiyon) kadınlardan ($3,83 \pm 2,10$ porsiyon) daha fazla ekmek ve tahıl grubu tükettikleri saptanmıştır. Sebze grubu için günlük alınan porsiyon ortalaması erkeklerde $1,34 \pm 1,05$ ve kadınlarda $1,30 \pm 1,00$ olarak belirlenmiştir. Meyve grubunun günlük tüketilen porsiyon ortalaması ise erkek ve kadınlarda sırasıyla $0,84 \pm 0,98$ ve $1,08 \pm 0,97$ olarak bulunmuştur. Sebze grubunda günlük tüketilen porsiyon miktarı açısından erkek ve kadın öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamışken ($p > 0,05$); meyve grubunun kadınlarda erkeklerden anlamlı düzeyde daha fazla tüketildiği tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Katılımcıların besin gruplarından günlük tüketilen porsiyon miktarlarının TÜBER önerileri ile karşılaştırılması erkek öğrenciler için Şekil 4.2’de, kadın öğrenciler için ise Şekil 4.3’te verilmiştir. Erkek öğrencilerin süt ve ürünleri, et ve benzeri, sebze ile meyve grubundan günlük tüketilen porsiyon miktarları önerilenin altında; ekmek ve tahıl grubundan tüketilen porsiyon miktarının önerilenin üstünde olduğu belirtilmiştir. Kadın öğrencilerin ise bütün besin gruplarından günlük tüketilen porsiyon miktarının önerilenin altında olduğu tespit edilmiştir.

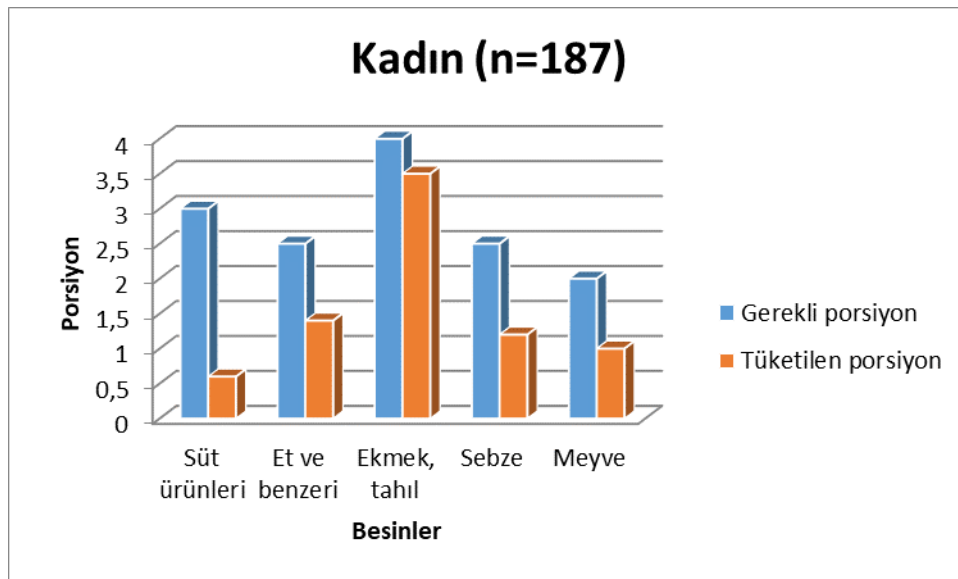
Çizelge 4.32. Katılımcıların cinsiyete göre besin gruplarından günlük tüketilen porsiyon miktarlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) ve IQR değerleri

Besin Grupları (Porsiyon)	Erkek (n:144)		Kadın (n:187)		Toplam (n:331)		İstatistiksel Analiz Olasılık
	$\bar{x} \pm SS$	M [IQR]	$\bar{x} \pm SS$	M [IQR]	$\bar{x} \pm SS$	M [IQR]	
Süt Ürünleri							
Süt, yoğurt	0,62±0,60	0,6 [0,9]	0,54±0,56	0,5 [0,8]	0,57±0,58	0,6 [0,9]	Z=-1,378 p=0,168
Beyaz peynir	0,52±0,54	0,5 [0,8]	0,33±0,36	0,3 [0,5]	0,41±0,46	0,5 [0,6]	Z=-3,186 p=0,001**
Kaşar peynir	0,13±0,33	0,0 [0,0]	0,19±0,39	0,0 [0,0]	0,17±0,36	0,0 [0,0]	Z=-1,921 p=0,055
Toplam	0,75±0,68	0,6 [0,8]	0,73±0,70	0,6 [1,0]	0,74±0,69	0,6 [1,0]	Z=-0,505 p=0,614
Et ve Benzeri							
Etler	0,83±0,56	0,8 [0,7]	0,55±0,56	0,4 [0,7]	0,67±0,58	0,6 [0,7]	Z=-5,301 p=0,000*
Balık	0,03±0,18	0,0 [0,0]	0,02±0,17	0,0 [0,0]	0,02±0,17	0,0 [0,0]	Z=-0,721 p=0,471
Yumurta (2 adet)	0,45±0,46	0,5 [0,8]	0,28±0,32	0,1 [0,5]	0,36±0,40	0,3 [0,5]	Z=-3,599 p=0,000*
Kuru baklagiller	0,40±0,46	0,1 [0,8]	0,42±0,56	0,0 [0,8]	0,41±0,52	0,0 [0,8]	Z=-0,181 p=0,856
Yağlı tohum, kabuklu meyve	0,37±0,82	0,2 [0,3]	0,31±0,56	0,2 [0,3]	0,33±0,68	0,2 [0,3]	Z=-0,607 p=0,544
Toplam	2,08±1,19	1,9 [1,1]	1,58±1,00	1,4 [1,2]	1,79±1,11	1,6 [1,2]	Z=-4,732 p=0,000*
Ekmek ve Tahıl							
Tüm ekmek türleri	3,78±1,89	3,7 [2,5]	2,20±1,57	2,0 [2,0]	2,89±1,88	2,7 [2,7]	Z=-7,851 p=0,000*
Diğer tahıllar	1,75±1,15	1,7 [1,3]	1,63±1,36	1,4 [1,7]	1,68±1,27	1,5 [1,5]	Z=-1,761 p=0,078
Toplam	5,53±1,96	5,5 [2,5]	3,83±2,10	3,5 [2,3]	4,57±2,20	4,3 [3,1]	Z=-7,567 p=0,000*
Sebze							
Yeşil yapraklı sebzeler	0,06±0,13	0,0 [0,1]	0,04±0,11	0,0 [0,0]	0,05±0,12	0,0 [0,0]	Z=-2,087 p=0,037**
Diğer sebzeler	1,28±1,02	1,2 [1,2]	1,25±0,99	1,1 [1,4]	1,27±0,99	1,2 [1,3]	Z=-0,389 p=0,697
Toplam	1,34±1,05	1,3 [1,3]	1,30±1,00	1,2 [1,4]	1,32±1,02	1,2 [1,3]	Z=-0,496 p=0,620
Meyve							
Büyük meyveler	0,84±0,98	0,5 [1,3]	1,07±0,97	1,0 [1,4]	0,97±0,98	1,0 [1,4]	Z=-2,176 p=0,030**
Küçük meyveler	0,00±0,01	0,0 [0,0]	0,01±0,11	0,0 [0,0]	0,01±0,08	0,0 [0,0]	Z=-1,520 p=0,129
Toplam	0,84±0,98	0,5 [1,3]	1,08±0,97	1,0 [1,4]	0,98±0,98	1,0 [1,4]	Z=-2,358 p=0,018**

* p<0,001 ** p<0,05



Şekil 4.2. Erkek öğrenciler için besin gruplarından günlük tüketilen porsiyon miktarlarının TÜBER önerileri ile karşılaştırılması



Şekil 4.3. Kadın öğrenciler için besin gruplarından günlük tüketilen porsiyon miktarlarının TÜBER önerileri ile karşılaştırılması

5. TARTIŞMA

Sağlıksız beslenme seçimleri ve davranışları, beden memnuniyetsizliği, ağırlık kaybı için diyet yapma ve yeme bozuklukları üniversite öğrencileri arasında oldukça yaygındır [218, 219]. Bu araştırma, Gümüşhane Üniversitesi'nde okuyan, 18 yaş ve üzeri öğrencilerde duygusal yeme davranışlarının yeme bozukluğu ve beslenme durumu ile ilişkisini incelemek amacıyla yürütülmüştür. Çalışma sonuçları katılımcıların genel özellikleri, genel sağlık durumları, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite durumları, antropometrik ölçümleri, duygusal iştah ve yeme davranışları, duygusal yeme davranışları ile yeme bozukluğu riski arasındaki ilişki ve besin tüketim durumları şeklinde başlıklar altında değerlendirilmiştir.

5.1. Katılımcıların Genel Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Üniversite dönemi gençler için kendi kararlarını alıp uygulayabilme, aileden uzakta yeni bir sosyal çevreyle uyum sağlayabilme ve akademik başarıyı elde edebilme açısından oldukça riskli bir süreçtir [220]. Kadioğlu ve Ergün (2015) [90] tarafından yapılan üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğu riskinin araştırıldığı bir çalışmada öğrencilerin %59,4'ünün kız, %40,6'sının erkek ve yaş ortalamalarının da $21,08 \pm 1,65$ yıl olduğu tespit edilmiştir. Özdoğan ve arkadaşlarının (2012) [221] yaptığı çalışmada öğrencilerin %74'ü kız, %26'sı erkek ve yaş ortalamaları $21,39 \pm 1,73$ yıldır. Bu çalışmada ise, 331 öğrencinin %43,5'i erkek, %56,5'i kadın ve yaş ortalamaları $22,08 \pm 1,80$ yıldır.

Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, öğrencilerin çoğunun öncelikli olarak yurtlarda daha sonra ise arkadaşları ile birlikte evde kaldıkları belirlenmiştir [222]. Korkmaz (2010) [95] tarafından yapılan başka bir çalışmada öğrencilerin kalacak yer olarak devlet yurdunu (%48,6) ve ev ortamını (%26) tercih ettikleri görülmüştür. Bu çalışmada, erkek öğrencilerin en çok öğrenci evinde (%44,4) daha sonra devlet yurdunda (%25,1) kalmayı; kadınların ise önce devlet yurdunu (%56,7) daha sonra özel yurt (%27,3) ile öğrenci evini (%11,2) tercih ettikleri belirlenmiştir (Bkz. Çizelge 4.1). Kadın öğrencilerin hem maddi imkânlar hem güvenliğin sağlanması açısından öncelikle devlet yurtlarında kaldıkları düşünülmektedir.

5.2. Katılımcıların Genel Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi

İleriki yaşlarda ortaya çıkan sağlık sorunlarına çocukluk ve erişkinliğe geçiş dönemindeki yetersiz ve dengesiz beslenmenin neden olduğu bilinmektedir ve bu yaş grubu kronik hastalıklar için risk taşımaktadır [223]. Ankara ilindeki çeşitli üniversitelerde öğrenim gören 401 öğrencinin sağlık durumları incelendiğinde, erkeklerin %94,2'sinde, kızların ise %89,9'unda herhangi bir hastalık olmadığı saptanmıştır [221]. Dokuz Eylül Üniversitesi'nde yapılan bir araştırmada ise öğrencilerin %93,4'ünde herhangi bir kronik hastalık olmadığı görülmüştür [224]. Yapılan çalışmalarla benzer olarak bu çalışmada da, öğrencilerin %91,5'inde doktor tarafından tanısı konmuş herhangi bir hastalık bulunmamıştır. Tanısı konmuş hastalıklar erkeklerde %37,5 sindirim sistemi hastalıkları, %25 kalp-damar hastalıkları; kadınlarda ise %35 anemi, %20 sindirim sistemi hastalıkları olarak belirlenmiştir. Her iki cinsiyette de sindirim sistemi hastalıklarının görülme yüzdesi dikkat çekicidir. Üniversite yaşamının getirisi olan stresin ve sadece karın doyurmak amacıyla bilinçsiz ve ayaküstü yenen yiyeceklerin tercih edilmesinin sindirim sistemi üzerinde olumsuzluklara yol açtığı düşünülebilir. Anemi ise dünya nüfusunun yaklaşık %30'unda görülen bir hastalıktır ve çoğu zaman demir eksikliğinden kaynaklanmaktadır [225]. Kadınlarda aneminin sık görülme nedeni özellikle demirden zengin besinleri yetersiz tüketmeleri ve yaşadıkları menstruasyon dönemleri olabilir.

Kişiliğin oturmaya başladığı üniversite yıllarında çeşitli nedenlerle egzersiz ve diyet yapmaya eğilim artmaktadır [220]. Üniversite öğrencilerinin yeme tutumunu inceleyen bir araştırmada %39,4'ünün mevcut vücut ağırlığından memnun olmadığı, %28,2'sinin vücut ağırlığını sabit tutmak amacıyla çaba sarf ettiği ve %20,6'sının ara sıra, %5'inin çoğunlukla, %2,9'unun ise her zaman diyet yaptığı saptanmıştır [90]. Seven (2013) [226] tarafından yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışmada da, katılımcıların yaklaşık yarısının (%43,6) zayıflamak amacıyla diyet ve düzenli egzersiz (%40,9) yaptıkları görülmüştür. Benzer şekilde Baş ve Dönmez (2009) [227] tarafından yapılan başka bir çalışmada ise zayıflamak amacıyla uygulanan yöntemlerde diyet uygulama ve egzersiz yapma ilk sıralarda yer almıştır. Bu çalışmada kadınların diyet yapma yüzdesi (%29,4) erkeklerden (%22,9) daha yüksek bulunmuştur. Zayıflama amacıyla kadınların %83,6 sıklıkla en fazla zayıflama diyeti uyguladıkları, erkeklerin ise %75,8 sıklıkla ilk olarak egzersize başvurdukları saptanmıştır (Bkz. Çizelge 4.3).

Sosyal ve duygusal değişimlerin yoğun yaşıandığı, yeni bir çevreye uyum gerektiren, mezun olma ve iş bulma kaygısının oluştuğu üniversite ortamı, tüm bu etmenlerle başa çıkma aracı olarak alkol, sigara, madde kullanımı gibi zararlı alışkanlıkların edinilmesi açısından büyük riske sahiptir [228, 229]. Yaşları 19-35 arasında değişen, toplamda 498 üniversite öğrencisi üzerinde yürütölen bir çalışmada, erkek öğrencilerin %42,6'sının sigara içip, %11,7 'sinin alkol kullandığı; kadınların ise %13,8'inin sigara içip, %3,4 'ünün alkol kullandığı görölmüşür [230]. Ege Üniversitesi'nde 1518 üniversite öğrencisinin katıldığı bir çalışmada sigara ve alkol kullanma durumları sırasıyla %29,1 ve %55,6 bulunmuşken [231]; Kars ilinde üniversite öğrencilerinin zararlı alışkanlıklarını tespit etmek amacıyla yapılan başka bir çalışmada da öğrencilerin %32,3'ünün sigara içtiği, %24,7'sinin ise aktif olarak alkol kullandığı belirlenmiştir [232]. Bu çalışmaya katılan erkek ve kadın öğrencilerin sigara içme durumaları sırasıyla %41 ve %11,8 bulunmuştur. Alkol tüketimi ise erkeklerde %24,3, kadınlarda %4,8 olarak tespit edilmiştir. Çalışmada alkol tüketiminin düşük olma nedeninin bölgenin kültürel özelliklerinden ve toplumsal normlarından kaynaklandığı düşünölmektedir.

5.3. Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi

Yeterli ve dengeli beslenmek için besin gruplarının bir günde üç ana öğüne dengeli olarak paylaştırılması son derece önemlidir [233]. Onurlubaş ve arkadaşlarının (2015) [234] üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı bir çalışmada kadınların % 72,1'i, erkeklerin ise %64,7'sinin öğün atladığı ve en fazla atlanılan öğünlerin öğle yemeği ve sabah kahvaltısı olduğu tespit edilmiştir. Ondokuz Mayıs Üniversitesi öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada da, öğrencilerin en fazla atladığı öğünün öğle yemeği (%52,6) ve sabah kahvaltısı (%39,7) olduğu belirlenmiştir [222]. Vassigh (2012) [235] tarafından 1000 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan bir araştırmada, cinsiyete göre en sık atlanan öğünün erkeklerde sabah kahvaltısı (%51,8), kadınlarda öğle yemeği (%44,6) olduğu belirtilmiştir. Bu araştırmaya katılan öğrencilerin ana öğün ortalaması $2,28 \pm 0,56$ kez olup, erkeklerin %73,6'sının, kadınların %64,7'sinin öğün atladığı ve erkeklerde en çok sabah kahvaltısı (%55,2), kadınlarda ise en çok öğle (%57,5) öğününün atlandığı belirlenmiştir (Bkz. Çizelge 4.5). Öğrencilerin yarısından fazlasının (%68,6) TÜBER (2015) [214] tarafından önerilen günde 3 ana öğün düzenine uymayıp öğün atladıkları saptanmıştır. Çalışmada öğün atlama nedeni olarak her iki cinsiyette de en fazla zaman yetersizliği (%39,8); daha sonra ise erkeklerde sabah uyanamama (%30,1), kadınlarda alışkanlığın olmaması (%22,3) yer

almıştır. Öğrencilerin erken başlayan ders saatlerinin, yoğun geçen ders ve sınav haftalarının, yurt veya okulda yemek çıkmamasının, maddi imkânların yetersizliğinin, yemek hazırlama isteğinin bulunmamasının öğün atlamaya neden olabileceği düşünülmektedir.

5.4. Katılımcıların Fiziksel Aktivite Durumlarının Değerlendirilmesi

Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesinde yeterli ve dengeli beslenmenin yanında aktif yaşam tarzını benimsemiş olmak son derece önemlidir. DSÖ her 4 yetişkinden birinin yeterince aktif olmadığını belirtmektedir [236]. Fiziksel inaktivite her yıl 3,2 milyon insanın ölümüne neden olarak “Dünya Geneline Ölümüne Neden Olan İlk 10 Risk Faktörü” sıralamasında 4. sırada yer almaktadır [237]. Ülkemizde ise tüm nedenlere bağlı ölümlerin %15’inden fiziksel olarak hareketsiz olma sorumludur [238]. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 verilerinde 19-30 yaş grubunda erkeklerin %69,5’inin, kadınların ise %76,6’sının egzersiz yapmadıkları tespit edilmiştir [239].

Ermış ve arkadaşları (2015) [222] tarafından üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin yaklaşık yarısının (%47,1) fiziksel olarak aktif olmadığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada sağlıkla ilgili alanlarda eğitim alan öğrencilerin düzenli spor yapma sıklıkları %40 iken; sağlıkla ilgili olmayan diğer alanlarda %52’dir. Korkmaz (2010) [95] tarafından Uludağ üniversitesinde okuyan 500 öğrenci üzerinde yürütülen bir çalışmada, öğrencilerin %84’ünün fiziksel olarak aktif olmadığı bildirilmiştir. Şimşek, Koruk ve Altındağ (2007) [240] tarafından üniversite öğrencileri üzerine yapılan bir çalışmada da, %63,6’sının hiç spor yapmadığı belirtilmiştir. Üniversite öğrencilerinde obezite görülme sıklığının araştırıldığı başka bir çalışmada öğrencilerin %81,5’inin spor yapma alışkanlığı olmadığı belirtilmiştir [241]. Ölçülü ve arkadaşlarının (2015) [242] üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları bir çalışmada da, öğrencilerin % 64’ünün yeterli fiziksel aktivite yapmadığı ve kızların (%73,4) erkeklerden (%51,5) daha fazla sedanter yaşama sahip olduğu görülmüştür. Yapılan bu çalışmada ise benzer şekilde öğrencilerin büyük çoğunluğunun düzenli fiziksel aktivite yapmadığı (erkeklerde %61,1; kadınlarda %77) görülmüştür (Bkz. Çizelge 4.6). Çalışmadan elde edilen sonuçlara paralel olarak pek çok çalışmada üniversite öğrencileri arasında fiziksel aktivite yapma süresi ve sıklığının oldukça düşük olduğu görülmektedir [95, 222, 240, 243]. Bunun nedeni öğrencilerin yoğun

geçen ders dönemleri ve sosyal ilişkilerden kaynaklı spor yapmaya vakit ayırmaması veya boş vaktini sosyal medyada geçirmeyi tercih etmesi olabilir.

5.5. Katılımcıların Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

Türkiye’de obezite prevalansı gelişmiş ülkelerde olduğu gibi giderek artmaktadır. Toplam 24788 kişinin tarandığı Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP)’nin sonuçlarına göre obezite prevalansı kadınlarda %30, erkeklerde %13, genelde ise %22,3 düzeylerinde tespit edilmiştir. TURDEP-I çalışmasından 12 yıl sonra yapılan TURDEP-II çalışmasında Türk erişkin toplumunda 1998’de %22,3 olan obezite prevalansının %40 artarak 2010’da %31,2’ye ulaştığı görülmüştür. Kadınlarda obezite prevalansı %44, erkeklerde %27 olarak saptanmış ve son 12 yılda prevalansın kadınlarda %34, erkeklerde ise %107 arttığı bildirilmiştir [244]. TBSA 2010 sonuçlarına göre obezite sıklığı; 19 yaş ve üzerinde bireylerde %30,3 iken, erkeklerde %20,5 ve kadınlarda %41 olarak bulunmuştur. Ayrıca fazla kilolu olma sıklığı %34,6 olarak tespit edilmiştir [239].

Gazi Üniversitesi’nin farklı alanlarında okuyan öğrencilerde yapılan bir çalışmada BKİ ortalamaları erkeklerde $22,55 \pm 2,75 \text{ kg/m}^2$, kızlarda $21,25 \pm 2,99 \text{ kg/m}^2$ olarak bulunmuştur [245]. Oğuz ve arkadaşları (2017) [246] tarafından üniversite öğrencileri ve çalışanları üzerinde beslenme alışkanlıkları ile obezite prevalansının değerlendirildiği bir araştırmada, öğrencilerin BKİ ortalaması $22,5 \pm 3,8 \text{ kg/m}^2$ bulunmuş; BKİ sınıflamasına göre öğrencilerde hafif şişman ve şişman olanların yüzdeleri sırasıyla %18,5 ve %3,5 olarak tespit edilmiştir. Akça ve Selen (2015) [247] tarafından üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada, öğrencilerin BKİ ortalamasının $22,595 \pm 3,57 \text{ kg/m}^2$ olduğu; %13,7’sinin zayıf, %24,5’inin fazla şişman, %8,5’inin şişman kategorisine girdiği ve erkeklerde “şişman”, kız öğrencilerde ise “fazla şişman” sınıfının daha yüksek değerlere sahip olduğu belirtilmiştir. Zileli ve arkadaşları (2016) [241] tarafından 336 üniversite öğrencisinde obezite görülme sıklığının araştırıldığı çalışmada, kız öğrencilerin %16’sı fazla şişman, %5,5’i şişman; erkek öğrencilerin ise %27,6’sı fazla şişman, %7’si şişman bulunmuştur [241]. Harran üniversitesinde yapılan bir çalışmada ise, öğrencilerin %5,8’inin fazla şişman, %11’inin şişman olduğu görülmüştür [240]. Bu çalışmada, öğrencilerin BKİ değerleri erkek öğrenciler için $24,27 \pm 3,76 \text{ kg/m}^2$ ve kadın öğrenciler için $21,99 \pm 3,20 \text{ kg/m}^2$ olarak belirlenmiştir. Diğer çalışmalarla kıyaslandığında öğrencilerin BKİ değerlerinin benzer olduğu görülmektedir

[246, 247]. Çalışmaya katılan erkek öğrencilerin %27,1'i hafif şişman, %6,9'u şişman; kadın öğrencilerin ise %12,8'i hafif şişman ve %1,6'sı şişmandır. Kadın öğrencilerin fazla şişman ve şişman olma yüzdesi diğer çalışmalara ve TBSA 2010 verilerine göre daha düşüktür (Bkz.Çizelge 4.8) [239, 241, 247].

Vücuttaki yağ miktarının özellikle bel çevresinde toplanması metabolik hastalık riskini artırmaktadır. Vücut ağırlığı ile ilişki sağlık riski bulunmaması için bel çevresi ölçümünün erkeklerde <94 cm, kadınlarda <80 cm olması önerilmektedir [214]. Santral obezite prevalansı TBSA 2010 verilerine göre erkeklerde %17, kadınlarda %49 ve genel popülasyonda %35 olarak tespit edilmiştir [239]. Yaş ortalamaları $19,8 \pm 2,9$ yıl olan 200 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan bir araştırmada katılımcıların bel çevresi ortalaması $79,6 \pm 10,8$ cm olarak bulunmuştur [246]. Bingöl Üniversitesi'nde 506 öğrenci üzerinde yapılan bir çalışmada da kız öğrencilerin artmış risk yüzdesinin (%10,5), erkek öğrencilerden (%4,9) yüksek olduğu belirlenmiştir [248]. Yapılan bu çalışmada, erkeklerin bel çevresi $86,83 \pm 9,55$ cm ve kadınların $73,26 \pm 7,50$ cm olarak saptanmıştır. Bel çevresi ölçümüne göre erkeklerin vücut ağırlığı ile ilişkili sağlık riskinin yüksek olma sıklığı (%5,6) kadınlardan (%3,7); kadınların ise artmış risk sıklığı (%15) erkeklerden (%13,9) daha fazla bulunmuştur. (Bkz.Çizelge 4.8.)

5.6. Katılımcıların Duygusal İştah ve Yeme Davranışlarının Değerlendirilmesi

Psikolojik faktörlerin besin seçme ve tüketim miktarı üzerinde önemli rol oynadığı bilinmektedir [37]. Yapılan bir çalışmada günlük hayatta yaşanan duygusal değişimlerin yeme davranışını nasıl etkilediğini değerlendirmek için 23 kadın katılımcının 6 gün boyunca geçici duygusal değişimleri ve motivasyonları kaydedilmiştir. Elde edilen 634 duygunun küme analizi yapılarak “öfke”, “gerilim/korku” ve “gevşeme/sevinç” şeklinde üç tür duygusal durum sınıfı oluşturulmuştur. Düşük düzeydeki duygular ise “nötr” sınıfına ayrıştırılmıştır. Çalışma sonucunda olumsuz duyguların daha yoğun bedensel açlığa ve yeme davranışındaki artışa neden olduğu görülmüştür [249]. Bennett ve arkadaşları (2013) [45] tarafından üniversite öğrencileri üzerinde yürütülen başka bir çalışmada yoğun stres altında iken, öğrencilerin duygusal yeme davranışı gösterdikleri belirtilmiştir. Bu çalışmada ise, olumsuz duygu ve durumlarda erkek ve kadın öğrencilerin iştah düzeylerinin olumlu duygu ve durumlara göre daha çok arttığı tespit edilmiştir (Bkz. Çizelge 4.9). Bu sonucun üniversite öğrencilerinin sosyal ilişkilerinde sıklıkla yaşanan çalkantılar ile yoğun sınav kaygısı gibi

olumsuz duyguları ve yaşanan stres nedeniyle farklılaşan ruh halini iyileştirmede besinlerin baş etme stratejisi olarak kullanılmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Obez bireylerin olumsuz duygular karşısında normal kilolu ve zayıf bireylere göre daha fazla yiyecek tükettiği [226], bununla birlikte duygusal yemenin sadece fazla şişman ve obez bireylere özgü bir davranış olmadığı belirtilmektedir [250]. Sağlıklı ve normal ağırlıktaki bireylerin olumsuz duygular ile baş etmek amacıyla besinleri kullandıklarını gösteren başka çalışmalar da mevcuttur [251, 252]. Paris Nanterre Üniversitesi'nde Bourdier ve arkadaşları (2017) [253] tarafından 679 öğrenci üzerinde Duygusal İştah Anketi kullanılarak yapılan bir çalışmada olumsuz duygu ve durumlarda daha fazla yemeye eğilimli olanların, duygusal yeme davranışı göstermeyenlere göre daha yüksek BKİ değerlerine sahip olduğu belirtilmiştir. Greene ve arkadaşları (2011) [254] tarafından üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada duygusal yeme değerlendirmesinde yüksek puan alan öğrencilerin düşük puan alanlara göre daha yüksek BKİ değerlerine sahip oldukları tespit edilmiştir. Yetişkinlerde duygusal yeme davranışının beslenme durumunu nasıl etkilediğini araştıran Seven (2013) [226] ise kadın cinsiyetinde, obez bireylerde ve diyet uygulayanlarda duygusal yeme puanının anlamlı derecede daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Literatürde bulunan çalışmalarla benzer şekilde bu çalışmada da; kadın öğrencilerde, BKİ değeri yüksek olanlarda ve diyet yapan bireylerde (sadece kadınlarda) duygusal yeme puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Öğrencilerin çoğunluğu (%70,1) normal vücut ağırlığında bulunmasına rağmen her iki cinsiyette de BKİ değeri ile duygusal yeme arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.21). Kadınlar üzerindeki ideal ağırlık ve ince beden baskısının erkeklerden fazla olması ve kadınların duygusal yapılarının daha hassas ve kolay etkilenebilir yapıda olması, duygusal yeme davranışını daha fazla gösterme nedenleri arasında sayılabilir.

Üç Faktörlü Yeme Anketi kullanılarak, yaşları 14-19 aralığında değişen 508 kız öğrencinin kontrolsüz yeme, bilişsel kısıtlama ve duygusal yeme davranışlarının değerlendirildiği bir çalışmada; BKİ ile duygusal yeme ve kontrolsüz yeme arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiş, sadece bilişsel kısıtlama davranışı zayıflarda; normal ve şişman olanlardan anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur [255]. Üniversitede okuyan, ortalama yaşları $22,6 \pm 3,6$ yıl ve BKİ değerleri $21,5 \pm 2,8$ kg/m² olan 308 kadın öğrenci üzerinde yapılan bir araştırmada TFEQ kullanılarak yeme davranışları değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda bilişsel kısıtlama ile BKİ değerleri arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır [256]. Ergen ve

genç yetişkin kadınların kontrolsüz yeme, bilişsel kısıtlama ve duygusal yeme davranışlarının TFEQ anketi uygulanarak 2997 katılımcıyla araştırıldığı bir çalışmada BKİ arttıkça bilişsel kısıtlama ve duygusal yeme puanlarının da arttığı tespit edilmiştir [257]. Konttinen ve arkadaşları (2010) [258] tarafından yapılan bir başka çalışmada ise duygusal yeme puanları ile BKİ, bel çevresi, vücut yağ yüzdesi ve depresif semptomlar arasında pozitif yönde ilişki olduğu belirlenmiştir. Yapılan bu çalışmada da, erkek öğrencilerde BKİ değeri ile TFEQ alt ölçeklerinden “bilişsel kısıtlama” ve “duygusal yeme” puanları ve kadınlarda TFEQ tüm alt ölçek (kontrolsüz yeme, bilişsel kısıtlama, duygusal yeme) puanları arasında anlamlı pozitif bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). BKİ değerlerinin artmasıyla birlikte hem erkek hem kadın bireylerde ağırlık artışını önlemek amacıyla diyet yapma ve besin alımını bilinçli olarak kısıtlama davranışlarının gerçekleşebileceği bilinmektedir.

5.7. Katılımcıların Bazı Değişkenlere Göre Yeme Bozukluğu Riski ve Duygusal Yeme Davranışlarının Değerlendirilmesi

Yeme bozuklukları, üniversite kampüslerinde oldukça yaygındır ve tedavi edilmediği takdirde son derece ciddi fiziksel, psikolojik, sosyal ve akademik sonuçlarla ilişkilidir. Bu nedenle üniversiteler, yeme bozukluklarında erken müdahaleler ve alınacak önlemler açısından önemli çalışma sahalarındandır [105]. Yeme bozukluklarının erken teşhis ve tedavisi oldukça önemlidir ancak üniversite öğrencilerinde yaygınlığını tespit etmek zor olmaktadır [155]. Ülkemizde giderek yaygınlaşan yeme bozukluklarının sıklığı net bilinmese de, genç nüfusta tanı konulacak düzeye ulaşmayan sağlıksız yeme davranışları çok sık görülmektedir [90]. Yeme bozukluklarının değerlendirilmesi için kabul görmüş tek bir ölçek bulunmamaktadır. Çoğu zaman riskli davranış veya belirtilerin saptanmasında ve değerlendirmesinde farklı ölçekler bir arada kullanılmaktadır [259]. Yapılan bu çalışmada, olası bir yeme bozukluğu riskini saptamak amacıyla geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış REZZY [204] ile YEDÖ ölçeği birlikte kullanılmış [208] ve öğrencilerdeki yeme bozukluğu görülme riski %41,4 olarak bulunmuştur. Bangladeş'teki yaş ortalamaları 21 olan 800 (%56,6'sı erkek ve %43,4'ü kadın) üniversite öğrencisi arasında yapılan bir çalışmada öğrencilerin %37,6'sının yeme bozukluğu riski taşıdığı belirlenmiştir [260]. Farklı alanlarda okuyan 156'sı erkek ve 245'i kadın olmak üzere toplamda 401 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada olumsuz duygu ve durumlarda normalden daha az veya daha fazla yiyenlerin yeme bozukluğu için daha fazla riske sahip oldukları belirtilmiştir [261]. Üniversite öğrencilerinde potansiyel bir yeme bozukluğu risk durumunu değerlendiren bir

çalışmada, 297 katılımcıya REZZY (SCOFF) anketi uygulanmıştır. Sonuç olarak %16,2 (n:48)'sinin risk taşıdığı ve bu riskin kadınlarda anlamlı olarak daha fazla olduğu tespit edilmiştir [262]. Finlandiya'da 1863 genç yetişkin üzerinde REZZY (SCOFF) anketi kullanılarak yapılan bir taramada, yeme bozukluğu görülme riski %9,7 olarak bulunmuştur [263]. Fransa'da Tavolacci ve arkadaşları (2015) [264] tarafından Normandiya Üniversitesi'nde yeme bozukluklarının prevalansını belirlemek amacıyla yapılan bir araştırmada 3457 öğrenci REZZY (SCOFF) anketi ile taranmış ve % 20,5'inin yeme bozukluğu açısından risk altında olduğu saptanmıştır. Çalışmanın sonunda ise ileride gelişmesi olası bir yeme bozukluğu hakkında öğrencileri bilgilendirmenin ve üniversiteye ilk kayıta REZZY (SCOFF) anketi ile riskli öğrencilerin saptanarak kesin tanı ve tedavi amacıyla bir uzmana yönlendirmenin son derece önemli olduğu vurgulanmıştır.

Üniversite öğrencilerinde olası bir yeme bozukluğunu saptamak amacıyla yapılan çalışmalar sonucunda ulaşılan veriler arasındaki farklılığın araştırma bölgelerinin ayrı belirlenmesi ve örneklem sayılarının aynı olmaması gibi nedenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Çiftçi (2018) [87] tarafından BESYO öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, öğrencilerin %24,9'unda yeme bozukluğu tespit edilmiştir. Mohammadnazhad (2016) [265] tarafından Sağlık Bilimleri (n:250) ve Sosyal Bilimler (n:250) alanlarında okuyan toplam 500 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan çalışmada sırasıyla % 26 ve %34 sıklığında yeme bozukluğu görüldüğü bildirilmiştir. Ünal ve arkadaşları (2014) [266] tarafından üç farklı alanda (Beslenme ve Diyetetik:254, Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri:263, Sosyal Bilimler:256) okuyan 773 lisansüstü öğrenci üzerinde yapılan bir çalışmada yeme bozukluğu riskinin en fazla Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri (%10,7) alanında görüldüğü belirlenmiştir. Diğer alanlardaki sıklık Beslenme ve Diyetetik için %2,9 ve Sosyal Bilimler için ise %0,4 olarak bulunmuştur. Beslenme alanında eğitim gören öğrenciler üzerinde yapılan başka bir çalışma, diğer öğrencilere nazaran ağırlıklarını kontrol etmek için yiyecek alımlarını kısıtlama eğiliminde olduklarını göstermiştir [267]. Beslenme ve diyetetik öğrencilerinde düzensiz yeme davranışları veya yeme bozuklukları riskinin diğer bölümlerde öğrenim gören öğrencilere göre daha fazla olduğunu gösteren başka çalışmalar da mevcuttur [268, 269]. Yapılan bu çalışmada, SBF'de okuyan öğrencilerdeki yeme bozukluğu riski (%48,6); MDBF (%37,8) ve BESYO (%30,8)'da okuyan öğrencilerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışmada BESYO öğrencileri arasındaki yeme bozukluğu riskinin düşük çıkma nedeninin örneklem sayısının diğer alanlardan daha az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. SBF öğrencileri arasında artmış riskin ise beslenme

konusundaki yeterli bilgi donanımına rağmen sağlıklı beslenme takıntısı ile birlikte mesleki yönden daha ince bir görünüm kaygısı gibi nedenlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Yeme bozuklukları kızlarda erkeklere nazaran 20 kat daha fazla görülmektedir. Bunun nedeninin genç kızların ergenlik döneminde yaşadığı bedensel fizyolojik değişimlerden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir [270]. Literatürde de kadınlarda erkeklerden daha fazla yeme bozukluğu görüldüğünü ortaya koyan birçok çalışma vardır [87, 248, 271-274]. REZZY (SCOFF) anketi kullanılarak 2822 üniversite öğrencisi üzerinde yeme bozukluklarının araştırıldığı bir çalışmada erkeklerin %3,6'sı ve kadınların %13,5'inin risk altında olduğu belirlenmiştir [273]. Richter ve arkadaşları (2017) [205] tarafından REZZY (SCOFF) anketinin Almanya popülasyonunda geçerliliğinin değerlendirildiği büyük ölçekli (n:2527) bir çalışmada ise yeme bozukluğu prevalansının %10 olduğu ve kadınların erkeklere göre daha fazla risk taşıdığı belirtilmiştir. Yapılan bu çalışmada, erkek öğrencilerde yeme bozukluğu riski %33,3, kadınlarda %47,6 ve toplamda %41,4 olarak bulunmuştur. Kadınlarda görülen yemek bozukluğu riskinin erkek öğrencilerden anlamlı derecede daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Kadın cinsiyetinde erkeklere göre 3,285 kat daha fazla yeme bozukluğu gelişme riski bulunmaktadır (Bkz. Çizelge 4.15). Ayrıca hem erkek hem kadın öğrenciler arasında yeme bozukluğu riskine sahip olanlarda YEDÖ alt ölçek (kısıtlayıcı yeme, yeme kaygısı, şekil kaygısı, kilo kaygısı) ve toplam skor puanları daha yüksek bulunmuştur (Bkz. Çizelge 4.19; Çizelge 4.20). Bunun sebebi olarak kadınların daha fazla beğenilme arzusuna sahip olmaları ve dış görünüşe daha çok önem vermeleri düşünülebilir.

Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YEDÖ) son 28 güne odaklanan ve yeme bozukluklarının temel davranışsal özelliklerinin (aşırı yeme ile kendini kusturma, laksatif ve diüretik kullanma, aşırı egzersiz gibi uygun olmayan telafi davranışları) sıklığını değerlendirmede yaygın olarak kullanılan bir tarama aracıdır [275]. Genellikle klinik ortamlarda yeme patolojisinin semptomlarını ve özelliklerini değerlendirmek için kullanılır [276]. Üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada, yeme patolojisi YEDÖ kullanılarak kız ve erkek öğrenciler arasında sınıflandırılmıştır. YEDÖ'nün alt ölçekleri (ağırlık, şekil ve yeme endişesi) kullanılarak yapılan geçerlilik analizleri sonucunda kız öğrencilerin kilo, şekil ve yeme kaygılarının anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. [277]. Darcy ve arkadaşları (2012) [278] tarafından adölesanlar üzerinde yapılan bir

çalışmada, uygulanan YEDÖ sonucunda kızların tüm alt ölçek ile toplam puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Yaş ortalamaları 16-50 arasında değişen ve BKİ ortalaması 24,6 olan toplamda 1080 kadının katılımıyla gerçekleşen başka bir çalışmada, bu iki değişkenin (yaş ve BKİ) yeme bozukluğu ile arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışma sonunda YEDÖ alt ölçekleri ile toplam puanlarının yaş ile negatif; BKİ değerleri ile pozitif bir ilişkide olduğu saptanmıştır [279]. Norveç'te örneklemi yaşları 15-30 yıl arasında değişen, lise ve üniversitede okuyan 250'si erkek, 282'si kadın olmak üzere toplamda 532 öğrencinin oluşturduğu bir çalışmada, erkeklerin (0,44) kadınlardan (1,41) daha düşük YEDÖ puanlarına sahip olduğu ve her iki cinsiyette de BKİ değerleri ile YEDÖ arasında anlamlı ilişki çıkmasına rağmen bu ilişkinin erkeklerde daha zayıf olduğu belirtilmiştir [280]. Yapılan bu çalışmada da, YEDÖ'nün bütün alt ölçekleri ve toplam puanları erkeklerde kadın öğrencilere göre daha düşük bulunmuş ancak sadece üç alt boyutta (kısıtlayıcı yeme, yeme kaygısı ve şekil kaygısı) anlamlı ilişkiye rastlanılmıştır ($p<0,05$). Bunun yanı sıra BKİ değerleri ile YEDÖ alt ölçek ve toplam puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Bkz. Çizelge 4.21). Kadınlarda yeme bozukluğu riskinin ve kısıtlama davranışlarının erkeklerden daha fazla görülmesinin bu sonuca neden olduğu düşünülmektedir.

Beden kütle indeksinin yeme bozukluğu gelişiminde bir risk faktörü olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur [274,281]. Bu çalışmalardan biri olan, Musaiger ve arkadaşları (2016) [281] tarafından 203'ü erkek 327'si kadın olmak üzere toplam 530 üniversite öğrencisinin katılımıyla yürütülen çalışmada, BKİ değeri 25 ve üzeri olan bireylerde yeme bozukluğu görülme riskinin iki kat daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır. Yaşları 17-23 yaş aralığında değişen 338'i erkek, 272'si kadın toplam 610 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan diğer çalışmanın sonucuna göre ise, BKİ ile yeme bozukluğu riski arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu belirtilmiştir [274]. Bu çalışmada da, BKİ'nin her birim artışında yeme bozukluğu riskinin 1,262 kat arttığı tespit edilmiştir (Bkz. Çizelge 4.15).

Beden algısı bozukluğu ve buna bağlı diyet yapma yeme bozuklukları için bir diğer risk faktörüdür ve genellikle yeme bozukluğu patolojisinin gelişiminde atılan ilk adımdır [262]. Yapılan bir çalışmada, üniversite öğrencilerinin çoğunun normal bir BKİ değerine sahip olmasına rağmen son 5 yıl içinde %60-80 arasında diyet yaptıkları belirtilmiştir [256]. Kadioğlu ve Ergün (2015) [90] tarafından 525 üniversite öğrencisi üzerinde yürütülen bir çalışmada çoğunlukla diyet yapanların; bazen diyet yapanlara veya hiç yapmayanlara göre

daha fazla yeme bozukluğu riskine sahip oldukları görülmüştür. Ulaş, Uncu ve Üner (2013) [271] tarafından üniversite öğrencileri (n:384) üzerinde yapılan bir araştırmada diyet yapma durumunun olası yeme bozukluğu riskini artırdığı bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada zayıflamak amacıyla diyet yapma, aşırı egzersiz yapma, laksatif ve diüretik kullanma gibi davranışların yeme bozukluğu riski yüksek olan öğrencilerde daha fazla görüldüğü bildirilmiştir [282]. Klinik alanda yapılan araştırmalarda ise yeme bozukluğuna sahip bireylerin hastalık gelişmeden önce diyet yapmaya başlamış oldukları bildirilmiştir [283]. Yapılan bu çalışmada da, diyet yapma durumu ile yeme bozukluğu riski arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Yeme bozukluğu riskine sahip erkeklerin %39,6'sı kadınların ise %49,4'ü daha önce diyet yaptıklarını belirtmişlerdir (Bkz. Çizelge 4.14). Bilinçsizce ve sıklıkla tekrarlanan diyet uygulamaları, besin alımında aşırı kısıtlama ve beden şekli ile sürekli meşguliyet açlık ya da stresi tetikleyerek aşırı yeme davranışının gelişimine neden olabilir. Hemen ardından gelişen suçluluk duygusu ve utanç hissi uygun olmayan telafi davranışları ile yeniden kısıtlama davranışını geliştirir ve bu kısır döngü uzun vadede yeme bozuklukları gelişimi için uygun bir zemin oluşturabilir.

Duygusal yeme kavramının aşırı yeme ve şişmanlık ile yeme bozukluğunun bazı alt tiplerinde rol oynadığı düşünülmektedir [253]. Rotella ve arkadaşları (2018) [284] AN, BN veya tikanırcasına yeme bozukluğunun herhangi birinden tanı almış 18 yaş üzeri 253 kadın hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada YEDÖ anketi kullanarak yeme bozukluğunun patolojisini ve duygularla ilişkisini değerlendirmişlerdir. Okuma-yazma bilmeyen, çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan ve eş tanı olarak şizofreni, bipolar bozukluk ve zekâ geriliğine sahip olan hastalar çalışmaya dâhil edilmemiştir. Çalışma sonunda hastaların %31,6'sının kısıtlayıcı yeme davranışını gösterdiği ve kısıtlayıcı yeme davranışı göstermeyenlere göre de BKİ değerleri ile YEDÖ şekil ve kilo kaygısı alt ölçek puanlarının anlamlı ölçüde daha düşük olduğu belirtilmiştir. Ayrıca tikanırcasına yeme ve çıkarma davranışlarına sahip hastalarda duygusal yemenin ağırlıkta olduğu tespit edilmiştir. Duygusal yeme davranışı ile tikanırcasına yeme bozukluğu arasında ilişki olduğunu gösteren başka çalışmalar da mevcuttur [19, 40, 62, 63]. Borges ve arkadaşları (2017) [91] tarafından 200 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise depresyon, anksiyete ve stres gibi olumsuz duyguların gece yeme sendromuyla ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Gece yeme sendromunun, düşük ruh hali (özellikle akşam 4'den sonra), depresyon, yaşam stresi ve düşük benlik saygısı ile ilişkilendirildiği başka çalışmalar da mevcuttur [285, 286]. Braden ve arkadaşları (2018) [287] tarafından 189 yetişkin birey üzerinde yapılan bir

çalışmada olumlu ve olumsuz duygular karşısında duygusal yemenin yeme bozukluğu davranışları ile ilişkini saptamak amacıyla YEDÖ ölçeği kullanılmıştır. Çalışmanın sonucuna göre depresyon, anksiyete, öfke ve can sıkıntısına bağlı gelişen duygusal yemenin bozulmuş psikolojik sağlık, duygu düzenlemesinde güçlük ve yeme bozukluğu semptomlarında artış ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Yapılan bu çalışmada da, hem erkek hem kadın öğrenciler için duygusal yeme puanları ile YEDÖ alt ölçek ve toplam skor puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.25; Çizelge 4.26). Duygusal yeme davranışı arttıkça yeme bozukluğu semptomları da artmaktadır. Bireylerin duygulardan ve etkilediği yeme davranışlarından oluşan bir kısır döngüye düşmesi yeme bozukluğu riski var olan bireylerde tablonun daha da ilerleyip kötüleşmesine neden olabilir.

5.8. Katılımcıların Besin Tüketim Durumlarının Değerlendirilmesi

Yoğun ve oldukça stresli bir süreci kapsayan üniversite yaşamına geçiş yapan genç yetişkinler arasında yaygınlaşan sağlıksız yeme davranışları önemli bir halk sağlığı sorunudur. Özellikle bu dönemde fiziksel büyüme ve psikososyal gelişimdeki hızlı değişiklikler nedeniyle beslenme gereksinimlerini karşılayamayan ve kötü beslenme alışkanlıkları edinen öğrenciler beslenme açısından riskli gruplar olarak ele alınmaktadır [288]. Yeterli ve dengeli bir beslenme örüntüsü oluşturmak için makro besin öğelerinin günlük enerjiye katkı yüzdeleri sırasıyla karbonhidrat için %45-60, protein için %10-20 ve yağ için %20-35 şeklinde olmalıdır [214]. Gariboğlu ve arkadaşları (2012) [289] tarafından 878 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada, günlük enerjinin yağdan gelen yüzdesinin yüksek (E:%34,4; K:%36,1) olduğu belirlenmiştir. Yine benzer şekilde, Hacettepe Üniversitesi'nde 500 öğrencinin katılımıyla gerçekleşen bir çalışmada karbonhidrat alım yüzdesi (%43,1 $\pm$ 10,0) düşük iken; yağ alım yüzdesi (%40,0 $\pm$ 8,6) yüksek bulunmuştur [265]. Toplamda 764 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan başka bir araştırmada ise kızların erkeklere göre daha yağlı yiyeceklerle beslendikleri, buna karşın sebze meyve tüketiminin aynı olduğu belirlenmiştir [290]. Bu çalışmada ise, günlük enerjinin karbonhidrat, protein ve yağdan karşılanan yüzdeleri sırasıyla erkeklerde %47,15 $\pm$ 7,98; %16,19 $\pm$ 3,36; %36,71 $\pm$ 7,49 ve kadınlarda %46,71 $\pm$ 8,57; %14,22 $\pm$ 3,82; %39,06 $\pm$ 8,37 şeklindedir (Bkz. Çizelge 4.27) ve yapılan çalışmalarla benzer olarak yağdan gelen yüzdenin yüksek olduğu saptanmıştır [266, 289]. Ayrıca kadınların toplam yağdan gelen enerji yüzdelerinin (%39,06 $\pm$ 8,37) erkek öğrencilerden (%36,71 $\pm$ 7,49) daha fazla

olduğu belirlenmiştir. Üniversite öğrencilerinin en az bir öğünde dışarıda toplu yemek hizmetlerinden yararlanmaları, ders aralarında genellikle vakit bulamadıkları için ayaküstü besinleri tercih etmeleri gibi nedenlerle yağ alımlarının artabileceği söylenebilir.

Sağlıklı yaşamın sürdürülmesi ve kolon kanseri başta olmak üzere diğer kanser türleri, obezite ve kalp-damar hastalıkları gibi birçok sağlık sorunundan korunmak için günlük diyetle yeterli düzeyde (yetişkinler için 25-30 g) posa alımı son derece önemlidir [289, 291]. Mohammadnazhad (2016) [265] tarafından yapılan araştırmada, erkeklerin günde 13,9 g ve kadınların 15,8 g posa aldıkları belirlenmiştir. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 verilerine göre ise 19-30 yaş grubunda erkeklerin günlük ortalama 22,4 g; kadınların 19,0 g posa aldıkları görülmektedir [239]. Yapılan bu çalışmada, erkek öğrencilerin günlük ortalama $17,73 \pm 6,93$ g, kadınların ise $16,64 \pm 6,89$ g posa tükettikleri ve bu değerlerin günlük alınması gereken posa miktarını karşılamadığı tespit edilmiştir. Bu yetersiz alımın öğrencilerin önerilen porsiyon miktarlarından daha düşük sebze ve meyve tüketiminden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Kan kolesterol düzeyinin yüksek olması kalp-damar hastalıkları için risk oluştururken, düşük olması da bazı kanser hastalıkları için risk oluşturur. Bu nedenle günlük yiyeceklerle kolesterol alımın yetişkinlerde 300 mg ve gebe kadınlarda 200 mg'ın altında tutulması önerilir [214]. TBSA 2010 verilerine göre günlük ortalama kolesterol alımı erkekler için 249,10 mg, kadınlar için de 180,59 mg olarak bulunmuştur [239]. Yapılan bu çalışmada erkek öğrencilerin $298,61 \pm 201,76$ mg, kadın öğrencilerin ise $213,82 \pm 141,08$ mg kolesterol aldıkları tespit edilmiştir. Önerildiği şekilde <300 mg olmasına karşın diğer çalışma bulgularıyla kıyaslandığında yüksek olduğu görülmektedir [239].

Mikro besinler olarak adlandırılan vitamin ve mineraller, vücut fonksiyonunun homeostatik düzenlenmesinde görev alan bir dizi biyokimyasal fonksiyona sahip besin bileşenleridir [292]. Diyetle doğal antioksidanlar olarak görev yapan mikro besinlerin çoğunun, kardiyovasküler hastalıklar ve kanser gibi birçok kronik hastalığı önlediği de bilinmektedir [293]. İran'da yaşları 18-25 arasında değişen 100 kız öğrencinin günlük diyetle aldığı toplam makro ve mikro besin öğelerini saptamak ve standart değerlerle karşılaştırmak amacıyla yapılan bir çalışmada C vitamini, pantotenik asit, tiamin ve niasinin önerilen miktarlardan daha fazla; B₁₂ vitamini, riboflavin ve folatın ise daha az tüketildiği saptanmıştır. Bununla birlikte incelenen mineraller arasında magnezyum, potasyum ve

kalsiyumun daha az tüketildiği; fosfor ve çinkonun ise daha fazla tüketildiği tespit edilmiştir [293]. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde okuyan %60,6'sı erkek, %39,4'ü kız toplamda 878 öğrenci üzerinde yapılan başka bir çalışmada da önerilerle kıyaslandığında öğrencilerin lif, tiamin, folik asit, kalsiyum ve magnezyumu düşük; sodyumu ise yüksek aldıkları gözlenmiştir [289]. İspanya'da Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyan 585 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada üniversitede okuyan öğrencilerin enerji, protein, iyot, D ve E vitamini alımları düşük, sodyum alımları ise yüksek bulunmuştur [294]. Ankara'da Hacettepe Üniversitesi bünyesindeki Sağlık Bilimleri Fakültesi (n:250) ve Sosyal Bilimler Fakültesi (n:250)'nde okuyan toplam 500 öğrenci üzerinde yapılan başka bir çalışmada da öğrencilerinin günlük demir, B₁₂ vitamini ve folatı önerilen miktarların altında aldıkları tespit edilmiştir [265]. Üniversite öğrencilerinin beslenme durumunu değerlendirmek amacıyla 1299 üniversite öğrencisinin katılımıyla gerçekleşen başka bir çalışmada ise potasyum, kalsiyum, demir ve magnezyum ise yetersiz olarak bulunmuştur [295]. Gariboğlu ve arkadaşları (2012) [289] yaptıkları çalışmada erkek öğrencilerin C vitaminini sınırda; kız öğrencilerin demiri düşük miktarda aldıklarını belirtmişlerdir. Yapılan bu çalışmada ise her iki cinsiyette günlük alınan enerji, posa değerleri ile niasin, tiamin, folat, potasyum, kalsiyum ve magnezyum alımlarının genel olarak düşük olduğu saptanmıştır. Günlük diyetle alınan C vitamininin erkeklerde kadın öğrencilerden daha düşük olmasının nedeninin; çalışmaya katılan erkek öğrencilerin sigarayı kadınlardan daha fazla kullanmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Aynı şekilde kadın öğrencilerin de et ve benzeri besinleri gereksiniminin altında almaları hayvansal kaynaklardan elde edilen vitamin ve minerallerin düşük olma sebebini açıklamaktadır (Bkz. Şekil 4.3).

Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi (TÜBER)'nde belirli yaş aralıkları için besin gruplarından günlük tüketilmesi önerilen porsiyon miktarları belirtilmiştir [214]. Yurtta kalan 124 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada, ergenlikten genç erişkinliğe geçiş döneminde genel diyet kalitesindeki düşüşün yanı sıra süt tüketimi ve kalsiyum alımında da azalmaların olduğu belirlenmiştir [296]. Arslan, Daşkapan ve Çakır (2016) [297] tarafından 758 üniversite öğrencisinin beslenme alışkanlıklarının incelendiği bir çalışmada, günde 1 bardak süt tüketimi erkeklerde %16,7, kızlarda %19 olarak bulunmuş ve her iki cinsiyette de yetersiz olduğu tespit edilmiştir. Çetinkaya (2010) [298] tarafından Kafkas Üniversitesi öğrencilerinin süt ve süt ürünlerini tüketim durumlarının incelendiği bir araştırmada, her gün bir bardak süt içen öğrenciler %25, hiç içmeyenler ise %67 olarak bulunmuştur. Yapılan bu çalışmada öğrencilerin süt grubundan günlük olarak $0,74 \pm 0,69$

porsiyon tükettikleri ve bu miktarın TÜBER’de önerilen porsiyon miktarından oldukça düşük olduğu görülmüştür [214]. Macaristan’da üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarını değerlendirmek amacıyla 5174 öğrencinin (2116 erkek, 3058 kadın) katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada neredeyse dörtte üçünün (%71) günde 2 porsiyondan daha az sebze ve meyve tükettiği saptanmıştır [299]. Ayhan ve arkadaşları (2012) [220] tarafından tıp fakültesinde okuyan 557 öğrenci katılımıyla gerçekleşen çalışma sonucunda ise kırmızı et, ekmek ve hamur işinin oldukça fazla tüketildiğini; buna karşın sebze ve meyve tüketiminin daha az olduğu belirlenmiştir. Yapılan bu çalışmada, her iki cinsiyet için sebze grubundan $1,32 \pm 1,02$ porsiyon, meyve grubundan $0,98 \pm 0,98$ porsiyon tüketildiği ve önerilen miktarların altında olduğu saptanmıştır. Kırmızı et ve tahıl grubundaki besinleri erkek öğrencilerin kadınlardan daha fazla miktarda tükettikleri görülmüştür. Ancak her iki cinsiyet için de ekmek ve tahıl grubu hariç diğer besin grupları için önerilen porsiyon miktarlarından çok daha düşük miktarlarda tüketimin olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Şekil 4.2; Şekil 4.3).

Rocks ve arkadaşları (2016) [300] üniversitede beslenme ve ergoterapi bölümlerinde okuyan öğrencilerin enerji ve besin ögesi alımları ile yeme tutumu ve bilişsel kısıtlama arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Elde edilen sonuçlara göre yeme tutumu ve bilişsel kısıtlama puanları ile toplam enerji ve besin ögesi alımı arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Yapılan bu çalışmada da, yeme bozukluğu riski ile enerji, makro ve mikro besin öğeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamıştır (Bkz. Çizelge 4. 29).

Besin tüketim kaydının katılımcı beyanına dayanması ve son 24 saatlik kaydın olası bir riski belirlemek için yetersiz olması ya da duygu yoğunluklarında ne yendiğinin hatırlanmaması çalışmanın sınırlılıklarındandır. Ancak duygusal yeme davranışlarının yeme bozukluğu riskine zemin hazırladığı, riskli davranışlara sahip ancak kesin tanı almamış öğrenci sayısının oldukça fazla olduğu, öğrencilerin genel beslenme düzenlerinin çoğunlukla sağlıksız ve düzensiz olduğu, enerji ve besin öğeleri bakımından yeterli düzeyde alım sağlanmadığı ulaşılan sonuçlar arasındadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Üniversite öğrencilerinde sık karşılaşılan duygusal yeme davranışlarının yeme bozuklukları ve beslenme durumu ile ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

1. Çalışmaya 144'ü (%43,5) erkek ve 187'si (%56,5) kadın toplam 331 öğrenci katılmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması $22,08 \pm 1,80$ yıldır ve öğrencilerin % 99,7'si bekârdır.
2. Araştırmaya katılan erkek öğrencilerin %44,4'ü ve kadın öğrencilerin %11,2'si öğrenci evinde, erkeklerin %25,1'i ve kadınların %56,7'si devlet yurdunda, yine erkeklerin %22,2'si, kadınların ise %27,3'ü özel yurttadır.
3. Cinsiyet ile barınma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p=0,000$). Erkeklerin kendi içlerinde en fazla öğrenci evinde, kadınların ise yarıdan fazlasının devlet yurdunda kaldığı belirlenmiştir.
4. Araştırmaya katılan erkek öğrencilerin %9,7'sinin, kadınların ise %3,2'sinin bir işte çalıştığı ve çalışan erkek yüzdesinin kadınlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).
5. Erkeklerin %22,9'unun diyet yaptığı ve bu diyetleri en çok akupunktur uzmanı (%39,4) ve arkadaş tavsiyesi (%24,2) üzerine aldıkları tespit edilmiştir. Kadınların ise %29,4'ünün diyet yaptığı ve uyguladıkları diyeti en çok medyadan (%29,1) ve spor eğitmeninden (%25,5) aldıkları belirtilmiştir.
6. Araştırmaya katılan öğrencilerden sigara içen erkeklerin sıklığı (%41), sigara içen kadınlardan (%11,8) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınların okudukları alan ile sigara kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kadınlarda sigara kullanım durumunun en yüksek olduğu fakültenin MDBF (%24,5), en düşük olduğu fakültenin ise SBF (%7) olduğu belirlenmiştir.
7. Erkeklerin %75,7'sinin ve kadınların %95,2'sinin alkol kullanmadığı tespit edilmiştir. Kadınlarda okudukları alan ile alkol kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p=0,000$). Kadınlarda alkol kullanım durumunun en yüksek olduğu fakültenin MDBF (%14,3) olduğu ve SBF'de okuyan kadınların tamamının ise (%100,0) hiç alkol kullanmadığı belirlenmiştir.

8. Araştırmaya katılan öğrencilerin %68,6'sı öğün atlamaktadır (E: %73,6; K:%64,7). Erkek öğrencilerin en çok atladığı öğünün sabah (%55,2), kadın öğrencilerin ise öğle (%57,5) yemeği olduğu saptanmıştır. Öğün atlama sebebi incelendiğinde her iki cinsiyette de “zaman yetersizliği” ilk sırada yer almaktadır.
9. MDBF’de okuyan erkeklerin %30,2’sinin, kadınların %14,3’ünün, SBF’de okuyan erkeklerin %20,6’sının, kadınların %14,8’inin ve BESYO’da okuyan erkeklerin %82,8’inin, kadınların %82,6’sının düzenli fiziksel aktivite yaptığı tespit edilmiştir. Her iki cinsiyette de okudukları alanlar ile düzenli fiziksel aktivite yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p=0,000$). BESYO’da okuyan öğrenciler düzenli fiziksel aktivitede diğer alanlara göre en yüksek sıklığa sahiptir (E: %82,8; K: %82,6).
10. Erkeklerin %29,2’sinin, kadınların %15,5’inin “yeterli düzeyde aktif” olduğu bulunmuştur. Erkek ve kadın öğrencilerin okudukları alan ile fiziksel aktivite skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p=0,000$). En yüksek yeterli düzeyde fiziksel aktivite skoruna sahip alanın BESYO olduğu belirlenmiştir.
11. Araştırmaya katılan öğrencilerin BKİ değerleri incelendiğinde; erkeklerin ortalaması $24,27 \pm 3,76 \text{ kg/m}^2$ ve kadınların ortalaması $21,99 \pm 3,20 \text{ kg/m}^2$ olarak bulunmuştur.
12. Erkek ve kadın öğrencilerin büyük çoğunluğunun bel çevresi normal sınırlarda (E: %80,5; K: %81,3) bulunmuşken; erkeklerin vücut ağırlığı ile ilişkili sağlık riskinin yüksek olma sıklığı (%5,6) kadınlardan (%3,7); kadınların ise artmış risk sıklığı (%15) erkeklerden (%13,9) daha fazla bulunmuştur.
13. Erkek öğrencilerin DİA olumsuz toplam puanı ($54,26 \pm 17,08$) olumlu toplam puanından ($44,69 \pm 9,75$) ve kadınların da DİA olumsuz toplam puanı ($50,75 \pm 17,51$) olumlu toplam puanından ($44,00 \pm 11,01$) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,000$). Erkeklerin DİA olumsuz toplam puanı, kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).
14. Araştırmaya katılan erkek öğrencilerde yeme bozukluğu riski %33,3, kadınlarda ise %47,6 olarak tespit edilmiştir.
15. Cinsiyet ile yeme bozukluğu riski arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmüştür ($p=0,009$). Kadınlarda görülen yemek bozukluğu riskinin erkek öğrencilerden daha fazla olduğu ve kadın cinsiyetinde olmanın yeme bozukluğu riskini 3,285 kat artırdığı tespit edilmiştir ($p=0,000$).

16. Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde okuyan öğrencilerde yeme bozukluğu riski %48,6 olarak bulunmuş ve diğer alanlardan (MDBF: %37,8; BESYO: %30,8) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).
17. Diyet yapan erkek ve kadın öğrencilerde diyet yapmayanlara göre yeme bozukluğu riski anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).
18. Çalışmaya katılan bireylerin BKİ değerlerindeki her bir birim artışın yeme bozukluğu riskinde 1,262 kat artışa sebep olduğu görülmüştür ($p=0,000$).
19. Mühendislik ve Doğa Bilimleri Fakültesi'nde okuyan erkek ve kadın öğrencilerin bilişsel kısıtlama alt ölçek puanı yeme bozukluğu riski olanlarda daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). SBF'de okuyan kadın öğrencilerin kontrolsüz yeme, bilişsel kısıtlama ve duygusal yeme alt ölçek puanları, yeme bozukluğu riski olanlarda olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuşken ($p<0,05$); BESYO'da okuyan erkek ve kadın öğrencilerin kontrolsüz yeme, bilişsel kısıtlama ve duygusal yeme alt ölçek puanları ile yeme bozukluğu riski arasında istatistiksel olarak anlamlı farka rastlanılmamıştır ($p>0,05$).
20. SBF'de okuyan erkek ve kadın öğrenciler arasında yeme bozukluğu riski olanların duygusal yeme puanları, olmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0,05$).
21. SBF'de okuyan erkek ve kadın öğrenciler arasında yeme bozukluğu riski olanlarda YEDÖ alt ölçekleri (erkeklerde "kısıtlayıcı yeme" hariç) ve toplam skor puanı olmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek çıkmıştır ($p<0,05$).
22. Erkek öğrencilerin BKİ değerleri ile TFEQ-R21 alt ölçekleri olan "bilişsel kısıtlama" ve "duygusal yeme" puanları, YEDÖ alt ölçekleri ve toplam puanı arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$).
23. Kadın öğrencilerin BKİ değerleri ile DİA olumsuz toplam puanı, TFEQ-R21 alt ölçekleri, YEDÖ alt ölçekleri ve toplam puanı arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$).
24. Diyet yapan erkek ve kadın öğrencilerde bilişsel kısıtlama alt ölçek puanı ile YEDÖ alt ölçekleri ve toplam puanları diyet yapmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca diyet yapan kadınlarda duygusal yeme puanları yapmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir ($p=0,010$).
25. Araştırmaya katılan erkek ve kadın öğrencilerde DİA olumsuz toplam puanı ile duygusal yeme puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p=0,000$). Olumsuz duygu ve durumlarda her iki cinsiyetin duygusal yeme davranışlarında artış görülmektedir.

26. Araştırmaya katılan erkek ve kadın öğrencilerde DİA olumlu toplam puanı ile kontrolsüz yeme puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Olumlu duygu ve durumlarda her iki cinsiyetin de kontrolsüz yeme davranışı gösterdikleri belirtilmiştir.
27. Araştırmaya katılan erkek ve kadın öğrencilerde duygusal yeme puanları ile YEDÖ alt ölçek ve toplam skor puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).
28. Araştırmaya katılan öğrencilerin günlük diyetle aldıkları enerjinin karbonhidrat, protein ve yağdan gelen yüzdeleri sırasıyla erkeklerde $47,15\pm7,98$; $16,19\pm3,36$; $36,71\pm7,49$ ve kadınlarda $46,71\pm8,57$; $14,22\pm3,82$; $39,06\pm8,37$ olarak bulunmuştur. Her iki cinsiyette de enerjinin yağdan gelen yüzdesinin önerilerin üstünde kaldığı ve kadın öğrencilere ait toplam yağ yüzdesinin erkeklerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).
29. Araştırmaya katılan öğrencilerin günlük diyetle aldıkları kolesterol değeri erkeklerde $298,61\pm201,76$ mg ve kadınlarda $213,82\pm141,08$ mg olarak bulunmuştur.
30. Erkek öğrencilerin günlük diyetle aldıkları enerji ve besin öğelerinin DRI'ya göre karşılama yüzdeleri incelendiğinde, posa (g) ve potasyumu (mg) yetersiz ($<50\%$); enerji (kcal), C vitamini (mg), niasin (mg), tiamin (mg), folat (mcg), kalsiyum (mg) ve magnezyumu (mg) da diğer besin öğelerine göre daha düşük miktarda aldıkları saptanmıştır.
31. Kadın öğrencilerin günlük diyetle aldıkları enerji ve besin öğelerinin DRI'ya göre karşılama yüzdeleri incelendiğinde, potasyumu (mg) yetersiz ($<50\%$) ve demiri (mg) sınırda ($\approx 50\%$) aldıkları tespit edilmiştir. Enerji (kcal), posa (g), niasin (mg), B₆ vitamini (mg), tiamin (mg), folat (mcg), kalsiyum (mg) ve magnezyumu (mg) da diğer besin öğelerine göre daha düşük miktarda aldıkları saptanmıştır.
32. Süt ve ürünleri besin grubundan günlük diyetle tüketilen porsiyon miktarı erkeklerde $0,75\pm0,68$ ve kadınlarda $0,73\pm0,70$ olarak bulunmuş ve her iki cinsiyetin de TÜBER'de önerilen porsiyon miktarından (günde 3 porsiyon) çok daha düşük miktarda alım sağladığı tespit edilmiştir.
33. Et ve benzeri besin grubundan erkeklerin $2,08\pm1,19$ ve kadınların $1,58\pm1,00$ porsiyon tükettikleri tespit edilmiştir. Erkeklerdeki tüketimin kadınlardan anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,000$). Ancak her iki cinsiyetin de et ve benzeri besin grubu için TÜBER'de önerilen porsiyon miktarından (günde 2,5 porsiyon) düşük miktarda alım sağladığı görülmüştür.

34. Ekmek ve tahıl grubundan günlük diyetle tüketilen toplam porsiyon miktarı erkekler için $5,53 \pm 1,96$ ve kadınlar için $3,83 \pm 2,10$ olarak bulunmuştur. Erkek öğrencilerin ekmek ve tahıl grubunda kadınlardan anlamlı derecede daha fazla tüketiminin olduğu belirlenmiştir ($p=0,000$). TÜBER’de önerilen porsiyon miktarlarına (E:5, K:4) göre erkeklerin fazla; kadınların ise daha az miktarda alım sağladıkları belirlenmiştir.
35. Sebze grubu için günlük diyetle tüketilen porsiyon miktarı erkeklerde $1,34 \pm 1,05$ ve kadınlarda $1,30 \pm 1,00$ olarak belirlenmiştir. Meyve grubundan günlük diyetle tüketilen porsiyon miktarı ise erkek ve kadınlarda sırasıyla $0,84 \pm 0,98$ ve $1,08 \pm 0,97$ olarak bulunmuştur. Sebze grubundan günlük tüketilen porsiyon miktarı açısından erkek ve kadın öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamışken ($p>0,05$); meyve grubunda kadınların erkeklerden anlamlı düzeyde daha fazla miktarda tüketiminin olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ancak her iki cinsiyetin de TÜBER’de önerilen porsiyon miktarlarının (sebze için; E:3,5; K:2,5 – meyve için; E:2,5; K:2) altında tükettiği saptanmıştır.

Üniversite ortamı geniş ve çeşitlilik arz eden toplu beslenme hizmetlerinden yararlanabilme imkânı, daha çok fast food tüketim olanakları sunması ve fiziksel aktivite için ayrılan zamanı azaltan okul/sosyal talepler açısından riskli bir ortamdır. Bunun yanı sıra üniversite eğitimi nedeniyle genç bireyler aileden uzakta yeni ortama uyum sağlama, sosyal ilişkilerde girişken olma, derslerden geçme, mezuniyet sonrası iş bulma, kendi geçimini sağlama gibi sorumluluklar ile de baş etmeye çalışmaktadır. Bu etmenler bireyi kötü alışkanlıklara, yanlış beslenme düzenine ve hatta ileriki zamanlarda yeme bozukluğuna kadar sürüklemektedir. Bu sebeple üniversite öğrencilerine uyum sürecinde destek olunmalı, sağlıklı yaşam ve beslenme konularında bilgi verilmeli ve davranış değişiklikleri takibe alınmalıdır. Üniversite bünyelerinde bulunan Sağlık, Kültür ve Daire Başkanlığı tarafından görevlendirilecek beslenme ve diyet uzmanları, belirli aralıklarla öğrenciler üzerinde sağlık taramaları yaparak riskli olduğu düşünülen öğrencileri birinci basamak sağlık hizmetlerine yönlendirebilir.

Yeme bozukluğu riskinin etkin ve kolay uygulanabilir tarama araçları kullanılarak erken dönemde belirlenmesi, özellikle üniversite öğrencileri arasında yaygın görülebilen ancak birey tarafından varlığı kabul edilmeyen yeme bozukluklarının teşhisi ve izlemi için son derece önemlidir. Üniversite öğrencilerinde sağlıklı yaşam ve beslenme konularında gerek eğitim müfredatında yer alacak dersler gerekse konferans, seminer gibi etkinlikler ile farkındalık oluşturulmalı ve bilinç düzeyi artırılmalıdır. Ayrıca öğrenciler olumsuz duygu

ve durumlar karşısında yeme davranışlarını kontrol altına alabilme ve stresle başa çıkabilme stratejileri konusunda da desteklenmelidir.

Gelecek yıllarda oluşabilecek hastalıkların önüne geçmek ve var olan sağlıklı beden ve ruh halini sürdürebilmek adına özellikle genç nesillere fiziksel aktivitenin önemi aşılmalı, müfredata bilinci artırmaya yönelik dersler eklenmeli ve kampüs ortamlarına fiziksel aktivite yapmaya uygun alanlar inşa edilmelidir.

Günümüzde farklı üniversite öğrencilerinin risk profilini daha iyi tanımlamak için büyük ölçekli, çok alanlı çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca duygusal yeme davranışlarının beslenme durumuna etkisini saptamak için o an yaşanan duygu ve durumun kaydedildiği müdahale ve takip esasına dayanan çalışmaların daha net sonuçlar vereceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Karakuş, S. Ş., Yıldırım, H. ve Büyüköztürk, Ş. (2016). Adaptation of three factor eating questionnaire (TFEQ-R21) into Turkish culture: A validity and reliability study. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3), 229-237.
2. Macht, M. (2008). How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*, 50(1), 1-11.
3. Ouwens, M. A., van Strien, T. and van Leeuwe, J. F. (2009). Possible pathways between depression, emotional and external eating. A structural equation model. *Appetite*, 53(2), 245-248.
4. Kontinen, H. (2012). *Dietary habits and obesity: The role of emotional and cognitive factors*. Ph.D. Thesis, University of Helsinki, Finland.
5. Oliver, G., Wardle, J. and Gibson, E. L. (2000). Stress and food choice: a laboratory study. *Psychosomatic Medicine*, 62(6), 853-865.
6. Karadağ, M. G., Elibol, E., Yıldırım, H., Akbulut, G., Çelik, M. G., Değirmenci, M., Söğüt, M., Güneş, M. ve Dinler, M. F. (2016). Sağlıklı Yetişkin Bireylerde Yeme Tutum ve Ortorektik Davranışlar ile Obezite Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Gazi Medical Journal*, 27, 107-114.
7. Sevinçer, G. M. ve Konuk, N. (2013). Emosyonel yeme. *Journal of Mood Disorders*, 3(4), 171-178.
8. Kontinen, H., Männistö, S., Sarlio-Lähteenkorva, S., Silventoinen, K. and Haukkala, A. (2010). Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite*, 54(3), 473-479.
9. Bekker, M. H., van de Meerendonk, C. and Mollerus, J. (2004). Effects of negative mood induction and impulsivity on self-perceived emotional eating. *International Journal of Eating Disorders*, 36(4), 461-469.
10. Ozier, A. D., Kendrick, O. W., Leeper, J. D., Knol, L. L., Perko, M. and Burnham, J. (2008). Overweight and obesity are associated with emotion and stress related eating as measured by the eating and appraisal due to emotions and stress questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*, 108(1), 49-56.
11. Stice, E., Ng, J. and Shaw, H. (2010). Risk factors and prodromal eating pathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(4), 518-525.
12. Cornelis, M. C., Rimm, E. B., Curhan, G. C., Kraft, P., Hunter, D. J., Hu, F. B. and Dam, R. M. (2014). Obesity susceptibility loci and uncontrolled eating, emotional eating and cognitive restraint behaviors in men and women. *Obesity*, 22(5), E135-E141.
13. Brockmeyer, T., Skunde, M., Wu, M., Bresslein, E., Rudofsky, G., Herzog, W. and Friederich, H. C. (2014). Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 565-571.

14. Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K. and Treasure, J. (2010). Emotional functioning in eating disorders: attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychological Medicine*, 40(11), 1887-1897.
15. van Strien, T., Konttinen, H., Homberg, J. R., Engels, R. C. M. E. and Winkens, L. H. H. (2016). Emotional eating as a mediator between depression and weight gain. *Appetite*, 100, 216-224.
16. Haynos, A. F. and Fruzzetti, A. E. (2011). Anorexia nervosa as a disorder of emotion dysregulation: Evidence and treatment implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(3), 183-202.
17. Wildes, J. E. and Marcus, M. D. (2011). Development of emotion acceptance behavior therapy for anorexia nervosa: a case series. *International Journal of Eating Disorders*, 44(5), 421-427.
18. Wonderlich, S. A., Peterson, C. B., Crosby, R. D., Smith, T. L., Klein, M. H., Mitchell, J. E. and Crow, S. J. (2014). A randomized controlled comparison of integrative cognitive-affective therapy (ICAT) and enhanced cognitive-behavioral therapy (CBT-E) for bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 44(3), 543-553.
19. Spence, S. and Courbasson, C. (2012). The role of emotional dysregulation in concurrent eating disorders and substance use disorders. *Eating Behaviors*, 13(4), 382-385.
20. Güzey, M. (2014). *Kadınlarda ağırlık yönetiminin yeme tutum davranışı üzerine etkisinin değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
21. von Ranson, K. M. (2008). Personality and eating disorders. In S. Wonderlich, J.E. Mitchell, M. Zwann, & H. Steiger (Eds.), *Annual review of eating disorders (part 2)*, pp. 84-96). Oxford, New York: Radcliffe Publishing.
22. Bozan, N. (2009). *Hollanda yeme davranışı anketinin (DEBQ) Türk üniversite öğrencilerinde geçerlik ve güvenirliğinin sınanması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
23. Culbert, K. M., Racine, S. E. and Klump, K. L. (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders – a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(11), 1141-1164.
24. Hunt, J. and Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *Journal of Adolescent Health*, 46(1), 3-10.
25. Özgen, L., Kınacı, B. ve Arlı, M. (2012). Ergenlerin yeme tutum ve davranışları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 45(1), 229-247.
26. French, S. A., Epstein, L. H., Jeffery, R. W., Blundell, J. E. and Wardle, J. (2012). Eating behavior dimensions. Associations with energy intake and body weight. A review. *Appetite*, 59(2), 541-549.

27. van Strien, T., Herman, C. P. and Verheijden, M. W. (2012). Eating style, overeating and weight gain. A prospective 2-year follow-up study in a representative Dutch sample. *Appetite*, 59(3), 782-789.
28. Ouwens, M. A., van Strien, T. and van der Staak, C. P. (2003). Tendency toward overeating and restraint as predictors of food consumption. *Appetite*, 40(3), 291-298.
29. Burton, P., J. Smit, H. and J. Lightowler, H. (2007). The influence of restrained and external eating patterns on overeating. *Appetite*, 49(1), 191-197.
30. Pfattheicher, S. and Sassenrath, C. (2014). A regulatory focus perspective on eating behavior: how prevention and promotion focus relates to emotional, external, and restrained eating. *Front Psychol*, 5, 1314.
31. Herman, C. P. and Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of personality*, 43(4), 647-660.
32. Gahagan, S. (2012). Development of eating behavior: biology and context. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, 33(3), 261-271.
33. Braet, C., Claus, L., Goossens, L., Moens, E., Van Vlierberghe, L. and Soetens, B. (2008). Differences in eating style between overweight and normal-weight youngsters. *Journal of Health Psychology*, 13(6), 733-743.
34. Elfhag, K. and Morey, L. C. (2008). Personality traits and eating behavior in the obese: poor self-control in emotional and external eating but personality assets in restrained eating. *Eating Behaviors*, 9(3), 285-293.
35. Wolfe, B. E., Baker, C. W., Smith, A. T. and Kelly-Weeder, S. (2009). Validity and utility of the current definition of binge eating. *International Journal Of Eating Disorders*, 42(8), 674-686.
36. Heatherton, T. F. and Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110(1), 86-108.
37. Hamburg, M. E., Finkenauer, C. and Schuengel, C. (2014). Food for love: the role of food offering in empathic emotion regulation. *Frontiers in Psychology*, 5, 32.
38. Kemp, E. and Grier, S. (2013). When food is more than nutrition: Understanding emotional eating and overconsumption. *Journal of Consumer Behaviour*, 12(3), 204-213.
39. Tchanturia, K., Dapelo, M. A. M., Harrison, A. and Hambrook, D. (2015). Why study positive emotions in the context of eating disorders? *Current Psychiatry Reports*, 17(1), 537.
40. Nicholls, W., Devonport, T. and Blake, M. (2016). The association between emotions and eating behaviour in an obese population with binge eating disorder. *Obesity Reviews*, 17(1), 30-42.
41. Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J. and Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the

- national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 714-723.
42. Matherne, C. E., Tanofsky-Kraff, M., Altschul, A. M., Shank, L. M., Schvey, N. A., Brady, S. M., Galescu, O., Demidowich, A. P., Yanovski, S. Z. and Yanovski, J. A. (2015). A preliminary examination of loss of control eating disorder (LOC-ED) in middle childhood. *Eating Behaviors*, 18, 57-61.
 43. Tanofsky-Kraff, M., Bulik, C. M., Marcus, M. D., Striegel, R. H., Wilfley, D. E., Wonderlich, S. A. and Hudson, J. I. (2013). Binge eating disorder: the next generation of research. *International Journal of Eating Disorders*, 46(3), 193-207.
 44. Macht, M. and Simons, G. (2011). Emotional eating. In *Emotion regulation and well-being* (pp. 281-295). Springer, New York.
 45. Bennett, J., Greene, G. and Schwartz-Barcott, D. (2013). Perceptions of emotional eating behavior. A qualitative study of college students. *Appetite*, 60, 187-192.
 46. Tan, C. C. and Chow, C. M. (2014). Stress and emotional eating: The mediating role of eating dysregulation. *Personality and Individual Differences*, 66, 1-4.
 47. Patel, K. A. and Schlundt, D. G. (2001). Impact of moods and social context on eating behavior. *Appetite*, 36(2), 111-118.
 48. Hays, N. P., Bathalon, G. P., McCrory, M. A., Roubenoff, R., Lipman, R. and Roberts, S. B. (2002). Eating behavior correlates of adult weight gain and obesity in healthy women aged 55–65 y. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 75(3), 476-483.
 49. Fay, S. H. and Finlayson, G. (2011). Negative affect induced food intake in non-dieting women is reward driven and associated with restrained disinhibited eating subtype. *Appetite*, 56(3), 682-688.
 50. Adriaanse, M. A., de Ridder, D. T. and Evers, C. (2011). Emotional eating: Eating when emotional or emotional about eating? *Psychology and Health*, 26(1), 23-39.
 51. Goldschmidt, A. B., Tanofsky-Kraff, M., Goossens, L., Eddy, K. T., Ringham, R., Yanovski, S. Z., Braet, C., Marcus, M. D., Wilfley, D. E. and Yanovski, J. A. (2008). Subtyping children and adolescents with loss of control eating by negative affect and dietary restraint. *Behaviour Research and Therapy*, 46(7), 777-787.
 52. O'Connor, D. B., Jones, F., Conner, M., McMillan, B. and Ferguson, E. (2008). Effects of daily hassles and eating style on eating behavior. *Health Psychology*, 27(1), S20.
 53. Stein, R. I., Kenardy, J., Wiseman, C. V., Douchis, J. Z., Arnow, B. A. and Wilfley, D. E. (2007). What's driving the binge in binge eating disorder?: A prospective examination of precursors and consequences. *International Journal of Eating Disorders*, 40(3), 195-203.
 54. Simon, G. E., Von Korff, M., Saunders, K., Miglioretti, D. L., Crane, P. K., Van Belle, G. and Kessler, R. C. (2006). Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 824-830.

55. Block, J. P., He, Y., Zaslavsky, A. M., Ding, L. and Ayanian, J. Z. (2009). Psychosocial stress and change in weight among US adults. *American Journal of Epidemiology*, 170(2), 181-192.
56. Fennig, S. and Hadas, A. (2010). Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(1), 32-39.
57. Bühren, K., Schwarte, R., Fluck, F., Timmesfeld, N., Krei, M., Egberts, K., Pfeiffer, E., Fleischhaker, C., Wewetzer, C. and Herpertz-Dahlmann, B. (2014). Comorbid psychiatric disorders in female adolescents with first-onset anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 22(1), 39-44.
58. Salbach-Andrae, H., Lenz, K., Simmendinger, N., Klinkowski, N., Lehmkuhl, U. and Pfeiffer, E. (2008). Psychiatric comorbidities among female adolescents with anorexia nervosa. *Child Psychiatry & Human Development*, 39(3), 261-272.
59. Ulfvebrand, S., Birgegård, A., Norring, C., Högdahl, L. and von Hausswolff-Juhlin, Y. (2015). Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. *Psychiatry Research*, 230(2), 294-299.
60. Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B. and Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: a marker of eating pathology or general psychopathology? *Psychiatry Research*, 197(1), 103-111.
61. Cardi, V., Leppanen, J. and Treasure, J. (2015). The effects of negative and positive mood induction on eating behaviour: a meta-analysis of laboratory studies in the healthy population and eating and weight disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 57, 299-309.
62. Leehr, E. J., Krohmer, K., Schag, K., Dresler, T., Zipfel, S. and Giel, K. E. (2015). Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity-a systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 49, 125-134.
63. Schulz, S. and Laessle, R. (2012). Stress-induced laboratory eating behavior in obese women with binge eating disorder. *Appetite*, 58(2), 457-461.
64. Razzoli, M., Pearson, C., Crow, S. and Bartolomucci, A. (2017). Stress, overeating, and obesity: Insights from human studies and preclinical models. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 76(1), 154-162.
65. Vardal, E. (2015). *Yeme tutumu: Bağlanma stilleri ve geştalt temas biçimleri açısından bir değerlendirme*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
66. Klump, K. L., Bulik, C. M., Kaye, W. H., Treasure, J. and Tyson, E. (2009). Academy for eating disorders position paper: eating disorders are serious mental illnesses. *International Journal of Eating Disorders*, 42(2), 97-103.
67. Stice, E., Marti, C. N. and Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 445.

68. Sönmez, A. Ö. (2017). Çocuk ve ergenlerde yeme bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(3), 301-306.
69. Treasure, J., Claudino, A. M. and Zucker, N. (2010). Eating disorders. *The Lancet*, 375(9714), 583-593.
70. Pekcan, G., Alphan, E., Köksal, E., Küçükerdönmez, Ö., Bayrak, M., Kızıltan, G., Hasbay, A., Şahin Gürhan, N., Akgün, B. ve Çiçek, B. (2008). *Yetişkinlerde ağırlık yönetimi*. 1 Baskı. İstanbul, Ekspres Baskı.
71. Micali, N., De Stavola, B., Ploubidis, G., Simonoff, E., Treasure, J. and Field, A. (2015). Adolescent eating disorder behaviours and cognitions: gender-specific effects of child, maternal and family risk factors. *The British Journal of Psychiatry*, 207(4), 320-327.
72. Özsoy, E. V. (2017). Yeme bozukluklarında kişilik özellikleri. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 3(1), 255-266.
73. Keski-Rahkonen, A. and Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 340-345.
74. Fonseca, H., Ireland, M. and Resnick, M. D. (2002). Familial correlates of extreme weight control behaviors among adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 32(4), 441-448.
75. Gual, P., Pérez-Gaspar, M., Martínez-González, M. A., Lahortiga, F., Irala-Estévez, J. d. and Cervera-Enguix, S. (2002). Self-esteem, personality, and eating disorders: Baseline assessment of a prospective population-based cohort. *International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 261-273.
76. Toker, D. E. ve Hocaoglu, Ç. (2009). Yeme bozuklukları ve aile yapısı: Bir gözden geçirme. *Düşünen Adam*, 22(1-4), 36-42.
77. Kuruoğlu, A. Ç. (2000). Yeme bozukluklarında genetik etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 10(1), 32-37.
78. Trace, S. E., Baker, J. H., Peñas-Lledó, E. and Bulik, C. M. (2013). The genetics of eating disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 589-620.
79. Hinney, A. and Volckmar, A. L. (2013). Genetics of eating disorders. *Current Psychiatry Reports*, 15(12), 423.
80. Bulik, C. M., Thornton, L. M., Root, T. L., Pisetsky, E. M., Lichtenstein, P. and Pedersen, N. L. (2010). Understanding the relation between anorexia nervosa and bulimia nervosa in a Swedish national twin sample. *Biological Psychiatry*, 67(1), 71-77.
81. Anschutz, D. J., Engels, R. C. and Van Strien, T. (2008). Susceptibility for thin ideal media and eating styles. *Body Image*, 5(1), 70-79.

82. Stice, E., Spangler, D. and Agras, W. S. (2001). Exposure to media portrayed thin ideal images adversely affects vulnerable girls: A longitudinal experiment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20(3), 270.
83. Erbay, L. G. ve Seçkin, Y. (2016). Yeme bozuklukları. *Güncel Gastroloji*, 20(4), 473-477.
84. 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.
85. Le Grange, D., Swanson, S. A., Crow, S. J. and Merikangas, K. R. (2012). Eating disorder not otherwise specified presentation in the US population. *International Journal of Eating Disorders*, 45(5), 711-718.
86. Polivy, J. and Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 187-213.
87. Çiftçi, B. (2018). *Beden eğitimi ve spor yüksekokulu öğrencilerinin yeme tutumlarının incelenmesi (Balıkesir ili örneği)*. Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Balıkesir.
88. de Bruin, A. P. (2010). *Thin is going to win?: Disordered eating in sport*. Ph.D. Thesis, Vrije Universiteit, Amsterdam.
89. İkiz, F. E. ve Otlı, B. M. (2015). Üniversite yaşamına uyum sürecinde yaşanan sorunlar ve başa çıkma yolları. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(4), 35-52.
90. 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.
91. Borges, K. M., dos Santos Figueiredo, F. W. and do Souto, R. P. (2017). Night eating syndrome and emotional states in university students. *Journal of Human Growth and Development*, 27(3), 332-341.
92. Storrie, K., Ahern, K. and Tuckett, A. (2010). A systematic review: students with mental health problems—a growing problem. *International Journal of Nursing Practice*, 16(1), 1-6.
93. Filipova, A. A. and Stoffel, C. L. (2016). The prevalence of binge eating disorder and its relationship to work and classroom productivity and activity impairment. *Journal of American College Health*, 64(5), 349-361.
94. Field, A. E., Sonnevile, K. R., Micali, N., Crosby, R. D., Swanson, S. A., Laird, N. M., Treasure, J., Solmi, F. and Horton, N. J. (2012). Prospective association of common eating disorders and adverse outcomes. *Pediatrics*, 130(2), 289-295.
95. Korkmaz, N. H. (2010). Uludağ Üniversitesi öğrencilerinin spor yapma ve beslenme alışkanlıklarının incelenmesi. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 23(2), 399-413.

96. Uzun, Ö., Güleç, N., Özşahin, A., Doruk, A., Özdemir, B. and Çalışkan, U. (2006). Screening disordered eating attitudes and eating disorders in a sample of Turkish female college students. *Comprehensive Psychiatry*, 47(2), 123-126.
97. Kugu, N., Akyuz, G., Dogan, O., Ersan, E. and Izgic, F. (2006). The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(2), 129-135.
98. Vardar, E. ve Erzengin, M. (2011). Ergenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları iki aşamalı toplum merkezli bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(4), 205-212.
99. Celikel, F. C., Cumurcu, B. E., Koc, M., Etikan, I. and Yucel, B. (2008). Psychologic correlates of eating attitudes in Turkish female college students. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2), 188-194.
100. Semiz, M., Kavakci, O., Yagiz, A., Yontar, G. and Kugu, N. (2013). The prevalence of eating disorders and comorbid psychiatric disorders in the Sivas Province. *Turkish Journal of Psychiatry*, 24(3), 149-157.
101. İnternet: Center for Collegiate Mental Health.(2017, January). 2016 Annual Report (Publication No. STA 17-74). URL: http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fsites.psu.edu%2Fccmh%2Ffiles%2F2017%2F01%2F2016-Annual-Report-FINAL_2016_01_09-1gc2hj6.pdf.&date=2018-06-21. Son Erişim Tarihi: 10.04.2018.
102. National Eating Disorders Association (2006). National Eating Disorders Association announces results of eating disorders poll on college campuses across the nation. URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.nationaleatingdisorders.org%2Fin-the-news%2Fnewsreleases.php.&date=2018-06-29>, Son Erişim Tarihi: 10.04.2018.
103. American College Health Association. (2016). American College Health Association-National College Health Assessment II: Reference Group Executive Summary Spring 2016. Hanover, MD: American College Health Association, 5.
104. Diemer, E. W., Grant, J. D., Munn-Chernoff, M. A., Patterson, D. A. and Duncan, A. E. (2015). Gender identity, sexual orientation, and eating-related pathology in a national sample of college students. *Journal of Adolescent Health*, 57(2), 144-149.
105. Lipson, S. K. and Sonnevile, K. R. (2017). Eating disorder symptoms among undergraduate and graduate students at 12 U.S. colleges and universities. *Eating Behaviors*, 24(3), 81-88.
106. Runfola, C. D., Allison, K. C., Hardy, K. K., Lock, J. and Peebles, R. (2014). Prevalence and clinical significance of night eating syndrome in university students. *Journal of Adolescent Health*, 55(1), 41-48.
107. World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research* (Vol. 2). Geneva. World Health Organization.

108. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)* (5th edit). Washington. American Psychiatric Publishing.
109. Lloyd, E. C., Haase, A. M. and Verplanken, B. (2018). Anxiety and the development and maintenance of anorexia nervosa: protocol for a systematic review. *Systematic Reviews*, 7(1), 14.
110. Goldstein, M., Peters, L., Baillie, A., McVeagh, P., Minshall, G. and Fitzjames, D. (2011). The effectiveness of a day program for the treatment of adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 44(1), 29-38.
111. Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J. and Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724-731.
112. Powers, P. S. and Cloak, N. L. (2013). Failure to feed patients with anorexia nervosa and other perils and perplexities in the medical care of eating disorder patients. *Eating Disorders*, 21(1), 81-89.
113. Luca, A., Luca, M. and Calandra, C. (2015). Eating disorders in late-life. *Aging and Disease*, 6(1), 48-55.
114. Steinhausen, H. C., Jakobsen, H., Helenius, D., Munk-Jørgensen, P. and Strober, M. (2015). A nation-wide study of the family aggregation and risk factors in anorexia nervosa over three generations. *International Journal of Eating Disorders*, 48(1), 1-8.
115. Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Gordon, K. H., Kaye, W. H. and Mitchell, J. E. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 40(3), 111-122.
116. Smink, F. R., Van Hoeken, D. and Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406-414.
117. Linardon, J., Wade, T., de la Piedad Garcia, X. and Brennan, L. (2017). Psychotherapy for bulimia nervosa on symptoms of depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal Of Eating Disorders*, 50(10), 1124-1136.
118. Hay, P. J. and Claudino, A. M. (2010). Bulimia nervosa. *BMJ Clinical Evidence*, 7, 1009.
119. Castillo, M. and Weiselberg, E. (2017). Bulimia nervosa/purging disorder. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(4), 85-94.
120. Campbell, K. and Peebles, R. (2014). Eating disorders in children and adolescents: state of the art review. *Pediatrics*, 134(3), 582-592.
121. Jenkins, P. E., Hoste, R. R., Meyer, C. and Blissett, J. M. (2011). Eating disorders and quality of life: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 113-121.

122. Lewis, B. and Nicholls, D. (2016). Behavioural eating disorders. *Paediatrics and Child Health*, 26(12), 519-526.
123. Godart, N., Radon, L., Curt, F., Duclos, J., Perdereau, F., Lang, F., Venisse, J., Halfon, O., Bizouard, P. and Loas, G. (2015). Mood disorders in eating disorder patients: Prevalence and chronology of ONSET. *Journal of Affective Disorders*, 185, 115-122.
124. Keski-Rahkonen, A., Raevuori, A., Bulik, C. M., Hoek, H. W., Sihvola, E., Kaprio, J. and Rissanen, A. (2013). Depression and drive for thinness are associated with persistent bulimia nervosa in the community. *European Eating Disorders Review*, 21(2), 121-129.
125. Puccio, F., Fuller-Tyszkiewicz, M., Ong, D. and Krug, I. (2016). A systematic review and meta-analysis on the longitudinal relationship between eating pathology and depression. *International Journal of Eating Disorders*, 49(5), 439-454.
126. Vall, E. and Wade, T. D. (2015). Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 946-971.
127. Koenig, J., Kemp, A. H., Feeling, N. R., Thayer, J. F. and Kaess, M. (2016). Resting state vagal tone in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 64, 18-26.
128. Edition, F. and American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-4®)* (4th edit). Washington: American Psychological Association.
129. Whisman, M. A., Dementyeva, A., Baucom, D. H. and Bulik, C. M. (2012). Marital functioning and binge eating disorder in married women. *International Journal of Eating Disorders*, 45(3), 385-389.
130. Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C. and Benjet, C. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73(9), 904-914.
131. Hutson, P. H., Balodis, I. M. and Potenza, M. N. (2018). Binge-eating disorder: Clinical and therapeutic advances. *Pharmacology & Therapeutics*, 182, 15-27.
132. Guerdjikova, A. I., Mori, N., Casuto, L. S. and McElroy, S. L. (2017). Binge eating disorder. *The Psychiatric clinics of North America*, 40(2), 255-266.
133. Goldschmidt, A. B., Grange, D., Powers, P., Crow, S. J., Hill, L. L., Peterson, C. B., Crosby, R. D. and Mitchell, J. E. (2011). Eating disorder symptomatology in normal-weight vs. obese individuals with binge eating disorder. *Obesity*, 19(7), 1515-1518.
134. Villarejo, C., Fernández-Aranda, F., Jiménez-Murcia, S., Peñas-Lledó, E., Granero, R., Penelo, E., Tinahones, F. J., Sancho, C., Vilarrasa, N. and Montserrat-Gil de Bernabé, M. (2012). Lifetime obesity in patients with eating disorders: increasing prevalence, clinical and personality correlates. *European Eating Disorders Review*, 20(3), 250-254.

135. Kolotkin, R. L., Westman, E. C., Østbye, T., Crosby, R. D., Eisonson, H. J. and Binks, M. (2004). Does binge eating disorder impact weight-related quality of life? *Obesity*, 12(6), 999-1005.
136. Pike, K. M., Dohm, F.-A., Striegel-Moore, R. H., Wilfley, D. E. and Fairburn, C. G. (2001). A comparison of black and white women with binge eating disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1455-1460.
137. Bulik, C. M., Sullivan, P. F. and Kendler, K. S. (2002). Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 32(1), 72-78.
138. Perez, M. and Warren, C. S. (2012). The relationship between quality of life, binge-eating disorder, and obesity status in an ethnically diverse sample. *Obesity*, 20(4), 879-885.
139. 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.
140. Uher, R. and Rutter, M. (2012). Classification of feeding and eating disorders: Review of evidence and proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 11(2), 80-92.
141. Ertekin, Y. H., Korkut, Y., Sönmez, C. I. ve Ertekin, H. (2012). Farklı bir pika hastalığı olgusu. *Ankara Medical Journal*, 12(3), 158-159.
142. Khan, Y. and Tisman, G. (2010). Pica in iron deficiency: a case series. *Journal of Medical Case Reports*, 4(1), 86.
143. Borgna-Pignatti, C. and Zanella, S. (2016). Pica as a manifestation of iron deficiency. *Expert Review of Hematology*, 9(11), 1075-1080.
144. Rose, E. A., Porcerelli, J. H. and Neale, A. V. (2000). Pica: common but commonly missed. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 13(5), 353-358.
145. Rajindrajith, S., Devanarayana, N. M. and Perera, B. J. C. (2012). Rumination syndrome in children and adolescents: a school survey assessing prevalence and symptomatology. *BMC Gastroenterology*, 12(1), 163.
146. 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.
147. Chial, H. J., Camilleri, M., Williams, D. E., Litzinger, K. and Perrault, J. (2003). Rumination syndrome in children and adolescents: diagnosis, treatment, and prognosis. *Pediatrics*, 111(1), 158-162.
148. Norris, M. L., Robinson, A., Obeid, N., Harrison, M., Spettigue, W. and Henderson, K. (2014). Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: A descriptive study. *International Journal of Eating Disorders*, 47(5), 495-499.

149. Nicely, T. A., Lane-Loney, S., Masciulli, E., Hollenbeak, C. S. and Ornstein, R. M. (2014). Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 2(1), 21.
150. Strandjord, S. E., Sieke, E. H., Richmond, M. and Rome, E. S. (2015). Avoidant/restrictive food intake disorder: illness and hospital course in patients hospitalized for nutritional insufficiency. *Journal of Adolescent Health*, 57(6), 673-678.
151. Forney, K. J., Brown, T. A., Holland-Carter, L. A., Kennedy, G. A. and Keel, P. K. (2017). Defining "significant weight loss" in atypical anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 50(8), 952-962.
152. Fairburn, C. G. and Walsh, B. T. (2002). Atypical eating disorders (eating disorder not otherwise specified). *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*, 2, 171-177.
153. Forney, K. J., Haedt-Matt, A. A. and Keel, P. K. (2014). The role of loss of control eating in purging disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 47(3), 244-251.
154. Stunkard, A. J., Grace, W. J. and Wolff, H. G. (1955). The night-eating syndrome; a pattern of food intake among certain obese patients. *The American Journal Of Medicine*, 19(1), 78-86.
155. Sim, L. A., McAlpine, D. E., Grothe, K. B., Himes, S. M., Cockerill, R. G. and Clark, M. M. (2010). Identification and treatment of eating disorders in the primary care setting. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(8), 746-751.
156. 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 and Metabolism*, 90(11), 6214-6217.
157. 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. and Crow, S. J. (2010). Proposed diagnostic criteria for night eating syndrome. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 241-247.
158. de Zwaan, M., Müller, A., Allison, K. C., Brähler, E. and Hilbert, A. (2014). Prevalence and correlates of night eating in the German general population. *Plos One*, 9(5), e97667.
159. Kucukgoncu, S., Midura, M. and Tek, C. (2015). Optimal management of night eating syndrome: challenges and solutions. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 751.
160. Lundgren, J. D., McCune, A., Sprenger, C., Harkins, P., Zolton, L. and Mandal, K. (2011). Night eating patterns of individuals with eating disorders: Implications for conceptualizing the night eating syndrome. *Psychiatry Research*, 186(1), 103-108.

161. Michalska, A., Szejko, N., Jakubczyk, A. and Wojnar, M. (2016). Nonspecific eating disorders - a subjective review. *Psychiatria Polska*, 50(3), 497-507.
162. Vander-Wal, J. S. (2012). Night eating syndrome: a critical review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 32(1), 49-59.
163. Oktan, B., Kısabay, A. ve Yılmaz, H. (2015). Uyku ile ilişkili yeme bozukluğu. *Türkiye Klinikleri Journal of Case Reports*, 23(4), 370-375.
164. Sevincer, G. M. and Hizli Sayar, G. (2017). Sleep related eating disorder: Importance of prebariatric evaluation-A case report. *Obesity Research & Clinical Practice*, 11(3), 360-363.
165. Bornemann, M. A. C., Mahowald, M. W. and Schenck, C. H. (2006). Parasomnias: clinical features and forensic implications. *CHEST Journal*, 130(2), 605-610.
166. Palaia, V., Poli, F., Pizza, F., Antelmi, E., Franceschini, C., Moghadam, K. K., Provini, F., Pagotto, U., Montagna, P. and Schenck, C. H. (2011). Narcolepsy with cataplexy associated with nocturnal compulsive behaviors: a case-control study. *Sleep*, 34(10), 1365-1371.
167. Bratman, S. (1997). Health food junkie. *Yoga Journal*, 42-50.
168. Varga, M., Thege, B. K., Dukay-Szabo, S., Tury, F. and van Furth, E. F. (2014). When eating healthy is not healthy: orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC Psychiatry*, 14, 59.
169. Koven, N. S. and Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 385-394.
170. Roncero, M., Barrada, J. R. and Perpina, C. (2017). measuring orthorexia nervosa: psychometric limitations of the ORTO-15. *The Spanish Journal of Psychology*, 20, 41.
171. Mathieu, J. (2005). What is orthorexia? *Journal of the American Dietetic Association*, 105(10), 1510-1512.
172. 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.
173. Bartrina, J. (2007). Orthorexia or when a healthy diet becomes an obsession. *Archivos Latinoamericanos de Nutricion*, 57(4), 313-315.
174. Catalina-Zamora, M. L., Bote-Bonaechea, B., Garcia-Sanchez, F. and Rios-Rial, B. (2005). Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder?. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 33(1), 66-68.
175. McBride, A. E. (2010). Food porn. *Gastronomica*, 10(1), 38-46.
176. Spence, C., Okajima, K., Cheok, A. D., Petit, O. and Michel, C. (2016). Eating with our eyes: From visual hunger to digital satiation. *Brain and Cognition*, 110, 53-63.

177. Bundros, J., Clifford, D., Silliman, K. and Neyman Morris, M. (2016). Prevalence of Orthorexia nervosa among college students based on Bratman's test and associated tendencies. *Appetite*, 101(3), 86-94.
178. Bratman, S. and Knight, D. (2000). *Health Food Junkies: Overcoming the Obsession with Healthful Eating*. Broadway Books, 256p. Newyork.
179. Oğur, S., Aksoy, A. ve Güngör, Ş. (2015). Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervoza eğiliminin belirlenmesi. *Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 4(2), 93-102.
180. Bo, S., Zoccali, R., Ponzio, V., Soldati, L., De Carli, L., Benso, A., Fea, E., Rainoldi, A., Durazzo, M., Fassino, S. and Abbate-Daga, G. (2014). University courses, eating problems and muscle dysmorphia: are there any associations? *Journal of Translational Medicine*, 12, 221.
181. Martins, M. C. T., Alvarenga, M. d. S., Vargas, S. V. A., Sato, K. S. C. d. J. and Scagliusi, F. B. (2011). Orthorexia nervosa: reflections about a new concept. *Revista de Nutrição*, 24(2), 345-357.
182. Guy-Rubin, A. (2016). Anorexia in males. *Soins Psychiatrie*, 37(307), 20-21.
183. Murray, S. B., Rieger, E., Touyz, S. W. and De la Garza-García, L. (2010). Muscle dysmorphia and the DSM-V conundrum: Where does it belong? A review paper. *International Journal of Eating Disorders*, 43(6), 483-491.
184. Readdy, T., Cardinal, B. J. and Watkins, P. L. (2011). Muscle dysmorphia, gender role stress, and sociocultural influences: An exploratory study. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 82(2), 310-319.
185. Pope, H., Phillips, K. A. and Olivardia, R. (2000). *The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession*. New York: Simon and Schuster.
186. Olivardia, R., Pope Jr, H. G. and Hudson, J. I. (2000). Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1291-1296.
187. Mosley, P. E. (2009). Bigorexia: bodybuilding and muscle dysmorphia. *European Eating Disorders Review*, 17(3), 191-198.
188. Falcão, M. A. and Francisco, R. (2017). Diabetes, eating disorders and body image in young adults: an exploratory study about “diabulimia”. *Eating and Weight Disorders*, 22, 675–682.
189. Davidson, J. (2014). Diabulimia: how eating disorders can affect adolescents with diabetes. *Nursing Standard*, 29(2), 44-49.
190. Shih, G. (2011). Once a spokesperson for juvenile diabetes, erin now suffers from diabulimia. *Diabetes Health*, 20(4), 10.

191. Philippi, S. T., Cardoso, M. G. L., Koritar, P. and Alvarenga, M. (2013). Risk behaviors for eating disorder in adolescents and adults with type 1 diabetes. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(2), 150-156.
192. Hanlan, M. E., Griffith, J., Patel, N. and Jaser, S. S. (2013). Eating disorders and disordered eating in type 1 diabetes: Prevalence, screening, and treatment options. *Current Diabetes Reports*, 13(6), 909-916.
193. Colton, P., Rodin, G., Bergenstal, R. and Parkin, C. (2009). Eating disorders and diabetes: introduction and overview. *Diabetes Spectrum*, 22(3), 138-142.
194. Peveler, R. C., Bryden, K. S., Neil, H. A. W., Fairburn, C. G., Mayou, R. A., Dunger, D. B. and Turner, H. M. (2005). The relationship of disordered eating habits and attitudes to clinical outcomes in young adult females with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 28(1), 84-88.
195. 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.
196. Martin, M., Darbar, N. and Mokha, M. (2008). Diabulimia: a body-image disorder in patients with type 1 diabetes mellitus. *Athletic Therapy Today*, 13(4), 31-33.
197. Marshall, A. L., Smith, B. J., Bauman, A. and Kaur, S. (2005). Reliability and validity of a brief physical activity assessment for use by family doctors. *British Journal of Sports Medicine*, 39(5), 294-297.
198. Nolan, L. J., Halperin, L. B. and Geliebter, A. (2010). Emotional Appetite Questionnaire. Construct validity and relationship with BMI. *Appetite*, 54(2), 314-319.
199. Demirel, B., Yavuz, K. F., Karadere, M. E., Şafak, Y. ve Türkçapar, M. H. (2014). Duygusal İştah Anketi'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği, beden kitle indeksi ve duygusal şemalarla ilişkisi. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 3, 171-181.
200. Stunkard, A. J. and Messick, S. (1985). The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, 29(1), 71-83.
201. Karlsson, J., Persson, L. O., Sjostrom, L. and Sullivan, M. (2000). Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24(12), 1715-1725.
202. Tholin, S., Rasmussen, F., Tynelius, P. and Karlsson, J. (2005). Genetic and environmental influences on eating behavior: the Swedish Young Male Twins Study. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 81(3), 564-569.
203. Hill, L. S., Reid, F., Morgan, J. F. and Lacey, J. H. (2010). SCOFF, the development of an eating disorder screening questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 43(4), 344-351.

204. Aydemir, Ö., Köksal, B., Sapmaz, Ş. Y. ve Yüceyar, H. (2015). Kadın üniversite öğrencilerinde REZZY yeme bozuklukları ölçeği Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(1), 31-35.
205. Richter, F., Strauss, B., Braehler, E., Adametz, L. and Berger, U. (2017). Screening disordered eating in a representative sample of the German population: Usefulness and psychometric properties of the German SCOFF questionnaire. *Eating Behaviors*, 25, 81-88.
206. Hautala, L., Junnila, J., Alin, J., Grönroos, M., Maunula, A.M., Karukivi, M., Liuksila, P.-R., Räihä, H., Välimäki, M. and Saarijärvi, S. (2009). Uncovering hidden eating disorders using the SCOFF questionnaire: cross-sectional survey of adolescents and comparison with nurse assessments. *International Journal of Nursing Studies*, 46(11), 1439-1447.
207. Fairburn, C. G. and Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363-370.
208. Yucel, B., Polat, A., Ikiz, T., Dugor, B. P., Elif -Yavuz, A. and Sertel-Berk, O. (2011). The Turkish version of the eating disorder examination questionnaire: reliability and validity in adolescents. *European Eating Disorders Review*, 19(6), 509-511.
209. 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.
210. Merdol, T. K. (2014). *Toplu beslenme servisi yapılan kurumlar için standart yemek tarifeleri* (Beşinci Baskı). Ankara: Hatiboğlu Yayınları.
211. Baysal, A., Merdol, T., Ciğerim, N., Sacır, H. ve Başoğlu, S. (2005). *Türk Mutfağından Örnekler* (Dördüncü Baskı). Ankara: Hatiboğlu Yayınları.
212. 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.
213. 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.
214. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, (2015). *Türkiye Beslenme Rehberi TÛBER-2015*. Ankara: Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Yayın No:1031.
215. Lohman, T. G., Roche, A. F. and Martorell, R. (1988). *Anthropometric standardization reference manual*: Human kinetics books.
216. İnternet: World Health Organisation (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=2014-12-23. Son Erişim Tarihi:12.04.2018.
217. IBM SPSS Statistics 23.0 (2013). *Corp, Armonk, NY, USA*.

218. American College Health Association. (2014). American College Health Association-National College Health Assessment II: Undergraduate students reference group executive summary spring 2014. *Hanover, MD: American College Health Association.*
219. Striegel-Moore, R. H., Rosselli, F., Perrin, N., DeBar, L., Wilson, G. T., May, A. and Kraemer, H. C. (2009). Gender difference in the prevalence of eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 42(5), 471-474.
220. 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.
221. 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.
222. 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.
223. Garibağaoğlu, M., Budak, N., Öner, N., Sağlam, Ö. ve Nişli, K. (2006). Üç farklı üniversitede eğitim gören kız öğrencilerin beslenme durumları ve vücut ağırlıklarının değerlendirmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(3), 173-180.
224. Bayrak, U., Gram, E., Mengeş, E., Okumuş, Z. G., Sayar, H. C., Skrijelj, E., Açıkgoz, A., Çehreli, R. ve Ellidokuz, H. (2010). Üniversite öğrencilerinin sağlıkla ilgili alışkanlıklar ve kanser konusundaki bilgi ve tutumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 24(3), 95-104.
225. Çipil, H. ve Demircioğlu, S. (2016). Demir eksikliği anemisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*, 7(3), 34-37.
226. Seven, H. (2013). *Yetişkinlerde duygusal yeme davranışının beslenme durumuna etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
227. Bas, M. and Donmez, S. (2009). Self-efficacy and restrained eating in relation to weight loss among overweight men and women in Turkey. *Appetite*, 52(1), 209-216.
228. Onan, N., Kaplan, H., Yalçın, B., Erbaş, S., Yıldırım, D., Barlas, G.Ü., Karaca, S., ve Öz, Y. Ö. (2016). Üniversite öğrencilerinin madde kullanma durumu ile kişilik özelliklerinin incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 17(1), 25-32.
229. Gümüş, A. B. (2015). Üniversite öğrencilerinde sigara ve alkol kullanımı: depresif belirtiler ve umutsuzluk yönünden bir değerlendirme. *Bağımlılık Dergisi*, 16(1), 9-17.
230. Erçim, R. E. ve Pekcan, A. G. (2014). *Üniversite öğrencilerinin sigara ve alkol kullanma durumunun besin çeşitliliğine ve beslenme durumuna etkisinin incelenmesi*. 9. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi, Ankara.

231. Atlam, D. ve Yüncü, Z. (2017). Üniversite öğrencilerinde sigara, alkol, madde kullanım bozukluğu ve ailesel madde kullanımı arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri*, 20, 161-170.
232. Tanrikulu, A. Ç., Çarman, K. B., Palancı, Y., Çetin, D. ve Karaca, M. (2009). Kars il merkezinde çeşitli üniversite öğrencileri arasında sigara kullanım sıklığı ve risk faktörleri. *Türk Toraks Dergisi*, 10(3), 101-106.
233. Baysal, A. (2006). *Beslenme*. Ankara: Hatipoğlu Yayınları.
234. Onurlubaş, E., Doğan, H. G. ve Demirkiran, S. (2015). Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi*, 32(3), 61-69.
235. Vassigh, G. (2012). *Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite durumları ile sağlıklı beslenme indekslerinin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
236. İnternet: World Health Organization (WHO). URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fmediacentre%2Ffactsheets%2Ffs385%2Fen%2F&date=2018-06-21>, Son Erişim Tarihi: 21.04.2018.
237. World Health Organization (WHO). (2009). *Global Health Risks*. Geneva, Switzerland.
238. Demirel, H., Özmert, E. N., Kayıhan, H. ve Doğan, A. (2014). *Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi*. (2. Baskı). Ankara: Kuban Matbaacılık Yayıncılık. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı, Yayın No: 940.
239. 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.
240. 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.
241. 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.
242. Ölçücü, B., Vatansever, Ş., Özcan, G., Çelik, A. ve Paktaş, Y. (2015). Üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite düzeyi ile depresyon ve anksiyete ilişkisi. *Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2015(4), 294-303.
243. Genç, A., Şener, Ü., Karabacak, H. ve Üçok, K. (2011). Kadın ve erkek genç erişkinler arasında fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi farklılıklarının araştırılması. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 12(3), 145-150.

244. Satman, İ. (2010). *TURDEP-II Çalışma Grubu. TURDEP II Çalışması ilk sonuçlar*, 32. TEMH Kongresi, Antalya.
245. 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.
246. Oğuz, A., Doğan, B., Öner, C., Yavuz, G. ve Yörük, N. (2017). Üniversite öğrenci ve çalışanlarının diyabet riski ve beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 21(2), 50-55.
247. Akça, S. Ö. ve Selen, F. (2015). Üniversite öğrencilerinin öğün atlamaları ve günlük fiziksel aktivitelerinin beden kütle indeksi (BKİ) üzerine etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 14(5), 394-400.
248. Devran, S. (2014). *Doğu Anadolu bölgesinde yaşayan adölesan ve yetişkinlerin beslenme alışkanlıkları ile yeme tutum davranışlarının belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
249. Macht, M. and Simons, G. (2000). Emotions and eating in everyday life. *Appetite*, 35(1), 65-71.
250. Nguyen-Rodriguez, S. T., Chou, C.-P., Unger, J. B. and Spruijt-Metz, D. (2008). BMI as a moderator of perceived stress and emotional eating in adolescents. *Eating Behaviors*, 9(2), 238-246.
251. Camilleri, G. M., Méjean, C., Kesse-Guyot, E., Andreeva, V. A., Bellisle, F., Hercberg, S. and Péneau, S. (2014). The associations between emotional eating and consumption of energy-dense snack foods are modified by sex and depressive symptomatology. *The Journal of Nutrition*, 144(8), 1264-1273.
252. Finch, L. E. and Tomiyama, A. J. (2015). Comfort eating, psychological stress, and depressive symptoms in young adult women. *Appetite*, 95, 239-244.
253. Bourdier, L., Lalanne, C., Morvan, Y., Kern, L., Romo, L. and Berthoz, S. (2017). Validation and factor structure of the French-Language version of the Emotional Appetite Questionnaire (EMAQ). *Frontiers in Psychology*, 8, 442.
254. Greene, G. W., Schembre, S. M., White, A. A., Hoerr, S. L., Lohse, B., Shoff, S., Horacek, T., Riebe, D., Patterson, J., Phillips, B. W., Kattelman, K. K. and Blissmer, B. (2011). Identifying clusters of college students at elevated health risk based on eating and exercise behaviors and psychosocial determinants of body weight. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(3), 394-400.
255. Işgın, K., Pekmez, C. T., Çetin, C., Kabasakal, A., Demirel, Z. B. ve Besler, H. T. (2015). Adölesanlarda duygusal yeme, kontrolsüz yeme ve bilişsel yeme kısıtlaması davranışları ile vücut bileşimi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 42(2), 125-131.
256. Fayet, F., Petocz, P. and Samman, S. (2012). Prevalence and correlates of dieting in college women: a cross sectional study. *International Journal of Women's Health*, 4, 405.

257. Anglé, S., Engblom, J., Eriksson, T., Kautiainen, S., Saha, M.T., Lindfors, P., Lehtinen, M. and Rimpelä, A. (2009). Three factor eating questionnaire-R18 as a measure of cognitive restraint, uncontrolled eating and emotional eating in a sample of young Finnish females. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6(1), 41.
258. Konttinen, H., Silventoinen, K., Sarlio-Lähteenkorva, S., Männistö, S. and Haukkala, A. (2010). Emotional eating and physical activity self-efficacy as pathways in the association between depressive symptoms and adiposity indicators. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 92(5), 1031-1039.
259. Sevinçer, G. M., Coşkun, H., Konuk, N. ve Bozkurt, S. (2014). Bariatrik cerrahinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri. *Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar*, 6(1), 32-44.
260. Pengpid, S., Peltzer, K. and Ahsan, G. U. (2015). Risk of eating disorders among university students in Bangladesh. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 27(1), 93-100.
261. Bourdier, L., Morvan, Y., Kotbagi, G., Kern, L., Romo, L. and Berthoz, S. (2018). Examination of emotion-induced changes in eating: A latent profile analysis of the Emotional Appetite Questionnaire. *Appetite*, 123, 72-81.
262. Parker, S. C., Lyons, J. and Bonner, J. (2005). Eating disorders in graduate students: exploring the SCOFF questionnaire as a simple screening tool. *Journal of American College Health*, 54(2), 103-107.
263. Lähteenmäki, S., Aalto-Setälä, T., Suokas, J. T., Saarni, S. E., Perälä, J., Saarni, S. I., Aro, H., Lönnqvist, J. and Suvisaari, J. M. (2009). Validation of the Finnish version of the SCOFF questionnaire among young adults aged 20 to 35 years. *BMC Psychiatry*, 9(1), 5.
264. Tavolacci, M. P., Grigioni, S., Richard, L., Meyrignac, G., Déchelotte, P. and Ladner, J. (2015). Eating disorders and associated health risks among university students. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 47(5), 412-420. e411.
265. Mohammadnazhad, A. K. (2016). *Üniversite öğrencilerinde farklı beslenme indeksleri ile yeme davranışının değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
266. Nergiz-Unal, R., Bilgiç, P. ve Yabancı, N. (2014). High tendency to the substantial concern on body shape and eating disorders risk of the students majoring Nutrition or Sport Sciences. *Nutrition Research and Practice*, 8(6), 713-718.
267. Korinth, A., Schiess, S. and Westenhoefer, J. (2010). Eating behaviour and eating disorders in students of nutrition sciences. *Public Health Nutrition*, 13(1), 32-37.
268. Kolka, M. and Abayomi, J. (2012). Body image dissatisfaction among food-related degree students. *Nutrition & Food Science*, 42(3), 139-147.
269. Harris, N., Gee, D., d'Acquisto, D., Ogan, D. and Pritchett, K. (2015). Eating disorder risk, exercise dependence, and body weight dissatisfaction among female nutrition and exercise science university majors. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(3), 206-209.

270. Arıca, S., Arıca, V., Arı, M. ve Özer, C. (2011). Adolesanda Yeme Bozuklukları. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2(5).
271. 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.
272. Delinsky, S. S. and Wilson, G. T. (2008). Weight gain, dietary restraint, and disordered eating in the freshman year of college. *Eating Behaviors*, 9(1), 82-90.
273. Eisenberg, D., Nicklett, E. J., Roeder, K. and Kirz, N. E. (2011). Eating disorder symptoms among college students: Prevalence, persistence, correlates, and treatment-seeking. *Journal of American College Health*, 59(8), 700-707.
274. Şanlıer, N., Yabancı, N. and Alyakut, Ö. (2008). An evaluation of eating disorders among a group of Turkish university students. *Appetite*, 51, 641-645.
275. Machado, P. P., Grilo, C. M. and Crosby, R. D. (2018). Replication of a modified factor structure for the Eating Disorder Examination-Questionnaire: Extension to clinical eating disorder and non-clinical samples in portugal. *European Eating Disorders Review*, 26(1), 75-80.
276. Mills, J. S., Weinheimer, L. A., Polivy, J. and Herman, C. P. (2018). Are there different types of dieters? A review of personality and dietary restraint. *Appetite*, 125, 380-400.
277. Stevenson, B. L., Kwan, M. Y., Dvorak, R. D. and Gordon, K. H. (2018). Empirically derived classes of eating pathology in male and female college students. *Eating Disorders*, 26(2), 200-211.
278. Darcy, A. M., Doyle, A. C., Lock, J., Peebles, R., Doyle, P. and Le Grange, D. (2012). The eating disorders examination in adolescent males with anorexia nervosa: How does it compare to adolescent females? *International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 110-114.
279. Ro, O., Reas, D. L. and Rosenvinge, J. (2012). The impact of age and BMI on Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) scores in a community sample. *Eating Behaviors*, 13(2), 158-161.
280. Reas, D. L., Øverås, M. and Rø, Ø. (2012). Norms for the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) among high school and university men. *Eating Disorders*, 20(5), 437-443.
281. Musaiger, A. O., Al-Kandari, F. I., Al-Mannai, M., Al-Faraj, A. M., Bouriki, F. A., Shehab, F. S., Al-Dabous, L. A. and Al-Qalaf, W. B. (2016). Disordered eating attitudes among university students in kuwait: the role of gender and obesity. *International Journal of Preventive Medicine*, 14(7), 67.
282. Reyes-Rodríguez, M. L., Franko, D. L., Matos-Lamourt, A., Bulik, C. M., Von Holle, A., Cámara-Fuentes, L. R., Rodríguez-Angleró, D., Cervantes-López, S. and Suárez-Torres, A. (2010). Eating disorder symptomatology: prevalence among Latino college freshmen students. *Journal of Clinical Psychology*, 66(6), 666-679.

283. Baş, M. (2008). *Yeme bozukluklarına diyetel yaklaşım ve ağırlık yönetimi ilişkisi*. (Ed. Baysal, A., Baş, M.). Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi, Ankara: Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını.
284. Rotella, F., Mannucci, E., Gemignani, S., Lazzeretti, L., Fioravanti, G. and Ricca, V. (2018). Emotional eating and temperamental traits in Eating Disorders: A dimensional approach. *Psychiatry Research*, 264, 1-8.
285. Gluck, M. E., Geliebter, A. and Satov, T. (2001). Night eating syndrome is associated with depression, low self-esteem, reduced daytime hunger, and less weight loss in obese outpatients. *Obesity Research*, 9(4), 264-267.
286. Colles, S. L., Dixon, J. B. and O'Brien, P. E. (2007). Night eating syndrome and nocturnal snacking: association with obesity, binge eating and psychological distress. *International Journal of Obesity*, 31(11), 1722-1730.
287. Braden, A., Musher-Eizenman, D., Watford, T. and Emley, E. (2018). Eating when depressed, anxious, bored, or happy: Are emotional eating types associated with unique psychological and physical health correlates? *Appetite*, 125, 410-417.
288. Ganasegeran, K., Al-Dubai, S. A. R., Qureshi, A. M., Al-abed, A. A. A., Am, R. and Aljunid, S. M. (2012). Social and psychological factors affecting eating habits among university students in a Malaysian medical school: a cross-sectional study. *Nutrition Journal*, 11, 48-48.
289. Garipağaoğlu, M., Eliuz, B., Esin, K., Çağatay, P., Nalbant, H. ve Solakoğlu, Z. (2012). Tıp fakültesi 1. sınıf öğrencilerinin beslenme durumlarının değerlendirilmesi. *İstanbul Tıp Dergisi*, 13(1), 1-8.
290. Racette, S. B., Deusinger, S. S., Strube, M. J., Highstein, G. R. and Deusinger, R. H. (2005). Weight changes, exercise, and dietary patterns during freshman and sophomore years of college. *Journal of American College Health*, 53(6), 245-251.
291. Samur, G. ve Mercanlıgil, S. (2008). *Diyet Posası ve Sağlığımız, TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Genel Müdürlüğü Beslenme Bilgi Serisi-2*. Sağlık Bakanlığı Yayın No:727, ISBN 978-975-590-243-2, Ankara.
292. Shergill-Bonner, R. (2013). Micronutrients. *Paediatrics and Child Health*, 23(8), 331-336.
293. Mirzaeian, S., Ghiasvand, R., Sadeghian, F., Sheikhi, M., Khosravi, Z. S., Askari, G., Shiranian, A. and Yadegarfar, G. (2013). Assessing the micronutrient and macronutrient intakes in female students and comparing them with the set standard values. *Journal of Education and Health Promotion*, 2, 1.
294. Correa-Rodríguez, M., Pocovi, G., Schmidt-RioValle, J., González-Jiménez, E. and Rueda-Medina, B. (2018). Assessment of dietary intake in Spanish university students of health sciences. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 65(5), 265-273.
295. Leonardo Mendonca, R. C., Sospedra, I., Sanchis, I., Manes, J. and Soriano, J. M. (2012). [Comparison of the somatotype, nutritional assessment and food intake among university sport and sedentary students]. *Medicina Clinica*, 139(2), 54-60.

296. Rose, A. M., Williams, R. A., Hanks, A. S., Kennel, J. A. and Gunther, C. (2018). Milk vending does not improve college students' milk and calcium intakes. *Health Promotion Practice*, 19(2), 295-302.
297. Arslan, S. A., Daşkapan, A. ve Çakır, B. (2016). Üniversite öğrencilerinin beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarının belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3), 171-180.
298. Çetinkaya, A. (2010). Kafkas üniversitesi öğrencilerinin içme sütü ve süt ürünlerini tüketim alışkanlıklarının belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Veteriner Bilimleri Dergisi*, 5(2), 73-84.
299. Breitenbach, Z., Raposa, B., Szabó, Z., Polyák, É., Szűcs, Z., Kubányi, J. and Figler, M. (2016). Examination of Hungarian college students' eating habits, physical activity and body composition. *European Journal of Integrative Medicine*, 8, 13-17.
300. Rocks, T., Pelly, F., Slater, G. and Martin, L. A. (2016). The relationship between dietary intake and energy availability, eating attitudes and cognitive restraint in students enrolled in undergraduate nutrition degrees. *Appetite*, 107, 406-414.

EKLER

EK-1. Güç (Power) Analizi

Güç analizi

2-Sample t Test

Testing mean 1 = mean 2 (versus not =)

Calculating power for mean 1 = mean 2 + difference

Alpha = 0,05 Assumed standard deviation = 661

Sample Target

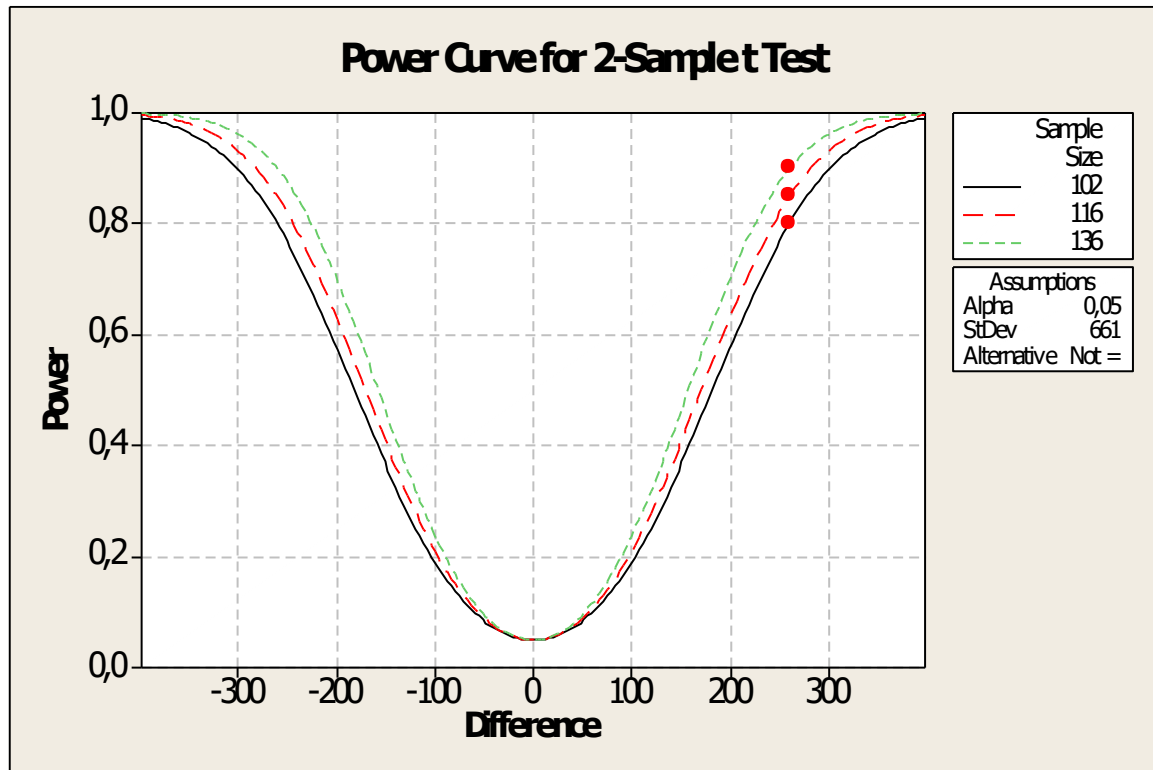
Difference Size Power Actual Power

261,3 102 0,80 0,802246

261,3 116 0,85 0,850373

261,3 136 0,90 0,901167

Örnekleme için test gücü %90'dan fazladır.



EK-2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Doç. Dr. Saniye BİLİCİ tarafından yürütülen “Duygusal Yeme Davranışlarının Yeme Bozukluğu ve Beslenme Durumu ile İlişkisi” 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; 18 yaş ve üzeri üniversite öğrencilerinin duygusal yeme davranışlarının yeme bozuklukları ve beslenme durumu ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

- **Araştırmanın İçeriği**

Çalışma verileri yüz yüze görüşme tekniği uygulanarak yapılacak olan bir anket formu ile elde edilecektir. Öğrencilerin duygusal yeme davranışlarının yeme bozukluğu ile beslenme durumu üzerine etkisi incelenek olup, sosyodemografik özellikler, genel sağlık bilgileri, beslenme alışkanlıkları ve antropometrik ölçümler değerlendirilecektir.

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

- **Araştırmanın Öngörülen Süresi**

01.03.2017 - 01.10.2017

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

300

- **Araştırmanın Yapılacağı Yerler**

- Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
- Gümüşhane Üniversitesi Mühendislik ve Doğa Bilimleri Fakültesi
- Gümüşhane Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu

EK-2.(devam) Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

KATILIMCI BEYANI

Duygusal Yeme Davranışlarının Yeme Bozukluğu ve Beslenme Durumu İle İlişkisi 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. 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 kâğıdının 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-3. Etik Komisyon Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 20/03/2017-E.41399



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 14574941-100-
Konu : Eğitim - Öğretim İşleri (Genel)

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Enstitümüz Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Öğrencisi Memnune KABAKUŞ 'a
ait 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-3. (devam) Etik Komisyon Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 17/03/2017-E.40824



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu



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

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 26/01/2017 tarihli ve 14574941-302.99- E.13690 sayılı yazı.

İlgi yazınız ile göndermiş olduğunuz, Enstitünüz Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı **Yüksek Lisans Öğrencisi Memnune KABAKUŞ'un, Doç.Dr. Saniye BİLİCİ'nin** danışmanlığında yürüttüğü "*Duygusal Yeme Davranışlarının Yeme Bozukluğu ve Beslenme Durumu İle İlişkisi*" adlı tez çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun 07.03.2017 tarih ve 03 sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Mühendislik ve Doğa Bilimleri Fakültesi ve Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu 'nda yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

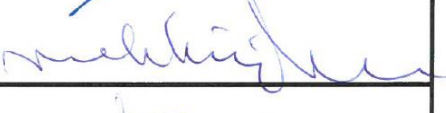
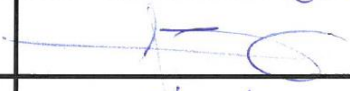
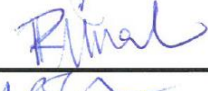
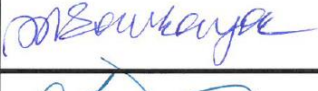
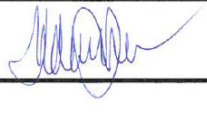
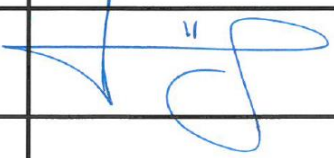
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Alper CEYLAN
Komisyon Başkanı

Araştırma Kod No : 2017 -103

Ek:1 Liste

EK-3. (devam) Etik Komisyon Onayı

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ	
TOPLANTI TARİHİ : 07.03.2017	TOPLANTI SAYISI : 03
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	KATILAMADI
Prof.Dr.Fusun DEMİREL	
Doç.Dr.Tuncay ÖNDER	KATILAMADI

EK-4. Anket Formu

DUYGUSAL YEME DAVRANIŞLARININ YEME BOZUKLUĞU VE BESLENME DURUMU İLE İLİŞKİSİ

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma verileri sadece bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Adınız-soyadınız ve telefon numaranız yalnızca gerekli olduğunda size ulaşabilmemiz için istenmektedir. Lütfen hiçbir soruyu atlamadan cevaplayınız. İlginiz ve sabrınız için teşekkür ederim.

Anket No:

Tarih:

A. GENEL BİLGİLER

1. Adınız Soyadınız		2. Telefonunuz:	
3. Cinsiyetiniz	☐ Erkek	☐ Kadın	
4. Yaşınız	yıl	/...../..... (gün/ay/yıl)	
5. Medeni durumunuz:	☐ Evli	☐ Bekâr	
6. Fakülteniz	☐ Mühendislik ve Doğa Bilimleri ☐ Sağlık Bilimleri ☐ BESYO	7. Bölüm/Sınıf	
8. Barınma Durumunuz:	☐ Devlet yurdu ☐ Özel yurt ☐ Tek başına evde ☐ Öğrenci evi ☐ Aile ile birlikte		
9. Çalışıyor musunuz?	☐ Evet (Belirtiniz:.....)	☐ Hayır	

EK-4. (devam) Anket Formu

B. SAĞLIK VE BESLENME DURUMU

1.Doktor tarafından tanısı konulmuş herhangi bir hastalığınız var mı?	☐ Hayır ☐ Diyabet ☐ Hipertansiyon ☐ Kanser ☐ Anemi		☐ Kalp-damar hastalıkları ☐ Karaciğer-safra hastalıkları ☐ Böbrek hastalıkları ☐ Sindirim sistemi hastalıkları ☐ Diğer (.....)	
2.Doktor tarafından reçete edilmiş ilaç kullanıyor musunuz?	☐ Evet (.....)		☐ Hayır	
3.Sigara içiyor musunuz?	☐ Evet		☐ Hayır	
4. Alkol tüketiyor musunuz?	☐ Evet		☐ Hayır	
5. Genellikle günde kaç öğün yemek yersiniz?	a. Ana öğün..... kez		b. Ara öğün..... kez	
6. Öğün atlar mısınız?	☐ Evet		☐ Hayır	☐ Bazen
7. Cevabınız “evet” veya “bazen” ise genellikle hangi öğünü atlarsınız? (cevabınız “hayır” ise 9’uncu soruya geçiniz)	☐ Sabah	☐ Öğle	☐ Akşam	☐ Ara
8.Öğün atlama nedeninizi belirtiniz.	☐ Zaman yetersizliği ☐ Alışkanlığım yok ☐ Sabahları geç kalkıyorum ☐ Hazırlanmadığı için		☐ Kilo almak istemiyorum ☐ Canım istemiyor, iştahsızım ☐ Sağlık problemleri ☐ Diğer (.....)	
9. Daha önce hiç diyet yaptınız mı?	☐ Evet (Diyetin Türü:)		☐ Hayır (cevabınız “hayır” ise 13’üncü soruya geçiniz)	
10. Daha önce yaptığınız diyeti nereden veya kimden aldınız?	☐ Doktor ☐ Arkadaş tavsiyesi ☐ Medya (TV, internet vs.) ☐ Diğer Sağlık Personeli(.....)		☐ Diyetisyen-Beslenme ve Diyet Uzmanı ☐ Akupunktur Uzmanı ☐ Spor Eğitmeni ☐ Diğer (.....)	
11. Daha önce zayıflama amaçlı kaç kez diyet yaptınız?	☐ 1-4 kez	☐ 5-10 kez	☐ 10’dan fazla	☐ Her zaman diyet yapıyorum.
12. Daha önce zayıflama amacıyla denediğiniz yöntemleri belirtiniz.	☐ Zayıflama diyeti ☐ Yemek yedikten sonra kusma ☐ Egzersiz yapma ☐ Öğün atlama ☐ Sigara içme ☐ Diüretik (idrar söktürücü) ilaç kullanma		☐ Zayıflama ilacı kullanma ☐ Zayıflatıcı besin desteği kullanma ☐ Laksatif kullanma ☐ Daha az yağlı besin tüketme ☐ Daha az şekerli besin tüketme ☐ Diğer (.....)	
13.Düzenli olarak egzersiz yapıyor musunuz?	☐ Evet		☐ Hayır(cevabınız “hayır” ise C bölümüne geçiniz)	
14. Düzenli olarak egzersiz yapıyorsanız 20 dakika süren şiddetli fiziksel aktiviteleri haftada kaç kez yapıyorsunuz?	☐ 3’ten fazla		☐ 1-2 kez	☐ Hiç
15. 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-4. (devam) Anket Formu

D. ÜÇ FAKTÖRLÜ YEME ANKETİ (TFEQ-R21)

Bu bölüm yeme alışkanlıkları ve açlık hisleri ile ilgili ifadeler ve sorular içermektedir. Her ifadeyi dikkatlice okuyup size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

		Kesinlikle Yanlış	Çoğunlukla Yanlış	Çoğunlukla Doğru	Kesinlikle Doğru
1	Kilomu kontrol etmek için bilerek küçük porsiyonlarda yemek yemeği tercih ederim.	☐	☐	☐	☐
2	Endişeli hissettiğimde yemek yemeğe başlarım.	☐	☐	☐	☐
3	Bazen yemeğe başladığımda, kendimi durduramayacak gibi olurum.	☐	☐	☐	☐
4	Kendimi üzgün hissettiğimde çoğu zaman gereğinden fazla yerim.	☐	☐	☐	☐
5	Bazı yiyecekleri beni şişmanlattığı için yemiyorum.	☐	☐	☐	☐
6	Yemek yiyen birisi ile birlikteyken genelde benim de yeme isteğim uyanır.	☐	☐	☐	☐
7	Stresli veya gergin olduğumda, çoğu zaman yeme ihtiyacı hissedirim.	☐	☐	☐	☐
8	Çoğu zaman öylesine acıkırım ki midemi dipsiz bir kuyu gibi hissedirim.	☐	☐	☐	☐
9	Her zaman öyle aç olurum ki tabağımdaki yemeği bitirmeden durmak benim için zor olur.	☐	☐	☐	☐
10	Kendimi yalnız hissettiğimde, kendimi yemek yiyerek teselli ediyorum.	☐	☐	☐	☐
11	Kilo almaktan kaçınmak için öğünlerde yediğim yemek miktarını bilinçli olarak kısıtlıyorum.	☐	☐	☐	☐
12	İştah açıcı bir yiyecek kokusu aldığımda veya lezzetli bir yemek gördüğümde, yemeğimi henüz bitirmiş olsam bile kendimi yememek için zor tutuyorum.	☐	☐	☐	☐
13	Sürekli her an yemek yiyebilecek kadar aç olurum.	☐	☐	☐	☐
14	Eğer kendimi gergin hissedersenem yemek yiyerek sakinleşmeye çalışırım.	☐	☐	☐	☐
15	Çok lezzetli olduğunu düşündüğüm bir yiyecek gördüğümde, çoğu zaman o kadar acıkırım ki hemen o an yemek zorunda kalırım.	☐	☐	☐	☐
16	Moralim bozuk olduğunda yemek isterim.	☐	☐	☐	☐
17	Her zaman çekici yemekleri/besinleri fazla satın alarak evde bulundurmaktan kaçınırım.	☐	☐	☐	☐
18	İstedikten daha azını yemek için caba sarf etmeye yatkınım.	☐	☐	☐	☐
19	Aç olmamama rağmen yemek yemeğe devam ederim.	☐	☐	☐	☐
20	Akşam geç saatlerde veya gece çok acıkınca kendimi tutamayıp yemek yerim.	☐	☐	☐	☐
21	Yemek yerken kendimi her zaman kısıtlarım.	☐	☐	☐	☐

E. REZZY (SCOFF) YEME BOZUKLUKLARI ÖLÇEĞİ

1. Rahatsız edici şekilde tok hissettiğiniz için kendinizi kusturuyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

2. Ne kadar yediğiniz konusunda kontrolü kaybettiğiniz için endişeleniyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

3. Son zamanlarda üç ayda altı kilogramdan fazla zayıfladınız mı?

☐ Evet

☐ Hayır

4. Başkaları çok zayıf olduğunuzu söylediği halde şişman olduğunuza inanıyor muydunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

5. Yemeğin hayatınıza hükmettiğini düşünüyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

EK-4. (devam) Anket Formu

F. YEME BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (YEDÖ)

Aşağıdaki sorular sadece son 4 hafta ile ilgilidir. Lütfen her soruyu dikkatlice okuyunuz ve tüm soruları yanıtlayınız.

1'den 12'ye kadar olan sorular: Lütfen sağdaki uygun olan sayıyı yuvarlak içine alınız. Soruların sadece son dört haftayı içerdiğini **(28 gün)** unutmayınız.

	Son 28 günün kaçında...	Hiçbirinde	1-5 gün	6-12 gün	13-15 gün	16-22 gün	23-27 gün	Her gün
1-	Kilonuzu ya da bedeninizin şeklini değiştirmek amacıyla yiyecek miktarınızı kasıtlı olarak sınırlandırmaya çalıştınız? <i>(Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla uzun bir süre <i>(uyanık olduğunuz 8 saat boyunca ya da daha fazla bir süre için)</i> hiçbir şey yemediniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla hoşlandığınız yiyecekleri beslenme düzeninizden çıkarmaya çalıştınız? <i>(Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla yemenizle ilgili (örn. kalori sınırlandırması) belli kurallara uymaya çalıştınız? <i>(Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilemek amacıyla boş bir mideye sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6-	Tamamen düz bir karına sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7-	Yiyecek, yemek yeme ya da kalorilerle ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. çalışma, bir konuşmayı takip etme ya da okuma) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdı?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8-	Bedeninizin şekli ve kiloyla ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. İşinize, bir konuşmayı takip etmenize ya da okumanıza) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9-	Yemek yemeyle ilgili kontrolü kaybetmekten belirgin biçimde korkunuz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10-	Kilo alabileceğinizden belirgin bir biçimde korkunuz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11-	Kendinizi şişman hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12-	Kilo vermek için güçlü bir arzunuz oldu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

13'ten 18'e kadar olan sorular: Lütfen sağdaki boşluğa uygun sayıyı yazınız. Soruların yalnızca son dört haftaya yönelik olduklarını **(28 güne)** hatırlayınız.

EK-4. (devam) Anket Formu

	Son dört hafta içinde (28 gün)...	
13-	Son 28 gün içinde, kaç kere , başka insanların alışılmadık miktarda fazla (şartlara göre) olarak tanımlayacakları biçimde yemek yediniz?	
14-	Bu süre içinde kaç kere yemek yemenizle ilgili kontrolü kaybetme hissine kapıldınız (yediğiniz sırada) ?	
15-	Son 28 günün kaç günü nde aşırı yemek yeme nöbetleri ortaya çıktı? (örn. Alışılmadık miktarda fazla yemek yediğiniz ve o sırada kontrolü kaybettiğiniz duygusunu yaşadınız)	
16-	Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç kere kendinizi kusturdunuz?	
17-	Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç kere müshil (bağırsak çalıştırıcı) kullandınız?	
18-	Son 28 gün içinde, kilonuzu, bedeninizin şeklini ya da yağ miktarınızı kontrol etmek, kalorileri yakmak amacıyla, kaç kere “kendinizi kaybedercesine” ya da “saplantılı” biçimde egzersiz yaptınız?	

19’den 21’e kadar olan sorular: Lütfen uygun sayıyı yuvarlak içine alınız. Lütfen bu sorular için “**tıknırcasına yeme**” teriminin, mevcut koşullarda başkalarına göre alışılmadık miktarda ve kontrolü kaybetme duygusuyla beraber fazla yemeyi ifade ettiğini göz önünde bulundurunuz.

19-	Son 28 gün içinde, kaç kere gizlice (örn. Saklanarak) yemek yediniz? (Tıknırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	Hiçbirinde	1-5 gün	6-12 gün	13-15 gün	16-22 gün	23-27 gün	Her gün
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20-	Yemek yediğiniz zaman bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilediği için ne oranda kendinizi suçlu hissettiniz (hata yaptığınızı hissettiniz)? (Tıknırcasına yemek yeme durumlarını saymayınız.)	Hiçbir zaman	Nadiren	Yarıdan az	Yarı yarıya	Yarıdan fazla	Çoğu zaman	Her zaman
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21-	Son 28 gün içinde, başkalarının sizi yemek yerken görmesiyle ilgili ne kadar endişelendiniz? (Tıknırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	Hiç	Biraz	Orta	Önemli ölçüde			
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

22’den 28’e kadar olan sorular: Lütfen sağda uygun bulduğunuz sayıyı yuvarlak içine alınız. Soruların yalnızca son dört haftaya yönelik olduklarını **(28 güne)** hatırlayınız.

		Hiç	Biraz	Orta	Önemli ölçüde
22-	Kilonuz, kişi olarak kendiniz hakkında düşüncenizi ve yargınızı etkiledi mi?	☐	☐	☐	☐
23-	Bedeninizin şekli, kendiniz hakkındaki düşüncenizi (yargınızı) etkiledi mi?	☐	☐	☐	☐
24-	Önümüzdeki dört hafta boyunca, haftada 1 kez tartılmanız istense (ne daha sık ne daha seyrek), bu sizi ne kadar üzerdi?	☐	☐	☐	☐
25-	Kilonuzdan ne derece memnun değilsiniz?	☐	☐	☐	☐
26-	Bedeninizin şeklinden ne derece memnun değilsiniz?	☐	☐	☐	☐
27-	Bedeninizi görmekten ne kadar rahatsız oluyorsunuz (örn. Aynada, mağazanın camında, soyunurken, banyo ya da duş yaparken)?	☐	☐	☐	☐
28-	Başkalarının bedeninizin şeklini görmesinden ne derece rahatsız oluyorsunuz? (örn. Soyunma odalarında, yüzerken ya da dar elbiseler giyerken)	☐	☐	☐	☐

Kadınlara:

Geçtiğimiz üç-dört aylık dönemde hiç aybaşı (regl) olmadığınız oldu mu?

Aksama olduysa kaç tane?

Bu nedenle ilaç kullanıyor musunuz?

EK-4. (devam) Anket Formu

G. BESİN TÜKETİM KAYDI FORMU

Aşağıdaki form beslenme durumunuzu belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen dün tüketmiş olduğunuz besinlerin miktarlarını, çeşidini (örn, tam yağlı, yarım yağlı, yağsız veya kepekli/tam buğday ekmeği gibi), yemeğin içindeki malzemeleri ve tükettiğiniz hazır besinlerin markalarını belirtiniz.

	Besin veya yemek adını miktarları ve ürün çeşitleriyle yazınız
Sabah	çay bardağı (.....ml)çaysu bardağı /süt(çeşidi:.....)meyve suyu(çeşidi:.....) Diğer(belirtiniz:.....)kibrit kutusu (.....gram) peyniradet yumurta (haşlanmış/yağda/diğer:.....)adet zeytin (çeşidi:.....)ince dilim ekmek(çeşidi:.....)adet sebze (çeşidi:.....)yemek kaşığı kahvaltılık gevrek (çeşidi:.....) Diğer(belirtiniz:.....)
Ara	adet meyve (çeşidi:.....) (büyüklüğü:küçük boy/orta boy/büyük boy)adet bisküvi/çikolata/kek/börek (çeşidi:...../markası.....) Diğer(belirtiniz:.....)
Öğle	köfte kadar (.....gram)et (çeşidi:kırmızı/tavuk/balık/hindi)yemek kaşığı kurubaklagil(çeşidi:.....)yemek kaşığı sebze yemeği(çeşidi: :.....)yemek kaşığı pilav /makarna(çeşidi: :.....)kepçe çorba(çeşidi: :.....)yemek kaşığı yoğurt (çeşidi: :.....) adet sebze (çeşidi:.....)ince dilim ekmek(çeşidi:.....) Diğer(belirtiniz:.....)
Ara	adet meyve (çeşidi:.....) (büyüklüğü:küçük boy/orta boy/büyük boy)adet bisküvi/çikolata/kek/börek (çeşidi:...../markası.....) Diğer(belirtiniz:.....)
Akşam	köfte kadar (.....gram)et (çeşidi:kırmızı/tavuk/balık/hindi)yemek kaşığı kurubaklagil(çeşidi:.....)yemek kaşığı sebze yemeği(çeşidi: :.....)yemek kaşığı pilav /makarna(çeşidi: :.....)kepçe çorba(çeşidi: :.....)yemek kaşığı yoğurt (çeşidi: :.....) adet sebze (çeşidi:.....)ince dilim ekmek(çeşidi:.....) Diğer(belirtiniz:.....) Diğer(belirtiniz:.....)
Ara	adet meyve (çeşidi:.....) (büyüklüğü:küçük boy/orta boy/büyük boy)adet bisküvi/çikolata/kek/börek (çeşidi:...../markası.....) Diğer(belirtiniz:.....)

Tüketilen Su Miktarı: (1 su bardağı 200 ml)

EK-4. (devam) Anket Formu

H. VÜCUT KOMPOZİSYONU ÖLÇÜMLERİ: (Boş Bırakınız)

Aşağıdaki bölümler araştırmacı tarafından doldurulacaktır.

Vücut Ağırlığı (kg):	
Boy Uzunluğu (cm):	
BKİ (kg/m ²):	
Bel Çevresi (cm):	
Yaşamınız süresince sahip olduğunuz en yüksek vücut ağırlığı nedir?	 kg
Yaşamınız süresince sahip olduğunuz en düşük vücut ağırlığı nedir?	 kg

Katılımınız için teşekkür ederiz...

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : KABAKUŞ AYKUT, Memnune
 Uyuğu : T.C.
 Doğum tarihi ve yeri : 17/12/1991 Erzurum
 Medeni hali : Evli
 Telefon : 0 (534) 592 95 97
 Faks : 0 (456) 233 10 00
 e-mail : m_kabakus@hotmail.com



Eğitim Derecesi

Okul/Program

Mezuniyet yılı

Yüksek Lisans

Gazi Üniversitesi /
Beslenme ve Diyetetik Bölümü

Devam ediyor

Lisans

Atatürk Üniversitesi /
Beslenme ve Diyetetik Bölümü

2013

Lise

Nevzat Karabağ AÖ Lisesi

2009

İş Deneyimi, Yıl

Çalıştığı Yer

Görev

2014- Devam ediyor

Gümüşhane Üniversitesi

Araştırma Görevlisi

2014

Şırnak Devlet Hastanesi

Diyetisyen

Yabancı Dil

İngilizce

Yayınlar

Makale

Kabakuş, M. (2017). Mikro Besin Ögesi Malnütrisyonunda Besin Desteği mi? Yoksa Zenginleştirme mi? **Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, 6(2), 77-82.

Bilimsel Toplantı ve Kongrelerde Yayınlanan Bildiriler

Bölükbaşı, H., Sözlü, S., Onur, HN., Kabakuş, M., Ergüç, M. ve Şanlıer, N. (2015). *Okul Öncesi Çocuklarında Beslenme Eğitiminin Önemi Pilot Çalışma*. 1. İstanbul Ulusal Beslenme ve Diyetetik Kongresi, poster bildiri, 14-16 Nisan, İstanbul.

Kabakuş, M. ve Bilici, S. (2017). *Obezite Hastaları Duygusal Dürtü Kurbanı mı?* 1.Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, sözel bildiri, Aydın.

Arpa, TE., Kabakuş, M., Yağbakar, S. ve Sabancı, E. (2017). *Metabolik Hastalıkların Mikrobiyota İle İlişkilendirilmesi*. 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, sözel bildiri, Aydın.

Hobiler

Seyahat etmek, kitap okumak



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..

