



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ 1. SINIF VE 6. SINIF
ÖĞRENCİLERİNİN BESLENME
ALİŞKANLIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. İBRAHİM HALİL ÇETİN**

**DANIŞMAN
PROF. DR. SERPİL DEMİRAĞ**

AYDIN-2020

**T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ 1. SINIF VE 6. SINIF
ÖĞRENCİLERİNİN BESLENME
ALİŞKANLIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. İBRAHİM HALİL ÇETİN**

**DANIŞMAN
PROF. DR. SERPİL DEMİRAĞ**

AYDIN-2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimin ve tez sürecimin her aşamasında beni destekleyen, motive eden, cesaretlendiren, kıymetli bilgi, birikim ve tecrübelerini benimle paylaşan değerli tez danışman hocam Prof. Dr. Serpil DEMİRAĞ'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bana her zaman destek olan, kıymetli bilgi, birikim ve tecrübelerini benimle paylaşan değerli hocam bölüm başkanımız Prof. Dr. Okay BAŞAK'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bana her zaman destek olan, kıymetli bilgi, birikim ve tecrübelerini benimle paylaşan değerli hocam Prof. Dr. Ayfer GEMALMAZ'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bana her zaman destek olan, kıymetli bilgi, birikim ve tecrübelerini benimle paylaşan değerli hocam Prof. Dr. Güzel DİŞCİGİL'e,

Asistanlık sürecimin her anında yanımda olan, mükemmel dostluğuyla bana destek olan en yakın arkadaşım Dr. Ahmet ŞENGÜN'e,

Tezime yaptığı katkılarından dolayı Doç. Dr. Emine Neşe YENİÇERİ hocama

Bana destek olan asistan arkadaşlarım Dr. Oğuzhan ZOR'a, Dr. Onur ÜNSAL'a, Dr. Ramazan YILDIRIM'a, Uzm. Dr. Yetkin ŞENTOSUN'a

Adını sayamadığım katkıları olan tüm asistan arkadaşlarıma

Varlıklarıyla hayatımı güzelleştiren, hayatımın en büyük mucizeleri çocuklarım Mahmut Emir ve Zeynep Su'ya

Hayatımın her aşamasında yanımda olup desteğini hiç esirgemeyen bu günlere gelmemde en büyük katkısı olan biricik eşim Pınar'a

Bana yaptıkları tüm emekleriyle haklarını asla ödeyemeyeceğim canım babam Mahmut ÇETİN ve şu an aramızda olmayan canım annem Harbiye ÇETİN'e sonsuz teşekkür ediyorum

Dr. İbrahim Halil ÇETİN

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar DİZİNİ	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	v
EKLER DİZİNİ	vi
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Beslenmenin Genel Tanımı ve Sağlıkla İlişkisi	2
2.2. Yeterli ve Dengeli Beslenme	4
2.2.1. Beslenme ve Besin Grupları İlişkisi	5
2.2.2. Beslenme Paternleri	7
2.3. Beslenme ve Kronik Hastalık İlişkisi	9
2.3.1. Kalp Damar Hastalıkları	9
2.3.2. Obezite	9
2.3.3. Hipertansiyon	10
2.3.4. Tip 2 Diyabet	11
2.3.5. Anemi	11
2.3.6. Metabolik Sendrom	11
2.3.7. Maligniteler	12
2.4. Gençlerde Beden Algısı ve Yeme Bozuklukları	12
2.4.1. Gençlerde Beden Algısı	12
2.4.2. Yeme Bozuklukları Tanımı ve Etiyolojisi	14
2.4.3. Yeme Bozuklukları Tipleri	15
2.5. Beslenme ile İlgili Doğru Bilinen Yanlışlar	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24

4. BULGULAR.....	25
5. TARTIşMA	33
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	40
7. ÖZET	42
8. ABSTRACT	44
9. KAYNAKLAR	45
10. EK 1	51
11. EK 2	57



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Başlıca Besin Grupları	6
Tablo 2. Erişkin Bireylerde Uluslararası VKİ Sınıflandırması (29).....	10
Tablo 3. Katılımcıların Sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	25
Tablo 4. Katılımcıların beslenme durumları ve kendi beslenmelerine bakış açıları	26
Tablo 5. Katılımcıların ana öğün atlama durumu ve nedenleri	26
Tablo 6. Katılımcıların kahvaltı alışkanlıklarının değerlendirilmesi.....	27
Tablo 7. Katılımcıların evde yemek yapma durumlarının karşılaştırılması.....	27
Tablo 8. Katılımcıların ev dışında yemek yeme durumlarının karşılaştırılması	28
Tablo 9. Katılımcıların evde dışında yemek tercihlerinin karşılaştırılması	28
Tablo 10. Katılımcıların ara öğün sayısının karşılaştırılması.....	28
Tablo 11. Katılımcıların ara öğündeki besin grubu tercihlerinin karşılaştırılması.....	29
Tablo 12. Katılımcıların sağlıklı beslenme hakkında farkındalık durumlarının karşılaştırılması	30
Tablo 13. Katılımcıların sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleriyle ilgili tutum ve davranışlarının karşılaştırılması.....	31
Tablo 14. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve beslenme durumlarının karşılaştırılması.....	32

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
TURDEP-II	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II
TNSA-2018	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018
TBSA-2010	Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010
VKİ	Vücut Kitle İndeksi
TEKHARF	Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
DASH	Dietary Approaches To Stop Hypertension
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
AN	Anoreksiya Nervoza
TYB	Tıkinırcasına Yeme Bozukluğu

EKLER DİZİNİ

Ek 1. Anket Formu

Ek 2. Etik Kurul Onayı



1. GİRİŞ ve AMAÇ

Sağlıklı beslenme; yeterli ve dengeli beslenme olup bireyin yaşı, cinsiyeti, ekonomik yapısı ve fizyolojik durumu göz önüne alındığında toplum içerisinde farklılık göstermektedir. Sağlıklı ve üretken bir nesil için ihtiyaç duyulan tüm besin öğelerinin yeterli miktarda karşılanmasıdır. Sağlığın sürdürülmesi ve hastalıklardan uzak bir yaşam elde etmenin en önemli unsurlarından birisi beslenme alışkanlığıdır. Beslenme alışkanlıkları düzgün olmayan toplumlarda kalp hastalıkları, obezite, psikiyatrik hastalıklar başta olmak üzere yaşamı olumsuz etkileyen pek çok durumla karşı karşıya kalınmaktadır. Beslenme alışkanlıkları iyi olan toplumlarda ise, bu sayılan olumsuz etkilerden uzak bir yaşam sürdürülür. Beslenme; sağlığı korumak, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda almak için bilinçli yapılması gereken bir davranıştır (1).

Beslenmenin amacı; bireyin yaşına, cinsiyetine, çalışma ve özel durumuna göre ihtiyacı olan enerji ve besin öğelerinin her birinin yeterli miktarlarda alınmasıdır (2). Günlük alınan besinler yaşam süresince büyüme ve gelişmeyi destekleyerek gerekli tüm besin öğelerini karşılamının yanı sıra, enerji harcanmasıyla dengeli olarak enerji alımını da sağlamalıdır. Beslenme ve sağlık birbirleriyle yakın ilişki içerisinde olan kavramlardır (3). Yeterli ve dengeli bir beslenme ile sağlığın korunması, geliştirilmesi ve kronik hastalık riskinin azaltılması mümkündür (4). Fakat, Türkiye’de yetersiz ve dengesiz beslenme; büyük bir toplumsal sorundur. Özellikle ülkemizde gençlerin beslenme alışkanlıkları ile ilgili araştırmalarda, bu dönemde beslenme ile ilgili çok ciddi sorunların yaşandığı bilinmektedir. Öğrencilerin genellikle öğünlerine dikkat etmedikleri örneğin; tek öğün yemek yedikleri, sandviç veya simit gibi yiyecekleri daha çok tükettikleri gözlenmiştir. Ekonomik zorlukların, yetersiz ve dengesiz beslenme problemlerine neden olduğu, yurtlarda kalan öğrencilerin yurt şartlarının kötü olmasından ötürü beslenmelerinin iyi olmadığı, sadece karınlarını doyurdukları tespit edilmiştir (5).

Yüksek öğretim öğrencileri içerisinde, yeterli ve dengeli beslenmeyi bilip yeterli ve dengeli beslenme davranışına sahip olması gereken en öncelikli gruplardan biri tıp fakültesi öğrencileridir. Bu nedenle, çalışmamızın amacı, tıp fakültesi öğrencilerinin beslenme bilgilerini, beslenme alışkanlıklarını ve beslenme konusundaki problemlerini ortaya koymak ve tıp fakültesi eğitiminin beslenme bilgi düzeyine etkisini değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Beslenmenin Genel Tanımı ve Sağlıkla İlişkisi

İlk olarak beslenmeyi tanımlayacak olursak, beslenme; bireyin büyüme gelişmesini sağlaması, sağlığını koruyup devam ettirebilmesi ve toplumun da üretkenliğini sağlayıp sürdürülebilmesi için ihtiyaç duyulan besin maddelerinin alınmasına denir. Bilindiği üzere, beslenme davranışı antenatal dönemde başlayarak ölüme kadar hayatın her döneminde sağlıklı kalınabilmesi için yapılan eylemlerin temelini oluşturur (6, 7). Bireyler, gerekli olan beslenmeyi sağlayamadıkları durumlarda sağlıklı kalmayı sürdüremezler, büyüme-gelişme periyotlarını gerçekleştiremezler ve sonuç olarak sağlıklı ve dengeli bir hayata sahip olamazlar(8).

Beslenme, belirttiğimiz gibi insan hayatı için ana gereksinimlerden biridir ve beslenmenin tam olarak sağlanması, diğer gereksinimlerin karşılanabilmesi için temel oluşturur. Bireyler bu gereksinimlerini karşılanabilmek ve hayatın rutinini sağlanabilmek için ana faktör olan beslenmeye ciddi manada dikkat etmek zorundadırlar. Bu dikkat, kişinin sağlık okuryazarlığını geliştirmesiyle yani bilimsel kaynaklardan doğru bilgileri elde ederek hayatına, davranışlarına bu alışkanlıkları kazandırmasıyla olacaktır (9). Beslenmenin ne kadar etkili olduğu; beslenme düzeyinde eksiklik görülen toplumlarla, dengesiz beslenen toplumların ölüm nedenlerinin farklılıklarından da anlaşılabilmektedir. Şöyle ki, gelişmiş ülkelerde yanlış ve dengesiz beslenme daha sık görülmekte ve bunun neticesinde ölüm nedenlerinde; kalp damar rahatsızlıkları, kronik hastalıklar ve maligniteler başı çekmekteyken, geri kalmış ülkelerde, tahmin edileceği üzere yetersiz beslenme sonucunda çocuk ölüm hızları, yeterli düzeyde beslenen yerlere göre on kat daha fazla bulunmuştur (6).

Beslenme bilim dalı; besin çeşitleri, kalitesi, miktarları, insan vücudundaki fonksiyonları, bu besin öğelerinin fiziksel ve kimyasal özelliklerine bakılarak farklı yaş ve cinsiyet gruplarının günlük kalori ihtiyaçlarının belirlenmesini, ayrıca ek hastalıkları olan bireyler için ideal beslenme planlarının uygulanmasını inceler. Beslenme eylemi, hayatın başlangıcından bitişine kadar hayatın her evresinde yer alırken, beslenme bilim dalı da besinlerin üretilmesinden hücresel olarak yıkılmasına kadar her aşamayı inceler (2).

Beslenme dünya çapında bir insan hakkı olarak değerlendirilmektedir. Aynı zamanda beslenme her ülke için, en mühim gelişmişlik göstergeleri arasında yer almaktadır.

Yeterli miktarda dengeli ve sağlıklı beslenme; popülasyonun bir bütün olarak ve birey bazında sağlıklı ve zinde bir yaşam sürmesi ayrıca sosyokültürel ve iktisadi açıdan ilerlemesi için gereken ana unsurlardandır(10). İnsanların beslenme eylemini gerçekleştirme amaçlarının içinde; dengeli, sağlıklı ve yeterli beslenebilmek, açlık hissiyatını gidermek, tatmin olmak, sosyalleşmek ve toplumsal-kültürel kurallara uymak gibi nedenler sayılabilir(11). Canlılığın göstergesi gerçeğinden yola çıkarsak beslenmenin sadece insanlar için değil, tüm canlılar için temel gereksinim olduğunu anlayabiliriz. Eğer, yeterli miktarda ve dengeli bir şekilde beslenilmezse sağlıklı bir hayat sürdürülemez ve anemi, malnütrisyon, hipertansiyon, kalp damar hastalıkları, tip 2 diyabet, osteoporoz, obezite ve hatta kanserler gibi hastalıklara sahip olma riski artacaktır(12).

Bireyin sağlıklı bir şekilde büyüüp gelişebilmesi ve dolayısıyla toplumun da verimli olması için beslenme esnasında ne kadar besin alınması gerektiği tespit edilmiştir. Daha az veya daha fazla miktarda besin alımı, beslenme sağlığını olumsuz etkileyeceği için büyüme gelişme paterninde bozukluklara sebebiyet vererek sağlığın bozulmasına neden olur. Yetersiz beslenme dediğimiz kavram, alınan besin maddelerinin miktarının alınması gerekenden az alınarak yeterli miktarda enerjinin elde edilememesi ve vücut dokularının tam olarak sağlıklı oluşmamasının görüldüğü tabloya denir. Besin öğelerinden ihtiyaç duyulandan fazla miktarda alımı sonucu vücutta adipoz dokuda artış olacaktır. Bu tablo ise, dengesiz beslenmeye bir örnek olarak verilebilir (6).

Son yıllarda, en çok tartışılan ve toplumu en çok etkileyen problemler arasında beslenme kavramı da yer almaktadır. Dolayısıyla, ciddi manada üzerine düşülmesi gerekmektedir. Obezite, kardiyovasküler hastalıklar veya malignitelerle mücadelede beslenme ön plana çıkmıştır. Ancak, bu mücadele mali olarak hiç de hesaplı değildir. Obezite tedavisinde, yeni dönem ilaçların kullanılması durumunda bir kilogram zayıflamanın maliyeti 344,8 Sterlin olduğu öngörülmüştür. Kalp damar hastalıkları riskini düşürmek amacıyla uygun beslenme diyetinin ne olacağını tespit etmek için birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalar göstermektedir ki, uygulanan diyetle kişinin kolesterol seviyesinde sağlanan minimal azalmalar, kardiyovasküler hastalıkların ve kardiyovasküler sebepli ölümlerin oranlarını düşürmektedir (13).

Beslenmenin büyüme gelişme üzerine etkisini gösteren bir çalışmada; Japonya'da 1900'lü yıllarda pirinç tüketimi daha yaygınken 12 yaş grubundaki çocukların ortalama

uzunlukları 134 santimetre iken, 1940 yılında besin sektöründe meydana gelen üretimde artış sonrasında bu değer 138 santimetreye yükseldiği bildirilmiştir. Daha sonra bilindiği üzere, 2. Dünya Savaşı sonrası dönemde yaşanan kıtlıklar ve beslenme bozukluğu sonrası, 1950’de bu değer 136 santimetreye düşmüştür. 1950 sonrası bilinçli olarak süt, peynir ve ekmek gibi yiyeceklerce zenginleştirilmiş beslenme programı uygulanmış ve 12 yaş grubundaki çocukların ortalama boy uzunlukları 142 santimetreye ulaşmıştır (6).

Beslenme ve zeka gelişimi arasındaki ilişkiyi irdeleyen çalışmalarda, beyin gelişiminin hızlı olduğu 0-3 yaş arası dönemde, yetersiz ve dengesiz beslenmeye sahip çocuklarda görülen zeka geriliği oranı yeterli ve dengeli beslenen gruptan fazla bulunmuştur. Beslenmenin iş üretkenliği üzerine etkisini inceleyen araştırmalar ise, dengeli beslenen bireylerin dengesiz beslenenlere göre daha verimli olduklarını göstermiştir (6, 14). Görüldüğü üzere, beslenmenin yetersiz, düzensiz veya dengesiz olması, bir toplumun, sosyal ve ekonomik hayatını derinlemesine etkilemekte ve bu durum üzerine ciddi olarak düşülmesini gerektirmektedir (15).

2.2.Yeterli ve Dengeli Beslenme

Besinler; makro ve mikro besin ögeleri olarak iki sınıfta incelenirler. Makro besin grubunu proteinler, karbonhidratlar ve yağlar oluşturmaktadır. İz elementler (kobalt, çinko, selenyum vb.), mineraller (demir, kalsiyum vb.) ve vitaminler (B1, B2, C gibi suda çözünenler ve A, D, E, K gibi yağda çözünen vitaminler) mikro besin grubunu oluştururlar. Bu besinler, vücudun ihtiyacına göre düşük düzeyde alındığında, yeterli kalori elde edilemeyeceği için ve vücut yapı taşları sağlıklı bir şekilde oluşturulamayacağı için “yetersiz beslenme tablosu” oluşabilir. Kullanılan besinin doğru olmayan yollarla pişirilmesi, yanlış besin öğesinin tercihi ya da seçilen bu besin öğelerinin çeşitliliğinin yetersiz olması sonucu ise “dengesiz beslenme” tablosu ortaya çıkabilir. Kişilerin yaşına, cinsiyetine, çevresel faktörlerine göre büyüme-gelişmenin, fonksiyonelliğinin ve üretkenliğinin sürmesi amacıyla ihtiyaç duyulan besinlerin yeterli miktarda ve bünyelerine uygun olacak şekilde tüketmeleri kavramına “Yeterli ve Dengeli Beslenme” adı verilmektedir(6, 10).

Tüm ülkeler düşünüldüğünde, beslenme açısından temel olarak iki problemin olduğu gözlenmektedir. Birincisi, özellikle gelişmemiş ülkelerde, vatandaşların yeteri kadar gıdaya ulaşımalarında sorun yaşamaları sonucu ortaya çıkan yetersiz beslenme tablosudur. İkincisi, gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde karşılaşılan gereğinden fazla ve dengesiz

beslenme tablosudur. Her iki tabloda da, bireylerin sağlıklı bir yaşam sürmeleri sekteye uğramaktadır. Gelişmemiş ülkelerde açlığa bağlı ölümler; gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde ise obezite, kardiyovasküler hastalıklar gibi morbiditeler görülür. Buradan da tüm hayatımız boyunca ruhen ve fiziksel olarak tam iyilik halimizi sağlayabilmemiz için yeterli ve dengeli beslenmemiz gerektiği çıkarılabilir(16, 17).

Yeterli ve dengeli beslenme, iş hayatında başarı içinde ihtiyaç duyulan ana faktörlerdendir(18). Beslenme bozukluğu farklı gıdaların tüketilmemesini, beslenme yetersizliği ise, gıdalardan yoksunluğu ifade eder. Yetersiz ve dengesiz beslenme, Türkiye’de özellikle bebeklik ve çocukluk döneminde, gebelerde, yaşlılarda ve ağır işlerde çalışanlarda önemli problemlerdendir.(19, 20). Yetersiz ve dengesiz beslenme denince akla ilk gelen örneklerden olan “fastfood” tarzı beslenme alışkanlığını ele alacak olursak tüketilen gıdaların kalorisinin yaklaşık %50’si makro besin öğelerinden olan yağdan gelmektedir. Bununla beraber kalsiyum ve özellikle bazı vitaminler açısından da eksiktir. Obezitenin en sık sebeplerinden olan bu beslenme türü, hipertansiyon gibi rahatsızlıklara da davetiye çıkarır (21).

2.2.1. Beslenme ve Besin Grupları İlişkisi

Kişilerin ihtiyacı olan besin miktarı; yaş, cinsiyet, boy uzunluğu, ağırlık, yapılan iş veya fiziksel aktivite düzeyi, metabolizma hızına göre değişmektedir. Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Bilimler Akademisi’nin Besin ve Beslenme Kurulu, temel besinler üzerine kişilerin ihtiyaçlarına yönelik literatür verilerini incelemektedir. Bu kurul, beş yılda bir, kişilerin diyetlerinde almaları tavsiye edilen yiyecek miktarlarını çeşitli hesaplamalar yaparak açıklamaktadır (6). Her besin grubu ve alt grupları besleyici maddeyi meydana getirirler ve tavsiye edilen miktarlarda yemek, yeme kalıplarını gösterir. Besin grupları ve başlıca özellikleri tablo 1’de verilmiştir (22).

Tablo 1. Başlıca Besin Grupları

	Protein	Karbonhidrat	Yağlar	Su
Normal Laboratuvar Değerleri	Albümin: 3,5–5,0 g/dL Prealbümin: 10-40 mg/dL Total protein: 6,0-8,0 g/dL	Glukoz: 70-100 mg/Dl	HDL>45 mg/dL LDL<100-130 mg/d Total kolesterol: 140-200 mg/dL;	
Başlıca Bulunduğu Besinler	Kuru Baklagiller, sütvesüt ürünleri, yumurta, kırmızı ve beyaz et vs.	Tahıllar, un ve unlumamüller, meyve-sebzeler	Tekli doymamış yağlar; Zeytinyağı Çoklu doymamış yağ: Mısıravokado Doymuş yağ: Kırmızı et, süt	Tüm besinler az veya çok su içerir.
Ana Görevleri	Vücut için yapıtaşı, onarım, hücre yenilenmesi enerji:4kcal/g	Fiziksel aktivitede akut dönemde enerji sağlar enerji: 4 kcal/g	Yüksek kalori sağlayan depo enerji kaynağı, hücremembran yapısında yer alır enerji: 9 kcal/g	Vücut sıcaklığının düzenler birçok maddenin transportunda görev alır
Yoksunluk Belirtileri	Kwashiorkor hastalığı ödem, kaslarda zayıflık	Kilo kaybı, büyümede gerilik	Dermatolojik problemler, saç dökülmesi,	Dehidratasyon
Doz Aşımı	Obezite,	Obezite	Hiperlipidemi	Ölüm riski

Besin ve Beslenme Kurulu 1958’de, besinleri dört ayrı başlık altında sınıflandırmıştır. Yine bu kurul 1985’de, alt tabakalarında daha çok tüketilen, üst tabakalarında ise daha az tüketilen besinlerin yer aldığı bir besin piramidi oluşturmuştur. Her ülke bu piramitte yer alan besinlerde kendi sosyokültürel durumlarına göre değişiklikler yapmaktadır (19). Besin piramidi insanların günlük olarak yiyeceklerinden hangisini ve ne kadar yiyeceklerini belirten bir rehber olarak ifade edilebilir. Amerika Birleşik Devletleri Tarım Dairesi, 1992’de bu beslenme piramidini güncellemiştir. Bu piramitte, süt ürünleri grubu (2-3 porsiyon), meyve grubu (2-4 porsiyon), sebze grubu (3-5 porsiyon), tahıl grubu (6-11 porsiyon), yağ ve şeker grubu (az miktarda) ve et ürünleri grubu (2-3 porsiyon) bulunmaktadır. Kişilerin günlük enerji ihtiyaçlarına bağlı olarak bu saymış olduğumuz gruplardan belli miktarda porsiyonlar yenilerek kalori dengesi (1600-2400 kalori) oluşturulmaya çalışılmalıdır (23).

Sebzeler; A,D,E,K ve B₁, B₃, B₆ ve C vitamini, folik asit, demir gibi vücut için elzem maddeleri içerir. Sağlıklı beslenme; kırmızı, koyu yeşil, turuncu renkli, nişastalı baklagiller, diğer bitki grupları ve tüm bunların kuru formları da dahil olmak üzere, sebzeleri içermektedir. Tüm bu sebzelerden tüketerek diyetle sağlıklı bir şekilde çeşitliliği sağlamak ve

ihtiyaçları karşılamak amaçlanır. Örneğin, kırmızı ve turuncu sebzelerin tüketimi A vitamininden zengin, koyu yeşil sebzelerin tüketimi K vitamininden zengin ve baklagillerin tüketimi de lif yönünden zengin diyetin ortaya çıkmasını sağlar. Beslenme biçimi, bu alt grupları içeren haftalık tavsiyelerden meydana gelir. Konserve ya da donmuş sebze ürünleri tketilecekse, sodyum düzeylerine dikkat edilerek düşük olanlar seçilmeye çalışılmalıdır. Meyveler bu grup tüm meyveleri kapsamakta (kurutulmuş veya dondurulmuş formlar dahil) ve %100 meyve suyunu kapsar. Lif, potasyum ve C vitamini içerirler (24).

Tahıllar; yine meyve grubunda olduğu gibi tüm tahıllar da bu gruba girmektedir. Pirinç, yulaf, makarna, ekmek gibi ürünlerden oluşur. Sağlıklı beslenme şekillerinde, şeker ve sodyum içeriği fazla olan kek, çerez gibi işlenmiş tahıl ürünlerinin tüketimi kısıtlanmıştır. Tam tahıllar diyet lifi, demir, folik asit, B₁, B₃, B₆ vitaminleri gibi birçok besin maddesini içermesi nedeniyle günlük diyetle alınan tahılların yarısı veya daha fazlası tam tahıl olması tavsiye edilmektedir. (24).

Sağlıklı beslenme kavramı içerisinde yer alan süt ürünleri; süt, peynir, yoğurt ya da soya sütü (zenginleştirilmiş soya ürünleri) yağsız/az yağlı süt ürünlerini kapsamaktadır. Süt grubu; riboflavin, B₁₂, A, D vitaminleri, kalsiyum, potasyum, çinko gibi birçok zengin besin içeriğine sahiptir. Başta kemik yapımında önemli olan kalsiyum ve D vitamini ile ve ek olarak A vitamini ile zenginleştirilen soya içecekleri, besleyici içeriği süte benzer oldukları gerekçesiyle bu gruba alınmışlardır (24).

Et, yumurta, kurubaklagil grubu; kırmızı et, beyaz et, nohut, mercimek, kuru fasulye, yumurta, fındık ve ceviz gibi gıdalar oluşturur. Bu besinler, protein, A, B₁, B₆ ve B₁₂ vitaminleri, folik asit içermektedir (19).

2.2.2. Beslenme Paternleri

Yıllık, haftalık veya günlük olarak tüketilen yiyeceklerin tümüne beslenme paterni denir. Bu, bize kişilerin rutinlerinde ne yiyip ne içtiklerini hakkında bilgi vermektedir. Yeme paternini oluşturan yiyecek ve içecekler, genel vücut sağlığını, tek tek etki edecekleri düzeyden daha fazla ve kombine olarak etkileyeceklerinden beslenme paterni, kişilerin sağlık durumları açısından daha öngörülebilir tahminler elde edebilmemizi sağlayabilir(24). 2015-2020 Amerikalılar için Diyet Rehberinde (Dietary Guidelines for Americans), kişilerin

hayatları boyunca sağlık sorunlarıyla karşılaşmaması için beslenme rutinlerine bazı tavsiyeler listelenmiştir (12):

- İyilik halinin devamı için günlük uygun kalori düzeyinde ve sağlıklı beslenme kalıbı seçimi kronik hastalık tehlikesini bertaraf edebilmektedir
- Uygun kalori seviyelerinde kalmak kaydıyla yeterli besini ve besin çeşitliliğini sağlayabilmek amacıyla, bütün besin gruplarından yoğun besin muhteva eden yiyecekler seçilmelidir
- Şekerler ile doymuş yağların kalorideki payı ve sodyum yükü azaltılmalıdır
- Sağlıklı beslenme paternleri ülke genelinde desteklenmelidir

Sağlıklı beslenme paternleri, dengeli vücut ağırlığına ulaşılmasını, dengeli büyüme-gelişmenin sürdürülmesini, sağlıklı hamilelik ve yaşlılık dönemlerinin yaşanabilmesini destekler. Sağlıklı beslenme paternine sahip olmakla kalp damar hastalıkları başta olmak üzere, postmenapozal meme kanseri, tip 2 diyabet gibi sağlık sorunlarının gelişme riskinin azaldığı gösterilmiştir. Bu riskin azalma nedeni olarak meyve-sebze ve tam tahıl oranlarının artırılması gösterilmiştir (24). Daha düşük kanıt düzeyinde ise, sağlıklı beslenme paterni yağsız/az yağlı süt, baklagiller, fındık içermelidir. İşlenmiş etler daha az miktarda tüketilmelidir (24). Meyve-sebze tüketiminin kalp-damar hastalıkları başta olmak üzere bazı kanser türlerinde koruyucu etki gösterebileceği belirlenmiştir. Çalışmalar, süt tüketimi ile çocukluktan itibaren kişilerin sağlıklı kemik yapısına sahip olması arasında bağlantı olduğunu göstermiştir. Sağlıklı beslenme paternlerine; Sağlıklı Akdeniz Tipi Beslenme, sağlıklı vejetaryen tipi gibi paternler örnek olarak gösterilebilir. Sağlıklı Akdeniz tipi beslenme daha fazla yeşillik yani meyve-sebze ve daha fazla deniz ürünlerinin tüketilmesi ve daha az süt içimini (daha az kalsiyum ve D vitamini) içermektedir. Sağlıklı Vejetaryen Tipi Beslenmeye bakacak olursak; bu beslenme tipi de daha fazla soya fasulyesi, tam tahıllar ve baklagiller (fasulye gibi) içermekte ancak deniz ürünü, et veya tavuk gibi hiçbir kırmızı veya beyaz et içermemektedir. Bu beslenme tipinde, kalsiyum ve diyet lifi olarak daha fazla olmasına rağmen D vitamini bakımından zayıftır. Bir beslenme paterninde kalori dengesi yani yiyeceklerle alınan kaloriyle metabolizma ve fiziksel aktivitede harcanan kalori arasında denge kurması beklenir. Bu dengeyi kurup kuramadığının göstergesi olarak da kilo değişimlerine bakılmalıdır (24).

2.3. Beslenme ve Kronik Hastalık İlişkisi

Beslenmenin bir toplumda düzgün olmadığı durumlarda; obezite ve kalp hastalıkları başta olmak üzere, psikiyatrik rahatsızlıklar, tip 2 diyabet ve hatta bazı malignitelere sebebiyet vermesi kaçınılmaz iken, beslenme rutinleri daha iyi olan toplumlarda bu sağlık problemleri daha az gözlenmektedir (12).

2.3.1. Kalp Damar Hastalıkları

Vücutta damar yapılarının intima tabakalarında, uzun süreli lipid birikimi ve kalsifikasyonla beraber bir kalınlaşma meydana gelerek lezyonel yapılar ortaya çıkmaktadır. Türkiye’de, kalp damar hastalıkları mortalite nedenleri arasında birinci sırada yer almaktadır. Son çalışmalar; kişinin beslenme paterninin içinde bulunan doymuş yağ asitlerinin ve kolesterol düzeyinin artmasıyla kalp damar hastalığı riskini arttıran LDL kolesterol seviyesini yükseltmektedir. Aynı zamanda beslenme rutini içerisinde bulunan kalori miktarının artışı ve kalori tüketiminin daha düşük seviyelerde kalması obezite riskini arttırarak kalp damar hastalıklarına davetiye çıkarmaktadır (25).

2.3.2. Obezite

Obezite, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “Sağlıklı vücut yapısını sekteye uğratabilecek seviyede kişinin bedeninde anormal ve fazla miktarda yağ birikimi” olarak tanımlanmaktadır. Obezitenin tek başına bir hastalık değil, multifaktöriyel sağlık problemlerine yol açan bir hastalık olduğu unutulmamalıdır. DSÖ, 2016’da 18 yaşının üzerinde 1,9 milyar erişkin bireyin fazla kilolu, 650 milyon erişkinin ise obez olduğunu bildirmiştir. Tüm ülkeler bazında, 1980 ile 2016 yılları arasında, obez bireylerin sayısı üç kat artış göstermiştir. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 (TNSA-2018) ve Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 (TBSA-2010) verilerine göre; obezite oranı erişkin bireylerde artış göstermektedir(26, 27).

Vücut ağırlığına göre obezite taraması yaparken Vücut Kitle İndeksi’ne (VKİ) bakarız. Fazla kiloluluk ve obezite, çoğunlukla VKİ sınıflandırmasına göre tanımlanmaktadır (tablo 2)(28-30).

Tablo 2. Erişkin Bireylerde Uluslararası VKİ Sınıflandırması (29)

Sınıflandırma	Vücut Kitle İndeksi (kg/m ²)
Zayıf	<18,50
Normal	18,50-24,99
Hafif şişman (Fazla Kilolu)	25,00-29,99
1. Derece Obez	30,00-34,99
2. Derece Obez	35,00-39,99
3. Derece Obez	≥40,00

2.3.3. Hipertansiyon

Tansiyon yüksekliği özellikle, belli bir yaşın üzerinde bulunan bireylerde daha fazla olmak üzere karşılaştığımız ciddi sağlık problemlerindendir. Son çalışmalar, 3. dekatta %20-25 olarak gözlenen hipertansiyon prevalansı, 60 yaş üzerinde %50 düzeylerine çıkmaktadır. Tüm dünyada 700 milyon bireyin hipertansiyona sahip olduğu belirtilmektedir (32). Türkiye özelinde yapılmış olan Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı çalışmasında (TEKHARF), yetişkin bireylerde hipertansiyon prevalansı %30 civarında bulunmuştur (31). 15 ila 18 milyon erişkin bireyin hipertansiyonlu olduğu tahmin edilmektedir(31).Tansiyon yüksekliğinde hem korunmada hem de tedavide beslenme rutini bilhassa önem arz etmektedir (32).

Obez bireylerde hiperinsülinemi sebebiyle renal sodyum emiliminin artması sonucu tansiyon yüksekliği ortaya çıkmaktadır(33). Bu da ventriküler duvar kalınlığında ve kardiyak boşluklarda hacimsel değişiklikler neticesinde kalp yetmezliği riskinde artışa neden olmaktadır.

DASH (dietary approaches to stop hypertension) diyeti önlenebilir ölüm sebepleri arasında yer alan önemli bir risk faktörü olan hipertansiyonu önlemek için geliştirilen bir beslenme yaklaşımıdır (34, 35). Bu diyetle temel yaklaşım, sodyumun orta seviyede tutularak; monosakkarit, kolesterol, total yağ ve doymuş yağ asitlerinden fakir ancak posa, protein, magnezyum, kalsiyum ve potasyumdan zengin içerikle beslenmenin sağlanmasıdır (36, 37). Daha net açıklayacak olursak, diyet içeriğinin sebze-meyve, tam tahıl, kümes hayvanı ve balık gibi beyaz etlerden zengin; kırmızı et, rafine et ürünleri, rafine karbonhidrat gibi işlenmiş gıdalardan fakir olması gerekmektedir (37-39). DASH diyeti üzerine yapılmış bir çalışmaya göre diyetle uyumsuz olan katılımcılar, diyetle uyum sağlayanlarla karşılaştırıldığında daha fazla tansiyon yüksekliği ve vücut kitle indekslerine sahip olduğu görülmüştür (39).

2.3.4. Tip 2 Diyabet

Sağlıklı ve dengeli beslenmenin günlük beslenme rutinde daha az yer aldığı toplumlarda, obezite ve obezite sonrası en sık görülen morbidite olan Tip 2 Diyabet yaygın karşılaşılan sağlık problemlerindendir. Kilo alımı sonrası, vücutta insülin hormonuna duyarlılığın azalması (direnci) ve pankreasta bulunan beta adacık hücrelerinden insülin salınımının bozulması sonucu, tip 2 diyabet olarak ortaya çıkmaktadır. İnsülin rezistansı sonrası, vücudun insüline olan duyarlılığın azalması sonrası, pankreastan daha fazla insülin salınması meydana gelir (hiperinsülinemi). Pankreas hiperinsülinemi sonrası beta hücrelerinde harabiyet meydana gelmeye başlar ve zamanla da bu harabiyet beta hücrelerinden insülin sekresyonunun bozulmasına, daha az salınımına ve sonuçta da diyabete neden olmaktadır. Obez bireylerde sık karşılaştığımız insülin direnci, insülinin metabolizma üzerine olan fonksiyonlarını bozmakta ve kan şekerinde yüksekliğe sebep olmaktadır (40, 41).

2.3.5. Anemi

Kanda bulunan hemoglobin seviyesinin bireyin yaşına, cinsiyetine, hamile olup olmamasına göre belirlenmiş olan alt sınırın altında bir düzeye gerilemesine anemi adı verilmektedir. Hamile ve emziren kadınların %50'sinin anemik olduğu bildirilmiştir(42).

Anemi nedenlerine bakacak olursak, özellikle demir eksikliği anemisinde beslenme rutinleri kaynaklı olarak temel sebepler; saflaştırılmış tahılların fazla tüketimi, vitamin C ve demir içeren besinlerin daha az tüketimi, çay, kahve gibi fitat, oksalat ya da tanen içeren besinlerin daha fazla alınması sebepler arasında gösterilebilir (43).

2.3.6. Metabolik Sendrom

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre Metabolik Sendromun bileşenleri(44);

- Tansiyon yüksekliği ($> 140/90$ mmHg)
- Hiperlipidemi,
 1. Trigliserid yüksekliği ($>1,70$ mmol/L ya da 150 mg/dL)
 2. HDL seviyesinde düşüklük (erkeklerde, <35 mg/Dl) (kadınlarda, <40 mg/Dl)
- VKİ 30 ve üstü veya bel/kalça oranı erkekte $0,90$ kadınlarda $0,85$ üstü
- Gecelik idrar albümin atım hızı 20 mcg/dk

- Tip 2 diyabet veya glukoz tolerans bozukluğu veya hiperinsülinemidir.

Tip 2 diyabet ya da glukoz tolerans bozukluğu olan bireylerde yukarıda saydığımız bileşenlerden iki tanesi de eşlik ediyorsa bu tablo metaboliksendrom olarak tanımlanır. Metaboliksendroma yakalanmamak için ana beslenme stratejisinde düşük yağ, yüksek meyve-sebze ve glisemik indeksi düşük seviyede olan nişastalı besinlerin yenmesini sağlamak ve fiziksel aktiviteyi hayatın bir parçası haline getirmektir (43).

2.3.7. Maligniteler

Maligniteler ile obezite ve dolayısıyla beslenme paterni yakından ilişkilidir. Sağlıksız ve dengesiz beslenme sonrası artan insülin rezistansı ve hiperinsülinizm IGF-1 yolunu aktive etmesi, adipoz dokudan salınan adipositokinler ve inflamasyon artışının etiolojide rol oynadığı düşünülmektedir. Obezite seviyesinin ilerlemesiyle kanser riskinde de artış görülmektedir. Bilhassa, bu süreçte dikkati çeken kanserler; kolon, meme, endometrium, böbrek ve özefagus kanserleridir (27).

Yüksek enerji veren diyetler ve/veya yüksek lipid ve karbonhidrat tüketimi ya da aşırı kırmızı et tüketimi zamanla tahmin edileceği üzere obezite gelişimine ortam hazırlamakta ve kanser gelişim riskini de artırmaktadır(45). 2010 Amerikan diyet rehberi; bireylerin normal kalori almalarının sağlanması ve dolayısıyla ideal kiloda kalınmasını, Akdeniz tipi beslenme paterni ağırlıklı beslenilmesini (Meyve-sebze ağırlıklı) ve tahıl ürünlerinden zengin beslenilmesini tavsiye etmektedir(46). Meyve-sebze, tahıl ve kabuklu yiyecekler; bulunan fenolikalkoloidler, karotenoidler, azotlu ve organosülfür bileşenleri gibi antikanser özellikli ve kronik hastalığa karşı protektif içerikler barındırmaktadır (47).Bu maddelerin etki sistemleri tam olarak bilinmemesine rağmen bir araya gelerek oluşturdukları sinerjik ve additif etkileri neticesinde antikanser özellikleri olduğu bilinmektedir (48).

2.4.Gençlerde Beden Algısı ve Yeme Bozuklukları

2.4.1. Gençlerde Beden Algısı

Beden algısı, şahsın kendi bedeninin resmen veya şeklen (çeşitli ölçülere göre) kafasında biçimlendiği halini anlatan, farklı alanlarda kullanıma girmiş olan bir tabirdir(49). Başka bir tanımda ise, beden algısı, fiziken ve içsel deneyimlerin bedene, estetik algıya ve

şekle göre kişinin kişisel tutumuna denir(50). Beden algısı, 1 yaşından itibaren oluşmaya başlar ve hayatı boyunca gelişerek ve değişerek ilerler (49).

Beden algısı, kişilere göre değişen düzeylerde olacak şekilde diğer kişilerin duygu ve düşüncelerinden etkilenmektedir. Bu bağlamda da düşünüldüğünde, statik ve durağan değil, dinamik ve değişebilir olduğu aşıkardır (51). Kişilerin bu değişimleri gözlemleyip yorumlama farklılıklarında kültürleri de önemli bir faktördür. Beslenmenin de bir kültürün parçası olduğu ve kültürden ciddi manada etkilendiğini belirtenler, batı medeniyetinde beyaz ırk ve daha çok kadın cinsiyette olmak üzere anoreksiya nervoza veya bulimia nervoza gibi sağlık sorunlarının daha sık gözlemlendiğini belirtmektedirler(52).

Hong-Kong doğumlu ve Avustralya doğumlu kadınlar arasında kültürün beslenmeye ve yeme bozukluklarına etkisini tespit etmeyi amaçlayan bir çalışmaya göre, yemek yeme davranışında herhangi bir farklılık bulunmamış, ancak Avustralyalı kadınların bedenlerine karşı daha hoşnutsuz oldukları gözlenmiştir(53). Beden algısının sürekli değişen ve gelişen yapısı özellikle ergenlik döneminde de kendisini göstermektedir. Bu dönemde meydana gelen yaşa bağlı değişimlerin çeşit ve büyüklüklerine göre sağlıklı vücut görüntüsü ve algısı şekillenmektedir(54).

Teknolojinin gelişmesiyle günlük hayatımızın vazgeçilmezi olan sosyal medya da beden algısı bağlamında önemli riskler barındırmaktadır(55). Yapılan bir çalışmaya göre, sosyal medyada paylaşım yapan kadınlarda, yapmayanlara göre endişenin arttığı, özgüvenin ise azaldığı, kendilerini daha az değerli hissettikleri bulunmuştur(56). Stres de beslenme üzerinde ciddi öneme sahip bir risk faktörüdür. Stres, sağlıklı beslenmeye sadece daha fazla yemek yeme şeklinde değil de daha kalorili ve daha yüksek yağlı gıdaları tercih etme şeklinde de sebep olabilmektedir(57).

Beslenme davranışları toplumun çeşitli grupları arasında bazı farklılıklar içermesi sebebiyle birçok çalışmaya konu olmuştur. Bu bağlamda, dengesiz ve sağlıklı beslenme rutinlerine sahip olan gruplardan biri de üniversite öğrencileridir. Bunda, çoğu üniversite öğrencisinin ailesinden ilk defa ayrı kalması ve bu döneme adapte olurken, kendi gereksinimlerini çoğunlukla ilk defa olmak üzere kendileri ve dışarıdan sağlamaları etken olarak gösterilebilir(58).

Üniversiteye özellikle başlangıç yılları insan hayatında adölesan dönem ile kesişmektedir. Bu dönem, bedensel büyüme-gelişmenin hızlanması, hayat tarzı değişiklikleri, kötü alışkanlıkların olması gibi durumları içerir ve bu faktörlerde beslenme alışkanlıklarının şekillenmesinde, değişiklikler göstermesinde etken olmaktadır(59). Dış görüntüleri veya ağırlıkları, adölesan dönemdeki gençlerde ve dolayısıyla bu dönemin uzantısı konumunda olan üniversite gençliğinde çeşitli kaygı durumlarına sebep olmaktadır. Bu da, çeşitli psikolojik rahatsızlıklarla (depresyon gibi) kendini gösterebilmektedir. Yetişkin dönemde de yetersiz beslenme alışkanlığının ve yeme bozukluğunun devam ettirilmesi, negatif bedensel imaj ve dolayısıyla psikolojik sorunlara ve obeziteye sebep olabilmektedir(60).

Genç yaşlardaki beslenme davranışları, kişisel gelişim sürecinde önemli etkenlerden biridir. Fastfood ya da hızlı yemek alışkanlığı, özellikle gençlerde daha yaygın bir alışkanlıktır. Hızlı yemek içeriği tıbbi perspektiften bakıldığında besinsel içeriğin fakirliği bilinmekte ve farklı sağlık sorunlarına neden olduğu görülmektedir. Bu tarz besinlerin, kanserojen maddeler içerdiği bilinmekte ve tüketilmeleri de kardiyolojik hastalıklar, obezite ve çeşitli kanserlere neden olmaktadır(61).

2.4.2. Yeme Bozuklukları Tanımı ve Etiyolojisi

Yeme bozuklukları; medikal, psikolojik ve sosyal problemlere sebebiyet veren ve hayat kalitesini negatif etkileyen yeme tutumu bozukluklarıdır(62). Yeme bozuklukları, yapılan araştırmalar neticesinde çoğunlukla adölesan ve içerisinde üniversite yıllarını da alan erken erişkinlik döneminde görülmektedir(63,64). Bir beslenme alışkanlığının, yeme bozukluğu olarak değerlendirilmesi için üç bileşen gereklidir:

1. Yeme rutinlerinde veya ağırlık kontrolü tutumlarında tam manasıyla bozulma
2. Psikiyatrik rahatsızlıkların da dahil olduğu herhangi bir medikal soruna sekonder olmayan davranış bozukluğu
3. Bedensel ve psikososyal fonksiyonellikte klinik olarak belirgin bozuklukla sonuçlanan davranış bozuklukları veya temel yeme bozukluğu özellikleri(65).

Yeme bozukluklarının sebepleri ise üç ana başlıkta incelenebilir:

1. Sosyokültürel faktörler
2. Psikolojik faktörler

3. Biyolojik faktörler

- ❖ Genetik nedenler
- ❖ Hipotalamik – Nöromediatör nedenler

Sosyokültürel faktörleri açıklamak gerekirse; zayıf veya ince görünmenin, toplumların çoğunda güzelliği gösterdiği bilinmektedir ve bu durum da görünmeyen bir kültürel baskıyla kişileri, sağlıklı dengeli beslenmeye itmekte ve yeme bozukluklarının gelişmesinde rolü olabileceği düşünülmektedir. Bu durum, bilhassa dış görünümün ekstra olarak önemli görüldüğü mankenlik, modellik gibi iş kollarında yeme bozukluğunun görülme ihtimali daha yüksek bulunmaktadır(66).

Anoreksiya nervoza hastalarında, yüksek seviyede majör depresyon (%68), anksiyete bozuklukları (%65), sosyal fobi (%34) ve obsesif kompulsif bozukluk (OKB) (%26) görüldüğü belirlenmiştir. Bu da psikolojik faktörlerin yeme bozukluklarına etkisini gözler önüne sermektedir(66).

Yine, anoreksiya nervozalı(AN) bireylerde yapılan bir çalışmada, tek yumurta ikizlerinde %66 oranında, kısıtlayıcı AN konkordans yani eş hastalanma (ikizlerden birinin hastalığına diğerinin de yakalanma riski) tespit edilmiştir.Çift yumurta ikizlerinde ise bu oran %0 olarak bulunmuştur. Başka bir çalışmada ise, bulimiya nervoza konkordansı tek yumurta ikizlerinde anlamlı seviyede yüksek bulunarak genetik faktörlerinde (biyolojik) yeme bozukluğunda etiyolojide yer aldığını göstermektedir(66).

2.4.3. Yeme Bozuklukları Tipleri

Anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza, yeme bozukluklarının iki ana başlığını oluşturmaktadır. Ayrıca, DSM-5 tarafından çok sayıda klinik sendrom tanımlanmıştır. Bunlar; Anoreksiya Nervoza, BulimiyaNervoza, Pika, Geviş Getirme Bozukluğu(Ruminasyon Bozukluğu), Kısıtlayıcı Gıda Alım Bozukluğu, Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu, Başka Bir Yerde Sınıflandırılmamış Beslenme veya Yeme Bozukluğu, Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu'dur (67).

2.4.3.1. Anoreksiya Nervosa

Anoreksiya nervosa; şişmanlama kaygısı ve daha zayıf, ince bir fiziksel görünümüne sahip olma isteğinin bu hastalığa spesifik tutum ve davranışlara sebebiyet verdiği klinik bir tablodur. Patogeneizde, bedensel imge bozukluğu vardır(68).AN'li bireylerde üç psikolojik sorun tespit edilmiştir; bedensel imge bozukluğu, vücutsal duyumları doğru algılama ve yorum yapmada problemler, işlevsel ve duygusal hayatta karşılaşılan ciddi manada bir yetersizlik hissidir. Yetersizlik hissi, sadece anoreksiya nervosa da değil bulimiya nervozalı bireylerde de karşımıza çıkabilmektedir (69).

DSM-V Tanı Kriterleri:

İhtiyaca göre kalori alınmasında azaltmaya gitme davranışı, bireyin yaşı, cinsiyeti, gelişimleri boyunca sergiledikleri yol ve yöntemler; beden sağlığı bağlamında gözle görülür seviyede düşük bir vücut kilosunun olmasına yol açar. Gözle görülür seviyede düşük vücut kilosunu, normalde beklenen en az kilonun altında ya da çocuk veya gençler için olası en az kilonun da altında kalmış olarak tanımlanır

- Vücut kütlelerinde artış olmasından veya şişmanlamaktan aşırı düzeyde korkma, kaygı duymaya da gözle görülür seviyede düşük vücut kilosuna sahip olmasına rağmen kilo almayı engelleyen davranışlarda devamlı bulunma
- Bireyin vücut kilosunu veya şeklini nasıl algıladığıyla alakalı bir problem mevcuttur. Birey kendine bakarken, sorgularken; vücut kilosunu ve şekline anlamsız bir önem atfeder veya o esnadaki düşük vücut kilosunun ehemmiyetini asla algılayamaz

DSM-V'teAN'nin iki alt grubu belirtilmiştir. AN hastalığının çeşitli dönemlerinde bu alt grupların birinden diğerine transforme olabilir(67, 70).AN alt grupları;

Kısıtlayıcı Tip: Bireyin, son 3 ay içerisinde, tekrarlayan tıkanırcasına yeme ya da çıkarma evreleri yoktur. Bu alt grup, daha çok rejim yaparak, hemen hemen hiç yemeden ve/veya çok fazla egzersiz yaparak kilo verdiği tablo olarak tanımlanır.

Tıkanırcasına Yeme/Çıkartma Tipi: Kişinin son 3 ay içerisinde, tekrarlayan tıkanırcasına yeme ya da çıkarma (örn. Zorla kendini kusturmaya çalışma veya laksatif, diüretik ilaçlar veya lavmanın doğru olmayan kullanımları) evreleri vardır(67)

2.4.3.2. BulimiyaNervoza

Bulimiya Nervoza (BN) tekrarlayan tıkanırcasına yeme nöbetleri, söz konusu nöbetler esnasında yemek yemeyi bitirememesi endişesi ve tıkınmadan sonra ağırlık artışını önleyecek uygun olmayan dengeleyici tutumlar (örneğin istifra etme, laksatif, diüretik ilaçları içme, çok fazla rejim ya da fiziksel aktivite yapma) gösterme ve tıkınma nöbetlerinin son 3 aylık periyotta en az haftada 2 kere meydana gelmesi ile spesifikleşen bir yeme bozukluğudur(67).

DSM-V Tanı Ölçütleri:

- Tekrarlayıcı tarzda tıkanırcasına yemek yeme evreleri, tıkanırcasına yeme evresi aşağıdakilerin iki madde ile karakterizedir:
 1. Benzer şartlarda ve sürede, birçok bireyin yiyebileceğinden çok daha fazla yiyeceği, farklı bir zaman diliminde tüketme
 2. Bu evre esnasında yemeyle alakalı yönetimin ortadan kalktığı duyumunun var olması (örn. Kişinin yemeyi engelleyemediği hissiyatı, neyi ne kadar tükettiğini yönetemediği, irdeleyemediği duygusu)
- Ağırlık artışını önlemek amacıyla, Zorla kendini kusturmaya çalışma veya laksatif, diüretik ilaçlar veya lavmanın doğru olmayan kullanımları, hemen hemen hiç yememe veya çok fazla fiziksel aktivite gibi tekrarlayan, doğru olmayan ödünleyici tutum sergileme
- Bu tıkanırcasına yeme ve doğru olmayan ödünleyici tutumlarının her ikisi de ortalama, üç ay içerisinde, en az haftada bir kere meydana gelmiştir
- Bireyin benlik irdelemesi, vücut şeklinden ve bireyin kilosundan anlamsız bir şekilde etkilenir
- Bu sağlık problemi, sadece AN dönemleri esnasında meydana gelmemektedir. (67)

2.4.3.3. Pika

Otizmli ve zihinsel engelli çocuklarda en çok karşılaşılan yeme bozukluğudur. Anemi, kurşun intoksikasyonu, yeme bozuklukları, paraziter hastalıklar ve ileus gibi sağlık problemlerine neden olabilir. Gaita yiyen bireylerin bu sağlık sorunu da, pikanın bir türü

olduğu ve bunama, deliryum ve ağır psikozlar gibi durumlarda karşılaşılabildiği belirtilmiştir(71).

DSM-V Tanı Ölçütleri:

- En az bir ay boyunca, devamlı şekilde, besleyici içeriği olmayan veya besin olmayan maddeleri tüketme
- Besleyici içeriği olmayan, besin olmayan maddeleri tüketme davranışı, bireysel gelişim seviyesi ile uyumsuzdur
- Bu beslenme tutumu, kişinin kültüründe veya yaşadığı çevreyle alakalı ve bu çevre veya kültür tarafından kabul edilebilecek bir pratik değildir
- Bu beslenme tutumu, herhangi bir psikiyatrik sorun altyapısında meydana geliyorsa, ekstra olarak klinik irdelenmeye ihtiyaç duyulacak seviyede şiddetlidir(67)

2.4.3.4. Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu

DSM-V tanı ölçütleri:

- En az bir ay boyunca, sık sık tükettiği besinleri geri çıkarma. Çıkarılan yiyecek tekrar ağızda çiğnenebilir, tekraren yutulabilir veya tükürülerek atılabilir
- Sık sık geri çıkarma; bu bireylerde ekstra olarak gastroenterolojik bir sağlık sorununa veya başka bir sağlık durumuna bağlanamaz
- Bu yeme bozukluğu, sadece AN, BN, tıknırcasına yeme bozukluğu veya kaçınan/kısıtlı yiyecek alınması sorununun gidişatı sırasında ortaya çıkmamaktadır
- Bu belirtiler, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa ayrıca klinik değerlendirmeyi gerektirecek denli ağırdır (67)

2.4.3.5. Kaçınan / Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu

DSM-V'e göre tanı ölçütleri:

- Aşağıdakilerden birinin ya da birden fazlasının bir arada bulunduğu doğru beslenme ve/veya enerji ihtiyacının sürekliliğinin sağlanamamasıyla beliren bir yeme ya da beslenme bozukluğu (örn. Yemek yemeye veya bu yemeklere karşı ciddi manada ilgisizlik)

1. Ciddi ağırlık azalması (veya çocuklarda tahmin edilen kilo artışını sağlayamama ya da büyümenin engellenmesi)
 2. Ciddi bir beslenme yetersizliği
 3. Enteral (tüp yardımıyla) beslenmeye veya oral yoldan destekleyici besinlere bağlı kalma
 4. Psikiyatrik -toplumsal fonksiyonelliğin ciddi manada azalması
- Bu sağlık sorunu, ulaşılabilir yemek bulunamaması ya da sosyokültürel bir pratikle daha iyi açıklanamaz
 - Bu yeme bozukluğu, sadece AN, BN, tıknırcasına yeme bozukluğu veya kaçınan/kısıtlı yiyecek alınması sorununun gidişatı sırasında ortaya çıkmamaktadır ve bireyin kilosunu veya vücut şeklini algılama şekliyle alakalı bir problemin varlığına ilişkin bir delil yoktur
 - Bu yeme bozukluğu, aynı anda bir sağlık durumuna bağlanamaz ya da başka bir psikiyatrik bozuklukla daha iyi açıklanamaz. Bu yeme bozukluğu, başka bir hal ya da problem nazarında meydana gelirse; bu durum ya da bozukluğun sebep olabileceğinden daha şiddetli olur ve klinik olarak ekstra değerlendirmeye ihtiyaç duyar(67)

2.4.3.6. Tıknırcasına Yeme Bozukluğu (TYB)

Tıknırcasına yeme bozukluğu, kontrolü kaybetme hissiyatı ve düzenli telafi tutum sistemlerinin olmaması ve ısrarcı yeme nöbetleriyle karakterizedir.

DSM-V tanı ölçütleri:

- Tekrarlayıcı tıknırcasına yeme dönemlerini içerir. Tıknırcasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisiyle belirlidir:
 1. Benzer şartlarda ve sürede, birçok bireyin yiyebileceğinden çok daha fazla yiyeceği, farklı bir zaman diliminde tüketme
 2. Bu evre esnasında yemeyle alakalı yönetimin ortadan kalktığı duyumunun var olması (örn. Kişinin yemeyi engelleyemediği hissiyatı, neyi ne kadar tükettiğini yönetemediği, irdeleyemediği duygusu)
- Tıknırcasına yeme evrelerine aşağıdakilerden üçü veya daha fazlası eşlik eder:

1. Normalden çok daha hızlı bir şekilde yeme
 2. Rahatsızlık verecek seviyede tokluk hissedene dek yeme
 3. Açlık hissetmiyorken çok fazla düzeylerde yemek yeme
 4. Çok fazla yemesi sebebiyle bu durumdan utandığı için kendi başına yeme
 5. Ardından kendinden tiksime, depresiflik hali, büyük bir suçluluk duyma
- Tıkınırcasına yemeye alakalı ciddi bir sıkıntı hissedilir
 - Bu tıkınırcasına yeme tutumu, ortalama; üç ay içerisinde, en az haftada bir kere meydana gelmiştir
 - Bu yeme bozukluğu, BN’de görülen tekrarlayan doğru olmayan ödünleyici tutumlarla birliktelik göstermez ve tıkınırcasına yeme, sadece BN ya da AN’nin gidişatı esnasında meydana gelmemektedir (67)

2.4.3.7. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Beslenme ve yeme bozukluğunun semptom karakteristiklerinin dominant olarak görüldüğü ancak bu özelliklerle yukarıda bahsetmiş olduğumuz beslenme ve yeme bozuklukları hastalık grubunun herhangi birisinin teşhisi için tanı kriterlerini tam manasıyla karşılamadığı hallerde bu subgrup başlığı altında kategorize edilir(67).

1. Değişik tür (atipik) AN: Gözle görülür şekilde ağırlık kaybına rağmen bireyin kilosunun normal sınırlar içerisinde veya normal sınırların üstünde olmasının haricinde AN için bütün tanı kriterleri karşılanır.
2. Bulimiyenervoza (düşük sıklıkta ve/ya da sınırlı süreli): Tıkınırcasına yemenin ve doğru olmayan ödünleyici tutumların, ortalama, haftada bir kereden daha az ve/veya üç aydan daha az zamandır görülmesi haricinde BN’nin tüm tanı kriterlerini kapsar.
3. Tıkınırcasına yeme bozukluğu (düşük sıklıkta ve/ya da sınırlı süreli): Tıkınırcasına yemenin, ortalama, haftada bir kereden daha az ve / veya üç aydan daha az zamandır görülmesi haricinde tıkınırcasına yeme bozukluğunun tüm tanı kriterlerini kapsar.
4. Çıkarma bozukluğu: Bireyin kilosunu veya bedensel şeklini değiştirebilmek için, tıkınırcasına yeme davranışı olmadan, tekrarlayan çıkarma tutumu.
5. Gece yemek yeme bozukluğu: Gece uykusundan kalkıp yemek yeme veya akşamleyin yemekten sonra çok fazla yemek yeme ile karşımıza çıkan, tekrarlayan gece yemek yeme dönemleri (67).

2.4.3.8. Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Beslenme ve yeme bozukluğunun semptom karakteristiklerinin dominant olarak görüldüğü, ancak bu özelliklerle yukarıda bahsetmiş olduğumuz beslenme ve yeme bozuklukları hastalık grubunun herhangi birisinin teşhisi için tanı kriterlerini tam manasıyla karşılamadığı hallerde bu altgrup başlığı altında kategorize edilir. Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu kategorisi, beslenme ve yeme bozukluklarından herhangi özgül biri için tanı kriterlerini karşılamamanın spesifik sebebi hekimlerce tespit edilmek istenmediğinde ve daha spesifik bir teşhis koyabilmek için yeterli bilginin olmadığı hallerde tercih edilir(67).

2.5. Beslenme ile İlgili Doğru Bilinen Yanlışlar

Günümüzde bireylerin oldukça ilgi gösterdiği popüler diyetlerden Dukan Diyeti, Akdeniz Diyeti, Karatay Diyeti, Atkins Diyeti, Taş Devri Diyeti sayılabilir(72). Örneğin Dukan diyeti, Dr. Pierre Dukan tarafından tanımlanan, özellikle ilk evresinde yalnız protein içeren besinlerin yenmesini tavsiye eden tek yönlü bir diyet programından oluşmaktadır. Protein ağırlıklı bir diyet olup yüksek yağ içermesi nedeniyle doyum sağlayarak kişinin iştahında azalmayı sağlasa da fizyolojik olduğu söylenemez (73, 74). Prof. Dr. Canan Karatay'ın tanımladığı ve kişisel farklılıkların önemsenmediği Karatay diyetindeyse, diğer diyetlerden farklı olarak günlük kalori hesaplaması yapılmamakta; insülin ve leptin rezistansını kırarak iç organ yağlanmalarını önlemek amaçlanırken özellikle düşük şeker içerikli gıdaların tüketimine önem gösterilmektedir (75). Amerikalı kardiyolog Robert C. Atkins'in 1972'de tanımladığı Atkins diyetinin genel karakteristiği ise, minimal karbonhidrat, yüksek seviyede protein ve yüksek yağ içermektedir. Bu diyetle, protein ve lipit içeriğinin yüksek olması tokluğu sağlayarak, kişinin iştahını azaltmaktadır. Fakat, yetersiz meyve-sebze içermesi ve fazla miktarda kolesterol ve yağ içermesi nedeniyle kalp damar hastalıkları ve obezite riskini yükselttiği gösterilmiştir (34). Yüksek protein-düşük karbonhidratlı diyetler hakkında renal sağlık problemleri yönünden ciddi şüpheler bulunmaktadır. İlaveten, karbonhidrattan fakir diyetlerin ruh sağlığı ve kognitif fonksiyonlar üzerine ileri vadede etkileriyle alakalı yapılmış bir araştırmaya göre yüksek proteinli diyet uygulayan bireylerde daha depresif, mutsuz bir ruh hali gözlenmiştir(76, 77).

Zayıflamak amacıyla aç kalmak, öğünleri atlamak düşünülenin tersine genel olarak kilo alımı ile neticelenmektedir. Gerektiği kadar besin alamayan vücut, mevcut hali "kıtlık" olarak yorumlamakta ve vücuda giren her yiyeceği korunma mekanizması olarak

tekrar aç kalındığında kullanmayı hedefleyerek yağ olarak depo eder. Bu bilgiler ışığında yapılması gereken yeterli ve dengeli bir beslenmenin egzersiz ile desteklenmesidir(78).

Kilo vermek amacıyla tamamen yağsız diyet yapmak yanlış olacaktır çünkü vücudumuzun belirli bir miktarda yağ ihtiyacı mevcuttur. Eğer bu ihtiyaç diyetten alınmazsa vücut ihtiyacı olan yağı karşılayabilmek için vücuttaki karbonhidrat ve proteinleri yağ sentezinde kullanır ve bu yolla elde edilen yağ yüksek miktarda kolesterol bulundurmaktadır. A,D,E,K vitaminleri gibi yağda eriyen vitaminlerin emilimi için yağa ihtiyaç vardır. Bazı yağ asitleri esansiyeldir, vücutta üretilmezler ve besinlerle dışardan alınması gerekir. Üstelik yağlar mideyi ortalama 3 saat gibi bir sürede terk etmektedir ve daha uzun süre tokluk hissi oluşturmaktadır(78).

Kilo verirken önemli olan nokta verdiğimiz kilonun kaynağıdır. Şişmanlık vücudumuzda fazladan yer alan fazla yağ kütlesi demekse eğer, kilo verebilmek için de vücutta fazladan yer edinen bu yağlardan kurtulmak gerekir. Eğer kilo vermek adı altında kas ve su kaybına sebep olan bir şey yapıyorsanız bu yanlış bir çabadır. Ekmek, makarna, pilav gibi tahıllardan üretilen ürünler biyokimyasal olarak hidroksil (OH) molekülü içermektedirler ve bu molekül onlara su tutucu olmaları yönünde bir kazanım sağlar. Eğer diyetle bu tarz içeriğe sahip yiyeceklerin tüketimine son verilirse vücudumuz su tutamaz. Bunun sonucu olarak kilo kaybı hemen başlar ama bu kayıp su tutamamaya bağlı bir ağırlık kaybından kaynaklanmaktadır. İlerleyen süreçte bu su kaybı vücuda bir şekilde geri geldiğinde eski ağırlık geri kazanılacaktır(78, 79).

Çay, kahve, kola günlük yaşamda su dışında en çok tüketilen içeceklerin başında gelmektedir. Bu içeceklerden çok tüketildiğinde artık su ihtiyacının olmadığını düşünmek büyük bir yanılgıdır. Aksine bu tarz içecekler diüretik etkileri sebebiyle suyun yerini tutamadıkları gibi vücuttan su kaybını da artırmaktadır. Su yaşamsal faaliyetlerimiz için gereklidir ve yeterli düzeyde tüketimine gereken önem verilmelidir(78).

Vücutta depo halde bulunan yağlardan çeşitli yiyecek ve içecekleri tüketerek kurtulmak olası değildir. Ufak bir denemeyle de görülebilir bir miktar margarin, limon veya greyfurt suyuyla karıştırıldığında yağ miktarında hiçbir azalma olmayacaktır. Üstelik herhangi bir dispeptik rahatsızlığı olan bireylerin aç karna bu tarz şeyler tüketmeleri onlar için zararlı olabilmektedir. Maden suyu ile ilgili olarak da besin metabolizmasındaki tek fonksiyonunun

hazmı kolaylaştırmak olduğu aksine herhangi bir yağ yakıcı özelliği olmadığı üstelik fazla tüketilmesinin iştahı artırdığı gözlemlenmiştir(78, 79).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı tipteki araştırmamız 01.09.2019–31.11.2019 tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde okuyan 1.sınıf ve 6.sınıf öğrencilerinde yüz yüze anket şeklinde uygulanmıştır.

Anketimiz sosyo-demografik bilgileri sorgulayan 15 soru ve beslenme alışkanlıklarını sorgulayan 29 sorudan oluşmaktadır. Sosyo-demografik bilgiler yaş, cinsiyet, boy, kilo, medeni durum, eğitim durumu, sigara ve alkol alışkanlıkları, hastalık bilgileri, medikal özgeçmiş ve ailesel bilgileri içermektedir. Beslenme alışkanlıkları; yeterli ve dengeli beslenme, öğün sayısı, düzeni, ana öğün atlama durumu, kahvaltı yapma alışkanlığı, kahvaltıda tükettiği besinler, evde yemek yapma durumu, ev dışı yemek alışkanlıkları, ev dışında tüketilen öğün çeşitleri, ara öğün zamanları ve besin grupları, sağlıklı beslenme davranışları, meyve sebze alışkanlıkları, gıda takviyesi kullanma durumu, ambalajlı gıda içeriği bilgisi, spor ve egzersiz durumu, diyet durumu, içecek tüketme alışkanlıkları ve tuz tüketiminden oluşmaktadır.

Araştırmanın evreni Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi 1. ve 6. sınıf öğrencileri olup anketi doldurmayı kabul eden tüm öğrenciler çalışmaya alınmıştır. Araştırmanın etik kurul onayı Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Ayrıca, araştırma sırasında Helsinki deklarasyonuna uyulacağı tarafımızca taahhüt edilmiştir.

İstatistiksel Analiz

Verilerin analizinde SPSS 17.0 istatistik programından yararlanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram grafikleri ve Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Tanımlayıcı analizler sunulurken ortalama, standart sapma, ortanca ve minimum-maximum değerler kullanılmıştır. İstatistiksel analizde kategorik veriler için ki-kare testleri; bağımsız gruplarda iki grup ortalamalarının karşılaştırması için veriler normal dağılıma uyuyorsa t testi, uymuyorsa Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Tip I hata düzeyi %5 olarak belirlenmiş olup istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Anket çalışmamız 281 kişinin katılımı ile gerçekleşmiş olup katılımcıların %51,60'ı (n=145) erkek, %67,62'si (n=190) 1.sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. %62,28'inin (n=175) anne eğitim durumu lise ve altı iken %55,16'sının (n=155) baba eğitim durumu üniversite mezunudur. %62,63'ü (n=176) alkol tüketmiyor olup %85,05'inin (n=239) tanı konulmuş hastalığı yok ve %91,10'unun (n=256) sürekli ilaç kullanımının olmadığı saptandı, %70,82'sinin (n=199) aile aylık geliri 3000 TL üzeri, %87,90'ı (n=247) ailesiyle yaşamıyordu.

Annesi üniversite mezunu olanların oranı 1.sınıflarda %42,63 (n=81), 6.sınıflarda %27,47 (n=25) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (**p:0,014**). Alkol kullanma oranı 6.sınıflarda %48,35 (n=44), 1.sınıflarda ise %32,11 (n=61)) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (**p:0,008**). Tanı konulmuş hastalığı olanların oranı 6.sınıflarda %25,27 (n=23), 1.sınıflarda %10 (n=19)) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (**p:0,001**). Ailede kronik hastalığı olanların oranı 6.sınıflarda %39,56 (n=36), 1.sınıflarda ise %16,32 (n=31)) olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (**p<0,001**).

Tablo 3. Katılımcıların Sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması

		Eğitim durumu						P
		1. sınıf		6. sınıf		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	93	48,95	43	47,25	136	48,40	0,790
	Erkek	97	51,05	48	52,75	145	51,60	
Medeni durum	Bekar	190	100,00	91	100,00	281	100,00	***
Anne eğitim durumu	Lise ve altı	109	57,37	66	72,53	175	62,28	0,014
	Üniversite	81	42,63	25	27,47	106	37,72	
Baba eğitim durumu	Diğerleri	83	43,68	43	47,25	126	44,84	0,574
	Üniversite	107	56,32	48	52,75	155	55,16	
Alkol kullanımı	Hayır	129	67,89	47	51,65	176	62,63	0,008
	Evet	61	32,11	44	48,35	105	37,37	
Tanı konulmuş bir hastalığınız var mı?	Hayır	171	90,00	68	74,73	239	85,05	0,001
	Evet	19	10,00	23	25,27	42	14,95	
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?	Hayır	176	92,63	80	87,91	256	91,10	0,193
	Evet	14	7,37	11	12,09	25	8,90	
Ailede kronik hastalık var mı?	Hayır	159	83,68	55	60,44	214	76,16	<0,001
	Evet	31	16,32	36	39,56	67	23,84	
Ailenizin aylık gelir durumu?	3000 TL altı	56	29,47	26	28,57	82	29,18	0,876
	3000 TL üzeri	134	70,53	65	71,43	199	70,82	
Nerde/kimlerle yaşıyorsunuz?	Ailemle	18	9,47	16	17,58	34	12,10	0,051
	Diğer	172	90,53	75	82,42	247	87,90	

Ki-Kare Testi

Hafta içi öğün saatleri düzenli olanların oranı 1.sınıflarda %67,89 iken, 6.sınıflarda bu oran %52,75 bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p:0,014$).

Tablo 4. Katılımcıların beslenme durumları ve kendi beslenmelerine bakış açıları

		Eğitim durumu						P
		1. sınıf		6. sınıf		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Sizce yeterli ve dengeli besleniyor musunuz?	Evet	48	25,26	19	20,88	67	23,84	0,080
	Kısmen	101	53,16	41	45,05	142	50,53	
	Hayır	41	21,58	31	34,07	72	25,62	
Beslenme alışkanlıklarınızı genel olarak nasıl ifade edersiniz?	Sağlıklı	15	7,89	11	12,09	26	9,25	0,256
	Diğer	175	92,11	80	87,91	255	90,75	
Hafta içi öğün saatleriniz düzenli midir?	Hayır	61	32,11	43	47,25	104	37,01	0,014
	Evet	129	67,89	48	52,75	177	62,99	
Hafta sonu öğün saatleriniz düzenli midir?	Hayır	109	57,37	55	60,44	164	58,36	0,625
	Evet	81	42,63	36	39,56	117	41,64	
Ana öğün atlar mısınız?	Hayır	52	27,37	26	28,57	78	27,76	0,462
	Bazen	116	61,05	50	54,95	166	59,07	
	Evet	22	11,58	15	16,48	37	13,17	
Kaç ana öğün atlarsınız?	Tek öğün	133	96,38	61	93,85	194	95,57	0,414
	Çok öğün	5	3,62	4	6,15	9	4,43	

Ki-Kare Testi

Canı istemeyip iştahı olmadığı için ana öğün atlayanların oranı 1.sınıflarda %56,12 iken, 6.sınıflarda bu oran %32,31 bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p:0,002$).

Tablo 5. Katılımcıların ana öğün atlama durumu ve nedenleri

Ana öğün atlıyorsanız atlama nedenleriniz?		Eğitim durumu						P
		1. sınıf		6. sınıf		Total		
		N	%	n	%	n	%	
Zamanım yok	Hayır	70	50,72	28	43,08	98	48,28	0,309
	Evet	68	49,28	37	56,92	105	51,72	
Geç kalıyorum	Hayır	70	50,72	27	41,54	97	47,78	0,222
	Evet	68	49,28	38	58,46	106	52,22	
Alışkanlığım yok	Hayır	118	85,51	55	84,62	173	85,22	0,867
	Evet	20	14,49	10	15,38	30	14,78	
Canım istemiyor/iştahsızım	Hayır	61	43,88	44	67,69	105	51,47	0,002
	Evet	78	56,12	21	32,31	99	48,53	
Kurs, spor vb. faaliyetlerim nedeniyle	Hayır	131	94,24	62	95,38	193	94,61	0,737
	Evet	8	5,76	3	4,62	11	5,39	
Hazırlanmadığı için	Hayır	109	78,42	49	75,38	158	77,45	0,629
	Evet	30	21,58	16	24,62	46	22,55	
Diğer	Hayır	133	95,68	61	93,85	194	95,10	0,571
	Evet	6	4,32	4	6,15	10	4,90	

Ki-Kare Testi

Düzenli kahvaltı alışkanlığı olanların oranı 1.sınıflarda %61,05 iken, 6.sınıflarda bu oran %42,86 bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (**p:0,012**). Kahvaltıda peynir, zeytin, yumurta vb. besinleri tüketenlerin oranı 1.sınıflarda %73,51 iken, 6.sınıflarda bu oran %36,47 bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (**p<0,001**).

Tablo 6. Katılımcıların kahvaltı alışkanlıklarının değerlendirilmesi

		Eğitim durumu						P
		1. sınıf		6. sınıf		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Kahvaltı alışkanlığınız nasıldır?	Düzenli	116	61,05	39	42,86	155	55,16	0,012
	Düzensiz	66	34,74	44	48,35	110	39,15	
	Hiç	8	4,21	8	8,79	16	5,69	
Sabah kahvaltısını genellikle nerede yapıyorsunuz?	Evde	81	44,02	36	41,86	117	43,33	0,738
	Diğer	103	55,98	50	58,14	153	56,67	
Sabah kahvaltısında genellikle ne tür besinleri tercih ediyorsunuz?	Peynir, zeytin, yumurta vb.	136	73,51	31	36,47	167	61,85	<0,001
	Süt ile birlikte tahıl gevreği	8	4,32	0	0	8	2,96	
	Diğer	41	22,16	54	63,53	95	35,19	

Ki-Kare Testi

Evde kendi yemek yapma oranı 6.sınıflarda %69,23 iken, 1.sınıflarda bu oran %26,84 bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (**p<0,001**). Hafta içi tek öğün yemek yapma oranı 6.sınıflarda %81,67 iken, 1.sınıflarda bu oran %55,32 bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (**p:0,009**).

Tablo 7. Katılımcıların evde yemek yapma durumlarının karşılaştırılması

		Eğitim durumu						p
		1. sınıf		6. sınıf		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Evde kendiniz yemek yapıyor musunuz?	Evet	51	26,84	63	69,23	114	40,57	<0,001
	Hayır	139	73,16	28	30,77	167	59,43	
Hafta içi kaç öğün yemek yapıyorsunuz?	Tek öğün	26	55,32	49	81,67	75	70,09	0,009
	İki öğün	14	29,79	9	15,00	23	21,50	
	Üç öğün	7	14,89	2	3,33	9	8,41	
Hafta sonu kaç öğün yemek yapıyorsunuz?	Tek öğün	17	42,50	24	43,64	41	43,16	0,872
	İki öğün	11	27,50	17	30,91	28	29,47	
	Üç öğün	12	30,00	14	25,45	26	27,37	

Ki-Kare Testi

Sınıflar arasında ev dışında yemek yeme bakımından anlamlı fark yoktur.

Tablo 8. Katılımcıların ev dışında yemek yeme durumlarının karşılaştırılması

		Eğitim durumu						P
		1. sınıf		6. sınıf		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Ev dışında yemek yer misiniz?	Evet	177	93,16	89	97,80	266	94,66	0,105
	Hayır	13	6,84	2	2,20	15	5,34	
Ev dışında en çok nerede yemek yersiniz?	Kurum yemekhanesi, Restoran / lokanta	124	69,66	63	70,00	187	69,78	0,955
	Fastfood restoran, Okul kantini, Diğer	54	30,34	27	30,00	81	30,22	

Ki-Kare Testi

Ev dışında yemek yenildiğinde balık tercih edenlerin oranı 6.sınıflarda %40 iken, 1.sınıflarda bu oran %16,85 bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$).

Tablo 9. Katılımcıların ev dışında yemek tercihlerinin karşılaştırılması

Ev dışında en çok hangi yemekleri yemeyi tercih edersiniz?		Eğitim durumu						P
		1. sınıf		6. sınıf		Total		
		n	%	n	%	N	%	
Hamburger, pizza, kumpir vb.	Hayır	68	38,20	35	38,89	103	38,43	0,913
	Evet	110	61,80	55	61,11	165	61,57	
Pide/lahmacun	Hayır	99	55,62	42	46,67	141	52,61	0,166
	Evet	79	44,38	48	53,33	127	47,39	
Kebap/ızgara /döner	Hayır	92	51,69	46	51,11	138	51,49	0,929
	Evet	86	48,31	44	48,89	130	48,51	
Sulu ev yemekleri	Hayır	136	76,40	61	67,78	197	73,51	0,131
	Evet	42	23,60	29	32,22	71	26,49	
Balık eti	Hayır	148	83,15	54	60,00	202	75,37	<0,001
	Evet	30	16,85	36	40,00	66	24,63	
Tavuk eti	Hayır	120	67,42	52	57,78	172	64,18	0,120
	Evet	58	32,58	38	42,22	96	35,82	
Salata türleri	Hayır	159	89,33	81	90,00	240	89,55	0,865
	Evet	19	10,67	9	10,00	28	10,45	
Diğer	Hayır	176	98,88	87	96,67	263	98,13	0,207
	Evet	2	1,12	3	3,33	5	1,87	

Ki-Kare Testi

1.sınıflarda tek ara öğün yapanların oranı %76 iken, 6.sınıflarda bu oran %64,63 bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p:0,033$).

Tablo 10. Katılımcıların ara öğün sayılarının karşılaştırılması

		Eğitim durumu						p
		1. sınıf		6. sınıf		Total		
		N	%	n	%	n	%	
Ara öğün yaptığınız zaman kaç ara öğün tercih edersiniz?	Tek öğün	133	76,00	53	64,63	186	72,37	0,033
	İki öğün	36	20,57	20	24,39	56	21,79	
	Üç öğün	6	3,43	9	10,98	15	5,84	

Ki-Kare Testi

Ara öğünde soda tercih edenlerin oranı 6.sınıflarda %23,17 iken, 1.sınıflarda bu oran %12,50 bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (**p:0,029**).

Tablo 11. Katılımcıların ara öğündeki besin grubu tercihlerinin karşılaştırılması

Ara öğün yaptığınız zaman hangi besin gruplarını tercih edersiniz?		Eğitim durumu						p
		1. sınıf		6. sınıf		Total		
		n	%	N	%	n	%	
Tost-poğaça-börek-sandviç	Hayır	123	69,89	58	70,73	181	70,16	0,890
	Evet	53	30,11	24	29,27	77	29,84	
Simit	Hayır	148	84,09	73	89,02	221	85,66	0,292
	Evet	28	15,91	9	10,98	37	14,34	
Bisküvi-kek-kraker	Hayır	86	48,86	35	42,68	121	46,90	0,354
	Evet	90	51,14	47	57,32	137	53,10	
Kepekli ürünler	Hayır	146	82,95	69	84,15	215	83,33	0,811
	Evet	30	17,05	13	15,85	43	16,67	
Çikolata-gofret	Hayır	89	50,57	39	47,56	128	49,61	0,653
	Evet	87	49,43	43	52,44	130	50,39	
Süt	Hayır	133	75,57	70	85,37	203	78,68	0,074
	Evet	43	24,43	12	14,63	55	21,32	
Ayran	Hayır	154	87,50	74	90,24	228	88,37	0,522
	Evet	22	12,50	8	9,76	30	11,63	
Kuruyemişler	Hayır	130	73,86	52	63,41	182	70,54	0,086
	Evet	46	26,14	30	36,59	76	29,46	
Kuru meyveler	Hayır	110	62,50	60	73,17	170	65,89	0,092
	Evet	66	37,50	22	26,83	88	34,11	
Taze meyve/sebze	Hayır	97	55,11	45	54,88	142	55,04	0,972
	Evet	79	44,89	37	45,12	116	44,96	
Çay-kahve	Hayır	75	42,61	27	32,93	102	39,53	0,138
	Evet	101	57,39	55	67,07	156	60,47	
Gazlı/kolalı içecekler	Hayır	150	85,23	66	80,49	216	83,72	0,337
	Evet	26	14,77	16	19,51	42	16,28	
Hazır meyve suyu	Hayır	160	90,91	76	92,68	236	91,47	0,635
	Evet	16	9,09	6	7,32	22	8,53	
Taze meyve suyu	Hayır	171	97,16	78	95,12	249	96,51	0,406
	Evet	5	2,84	4	4,88	9	3,49	
Soda (sade/meyveli)	Hayır	154	87,50	63	76,83	217	84,11	0,029
	Evet	22	12,50	19	23,17	41	15,89	
Diğer	Hayır	176	100,00	81	98,78	257	99,61	0,142
	Evet	0	0	1	1,22	1	0,39	

Ki-Kare Testi

Ambalajlı hazır gıdaların sağlığa zararlı olduğunu düşünenlerin oranı 6.sınıflarda %95,56 iken, 1.sınıflarda bu oran %85,11 bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (**p:0,011**). Yediğimiz içtiğimiz gıdaların içeriğinin gelecekte oluşabilecek kronik hastalıklarla ilişkili olduğunu düşünenlerin oranı 6.sınıflarda %97,80 iken, 1.sınıflarda bu oran %82,45 bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (**p:0,001**).

Tablo 12. Katılımcıların sağlıklı beslenme hakkında bilgi ve farkındalık durumlarının karşılaştırılması

		Eğitim durumu						p
		1. sınıf		6. sınıf		Total		
		n	%	N	%	n	%	
Sağlıklı beslenmenin insan sağlığına faydalı olduğunu düşünüyor musunuz?	Hayır	1	0,53	0	0	1	0,36	0,706
	Kısmen	8	4,28	5	5,56	13	4,69	
	Evet	178	95,19	85	94,44	263	94,95	
Meyve sebze alırken mevsiminde ve ilaçsız tarım ürünü olmasına dikkat eder misiniz?	Hayır	43	22,75	29	31,87	72	25,71	0,262
	Kısmen	91	48,15	39	42,86	130	46,43	
	Evet	55	29,10	23	25,27	78	27,86	
Herhangi bir gıda takviyesi alıyor musunuz?	Hayır	165	86,84	82	90,11	247	87,90	0,432
	Evet	25	13,16	9	9,89	34	12,10	
Aldığımız ambalajlı gıdaların etiket içeriğine dikkat eder misiniz?	Evet	63	33,33	32	35,16	95	33,93	0,469
	Hayır	94	49,74	39	42,86	133	47,50	
	Bazen	32	16,93	20	21,98	52	18,57	
Ambalajlı hazır gıdaların sağlığa zararlı olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	160	85,11	86	95,56	246	88,49	0,011
	Hayır	28	14,89	4	4,44	32	11,51	
Yediğimiz içtiğimiz gıdaların içeriğinin gelecekte oluşabilecek kronik hastalıklarla ilişkili olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	155	82,45	89	97,80	244	87,46	0,001
	Hayır	7	3,72	0	0	7	2,51	
	Bilmiyorum	26	13,83	2	2,20	28	10,04	

Ki-Kare Testi

Spor veya egzersiz yapma oranı 1.sınıflarda %45,56 iken, 6.sınıflarda bu oran %32,97 bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (**p:0,031**). Popüler medyatik diyetleri bilme oranı 6.sınıflarda %48,35 iken, 1.sınıflarda bu oran %15,87 bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (**p<0,001**).

Tablo 13. Katılımcıların sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleriyle ilgili tutum ve davranışlarının karşılaştırılması

		Eğitim durumu						P
		1. sınıf		6. sınıf		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Spor veya egzersiz yapıyor musunuz?	Hayır	101	53,44	61	67,03	162	57,86	0,031
	Evet	88	46,56	30	32,97	118	42,14	
Herhangi bir diyet uyguluyor musunuz?	Evet	15	7,98	8	8,79	23	8,24	0,817
	Hayır	173	92,02	83	91,21	256	91,76	
Popüler medyatik diyetlerden bildiğiniz var mı?	Hayır	159	84,13	47	51,65	206	73,57	<0,001
	Evet	30	15,87	44	48,35	74	26,43	
Yemeklerinize ekstra tuz atar mısınız?	Evet	63	33,33	37	40,66	100	35,71	0,231
	Hayır	126	66,67	54	59,34	180	64,2	
Bir günde ortalama ne kadar su içiyorsunuz?	1 lt den az	27	14,29	4	4,40	31	11,07	0,104
	1 lt	33	17,46	17	18,68	50	17,86	
	1-2 lt arası	83	43,92	46	50,55	129	46,07	
	2 lt den fazla	46	24,34	24	26,37	70	25,00	

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması $20,44 \pm 2,60$ yıldır. 6.sınıfların yaş ortalaması ($23,85 \pm 1,01$) iken, 1.sınıfların yaş ortalaması ($18,81 \pm 1,12$) saptanmıştır. 6.sınıfların VKİ ortalaması ($22,75 \pm 3,37$) iken, 1.sınıflarda ortalama ($21,79 \pm 3,25$) bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (**p:0,014**). Alkol kullanma yılı 6.sınıflarda ($3,46 \pm 2,90$) iken 1.sınıflarda bu oran ($1,41 \pm 0,67$) bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (**p:0,002**). 6.sınıflarda ara öğün sayısı ($1,93 \pm 1,25$) iken, 1.sınıflarda bu sayı ($1,58 \pm 0,96$) bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (**p:0,007**). 1.sınıflarda hafta içi evde yemek yapılan gün sayısı ($3,90 \pm 1,28$) iken, 6.sınıflarda bu sayı ($3,13 \pm 1,49$) bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (**p:0,005**). Sabah, öğle ve akşam haftada ev dışında yemek yenen gün sayısı 6.sınıflarda 1.sınıflara göre daha fazladır (**p<0,001**). 1.sınıflarda spor yapılan gün sayısı ($3,14 \pm 1,56$) iken, 6.sınıflarda bu sayı ($2,36 \pm 1,50$) bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (**p:0,010**). 6.sınıflarda günlük içilen çay miktarı ($3,54 \pm 2,86$) iken, 1.sınıflarda bu miktar ($2,34 \pm 1,71$) bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (**p<0,001**). 6.sınıflarda günlük içilen kahve miktarı ($2,42 \pm 1,58$) iken, 1.sınıflarda bu miktar ($1,71 \pm 0,95$) bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (**p:0,001**).

Tablo 14. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve beslenme durumlarının karşılaştırılması

	Eğitim durumu									p
	1. sınıf			6. sınıf			Total			
	Ort	s.s.	Medyan	Ort	s.s.	Medyan	Ort	s.s.	Medyan	
Yaş	18,81	±1,12	19,00	23,85	±1,01	24,00	20,44	±2,60	19,00	<0,001
Boy	172,39	±8,59	173,00	171,21	±9,53	170,00	172,01	±8,91	173,00	0,341
Kilo	65,13	±12,86	63,00	67,25	±14,91	65,00	65,82	±13,57	64,00	0,305
VKİ	21,79	±3,25	21,09	22,75	±3,37	22,22	22,10	±3,32	21,51	0,014
Alkol haftada	2,82	±2,64	1,00	3,00	±2,91	2,00	2,90	±2,76	2,00	0,607
Alkol yıl	1,41	±,67	1,00	3,46	±2,90	2,00	2,56	±2,43	2,00	0,002
Günde kaç ana öğün yemek yersiniz?	2,64	±,61	3,00	2,54	±,60	3,00	2,61	±,61	3,00	0,167
Günde kaç ara öğün yemek yersiniz?	1,58	±,96	1,00	1,93	±1,25	2,00	1,69	±1,07	1,00	0,007
Hafta içi kaç gün evde yemek yapıyorsunuz?	3,90	±1,28	5,00	3,13	±1,49	3,00	3,46	±1,45	3,00	0,005
Hafta sonu kaç gün evde yemek yapıyorsunuz?	1,73	±,45	2,00	1,63	±,49	2,00	1,67	±,47	2,00	0,300
Sabah haftada kaç gün ev dışında yemek yersiniz?	2,93	±1,93	2,00	4,39	±1,97	5,00	3,74	±2,07	4,00	<0,001
Öğle haftada kaç gün ev dışında yemek yersiniz?	4,06	±2,01	5,00	5,24	±1,44	5,00	4,46	±1,92	5,00	<0,001
Akşam haftada kaç gün ev dışında yemek yersiniz?	2,52	±1,48	2,00	3,75	±2,06	3,00	3,00	±1,83	2,00	<0,001
Haftada kaç gün spor?	3,14	±1,56	3,00	2,36	±1,50	2,00	2,95	±1,57	3,00	0,010
Günde kaç dakika spor?	54,86	±30,28	60,00	48,80	±17,58	45,00	53,32	±27,64	60,00	0,659
Çay bardak	2,34	±1,71	2,00	3,54	±2,86	3,00	2,76	±2,25	2,00	<0,001
Çay şeker	1,72	±,66	2,00	1,76	±,94	2,00	1,73	±,75	2,00	0,801
Kahve bardak	1,71	±,95	1,00	2,42	±1,58	2,00	1,97	±1,26	2,00	0,001
Kahve şeker	1,48	±,63	1,00	1,64	±,92	1,00	1,52	±,71	1,00	0,781
Meyve suyu	1,62	±1,09	1,00	1,38	±1,39	1,00	1,56	±1,16	1,00	0,065
Asitli içecekler	1,63	±1,02	1,00	1,41	±,84	1,00	1,55	±,96	1,00	0,331
Ayran/Süt	1,48	±,97	1,00	1,35	±1,03	1,00	1,44	±,99	1,00	0,414

Mann Whitney U Testi

5. TARTIŞMA

Tıp fakültesi öğrencilerinin beslenme bilgilerini, beslenme alışkanlıklarını ve beslenme konusundaki problemlerini ortaya koymayı ve tıp fakültesi eğitiminin beslenme bilgi düzeyine etkisini değerlendirmeyi amaçladığımız çalışmamızda, 281 katılımcıya ait demografik verilere ek olarak beslenme ile tıp eğitimi arasındaki ilişkiye dair anlamlı ve önemli sonuçlar elde edilmiştir. Elde edilen anlamlı veriler özetle şu şekildedir: Altıncı sınıf öğrencilerinde, 1. sınıf öğrencilerine kıyasla hastalık ve alkol kullanma oranları daha yüksekti. Birinci sınıf öğrencilerinde öğün saatleri daha düzenli olup, düzenli kahvaltı alışkanlığı daha yaygın idi. Dışarıda yemek oranları açısından gruplar arasında fark yokken, dışarıda yemek olarak balık tercih etme oranları 6. sınıf öğrencilerinde daha yaygındı. Birinci sınıf öğrencilerinde tek ara öğün yapma daha sıklıkla. Altıncı sınıf öğrencileri, beslenme alışkanlıklarının ve ambalajlı gıdaların sağlık üzerine etkileri ve popüler diyetler konusunda daha yüksek farkındalık sergiledi. Ancak, birinci sınıf öğrencilerinde sağlıklı yaşam tarzı ile ilgili tutum ve davranışları uygulama oranı daha yüksekti. Tıp fakültesi öğrencilerinde sınıflar arasında beslenme alışkanlıkları açısından farklılıklar tespit ettik.

Çalışmamızda 281 katılımcının %51,60'ı erkek ve %67,62'si 1.sınıf öğrencisiydi. Babaların büyük kısmı üniversite mezunu ve annelere kıyasla babalarda eğitim düzeyi daha yüksekti. Katılımcıların çoğunluğunda alkol tüketimi, tanı konulmuş hastalık ve sürekli ilaç kullanımı yoktu. Büyük oranda gelir düzeyleri 3000 TL üzerinde iken öğrencilerin çok büyük kısmı ailesiyle yaşamıyordu. Yakın tarihte ülkemizde üniversite öğrencilerinde beslenme durumunu araştıran bir çalışmada, 1020 öğrenci dahil edilmişken sağlık alanında öğrenim gören 600 öğrenci ve sağlık alanı dışında öğrenim gören 420 öğrenci çalışma kapsamında değerlendirilmiştir (80). Bizim çalışmamızdan farklı olarak bu çalışmada, katılımcıların %29,3'ü erkekti. Yine, farklı olarak bu çalışmada öğrencilerin büyük kısmının ailesiyle birlikte yaşadığı bulunmuştur. Bizim çalışmamızla benzer şekilde, öğrencilerin büyük kısmının 21 yaş altında olup üniversitenin ilk yıllarında oldukları, tanı konulmuş bir hastalıkları ve sürekli kullandıkları bir ilaç olmadığı, alkol/sigara kullanmadıkları tespit edilmiş olup VKİ ortalaması 24,9 çıkmıştır. Tıp fakültesi öğrencilerinin de aralarında bulunduğu bir grup öğrenci ile yapılan bir diğer çalışmada ise, katılımcıların büyük bir kısmının ailesinden ayrı yaşamakta olduğu, yemeklerini dışarıda yediği, tanı konulmuş bir hastalığı veya ilaç kullanımı olmadığı saptanmıştır (81). Aynı çalışmada, katılımcıların yarısı

erkek iken büyük bir kısmının üniversitenin ilk yıllarında olduğu ifade edilmiştir. Bu da, çalışmamızla benzerdir. Bir başka çalışmada da, sağlık ile ilgili bölümlerde okuyan öğrenciler değerlendirilmiş ve bizim çalışmamıza benzer demografik yapı (çoğunlukla erkek, ilk sınıflarda okuma, aileden ayrı yaşama) tarif edilmiştir (82). Uludağ üniversitesi tıp fakültesinde yürütülen bir çalışmada, bizim çalışmamızdan farklı olarak 557 öğrencinin çoğunun kız ve ailesi ile birlikte yaşamakta olduğu belirtilmişken bizim çalışmamıza benzer şekilde babaların eğitim düzeyi daha yüksek olduğu ve yarıdan fazlasının orta/iyi gelir düzeyine sahip olduğu ifade edilmiştir (83). Hindistan’da yapılan bir çalışmada ise, katılımcı olan tıp fakültesi öğrencilerinin büyük kısmı kız iken çoğunun ailesiyle birlikte yaşamakta olduğu ve bir hastalıkları olmadığı raporlanmıştır (84). Brezilya merkezli bir çalışmada ise, tıp fakültesi öğrencilerinin çoğu kız iken öğrencilerin %28,57’si birinci sınıfta ve %3,57’si altıncı sınıfta olduğu belirtilmiştir (85). İncelediğimiz çalışmaların çoğunda, anne/babaya ait eğitim verilerine ve ailenin gelir düzeyine ait bilgilere rastlanmadı. Görüldüğü üzere, farklı demografik yapılara sahip gruplarla yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Ancak dikkat çeken nokta, çoğunluğunu erkeklerin oluşturduğu çalışmalar ile kızların oluşturduğu çalışmalar ve büyük şehirler ile küçük şehirlerde yapılan çalışmalar, bulgular açısından kısmen paralellik göstermektedir. Örneğin, kız öğrencilerin çoğunlukta olduğu çalışmalarda aile ile beraber kalma oranları da daha yüksek oranda saptanmıştır. Bunun nedeninin kızların daha çok ailelerine yakın üniversiteleri tercih etmelerinden kaynaklandığını düşünüyoruz. Ayrıca, daha küçük şehirlerde okuyan öğrencilerde aile ile beraber kalma oranının daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Bunun sebebi ise, yine öğrencilerin ailesine yakın yerleri tercih etmesi veya küçük şehirlerde yaşam giderleri daha düşük olduğu için ailelerin çocukları ile beraber taşındıklarını düşünüyoruz. Bilinmektedir ki, Türkiye ve doğu toplumlarında aile kavramı daha gelişmiştir ve aile ile beraber yaşama meyili vardır (86). Bu durumun ise, aile fertlerinin beslenme alışkanlıkları üzerinde etkileri bulunmaktadır (87). Ailedeki bireylerin eğitim düzeyleri de evdeki çocukların/öğrencilerin beslenme alışkanlıklarını etkilemektedir (88).

Çalışmamızda, tıp eğitimini tamamlamak üzere olan 6. sınıf öğrencileri ile henüz sağlık eğitiminin başında olan ve yeterli tıp bilgisi olmayan 1. sınıf öğrencileri arasında beslenme tutum ve davranışları açısından önemli farklılıklar saptadık. Kronik hastalık, ilaç kullanma, alkol tüketimi, yüksek VKİ, dışarıda yemek yeme, daha az spor/egzersiz yapma gibi olumsuz yaşam ve beslenme alışkanlıkları ile ilişkili durumlar ve daha yüksek ara öğün

sayısı, şekersiz çay ve kahve tüketimi gibi olumlu durumlar 6. sınıf öğrencilerinde daha fazlaydı. Zira kronik hastalıkları irdelendiğinde çoğunlukla anksiyete, depresyon ve panik atakları olduğu buna bağlı ilaç kullanımının arttığı ve yine buna paralel olarak alkol tüketiminin arttığı görülmektedir. Diğer bir neden olarak anne eğitim düzeyi bu durumu etkileyen bir faktör olabilir. Tıp fakültesinin yorucu bir süreç olduğu ve bu durumun tıp fakültesi öğrencileri ile sağlık çalışanlarında olumsuz beslenme davranışlarını tetiklediği daha önce raporlanmıştır (89-92). Nitekim çalışmamızda ara öğün atlayan öğrenciler bunun gerekçesi olarak iştahsız olmaları/canlarının istememesini ifade etmişlerdi. Tıp fakültesi öğrencilerinde depresyon, anksiyete ve strese bağlı iştahsızlık gibi durumlar topluma göre daha sık görülmektedir (93). Bu da, öğrencilerin neden iştahsız olduklarını ve öğün atladıklarını açıklayabilir.

Çalışmamızda, tıp öğrencilerinin kahvaltı alışkanlıkları ve kahvaltıda tükettikleri besinler açısından bakıldığında, 6. sınıf öğrencilerine kıyasla, 1. sınıf öğrencilerinde düzenli kahvaltı yapma alışkanlığı daha fazlaydı (%61,05) ve kahvaltıda peynir, zeytin, yumurta vb. besin tüketenlerin oranı da (%73,51) daha yüksekti. Toplamda öğrencilerin %55,16'sında düzenli kahvaltı alışkanlığı vardı. Gana'da tıp fakültesi öğrencilerinin kahvaltı alışkanlıklarının incelendiği bir çalışmada katılımcılar prelinik ve klinik öğrenciler olarak ayrılmış ve toplamda öğrencilerin %71,92'si kahvaltılarını atlarken bu oran, prelinikte %76,62 ve klinik öğrencilerde %67,48 olarak bulunmuştur. Kahvaltı atlama genel olarak eğitimin prelinik olduğu dönemlerde artmıştır. Bunun nedenini öğrenciler prelinik dönemde derslerin yoğun olmasına ve erken saatlerde başlamasına bağlamışlar. Genel olarak eğitim yoğunlaştıkça kahvaltı oranlarının azaldığı ifade edilmiştir. Öğrenciler kahvaltı atlamayı genel olarak tıp eğitiminin çok yorucu olmasına ve dikkatlerinin dağılmasına bağlamıştır (94). Hindistan'da yapılan bir başka çalışmada ise, tıp fakültesi öğrencilerinden erkeklerin %51,3 ve kızların %42,9'unun düzenli kahvaltı alışkanlıkları olduğu ve kahvaltıda uygun besinler tükettiği tespit edilmiştir. Sınıflara göre bir analiz yapılmamış ancak, genel olarak kahvaltı alışkanlıklarının bu şekilde olmasının tıp fakültesinde öğrencilerin klinik eğitim alırken sağlıklı yaşam ve beslenme hakkında yeterli olarak eğitilmediklerine ve bu konuda bilgi sahibi olmadıklarına vurgu yapılmıştır (95). Sudan merkezli bir çalışmada, 1. ve 5. sınıfta olan tıp fakültesi öğrencileri değerlendirmeye alınmış ve öğrencilerin büyük kısmının (%76 ve %71, sırasıyla) düzenli kahvaltı alışkanlıkları olduğu ve kahvaltıda uygun besinler tükettiği tespit edilmiştir. Bu çalışmada da bizdeki gibi

birinci sınıf öğrencilerinde düzenli kahvaltı oranları daha yüksek bulunmuştur. Kahvaltı atlamamanın eğitim seviyesinden daha çok sosyo-demografik özelliklerden (aile durumu ve gelir düzeyi) etkilendiği ifade edilmiştir (92). Suudi Arabistan merkezli bir çalışmada da tıp fakültesi öğrencilerinin çok büyük bir kısmının kahvaltı yapmadıkları ve atıştırmalıklar ile geçıştirdikleri tespit edilmiştir. Öğrencilerin olumsuz kahvaltı alışkanlıklarının eğitim seviyesinden daha çok, aileden ayrı ve yalnız yaşamakla ve tıp fakültesinin stresli ve yorucu ortamıyla ilişkili olduğu vurgulanmıştır. Çünkü öğrencilerin sağlıklı beslenme hakkında yeterli bilgi düzeylerine sahip olmalarına rağmen sağlıklı beslenmedikleri görülmüştür (91). Literatürdeki bilgiler ve çalışmamızdaki bulgular göz önüne alındığında, tıp fakültesi öğrencilerinde eğitim düzeyi ile beslenme alışkanlıkları arasında doğrudan bir ilişki olmadığını ve durumun daha çok tıp fakültesinin bir stres kaynağı olması ve öğrencilerin sosyodemografik yapıları ile ilişkili olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda, genel olarak ana öğün sayıları yeterli düzeyde olmayıp sınıflar arasında ana öğün sayıları açısından anlamlı fark yoktu. Ancak, 1.sınıflarda tek ara öğün yapanların oranı (%76) 6.sınıflara göre (%64,63) anlamlı olarak daha yüksekti. Altıncı sınıflarda iki ve daha fazla ara öğün yapanların oranı (%35,37), 1. sınıflara (%24) nazaran daha yüksekti ve sonuç istatistiksel olarak anlamlıydı. Genel olarak öğrencilerin büyük kısmında ara öğün sayısı yeterli değildi. Ara öğünde tüketilen besinler (poğaça/kek, kızartılmış ürünler, kuruyemiş, ayran, süt, meyve, sebze vs.) açısından gruplar arasında fark yoktu. Çay, kahve gibi gıdaların şekersiz olarak tüketim oranı, 6. sınıflarda belirgin şekilde daha yüksekti. Ayrıca, dışarıda yemek yendiğinde 6. sınıflar daha sıklıkla balık tercih etmekteydi. Sağlıklı beslenme için ara öğünün önemi konusunda fikir birliği olmasa da, kimi uzmanlar tarafından günde 3 ana ve 2-3 ara öğün önerilmektedir (96). Çalışma popülasyonumuzda bulunan öğrencilerin çoğu yeterli ve düzenli ara öğün almıyordu. Altıncı sınıflar bu konuda 1. sınıflara göre daha iyi durumda olup sonuçlar istatistiksel olarak anlamlıydı. Vibhute ve ark. (84) yaptığı çalışmada, tıp öğrencilerinin çoğunun ana öğün atlayarak ara öğünler ile geçıştirdiği ve ara öğünde de daha çok kızartılmış ürünler tüketildiği, sebze/meyve gibi faydalı gıdaları tüketenlerin oranının çok düşük olduğu (%7) tespit edilmiştir. Ayrıca sınıflar arasında fark bulunmamıştır. Mohanti ve ark. (95) yaptığı çalışmada da, tıp öğrencilerinin çoğunun ana öğün yerine ara öğünleri tercih etmekte olduğu ve genellikle fastfood restoranlarında yedikleri bulunmuştur. Ancak, öğrencilerin önemli bir kısmının sebze/meyve tüketimi olduğu da ifade edilmiştir. Aynı çalışmada, Öğrencilerin

beslenme durumundaki bu boşluğun sağlıklı beslenme konusunda bilgi eksikliğinden kaynaklandığı saptanmıştır. Brezilya merkezli bir çalışmada da, tıp öğrencilerinin beslenme konusunda bilgi düzeyleri incelenmiş ve yeterli bilgiye sahip olmadıkları görülmüştür (85). Suudi öğrencilerde de, sağlıksız ara öğünler çok sık karşılaşılan bir alışkanlık olarak öne çıkmış ve bunun en önemli etkeni olarak psikolojik durumlar diğer tabirle tıp fakültesi eğitiminin neden olduğu stres durumu ve sosyo-ekonomik faktörler suçlanmıştır (91). Yılmaz ve arkadaşları (97) tarafından ülkemizde yapılan çalışmada, prelinik ve klinik öğrenciler incelenmiş ve hepsinde de sağlıksız beslenme alışkanlıkları, yetersiz kalorili gıdaların tüketimi, ana öğün atlama ve ara öğünle geçiştirme gibi durumların sık olduğu bulunmuştur. Ancak yine de, klinik öğrencilerin prelinik olanlara kıyasla beslenmesine daha çok dikkat ettiği saptanmıştır. Öğrencilerin çoğunun süt ve meyve suyu yerine şekerli çay ve kahve tercih ettiği, ara öğünlerde hamburger tarzı fastfood yedikleri görülmüştür. Eğitimin, öğrencilerin bilgi ve farkındalık düzeyini etkilediğini ancak yaşam tarzı değişikliği sağlamadığı görülmüştür. Psikolojik durumları da incelenen öğrencilerin çoğunun belirgin depresif duygu durumuna sahip oldukları tespit edilmiş ve öğrencilerdeki sağlıksız beslenme alışkanlıklarının bununla ilgili olduğu ifade edilmiştir. Görüldüğü üzere, çalışmamız ile literatür bulguları uyumludur.

Beslenme alışkanlıklarına ek olarak katılımcılarımızda, egzersiz yapma ve kilo durumları da öğrenciler arasında farklılık göstermekte idi. Altıncı sınıflarda spor yapma oranları anlamlı olarak düşük ve VKİ oranı da anlamlı daha yüksekti. Toplamda öğrenciler yaklaşık haftada üç gün spor yapmakta iken ortalama VKİ 22,10 idi. Ancak öğrencilerin toplam egzersiz süresi (dk) yeterli seviyelerde değildi. Öğrencilerin uygulaması, literatürdeki haftada 3 gün spor yapma tavsiyesi ile uyumlu idi (98). Ayrıca, hem tüm popülasyonun hem 1. sınıf ve hem de 6. sınıf öğrencilerinin VKİ ortalamaları (sırasıyla; 22,10; 21,79; 22,75) Dünya Sağlık Örgütü VKİ sınıflamasına göre normal seviyelerdeydi (99). Malezya merkezli bir çalışmada, tıp fakültesi öğrencilerinin çoğunluğunun normal VKİ'ye sahip olduğu ve düzenli spor yaptığı bulunmuştur. Sınıflar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Egzersiz yapmayan ve VKİ'si yüksek olan öğrencilerin en sık dile getirdikleri sebep zaman bulamamak ve okulda çok yoruldukları için isteksiz olmak olarak ifade edilmiştir (100). Aynı sonuca ulaşan başka çalışmalar da vardır (101-103). Son sınıf öğrencilerinin fiziksel aktivite konusunda bilgi seviyelerinin ölçüldüğü bir kohort çalışmasında, bu öğrencilerin fiziksel aktivite kılavuzlarından ve doğru bilgilerden yoksun oldukları saptanmıştır (102). Ek olarak,

öğrenciler yaşam tarzı hakkında fakültelerde daha fazla eğitim verilmesini talep etmişlerdir. Tıp fakültelerinde spor ve egzersiz tıbbi derslerinin eklenmesinin öğrencilerin ve doktorların yaşam tarzını değiştirmesinde etkili olduğu ifade edilmiştir (103). Polonya’da bir çalışmada, fizik tedavi öğrencileri ile tıp öğrencileri karşılaştırılmış ve fizik tedavi öğrencilerinin belirgin şekilde daha fazla ve sağlıklı fiziksel aktivitede bulundukları saptanmıştır. Tıp öğrencilerinin bilgi seviyesinin ve farkındalığının daha düşük olduğu ve bu durumdan da eğitim eksikliğinin sorumlu olduğu ifade edilmiştir (104). Bizim bulgularımıza benzer bir şekilde Avusturalya genelinde tıp fakültesi öğrencilerinde egzersiz düzeyleri ve buna etki eden faktörler araştırılmış ve genel olarak tüm öğrenciler az egzersiz yaparken klinik sınıftaki öğrencilerin preklinik sınıfa göre daha az egzersiz yaptıkları bulunmuştur. Öğrencilerin %85’i egzersiz hakkında kendilerine danışmanlık yapacak bir merci veya eğitim olmasının çok önemli olduğunu ve gelecekte hastalarına da bu bilgilerle faydalı olabileceklerini, çünkü şu anda yeterli eğitim almadıklarını ifade etmiştir. Bunu destekleyen şekilde, güncel kılavuzlar ışığında hazırlanan ölçme testinde öğrencilerin <%0,5’i tüm sorulara doğru cevap verebilmiştir (105). Bu konuda, sonuçları itibariyle dikkat çekici bir çalışma İngiltere’de yapılmıştır (106). Bahsedilen çalışmada, Tıp fakültesi öğrencileri ve doktorların çoğunun yeterli spor yapmadıkları bulunmuştur. Ancak ilginç olan nokta şudur ki; spor yapmayan ve sağlıklı beslenmeyen doktorların hastalarını bu konuda daha az bilgilendirdiği ve kendi pratiklerinde bulunmayan şeyleri hastalarına uygulamaya adapte olamadıkları görülmüştür. Bu sonuçlar, Kanada merkezli bir başka çalışma ile de desteklenmiştir (107). Literatürdeki çalışmaların çoğunun ve çalışmamızın sonuçları uyumludur. Tıp fakültesi öğrencileri, genellikle fiziksel olarak daha az aktifken daha yüksek sınıflarda bu durum daha belirgindir. Bunun sebeplerine odaklanan çalışmalar sıklıkla tıp fakültesinin yorucu ve stresli ortamı ve eğitim yetersizliği üzerinde durmaktadır. Bizim çalışmamız da bunu desteklemektedir.

Öğrencilerin alkol kullanım durumları ve kronik hastalıkları sorgulanmış olup 6. sınıflarda ikisi de anlamlı olarak artmıştı. Bu durum yaş farkı, yoğun olarak hastanedeki iş yükü, uzmanlık sınava hazırlanabilmek için ders çalışma yükü, öğrenciliğin bitip aktif mesleğe başlamanın yaratmış olduğu stres ve tabi ki bu 6 yıllık ağır eğitim şartlarının bırakmış olduğu yıpranmayla açıklanabilir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Çok merkezli çalışmalar ile sonuçların desteklenmesi gerekmektedir. Ayrıca çalışmamız kısa süreli olduğu için aynı öğrencilerin 1. Sınıf ve 6. Sınıf durumları doğrudan karşılaştırılamamıştır. Bu durum da eğitimin beslenme üzerindeki etkisini net yansıtmayabilir. Beslenme davranışlarına yönelik verilerimizin öğrenci beyanına dayalı olması ve bu verilerin kantitatif olarak ölçülememesi çalışmamızın kısıtlılığı sayılabilir. Bu kısıtlılıklara rağmen çalışmamızda öğrencilerin beslenme alışkanlıklarına etkisi olan bir çok faktör detaylı olarak sorgulanmış olup çalışmamızın literatüre katkı sağladığını düşünmekteyiz.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

3. 281 katılımcı ile yapılan anket çalışmamızda katılımcıların çoğunluğu erkek ve 1.sınıf öğrencisiydi.
4. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması $20,44 \pm 2,60$ yıldır.
5. 6.sınıfların VKİ ortalaması 1.sınıflara göre anlamlı olarak daha yüksekti.
6. Öğrencilerin alkol kullanma oranı 1.sınıflarda anlamlı olarak daha düşük idi. Alkol kullanma yılı 6.sınıflarda, 1.sınıflara göre daha fazlaydı.
7. Büyük bir çoğunluğunun tanı konulmuş hastalığı ve sürekli ilaç kullanımı yoktu. Tanı konulmuş hastalığı olanların oranı 6.sınıflarda anlamlı olarak yüksekti.
8. Hafta içi öğün saatleri düzenli olanların oranı 1.sınıflarda, 6.sınıflara göre daha yüksekti.
9. Canı istemeyip iştahı olmadığı için ana öğün atlayanların oranı 1.sınıflarda, 6.sınıflara göre daha yüksekti.
10. Düzenli kahvaltı alışkanlığı olanların oranı 1.sınıflarda, 6.sınıflara göre daha yüksekti. Kahvaltıda peynir, zeytin, yumurta vb. besin tüketenlerin oranı 1.sınıflarda, 6.sınıflara göre daha yüksekti.
11. 1.sınıflarda tek ara öğün yapanların oranı 6.sınıflara göre daha yüksekti. 6.sınıflarda ara öğün sayısı 1.sınıflara göre daha fazlaydı.
12. Sabah, öğle ve akşam haftada ev dışında yemek yenen gün sayısı 6.sınıflarda, 1.sınıflara göre daha fazla idi.
13. Spor veya egzersiz yapma oranı 1.sınıflarda, 6.sınıflara göre daha fazlaydı. 1.sınıflarda spor yapılan gün sayısı 6.sınıflara göre daha fazlaydı.
14. 6.sınıflarda günlük içilen çay miktarı 1.sınıflara göre daha fazlaydı. 6.sınıflarda günlük içilen kahve miktarı 1.sınıflara göre daha fazlaydı.

Bu sonuçlar değerlendirildiğinde beslenme ile ilgili daha kapsamlı ve daha uzun süreli çalışmalar yapılmalı bu sayede eğitimle beslenme davranışları arasındaki değişimler daha anlamlı ve net bir şekilde irdelenebilir. Tıp eğitimi artmasına rağmen 6. sınıf öğrencilerinde sağlıksız beslenme alışkanlıklarının ve sedanter yaşam tarzının daha ön planda olduğu görülmektedir

Tıp fakültelerinde birinci sınıftan itibaren sağlıklı beslenme ile ilgili dersler, sistemli ve sürekli bir şekilde verilmesi faydalı olabilir. Bu sayede öğrencilerin, sağlıklı beslenme alışkanlıklarını benimsemesi ve davranış haline getirmesi sağlanabilir.



7. ÖZET

Giriş ve Amaç: Yeterli ve dengeli bir beslenme ile sağlığın korunması, geliştirilmesi mümkündür. Ülkemizde yetersiz ve dengesiz beslenme büyük bir toplumsal sorundur. Özellikle gençlerin beslenme alışkanlıkları ile ilgili araştırmalarda, çok ciddi sorunların yaşandığı bilinmektedir. Bu çalışmada, tıp fakültesi öğrencilerinin beslenme bilgilerini, beslenme alışkanlıklarını ve beslenme konusundaki problemlerini ortaya koymak ve tıp fakültesi eğitiminin beslenme bilgi düzeyine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod: Tanımlayıcı tipteki araştırmamız Ağustos 2019 ile Aralık 2019 tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenci 1.sınıf ve 6.sınıf toplam 280 katılımcı ile yüz yüze anket yöntemiyle uygulanarak yürütülmüştür. Anketimiz sosyodemografik bilgileri sorgulayan 15 soru ve beslenme alışkanlıklarını sorgulayan 29 sorudan oluşmaktadır.

Bulgular: Çalışmaya katılanların %51,60'ı (n=145) erkek, %67,62'si (n=190) 1.sınıf öğrencisiydi. Öğrencilerin yaş ortalaması $20,44 \pm 2,60$ yıldır. 6.sınıfların VKİ ortalaması ($22,75 \pm 3,37$) 1.sınıflara göre ($21,79 \pm 3,25$) daha yüksekti (p:0,014). Düzenli kahvaltı alışkanlığı olanların oranı 1.sınıflarda (%61,05), 6.sınıflara göre (%42,86) daha yüksekti (p:0,012). Kahvaltıda peynir, zeytin, yumurta vb. besin tüketenlerin oranı, 1.sınıflarda (%73,51) 6.sınıflara göre (%36,47) daha yüksektir (p<0,001). Spor veya egzersiz yapma oranı, 1.sınıflarda (%45,56) 6.sınıflara göre (%32,97) daha fazlaydı (p:0,031). 1.sınıflarda spor yapılan gün sayısı ($3,14 \pm 1,56$) 6.sınıflara göre ($2,36 \pm 1,50$) daha fazlaydı (p:0,010).

Sonuç: Bu sonuçlar değerlendirildiğinde; tıp fakültesi öğrencilerinde eğitim seviyesi ile yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıkları doğrudan bir ilişki olduğu tespit edilemedi (?). Eğitim seviyesi artmasına rağmen 6. sınıf öğrencilerinde sağlıksız beslenme alışkanlıklarının ve sedanter yaşam tarzının daha ön planda olduğu görülmektedir. Bunun nedeninin ise, tıp fakültesinin yorucu ve stresli ortamı ve öğrencilerde bilgi eksikliğinden kaynaklanabileceği düşünülmekte ve bu konuda çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. 6.sınıflarda günlük içilen çay miktarı ($3,54 \pm 2,86$) 1.sınıflara göre ($2,34 \pm 1,71$) daha fazlaydı (p<0,001). 6.sınıflarda günlük içilen kahve miktarı ($2,42 \pm 1,58$) 1.sınıflara göre ($1,71 \pm 0,95$) daha fazlaydı (p:0,001).

Anahtar Kelimeler: beslenme, egzersiz, öğrenci, sedanter, tıp



8. ABSTRACT

Background and aim: It is possible to protect and improve health with an adequate and balanced diet. In our country, malnutrition is a major social problem. It is known that very serious problems are experienced especially in the researches about adults' eating habits. In this study, it was aimed to reveal the nutritional information, nutritional habits and nutritional problems of medical faculty students and to evaluate the effect of medical faculty education on nutritional knowledge level.

Materials and Method: Our descriptive research was carried out between August 2019 and December 2019 at Adnan Menderes University, Faculty of Medicine by applying face-to-face questionnaire with a total of 280 participants. Our questionnaire consists of 13 questions about socio-demographic information and 26 questions about eating habits.

Results: 51.60% (n=145) of the participants in the study were male and 67.62% (n=190) were first year medical students. The average age of students is 20.44 ± 2.60 years. The BMI mean of the 6th grades (22.75 ± 3.37) was higher than the 1st grades (21.79 ± 3.25) (p: 0.014). The proportion of those with regular breakfast habits was higher in the 1st grades (61.05%) than in the 6th grades (42.86%) (p: 0.012). At breakfast, cheese, olives, eggs, etc. the rate of food consumers is higher in the 1st grades (73.51%) than the 6th grades (36.47%) (p <0.001). The rate of doing sports or exercising was higher in the 1st grades (45.56%) than in the 6th grades (32.97%) (p: 0.031). The number of sports days in the 1st grades (3.14 ± 1.56) was higher than the 6th grades (2.36 ± 1.50) (p: 0.010).

Conclusion: There is no a direct relationship between education level, lifestyle and nutritional habits of medical students. Despite the increase in educational level, unhealthy eating habits and sedentary lifestyle are more prominent in the 6th grade students. This could be due to the tiring and stressful environment of the medical school and the lack of knowledge in students and studies are needed in this regard. The amount of tea consumed daily in the 6th grades (3.54 ± 2.86) was higher than the 1st grades (2.34 ± 1.71) (p <0.001). The amount of coffee consumed daily in the 6th grades (2.42 ± 1.58) was higher than the 1st grades ($1.71 \pm .95$) (p: 0.001).

Keywords: exercise, medicine, nutrition, sedentary, student

9. KAYNAKLAR

1. Vançelik S, Önal S, Güraksın A, Beyhun E. Üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi ve alışkanlıkları ile ilişkili faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007;6(4):242-8.
2. Baysal A. Beslenme, Hatiboğlu Yayınevi, 9. Baskı, Ankara. 2002.
3. Onurlubaş E, Gürler A. Tüketicilerin gıda güvenliği konusunda bilinç düzeylerinin ölçülmesi: Tokat ili örneği. Gıda Tarım Hayvancılık Bakanlığı, Tarımsal Ekonomi ve Politika Geliştirme Enstitüsü. 2015.
4. Ergün C. Sağlıklı beslenme kavramı ve tüketici algısı üzerine bir araştırma. Hacettepe üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara. 2003.
5. Heşeminia T, Çalışkan D, Işık A. Ankara’da yüksek öğretim öğrenci yurtlarında kalan öğrencilerin beslenme sorunları. İbni Sina Tıp Dergisi. 2002;7:155-66.
6. A. B. Beslenme. 4 Baskı, Hatipoglu Yayınları,. 2004: s.9.
7. Ersoy G. Egzersiz ve spor yapanlar için beslenme. Nobel Basımevi. 2004.
8. A. K. Sağlıklı Yaşam için Doğru Beslenme. Literatür Yayıncılık, Ankara, s1-4. 2003.
9. Erten M. Adıyaman ilinde eğitim gören üniversite öğrencilerinin beslenme bilgilerinin ve alışkanlıklarının araştırılması. TC Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara. 2006.
10. Tayar M, Korkmaz NH. Beslenme & sağlıklı yaşam: Nobel; 2007.
11. Köksal O AS. Toplum Beslenmesi. İçinde: Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ed: Güler Ç, Akın L 1 Baskı, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, s453-480. 2006.
12. The President’s Council on Sports FNP. <https://health.gov/dietaryguidelines/>. (Erişim Tarihi: 29122019).
13. Moore H, Adamson AJ, Gill T, Waine C. Nutrition and the health care agenda: a primary care perspective. Family Practice. 2000;17(2):197-202.
14. U. Ç. Gıda Teknolojisi Devlet Kitapları, Ilıcak Matbaası, stanbul, s10-14. 2000.
15. Bağcı T, Bertan M, Güler Ç. Gebe, emzikli ve bebek beslenmesi. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, İkinci baskı: Ankara, Güneş Kitabevi Ltd Şti. 1997:299-300.
16. Açıkgoz S. Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ile özyetkinlik ve iyimserlik ilişkisi: Ankara üniversitesi örneği. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü, Ankara. 2006.
17. Düreyt Z. Sporcuların Beslenme Alışkanlıkları. Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Bursa. 2000.
18. Sert Z KÖ, Senyüz G, Ünsal Ü. . Sağlık Bilgisi Ders Kitabı. . Milli Eğitim Basımevi, stanbul, s23. 2001).
19. Bakanlığı TCS. Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi: Yeterli ve Dengeli Beslenme Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Gıda Güvenliği Daire Başkanlığı, Ankara. 2004.
20. E. Ç. Sakarya Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği Bölümünde okuyan 1. ve 4. sınıf öğrencilerinin beslenme bilgi ve tutumlarının karşılaştırılması. . SÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya, (Danışman: Yard Doç Dr G Hergüner). 2006.
21. Bakanlığı TCS. Toplumun Beslenmede Bilinçlendirilmesi Saha Personeli İçin Toplum Beslenmesi Programı Eğitim Materyali. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, s4-5. 2002.
22. Rakel RE. Textbook of Family Medicine E-Book: Elsevier Health Sciences; 2007.

23. Eker E. Edirne ili kentsel alanında yaşayan erişkinlerde beslenme durum değerlendirilmesi. 2006.
24. Health UDo. Services H. Dietary Guidelines for Americans 2015-2020: Skyhorse Publishing Inc.;. 2017.
25. A. B. Diyet El Kitabı. Hatipoglu Yayınevi, Ankara, s12-15. 1999.
26. TNSA. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Raporu Ankara Erişim tarihi 30122019, <http://www.hipshacettepe.edu.tr/tnsa2018/> rapor/TNSA_2018_anaraporpdf. 2018.
27. TEMD. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu. s 12-45. 2019.
28. T.C. Sağlık Bakanlığı THSK. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 909; . 2013.
29. (WHO).. WHO. Global Database on Body Mass Index [Internet]. . [Erişim tarihi: 16012018] Erişim adresi: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html. 2018.
30. (CDC) CfDCaP. Overweight and Obesity [Internet]. [Erişim tarihi: 16012018] Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/obesity/adult/defining.html>. 2016
31. ONAT A, TÜRKMEN S, KARABULUT A, YAZICI M, CAN G, SANSOY V. Türk yetişkinlerinde hiperkolesterolemi ve hipertansiyon birlikteliği: Sıklığına ve kardiyovasküler riski öngördürmesine ilişkin TEKHARF çalışması verileri. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi. 2004;32(8):533-41.
32. Arıcı M, Çağlar Ş. Hipertansiyon ve oluşturduğu sorunlar. Hacettepe tıp dergisi. 2002;33(1):4-9.
33. Bray GA. Medical consequences of obesity. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2004;89(6):2583-9.
34. Baysal A. Yüz soruya yüz yanıtla sağlıklı beslenme. Sistem ofset Betik kitap yayın dağıtım, Ankara. 2010.
35. Organization WH. Global status report on noncommunicable diseases 2014: World Health Organization; 2014.
36. Rifai L, Silver MA. A review of the DASH diet as an optimal dietary plan for symptomatic heart failure. Progress in cardiovascular diseases. 2016;58(5):548-54.
37. Asghari G, Yuzbashian E, Mirmiran P, Hooshmand F, Najafi R, Azizi F. Dietary approaches to stop hypertension (DASH) dietary pattern is associated with reduced incidence of metabolic syndrome in children and adolescents. The Journal of pediatrics. 2016;174:178-84. e1.
38. Torres SJ, Nowson CA. A moderate-sodium DASH-type diet improves mood in postmenopausal women. Nutrition. 2012;28(9):896-900.
39. Mackenbach JD, Burgoine T, Lakerveld J, Forouhi NG, Griffin SJ, Wareham NJ, et al. Accessibility and affordability of supermarkets: associations with the DASH diet. American journal of preventive medicine. 2017;53(1):55-62.
40. Turfaner N. Tip 2 diyabet tedavisinde son gelişmeler. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2007;11(1):43-7.
41. Gül K. Diyabetes mellitus sınıflama, tanı ve tarama testlerine genel bakış. KSU Tıp Fak Der. 2015;10(2):12-6.
42. Önsüz MF. İstanbul İli Ümraniye İlçesindeki İlköğretim 1. Sınıf Öğrencilerinin Genel Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Yüksek Lisans Tezi, İstanbul; 2007.
43. TB B. Demir Yetersizliği Anemisi. İçinde: Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ed: Güler Ç, Akın L 1 Baskı, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, s780-787. 2006.
44. Arslan M, Atmaca A, Ayvaz G, Başkal N, Beyhan Z, Bolu E, et al. Metabolik sendrom klavuzu. Türkiye endokrinoloji ve metabolizma derneği. 2009.

45. La Vecchia C. Association between Mediterranean dietary patterns and cancer risk. *Nutrition reviews*. 2009;67(suppl_1):S126-S9.
46. Harris DM, Srihari P, Go VLW. Pancreatic cancer prevention and the 2010 Dietary Guidelines for Americans. LWW; 2011.
47. Liu RH. Potential synergy of phytochemicals in cancer prevention: mechanism of action. *The Journal of nutrition*. 2004;134(12):3479S-85S.
48. Liu RH. Dietary bioactive compounds and their health implications. *Journal of food science*. 2013;78(s1):A18-A25.
49. Abakay U, Alıncak F, Ay S. Üniversite öğrencilerinin beden algısı ve atılganlık düzeylerinin incelenmesi. *Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*. 2017;2017(9):12-8.
50. Moustafa S, Tawbe Z, Sleiman F, Daouk S, Al-Iskandarani M, Sleiman M, et al. Body image perception in association with healthy lifestyle behaviour's in Lebanese men and women. *International Journal of School and Cognitive Psychology*. 2017;4:201.
51. Er Y. Aerobik antrenmanların beden algısı üzerine etkisi: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.
52. Haworth-Hoepfner S. The critical shapes of body image: The role of culture and family in the production of eating disorders. *Journal of marriage and family*. 2000;62(1):212-27.
53. Lake AJ, Staiger PK, Glowinski H. Effect of Western culture on women's attitudes to eating and perceptions of body shape. *International Journal of Eating Disorders*. 2000;27(1):83-9.
54. Voelker DK, Reel JJ, Greenleaf C. Weight status and body image perceptions in adolescents: current perspectives. *Adolescent health, medicine and therapeutics*. 2015;6:149.
55. Ebru A. Adölesan Voleybolculara Uygulanan Yapılandırılmış Grup Müdahalesinin Yeme Tutumu, Depresyon Düzeyi, Beden Algısı ve Benlik Saygısı Üzerine Etkisi,. Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kütahya, (Danışman: Doç Dr Figen Taşer). (2005).
56. Mills JS, Musto S, Williams L, Tiggemann M. "Selfie" harm: Effects on mood and body image in young women. *Body image*. 2018;27:86-92.
57. Ansari WE, Clausen SV, Mabhala A, Stock C. How do i look? body image perceptions among university students from England and Denmark. *Int J Environ Res Public Health*. 2010;7(2):583-95.
58. Işkın M, Sarıışık M. Öğrencilerin besin tüketim alışkanlıkları üzerine bir araştırma. *Türk Turizm Araştırmaları Dergisi*. 2017;1(1):33-42.
59. Güleç M, Yabancı N, Göçgeldi E, Bakır B. Ankara'da iki kız öğrenci yurdunda kalan öğrencilerin beslenme alışkanlıkları. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2008;50(2):102-9.
60. Mikolajczyk RT, Iannotti RJ, Farhat T, Thomas V. Ethnic differences in perceptions of body satisfaction and body appearance among US schoolchildren: A cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2012;12(1):425.
61. Khongrangjem T, Dsouza SM, Prabhu P, Dhange VB, Pari V, Ahirwar SK, et al. A study to assess the knowledge and practice of fast food consumption among Pre-University students in Udipi Taluk, Karnataka, India. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 2018;6(4):172-5.
62. Fairburn C. G., & Harrison, PJ (2003). Eating disorders *The Lancet*.361(9355):407-16.
63. Beck D, Casper R, Andersen A. Truly late onset of eating disorders: a study of 11 cases averaging 60 years of age at presentation. *International Journal of Eating Disorders*. 1996;20(4):389-95.

64. Bostic JQ, Muriel AC, Hack S, Weinstein S, Herzog D. Anorexia nervosa in a 7-year-old girl. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*. 1997;18(5):331-3.
65. Dalle Grave R. Eating disorders: progress and challenges. *European Journal of Internal Medicine*. 2011;22(2):153-60.
66. Maner F. Yeme bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*. 2001;5(4):130-9.
67. Köroğlu E. DSM-5 Tanı ölçütleri başvuru el kitabı: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık; 2013.
68. Yücel B, Akdemir A, Gürdal Küey A, Maner F, Vardar E. Yeme Bozuklukları ve Obezite-Tanı ve Tedavi Kitabı. Ankara: TPD Yayınları. 2013.
69. Erol A, TOPRAK G, YAZICI F, Erol S. Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğu belirtilerini yordayıcı olarak kontrol odağı ve benlik saygısının karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, S. 2000;3:147-52.
70. Tozzi F, Thornton LM, Klump KL, Fichter MM, Halmi KA, Kaplan AS, et al. Symptom fluctuation in eating disorders: correlates of diagnostic crossover. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(4):732-40.
71. Yücel B AA, Küey AG, Maner F, Vardar E, . . . Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları ed 1'inci baskı ;281-286, Ankara. 2013.
72. Ercan A, Arslan S. Günümüzdeki Moda Diyetlerin Enerji ve Besin Öğeleri Açısından Değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*. 2013;41(1):50-7.
73. Kumruluoğlu. DPÇZ. Dukan Diyeti 11Basım İstanbul, Pegasus Yayınevi; . 2012.
74. Ayaz A. Yağlı tohumların beslenmemizdeki yeri. Sağlık Bakanlığı Yayın. 2008(727).
75. Karatay CE. Bilimsel gerçeklerle kilo vermenin ABC'si: Karatay diyeti: Hayy kitap; 2011.
76. Friedman AN, Ogden LG, Foster GD, Klein S, Stein R, Miller B, et al. Comparative effects of low-carbohydrate high-protein versus low-fat diets on the kidney. *Clinical journal of the American Society of Nephrology*. 2012;7(7):1103-11.
77. Brinkworth GD, Buckley JD, Noakes M, Clifton PM, Wilson CJ. Long-term effects of a very low-carbohydrate diet and a low-fat diet on mood and cognitive function. *Archives of internal medicine*. 2009;169(20):1873-80.
78. www.turkiyedoktorlari.com/hastalik-rehberi/genel-saglik/beslenme-bozukluklari/752-beslenmede-dogru-bilinen-yanislara-dair-bir-makale.pdf Erişim tarihi: 04012020.
79. <https://neu.edu.tr/beslenmeyle-ilgili-dogru-bilinen-yanislar/>. Erişim tarihi: 06012020.
80. AKTAŞ D. Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları ile Akademik Başarıları Arasındaki İlişki. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*. 2019;4(2):89-97.
81. Orak S, Akgün S, Orhan H. Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının araştırılması. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2006;13(2):5-11.
82. ERMİŞ E, DOĞAN E, ERİLLİ N, SATICI A. Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının incelenmesi: Ondokuz Mayıs Üniversitesi örneği. *Spor ve Performans Araştırmaları Dergisi*. 2015;6(1):30-40.
83. Ayhan DE, GÜNAYDIN E, GÖNLÜAÇIK E, ARSLAN U, ÇETİNKAYA F, ASIMI H, et al. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ve bunları etkileyen faktörler. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2012;38(2):97-104.
84. Vibhute NA, Baad R, Belgaumi U, Kadashetti V, Bommanavar S, Kamate W. Dietary habits amongst medical students: An institution-based study. *Journal of family medicine and primary care*. 2018;7(6):1464.
85. Rossi TC, Bruno VHT, Catarucci FM, Beteto IdS, Habimorad PHL, Patrício KP. Guidance on Healthy Eating Habits from the Medical Student's Perspective. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2019;43(1):126-35.

86. ERKAL ME. Türk Aile Yapısı ve Bazı Meseleler. Sosyoloji Konferansları. 1993(24):15.
87. Otçeken-Kurtaraner M. Obezitesi olan ve olmayan 14-17 yaş aralığındaki ergenlerin ruhsal süreçlerinin, beden algıları, aile özellikleri ve beslenme alışkanlıkları yönünden incelenmesi: İstanbul Bilim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.; 2012.
88. Yagmurlu B, Çitlak B, Dost A, Leyendecker B. Türk Annelerin Çocuk Sosyalleştirme Hedeflerinde Eğitime Bağlı Olarak Gözlemlenen Farklılıklar/Child Socialization Goals of Turkish Mothers: An Investigation of Education Related Within-Culture Variation. Türk Psikoloji Dergisi. 2009;24(63):1.
89. Garipağaoğlu M, Eliuz Tipici B, EsİN K, ÇAĞAtay P, Nalbant H, SolakoĞLu Z. Tıp Fakültesi 1. Sınıf Öğrencilerinin Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi. İstanbul Tıp Derg - Istanbul Med J. 2012.
90. Açıkgöz A, Akgün MF, Korkut B, Çeçen E, Kocaoğlu NM, Dayı A. Tıp fakültesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler: gözlemsel araştırma. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2018;32(2):99-110.
91. Alzahrani SH, Saeedi AA, Baamer MK, Shalabi AF, Alzahrani AM. Eating Habits Among Medical Students at King Abdulaziz University, Jeddah, Saudi Arabia. International Journal of General Medicine. 2020;13:77.
92. Al-Haj MEA, Awooda HA, Elnimeiri MKM. Eating habits among medical students in a Sudanese medical faculty. International Research Journal of Medicine and Medical Sciences. 2015;3(3):64-9.
93. Moir F, Yelder J, Sanson J, Chen Y. Depression in medical students: current insights. Adv Med Educ Pract. 2018;9:323-33.
94. Ackuaku-Dogbe EM, Abaidoo B. Breakfast eating habits among medical students. Ghana Med J. 2014;48(2):66-70.
95. Mohanty B, Pradhan S, Nayak L, Baisakh P, Nayak G, Chinara PK. Food habits of medical students: A study among the students of a health university in Eastern India. Journal of the Anatomical Society of India. 2017;66:S66.
96. Potter M, Vlassopoulos A, Lehmann U. Snacking Recommendations Worldwide: A Scoping Review. Adv Nutr. 2018;9(2):86-98.
97. Yılmaz Y, Vural E, Toprak DE, Gürdeniz E, Dede E, Oba MÇ, et al. The relationship between medical education and eating habits along with mental condition in medical students. Erciyes Medical Journal/Erciyes Tıp Dergisi. 2014;36(2).
98. Tudor-Locke C, Burkett L, Reis JP, Ainsworth BE, Macera CA, Wilson DK. How many days of pedometer monitoring predict weekly physical activity in adults? Preventive Medicine. 2005;40(3):293-8.
99. Organization WH. Global Database on Body Mass Index. World Heart Organization; 2006. BMI classification.
100. Al-Asousi M, El-Sabban F. Physical activity among preclinical medical students at the University of Malaya. International Journal of Nutritional Health and Food Science. 2016;4:1-8.
101. Rao CR, Darshan B, Das N, Rajan V, Bhogun M, Gupta A. Practice of Physical Activity among Future Doctors: A Cross Sectional Analysis. Int J Prev Med. 2012;3(5):365-9.
102. Radenkovic D, Aswani R, Ahmad I, Kreindler J, Robinson R. Lifestyle medicine and physical activity knowledge of final year UK medical students. BMJ open sport & exercise medicine. 2019;5(1):e000518.
103. Pandya T, Marino K. Embedding sports and exercise medicine into the medical curriculum; a call for inclusion. BMC Medical Education. 2018;18(1):306.

104. Dabrowska-Galas M, Plinta R, Dabrowska J, Skrzypulec-Plinta V. Physical activity in students of the Medical University of Silesia in Poland. *Physical therapy*. 2013;93(3):384-92.
105. Lipman D, Bell C, McCoombe S. Unhealthy imbalance; decreased exercise and poor knowledge of exercise as medicine in Australian Medical Students the MEDx study. *Journal of Science and Medicine in Sport*. 2015;19:e51-e2.
106. Lobelo F, Duperly J, Frank E. Physical activity habits of doctors and medical students influence their counselling practices. *British journal of sports medicine*. 2009;43(2):89-92.
107. Holtz KA, Kokotilo KJ, Fitzgerald BE, Frank E. Exercise behaviour and attitudes among fourth-year medical students at the University of British Columbia. *Can Fam Physician*. 2013;59(1):e26-e32.



Ek1. Veri Toplama Formu

AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ 1. SINIF VE 6. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN BESLENME ALIŞKANLIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu araştırmaya katılım, gönüllülük esasına dayanmaktadır. Sorulara verdiğiniz yanıtlar tamamen gizli tutulacak, kişi ya da kurumlarla paylaşılmayacaktır. Bu çalışmaya isteyerek katılmanız, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesi için önemli bir etkiye sahiptir. Anketi çok kısa bir sürede cevaplamanız mümkün olup cevaplama süreniz en fazla 20-30 dakika sürmektedir. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları uygulamayı yürüten İbrahim Halil ÇETİN'e drabraham80@hotmail.com e-posta adresinden ya da (0531) 7929407 telefon numarasından uygulama sırasında veya sonrasında e-posta yoluyla veya telefonla sorabilirsiniz.

KİŞİSEL BİLGİLER

1. Adı –soyadı:
2. Yaş
3. Cinsiyet: 1) Kadın 2) Erkek
4. Medeni durumunuz: 1) Bekar 2) Evli
5. Boy.....cm
6. kilo kg
7. Eğitim durumu :Tıp Fakültesi: 1) 1.sınıf 2) 6. Sınıf (intörn dr)
8. Anne öğrenim durumu: 1) ilkokul 2) ortaokul 3) lise 4) üniversite
9. Baba öğrenim durumu: 1) ilkokul 2) ortaokul 3) lise 4) üniversite
10. Alkol alıyor musunuz? a) Hayır b) Evet haftada.....birim yıl
(35cc bira=1 kadeh şarap=yarım duble(tek) viski,votka,cin,rakı=1 birim)
11. Tanı konulmuş bir hastalığınız var mı ?Varsa ismi/isimleri nelerdir?
a) Hayır b) Evet
12. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? Varsa ismi/isimleri nelerdir?
a) Hayır b) Evet
13. Ailede kronik hastalık var mı ? Varsa ismi/isimleri nelerdir?

a) Hayır b) Evet

14. Ailenizin aylık gelir durumu nasıl?

a) 500-1000 tl b) 1001-2000 tl c) 2001-3000 tl d) 3001 tl ve üzeri

15. Nerde/kimlerle yaşıyorsunuz ?

a) Ailemle yaşıyorum b) Yurtta kalıyorum c) Evde arkadaşlarla yaşıyorum
d) Yalnız yaşıyorum e) Diğer

BESLENME ALIŞKANLIKLARI

16. Sizce yeterli ve dengeli besleniyor musunuz?

a) Evet b) Kısmen c) Hayır

17. Beslenme alışkanlığınızı genel olarak nasıl ifade edersiniz?

a) Sadece sağlıklı olduğunu bildiğim gıdaları tercih ederim

b) Yiyecek ayırt etmem

c) Param neye yetiyorsa, çok sorgulamam

d) Tadını sevdiğim yemekleri seçerim

e) Diğer

18. Günde kaç ana/ara öğün yemek yersiniz?

Ana öğün defa Ara öğün.....defa

19. Öğün saatleriniz düzenli midir?

Hafta içi: a) Hayır b) Evet

Haftasonu: a) Hayır b) Evet

20. Ana öğün atlar mısınız? (Cevabınız hayır ise 23. soruya geçiniz)

a) Hayır b) Bazen c) Evet

21. Cevabınız evet veya bazen ise genelde hangi ana öğünü atlarsınız?

a) Sabah b) Öğle c) Akşam

22. Ana öğün atlıyorsanız atlama nedenlerinizden size göre önemli olanları işaretleyiniz.

(Birden fazla seçenek seçebilirsiniz)

1. Zamanım yok.....
2. Geç kalıyorum.....
3. Alışkanlığım yok.....
4. Canım istemiyor/iştahsızım.....
5. Kurs, spor vb. faaliyetlerim nedeniyle.....
6. Hazırlanmadığı için.....
7. Diğer (belirtiniz)

23. Kahvaltı alışkanlığınız nasıldır? (Cevabınız hiç yapmam ise 9. soruya geçiniz)

- a) Düzenli b) Düzensiz c) Hiç yapmam**

24. Sabah kahvaltısını genellikle nerede yapıyorsunuz? (Tek seçenek işaretleyiniz)

- a) Evde b) Kantinde/ kafede c) Sınıfta/hastanede d) Diğer.....**

25. Sabah kahvaltısında genellikle ne tür besinleri tercih ediyorsunuz? (Tek seçenek işaretleyiniz)

1. Peynir, zeytin, yumurta vb. besinler
2. Poğaç, tost, simit vb. besinler
3. Sadece içecek
4. Süt ile birlikte tahıl gevreği
5. Diğer(belirtiniz)

26. Evde kendiniz yemek yapıyor musunuz ? (Cevabınız hayır ise 28. soruya geçiniz)

- a) Evet b) Hayır**

27. Evde yemek yapıyorsanız; ne sıklıkta ve hangi öğünleri kendiniz hazırlıyorsunuz ?

Hafta içi:.....gün..... .. (1-kahvaltı,2-öğle yemeği,3-akşam yemeği)

Haftasonu:.....gün (1-kahvaltı,2-öğle yemeği,3-akşam yemeği)

28. Ev dışında yemek yer misiniz? (Cevabınız hayır ise 32. soruya geçiniz)

a) Evet b) Hayır

29. Hangi öğün/öğünleri haftanın kaç günü ev dışında yaparsınız?

Sabah : gün/hafta

Öğle : gün/hafta

Akşam : gün/hafta

30. Ev dışında en çok nerede yemek yersiniz? (Tek seçenek işaretleyiniz)

1. Kurum yemekhanesi
2. Restoran /lokanta
3. Fast-food restoran
4. Okul kantini
5. Diğer

31. Ev dışında en çok hangi yemekleri yemeyi tercih edersiniz? (Birden fazla seçenek seçebilirsiniz)

- | | |
|-------------------------------|-------------------|
| 1. Hamburger,pizza,kumpir vb. | 5. Balık eti |
| 2. Pide/lahmacun | 6. Tavuk eti |
| 3. Kebap/ızgara /döner | 7. Salata türleri |
| 4. Sulu ev yemekleri | 8. Diğer |

32. Ara öğün yaptığınız zaman daha çok hangi ara öğünleri ve hangi besin gruplarını ara öğün için tercih edersiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

a)* Kuşluk b) İkinci c) Gece d) Ara öğün yapmıyorum

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------|
| 1. Tost-poğaç-börek-sandviç | 9. Kuru meyveler |
| 2. Simit | 10. Taze meyve/sebze |
| 3. Bisküvi-kek-kraker | 11. Çay-kahve |
| 4. Kepekli ürünler (bisküvi,kraker) | 12. Gazlı/kolalı içecekler |
| 5. Çikolata-gofret | 13. Hazır meyve suyu |
| 6. Süt | 14. Taze meyve suyu |
| 7. Ayran | 15. Soda(sade/meyveli) |
| 8. Kuruyemişler | 16. Diğer |

***Kuşluk öğünü:** Sabah kahvaltısı ile öğle yemeği arasındaki öğün

33. Sağlıklı beslenmenin insan sağlığına faydalı olduğunu düşünüyor musunuz?

- a) Hayır, çünkü.....
- b) Kısmen, çünkü.....
- c) Evet, çünkü.....

34. Meyve/sebze alırken mevsiminde ve ilaçsız tarım ürünü olmasına dikkat eder misiniz?

- a) Hayır b) Kısmen c) Evet

35. Herhangi bir gıda takviyesi (vitamin,mineral vb.) alıyor musunuz? Cevabınız evet ise ne alıyorsunuz?

- a)Hayır b) Evet.....

36. Aldığınız ambalajlı gıdaların etiket içeriğine dikkat eder misiniz?

- a) Evet b) Bazen c) Hayır

37. Ambalajlı hazır gıdaların sağlığa zararlı olduğunu düşünüyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

38. Yediğimiz, içtiğimiz gıdaların içeriğinin gelecekte oluşabilecek kronik hastalıklarla (diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık, obezite, kanser vb.) ilişkili olduğunu düşünüyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır c) Bilmiyorum

39. Spor veya egzersiz yapıyor musunuz? Cevabınız evet ise, ne sıklıkta yapıyorsunuz?

- a) Hayır b) Evet, haftada gün , günde dakika

40. Herhangi bir diyet uyguluyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

41. Popüler/ medyatik diyet uygulamalarından ismini bildiğiniz var mı?

- a) Hayır b) Evet

42. Yemeklerinize ekstra tuz atar mısınız?

- a) Evet b) Hayır

43. Bir günde ortalama ne kadar su içiyorsunuz?

- a) 1 lt den az b) 1 lt c) 1-2 lt arası d) 2 lt den fazla

44. Bir günde ortalama hangi içecekten ne kadar tüketiyorsunuz?

Çay.....bardak.....şeker/ bardak

Kahve bardak/ fincan.....şeker/ bardak

Meyve suyu.....bardak/ adet

Asitli içecekler.....bardak/ adet

Ayran/ süt.....bardak

ANKETİMİZ BİTMİŞTİR TEŞEKKÜRLER

Ek 2. Etik Kurul Onayı

ADÜ Evrak

Tarih ve Sayısı: 23/08/2019-E.51017





T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Prof.Dr. Serpil DEMİRAG
Öğretim Üyesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 22.08.2019 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 9 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

e-imza
Prof.Dr. Hatice ERTABAKLAR
Kurul Başkanı

KARAR 9

Protokol No : 2019/127
Sorumlu Yürütücü : Prof.Dr. Serpil DEMİRAG
Aile Hekimliği AD

Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr. Serpil DEMİRAG'ın "Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi 1.sınıf ve 6. Sınıf öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi" konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya, Form 2'nin 14.1'inci bölümünde tasdihi edilen çalışma bitirdikten sonra nihai raporunu [Sonuç Raporu (web'ic), ORF (Orijinal Rapor Formu/Anket)] gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Evrak Doğrulama İçin: <https://aydn.adu.edu.tr/en/Video/Dogrula/23080409>

Aydın Menderes Üniversitesi Merkez Kampüsü Tıp Fakültesi Merkez Kampüsü Kapısı
Mevki: 09010 Elazığ/Aydın
Telefon No: 0256 225 51 66 / 4506 Faks No: 0256 212 51 69
E-Posta: etik@adu.edu.tr İnternet Adresi:
<http://www.akademik.adu.edu.tr/tibitv/etu/ad/>

Bilgi İçin: Tıbbi Şahin

Uzman: Sağlık Teknikleri

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.