

Lise Öğrencilerinde Yeme Davranışı, Beden Algısı ve Yeme Bozukluğu Durumunun Saptanması

Ecem Buse Ulu

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsüne Beslenme ve
Diyetetik Yüksek Lisans Tezi olarak sunulmuştur.

Doğu Akdeniz Üniversitesi
Şubat 2023
Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü onayı

Prof. Dr. Ali Hakan Ulusoy
L.E.Ö.A. Enstitüsü Müdürü

Bu tezin Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarım.

Doç. Dr. Ceren Gezer
Beslenme ve Diyetetik Bölüm Başkanı

Bu tezi okuyup değerlendirdiğimizi, tezin nitelik bakımından Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarız.

Yrd. Doç. Dr. Fatma Hülyam Eren
Tez Danışmanı

Değerlendirme Komitesi

1. Yrd. Doç. Dr. Seniha Çukurovalı Soykurt

2. Yrd. Doç. Dr. Fatma Hülyam Eren

3. Yrd. Doç. Dr. Gözde Okburan

ÖZ

Bu araştırma Ankara/Çankaya bölgesinde yaşayan 15-19 yaş grubu lise öğrencilerinde yeme davranışı, beden algısı ve yeme bozukluğu durumunun araştırılması amacıyla 160 öğrenci ile yürütülmüştür. Öğrencilere yeme davranışlarını belirlemek için yeme tutum testi (EAT-26), beden algılarını belirlemek için Beden Algısı Ölçeği (BAÖ), yeme bozukluğu durumlarının saptanması için Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (EDE-Q) kullanılmıştır. Ayrıca; öğrencilerin antropometrik araştırmacı tarafından ölçülüp , besin tüketim sıklıkları ve genel bilgileride yüz yüze anket yöntemiyle toplanmıştır. BKİ persentil değerlerine göre; lise öğrencilerinin %20.6'sının çok zayıf ,%6.25'inin zayıf, %45.6'sının normal aralıkta, %14.3'ünün hafif şişman, %13.1'inin obez sınıflandırılmasında olduğu görülmektedir. Kız öğrencilerin %53.4'ü, erkek öğrencilerin ise %70.8'inin bozulmuş yeme tutumu vardır. BAÖ puanlarının sonuçlarına göre erkek öğrencilerin %1.38'i bozulmuş beden algısına sahip iken kız öğrencilerin %28.4'ü bozulmuş beden algısına sahiptir. BKİ grupları ile beden algısı durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Çok zayıf BKİ grubundaki öğrencilerin %71.4'ü bozulmuş beden algısına sahipken, obez öğrencilerin tümü normal beden algısına sahip olarak saptanmıştır. Normal yeme tutumuna sahip öğrenciler, bozulmuş yeme tutumuna sahip öğrencilere göre daha fazla normal beden algısına sahip olarak bulunmuştur ($p<0.05$). EDE-Q; tüm alt ölçekleri (kısıtlama, yeme endişesi, beden şekli endişesi, vücut ağırlığı endişesi) ve toplam skor puanlarında erkekler, kız öğrencilere göre daha düşük puanlar almıştır ($p<0.05$). Öğrencilerin %86.2'sinde yeme bozukluğu klinik önem düzeyinde değil iken %13.8'inde klinik önem düzeyindedir. Bel çevresi ve beden algısı değeri arasında

ters taraflı orta derecede bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.478$, $p<0.05$). Bel çevresi ile EDE-Q toplam skoru arasında da zıt taraflı düşük ölçüde anlamlı bir ilişkiye ulaşılmıştır ($r=-0.170$, $p<0.05$). EAT-26 ile EDE-Q değerleri arasında ise aynı yönlü yüksek derecede bir ilişki bulunmuştur ($r=0.600$, $p<0.05$). Bel çevresi ile BKİ ortalama değerleri arasında yüksek derecede pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($r=0.801$, $p<0.05$). BKİ ile beden algısı değerleri arasında ise orta derecede ters yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.481$, $p<0.05$). Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, erkek öğrencilere kıyasla kız öğrencilerde klinik önem düzeyinde yeme bozukluğu riski ve olumsuz beden algısı görülme durumu daha yüksek gözlemlenmiştir. Ayrıca lise öğrencilerinde BKİ ve bel çevresindeki artış, beden algı düzeyini düşürmektedir. Adölesan dönemde beden algısı, yeme davranışı ve yeme bozukluğu durumuyla ilişkili olabilecek diğer faktörlerin daha kapsamlı araştırılması faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler:Adölesan dönem beslenmesi, Beden algısı, Yeme bozuklukları, Yeme davranışı

ABSTRACT

This research was conducted with 160 students in order to investigate the eating behavior, body image and eating disorder status of 15-19 age group high school students living in Ankara/Çankaya region. Eating attitude test (EAT-26) was used to determine eating behaviors of the students, Body Perception Scale (BAI) was used to determine their body perceptions, and Eating Disorder Rating Scale (EDE-Q) was used to determine their eating disorder status. Moreover; The students were measured by the anthropometric researcher, and their food consumption frequency and general information were collected by face-to-face survey method. According to the percentile values of BMI; it is seen that 20.6% of high school students are very thin, 6.25% are underweight, 45.6% are in the normal range, 14.3% are slightly obese and 13.1% are obese. 53.4% of female students and 70.8% of male students have an impaired eating attitude. According to the results of BAI scores, 1.38% of male students have impaired body perception, while 28.4% of female students have impaired body image. A statistically significant difference was found between BMI groups and body image status ($p<0.05$). While 71.4% of the students in the very thin BMI group had impaired body image, all of the obese students were found to have normal body image. Students with normal eating attitudes were found to have more normal body perception than students with impaired eating attitudes ($p<0.05$). EDE-Q; In all subscales (restriction, eating anxiety, body shape anxiety, body weight anxiety) and total score points, males got lower scores than female students ($p<0.05$). Eating disorder was not clinically significant in 86.2% of the students, while it was clinically significant in 13.8%. A moderately reversed correlation was found between waist circumference and body image value ($r=-0.478$, $p<0.05$). There was also a low

significant correlation between waist circumference and EDE-Q total score ($r=-0.170$, $p<0.05$). A high degree of correlation was found between EAT-26 and EDE-Q values ($r=0.600$, $p<0.05$). A highly positive correlation was found between waist circumference and mean BMI values ($r=0.801$, $p<0.05$). A moderately inversely significant relationship was found between BMI and body image values ($r=-0.481$, $p<0.05$). According to the results obtained from the study, it was observed that the risk of eating disorders and negative body image were higher in female students compared to male students at the clinical significance level. In addition, the increase in BMI and waist circumference in high school students decreases the level of body perception. A more comprehensive investigation of body image, eating behavior and other factors that may be associated with eating disorder in adolescence would be beneficial.

Keywords: Adolescent Nutrition, Body Image, Eating Disorders, Eating Behavior

TEŞEKKÜR

Tez sürecim boyunca yardımları ve önerileri için tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Fatma Hülyam EREN'e, tezimin değerlendirilmesi ve gelişmesinde sağladıkları faydalarından dolayı sayın jüri üyelerine, yüksek lisans aşamamda bana destek olan değerli hocalarıma, yüksek lisans ve tez sürecimin her aşamasında bana destek ve yardımlarını esirgemeyen babam Muhammed Çetin ULU'ya, annem Filiz ULU'ya, kardeşim Damla İzem ULU'ya ve bana her zaman destek olan anneannem ve dedeme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	iii
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vii
KISALTMALAR.....	xii
TABLO LİSTESİ.....	xiv
1 GİRİŞ.....	1
1.1 Kurumsal Yaklaşımlar ve Kapsam.....	1
1.2 Amaç.....	4
1.3 Hipotez.....	4
2 GENEL BİLGİLER.....	6
2.1 Adölesan Dönem ve Beslenme.....	6
2.2 Adölesan Dönem ve Dengeli Beslenme.....	7
2.3 Beden Algısı.....	9
2.3.1 Beden Algısını Etkileyen Faktörler.....	11
2.3.1.1 Aile.....	11
2.3.1.2 Sosyokültürel Faktörler.....	11
2.3.1.3 Yaş ve Cinsiyet.....	12
2.3.1.4 Kitle İletişim Araçları.....	13
2.3.2 Beden Algısı Bozukluğu.....	14
2.4 Yeme Davranışı.....	14
2.4.1 Kısıtlayıcı Yeme.....	15
2.4.2 Duygusal Yeme	15
2.4.3 Kontrolsüzce Yeme.....	16

2.4.4 Yeme Bozuklukları.....	17
2.4.4.1 Yeme Bozukluklarının Sınıflandırılması.....	17
2.4.4.2 Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi.....	19
2.4.4.2.1 Biyolojik Faktörler.....	19
2.4.4.2.2 Psikolojik Faktörler.....	20
2.4.4.2.3 Çevresel Faktörler.....	20
2.4.4.2.4 Yeme Bozuklukları Epidemiyolojisi.....	21
2.5 Anoreksia Nervoza.....	22
2.5.1 Tanı Kriterleri.....	24
2.5.2 Antropometrik Değerlendirme.....	26
2.5.3 Akut Fiziksel Sağlık Riskleri.....	29
2.5.4 Tıbbi Beslenme Tedavisi.....	31
2.6 Bulimia Nervoza.....	35
2.6.1 Tanı Kriterleri.....	36
2.6.2 Klinik Belirtileri.....	38
2.6.3 Tıbbi Beslenme Tedavisi	38
2.7 Tıkanırçasına Yeme Bozuklukları.....	39
2.7.1 Tanı Kriterleri.....	41
2.7.2 Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi.....	43
2.7.3 Klinik Belirtileri	43
2.7.4 Tıbbi Beslenme Tedavisi.....	44
2.8 Beslenme Bozuklukları.....	45
2.8.1 Pika.....	45
2.8.2 Ruminasyon	46
2.8.3 Kaçınan/Kısıtlayıcı Besin Alımı Bozukluğu.....	47

2.8.4 Tanımlanamayan Beslenme ve Yeme Bozuklukları.....	49
2.9 Belirtilen Diğer Yeme ve Beslenme Bozuklukları.....	49
2.9.1 Atipik Anoreksiya Nervoza.....	49
2.9.2 Bulimia Nervoza (düşük sıklıkta ve/veya sınırlı süreli).....	49
2.9.3 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (düşük sıklıkta ve / veya sınırlı süreli).....	50
2.9.4 Çıkarma Bozukluğu.....	50
2.9.5 Gece Yeme Sendromu.....	50
2.10 Sporcularda Yeme Bozuklukları.....	51
3 GEREÇ VE YÖNTEM.....	52
3.1 Araştırmanın Yeri Zamanı ve Örneklem Büyüklüğü.....	52
3.2 Araştırmanın Genel Planı.....	52
3.3 Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi.....	54
3.3.1 Antropometrik Ölçümler	54
3.3.1.1 Vucut Ağırlığı	54
3.3.1.2 Boy Uzunluğu	54
3.3.1.3 Beden Kütle İndeksi.....	55
3.3.1.4 Bel Çevresi.....	56
3.3.1.5 Kalça Çevresi.	57
3.4 Besin Tüketim Sıklığı.....	57
3.5 Yeme Tutum Testi (EAT-26).....	58
3.6 Beden Algısı Ölçeği (BAÖ).....	59
3.7 Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği (EDE-Q).....	60
3.8 Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi.....	62
4 BULGULAR.....	63
5 TARTIŞMA.....	94

5.1 Öğrencilerin Genel Özellikleri.....	94
5.2 Öğrencilerin Cinsiyete Göre Vücut Ağırlığı Kaybı İçin Yardım Alma Durumu.....	96
5.3 Öğrencilerin Antropometrik Ölçüm Sonuçları.....	97
5.4 Öğrencilerin Cinsiyete Göre Tartılma Sıklıkları.....	101
5.5 Öğrencilerin Cinsiyete Göre Uyku Süreleri Dağılımları	102
5.6 Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıkları Ve Öğün Düzenleri.....	104
5.7 Öğrencilerin Fiziksel Aktivite Yapma Durumu.....	110
5.8 Öğrencilerin Yeme Tutum Testi' ne Göre Değerlendirilmesi.....	111
5.9 Öğrencilerin Beden Algısı Ölçeği' ne Göre Değerlendirilmesi.....	114
5.10 Öğrencilerin Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'ne Göre Değerlendirilmesi.....	116
6 SONUÇ	122
7 ÖNERİLER.....	129
KAYNAKLAR.....	131
EKLER.....	159
Ek 1: Etik Kurul Onayı.....	160
Ek 2: Gönüllü Olur Formu.....	161
Ek 3: Aile Onam Formu.....	165
Ek 4: Anket Formu.....	167
Ek 5: Besin Tüketim Sıklığı (G/Miktar)	174
Ek 6: Beden Algısı Ölçeği(BAÖ).....	176
Ek 7: Yeme Tutum Testi(EAT-26).....	178
Ek 8: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği(EDE-Q)	181
Ek 9: Bel Çevresi Persentil Değerleri (2-18 Yaş, Erkek- Kız)	186

KISALTMALAR

AN	Anoreksiya Nervoza
APA	Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association)
BAÖ	Beden Algısı Ölçeği
BEBİS	Beslenme Bilgi Sistemi
BIA	Bioelektrik İmpedans Analizi
BKİ	Beden Kütle İndeksi
BN	Bulimia Nervoza
Cm	Santimetre
DRI	Günlük �nerilen Alım Düzeyi (Dietary Refrence İntake)
DSM	Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
DSÖ	Dünya Sağlık �rg�t�
EAT-26	Yeme Tutumu Testi-26
EDE	Yeme Bozukluğu Değerlendirilmesi
EDE-Q	Yeme Bozukluğu Durumu Değerlendirme �lçeği
G	Gram
GYS	Gece Yeme Sendromu
Kg	Kilogram
Kkal	Kilo kalori
Mcg	Mikro Gram
Mg	Mili Gram
NG	Nazogastrik Beslenme
SPSS	Statiscal Package for Social Sciences
Ss	Standart Sapma

TBSA	Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TBT	Tıbbi Beslenme Tedavisi
TÜBER	Türkiye Beslenme Rehberi
TYB	Tıkanırçasına Yeme Bozukluğu
WHO	World Health Organisation
X	Ortalama
YB	Yeme Bozukluğu
YTT-40	Yeme Tutum Testi-40 (EAT-40)

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1: Adölesan Dönem İçin Tavsiye Edilen Günlük Enerji ve Besin Öğeleri Güvenilir Alım Seviyeleri.....	8
Tablo 2.2: AN Tanı Kriterleri.....	24
Tablo 2.3: AN Remisyon Belirteçleri ve Şiddetine Göre Sınıflandırılması.....	25
Tablo 2.4: BN Tanı Kriterleri.....	36
Tablo 2.5: BN Bozukluğunun Remisyon Tanımı ve Sıklığına Göre Sınıflandırılması.....	37
Tablo 2.6: TYB Tanı Kriterleri.....	41
Tablo 2.7: TYB Remisyon Tanımı ve Tıkınırcasına Yeme Ataklarının Sıklığına Göre Sınıflandırılması.....	42
Tablo 2.8: DSM-5'e göre Pika Tanı Kriterleri.....	46
Tablo 2.9: DSM-5'e göre Ruminasyon Bozukluğunun Tanı Kriterleri.....	46
Tablo 2.10: DSM-5'e göre Kaçınan/ kısıtlayıcı Besin Alımı Bozukluğunun Tanı Kriterleri	48
Tablo 3.1: Persentil Değerlerine Göre Boy Uzunluğu Sınıflandırılması	55
Tablo 3.2: Persentil Değerlerine Göre BKİ Sınıflandırılması	55
Tablo 3.3:DSÖ'nün 5-19 yaşlarındaki Çocuklar İçin BKİ Z-Skor Sınıflandırılması	56
Tablo 4.1: Öğrencilerin Demografik Özellikleri.....	63
Tablo 4.2: Öğrencilerin Tanısı Konan Kronik Hastalık Varlığı ve Hastalıkların Dağılımı.....	65
Tablo 4.3: Öğrencilerin Cinsiyete Göre Vücut Ağırlığı Kaybı İçin Yardım Alma Durumu.....	66

Tablo 4.4: Öğrencilerin Cinsiyete Göre Antropometrik Özellikleri	66
Tablo 4.5: Öğrencilerin Yaşa Göre BKİ Persentil Sınıflandırılması	67
Tablo 4.6: Öğrencilerin Yaşa Göre BKİ Z Skor Sınıflandırılması.....	68
Tablo 4.7: Öğrencilerin Cinsiyete Göre Bel Çevresi Persentil Sınıflandırılması.....	69
Tablo 4.8: Öğrencilerin Cinsiyete Göre Boy Persentil Sınıflandırması	69
Tablo 4.9: Öğrencilerin Cinsiyete Göre Tartılma Sıklıkları.....	70
Tablo 4.10: Öğrencilerin Cinsiyete Göre Uyku Süreleri Dağılımları.....	71
Tablo 4.11: Öğrencilerin BKİ ile Uyku Süresi İlişkisi.....	71
Tablo 4.12: Öğrencilerin Cinsiyete Göre Öğün Düzenleri Dağılımları.....	72
Tablo 4.13: Öğrencilerin Ara Öğün Tercihleri.....	73
Tablo 4.14: Öğrencilerin Ev Dışında Tercih Ettikleri Yemek Dağılımları.....	75
Tablo 4.15: Öğrencilerin Cinsiyete Göre Enerji ve Makro Besin Ögeleri Alımı.....	75
Tablo 4.16: Öğrencilerin Enerji ve Besin Ögesi Alımlarının DRI'ya Göre Yeterlilik Durumu.....	76
Tablo 4.17: Öğrencilerin Fiziksel Aktivite Yapma Durumlarının Dağılımları.....	80
Tablo 4.18: Öğrencilerin Cinsiyete Göre Yeme Tutum Dağılımları	82
Tablo 4.19: Öğrencilerin Yeme Tutum Durumunun BKİ ve Bel Çevresi Sınıflamasına Göre Değerlendirilmesi.....	82
Tablo 4.20: Öğrencilerin Cinsiyete Göre Beden Algısı Dağılımı.....	84
Tablo 4.21: Öğrencilerin BKİ Sınıflamasına Göre Dağılımı ve Beden Algısı Durumunun Değerlendirilmesi	84
Tablo 4.22: Bel Çevresi Persentil Sınıflaması ve Beden Algısı Durumu dağılımı	85

Tablo 4.23: Beden Algısı ve Yeme Tutum Testi Gruplarının Dağılımı.....	86
Tablo 4.24: Öğrencilerin Cinsiyete Göre Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Puanlarına Ait Bulgular	86
Tablo 4.25: Öğrencilerin Cinsiyete Göre Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Dağılımı.....	87
Tablo 4.26: Kız Öğrencilerin BKİ Grupları İle Yeme Bozukluğu Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi.....	88
Tablo 4.27: Erkek Öğrencilerin BKİ Grupları İle Yeme Bozukluğu Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi.....	89
Tablo 4.28: Öğrencilerin Yeme Tutum Testi ve Yeme Bozukluğu Değerlendirme Dağılımı.....	89
Tablo 4.29: Öğrencilerin Beden Algısı ve Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Sonuçları.....	90
Tablo 4.30: Öğrencilerin Bel Çevresi ile Beden Algısı , Yeme Tutumu ve Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeğine Ait Korelasyon Tablosu.....	91
Tablo 4.31: Öğrencilerin Bel Çevresi, BKİ ve Beden Algısı İle Yeme Bozukluğu Değerlendirme Alt Ölçekleriyle İlişkisi.....	92

Bölüm 1

GİRİŞ

1.1 Kuramsal Yaklaşımlar ve Kapsam

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığı; insanın “fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olması” şeklinde tanımlamaktadır. Sadece hastalığın veya yaralanmanın olmaması durumu sağlıklı olarak nitelendirilmemelidir. Sağlığın korunması ve ilerleyen sürecin düzenli bir biçimde devam etmesi için hastalıklardan korunma, hastalığın varlığından sonraki zamanda ve tedavi süresinin kısa zamanda bitmesi için yeterli, dengeli ve sağlıklı beslenme en temel koşuldur (Kutluay ve ark., 2013). Beslenme; sağlığın devamını sağlamak, iyileştirmek ve yaşam seviyesini arttırmak maksadıyla vücudun alması gereken besinlerin gerektiği kadar ve bireye uyumlu süreç ve saatlerde alınmasıdır (Türkiye’ Özgü Beslenme Rehberi,2015). Yeme bozuklukları (YB), vücut görünümü ve BKİ ile ilgili değişen endişeleri , düşünceleri içeren yeme davranışlarındaki patolojik sıkıntılar olup sağlıklı olmayan vücut ağırlığı kontrolü hareketleriyle beraber, toplum sorunlarının temel başlıklarından biridir (Thompson ve ark.,2017; Mendo-Lázaro ve ark.,2017).

Yeme bozukluğu durumunun en güçlü parametrelerinden bir tanesi, beden algısı ve halindeki hoşnutsuzluktur. Beden imajı, kendi vücutları ile ilgili düşünce yapıları, kişilerin kendilerini nasıl algıladıklarını ve davranış durumlarını gösteren karmaşık bir tanımdır. Vücut görünüm bozukluğu “dış görünümün bir tarafı ile direk alakalı olan herhangi bir bilişsel, duygusal, algısal veya davranış biçimiyönünden rahatsızlık

duyma” anlamında ifade edilmiştir (Kerner,2013; Thompson ve Grey,1995).Bir insanın sağlıklı bir şekilde büyümesi için ve uzun bir yaşamı en iyi şekilde geçirebilmesi için gereksinimi olan besin öğelerini yeterli ve düzenli bir şekilde alması gerekmektedir. Yaşamın sağlıklı bir süreç içerisinde ilerleyebilmesi için beslenme olmazsa olmazdır. Bununla birlikte sağlıklı beslenme bilişsel sağlık, hastalıklara yakalanmada önleyici ve ileriki yaşlara zemin hazırlayarak daha dinç bir hayat sağlamaktadır (Demirezen ve Coşansu,2005).

Adölesan dönemi çocukluktan erişkinliğe doğru ilerlerken ki geçiş dönemi olup psikolojik, fiziksel, sosyal olarak birçok durumu kapsayan ve değişikliklere sebep olan önemli bir süreçtir. Bu dönemde yeterli ve dengeli beslenme , bunun yanında enerji ihtiyacı büyüme gelişme çağı olduğu için çok önemlidir. Adölesanlarda YB görülmesi sağlıklı büyüme ve gelişme sürecini bozarak yavaşlatabilir veya durdurabilir (Arıca vd.,2011).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), adölesanları 10 ila 19 yaş aralığındaki bireyler olarak tanımlanmaktadır. Adölesan dönem, belirli sağlık ve gelişim ihtiyaçları ve hakları olan önemli bir yaşam sürecidir. Ayrıca, bilgi ve becerileri geliştirmek, duygu durumu, iletişim ve ilişkileri yönetmeyi öğrenmek ve yetişkin sorumluluklarını üstlenmek için önemli olan nitelikleri ve yetenekleri kazanmanın olduğu süreçtir (DSÖ,2021). DSÖ adölesan dönemi; erken (10-15 yaş), orta (14-17 yaş) ve geç (16-19 yaş) olmak üzere 3 döneme ayırmıştır (DSÖ,2021).

Adölesan dönemde özellikle fiziksel büyüme ve gelişmenin hızla ilerlemesi, beslenme düzeni, seçimleri yaşadığı çevrenin değişmesi, devamlı diyet yapma ihtiyacı duyma, kronik hastalıklar, sigara kullanımı gibi birçok nedenlerden kaynaklı enerji ve besin öğeleri gereksinimleri farklılık göstermektedir (Güleç ve ark.,2008). Lise öğrencileri ile yapılan çalışmalarda beslenme alışkanlıklarının üniversite

öğrencileri gibi düzenli olmadığı saptanmıştır. Türk ve arkadaşlarının lise birinci sınıf öğrencileri ile yaptıkları çalışmada, öğrencilerin %81'i öğün atladığı ve özellikle kızlarda öğün atlamanın daha sık olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada öğrencilerin % 22'si son bir yılda diyet yaptıklarını belirtmişlerdir (Türk ve ark.,2007).

Yeme bozuklukları Amerikan Psikiyatri Birliği ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından anormal yeme davranışı olarak tanımlanan yüksek mortalite oranına sahip klinik ruhsal bozukluklardır. Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal kılavuzuna (DSM-V) göre klinik yeme bozuklukları; Anoreksiya Nervoza (AN), Bulimiya Nervoza (BN), Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB), Tanımlanmış Beslenme ve Yeme Bozukluğu, Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu olmak üzere beş grup altında toplanmaktadır (Köroğlu,2014). YB'nın başlangıç yaşı orta ve geç ergenlik döneminden erken ergenlik dönemine indiği bildirilmektedir (Lantzouni ve Grady , 2021). Yeme bozukluğu açısından en riskli grupların başında lise ve üniversite öğrencilerinin geldiği söylenebilir. Beden algısı, özgürlük ve çevre baskısı gibi düşünce ve davranışların genç yaşlarda daha çok görülmesi bu yaşlarda yeme bozukluklarına yatkınlığı arttırmaktadır (Vardar ve Erzen,2011).YB, vücut ağırlığı ve görünümü konusundaki kaygı sebebiyle açlık, kısıtlı yeme, öğün atlama, aşırı yeme, zayıflama ilaçları kullanımı, laksatif ve diüretik kullanımı, aşırı egzersiz yapma gibi sağlık bozucu davranışlar ile karakterize edilir (Nattiv vd.,2007). AN ve BN dağılımına bakıldığında öncelikle batı toplumlarında, beyaz ırkta, kızlarda, ergenlerde ve genç erişkinlerde dikkati çekmektedir (Fairburn ve Harrison 2003).Ulusal Adölesan Sağlığı çalışmasında her beş adölesandan birinin her gün kahvaltı öğününü atladığı belirlenmiştir (Videon & Manning, 2003). Amerikada 155 adölesan üzerinde yapılan araştırmada katılımcıların % 61.0'inin bedeninden memnun

olmadığı ve daha ince olmak istedikleri belirlenmiştir (Sharon & Sohailla, 2004). Kendilerini olduklarından daha şişman olarak gören kızlarda diyet uygulamasıyla beraber anksiyete ve depresyon görülme sıklığının çok daha fazla olduğu belirlenmiştir (Sharon & Sohailla, 2004). Semiz ve ark. 18-44 yaşları arasında 1122 kişi ile yaptıkları çalışmada çalışmaya katılan bireylerden erkeklerin %0.3'ünde ve kadınların %2.8'inde YDB olduğu ve cinsiyetler arasındaki farkın anlamlı olduğu bildirilmiştir. Adölesanlar yeme bozukluğunun en önemli risk grubunu oluştururlar ve herhangi bir yeme bozukluğunun gençlerde ve genç erişkinlerde görülme sıklığı %4 olarak bildirilmektedir (Ulaş ve diğerleri, 2013). Yapılan birçok çalışmada adölesan dönem ve yetişkin dönemdeki kadınların günlük demir ve folat alımlarının önerilenin çok altında olduğu bildirilmektedir (Ayhan ve diğerleri, 2012; Devran, 2014). Güncel çalışmalar bu dönemdeki bireylerin yeme bozukluğu açısından risk altında olduğunu vurgulamaktadır (Devran, 2014). Bu alandaki çalışmalar kısıtlı ve yetersiz olduğundan dolayı daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

1.2 Amaç

Bu çalışmanın temel amacı lise öğrencilerinde yeme davranışı, beden algısı ve yeme bozukluğu durumunun incelenmesidir. Ayrıca bu çalışmada yeme tutumu ve beden algısının BKİ ve besin tüketimi ile ilişkisinin değerlendirilmesi de amaçlanmıştır.

1.3 Hipotez

1. BKİ grupları ve bel çevresi yüksek olan lise öğrencilerinin, normal BKİ ve bel çevresi ölçülerine sahip öğrencilere göre beden algısı daha bozuktur.
2. Lise öğrencilerinde bozulmuş beden algısı görülme oranı kız öğrencilerde daha yüksektir.

3. Kız öğrencilerde yeme bozukluğu görülme oranları erkek öğrencilere göre daha yüksektir.
4. Kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre yeme tutumu bozulmuştur.

Bölüm 2

GENEL BİLGİLER

2.1 Adölesan Dönem Ve Beslenme

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 10-19 yaş aralığını Adölesan dönem olarak bildirmektedir. Bu dönem bireyin hayatı boyunca; beslenme alışkanlıklarının beslenme düzeni ve besin seçimlerinin şekillendiği en önemli ve son evredir. Yetişkinlik ve yaşlılık dönemini sağlıklı geçirebilmek çocukluktan itibaren adölesan dönem dahil beslenmeye dair seçimlerden geçmektedir. Çocukluk çağında fizyolojik olarak istek duyulan ihtiyaç olarak yapılan beslenme adölesan dönemde öğrenilen ve isteğe göre kontrol edilebilen bir eyleme dönüşmüştür. Hızlı büyüme gelişme, sosyal çevre, enerji harcaması ve ihtiyacının artması, bireysel faktörler; adölesanların beslenme tarzları ve seçimlerinde büyük rol oynamaktadır. (Spear, 2002; Uzdil ve ark.,2017).

Bu dönemi yaşayan bireyler vücutlarını yağlı veya kilolu gördüklerinde hatta hissettiklerinde bile vücut ağırlığını değiştirmeye yönelik telafi yöntemleri, diyet yapmaya başvurdukları görülmüştür. Kendini kusturma, zayıflamaya yönelik ilaç kullanımı, sigara içmeye başlama, aşırı egzersiz yapma, aç kalma, öğün atlama gibi davranışlara başvururlar. Bu dönemin çocuklarında özellikle kızlarda yanlış beslenme alışkanlıkları ve uygulamalarından dolayı tehlikeli sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Bu tür davranışlar büyümede gerilik, hormonlarda bozukluk, cinsel gelişimde ve sağlığında sorunlara yol açabilmektedir (Dion ve ark.,2015; Al Sabbah ve ark.,2010).

Beden görüntüsünden memnuniyetsizlik, ergenlik döneminde sosyalleşmede sorunlar, çeşitli psikolojik sıkıntıların yanı sıra sağlıksız beslenme alışkanlıkları ve devamında yeme davranı ve YB görülme oranıda artmaktadır. (Ruffolo ve ark.,2006). Beden algısındaki olumsuz düşünceler ve bozukluk; yeme bozuklukları da beraberinde getirmektedir (Uzdil ve ark.,2017).

2.2 Adölesan Dönem ve Dengeli Beslenme

Adölesanların ev haricinde dışarıda yedikleri öğün sayısı daha fazladır. Genellikle tercih ettikleri yemekler hızlı yapılan ve hazır tüketime uygun besinlerden oluşmaktadır. Bu dönemde sağlıksız beslenme alışkanlıklarından olan; gereğinden fazla tüketim, aşırı şekerli ve yağlı besinlere yönelimdir. Bu dönemde sağlıksız beslenme davranışları arttığı taktirde ilerleyen yaşlarda kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, obezite görülme riskini arttırmaktadır (Tappy ve ark.,2010). Bu dönemde bilinçlenme duygusunda gelişme gösterdiği için su içme alışkanlığı kazanmak, sebze meyve tüketimini arttırmak, yağlı besin tüketimini azaltmak vb. davranışlarda sergilemektedirler (Vander Wall,2012). Bu dönem sadece fiziksel değil bireyin psikososyal ve bilişsel yöndende gelişmeni hızlı olduğu bir süreçtir. Bu yaş grubunda bedenine, dış görünüşüne verilen önem çok fazla olmakla birlikte farkedilir seviyededir. Genelde kız çocuklarda bedenini beğenmeme, takıntı haline getirme durumu sıklıkla görülmektedir (Al Sabbah ve ark.,2010).

2007 senesinde DSÖ tarafından 5 ila 19 yaş aralığı adölesanlar için oluşturulan referans değerlerine bakıldığında; BKİ değeri 5 persentil ve altında olanlar BKİ : ≤ -2 SD aşırı zayıf, 5 ile 15 persentil arasındakiler BKİ : $\leq -2SD - < -1SD$ zayıf, 15 ile 85 persentiller aralığında yer alanlar BKİ : $\geq -1SD - < 1SD$ normal, 85 ile 95. persentil arasında yer alanlar BKİ : $\geq 1SD - < 2$ SD kilolu ve 95 persentil ve üzerinde olanlar BKİ: ≥ 2 SD ise obez olarak tanımlanmaktadır (WHO,2007).

Bireylerin vücutlarına göre; ileri yaşlara daha sağlıklı bir şekilde ilerleyebilmeleri için sağlıklı beslenme alışkanlıklarının temelini oluşturmak çok önemlidir. Buna göre;

Tablo 2.1: Adölesan Dönem İçin Tavsiye Edilen Günlük Enerji ve Besin Öğeleri Güvenilir Alım Seviyeleri (Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi 2015)

Enerji ve Besin Öğeleri	Erkek (14-18)	Kız (14-18)
Enerji (kkal)	2860	2260
Kkal/kg	44	41
Protein (gr/gün)	54-71	43-66
Lif(g)	29	26
A vit (RE)	900	700
D vit (mcg)	10	10
E vit (mg)	15	15
K vit (mcg)	75	75
C vit (mg)	75	75
Kalsiyum (mg)	1300	1300
Demir (mg)	10	18
Fosfor (mg)	1250	1250
Çinko (mg)	11	10
İyot (mcg)	150	150
Flor (mg)	3	3
Magnezyum (mg)	410	360
Manganez (mg)	2,2	1,6
Bakır (mg)	890	890
n-3 yağ asidi	1,6	1,1
n-6 yağ asidi	12	11
Tiamin(mg)	1,2	1,0
Riboflavin(mg)	1,3	1,0
Niasin (mg)	16	14
Piridoksin (mg)	1,3	1,2
Folat (mg)	400	400

B12 vitamini (mg)	2,4	2,4
Pantetonik asit (mg)	5	5
Biotin (mcg)	25	25

2.3 Beden Algısı

Schilder; beden algısı kavramını “Zihnimize şekillendirdiğimiz kendi bedenimizin yansımasıdır, yani kendimize nasıl görüldüğümüzdür.” cümlesiyle açıklamıştır (Schilder, 1999). İnsanın bedeni sosyal çevrede bireyler tarafından öncelikli olarak dikkat çekmektedir. Beden algısı sosyal etkileşimler yönünden de çok önemli bir yere sahiptir (Pop,2016). Beden imajı özellikle batı ülkelerinde çok önemli bir yere sahiptir (Tiggeman,2011). Bedensel çekiciliği bireylerin kişisel nitelikleri ile bağdaştırma eğilimi sadece batı toplumlarında değil evrensel bir ölçüt konumuna gelmiştir. Reklamlarda, sosyal medyada, iletişim araçlarında paylaşılan yansıtılan mükemmel beden algısından dolayı insanların ideal vücut düşüncesi oluşmaktadır. “Sağlık ve doğurganlığın göstergesi ince bir bel” algısı sadece Avrupa’da değil Hint ve Çin ülkelerinde de sıklıkla görülen bir durumdur (Pop,2016). Sosyal mecralarda belirtilen ve dayatılan beden imajı ile hareket edip bedenleri ile ilgili tutum geliştiren kişilerde ideal beden ölçülerinden uzaklaşıp kendilerini değersiz görmeye başlamaktadırlar (Hacıoğlu,2017).

Bireylerin sosyal hayatlarındaki beden imajları insan ilişkilerinde oldukça etkilidir. Beden; kişiler arasındaki iletişim seçeneklerinden sözlü iletişim türünden daha önde gelmektedir. Bunların yanında beden görünüşü ile sosyal çevre çift yönlü etkileşim durumundadırlar (Lobo ve ark.,2020).

Sağlıklı vücut; dönemimizde biyolojik açıdan değil daha çok görünüş ve kültürel etkiler ile daha çok etkileşim haline girmiştir. Bireyin bedeni hakkındaki

olumsuz düşünceleri bütün yaşantısını etkilemektedir. Kişi bedeninin görüntüsü hakkında fazla kafa yorup endişeler duymaya başlamaktadır. Bu nedenle kendini sosyalleşmekten alıkoymaktadır (Radwan ve ark.,2019; Lobo ve ark.,2020).

Genel olarak vücut ağırlığının ve nasıl görüldüğünün bireyin üzerinde hem fiziksel açıdan bunun yanında mental sağlık açısından büyük role sahiptir. Fiziki yapıya koyulan tabu yargılar; zaman, ortam, yaş ve kültüre göre değişkenlik göstermektedir. Kadın vücudu genel yargı olarak ‘‘güzel olan ve çekici olan’’ erkek vücudu ise ‘‘güçlü ve kaslı yapılı olan’’ algısı ile devam etmektedir (Vijayalakshmi ve ark.,2017; Neagu,2015).

Toplumun oluşturduğu kalıplaşmış beden görünümlerine uyum sağlayamamak kadın ve erkeklerde beden memnuniyetsizliğine neden olmaktadır. Beden memnuniyetsizliği düzensiz yeme durumu ile ilişkilendirilebilmektedir (Neumark-Sztainer ve ark.,2018 ; Rodgers ve ark.,2011). Genel olarak genç kadınlar ince bir vücuda sahip olmak istedikleri için vücut ağırlığı kaybını sağlamak adına ; aşırı diyet yapma, işlevsiz egzersiz uygulamaları, müsül kullanımı vb. gibi sağlıksız olan davranışlarda bulunmaktadır (Baceviciene ve ark.,2020).

Ulusal AN Derneği sonuçlarına bakıldığında YB başlangıcı %86 oranında 20 yaşında %43 oranında ise 16-20 yaş aralığında görülmektedir (Prado et ark., 2015). Çalışma ve araştırmalara bakıldığında beden algısının sadece yeme bozukluklarında görülen bir durum olmadığını yeme bozukluklarının ilerlemesi, kalıcılığı ve ortaya çıkıp tekrar etmesinde büyük bir rol oynadığı düşünülmektedir. YB tedavisinde beden algısı bozukluklarının hedef nokta olarak seçilmesi iyileşmesi geliştirebilmektedir (Glashouwer et ark., 2019). Beden algısındaki sorunların sağlıksız ağırlık yönetimi ve obeziteye zemin hazırladığı vurgulanmaktadır. Obezite bu koşulda hem fiziksel hemde zihinsel olmak üzere sağlığı negatif yönde

etkilemektedir ve genetik etkilerin yanı sıra ölüm oranı yüksek seyretmektedir (Mahat ve Zha, 2020).

2.3.1 Beden Algısını Etkileyen Faktörler

Beden algısı kişinin sosyal, kültürel, biyolojik, psikolojik farklılıklara ve faktörlere göre değişen ve ilerleyen çok yönlü bir kavramdır. Kişinin kültürel alışkanlıkları, çevresi ve ekonomik düzeyi kişinin üzerindeki beden algısını oluşturmaktadır (El Ansari et al., 2010). Kültürel ve sosyal çevrenin beden algısı imajını , vücut ağırlığı kavramının şekillenmesini, bireyin vücut şeklinden memnun olmamasını, obeziteyi ve aşırı zayıflığı etkilediği görülmektedir (Albeeybe ve ark., 2018).

2.3.1.1 Aile

Beden algısı, dış görünüşe yönelik düşünce ve kaygıların yanı sıra sosyal çevre bulunduğu ortam, yaşam alanından da etkilenmektedir. Bu etkilerin oluştuğu yerlerin başıcası ailedir. Aileler çocuklara genetik özellikleri aktarırken çocukluk çağında ailenin yaklaşımı ve yetiştirme tarzı da beden algısının oluşmasında büyük etkindir (Garbett ve Diedrichs, 2016; Shoraka ve ark., 2019). Yapılan bir araştırmada ailesiyle beraber kahvaltı yapan çocukların beden algısı kavramına olumlu yaklaştığı ve geliştiği gözlemlenmiştir (Ramseyer Winter ve ark., 2019).

2.3.1.2 Sosyo Kültürel Faktörler

Toplumda genellikle ideal vücut yapısına sahip olmak ile güzel olma kavramını eşdeğer tutmuşlardır. “İdeal vücut” kavramına sahip olmak devamında başarı, mutluluk, görünürlük ve çekicilik ile ilişkilendirilmiştir. Bu düşüncülerde genç yetişkinleri bedenleri ile ilgili kaygı durumuna sürüklemektedir (Pop,2016). Vücut imajını fazla düşünme; düzensiz ve sağlıksız beslenme , çocukluktan başlayıp yetişkinliğe uzanan önemli bir sağlık problemidir. Sosyal çevrenin “ince olmak”

ve/veya ‘‘kaslı olmak’’ gibi kavramlarının bireylerin normallerini değiştirip kıyaslamaya yol açtığı gözlemlenmektedir (Baceviciene ve ark., 2021).

Sosyokültürel teorisyenler, kişilerin görünümlerini hayali veya ideal olan ile kıyasladıklarında kişinin beden algısının ortaya çıktığını savunmaktadır (Thompson,1990).

2.3.1.3 Yaş ve Cinsiyet

Yaş faktörü beden algısı kavramı için önemli bir beliryecedir. Gençlik döneminde ileriye yönelik yaşamın belirlenmesi için okul, iç, eş seçimi gibi durumların bireylerin bedenlerine daha çok önem verme beğenilme düşüncesi ön plandadır (Wronka ve ark., 2013). Adölesan ağ; fiziksel ve psikolojik yönden kişinin en çok değişime uğradığı, dış dünyaya kendini kabul ettirme, beğendirme çabasının olduğu ve başkaları ile kendini kıyaslamamanın eleştirmenin en yoğun olduğu dönemdir (Aslan,2004). Toplumsal olarak varolmuş ideal vücut ölçüsü kavramları özellikle Adölesan dönemdeki kız çocuklarını etkilemektedir. Gelişme ağında olan kız çocuklarındaki olması gereken vücut ağırlığı artışı hızlı bir şekilde ilerlediği için; kendini beğenmeme, ağırlık kaybetme isteği ve beden memnuniyetsizliğine yol açmaktadır (Butryn ve Wadden, 2005).

Cinsiyet; beden algısını etkileyen önemli faktörlerdendir. Bilimsel kaynaklar ve çalışmalar, beden algısı, beden memnuniyetsizliği ve sağlıksız yeme alışkınlarının cinsiyete bağlı olduğunu düşündürmektedir. Yapılan araştırmalarda kadınların erkeklere göre kendini olduğunda daha fazla vücut ağırlığına sahip olarak görme, kıyaslama, bedenini beğenmeme durumlarının daha fazla görüldüğü saptanmıştır (Bucchianeri ve ark., 2017; Coelho ve ark., 2015; Quick ve Byrd-Bredbennert, 2013).

Yapılan bir başka araştırmada; kadınlar sahip oldukları vücut ağırlığının ve görünüşün ideal algıya uygun olmadığını gördüklerinde veya hissettiklerinde

depresif duygulara bürünebilmekte, yanlış diyet uygulamalarına yönelmektedirler. Bunun yanında BKİ ve bedenini kabullenme sevmeye arasında ters ilişki olduğu çalışmalarda görülmektedir (Daniali ve ark., 2013; Bucchianeri ve ark., 2017).

2.3.1.4 Kitle İletişim Araçları

Beden beğenisi çoğunlukla sosyal etkilerle bütünleştirilir. Kitle iletişiminde kullanılan araçlar bu anlamda en yaygın ve büyük etkiye sahiptir (Cash ve Smolak,2011). Bireylerin beden algısının değişmesindeki büyük etkenlerin başlangıcından biri telefonlarda bulunan “Güzellik modu” kullanımı etkin hale gelmiştir. Bu modlarda bireylerin yüzlerine pürüzsüzlük vücutlarını ise şekillendirme özellikleri geliştirilmiştir. Kişiler kendilerini daha güzel ve farklı görmeye alıştıkça beden memnuniyetsizlikleri artmaya başlamıştır. Fotoğraf ve video paylaşmalı sosyal medya uygulamaları arttıkça bireylerin kendilerini dış dünyayada beğendirme istekleri artmıştır (Cash ve Smolak,. 2011). İdeal olarak nitelendirilen vücut algısı uzun zamandır kadın moda dergileri ve dijital ekranlarda gösterilmiştir ve hala devam etmektedir. Bedenler genellikle ince ve uzun boylu kadınlardan oluştuğu için bu algı giderek “ideal güzellik” kavramı olarak benimsenmiştir (Cash ve Smolak,2011).

Adölesan bireylerde yapılan bir araştırmada sosyal medya üzerinden yapılan arkadaş edinmelerin beden algısı ile ilişkilendirildiği sonucuna varılmıştır. Sosyal medya uygulamasındaki arkadaşlıkların beden güzelliği ve zayıflık ile ilişkili olduğu gözlemlenmiştir. Medya; insanlara zayıflığın güzellik ile eşdeğer olduğu algısını yansıtmaktadır. Özellikle kadınlar için gerçek dışı güzellik algılarını vurguladığından ötürü hemcinsleriyle kendilerini sürekli kıyaslamaktadırlar (Tiggemann ve Slater,2013).

2.3.2 Beden Algısı Bozukluğu

Kişinin beden algısını tanımlaması bilişsel, sosyal, duygusal yönden çok yönlü bir kavramdır. Beden hakkındaki düşünceler, kaygılar olumlu veya olumsuz olabilmektedir ve bu durum sağlıklı beslenmeyi ve yaşam kalitesini etkilemektedir. (Sharma ve ark., 2013; Sharifi ve ark., 2016). Vücut ağırlığının ve görünümünün yanlış yargılanması ve algılanması genel sağlık için büyük risk sebebidir. Sağlıklı yaşam tarzı ve doğru beslenme, beden algısını doğru anlamak toplum sağlığı ve refahı için çok önemlidir (Smith et al, 2019).

Beden imajı ve yeme davranışındaki bozukluklar öğrencilik dönemindeki bireylerde psikolojik, mental ve fiziksel yönden yaşam kalitesini etkileyen sağlık sorunları arasındadır (Baceviciene ve ark., 2020). Bozulmuş beden algısı var olan kişiler vücut ağırlıklarının var olan vücut ağırlıklarının altında veya üstünde olarak tanımlanmaktadır (Kim ve ark., 2021). Yanlış beden algıları vücut ağırlığına yönelik kaygıya eşlik eden depresyon, anksiyete, bulumia ve anoreksiya nervoza gibi psikolojik ve davranışlar problemlere eğilim olabilmektedir (Badrin ve ark., Quit, 2018).

2.4 Yeme Davranışı

Bütün canlıların hayattaki temel ihtiyaçlarından en önemlisi beslenmedir. Sadece yaşamın devamlılığı için değil sağlıklı besine erişebilmek ve bu besinlerin bir arada doğru tüketilmesi sağlıklı yaşam için elzemdir. Vücudun ihtiyaç duyduğu karbohidrat, protein , yağ, vitamin ve mineraller besinlerin doğru kombinasyonları ile sağlanabilmektedir. Yeme durumu besinlerin alım şeklini anlatmaktadır. Yeme durumu yemek yeme saatlerini, besinlerin porsiyonunu ve besin tercihini etkileyen genetik, sosyal, fizyolojik, ve psikolojik faktörlerin toplamıdır. Aşırı yemek yeme, uzun süre açlık durumu, öğün aksatma, aralıklı oruç uygulamaları, kendini kusturma

ve zorlayıcı, fazla idman yapma davranışları yeme problemleri tanısında kullanılan ve gözlemlenen davranışlardandır (Grimm, ve Steinle, 2011 ; Wilson ve Blackhurst 1999).

2.4.1 Kısıtlayıcı Yeme

Kısıtlayıcı yeme davranışı, bireyin isteyerek isteyerek vücut ağırlığı artışının olmaması için besin alımını azaltıp enerji hesabı yapma ve besin alımında kısıtlama davranışlarında bulunmaktadır.

Olumlu yönlerinden biri temkinli yemek yeme davranışı obezitenin gelişmesi ve dolaylı yoldan hastalıkların gelişmesini azaltabilmektedir. Fakat kısıtlanmış yemek yeme davranışı bireyin genel sağlığı için zararlıdır. Kaygı, depresyon, kendini beğenmeme ve hatta intihara kadar ilerleyebilmektedir. Kısıtlayıcı yeme davranışına sahip olan bireyler bazı zamanlar aşırı yemek yemeyi çok severler bu durumda iradelerini kontrol edememekten kaynaklanmaktadır. Bireylerin bastırılmış duyguları stres ile birleşince fazla yemek yeme eğiliminde bulunabilmektedirler (Van Strien ve ark.,2014).

2.4.2 Duygusal Yeme

Duygusal yeme durumu yaşanan negatif durumlara karşılık ortaya çıkan aşırı yeme davranışı sorunudur. Duygu durumumuzun iştah ve beslenme üzerinde % 30-50 yükselmeye ve düşmeye neden olacağı vurgulanmaktadır (Macht,2008). Duygu durumunun yeme davranışları üzerindeki etkisi oldukça çoktur fakat belirlemesi zordur. Araştırmalara bakıldığında; kişiden kişiye sebepler değişse bile ortak nokta stres, anksiyete, depresyon, sinirlilik hali vb. durumların besin tüketimini çoğalttığı ve beslenme alışkanlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bunun tersine bakıldığında mutlu olmak ve pozitif duygular içerisinde bulunmak yemek yemekten

zevk almayı ve sağlıklı seçimler yapmaya yönelim artmaktadır (İnalkaç ve Arslantaş, 2018 ; Macht ve ark.,2002).

Duygusal yemenin psikolojik kökeni erken çocukluk zamanında duygusal anlamda eksikliklerden ve ilişkilerden olduğu düşünülmektedir (Elfahg ve Morey,2008).

2.4.3 Kontrolsüzce Yeme

Bu yeme davranışı besinin görseelliği, tadı ve kokusu gibi dış özelliklerden etkilenererek daha fazla tüketme eylemidir. Yüksek karbonhidratlı ve şekerli besinlere yönelim daha sık olduğu için doğru olmayan bir yeme davranışı olarak kabul edilmektedir (Elfahg ve Linné, 2005).

Sosyal medyanın kadınlarda duygusal ve kısıtlayıcı yeme davranışına yatkınlık erkeklerde ise kısıtlayıcı yeme davranışına yatkınlık saptanmıştır (Murray ve ark.,2016).

YB, eksik veya fazla besin tüketimi ile beraber beliren, sonrasında yeme tutumu ile davranışlarındaki kronik bozukluklara sebebiyet veren rahatsızlıklardır.YB, bununla birlikte psikolojik olarak bireyi etkilerken, psikososyal ve fiziksel belirteçlerinde etki yaratır ve kişinin vücut ağırlığı kontrol düşüncelerini davranışlarını ve negatif yönde değiştirir (Patrick, 2002). YB, ergenler ve genç yetişkinler arasında en sık görülen kronik hastalıklardan biridir. YB, fiziksel durumu ve yaşam kalitesini kötü ölçüde bozan ve ergen hastaların ve ailelerinin psikososyal işlevlerini ciddi bir şekilde değiştiren, güçten düşürücü hastalıklardır. YB ; Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu, Bulimia Nervoza ve Anoreksiya Nervoza olarak sınıflandırılmaktadır (Lantzouni ve Grady,2021).

Yeme bozuklukları normalin dışında olan yeme davranışları ve beden algısı sorunları ve takıntıları ile karakterize olan ciddi psikiyatrik bozukluklardır

(Duarte,2020). Yeme ve beslenme bozuklukları; sosyo-kültürel biyolojik, psikolojik ve genetik faktörlerin birleşimiyle bütünleşerek devamlı ilerleyen psikiyatrik bir hastalık durumudur (Yılmaz, 2019)

Yeme bozukluklarında sıklıkla görülen nörolojik belirteçler içerisinde miyopatiler, periferal nöropatiler bulunmakta, kas zayıflığı, refleks yitimleri, tetani, baş dönmeleri, bilinç anormallikleri, dinlenememe, sendeleme, nöbet ve koma geçirmeye kadar ciddi sorunlara neden olabilmektedir (Chowdhury ve Lask,2000). Uzun yıllardır devam eden yeme ve beslenme bozukluklarında sıklıkla görülen komplikasyonlar; büyüme ve gelişmenin duraksaması, kemik kayıpları, gastrointestinal hastalıklar, sağlıksız üreme fonksiyonu ve ölüm yer almaktadır (Carter ve Bulik, 2008).

2.4.4 Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları, önemli oranda yükselen halk sağlığı problemi olarak kabul edilmektedir. Batı taraflarında bu bozuklukların görülme sıklığı son yirmi yılda ikiye katlandı. Daha önce, YB modern ve endüstriyel ülkelerde daha sık görülürdü. Ancak son zamanlarda, bu bozuklukların görülme sıklığı gelişmekte olan ülkelere de yayılmıştır. Genel olarak yeme bozukluğu riski biyolojik ve ailesel özellikler, sosyo-kültürel bağlam ve psikolojik faktörler gibi çeşitli faktörlerin etkisi ile birleşerek görülmektedir (Gargari ve ark.,2008).

2.4.4.1 Yeme Bozukluklarının Sınıflandırılması

YB farklı yeme davranışları ve beden imajı takıntıları ile karakterize olan ciddi psikiyatrik bozukluklardır (Duarte,2020). Bu bozuklukların başladığı yaş orta ve geç ergenlik zamanından erken ergenlik dönemi çocuklarda görülmeye başlandığı vurgulanmaktadır (Lantzouni ve Grady 2021). Zayıflık ideallerine duyarlı olan genç kadınlar, zayıf olma durumunu güzellik ve başarılı olma düşünceleri içerisinde. Bu

nedenle, çevresel faktörleri içeren etiyolojik modeller, dış görünüş ile ilgili sosyal baskıyı yeme bozukluklarına yatkınlığı belirleyici bir faktör olarak kabul ederler (Gorwood ve ark.,2016). Zayıflık standartlarına fazla takıntılı olma beden algısında farklılıklara yol açabilir, bu durum vücut memnuniyetsizliğine ve vücut ve ağırlık ile ilgili abartılı endişelere neden olabilir (Stice ve Shaw, 2002). Beden imajı memnuniyetsizliği, YB’nda sıklıkla görülmekte olan sağlıksız vücut ağırlığı artışı ve azalışı veya vücut ağırlığını düşürme uygulamaları ve davranışları açısından önemli bir risk faktörüdür. Örnek olarak ; adölesanların beden memnuniyetsizlikleri daha yüksek olduklarından dolayı diyet, sağlıklı olmayan zayıflama çabaları ile tıknırcasına yeme durumu gibi uygulamaları sıklıkla yaptıkları bilinmektedir (Mendo-Lázaro ve ark.,2017).

Tanıya varacak ayrıntılı bir vücut kontrolü ve laboratuvar sonucu olmaması, kişinin aşırı derecede vücut ağırlığı kaybından ürogenital sisteme ait, endokrin, nörolojik, metabolik, hematolojik, kaynaklı ve diğer sebeplerden ötürü oluşan ikinci belirteçleri analiz edilmelidir. Kişilerin deneysel verilerinde, başlangıçta albümin düzeyi, kreatinin, troid karaciğer faaliyetlerinin, cinsiyet durumları, serum elektrolit düzeyleri, tam kan sayımı sonuçlarının değerlendirilmesi mutlaka yapılmalıdır (Mitan,2004). YB’nda çok sık rastlanan elektrolit anormallikleri; potasyum ve sodyum yetersizlikleri yer almaktadır (Peeters ve Meijboom,2000).

İlk başta amaç; hastaların doğru, güvenli, cinsiyete uygun boy ölçüsü, vücut ağırlığı, yaşına uygun ideal bir beslenme programı uygulatmaktır. Gereksinim değerinin çok altında besin alan bu hastalar için enerji alımı dikkatlice hesaplanmalıdır. Enerji alım düzeyleri kişinin vücut ağırlığı, boyu, besin tüketim kaydı ve bazal metabolizma hızına göre düzenlenmelidir. Kilo alma döneminde, bazı

hastalar için alımın aşamalı olarak günlük 70-100 kalori kadar ilerletilmesi gerekebilir (Marzola ve ark.,2013).

Bölümlere göre bakılıp yorumlandığında en yüksek pozitif beslenme bozukluğu; Beslenme ve Diyetetik öğrencileri olarak bulunmuştur. Genel olarak çalışmaların sonucu incelendiğinde, Brezilyalı öğrencilerin yeme bozukluğu riski altında olduğunu ve yeme bozukluğu semptomlarının sağlık ve akademik sonuçlar üzerindeki zararlı etkileri düşünüldüğünde, öğrencilerin ihtiyaçlarını kavrayabilmek için daha fazla epidemiyolojik çalışmaya ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Beslenme öğrencileri daha yüksek risk altında olduğu görünmektedir ve bu sonuç ileriki dönem için önleme stratejilerine katkı sağlayabilecektir (Trindade ve ark.,2018).

2.4.4.2 Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi

Zamanımızda, yeme sorunları, diğer birçok psikiyatrik sendrom gibi, psikolojik, çevresel faktörleri, biyolojik, ve içeren çok faktörlü karmaşık bozukluklar olarak tanımlanmaktadır (DeAngelis,2002).

2.4.4.2.1 Biyolojik Faktörler

19. yüzyılın sonlarından bu yana yeme bozuklukları hakkında biyolojik sebepler YB'nun doğum sonrası pituitar nekrozdan kaynaklandığı düşüncesi ile daha yaygın bir durum haline gelmiştir. Gerçekleştirilen araştırmalara göre son kanıtlar endokrin sorunlarının aç kalmaktan dolayı olduğu belirlenmiştir (Sharan ve Sundar, 2015). Mevcut biyolojik hipotez; YB'nun, insanın zayıf bir vücudu elde etmek için devam ettirdiği düşüncesi, tutumu ve ideal oranlarda bir bedene sahip olmak için hissedilen takıntıya cevap olarak normal nörobiyolojik düzenlenmiş yeme davranışlarının bozulmasını ve geçersiz kıldığını anlatmaktadır (Asken ve ark.,2007). Yeni çalışmalar yeme sorunları etiyolojisine güçlü genetik faktörler belirlemiştir. Mono zigotik ikiz bireylerde, di zigotik ikiz bireylere göre yeme bozuklukları

bakımından 3 kat daha fazla benzerlik oranı tespit edilmiştir. Genetik etkiler, bulimia nervoza ve anoreksiya nervozanın kendini göstermesi % 50 oranından çok katkı yaratabilmektedir (Monteleone ve Maj, 2008). Güncel yaklaşımlar, AN'de var olan kişilerin normal olmayan beyin omurilik sıvısı serotonin düzeylerine sahip olduklarına dair gözlemlere bakarak, serotonin mekanizmalarını vurgulamışlardır. (Kaye,2008). 5-HT'ye özgü ligandları kullanan beyin görüntüleme araştırmaları, kişiler hastalığa sahip olduğunda 5-HT fonksiyonundaki bozuklukların ortaya çıktığını ve anoreksiya nervoza ve bulimia nervozadan durumları geçtikten sonra da devam ettiğini göstermektedir. 5-HT nöronal modülasyonu ile ilgili bir sorunun, anoreksiya nervoza başlangıcından önce belirdiği ve premorbid anksiyete, obsesyonellik ve inhibisyon semptomlarına katkı sağladığı ileri sürülmektedir. Bozulmuş kortikotropin salgılayan hormon, peptid YY, kolesistokinin, nöropeptid Y, leptin, opioidler, grelin gibi diğer nöromodülatörler de YB etiyolojisine dâhil edilmiştir (Haleem,2012).

2.4.4.2.2 Psikolojik Faktörler

Mükemmeliyetçilik ve kuralların dışına çıkmama gibi özelliklerin genç yetişkinlik çağındaki görünürlüğü, ilerleyen tarihlerde anoreksiya nervoza ilerleme riskini yaklaşık on kat yükseltmektedir (Treasure,2007). Çocukluk veya Adölesan zamanındaki travma, belirli bir yeme bozukluğu için değil hepsi için etkili ve ileriki yaşlardaki psikiyatrik sorunların oluşmasına etkide bulunmaktadır (Lopez ve ark.2009).

2.4.4.2.3 Çevresel Faktörler

Yeme sorunlarının etiyolojik açıdan , modern çağın veya batı kültürünün kadın güzelliğinin standart bir durum haline gelmesi sebebiyle oluşan sosyal baskının içselleştirilmesiyle alakalı olduğu değerlendirilmektedir (Kayano ve ark.,2008). Bale

gibi beden algısına çok dikkat edilen kurslara katılmak, aile ve arkadaşlar tarafından küçük düşürülmek, baskılayıcı bireylerden gelen kilo konusundaki yorum ve düşünceler (koçlar, sağlık çalışanları, öğretmenler) yeme bozukluğunun oluşmasında etkin olmaktadır. İnce ve zayıf görüntüye duyulan istek ve hayranlığın batı hariç kültürlerle ait olmadığı belirtilmektedir (Polivy ve Herman,2002). Batılılaşma yeme bozukluklarının varlığında olan tek kültürel sebep olmadığı söylenmektedir. Batı kültürüne benzeme sürecindeki sorunların düzensiz yeme davranışına sebep olduğu varsayılmıştır. Nihayetinde yeme sorunlarının oluşumunda birden çok kültürel sebebin rol oynayabileceği söylenmektedir (Makino ve Dennerstein,2004).

2.4.4.2.4 Yeme Bozuklukları Epidemiyolojisi

Yeme sorunlarının birden fazla faktörün etkin rol aldığı bir sorun olup farkedilme sebebinde önemli ölçüde son yıllarda eski yıllara göre değerlendirildiğinde artış gözlemlenmiş ve başlangıç yaşı da düştüğü saptanmıştır. Sıklıkla genç kadınlarda ve ergen kızlarda görülen yeme sıkıntılarının en yaygın farkedilen evresi adölesan zamanıdır (Hoek ve Van Hoeken,2003). Yeme sorunları tarafından en zorlu süreçler başında üniversite ve lise dönemi talebelerinin varlığı tespit edilmiştir. Bireysellik, özgür olma düşüncesi ve aile, çevre baskısı gibi faktörlerin genç yaşlarda daha fazla etkilenilmesi ve farkedilmesi bu zamanlarda yeme sorunlarına yatkın olmalarını fazlaştırmaktadır (Vardar ve Erzengin,2011).

Yüksek gelirli ülkelerde, genel yayılım anoreksiya nervozanın yaşam boyu yaygınlığının kadınlar ve kızlarda yaklaşık % 1 ve erkeklerde daha az olduğu bildirilmektedir (Smink ve ark.,2012). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5 kriterleri A ve C (ağırlık veya şeklin aşırı değerlendirilmesi durumunda düşük ağırlık) uygulandığında prevalansın yaklaşık % 0.3-0.5 olduğu belirlenmiştir (Hay ve ark.,2015). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-4

kriterlerine göre bulimiya nervozanın yaşam boyu yaygınlığının % 1,5 ile % 4,6 arasında, DSM-5 kriterlerine göre % 4 ile % 6.7 arasında değiştiği bildirilmektedir (Tsuag ve ark.2011).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu, BN ve AN ile kıyaslandığında, daha eşit bir cinsiyet göstergesi, daha fazla obezite sıklığı , daha geç başlangıç yaşı ve daha uzun yeme sorunları semptomları gibi farklı bir sosyodemografik profil sunmaktadır (Dahlgren ve ark.,2017). Örneğin, Udo ve Grilo kadınların TYB'den etkilenme olasılığının erkeklere göre iki ila üç kat arttığını, obezite için iki kattan fazla artış olduğunu, genel başlangıç yaşının 25 ve ortalama yeme problemleri semptom süresinin 16 yıl olduğunu bulmuşlardır (Udo ve Grilo,2018). TYB genellikle çeşitli etnik ve / veya ırksal gruplar arasında görülmektedir (Kessler,2013).

Anoreksiya nervoza, her yaşta ortaya çıkabilmesine rağmen, tipik olarak ergenlik döneminin başından ortasına kadar başlamaktadır (Herpertz-Dahlmann,2009). Yetişkinlerde cinsiyet oranı 1: 8'dir, erkeklerden çok kadınları etkilemektedir (Steinhausen ve Jensen, 2015).

2.5 Anoreksiya Nervoza

William W. Gull tarafından AN başlangıçta 1873 senesinde ‘‘sinirsel iştahsızlık’’ olarak isimlendirilmiş ve tıp sektöründe yıllarca bu isimle anılmıştır. Ama bugün karşımıza çıkan hasta özelliklerine ve bilgilere göre hastalarda iştahsızlık söz konusu değildir. Hastaların genelde çok kısıtlı besin alımları vardır ve yemek yemezler fakat yedirmek amacıyla özenerek yemekler yaparlar, akıllarında sürekli enerji miktarı ve hesabı vardır. Yemek tariflerini düşünüp yapmayı severler, uzun süre aç kaldıklarından dolayı yeme istekleri oldukça yüksektir. Kilo kontrolünü sağlamak ve düşürmek amacıyla çaba sarfederler, bu amaçla; yemek yeme davranışını aşırı derecede azaltırlar, reddederler ve ya, kendini kusturma, diüretik gibi ilaçları

kullanma, fazla spor yapma, laksatif, gibi çabalara girerler ve yedikleri küçük bir şeyin bile vücutlarında durmasını istemezler (Yücel,2009). Güncel varsayımlar, AN var olan insanların anormal beyin omurilik sıvısı serotonin düzeylerine ait olduklarına dair gözlemlere dayanarak, serotonin mekanizmalarına vurgu yapılmaktadır (Kaye,2008).

DSM-5'e bakıldığında; AN'nın iki alt tipi bulunmaktadır: ‘‘Kısıtlayıcı türü: Son 3 ay boyunca, kişi tıknırcasına yeme ve çıkarma davranışı (yani kendini kusturma veya laksatifler, diüretikler veya lavmanların yanlış kullanımı) durumlarının tekrarlayan ataklarını yaşamaz’’. Bu alt tip, zayıflamanın esasında kısıtlı yeme, aç kalarak ya da üst düzey egzersiz yoluyla gerçekleştirildiği durumları açıklar (Asken ve ark., 2007 ; Sangvai, 2016).

Tıknırcasına yeme/çıkartma türü: ‘‘Son 3 ay süresince, kişi yineleyen fazla besin alımı veya çıkarma durumu’’ (kendini kusturma veya diüretiklerin, lavmanların yada laksatiflerin kötüye kullanılması) durumlarının tekrarlayan ataklarını yaşar (Asken ve ark.,2007).

AN'deki vücut ağırlığı azalışı, ara sıra fazla spor yapma durumu, kendi kendine çıkarma yada müshillerin kötüye kullanılmasıyla birlikte ‘‘vücut ağırlığı arttırıcı besinlerden’’ uzaklaşmakla tetiklenmektedir. Yetersiz beslenmenin neticesi olarak, kadınlarda ‘‘amenore’’ ve erkeklerde cinsel ilginin azalması ve ya güçsüzlükle kendini belli eden, hipotalamik-hipofiz-gonadal döngüsünü içine alan sürekli bir endokrin sorunları oluşur. Prepubertal çocukluk döneminde ergenlik gecikmektedir. Bu bağlamda; gelişme ve fiziksel olgunluk genellikle yetersiz seviyededir (Gorwood ve ark.,2016).

AN, tüm psikiyatrik hastalıklara bakıldığında ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde en çok ölüm oranına sahip yeme bozukluğudur. Genellikle birden çok

fiziksel ve zihinsel sağlık sorunları ile gözlemlenmektedir (Neale ve Hudson, 2020). Anoreksiya nervoza oral alımın kısıtlanması veya tamamen sıfırlanması sonucunda düşük vücut ağırlığı ve beden kaygıları ile karakterizedir (Arcelus ve ark.,2011). Anoreksiya Nervozanın hem kadınlarda hem erkeklerde başlangıç yaşı 15-19 yaş aralığıdır (Micali ve ark.2013). AN etiyolojisi çok yönlüdür. Kalıtsal risk faktörlerininde olduğu düşünölmektedir. Genetik geçişlerde anksiyete, mükemmeliyetçilik, bilişsel kalıtım, psikolojik hastalıklar ve beslenmeye eken dönemde başlamak gibi kanıtlar mevcuttur (Hinney ve Volckmar, 2013). AN'nın en yüksek göröldüğü zamanın ergenlik olduğunu bilinmekte fakat artık bu durum 8 yaşına kadar düşmektedir (Petkova ve ark.,2019).

2.5.1.Tanı Kriterleri

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5'e göre AN tanı kriterleri: (Köroğlu,2014).

Tablo 2.2: AN Tanı Kriterleri (Köroğlu,2014).

A	İhtiyaçlara bakıp enerji alım seviyesini azaltma isteğı, bireyin yaşı, gelişimsel olarak takip ettiğı yol, cinsiyeti ve vücut sağılığı kapsamında dikkat çekecek şekilde zayıf bir vücut kitlesinin olmasına neden olur. Farkedilir şekilde zayıf vücut kitlesi, var olan en az vücut ağırlığının altında çocuklar ve adölesanlar için var olan en az vücut ağırlığının alt seviyesinde görölür.
---	--

B	Vücut ağırlığının artması veya şişmanlama ihtimalinden üst düzeyde korkma, çekinme ya da belirli bir biçimde düşük vücut ağırlığının görünmesine rağmen vücut ağırlığının artmasını engelleyen hareketlerin var olması.
C	Bireyin beden kütlesi veya görüntüsünü nasıl hissettiğiyle ilgili bir sıkıntıya sahiptir, birey, kendisini ölçerken, beden kütlesine ve şekline sebepsiz bir anlam katar veya o esnadaki düşük vücut ağırlığının hiçbir şekilde farkına varmaz.

Tablo 2.3: AN Remisyon Belirteçleri ve Şiddetine Göre Sınıflandırılması (Köroğlu,2014).

Remisyon Tanımına göre	Kısmi remisyonunda: Daha önce anoreksiya nervoza için tüm kriterleri tamamladıktan sonra, Kriter A “düşük vücut ağırlığı” uzun bir süre için karşılanmamaktadır, ancak ya Kriter B “vücut ağırlığı artışı veya şişmanlama konusunda aşırı korku veya vücut ağırlığı artışını engelleyici davranış” ya da Kriter C “kilo ve şeklin algılanmasındaki bozukluklar” hala karşılanmaktadır. Tam remisyonunda: AN için tüm belirtiler birincil olarak karşılandıktan sonra, belirteçlerin hiçbiri uzun zaman boyunca yetersiz kalmıştır.
------------------------	--

Şiddetine göre	Hafif : BKİ ≥ 17 kg / m ²
	Orta : BKİ 16–16,99 kg / m ²
	Şiddetli : BKİ 15–15.99 kg / m ²
	Aşırı düzeyde : BKİ

DSM-5’ göre AN’nın iki alt tipi bulunmaktadır: ‘‘Kısıtlayıcı türü: Son 3 ay boyunca, kişi tıknırcasına yeme ve çıkarma davranışı (yani kendini kusturma veya laksatifler, diüretikler veya lavmanların yanlış kullanımı) durumlarının tekrarlayan ataklarını yaşamaz’’. Bu alt tip, zayıflamanın esasında kısıtlayıcı beslenme , aç kalma ve/veya fazla spor yaparak oluştuğu durumları açıklar (Asken ve ark., 2007 ; Sangvai, 2016).

2.5.2 Anoreksiya Nervosa Antropometrik Değerlendirme

AN’da kilo kazanımı sırasında en önemli faktörler; ‘‘vücut ağırlığının artış süresi, hidrasyon durumu, glikojen depoları, metabolik faktörler ve vücut kompozisyonu farklılıklardan’’ etkilenebilir. Rehidrasyon ve yenilenmiş glikojen depoları, tekrar beslenmeye başlamanın ilk günleri boyunca ağırlık kazanımına katkı sağlarlar. Sonraki zamanlardaki ağırlık artışı yağ olmayan ve yağ depolarının fazlalaştığından kaynaklanmaktadır. Yağ dokusuna karşı yağ olmayan doku oluşması için daha fazla enerjiye ihtiyaç vardır. Kişinin hedef kilosu farklı yöntemlerle tespit edilebilir. Vücut ağırlığı, hastane ortamında her gündüz erken vakitlerde ve aç olarak; poliklinik koşullarında ince bir elbise olarak aynı ölçüm makinesi ile en az haftada bir defa kontrol edilmelidir. 20 yaşa kadar olan hastaları değerlendirmek için boy, ağırlık, BKİ persentil tabloları tercih edilmelidir (Ercan,2017).

Hastalar kilo almış gibi gözükebilmek için aşırı su tüketimi, kıyafetlerine ağır nesneler yerleştirme, idrarlarını tutma gibi yanıltıcı hareketlerde bulunabilmektedirler. Bu sebeple hastanın mesanesinin dolu olup olmadığını hekim kontrol etmelidir. AN hastalarında önemli seviyede protein-enerji malnütrisyonunun varlığının yanı sıra sağlam visceral protein yapı mevcuttur. Bu özellikteki kişiler ağır protein-enerji malnütrisyonu tanısı özelliklerini taşımaktadırlar (Ercan,2017). Yürütülen bir araştırmada, (BKİ'si 18,5 kg/m²'nin aşağısında yer alan 15 zayıf AN tanılı bireylerin kısa dönem refeeding sendromundan sonra) “Douglas Bag” yöntemi aracılığıyla test edilen DEH'leri, indirekt kalorimetre ölçümü, Harris-Benedict eşitliği ve Müller eşitliği ile karşılaştırılmış ve indirekt kalorimetre verisinin ve Müller eşitliğinin DEH'yi doğru tahmin ettiği, Harris-Benedict eşitliğinin ise DEH'yi daha yüksek belirttiği raporlanmıştır. “Douglas Bag” metodu ile kıyaslandığında; Müller eşitliğinin kabul edilebilir sonuçlar verdiği söylenmektedir (Schebendach ve ark.,1997).

Orta kol genişliği ve triceps deri kıvrım kalınlık verisi ölçümleri pratiktir cinsiyet ve yaşa göre olan standartlara bakma olanağı sağlar. Vücut yağ düzeyi triceps, biceps, subskapular, suprailiak yani vücudun dört farklı yerinden alınan deri kıvrım kalınlığı ölçümleri ile bakılmaktadır. BIA daha kolay ulaşılabilir olmasına rağmen yeme bozukluğuna sahip kişilerde hücre içi ve dışı sıvılarındaki değişimler vücut yağ ölçümündeki sonuçları hatalı çıkarabilirler. AN olan bireylerde doğru BIA ölçümü için vücut sıvılarının sorun çıkarmaması gerekir. Bunun için ise aç olarak (sıvı almadan ve besin tüketmeden) sabahları yaslanılacak bir sandalyede her zaman aynı şekilde oturarak yapılmalıdır. Kısa boylu adölesanlarda radyolojik kontrol ile kemik yaşı, büyüme durumunu anlamak için çok önemlidir (Ercan,2017).

1996-2019 yılları arasında yayınlanan 62 örnek üzerinde 94 meta-analiz yürütülmüştür ve 1.879 kontrole kadar AN' li 2.319'a kadar tedavi öncesi, tedavi sonrası ve vücut ağırlığı düzelen kadın hasta karşılaştırılmıştır. Birincil sonuçlar yağ kütlesi, yağsız kütle, vücut yağ yüzdesi ve bölgesel dağılımlarıydı. İkincil sonuçlar kemik mineral yoğunluğu, metabolitler ve hormonlardı. Meta-regresyonlar, bu ölçüler ve moderatörler arasındaki ilişkileri inceledi. Vücut kompozisyonu, AN'de belirgin şekilde değişir ve bu fenotiplerin klinik risk veya nüksetme belirleyicileri olarak araştırılmasını garanti etmektedir. Özellikle, uzun vadede değişen yağsız kütle ve kemik mineral yoğunluğu seviyeleri, bu parametrelerin potansiyel AN özellik belirteçleri olarak araştırılması gerektiğini düşündürmektedir. Basit yöntemlerle vücut kompozisyonunun detaylı ölçümü, Kemik dokusu hakkında ek bilgi sunan BIA veya DXA gibi, AN' nin doğası ve onun yapısı hakkındaki anlayışımızı geliştirmemize yardımcı olabilir (Hübel ve ark.,2019).

Meta-analizlerin, tüm vücut bölmeleri AN' de belirgin olarak değişmiştir. Vücut kompozisyonu farklılıklarının temel anlamı, metabolizma, büyüme ve gelişmedeki değişikliklerdir. Sonuçların küçük numuneler verildiğinde dikkatle yorumlanması gerekse de, kilo alımı ve toparlanma ile kısmen normale döndüğü görülen AN'de açlık insülini, tiroid, cinsiyet ve stres hormonlarındaki değişiklikleri gösteren kanıtlar bulduk. YB hakkında metabolomik bilgilerle birlikte bilgi toplayan büyük doğum grupları, ileri yaş için zengin ve heyecan verici bir fırsat sunuyor. vücut kompozisyonu anlayışımıza katkıda bulunan araştırmalar ve yeme bozukluklarının riskinde ve sürdürülmesinde metabolik mekanizmalar (Hübel ve ark.,2019).

2.5.3 Akut Fiziksel Sağlık Riskleri

AN hızlı kilo kaybı ve uzun süredir düşük kiloda olmak fiziksel risklerdendir. Vücut ağırlığının azalma hızı mevcut olduğu vücut ağırlığı kadar önemli ve tanımlayıcı bir risk faktörü olabilmelidir. Kişinin detaylı öyküsü, vücut ağırlığı kaybının süresi ve miktarı, kendini aç bırakma, kendi kendini kusturma, vücut ağırlığı azalması için; müsil veya diüretik kullanımı, aşırı egzersiz yapma durumu, menstürasyon döngüsü ve düzeni fiziksel bulguları tanımlamak için sorulur. Sorulacak diğer sorular arasında bireyin soğuğa dayanıklılığı, baş dönmesi, bayılma, kalp çarpıntısı ve göğüs ağrısı vb. bulunmaktadır (Hudson,2012).

Muayene sırasında kilo, boy ölçümü, diş yapısı, solgun ten bulgular için önemlidir. Beden kütle indeksi 18.5 kg/m² den az olan kişiler zayıf kategorisinde yer almaktadır (Hudson,2012).

AN'lı bir genci ciddi hastalık veya ölüm riski altına sokan durumlar;

1. Yüzde medyan vücut kitle indeksi <%70 (yaklaşık 0,4 vücut kitle indeksi yüzdesinin altında)
2. Ardışık 2 hafta boyunca haftada 1 kg daha fazla kilo kaybı
3. Kalp atış hızı (uyanık) <40 bpm
4. Tekrarlayan senkop öyküsü, belirgin ortostatik değişiklikler
5. Düzensiz kalp ritmi veya elektrokardiyogram anormallikleri
6. Şiddetli dehidrasyon
7. Sıcaklık <35,5°C timpanik
8. Düşük serum fosfat, potasyum, albümin, glikoz, sodyum veya kalsiyum seviyeleri
9. Akut gıda reddi veya günlük tahmini enerji alımı 400-600 kcal
10. Ebeveynlere veya ebeveynlere yönelik şiddet

11. Günde> 2 saat kontrolsüz egzersiz
12. Orta ila yüksek intihar riski olan intihar düşüncesi
13. Sit-up çömelme testi tamamlanamıyor
14. Karışıklık, deliryum, akut pankreatit
15. Gastrik veya özofagus yırtılması (Marsıpan,2012).

Anoreksiya Nervosa’da Vitamin Mineral Yetersizliklerine baktığımızda; çalışmalar üst seviyede olan düşük vücut ağırlıklı kronik AN vakalarında, vitamin B,riboflavin, tiamin, niasin, folat ve vitamin E eksikliklerinin varlığı bildirilmektedir. Menstrasyon görülmemesi yani Amenore durumu sonucu demir gereksiniminin azaldığı gözlemlenir. Tedavinin başında dehidratasyondan dolayı hemoglobinin düzeyinde yalancı bir yükselme olabilir. “Ağır malnütrisyonlu hastalarda yağsız kitle varlığının düşüşü ile kırmızı kan hücresinde de düşüklük ile” kendini gösterir. Tedavinin ilerleyen zamanlarında, demir takviyesine gerek olabileceğini düşünerek hastaların demir depolarını düzenli olarak kontrol etmek gerekmektedir (Ercan,2017). AN ve BN bir arada olan hastalarda beslenme ve vitamin mineral yetersizlikleri, özellikle sıvı ve elektrolit dengesizlikleri izlenmektedir (Levine,2002).

Enerjinin gereksinimden az alınması ve kırmızı eti azı tüketmekle birlikte vejeteryan tercihlerin olması sekonder çinko eksikliğine sebep olabilir. Çinko desteğinin AN hastalarında daha fazla besin tüketimine katkıda bulunacağı ve iştahı arttıracığına dair yeterli kanıt yoktur. Genelde osteopeni ve osteoporoz görülme olasılığı ağırlık düşüşü ve hormonların düzgün çalışmamasına bağlı olarak kalsiyum, magnezyum ve D vitamini yetersizlikleride görülmektedir. AN’lı kişilerde ayrıca dolaşımdaki kortizol düzeylerinin de çoğalabileceği, kortizol seviyelerindeki bu artışın

osteoporozis ilerlemesinde etkili bir gerekçe olabileceği bildirilmektedir (Levine,2002; Ercan,2017).

Yeme sorunlarında, özellikle de AN’da; trombositopeni, anemi, lenfopeni, lökopeni ve hematolojik farklılıklar belirlenmiştir (Newton ve Travess,2000). B vitamini eksiklikleri ağızda var olan sıvıların artması, C vitamini düşüklüğü de: ağız içi sorunlarına sebep vermekte, demir eksikliği ve Vit B12 eksiklikleride de dil yaralanmaları ile alakası olup, kuru ağız dış eti sızısı, çiğneyebilme zorluğu, yutabilme sıkıntısı ve konuşabilme sorunlarına sebep olabilmektedir (Newton ve Travess,2000).

2.5.4 Anoreksiya Nervosa Tıbbi Beslenme Tedavisi

AN tıbbi beslenme tedavisinin amaçları: Vücut ağırlığını tekrar kazanmak, yeme düzenini ve alışkanlıklarını normale çevirmektir. Temel noktası; “hastanın beslenme düzeni, vücut kütlesi ve vücut şekli üzerinedir”. Hastalık varlığının iyileştirilmesinde özgüven sorunları, mükemmel olma isteği, yaşanan travmalar da göz önünde bulundurularak tedavi yapılmalıdır (Berends ve ark.,2012). Tedavinin temelinde vücut ağırlığını tekrar elde etmektir. Tıbbi durumu değişken ileri derecede malnütrisyonlu veya büyüme sorunu olan hastanın kontrollü kilo alması, uzmanlaşmış hastane veya birimde yatırılarak tedavi olması önerilir. Dışarıda tedavi ise ; “Yeme Bozukluğu Tedavi Programı”na katılması sağlanmalıdır. Tedavi süreci ağırlığını düzenleme zamanı üç aşamada gerçekleşir: kilosunun stabilize olması, daha fazla ağırlık kaybetmemesi, kilo kazanımı ve ağırlığın devamının gelmesidir. Bu süreçler her hastada farklı devam etmektedir fakat ağırlığın geri kazanımı en zor ve uzun süren aşamadır (Ercan,2017). AN varlığı; temel olarak yetersiz beslenme sonucunda gelişen büyüme hücrelerine zıt gelen bir direnç, az seviyede leptinemi, çok adiponektin ve kortizol düzeyleri, yüksek amenore ile anlaşılmıştır.

Oluşan değişikliklerinin uzun süre yetersiz enerji ile devam eden bireyin hayatta kalması için olduğu fikri ortaya çıkmıştır. Bu fizyolojik alışkanlıklardan birkaçının düzelme için bir engel oluşabileceği ve AN hastalığının tekrar görülebileme oranının artabileceği söylenmektedir (Zgheib ve ark.,2014).

Hastanede yatarak devam eden hastanın haftada kg başına 0.5- 2 ayaktan tedavi olan bireyin ise haftada kg başına 0.25- 0.5 ağırlık kazanımı olması istenir. Öncelikle verilen enerji 1000-1600 kkal/gün (30-40 kkal/kg/gün) olmasıyla birlikte hedef olan kiloya ulaşabilmek için kademeli bir şekilde kaloriyi arttırmak mümkündür. Var olması gereken kilonun %70'inden azına sahip olan ileri derecede malnütrisiyonu olan kişilerde oral, nazogastrik veya intravenöz uygulamalarının ilk zamanlarında, "refeeding sendromunun" yaşamsal tehlikeleri ortaya çıkabilmektedir ve hastanede yatarak tedavisine devam eden AN tanılı kişiler için en sık yapılanlar uluslararası teklifler kapsamında olmalıdır ve bu istekler ölçülü bir seviyede (refeeding sendromu) serüveni ile başlamaktadır (Marugán de Miguelsanz ve ark.,2016;Ercan,2017).

Sıvı ve elektrolit düzensizlikleri, kalp, nörolojik ve hamotolojik sıkıntılar ile anlık ölümler gerçekleşebilir. Riski çok olan hastaların günlük serum fosfor, magnezyum sonuçları haftalarca takip edilmelidir. "Özellikle küçük yaşta olan ve adolesanlarda refeeding sendromu riski daha fazladır bu yüzden düzenlenen enerji ve besin öğeleri gereksinimlerini geçilmemelidir" aksi takdirde yaşamı tehdit edebilecek sorunlar ile karşılaşılacaktır (Ercan,2017). Serum elektrolit seviyelerinin takip edilmesi, durum değerlendirilerek hastaya zamanında takviyelerin verilmesi, bu ölümle sonuçlanabilecek olan durumun azaltılması ve ortadan kaldırılması için gereklidir (Kezelman ve ark.,). RFS, malnütrisiyonu olan bir

hastanın oral, enteral ya da parenteral beslenmeye geçişi sırasında gerçekleşen klinik ve metabolik bozukluklar olarak tanımlanmaktadır (Kızıllan ve ark.,2019).

Leptin seviyeleri yağ ağırlığı ile eş değeri ölçüde kilosu olmayan bireylerde daha az ölçüde görülmekle karakterize, 3 güne yakın açlıktan sonra hastalığı olmayan kadınlarda leptin seviyelerinin azaldığı sonucuna varılmıştır. AN hastaları, zayıf kadın katılımcılarla değerlendirildiğinde; hastalarda vücut yağ kütlesi ve leptin seviyeleri daha az çıkmaktadır. Anoreksiya nervoza hastalarında tedaviye başlandıktan bir süre sonra kilonun artması ile birlikte leptin seviyelerinin yükseldiği bildirilmektedir (Hebebrand ve ark.,2007).

“Vücut ağırlığı başladıktan sonra olması gereken ağırlığı geri kazanınca diyetin enerji içeriğinin 3000-4000 kkal’ye (70-100 kkal/kg/gün) arttırılmasına ihtiyaç duyulabilir. Erkek AN vakalarında ihtiyaç duyulan enerji daha fazla olduğu için enerji 4000-4500 kkal/gün olarak belirlenebilir. AN bulgularında hareketli olmak ve egzersizde önemli bir zaman dilimidir ve enerji harcamalarında kişiden düzgün bilgi almak çok önemlidir” (Ercan,2017).

Normalin dışı enerji tüketen hastalarda, besinleri yemeden çöpe atma davranışı, fazla fiziksel aktivite, istifra etme gibi davranışları mutlaka izlenmelidir. İstenilen kiloya ulaşıldığı zaman enerji yavaş yavaş azaltılabilir fakat adölesan dönemi bireylerde büyüme gelişme çağı olduğu için ne kadar süre gerekirse o zamana kadar yüksek şekilde kalabilir. Yatarak tedavi görmeyen hastalarda azda olsa beslenme programlarına uyumsuzluk gösterebilirler. Bu tarz dirençli hastalarda 200-300 kkal/gün ek olarak verilebilir (Ercan,2017). “Refeeding” sendromuna sahip anoreksiya nervozalı kişiye doğru tavsiyeler değişiklik göstermekle beraber genel olarak az enerjili beslenme programı ile başlangıç verip ve enerji içeriğini kademe kademe arttırmak önerilmektedir. ABD’de, günde yaklaşık 1.200 kalori seviyesi ile

başlangıç oluşturup, her gün 200 kkal değerlerinde yükseltimesi önerilirken, Avrupa ve Birleşik Krallık'ta günde 200-650 kalori kadar yetersiz enerjili bir diyet uygulamasına başlanması tavsiye edilmelidir (Garber ve ark.,2016).

Beslenme programının yağ yüzdesi %30 olmalıdır. Bu oran yatan hastalarda kolay uygulanabilir fakat ayaktan tedaviye devam eden hastalarda diyet yağı kademe kademe arttırılmalıdır. Bireylere yağsız süt gibi yağsız besinlerden başlayarak yarım yağlı süt ve yağı azaltılmış ürünlerle devam edip, son aşamada ise hastanın kabul etmesi dahilinde tam yağlı ürünleri geçiş teşvik edilmelidir. ‘‘Beslenme düzeninde protein yüzdesi %15-20 olmalıdır’’ (Garber ve ark.,2016).

Karbonhidrat toplam enerjinin %50-55'inden karşılanmalıdır. AN'de yemekten sonra şişlik ve rahatsızlık durumları sıklıkla görülmektedir (Ercan,2017). Buna ek olarak düşük enerji ile başlamak ve devamında az kilo alma durumu gözlenmekte olup, son yıllarda hastanede uzun süre yatış ile devam eden sürecin ortadan kalkması için; fazla kalori içerikli ve/veya daha çabuk ilerlemek için, yalnızca ağızdan beslenme ya da ağız ve nazogastrik yol ile (NG) beslenmenin bir arada kullanılması uygulanmalar arasındadır. İleri seviyede yetersiz beslenen ve daha kronik düzeydeki hastalarda ise yavaş ilerlenmeli, düşük enerjili tedavi uygulanmalıdır (Garber ve ark.,2016). Beslenme tedavisinin amacı; beslenmenin daha iyi bir noktaya getirilmesidir. İyileşmenin anlaşılmasını gösteren bulgular; sağlıklı vücut ağırlığına ulaşmak ve o vücut ağırlığında devam etmek, yemek yeme ile barışma, yemek yeme zamanlarının normal döngüsüne kavuşması, açlık tokluk mekanizması ve gereksinimden az yetersiz beslenmesin sonuçları olan biyolojik ve psikolojik sorunların iyileşmesi ve düzeltilmesine dayanmaktadır (Claes,2003).

Anoreksiya Nervoza'da beslenme tedavisinde amacı özetlersek; bireyin besin alım seviyesinin değerlendirip tespiti ve beslenme danışmanlığı, beslenme eğitimi ve

Tıbbi Beslenme Tedavisi (TBT) içeren sıralı bir tedavi süreci ile hastalığın verdiği olumsuz etkileri ve gerçeklerşen komplikasyonları engellemek ve yeterli düzelme sürecine katkı sağlamaktadır. Beslenme uzmanı, hastaların öğünlerini planlar, beslenme eğitimi ve devamını sağlar, kişide oluşan ve devam eden yeme sorunlarının ve alışkanlıklarının düzenlenmesinde görevlidir ve hastanın yanlış diyet uygulamalarını ilerlemesini azaltmaya çalışan bir arada bulunan tedavi ekibinin en kritik parçasını oluşturur (Özier ve Henry,2011).

2.6 Bulimia Nervosa

Bulimiya nervosa, kısa vadede fazla oranda besinin yenilmesi''yeme nöbetleri'' olarak açıklanmaktadır (Golden,2003).

1979 senesinde Russell tarafından ilk kez ''kaygı verici bir anoreksiya nervosa türü'' olarak adlandırılmıştır (Russell,1979). BN, tekrarlayan zamanlarda aşırı yeme ve bunun akabinde vücut ağırlığı artışını önlemek için telafi edici davranış (oruç tutma , kusma,spor veya arınma bunların bir kombinasyonu) ile tanımlanmaktadır (Nakamura ve ark.,2000). Gereğinden fazla yeme durumu , beslenme üzerindeki kontrolün değişmesi şeklinde belirlenmiştir. DSM-4 aşırı yeme ardından rahatlatıcı davranışlar (arınma davranışları, örneğin kendini kusturma) anlamı konusunda aynı düşüncededir. Fakat bu bu durum karşısında bireyin düzenli olarak kendisi ile geliştirdiği kusma veya laksatiflerin, diüretiklerin kötüye kullanılması ile beliren BN çeşidini sınıflandırmaktadır (Köroğlu,2014).

Bulimiya 'bous (öküz)' ve 'limos (açlık)' sözcüklerinden gelmektedir. 'Öküz kadar aç olmak' veya 'bir öküzü yiyecek kadar aç olma durumu' anlamına gelmektedir. Bulimik davranışlardan, Roma İmparatorluğu döneminde de söz edilir. Refah içinde yaşanan dönem zenginlerinin, sınırsızca, tıkınma düzeyinde

beslendikleri ve haz alma dürtüsünün bitmemesi için, kusup tekrar yedikleri söylenmektedir (Yücel,2009). BN'ya iki farklı şekilde rastlanılmaktadır;

Çıkartma Olan Çeşit; Bu türde kişi atak sürecinde iken belirli zamanlarda kendini kusturmuş, lavmanlar, diüretikler veya laksatifleri kötü amaçla ard arda tercih edilmiştir.

Çıkartma Olmayan Çeşit; Bu kavramda kişi atak vakitlerinde üst seviyede egzersiz yapma, aç kalma gibi olumsuz hareketlerde bulunmuş ama kendini kusturma eylemini yapmamış, diüretikler, lavmanlar veya laksatifleri kötü ve gerekli olmayan durumlarda kullanmamıştır (Stefano ve ark.,2006).

2.6.1 Tanı Kriterleri (Stefano ve ark.,2006)

Tablo 2.4: BN Tanı Kriterleri

A	Tekrarlayıcı tıknırcasına yeme zamanları. Bir tıknırcasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisi ile belirlidir: 1. Aynı şartlarda yakın zamanda, birçok insanın tüketebileceğinden açıkça daha fazla tüketeceği, farklı bir zaman biriminde (örn. herhangi tam saatler aralığı ile) yemek. 2. Bu dönem sırasında yemek yemeyle ilgili denetiminin kalktığı duyurunun olması (örneğin bireyin yemek yemeyi durduramama düşünce ve davranışı, ya da neden yediğini anlayamama duygusu)
----------	---

B	“Vücut ağırlığı artışından korunmak için, kendini kuturmak, laksatif ilaçlar, idrar söktürücü ilaçları ya da kendine zarar verecek seviyede kullanması, nerdeyse hiç besin tüketmeme ya da gereinden çok spor yapma gibi tekrarlayan, uygun olmayan hareketlerde bulunmak.”
C	Tıkınırcasına yeme durumlarının ve yanlış hareketlerin ikisi de ortalama, üç aylık süreçte, haftada en az bir defa gerçekleşir.
D	Benlik kıyaslanması, beden algısından ve kilosundan sebepsiz bir şekilde etkilenir.
E	Bu bozukluk, yalnızca anoreksiya nevroza dönemleri sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Tablo 2.5: BN Bozukluğunun Remisyon Tanımı ve Sıklığına Göre Sınıflandırılması

Remisyon Tanımına göre	Kısmi remisyon: bulimia nervoza için tüm kriterler önceden tamamladıktan sonra, olasılıkların tamamı oluşmasada bazıları uzun zaman boyunca karşılanmıştır. Tam remisyon: Bulimia nervoza için tüm görünmeler önceden anlaşıldıktan sonra, kriterleri uzun bir süreç boyunca etkinlik göstermemiştir.
Sıklığına	Hafif : Haftada 1 ila 3 defa Orta : Haftada 4 ila 7 defa Şiddetli : Haftada 8 ila 13 defa

göre	Aşırı düzeyde : haftada en az 14 defa uygunsuz telafi edici davranışlar görülmektedir.
-------------	--

2.6.2 Klinik Belirtileri

Adölesan dönemi bireylerde; kızlarda erkeklere göre görülme olasılığı 10 kat daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Bazı bireyler anorektiktirler bazıları ise obez veya normal kilolarındadırlar. BN hastası olan kişilerin genellikle geçmişlerinde diyet ve kilo verme ile ilgili olumsuz deneyimler bulunmaktadır. Bulimia Nervosa hastaları genellikle tıkanırcasına yeme ataklarından sonra kendilerini kusturma davranışında bulunmaktadır bu yüzden dudak kenarlarında yaralar, çatlamlar oluşmaktadır. Bu sebepten dolayı birçok hastada diş problemleri ve kayıpları gözlemlenmektedir. Sık sık kusma eyleminden dolayı mide ve özafagus hastalıkları meydana gelebilmektedir. Bu hastalarda sıvı- elektrolit kaybıda göz ardı edilmemelidir. Hatalarda bilinç bulanıklığıda gözlemlenebildiği için; deliryum gelişebilme olasılığında dikkat edilmelidir (Baykan ve Karlıdere,2016).

2.6.3 Tıbbi Beslenme Tedavisi

BN hastalarının diyet listesindeki önemli olan durum, enerjiyi az aldıklarından dolayı tıkanırcasına yeme davranışlarının önüne geçilmesi gerektiğidir. Sürekli yeme ihtiyacını engellemek amacıyla diyet örüntüsünün karbonhidrat, protein ve yağ örüntüsünün dengeli olması gerekmektedir. BN'da tıkanırcasına yeme, çıkarma, enerji alımının kısıtlanması olarak tekrarlanmaktadır. Bu durum bireyin açlık ve tokluk mekanizmasını bozabilmektedir. Düzeltmek için çıkarma

durumunun mümkün olduğunca azaltılıp, üç ana öğün ve ara öğünlerle desteklemek çok önemlidir (Ercan,2017).

Bulimiya nervozalı kişilerde rastlanan üst düzey yeme dönemi içerisinde, tek öğünde 600-4900 kkal enerji alımı saptanmış, bu sezonda toplam enerji tüketiminin 3120-10040 kkal aralığında farklılaşacağı bulunmuştur. Çok fazla yeme atakları sırasında özellikle enerjinin, genel yağ oranından, doymuş yağ asitleriyle sükrozdan birlikte tekli doymamış yağ asitlerinden gelen oranın çok, proteinden karşılanan miktarının ise az olduğutespit edilmiştir. (Gendall ve ark.,1997).

Hastanın vücut ağırlığı kaybı ve geri aldığı enerjiye göre gereksinim belirlenmelidir. Çoğu BN hastası tıkanma sonrasında fazla enerji alma endişesiyle sabah saatlerinde yapılan öğünlerden çekinirler. Yeme alışkanlıklarını kazandırmak için sabır ve dengeli beslenme çok önemlidir. Psikoterapötik bir yöntem olan Kognitiv Davranış Terapisi olumsuz hareketleri iyileştirmek için bu hastalarda sıklıkla kullanılmaktadır (Ercan,2017).

Diyetisyenin tedavinin her aşamasında hastaya destek olmak, aşırı kısıtlayıcı diyetlerle değil uyum içerisinde beslenme alışkanlığı kazandırarak ataklarından kurtarmaya çalışmak hedefi olmalıdır (Nikolic ve ark.,2009).

2.7 Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu

TYB, DSM-5'te son zamanlarda adlandırılmıştır ve “kısa zamanda, birçok kişinin yakın imkanlar altında gereksiniminden daha çok ölçüde ve sürekli devam eden yemek yeme sorunu” olarak bilinmektedir (Köroğlu,2014). Fazla yemenin vücut ağırlığı üzerindeki etkisini sınırlandırmak için telafi edici durumlarada başvurmaktadırlar. Bu nedenle, birey, fazla yemek yese dahi çoğunlukla ideal beden kütlesini koruyabilmektedir. Fakat sıklıkla tekrarlanan diyet, gereğinden fazla yeme ve telafi edici çabaların getirdiği döngü görülmektedir. Başlangıçta, BN tanılı

hastalar genellikle bulimik ataklarını saklamaktadırlar (Hail ve Le Grange, 2018). Belirli bir zaman çerçevesinde yiyebileceği miktarın çok üstünde kontrolünü kaybedecek biçimde yeme davranışı olan TYB, diğer yeme bozukluklarından farklılığını iyi tespit etmek gerekir çünkü belirtileri ile diğerlerinden ayırmak zordur. Bulimia nervozadan temel farkı yediklerini telafiye yönelik davranışlar yoktur ama tekrarlayıcı bir biçimde aynı sürecin devam ediyor olmasıdır (Cooper ve ark.,2004).

Yeme bozukluklarının anlaşılmasında kaynak ve veri olan DSM-5 2013 tarihinde yenilenerek Yeme bozuklukları bölümü , “Beslenme ve Yeme Bozuklukları” ismi ile güncellemiş ve eski kitapta DSM-4 yeme bozuklukları tanıları Anoreksiya Nervosa ile Bulimia Nervosa idi DSM5’te bu kısma TYB dahil olmuş, beslenme bozukluğu bölümüne ise; ruminasyon, pika ve kaçınan/kısıtlayıcı yeme alım sorunları dahil edilmiştir (Smink ve ark., 2014).

TYB, popülasyonda sıklıkla görülen YB’dur. Amerika Birleşik Devletleri’nde 36.306 yetişkin ile yapılan bir araştırmada, TYB’nin yaşam boyu yaygınlığını DSM-5’e göre % 0,9 ve 12 aylık tahminlere göre% 0,4 olduğunu bildirmiştir (Udo ve Grilo,2018). Avustralyalı 6041 bireyle yapılan bir çalışmada, TYB yaygınlığının % 5,6 olduğu belirlenmiştir. (Hay ve ark.,2015). TYB’nun AN ve BN kadar herkes tarafından bilinmese bile adölesan çocuklarda en çok rastlanan yeme sorunları olduğu söylenmektedir (Saunders et al, 2016; Marzilli et al, 2018)

Farklı grubu karşılaştıran bir araştırmada TYB olmayan tarafa kıyasla TYB olan BKi’si yüksek kadın bireylerde çok daha yaygın depresyon, anksiyete, panik atak gibi hastalıklar ve alkol bağımlılığı tarzında psikiyatrik rahatsızlık ve tıbbi sorunlar saptanmıştır (Bulik ve ark.,2002).

Yapılan bir araştırmada; vücut ağırlığını azaltma ihtiyacı olan çocuk ve gençlerde TYB kontrolü sağlayamama davranışlarının sık görüldüğü, beden kütlesini

azaltma girişimlerinin tıknırcasına yeme ile yerken kontrolü sağlayamama davranışlarının tedavi boyunca düzenlendiği ve azaltıldığı gösterilmiştir (Moustafa et al, 2021).

Erkeklerde TYB kısmen daha az (%0.7) olduğu sonucuna varılmıştır (Smink ve ark., 2014). Sonneville ve diğerleri ile adölesanlarla yapılan bir araştırmada ise TYB'nin erkeklerde daha az kadınlarda daha sık görüldüğü anlaşılmıştır (Kadınlarda : %3 , Erkeklerde: %0.5- 1.0) (Sonneville et al, 2013). Gerçekleştirilen başka bir araştırmaya baktığımızda; adölesan çağındaki kızlarda TYB görülme oranı %2-3 oranında farklılaştığı sonuçlanmıştır (Field ve ark., 2012).

2.7.1 Tanı Kriterleri (Field ve ark.,2012 ve Köroğlu,2014).

Tablo 2.6: TYB Tanı Kriterleri

A	Tekrarlanan tıknırcasına oluşum zamanları. Tıknırcasına yeme durumu belirtilenlerin her ikisiyle anlaşılır: 1.Yakın koşullarda, yakın süreçlerde, çoğu bireyin, tüketebileceğinden daha fazla besini ayrı bir zamanda örneğin herhangi iki saatlik bir süreçte yeme. 2. Bu dönemde, yemek yemeyle alakalı denetimin olmadığı duyumun olması (örneğin bireyin yemek yemeyi kesemediği durumu, veya ne sebeple yediğini anlayamadığı duygusu)
B	Tıknırcasına yeme zamanları bu tanılardan üçü (ya da fazlası)ile ilişkilidir: 1. Normalden çok daha çabuk tüketme. 2. Rahatsız olacak şekildeki seviyede tokluk hissedilene dek tüketim. 3. Fiziksel açlık hissetmiyorken çok fazla miktarlarda yeme.

	4. Ne kadar çok yediğini saklamak için kendi kendine yeme. 5. Sonrasında kendinden tiksime çöküntü yaşama ya da aşırı derecede suçlu hissetme.
C	Tıkınırcasına yeme ile ilgili belirgin bir durum görülür.
D	Bu tıkınırcasına yeme atakları ortalama üç ay içerisinde, en az haftada bir defa gerçekleşmiştir.
E	Tıkınırcasına yemeye, BN'de olduğu gibi tekrarlayan olumsuz ödünleyici hareketler eşlik etmez ve tıkınırcasına yeme, sadece BN varlığı ya da AN ilerleyişi esnasında belirmemektedir.

Tablo 2.7: TYB Remisyon Tanımı ve Tıkınırcasına Yeme Ataklarının Sıklığına Göre Sınıflandırılması; (Köroğlu,2014 ; Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Remisyon Tanımına göre	Kısmi remisyonunda: TYB için bütün belirteçler önceden karşılandıktan sonra, uzun bir zaman boyunca tıkınırcasına yeme haftada bir dönemden daha az ortalama bir sıklıkta meydana gelir. Komple remisyonunda: Önceki zamanlarda aşırı yeme bozukluğu için tüm kriterler karşılandıktan sonra, kriterlerin hiçbirisi uzun bir süre devamında karşılanmamaktadır.
------------------------	--

Sıklığına göre	Hafif: Haftada 1-3 kez. Orta: Haftada 4-7 kez. Şiddetli: Haftada 8-13 kez. Aşırı düzeyde: Haftada en az 14 kez tıknırcasına yeme durumları mevcuttur.
-----------------------	---

2.7.2 Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi

TYB'si olan bireylerde diyetisyenin beslenme durumunu saptaması için gerekli konular:

Anlık ve önceki besin tüketimi, beslenme örüntüsü ve vücut ağırlığı öyküsü, başka yeme bozukluğu davranışları (diüretik kullanımı vb.), ailede diyet öyküsü ve kişinin diyet geçmişi, fiziksel aktivite düzeyi ve egzersiz sıklığı, tedavi döneminde kişinin davranışlarını düzeltmek için destek ve motivasyon ve son olarak tedavi planı oluşturulmalıdır (Ercan,2017).

2.7.3 Klinik Belirtileri

Bu yeme bozukluğuna sahip bireyler yemek yedikleri esnada sınırları ve durma noktaları yoktur. Aç olmamalarına rağmen hızlı ve çok fazla besin tüketme eylemindedirler. Tıkınma ataklarından dolayı etraftaki insanların bakışı, yadırgamaları ve dışlamalarından korku duydukları için sosyal iletişimleri ve çalışma ortamları olumsuz etkilenmektedir (Ercan,2017).

DSM-5 verilerine bakıldığında; tıkınma atakları 3 ay içerisinde haftada en az 1 kere yapılması gerekmektedir. Bazı bireyler obezite ile mücadele edip başarısız olmaktadır. Bazıları ise başarısız olmalarına rağmen tıkınma ataklarının yanı sıra diyetlerine devam etmeye çalışmaktadırlar (Smink ve ark.,2014).

Yeme bozukluklarından “ TYB”, sosyal kimlikte zorluklara, sağlık sorunları nedeniyle düşük yaşam kalitesine, hayattan memnun olmamaya, vücut kütlelerinde artış ve obezite ile ilgili morbidite ve mortalitenin artmasına ve sağlık kaynaklarının kullanımının artmasına sebep vermektedir (Mairs ve Nicholls, 2016; Citrome, 2019).

TYB hastalarının %45-51 düzeyinde koyulan tanı majör depresyondur. TYB yaşayan hastaların çoğu obez oldukları için kardiyovasküler hastalıklar, diyabet gibi hastalıklar yanı sıra bireyin toplum hayatında soyutlanması gibi olumsuz sonuçlar ortaya çıkmaktadır (Ercan,2017).

2.7.4 Tıbbi Beslenme Tedavisi

TYB hastalarında enerjiyi azaltmak yerine, bedeninin farkına varması gerektiğini aşılama, hastanın kendine güvenini arttırmaktadır. Sağlıklı beslenmeyi anlattıktan sonra vücut ağırlığının normal seviyeye gelmesi ve düzelmeye dair beklentiler hasta ile anlaşılmalıdır (Ercan,2017). Tıkanırmasına yeme bozukluğu; genellikle kilo verme ameliyatı isteyen hastalarda kendini belli etsede ameliyat için bir kontrendikasyondur. Tıkanırmasına yeme bozukluğunun beslenme ve yaşam tarzı düzeltmeleriyle ameliyat öncesi ve sonrasında zorlu bir rol oynar bu yüzden kişinin dengeli beslenmesi ve kişiyle iletişim çok önemlidir. (Özier ve Henry,2011).

Araştırmalara bakıldığında; hastalara “Davranışçı Terapi” ile vücut ağırlığını azaltma aynı zamanda tıkanırmasına yeme ataklarını tedavi etmek için kullanılmalıdır. Bu uygulama kişilerin diyetle bakış açısını ve uyumunda olumlu yönde etkileyecektir.

Diyetisyen öncelikle kişinin tıbbi beslenme örüntüsünü belirler. Bu düzen eşliğinde hastanın şimdiki ağırlığı, son dönemdeki vücut ağırlığı artışı, önceki beslenme düzeni, tıknama durumlarından pişmanlık duyduğunda yaptığı telafiler

(kusma, laksatif veya diüretik kullanımı) , egzersiz yapma durumu sorgulanmaktadır (Presnell ve ark.,2008).

Öğün planlama aşamasında obezitenin varlığında göz önünde bulundurulmalıdır. Fizyolojik ve psikolojik doyum sağlamak için 1500 kkal ve üzerinde olması gerekmektedir. Fiziksel aktiviteyle birlikte tedavi süreci devam etmelidir. Beslenme tedavisindeki amaç eski sürece geri dönüşü engellemek ve kişiye sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazandırmaktır. Besin kaydı tutulmalı ve açlık tokluk durumları da kayıt altına alınmalıdır (Ercan,2017; Turan ve ark.,2015).

Çalışmalar obez ve fazla kilolu hastalarda sadece enerji kısıtlamasının tekrar tıkanma durumlarının tekrar edeceğini, kişide asıl yapılması gereken bedeninin farkına varmasını sağlamak ve destek olmak tedavinin olumlu sonuçlamasını sağlamaktadır. TYB tedavisi psikolojik destek ve tıbbi beslenme tedavisi bir arada yürütmek hastalığın düzelmesinde çözümdür (Turan ve ark.,2015)

2.8 Beslenme Bozuklukları

DSM-5 tanı verilerine bakıldığında ; beslenme bozukluklarını, ruminasyon bozukluğu, pika ve kaçınan kısıtlayıcı gıda alımı bozukluğu oluşturmaktadır (Smink ve ark.,2014).

2.8.1 Pika

Pika, bir ay ya da daha uzun zaman süresince besleyici özellik taşımayan ya da gıda dışı ürünleri yemeye verilen isimdir. Asıl tetikleyiciler: “ürünün tadı, vitamin mineral eksikliği, can sıkıntısı, merak duygusu veya psikolojik problemlerdir “(Hartmann,2020).

Tablo 2.8: DSM-5’e göre Pika Tanı Kriterleri: (Köroğlu,2014).

A	Besleyici içerik taşımayan veya besin olmayan maddelerin en az 1 aylık bir süre boyunca sürekli yenmesi durumu.
B	Besleyici olmayan, besin olarak nitelendirilmeyen maddelerin yenmesi, bireyin gelişim düzeyine uygun değildir.
C	Yeme tutumu kültürel olarak destek verilen ya da çevresel olarak normal bir uygulamanın içerisinde bulunmamaktadır.
D	Yeme davranışı, başka bir zihinsel problem “örneğin, otizm spektrum bozukluğu, şizofreni zihinsel engel entelektüel gelişimsel bozukluk,” veya tıpsal durum “hamilelik geçerli” durumunda anlaşılırsa, klinik destek ve özen gerekli olacak kadar elzemdir.

2.8.2 Ruminasyon

Ruminasyon bozukluğu, istemsiz öğürme, mide bulantısı, veya tiksinti olmadan yedikten sonra yemeğin vücuttan çıkarılmasıdır (Duarte,2020).

Tablo 2.9: DSM-5’e Göre Ruminasyon Bozukluğunun Tanı Kriterleri: (Köroğlu,2014).

A	En az 1 aylık zaman dilimi sürecinde besinin çıkarılmasının devamlı olması. Çıkarılmış yiyecekler yeniden çiğnenebilir, yeniden yenebilir ya da tükürülebilir.
---	--

B	Çıkarma tekrarlandığı için; bu durumlarla ilişkisi olan bir gastrointestinal veya başka bir tıbbi göstergeye “örneğin, pilorik stenoz, gastroözofageal reflü” bağlanamaz.
C	Yeme bozukluğu, yalnızca BN, AN, TYB ve kaçınmacı / kısıtlayıcı besin tüketimi bozukluğu sürecinde oluşmaz.
D	Belirtiler; farklı zihinsel bozukluk ; örneğin, nöro gelişim sürecinde bozukluk ve zihinsel gelişim bozukluğu veya başka bir durumunda ortaya çıkarsa, durum fazladan klinik müdale uygulanacak kadar ciddidir.

2.8.3 Kaçınan/Kısıtlayıcı Besin Alımı Bozukluğu

Kaçınan kısıtlayıcı gıda tüketim sorunu artık DSM-5'te yaşla bağlantısı bulunmayan bir sorun olarak kabul edilmektedir. Temel semptomlar, vücut ağırlığı kaybı yada büyüme geriliği, beslenme yetersizlikleri, yeterli alımı karşılayabilmek için tüple beslemeye veya besin takviyesine geçiş ve bağımlı olma durumu ve psikososyal bozukluk durumlarından biri veya birkaçı ile birlikte besinlerden kaçınma veya besin alımının azaltılması durumu (miktar veya çeşitlilik olarak) (Duarte,2020 ; Eddy,2019).

Görülen bulgu ve semptomlar, yemeye ve gıdalara karşı genel bir isteksizlik, duyuşal duyarlılığa dayalı besin ayırma, boğulma veya kusma gibi caydırıcı deneyimlerle ilgili yemenin olumsuz sonuçlarından korkma bağlamında kendini gösterebilir (Strand,2019).

Tablo 2.10: DSM-5'e Göre Kaçıngan/Kısıtlayıcı Besin Alımı Bozukluğının Tanı Kriterleri: (Köroğlu,2014).

A	Doğru beslenme ya da enerji gereksinimlerini alımlarda yetersizlik ile beliren aşağıdakilerden biri veya daha fazlası ile ilişkili beslenme veya yeme sorunu örneğin, yeme ya da gıdaya ilgisizlik; gıdanın duyuya yönelik özelliklerine dayalı kaçınma; yemenin hoşnutsuzluğa neden olacak sonuçlarına ilişkin endişe: 1. Mühim derecede vücut ağırlığı kaybı veya olması gereken kilo alımını sağlayamama veya çocuklarda büyüme geriliği. 2. nemli derecede beslenme yetersizliği. 3. Enteral beslenmeye veya oral besin takviyelerine bağımlılık. 4. Psikososyal işlevsellikte belirgin sorunlar.
B	Rahatsızlık, besin noksanlığı ya da kültürel olarak tastik edilmiş bir değerlendirme ile daha iyi izah edilemez.
C	Yeme sorunu, sadece BN ve AN gelişmesi esnasında meydana gelmez ve bireyin beden kütlesi veya şekli ile ilgili sorun duyduğuna dair hiçbir delil yoktur.
D	Yeme sorunları, eşzamanlı bir tıbbi duruma atfedilemez veya başka bir zihinsel bozuklukla daha iyi anlatılamaz. Yeme sorunları başka bir durum yada bozukluk ile tespit edildiğinde, yeme sorununun şiddeti artar ve ek klinik desteğe ihtiyaç duyulur.

2.8.4 Tanımlanamayan Beslenme ve Yeme Bozuklukları

Belirtilmemiş beslenme veya yeme sorunu sınıflandırılması, diyetisyenin belirli beslenme ve yeme bozukluğu için özelliklerin karşılanmama sebebini belirtmemeyi istediği zamankarda kullanılır ve daha fazla spesifik bir teşhis yapmak için az miktarda bilgi bulunan durumları kapsar (Köroğlu,2014).

2.9 Belirtilen Diğer Yeme ve Beslenme Bozuklukları

Bu kategori, sosyal, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında klinik anlamda problemlere veya sıkıntıya neden olan bir beslenme ve yeme sorunlarına özgü belirtilerin ağırlıklıkta olduğu fakat beslenme ve yeme sorunları tanı grupları içerisinde herhangi bir bozukluğun tüm kriterlerine sahip olmayan gruptur. Bu grupta yer alan yeme bozuklukları:

2.9.1 Atipik Anoreksiya Nervosa

“Belirgin düzeyde kilo kaybı olmasına rağmen kişinin kilosunun normal sınırlar içinde veya üstüne olması dışında, anoreksiya nervosa için tüm kriterleri taşımaktadır” (Köroğlu,2014).

2.9.2 Bulimiya Nervosa (Düşük Sıklıkta ve/veya Sınırlı Süreli)

Tıka basa yeme ve uygu olmayan düzeltici hareketlerin ortalama haftada birden daha düşük ya da 3 aydan daha az zaman boyunca görülmesi haricinde bulimia nervosa için tüm bulgular karşılanmıştır (Köroğlu,2014).

2.9.3 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (Düşük Sıklıkta ve/veya Sınırlı Süreli)

Tıkınırcasına yemenin ortalama olarak haftada birden az ve / veya 3 aydan daha az olması dışında tıkınırcasına yeme bozukluğu için tüm kriterler karşılanmaktadır (Köroğlu,2014).

2.9.4 Çıkarma Bozukluğu

“Tıkınırcasına yeme yokluğunda vücut ağırlığı veya şekli etkilemek için tekrarlayan çıkarma davranışı (örneğin, kendini kusturma; müshil, diüretik veya diğer ilaçların yanlış kullanımı)”(Köroğlu,2014).

2.9.5 Gece Yeme Sendromu

Uykudan dalıp kalktıktan sonra veya akşam öğününden sonra aşırı besin tüketimi ile kendini hatırlatan ve tekrarlayan gece yeme ataklarıdır. Yeme konusunda farkındalık ve hatırlama vardır. Gece yemek, bireyin uyku-uyanma döngüsündeki değişiklikler veya sosyal normlar gibi dış faktörlerle daha iyi izah edilemez. Gece yemek önemli ölçüde sıkıntıya ve / veya işlevsellikte bozulmaya neden olur. Bozulmuş yeme düzeni, tıkınırcasına yeme bozukluğu veya madde kullanımı dahil başka bir zihinsel rahatsızlıklarla ve başka bir tıbbi rahatsızlığa ya da herhangi bir ilaç etkisine bağlanılamaz (Köroğlu,2014). Poliklinik hastalarında yapılan incelemede; GYS’da, enerji tüketiminde geç kalma durumu gözlemlenmiştir (O’Reardon ve ark.,2004). Hastanede yatanlarda bakılan incelemede ise; gece yeme durumu olan kişilerin tükettiği gün içindeki enerji oranı araştırma grubuyla yakınlık göstermiştir ama , gece tüketilen besinlerin miktarının daha fazla olduğu saptanmıştır (Allison ve ark.,2005).

Bireylerin gece tükettikleri besinlerin %70’ini karbonhidratlardan ibarettir. Diğer zaman dilimlerinde ise bu oran en fazla %47’dir. Yapılan araştırmaların ortalamalarına bakıldığında gece yenen besinlerin çoğu şeker oranı fazla kalorisi yüksek besinlerden oluşmaktadır. Gece yeme ataklarının bitebilmesi için beslenme tedavisinin yanı sıra psikolojik açıdan (depresyon, anksiyete) gibi durumların düzelmesi için davranış terapisi ile işbirliği içinde devam etmelidir (Orhan ve Tuncel,2009).

2.10 Sporcularda Yeme Bozuklukları

Sporcularda, uygun fizik yapısının mevcudiyeti veya idame ettirmek amacı ile gözlemlenen yeme bozuklukları; enerji azaltılması, yüksek enerjinin gitmesi için fazla spor yapma, fazla su tüketimi, iştahı azaltmak üzere diyet ilaçları, kahve türevleri ve nikotin alımı biçiminde görülmektedir. Kalori azalması, kahvaltı veya öğle yemeği geçiştirme, gerkenden az enerji tüketimi, yağlı yiyecekleri hiç tüketmeme veya açlık orucu tarzı uygulamalar, vücut ağırlığını azaltmaya yönelik olarak diüretik türevleri ve laksatif tercih edebilmekte ya da kişi zorla istifra edebilmektedir (Gittes,2004).

1620 elit sporcu ile ve sedanter bireye uygulanan bir araştırmada, sporcularda yeme sorunlarının rastlanma oranının %10.1 oranında spor yapmayan kişilerde %3.0 oranında ve kadınlarda %20.0 oranında, erkeklerde %8.0 oranında fazla saptandığı bulunmuştur (Sundgot-Borgen,2002). Kadın sporcularda yeme bozuklukları sıklıkla kendini gösterebilir, görünümün ve düşük yağ kütlesi ve beden kütlesinin önem arz ettiği vücut geliştirme, cimmastik gibi egzersiz dallarına üye olan erkek biriyelerin de risk altında kaldıkları söylenmektedir. Başka bir araştırmada DSM kriterleri verilerinin alındığı, elit erkek sporcuların %8 oranında, kontrol grubuna bakıldığında % 0.5 oranında yeme sorunları saptanmıştır (Sundgot-Borgen,2002).

Bir diğer çalışmada, beden görünümünün algılanmasında, aynı yaş grubunun ve antrenör baskısının önemli bir yeri olduğunu belirtmişlerdir (Berry ve Howe,2000). Kadın sporcularla yapılan araştırmada, sporcuların % 33.0' ünün beden algısı düşüncelerinde sıkıntılar olduğu belirtilmiştir. (Oliveria ve ark.,2003). Sporcu kişilerde, yoğun antrenmanın iştahı baskıladığı, besin tüketimini düürerek beden kütlesinde düşüşe sebep olduğu belirlenmiş, yeme bozukluklarının ilerlemesinde aşırı sporun etken olduğunu belirtmişlerdir (Beals,2000).

Bölüm 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Büyüklüğü

2022-2023 akademik yılının güz döneminde eğitimine Ankara'nın Çankaya bölgesinde devam etmekte olan 15-19 yaş grubu gönüllü lise öğrencileri bu araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Çalışma örneklemini “evreni bilinen örneklem” hesaplama formülüne göre bulunmuştur. %95 güvenirlilik sınırları içerisinde ve %2’lik bir hata payına göre rastgele örneklem seçimi ile örneklem büyüklüğü 124 kişi olarak hesaplanmıştır. Çalışma 88 kız, 72 erkek olmak üzere toplam 160 lise öğrencisi ile yürütülmüştür.

Bu çalışma için, Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu, Sağlık Alt Etik Kurul’undan 28.09.2022 tarihinde ETK00-2022-0216 sayılı karar ile onay alınmıştır (Ek 1). Gönüllü öğrencilere Bilgilendirilmiş Olur Formu (Ek 2), velilerine ise Aile Onam Formu (Ek 3) okutulup, çalışmanın amaçları anlatılıp formlar imzalatılmıştır.

Öğrenciler ile görüşülmeden önce, velilerine gönüllü onam formu ile çalışma hakkında bilgi verilmiş ve çocukların gönüllü olarak çalışmaya dâhil edilmesine yönelik izinleri alınmıştır (Ek 3).

3.2 Araştırmanın Genel Planı

Çalışmaya dahil edilen öğrencilere, çalışma doğrultusunda geliştirelen bir anket formu uygulanmıştır (EK 4). Bu anket formu yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmış olup 4 bölümden oluşmaktadır.

Katılımcıların demografik özellikleri (EK 4), sağlık durumlarına dair bilgileri (EK 4), beslenme alışkanlıkları (EK 4), fiziksel aktivite bilgileri (EK 4), antropometrik özellikleri (EK 4) ve Besin Tüketim Sıklığı (EK 5) önceden hazırlanan anketlerle yüz yüze görüşme ile elde edilmiş ve gerekli ölçüm aletleri kullanılarak yüz yüze görüşme ile elde edilmiştir. Beden Algısı Ölçeği (BAÖ) (EK 6) , Yeme Tutum Testi (EAT-26) (EK 7), Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (EDE-Q) (EK 8) ise öğrenciler tarafından çözümlenmiştir.

Araştırmaya katılacak öğrencilere, bölümlerden oluşan bir anket formu uygulanmıştır. Anket formunun 1.bölümünde kişiye ait genel bilgiler bölümünde; yaş, cinsiyet, sınıf, ailenin gelir durumu, anne-baba eğitim durumu, ailede tanısı konulmuş psikiyatrik hastalığı olan bir kişinin olup olmadığı, tanısı konulmuş herhangi bir hastalığının olup olmadığı, daha önce yeme bozukluğu tanısı alıp almadığı, kilo vermek için yaptığı bir uygulama olup olmadığı, kilo vermek için yardım alıp almama durumu, yardım alıyorsa kimden yardım aldığı, gün içerisinde kaç saat uyuduğu gibi sorular yer almıştır. 2. bölüm beslenme alışkanlıkları bölümünde tüketilen ana öğün sayısı, ara öğün yapma alışkanlığı, öğün atlama durumu, ev dışında yemek yeme durumu, ve yemek yeme hızı gibi sorular yer alacaktır. 3. bölümünde; Fiziksel aktivite kayıtlarında aktivite yapma durumu, hangi aktiviteyi yaptığı, aktivitenin sıklığı, gün içerisinde oturarak geçirilen vakit, gün içinde masa başı/ bilgisayar başı/TV başında geçirilen süreye ait sorular yer almaktadır. 4. bölümde ; antropometrik bilgiler yer almaktadır vücut ağırlığı, boy uzunluğu, bel çevresi ve kalça çevresi. Daha sonra hangi besinlerden haftada ne kadar tüketildiğini öğrenmek için Besin Tüketim Sıklığı kullanılmıştır. Beden algısını belirlemek için 30 maddelik beden özelliği hakkında duygu ve düşünceleri belirlemek için; BAÖ kullanılmıştır. Yeme davranışlarının belirlenmesine yönelik

26 soru içeren yeme alışkanlıklarını çözümlmek için ; EAT-26 ve yeme bozukluklarının değerdendirilmesi için EDE-Q uygulanmıştır.

3.3 Verilerin Toplanması ve Değerdendirilmesi

3.3.1 Antropometrik Ölçümler

Öğrencilerin antropometrik ölçümleri arasında bulunan vücut ağırlığı (kg), boy uzunluğu (cm), bel çevresi (cm) ve kalça çevresi (cm) ölçümleri alınmış, ayrıca BKİ (kg/m²) değerdeleri hesaplanmıştır.

3.3.1.1 Vücut Ağırlığı

Vücut ağırlığı ölçümü 0,1 kg'a duyarlı standart dijital baskül ile yapılmıştır. Öğrencilerin hırka gibi ağır kıyafetleri ile ayakkabıları çıkarılarak ölçüm alınmıştır. Araştırmaya dahil edilen adölesan katılımcıların ağırlıkları, hafif ve ince kıyafetlerle ve ayakkabısız olarak, sabah aç karnına ders saatinden önce ve aynı şartlarda 0.1 kg'a duyarlı tartı ile ölçülmüştür (Özkoçak V., 2020).

3.3.1.2 Boy Uzunluğu

Esnemeyen mezura kullanılarak ölçüm gerçekteştirilmiştir. Kişinin topukları, omuzu, sırtı ve başın arka kısmı duvarla temas edecek şekilde (Frankfurt düzleminde) göz ve kulak kepçesi üstü aynı hizada, baş ile boyun arası 90 derece] ayakkabısız olarak yapılmıştır. Ölçüm yapılırken kişi ayakta, dik, hazır ol durumunda, ayaklar birbiriyle bitişik pozisyonda duracak şekilde ve başın en üst noktası ile yere kadar olan mesafe “cm” cinsinden ölçülerek bulunmuştur (Yılmaz T., ve ark. 2013).

Tablo 3.1: Persentil Değerlerine Göre Boy Uzunluğu Sınıflandırılması (WHO,2007)

Persentil Değerleri	Sınıflandırma
<5	Bodur (Çok kısa)
$\geq 5 - < 15$	Kısa
$\geq 15 - < 85$	Normal
$\geq 85 - < 95$	Uzun
≥ 95	Çok Uzun

3.3.1.3 Beden Kütle İndeksi

Ölçülen vücut ağırlığı ve boy uzunlukları kullanılarak (vücut ağırlığının (kg cinsinden) boy uzunluğunun (metre cinsinden) karesine bölünmesiyle) hesaplanmıştır. $BKİ = \text{Vücut ağırlığı (kg)} / \text{boy (m)}^2$. Hesaplanan BKİ değerleri DSÖ tarafından belirlenen yaş gruplarına ve cinsiyete göre BKİ persentil değerleri ile karşılaştırılmıştır (Özkoçak V., 2020).

Tablo 3.2: Persentil Değerlerine Göre BKİ Sınıflandırılması

Persentil Değerleri	Sınıflandırma
<5	Aşırı Zayıf
$\geq 5 - < 15$	Zayıf
$\geq 15 - < 85$	Normal
$\geq 85 - < 95$	Kilolu
≥ 95	Obez

Tablo 3.3: DSÖ'nün 5-19 Yaşlarındaki Çocuklar İçin BKİ Z-Skor Sınıflandırılması (WHO,2017)

BKİ Z-Skor	Değerlendirmesi
< -2 SD	Çok zayıf
≥ -2 SD ile < -1 SD	Zayıf
≥ -1 SD ile $< +1$ SD	Normal
$\geq +1$ ile $< +2$ SD	Hafif Şişman
$\geq +2$ SD	Obez

DSÖ-2007 referans değerleri 5-19 yaş grubu çocuklar için oluşturulmuştur ve referans değerlerine göre BKİ değerleri 5. persentil ve altında olanlar aşırı zayıf, 5 ile 15. persentil arasında olanlar zayıf, 15 ile 85. persentiller arasında olanlar normal, 85 ile 95. persentil arasında olanlar kilolu ve 95. persentil ve üzerinde olanlar ise obez olarak değerlendirilmektedir (WHO,2007).

3.3.1.4 Bel Çevresi

Abdominal yağlanmanın bir belirteci olarak da kabul edilmektedir ve araştırma sırasında, en alt kaburga kemiği ile iliak kemik arasındaki orta noktasının çevre ölçümü mezura ile yapılmıştır (Fernandez ve ark.,2004).

Ölçüm ayakta iliak krista ile 12. kosta arasında, orta noktadan yere paralel bir düzlemde bel çevresine sarılan esnemeyen bir mezura ile yapılmıştır. Bel çevresi ölçümleri Fernandez ve arkadaşlarının 2-18 yaş arası çocuklar üzerinde yaptıkları çalışma referans alınarak $<10.$, $10-25.$, $25-75.$, $75-90.$ ve $>90.$ persentil değerlerine göre değerlendirilmiştir (Ek 19) (Fernandez ve ark.,2004;WHO 2007) .

3.3.1.5 Kalça Çevresi

Ölçüm kişinin sağ tarafında durularak, bireyin kolları yanda, ayaklar yan yana ve dik durması sağlanarak yapılmıştır. Bireyin bakışının karşıya doğru ve yere paralel olması (Frankfort düzlem: kulağın kanalı ile orbita-göz çukurunun alt sınırı aynı hizada ve yere paralel olması) sağlanmış ve kalçada en yüksek nokta (yandan) belirlenerek mezura (paralele olması sağlanacak) ile çevre ölçümü yapılmıştır (Özkoçak V., 2020).

3.4 Besin Tüketim Sıklığı

Öğrencilerin bir haftalık tükettikleri besinlerin sıklıkları ve miktarları ile birlikte öğrenebilmek için “Besin Tüketim Sıklığı” kullanılmıştır (Pekcan,2008). Bu formda, süt, et, sebze ve meyve, tahıl ve yağ gruplarına ait besinler, işlenmiş besinler, şeker ve tatlılar, alkollü ve alkolsüz içeceklerin tüketim sıklıkları sorgulanmıştır. 100 farklı besini içeren (yağlar, et ve et ürünleri, baklagil ve kuruyemişler, yumurta, süt ve süt ürünleri, ekmek, tahıl ve kahvaltılık gevrekler, sebze ve meyveler, atıştırmalık) miktarlı besin tüketim sıklığı formu kullanılarak sorgulanmıştır. Tüketilen miktarları değerlendirmek adına besin Yemek ve Besin Foğraf Kataloğu kullanılmıştır (Rakıcıoğlu ve ark.,2014).

Öğrencilerin günlük enerji ve besin öğeleri alımı “Beslenme Bilgi Sistemi (BEBİS 7.2 öğrenci) ile tespit edilmiş, yeterlilik durumları da Günlük Önerilen Alım Düzeyi (DRI) değerlerine göre değerlendirilmiştir (Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi,2015).

3.5 Yeme Tutum Testi (EAT-26)

Çalışmaya katılan öğrencilerin yeme tutumlarını ve yeme davranışlarındaki olası bozuklukları ölçmek için kullanılmıştır. Bu ölçek, 11-70 yaş arasındaki bütün bireylere uygulanabilmektedir (Yurttaş, 2022).

Yirmialtı sorudan oluşan ve yeme bozukluklarını anlamaya çalışan bu testi, Garner ve Garfinkel birlikte oluşturmuşlardır (Garner ve Garfinkel,1979). Anketin Türkçe'ye çevrilme çalışmaları, 1989 yılında Savaşır ve Erol tarafından yeme tutum testi-40 olarak hazırlanmıştır (Savaşır ve Erol,1989). Yapılan bir araştırmada kısa versiyon olarak EAT-26 kullanılmıştır. (Baş ve ark.,2004). Toplam skor 0 ila 53 arasında farklılık göstermektedir ve 20 puan kesim noktasıdır. 20 puan ve daha fazlası negatif veya değişmiş yeme davranışı ifadesiyle değerlendirilir. İç tutarlılık katsayısı 0.70 ölçüsünde bulunmuştur. 6 seçenekli (1 = Her zaman; 6 = Hiçbir zaman) bu ankette sahip olunan skor ne kadar fazlaysa, yeme bozukluğu durumu fazla çıkmaktadır. (Savaşır ve Erol,1989).

Ve cevaplar 1 (asla)'den 6 (daima)'ya kadar değişen likert ölçeğinden oluşmaktadır. 1'den 3'e kadar olan cevaplar sıfır, 4 cevabı 1, 5 cevabı 2, 6 cevabı 3 olarak skorlanmakta ve toplam puan elde edilmektedir. Yalnızca 25. soruda 1 cevabı 3, 2 cevabı 2, 3 cevabı 1 ve 4-6 arası cevaplar 0 olarak kaydedilmektedir (Rivas ve ark.,2010). EAT-26 toplam skoru 0 ile 53 arasında değişmektedir (Garner ve ark.,1982). 20 puan ve üstündeki skorların bozulmuş yeme davranışını (olumsuz yeme davranışı) gösterdiği kabul edilmektedir. EAT-26 için kesme değer 20 puandır. Ölçekten alınan puan arttıkça, yeme tutum bozukluğu varlığı daha belirgin hale gelmektedir (Kayano ve ark.,2008). Testin geçerlilik ve güvenirlik çalışması için Türkiye'de Devran (Devran,2014) tarafından 50 üniversite öğrencisi üzerinde

pilot bir uygulama yapılmıştır. İç tutarlılık katsayısı (cronbach's alfa) 0.70, sınıf içi korelasyon katsayısı ise 0.95 olarak bulunmuştur.

Diyet yapma, bulimia ve besinle meşguliyet ve oral kontrol olmak üzere 3 alt ölçekten oluşmaktadır (Kayano ve ark.,2008). Diyet yapma alt ölçeği, besinsel alımı kısıtlayan, inceliğe takıntılı olan ve yeme ile alakalı rahatsızlıkları olan kişileri tanımlayan öğeleri içermektedir. Bulimia ve besinle meşguliyet alt ölçeği, bireylerin besin ve beslenme ile ilgili düşünceler tarafından ne kadar kontrol edildiklerini tanımlayan ve bulimik davranışlarla meşgul olmayla alakalı maddeleri içermektedir. Oral kontrol alt ölçeği, yüksek düzeyde kontrollü yeme davranışları sergileyen ve kilo alma veya daha fazla yemek yeme baskısı hisseden bireyleri tanımlayan maddeleri içermektedir. Her üç alt ölçeğin de yüksek skorları daha fazla bozulmuş beslenme davranışına işaret etmektedir (Sandoz ve ark.,2013). Bu alt skorlardan diyet yapma skoru 1,6,7,10,11,12,14,16,17,22,23,24,26 soruların; bulimik davranış skoru 3,4,9,18,21 ve 25. soruların; oral kontrol davranış skoru ise 2,5,8,13,15,19,20. soruların puanlarının toplanmasıyla bulunmaktadır (Yurttaş, 2022).

3.6 Beden Algısı Ölçeği (BAÖ)

Ölçek bireylerin bedenlerindeki çeşitli bölgeleri ve işlevselliklerinden ne kadar hoşlandıklarını ve hoşlanmadıklarını sorgulamayı amaçlamaktadır. Bu ölçek 1953 yılında Secord ve Jourard tarafından geliştirilmiştir. Beden algısını ölçümleyen ilk araç vede günümüzdede kullanılmaktadır. Anketin özeti; her biri bir organ veya bir vücut bölgelerinin işlevleriyle alakalı 40 maddeyi kapsamaktadır. Vücudun farklı bölgeleriyle ilişkili, insanların duyduğu memnun olma veya olmama durumunu ölçmektedir. Hovardaoğlu 1993 senesinde ölçeği ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliğe ulaştırma çalışmaları gerçekleştirerek Türkçeye uyarlamıştır. Gerçekleştirilen çalışmalar sonucunda ölçeğin iki yarım güvenirlik katsayısı $\alpha=0.75$

olarak bulunmuştur. Madde test korelasyonları ise $r=0.45$ ile $r=0.89$ sınırlarındadır. Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısının ise $\alpha=0.91$ olduğu bildirilmiştir (Haspolat, 2016).

Ölçek, 5'li likert tipte olup her maddede 'hiç beğenmiyorum', 'beğenmiyorum', 'kararsızım', 'beğeniyorum' ve 'çok beğeniyorum' seçenekleri bulunmaktadır. Her bir seçenek 1 ile 5 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 40, maksimum puan 200'dür. Alınan puan arttıkça bireyin beden algı düzeyi ve beden memnuniyeti yükselmektedir. Ölçeğin kesme puanı 135'dir (Hovardaoğlu, 1993). Toplam puanın yüksekliği kişinin bedenine ilişkin doyum düzeyinin yüksek olduğunu gösterirken, kesme noktasının 135 altındaki puanlar beden algısına ilişkin doyumun düşüklüğüne işaret etmektedir (Gayran, 2022). 135 ve üzerinde puan alan katılımcılar 'Beden Algı Düzeyi Yüksek'; 135'in altında puan alan katılımcılar 'Beden Algı Düzeyi Düşük' olarak kabul edilmektedir (Hovardaoğlu, 1993).

3.7 Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (EDE-Q)

Fairburn ve Cooper (1993) sayesinde oluşturulmuş olan Yeme Bozukluğu'nu Değerlendirme (EDE) kendi değerlendirme formu olan Yeme Bozukluğu'nu Değerlendirme Ölçeği, Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q) olarak bilinmektedir. EDE-Q yeme davranış ve tutum psikopatolojisini değerlendiren 28 soru içeren, 7 bölümlü alt kavramdan meydana gelen ve 4 alt ölçeği (kısıtlama, ağırlık endişesi, yeme endişesi, ve beden şekli endişesi) içeren bir testtir. Likert ölçeğinde 0-6 arasında değişen puanlar son 4 hafta boyunca tecrübe edilen spesifik tutum, his ve davranışlara karşılık gelmektedir. Yükselen puanlar yeme bozukluğu patolojisinin büyüklüğüne işaret etmektedir (Nichols ve ark., 2007). Yeme bozukluğu açısından klinik önem sınır değeri her bir alt ölçek puanı ve toplam ortalama puan

için ≥ 4 olarak kabul edilmektedir. Alt ölçekler ve toplam puan, yeme bozukluğu psikopatolojisinin seviyesini göstermektedir. Vücut görünümü kaygısı ve ağırlık endişesi alt ölçekleri, bedenden duyulan hoşnutsuzluk, beden imajını ve kütlesini farklılaştırma isteğine bağlı haldedir (Kerner,2013). Alt ölçek puanları, ilgili maddelerin puanları toplanıp alt ölçekteki toplam madde sayısına bölünmesiyle bulunmaktadır. Toplam skor için ise 4 alt skalanın puanları toplanır ve alt ölçek sayısına bölünür (Yücel ve ark.,2011). Yükselen puanlar yeme bozukluğu patolojisinin büyüklüğüne işaret etmektedir (Nichols ve ark., 2007). Skor yükseldikçe yeme bozukluğunun varlığının ne kadar çok olduğu veri analizine ulaşılmaktadır (Thein-Nissenbaum ve ark.,2014). Toplam puan ve alt ölçek puanlarının kesişim noktası (cut-off point) olarak 4 ve üzeri klinik önemin bir göstergesi olarak kabul edilmiştir (Lavender ve ark.,2010). Katılımcılar ≥ 4.0 puan aldıklarında klinik anlamda bozulmuş yeme davranışına sahip olarak sınıflandırılmaktadır (Yıldırım ,2018).

Beden şekli endişesi ve ağırlık endişesi alt ölçekleri, beden memnuniyetsizliği, bedenle ilgili duyulan rahatsızlık ve beden şeklini ve ağırlığını değiştirme arzusuna odaklanan içeriğe sahiptir . Kısıtlama alt ölçeği (aşırı) yemeden kaçınma, besinlerden kaçınma, diyetel kurallar uygulama, yeme endişesi ise besin, yeme ve kalorilerle meşguliyet, gizli yeme, yedikten sonra suçluluk hissetme gibi kavramları sorgulamaktadır. Uygunsuz arınma davranışlarını içeren maddeler; beslenmenin kısıtlanması, kendini kusturma, laksatif kullanımı ve aşırı egzersiz gibi durumların son 28 gün içindeki sıklığını değerlendirmektedir (Peláez-Fernández ve ark., 2012; Yıldırım, 2018).

3.8 Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirildiğinde, uygun istatistiksel analizler için SPSS-20 (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılmıştır. Ölçümden tespit edilen sürekli değişkenler (nicel değişkenler), ortalama $\pm$ standart sapma, en küçük ve en büyük değer ile verilmiştir. Kategorik değişkenlerin (nitel değişkenlerin) sunumu için ise frekans ve yüzde değerleri kullanılmış, karşılaştırırken ise “Ki Kare Testi” kullanılmıştır. Niceliksel ikili grup karşılaştırmalarında parametrik varsayımların sağlanmadığı hallerde “Mann Whitney U Test” istatistiksel method olarak kullanılmıştır. İki den fazla grubun ortalamaları karşılaştırılırken parametrik varsayımların sağlanmadığı durumlarda “Kruskal Wallis Testi” istatistiksel method olarak kullanılmıştır. İki nicel değişken arasındaki korelasyona bakmak için “Spearman Korelasyon Katsayısı” kullanılmıştır. Bütün istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi “ $p \leq 0,05$ ” olarak kabul edilmiştir. Spearman İlişki Katsayısı Verileri; $r < 0.2$ ise çok zayıf ilişki yada korelasyon yok. 0.2-0.4 aralığında ise düşük korelasyon. 0.4-0.6 aralığında ise orta düzeyde korelasyon. 0.6-0.8 aralığında ise yüksek korelasyon 0.8>; ise çok fazla korelasyon olarak yorumlanmıştır.

Bölüm 4

BULGULAR

Tablo 4.1: Öğrencilerin Demografik Özellikleri

	Sayı	%
Yaş, yıl		
19 (2004)	8	5.0
18 (2005)	88	55.0
17 (2006)	33	20.6
16 (2007)	9	5.6
15 (2008)	22	13.8
Cinsiyet		
Kız	88	55.0
Erkek	72	45.0
Sınıf		
9. Sınıf	13	8.1
10.Sınıf	16	10.0
11.Sınıf	37	23.1
12.Sınıf	94	58.8
AnneninEğitim Durumu		
Okur yazar değil	1	0.6
Okur-yazar	4	2.5
İlkokul	39	24.4

Ortaokul	6	3.8
Lise	51	31.9
Üniversite	59	36.9

Babanın Eğitim Durumu

Okur-yazar değil

Okur-yazar	4	2.5
İlkokul	5	3.1
Ortaokul	15	9.4
Lise	42	26.3
Üniversite	94	58.8

Kardeş Sayısı

Yok	22	13.8
1	110	68.8
2	23	14.4
3	3	1.9
4	2	1.3

?: Yüzde

Çalışmaya toplam 160 öğrenci dahil olmuştur. Bu öğrencilerin demografik verilerinin dağılımı Tablo 4.1’de verilmiştir. Öğrencilerin %55’i kız, %45’i ise erkeklerden oluşmaktadır. Öğrencilerin 8 (%5)’i 19 yaşında, 88 (%55)’i 18 , 33 (%20.6)’sı 17, 9 (%5.6)’ sı 16, 22 (13.8)’ si 15 yaşındadır. Öğrencilerin 13 (%8.1) tanesi 9. Sınıf 16 (%10) tanesi 10.sınıf, 37 (23.1) tanesi 11.sınıf, 94 (%53.8) tanesi 12. Sınıftır. Çalışmaya katılan öğrencilerin aile eğitim durumuna bakıldığında; Annelerin %0.6 sı okur yazar değil %2.5 2’i okuryazar %24.4’ü ilkokul ,%3.8’i

ortaokul %31.9 u lise, %36.9'u üniversite mezunudur. Babaların eğitim durumuna bakıldığında %2.5 okuryazar, %3.1 ilkokul, %9.4'ü ortaokul, %26.3 lise, %58.8 üniversite mezunu olarak sonuçlanmıştır (Tablo 4.1). Öğrencilerin %13.8'inin kardeşi yok, %68.8'i 1 kardeşe sahip, %14.4 2 kardeş, %1.9'u 3 kardeş %1.3'ü 4 kardeştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2: Öğrencilerin Tanısı Konan Kronik Hastalık Varlığı ve Hastalıkların Dağılımı

	Sayı	%
Doktor tarafından tanı konan kronik hastalık varlığı		
Var	5	3.1
Yok	155	96.9
Doktor tarafından tanı konan kronik hastalık		
Astım	2	1.3
Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF)	1	0.6
Migren	1	0.6
Diğer	1	0.6

?: Yüzde

Öğrencilere yöneltilen kronik hastalığı var mı sorusuna alınan cevapların dağılımı Tablo 4.2'de incelenmiştir. 5 kişi kendisine kronik hastalık tanısı konduğunu belirtmiştir. %96.9'unun kronik hastalığı yoktur. Öğrencilerin %1.3'ü astım hastalığına sahip iken %0.6 oranında ailevi akdeniz ateşi, migren ve diğer hastalık mevcuttur. Bu hastalıkların dağılımı da Tablo 4.2'de verilmiştir. (Tablo 4.2)

Tablo 4.3: Öğrencilerin Cinsiyete Göre Vücut Ağırlığı Kaybı İçin Yardım Alma Durumu

	Kız Sayı (%)	Erkek Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	P
Yardım Alma Durumu				
Alıyor	30 (34.0)	14 (19.4)	44 (27.5)	0.002*
Almıyor	58 (65.9)	58 (80.5)	116 (72.5)	
Yardım Alınan Kişi				
Diyetisyen	5 (16.6)	10 (71.4)	15 (34.0)	0.039*
Doktor	-	-	-	
Spor hocası	1 (3.33)	-	1 (2.27)	
Arkadaş	21 (70)	1 (7.14)	22 (50)	
Sosyal medya	3 (10)	3 (21.4)	6 (13.6)	
Diğer	-	-	-	

%%: Yüzde; p: Ki Kare Testi; *: p≤0.05

Tablo 4.3 öğrencilerin cinsiyete göre vücut ağırlığı kaybı için yardım alma durumlarını göstermektedir. Kız öğrencilerin %65.9'u, erkeklerin de %80.5'i kilo vermek için yardım almadığını söylemiştir. Kızların erkeklere göre daha büyük çoğunluğu %34'ü yardım aldığını belirtmiştir. Vücut ağırlığı kaybı için yardım aldığını belirten kız öğrencilerin %70'i ise bu yardımı arkadaşlarından aldığını, %16.6'sı diyetisyenden %10'u ise sosyal medyadan aldığını belirtmiştir (Tablo 4.3)

Tablo 4.4: Öğrencilerin Cinsiyete Göre Antropometrik Özellikleri

	Vücut Ağırlığı (kg)	Boy uzunluğu (cm)	Bel çevresi (cm)	Kalça Çevresi (cm)	BKI (kg/m ²)
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Kız	55.6±11.5	1.66±0.05	67.4±11.8	75.3±16.7	20.2±4.36
Erkek	68.7±14.5	1.72±0.09	78.7±14.2	88.7±18.0	23.3±5.19
Toplam	61.5±14.4	1.68±0.08	72.5±14.1	81.4±18.5	21.6±4.97

$\bar{X}$: Ortalama; SS: Standart sapma

Adölesanların antropometrik seviyelerinin sonuçları tablo 4.4'te verilmiştir. Ölçümlerin dağılımı cinsiyete göre ve toplam değerler olarak verilmiştir. Kızların vücut ağırlığı ortalamaları 55.6 kg'dır , boy uzunlukları 1.66 cm, bel çevresi 67.4 cm, kalça çevresi 75.3 cm, BKİ ortalamaları ise 20.2 kg/m²'dir. Erkeklerin vücut ağırlığı ortalamaları 68.7 kg, boy uzunluğu 1.72 cm, bel çevresi 78.7 cm, bkı ise 23.3 kg/m²'dir. Öğrencilerin toplam vücut ağırlığı ortalamaları 61.5 kg, boy uzunluğu 1.68 cm, bel çevresi 72.5 cm, 81.4 cm , bkı 21.6 kg/m²'dir (Tablo 4.4)

Tablo 4.5: Öğrencilerin Yaşa göre BKİ Persentil Sınıflandırılması

	Kız Sayı (%)	Erkek Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	p
BKİ Persentil				
Çok zayıf (<5)	25 (28.4)	8 (11.1)	33 (20.6)	
Zayıf (≥5-<15)	7 (7.95)	3 (4.16)	10 (6.25)	
Normal (≥15-<85)	40 (45.4)	33 (45.8)	73 (45.6)	0.011*
Hafif şişman (≥85-<95)	9 (10.2)	14 (19.4)	23 (14.3)	
Obez (≥95)	7 (7.95)	14 (19.4)	21 (13.1)	

%; Yüzde; p: Ki Kare Testi; *: $p \leq 0.05$

BKİ persentillerinin cinsiyete bağlı sonuçları Tablo 4.5'da gösterilmiştir. Çalışmadaki öğrencilerin cinsiyetlerine göre persentillere dağılımı sonucunda istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Çalışmadaki kız ve erkeklerin çoğunluğu normal seviyedeki BKİ persentilinde bulunurken, kızlarda erkeklere göre daha fazla çok zayıf sınıfında, erkeklerde ise hafif şişman ve obez sınıfında bulunmaktadır (Tablo 4.5).

Tablo 4.6: Öğrencilerin Yaşa Göre BKİ Z Skor Sınıflandırılması

	Kız Sayı (%)	Erkek Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	p
Çok zayıf (<-2 SD)	25 (28.4)	8 (11.1)	33 (20.6)	
Zayıf ($\geq$ -2SD ile <-1 SD)	7 (7.95)	3 (4.16)	10 (6.25)	
Normal ($\geq$ -1SD ile <+1 SD)	40 (45.4)	33 (45.8)	73 (45.6)	0.011*
Hafif şişman ($\geq$ +1 ile < +2SD)	9 (10.2)	14 (19.4)	23 (14.3)	
Obez ($\geq$ +2SD)	7 (7.95)	14 (19.4)	21 (13.1)	

%; Yüzde; p: Ki Kare Testi; *: $p \leq 0.05$

BKİ Z skorlarının cinsiyete bağlı dağılımı Tablo 4.6'de sunulmuştur. Çalışmadaki öğrencilerin cinsiyetlerine göre Z skor dağılımı ilişkisinde istatistik açıdan anlamlı fark görülmüştür ($p < 0.05$). Çalışmadaki kız öğrencilerin %28.4'ü çok zayıf (<-2 SD) grubunda, %7.95'i Zayıf ($\geq$ -2SD ile <-1 SD) grubunda, %45.4'ü normal ($\geq$ -1SD ile <+1 SD), %10.2'si Hafif şişman ($\geq$ +1 ile < +2SD), %7.95'i Obez ($\geq$ +2SD). Erkeklerin; %11.1'i Çok zayıf (<-2 SD), %4.16'sı Zayıf ($\geq$ -2SD ile <-1 SD), %45.8'i Normal ($\geq$ -1SD ile <+1 SD), %19.4'ü Hafif şişman ($\geq$ +1 ile < +2SD), %19.4'ü obez ($\geq$ +2SD) aralığındadır. Çalışmadaki kız ve erkeklerin de çoğunluğu normal seviyedeki bki Z skorları bulunurken, kızlarda ve erkeklere göre daha fazla çok zayıf sınıfında, erkeklerde ise hafif şişman ve obez sınıfında bulunmaktadır (Tablo 4.6).

Tablo 4.7: Öğrencilerin Cinsiyete Göre Bel Çevresi Persentil Sınıflandırılması

	Kız	Erkek	Toplam	p
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Bel Çevresi				
<10	41 (46.5)	9 (12.5)	50 (31.2)	
10 - 25	5 (5.68)	17 (23.6)	22 (13.7)	
25 - 75	32 (36.3)	23 (31.8)	55 (34.3)	<0.001*
75- 90	5 (5.68)	19 (26.3)	24 (15)	
>90	5 (5.68)	4 (5.55)	9 (5.62)	

?: Yüzde; p: Ki Kare Testi; *: $p \leq 0.05$

Bu çalışmaya katılan adölesanların bel çevreleri incelendiğinde fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Kız öğrencilerin %46.5'inin bel çevresi 10 persentilden düşükken, erkeklerin %31.8'inin bel çevresi 25-75 persentil normal aralığındadır. Kız öğrencilerin bel çevresi %5.68'i (n:5) , erkek öğrencilerin %5.55'i (n:4) 90 persentil üzerindedir (Tablo 4.7).

Tablo 4.8: Öğrencilerin Cinsiyete Göre Boy Persentil Sınıflandırması

	Kız	Erkek	Toplam	p
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Boy Persentil				
Çok kısa <5	0 (0)	8 (11.1)	8 (5)	
Kısa ≥ 5 ile <15.	4 (4.54)	2 (2.77)	6 (3.75)	
Normal ≥ 15 ile <85.	44 (50)	52 (72.2)	96 (60)	<0.001*
Uzun ≥ 85 ile <95.	38 (43.1)	7 (9.72)	45 (28.1)	
Çok uzun ≥ 95 .	2 (2.27)	3 (4.16)	5 (3.12)	

?: Yüzde; p: Ki Kare Testi; *: $p \leq 0.05$

Boy persentillerinin cinsiyete bağlı sonuçları Tablo 4.8'da sunulmuştur. Çalışmadaki öğrencilerin cinsiyetlerine göre persentillere dağılımı arasında

istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Kız öğrencilerde çok kısa sınıflamasında hiç katılımcı bulunmamaktadır. %4.54'ü kısa (≥ 5 ile <15 .), %50'si normal (≥ 15 ile <85 .), %43.1'i Uzun (≥ 85 ile <95 .) %2.27'si çok uzun (≥ 95 .) Erkeklerin %11.1'i çok kısa, %2.77'si kısa, %72.2'si normal , %9.72'si uzun , %4.16'sı çok uzundur. Çalışmadaki kız öğrencilerin %50'si ve erkek öğrencilerin %72.2'si normal seviyedeki boy persentilinde bulunurken, kızlarda erkeklere göre daha çok uzun sınıfında, erkeklerde ise çok kısa sınıfında bulunmaktadır (Tablo 4.8).

Tablo 4.9: Öğrencilerin Cinsiyete Göre Tartılma Sıklıkları

	Kız Sayı (%)	Erkek Sayı (%)	Toplam Sayı (%)
Tartılma Sıklığı			
Günde 1	11 (12.5)	13 (18.0)	24 (15)
Günde 2	25 (28.4)	1 (1.38)	26 (16.2)
Günde 3	1 (1.13)	-	1 (0.62)
Haftada 1	4 (4.54)	4 (5.55)	8 (5)
Haftada 2	3 (3.40)	6 (8.33)	9 (5.62)
Haftada 3	1 (1.13)	1 (1.38)	2 (1.25)
Haftada 4	1 (1.13)	-	1 (0.62)
Ayda 1	39 (44.3)	40 (55.5)	79 (49.3)
Ayda 2	1 (1.13)	1 (1.38)	2 (1.25)
Ayda 3	1 (1.13)	6 (8.33)	7 (4.37)
Ayda 4	1 (1.13)	-	1 (0.62)

%; Yüzde

Öğrencilere tartılma sıklıkları sorulmuştur. Tartılma sıklıklarının cinsiyet farklılığı açısından sonuçları Tablo 4.9'de verilmiştir. Kız öğrencilerin %12.5'i günde 1 defa , erkek öğrencilerin ise %18'i günde bir defa tartılmaktadır. Günde 3 defa tartılan 1 kız öğrenci varken, günde 3 defa tartılan hiç erkek öğrenci yoktur. Ayda 1 defa tartılan %44.3 kız , %55.5 erkek öğrenci vardır. (Tablo 4.9)

Tablo 4.10: Öğrencilerin Cinsiyete Göre Uyku Süreleri Dağılımları

	Kız $\bar{X} \pm SS$	Erkek $\bar{X} \pm SS$	Toplam $\bar{X} \pm SS$	p
Uyku Süreleri	7.48 $\pm$ 1.18	7.90 $\pm$ 1.73	7.67 $\pm$ 1.46	0.043*

$\bar{X}$: Ortalama; SS: Standart sapma; p: Mann Whitney U Testi; *: $p \leq 0.05$

Çalışmaya katılan öğrenciler ortalama 7.67 $\pm$ 1.46 saat uyumaktadır. Uyku sürelerinin cinsiyete bağlı sonuçları Tablo 4.10'te verilmiştir. Erkek ve kızların uyku süreleri istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p < 0.05$). Erkeklerin kızlara oranla ortalama uyku süreleri daha fazla bulunmuştur. (Tablo 4.10)

Tablo 4.11: Öğrencilerin BKİ ile Uyku Süresi İlişkisi

	Çok Zayıf Sayı (%)	Zayıf Sayı (%)	Normal Sayı (%)	Fazla Kilolu Sayı (%)	Obez Sayı (%)	p
Uyku Süresi						
5 saat	-	1 (7.7)	1 (1.1)	-	-	
5-10 saat	27 (96.4)	10 (76.9)	83 (92.2)	13 (92.9)	15 (100.0)	0.381
10 saat ve üzeri	1 (3.6)	2 (15.4)	6 (6.7)	1 (7.1)	-	

%; Yüzde; p: Ki Kare Testi; *: $p \leq 0.05$

Uyku süreleri ile BKİ grupları arasındaki dağılım Tablo 4.11'de incelenmiştir. İki değişkenin dağılımı ilişkisinde istatistiksel önemli bir analiz bulunmamıştır ($p > 0.05$). Çok zayıf öğrencilerin %96.4'ü 5-10 saat aralığında uyuduğunu, %3.6'sının 10 saat ve üzerinde uyuduğunu, obez öğrencilerin ise %100'ünün de 5-10 saat uyuduklarını belirtmişlerdir. Uyku süreleri BKİ gruplarında benzer dağılım göstermektedir. (Tablo 4.11)

Tablo 4.12: Öğrencilerin Cinsiyete Göre Öğün Düzenleri Dağılımları

	Kız Sayı (%)	Erkek Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	p
Ana öğün				
1	25 (28.4)	5 (6.94)	30 (18.7)	<0.001*
2	21 (23.8)	10 (13.8)	31 (19.3)	
3	41 (46.5)	49 (68.0)	90 (56.2)	
4	1 (1.13)	8 (11.1)	9 (5.62)	
Ara öğün				
0	23 (26.1)	26 (36.1)	49 (30.6)	<0.001*
1	47 (53.4)	16 (22.2)	63 (39.3)	
2	15 (17.0)	25 (34.7)	40 (25)	
3	3 (3.40)	1 (1.38)	4 (2.5)	
4	-	4 (5.55)	4 (2.5)	
Ana öğün atlama durumu				
Atlıyor	52 (59.1)	19 (26.3)	71 (44.3)	<0.001*
Atlamıyor	36 (40.9)	53 (73.6)	89 (55.6)	
En sık atlanılan öğün				
Sabah	33 (64.7)	5 (26.3)	38 (54.2)	<0.001*
Öğle	13 (25.4)	6 (31.5)	19 (27.1)	
Akşam	5 (9.80)	8 (42.1)	13 (18.5)	
Öğün atlama nedenleri				
Canım istemiyor	11 (20.7)	11 (57.8)	22 (30.5)	<0.001*
Açlık hissetmememden dolayı öğün atlıyorum	10 (18.8)	-	10 (13.8)	
Okulda veya bulunduğum	2 (3.77)	8 (42.1)	10 (13.8)	

yerde bana uygun yemeklerin			
var olmaması			
3 ana öğün yapmayı gereksiz	4 (7.54)	-	4 (5.55)
görmem			
Öğün atlayarak kan			
şekerimin daha düzenli	-	-	-
olacağını düşündüğüm için			
Zayıflamak istediğim için	26 (49.0)	-	26 (36.1)
Diğer	-	-	-

%: Yüzde; p: Ki Kare Testi; *: $p \leq 0.05$

Öğrencilerin cinsiyete göre öğünlere ait sorulara verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 4.12’de verilmiştir. Tüm sorular için erkek ve kız öğrencilerin dağılımları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Erkeklerin %36.1’i hiç ara öğün yapmadığını belirtmiştir. Kızların %49’u ise zayıflamak istediği için öğün atladığını belirtmiştir. Erkeklerin %26.3’ü öğün atladığını belirtirken, kızların %59.1’i ana öğünü atladığını belirtmiştir. (Tablo 4.12)

Tablo 4.13: Öğrencilerin Ara Öğün Tercihleri

	Kız Sayı (%)	Erkek Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	p
Ara öğün besin tercihi				
Taze/kuru meyveler	14 (21.5)	3 (6.38)	17 (15.1)	0.002*
Yağlı tohumlar	6 (9.23)	8 (17.0)	14 (12.5)	
Süt/yoğurt/ayran	24 (36.9)	5 (10.6)	29 (25.8)	
Sandviç, tost	6 (9.23)	4 (8.51)	10 (8.92)	

Kraker, bisküvi	4 (6.15)	10 (21.2)	14 (12.5)	
Poğaç, simit	3 (4.61)	8 (17.0)	11 (9.82)	
Çikolata, gofret	7 (10.7)	8 (17.0)	15 (13.3)	
Diğer	1 (1.53)	1 (2.12)	2 (1.78)	
Tercih edilen içecek türü				
Siyah çay	8 (12.3)	3 (6.4)	11 (9.8)	
Türk kahvesi	2 (3.1)	1 (2.1)	3 (2.7)	
Ayran	4 (6.2)	11 (23.4)	15 (13.4)	
Soda	1 (1.5)	12 (25.5)	13 (11.6)	
Yeşil çay	25 (38.5)	-	25 (22.3)	
Nescafe	11 (16.9)	4 (8.5)	15 (13.4)	
Kefir	4 (6.2)	-	4 (3.6)	<0.001*
Gazlı İçecek	6 (9.2)	13 (27.7)	19 (17.0)	
Bitki çayı	-	-	-	
Süt	2 (3.1)	1 (2.1)	3 (2.7)	
Taze sıkılmış meyve suyu	-	1 (2.1)	1 (0.9)	
Diğer	2 (3.1)	1 (2.1)	3 (2.7)	

%: Yüzde; p: Ki Kare Testi; *: $p \leq 0.05$

Öğrencilerin ara öğünde tercih ettikleri besinler cinsiyete bağlı istatistiksel anlamlı farklar görünmüştür ($p < 0.05$). Kızların, %36.9'u süt/ayran/yoğurt tüketirken, erkeklerin %21.2'si kraker, bisküvi tercih ettiğini belirtmişlerdir. İçilen içeceklerde de kızların %38.5'i yeşil çay tüketirken, erkeklerin hiçbiri yeşil çay tüketmediğini ve %27.7 oranında gazlı içecek tercih ettiklerini belirtmişlerdir. (Tablo 4.13)

Tablo 4.14: Öğrencilerin Ev Dışında Tercih Ettikleri Yemek Dağılımları

	Kız Sayı (%)	Erkek Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	p
Yemek tercihi				
Fast-food	29 (32.9)	27 (37.5)	56 (35)	
Pide-pizza- gözleme	7 (7.95)	21 (29.1)	28 (17.5)	
Ev yemekleri	30 (34.0)	-	30 (18.7)	<0.001*
Kebap	22 (25)	22 (30.5)	44 (27.5)	
Tabldot menü	-	2 (2.77)	2 (1.25)	
Diğer	-	-	-	

%; Yüzde; p: Ki Kare Testi; *: $p \leq 0.05$

Öğrencilere ev dışında yemek yediklerinde ne tercih ettikleri sorulmuştur. Cinsiyete göre yemek tercihleri arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0.05$). Kız öğrenciler %34 oranı ile ev yemeklerini tercih ederken, ev yemeği tercih eden hiç erkek öğrenci yoktur. Erkekler ise %37.5 fast-food ürünleri tercih ettiklerini belirtmişlerdir. (Tablo 4.14)

Tablo 4.15: Öğrencilerin Cinsiyete Göre Enerji ve Makro Besin Öğeleri Alımı

	Kız		Erkek		p
	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	
Kalori (kkal)	1995.4 $\pm$ 582.4	960.6- 3190.1	2475.6 $\pm$ 583.9	1205.7- 3511.1	<0.001*
Karbonhidrat (g)	186.6 $\pm$ 78.9	36.4-326.3	248.8 $\pm$ 45.0	105.3-326.3	<0.001*
Protein (g)	67.9 $\pm$ 22.8	25.1-125.2	94.3 $\pm$ 24.2	45.5-129.4	<0.001*
Yağ (g)	68.6 $\pm$ 22.2	25.3-125.3	81.3 $\pm$ 24.8	43.7-135.9	0.015*

$\bar{X}$: Ortalama; SS: Standart sapma; p: Mann Whitney U Testi; *: $p \leq 0.05$

Cinsiyete göre besin değerlerinin dağılımı incelenmiştir. Tüm besin değerleri için kız ve erkek öğrencilerin dağılımları istatistiksel anlamda farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Kız öğrencilerin aldığı ortalama kalori miktarı 1995.4 kkal 'dır. Karbonhidrat alımları 186.6 g, protein alımları 67.9 g, yağ alımları ortalaması ise; 68.6 g'dır. Erkek öğrencilerin kalori ortalamaları 2475.6 kkal, karbonhidrat ortalamaları 248.8 g, protein ortalamaları 94.3 g, yağ alım ortalamaları ise 81.3 g'dır. Erkek öğrencilerin besin değerleri alımları kızlara oranla daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 4.15)

Tablo 4.16: Öğrencilerin Enerji ve Besin Ögesi Alımlarının DRI'ya Göre Yeterlilik Durumu

		Kız (n:88)			Erkek (n: 72)			Toplam (n:160)	
Enerji ve Besin Ögeleri	Yetersiz S %	Yeterli S %	Fazla S %	Yetersiz S %	Yeterli S %	Fazla S %	Yetersiz S %	Yeterli S %	Fazla S %
Enerji (kkal)	40 (%45.5)	33 (%37.4)	15 (%17.1)	42 (%58.3)	16 (%22.2)	14 (%19.5)	82 (%51.2)	49 (%30.7)	29 (%18.1)
Protein (g)	21 (%23.8)	52 (%59.1)	15 (%17.1)	14 (%19.4)	15 (%20.8)	43 (%59.8)	35 (%21.9)	67 (%41.9)	58 (%36.2)
Karbonhidrat	32 (%36.3)	36 (%41)	20 (%22.7)	22 (%30.5)	20 (%27.8)	30 (%41.7)	54 (%33.75)	56 (%35)	50 (%31.25)
Yağ	23 (%26.1)	40 (%45.5)	25 (%28.4)	15 (%20.8)	32 (%44.4)	25 (%34.8)	38 (%23.75)	72 (%45)	50 (%31.25)
Posa	60 (%68.3)	18 (%20.4)	10 (%11.3)	37 (%51.4)	30 (%41.6)	5 (%7)	97 (%60.6)	48 (%30)	15 (%9.4)
A Vitamini	52 (%59)	28 (%31.9)	8 (%9.1)	30 (%41.6)	27 (%37.5)	15 (%20.9)	82 (%51.2)	55 (%34.4)	23 (%14.4)
D vitamini	83 (%94.5)	3 (%3.2)	2 (%2.3)	64 (%88.9)	3 (%4.1)	5 (%7)	147 (%91.9)	6 (%3.8)	7 (%4.3)
E vitamini	60 (%68.3)	18 (%20.4)	10 (%11.3)	40 (%55.6)	22 (%30.6)	10 (%13.8)	100 (%62.5)	40 (%25)	20 (%12.5)
K vitamini	8 (%9.1)	20 (%22.7)	60 (%68.2)	6 (%8.3)	16 (%22.2)	50 (%69.5)	14 (%8.75)	36 (%22.5)	110 (%68)
Tiamin	60 (%45.5)	28 (%37.4)	-	50 (%69.4)	22 (%30.6)	-	110 (%68.75)	50 (%31.25)	-

Riboflavin	16 (%18.1)	52 (%59.1)	20 (%22.8)	25 (%34.7)	37 (%51.5)	10 (%13.8)	41 (%25.6)	89 (%55.6)	30 (%18.8)
Niasin	60 (%68.2)	18 (%20.4)	10 (%11.3)	45 (%62.5)	21 (%29.1)	6 (%8.4)	105 (%65.7)	39 (%24.3)	16 (%10)
Pridoksin (B-6)	16 (%18.2)	60 (%68.2)	12 (%13.6)	19 (%26.3)	40 (%55.6)	13 (%18.1)	35 (%21.9)	100 (%62.5)	25 (%15.6)
Folat	72 (%81.8)	16 (%18.2)	-	60 (%83.4)	12 (%16.6)	-	132 (%82.5)	28 (%17.5)	-
Kobalamın (B-12)	45 (%51.1)	33 (%37.6)	10 (%11.3)	22 (%30.6)	30 (%41.6)	20 (%27.8)	67 (%41.9)	63 (%39.3)	30 (%18.8)
C vitamini	38 (%43.1)	35 (%39.8)	15 (%17.1)	30 (%41.7)	22 (%30.5)	20 (%27.8)	68 (%42.5)	57 (%35.6)	35 (%21.9)

Tablo 4.16: Öğrencilerin Enerji ve Besin Ögesi Tüketimlerinin DRI'ya Göre Yeterlilik Durumu (devam)

		Kız (n:88)			Erkek (n: 72)			Toplam (n:160)	
Enerji ve Besin Öğeleri	Yetersiz S %	Yeterli S %	Fazla S %	Yetersiz S %	Yeterli S %	Fazla S %	Yetersiz S %	Yeterli S %	Fazla S %
Potasyum	78 (%88.7)	10 (%11.3)	-	62 (%86.1)	10 (%13.9)	-	140 (%87.5)	20 (%12.5)	-
Kalsiyum	70 (%79.6)	18 (%20.4)	-	57 (%79.2)	15 (%20.8)	-	127 (%79.3)	33 (%20.7)	-
Magnezyum	63 (%71.5)	25 (%28.5)	-	52 (%72.2)	20 (%27.8)	-	115 (%71.9)	45 (%28.1)	-
Pantetonik asit (mg) B-5	48 (%54.6)	30 (%34.1)	10 (%11.3)	30 (%41.7)	32 (%44.4)	10 (%13.9)	78 (%48.75)	62 (%38.75)	20 (%12.5)
Manganez	30 (%34.1)	48 (%54.6)	10 (%11.3)	7 (%9.7)	40 (%55.5)	25 (%34.8)	37 (%23.1)	88 (%55)	35 (%21.9)
Fosfor	50 (%56.8)	35 (%39.7)	3 (%3.5)	46 (%63.9)	20 (%27.7)	6 (%8.4)	96 (%60)	55 (%34.4)	9 (%5.6)
Demir	72 (%81.8)	10 (%11.3)	6 (%6.9)	24 (%33.3)	35 (%48.6)	13 (18.1)	96 (%60)	45 (%28.1)	19 (11.9)
Çinko	18 (%20.4)	55 (%62.6)	15 (%17)	20 (%27.8)	40 (%55.5)	12 (%16.7)	38 (%23.8)	95 (%59.3)	27 (%16.9)

İyot	20 (%22.8)	58 (%65.9)	10 (%11.3)	9 (%12.5)	50 (%69.5)	13 (%18)	29 (%18.1)	108 (%67.5)	23 (%14.4)
Flor	53 (%60.2)	30 (%34.1)	5 (%5.7)	29 (%40.3)	33 (%45.9)	10 (%13.8)	82 (%51.3)	63 (%39.3)	15 (%9.4)
Bakır	45 (%51.1)	33 (%37.6)	10 (%11.3)	42 (%58.3)	22 (%30.6)	8 (%11.1)	87 (%54.3)	55 (%34.4)	18 (%11.3)
Biotin	40 (%45.4)	28 (%31.9)	20 (%22.7)	41 (%57)	19 (%26.3)	12 (%16.7)	81 (%50.7)	47 (%29.3)	32 (%20)
n-3 yağ asiti	46 (%52.3)	24 (%27.3)	18 (%20.4)	40 (%55.6)	17 (%23.6)	15 (%20.8)	86 (%53.7)	41 (%25.6)	33 (%20.7)
n-6 yağ asiti	20 (%22.7)	40 (%45.4)	28 (%31.9)	35 (%48.6)	17 (%23.6)	20 (%27.8)	55 (%34.4)	57 (%35.6)	48 (%30)

Tablo 4.16’de Öğrencilerin enerji ve besin ögesi alımlarının Günlük Önerilen Alım Düzeyine göre gereklilik seviyelerinin verileri sunulmuştur. Buna göre, kızların %45.5’i ve erkek öğrencilerin %58.3’ünün DRI’ya göre yetersiz kalori tükettikleri anlaşılrken, kızların %37.4’ü ve erkeklerin %22.2’sinin enerji alımlarının gereken düzeyde olduğu sonuçlanmıştır. Protein ; kızların %23.8’inde ve erkek öğrencilerin %19.4’ünde yetersiz protein alımı gözlenirken, kızların %59.1’i ve erkek öğrencilerin %20.8’inin alması gerekene göre yeterli proteini karşıladıkları sonucuna varılmıştır. Karbonhidrat tüketimleri; kız öğrencilerin %41’i ve erkek öğrencilerin %27.8’inin DRI’ya göre yeterli karbonhidrat aldıkları sonucuna varılmıştır. Günlük yağ alımları; kız öğrencilerin %45.5’i ve erkek öğrencilerin %44.4’ünün DRI’ya göre yeterli yağ aldıkları saptanmıştır. Posa alımları incelendiğinde, kızların %20.4’ü ve erkeklerin %41.6’sının gün içinde posanın yeterli olduğu gözlenirken, Yağda eriyen vitaminler incelendiğinde; A vitamini, kızların %31.9’u ve erkeklerin %37.5’inin alımlarının yeterli olduğu sonucuna varılmıştır. Gün içerisindeki yiyeceklerden karşıladıkları D vitamini seviyesi ; kızların %3.2’si yeterli ve erkeklerin %4.1’i ve kızların %2.3’inin ise DRI’ya göre çok tükettikleri görülmüştür.

Katılımcıların E vitamini tüketim seviyeleri standartlara bakıldığında, , kızların %20.4'ü ve erkeklerin %30.6'sı yeterli aldıkları sonuçlanmıştır. Aldıkları K vitamininin standartlara göre değerlendirildiğinde, kızların %22.7'i ve erkeklerin %22.2'nin yeterli aldığı sonucuna varılmıştır. Tiamin (B1 vitamini) sonuçları kıyaslandığında; kızların %45.5'i ve erkeklerin %69.4'ü yetersiz aldığı gözlenirken, kızların ve erkeklerin DRI'ya alımlarının hiçbir öğrencide fazla olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Riboflavin (B2 vitamini) alımlarına normale kıyasla bakıldığında, kızların %18.'i ve erkeklerin %34.7'si yetersiz, kızların %59.1'inin ve erkeklerin %51.5'inin yeterli aldıkları gözlenirken, kızların %22.8'inin ve erkeklerin %13.8'inin ise gerekli olana göre çok tükettikleri saptanmıştır. Öğrencilerin Niasin tüketim sonuçlarına bakıldığında, kızların %68.2'si ve erkeklerin %62.5'i yetersiz, kızların %20.5'inin ve erkeklerin %29.1'inin niasin alımlarının yeterli olduğu saptanmıştır. Pridoksin (B-6) sonuçları, kızların %68.2'si ve erkeklerin %55.6'sı yeterli almaktadırlar. Folat alımının, kızların %18.2'si ve erkeklerin %16.6'sı yeterli almaktadır. Kobalamin (B12) kız öğrencilerin %37.6'sı ve erkeklerin %41.6 'sı yeteri kadar almaktadır. C vitamini, kızların %39.8'i ve erkeklerin %30.5'i yeterli aldığı saptanmıştır. Mineral tüketimleri genel olarak yorumlandığında; birinci olarak potasyum: kızların %11.3'ünün ve erkeklerin %13.9'u ise potasyumun yeterli seviyede aldığı görülmüştür. Kalsiyum alımları; kızların %20.4'inin ve erkeklerin %20.8'inin ise gereken kadar kalsiyum aldıkları sonuçlanmıştır. Öğrencilerin magnezyum alımları değerlendirildiğinde, kızların %28.5'inin ve erkeklerin %27.8'inin gereken kadar magnezyum ihtiyacını gidermiştir. Günlük besinlerden pantetonik asit (B-5) tüketimine bakıldığında: kızların %34.1'i ve erkeklerin %44.4'ü yeterli aldığı saptanmıştır. Öğrencilerin mangenez alımları değerlendirildiğinde, kızların %54.6'sı ve erkeklerin %55.5'si yeterli aldığı saptanmıştır. Öğrencilerin

fosfor alımları değerlendirildiğinde, kızların %39.7'si ve erkeklerin %27.7'si yeterli aldığı verilerde görülmektedir. Demir düzeylerinin gereken miktara göre , kızların %81.8'i ve erkeklerin %33.3'ü yetersiz, kızların %11.3'ü ve erkeklerin %48.6'sı yeterli almaktadırlar. Çinko; kız öğrencilerin %62.6'sı ve erkek çocukların %55.5'i yeterli, almaktadır. İyota bakıldığında; kızların %65.9'u ve erkeklerin %69.5'inin yeterli aldığı saptanmıştır. Flor sonuçlarında; kızların %34.1'i ve erkeklerin %45.9'u yeterli aldıkları saptanmıştır. Bakır; kızların %37.6'sı ve erkeklerin %30.6'sı yeterli alırken, Biotin; kızların %31.9'u ve erkeklerin %26.3'ü yeterli almaktadırlar. N-3 yağ asitleri; kızların %27.3'ü ve erkeklerin %23.6'sı yeterli almaktadır. N-6 yağ asitleri; kızların %45.4'ü ve erkeklerin %23.6'sı yeterli almaktadır (Tablo 4.16).

Tablo 4.17: Öğrencilerin Fiziksel Aktivite Yapma Durumlarının Dağılımı

	Kız Sayı (%)	Erkek Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	p ¹
Fiziksel aktivite yapma durumu				
Yapıyor	54 (61.3)	56 (77.7)	110 (68.7)	0.026*
Yapmıyor	34 (38.6)	16 (22.2)	50 (31.2)	
Yapılan aktivite				
Yürüyüş	16 (29.6)	4 (7.14)	20 (18.1)	<0.001*
Koşma	24 (44.4)	9 (16.0)	33 (30)	
Basketbol/voleybol	4 (7.40)	14 (25)	18 (16.3)	
Bisiklet	-	4 (7.14)	4 (3.63)	
Yüzme	-	3 (5.35)	3 (2.72)	
Dans	2 (3.70)	-	2 (1.81)	
Fitness	2 (3.70)	20 (35.7)	22 (20)	
Bale	5 (9.25)	-	5 (4.54)	
Okçuluk	1 (1.85)	-	1 (0.90)	
Atış	-	2 (3.57)	2 (1.81)	
Aktivitenin sıklığı				
Haftada 1-2 gün	1 (1.85)	6 (10.7)	7 (6.36)	<0.001*

Haftada 3-4 gün	12 (22.2)	35 (62.5)	47 (42.7)	
Haftada 5-6 gün	15 (27.7)	10 (17.8)	25 (22.7)	
Hergün	25 (46.2)	5 (8.92)	30 (27.2)	
Diğer	1 (1.85)	-	1 (0.90)	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	p^2
Aktivite süresi				
Dakika/gün	90.3±50.5	93.8±42.8	92.1±46.5	0.426
Aktivite ne zamandır yapıyor				
Ay	21.9±19.9	16.9±8.5	19.3±15.3	0.804

%; Yüzde ; $\bar{X}$: Ortalama; SS: Standart Sapma ; p^1 : Ki Kare Testi ; p^2 : Mann. Whitney U Testi ; *: $p \leq 0.05$

Fiziksel aktive durumlarına ait verilerin dağılımı Tablo 4.17’de verilmiştir. Erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre daha çok fiziksel aktiviteye katıldığı görülmüştür ($p < 0.05$). Erkeklerin %77.7’si fiziksel aktivite yaptığını, kızların ise %61.3’ü fiziksel aktivite yaptığını belirtmişlerdir. Aktivite sıklığı cinsiyete göre değişkenlik göstermektedir ($p < 0.05$). Yapılan aktivite türü incelendiğinde kız öğrenciler %44.4 oranıyla koşma, %29.6 oranı ile yürüyüş yaptıklarını belirtmişlerdir. Erkek öğrenciler ise %35.7 oranı ile fitness, onu takiben %25 oranı ile basketbol/voleybol oynadıklarını belirtmişlerdir. Kız öğrenciler her gün aktivite yaptıklarını belirtirken, erkek öğrenciler haftada 3-4 gün aktivite yaptıklarından bahsetmiştir. Cinsiyete göre yapılan aktivite süreleri ile aktiviteyi kaç aydır yaptıklarının dağılımları arasında istatistiksel anlamda bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$). (Tablo 4.17)

Tablo 4.18: Öğrencilerin Cinsiyete Göre Yeme Tutumu Dağılımları

	Kız Sayı (%)	Erkek Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	p
Yeme tutum				
Normal (<20 puan)	41 (46.5)	21 (29.1)	62 (38.7)	0.024*
Bozulmuş (≥20 puan)	47 (53.4)	51 (70.8)	98 (61.2)	

%; Yüzde ; p: Ki Kare Testi; *: $p \leq 0.05$

Tablo 4.18’da EAT-26 ölçeğinden alınan puanlar öğrencilerin cinsiyetlerine göre incelenmiştir. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre ölçekten aldığı puanlar istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p < 0.05$). Erkek öğrencilerin %70.8’i bozulmuş yeme tutumuna sahipken, kız öğrencilerin %53.4’ü bozulmuş yeme tutumuna sahiptir. Kız öğrencilerin %46.5’i ve erkeklerin %29.1’i normal yeme tutumuna sahiptir. Öğrencilerin toplam %38.7’sinin normal yeme tutumuna, %61.2’sinin ise bozulmuş yeme tutumuna sahip olduğu bulunmuştur. Yapılan analiz sonucunda erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre daha fazla bozulmuş yeme tutumuna sahip oldukları tespit edilmiştir. (Tablo 4.18)

Tablo 4.19: Öğrencilerin Yeme Tutum Durumunun BKİ ve Bel Çevresi Sınıflamasına Göre Değerlendirilmesi

		Yeme Tutumu			p
		Normal Yeme Tutumu	Bozulmuş Yeme Tutumu	Toplam	
		Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Kız	BKI Persentil				0.138
	<5 (Aşırı zayıf)	16 (39.0)	9 (19.1)	25 (28.4)	
	5-15 (Zayıf)	2 (4.87)	5 (10.6)	7 (7.95)	
	15-85 (Normal)	18 (43.9)	22 (46.8)	40 (45.4)	
	85-95 (Kilolu)	4 (9.75)	5 (10.6)	9 (10.2)	
	>95 (Obez)	1 (2.43)	6 (12.7)	7 (7.95)	
Erkek	<5 (Aşırı zayıf)	6 (28.5)	2 (3.92)	8 (11.1)	0.008*
	5-15 (Zayıf)	2 (9.52)	1 (1.96)	3 (4.16)	
	15-85 (Normal)	6 (28.5)	27 (52.9)	33 (45.8)	

	85-95 (Kilolu)	5 (23.8)	9 (17.6)	14 (19.4)	
	>95 (Obez)	2 (9.52)	12 (23.5)	14 (19.4)	
Bel Çevresi					
Persentil					
	<10	25 (60.9)	16 (34.0)	41 (46.5)	
	10-25	3 (7.31)	2 (4.25)	5 (5.68)	
Kız	25-75	11 (26.81)	21 (44.6)	32 (36.3)	0.055
	75-90	2 (4.87)	3 (6.38)	5 (5.68)	
	>90	0 (0)	5 (10.6)	5 (5.68)	
	<10	2 (9.52)	7 (13.7)	9 (12.5)	
	10-25	8 (38.0)	9 (17.6)	17 (23.6)	
Erkek	25-75	7 (23.2)	16 (31.3)	23 (31.8)	0.316
	75-90	4 (19.0)	15 (29.4)	19 (26.3)	
	>90	0 (0)	4 (7.84)	4 (5.55)	

%; Yüzde ; p : Ki Kare Testi ; *: $p \leq 0.05$

Tablo 4.19’da yeme tutum durumu ile bel ve BKİ (persentil) sınıflaması cinsiyete göre karşılaştırılmıştır. Kızların BKİ persentilleri ve bel çevresi persentilleri ile yeme tutumu durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Normal ve bozulmuş yeme tutumuna sahip kız öğrencilerin bel çevresi ve BKİ persentilleri benzer dağılım göstermiştir. Erkek öğrencilerin bel çevresi persentilleri ile yeme tutum durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Erkek öğrencilerin yeme tutum durumları ile BKİ persentil sınıfları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bozulmuş yeme tutumuna sahip erkeklerin büyük çoğunluğu (%52.9) “15-85” persentil grubunda bulunurken, normal yeme tutumuna sahip erkeklerin %28.5’i “15-85” persentil grubunda bulunmaktadır. Normal yeme tutumuna sahip erkekler, bozulmuş yeme tutumuna sahip erkeklere göre diğer persentil gruplarına daha homojen bir dağılım göstermiştir. (Tablo 4.19).

Tablo 4.20: Öğrencilerin Cinsiyete Göre Beden Algısı Dağılımı

	Kız Sayı (%)	Erkek Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	p
Beden Algısı				
Normal (<135 puan)	63 (71.5)	71 (98.6)	134 (83.7)	<0.001*
Bozulmuş (≥135 puan)	25 (28.4)	1 (1.38)	26 (16.2)	

%; Yüzde ; p : Ki Kare Testi; *: $p \leq 0.05$

Öğrencilerin cinsiyete göre beden algısı durumlarının dağılımı Tablo 4.20’de incelenmiştir. Cinsiyete göre beden algısı durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Erkek öğrencilerin %98.6’sı normal beden algısına sahipken, kız öğrencilerin %71.5’i normal beden algısına sahiptir. Erkek öğrenciler kız öğrencilere göre daha çok normal beden algısına sahiptir. Kız öğrencilerin %28.4’ü bozulmuş beden algısına sahipken, erkek öğrencilerin %1.38’i bozulmuş beden algısına sahiptir. Çalışmaya katılan tüm öğrencilerin %83.7’si normal beden algısına, %16.2’si ise bozulmuş beden algısına sahip bulunmuştur. (Tablo 4.20)

Tablo 4.21: Öğrencilerin BKİ Sınıflamasına Göre Dağılımı ve Beden Algısı Durumunun Değerlendirilmesi

	Çok Zayıf Sayı (%)	Zayıf Sayı (%)	Normal Sayı (%)	Fazla Kilolu Sayı (%)	Obez Sayı (%)	p
Beden Algısı						
Normal (<135 puan)	8 (28.6)	12 (92.3)	87 (96.7)	12 (85.7)	15 (100.0)	<0.001*
Bozulmuş (≥135 puan)	20 (71.4)	1 (7.7)	3 (3.3)	2 (14.3)	-	

%; Yüzde ; p: Ki Kare Testi ; *: $p \leq 0.05$

Tablo 4.21’de BKİ grupları ile beden algısı durumları arasındaki dağılım incelenmiştir. BKİ grupları ile beden algısı durumları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Normal BKİ grubundaki öğrencilerin %96.7’si normal beden algısına sahipken, %3.3’ü bozulmuş beden algısına sahiptir. Çok zayıf BKİ grubundaki öğrencilerin %71.4’ü bozulmuş beden algısına sahiptir. Çalışmadaki obez BKİ grubundaki öğrencilerin tümü ise normal beden algısına sahiptir. (Tablo 4.21)

Tablo 4.22: Bel çevresi Persentil Sınıflaması ve Beden Algısı Durumu Dağılımı

Beden Algısı	Normal Sayı (%)	Bozulmuş Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	p
Bel Çevresi				
<10	42 (31.3)	8 (30.7)	50 (31.2)	0.156
10 - 25	20 (14.9)	2 (7.69)	22 (13.7)	
25 - 75	41 (30.5)	14 (53.8)	55 (34.3)	
75- 90	23 (17.1)	1 (3.84)	24 (15)	
>90	8 (5.97)	1 (3.84)	9 (5.62)	

%; Yüzde; p: Ki Kare Testi; *: $p\leq 0.05$

Bel çevresi persentil sınıfları ve beden algısı durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Beden algısı normal ve bozulmuş olan öğrenciler bel çevresi persentil gruplarına benzer şekilde dağılım göstermiştir. Normal beden algısına sahip öğrencilerin %30.5’i, “25-75” persentil grubundayken, bozulmuş beden algısına sahip öğrencilerin %53.8’i, “25-75” persentil grubu içerisinde yer almaktadır. (Tablo 4.22)

Tablo 4.23: Beden Algısı ve Yeme Tutum Testi Gruplarının Dağılımı

Yeme Tutumu	Normal Yeme	Bozulmuş Yeme	Toplam	p
	Tutumu	Tutumu		
	(<20)	(≥20)		
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Beden Algısı				
Normal	60 (96.7)	74 (75.5)	134 (83.7)	<0.001*
Bozulmuş	2 (3.22)	24 (24.4)	26 (16.2)	

%; Yüzde ; p : Ki Kare Testi ; *: $p \leq 0.05$

Tablo 4.23'te beden algısı durumlarının, yeme tutumu gruplarına göre dağılımı incelenmiş ve istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Normal yeme tutumuna sahip kişilerin %96.7'si normal beden algısına sahipken, bozulmuş yeme tutumuna sahip öğrencilerin %24.4'ü bozulmuş beden algısına sahiptir. Normal yeme tutumuna sahip öğrenciler, bozulmuş yeme tutumuna sahip öğrencilere göre daha fazla normal beden algısına sahiptir. Çalışmadaki toplam öğrencilerin ise %83.7'si normal beden algısına sahiptir. (Tablo 4.23)

Tablo 4.24: Öğrencilerin Cinsiyete Göre Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Puanlarına Ait Bulgular

	Kız		Erkek		Toplam		p
	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	
Kısıtlama	2.50±2.29	0 6	1.33±1.14	0 4.8	1.97±1.95	0-6	0.012*
Yeme Endişesi	2.05±1.58	0 – 4.2	1.35±1.58	0 – 4.2	1.73±1.61	0-4.2	0.009*
Beden Şekli Endişesi	3.00±2.04	0 5.6	1.91±1.61	0 4.9	2.51±1.93	0-5.63	0.002*
Kilo Endişesi	2.65±1.87	0 5.4	1.71±1.22	0 – 4.2	2.23±1.67	0 5.4	0.009*

Toplam skor	2.55±1.86	0 – 5.2	1.57±1.24	0 – 3.7	2.11±1.68	0-5.18	0.004*
-------------	-----------	---------	-----------	---------	-----------	--------	---------------

$\bar{X}$: Ortalama; SS: Standart sapma; p: Mann Whitney U Testi; *: $p \leq 0.05$

EDE-Q ve alt ölçeklerinden alınan puanların dağılımı cinsiyete göre incelenmiştir. Alt ölçek ve toplam puan ortalamaları, standart sapmaları verilmiştir. Kızlarda, kısıtlama alt ölçeği puanı 2.50 ± 2.29 ; yeme endişesi puanı 2.05 ± 1.58 ; beden şekli endişesi puanı 3.00 ± 2.04 ; kilo endişesi puanı 2.65 ± 1.87 'dir. Erkeklerde kısıtlama alt ölçeği puanı 1.33 ± 1.14 ; yeme endişesi puanı 1.35 ± 1.58 ; beden şekli endişesi puanı 1.91 ± 1.61 ; kilo endişesi puanı 1.71 ± 1.22 'dir. Toplam skor kızlarda 2.55 ± 1.86 ; erkeklerde ise 1.57 ± 1.24 'dir. Tüm alt ölçekler ve toplam skorda cinsiyete göre anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Tüm alt ölçeklerden erkekler, kız öğrencilere göre daha düşük sonuç almıştır (Tablo 4.24)

Tablo 4.25. Öğrencilerin Cinsiyete Göre Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Dağılımı

	Kız Sayı (%)	Erkek Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	P
EDE-Q				
Klinik Önem Yok (<4 puan)	66 (75.0)	72 (100.0)	138 (86.2)	<0.001*
Klinik Önem Var (≥ 4 puan)	22 (25.0)	-	22 (13.8)	

%; Yüzde; p: Ki Kare Testi; *: $p \leq 0.05$

Öğrencilerin cinsiyete göre EDE-Q dağılımı arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Çalışmadaki erkek öğrencilerin tümünde yeme bozukluğu klinik önem taşımazken, kız öğrencilerin %25'inde yeme bozukluğu klinik önem düzeyindedir. %75'inde ise yeme bozukluğu klinik önem düzeyinde değildir. Öğrencilerin %86.2'sinde yeme bozukluğu klinik önem düzeyinde değil, %13.8'inde klinik önem düzeyindedir. (Tablo 4.25)

Tablo 4.26: Kız Öğrencilerin BKİ Grupları İle Yeme Bozukluğu Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Kız	Çok zayıf	Zayıf	Normal	Fazla kilolu	Obez	p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
EDE-Q						
Kısıtlama	5.71±1.30	2.4±2.30	1.17±1.23	2.68±1.65	2.0±0	<0.001*
Yeme						
Endişesi	3.61±0.82	1.8±1.80	1.27±1.22	1.32±0.90	4.2±0	<0.001*
Beden Şekli						
Endişesi	5.38±1.11	3.12±1.61	1.76±1.46	3.02±1.31	4.8±0	<0.001*
Kilo						
Endişesi	4.99±0.96	3±1.75	1.48±1.21	2.64±1.27	3.8±0	<0.001*
Toplam Skor	4.93±1.05	2.58±1.81	1.42±1.15	2.41±1.05	3.72±0	<0.001*

$\bar{X}$: Ortalama ; SS: Standart Sapma ; p : Kruskal Wallis Testi ; *: p ≤0.05

EDE-Q ve alt ölçeklerinden kızların aldıkları puanların dağılımı BKİ gruplarına göre incelenmiştir. Tüm alt ölçekler ve toplam skorda BKİ gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.05). Çok zayıf kız öğrencilerde kısıtlama alt ölçeği puanı 5.71±1.30; yeme endişesi puanı 3.61±0.82; beden şekli endişesi puanı 5.38±1.11; kilo endişesi puanı 4.99±0.96'dır. Çok zayıf kız öğrencilerde toplam puan ise 4.93±1.05'dir. Obez kız öğrencilerde kısıtlama alt ölçeği puanı 2.0±0; yeme endişesi puanı 4.2±0; beden şekli endişesi puanı 4.8±0; kilo endişesi puanı 3.8±0; toplam puan ise 3.72±0'dir. Tüm alt ölçeklerde çok zayıf BKİ grubundaki kız öğrenciler en yüksek puanları alırken, normal BKİ grubundaki kız öğrenciler en düşük puanları almıştır. (Tablo 4.26)

Tablo 4.27: Erkek Öğrencilerin BKİ Grupları İle Yeme Bozukluğu Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Erkek	Çok zayıf	Zayıf	Normal	Fazla kilolu	Obez	p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
EDE-Q						
Kısıtlama	0.65±1.04	1.96±1.98	1.18±1.09	1.46±1.20	2.00±0	0.025*
Yeme Endişesi	0.62±0.96	1±1.24	0.81±1.08	1.42±1.61	4.20±0	<0.001*
Beden Şekli Endişesi	2.18±1.00	1.05±0.97	1.13±0.87	2.43±1.78	4.80±0	<0.001*
Ağırlık Endişesi	1.68±0.75	0.72±0.75	1.2±0.72	2.31±1.47	3.80±0	<0.001*
Toplam Skor	1.29±0.67	1.18±1.17	1.08±0.82	1.90±1.41	3.72±0	<0.001*

$\bar{X}$: Ortalama ; SS: Standart Sapma ; p : Kruskal Wallis Testi ; *: p ≤0.05

EDE-Q ve alt ölçeklerinden erkeklerin aldıkları puanların dağılımı BKİ gruplarına göre incelenmiştir. Çok zayıf erkek öğrenciler kısıtlama alt ölçeği puanı; 0.65±1.04; yeme endişesi alt ölçeği 0.62±0.96; beden şekli endişesi puanı 2.18±1.00; ağırlık endişesi puanı 1.68±0.75 ; toplam puan ise 1.29±0.67'dir. Obez erkeklerde kısıtlama alt ölçeği puanı 2.00±0; yeme endişesi puanı 4.20±0; beden şekli endişesi puanı 4.80±0; ağırlık endişesi puanı 3.80±0; toplam puan 3.72±0'dir. Tüm alt ölçekler ve toplam skorda BKİ gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.05). Obez BKİ grubundaki erkek öğrenciler alt ölçek ve toplam skorda diğer BKİ gruplarına göre daha yüksek puan almıştır. (Tablo 4.27)

Tablo 4.28: Öğrencilerin Yeme Tutum Testi ve Yeme Bozukluğu Değerlendirme Dağılımı

	Yeme Tutum Normal (<20 puan)	Yeme Tutum Bozulmuş (≥ 20 puan)	Toplam	p
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
EDE-Q				
Klinik Önem				
Yok	62 (100.0)	76 (77.6)	138 (86.2)	<0.001*

(<4 puan)			
Klinik Önem Var	-	22 (22.4)	22 (13.8)
(≥ 4 puan)			

?: Yüzde; p: Ki Kare Testi; *: $p \leq 0.05$

Öğrencilere uygulanan yeme tutumu ile yeme bozukluğu ölçeklerinden elde edilen durumların dağılımı Tablo 4.28’te incelenmiştir. İki ölçeğe ait durumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Yeme tutumu bozulmuş olan öğrencilerin %77.6’sının yeme bozukluğu durumunda klinik önem yokken, %22.4’ünde yeme bozukluğu durumunda klinik önem vardır. Yeme tutumu normal olan öğrencilerin tümünde yeme bozukluğu durumunda klinik öneme rastlanmamıştır. Öğrencilerin %86.2’sinin klinik önem düzeyinde yeme bozukluğu yok iken, %13.8’inin klinik önem düzeyinde yeme bozukluğu vardır (Tablo 4.28).

Tablo 4.29: Öğrencilerin Beden Algısı ve Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Sonuçları

	Beden Algısı Normal (<135) Sayı (%)	Beden Algısı Bozuk (≥ 135) Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	P
EDE-Q Klinik Önem Yok (<4 puan)	132 (98.5)	6 (23.1)	138 (86.2)	$<0.001^*$
Klinik Önem Var (≥ 4 puan)	2 (1.5)	20 (76.9)	22 (13.8)	

?: Yüzde; p: Ki Kare Testi; *: $p \leq 0.05$

Öğrencilere uygulanan BAÖ ile yeme bozukluğu ölçeklerinden elde edilen durumların dağılımı Tablo 4.29’de incelenmiştir. İki ölçeğe ait durumlar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Beden algısı bozuk olan öğrencilerin %76.9’unda klinik önem düzeyinde yeme bozukluğu varken, %23.1’inde klinik önem

düzeyinde yeme bozukluğu yoktur. Beden algısı normal olan öğrencilerin ise %98.5’inde klinik önem düzeyinde yeme bozukluğu görülmemiştir. Öğrencilerin %86.2’sinin klinik önem düzeyinde yeme bozukluğu yok iken, %13.8’inin klinik önem düzeyinde yeme bozukluğu vardır (Tablo 4.29)

Tablo 4.30: Öğrencilerin Bel Çevresi İle Beden Algısı, Yeme Tutumu ve Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeğine Ait Korelasyon Tablosu

	1	2	3	4
	r	r	r	r
	p	p	p	p
1.Bel Çevresi	-			
2.Beden Algısı	-0.478** <0.001**	-		
3.Yeme Tutum	-0.027 0.737	0.281** <0.001**	-	
4.Toplam Skor	-0.170* 0.031*	0.539** <0.001**	0.600** <0.001**	-

r: Spearman İlişki Katsayısı; *: $p \leq 0.05$; **: $p < 0.001$

Öğrencilerin bel çevresi değişkeni ile 3 ölçekten aldıkları puanlar arasında korelasyon incelenmiştir. Bel çevresi ve beden algısı arasında ters taraflı orta derecede bir ilişki bulunmuştur ($r = -0.478$, $p < 0.05$). Bel çevresi arttıkça beden algısı değerleri düşmektedir. Bel çevresi ile yeme bozukluğu toplam skoru arasında da zıt taraflı düşük ölçüde anlamlı bir ilişkiye ulaşılmıştır ($r = -0.170$, $p < 0.05$). Bel çevresindeki artış toplam skorda az miktarda bir düşüşe sebep olmaktadır. Yeme tutumu ile yeme bozukluğu ölçekleri arasında ise aynı yönlü yüksek derecede bir ilişki bulunmuştur ($r = 0.600$). Toplam skordaki artış yeme tutumu puanlarında da artışa sebep olmaktadır. (Tablo 4.30)

Tablo 4.31: Öğrencilerin Bel Çevresi, BKİ ve Beden Algısı İle Yeme Bozukluğu Değerlendirme Alt Ölçekleri İle İlişkisi

	1	2	3	4	5	6	7	8
	r	r	r	r	r	r	r	r
	p	p	p	p	p	p	p	P
1.Bel Çevresi	-							
2.BKİ	0.801* * <0.001 **	-						
3.Beden Algısı	- 0.478* * <0.001 **	- 0.481** ** <0.001 **	-					
4.Kısıtlama	- 0.273* * <0.001 **	-0.157* 0.048* **	0.543** * <0.001 **	-				
5.Yeme Endişesi	-0.025 0.756	0.102 0.197	0.387** * <0.001 **	0.766** * <0.001 **	-			
6.Beden Şekli Endişesi	- 0.164* 0.038* **	-0.115 0.148	0.569** * <0.001 **	0.796** * <0.001 **	0.825** * <0.001 **	-		
7.Kilo Endişesi	-0.153 0.054	-0.104 0.189	0.536** * <0.001 **	0.765** * <0.001 **	0.796** * <0.001 **	0.926** * <0.001 **	-	
8.Toplam Skor	- 0.170* 0.031* **	-0.085 0.286	0.539** * <0.001 **	0.895** * <0.001 **	0.901** * <0.001 **	0.962** * <0.001 **	0.935** * <0.001 **	-

r: Spearman İlişki Katsayısı; *: $p \leq 0.05$; **: $p < 0.001$

Tüm alt ölçekler kendi aralarında yüksek derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişkili bulunmuştur ($p < 0.05$). Bel çevresi ile BKİ arasında yüksek derecede pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($r = 0.801$, $p < 0.05$). BKİ ile beden algısı arasında ise orta

derecede ters yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.481$, $p<0.05$). BKİ değeri yükseldikçe öğrencilerin BAÖ'den aldıkları puanlar düşmektedir. (Tablo 4.31)

Bölüm 5

TARTIŞMA

Adölesan dönemdeki bireyler ileri dönemdeki yetişkinler olacağı için yaşam tarzı, beslenme alışkanlıklarının doğru bir şekilde zemin oluşturması çok önemlidir. adölesan dönem için son yıllarda kullanımı artan akıllı telefonlar, sosyal medya, inceledikleri ve beden tipleri, spor çeşitleri gibi alışkanlıklar bu dönemdeki çocukların yanlış beslenme alışkanlıkları ve uygulamaları ile karşı karşıya bırakmaktadır (Ferguson ve ark., 2012).

YB, beden algısı, beden memnuniyetsizliği özellikle adölesan dönemde karşımıza çıkmaktadır. Bu yaş grubunda çevrenin oluşturduğu ideal vücut kalıp yargıları, popüler diyet uygulamaları ve daha fazlasından dolayı yetersiz ve dengesiz beslenme artmaktadır (Legenbauer ve ark., 2014; Thompson ve ark., 2006).

5.1 Öğrencilerin Genel Özellikleri

Bu çalışmaya yaşları 15 ile 19 arasında değişen 88 (%55) kız ve 72 (%45) erkek öğrenci olmak üzere toplam 160 öğrenci katılmıştır. Öğrencilerin %13.8'i 15 , %5.6'sı 16, %20.6'sı 17, %55'i 18 %5'i ise 19 yaşındadır. Katılımcıların 13 (%8.1) tanesi 9. Sınıf 16 (%10) tanesi 10.sınıf, 37 (23.1) tanesi 11.sınıf , 94 (%53.8) tanesi 12. Sınıftır. Çalışmaya katılan öğrencilerin aile eğitim durumuna bakıldığında ; Annelerin %0.6 sı okur yazar değil %2.5 2'i okuryazar %24.4'ü ilkököl, %3.8'i ortaokul, %31.9'u lise, %36.9'u üniversite mezunudur. Babaların eğitim durumuna bakıldığında %2.5 okuryazar, %3.1 ilkököl, %9.4'ü ortaokul, %26.3 lise, %58.8 üniversite mezunu olarak sonuçlanmıştır. Öğrencilerin %13.8'inin kardeşi yok,

%68.8'i 1 kardeşe sahip, %14.4 2 kardeş, %1.9'u 3 kardeş %1.3'ü 4 kardeşdir. (Tablo 4.1).

Türkiye'de 26 il genelinde yapılan 6-10 yaş grubu çocukların dahil edildiği 6.328 erkek 5.919 kız öğrenci olmak üzere 12.301 öğrenci dahil olmuştur. Araştırmada öğrencilerin annelerinin %76'sının ve babalarının %12'sinin ilkokul mezunu olduğunuz belirtmişlerdir (Aygün,2014).

Kronik sağlık; tanımı, uzunluğu, başlangıç yaşı , yaşa uygun aktivitelerin yapılabilme durumu, duygusal/sosyal durum , iletişim bozuklukları ve birçok faktörü içermektedir. Mevcut çalışmaya katılan adölesanlara yöneltilen kronik hastalığı var mı sorusuna alınan cevapların dağılımı ; 5 (%3.1) kişi kendisine kronik hastalık tanısı konduğunu belirtmiştir. Bu hastalıklar; 2 kişide (%1.3) astım, 1(%0.6) kişide FMF,1 (%0.6) kişide migren, 1(%0.6) kişide diğer cevabını vermiştir (Tablo 4.2).

Newacheck ve arkadaşları adölesan dönem çocuklarda kronik hastalıkların ne kadar yaygın olduğunu ve bıraktığı etkiyi görebilmek adına 10-17 yaş arasındaki 7465 adölesanı çalışmaya dahil etmişlerdir. Sonuç olarak adölesanların %31'inin bir ya da daha çok sürekli hastalığının bulunduğu verisine ulaşılmıştır. Çoğunlukla karşılaşılan kronik hastalıklar arasında solunum yolu alerjileri, astım ve sıklıkla tekrarlayan baş ağrıları olarak görülmektedir (Newacheck ve ark.,1991). Toplam 439 adölesanın katıldığı başka bir çalışmada ise erkeklerin %10.8'inin ve kızların %15.2'nin toplamda %13.4'ünün hekim tarafından tanısı konmuş hastalığı olduğu saptanmıştır (Kılınçarslan,2017). Bu çalışmaya ve diğer çalışmalara bakıldığında adölesan dönemi bireylerde doktor tarafından tanısı koyulmuş kronik hastalık varlığının az olduğunu ve daha yüksek oran ile astım ve baş ağrıları olarak sonuçlanmıştır.

5.2 Öğrencilerin Vücut Ağırlığı Kaybı İçin Yardım Alma Durumu

Öğrencilerin cinsiyete göre vücut ağırlığı kaybı için yardım alma durumları; kız öğrencilerin %65.9'u, erkeklerin de %80.5'i vücut ağırlığı kaybı için yardım almadığını söylemiştir. Kızların erkeklere göre daha büyük çoğunluğu yardım aldığını belirtmiştir. Vücut ağırlığı kaybı için yardım aldığını belirten kız öğrencilerin %70'i ise bu yardımı arkadaşlarından aldığını belirtmiştir. Erkek öğrencilerin ise %71.4'ü diyetisyenden yardım aldıklarını belirtmişlerdir. Kilo vermek için yardım aldığını belirten kız öğrencilerin %70'i ise bu yardımı arkadaşlarından aldığını, %16.6'sı diyetisyenden %10'u ise sosyal medyadan aldığını belirtmiştir (Tablo 4.3). Bu sonuçların değerlendirmesi olarak kız öğrencilerin daha çok çevresinden etkilenip hareket ettiğini söyleyebiliriz.

Bir araştırmada 15-18 yaş çocukların % 31'inin yardım almadan diyet uygulayarak, %17'sinin medikal destek alarak kilo verdiklerini söylemişlerdir (Cuadrado ve ark.,2000). Nowak'ın üzerinde çalıştığı araştırmada ise eskiden vücut ağırlığı kaybı için çabalayan çocukların zayıflama bilgilerini sırasıyla %36, %66, %66 miktarında arkadaştan, aileden, ve magazinsel dergilerden bilgi aldıkları sunulmuştur (Nowak,1998). Bir diğer çalışmada doktordan vücut ağırlığı kaybı ile ilgili bilgi alanların oranına baktığımızda; %8.0 olarak sonuçlanmıştır. Son bir yılda zayıflamak amacıyla bilgi aldıkları kaynaklar ise % 94'ü Sağlık görevlileri , % 78'i Medya , % 98'i Eczacı, % 97'si Aktar, % 96'sı Bilim içerikli yayın, % 91'i ise diğer kaynaklarına tercih etmediklerini belirlenmiştir. Vücut ağırlığı kaybı için beslenme uzmanı ve hekime başvuranların sayısı gittikçe azalmaktadır (Arsan,2019).

Yukarıda belirtilen çalışmalarda olduğu gibi mevcut çalışmada da vücut ağırlığı kaybı için daha çok arkadaş, dergi, sosyal medya gibi kaynaklardan yardım

alınmaktadır. Bu durumun adölesan dönemde daha yaygın olması, gelişen ve değişen beden algısı ve sosyal medya kullanımı olduğu düşünülmektedir.

5.3 Öğrencilerin Antropometrik Ölçüm Sonuçları

Antropometrik ölçümler vücut kompozisyonunu değerlendirmek amacıyla yapılan ölçümlerdir. Temel veriler; boy uzunluğu, vücut ağırlığı, BKİ, bel ve kalça çevresidir. Bu ölçümler kardiyovasküler hastalık, diyabet, hipertansiyon gibi önemli hastalık gruplarının riskini arttıran obezite için tanı kriteridir (Casadei ve Kiel, 2020).

Bu çalışmaya katılan kızların kilo ortalamaları 55.6 ± 11.5 kg, boy uzunluğu ortalamaları 1.66 ± 0.05 cm , bel çevresi ortalamaları 67.4 ± 11.8 cm , kalça çevresi ortalamaları 75.3 ± 16.7 cm, BKİ ortalamaları ise 20.2 ± 4.36 kg/m²'dir (Tablo 4.4).

Erkek öğrencilerin vücut ağırlığı ortalamaları 68.7 ± 14.5 kg, boy uzunluğu ortalamaları 1.72 ± 0.09 cm, bel çevresi ortalamaları 78.7 ± 14.2 cm, kalça çevresi ortalamaları 88.7 ± 18.0 cm, BKİ ortalamaları 23.3 ± 5.19 kg/m²'dir. Öğrencilerin hepsinin vücut ağırlığı ortalamaları 61.5 ± 14.4 kg, boy uzunluğu ortalamaları 1.68 ± 0.08 cm, bel çevresi ortalamaları 72.5 ± 14.1 cm, kalça çevreleri ortalamaları 81.4 ± 18.5 cm, BKİ ortalamaları 21.6 ± 4.97 kg/m² 'dir (Tablo 4.4).

Brezilya'da adölesan dönem çocuklarda gerçekleştirilen bir araştırmada, çocukların ortalama vücut ağırlıkları; erkeklerde 65 kg ve kızlarda 56 kg olarak sonuçlanmıştır. Boy ölçülerine bakıldığında erkeklerde 173 cm kızlarda 162 cm olduğu, BKİ sonuçları; erkeklerde 21 kg/m² ve kızlarda 21 kg/m² olduğu görülmüştür. (Pelegrini ve ark., 2015). Diğer bir araştırmaya bakıldığında, vücut ağırlığı kızlarda 56 kg ; erkeklerde 62 kg ,erkeklerin boyu 168 cm ve kızların boyu 161 cm, BKİ ölçüsü verileri kızlarda 21 kg/ m² ve erkeklerde 22 kg/m² ve erkek bel ölçüsü 74 cm ve kızlardaysa 68 cm olarak verilenmiştir (Bacopoulou ve ark., 2016). Başka bir araştırmada ise katılımcıların vücut ağırlığı ortalamalarının 53 kg,

boy uzunluğu sonuçlarının 156 cm ve bel çevresi genellemeleri 77 cm olduğu bulunmuştur (Kabaran ve Gezer,2013). Başka değerledirmede; erkeklerin %3'ünün obez, %8'inin kilolu, kızların ise %2'sinin obez, %10'unun fazla kiloya sahipliği tespit edilmiştir. Erkek katılımcılarda obezite çok olmasına rağmen aradaki fark istatistik açısından anlamlı değildir (Gümüşsoy,2014). İzmir'de yapılan başka bir çalışmada kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre kilolu ve obez olma oranı daha düşük seviyelerde tespit edilmiştir (Daştan ve ark.2014).

Bu çalışmada adölesanların yaşa göre BKİ persentil değerlerine baktığımızda; %20.6'sının (n:33) ok zayıf sınıflandırılmasıa sahip olduğu, %6.25'inin (n:10) zayıf sınıflandırılmasında olduğu, %45.6'sının (n:73) normal aralıkta olduğu, %14.3'ünün (n:23) hafif şişman sınıflandırılmasında, %13.1'inin (n:21) obez sınıflandırılmasında olduğu görölmektedir. Çalışmadaki kişilerin cinsiyetlerine göre persentillere dağılımı bakımından istatistik tarafından önemli bir fark görölmüştür ($p<0.05$). Çalışmadaki kız ve erkeklerin de çoğunluğu normal seviyedeki bki persentilinde bulunurken, kızların erkeklere göre daha fazla çok zayıf sınıfında, erkeklerde ise hafif şişman ve obez sınıfında bulunmaktadır. Erkeklerde %19.4 (n:14) obez sınıflandırmasında iken kız adölesanların %7.95'i (n:7) obez sınıflandırılmasındadır. Kız öğrencilerin %28.4'ü (n:25) ok zayıf sınıflandırılmasında iken erkek katılımcıların %11.1'i (n:8) ok zayıf sınıflandırılmasındadır (Tablo 4.5).

2004 yılında Kayseri'de yapılan çalışmada çocukların %10'unun kilolu ve %2'sinin obez olduğu gözlemlenmiştir (Krassas ve ark.,2004). 7-18 yaş arası 2009 öğrenci ile İzmir'de yapılan incelemede gençlerin %13'ünün ideal ağırlıkta olmadığı ve %11'inin çok kilolu olduğu görölmüştür (Daştan ve ark.,2014). 15 yaşa kadar olan

2907 öğrenci ile yapılan bir incelemede kilolu ve obez olanların sonucu sırasıyla %12 ve % 6 olduğu sonuçlanmıştır (Tütüncü,2014).

Katılımcıların Yaşa göre BKİ Z Skor Sınıflandırılması; katılımcıların BKİ Z skor değerlendirilmesine baktığımızda %20.6'sının (n:33) çok zayıf sınıflandırılmasıa sahip olduğu, %6.25'inin (n:10) zayıf sınıflandırılmasında olduğu, %45.6'sının (n:73) normal aralıkta olduğu, %14.3'ünün (n:23) hafif şişman sınıflandırılmasında, %13.1'inin (n:21) obez sınıflandırılmasında olduğu görülmektedir. (Tablo 4.6).

319 öğrenci ile yapılan başka bir araştırmada öğrencilerin %15'i kilolu, %4'ü şişman %5'inin ise zayıf olduğu belirlenmiştir. Erkeklerde kilolu ve şişman olanların sıklığı kızlara göre daha yüksek tespit edilmiş ve cinsiyetle vücut kitle indeksi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmuştur (Aksoydan ve Çakır,2011). Gerçekleştirilen bir diğer çalışmada 12-14 yaş grubundaki ergenlerin %25'i zayıf, %25'i şişman, 15-18 yaş grubundakilerde ise zayıflık %26 şişmanlık ise %21 olarak tespit edilmiştir (Aksoydan ve Çakır,2011).

Bir diğer araştırmada gönüllü katılımcılardan erkeklerin % 5'i obez, % 16'sı üst düzey kilolu ve % 79'u normal çıkmıştır. Kızlarda ise; % 19'u fazla kilolu , %5'i obez , % 76'sı normal olduğu tespit edilmiştir (Rodriguez ve ark., 2015).

TBSA'da 6 ile 18 yaş arasında olan küçüklerin %58'inin yaşına bakılınca ideal vücut indeksi değerine sahipliği, %8'inin çok kiloya sahip , %14'ünün hafif şişman, %15'inin zayıf ve %4 oranında aşırı zayıflık durumundadır. Akdeniz çevresinde fazla zayıf olanların oranı %7 ile daha fazladır (TBSA,2010). Bu çalışma ve diğer çalışmaların sonuçlarına göre kızların erkeklere göre zayıf ve çok zayıf grupta daha çok yer aldığı, erkeklerin ise kilolu ve obez grubunda daha çok yer aldığı gözlemlenmiştir. Bunun sebebini kızların daha fazla vücut ağırlığı kaybı isteklerinin olması diye yorumlanabilir.

Bu çalışmaya katılan adölesanların yaşa ve cinsiyete göre boy percentil sınıflandırmasına baktığımızda %5 (n:8) çok kısa, %3.75 kısa (n:6), %60 normal (n:96) , %28.1 uzun (n:45), %3.12 (n:5) çok uzun sınıflandırılmıştır. Çalışmadaki kişilerin cinsiyetlerine göre boy persentillere dağılımı ilişkisinde istatistiksel açıdan anlamlı fark ile sonuçlanmıştır ($p<0.05$). Çalışmadaki kız ve erkeklerin de çoğunluğu normal seviyedeki boy persentilin de bulunurken, kızların erkeklere göre daha çok uzun sınıfında, erkeklerde ise çok kısa sınıfında bulunmaktadır (Tablo 4.8). En üst seviyede kısa boyun olduğu bölgeler sırasıyla; Batı Anadolu, Güneydoğu Anadolu, Kuzeydoğu Anadolu ve Ortadoğu Anadoludur. (TBSA,2010).

Bireylerin boy oranları analiz edilen bir araştırmada; %10'unun düşük boyda bulunduğu saptanmıştır (Tütüncü,2014). Antalya'da yapılan incelemenin sonuçlarında ise kişilerin %2'si bodur olduğu raporlanmıştır (Türkkahraman ve ark.,2006). Diyarbakır'da yürütülen çalışmada ise katılımcıların %14'ünün bodur olduğu gözlemlenmiştir (Ece ve ark.,2004).

Mevcut çalışmaya katılan adölesanların bel çevreleri incelendiğinde fark bulunmuştur ($p<0.05$). Kız öğrencilerin %46.5'inin bel çevresi 10 persentilden düşükken, erkeklerin %31.8'inin bel çevresi 25-75 persentil normal aralığındadır. Kız öğrencilerin bel çevresi %5.68'i (n:5) , erkek öğrencilerin %5.55'i (n:4) 90 persentil üzerindedir (Tablo 4.7). 10 persentilden düşük olan bel çevresi oranının yüksek olmasının sebebinin çok zayıf kız öğrenci varlığında yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Başka bir araştırmada öğrencilerin %31'inin bel çevresi 75 ila 90 persentiller arasında ve %14'ünün 90 persentil üstündedir (Kabaran ve Gezer,2013). Bel çevresi değerlendirmesi ortalaması erkek gönüllülerde 72.8 cm

ve kız gönüllülerde 67 cm olarak sonuçlanmış ve verilere geçmiştir (Pelegrini ve ark., 2015).

Çin’de gerçekleştirilen bir araştırmada bel çevresi yüksek olan ergenlerde standart ölçüme sahip çocuklara göre çok fazla hipertansiyon sorunu olduğunu görmüşlerdir. Çin’de takip edilen bir araştırmaya bakacak olursak ; az BKİ ve yüksek bel çevresi ölçüleri kaydedilen küçüklerde ve genç bireylerde diyastolik ve sistolik kan seviyelerinde artma durumunun varlığı saptanmıştır (Zhang ve ark.,2016). Bu araştırma ve yapılan diğer araştırmalara bakıldığında paralel sonuçlar elde edilmiştir. Kız öğrencilerin bel çevresi sonuçlarının daha düşük olduğu, bel çevresi aralıkları genelde normal persentilde yer almakta fakat yüksek bel çevresi varlığı obezite ve kronik hastalıklara yatkınlığa yol açmaktadır.

5.4 Öğrencilerin Cinsiyete Göre Tartılma Sıklıkları

Vücut ağırlığı kontrolü sağlık açısından yararlı olabilse de araştırmalar depresyon ve beden algısı gibi psikolojik süreçler üzerinde olumsuz etkisi ve sağlıksız kilo verme alışkanlıklarının benimsenmesi yönünden kötü etkisinin olduğunu düşünmektedirler (Welsh ve ark.,2009). Literatürler sürekli ağırlık kontrolünün, tartılmanın, bozulmuş yeme tutumu ve beden algısı riskini arttırabileceğini vurgulamaktadır (Fairburn,2008).

Öğrencilere tartılma sıklıkları; Tartılma sıklıklarının cinsiyete bağlı dağılımları Tablo 4.9’de görülmektedir. Kız çocukların %12.5’i günde 1 defa , erkek öğrencilerin ise %18’i günde bir defa tartılmaktadır.Günde 3 defa tartılan 1 kız öğrenci varken, günde 3 defa tartılan hiç erkek öğrenci yoktur. Ayda 1 defa tartılan %44.3 kız , %55.5 erkek öğrenci vardır (Tablo 4.9).

Başka bir çalışmada yeme bozukluğuna sahip katılımcıların tartılma sıklığına bakıldığında günde birden fazla tartılan katılımcıların erkekler ve AN tanılı oldukları

gözlemlenmiştir (Stoving ve ark.,2011). 268 öğrenci üzerinde yapılan bir araştırmada kadınlarda şişmanlamaktan korunmak için sık sık tartılma sonucuna varılmış ve erkeklerde de sık tartılma durumu gözlemlenmiş sebebidde spora bağlanmıştır (Klos ve ark.,2012). Bir diğer çalışmada ise tartılma sıklığına bakıldığında yeme bozukluğunun şiddeti ile ilişkilendirilmiştir. En sık tartılanlar AN, BN ve TYB olan katılımcılar olmuştur (Melin ve ark.,2016). Erkek sporcularda yapılan bir araştırmada ise haftada yediden fazla tartılan katılımcıların kas yapma, zayıflama için yaptıkları sonucuna varılmıştır. Gönüllü olarak yapılan bu tartılmaların görünüşe, beden algısına ve kütlesine karşı aşırı derecede tutum oluşturduğu ve yeme ve beden değişikliği ile yanlış davranışlara yol açabileceği sonucuna varılmıştır (Pacanowski ve ark.,2016).

Genel olarak bu çalışma ve diğer çalışmalar değerlendirildiğinde; adölesan dönemde veya ileri dönem yaş grupları da dahil olmak üzere kız öğrencilerin ve kadınların tartılma sıklıklarının daha fazla olduğu, erkeklerin ise daha çok fiziksel olarak aktiflik sürecinde bu eğilimde olduğu ve sık tartılan bireylerin yeme bozukluğu olduğu veya yatkın olduğu gözlemlenmiştir. Bu durumun YB ve beden algısı üzerine etkilerini daha iyi gözlemleyebilmek adına ileri dönemdeki çalışmalarda yer alabileceği düşünülmektedir.

5.5 Öğrencilerin Cinsiyete Göre Uyku Süreleri Dağılımları

Yapılan çalışmalara göre uyku problemlerinin kilo kontrolünde olumsuz sonuçlar doğurabileceği belirtilmiştir. Yapılan araştırmalar sonucunda adölesanların en az 9 saat uyku uyuması önerilirken, ABD’de yapılan çoğu çalışmada gençlerin 12-13 yaş sonrasındaki her sene için 1’er saat uyku sürelerinden azalttıkları ve yeterli uyku uyumadıkları belirtilmiştir (Magee ve Hale, 2012).

Bu çalışmaya katılan adölesanların ortalama 7.67 ± 1.46 saat uyumaktadır. Uyku sürelerinin cinsiyete göre dağılımı kızların uyku süreleri ortalama 7.48 saat, erkeklerin ise ortalama 7.90 saat olarak sonuçlanmıştır. Erkek ve kızların uyku süreleri istatistiki yönden farklı sonuç elde edilmiştir ($p < 0.05$). Erkeklerin kızlara göre ortalama uyku süreleri daha fazla bulunmuştur (Tablo 4.10).

Bu çalışmada uyku süreleri ve BKİ ilişkisi incelendiğinde obez çocukların %100'ü 5-10 saat arasında uyumaktadır. Normal BKİ aralığında olan öğrencilerinde uyku süreleri 5-10 saat aralığındadır. 10 saat üzerinde uyuyan çocukların %15.4'ü zayıf sınıflandırılmasındadır. İki değişkenin dağılımı arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Uyku süreleri BKİ gruplarına bakılarak benzer dağılım göstermektedir (Tablo 4.11).

ABD'de; uyku ve kilo kontrolü üzerinde yıllarca sürmüş olan araştırmaya bakıldığında: günde 12 saatten az uyuyan kız ve erkeklerin vücut kitle indeksleri değerlerinde 3 yıl süresince artış farkedildiği söylenmiştir (Taveras, 2008). Yapılan başka bir araştırmada; günlük 10 saatten az uykuda kalan katılımcılarda yüksek vücut ağırlığı ve obezlik bağlantısı kurulmuştur (Magee ve Hale, 2012, sf 231-241). Vücut ağırlığı verilerine göre düşük ağırlıkta olan bireylerin ; %27'si 5 saatten az, %66'sı 5 ila 8 saat arası, %7'si 8'den fazla uykuda kaldığı, obeze yakın kişilerin %18'i 5 saatten az, %73'ü 5-8 saat, %10'u, > 8 saat uykuda olan bireylerin, obez olan bireylerin %24'ü 5 saatten eksik , %67'si 5-8 saat ve %9'u 8 saat fazla uyku haline sahiptir. Uyuma saatleri ve vücut kütle indeksi arasında anlamlı bir bağlantı tespit edilememiştir (Siverstan ve diğerleri, 2014, sf 2-11). Bu çalışma sonuçları ve diğer çalışma sonuçlarına bakıldığında sonuçların bazıları paralellik gösterirken bazı çalışmalarda ise obez bireylerin daha fazla uyuduğu sonucuna varılmıştır.

5.6 Öğrencilerin Beslenme Alışkanları ve Öğün Düzenleri

Günlerinin büyük bir çoğunluğunu okulda ve dershanelerde geçiren öğrenciler çevresel faktörlerin, arkadaş çevresinin ve sosyal medyanın da etkisiyle besin değeri düşük, hızlı hazırlanan ve kolay ulaşılabilir yiyecek ve içeceklere eğilim sergilemektedir.

Bu çalışmada öğrencilerin öğün tüketimlerine verilen cevaplara baktığımızda ana öğün tüketmeyen öğrenci bulunmamaktadır. Kız öğrencilerin %28.4'ü 1 ana öğün tüketmektedir. %23.8'i 2 ana öğün , %46.5'i 3 ana öğün, %1.13'ü ise 4 ana öğün tükettiğini belirtmiştir. Erkeklerin ise %6.94'ü tek ana öğün %13.8'i, 2 temel öğün, %68'i 3 temel öğün, %11.1'i 4 temel öğün tükettiğini belirtmiştir. Ana öğün atlama durumuna baktığımızda kız öğrencilerin %59.1'i erkeklerin %26.3'ü evet olarak cevaplamıştır. Kızların %40.9'u, erkeklerin ise %73.6'sı ana öğün atlamıyorum cevabını vermiştir. Öğrenciler öğün atladıkları durumda en sık atlanılan öğün sorusuna %54.2 oranıyla sabah öğünü cevabını vermişlerdir. Öğrencilerin öğün atlama nedenleri incelendiğinde; kız öğrencilerde en çok verilen cevap %49 oranla "Zayıflamak istediğim için" cevabı olmuştur. Kız öğrencilerin en düşük oranla verdiği %3.77 oranı ile " Okulda veya bulunduğum yerde bana uygun yemeklerin olmaması" cevabını vermişlerdir. Erkek adölesanlarda ise %36.1 oranı ile en çok verilen cevap "Zayıflamak istediğim için" olmuştur. Bu cevabı takip eden %30.5 oranı ile "Canım istemiyor" cevabı olmuştur. En az verilen cevap ise; "3 ana öğün yapmayı gereksiz görmem" cevabı olmuştur (Tablo 4.12).

735 adölesan ile yapılan araştırmada, kızların %66'sı erkeklerin %45'i, kahvaltı öğününü tüketmediklerini belirtmişlerdir (Musaiger ve ark., 2014). 12 ile 18 yaş aralığı çocuklarda gerçekleştirilen araştırmada kız katılımcıların %13'ü ,erkeklerin %4'ü hiç kahvaltı yapmazken, kızların %73'ü,erkeklerin %82'si her gün

kahvaltı yaptığını söylemiştir (Estima ve ark.,2009). Ulusal Adölesan Sağlığı araştırmasında; beş kişiden biri her gün sabah kahvaltısını yapmadığını belirtmiştir (Videon & Manning, 2003). İspanyالی gençler beslenme ve yeme durumu tercihleri konusunda araştırma yapan AVENA, sonuçlarında kız adölesanların %8'inin gündüz öğünü sürekli geçıştirdikleri sonucuna varılmıştır (Moreno & Kersting, 2005). Kız adölesanlarla gerçekleştirilen başka bir araştırmada, öğrencilerin % 45'inin vakti olmadığı için, % 41'inin canı istemediği, % 7'sinin maddi durumu az olduğu için, %4'ünün ağırlık kaybı isteği gibi nedenlerle öğünleri geçıştirdikleri sonucuna varılmıştır (Onur, 2007).

Başka bir araştırmada kız adölesanların %20 oranında gün içerisinde 2 öğün tükettiğini bildirmekte ve çoğunlukla kahvaltı zamanını geçıştırmektirler (Güleç ve ark.,2008). Diğer bir araştırmada kız lise öğrencilerinin %86 'sının öğünlerini düzenli yapmadığını ve en fazla atlanılan öğünün sabah olduğu sonuçlanmıştır (Türk ve ark.,2007). 1413 adölesan ile gerçekleştirilen bir araştırma verileri incelendiğinde; %38' sinin kahvaltı öğünü istemediği, %10'u öğlen yemeklerini atladıkları ve %9'unun de akşam vakitlerini tüketmedikleri sonuçlanmıştır (Lee ve ark.,2017). Adölesanlardan oluşan bir çalışmada ; erkeklerin %29'u ve kızların %38'i “vaktim olmuyor” erkek bireylerin %45'i ve kızların %56'sı ise öğün atlama sebebi olarak “canım istemiyor” demiştir (Ildız ve ark.,2015). Genç yetişkinlerle gerçekleştirilen bir araştırmaya göre; öğrencilerin %92'sinin kahvaltısını, %80'inin öğle ve %99'unun akşam yemeğini evlerinde yemektedirler (Ünsal,2007). Yapılan başka bir çalışmada öğrencilerin %74'ünün ana öğünler dışında besin tükettiği görölmüştür (Orak ve ark.,2006). Mevcut çalışma sonuçları ve diğer çalışma sonuçları paralellik göstermektedir. Lise döneminde kahvaltıyı tüketmeyenlerin çok olmasının nedeni

beslenme bilgi düzeylerinin yetersiz kalması bununla birlikte vakit kısıtlılığı ve alışkanlık gelişmemesi de büyük bir faktördür.

Bu çalışmada adölesanların ara öğünde tercih ettikleri besinlere bakıldığında kız öğrencilerin çoğunluğu (%36.9) süt/ayran/yoğurt tüketirken, erkekler daha çok (%21.2) kraker, bisküvi tükettiğini belirtmiştir. Katılımcıların ara öğünlerde tercih ettikleri içecekler bakıldığında kız öğrenciler (%38.5) oranı ile en çok yeşil çay tüketmektedirler. Erkekler ise hiç yeşil çay tüketmemektedirler. Erkeklerin en çok tercih ettiği içecekler ise (%27.7) ile gazlı içecekler olmuştur (Tablo 4.13). Bu çalışmada kız öğrencilerin daha çok yeşil çay tüketme sebeplerinin vücut ağırlığı kaybı isteklerinden dolayı olduğu düşünülmektedir.

Kuzey Kıbrıs'ta obez ve fazla kilolu adölesanlar üzerinde gerçekleştirilen bir araştırmada; kızların %72'si erkeklerin %56'sı okulda en fazla sandviç satın almaktadır. Mütakiben kızların %50'si erkeklerin %44'ünün çikolata, erkeklerin %31'i simit, tost ve kraker yerken, kızlar daha çok gofret benzeri severken bisküvi vb. onu takip etmektedir. İçeceklerden ise, erkeklerin % 56'sı ve kızların % 28'i ayran, erkeklerin % 50'si ve kızların % 59'u meyve suyu, erkeklerin % 25'i ve kızların % 6'sı kola tüketimini istediğini söylemişlerdir (Cumaoğlu, 2016).

11-18 yaş arası gençlerin üzerinde yapılan bilimsel bir analizde; %42'sinin enerji içeceği içtiği görülmüştür (Arpacı ve Ersoy, 2011, sf 809-822). Yapılan başka bir çalışmada; 15 yaşındaki kızların %11'i; erkeklerin %41' inin, 16 yaşındaki kızların %20'den çoğu ve erkeklerin %50'den fazlasının, 18 yaşındaki kızların %30'u, erkek gönüllülerin %56'sından fazlasının enerji içeceği tercih ettiği saptanmıştır (Scalese ve ark., 2017). Bu çalışma ve diğer çalışmaların sonuçlarına göre kızlar ara öğün ve tenefüste tercih ettikleri besin ve içecekleri sağlıklı olarak adlandırdığımız seçimlerden yana kullanmaktadırlar.

Bu çalışmaya katılan adölesanlara ev dışında tercih ettikleri yemek sorulduğunda; Cinsiyete göre yemek tercihleri bakımından istatistik olarak anlamlı farklılık elde edilmiştir ($p<0.05$). Kız öğrenciler %34 oranı ile daha çok ev yemeklerini tercih ederken, ev yemeği tercih eden hiç erkek öğrenci yoktur. Erkekler ise daha çok hazır ürünleri (%37.5) tercih etmiştir. Kız öğrenciler dışarda pide, pizza, gözlemeyi en az tüketirken tabldot menüyü hiç tüketmemektedirler (Tablo 4.14).

Sosyal ortamda tüketilen besinler ise sıklıkla besin içeriği sağlıklı olmayan, enerjisi ve kötü yağ oranı fazla hızlı tüketime uygun gıda tipi yiyeceklerden oluşmaktadır. Bir diğer araştırmada kızların ise %79'u erkeklerin %85'inin ve hazır besin istediği söylemişlerdir. Bu yiyecekleri isteyen kızların %91'i , erkeklerin %93'ünün hamburger tarzı yediği bildirilmiştir (Musaiger ve ark., 2014). Başka verilere baktığımızda; gençlerin en çok sevdiği hızlı besinler; hamburger, dürüm, yağda patates, pizza, ekmek arası köfte, pide-lahmacun ve tost olmuştur. Bu besinlerin yanında içecekler ise, sırasıyla kola devamında ayran, gazlı içecek, meyve suyu, sütlü içecek ve neskafe olmuştur (Sabbağ, 2009). 400 adölesan üzerinde yapılan bir analizde, gençlerin fast food isteklerinde %96'sı hamburger, %95'i patates kızartması, %87'si pizza, % 82'si tavuk parçaları, %55'i mısır ve kültürlere ait besinleri yedikleri görülmüştür (Rojas ve ark., 2013). Bu çalışma ve diğer çalışma verileri benzer sonuçlar elde etmişlerdir. Adölesan dönemi öğrencilerin dışarıda tercih ettikleri besinlerin genellikle hızlı yapılan pratik yemekler olduğu, içecek tercihlerinin ise yüksek oranda gazlı içecekten yana tercih ettikleri gözlemlenmiştir. Bu çalışmada öğrencilerin enerji ve besin ögesi alımlarının günlük önerilen alım düzeyine göre gereklilik seviyelerinin verileri sunulmuştur. Buna göre, kızların %45.5'i ve erkek öğrencilerin %58.3'ünün DRI'ya göre yetersiz kalori tükettikleri

anlaşılırken, kızların %37.4'ü ve erkeklerin %22.2'sinin enerji alımlarının gereken düzeyde olduğu sonuçlanmıştır (Tablo 4.16).

Büyüme ve gelişmenin hızlı olduğu adölesan dönemde günlük alınan enerji ve besin öğelerinin yeterlilik miktarları çok önemlidir. Türkiye'de yapılan birçok çalışmada adölesanların ve üniversite öğrencilerinin günlük enerji, posa, tiamin, folik asit, E vitamini, C vitamini, kalsiyum, magnezyum ve demir gibi önemli besin öğelerini yetersiz aldıkları gözlenmiştir (Devran,2014).

Mevcut çalışmada öğrencilerin cinsiyete göre besin değerlerine ait bulgular; öğrencilerin aldıkları kalori, karbonhidrat, protein, yağ alımlarının ortalamalarına baktığımızda; kız öğrencilerin 2475.6 ± 583.9 kkal'dir. Kız öğrencilerin ortalama karbonhidrat alımları 186.6 ± 78.9 , erkek öğrencilerin ortalama karbonhidrat alımları 248.8 ± 45.0 , kız öğrencilerin ortalama protein alımı 67.9 ± 22.8 , erkek öğrencilerin ortalama protein alımı 94.3 ± 24.2 , kız öğrencilerin ortalama yağ alımları 68.6 ± 22.2 , erkek öğrencilerin ortalama yağ alımları ise 81.3 ± 24.8 'dir. Tüm besin değerleri için kız ve erkek öğrencilerin dağılımları istatiki açıdan olumlu fark göstermiştir ($p < 0.05$) (Tablo 4.15). Çok zayıf ve obez gruptaki öğrencilerin alımlarına baktığımızda; çok zayıf öğrencilerin aldığı ortalama kalori miktarı 1270.4 ± 229.9 , obez çocukların aldığı ortalama kalori miktarı 3156.1 ± 166.0 'dir. Çok zayıf öğrencilerin aldığı ortalama karbonhidrat miktarı 93.2 ± 65.2 , obez öğrencilerin aldığı ortalama karbonhidrat miktarı 249.4 ± 30.2 , çok zayıf çocukların aldığı ortalama protein miktarı 43.1 ± 12.7 , obez öğrencilerin aldığı ortalama protein miktarı 116.4 ± 11.4 , çok zayıf çocukların aldığı ortalama yağ miktarı 45.5 ± 10.5 , obez öğrencilerin aldığı ortalama yağ miktarı 125.7 ± 6.5 'dir. (Tablo 4.15). Ülkemizde yapılan bir araştırmada; 15-18 yaş aralığı kız katılımcıların bir günde ortalama; 49 g protein, 65 g yağ aldıkları tespit edilmiştir (TBSA,2010). Lise dönemi gençlerinin; protein ve enerji miktarlarının az

olmasının kahvaltıyı çoğunlukla es geçmeleri ve protein oranı az gıdaları tercihen tüketmelerinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Üniversite öğrencilerinin günlük olarak besin öğeleri miktarlarını inceleyen bir çalışmada; posa, demir, folik asit, kalsiyum, B1 benzeri mineralleri yetersiz tükettikleri, sodyum ve fosforu ise tavsiye edilen miktarlara bakıldığında çok tükettiklerinin tespitine varılmıştır (Yağmur,1995).

Ankara Üniversitesi öğrencileriyle yapılan çalışmada, gönüllülerin %16'sı yoğurt , %60'ı peynir, %5'i ayran, %20'si ise süt tükettiğini vurgulamıştır. Her gün tavuk ve kırmızı et tercih edenler katılımcıların %3'ünü kapsamaktadır. Yumurtayı haftada bir kez tüketenler % 32'lik bölümü oluştururken, balığı haftada 1 kez tercih edenler %10'luk bölümü oluşturmaktadır. Aynı çalışmaya katılan öğrencilerin, ekmeği % 79, şekeri % 61, zeytini % 40'ı her gün; tereyağını % 60 on gün aralıklarla tercih ettikleri sonucuna varılmıştır. Kolalı içecekleri haftada bir tüketenlerin oranı ise % 23'tir. 226 kız öğrencinin katıldığı farklı bir çalışmada, % 61'inin peyniri her gün tükettikleri belirlenmiştir %47'si ise süt ve yoğurt tüketmektedir. Öğrencilerin % 48'si beyaz et grubu ; % 42'si ise kırmızı et grubu haftada 1–2 defa tercih ettikleri sonucu görülmüştür. Katılımcıların; % 48'i ise kuru baklagilleri % 40'ı yumurtayı; hafta sıklığında 1–2 defa yedikleri sonucuna varılmıştır (Aslan ve ark. 2003).

Bu çalışmayı genel hatlarıyla özetlendiğinde ; kız bireylerin %45.5'i ve erkek bireylerin %58.3'ünün önerilene göre az enerji tükettikleri gözlenirken, kızların %37.4'ü ve erkeklerin %22.2'sinin kalori tüketimlerinin yeterli ölçüde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Günlük protein alımlarının DRI'ya göre yeterli alım düzeylerine baktığımızda kızların %23.8'inde ve erkeklerin %19.4'ünde yeterli olmayan protein temini görülürken, kızların %59.1'i ve erkeklerin %20.8'inin standart ölçülere bakıldığında gerekli protein kazanımları, kızların %17.1'i ve

erkeklerin %59.8'inin ise protein alımlarının gerekene göre yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir.

5.7 Öğrencilerin Fiziksel Aktivite Yapma Durumu

Çağımızın en büyük sorunlarından biri olan sedanter yaşam şekli Adölesan dönemde görülebilmektedir. Bireylere sağlıklı ve dengeli beslenme alışkanlıklarını öğretirken ve önerirken fiziksel aktivite yapmayı ve yaş grubuna göre uygun yapma konusunda bilinçlendirmek gerekmektedir.

Bu çalışmaya katılan kız öğrencilerin %61.3'ü (n:54) erkek öğrencilerin ise %77.7'si (n:56) fiziksel aktivite yapmaktadır. Erkek öğrenciler kız öğrencilere göre daha çok fiziksel aktivite yaptıklarını belirtmişlerdir. Öğrencilerin yaptığı fiziksel aktivite türlerine baktığımızda erkek öğrenciler %35.7 (n:20) oranla fitness yaptıklarını belirtmişlerdir. Kız öğrencilerin ise; %3.70'si (n:2) fitness yaptığını belirtmişlerdir. Kız öğrencilerin en çok yaptığı fiziksel aktivite %44.4 oranı ile koşma olmuştur. Onu takiben %29.6 oranı ile yürüyüş yaptıklarını belirtmişlerdir. Kız öğrenciler her gün aktivite yaptıklarını belirtirken, erkek öğrenciler haftada 3-4 gün aktivite yaptıklarından bahsetmiştir. Cinsiyete göre yapılan aktivite süreleri ile aktiviteyi kaç aydır yaptıklarının dağılımları arasında istatistik açısından anlamlı verilere ulaşılamamıştır ($p>0.05$) Öğrencilerin yaptıkları fiziksel faaliyet sıklıklarına baktığımızda; kız öğrencilerin %46.2'si hergün fiziksel aktivite yaptığını belirtirken, erkeklerin %62.5'i haftada 3-4 gün yaptığını belirtmişlerdir (Tablo 4.17).

Genç yetişkinlerde yapılan araştırma verilerinde; öğrencilerin %35'inin fiziksel faaliyet yapma sürekliliklerine sahipliği, %40'ının ise olmadığı değerlendirilmiştir (Machado ve ark., 2014). Türkiye'de yapılan bir araştırmaya 1196 öğrenci dahil olmuştur. Katılımcılardan erkeklerin %38'i egzersiz yaptığını

belirtirken, %62'sinin yapmadığı bildirilmiştir. Kızların ise % 28'inin fiziksel hareket yaptığı ve %72'sinin yapmadığı bulunmuştur (Aydoğan ve ark.,2016).

5.8 Öğrencilerin Yeme Tutum Testi'ne Göre Değerlendirilmesi

YB'nın taranmasında en sık tercih edilen değerlendirmelerden biri Garner ve Garfinkel'in geliştirdiği EAT-26'dır (Garner ve ark.,1982). EAT-26'nın diyet yapma, oral kontrol, bulimia ve besinle meşguliyet, alt verilere ayrılması aynı ölçekten daha fazla veri edinmeyi sağlamaktadır. Diyet yapma alt ölçeği bozuk beden algısı ile yakından ilişkilidir. Bulimia alt verisi beden algılama ve bulimik davranış eğilimi, kendi besin tüketimini sınırlandırma eğilimi hakkında bilgi sağlamaktadır (Orbitello ve ark.,2006).

Adölesanlar ihtiyaçları dışında kilo vermeye ve sağlıksız bir şekilde diyet yapmaya yönelerek, yeme tutum davranışları sağlıksız bir şekilde oluştuğu ve bu davranışlarında yeme tutum sorularına zemin yaptığı söylenmektedir (Kadioğlu ve Ergün, 2015).

Bu çalışmada bel çevresi ve EAT-26 ilişkisinde kız öğrencilerin yeme tutumu normal olan %60.9'unun bel çevresi 10 persentil altındadır. Kız öğrencilerin %44.6'sı bozulmuş yeme tutumuna sahiptir ve bel çevreleri 25-75 percentil arasındadır. Erkek öğrencilerin ise 10-25 persentil arasında olan %38'i normal yeme tutumuna sahiptir. %31.3 oran ile bozulmuş yeme tutumuna sahip öğrenciler 25-75 persentil arasındadırlar (Tablo 4.19).

Kız adölesanlar ve erkek adölesanların EAT-26 sonuçlarını incelediğinde ; erkeklerin %70.8'i (n:51) kızların ise %53.4'ü (n:47), 20 puan olan kesim noktasını aşmışlardır. Öğrencilerin toplam %61.2'si (n:98) ölçekten yüksek puan alarak yeme tutumları yüksek çıkmıştır. Yeme Tutum ölçeğinden alınan puanlar öğrencilerin cinsiyetlerine göre incelenmiştir. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre ölçekten alınan

skorlar istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç göstermiştir ($p<0.05$). Daha çok erkek öğrenci ölçekten üst puan alırken, kadın öğrencilerin puanları eşit dağılmıştır (Tablo 4.18).

Mevcut çalışmaya katılan adölesanların beden algısı ve EAT-26 ilişkisine bakıldığında normal yeme tutumuna sahip bireylerin yani kesim noktası 20 puanın altında olanların büyük çoğunluğu %96.7'si ($n:60$) düşük beden algısına sahiptir. Bozulmuş yeme tutumuna sahip kişilerin %24.4'ü yüksek beden algısına sahiptir. Beden algısı grupları ve yeme tutum grupları arasında dağılım incelenmiştir ve istatistik açıdan farklı sonuçlanmıştır ($p<0.05$). (Tablo 4.23).

BKİ ve EAT-26 ilişkisine cinsiyet yönünden baktığımızda Kızların BKİ persentilleri ve bel çevresi persentilleri ile yeme tutumu ilişkisi açısından anlamlı bir fark anlaşılamamıştır ($p>0.05$). Sadece erkeklerin BKİ persentilleri ile yeme tutumları arasında istatistiksel anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Normal yeme tutumuna sahip erkeklerin %28.5'i normal kiloda iken diğer %28.5'i aşırı zayıf sınıfındadır. Bozulmuş yeme tutumuna sahip erkeklerin %52.9'unun ise BKİ değeri normal olarak bulunmuştur (Tablo 4.19).

Bir çalışmada cinsiyete göre yeme tutum skorunun 30'dan fazla olanlar ile EAT skoru 30'dan az çıkanlar kıyaslandığında; verisel anlamda olumlu sonuçlanmadığı görülmüştür. BKİ ile karşılaştırıldığında, ideal kiloda olanların %12'sinin ; düşük vücut ağırlığına sahip olanların %4'ünün, obez ve fazla kiloya sahip olanların %24'ünün ölçek sonucunun 30'dan çok olduğu ve sınıflandırmalar arasındaki değerin istatistiksel yönden anlamlı veri elde ettiği görülmüştür (Kadioğlu ve Ergün, 2015).

Yüksek BKİ'ye sahip olan katılımcılarla yapılan bir araştırmada; EAT-26 skorlarının anlamlı derecede yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir

(Tekyaprak,2013). İdeal vücut ağırlığına sahip öğrencilerin yeme bozukluğu skorları anlamlı olarak ($p<0.05$) fazla olduğu verilere geçmiştir (Ünelan ve ark.,2009). Başka bir analizde; yeme skoru 30'dan fazla saptanan bireylerde BKİ'sinin normal aralığa göre daha ideal kiloda olduklarını bulmuşlardır (Siyez ve Uzbaş,2006).

Yaş ortalaması 16 olan 61 jimnastikçi, yaş ortalaması 15 olan 42 yüzen birey ve yaş ortalaması 16 olan sporcu olmayan 49 kız öğrencinin yeme durumları, EAT-26 ile değerlendirilmiştir. Jimnastik ekibi yalnızca en fazla skoru değil aynı zamanda en çok uç değerlere sahip olan ekip olmuştur. Jimnastikçilerin; %37'si, EAT-26'nın kesme puanını aşarken, 42 yüzücünün %7'si, kesme noktasını geçen puanlara sahip olmuşlardır. Spor yapmayanların hepsi 20 puanın altında kalmıştır ($p<0.001$) (Ferranda ve ark.,2009).

13 ile 22 yaş aralığındaki kız ergenlerde yapılan araştırmada 33 genç kızın %24'ünün yeme tutum testi skorlarının 30'dan fazla olduğu belirlenmiştir. BKİ ile EAT skoru ile ilişki istatistiksel verilerde anlamsızdır (Dwyer ve ark., 2012). Gerçekleştirilen başka bir çalışmada, kız çocukların %12'sinde yeme bozukluğu riski olduğunu sonuçlanmıştır (İlhan ve ark.,2006). Gençlerle ilgili yapılan bir araştırmada; 13-16 yaş aralığındaki gençlerin, 21-25 yaş arasındaki bireylere kıyasla EAT-26 skorları daha çok görüldüğü verilerine ulaşılmıştır (Batigün ve Utku,2006). Adölesanlardaki yeme bozukluğundaki artış ile BKİ arasında pozitif yönlü ilişki saptanmıştır (Babio ve ark.,2009).

Üniversitede 18-25 yaş arasına yapılan bir çalışmada kadın öğrencilerde EAT-26 skoruyla vücut ağırlığı ilişkisinde pozitif korelasyon bulunmuştur (Rouzitalab ve ark.,2015). Kız ve erkek sporcularda yapılan bir araştırmada ise toplam skor ve alt ölçek ortalamaları sonuçlarında kızlar erkeklere göre daha yüksek puanlar almışlardır fakat anlamlı bir fark saptanmamıştır (Yıldırım,2018). Aynı

çalışmada sedanter erkekler sedanter kızlarla kıyaslandığında toplam skor ve alt ölçek sonuçlarında daha düşük puanlar almışlardır. Kısıtlama alt ölçeği dışında diğer alt ölçekler arasında istatistiksel fark bulunmuştur ($p<0.05$)

Çocuklar için geliştirilen yeme tutum testi ile yeme davranışını değerlendirmek için orta okul öğrencileri incelenmiştir. çocukların %8.5'inin bozulmuş yeme davranışı açısından yüksek riskli grupta olduğunu göstermiştir. Yüksek riskli gruptakilerin %81'inin geçmişte kilo vermeye çalıştığı ve %76'sının halihazırda kilo vermeye çalışmakta olduğu sonucuna varılmıştır.(Gusella ve ark.,2008).

Çin'de üniversite öğrencilerine yapılan bir çalışmada kadınlarda ve erkeklerde BKİ ve EAT-26 puanı pozitif korelasyon göstermiştir (Şanlıer ve ark.,2008). 10-19 yaş aralığında bulunan genç sporcularda ve egzersiz yapmayanlarda; yeme bozukluğu sıklığını yeme tutum testi ile araştırılmıştır. EAT-26 veri sonuçlarında, sporla uğraşan kızların %18'inde, spor yapan erkeklerin %14'ünde, sporcu olmayan kızların %26'sında ve sedanter erkeklerin %15'inde YB göstergeleri olduğu sonuçlanmıştır. Diyet ölçeklerinde erkekler kadınlardan az ölçek puanı verisi elde etmişlerdir ($p=0.001$). Ancak, alt ölçekte erkek sporcular spor yapmayanlara göre daha düşük puana sahiplerdir ($p=0.03$) (Fortes ve ark.,2014).

5.9 Öğrencilerin Beden Algısı Ölçeğine Göre Değerlendirilmesi

Beden algısı, çok faktörlü bir yapıya sahiptir. Biyolojik, toplumsal, psikolojik ve kültürel etkiler altında değişip gelişmektedir. Beden algısı bozukluklarının çoğunlukla başlangıcı ergenlik zamanında, ancak küçük yaşlardada görülebilir (Özenoğlu, 2015; Güleç vd, 2008).

Mevcut çalışmada, BAÖ'den alınan toplam puanlar BKİ gruplarının verileri ile kıyaslanmıştır. Gruplar istatik verisel açıdan olumlu farklılık doğmuştur ($p<0.05$).

Çok zayıf kişiler %71.4'ü olumsuz beden algısına sahipken, obez kişilerin %100'ü olumlu beden algısına sahiptir (Tablo 4. 22). Lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada; katılımcıların beden algısı puanı ortalaması 151 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada öğrencilerin %66'sı normal kilo aralığında olmasına rağmen % 24'ünün kendini normalden zayıf ve %22'sinin ise yüksek kilolu olduğunu belirtmiştir (Uskun ve Şabaplı,2013). 496 ergenle yaptıkları çalışmada, kızlarda beden algısının daha yüksek olduğu görülmüştür (Boutelle ve ark.,2010). Genelde kız ergenlerin, erkek ergenlere kıyasla bedenleriyle ilgili memnuniyetsizlikleri daha fazla olduğu saptanmıştır (Tiggeman ve Pennington 1990).

Bu çalışmaya katılan öğrencilerin cinsiyete göre BAÖ puanlarını incelediğimizde erkek öğrencilerde %1.38'i (n:1) yüksek beden algısına sahip iken kız öğrencilerin %28.4'ü (n:25) yüksek beden algısına sahiptir. BAÖ'den alınan toplam puanlar cinsiyete göre incelenmiştir. Gruplar ilişkisinde istatistiki açıdan anlamlı farklılık sonucuna varılmıştır ($p<0.05$). Erkek öğrencilerin neredeyse tümü olumlu beden algısına sahipken, kız öğrencilerde olumlu beden algısına sahip daha az kişi vardır (Tablo 4.20). Bel çevresi persentil verileri ve beden algısı ölçek grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Beden algısı düşük olan grup 25-75 persentil arasındadır. Beden algısı yüksek olan grup ise %53.8 oranı ile 25-75 persentil grubu içerisinde (Tablo 4.22).

240 lise öğrencisi ile yapılan çalışmada kız öğrencilerin BAÖ skoru 147 iken erkek öğrencilerin 150 olarak sonuçlanmıştır. Erkeklerin beden algısı kızların beden algısına oranla yüksek bulunmuştur. Beden kütle indeksi değeri normal aralıkta olanların diğer öğrencilere göre ve kendi kilo algısı normal olan bireylerin diğer kilo algı değerlendirilmelerine kıyasla daha fazla ölçek skorlarına sahip olduğu gözlemlenmiştir (Büyük ve ark.,2018). Adölesan dönemdeki bireyin dikkatinin çoğu

vücudunun nasıl görüldüğü, karşı cins tarafından beğenilme durumu ve mükemmel vücut arayışı üzerine yoğunlaşmışlardır. Daha çok kız çocuklar bedenleri ile ilgili memnuniyetsizliğe girip toplum tarafından beğenilmeme algısına kapılıp yanlış beslenme uygulamaları yapmakta ve bu durum gitgide yeme davranış bozukluğuna doğru ilerlemektedir (Nakai ve ark.,2015; Uşkun ve Şabaplı,2013).

13 602 yüksekokul öğrencisi ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin %65'inin beden ağırlıklarının normal olmasına rağmen sadece %54'ü kendini normal beden ağırlığında algılamışlardır (Eaton ve ark.,2005).Mevcut çalışma ve diğer çalışmaların sonuçlarına bakıldığında veriler paralellik göstermektedir. Kız öğrencilerin daha çok ve adölesan dönemin beden imajı konusuna verdikleri önemin araştırmalara yansımaları olarak değerlendirilebilir.

5.10 Öğrencilerin Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeğine Göre Değerlendirilmesi

Yeme bozukluğu, bireyin yeme tutum ve normal olmayan davranışlar olarak tanımlanmaktadır (APA, 2000). Kişiyi psikososyal ve bedensel olarak etkileyen bir durumdur. Kişinin hem beden algısı hem yeme tutumu etkilenmekte ve değişmektedir (Ünalın ve ark.,2009). YB'nın başlangıç zamanı genellikle adölesan dönemi olup adölesan kızlarda daha yaygındır. Ancak yeme bozukluğu başlangıç yaşı, zaman içerisinde daha da düşerek 5 ile 12 yaş aralığındaki çocuklarda görülmeye başlanmıştır (Golden ve ark., 2016). EDE-Q; bozulmuş yeme davranış durumunun psikopatolojisinde yedili alt birim ve 28 soru bulunduran ve 4 alt kısım (ağırlık kaygısı, yeme endişesi, beden şekli endişesi ve kısıtlama) içeren bir testtir (Jennings ve ark.,2017; Mond ve ark.,2006). Sınır değeri olan 4 ve üzeri klinik önemin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Yeme sorunu durumunun özel psikopatolojisinin genel olarak yorumlanmasını açıklamaktadır (Mond ve ark.,2004).

Bu çalışmada öğrencilerin cinsiyete göre EDE-Q puanları incelendiğinde; EDE-Q ve alt ölçeklerinden alınan puanların dağılımı cinsiyete göre incelenmiştir. Kızlarda, kısıtlama alt ölçeği puanı 2.50 ± 2.29 ; yeme endişesi puanı 2.05 ± 1.58 ; beden şekli endişesi puanı 3.00 ± 2.04 ; kilo endişesi puanı 2.65 ± 1.87 'dir. Erkeklerde kısıtlama alt ölçeği puanı 1.33 ± 1.14 ; yeme endişesi puanı 1.35 ± 1.58 ; beden şekli endişesi puanı 1.91 ± 1.61 ; kilo endişesi puanı 1.71 ± 1.22 'dir. Toplam puan kızlarda 2.55 ± 1.86 ; erkeklerde ise 1.57 ± 1.24 'dir. Bu sonuca göre kız öğrencilerde yeme bozukluğu görülme oranı erkek öğrencilere göre daha yüksektir. Tüm alt ölçekler ve toplam skorda cinsiyet değerlendirmesinde istatistik olarak anlamlı sonuca varılmıştır ($p < 0.05$). Tüm alt ölçeklerden kızlar erkeklere göre daha yüksek puanlar almıştır. (Tablo 4.24)

Yeme bozukluğu sıklığının araştırıldığı bir çalışmada 23-27 yaş arası kadında EDE-Q kısıtlama puanını $1,3 \pm 1,39$, yeme endişesi puanını $0,8 \pm 1,10$, beden şekli endişesi puanını $2,2 \pm 1,61$, kilo endişesi puanını $1,8 \pm 1,50$ ve toplam skor $1,6 \pm 1,26$ olarak belirtmişlerdir (Melin ve ark.,2016). Başka bir araştırmada spor yapan 165 erkek katılımcı kısıtlama puanı $1,1 \pm 1,30$, yeme endişesi puanı $0,4 \pm 0,78$, beden şekli puanı $1,5 \pm 1,42$, kilo endişesi puanı $1,0 \pm 1,27$ ve toplam puan $1,0 \pm 1,07$ olarak saptanmıştır (Darcy ve ark.,2013).

Başka bir çalışmada ise EDE-Q toplam skor puan ortalamaları $1,69 \pm 1,11$ olduğu görülmektedir. EDE-Q toplam puanı ortalaması $1,69 \pm 1,11$ olarak saptanmıştır. Kısıtlama alt boyutu ortalaması $1,25 \pm 1,49$, yeme endişe alt boyutu ortalaması $1,22 \pm 1,06$, beden şekli alt boyutu ortalaması $2,19 \pm 1,28$ ve kilo endişe alt boyutu ortalaması ise $2,12 \pm 1,25$ olarak saptanmıştır . Aynı çalışmada zayıf olanların ($1,16 \pm 0,53$) puan ortalamasının fazla kilolu olanların ($2,55 \pm 1,26$) puan ortalamasından, zayıf olanların ($1,16 \pm 0,53$) puan ortalamasının obez olanların

(2,87±1,33) puan ortalamasından ve normal olanların (1,50±0,99) puan ortalamasının fazla kilolu olanların (2,55±1,26) puan ortalamasından istatistiksel olarak daha az olduğu saptanmıştır (p<0,05). (Coşkun Efe,2022). Bu çalışmanın ve diğer çalışmaların sonuçları paralellik göstererek kızların ölçek puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bunun sebebi ise kızların ve kadınların beden memnuniyetsizlikleri, vücut ağırlığı kaybetme istekleri olarak düşünülmektedir.

Öğrencilerin BKİ ile yeme bozukluğu görülme oranlarının kıyaslanmasında tüm alt ölçekler ve toplam skorda BKİ analizlerine göre istatistik yönünden anlamlı farka varılmıştır (p<0.05). Çok zayıf kızlarda kısıtlama alt ölçeği puanı 5.71±1.30; yeme endişesi puanı 3.61±0.82; beden şekli endişesi puanı 5.38±1.11; kilo endişesi puanı 4.99±0.96'dır. Çok zayıf kızlarda toplam puan ise 4.93±1.05'dir. Obez kızlarda kısıtlama alt ölçeği puanı 2.0±0; yeme endişesi puanı 4.2±0; beden şekli endişesi puanı 4.8±0; kilo endişesi puanı 3.8±0; toplam puan ise 3.72±0'dir. Tüm alt ölçeklerden çok zayıf kızlar en yüksek puanları alırken, normal BKİ sınıflamasına sahip kızlar ise en düşük puanları almıştır. (Tablo 4.26)

EDE-Q ve alt ölçeklerinden erkeklerin aldıkları puanların dağılımı BKİ gruplarına göre incelenmiştir. Çok zayıf erkeklerin kısıtlama alt ölçeği puanı; 0.65±1.04; yeme endişesi alt ölçeği 0.62±0.96; beden şekli endişesi puanı 2.18±1.00; ağırlık endişesi puanı 1.68±0.75 ; toplam puan ise 1.29±0.67'dir. Obez erkeklerde kısıtlama alt ölçeği puanı 2.00±0; yeme endişesi puanı 4.20±0; beden şekli endişesi puanı 4.80±0; ağırlık endişesi puanı 3.80±0; toplam puan 3.72±0'dir. Tüm alt ölçekler ve toplam skorda BKİ değerlerine bakılınca; istatistiksel bağlantıda önemli fark olduğu görülmüştür (p<0.05). Tüm alt ölçeklerden obez erkekler en yüksek puanları almıştır. (Tablo 4.27). Beden kütle indeksi değişkeni ile EDE-Q arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada; katılımcıların beden kütle indeksi

değerleri ile EDE-Q puanları arasındaki ilişki bakılmış olup hem kız hem de erkek öğrencilerin beden kütle indeksi değerleri ile EDE-Q toplam puanı ve alt boyutları (kısıtlama, yeme kaygısı, şekil kaygısı, kilo kaygısı) arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Kabakuş ve Bilici,2022).Başka bir çalışmada ise yalnızca kadınlarda EDE-Q ölçeği toplam puanı ile beden kütle indeksi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Obez ($2,87\pm1,33$) ve fazla kilolu ($2,55\pm1,26$) olan 48 kişilerin EDE-Q toplam skorunun zayıf ($1,16\pm0,53$) ve normal ($1,50\pm0,99$) kilolu olanlara göre yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Yeşildemir, 2018). Bu çalışma ve diğer çalışma sonuçları vücut ağırlığı yükseldikçe yeme bozukluğu riskinde artacağı yönünde ortak sonuçlara varmışlardır.

Öğrencilere uygulanan BAÖ ile yeme bozukluğu ölçek puanlarının dağılımı Tablo 4.29’da incelenmiştir. İki ölçeğe ait gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Beden algısı bozulmuş olan öğrencilerin %76.9’unun yeme bozukluğu varken, %23.1’inde yeme bozukluğu görülmemiştir. Beden algısı normal olan öğrencilerin (%98.5) yeme bozukluğu görülmemiştir. (Tablo 4.29) Yeme tutumu ölçeği ile yeme bozukluğu ölçek puanlarının dağılımı Tablo 4.28’da incelenmiştir. İki ölçeğe ait gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Yeme tutumu bozulmuş olan öğrencilerin %77.6’sının yeme bozukluğu yokken, %22.4’ünde yeme bozukluğu görülmüştür. Yeme tutumu normal olan öğrencilerin tümünde yeme bozukluğuna rastlanmamıştır. (Tablo 4.28) Yeme tutumu ve den algısının yeme bozukluğu ile ilişkisine bakan çalışmalar mevcut değildir. Bu iki değerlendirmenin sonucundada yeme tutumu ve beden algısı bozulmuş öğrencilerin yeme bozukluğu klinik düzeyde gözlemlenirken normal olanların yeme bozukluğu saptanmamıştır. Yapılacak diğer çalışmalarda bu ilişkilerin kullanılabileceği düşünülmektedir.

Başka bir çalışmaya katılan öğrencilerin cinsiyetlerine göre EDE-Q'den aldıkları puanların klinik düzeyde anlamlı olup olmadığı incelenmiştir. Cinsiyete göre ölçek gruplarının dağılımı arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmadaki erkek öğrencilerin tümünde yeme bozukluğu bulunmazken, kız öğrencilerin %25'inde yeme bozukluğu klinik düzeyde anlamlıdır. (Tablo 4.25). Bir diğer çalışmada, erkeklerde yeme bozukluğu açısından klinik önem saptanmazken, kadınların %2,9'unda klinik önem belirlenmiştir (Yeşildemir,2018). Erkek kolej sporcuları ile yapılan bir araştırmada ise bireylerin %1,1'inde yeme bozukluğu klinik düzeydedir (Chatterton ve Petrie, 2013). Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, EDE-Q ölçeği toplam puan ve alt ölçek puanları açısından yüzdelik puanları kadınlarda kısıtlama, yeme, şekil ve ağırlık kaygısında sırasıyla %5,4, %2,0, %18,6 ve %13,0, erkeklerde ise sırasıyla %3,0, %0,3, %6,0 ve %2,0'dır (Quick ve Byrd-Bredbenner,2013).

Bu çalışmada; Öğrencilerin bel çevresi değişkeni ile 3 ölçekten aldıkları puanlar arasında korelasyon incelenmiştir. Bel çevresiyle beden imajı arasında zıt taraflı ortalama derecede anlam içeren sonuç bulunmuştur ($r=-0.478$, $p<0.05$). Bel çevresi arttıkça beden algısı değerleri düşmektedir. Bel çevresi ile yeme bozukluğu toplam skoru arasında da zıt yönlü düşük derecede anlamlı bir sonuca varılmıştır ($r=-0.170$, $p<0.05$). Bel çevresindeki artış toplam skorda az miktarda bir düşüşe sebep olmaktadır. Yeme tutumu ile yeme bozukluğu ölçekleri arasında ise aynı yönlü yüksek derecede bir ilişki bulunmuştur ($r=0.600$). Toplam skordaki artış yeme tutumu puanlarında da artışa sebep olmaktadır (Tablo 4.30). BKİ, beden algısı ve bel çevresi ile EDE-Q ve alt ölçekleri ile arasındaki korelasyon incelenmiştir. Tüm alt ölçekler kendi aralarında yüksek derecede anlamlı bulunmuştur. Bel ölçüsü ile BKİ arasında yüksek derecede aynı yönde bağlantı olduğu analiz edilmiştir. Kısıtlama alt

ölçeği ile bel çevresi arasında ise düşük derecede ters yönlü bir ilişki vardır (Tablo 4.31). BKİ, beden algısı ve bel çevresi verileri yükseldikçe yeme bozukluğu ölçeği sonuçları artmaktadır. Birçok çalışmada erkeklerde kızlara göre YB'nun daha geç yaşta geliştiği ve düşük oranda görüldüğu saptanmıştır. Bu durum ergenliğin erkeklerde kızlara göre 2 yıl sonra başlaması ve bitmesi gibi biyolojik etmenler ile açıklanabilmelidir. Buna göre, birden çok BN çalışmasını değerlendiren bir derlemede, erkeklerin BN başlangıç yaşının kadınlara göre daha büyük olduğu gösterilmiştir (Anderson ve Petrie,2012).

Mevcut çalışma ve diğer çalışmaların sonuçlarına göre adölesan dönemde beslenme alışkanlıkları, toplumun beden algısı, yeme davranışı bozulmaları gibi faktörlerin etkisiyle bu çağdaki çocuklarda yeme bozukluğu görölme oranı artış göstermektedir.

Bölüm 6

SONUÇLAR

Bu araştırma, Ankara'nın Çankaya bölgesinde 15-19 yaş aralığındaki lise çağındaki 88 kız 72 erkek olmak üzere 160 öğrencide yeme davranışı, beden algısı ve yeme bozukluğu durumunun araştırılması amacıyla yapılmıştır.

1.Çalışmaya dahil olan öğrencilerin %55'i kız, %45'i ise erkeklerden oluşmaktadır Öğrencilerin vücut ağırlığı ortalamaları 61.5 ± 14.4 kg, boy uzunluğu 1.68 ± 0.08 cm, bel çevresi ortalamaları 72.5 ± 14.1 cm, kalça çevreleri ortalamaları 81.4 ± 18.5 cm, BKİ ortalamaları 21.6 ± 4.97 kg/m²'dir.

2.Öğrencilerin yaşa göre BKİ persentil değerlerine göre ; %20.6'sının (n:33) çok zayıf sınıflandırılmasına sahip olduğu, %6.25'inin (n:10) zayıf sınıflandırılmasında olduğu, %45.6'sının (n:73) normal aralıkta olduğu, %14.3'ünün (n:23) hafif şişman sınıflandırılmasında, %13.1'inin (n:21) obez sınıflandırılmasında olduğu saptanmıştır.

3.Cinsiyetlerine göre persentillere dağılımı ilişkisinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Çalışmadaki erkek ve kızların çoğunluğu normal seviyedeki BKİ persentilinde bulunurken, kızlarda erkeklere göre daha fazla çok zayıf sınıfta, erkeklerde ise hafif şişman ve obez sınıfta öğrenci bulunmaktadır.

4. Bu çalışmaya katılan adölesanların yaşa ve cinsiyete göre boy percentil sınıflandırılmasında; %5 (n:8) çok kısa, %3.75 kısa (n:6), %60 normal (n:96) , %28.1 uzun (n:45), %3.12 (n:5) çok uzun sınıflandırılmasındadır.

5.Öğrencilerin en sık atladıkları öğün %54.2 oranıyla sabah öğünüdür. kız öğrenciler %49 oranla “zayıflamak istediğim için” öğün atladıklarını, erkek adölesanlarda ise %36.1 oranı ile en çok verilen cevap “zayıflamak istediğim için” olmuştur.

6.Adölesanların ara öğünde tercih ettikleri besinlerler kız öğrencilerin (%36.9)’sı süt/ayran/yoğurt tüketirken, erkekler (%21.2)’si kraker, bisküvi tükettiğini belirtmiştir. Katılımcıların ara öğünlerde tercih ettikleri içecekler kız öğrenciler (%38.5) oranı ile en çok yeşil çay tüketmektedirler. Erkekler ise hiç yeşil çay tüketmemektedirler. Erkeklerin en çok tercih ettiği içecekler ise (%27.7) ile gazlı içecekler olmuştur.

7. Öğrenciler ev dışında tercih ettikleri yemek tercihleri arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Kız öğrencilerin %34’ü ev yemeklerini tercih ederken, ev yemeği tercih eden hiç erkek öğrenci yoktur. Erkeklerin ise %37.5’si fast-food ürünleri tercih etmiştir.

8. Kız öğrencilerin %61.3’ü (n:54) erkek öğrencilerin ise daha yüksek oranda %77.7’si (n:56) fiziksel aktivite yapmaktadır. Erkeklerin %35.7’si fitness yapmaktadırlar. Kız öğrencilerin en çok yaptığı fiziksel aktivite %44.4 oranı ile koşma olarak sonuçlanmıştır. Kız öğrenciler her gün aktivite yapmaktadırlar erkek öğrenciler haftada 3-4 gün aktivite yaptıklarını belirtmişlerdir.

9.Öğrencilerin günlük enerji, karbonhidrat, protein, yağ alımlarının ortalamaları; kız öğrencilerin aldığı ortalama enerji miktarı 1995.4 ± 582.4 kkal’dır. Erkek öğrencilerin alımı; 2475.6 ± 583.9 kkal’dır. Kız öğrencilerin ortalama karbonhidrat alımları 186.6 ± 78.9 g, erkek öğrencilerin ortalama karbonhidrat alımları 248.8 ± 45.0 g , kız öğrencilerin ortalama protein alımı 67.9 ± 22.8 g, erkek öğrencilerin ortalama protein alımı 94.3 ± 24.2 g , kız öğrencilerin ortalama yağ

alımları 68.6 ± 22.2 g , erkek öğrencilerin ortalama yağ alımları ise 81.3 ± 24.8 g ‘dır. Tüm besin değerleri için kız ve erkek öğrencilerin dağılımları istatistiksel açıdan anlamlı bir fark göstermiştir ($p < 0.05$). Erkek öğrencilerin aldığı besin değerleri kızlara göre daha yüksek bulunmuştur.

10. Öğrencilerin besin ögesi ve enerji alımlarının önerilere göre yeterlilik seviyelerinin dağılımları ; kızların %45.5’i, erkeklerin %58.3’ünün yetersiz enerji aldıkları saptanırken, kızların %37.4’ü ve erkeklerin %22.2’sinin enerji alımlarının yeterli ölçüde olduğu saptanmıştır. Kızların %23.8’inde ve erkeklerin %19.4’ünde yetersiz protein alımı görülürken, günlük posa tüketimleri, kız öğrencilerin %68.3’ü ve erkeklerin %51.4’ünün yetersiz olduğu saptanmıştır.

11. Kız öğrenciler ve erkek öğrencilerin EAT-26 ölçek sonuçlarına göre; Öğrencilerin cinsiyetlerine göre ölçekten aldığı puanlar istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p < 0.05$). Erkek öğrencilerin %70.8’i bozulmuş yeme tutumuna sahipken, kız öğrencilerin %53.4’ü bozulmuş yeme tutumuna sahiptir. Kız öğrencilerin %46.5’i ve erkeklerin %29.1’i normal yeme tutumuna sahiptir. Öğrencilerin toplam %38.7’sinin normal yeme tutumuna, %61.2’sinin ise bozulmuş yeme tutumuna sahip olduğu bulunmuştur. Yapılan analiz sonucunda erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre daha fazla bozulmuş yeme tutumuna sahip oldukları tespit edilmiştir.

12. Beden algısı durumlarının, yeme tutumu gruplarına göre dağılımı incelenmiş ve istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Normal yeme tutumuna sahip kişilerin %96.7’si normal beden algısına sahipken, bozulmuş yeme tutumuna sahip öğrencilerin %24.4’ü bozulmuş beden algısına sahiptir. Normal yeme tutumuna sahip öğrenciler, bozulmuş yeme tutumuna sahip öğrencilere göre daha

fazla normal beden algısına sahiptir. Çalışmadaki toplam öğrencilerin ise %83.7'si normal beden algısına sahiptir.

13. Çalışmadaki kız öğrencilerin BKİ persentilleri ile bel çevresi persentilleri ile yeme tutumu bağlamında; kızların BKİ persentilleri ve bel çevresi persentilleri ile yeme tutumu durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Normal ve bozulmuş yeme tutumuna sahip kız öğrencilerin bel çevresi ve BKİ persentilleri benzer dağılım göstermiştir. Erkek öğrencilerin bel çevresi persentilleri ile yeme tutum durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Erkek öğrencilerin yeme tutum durumları ile BKİ persentil sınıfları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bozulmuş yeme tutumuna sahip erkeklerin büyük çoğunluğu (%52.9) “15-85” persentil grubunda bulunurken, normal yeme tutumuna sahip erkeklerin %28.5'i “15-85” persentil grubunda bulunmaktadır. Normal yeme tutumuna sahip erkekler, bozulmuş yeme tutumuna sahip erkeklere göre diğer persentil gruplarına daha homojen bir dağılım göstermiştir.

14. Cinsiyete göre beden algısı durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Erkek öğrencilerin %98.6'sı normal beden algısına sahipken, kız öğrencilerin %71.5'i normal beden algısına sahiptir. Erkek öğrenciler kız öğrencilere göre daha çok normal beden algısına sahiptir. Kız öğrencilerin %28.4'ü bozulmuş beden algısına sahipken, erkek öğrencilerin %1.38'i bozulmuş beden algısına sahiptir. Çalışmaya katılan tüm öğrencilerin %83.7'si normal beden algısına, %16.2'si ise bozulmuş beden algısına sahip bulunmuştur.

15. BKİ grupları ile beden algısı durumları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Normal BKİ grubundaki öğrencilerin %96.7'si normal beden algısına sahipken, %3.3'ü bozulmuş beden algısına sahiptir. Çok zayıf BKİ

grubundaki öğrencilerin %71.4'ü bozulmuş beden algısına sahiptir. Çalışmadaki obez BKİ grubundaki öğrencilerin tümü ise normal beden algısına sahiptir.

16. Bel çevresi persentil sınıfları ve beden algısı durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Beden algısı normal ve bozulmuş olan öğrenciler bel çevresi persentil gruplarına benzer şekilde dağılım göstermiştir. Normal beden algısına sahip öğrencilerin %30.5'i, "25-75" persentil grubundayken, bozulmuş beden algısına sahip öğrencilerin %53.8'i, "25-75" persentil grubu içerisindeydi.

17. EDE-Q ve alt ölçeklerinden alınan puanların dağılımı cinsiyete göre incelenmiştir. Alt ölçek ve toplam puan ortalamaları, standart sapmaları verilmiştir. Kızlarda, kısıtlama alt ölçeği puanı 2.50 ± 2.29 ; yeme endişesi puanı 2.05 ± 1.58 ; beden şekli endişesi puanı 3.00 ± 2.04 ; kilo endişesi puanı 2.65 ± 1.87 'dir. Erkeklerde kısıtlama alt ölçeği puanı 1.33 ± 1.14 ; yeme endişesi puanı 1.35 ± 1.58 ; beden şekli endişesi puanı 1.91 ± 1.61 ; kilo endişesi puanı 1.71 ± 1.22 'dir. Toplam skor kızlarda 2.55 ± 1.86 ; erkeklerde ise 1.57 ± 1.24 'dir. Tüm alt ölçekler ve toplam skorda cinsiyete göre anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Tüm alt ölçeklerden erkekler, kız öğrencilere göre daha düşük sonuç almıştır.

18. EDE-Q ve alt ölçeklerinden kızların aldıkları puanların dağılımı BKİ gruplarına göre incelenmiştir. Tüm alt ölçekler ve toplam skorda BKİ gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Çok zayıf kız öğrencilerde kısıtlama alt ölçeği puanı 5.71 ± 1.30 ; yeme endişesi puanı 3.61 ± 0.82 ; beden şekli endişesi puanı 5.38 ± 1.11 ; kilo endişesi puanı 4.99 ± 0.96 'dır. Çok zayıf kız öğrencilerde toplam puan ise 4.93 ± 1.05 'dir. Obez kız öğrencilerde kısıtlama alt ölçeği puanı 2.0 ± 0 ; yeme endişesi puanı 4.2 ± 0 ; beden şekli endişesi puanı 4.8 ± 0 ; kilo endişesi puanı 3.8 ± 0 ; toplam puan ise 3.72 ± 0 'dir. Tüm alt ölçeklerde çok zayıf

BKİ grubundaki kız öğrenciler en yüksek puanları alırken, normal BKİ grubundaki kız öğrenciler en düşük puanları almıştır. EDE-Q ve alt ölçeklerinden erkeklerin aldıkları puanların dağılımı BKİ gruplarına göre incelenmiştir. Çok zayıf erkek öğrenciler kısıtlama alt ölçeği puanı; 0.65 ± 1.04 ; yeme endişesi alt ölçeği 0.62 ± 0.96 ; beden şekli endişesi puanı 2.18 ± 1.00 ; ağırlık endişesi puanı 1.68 ± 0.75 ; toplam puan ise 1.29 ± 0.67 'dir. Obez erkeklerde kısıtlama alt ölçeği puanı 2.00 ± 0 ; yeme endişesi puanı 4.20 ± 0 ; beden şekli endişesi puanı 4.80 ± 0 ; ağırlık endişesi puanı 3.80 ± 0 ; toplam puan 3.72 ± 0 'dir. Tüm alt ölçekler ve toplam skorda BKİ gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Obez BKİ grubundaki erkek öğrenciler alt ölçek ve toplam skorda diğer BKİ gruplarına göre daha yüksek puan almıştır.

19. Öğrencilerin cinsiyete göre EDE-Q dağılımı arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Çalışmadaki erkek öğrencilerin tümünde yeme bozukluğu klinik önem taşımazken, kız öğrencilerin %25'inde yeme bozukluğu klinik önem düzeyindedir. Öğrencilerin %86.2'sinde yeme bozukluğu klinik önem düzeyinde değil, %13.8'inde klinik önem düzeyindedir.

20. Çalışmadaki öğrencilere uygulanan BAÖ ile yeme bozukluğu ölçek puanlarının dağılımı incelenmiştir. İki ölçeğe ait durumlar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Beden algısı bozuk olan öğrencilerin %76.9'unda klinik önem düzeyinde yeme bozukluğu varken, %23.1'inde klinik önem düzeyinde yeme bozukluğu yoktur. Beden algısı normal olan öğrencilerin ise %98.5'inde klinik önem düzeyinde yeme bozukluğu görülmemiştir.

21. Öğrencilere uygulanan EAT-26 ile EDE-Q elde edilen durumların dağılımı incelenmiştir. İki ölçeğe ait durumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Yeme tutumu bozulmuş olan öğrencilerin %77.6'sının

yeme bozukluğu durumunda klinik önem yokken, %22.4'ünde yeme bozukluğu durumunda klinik önem vardır.Yeme tutumu normal olan öğrencilerin tümünde yeme bozukluğu durumunda klinik öneme rastlanmamıştır.

22. Öğrencilerin bel çevresi değişkeni ile 3 ölçekten aldıkları puanlar arasında korelasyon incelenmiştir. Bel çevresi ve beden algısı arasında ters taraflı orta derecede bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.478$). Bel çevresi arttıkça beden algısı değerleri düşmektedir. Bel çevresi ile yeme bozukluğu toplam skoru arasında da zıt taraflı düşük ölçüde anlamlı bir ilişkiye ulaşılmıştır ($r=-0.170$). Bel çevresindeki artış toplam skorda az miktarda bir düşüşe sebep olmaktadır. EAT-26 ile EDE-Q arasında ise aynı yönlü yüksek derecede bir ilişki bulunmuştur ($r=0.600$). Toplam skordaki artış yeme tutumu puanlarında da artışa sebep olmaktadır.

23.Çalışmada BKİ, beden algısı ve bel çevresi ile EDE-Q ve alt ölçekleri ile arasındaki korelasyon incelenmiştir. Tüm alt ölçekler kendi aralarında yüksek derecede istatistiksel olarak anlamlı ilişkili bulunmuştur ($p<0.05$). Bel çevresi ile BKİ arasında yüksek derecede pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). BKİ ile beden algısı arasında ise orta derecede ters yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). BKİ değeri yükseldikçe öğrencilerin BAÖ'den aldıkları puanlar düşmektedir.

Bölüm 7

ÖNERİLER

1.Toplumun ilerleyebilmesi ve gelişebilmesi için nitelikli bireylere ihtiyaç vardır. Nitelikli toplumun olabilmesi için sağlıklı bireylerin olması şarttır. Sağlığın temel şartlarından biri olan beslenmenin yeterli dengeli ve bilinçli yapılması çok önemlidir. Bu durumun başlangıç zamanı tabi ki çocukluk dönemi ve en önemlisi temellerinin atıldığı adölesan dönemidir. Adölesan dönemi ve beslenme konusu ile ilgili çalışmalar ve araştırmalar yapılarak sonuçların değerlendirilmesi ve topluma kazandırılması gerekmektedir.

2.Dönemimizin dayattığı güzellik ve beden algısı geleceğin yetişkinleri olacak adölesan dönemi bireyleri çok etkilemektedir. Toplumdaki beden algısının, dayatılan güzellik kalıplarının, yanlış beslenme uygulamalarının uzman olan diyetisyenler tarafından anlatılarak Milli Eğitim ve Sağlık Bakanlığı bünyesindeki sağlıklı beslenme konusunda ulusal politikaların oluşturulması gerekmektedir.

3.Adölesan dönemi çocuklarda sağlıklı ve dengeli beslenmeyi destekleyecek farklı etkinliklerin geliştirilmesi temelinde okul kantinlerinde yer alan fast-food vb. ürünlerin yerine, öğrenciler için daha sağlıklı ara öğün tercihleri ve yemekler geliştirilebilir.

4.Öğrencilere diyetisyenler tarafından düzenli sağlıklı ve dengeli beslenme konusunda bilgiler okul ortamında verilmeli. Ayrıca okullarda beslenme dersine eğitimin ilk yıllarında başlanmalıdır.

5.Bu dönemde bireylerin zayıflamak veya ince bir görünüme sahip olmak için kendini aç bırakma, hızlı yemek tüketimi, alkol kullanımı ve sigara tüketimi, laksatif tercihi, kendini kusturabilme ve aşırı sportif aktivite gibi davranışlar beraberinde ileri derecede yeme bozukluğu geliştirmektedirler. Bu sebeple adölesanlara psikolojik yönden ve beslenme yönünden destek programları ve eğitimler düzenlenebilir.

6.Gelecekteki çalışmalara; yeme bozukluğu tanısı ya da yeme bozukluğu geçmişi olan adölesanları; dikkate alınmaları ve bu grupları özel tanı kriterleri ve risk etkenleri ile ayrı olarak değerlendirmeleri tavsiye edilebilir.

7. Çalışmanın sınırlılığı olarak gelecek çalışmalara kız ve erkek öğrenci sayılarını eşit tutarak, öğrencilerin BKİ gruplarını dengeli seçerek verilerin kıyaslaması tavsiye edilebilir.

8.Adölesan öğrencilerin besin tüketimlerini daha detaylı ve öğün öğün öğrenebilmek adına gelecek çalışmalara 3 günlük besin tüketim kaydı kullanılması tavsiye edilebilir. Öğrencilerin yeme bozukluğu ile tükettiği besinleri kıyaslamak adına daha yararlı olacaktır.

9.Adölesan çocuklarda sağlıklı olmayan yeme davranışları ve tutumlarının temelindeki sonuçları anlamaya yönelik araştırmalar gerçekleştirilmelidir. Bu araştırmalarda arkadaş ve sosyal ortam gibi etkenlere daha çok yer verilmelidir.

10.Yeme ve beslenme bozuklukları multidisipliner bir takım çalışması gerektirmektedir. Adölesan dönemde belirti veya tanısı olan hastaların erken yaşta tedavisinin uzman kişilerle yapılması çok önemlidir.

KAYNAKLAR

- Aksoydan, E., & Çakır, N. (2011). Adölesanların beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyleri ve vücut kitle indekslerinin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 53(4), 268-269.
- Al Sabbah, H., Vereecken, C., Abdeen, Z., Coats, E., & Maes, L. (2009). Associations of overweight and of weight dissatisfaction among Palestinian adolescents: findings from the national study of Palestinian schoolchildren (HBSC-WBG2004). *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 22(1), 40-49.
- Al Sabbah, H., Vereecken, C., Abdeen, Z., Kelly, C., Ojala, K., Németh, Á., ... & Maes, L. (2010). Weight control behaviors among overweight, normal weight and underweight adolescents in Palestine: findings from the national study of Palestinian schoolchildren(HBSC-WBG2004). *International Journal of Eating Disorders*, 43(4), 326-336.
- Albeeybe, J., Alomer, A., Alahmari, T., Asiri, N., Alajaji, R., Almassoud, R., & Al-Hazzaa, H. M. (2018). Body size misperception and overweight or obesity among Saudi college-aged females. *Journal of obesity*, 2018.
- Allison, K., Martino, N., O'Reardon, J., & Stunkard, A. (2005). CBT treatment for night eating syndrome: A pilot study. *In Obesity Research* (Vol. 13, pp. A83-A84).

Altunkan, H. (2013), Karaman İlinde 6-19 Yaş Grubu Çocuklarda Obezite Prevalansı, *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 11(1), 6-11.

American Psikiyatri Birliği. (2015), Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru elkitabı'ndan (çeviri ed. E Köroğlu) *Ankara, Hekimler Yayın Birliği*.

Anderson, C., & Petrie, T. A. (2012). Prevalence of disordered eating and pathogenic weight control behaviors among NCAA division I female collegiate gymnasts and swimmers. *Research quarterly for exercise and sport*, 83(1), 120-124.

Arslan, Y. (2019). Adölesanların Yeme Tutum ve Davranışları İle Beden Algısı Üzerine Bir Araştırma, *Yüksek Lisans Tezi*

Aslan, D., Gürtan, E., Hacım, A., Karaca, N., Şenol, E., & Yıldırım, E. (2003). Ankara'da Eryaman Sağlık Ocağı Bölgesi'nde bir lisenin ikinci sınıfında okuyan kız öğrencilerin beslenme durumlarının ve bazı antropometrik ölçümlerinin değerlendirmeleri. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(2), 55-62.

Aydoğan Arslan, S., Daşkapan, A., Çakır, B. (2016). Üniversite Öğrencilerinin Beslenme ve Fiziksel Aktivite Alışkanlıklarının Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3), 171-180.

Aygün, N. (2014), Obezite Tanımı, Komplikasyonları, Endokrin Kontrolü ve Beslenme Tedavisi, *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(1), 45-49.

- Babio, N., Canals, J., Pietrobelli, A., Pérez, S., and Arija, V. (2009). A two-phase population study: relationships between overweight, body composition and risk of eating disorders. *Nutrición Hospitalaria*, 24(4).
- Baceviciene, M., Jankauskiene, R., & Swami, V. (2021). Nature Exposure and Positive Body Image: A Cross-Sectional Study Examining the Mediating Roles of Physical Activity, Autonomous Motivation, Connectedness to Nature, and Perceived Restorativeness. *International journal of environmental research and public health*, 18(22), 12246.
- Bacopoulou, F., Efthymiou, V., Landis, G., Rentoumis, A., Chrousos, GP. (2015). Waist circumference, waist-to-hip-ratio and waist-to-height ratio reference percentiles for abdominal obesity among Greek adolescents. *BioMed Central Pediatrics*, 15, 2-9.
- Badrin, S., Daud, N., & Ismail, S. B. (2018). Body weight perception and weight loss practices among private college students in Kelantan State, Malaysia. *Korean journal of family medicine*, 39(6), 355.
- Batigün, A. D., & Utku, Ç. (2006). Bir grup gençte yeme tutumu ve öfke arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 21(57), 65
- Baykan, H., Karlıdere, T. (2016). Yeme Bozuklukları. *Türkiye Klinikleri Psikoloji Özel Sayısı*, 9(2), 63-67.

- Beals, K. A. (2000). Subclinical eating disorders in female athletes. *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*, 71(7), 23-29.
- Benazeera, U. J. C. (2014), Association Between Eating Habits And Body Mass Index (BMI) of Adolescents, *International Journal of Medical Science and Public Health*, 3(8), 940-943.
- Berry, T. R., & Howe, B. L. (2000). Risk factors for disordered eating in female university athletes. *Journal of sport behavior*, 23(3), 207.
- Boutelle, K. N., Hannan, P., Fulkerson, J. A., Crow, S. J., & Stice, E. (2010). Obesity as a prospective predictor of depression in adolescent females. *Health Psychology*, 29(3), 293.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., & 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.
- Butryn, M. L., & Wadden, T. A. (2005). Treatment of overweight in children and adolescents: does dieting increase the risk of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37(4), 285-293.
- Büyük E. T. Özdemir E. (2018). Lise Öğrencilerinin Beden Algısı İle Yeme Tutumu Arasındaki İlişki. *International Anatolia Academic Online Journal Health Sciences* 4(2):1 – 12.

- Büyük, E. T., & Özdemir, E. (2018). Lise öğrencilerinin beden algısı ile yeme tutumu arasındaki ilişki. *International Anatolia Academic Online Journal Health Sciences*, 4(2), 1-12.
- Carter, F. A., & Bulik, C. M. (2008). Childhood obesity prevention programs: How do they affect eating pathology and other psychological measures. *Psychosomatic Medicine*, 70(3), 363-371.
- Casadei, K., & Kiel, J. (2020). Anthropometric Measurement. *Treasure Island* .
- Cash, T. F., & Smolak, L. (Eds.). (2011). Body image: A handbook of science, practice, and prevention. *Guilford press*.
- Çelen, F. N., Bayram, S., & Sezer, E. (2020). Examination of Adolescents' Attention, Appetite and Nutritional Status. *World Nutrition*, 11(4), 10-21.
- Chatterton, J. M., Petrie, T. A. (2013). Prevalence of disordered eating and pathogenic weight control behaviors among male collegiate athletes. *Eating Disorders*, 21(4), 328-341.
- Citrome, L. (2019). Binge eating disorder revisited: what's new, what's different, what's next. *CNS spectrums*, 24(S1), 4-13.
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2003). Eating-disordered patients with and without self-injurious behaviours: A comparison of

psychopathological features. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 11(5), 379-396.

Cooper, M. J., Wells, A., & Todd, G. (2004). A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 1-16.

Cuadrado, C., Carbajal, A., & Moreiras, O. (2000). Body perceptions and slimming attitudes reported by Spanish adolescents. *Eur J Clin Nutr*, 54(1), 65-68.

Cumaoğlu, T. (2016). Obez Çocuklara Diyetisyen Tarafından Uygulanan Tıbbi Beslenme Tedavisinin Ağırlık Denetimi ve Beslenme Alışkanlıkları Üzerine Etkisi. *Yüksek Lisans Tezi, Doğu Akdeniz Üniversitesi, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti*.

Darcy, A. M., Hardy, K. K., Lock, J., Hill, K. B., & Peebles, R. (2013). The Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) among university men and women at different levels of athleticism. *Eating behaviors*, 14(3), 378-381.

Daştan, İ., Çetinkaya, V., Delice, M. E. (2014), İzmir İlinde 7-18 Yaş Arası Öğrencilerde Obezite ve Fazla Kilo Prevalansı, *Medical Journal of Bakırköy*, 10(4), 139-146.

Diedrichs, P. C., Atkinson, M. J., Garbett, K. M., Williamson, H., Halliwell, E., Rumsey, N., ... & Barlow, F. K. (2016). Randomized controlled trial of an online mother-daughter body image and well-being intervention. *Health Psychology*, 35(9), 996.

- Dion, J., Blackburn, M. E., Auclair, J., Laberge, L., Veillette, S., Gaudreault, M., ... & Touchette, E. (2015). Development and aetiology of body dissatisfaction in adolescent boys and girls. *International journal of adolescence and youth*, 20(2), 151-166.
- Duarte, P. A., Palmeira, L., & Pinto-Gouveia, J. (2020). The Three-Factor Eating Questionnaire-R21: A confirmatory factor analysis in a Portuguese sample. *Eating and weight disorders-studies on anorexia, bulimia and obesity*, 25, 247-256.
- Dwyer, J., Eisenberg, A., Prelack, K., Song, WO., Sonnevile, K., Ziegler, P. (2012). Eating attitudes and food intakes of elite adolescent female figure skaters: a cross sectional study. *Journal of the International Society of Sports Nutrition*, 9, 2-7.
- Eaton, D. K., Lowry, R., Brener, N. D., Galuska, D. A., & Crosby, A. E. (2005). Associations of body mass index and perceived weight with suicide ideation and suicide attempts among US high school students. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 159(6), 513-519.
- Ece, A., Ceylan, A., Gürkan, F., Dikici, B., Bilici, M., Davutoğlu, M., Karaçomak, Z. (2004), Diyarbakır ve çevresi okul çocuklarında boy kısalığı, düşük ağırlık ve obezite sıklığı, *Van Tıp Dergisi*, 11(4), 128-136.
- Eddy, K. T., Harshman, S. G., Becker, K. R., Bern, E., Bryant-Waugh, R., Hilbert, A., & Thomas, J. J. (2019). Radcliffe ARFID Workgroup: Toward

operationalization of research diagnostic criteria and directions for the field. *International Journal of Eating Disorders*, 52(4), 361-366.

Elfhag, K., & Linné, Y. (2005). Gender differences in associations of eating pathology between mothers and their adolescent offspring. *Obesity research*, 13(6), 1070-1076.

Elfhag, K., & 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.

Ercan, A. (2017). Yeme Bozuklukları Hastalıklarda Beslenme Tedavisi. *Hatipoğlu Yayınları*. 3.Baskı; 305-340.

Estima, CC., Costa, RS., Sichieri, R., Pereria, RA., Veiga, FV. (2009). Meal consumption patterns and anthropometric measurement in adolescents from a low socioeconomic neighborhood in the metropolitan area of Rio de Janeiro, Brazil. *Appetite*, 52, 735-739. Feb; 31(1): 73–76.

Fairburn, C. G. (2008). Eating disorders: *The transdiagnostic view and the cognitive behavioral theory*.

Fernandez, J., Redden, D. T., Pietrobelli, A., Allison, D. B. (2004), Waist circumference percentiles in nationally representative samples of African-American, European-American, and Mexican-American children and adolescents. *J Pediatr*, 145, 439-44.

- Ferrand, C., Champely, S., & Filaire, E. (2009). The role of body-esteem in predicting disordered eating symptoms: A comparison of French aesthetic athletes and non-athletic females. *Psychology of Sport and Exercise*, 10(3), 373-380.
- Field, A. E., Sonneville, K. R., Micali, N., Crosby, R. D., Swanson, S. A., Laird, N. M., Horton, N. J. (2012). Prospective association of common eating disorders and adverse outcomes. *Pediatrics*, 130(2), 289-295.
- Field, A. E., Sonneville, K. R., Micali, N., Crosby, R. D., Swanson, S. A., Laird, N. M., ... & Horton, N. J. (2012). Prospective association of common eating disorders and adverse outcomes. *Pediatrics*, 130(2), e289-e295.
- Fortes, L. D. S., Kakeshita, I. S., Almeida, S. S., Gomes, A. R., & Ferreira, M. E. C. (2014). Eating behaviours in youths: A comparison between female and male athletes and non-athletes. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 24(1), e62-e68.
- Fox, C. K., Northrop, E. F., Rudser, K. D., Ryder, J. R., Kelly, A. S., Bensignor, M. O., ... & Gross, A. C. (2021). Contribution of Hedonic Hunger and Binge Eating to Childhood Obesity. *Childhood obesity*, 17(4), 257-262.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine*, 12(4), 871-878.

- Gendall, K. A., Sullivan, P. E., Joyce, P. R., Carter, F. A., & Bulik, C. M. (1997). The nutrient intake of women with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21(2), 115-127.
- Gittes, E. B. (2004). The female athlete triad. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 17(5), 363-365.
- Glashouwer, K. A., van der Veer, R. M., Adipatria, F., de Jong, P. J., & Vocks, S. (2019). The role of body image disturbance in the onset, maintenance, and relapse of anorexia nervosa: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 74, 101771.
- Golden, N. H. (2003). Eating disorders in adolescence and their sequelae. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 17(1), 57-73.
- Grilo, C. M., Crosby, R. D., Peterson, C. B., Masheb, R. M., White, M. A., Crow, S. J., ... & Mitchell, J. E. (2010). Factor structure of the eating disorder examination interview in patients with binge-eating disorder. *Obesity*, 18(5), 977-981.
- Grimm, E. R., & Steinle, N. I. (2011). Genetics of eating behavior: established and emerging concepts. *Nutrition reviews*, 69(1), 52-60.
- Güleç, M., Yabancı, N., Göçgeldi, E., & Bakır, B. (2008). Ankara'da iki kız öğrenci yurdunda kalan öğrencilerin beslenme alışkanlıkları. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50(2), 102-109.

- Gümüşsoy, Ay. (2014), Erzurum il merkezi okul çağđ çocuklarda obezite prevalansı ve beslenme alışkanlıkları ile ilişkisi, *Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi*.
- Gusella, J., Goodwin, J., & van Roosmalen, E. (2008). ‘I want to lose weight’: Early risk for disordered eating?. *Paediatrics & child health*, 13(2), 105-110.)
- Hail, L., & Le Grange, D. (2018). Bulimia nervosa in adolescents: prevalence and treatment challenges. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 9, 11.
- Hartmann, A. S. (2020). Pica behaviors in a German community-based online adolescent and adult sample: an examination of substances, triggers, and associated pathology. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25(3), 811-815.
- Hay, P., Girosi, F., & Mond, J. (2015). Prevalence and sociodemographic correlates of DSM-5 eating disorders in the Australian population. *Journal of eating disorders*, 3(1), 1-7.
- Ildız, M., Saygın, Ö., Özmerdivenli, R. (2015). 14-18 Yaş Lisesi Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi. *International Journal of Human Sciences*, 12(4), 1440-1450.
- İlhan, M. N., Özkan, S., Aksakal, F. N., Aslan, S., Durukan, E., & Maral, I. (2006). Bir tıp fakóltesi öğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığı. *Türkiye’de Psikiyatri*, 8(3):151-155.

- İnalkaç, S., & Arslantaş, H. (2018). Duygusal yeme. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 27(1), 70-82.
- Itani, L., Kreidieh, D., El Masri, D., Tannir, H., Chehade, L., & El Ghoch, M. (2020). Revising BMI cut-off points for obesity in a weight management setting in Lebanon. *International journal of environmental research and public health*, 17(11), 3832.
- Jennings, K. M., & Phillips, K. E. (2017). Eating Disorder Examination–Questionnaire (EDE–Q): Norms for a clinical sample of males. *Archives of psychiatric nursing*, 31(1), 73-76.
- Kabakuş Aykut, M., & Bilici, S. (2022). The relationship between the risk of eating disorder and meal patterns in University students. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(2), 579-587.
- Kabaran, S., & Gezer, C. (2013). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’ndeki çocuk ve adolesanlarda Akdeniz diyetine uyum ile obezitenin belirlenmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 7(1), 11-20.
- Kadioğlu, E., Ergün, A. (2015). Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumu, Öz-Etkililik ve Etkileyen Faktörler, *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 96-104.

Kim, Y. R., Nakai, Y., & Thomas, J. J. (2021). Introduction to a special issue on eating disorders in Asia. *International Journal of Eating Disorders*, 54(1), 3-6.

Klos, L. A., Esser, V. E., & Kessler, M. M. (2012). *To weigh or not to weigh: the relationship between self-weighing behavior and body image among adults*. *Body Image*, 9(4), 551-554.

Köroğlu, E. (2014). DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. *HYB Basım Yayın*.

Krassas, G. E., Tsametis, C., Baleki, V., Constantinidis, T., Ünlühızarcı, K., Kurtoğlu, S., Keleştimur, F. (2004), *Prevalance of overweight and obesity among chidren and adolescents in Thessaloniki-Greece and Kayseri-Turkey*, *Pediatr Endoc. Rev*, 1, 460-464.

La Barrie, D., Hardy, R. A., Clendinen, C., Jain, J., Bradley, B., Teer, A. P., . . . Fani, N. (2021). Maternal influences on binge eating behaviors in children. *Psychiatry Research*, 295, 113600.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113600>

Lavender, J. M., De Young, K. P., & Anderson, D. A. (2010). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): norms for undergraduate men. *Eating behaviors*, 11(2), 119-121.

- Lee, G., Han, K., Kim, H. (2017). *Risk of mental health problems in adolescents skipping meals: The Korean National Health and Nutrition examination survey 2010 to 2012*. *Nursing Outlook*. 1-9.
- Machado de Rezende, LF., Azeredo, CM., Canella, DS., Claro, RM., Castro IR., Reither, EN., Krueger, PM., Hale, L., Reiter, EM., Peppard, PE. (2014). Ethnic variation in the association between sleep and body mass among US adolescents. *International Journal of Obesity*, 38, 944-949.
- Machado-Rodrigues, A. M., Coelho e Silva, M. J., Ribeiro, L. P., Fernandes, R., Mota, J., & Malina, R. M. (2016). Waist circumference and objectively measured sedentary behavior in rural school adolescents. *Journal of School Health*, 86(1), 54-60.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50(1), 1-11.
- Magee, L., & Hale, L. (2012). Longitudinal associations between sleep duration and subsequent weight gain: a systematic review. *Sleep medicine reviews*, 16(3), 231-241.
- Mairs, R., & Nicholls, D. (2016). Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 101(12), 1168–1175

- Malak, MZ., Khalifeh, AH., Shuhaiber, AH. (2017). Prevalence of internet addiction and associated risk factors in Jordanian school students. *Computers in Human Behavior*, 70, 556-563.
- Marzilli, E., Cerniglia, L., & Cimino, S. (2018). *A narrative review of binge eating disorder in adolescence: prevalence, impact, and psychological treatment strategies*. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 9, 17.
- Melin, A., Tornberg, Å. B., Skouby, S., Møller, S. S., Faber, J., Sundgot-Borgen, J., & Sjödén, A. (2016). Low-energy density and high fiber intake are dietary concerns in female endurance athletes. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 26(9), 1060-1071.
- Melin, A., Tornberg, Å. B., Skouby, S., Møller, S. S., Faber, J., Sundgot-Borgen, J., & Sjödén, A. (2016). Low-energy density and high fiber intake are dietary concerns in female endurance athletes. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 26(9), 1060-1071.
- Mendo-Lázaro, S., Polo-del-Río, M. I., Amado-Alonso, D., Iglesias-Gallego, D., & León-del-Barco, B. (2017). Self-concept in childhood: the role of body image and sport practice. *Frontiers in psychology*, 8, 853.
- Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C. *Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): norms for young adult women*. *Behav Res Ther*. 2006 Jan;44(1):53-62.

- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., Owen, C., & Beumont, P. J. V. (2004). Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. *Behaviour research and therapy*, 42(5), 551-567.
- Monge-Rojas, R., Smith-Castro, V., Colón-Ramos, U., Aragón, M. C., & Herrera-Raven, F. (2013). Psychosocial factors influencing the frequency of fast-food consumption among urban and rural Costa Rican adolescents. *Nutrition*, 29(7-8), 1007-1012.
- Moreno, L. A., & Kersting, M. (2005). How to measure dietary intake and food habits in adolescence. *The European Perspective*, 29(2), 66-77.
- Moustafa, A. F., Quigley, K. M., Wadden, T. A., Berkowitz, R. I., & Chao, A. M. (2021). A systematic review of binge eating, loss of control eating, and weight loss in children and adolescents. *Obesity*, 29(8), 1259-1271.
- Murray, M., Maras, D., & Goldfield, G. S. (2016). Excessive time on social networking sites and disordered eating behaviors among undergraduate students: Appearance and weight esteem as mediating pathways. *Cyberpsychology, Behavior, And Social Networking*, 19(12), 709-715.
- Musaiger, AO., Al-Roomi, K., Bader, Z.(2014). Social, dietary and lifestyle factors associated with obesity among Bahraini adolescents. *Appetite*, 73, 197-204.

- Myhr, A., Anthun, K. S., Lillefjell, M., & Sund, E. R. (2020). Trends in socioeconomic inequalities in Norwegian adolescents' mental health from 2014 to 2018: A repeated cross-sectional study. *Frontiers in psychology*, 11, 1472.
- Nakai, Y., Noma, SC., Nin, K., Teramukai, S.(2015). Eating disorder behaviors and attitudes in Japanese adolescent girls and boys in high school. *Psychiatry Resarch*, 230, 722-724.
- Nakamura, K., Yamamoto, M., Yamazaki, O., Kawashima, Y., Muto, K., Someya, T., ... & Nozoe, S. (2000). Prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in a geographically defined area in Japan. *International Journal of Eating Disorders*, 28(2), 173-180.
- Neumark-Sztainer, D., Watts, A. W., & Rydell, S. (2018). Yoga and body image: How do young adults practicing yoga describe its impact on their body image?. *Body Image*, 27, 156-168.
- Newacheck, P. W., McManus, M. A., & Fox, H. B. (1991). *Prevalence and impact of chronic illness among adolescents*. American journal of diseases of children, 145(12), 1367-1373.
- Nikolic, M., Pavlovic, M., Vojinovic, MM. (2009). Medical nutrition therapy in management of eating disorders. *Acta Medica Medianeae*, 48, 50-55.

- Nowak, M. (1998). The weight-conscious adolescent:: Body image, food intake, and weight-related behavior. *Journal of Adolescent Health*, 23(6), 389-398.
- Oliveira, F. P. D., Bosi, M. L. M., Vigário, P. D. S., & Vieira, R. D. S. (2003). Eating behavior and body image in athletes. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 9, 348-356.
- Onur, F. (2007). Farklı sosyo-ekonomik düzeydeki ailelerin beslenme bilgi düzeyleri ile sebze-meyve tüketim alışkanlıkları üzerinde bir araştırma. *Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara*.
- Orbitello, B., Ciano, R., Corsaro, M., Rocco, P. L., Taboga, C., Tonutti, L., ... & Balestrieri, M. (2006). The EAT-26 as screening instrument for clinical nutrition unit attenders. *International journal of obesity*, 30(6), 977-981.
- O'reardon, J. P., Ringel, B. L., Dinges, D. F., Allison, K. C., Rogers, N. L., Martino, N. S., & Stunkard, A. J. (2004). *Circadian eating and sleeping patterns in the night eating syndrome*. *Obesity research*, 12(11), 1789-1796.
- Orhan, FÖ., Tuncel, D. (2009). Gece Yeme Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1, 132-154.
- Özenoğlu, A., & Ünal, G. (2016). The effect of self-esteem and incidence of orthorexia nervosa among university students of health education. *J Int Res Med Pharm Sci*, 6(4), 173-182.

- Ozier, A. D., & Henry, B. W. (2011). Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of eating disorders. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(8), 1236-1241.
- Öztürk, A., Mazıcıoğlu, M. M., Poyrazoğlu, S., Çiçek, B., Günay, O., Kurtoğlu, S. (2009), The relationship between sleep duration and obesity in Turkish children and adolescents, *Acta Paediatr*, 98(4), 699-702.
- Pacanowski CR, Pisetsky EM, Berg KC, Crosby RD, Crow SJ, Linde JA, Mitchell JE, Engel SG, Klein MH, Smith TL, Le Grange D, Wonderlich SA, Peterson CB. (2016) Self-Weighing Behavior in Individuals with Eating Disorders. *Int J Eat Disord*;49(8):817-821.
- Pekcan G. (2008). Beslenme durumunun saptanması. *Diyet El Kitabı. Hatipoğlu Yayınevi. Ankara*, 67-141
- Peláez-Fernández, M. A., Labrador, F. J., & Raich, R. M. (2012). *Validation of eating disorder examination questionnaire (EDE-Q)–Spanish version–for screening eating disorders*. The Spanish journal of psychology, 15(2), 817-824.
- Pelegri, A., Santos-Silva, DA., Lima Silva, JM., Grigollo, L., Petroski, EL. (2015). Anthropometric indicators of obesity in the prediction of high body fat in adolescent. *Revista Paulista De Pediatria*, 33(1), 56-62.

- Presnell, K., Pells, J., Stout, A., Musante, G. (2008). Sex differences in the relation of weight loss self- efficacy, binge-eating and depressive symptoms to weight loss success in a residential obesity treatment program. *Eating Behavioral*, 9, 170-180
- Quick, V. M., Byrd-Bredbenner, C. (2013). Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q): norms for US college students. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 18(1), 29-35.
- Ramseyer Winter, V., Gillen, M. M., Cahill, L., Jones, A., & Ward, M. (2019). Body appreciation, anxiety, and depression among a racially diverse sample of women. *Journal of health psychology*, 24(11), 1517-1525.
- Rodgers, R., Chabrol, H., & Paxton, S. J. (2011). *An exploration of the tripartite influence model of body dissatisfaction and disordered eating among Australian and French college women*. *Body image*, 8(3), 208-215.
- Rouzitalab, T., Gargari, B. P., Amirsasan, R., Jafarabadi, M. A., Naeimi, A. F., and Sanoobar, M. (2015). The relationship of disordered eating attitudes with body composition and anthropometric indices in physical education students. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(11).
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 9(3), 429-448.

- S. Ruffolo, J., Phillips, K. A., Menard, W., Fay, C., & Weisberg, R. B. (2006). Comorbidity of body dysmorphic disorder and eating disorders: severity of psychopathology and body image disturbance. *International Journal of eating disorders*, 39(1), 11-19.
- Sabbağ, Ç. (2009). İlköğretim 5. ve 6. Sınıf Öğrencilerine Verilen Beslenme Eğitiminin Beslenme Bilgi, Tutum ve Davranışlarına Etkisinin Değerlendirilmesi. *Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara*, 1-223.
- Şanlıer, N., Yabancı, N., and Alyakut, Ö. (2008). An evaluation of eating disorders among a group of Turkish university students. *Appetite*, 51(3), 641-645.
- Saunders, J. F., Frazier, L. D., & Nichols-Lopez, K. A. (2016). Self-esteem, diet self-efficacy, body mass index, and eating disorders: modeling effects in an ethnically diverse sample. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 21(3), 459-468.
- Scalese, M., Denoth, F., Siciliano, V., Bastiani, L., Cotichini, R., Cutilli, A., & Molinaro, S. (2017). Energy drink and alcohol mixed energy drink use among high school adolescents: association with risk taking behavior, social characteristics. *Addictive behaviors*, 72, 93-99.
- SH, Ö. (2004). Adolesanlarda obezite prevalansının belirlenmesi ve risk faktörlerinin araştırılması. *Yayınlanmamış uzmanlık tezi. SSK Göztepe Eğitim Hastanesi, Pediatri Kliniği, İstanbul*.

Shoraka, H., Amirkafi, A., & Garrusi, B. (2019). *Review of body image and some of contributing factors in Iranian population*. International Journal of Preventive Medicine, 10.

Şimşek, M. H. (2022). *Yeme ve Beslenme Bozuklukları Sağlık & Bilim 2022: Beslenme-2*, 23.

Sivertsen, B., Pallesen, S., Sand, L., & Hysing, M. (2014). Sleep and body mass index in adolescence: results from a large population-based study of Norwegian adolescents aged 16 to 19 years. *BMC pediatrics*, 14(1), 1-11.

Siyez D.M., Uzbaş A. 2006. Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Anoreksik Yeme Tutumları İle Aile Yapısı Arasındaki İlişki, *New/Yeni Symposium Journal*–www.yenisymposium.net, 44 (1): 37-43.

Smink, F. R., van Hoeken, D., Oldehinkel, A. J., & Hoek, H. W. (2014). *Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents*. International Journal of Eating Disorders, 47(6), 610-619.

Sonneville, K. R., Horton, N. J., Micali, N., Crosby, R. D., Swanson, S. A., Solmi, F., & Field, A. E. (2013). Longitudinal associations between binge eating and overeating and adverse outcomes among adolescents and young adults: does loss of control matter?. *JAMA pediatrics*, 167(2), 149-155.

Spear, B. A. (2002). *Adolescent growth and development*. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, S23.

- Stefano, S. C., Bacaltchuk, J., Blay, S. L., & Hay, P. (2006). Self-help treatments for disorders of recurrent binge eating: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(6), 452-459.
- Støving, R. K., Andries, A., Brixen, K., Bilenberg, N., & Hørdér, K. (2011). Gender differences in outcome of eating disorders: a retrospective cohort study. *Psychiatry research*, 186(2-3), 362-366.
- Strand, M., von Hausswolff-Juhlin, Y., & Welch, E. (2019). A systematic scoping review of diagnostic validity in avoidant/restrictive food intake disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 52(4), 331-360.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2015). Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, 96.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (2010). Beslenme durumu ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi sonuç raporu. *Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara*, 2014. s.565. Yayın No.:931.
- Taheri, S., Lin, L., Austin, D., Young, T., & Mignot, E. (2004). *Short sleep duration is associated with reduced leptin, elevated ghrelin, and increased body mass index*. PLoS medicine, 1(3), e62.
- Tappy, L., Lê, K. A., Tran, C., & Paquot, N. (2010). Fructose and metabolic diseases: new findings, new questions. *Nutrition*, 26(11-12), 1044-1049.

Tekyaprak N. (2013). Ergenlerde Benlik Saygısı Yeme Tutumları ile Obezite İlişkisi, *Yüksek Lisans tezi, YDÜ*.

Thein-Nissenbaum, J. M., Carr, K. E., Hetzel, S., & Dennison, E. (2014). Disordered eating, menstrual irregularity, and musculoskeletal injury in high school athletes: a comparison of oral contraceptive pill users and nonusers. *Sports Health*, 6(4), 313-320.

Thompson MA, Gray JJ. (1995). Development and Validation of a new body-image assessment scale. *Journal of Personality Assessment* ; 2:258-269.

Thompson, J. K. (1990). *Body image disturbance: Assessment and treatment*. Pergamon Press.

Tiggemann, M., & Slater, A. (2013). NetGirls: The Internet, Facebook, and body image concern in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 46(6), 630-633.

Turan, Ş., Poyraz, C. A., & Özdemir, A. (2015). Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*.

Türk, M., Gürsoy, Ş. T., & ERGİN, I. (2007). *Kentsel bölgede lise birinci sınıf öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları*. *Genel Tıp Dergisi*, 17(2), 81-87.

Türkkahraman, D., Bircan, I., Tosun, O., Saka, O. (2006), *Prevalence And Risk Factors Of Obesity In School Children In Antalya, Turkey*, Saudi Medical Journal, 27(7), 1028-1033.

Tütüncü, İ. (2014). Kastamonu il merkezinde 13 ilköğretim okulunda 5-15 yaş grubu öğrencilerde fazla kiloluluk ve obezite prevalansı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (2), 141-151.

Udo, T., & Grilo, C. M. (2018). Prevalence and correlates of DSM-5–defined eating disorders in a nationally representative sample of US adults. *Biological psychiatry*, 84(5), 345-354.

Ünal, D., Öztop, D. B., Elmalı, F., Öztürk, A., Konak, D., Pırlak, B., & Güneş, D. (2009). Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 16(2), 75-82.

Ünsal, B. (2007). İlköğretim İkinci Kademe Öğrencilerinin Yeme Davranışını Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara*.

Uskun, E., & Şabaplı, A. (2013). *Lise Öğrencilerinin Beden Algıları ile Yeme Tutumları Arasındaki İlişki*. TAF Preventive Medicine Bulletin, 12(5).

Uzdil, Z., Özenoğlu, A., & Gökçe, Ü. N. A. L. (2017). Lise öğrencilerinde yeme tutumlarının beslenme alışkanlıkları, antropometrik ve demografik özellikleri ile ilişkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 11-18.

- Van Strien, T., Herman, C. P., & Verheijden, M. W. (2014). Dietary restraint and body mass change. A 3-year follow up study in a representative Dutch sample. *Appetite*, 76, 44-49.
- Vander Wal, J. S. (2012). The relationship between body mass index and unhealthy weight control behaviors among adolescents: The role of family and peer social support. *Economics & Human Biology*, 10(4), 395-404.
- Videon, T. M., & Manning, C. K. (2003). Influences on adolescent eating patterns: the importance of family meals. *Journal of adolescent health*, 32(5), 365-373.
- Vijayalakshmi, P., Thimmaiah, R., Reddy, S., BV, K., Gandhi, S., & BadaMath, S. (2017). Gender differences in body mass index, body weight perception, weight satisfaction, disordered eating and weight control strategies among Indian medical and nursing undergraduates. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 35(3), 276-284.
- Welsh, E. M., Sherwood, N. E., VanWormer, J. J., Hotop, A. M., & Jeffery, R. W. (2009). Is frequent self-weighing associated with poorer body satisfaction? Findings from a phone-based weight loss trial. *Journal of nutrition education and behavior*, 41(6), 425-428.
- Wilson, N. L., & Blackhurst, A. E. (1999). Food advertising and eating disorders: Marketing body dissatisfaction, the drive for thinness, and dieting in women's magazines. *The Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*, 38(2), 111-112.

World Health Organization (WHO). (2007), Growth reference data for 5-19 years, www.who.int/childgrowth/en/

Wronka, I., Suliga, E., & Pawlinska-Chmara, R. (2013). Perceived and desired body weight among female university students in relation to BMI-based weight status and socio-economic factors. *Annals of agricultural and environmental medicine*, 20(3).

Yağmur, C. (1995). Çukurova Üniversitesi öğrencilerinin beslenme durumu üzerine bir araştırma. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 24(2), 239-251.

Yeşildemir, Ö. (2018). Egzersiz yapan bireylerde beslenme durumu, sağlıklı beslenme takıntısı ve yeme davranış bozukluklarının değerlendirilmesi (*Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü*).

Yılmaz, E., & Özkan, S. (2007). Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(6), 87-104.

Yücel, B. (2009). *Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: Yeme bozuklukları. İlk Söz*, 22(4), 39-45.

Yucel, B., Polat, A., Ikiz, T., Dugor, B. P., Elif Yavuz, A., & 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.

Zhang, Y. X., Zhao, J. S., & Chu, Z. H. (2016). Children and adolescents with low body mass index but large waist circumference remain high risk of elevated blood pressure. *International Journal of Cardiology*, 215, 23-25

EKLER

Ek 1: Etik Kurul Onayı

 Doğu Akdeniz Üniversitesi <i>"Erdem, Bilgi, Gelişim"</i>	Eastern Mediterranean University <i>"Virtue, Knowledge, Advancement"</i>	Galileo Galilei Sk. / Str., 99628, Gazimağusa, KUZZEY KIBRIS / Famagusta, NORTH CYPRUS, via Mersin 10, TURKEY Tel: (+90) 392 630 1327 bayek@emu.edu.tr
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu (BAYEK) / Board of Scientific Research and Publication Ethics		
Sayı: ETK00-2022-0216 28.09.2022		
Konu: Etik Kurulu'na Başvurunuz Hk.		
Sayın: Dyt. Ecem Buse Ulu		
Sağlık Bilimleri Fakültesi		
Sağlık Etik Alt Kurulu'nun 27.09.2022 tarih ve 2022/11 sayılı toplantısında incelenerek uygun bulunan, Yrd. Doç. Dr. Fatma Hülya Erem danışmanlığında yürüttüğünüz "Lise Öğrencilerinde Yeme Davranışı, Beden Algısı Ve Yeme Bozukluğu Durumunun Saptanması" adlı yüksek lisans tez çalışmanız, Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu tarafından onaylanmıştır.		
Çalışmalarınızda başarılar dilerim.		
 Prof. Dr. Yücel Yural Etik Kurulu Başkanı		
YV/ek.		
www.emu.edu.tr		

Ek 2: Gönüllü Olur Formu

Doğu Akdeniz Üniversitesi
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu
Sağlık Etik Alt Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI:

Bu form ile “*Lise Öğrencilerinde Yeme Davranışı, Beden Algısı ve Yeme Bozukluğu Durumunun Saptanması*” isimli çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Sizinle ilgili tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma bitiminde elde edilen sonuçlar, sizin kimliğiniz hiçbir şekilde açıklanmadan, tamamen saklı tutularak ilgili literatürde yayınlanabilecektir.

Araştırmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Araştırma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz, sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmayı bırakmakta özgürsünüz. Aynı şekilde araştırmayı yürüten araştırmacı çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmakla parasal bir yük altına

girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma, Dyt. Ecem Buse ULU sorumluluğu altında yapılmaktadır.

Araştırmanın Konusu ve Amacı:

Bir insanın sağlıklı bir şekilde büyümesi için ve uzun bir yaşamı en iyi şekilde geçirebilmesi için gereksinimi olan besin öğelerini yeterli ve düzenli bir şekilde alması gerekmektedir. Yaşamın düzgün bir şekilde ilerleyebilmesi için beslenme olmasa olmazdır. Bununla birlikte sağlıklı beslenme bilişsel sağlık, hastalıklara yakalanmada önleyici ve ileriki yaşlara zemin hazırlayarak daha dinç bir hayat sağlamaktadır. Adölesan dönemi çocukluktan erişkinliğe doğru ilerlerken ki geçiş dönemi olup psikolojik, fiziksel, sosyal olarak birçok durumu kapsayan ve değişikliklere sebep olan önemli bir süreçtir. Bu dönemde yeterli ve dengeli beslenme , bunun yanında enerji ihtiyacı büyüme gelişme çağı olduğu için çok önemlidir. YB'nın başlangıç yaşı orta ve geç ergenlik döneminden erken ergenlik dönemine indiği bildirilmektedir. Yeme bozukluğu açısından en riskli grupların başında lise ve üniversite öğrencilerinin geldiği söylenebilir. Bu çalışmanın amacı lise öğrencilerinde yeme davranışı ve beden algısının yeme bozukluğu görülme sıklığı ile ilişkisini incelemektir.

Araştırmanın Yöntemi:

Bu araştırma Assist.Prof.Dr. Fatma Hülyam Eren danışmalığında Doğu Akdeniz Üniversitesi Yüksek Lisans öğrencisi Dyt. Ecem Buse ULU tarafından yapılacaktır. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğinizde sizden anket sorularını içtenlikle yanıtlamanız istenmektedir. Aynı zamanda araştırma sorumlusu tarafından size herhangi bir müdahale olmayacaktır. Sağlığınıza hiçbir şekilde zarar gelmeyecektir. Boyunuz, kilonuz, bel çevreniz ve kalça çevreniz araştırmacı tarafından

ölçülecek ve belirli anket sorularına cevap vermeniz istenecektir. Bu yüksek lisans araştırmasının kapsamında sizden toplanacak olan tüm bilgiler sadece bu araştırma için kullanılacak ve gizli tutulacaktır. Araştırmadan dilediğinizde ayrılabilirsiniz. Anket sorularının tamamlanması ve antropometrik ölçümlerinizin yapılması toplamda 25-30 dakika sürecektir.

Soru, Daha Fazla Bilgi ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler :
Gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Adı : Ecem Buse ULU
Görevi : Yüksek Lisans Öğrencisi
Telefon : 05525356860

Gönüllünün / Katılımcının Beyanı:

Bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı tatmin olacağım şekilde cevapladı.

Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir bilgi, soru sorma ihtiyacım olduğunda Ecem Buse ULU ile iletişim kurabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın,

gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Araştırmacı, saklamam için imzalı bu belgenin bir kopyasını bana teslim etmiştir.

Gönüllü/Katılımcı

Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Görüşme Tanığı

Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Sorumlu Araştırmacı

Adı, soyadı: Assist.Prof.Dr Fatma Hülyam Eren
Adres: Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Tel: 03926301083
İmza:
Tarih:

Araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Diyetisyen Ecem Buse ULU
Adres:
Tel: 05525356860
İmza:
Tarih:

Ek 3:Aile Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (Veli İzin Formu)

Sevgili anne-baba, Çocuğunuzu Assist.Prof.Dr Fatma Hülyam EREN danışmanlığında Ecem Buse ULU tarafından yürütülen “Lise Öğrencilerinde Yeme Davranışı, Beden Algısı ve Yeme Bozukluğu Durumunun Saptanması” başlıklı araştırmaya dahil etmek istiyoruz.

Bu araştırmanın amacı lise öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ile yaşam kalitesi beden algısı ve beslenme durumunu saptamaktır. Araştırmaya çocuğunuzun tahminen 25 dk. süre ayırması istenecektir. Çocuğunuza herhangi bir müdahale olmayacaktır. Çocuğunuzun boyu, kilosu, bel çevresi ve kalça çevresi araştırmacı tarafından ölçülecek ve belirli anket sorularına cevap vermesi istenecektir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için beklenen, bütün soruların eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, en uygun cevapların verilmesidir. Bu formu okuyup onaylamanız, çocuğunuzun araştırmaya katılmasını kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya dytecebuseulu@hotmail.com e-posta adresinden ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Ecem Buse ULU

Veli ya da Vasisinin

Adı-Soyadı:.

İmzası:

İletişim Bilgileri: dytecembuseulu@hotmail.com

İmzası:

İletişim Bilgileri:

Ek 4: Anket Formu

I. GENEL BİLGİLER

1.Anket no:

2.Doğum Tarihi (yıl):

3.Cinsiyet: 1.Kadın 2.Erkek

4.Kaçıncı Sınıftasınız: a. 9. Sınıf b.10. sınıf c. 11.Sınıf d. 12.Sınıf

5.Doktor tarafından tanısı konulmuş kronik bir hastalığınız var mı ?

a. Evet b.Hayır

6.Soruda cevabınız evet ise hastalığınızı yazınız.....

7.Düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mı? a.Evet b.Hayır

8. Soruya cevabınız evet ise hangi ilaçlar olduğunu lütfen belirtiniz.....

9.Annenizin eğitim durumu? a.Okur-yazar değil. b-Okur-yazar c-İlkokul

d-Orta okul e-Lise f-Üniversite

10.Babanızın eğitim durumu? a.Okur-yazar değil b-Okur-yazar c-İlkokul d-

Orta okul e-Lise f-Üniversite

11.Kardeşiniz var mı ? a.Evettane b.Hayır

12. Ailenizin gelir durumu ortalama ne kadar dır ? a.1.000-2.000 TL b.3.000-

4.000 TL c.5.000-6.000 TL d. 6.000 TL üzeri

13.Ailenizde tanısı konulmuş psikiyatrik bir hastalığı olan var mıdır ?

a.Evet b. Hayır

14. 13. Soruya cevabınız evet ise hangi hastalık?

15.Daha önce yeme bozukluğu (anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıkanırcasına yeme bozukluğu) tanısı aldınız mı ?

Evet..... b.Hayır

16.Soruya cevabını evet ise tanıyı kim koydu? a. Doktor b. Psikolog c. Psikiyatrist e.Diyetisyen

17.Kilo vermek istiyor musunuz? a.Evet.....kg b.Hayır

18.Kilo almak istiyor musunuz? a.Evet.....kg b.Hayır

19.Kilo vermenizi söyleyen biri var mı? 1.Evet 2.Hayır

20.Soruya cevabınız evet ise kim olduğunu belirtiniz.....

21.Kilo almanızı söyleyen biri var mı ? a.Evet b.Hayır

22. 21. Soruya cevabınız evet ise kim olduğunu belirtiniz.....

23.Son 12 ayda vücut ağırlığınızda değişim oldu mu ? a.Evet.....kg arttı
b.Evet.....kg azaldı c.Hayır

24.Vücut görünüşünüzden memnun musunuz? a.Evet b.Hayır

25.Şu an kilo vermek için bir şey yapıyor musunuz?

a. Az yemek

b. Öğün atlamak

c. Daha fazla egzersiz veya antrenman yapmak

d. Diyet hapi veya ürünleri kullanmak

e. Daha çok su içmek

f. Karbonhidrat içeren yiyecekleri azaltmak veya hiç yememek

g. Şeker içeren besinleri azaltmak veya hiç tüketmemek

h. Diğer (belirtiniz).....

26. Kilo vermek için yardım alıyor musunuz? a. Evet b.Hayır

27. Eğer 26. Soruya cevabınız evet ise kimden yardım alıyorsunuz?

a.Diyetisyen b. Doktor c. Spor hocası d. Arkadaş e. Sosyal medya f.

Diğer.....

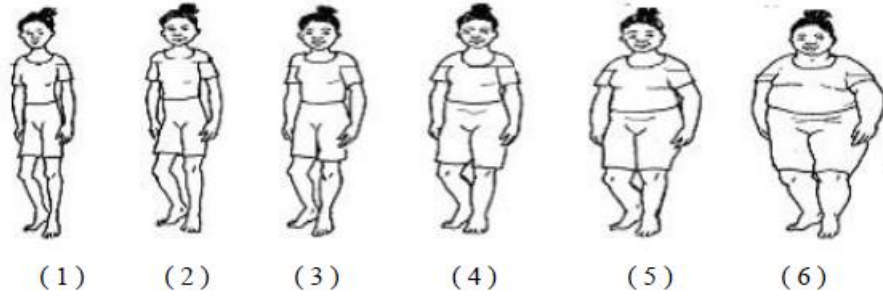
28. Ne sıklıkla tartılıyorsunuz?..... kez/günde/haftada/ayda

29. Yemek yedikten sonra mide bulantısı veya pişmanlık duyuyor musunuz? a.Evet b.Hayır

30. Aşırı yemek yedikten sonra kusma ihtiyacı hissedersiniz? a.Evet b.Hayır

31. Günde ortalama kaç saat uyursunuz?saat

32. Vücut ağırlığınızı nasıl tanımlarsınız? (Uygun gördüğünüz şeklin altındaki rakamı işaretleyiniz) .



II. BESLENME ALIŞKANLIĞINA AİT BİLGİLER

1. Günde kaç öğün yemek yersiniz? ana öğün,ara öğün

2. Ana öğün atlar mısınız?

a)Evet b)Hayır

3. Bir önceki soruya cevabınız “evet” ise en sık hangi öğünü ya da öğünleri atlarsınız?

a) Sabah b) Öğle c) Akşam

4. Öğün atlama nedeniniz nedir?

- a) Canım istemiyor
- b) Açlık hissetmememden dolayı öğün atlıyorum
- c) Okulda veya bulunduğum yerde bana uygun yemeklerin olmaması
- d) 3 ana öğün yapmayı gereksiz görmem
- e) Öğün atlayarak kan şekerimin daha düzenli olacağını düşündüğüm için

- f) Zayıflamak istediğim için
- g) Diğer.....

5. Ara öğünlerinizde genellikle neler tüketirsiniz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a. Taze/Kuru Meyveler
- b. Yağlı Tohumlar (badem, ceviz, fındık,vb)
- c. Süt, yoğurt, ayran
- d. Sandviç, tost, galeta, grisini, vb
- e. Kraker, Bisküvi, vb
- f. Poğaç, simit, börek, zeytinli, vb.
- g. Çikolata, gofret, vb
- h. Diğer..... (lütfen belirtiniz)

6. Ara öğünlerinizde genellikle hangi tür içecekleri tercih edersiniz?

- | | | |
|-----------------|-----------------|-----------------------------|
| a. Siyah çay | e. Yeşil çay | i. Bitki çayı |
| b. Türk kahvesi | f. Nescafe | j. Süt |
| c. Ayran | g. Kefir | k. Taze sıkılmış meyve suyu |
| d. Soda | h. Gazlı İçecek | l. Diğer..... |

7. Evde hangi sıklıkla yemek yersiniz?

- a. Hiç
- b. Her gün
- c. Haftada 1-2 kez
- d. Haftada 3-4 kez
- e. Ayda 1-2 kez
- f. Diğer:

8. Ev dışında yemek yerken ne yemeyi tercih edersiniz?
- a. Fast-food d. Kebab
- b. Pide-pizza-gözleme e. Tabldot menü
- c. Ev yemekleri f. Diğer.....
9. Gün içerisinde iki öğününüzün arasında genellikle kaç saat aralıklar oluyor?
- a. 1 saat b. 2 saat c. 3 saat d. 4 saat ve fazlası
10. Genellikle ne sıklıkla sabah kahvaltısı yaparsınız?
- a) Haftada 7 kez (her gün)
- b) Haftada 5-6
- c) Haftada 3-4 kez
- d) Haftada 2 kez (hafta sonları)
- e) Haftada 1 kez (hafta içi)
- f) Haftada 1 kez (hafta sonu)
- g) Çok seyrek/hiç
11. Genelde akşam öğününden sonra besin veya içecek (su hariç) tüketiyor musunuz?
- a) Evet b)Hayır
12. Bir önceki cevabınız evet ise genelde hangi gıdaları tüketiyorsunuz?
- a. Taze/Kuru Meyveler
- b. Yağlı Tohumlar (badem, ceviz, fındık,vb)
- c. Süt, yoğurt, ayran
- d. Sandviç, tost, galeta, grisini, vb
- e. Kraker, Bisküvi, vb
- f. Poğaç, simit, börek, zeytinli, vb.
- g. Çikolata, gofret, vb
- h. Diğer..... (lütfen belirtiniz)
13. Üzüntülü, yorgun, sevinçli ya da heyecanlı olduğunuzda beslenmenizde ne gibi değişiklikler olur?
- a) Hiç yemek yemem
- b) Her zamankinden az yerim

- c) Her zamankinden çok yerim
- d) Hiç değişiklik olmaz

14. Öğünlerde yemeklerin yanında salata tüketme alışkanlığınız var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

15. Yemek yeme hızınız nasıldır?

- a)Yavaş
- b) Orta hız
- c) Hızlı

III. FİZİKSEL AKTİVİTE DURUMUNA İLİŞKİN BİLGİLER

1. Düzenli olarak fiziksel aktivite yapıyor musunuz? (hayır cevabını burada durunuz)

- a) Evet
- b) Hayır

2. Cevabınız evet ise düzenli olarak yaptığınız aktivite nedir?

- a. Yürüyüş
- d. Bisiklet
- b. Koşma
- e. Yüzme
- c. Basketbol / Voleybol
- f. Diğer..... (lütfen belirtiniz)

3. Yaptığınız aktivitenin sıklığı nedir?

- a. Haftada 1-2 gün
- b. Haftada 3-4 gün
- c. Haftada 5-6 gün
- d. Hergün
- e. Diğer

4. Tek seferde yaptığınız aktivite süresi nedir?

.....saat /gün veyadakika/gün

5. Ne kadar süredir bu aktiviteyi/aktiviteleri yapıyorsunuz?

..... ay veya.....yıl

6. Günde ortalama kaç saatiniz oturarak geçer?saat

7. Yemek yedikten sonra aşırı derecede fiziksel aktivite yapar mısınız?

- a. Evet
- b. Hayır

8. Gün içerisinde masa başı/bilgisayar başı/ TV başında ne kadar süre geçirirsiniz?.....

IV. ANTROPOMETRİK BİLGİLER

	Birim		Birim
Şu anki Vücut Ağırlığı	kg	Boy Uzunluğu	cm
Bel Çevresi	cm	Kalça Çevresi	cm

Ek 5: Besin Tüketim Sıklığı (G/Miktar)

BESİN TÜKETİM SIKLIĞI (G/ MİKTAR)

Tükettiğiniz miktarları, tüketim sıklığınızın altına yazınız.

Haftada Tüketim Sıklığı

Besinler							
	Hiç	<1	1 Kez	2 Kez	3 Kez	4 Kez	Her gün
Süt							
Yoğurt							
Peynir							
Yumurta							
Kırmızı et							
Tavuk							
Balık							
Kurubaklagil							
Taze sebzeler							
Meyveler							
Ekmek							
Pirinç, bulgur							
Kola, gazoz							
Şeker,							
Hamburger,							
Kek, Bisküvi							
Sıvı yağlar							

Zeytinyağ							
Katıyağ							

Ek 6: Beden Algısı Ölçeği (BAÖ)

BEDEN ALGISI ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: Bu ankette, yapmanız gereken, bir beden özelliğiniz hakkındaki duygularınızı bu ifadelere göre değerlendirmektedir. İnsanların kendi bedenleri hakkında nasıl duygulara sahip olduğunu belirlemek amacıyla geliştirilmiştir.

		(5)Çok beğeniyorum	(4)Oldukça beğeniyorum	(3)Kararsızım	(2)Pek beğenmiyorum	(1)Hiç beğenmiyorum
1	Saçlarım					
2	Yüzümün					
3	İştahım					
4	Ellerim					
5	Vücudumun					
6	Burnum					
7	Fiziksel					
8	İdrar,dışkı					
9	Kas					
10	Belim					
11	Enerji					
12	Sırtım					
13	Kulaklarım					
14	Yaşım					
15	Çenem					
16	Vücut					

17	Profilim					
18	Boyum					
19	Duygularımı					
20	Ağrıya					
21	Omuzlarımı					
22	Kollarım					
23	Göğüslerim					
24	Gözlerimin					
25	Sindirim					
26	Kalçalarım					
27	Hatalığa					
28	Bacaklarım					
29	Dişlerimin					
30	Cinsel					
31	Ayaklarım					
32	Uyku					
33	Sesim					
34	Sağlığım					
35	Cinsel					
36	Dizlerim					
37	Vücudumun					
38	Yüzümün					
39	Kilom					
40	Cinsel					

Ek 7: Yeme Tutum Testi (EAT-26)

YEME TUTUM TESTİ (EAT-26)

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen parantezin içine X işareti koyunuz. Örneğin; “Çikolata yemek hoşuma gider” cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa hiçbir zaman yazılı parantezin içine X işareti koyunuz, her zaman hoşunuza gidiyorsa daima nın altını X işaretleyiniz.

SORULAR	Daima	Çok Sık	Sık Sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1. Şişman olmaktan çok korkarım.						
2. Aç olduğum halde yemek yemekten kaçınırım.						
3. Her an kendimi yemek yemeği düşünürken bulurum						
4. Çatlayıncaya kadar yemek yerim						
5. Tabağımdaki yiyecekleri küçük parçalara ayırırım.						
6. Yediklerimin enerji içeriğini bilerek yerim.						
7. Ekmek, pirinç, patates gibi yüksek karbonhidrat içeren yiyeceklerden						

özellikle uzak dururum.						
8. Çevremdekilerin benim daha fazla yememi istediklerini hissedirim.						
9. Yedikten sonra kusarım.						
10. Yedikten sonra müthiş bir suçluluk hissi duyarım.						
11. Zihnim daha fazla zayıf olmamı söyler.						
12. Egzersiz yaparken kalorilerin yandığını düşünürüm.						
13. Çevremdekiler benim çok zayıf olduğumu düşünür.						
14. Aklımda hep vücudum yağlandığı düşüncesi vardır.						
15. Çevremdekilere göre yemek yemem daha uzun sürer.						
16. İçerisinde şeker olan yiyeceklerden kaçınırım.						
17. Diyet ürünleri tüketmek daha cazip gelir.						
18. Yiyeceklerin benim hayatımı kontrol ettiğini düşünürüm.						
19. Yediğim yiyecekler benim kontrolüm altındadır.						
20. Çevremdekiler beni yemek yemeye zorlar.						

21. Ne yemem gerektiği üzerine çok düşünürüm ve zaman harcarım.						
22. Tatlı yedikten sonra kendimi rahatsız hissedirim.						
23. Beslenme alışkanlıklarımı düzeltmem gereken konularla ilgilenirim.						
24. Midemin boş olmasını severim.						
25. Yeni çıkmış yüksek kalorili yiyecekleri denemekten çok hoşlanırım.						
26. Yedikten sonra kusma dürtüsü hissedirim.						

Ek 8: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (EDE-Q)

YEME BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (EDE-Q)

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

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...	Hiç birinde	1-5 gün	6-12 gün	13-15 gün	16-22 gün	23-27 gün	H e r g ü n
1-	Kilonuzu ya da bedeninizin şeklini değiştirmek amacıyla yiyecek miktarınızı kasıtlı olarak sınırlandırmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir)	0	1	2	3	4	5	6
2-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla uzun bir süre (uyanık olduğunuz 8 saat boyunca ya da daha fazla bir süre için) hiçbir şey yemediğiniz oldu?	0	1	2	3	4	5	6
3-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla hoşlandığınız yiyecekleri beslenme düzeninizden çıkarmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir)	0	1	2	3	4	5	6

4-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla yemenizle ilgili (örn. kalori sınırlandırması) belli kurallara uymaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
5-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilemek amacıyla boş bir mideye sahip olmak için belirgin bir arzu duyduunuz?	0	1	2	3	4	5	6
6-	Tamamen düz bir karına sahip olmak için belirgin bir arzu duyduunuz?	0	1	2	3	4	5	6
7-	Yiyecek, yemek yeme ya da kalorilerle ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. çalışma, bir konuşmayı takip etme ya da okuma) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu mu?	0	1	2	3	4	5	6
8-	Bedeninizin şekli ve kiloyla ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. İşinize, bir konuşmayı takip etmenize ya da okumanıza) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu?	0	1	2	3	4	5	6
9-	Yemek yemeyle ilgili kontrolü kaybetmekten belirgin biçimde korktuğunuz oldu?	0	1	2	3	4	5	6
10-	Kilo alabileceğinizden belirgin bir biçimde korktunuz?	0	1	2	3	4	5	6
11-	Kendinizi şişman hissettiniz?	0	1	2	3	4	5	6

1	Kilo vermek için güçlü bir	0	1	2	3	4	5	6
2-	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.

	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 gününde 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 müşil (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'dan 21'e kadar olan sorular: Lütfen uygun sayıyı yuvarlak içine alınız.

Lütfen bu sorular için “tıkınırcasına 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)	Hiçbi ri	1-5 gün	6-12 gün	13- 15 gün	16-22 gün	23- 27 gün	Her gün
-----	---	-------------	------------	-------------	------------------	--------------	------------------	------------

	yemek yediniz? (Tıkınırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	0	1	2	3	4	5	6
20-	Yemek yediğiniz zaman bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilediği için ne oranda kendinizi suçlu hissettiniz (hata yaptığınızı hissettiniz)? (Tıkınırcasına yemek yeme durumlarını saymayınız)	Hiçbiri	Nadiren	Yarıdan az	Yarı yarıya	Yarıda fazla	Çoğu Zaman	Her zaman
		0	1	2	3	4	5	6
21-	Son 28 gün içinde, başkalarının sizi yemek yerken görmesiyle ilgili ne kadar endişelendiniz? (Tıkınırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	Hiç	Biraz	Biraz	Orta	Orta	Önemli ölçüde	Önemli ölçüde
		0	1	2	3	4	5	6

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.

22-	Kilonuz, kişi olarak kendiniz hakkında düşüncenizi ve yargınızı etkiledi mi?	0	1	2	3	4	5	6
23-	Bedeninizin şekli, kendiniz hakkındaki düşüncenizi (yargınızı) etkiledi mi?	0	1	2	3	4	5	6

24-	Önümüzdeki dört hafta boyunca, haftada 1 kez tartılmanız istense (ne daha sık ne daha seyrek), bu sizi ne kadar üzerdi ?	0	1	2	3	4	5	6
25-	Kilonuzdan ne derece memnun değilsiniz ?	0	1	2	3	4	5	6
26-	Bedeninizin şeklinden ne derece memnun değilsiniz?	0	1	2	3	4	5	6
27-	Bedeninizi görmekten ne kadar rahatsız oluyorsunuz (örn. Aynada, mağazanın camında, soyunurken, banyo ya da duş yaparken)?	0	1	2	3	4	5	6
28-	Başkalarının bedeninizin şeklini görme-sinden ne derece rahatsız oluyorsunuz? (örn. Soyunma odalarında, yüzerken ya da dar elbiseler giyerken)	0	1	2	3	4	5	6

Şu andaki kilonuz nedir? (Lütfen en yakın tahmini yapınız).....

Boyunuz ne kadar? (Lütfen en yakın tahmini yapınız).....

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

Aksama olduysa kaç tane?.....

Bu nedenle ilaç kullanıyor musunuz?.....

Ek 9 : Bel Çevresi Persentil Değerleri (2-18 Yaş, Erkek- Kız)

(Fernandez ve ark.,2004;WHO 2007)

	Percentile for boys					Percentile for girls				
	10 th	25 th	50 th	75 th	90 th	10 th	25 th	50 th	75 th	90 th
Intercept	39.3	43.2	42.9	43.3	43.8	39.9	41.8	43.6	45.0	46.8
Slope	1.8	1.9	2.1	2.6	3.4	1.6	1.7	1.9	2.3	2.9
Age (y)										
2	42.9	46.9	47.1	48.6	50.6	43.1	45.1	47.4	49.6	52.5
3	44.7	48.8	49.2	51.2	54.0	44.7	46.8	49.3	51.9	55.4
4	46.5	50.6	51.3	53.8	57.4	46.3	48.5	51.2	54.2	58.2
5	48.3	52.5	53.3	56.5	60.8	47.9	50.2	53.1	56.5	61.1
6	50.1	54.3	55.4	59.1	64.2	49.5	51.8	55.0	58.8	64.0
7	51.9	56.2	57.5	61.7	67.6	51.1	53.5	56.9	61.1	66.8
8	53.7	58.1	59.6	64.3	71.0	52.7	55.2	58.8	63.4	69.7
9	55.5	59.9	61.7	67.0	74.3	54.3	56.9	60.7	65.7	72.6
10	57.3	61.8	63.7	69.6	77.7	55.9	58.6	62.5	68.0	75.5
11	59.1	63.6	65.8	72.2	81.1	57.5	60.2	64.4	70.3	78.3
12	60.9	65.5	67.9	74.9	84.5	59.1	61.9	66.3	72.6	81.2
13	62.7	67.4	70.0	77.5	87.9	60.7	63.6	68.2	74.9	84.1
14	64.5	69.2	72.1	80.1	91.3	62.3	65.3	70.1	77.2	86.9
15	66.3	71.1	74.1	82.8	94.7	63.9	67.0	72.0	79.5	89.8
16	68.1	72.9	76.2	85.4	98.1	65.5	68.6	73.9	81.8	92.7
17	69.9	74.8	78.3	88.0	101.5	67.1	70.3	75.8	84.1	95.5
18	71.7	76.7	80.4	90.6	104.9	68.7	72.0	77.7	86.4	98.4