



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

**BİR ÜNİVERSİTEDEKİ TÜRK VE
YABANCI UYRUKLU ÖĞRENCİLERİN
SAĞLIKLI BESLENMEYE İLİŞKİN
TUTUMLARININ ARAŞTIRILMASI**

ŞEYDA GÜNER

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. GÜVEN BEKTEMÜR**

**HALK SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
OCAK/2023**

İTHAF

Yarınların umudu olan gençliğe ithafen...

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi, tecrübe ve anlayışını eksik etmeyen değerli hocam tez danışmanım Doç. Dr. Güven BEKTEMÜR'e, verilerin istatistiksel analizi konusunda yardımlarını esirgemeyen değerli hocam Dr. Kürşad Nuri BAYDİLİ'ye, yüksek lisans eğitimime başladığım ilk günden itibaren bilgi ve tecrübeleriyle desteklerini esirgemeyen kıymetli hocalarım Prof. Dr. Hasan Hüseyin EKER ve Prof. Dr. Mustafa ÖZTÜRK'e, yüksek lisansa birlikte başladığımız birbirimize destek ve motivasyon sağladığımız dönem arkadaşlarıma, süreç boyunca yanımda olan arkadaşlarıma ve aileme en içten teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

İTHAF.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLOLAR LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT.....	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. SAĞLIK.....	3
2.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	5
2.1.1.1. Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri	5
2.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	6
2.1.2.1 Birinci basamak sağlık hizmetleri.....	6
2.1.2.2. İkinci basamak sağlık hizmetleri:	6
2.1.2.3. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri:	6
2.1.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	7
2.2. YETERLİ VE DENGELİ BESLENME	7
2.2.1. Beslenme ile İlgili Kullanılan Bazı Ölçekler	10
2.3. BESİN ÖGELERİ.....	12
2.3.1. Karbonhidrat	12
2.3.1.1. Monosakkaritler	12
2.3.1.2. Disakkaritler.....	12
2.3.1.3. Polisakkaritler	13
2.3.2. Protein.....	13
2.3.3. Yağ.....	14
2.3.4. Vitaminler	15
2.3.5. Mineraller.....	17
2.3.6. Su ve Posa.....	18
2.4. BESİN GRUPLARI	19
2.4.1. Et, Yumurta ve Kurubaklagiller.....	19
2.4.2. Süt ve Süt Ürünleri	20
2.4.3. Tahıllar.....	20

2.3.4. Sebze ve Meyve	21
2.3.5. Yağ ve Şeker	22
2.5. BESLENME EĞİTİMİ	22
2.6. BESLENME İLE İLİŞKLİ HASTALIKLAR	25
2.6.1. Yeme Bozuklukları	25
2.6.2. Obezite	27
2.6.3. Diyabet.....	29
2.6.4. Kardiyovasküler Hastalıklar	30
2.6.5. Kanser	31
2.7. BESLENME VE KÜLTÜR.....	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	34
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI	34
3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ	34
3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	34
3.4. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....	34
3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	35
3.6. VERİLERİ TOPLAMA YÖNTEMİ.....	35
3.7. VERİLERİ TOPLAMA ARACI.....	35
3.7.1. Sağlıklı Beslenmeye İlişkim Tutum Ölçeği (SBİTÖ).....	35
3.8. VERİLERİN ANALİZİ	36
3.9. ARAŞTIRMANIN İZİNLERİ	36
4. BULGULAR.....	37
5. TARTIŞMA	58
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	65
KAYNAKLAR	67
EKLER.....	74

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 2. 1: Bireylerin sebze ya da salata tüketme sıklığının cinsiyete göre dağılımı.....	21
Tablo 2. 2: Bireylerin meyve tüketme sıklığının cinsiyete göre dağılımı.....	22
Tablo 4. 1: Sosyodemografik özelliklere ilişkin tablo.....	37
Tablo 4. 2: Yabancı öğrencilerin uyruklarına ilişkin frekans dağılım tablosu	38
Tablo 4. 3: Öğrencilerin eğitim bilgilerine ilişkin frekans dağılım tablosu	39
Tablo 4. 4: Sağlık ve beslenmeye ilişkin sorulara dair frekans dağılım tablosu.....	40
Tablo 4. 5: Türk öğrencilerin yemek tercihlerine ilişkin frekans dağılım tablosu.....	41
Tablo 4. 6: Yabancı öğrencilerin yemek tercihleri öncelik sırasına ilişkin frekans dağılım tablosu.....	41
Tablo 4. 7: Tercih edilen yiyecekteki önem sıralarına ilişkin frekans dağılım tablosu	42
Tablo 4. 8: Uyruklar arasında yaş, boy, kilo ve BKİ değerlerinin karşılaştırılması	43
Tablo 4. 9: Uyruklar arasında BKİ kategorileri bakımından karşılaştırılması.....	44
Tablo 4. 10: Yabancı uyruklu öğrencilere yönelik soruların frekans dağılımları.....	45
Tablo 4. 11: Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği düzeylerine ilişkin normallik testi sonucu	46
Tablo 4. 12: SBİTÖ düzeylerine ilişkin frekans dağılım tablosu	46
Tablo 4. 13: SBİTÖ puan düzeylerine ilişkin tablo	47
Tablo 4. 14: SBİTÖ ve alt boyutlarının cinsiyet ile karşılaştırılması (Türk).....	47
Tablo 4. 15: SBİTÖ ve alt boyutlarının cinsiyet ile karşılaştırılması (Yabancı)	48
Tablo 4. 16: SBİTÖ ve alt boyutlarını uyruk ile karşılaştırılması	48
Tablo 4. 17: SBİTÖ ve BKİ karşılaştırılması (Türk).....	49
Tablo 4. 18: SBİTÖ ve BKİ karşılaştırılması (Yabancı)	49
Tablo 4. 19: SBİTÖ ve yaşanan yer arasındaki ilişki (Türk).....	50
Tablo 4. 20: SBİTÖ ve yaşanan yer arasındaki ilişki (Yabancı)	50
Tablo 4. 21: SBİTÖ ve alt boyutlarının aylık harcama ile karşılaştırılması (Türk).....	51

Tablo 4. 22: SBİTÖ ve alt faktörlerinin aylık harcama ile karşılaştırılması (Yabancı).....	51
Tablo 4. 23: Yemek yeme yeri tercihleri ile karşılaştırma (Türk)	52
Tablo 4. 24: Yemek yeme yeri tercihleri ile karşılaştırma (Yabancı).....	53
Tablo 4. 25: SBİTÖ ile fiziksel aktivite yapma durumlarının karşılaştırılması (Türk) ...	53
Tablo 4. 26: SBİTÖ ile fiziksel aktivite yapma durumlarının karşılaştırılması (Yabancı).54	
Tablo 4. 27: SBİTÖ ile sigara kullanma durumlarının karşılaştırması (Türk)	54
Tablo 4. 28: SBİTÖ ile sigara kullanma durumlarının karşılaştırması (Yabancı).....	55
Tablo 4. 29: SBİTÖ ile alkol kullanma durumlarının karşılaştırması (Türk).....	55
Tablo 4. 30: SBİTÖ ile alkol kullanma durumlarının karşılaştırması (Yabancı).....	56
Tablo 4. 31: SBİTÖ ile beslenme alışkanlığı değişme durumlarının karşılaştırması (Yabancı)	57

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2. 1: Hipotalamus ve besin alımı ile ilişkili alanları.....	8
Şekil 2. 2: Yeme davranışının temel belirleyicileri.....	9
Şekil 2. 3: Türkiye Beslenme Rehberi 2015 “Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Piramidi”.....	24
Şekil 2. 4: Türkiye Beslenme Rehberi 2015 “Sağlıklı Yemek Tabacağı”.....	25
Şekil 4. 1: Katılımcıların sınıflara göre dağılımı.....	40

SİMGELER VE KISALTMALAR

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
DASH	: Dietary Approaches to Stop Hypertension
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KETEM	: Kanseri Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi
KVH	: Kardiyovasküler Hastalık
SBİTÖ	: Sağlıklı Beslenme İlişkin Tutum Ölçeği
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi

BİR ÜNİVERSİTEDEKİ TÜRK VE YABANCI UYRUKLU ÖĞRENCİLERİN SAĞLIKLI BESLENMEYE İLİŞKİN TUTUMLARININ ARAŞTIRILMASI

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, bir üniversitede eğitim gören Türk ve yabancı uyruklu öğrencilerin sağlığın korunması ve geliştirilmesi için en önemli unsurlardan biri olan sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumlarını araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma bir kamu üniversitesindeki Türk ve yabancı uyruklu öğrenciler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan bir anket formu ve Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği (SBİTÖ) ile anket yöntemiyle toplanmıştır. Toplanan verilerin istatistiksel analizi SPSS 25 paket programı ile yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılanların %73,32'si kız, %26,68'i erkek, %72,33'ü Türk, %27,67'si yabancı uyrukludur. Yabancı uyruklu öğrencilerin %20'si İran, %18,6'sı Suriye, %12,1'i Azerbaycan'dan olmak üzere 27 farklı uyruktan gelmektedir. Uyruklar arasında BKİ açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Her iki grup için SBİTÖ puanları ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$). Türk öğrencilerin yabancı uyruklu öğrencilere göre SBİTÖ puanları anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$).

Sonuç: Bu çalışmanın sonucunda Türk öğrencilerin yabancı uyruklu öğrencilere göre daha ideal düzeyde sağlıklı beslenme tutumu olduğu saptanmıştır. Fakat her iki grupta da sağlıklı beslenme tutumu yetersiz olan öğrencilerin oranı dikkat çekicidir. Sağlıklı beslenmenin geliştirilmesi için yaşamlarının en üretken çağında olan üniversite öğrencileri desteklenmelidir. Öğrencilere beslenme eğitimi verilerek bilinçlenmeleri sağlanmalı, öğrencilerin sürece aktif olarak dahil olabildiği uygulamalar ve etkinlikler gerçekleştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Öğrenci, Sağlıklı Beslenme, Tutum, Üniversite, Yabancı Uyruklu

INVESTIGATION OF TURKISH AND FOREIGN STUDENTS ATTITUDES TOWARDS HEALTHY EATING AT A UNIVERSITY

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to investigate the attitudes of Turkish and foreign students towards healthy nutrition, which is one of the most important elements for the protection and development of health.

Materials and Methods: This study was conducted at the Hamidiye Campus of the University of Health Sciences. The data were collected with a questionnaire prepared by the researcher and the Attitude Scale for Healthy Nutrition (ASHN) and questionnaire method. Statistical analysis of the collected data was done with SPSS 25 package program.

Results: 73.32% of the participants were girls, 26.68% were boys, 72.33% were Turkish and 27.67% were foreign nationals. Foreign students come from 27 different nationalities, 20% from Iran, 18.6% from Syria and 12.1% from Azerbaijan. There was no significant difference between nationalities in terms of BMI ($p>0.05$). There was no significant difference between ASHN and gender for both groups ($p>0.05$). Turkish students' ASHN scores are significantly higher than foreign students ($p<0.05$).

Conclusion: As a result of this study, it was determined that Turkish students have a more ideal healthy eating attitude than foreign students. However, the rate of students who have insufficient healthy eating attitudes in both groups is remarkable. University students, who are in the most productive age of their lives, should be supported in order to develop healthy nutrition. Students should be given nutrition education to raise their awareness, practices and activities should be carried out in which students can be actively involved in the process.

Key Words: Attitude, Foreign National, Healthy Eating, Student, University

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Beslenme hayatın sürdürülebilmesi, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve büyüme için gerekli besinlerin alınmasıdır (1). Sağlıklı beslenmede, vücudun fizyolojik ihtiyaçlarını karşılamak için mikro besin ögeleri ve makro besin ögeleri uygun oranlarda tüketilmelidir (2). Sağlıklı beslenme, erken çocukluk döneminden itibaren insan sağlığını etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Özellikle uygun bir beslenme düzeni kişinin kanser, tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalık ve obezite gibi yaşamı tehdit eden hastalıklara yakalanma riskini azaltabilir (3).

Yeme bozuklukları, yeme davranışları, ilişkili düşünceler, tutumlar, duygular ve bunların sonucunda ortaya çıkan bozukluklardır. Yeme bozuklukları tüm yaş, etnik ve sosyoekonomik gruplarda artan prevalansı nedeniyle endişe verici bir hal almaktadır (4). Ayrıca yeme bozukluğu olan hastalarda ölüm oranlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir (5). Üniversite öğrencileri de yeme bozuklukları açısından risk altındadır (6).

Aşırı kilo ve obezite, Avrupa'daki yetişkinlerin yaklaşık %60'ını ve yaklaşık her üç çocuktan birini (erkek çocukların %29'u ve kızların %27'si) etkilemektedir (7). 2017 yılında yapılan "Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri" verilerine göre fazla kilolu olan 15 ve üzeri yaş grubu bireylerin sıklığı %35,6 ve obez olanların sıklığı ise %28,8 bulunmuştur (8).

Üniversite öğrenciliği zamanını da kapsayan ergenlikten genç yetişkinliğe geçiş, tipik olarak 18 ila 25 yaşları arasında gerçekleştiği düşünülen bir dönüşüm zamanıdır. Üniversiteye veya çalışma hayatına başlamak için ebeveyn evinden bağımsız bir yaşam düzenlemesi kurmak için ayrılmak gibi önemli ve yaşamı değiştiren geçişler tipik olarak bu dönemde meydana gelir (9). Üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalarda fazla kilolu ve obez öğrencilerin oranı yüksek bulunmuştur (10,11). Yapılan çalışmalarda üniversite öğrencileri arasında olumsuz beslenme alışkanlıkları ve sağlık davranışları yaygın olarak rapor edilmiştir.

Bu genç nüfusta gıda seçimini etkileyen en yaygın nedenler yaşam düzeninin değişmesi, maliyet, ucuz ve hızlı ulaşılabilir ürünler, sosyal ortamlar, kültürel etkiler,

psikolojik ve fizyolojik özellikler, tercihler, inançlar ve gıda seçimleriyle ilgili beklentiler, yiyecek alışverişi, hazırlama ve yemek planlama deneyiminden yoksunluktur (12).

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü ülkelerinde 4.193.000 Türkiye’de ise 155.000 yabancı uyruklu öğrenci bulunmaktadır (13). Eğitim amacıyla yaşadıkları yerden farklı ülkelere giden öğrenciler yeni bir beslenme kültürüne uyum sağlamakta zorluk çekebilmektedir (14). Beslenme alışkanlıkları bulunulan ülkedeki beslenme kültürü, dil yeterliliği, ev sahibi ülkede bulunma süresi, menşe ülke, ekonomik, sosyal ve psikolojik faktörlerden etkilenmektedir (15). Yapılan çalışmalarda yabancı uyruklu öğrencilerin kilolu ve obez oranı yüksek olarak bulunmuştur (16,17). Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise yabancı uyruklu öğrencilerin %22,5’i Türkiye’ye geldikten sonra ağırlık kazandığını ifade etmiştir (14).

Obezite ve fazla kilo sağlığı olumsuz etkileyip hastalıklara neden olmasının yanında hem sağlık hizmetlerinde önemli harcamalara neden olup hem de iş gücü kaybı nedeniyle doğrudan ve dolaylı olarak ekonomik yük oluşturmaktadır (18).

Türkiye’de yabancı uyruklu öğrencilerin beslenme durumlarını inceleyen yeterince çalışma bulunmamaktadır. Mevcut literatür verilerine göre üniversite öğrencilerinin sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumlarını araştırmak ve tutumlarla ilişkili değişkenleri tespit etmek önem arz etmektedir. Bu çalışma ile Türk ve yabancı uyruklu öğrencilerin sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumlarının araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. SAĞLIK

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 7 Nisan 1948'de yürürlüğe giren anayasasında sağlığı “bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamıştır. Bu tanıma göre sağlık sadece hastalık veya sakatlık olmayışı değildir (19). Sağlık doğrudan ve dolaylı olarak biyolojik, fiziksel, ekolojik, bireysel ve siyasi (kamu hizmetleri ve bunların sunulması) pek çok faktörden etkilenmektedir (20).

Sağlık, optimum fiziksel, duygusal, sosyal, ruhsal ve entelektüel sağlık olarak da tanımlanabilir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, insanların optimal sağlık durumuna doğru ilerlemek için yaşam tarzlarını değiştirmelerine yardımcı olan bilimdir (21).

Bulaşıcı olmayan hastalıklardaki artış, yeni enfeksiyon hastalıklarının ortaya çıkması, beklenen yaşam süresinde azalma, çevresel değişimler, sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eğitimi programlarının etkililiğinin sınırlılığı sağlığın geliştirilmesini ön plana çıkarmıştır (22).

1970’li yıllarda dünyadaki sağlık düzeyinin yeterli durumda olmaması, sağlıkta eşitsizliklerin olması nedeniyle DSÖ bu sorunların giderilmesi amacıyla çeşitli kararlar almıştır. İlk alınan kararlardan biri “2000 yılına kadar herkes için sağlık” hedefidir (23). 1978 yılında gerçekleşen Alma Ata Konferansı ile temel sağlık hizmetleri tanımlanmıştır. Konferanstan sonra yayınlanan bildirgeye göre temel sağlık hizmetleri; ulaşılabilir, ekonomik, sağlığı geliştiren, çok sektörlü, riskleri azaltan, koruyucu, rehabilite edici, toplumun dahil olduğu sağlık hizmetidir (24).

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi politik ve sosyal süreçleri de kapsar. Sadece bireysel çaba ve etkinlikler değil sağlığın sosyal, çevresel ve ekonomik belirleyicilerini değiştirmeye yönelik eylemler de dahildir (25). 1986 yılında Kanada’da 1. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı’nda yayınlanan Ottawa Bildirgesi’nde 3 temel strateji belirlenmiştir. Bunlar “sağlık için gerekli şartları yaratmanın savunuculuğu, tüm insanların tam sağlık potansiyellerine ulaşmalarını sağlamak için etkinlik ve sağlık arayışında toplumdaki farklı ilgi alanları arasında aracılık yapmak” olarak belirtilmiştir (26). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili pek çok konferans düzenlenmiştir.

Adelaide Sağlıklı Toplum Politikaları Konferansı (1988): Sağlığın temel insan hakkı ve sosyal sorumluluk olduğu vurgulanarak sosyal, sağlık ve finans politikalarının geliştirilmesi gündeme gelmiştir (27).

Sundsvall Sağlığı Geliştirme Konferansı (1991): Dünyadaki çoğu insan fakirlikten ve kötü çevre koşullarından etkilenmekte ve sağlık hizmetlerine ulaşmakta zorluk çekerek eşitsizliğe uğramaktadır. Kongrenin ana teması sağlığı yükseltmek için çevre koşullarının düzeltilmesidir (28).

Jakarta Sağlığı Geliştirme Bildirgesi (1997): IV. Sağlığı Geliştirme Konferansı sonunda yayınlanan bildirgeye göre sağlığın korunması ve geliştirilmesi, sektörler arası iş ortaklıkları, toplum ve bireylerin bilinçlendirilip güçlendirilmesi, 21. yy sağlığı geliştirme eylem planları geliştirilmiştir (29).

Mexico City Sağlığı Geliştirme Konferansı (2000): “Sağlığı Geliştirme: Eşitlik Boşluğuna Köprü Kurmak” temasıyla gerçekleştirilen konferansta sağlıkta yerel ve global eşitsizliklerin giderilmesi ele alınmıştır (27).

Bu konferansların yanı sıra 2005 yılında Bangkok’ta 6. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı “eylem için ortak politika geliştirme”, 2009 yılında Nairobi’de 7. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı “uygulamadaki boşlukları giderme”, 2013 yılında Helsinki’de “Tüm politikalar için sağlık”, 2016 yılında Çin’in Şangay kentinde “Sağlıklı Şehirler” temaları ile gerçekleştirilmiştir (22,28).

Sağlığı geliştirme programları okullar, iş yerleri, sağlık kuruluşları, toplum sağlığı kuruluşları, yerel sağlık birimleri gibi uygulandıkları ortamda sağlığın geliştirilmesini teşvik eden ve destekleyen bir çevre oluşturarak çeşitli kitlelere ulaşmayı sağlamaktadır.

Okullar ve üniversiteler sağlığı geliştirme programlarının uygulanabilirliği açısından etkin ortamlardır. Bu çağda oluşan sağlık davranışlarının ilerideki sağlık durumunu etkilemesi ve yine bu çağda çeşitli sağlık riskleriyle karşı karşıya olmaları nedeniyle sağlığı geliştirme programlarına ihtiyaç duyulmaktadır (30).

Okul sağlığı; “öğrencilerin ve okul çalışanlarının sağlığının değerlendirilmesi, geliştirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi, öğrenciye ve dolayısıyla topluma sağlık eğitiminin verilmesi için yapılan çalışmaların tümü” olarak tanımlanmaktadır.

Türkiye’de 17.05.2016 tarihinde T.C. Millî Eğitim Bakanlığı ve T.C. Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan protokol ile “Okulda Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Programı” başlatılmıştır. Bu program çerçevesinde yapılacak çalışmalar;

- Sağlık Hizmetleri,
- Sağlıklı ve Güvenli Okul Çevresi,
- Sağlıklı Beslenme,
- Sağlık Eğitimi,
- Fiziksel Aktivite,
- Aile/Toplum Katılımı

Başlıkları altında toplanmıştır (31).

Sağlık hizmetleri, insanların sağlığına olumsuz yönde etki eden unsurlardan korunması, tedavi sağlanması ve hastalık sonrası rehabilitasyonunu kapsayan faaliyetlerdir (32).

2.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalıklar oluşmadan önce bireylerin sağlığının korunması için gereken önlemlerin alınmasıdır. Koruyucu sağlık hizmetleri bireylere ve çevreye yönelik tedbirleri kapsar (33).

2.1.1.1. Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri: Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; erken tanı, ilaçla tedavi, sağlık eğitimi, beslenme, bağışıklama, aile planlaması hizmetlerini kapsamaktadır.

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri dörde ayrılır: temel koruma, birincil koruma, ikincil korunma, üçüncül koruma.

2.1.1.1.a. Temel (primordiyal) koruma: hastalık ya da hastalıklara neden olan risk faktörlerinin tamamıyla veya kısmen ortadan kaldırılmasını hedefleyen hizmetlerdir (34). Tütün kullanımının engellenmesi için yapılan eğitimler, yasal düzenlemeler, obezitenin engellenmesi için verilen beslenme eğitimleri bunlara örnek verilebilir (23).

2.1.1.2.b. Birincil (primer) koruma: risk faktörleri mevcutken kişilerde hastalığın biyolojik olarak ortaya çıkmasını veya derecesini engellemeye yönelik hizmetlerdir. Fazla kilolu veya obez bireylerde diyabet oluşumunu engellemek için diyet ve egzersiz önerilmesi, aşılama birincil koruma faaliyetlerine girmektedir.

2.1.1.2.c. İkincil (sekonder) koruma: hastalığın erken dönemde tanı koyulup, henüz çok ilerlemeden tedavi edilmesini amaçlar. Tarama çalışmaları da ikincil koruma kapsamındadır.

2.1.1.2.d. Üçüncül (tersiyer) koruma: hastalığın var olmasından sonra uygun tedavi uygulanarak, hastalığın kötü sonuçlarından korunmasını amaçlar (34).

2.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık ortaya çıktıktan sonra, hastalığın tanı ve tedavisini içeren sağlık hizmetleridir (33). Tedavi edici sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha fazla ekipman ve personel gerektirdiği için daha maliyetlidir (34). Tedavi edici sağlık hizmetleri bireyi tedavi edip eki sağlığına kavuşturmasının yanında bulaşıcı bir hastalık olduğunda hastalığın yayılmasını da önleyerek toplumsal fayda sağlamaktadır (35).

2.1.2.1 Birinci basamak sağlık hizmetleri: Hastaların ilk olarak başvurduğu, hastalıkların evde ya da ayakta tanı ve tedavi edildiği sağlık hizmetleridir. Birinci basamak sağlık hizmetleri aynı zamanda kişisel koruyucu sağlık hizmetlerini de kapsar (36). Toplum sağlığı merkezi (TSM), Aile sağlığı merkezi (ASM), Halk sağlığı laboratuvarı, kurum tabipliği, 112 Acil Sağlık Hizmeti birimleri, Evde Bakım merkezleri veya birimler, İşyeri sağlık ve güvenlik hizmeti sunulan birimler, Belediyelere ait poliklinikler, özel poliklinikler, başlıca birinci basamak sağlık kuruluşudur (37).

2.1.2.2. İkinci basamak sağlık hizmetleri: Hastaların direkt olarak ya da birinci basamaktan sevk ile başvurabildiği, hastalıkların tanı ve tedavisinin yapıldığı yataklı sağlık kuruluşlarıdır. Devlet hastaneleri, semt poliklinikleri, özel hastaneler, tıp merkezleri ikinci basamak sağlık kuruluşları arasındadır.

2.1.2.3. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri: Hastalığın tedavisinin ikinci basamakta tedavi edilmesinin yeterli olmadığı, özel uzmanlık gerektiren durumlarda ileri tıbbi imkanlara sahip eğitim ve araştırma hastaneleri, üniversite hastaneleri ve ihtisas hastaneleri bu gruptadır (36).

2.1.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık sonrası dönemde sakatlık ve işgücü kaybı olması durumunda bireylerin tıbbi ve sosyal yönden rehabilitasyon edildiği hizmetlerdir. Tıbbi rehabilitasyon bireylerin bedensel yönden iyileştirilmesi, sosyal rehabilitasyon ise iş imkanları sağlanması, mesleki beceri kazandırılması, işe uyum sürecini kapsar (38).

2.2. YETERLİ VE DENGELİ BESLENME

Beslenme “açlık duygusunu bastırmak, karın doyurmak ya da canının çektiği şeyleri yemek içmek” değildir. 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” (39).

Toplumun ve bireylerin ekonomik yönden gelişmesi, üretken olabilmesi sağlıklı doğrudan ilişkilidir. Sağlıklı olmanın temel unsurlarından biri de yeterli ve dengeli beslenmedir (40).

Sağlıksız beslenme alışkanlıkları, modern toplumdaki başlıca ölüm nedenleriyle ilişkilidir. Örneğin obezite; kardiyovasküler hastalıklar (KVH), bazı kanserler ve diyabetes mellitusun oluşumuna neden olarak insanların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyerek yaşam süresini kısaltmaktadır (41).

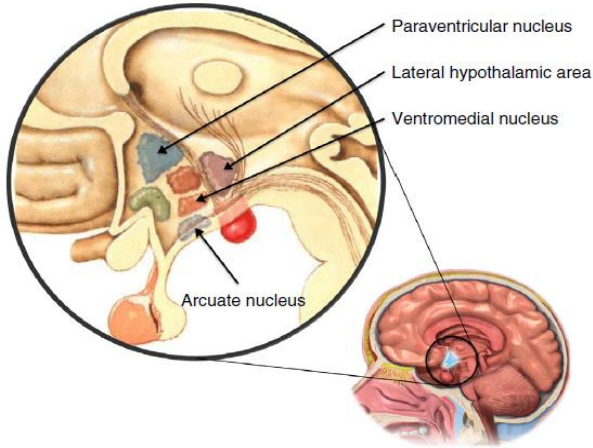
Sağlıklı beslenmeyi teşvik etmek ve geliştirmek için 4 strateji tanımlanabilir.

1. Daha sağlıklı ürünlerin tüketimini arttırmak (örn. daha fazla sebze yemek ve daha fazla su içmek)
2. Sağlıksız ürünlerin tüketimini azaltmak (örn. daha az alkol tüketmek ve daha az şeker tüketmek)
3. Beslenme düzeninde değişiklik yapmak (örn. daha küçük porsiyon tüketmek)

Hafif ürünlerin tüketimine doğru bir kayma (örn. düşük yağlı ürünler veya düşük kalorili ürünler tercih etmek) (42).

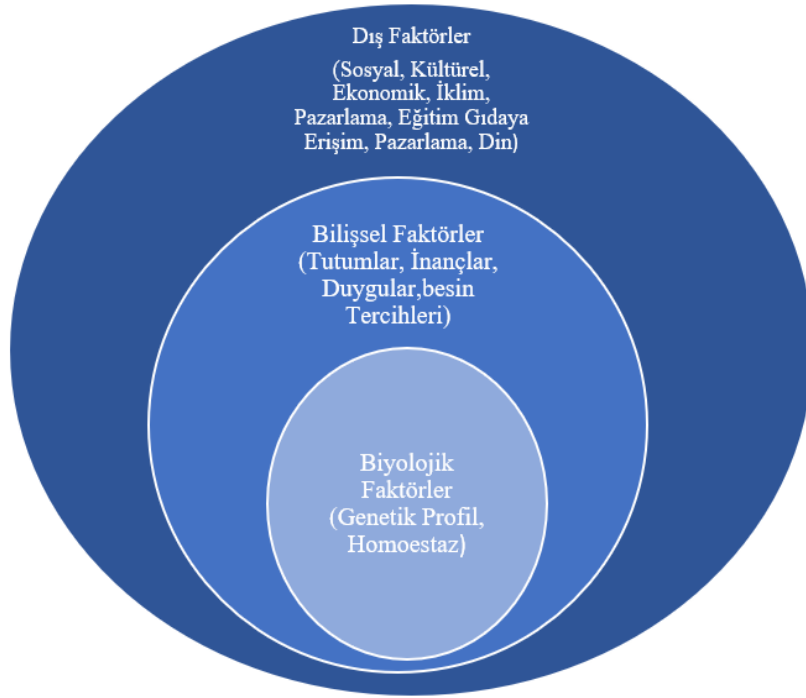
Açlık, tokluk ve enerji dengesi hipotalamusta yer alan bir nöroendokrin sistem tarafından düzenlenir. Hipotalamus, gıda alımı gibi bir dizi vücut fonksiyonunu düzenlemekten sorumlu farklı çekirdeklerden oluşur (Şekil 2.1).

Ventromedial çekirdek hasar gördüğünde iştah artışı ve obeziteye neden olur, lateral hipotalamik alan hasar gördüğünde gıda alımında ve kilo kaybında azalmaya neden olur, paraventriküler çekirdek diğer beyin çekirdeklerinden besin alımına ilişkin bilgi almaktan sorumludur, arkuat nükleus ise iştahı düzenleyen ana peptit salgılayıcı nöronları birleştirir.



Şekil 2. 1: Hipotalamus ve besin alımı ile ilişkili alanları (43)

Yeme davranışının iç biyolojik faktörler, kişisel bilişsel faktörler ve çevresel veya dış faktörler dahil olmak üzere 3 temel belirleyicisi vardır (Şekil 2.2) (44).



Şekil 2. 2: Yeme davranışının temel belirleyicileri (44)

Türkiye’de sağlıklı beslenmeyi teşvik etmek ve beslenme ile ilişkili hastalıkları önlemek amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından çeşitli programlar ve projeler yürütülmektedir. Bu programların bazıları aşağıda sıralanmıştır.

Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı: obezite görülme sıklığının artması nedeniyle bu konuda toplumu bilinçlendirmek, bireyleri sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite konusunda teşvik etmek amacıyla çok sektörlü bir katılımı 2010 yılında hazırlanmıştır (45).

Türkiye’de Aşırı Tuz Tüketiminin Önlenmesi Programı: Fazla tuz tüketimi kan basıncının yükselmesine, çeşitli hastalıkların oluşumuna ve ölümlere neden olmaktadır. Türkiye’de tuz tüketiminin kademeli olarak düşürülmesi için ulusal bir eylem planı hazırlanmıştır. Bu plana göre çeşitli ürünlerdeki tuz miktarı belli oranlara düşürülmüş, tuz paketleri üzerine uyarı yazıları eklenmiştir. Kamu kurumlarının yemekhanelerinden tuzluklar kaldırılmış, ülke genelinde farkındalık çalışmaları yürütülmüştür (46).

Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı: programın amacı diyabet farkındalığını arttırarak toplumun diyabetten korunmasını sağlamak, diyabet tanısı almış

hastalara sunulan diyabet bakım kalitesini artırmak, komplikasyonları ve ölümleri engellemektir (47).

Beslenme Dostu Okullar Programı: Programın hedefi sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam konularında duyarlılığın artırılarak bu konularda yapılacak iyi uygulamaların desteklenmesi ve okul sağlığının daha iyi seviyeye yükseltilmesidir (48).

Beslenme Dostu ve Fiziksel Aktiviteyi Destekleyen İş Yeri Programı: Günümüzde çalışan bireylerin yaşamlarının büyük bir kısmı iş yeri ortamında geçmektedir. İş yerleri sağlığın geliştirilmesi ile ilgili programlar geliştirmek için uygun ortamlar sağlamaktadır. İşveren/ yönetim, işçi/personel ve toplumun katılımıyla sağlığı destekleyen ve geliştiren, güvenli üretken bir iş ortamı oluşturmak amaçlanmıştır (49).

2.2.1. Beslenme ile İlgili Kullanılan Bazı Ölçekler

Genel Beslenme Bilgi Anketi (General Nutrition Knowledge Questionnaire- GNKQ): 1990'larda Parmenter ve Wardle¹ tarafından Birleşik Krallık yetişkin nüfusu için geliştirilmiş ve onaylanmıştır. Genel Beslenme Bilgi Anketi, bilim topluluğu tarafından yaygın olarak kullanılmaktadır (50). Anketin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması da bulunmaktadır (51). Anket beslenme önerileri, beslenme ve besin öğeleri bilgisi, besin tercihleri, beslenme ve hastalık ilişkisi alt kategorilerinden oluşmaktadır (52).

Yeme Tutum Testi (Eating Attitudes Test- EAT): Garner ve Garfinkel tarafından 1979'da yeme bozuklukları riskini ve yeme tutumunu araştırılması amacıyla geliştirilmiştir (53). Test altılı Likert ölçeğine sahip 40 maddeden oluşmaktadır (54). Çalışmanın Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması bulunmaktadır (55).

Üç Faktörlü Yeme Ölçeği (Three Factor Eating Questionnaire –TFEQ): 1985 yılında yemenin davranışsal ve bilişsel bileşenlerini ölçmek amacıyla Stunkard ve Messic tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 51 madde ve iki bölümden oluşmaktadır. Ölçeğin ilk bölümü 3 alt faktörden oluşmaktadır. Bunlar; yemenin bilişsel kısıtlaması, kısıtlayamama/dizginleyememe ve açlıktır. Ölçek daha sonra 18 madde ve 3 faktör olarak revize edilmiştir. Ölçeğin Türk kültürüne uyarlanmış versiyonu bulunmaktadır (56).

Obezite Farkındalık Ölçeği (Obesity Awareness Scale): Ölçek 2011 yılında Allen tarafından geliştirilmiştir, 23 madde ve 3 alt boyuttan (8 madde obezite farkındalığı, 7 madde beslenme alt boyutu, 8 madde fiziksel aktivite alt boyutu) oluşmaktadır (57).

Erişkinlerde Beslenme Okuryazarlık Ölçeği (Nutritional Literacy Scale in adults-NLS): Carbone ve Zoellner tarafından 2012 yılında geliştirilen ölçek 28 sorudan oluşmaktadır ve yetişkinlerin okuduğu beslenme bilgilerini anlamasını değerlendirme aracı olarak kullanılması amaçlanmıştır (58).

Beslenme Davranış Ölçeği (Food Behavior Scale-FBS): çocukların besin tercihlerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek az yağlı, çok yağlı, az tuzlu, çok tuzlu besin görsellerinin olduğu 14 maddeden oluşmuştur. Ölçeğin değerlendirilmesinde katılımcılara seçeneklerden hangisini daha sık tükettiği sorulmuş sağlıklı besin için +1, sağlıklı besin için -1 şeklinde puanlama yapılmıştır (59).

Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeği: insanların beslenme alışkanlıklarının tecrübelerinden nasıl etkilendiğini tespit etmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin başlıca bilinç seviyesinde artış, duygusal yardım, kendini değerlendirme, çevreyi değerlendirme gibi 12 alt boyutu vardır (60).

Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği (Mediterranean Diet Adherence Screener MEDAS): yapılan araştırmalar akdeniz diyetinin sağlığa olumlu yönde etki ettiğini ortaya koymaktadır. Schröder ve arkadaşları tarafından geçerliği yapılan ölçekte katılımcılara yemekte hangi yağ çeşidini kullandıkları, ne sıklıkta sebze, meyve, bakliyat, kırmızı et vb. tükettiklerini değerlendiren 14 soru bulunmaktadır (61).

Akdeniz diyetine bağlılığı ölçen pek çok ölçek bulunmaktadır. Ayrıca kişilerin akdeniz diyetine bağlı kalmalarına ne derecede güvendiklerini ölçmek için Cuadrado ve arkadaşları tarafından Akdeniz Diyetine Bağlılık Öz-Yeterlilik Ölçeği (SESAMeD) geliştirilmiştir (62).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Health Promotion Life-Style Profile): Walker, Sechrist ve Pender tarafından 1987’de geliştirilmiş ve 1997 yılında Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapılmıştır. Ölçek kişilerin sağlıklı yaşam davranışlarını ölçen 48 madde, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve bilinci, beslenme, fiziksel aktivite, bireyler arası destek ve stres yönetimi olmak üzere 6 alt boyuttan oluşmuştur. Her boyut birbirinden bağımsızdır ve ayrı olarak da kullanılabilir (63).

Ortoreksiya Nervoza Ölçeği: sağlıklı beslenme takıntısı olarak bilinen ortoreksiya nervoza davranışlarını değerlendirmek amacıyla ilk olarak 2000 yılında Bratman tarafından 10 soruluk olarak geliştirilmiştir.

2005 yılında Donini ve arkadaşları tarafından revize edilerek 15 maddeli Orto-15 halini almıştır. Ölçek kişilerin besin seçimlerini, satın alma ve hazırlama süreçlerini, sağlıklı olarak nitelendirdikleri besinleri tüketme konularındaki davranışlarını araştırmaktadır (64).

Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği (SBİTÖ): Tekkurşun Demir ve Cicioğlu tarafından sağlıklı beslenmeye yönelik tutumları ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 21 madde ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır (65).

2.3. BESİN ÖGELERİ

2.3.1. Karbonhidrat

Vücudun ana enerji kaynağı karbonhidratlardır (66). İçerdiği şeker molekülü sayısına göre basit ve kompleks olmak üzere ikiye ayrılırlar. Basit karbonhidratlar tek veya iki molekül şeker içerirler. Bu şekerler besinlerde doğal olarak veya sonradan ilave edilmiş şekilde bulunabilirler. Kompleks karbonhidratlar (polisakkaritler) nişasta ve liften oluşur. Tam tahıllar ve kurubaklagiller kompleks karbonhidratlara örnek verilebilir (67).

2.3.1.1. Monosakkaritler: Monosakkaritler, daha küçük bileşenlerinden ayrılmayan karbonhidratlardır. Glikoz, früktoz ve galaktoz monosakkaritleri oluşturur.

Glikoz: Yaşam için en önemli karbonhidratlardan biridir. Glikoz, disakkaritlerin ve polisakkaritlerin bileşiminde bulunur ve bunların hidrolizleri glikoz ile sonuçlanır.

Nişasta, glikojen ve selüloz gibi polisakkaritlerin temel birimlerini oluşturur. Hücreler onu bir enerji kaynağı ve metabolik reaksiyonlarda bir ara madde olarak kullanır.

Fruktoz: Meyve şekeri olarak da bilinir. Sakkaroz oluşturmak için glikoz ile birleşir. Monosakkaritlerdeki en tatlı şekerdir. Vücuttaki glikoziti dönüştürmek için kullanılır.

Galaktoz: Glikoz ile birleşerek bir disakkarit, laktoz (süt şekeri) oluşturur. Fruktoz ve glikozdan daha az tatlı bir monosakkarittir. Serbestçe kullanılamaz (44).

2.3.1.2. Disakkaritler: İki monosakkaritin birleşmesi ile oluşur. Suda çözünebilir özelliktedirler. En önemli disakkaritler maltoz, laktoz ve sakkarozdur.

Maltoz, iki glikoz molekülünün bağlanması sonucu oluşur. Ayrıca malt şekeri olarak da adlandırılır ve nadiren serbest halde bulunur.

Laktoz doğal olarak sadece sütte bulunur. Sütte başka karbonhidrat türü yoktur. Galaktoz ve glikozdan oluşur. Anne sütünde %7-8, inek sütünde %4-5 oranında bulunur. Sakkaroz, her gün kullandığımız şeker pancarı veya şeker kamışından elde edilen şekerdir glikoz ve früktozun bağlanmasıyla oluşur. Disakkaritlerin vücut tarafından kullanılması ve bağırsaklardan emilmesi için temel moleküllere ayrılması gerekir. Sindirim aşamasında, enzimler tarafından monosakkaritlerine parçalanırlar (44).

2.3.1.3. Polisakkaritler: İki monosakkarit ve daha fazlasının birleşimi ile oluşur. Sudaki çözünürlükleri oldukça düşüktür. Nişasta, glikojen ve selüloz insan beslenmesinde yer alan başlıca polisakkaritlerdir. Bunlar kompleks karbonhidratlar olarak da adlandırılarak diyet lifi olarak da nitelendirilir (69).

Basit karbonhidratlar kompleks karbonhidratlara göre kan şekerini daha hızlı yükseltirler (45).

Karbonhidratların vücuttaki işlevi özetle aşağıda sıralandığı gibidir.

-Karbonhidratların en temel görevi enerji sağlamaktır. 1 gr karbonhidrat 4 kkal enerji sağlar.

-Yeterince alınması durumunda proteinlerin enerji aracı olarak kullanılmasını engeller.

-Su ve elektrolit dengesini sağlar.

-Kandaki asit baz dengesinin korunmasını sağlar.

-Lif içeriği ile bağırsakların çalışmasını düzenler (46).

Vücut karbonhidratları karaciğer ve kaslarda glikojen olarak depo eder. Glikojen depoları ağır fiziksel aktivite ve antrenman durumlarında kullanılır, fazlası yağa dönüşerek depo edilir (47, 48).

2.3.2. Protein

Proteinler aminoasitlerden oluşur ve hücrelerin temel yapı taşıdır. Büyüme ve dokuların onarımı için gereklidir. Hücrelerin fonksiyonlarını sürdürebilmesi için gerekli

olan enzimler proteinlerden oluşur. Enerji kaynağıdır, 1 gr protein 4 kkal enerji sağlar (49).

Proteinler vücutta depolanmaz, sindirim sisteminde yapı taşı olan amino asitlere ayrılarak kan yoluyla karaciğere taşınır. Burada vücut proteinlerini yapmak için belirli bir sırayla yeniden birleşirler (44).

İnsan vücudunun yaklaşık %16'sı proteinlerden meydana gelir (67). Vücudun gelişmesi ve metabolizma için 20 çeşit aminoasit gereklidir. Bunlardan 12 tanesi insan vücudunda sentezlenebilirken 8 tanesi sentezlenemez. Sentezlenemediği için dışardan besinler ile alınması gereken bu 8 aminoasite esansiyel aminoasitler denir (72). Et, süt, süt ürünleri, yumurta gibi yüksek kaliteli protein içeren gıdalarla bu aminoasitleri almak mümkündür (50).

Proteinlerin pek çok işlevi bulunmaktadır.

1-Enzim olarak hayatta kalmak için gerekli reaksiyonları katalize ederler.

2-Yapısal proteinler kas, deri, kemik, tendon, kıkırdak gibi dokuların yapısal elemanlarıdır.

3-Birçok küçük molekül ve iyon spesifik proteinler tarafından taşınır ve depolanır.

4-Koruyucu proteinler vücudun savunma mekanizmasında görev alır.

5-Birçok hormon protein yapısındadır.

6- Kanın pıhtılaşmasında görev alırlar (68).

2.3.3. Yağ

Yağlar, hücre zarının yapısal bileşeni olan lipitlerden meydana gelmiştir. Suda kısıtlı ölçüde çözünebilen bu organik bileşikler vücutta sterol, trigliserit, fosfolipit ve yağ asidi olarak bulunur (72). Yağlar sindirim sisteminde yağ asitlerine ayrılırlar (67). Yağ asitleri, içerdiği karbon sayısına ve yapısındaki çift bağların varlığına bağlı olarak farklı tiplere sahiptir. Karbon atomları arasında bir veya daha fazla çift bağ olduğunda doymamış yağ asidi denir.

Çift bağ sayısı arttıkça erime noktaları azalır. Bu nedenle oda sıcaklığında sıvıdırlar. Doymamış yağ asitleri bitkisel yağlarda daha yaygındır. Çift bağ içermeyenler doymuş yağ asitleridir. Doymuş yağ asitlerinin karbon sayıları arttıkça erime noktaları da

artar. Bu yağ asitleri oda sıcaklığında katıdır. Hayvansal yağlar genellikle doymuş yağ asitleri içerir (68).

Vücut tarafından sentezlenemeyen yağ asitlerine esansiyel yağ asitleri denir ve diyet ile vücuda alınırlar. Bunlar omega-3 ve omega-6 yağ asitleridir. Bu yağ asitlerine tüm yaşam boyunca ihtiyaç duyulur. Beynin temel fonksiyonlarını sürdürebilmesi için gereklidir (51).

Omega-3 asitlerinin kanser, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, obezite, osteoporoz gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesinde etkili olduğu bilinmektedir. Omega-3 yağ asitleri kanser hücrelerinin çoğalmasını engeller, inflamasyonu azaltır ve immün yanıtı düzenler (52). Omega-3 yağ asitleri, lipojenik enzimleri baskılayarak yağ dokularında yağ birikimini azaltır (53). Kardiyovasküler hastalıklardan korumada ise büyük ölçüde trigliserit düzeylerini düşürme yeteneği ile öne çıkmaktadır (54).

Yetişkin insan organizmasının %15-20'si yağdan oluşmaktadır ve kadınlarda vücut yağ oranı yaklaşık %25 erkeklerde ise %15'tir. 1 gr yağ 9 kkal enerji sağlamaktadır. Vücudun başlıca enerji deposudur, vücut ısısını düzenler ve yağda çözünen vitaminlerin emilimi için gereklidir (67).

2.3.4. Vitaminler

Vitaminler enerji için kullanılmayan ancak sağlığın korunması için gerekli olan mikro besin öğeleridir. Yetersiz mikro besin alımı, dünya çapında iki milyar insanı etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunu olan spesifik mikro besin eksikliği hastalıklarına neden olmaktadır (55). Büyüme ve gelişmeyi yöneten hormonların, enzimlerin ve diğer maddelerin üretimi için hayati önem taşırlar (56).

Vitaminler suda ve yağda çözünenler olmak üzere ikiye ayrılırlar. Yağda eriyenler A, D, E ve K vitaminleridir. Suda çözünenler ise B grubu ve C vitaminidir (67).

A vitamini büyüme, bağışıklık destekleme, dokuların gelişmesi, gastrointestinal aktivite ve görme için gereklidir. A vitamini eksikliği, ciddi ve yaygın bir halk sağlığı sorunudur ve küçük çocuklarda önlenabilir körlüğün önde gelen nedenidir.

Özellikle gelişmekte olan ülkelerde ciddi enfeksiyonlardan ölüm riskinin artmasıyla da ilişkilidir (57). İnsan vücudu A vitamini üretemez ve bu nedenle onu diyetle A vitamini veya provitamin A karotenoidleri şeklinde elde etmek gerekir. 50'den fazla

provitamin A karotenoidi vardır, ancak sadece β -karoten, α -karoten ve β -kriptoksantin insan diyetinde önemli miktarlarda bulunur. β -Karoten diyetle en bol bulunanıdır. Çoğunlukla kırmızı ve turuncu sebzeler, kısmen de aynı renkteki meyveler ve yeşil sebzeler yoluyla alınır (58).

D vitamini, kalsiyum homeostazı ve kemik sağlığını koruma, glikoz metabolizması, inflamasyonu önleme ve bağışıklığı güçlendirmedeki işlevleriyle öne çıkmaktadır. D vitamini öncelikle ultraviyole-B ışınlarını (güneşe maruz kalma) takiben deri altı sentez yoluyla elde edilir ve ayrıca yağlı balıklar veya güçlendirilmiş süt ürünleri ve gıda takviyelerinde bulunur (59).

Raşitizm kemik dokusunun ve büyüme plakalarının mineralizasyonunun bozulduğu bir durumdur ve kemik sağlığını olumsuz etkiler. Şiddetli D vitamini eksikliği bebeklerde ve çocuklarda raşitizme neden olabilir (60). Türkiye’de “D Vitamini Eksikliği Önleme ve Kontrol Programı” ile 2005 yılı mayıs ayından itibaren 1 yaş altı çocuklara ücretsiz D vitamini desteği sağlanmaktadır (61). Dünya çapında birçok ülke, D vitamini eksikliğin prevalanslarını çok yüksek olarak bildirmektedir (62).

E vitamini, temel bir mikro besin ve bir antioksidandır. Diyet kaynakları yoluyla alınır, eksikliği nadirdir ve genellikle lipid emilimini etkileyen hastalıklarla ilişkilidir. E vitamini, lipid peroksidasyonuna ve trombosit pıhtılaşmasına karşı önemli bir işlev olan serbest radikalleri temizleme yeteneğine sahip bir antioksidandır. Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi ve tedavisindeki rolü, LDL kolesterolün oksidasyonunu inhibe etme, dolayısıyla arterlerdeki yağ birikintilerinin oluşumunu azaltma yetenekleriyle ilişkilendirilir. E vitamini ayrıca enzimatik, hücrel ve gen ekspresyon fonksiyonlarında yer alan bir düzenleyici olarak da görev yapabilir. Bu nedenle meme, akciğer, prostat ve karaciğer gibi bazı kanser türlerinde antikanserojenik bir rol oynayabilir. Ayrıca kanser tedavisi sırasında E vitamini takviyesi yan etkilerin ortaya çıkışını ve şiddetini azaltabilir. Anti-inflamatuvar aktivite gösterirler. Ayrıca üreme sağlığını etkileyerek testis antioksidan fonksiyonunu ve sperm kalitesini iyileştirebilirler (63). E vitamininin başlıca kaynakları bitkisel yağlardır (64).

K vitamini yağda çözünen bir vitamindir ve kanın pıhtılaşmasında rol oynar. K vitamini diyetle koyu yeşil yapraklı sebzeler, yumurta sarısı, tavuk ve sığır eti ile alınır. K vitamini çeşitli kaynaklardan temin edildiğinden, yetişkin insanlarda K vitamini eksikliği nadir görülen bir durumdur. Ancak yeni doğan bebeklerde anneden çocuğa

plasenta üzerinden aktarılan K vitamini seviyeleri oldukça düşüktür. Bu nedenle dünya genelinde intramusküler enjeksiyon yoluyla K vitamini profilaksisi uygulanmaktadır(65).

B1 (tiamin), B2 (riboflavin), B3 (niasin), B6 ve B12 vitaminlerini içeren B kompleksi vitaminleri, hücrelerde enerji üretimi ve salınımı ile protein, yağ ve karbonhidrat metabolizması için gerekli olan suda çözünür vitaminlerdir. Bu vitaminler, enerji üretimi ve kan hücresi oluşumu için birkaç aracı metabolik yolda koenzim görevi görür. Bu vitaminlerdeki eksiklik, bu nedenle, yüksek enerji talebi nedeniyle hücresel büyümenin yanı sıra sinir dokusu gelişimini de etkileyebilir. B-kompleks vitaminleri öncelikle et, kümes hayvanları, balık ve süt ürünleri dahil olmak üzere hayvansal kaynaklardan elde edilir ve ayrıca güçlendirilmiş tahıllar, baklagiller ve yeşil yapraklı sebzelerde bulunabilir (83).

C vitamini güçlü bir antioksidandır. Bağışıklığı güçlendirici etkisi vardır. Şiddetli C vitamini eksikliği, potansiyel olarak ölümcül hastalık iskorbüte eden olur. İskorbüt, kollajen yapıların zayıflaması ile karakterizedir, bu da zayıf yara iyileşmesine ve bağışıklığın bozulmasına neden olur. İskorbütlü bireyler, enfeksiyonlara karşı oldukça hassastır (66). Başlıca C vitamini kaynakları turunçgiller, çilek, domates ve yeşil yapraklı sebzelerdir (67).

2.3.5. Mineraller

Yetişkin bir bireyin vücudunun ortalama %6'sı minerallerden oluşmaktadır (67). İnsan vücudunda işlevleri olan çeşitli mineraller bulunmaktadır. Bunlardan başlıcaları; kalsiyum, iyot, demir, çinko ve magnezyumdur.

Kalsiyum insan vücudunda en bol bulunan elementlerden biridir. İskelet mineralizasyonunda anahtar rol oynar ve normal büyüme, gelişme ve kemik gücü için gereklidir. Ayrıca, kas kasılması ve sinir uyarı iletimi gibi çok çeşitli biyolojik fonksiyonlarda rolü vardır. Kalsiyum temel bir elementtir ve bu nedenle diyet yoluyla alınması gereklidir (67).

Başlıca kalsiyum kaynakları süt ve süt ürünleri ve yeşil yapraklı sebzelerdir (67).

İyot, tiroid hormonunun biyosentezinde ve bazal metabolizma hızının düzenlenmesinde gerekli olan bir mineraldir. Hamilelik ve bebeklik dönemindeki iyot eksikliği, bebeğin büyümesini ve nörogelişimini bozabilir ve bebek ölümlerini artırabilir. Çocukluk dönemindeki eksiklik, somatik büyümeyi, bilişsel ve motor işlevi azaltır. Çoğu

ülkede, toplumdaki iyot eksikliğini kontrol etmek için en iyi strateji tuz iyotlamasıdır (68). Türkiye’de 1994 yılından itibaren “İyot Yetersizliği Hastalıklarının Önlenmesi ve Tuzun İyotlanması Programı” yürütülmektedir ve 1998 yılında yapılan yasal düzenleme ile tuzlara iyot eklenmesi zorunlu hale getirilmiştir (69).

Demir, birçok önemli vücut işlevinde yer alan temel bir mineraldir, Esas olarak et, baklagiller ve koyu yeşil yapraklı sebzelerde bulunur. Vücuttaki demirin çoğu oksijen taşımakla görevli olan kırmızı kan hücrelerinde bulunur (70). Demir eksikliği ve demir eksikliği anemisi dünya çapında çok büyük bir hastalık yüküne neden olmaktadır (71). Bebekler doğumda yaklaşık 6 ay yetecek kadar demir deposu ile dünyaya gelirler. Sonraki süreçte beslenmeye bağlı olarak demir depolarında azalma olabilir. Türkiye’de demir eksikliği anemisine karşı 4. Aydan itibaren 1 yaşa kadar ücretsiz demir profilaksisi uygulanmaktadır (72).

Çinko, demirden sonra insan vücudunda en bol bulunan mikro besindir. Protein yapı katlanmasında ve gen ekspresyonunun düzenlenmesinde yer alan çeşitli enzimlerin aktivitesini katalize eder. Bağ dokusu büyümesi ve onarımı, bağışıklık sisteminin desteklenmesi, hücre büyümesi, farklılaşması ve homeostaz için gereklidir (94). Koyu yeşil yapraklı sebzeler, kırmızı et ve ürünleri, tavuk, zenginleştirilmiş tahıl ürünlerinde bulunur (67).

Magnezyum vücutta en çok bulunan minerallerden biridir. DNA ve RNA sentezi, üreme ve protein sentezi için gereklidir. Ayrıca magnezyum, kas kasılması, kan basıncı, insülin metabolizması, sinir iletimi ve nöromüsküler iletimin düzenlenmesi için gereklidir. Magnezyum eksikliği nöromüsküler, kardiyak veya sinir bozukluklarına neden olabilir. Magnezyum birçok hastalığın önlenmesinde ve tedavisinde önemli bir rol oynar. Düşük magnezyum seviyeleri, Alzheimer, insülin direnci ve tip 2 diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, migren baş ağrıları ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi bir dizi kronik hastalıkla da ilişkilendirilmiştir (73). Tam tahıllar, ıspanak, sert kabuklu yemişler, baklagiller magnezyum kaynakları arasındadır (74).

2.3.6. Su ve Posa

Su metabolizma, membranlar arasında substrat taşınması, hücresel homeostaz, sıcaklık regülasyonu ve dolaşım fonksiyonu için gereklidir (75).

Yenidoğanda su oranı %70 iken bu yetişkinlikte %60'a yaşlılıkta ise %50'ye düşer. Yaşla birlikte vücut su oranı azaldıkça, dehidrasyona karşı mücadele kapasitesi azalır ve bu da sağlık üzerinde ciddi sonuçlar doğurabilir. Diğer besin ögelerine göre sıvı alımının yokluğu çok daha kritiktir (76). İnsan vücudu için su %20 oranında tüketilen besinlerden kalanı ise su ve diğer sıvı kaynaklarından sağlanır. Yetişkin bir insanın günlük aldığı kilokalori enerji başına 1 ml sıvı tüketmesi tavsiye edilmektedir (67).

Diyet lifi, bitkisel besinlerin sindirilemeyen kompleks karbonhidrat formlarından oluşur (77). Diyet posasının sağlığa faydaları uzun zamandır bilinmektedir. Liften zengin beslenme kardiyovasküler hastalıklardan korunmada, bağırsak sağlığını korumada ve kilo kontrolünde etkilidir (78).

2.4. BESİN GRUPLARI

2.4.1. Et, Yumurta ve Kurubaklagiller

Etin besin değeri hayvanın cinsine ve beslenmesine, etin pişirme yöntemine bağlı olarak önemli ölçüde değişir. Ancak etler bitkisel kaynaklar ile karşılaştırıldığında protein açısından oldukça zengindir. Kırmızı etin toplam ve doymuş yağ oranı beyaz ete göre daha yüksektir (79). Et birçok besin ögesi için önemli bir kaynaktır. Özellikle biyolojik değeri yüksek proteinlerin ve esansiyel aminoasitlerin yanı sıra demir, selenyum, çinko ve B12 vitamini gibi mikro besinler açısından zengindir. Karaciğer gibi sakatatlar da önemli A vitamini ve folik asit kaynağıdır (80).

Yumurta önemli bir hayvansal protein kaynağıdır. Çeşitli vitamin ve mineraller esansiyel yağ asitleri, çeşitli biyoaktif bileşenler ve antioksidanlar içerir. Yumurta ekonomik ve besin ögelerinden zengin bir besindir. Yüksek biyolojik değeri nedeniyle hemen hemen tamamı vücut tarafından kullanılmakta ve anne sütü ile birlikte örnek protein kaynağı olarak gösterilmektedir (81).

Kurubaklagiller diyet lifi, protein, demir, B vitaminleri ve minerallerce zengindir ve düşük glikemik indekse sahiptir (82). Protein içeriği diğer birçok bitkisel kaynaklı besinden daha yüksektir.

Kurubaklagiller esansiyel aminoasitlerin hepsini içermez. Birtakım aminoasitler kurubaklagillerde az bulunurken, tahıllarda daha fazla bulunur. Bu durum tersi için de

geçerlidir. Faydayı arttırmak için kurubaklagillerin tahıllarla birlikte tüketilmesi tavsiye edilir. Kurubaklagiller yüksek lif, düşük glisemik indeks ve kompleks karbonhidrat içeriği sayesinde tokluk sağlar, bağırsak hareketlerini ve kan şekeri düzenler (83).

2.4.2. Süt ve Süt Ürünleri

Süt ve süt ürünleri proteinler, yağlar, oligosakkaritler ve A, D, E ve K vitaminleri ile kalsiyum, magnezyum, fosfor ve çinko gibi mikro besinler gibi çok çeşitli besin öğelerinin doğal zengin kaynaklarıdır. Süt proteinleri sadece esansiyel amino asitleri içerdikleri için değil, aynı zamanda yüksek sindirilebilirlikleri ve biyoyararlanımları nedeniyle de yüksek biyolojik değere sahiptirler.

Süt ve süt ürünlerinin tüketimi yaşam döngüsünün tüm aşamalarında sağlığa katkıda bulunur. İyi bir enerji ve protein kaynağı olarak sağlıklı kemikler ve dişler için ihtiyaç duyulan çok çeşitli vitamin ve mineralleri, özellikle kalsiyumu içerdikleri için çocuk beslenmesinde önemli bir yeri vardır. Çocuk ve ergenlerde süt ürünleri tüketiminin kemik mineral yoğunluğu ve kemik sağlığı üzerine olumlu etkisi bulunmaktadır. Hamilelikte ise süt ürünleri tüketiminin fetal büyüme ve bebek doğum ağırlığı ile pozitif ilişkili olduğu belirtilmiştir. Yaşlılıkta ise fiziksel aktivite ile birlikte süt ve süt ürünlerinin kas kütlesini ve fonksiyonunu iyileştirebileceğini ve bunun da sarkopeni ve vertebra kırıkları riskini azaltabileceği belirtilmiştir (84).

2.4.3. Tahıllar

Tahıllar iyi bir lif kaynağı, B vitaminleri ve demir, magnezyum ve çinko içeriği ile kaliteli bir karbonhidrat kaynağıdır. Tahılların tüketim şekli ülkelere göre değişiklik göstermektedir. Avrupa ve Amerika’da tam tahıllı ekmek ve yulaf şeklinde tüketilirken Asya ülkelerinde ise pirinç olarak tüketilir (85).

Tam tahıl ürünlerinin tüketiminin, kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, gastrointestinal bozukluklar ve tip 2 diyabet dahil bulaşıcı olmayan hastalıkların riskinin azaltılması üzerinde faydalı bir etkiye sahip olduğu düşünülmektedir.

Yüksek diyet lifi sayesinde bu tam tahıllı ürünlerin bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesinde ve hafifletilmesinde çok önemli bir rol oynadığı yaygın olarak kabul edilmektedir.

Fakat řu anda piyasada bulunan çoğu tahıl ürünü rafine edilmiştir. Rafine etme işlemi önemli besin öğelerini, diyet lifini ve diğer fitokimyasalları üründen uzaklaştırır.

Sonuç olarak ortaya çıkan rafine ürünler tam tahıl ürünlerinden daha düşük besin kalitesine sahiptir. Rafine edilmiş tahıl ürünlerinin tam tahıllar ile değiştirilmesi tavsiye edilmektedir (86).

2.3.4. Sebze ve Meyve

Sebze ve meyveler içerdii vitaminler, mineraller, fitokimyasallar ve antioksidanlar nedeniyle sağlıklı bir beslenme için vazgeçilmezdir.

Meyve ve sebzelerin enerji yoğunluğu genellikle düşüktür. İyi bir lif ve potasyum kaynağdırlar (87). Çoğu diyet kılavuzu, her öğünün yarısının sebze ve meyvelerden oluşmasını önermektedir. Yüksek lif içeriği ve düşük glisemik indeksi nedeniyle, meyve ve sebzelerin tamamı meyve sularına tercih edilir. Yeterli düzeyde meyve ve sebze içeren diyetler koroner arter hastalığı riskini azaltır ve tip 2 diyabet, obezite, hipertansiyon ve diğer kardiyovasküler hastalık risk faktörleri olan hastalara fayda sağlar (106). 2019 yılında yayınlanan Türkiye Sağlık Araştırması raporuna göre 15 yaş üstü bireylerin %55,3'ü her gün sebze tüketirken (Tablo 2.1.), %45'i meyve tüketmektedir (Tablo 2.2.) (88).

Tablo 2. 1: Bireylerin sebze ya da salata tüketme sıklığının cinsiyete göre dağılımı (112)

	Erkek	Kadın	Toplam
Günde Bir Kere ya da Daha Fazla	%52	%58,5	%55,3
Haftada 4-6 Kere	%20,5	%19,6	%20
Haftada 1-3 Kere	%22,6	%18,6	%20,6
Haftada Bir Kereden Az	%4,1	%2,9	%3,5
Hiç	%0,7	%0,4	%0,6

Tablo 2. 2: Bireylerin meyve tüketme sıklığının cinsiyete göre dağılımı (112)

	Erkek	Kadın	Toplam
Günde Bir Kere ya da Daha Fazla	%43,4	%47,9	%45,7
Haftada 4-6 Kere	%18,7	%16,2	%17,4
Haftada 1-3 Kere	%28,6	%26,6	%27,6
Haftada Bir Kereden Az	%7,6	%7,1	%7,3
Hiç	%1,7	%2,2	%2

2.3.5. Yağ ve Şeker

Diyetteki yağlar doymuş, çoklu doymamış ve tekli doymamış olarak üç kategoriye ayrılır. Diyetdeki yağlar, serum kolesterol düzeylerini ve koroner arter hastalık riskini etkiler. Doymuş yağlarla karşılaştırıldığında, tekli veya çoklu doymamış yağların tüketimi koroner arter hastalık riskini azaltır. Zeytinyağı, kuruyemişler ve avokadodaki tekli doymamış yağlar, kardiyovasküler hastalıkları önlemede fayda sağlamaktadır. Genel olarak, balık ve bitkilerden elde edilen omega-3 ve tekli doymamış yağları tüketmek daha faydalıdır (106).

Hem yetişkinlerde hem de çocuklarda şeker alımı toplam enerji alımının %10'unun altında olmalıdır. Şeker ve şeker oranı yüksek besinleri tüketmek diş çürüğü riskini artırır, sağlıksız kilo alımına katkıda bulunur ve bu da aşırı kilo ve obeziteye yol açabilir (89).

2.5. BESLENME EĞİTİMİ

Beslenme eğitimi “sağlık ve esenliğe yardımcı olan gıda seçimlerinin ve gıda ve beslenmeyle ilgili diğer davranışların gönüllü olarak benimsenmesini kolaylaştırmak için tasarlanmış, çevresel desteklerin eşlik ettiği eğitim stratejilerinin herhangi bir kombinasyonu” olarak tanımlanmaktadır (90).

Toplumda sağlıklı beslenmeyi teşvik etmek için kullanılan, insanlara bilgi, eğitim sağlayan, onları güçlendiren ve beslenmeleriyle ilgili bilinçli kararlar vermelerini sağlayan bir araçtır. Aynı zamanda tüketim, alışveriş, yemek hazırlama, tutum ve yeme alışkanlıklarını değiştirerek olumlu bir etki sağlar (91).

Beslenme eğitiminin bilgi vermekten çok daha kapsamlı bir girişim olması gerekmektedir. Beslenme eğitimi gıda tercihleri, algılar, inançlar, tutumlar, sosyal normlar gibi kişiyle ilgili faktörleri ve çevresel faktörleri ele almalıdır. Beslenme eğitimi toplum ve politika düzeyindeki faaliyetleri içerir. Beslenme eğitiminin üç temel aşaması vardır.

1. Motivasyon: farkındalığı artırmaya ve hedef kitlenin motivasyonunu artırmaya odaklanır. Hedef kitle harekete geçerek deneyimlenecek faydaları bildiğinde bu motivasyon artırılabilir. Beslenme eğitimi ayrıca harekete geçmemenin risklerine de işaret edebilir, harekete geçmenin önündeki engelleri tespit edebilir ve bu engelleri aşmanın yollarını önerebilir.
2. Eylem: hedeflenen kitlenin harekete geçme yeteneğini kolaylaştırmaya odaklanır. Birçok insan sağlıklı beslenmeye niyet eder ancak niyetlerine göre hareket etmesi zordur. Eylem aşaması etkinlikleri (örneğin yemeğini hazırlayıp yanında götürmek) insanların zaman içinde gerçekten değişiklik yapmasına ve bunları sürdürmesine yardımcı olur. Araştırmalar, insanlar belirli eylem planları yaptıklarında, harekete geçme olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu süreç genellikle hedef belirleme olarak adlandırılır.
3. Çevre: Çevresel bileşen son derece önemli kabul edilmektedir. Eylem için çevresel destekleri teşvik etmek için politika yapıcılar ve diğer ilgili kurumlarla iş birliği yapılır. Bu nedenle beslenme eğitimcileri, sağlıklı gıdaların uygun fiyatlarla sunulması ve gıdanın seçildiği veya yenildiği yerlerde erişilebilirliği artırmak ve sosyal yapılar, kurumlar ve topluluklardaki gıda politikasını iyileştirmek için topluluk, bölgesel ve ulusal düzeyde ilgili karar vericilerle birlikte çalışır (92).

Çocukların beslenme uygulamaları ve davranışları yetişkinlik dönemindeki sağlık durumunu da potansiyel olarak etkiler.

Bu nedenle erken yaşta sağlıklı beslenme uygulamaları ve davranışları oluşturmak önemlidir. Bu yaşamın sonraki dönemlerinde optimal büyüme ve gelişmeye ve daha sağlıklı beslenme tercihlerine olanak sağlar. Beslenme eğitiminin çocukların beslenme seçimlerini etkileme, sağlığı iyileştirme ve akademik performansı artırma potansiyeline sahip olduğu çeşitli çalışmalarla ortaya konulmuştur (114).

Beslenme eğitimi müdahalelerinin etkinliği, müdahalenin süresi ve sıklığı, çalışma hedeflerinin sayısı ve ilişkisi, çalışma tasarımı ve teorisi ve müdahaledeki aslına uygunluk gibi çeşitli faktörlere bağlıdır (93).

Beslenme eğitiminin en önemli araçlarından biri de ilgili kurumlar tarafından hazırlanan ülkelere özgü beslenme rehberleridir. Bu rehberlerde bireylerin günlük olarak alması gereken besin gruplarına ve miktarlarına yer verilmiştir. Rehberlerin anlaşılmasını kolaylaştırmak için beslenme piramidi (Şekil 2.3.), sağlıklı beslenme tabağı (Şekil 2.4.) gibi çeşitli görseller geliştirilmiştir (94). Türkiye’de de bu görsellerden yararlanılmaktadır.



Şekil 2. 3: Türkiye Beslenme Rehberi 2015 “Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Piramidi” (118)



Şekil 2. 4: Türkiye Beslenme Rehberi 2015 “Sağlıklı Yemek Tabakası” (118)

2.6. BESLENME İLE İLİŞKİLİ HASTALIKLAR

2.6.1. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları tıbbi, sosyal ve psikolojik sorunlara neden olan ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen yeme davranışı bozukluklarıdır. Yeme bozukluklarının risk faktörlerinin sosyal, ailesel, gelişimsel, psikolojik, davranışsal ve biyolojik faktörleri ve yaşam olaylarını içerdiği kabul edilmektedir (95). Yeme bozuklukları çoğu durumda anksiyete, panik atak, obsesif-kompulsif bozukluk, alkol ve uyuşturucu kullanımı ile ilgili sorunlar gibi diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte ortaya çıkar (96).

Yeme bozuklukları çeşitli fizyolojik sorunlar, komorbiditeler ve mortalite riski ile ilişkilidir. Bu hastalar için ölüm oranı, tüm psikiyatrik hastalıklar arasında en yüksek olanıdır ve 15-24 yaş arası kadınlar için diğer nedenlerden on iki kat daha yüksektir. Yeme bozukluğu riskini taramak için kullanılan en yaygın ilk dört tarama aracı Yeme Tutumları Testi, Yeme Bozukluğu Envanteri, Yeme Bozukluğu Sınav Anketi ve SCOFF Anketidir (4).

Anoreksiya nervoza, bulimia nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğu Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 5. Baskı 'da (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5) tanımlanan spesifik yeme bozukluklarını temsil eder. Bunlar değişen derecelerde yeme veya kilo kontrolü davranışında kalıcı bozukluklar, bozulan beden imaj algısı ile karakterizedir (97).

Anoreksiya Nervoza'nın etiolojisi karmaşık ve çok faktörlüdür. Aile ve akran ilişkileri, benlik saygısı ve başa çıkma tarzı, medyanın ve diğer kültürel faktörlerden de etkilenmektedir. Anoreksiya Nervoza'da öne çıkan bazı davranışlar vardır.

1. Gıda alımının kasıtlı olarak kısıtlanır ve bu nedenle önemli derecede düşük vücut ağırlığı vardır.
2. Kilo ve bedene ilişkin çarpık görüş, şişmanlık korkusu ve düşük vücut ağırlığının ciddiyetini kavrayamama.
3. Şişmanlatıcı olarak algılanan gıdalardan kaçınma, aşırı egzersiz yapma, kilo kontrol ilaçları kullanma ya da mideyi boşaltma gibi davranışların ortaya çıkması.
4. Kadınlarda adet kesintisi (amenore), erkeklerde cinsel gücü etkileyen endokrin bozukluk, gençlerde ergenliğin gecikmesi.

Bunlar aynı zamanda anoreksiya nervozanın tanı kriterlerindendir (98).

Bulimia nervoza, en sık ergen kadınlarda görülen, aşırı yemeye düşkünlük ve kilo alımını önlemek için uygun olmayan telafi edici davranışlarla karakterize bir durumdur. Hastalar belirli bir süre içinde, benzer koşullarda çoğu kişinin aynı anda yiyebileceğinden çok daha fazla miktarda yiyecek tüketirler. Yemek yeme atakları sırasında hasta kontrolünü kaybeder ve tükettiği porsiyonları engelleyemez. Kilo alımını önlemek için aşırı yeme ataklarını uygunsuz telafi edici davranışlar izler. Bunlar;

1. Kendini kusturma
2. Laksatif ve diüretik kullanımı
3. Aşırı fiziksel aktivite
4. Oruç veya bilerek kendini aç bırakmadır.

Tanı koymak için ataklar üç ay boyunca en az haftada bir kez ortaya çıkmalıdır (99).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu, kısa sürede normalden daha fazla miktarda yiyecek tüketme atakları ile kendini gösteren bir durumdur. Bu atakların üç ay boyunca her hafta meydana gelmesi tanı sebebidir. Tıkınırcasına yeme bozukluğu, günlük yaşamda bozulma ile çeşitli psikolojik sorunlarla ilişkilidir. Obezite, diyabet, hipertansiyon ve kronik ağrı gibi genel tıbbi bozukluklar, komorbid durumlarından bazılarıdır. En sık obez bireylerde görülür. Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan kişilerin başvuru şikayeti kilo alımıdır. Bu bozukluğun prevalansı vücut ağırlığındaki artışla artar ve obezite sık görülen komorbiditedir. Tıkınırcasına yeme bozukluğu çok sayıda psikolojik, sosyal, kültürel ve biyolojik faktörden kaynaklanabilir. Tıkınırcasına yeme bozukluğu için risk faktörlerinden başlıcaları; çocukluk çağı obezitesi, davranış sorunları, aile içi çatışmalar ve ebeveyn sorunları, ruh sağlığı bozukluğu, madde kullanımı, fiziksel ve cinsel istismar, ailenin kilo endişeleri ve yeme sorunları, bozuk beden imaj algısıdır (100).

Tıkınırcasına yeme bozukluğunun diğer belirtileri;

1. Yemek yerken kontrol kaybı
2. Yenen miktarlar hakkında utanç ve tiksime nedeniyle yalnız yemek
3. Aç değilken yemek yemek
4. Hızlı yemek
5. Rahatsız edici bir şekilde dolana kadar yemek yemek
6. Daha sonra depresif veya suçlu hissetmektir (122).

2.6.2. Obezite

Obezite, sağlık için risk oluşturan anormal veya aşırı yağ birikimi olarak tanımlanan küresel, çok faktörlü bir hastalıktır. Obezite kardiyovasküler hastalıklar (KVH), metabolik sendrom, tip 2 diabetes mellitus, kanser gibi çeşitli komorbiditelerle ilişkilidir. Dünya çapında obezite prevalansı giderek artmaktadır. Bu nedenle sağlık ve tıbbi yönden yük oluşturmalarının yanı sıra mali yükü arttırır ve eşlik edici hastalıklar nedeniyle de önemli bir halk sağlığı sorunudur (101).

Obeziteye yol açan birkaç mekanizma vardır. Geleneksel görüş genellikle ana nedenin vücudun kullandığı enerjiden önemli ölçüde daha fazla depolanan enerji olduğu yönündedir. Fazla enerji yağ hücrelerinde depolanır, böylece karakteristik obezite

patolojisi gelişir. Yağ hücrelerinin patolojik büyümesi, obeziteden sorumlu besin sinyallerini değiştirir. Bununla birlikte son araştırmalar, gıda kaynaklarının ve besinlerin kalitesinin kilo kontrolü ve hastalıkların önlenmesi açısından diyetle alınan miktarlarından daha önemli olduğunu göstermiştir. Beslenme ve doğa, genetik ve epigenetik, çevresel ve mikro çevre arasındaki ilişkinin arka planında giderek daha fazla obeziteye yol açan etiyoloji olduğu düşünülmektedir.

Beden Kitle İndeksi (BKİ), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yönergelerine göre obeziteyi tanımlamak ve teşhis etmek için kullanılır. DSÖ yetişkinlerde, fazla kiloluyu 25,0 ile 29,9 arası BKİ, obezi 30,0 ve üzeri BKİ olarak tanımlar. Obezite ayrıca sınıf I (BKİ 30.0-34.9), sınıf II (BKİ 35.0-39.9) ve sınıf III (BKİ $\geq$ 40.0) olmak üzere üç ayrı şiddet düzeyinde sınıflandırılır. Bununla birlikte, vücut yağ yüzdesinde büyük bireysel farklılıklar vardır. Cinsiyete, etnik kökene ve yaşa göre de değişiklik gösterebilir. Karın bölgesinde aşırı yağ birikmesi “abdominal obezite” olarak adlandırılır ve daha büyük sağlık riskleri ile ilişkilidir (102). Kadınların bel çevresi 80 cm üzerinde ise riskli 88 cm üzerindeyse obez olarak, erkeklerde ise 94 cm üzeri riskli 102 cm üzeri obez olarak değerlendirilir (103). Türkiye Sağlık Araştırması 2019 verilerine göre 15 yaş üzeri bireylerin %35’i fazla kilolu, %21,1’i obezdir (112).

Obezitenin etkin bir şekilde tedavi edilmesi için çeşitli tedavi yöntemleri bulunmaktadır. Bunlar yaşam tarzı değişiklikleri, diyet değişikliği, fiziksel aktivitenin artırılması, ilaç kullanımı ve bariatrik cerrahidir.

Obezite tedavisinin temel taşı kapsamlı bir yaşam tarzı müdahalesidir. Bu kapsamda davranış eğitimi, enerji alımını azaltmak için diyet değişikliği ve fiziksel aktivitede artış olarak üç temel strateji bulunmaktadır.

Kilo kaybı için uygulanacak diyet günlük gerekenden daha az enerjiye sahip olmalı ve hastanın uyacağı ve başka sağlık yararları da sağlayacağı bir diyet olmalıdır. Fiziksel aktivitenin artırılması obezite yönetimi için kapsamlı yaşam tarzı müdahalesinin önemli bir bileşenidir. Tavsiyeler haftada 150 dakikadan fazla (haftada en az 5 gün, >30 dakika/gün’e) bir hedefe ulaşmak için kademeli olarak artan aerobik fiziksel aktiviteyi (hızlı yürüyüş gibi) önermektedir. Kilo kaybından bağımsız olarak genel sağlık için de faydaları vardır.

Bariatrik cerrahi, özellikle düşük riskli laparoskopik prosedürlerin ortaya çıkmasından bu yana, hızlı bir şekilde şiddetli obezite için bir tedavi seçeneği olarak

kullanılmaya başlanmış ve 2013'te dünya çapında yaklaşık yarım milyon prosedür uygulanmıştır (104).

2.6.3. Diyabet

Diyabetin tanımlayıcı özelliği hipergliseminin varlığıdır. Diyabetin en yaygın biçimleri, pankreas beta hücresi yıkımına bağlı olarak mutlak bir insülin eksikliğinin ortaya çıktığı tip 1 diyabet ve insülin direncinin hiperglisemiye yol açabileceği tip 2 diyabettir. Genetik geçmiş, sağlıksız beslenme alışkanlıkları ve hareketsiz yaşam tarzı tip 2 diyabete yatkınlık oluşturmada önemli bir rol oynar (105).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, yetişkinler arasında diyabetes mellitusun küresel prevalansı giderek artmaktadır. 2012 yılında diyabetten dolayı 1,5 milyon kişinin öldüğü bildirilmiştir. Diyabete bağlı ölümlerin yüzdesi düşük ve orta gelirli ülkelerde yüksek gelirli ülkelere göre daha yüksektir (106). Türkiye'de diyabet görülme sıklığı erkeklerde %8,2 kadınlarda ise %12,2'dir. Son bir yıl içerisinde kan şekeri ölçümü yaptıranların oranı %44,4'tür (112).

Diyabet sadece yaşam kalitesini ve yaşam beklentisini azaltmakla kalmaz, aynı zamanda böbrekler, kardiyovasküler sistem, retina, sinir sistemi ve karaciğer gibi periferik dokularda çok sayıda komplikasyonun da önemli bir nedenidir (107).

Diyabetik böbrek hastalığı (diyabetik nefropati), %30-40 prevalans oranıyla tip 1 ve tip 2 diyabetin mikrovasküler bir komplikasyonu olarak gelişir. Son dönem böbrek hastalığı vakalarının %30-47'sini diyabetik böbrek hastalığı oluşturur ve diyabetle ilişkili ölümlerin başlıca nedenlerinden biridir. Kan şekeri seviyelerinin daha iyi kontrolü, diyabetik böbrek hastalığının ilerlemesinde azalmaya katkı sağlayabilir.

Kardiyovasküler hastalık (KVH), diyabetli hastalarda en sık görülen mortalite ve morbidite nedenidir. Tip 2 diyabet hastalarının %30'dan fazlası kardiyovasküler komplikasyonlardan muzdariptir ve tip 2 diyabete bağlı ölümlerin yaklaşık yarısı KVH nedeniyle meydana gelmektedir. Bu hastalıklar ateroskleroz, miyokard enfarktüsü, kalp yetmezliği ve kardiyomiyopati olarak sıralanabilir.

Diyabetik retinopati, diyabetin sık görülen bir komplikasyonudur. Hastaların yaklaşık %20'sinde diyabet tanısı anında diyabetik retinopati vardır ve hastaların %40-45'inde hastalığın seyri sırasında retinopati gelişir. Retinopati diyabetin görmeyi tehdit eden bir komplikasyonudur.

Diyabet hastalarının yaklaşık yarısı, diyabetik nöropati olarak bilinen otonom ve periferik sinir sistemlerinde komplikasyonlar yaşar. Çoğu durumda, diyabetik nöropati, ellerde ve alt uzuvlardaki periferik duyu sinir uçlarını etkiler, ağrı, yanma, karıncalanma hissi ve uyuşmaya neden olur. Hastalık ilerledikçe alt ekstremitelerdeki motor sinir uçları hasar görerek denge kaybına ve his kaybı ile ayak uyuşmasına neden olur (108).

Yüksek kalori alımı ve egzersiz eksikliği, tip 2 diyabetin ana katkıda bulunan nedenleri ve müdahalenin ana hedefleridir. Yaşam tarzı değişiklikleri yeterli iyileşme sağlamazsa, ilaç tedavisi ile kan şekeri regülasyonunu sağlamak amaçlanır (109).

Diyabet ve komplikasyonlarının önlenmesinde yaşam tarzı değişikliği esastır.

1. İdeal kiloda olmak ve sürdürmek,
2. Günde 30 dk fiziksel aktivite yapmak,
3. Şeker ve doymuş yağları azaltarak sağlıklı bir diyet uygulamak,
4. Tütün ve tütün ürünleri kullanmaktan kaçınmak diyabetin önlenmesinde etkili olan faktörlerdir (110).

2.6.4. Kardiyovasküler Hastalıklar

Kardiyovasküler hastalıkların kapsamını kalp yetmezliği, periferik arter hastalığı, koroner kalp hastalıkları, konjenital kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, hipertansiyon, romatizmal kalp hastalıkları ve kardiyomiyopatiler oluşturur (111). Kardiyovasküler hastalıklar küresel mortalite ve morbidite açısından ilk sırada yer almaktadır. Hipertansiyon, obezite veya fazla kilo, diyabet, dislipidemi, sigara ve tütün kullanımı, alkol ve yaş kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörüdür.

Yaş kardiyovasküler sistemin optimal işlevselliğini bozmada önemli bir rol oynar, bu nedenle bu hastalıkların prevalansı yaşla birlikte artar (112).

Kardiyovasküler hastalıklar için çoğu diyet ve fiziksel aktivitedeki değişikliklerle düzeltilebilen birden fazla risk faktörü vardır. Bu değişiklikler hem birincil hem de ikincil koruma için önemlidir (113).

Günlük fiziksel aktivite ve egzersiz kardiyovasküler sağlığı olumlu yönde etkiler. Yüksek düzeyde günlük fiziksel aktivite ideal HDL kolesterol ve trigliserit düzeyleri ve kardiyovasküler olay yaşama riskinin azalması, düşük KVH mortalitesi ile ilişkilidir.

Egzersizin pıhtılaşma, kan basıncı ve kardiyovasküler sağlık üzerinde olumlu fizyolojik etkileri vardır. Genel olarak haftada 150 dakika orta ila şiddetli fiziksel aktiviteye ulaşmanın önemli kardiyometabolik ve genel sağlık yararları ile ilişkili olduğu konusunda bir fikir birliği vardır. Bununla birlikte kronik hastalığı olan popülasyonlar ve hareketsiz olanlar arasında yetersiz fiziksel aktivitedeki küçük artışlar, kardiyovasküler sağlığı iyileştirmeye ve ölüm riskini azaltmaya önemli ölçüde katkı sağlar (114).

Kardiyovasküler hastalıklar için beslenme önerileri genellikle diyet modelleri, besin grupları ve besin öğeleri olarak 3 farklı şekilde sıralanabilir. Örneğin akdeniz diyeti veya DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) diyeti kardiyovasküler sağlık için önerilen diyetler arasında öne çıkarken, besin gruplarında da yüksek lif oranı ile tam tahıllar, sebze ve meyveler öne çıkmaktadır. Besin öğeleri açısından düşük sodyumlu ve doymuş yağlardan uzak kalınan bir beslenme tarzı tavsiye edilmektedir.

Akdeniz diyeti gibi sağlıklı beslenme kalıpları, KVH riski üzerinde önemli faydalı etkilere sahiptir. Fındık, kepekli tahıllar, baklagiller ve diyet lifi gibi besin gruplarının ve besin maddelerinin yüksek alımı ve orta derecede balık alımı da KVH'yi önlemeye yardımcı olurken, yüksek trans yağ asitleri alımı KVH riskini önemli ölçüde artırır. Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi için diyet önerileri, tek besin grupları veya besinlerden daha sağlıklı diyet kalıplarına odaklanmalıdır (115).

Sağlık Bakanlığı tarafından “Türkiye Kalp Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı” yürütülmektedir. Bu programın başlıca amaçları;

1. KVH için risk faktörlerinin önlenmesi,
2. Erken tanı, tedavi ve izleme,
3. Acil durumlarda müdahale yöntemleri, komplikasyonların önlenmesi, rehabilitasyonun sağlanmasıdır (135).

2.6.5. Kanser

Kanserler, Dünya Sağlık Örgütü'ne göre hem erkeklerde hem de kadınlarda dünya çapında en büyük yükü oluşturan hastalıklardandır (116). Kanserler, anormal hücrelerin kontrolsüz büyümesi ve yayılmasından kaynaklanır. Bu hücreler çevre dokuları istila eder ve uzak bölgelere metastaz yapar (117).

Lösemiler, ardından beyin ve sinir sistemi kanserleri ve lenfomalar 14 yaş ve altındaki kişilerde en yaygın görülen kanserlerdir. 15-49 yaş aralığında meme kanseri en sık görülen malignite olup bunu karaciğer ve akciğer kanserleri izlemektedir. 50-59 yaş aralığında en sık görülen malign hastalık akciğer kanseri, karaciğer ve meme kanserleridir. 60 yaş ve üzeri kişilerde en sık maligniteler akciğer, kolorektal, mide ve karaciğer kanserleridir (140).

Yaşam tarzı değişiklikleri, kanserin önlenmesi için önemli bir stratejidir. Daha iyi diyet seçimlerinin, fiziksel aktivitenin artırılmasının, sağlıklı bir kilonun korunmasının, tütün kullanımını durdurmanın, alkol alımını durdurmanın kanser riskini azaltabileceğini gösteren güçlü kanıtlar bulunmaktadır.

Bazı gıda katkı maddeleri, gıda toksinleri, yüksek yağ alımı, alkol gibi birçok faktör kanser gelişmesine katkı sağlar yüksek tümör insidansına neden olur. Trans yağ asitleri gibi yağlar hücre fonksiyonunu bozabilir ve kanser gelişiminde rol oynayabilirler. Ek olarak, diyet kolesterolünün de tümör gelişiminde rol oynadığı düşünülmektedir (141).

Kanserde erken tanı ve tedavi son derece önem arz etmektedir. Türkiye’de “Türkiye Kanser Kontrol Programı” dahilinde tarama faaliyetleri yürütülmektedir. Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri’nde (KETEM) ücretsiz olarak meme, serviks ve kolorektal kanserlerine karşı tarama hizmetleri verilmektedir (118).

2.7. BESLENME VE KÜLTÜR

Beslenme biyolojik bir eylem olmasının yanı sıra beslenmenin sağlanması için besinlerin üretimi, tüketiciye ulaşması, hazırlanması, tüketildiği ortam, kişiler sebebiyle de aynı zamanda kültürel bir olgudur (119).

Uluslararası öğrenciler, eğitim amacıyla ulusal veya bölgesel bir sınırı geçerek göç etmiş ve menşe ülkelerinin dışında kayıtlı olan kişilerdir. Göç ise kültürleşmeyi etkileyen önemli bir faktördür.

Yemek kültürel kimliğin başlıca bileşenidir, dolayısıyla kültürel kalıplardaki değişiklikler, bireyin yemek kalıplarındaki değişikliklere paraleldir. Yeni bir ülkeye göç eden bireyler, ev sahibi ülkenin yemek seçimlerini ve yeme alışkanlıklarını benimseme eğilimindedir. Bu süreç “diyet kültürü” olarak tanımlanır (120).

Diyet kültürü, bir kişinin kendi ülkesinden farklı bir yemek ortamına veya kültürüne sahip yeni bir ev sahibi ülkeye taşındığında diyetinin değiştiği ve adapte olduğu karmaşık, çok boyutlu bir süreçtir.

Bu sadece menşe ülkenin diyetinden yeni ev sahibi ülkenin diyet modellerine tek yönlü bir değişiklik değildir, daha ziyade menşe ülke ve kültür, g yaşı, sosyoekonomik faktörler, politik faktörler ve kişisel tercihler gibi birçok faktöre bağlıdır (121).

Diyet kültürünün değişimi, uluslararası öğrenciler arasında öğün atlama, yüksek kalorili gıdaların alımının artması ve meyve ve sebze tüketiminin azalması gibi sağlıksız diyet uygulamalarına yol açmaktadır. Sonuç olarak, bu öğrencilerde kilo artışı gözlemlenmiş ve bu da onları beslenmeye bağlı kronik hastalıklara karşı savunmasız hale getirmiştir (144).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı, üniversite öğrencilerinin sağlığın korunması ve geliştirilmesi için en önemli unsurlardan biri olan sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumlarını araştırmaktır. Türk ve yabancı uyruklu öğrencilerin sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumları arasında karşılaştırma yapılmış ve bu farka neden olan değişkenler araştırılmıştır. Türkiye’de Türk ve yabancı uyruklu öğrencilerin sağlıklı beslenme tutumlarını inceleyen yeterince çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma ile literatüre katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Araştırma Sorusu: Bir üniversitedeki Türk ve yabancı uyruklu öğrencilerin sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumları arasında fark var mıdır?

3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma belirli bir zaman dilimini kapsadığı için kesitsel, belli bir olgunun varlığını açıklamaya çalıştığı için de tanımlayıcı saha araştırması niteliğinde bir çalışmadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Bu araştırma 6 Temmuz 2021- 25 Ocak 2022 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Yerleşkesi’nde yapılmıştır.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Bu araştırmanın evrenini Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Yerleşkesi’ndeki öğrenciler oluşturmaktadır. Evren büyüklüğü çift uyruklu öğrencileri dışladıktan sonra 10531 kişidir. Bunların 9585’i Türk 946’sı yabancı uyruklu öğrencidir. Çalışmanın örneklem büyüklüğünü belirleme üzere G Power 3.1 programında analiz yapılmıştır. Yanılma düzeyi $\alpha=0.05$, güç $(1 - \beta)= 0.80$ ve etki büyüklüğü $d=0.30$ alınarak yapılan analiz sonucunda gruplara 139 birey olmak üzere toplam 278 bireye ihtiyaç olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışma ile 366 Türk, 140 yabancı uyruklu, 29 çift uyruklu öğrenciye ulaşılmıştır. Çift uyruklu öğrenciler çalışmanın dışlanma kriteri olarak alındığından çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Yerleşkesi ile sınırlıdır.

3.6. VERİLERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Veri toplama döneminin hibrit eğitim ve tatil dönemini kapsamaması nedeniyle Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Külliyesi'nde ulaşılabilen öğrencilere yüz yüze anket yapılmış, okulda ulaşamayan öğrenciler içinse Google Formlar üzerinden oluşturulan anket uygulanmıştır. Çalışmaya katılım gönüllük esasına dayalı olup çalışmadan önce katılımcılar Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu (Ek-1) onaylamışlardır.

3.7. VERİLERİ TOPLAMA ARACI

Araştırmada veriler anket aracılığı ile toplanmıştır. Katılımcılara araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik bilgiler ve sağlıklı yaşama yönelik sorular içeren bir anket formu (Ek-2) ve Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği (SBİTÖ) (Ek-3) uygulanmıştır.

3.7.1. Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği (SBİTÖ)

Tekkurşun Demir ve Cicioğlu (65) tarafından geliştirilen ölçek 21 madde ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu faktörler, Beslenme Hakkında Bilgi, Beslenmeye Yönelik Duygu, Olumlu Beslenme ve Kötü Beslenme şeklindedir.

- Beslenme Hakkında Bilgi: 1.,2.,3.,4., ve 5. madde
- Beslenmeye Yönelik Duygu: 6.,7.,8.,9.,10., ve 11. madde
- Olumlu Beslenme: 12.,13.,14.,15. Ve 16. madde
- Kötü Beslenme: 17.,18.,19.,20. Ve 21. maddeden oluşmaktadır.

Ölçekteki olumlu maddelerin derecelendirmesi “Kesinlikle Katılmıyorum”, “Katılmıyorum”, “Kararsızım”, “Katılıyorum”, “Kesinlikle Katılıyorum” şeklinde yapılmıştır. Olumlu tutum maddeleri 1, 2, 3, 4, 5, olumsuz tutum maddeleri 5, 4, 3, 2, 1 olacak şekilde puanlanmıştır.

- Olumlu maddeler: 1., 2., 3., 4., 5., 12., 13., 14., 15. ve 16. maddedir.
- Olumsuz maddeler: 6., 7., 8., 9., 10., 11., 17., 18., 19., 20. ve 21. maddedir.

Ölçekten 21-105 arası puan alınabilir. Katılımcıların aldığı 21 puan çok düşük, 23-42 puan düşük, 43-63 puan orta, 64-84 puan yüksek ve 85-105 puan ideal düzeyde yüksek sağlıklı beslenmeye ilişkin tutuma sahip olduğu şeklinde açıklanır.

Ölçeğin iç tutarlılık katsayıları, Beslenme Hakkında Bilgi faktörü için ,90, Beslenmeye Yönelik Duygu faktörü için ,84, Olumlu Beslenme faktörü için ,75 ve Kötü Beslenme faktörü için ,83 şeklindedir.

3.8. VERİLERİN ANALİZİ

Bu çalışmada elde edilen veriler lisanlı SPSS 25 paket programı ile analiz edilmiştir.

Değişkenlerin normal dağılımdan gelme durumları araştırılırken birim sayıları nedeniyle Kolmogorov-Smirnov testinden yararlanılmıştır. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda değişkenlerin normal dağılımdan gelmediği belirtilmiştir.

Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin normal dağılımdan gelmemeleri nedeniyle Mann Whitney U ve Kruskal Wallis H Testinden yararlanılmıştır.

Değişkenler arası ilişki incelenirken normal dağılımdan gelmemeleri nedeniyle Spearman Korelasyon testi uygulanmıştır.

Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı bir farklılığın olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın olmadığı belirtilmiştir.

3.9. ARAŞTIRMANIN İZİNLERİ

Bu araştırma Sağlıklı Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Kurulu'nun 04.06.2021 tarihli 19/32 karar sayılı izni ile yapılmıştır (Ek-4).

Çalışmada kullanılan ölçek için ilgili yazardan izin alınmıştır (Ek-5).

4. BULGULAR

Çalışmaya katılanların %73,32' sinin kız, %26,68' inin erkek olduğu, %72,33' ünün Türk, %27,67' sinin yabancı uyruklu öğrenci olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %63,04'ünün evde ailesiyle, %19,76'sının yurttta, %17,19'unun öğrenci evinde yaşadığı bulunmuştur.

Katılımcıların %42,29'unun aylık harcamasının 650 TL ve altında, %23,91'inin 651-1000 TL arasında, %14,43'ünün 1001-1500 TL arasında, %11,26'sının 1501-2000 TL arasında, %8,1'inin 2001 TL ve üzerinde olduğu tespit edilmiştir. %50'sinin harçlıklarını ve giderlerini ailesi aracılığıyla, %6,9'unun burs/kredi ile, %4,35'inin çalışarak karşıladığı görülmüştür. Katılımcıların yaş medyanları 20 (17-49), boy medyanları 166 (150-198), kilo medyanları 60 (40-137), BKİ medyanları 21,47 (15,21-42,45) olarak bulunmuştur (Tablo 4.1).

Tablo 4. 1: Sosyodemografik özelliklere ilişkin tablo

	n (%)
Cinsiyet	
Kız	371 (73,32)
Erkek	135 (26,68)
Uyruk	
T.C.	366 (72,33)
Yabancı	140 (27,67)
Nerede yaşıyorsunuz?	
Evde, Ailemle	319 (63,04)
Yurttta	100 (19,76)
Öğrenci Evi	87 (17,19)
Aylık harcamanız TL cinsinden ne kadardır?	
650 TL ve altı	214 (42,29)
651-1000 TL	121 (23,91)
1001-1500 TL	73 (14,43)
1501-2000 TL	57 (11,26)
2001 TL +	41 (8,1)
Harçlığınızı ve giderlerinizi nasıl karşılıyorsunuz?	
Aile	253 (50)
Burs/Kredi	35 (6,92)
Aile + Burs/Kredi	138 (27,27)
Çalışarak	22 (4,35)
Aile + Çalışarak	43 (8,5)
Burs/kredi + Çalışarak	15 (2,96)
Med (min-maks)	
Yaş	20 (17-49)
Boy (cm)	166 (150-198)

Tablo 4.1 (devam)

Kilo (kg)	60 (40-137)
BKİ	21,47 (15,21-42,45)

BKİ: Beden Kütle İndeksi

Çalışmaya katılan yabancı öğrencilerin 27 farklı uyruktan geldiği tespit edilmiştir. Bunların %20'si İran, %18,6'sı Suriye, %12,1'i Azerbaycan'dan gelmektedir (Tablo 4.2).

Tablo 4. 2: Yabancı öğrencilerin uyruklarına ilişkin frekans dağılım tablosu

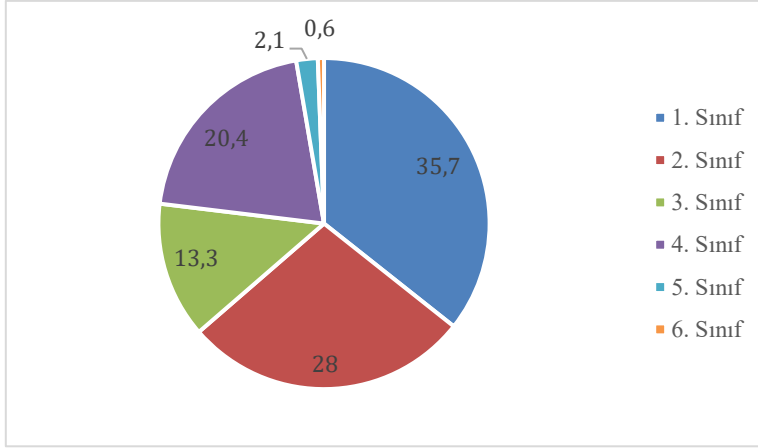
	n	%
Afganistan	2	1,4
Almanya	6	4,3
Avusturya	2	1,4
Azerbaycan	17	12,1
Birleşik Arap Emirliği	1	0,7
Bosna	1	0,7
Bulgaristan	6	4,3
Çad	4	2,9
Çin	5	3,6
Doğu Türkistan	2	1,4
Filipinler	2	1,4
Filistin	7	5,0
Hollanda	3	2,1
Irak	1	0,7
İran	28	20,0
İsviçre	1	0,7
Mısır	2	1,4
Özbekistan	1	0,7
Pakistan	2	1,4
Rusya	2	1,4
Sırbistan	1	0,7
Somali	1	0,7
Suriye	26	18,6
Suudi Arabistan	2	1,4
Türkmenistan	10	7,1
Ukrayna	1	0,7
Yunanistan	4	2,9
Toplam	140	100,0

Çalışmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Külliyesi'ndeki tüm fakültelerden ve Meslek Yüksekokulundan katılım sağlanmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4. 3: Öğrencilerin eğitim bilgilerine ilişkin frekans dağılım tablosu

	n	%
Hamidiye Diş Hekimliği Fakültesi	2	0,4
Hamidiye Eczacılık Fakültesi	62	11,6
Hamidiye Hemşirelik Fakültesi	60	11,2
Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi	99	18,5
Hamidiye Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu	128	23,9
Hamidiye Yaşam Bilimleri Fakültesi	23	4,3
Hamidiye Tıp Fakültesi	50	9,3
Hamidiye Uluslararası Eczacılık Fakültesi	9	1,7
Hamidiye Uluslararası Hemşirelik Fakültesi	8	1,5
Hamidiye Uluslararası Tıp Fakültesi	94	17,6
Toplam	535	100,0

Katılımcıların %35,7'sinin 1. Sınıf, %28'inin 2. Sınıf, %13,3'ünün 3. Sınıf, %20,4'ünün 4. Sınıf, %2,1'inin 5. Sınıf, %0,6'sının 6. Sınıf olduğu tespit edilmiştir (Şekil 4.1).



Şekil 4. 1: Katılımcıların sınıflara göre dağılımı

Katılımcıların %90,51'inin yemeklerini evde yediği, %32,41'inin düzenli olarak fiziksel aktivite yaptığı, fiziksel aktivite yapanların %55,36'sının haftada en az 3 gün fiziksel aktivite yaptığı, %12,06'ının sigara, %6,32'sinin alkol tükettiği görülmüştür (Tablo 4.4).

Tablo 4. 4: Sağlık ve beslenmeye ilişkin sorulara dair frekans dağılım tablosu

	n	%
Yemeklerinizi daha çok nerede yersiniz?		
Evde	458	90,51
Restoranda/Dışarıdan sipariş	48	9,49
Düzenli olarak fiziksel egzersiz yapıyor musunuz?		
Evet	164	32,41
Hayır	342	67,59
Ne sıklıkta fiziksel egzersiz yapıyorsunuz?		
Ayda 1-2 saat	8	4,76
Haftada 1-2 saat	35	20,83
Haftada en az 3 gün	93	55,36
Her gün	32	19,05
Sigara kullanıyor musunuz?		
Evet	61	12,06
Hayır	405	80,04
Bazen	40	7,91
Alkol kullanıyor musunuz?		
Evet	32	6,32
Hayır	416	82,21
Bazen	58	11,46

Çalışmaya katılan Türk öğrencilerin %94,74' ünün Türk yemeklerini en sık tercih ettiği, %61,38' inin Fast-Food yemeklerini bazen tercih ettiği tespit edilmiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4. 5: Türk öğrencilerin yemek tercihlerine ilişkin frekans dağılım tablosu

		n (%)
Türk yemekleri	En sık Tercih Edilen	342 (94,74)
	Bazen Tercih Edilen	17 (4,71)
	Nadiren Tercih Edilen	2 (0,55)
Fast food	En sık Tercih Edilen	55 (16,47)
	Bazen Tercih Edilen	205 (61,38)
	Nadiren Tercih Edilen	74 (22,16)

Çalışmaya katılan yabancı uyruklu öğrencilerin %50,71'inin Türk yemeklerini bazen tercih ettiği, %62,14' ünün kendi memleket yemeklerini en sık tercih ettiği ve %51,43' ünün Fast-Food yemeklerini bazen tercih ettiği bulunmuştur (Tablo 4.6).

Tablo 4. 6: Yabancı öğrencilerin yemek tercihleri öncelik sırasına ilişkin frekans dağılım tablosu

		n (%)
Türk yemekleri	En sık Tercih Edilen	54 (38,57)
	Bazen Tercih Edilen	71 (50,71)
	Nadiren Tercih Edilen	15 (10,71)
Kendi memleketinizin yemekleri (yabancı uyruklular için)	En sık Tercih Edilen	87 (62,14)
	Bazen Tercih Edilen	35 (25)
	Nadiren Tercih Edilen	18 (12,86)
Fast food	En sık Tercih Edilen	21 (15)
	Bazen Tercih Edilen	72 (51,43)
	Nadiren Tercih Edilen	47 (33,57)

Çalışmaya katılan Türk öğrencilerin tercih edilen yemekteki önem sıraları incelendiğinde, %81,42' si “tat” için çok önemli, %41,26' sı “görüntü” için önemli, %39,07' si “marka” orta derecede önemli, %46,99' u “fiyat” için önemli ve %28,69' u “kalori” az önemli olarak, yabancı öğrencilerin tercih edilen yemekteki önem sıraları incelendiğinde, %77,14'ü “tat” için çok önemli, %40,71' i “görüntü” için önemli, %34,29' u “marka” orta derecede önemli, %40' ı “fiyat” için önemli olduğu ve %28,57'

si “kalori” az önemli derecede olarak bulunmuştur. Tercih edilen yemekteki önem sıralarından tat, marka ve fiyat düzeyleri ile uyruklar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4. 7: Tercih edilen yiyecekteki önem sıralarına ilişkin frekans dağılım tablosu

		T.C.	Diğer	Ki-kare	p
Tat	Önemsiz	0 (0)	3 (2,14)	13,95	0,007*
	Az Önemli	0 (0)	2 (1,43)		
	Orta Derece Önemli	6 (1,64)	1 (0,71)		
	Önemli	62 (16,94)	26 (18,57)		
	Çok Önemli	298 (81,42)	108 (77,14)		
Görüntü	Önemsiz	9 (2,46)	5 (3,57)	5,604	0,231
	Az Önemli	13 (3,55)	11 (7,86)		
	Orta Derece Önemli	98 (26,78)	39 (27,86)		
	Önemli	151 (41,26)	57 (40,71)		
	Çok Önemli	95 (25,96)	28 (20)		
Marka	Önemsiz	32 (8,74)	25 (17,86)	10,29	0,036*
	Az Önemli	70 (19,13)	22 (15,71)		
	Orta Derece Önemli	143 (39,07)	48 (34,29)		
	Önemli	92 (25,14)	29 (20,71)		
	Çok Önemli	29 (7,92)	16 (11,43)		

Tablo 4.7 (devam)

Fiyat	Önemsiz	4 (1,09)	8 (5,71)	15,94	0,003*
	Az Önemli	13 (3,55)	9 (6,43)		
	Orta Derece Önemli	59 (16,12)	33 (23,57)		
	Önemli	172 (46,99)	56 (40)		
	Çok Önemli	118 (32,24)	34 (24,29)		
Kalori	Önemsiz	73 (19,95)	24 (17,14)	2,055	0,726
	Az Önemli	105 (28,69)	36 (25,71)		
	Orta Derece Önemli	104 (28,42)	40 (28,57)		
	Önemli	54 (14,75)	25 (17,86)		
	Çok Önemli	30 (8,2)	15 (10,71)		

Uyruklar arasında yaş, boy, kilo ve BKİ değerlerinin karşılaştırılması sonucunda; Türk öğrencilerin yaş medyanı 20 yabancı uyruklu öğrencilerin 21 olduğu ($p<0,001$), boy ($p=0,206$), kilo ($p=0,203$) ve BKİ ($p=0,250$) değerleri bakımından ise anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.8).

Tablo 4. 8: Uyruklar arasında yaş, boy, kilo ve BKİ değerlerinin karşılaştırılması

	Türk	Yabancı Uyruklu	Z	p
Yaş	20 (17-49)	21 (17-34)	-5,2	<0,001*
Boyunuz (cm)	165,5 (150-198)	166 (150-189)	-1,264	0,206

Tablo 4.8 (devam)

Kilonuz (kg)	60 (40-137)	61 (42-130)	-1,273	0,203
BKİ	21,3039 (15,21-38,35)	21,7866 (16,97-42,45)	-1,15	0,250

BKİ: Beden Kütlesi İndeksi

Uyruklar arasında BKİ kategorileri bakımından anlamlı farklılık olmadığı ($p=0,104$) tespit edilmiştir (Tablo 4.9).

Tablo 4. 9: Uyruklar arasında BKİ kategorileri bakımından karşılaştırması

		T.C.	Diğer	Ki-kare	p
BKİ Düzey	Zayıf	54 (14,75)	14 (10)	6,04	0,104
	Normal	245 (66,94)	96 (68,57)		
	Kilolu	52 (14,21)	28 (20)		
	Obez	15 (4,1)	2 (1,43)		

BKİ: Beden Kütlesi İndeksi

Yabancı uyruklu katılımcıların %28,6'sının en sık kendi milletinden arkadaşlarıyla görüştüğü, %50'sinin hepsiyle eşit oranda görüştüğü bulunmuştur. Öğrencilerin %51,4'ü Türkçe dil yeterliliğini çok iyi olarak belirtirken %1,4'ü kötü olarak belirtmiştir. Türkiye' ye geldikten sonra kilo değişimleri incelendiğinde, %29,3' ünün kilo aldığı, %50' sinde değişim olmadığı ve %20,7' sinin kilo verdiği ve Türkiye' ye geldikten sonra beslenme alışkanlığı değişme durumları incelendiğinde, %64,3' ünün beslenme alışkanlığının değiştiği ve %35,7' sinin beslenme alışkanlığının değişmediği görülmüştür. Beslenme alışkanlığı değişimi olanların, %27,78'inin daha çok sebze tükettiği, %32,22' sinin daha çok et/balık/tavuk tükettiği, %54,44' ünün daha çok Fast-food ve hazır gıda tükettiği, %36,67' sinin daha çok şekerli gıda tükettiği, %14,44' ünün daha çok meyve tükettiği ve %17,78'inin daha az yağlı gıdalar tükettiği tespit edilmiştir (Tablo 4.10).

Tablo 4. 10: Yabancı uyruklu öğrencilere yönelik soruların frekans dağılımları

	n	%
Okulda ve okul dışında en çok kimlerle görüşüyorsunuz?		
Türk arkadaşlarla	40	28,6
Kendi Milletinden Arkadaşlarla	40	28,6
Hepsiyle Eşit Oranda	52	37,1
Diğer Yabancılar	8	5,7
Türkçe dil yeterliliğiniz nedir?		
Çok iyi	72	51,4
İyi	49	35
Orta	17	12,1
Kötü	2	1,4
Türkiye'ye geldikten sonra kilonuzda değişim oldu mu?		
Kilo aldım	41	29,3
Değişim olmadı	70	50
Kilo verdim	29	20,7
Türkiye'ye geldikten sonra beslenme alışkanlıklarınız değişti mi?		
Değişti	90	64,3
Değişmedi	50	35,7
Eğer beslenme alışkanlıklarınızda değişim olduysa nasıl oldu? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)		
Daha Çok Sebze Tüketiyorum	25	27,78
Daha çok et/balık/tavuk tüketiyorum	29	32,22
Daha çok fast food ve hazır gıda tüketiyorum	49	54,44
Daha çok şekerli gıdalar tüketiyorum.	33	36,67
Daha çok meyve tüketiyorum	13	14,44
Daha az yağlı gıdalar tüketiyorum.	16	17,78

Yabancı uyruklu öğrencilerin menşei bulundukları ülkelerinde geçirdikleri sürenin medyanı 15,5 (1-32) yıl, Türkiye’de geçirdikleri sürenin medyanı 4 (1-22) yıl olarak bulunmuştur.

Beslenme hakkında bilgi alt boyut maddelerinin güvenilirlik test sonucunun 0,963, Beslenmeye yönelik duygu alt boyut maddelerinin 0,754, Olumlu beslenme alt boyut maddelerinin 0,857, Kötü beslenme alt boyut maddelerinin 0,824 ve sağlık beslenme bilgi ölçeğinin güvenilirlik testi sonucunun 0,822 olarak hesaplandığı görülmüştür. Bu istatistik değerinin 0,70' den büyük olması ölçeğin güvenilirliğini göstermektedir (Tablo 4.11).

Tablo 4. 11: Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği düzeylerine ilişkin normallik testi sonucu

Cronbach's Alpha	N of Items	Adı
0,963	5	Beslenme Hakkında Bilgi
0,754	6	Beslenmeye Yönelik Duygu
0,857	5	Olumlu Beslenme
0,845	5	Kötü Beslenme
0,822	21	Ölçek Toplam

Türk öğrencilerin beslenme hakkında bilgi düzey ortalamalarının 19,23, Yabancı uyruklu öğrencilerin ise ortalama 18,33 olduğu, Beslenmeye yönelik duygu düzeylerinin ortalama 17,70, yabancı uyruklu öğrencilerin ortalama 18,19, Olumlu beslenme düzeylerinin Türk öğrencilerde ortalama 17,09, yabancı öğrencilerde ortalama 16,02, Kötü beslenme düzeylerinin Türk öğrencilerde ortalama 10,85, yabancı öğrencilerde ortalama 11,93, SBİTÖ toplam puan düzeylerinin Türk öğrencilerde ortalama 73,17, Yabancı öğrencilerde ortalama 70,61 olduğu görülmüştür (Tablo 4.12).

Tablo 4. 12: SBİTÖ düzeylerine ilişkin frekans dağılım tablosu

	Türk	Yabancı	Türk ort ss	Yabancı ort ss
Beslenme Hakkında Bilgi	20 (5-25)	20 (5-25)	19,23±5,63	18,33±6,37
Beslenmeye Yönelik Duygu	17 (6-30)	18 (8-30)	17,70±5,38	18,19±4,9
Olumlu Beslenme	18 (5-25)	17 (5-25)	17,09±5,32	16,02±5,4

Tablo 4. 12 (devam)

Kötü Beslenme	10 (5-25)	11 (5-25)	10,85±4,65	11,93±4,9
SBİTÖ	73 (34-103)	74 (33-94)	73,17±11,93	70,61±13,97

SBİTÖ: Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği

SBİTÖ puan düzeyleri ile uyruklar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Türk uyruklu katılımcılarda ideal düzeyde olanların oranı %16,9 iken yabancı uyruklu katılımcılarda bu oran %12,1'dir (Tablo 4.13).

Tablo 4. 13: SBİTÖ puan düzeylerine ilişkin tablo

		Türk	Yabancı	z	p
SBİTÖ	Düşük	5 (1,4)	8 (5,7)	8,971	0,027*
	Orta	75 (20,5)	28 (20)		
	Yüksek	224 (61,2)	87 (62,1)		
	İdeal Düzey	62 (16,9)	17 (12,1)		

SBİTÖ: Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği

Türk öğrencilerin beslenme hakkında bilgi, beslenmeye yönelik duygu, olumlu beslenme, kötü beslenme ve SBİTÖ toplam puan düzeyleri ile cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.14).

Tablo 4. 14: SBİTÖ ve alt boyutlarının cinsiyet ile karşılaştırılması (Türk)

	Kız	Erkek	Z	p
Beslenme Hakkında Bilgi	20 (5-25)	21 (5-25)	-1,216	0,224
Beslenmeye Yönelik Duygu	17 (6-30)	17 (6-30)	-0,894	0,371
Olumlu Beslenme	18 (5-25)	18 (5-25)	-0,431	0,666
Kötü Beslenme	10 (5-25)	10 (5-25)	-0,348	0,728
SBİTÖ	73 (34-103)	73,5 (49-103)	-0,263	0,792

SBİTÖ: Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği

Yabancı öğrencilerin beslenme bilgi hakkında bilgi, beslenmeye yönelik duygu, olumlu beslenme, kötü beslenme ve SBİTÖ toplam puan düzeyleri ile cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.15).

Tablo 4. 15: SBİTÖ ve alt boyutlarının cinsiyet ile karşılaştırılması (Yabancı)

	Kız	Erkek	Z	p
Beslenme Hakkında Bilgi	20 (5-25)	20 (5-25)	-1,071	0,284
Beslenmeye Yönelik Duygu	18 (10-29)	17 (8-30)	-0,157	0,875
Olumlu Beslenme	17 (5-24)	15 (5-25)	-1,333	0,182
Kötü Beslenme	11 (5-25)	11 (5-23)	-0,093	0,926
SBİTÖ	75 (33-94)	69 (33-94)	-1,545	0,122

SBİTÖ: Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği

Beslenme hakkında bilgi, beslenmeye yönelik duygu ve SBİTÖ toplam puan düzeyleri açısından uyruklar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Olumlu beslenme düzeyleri açısından uyruklar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Türk öğrencilerin olumlu beslenme düzeyleri anlamlı derecede yüksektir. Kötü beslenme düzeyleri açısından uyruklar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Yabancı uyruklu olanların kötü beslenme düzeyleri anlamlı derecede yüksektir (Tablo 4.16).

Tablo 4. 16: SBİTÖ ve alt boyutlarını uyruk ile karşılaştırılması

	Türk	Yabancı	Z	p
Beslenme Hakkında Bilgi	20 (5-25)	20 (5-25)	-0,902	0,367
Beslenmeye Yönelik Duygu	17 (6-30)	18 (8-30)	-1,472	0,141
Olumlu Beslenme	18 (5-25)	17 (5-25)	-2,065	0,039*
Kötü Beslenme	10 (5-25)	11 (5-25)	-2,216	0,027*

Tablo 4.16 (devam)

SBİTÖ	73 (34-103)	74 (33-94)	-1,082	0,279
-------	-------------	------------	--------	-------

Türk öğrencilerin BKİ düzeyleri ile SBİTÖ toplam puan ve alt boyut düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.17).

Tablo 4. 17: SBİTÖ ve BKİ karşılaştırılması (Türk)

		Beslenme Hakkında Bilgi	Beslenmeye Yönelik Duygu	Olumlu Beslenme	Kötü Beslenme	SBİTÖ
BKİ	r	-0,018	-0,070	-0,017	0,012	-0,052
	p	0,733	0,182	0,742	0,822	0,318

SBİTÖ: Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği

Yabancı öğrencilerin BKİ düzeyleri ile beslenme hakkında bilgi, olumlu beslenme, kötü beslenme ve SBİTÖ toplam puan düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). BKİ düzeyleri ile beslenmeye yönelik duygu düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Aralarındaki ilişki aynı yönlü ve zayıftır ($r=0,213$) (Tablo 4.18).

Tablo 4. 18: SBİTÖ ve BKİ karşılaştırılması (Yabancı)

		Beslenme Hakkında Bilgi	Beslenmeye Yönelik Duygu	Olumlu Beslenme	Kötü Beslenme	SBİTÖ
BKİ	r	-0,033	,213*	-0,062	-0,029	0,046
	p	0,698	0,011	0,465	0,732	0,590

BKİ: Beden Kütle İndeksi

SBİTÖ: Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği

Türk öğrencilerin, beslenmeye yönelik duygu, olumlu beslenme, kötü beslenme ve SBİTÖ toplam puan düzeyleri ile yaşanan yer durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Beslenme hakkında bilgi düzeyleri ile yaşanan yer durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır

($p<0,05$). Öğrenci evinde yaşayanların beslenme hakkında bilgi düzeyleri evde yaşayanlara göre anlamlı derecede yüksektir (Tablo 4.19).

Tablo 4. 19: SBİTÖ ve yaşanan yer arasındaki ilişki (Türk)

	Evde, Ailemle	Yurtta	Öğrenci Evi	H	p	Fark**
Beslenme Hakkında Bilgi	20 (5-25)	20 (5-25)	23 (5-25)	9,14	0,010*	3>1
Beslenmeye Yönelik Duygu	17 (7-30)	17 (6-30)	15 (6-30)	1,723	0,423	
Olumlu Beslenme	18 (5-25)	18 (6-25)	18 (5-25)	0,059	0,971	
Kötü Beslenme	10 (5-25)	10 (5-25)	11 (5-25)	5,269	0,072	
SBİTÖ	73 (36-103)	75 (47-103)	73 (34-101)	0,347	0,841	

SBİTÖ: Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği

Yabancı uyruklu öğrencilerin beslenme hakkında bilgi, beslenmeye yönelik duygu, olumlu beslenme, kötü beslenme ve SBİTÖ toplam puanları ile yaşanan yer durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.20).

Tablo 4. 20: SBİTÖ ve yaşanan yer arasındaki ilişki (Yabancı)

	Evde, Ailemle	Yurtta	Öğrenci Evi	H	p
Beslenme Hakkında Bilgi	20 (5-25)	20 (5-25)	20 (5-25)	0,591	0,744
Beslenmeye Yönelik Duygu	18 (8-30)	17 (9-28)	18 (12-29)	1,036	0,596
Olumlu Beslenme	17,5 (5-25)	15 (5-25)	16 (5-23)	4,344	0,114
Kötü Beslenme	10,5 (5-25)	10 (6-24)	11 (5-25)	2,953	0,228
SBİTÖ	75,5 (33-94)	68 (50-90)	72 (33-87)	2,73	0,255

Türk öğrencilerin beslenme hakkında bilgi, beslenmeye yönelik duygu, olumlu beslenme, kötü beslenme ve SBİTÖ toplam puan düzeyleri açısından yaşanan aylık harcama düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.21).

Tablo 4. 21: SBİTÖ ve alt boyutlarının aylık harcama ile karşılaştırılması (Türk)

	650 TL -	651-1000 TL	1001-1500 TL	1501-2000 TL	2001 TL +	H	p
A	20 (5-25)	20 (5-25)	20 (5-25)	21 (5-25)	22 (5-25)	7,681	0,104
B	17 (7-30)	17 (9-30)	17 (10-30)	19 (6-26)	17 (6-30)	2,215	0,696
C	18 (5-25)	18 (5-25)	18 (5-25)	18 (7-25)	13 (5-25)	4,778	0,311
D	10 (5-25)	10 (5-21)	11 (5-25)	11 (5-25)	11 (5-25)	7,963	0,093
E	74 (38-103)	72,5 (51-103)	72 (34-97)	75 (47-92)	73 (44-91)	3,554	0,500

A: Beslenme Hakkında Bilgi

B: Beslenmeye Yönelik Duygu

C: Olumlu Beslenme

D: Kötü Beslenme

E: Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği

Yabancı öğrencilerin beslenme hakkında bilgi, beslenmeye yönelik duygu, olumlu beslenme, kötü beslenme ve SBİTÖ toplam puan düzeyleri ile yaşanan aylık harcama düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.22).

Tablo 4. 22: SBİTÖ ve alt faktörlerinin aylık harcama ile karşılaştırılması (Yabancı)

	650 TL -	651-1000 TL	1001-1500 TL	1501-2000 TL	2001 TL +	H	p
A	21 (5-25)	19 (5-25)	20,5 (8-25)	20 (5-25)	20,5 (5-25)	4,111	0,91
B	17 (8-27)	19 (10-25)	16 (9-22)	18 (9-30)	19 (11-29)	6,59	0,159
C	17 (5-25)	18 (5-25)	16,5 (5-23)	15 (5-24)	16 (5-23)	5,233	0,264
D	11 (6-25)	10 (5-24)	11 (6-23)	10,5 (5-25)	11 (6-23)	1,505	0,826
E	75 (33-94)	79 (39-92)	72 (40-85)	69 (33-94)	73,5 (44-90)	2,423	0,658

A: Beslenme Hakkında Bilgi

B: Beslenmeye Yönelik Duygu

C: Olumlu Beslenme

D: Kötü Beslenme

E: Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği

Türk öğrencilerin beslenme hakkında bilgi düzeyleri ile yemek yeme yeri tercihleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Beslenmeye yönelik duygu düzeyleri ile yemek yeri tercihleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Evde yemek yiyenlerin düzeyleri anlamlı derecede yüksektir. Olumlu beslenme düzeyleri ile yemek tercihleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Evde yemek yiyenlerin düzeyleri anlamlı derecede yüksektir. Kötü beslenme düzeyleri ile yemek yeri tercihleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Dışarda ya da restorandan sipariş ederek yemek yiyenlerin düzeyleri anlamlı derecede yüksektir. SBİTÖ toplam puan düzeyi ile yemek tercihleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Evde yemek yiyenlerin düzeyleri anlamlı derecede yüksektir (Tablo 4.23).

Tablo 4. 23: Yemek yeme yeri tercihleri ile karşılaştırma (Türk)

	Evde	Restoranda/Dışarıdan sipariş	Z	p
Beslenme Hakkında Bilgi	20 (5-25)	20 (5-25)	-0,023	0,982
Beslenmeye Yönelik Duygu	17 (6-30)	13 (6-30)	-3,433	0,001*
Olumlu Beslenme	18 (5-25)	16 (5-25)	-2,224	0,026*
Kötü Beslenme	10 (5-25)	17 (8-25)	-4,727	0,001*
SBİTÖ	74 (34-103)	62 (42-84)	-4,708	0,001*

SBİTÖ: Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği

Yabancı öğrencilerin beslenme hakkında bilgi, beslenmeye yönelik duygu, olumlu beslenme, kötü beslenme ve SBİTÖ toplam puan düzeyleri ile yemek yeme yeri tercihleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.24).

Tablo 4. 24: Yemek yeme yeri tercihleri ile karşılaştırma (Yabancı)

	Evde	Restoranda/Dışarıdan sipariş	Z	p
Beslenme Hakkında Bilgi	20 (5-25)	21 (5-25)	-1,303	0,193
Beslenmeye Yönelik Duygu	18 (8-30)	19 (9-28)	-0,192	0,848
Olumlu Beslenme	17 (5-25)	14 (7-23)	-1,398	0,162
Kötü Beslenme	11 (5-25)	11 (6-22)	-1,299	0,194
SBİTÖ	74 (33-94)	72 (55-83)	-0,889	0,374

SBİTÖ: Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği

Türk öğrencilerin beslenme hakkında bilgi düzeyleri ile düzenli fiziksel aktivite yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Düzenli fiziksel aktivite yapanların düzeyleri anlamlı derecede yüksektir. Beslenmeye yönelik duygu düzeyleri ile düzenli fiziksel aktivite yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Düzenli fiziksel aktivite yapanların düzeyleri anlamlı derecede yüksektir. Olumlu beslenme düzeyleri ile düzenli fiziksel aktivite yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Düzenli fiziksel aktivite yapanların düzeyleri anlamlı derecede yüksektir. Kötü beslenme düzeyleri ile düzenli fiziksel aktivite yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). SBİTÖ toplam puan düzeyleri ile düzenli fiziksel aktivite yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Düzenli fiziksel aktivite yapanların düzeyleri anlamlı derecede yüksektir (Tablo 4.25).

Tablo 4. 25: SBİTÖ ile fiziksel aktivite yapma durumlarının karşılaştırılması (Türk)

	Evet	Hayır	Z	p
Beslenme Hakkında Bilgi	21 (5-25)	20 (5-25)	-2,442	0,015*
Beslenmeye Yönelik Duygu	18 (6-30)	16 (6-30)	-2,61	0,009*
Olumlu Beslenme	20 (5-25)	17 (5-25)	-3,818	0,001*
Kötü Beslenme	9 (5-25)	10 (5-25)	-1,838	0,066
SBİTÖ	78 (34-103)	71 (41-103)	-4,054	0,001*

Yabancı öğrencilerin beslenmeye yönelik duygu düzeyleri ile düzenli fiziksel aktivite yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Düzenli fiziksel aktivite yapanların düzeyleri anlamlı derecede yüksektir. Beslenme hakkında bilgi, olumlu beslenme, kötü beslenme ve SBİTÖ toplam puan düzeyleri ile düzenli fiziksel aktivite yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.26).

Tablo 4. 26: SBİTÖ ile fiziksel aktivite yapma durumlarının karşılaştırılması (Yabancı)

	Evet	Hayır	Z	p
Beslenme Hakkında Bilgi	20 (5-25)	20 (5-25)	-0,628	0,53
Beslenmeye Yönelik Duygu	19 (8-28)	17 (9-30)	-2,086	0,037*
Olumlu Beslenme	17 (5-25)	16 (5-24)	-0,96	0,337
Kötü Beslenme	10 (6-25)	11 (5-25)	-0,992	0,321
SBİTÖ	75 (33-94)	72 (33-94)	-1,405	0,16

SBİTÖ: Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği

Türk öğrencilerin beslenme hakkında bilgi, beslenmeye yönelik duygu, olumlu beslenme, kötü beslenme ve SBİTÖ toplam puanları ile sigara kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.27).

Tablo 4. 27: SBİTÖ ile sigara kullanma durumlarının karşılaştırması (Türk)

	Evet	Hayır	Bazen	Z	p
Beslenme Hakkında Bilgi	21 (5-25)	20 (5-25)	20 (5-25)	0,656	0,720
Beslenmeye Yönelik Duygu	18 (6-30)	17 (6-30)	17 (6-30)	0,555	0,758
Olumlu Beslenme	16 (5-25)	18 (5-25)	19 (5-25)	3,905	0,519
Kötü Beslenme	11 (5-25)	10 (5-25)	11 (5-25)	5,219	0,074
SBİTÖ	69 (46-94)	74 (36-103)	72 (34-103)	3,509	0,539

SBİTÖ: Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği

Yabancı öğrencilerin kötü beslenme düzeyleri ile sigara kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Sigara kullanan yabancı öğrencilerin kötü beslenme düzeyleri sigara içmeyenlere göre anlamlı derecede yüksektir. Beslenme hakkında bilgi, beslenmeye yönelik duygu, olumlu beslenme ve SBİTÖ toplam puan düzeyleri ile sigara kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.28).

Tablo 4. 28: SBİTÖ ile sigara kullanma durumlarının karşılaştırması (Yabancı)

	Evet	Hayır	Bazen	Z	p	Fark
Beslenme Hakkında Bilgi	19,5 (5-23)	20 (5-25)	20 (5-25)	3,018	0,221	-
Beslenmeye Yönelik Duygu	18 (8-29)	18 (9-29)	19 (11-30)	1,514	0,469	-
Olumlu Beslenme	18 (7-21)	17 (5-25)	16 (5-24)	0,983	0,612	-
Kötü Beslenme	14,5 (8-22)	11 (5-25)	8 (5-21)	8,501	0,014*	1>2
SBİTÖ	68,5 (33-84)	74 (33-94)	68 (35-94)	1,852	0,396	-

SBİTÖ: Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği

Türk öğrencilerin beslenme hakkında bilgi, beslenmeye yönelik duygu, olumlu beslenme, kötü beslenme ve SBİTÖ toplam puan düzeyleri ile alkol kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.29).

Tablo 4. 29: SBİTÖ ile alkol kullanma durumlarının karşılaştırması (Türk)

	Evet	Hayır	Bazen	Z	p
Beslenme Hakkında Bilgi	22 (5-25)	20 (5-25)	22 (5-25)	3,595	0,514
Beslenmeye Yönelik Duygu	17 (6-28)	17 (6-30)	17 (9-27)	0,186	0,911
Olumlu Beslenme	17 (5-25)	18 (5-25)	18 (5-25)	0,946	0,623
Kötü Beslenme	12 (5-25)	10 (5-25)	10,5 (5-25)	2,975	0,226
SBİTÖ	63 (46-101)	73,5 (36-103)	76,5 (34-98)	4,53	0,104

Yabancı öğrencilerin beslenme hakkında bilgi, beslenmeye yönelik duygu, olumlu beslenme, kötü beslenme ve SBİTÖ toplam puanları ile alkol kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 4.30).

Tablo 4. 30: SBİTÖ ile alkol kullanma durumlarının karşılaştırması (Yabancı)

	Evet	Hayır	Bazen	Z	p
Beslenme Hakkında Bilgi	20 (5-25)	20 (5-25)	20,5 (5-25)	0,728	0,695
Beslenmeye Yönelik Duygu	18,5 (16-29)	18 (8-30)	18,5 (11-28)	2,49	0,288
Olumlu Beslenme	18 (5-21)	16 (5-25)	17 (9-24)	0,33	0,984
Kötü Beslenme	13 (8-25)	11 (5-25)	10,5 (7-23)	3,879	0,144
SBİTÖ	75 (33-84)	73,5 (33-94)	75 (44-90)	0,055	0,973

SBİTÖ: Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği

Beslenme hakkında bilgi düzeyleri ile Türkiye'ye geldikten sonra beslenme alışkanlıkları değişme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Beslenmeye yönelik duygu düzeyleri ile Türkiye'ye geldikten sonra beslenme alışkanlıkları değişme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Olumlu beslenme düzeyleri ile Türkiye'ye geldikten sonra beslenme alışkanlıkları değişme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Beslenme alışkanlığı değişenlerin olumlu beslenme düzeyleri anlamlı derecede düşüktür. Kötü beslenme düzeyleri ile Türkiye'ye geldikten sonra beslenme alışkanlıkları değişme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Beslenme alışkanlığı değişenlerin kötü beslenme düzeyleri anlamlı derecede yüksektir. SBİTÖ toplam puan düzeyleri açısından Türkiye'ye geldikten sonra beslenme alışkanlıkları değişme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Beslenme alışkanlığı değişenlerin SBİTÖ toplam puan düzeyleri anlamlı derecede düşüktür (Tablo 4.31).

Tablo 4. 31: SBİTÖ ile beslenme alışkanlığı değişme durumlarının karşılaştırması (Yabancı)

	Değişti	Değişmedi	Z	p
Beslenme Hakkında Bilgi	20 (5-25)	20 (5-25)	-1,262	0,207
Beslenmeye Yönelik Duygu	17,5 (8-29)	18 (11-30)	-0,837	0,402
Olumlu Beslenme	16 (5-25)	17,5 (5-25)	-2,138	0,033*
Kötü Beslenme	11 (6-25)	10 (5-21)	-3,271	0,001*
SBİTÖ	72 (33-92)	76 (51-94)	-2,765	0,006*

SBİTÖ: Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği

5. TARTIŞMA

Bu bölümde bir üniversitedeki Türk ve yabancı uyruklu öğrencilerin sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumlarının araştırıldığı çalışmadan elde edilen bulguların literatür ile karşılaştırılıp tartışması yapılmıştır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin büyük bir çoğunluğunu %73,32 oranıyla kız öğrenciler oluşturmaktadır. Öğrencilerin %27,67'si yabancı uyrukludur. Yabancı öğrenciler çeşitli Ortadoğu, Avrupa, Asya ve Afrika ülkelerinden gelmekle birlikte en fazla öğrenci sırasıyla İran, Suriye ve Azerbaycan'dan gelmiştir. Katılımcılar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Yerleşkesi'ndeki çeşitli bölümlerde öğrenim görmekte olup çoğunluğu birinci sınıftır.

Katılımcıların %63,04'ü evde ailesi ile birlikte yaşamaktadır. Öğrencilerin aylık harcamalarının sorulduğu soruda alt sınır olarak çalışma verilerinin toplandığı yıla ait Kredi ve Yurtlar Kurumu lisans burs ve kredi ücreti baz alınmıştır. Katılımcıların %42,29'u harcamalarının alt sınır olan 650 TL ve altında olduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin harçlıklarını çoğunlukla ailelerinden ya da ilave olarak burs veya kredi ile karşıladıkları tespit edilmiştir. Balıkesir'de üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da öğrencilerin harçlıklarını karşılama durumu bu çalışma ile benzerlik göstermektedir (146).

Yapılan çalışmalarda öğrencilerin beslenme tercihleri araştırıldığında sıklıkla evde ev yemeği tüketmeyi tercih ettikleri saptamıştır (147,148). Bu çalışmada da katılımcıların büyük bir çoğunluğu yemeklerini evde yemeyi tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Bu sonucu çalışmanın yapıldığı dönemin Covid-19 pandemisine denk gelmiş olmasının da etkilemiş olabileceği düşünülebilir. Çalışmaya katılan Türk öğrencilerin büyük bir çoğunluğu sıklıkla Türk kültürüne ait yemekleri tercih ederken, yabancı öğrenciler ise sıklıkla kendi kültürüne ait yemekleri tüketirken bazen de Türk yemeklerini tercih ettiklerini belirtmiştir. Hem Türk hem de yabancı uyruklu öğrencilerin yarısından çoğu ise bazen fast food ürünlerini tüketmektedirler.

Araştırmaya katılanlara tercih ettikleri yiyeceklerde tat, görüntü, fiyat, marka ve kalori özelliklerini önemine göre değerlendirmesi istenmiştir. Tercih edilen yiyecek için önem sıralamalarında tat, marka ve fiyat düzeyleri ile uyruklar arasında istatistiksel olarak

anlamlı bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Türk öğrenciler tat, marka ve fiyata daha çok önem vermektedir.

Onurlubaş ve ark. (147) yaptığı çalışmada üniversite öğrencilerinin %71,4'ü yemeğin tadına, sevdikleri yemek olmasına önem verdiklerini, %57,2'si fiyatının önemli olduğunu beyan etmiştir, bu sonuç bu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Ermiş ve ark. (149) ve Yıldırım ve ark. (150) yaptığı çalışmalarda ise fiyat en az önem verilen faktör olarak tespit edilmiştir. Bu durumdaki farklılıkların öğrencilerin sosyo- ekonomik düzeyinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan öğrencilerden sadece %32,41'i düzenli fiziksel aktivite yaptığını beyan etmiştir. Düzenli fiziksel aktivite yapanlardan %55,36'sı haftada en az 3 gün fiziksel aktivite yaptığını belirtmiştir. Özkan ve ark. (10) yaptığı çalışmada öğrencilerin 39,8'i, Erkaya ve ark. (148) yaptığı başka bir çalışmada ise öğrencilerin %35,'i düzenli fiziksel aktivite yaptığını tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular literatürdeki çeşitli çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Üniversite öğrencileri ile yapılan sağlık alanındaki pek çok çalışmada sigara kullanım durumu araştırılmıştır. Sigara, bulaşıcı olmayan hastalık risk faktörleri açısından oldukça önemlidir. Yapılan çeşitli araştırmalarda üniversite öğrencilerinin sigara kullanma oranları %35-45 arasında bulunmuştur (10,151,152). Hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada sigara kullanma oranı %15,3, Tıp Fakültesi öğrencileri ile yapılan başka bir çalışmada ise tütün ürünleri kullanım oranı %28,7 bulunmuştur (153,154). Bu çalışmada elde edilen bulgulara göre katılımcılar "Sigara kullanıyor musunuz?" sorusuna %7,91'i bazen, %12,6'sı evet olarak cevap vermiştir. Çalışmaya katılan öğrencilerin sigara kullanım oranlarının literatürdeki benzer çalışmalara göre daha düşük olmasının sebebi Sağlık Bilimleri Üniversitesi'nin dumsız kampüs uygulaması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin %6,32'i alkol kullandığını belirtirken %11,46'sı bazen, %82,21'i ise hiç alkol kullanmadığını belirtmiştir. Akdeniz Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada öğrencilerin %65,3'ü alkol kullanmadığını belirtmiştir (10). Samsun'da üniversite öğrencileri ile yapılan başka bir çalışmada ise katılımcıların %56,3'ü alkol kullandığını beyan etmiştir (155). Hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %19,2'sinin alkol kullandığını tespit edilmiştir (156).

Bu çalışmaya alınan öğrencilerin alkol kullanım oranlarının literatüre göre daha düşük olmasının nedeni üniversitenin bağımlılıkla mücadele ile ilgili uyguladığı etkin çalışmalar olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların uyruklara göre yaş medyanı Türk öğrenciler için 20 (17-49), yabancı uyruklu öğrenciler için 21 (17-34) olarak tespit edilmiştir. Aralarında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Yabancı uyruklu öğrencilerin bir alt öğrenimi farklı ülkede almaları, dil hazırlık sınıfı okumaları bu farklılığın nedenlerinden sayılabilir.

Öğrencilerin boy, kilo ve BKİ değerleri arasında uyruklara göre anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Bulgaristan Filibe’de Tıp Fakültesi öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da öğrencilerin uyrukları ve BKİ değerleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamayıp sonuçlar benzerlik göstermektedir (157).

Öğrencilerin BKİ değerleri sınıflandırıldığında ise hem Türk hem de yabancı uyruklu öğrencilerin yarısından çoğunun BKİ değeri normal aralıktadır. Türk öğrencilerin %14,21’i kilolu, %4,1’i obez iken, yabancı uyruklu öğrencilerin %20’si kilolu, %1,43’ü obezdir. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin büyük bir çoğunluğu normal BKİ’ye sahipken %4,5’i obez olarak tespit edilmiş olup bu çalışma ile benzerlik göstermektedir (158).

Literatürde üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalar incelendiğinde BKİ değerlerinin çoğunlukla normal aralıkta olduğu görülmektedir (148,159,160). Bu çalışmadan elde edilen bulgular literatür ile benzerlik göstermektedir.

Dil yeterliliği yabancı bir ülkedeyken ihtiyaçları doğru bir şekilde karşılamak için önemlidir. Ukrayna’da yapılan bir çalışmada yabancı uyruklu öğrencilerin dil yeterliliği zayıf olduğunda market ya da restoranlarda gittiğinde istediklerini doğru bir şekilde ifade edebileceklerinden endişe duydukları için zincir fast food mağazalarını tercih ettikleri tespit edilmiştir (161). Bu çalışmada yabancı uyruklu öğrencilerin %51,4’ü Türkçe dil yeterliliğini çok iyi olarak belirtirken sadece %1,4’ü kötü olarak belirtmiştir.

Diyet kültürleşmesi süreci miras kültürün sürdürülmesi ve ev sahibi kültüre katılım ile ilişkilidir. Bu nedenle menşe ülkede geçiren süre, göç edilen ülkede geçirilen süre, sosyal çevre de önemlidir. Başka bir kültüre göç eden kişilerde ev sahibi kültüre maruz kalınması sonucunda beslenme tutum ve davranışlarında da değişiklik meydana

gelir. Diyet davranışındaki değişiklik daha çok yağ ve şeker alımı, sebze, meyve, lif tüketimi ile ilişkilidir (162).

Çalışmaya katılan yabancı öğrencilerin sıklıkla vakit geçirdikleri arkadaşları sorulduğunda Türk ve kendi uyruklarından arkadaşları ile görüşme oranları eşit bulunmuştur. Katılımcıların anavatanlarında geçirdikleri sürenin medyanı 15,5 (1-32) yıl olarak tespit edilmiştir. Öğrencilerin yaşları dikkate alındığında yaşamlarının çoğunluğunu anavatanlarında geçirdikleri söylenebilir.

Yabancı uyruklu öğrencilerin Türkiye’de bulunma sürelerinin medyanı 4 (1-22) yıl olarak bulunmuştur. Katılımcıların %29,3’ü Türkiye’ye geldikten sonra kilo aldığını, %20,7’si kilo verdiğini, %50’si ise kilosunda değişim olmadığını belirtmiştir. Kayseri’de yabancı uyruklu öğrenciler ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %22,5’inin Türkiye’ye geldikten sonra kilo aldığı, %12,4’ünün ise kilo verdiği tespit edilmiştir (14).

Bu çalışmada örneklem grubunu oluşturan öğrencilerin yaşları ve Türkiye’de bulunma süreleri dikkate alındığında fizyolojik büyüme zamanları olduğundan kilo değişimlerinin Türkiye’de bulunma süreleri ve sağlıklı beslenme tutumlarından olup olmadığı ayırt edilememiştir.

Yabancı uyruklu katılımcıların %64,3’ü Türkiye’ye geldikten sonra beslenme alışkanlıklarının değiştiğini belirtmiştir. Bu katılımcıların %54,44’ü daha sık fast food ve hazır gıda tükettiğini, %36,67’si daha sık şekerli gıdalar tükettiğini, %27,78’i daha sık sebze tükettiğini, %32,22’si ise daha sık et/tavuk/balık tükettiğini belirtmiştir. Avustralya’da yapılan bir çalışmada göçmenlerin meyve, sebze ve lif tüketimi diyet kültürleşmesi ve ev sahibi ülkede ikamet süresi ile ilişkili bulunmuştur. Bu süre arttıkça meyve, sebze ve lif alımı artmıştır (162).

Türk öğrencilerin %1,4’ünün düşük, %20,5’inin orta, %61,3sinin yüksek, %16,9’unun ideal düzeyde SBTİÖ puanı olduğu saptanmıştır. Yabancı öğrencilerin %5,7si düşük, %20’si orta, %62,1’i yüksek, %12,i ideal düzeyde SBTİÖ puanına sahiptir. Ünal’ın (163) yaptığı çalışmada katılımcıların %48,6’sının yüksek, %40,1’inin ideal, %11,3’ünün orta düzeyde SBTİÖ puanı olduğu tespit edilmiştir.

Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği’nden alınan puanlarda uyruklar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Türk öğrenciler yabancı uyruklu öğrencilere göre daha ideal puan düzeyine sahiptir.

Ölçeğin cinsiyetlere göre karşılaştırılması yapıldığında hem Türk hem de yabancı öğrencilerde ölçek ve alt boyutlarının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Aynı ölçek kullanılarak Van’da yapılan bir çalışmada SBTİÖ ve alt boyutlarında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Erkekler kadınlara göre tutumları daha iyi olarak bulunmuştur. Uluç ve Durukan’ın (164) spor yönetimi öğrencileri ile yaptığı çalışmada ise kadınlar lehine istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Karakaya’nın (165) çalışan yetişkinlerle yaptığı çalışmada kadınlar lehine istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Literatürdeki bazı çalışmalar incelendiğinde de cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (166–169).

Türk öğrencilerin BKİ değerleri ile SBİTÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Yabancı uyruklu öğrencilerin BKİ düzeyleri ile beslenme hakkında bilgi, olumlu beslenme, kötü beslenme ve SBİTÖ toplam puan düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). BKİ düzeyleri ile beslenmeye yönelik duygu düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). BKİ düzeyleri arttıkça beslenmeye yönelik duygu puanları artmaktadır. Literatürdeki benzer çeşitli çalışmalar incelendiğinde BKİ ve SBTİÖ toplam puan ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığı görülmüştür (163,166,170–173).

SBİTÖ alt boyutlarından olumlu beslenme düzeyleri ile uyruklar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Türk öğrencilerin olumlu beslenme düzeyleri anlamlı derecede yüksektir. Aynı zamanda kötü beslenme düzeyleri açısından da uyruklar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Yabancı uyruklu olanların kötü beslenme düzeyleri anlamlı derecede yüksektir.

Türkiye’de yabancı öğrencilerle yapılan bir çalışmada öğrencilerin kaliteli protein kaynaklarını, süt ürünlerini, meyve ve sebzeyi yeterince tüketmediği, öğrencilerin fast food besinlere yöneldiği, gazlı ve şekerli içecekleri sıklıkla tükettiği tespit edilmiştir (14).

Farklı bir beslenme kültürüne uyum sürecinin beslenme alışkanlıklarını olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Türkiye’de yabancı öğrencilerin beslenme alışkanlıkları ve tutumlarını araştıran yeterince çalışma bulunmamaktadır.

Türk öğrenciler için, beslenmeye yönelik duygu, olumlu beslenme, kötü beslenme ve SBİTÖ toplam puan düzeyleri açısından yaşanan yer durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Beslenme hakkında bilgi düzeyleri ile yaşanan yer durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Öğrenci evinde yaşayanların beslenme hakkında bilgi düzeyleri evde ailesiyle ve yurttta yaşayanlara göre anlamlı derecede yüksektir. Yabancı öğrencilerin SBİTÖ ve alt düzeyleri ile yaşanan yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Alamehmet'in (173) çalışmasında SBİTÖ toplam puan ve alt boyutları ile yaşam yeri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Türk ve yabancı uyruklu öğrencilerde beslenme hakkında bilgi, beslenmeye yönelik duygu, olumlu beslenme, kötü beslenme ve SBİTÖ toplam puan düzeyleri açısından yaşanan aylık harcama düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada SBİTÖ ve aylık harcama durumu arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Aylık harcama güclüğü çekmeyen öğrencilerin ölçek skoru daha yüksektir. Kötü beslenme alt düzeyi ile aylık harcama güclüğü arasında da anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (173).

Türk öğrencilerin, beslenme hakkında bilgi alt boyutu ve yemeklerini sıklıkla tükettikleri yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). SBİTÖ toplam puanı ve diğer alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Yemeklerini sıklıkla evde tüketenlerin SBİTÖ toplam puanı, olumlu beslenme, beslenmeye yönelik duygu düzeyleri yüksekken, kötü beslenme düzeyleri düşüktür. Bu durum evde daha sağlıklı yemek seçenekleri hazırlayabilme imkanı ile açıklanabilir. Yabancı öğrencilerde ise SBİTÖ toplam puanı ve alt boyutları ile yemeklerini sıklıkla tükettikleri yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Türk öğrencilerin fiziksel aktivite yapma durumu ile SBİTÖ toplam puan ve beslenme hakkında bilgi, beslenmeye yönelik duygu ve olumlu beslenme alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Düzenli fiziksel aktivite yapanların düzeyleri anlamlı derecede yüksektir. Yabancı öğrencilerde ise sadece beslenmeye yönelik duygu alt boyutu ile anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). SBİTÖ toplam puan ve diğer boyutlarla anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Üniversite

öğrencileri ile yapılan bir çalışmada SBİTÖ ve beslenme hakkında bilgi alt boyutları ile fiziksel aktivite arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Fiziksel aktivite yapanların ortalaması daha yüksektir (173). Türkoğlu'nun (172) İstanbul'da yaptığı çalışmada da SBTİÖ ve fiziksel aktivite yapma durumu arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu çalışmadan elde edilen veri literatür ile benzerlik göstermektedir.

Sigara kullanma durumu ile SBİTÖ toplam puan ve alt boyutları arasında Türk öğrenciler için anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Fakat yabancı öğrencilerin kötü beslenme düzeyi ile sigara içme durumu arasında anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$). Sigara içenlerin kötü beslenme puanı yüksek bulunmuştur. Hastaoğlu'nun (167) yaptığı çalışmada sigara içme durumu ile SBİTÖ arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Sigara içmeyenlerin SBİTÖ puanları daha yüksektir. Güleş'in (174) yaptığı çalışmada kötü beslenme alt boyutu ile anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Türk ve yabancı uyruklu öğrencilerin alkol kullanma durumu ile SBİTÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Şaşmaz'ın (171) hekimler ile yaptığı çalışmada da benzer sonuca ulaşılmıştır.

Yabancı öğrencilerin beslenme hakkında bilgi düzeyleri ve beslenmeye yönelik duygu düzeyleri ile Türkiye'ye geldikten sonra beslenme alışkanlıkları değişme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Olumlu beslenme düzeyleri ile Türkiye'ye geldikten sonra beslenme alışkanlıkları değişme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Beslenme alışkanlığı değişenlerin olumlu beslenme düzeyleri anlamlı derecede düşüktür. Kötü beslenme düzeyleri ile Türkiye'ye geldikten sonra beslenme alışkanlıkları değişme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Beslenme alışkanlığı değişenlerin kötü beslenme düzeyleri anlamlı derecede yüksektir. SBİTÖ ile Türkiye'ye geldikten sonra beslenme alışkanlıkları değişme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Beslenme alışkanlığı değişenlerin SBİTÖ puan düzeyleri anlamlı derecede düşüktür.

Farklı bir kültürden gelme, yeni kültüre uyum süreci, sosyoekonomik faktörlerin bu durumu etkilediği düşünülmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Üniversite öğrenciliği dönemi ergenlikten genç yetişkinlik dönemini kapsayan, yeni alışkanlıkların edinildiği, bireyselliğin, kendi kararlarını kendi almanın öne çıktığı bir dönemdir. Bu dönemde beslenme alışkanlıkları da değişim göstermektedir. Bu değişimin öne çıkan nedenleri gıdanın ulaşılabilirliği, maliyeti, kolay hazırlanması, sosyal ortam, kültürel etkiler ve psikolojik özellikler olarak sıralanmaktadır. Bunların yanı sıra yabancı öğrenciler için de farklı bir kültüre uyum süreci, var olan yemek kültürü ve beslenme alışkanlıkları, ekonomik ve sosyal faktörler sağlıklı beslenme durumunu etkilemektedir. Bu çalışmada Türk ve yabancı uyruklu öğrencilerin sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumları araştırılmıştır.

Bu çalışmanın sonucunda Türk öğrencilerin yabancı uyruklu öğrencilere göre daha ideal düzeyde sağlıklı beslenme tutumu olduğu saptanmıştır. Fakat her iki grupta da sağlıklı beslenme tutumu yetersiz olan öğrencilerin oranı dikkat çekicidir. Sağlıklı beslenmenin geliştirilmesi için yaşamlarının en üretken çağında olan üniversite öğrencileri desteklenmelidir. Öğrencilere beslenme eğitimi verilerek bilinçlenmeleri sağlanmalı, öğrencilerin sürece aktif olarak dahil olabildiği uygulamalar ve etkinlikler gerçekleştirilmelidir.

Katılımcıların %90,51'inin yemeklerini sıklıkla evde yediği tespit edilmiştir. Dışarda veya restorandan sipariş edenlerin kötü beslenme puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Öğrencilere doğru market alışverişi ve restoranda sağlıklı yiyecek seçimi konusunda seçenekler öğretilmelidir.

Katılımcıların %32,41'i düzenli olarak fiziksel aktivite yapmaktadır. Türk öğrencilerin fiziksel aktivite yapma durumları ile sağlıklı beslenme tutumları arasında anlamlı bir ilişki vardır. Fiziksel aktivitenin sağlığa yararları anlatılmalı, öğrenciler fiziksel aktivite için teşvik edilmelidir.

Öğrencilerin %20'si sigara, %17,78'i alkol tüketmektedir. Yabancı öğrencilerin sigara içme durumu ile kötü beslenme puanları arasında anlamlı bir ilişki vardır. Tüm öğrenciler için bağımlılıkla mücadele için destekleyici çalışmalar yapılmalıdır.

Yabancı öğrencilerin %64,3'ü beslenme alışkanlığının değiştiğini belirtmiştir. %54,44'ü daha çok Fast-food ve hazır gıda tükettiğini, %36,67'si daha çok şekerli gıda tükettiğini belirtmiştir.

Beslenme alışkanlığı değişenlerin olumlu beslenme düzeyleri ve sağlıklı beslenme tutumları anlamlı derecede düşükken kötü beslenme düzeyleri anlamlı derecede yüksektir.

Yabancı öğrenciler için farklı bir kültüre uyum süreci, yeni kültürün bilinmemesi, kültüre ait yemeklerin tanınmaması, yemek hazırlama konusundaki yetersizlikler beslenme alışkanlıklarını etkilemektedir. Yabancı öğrencilere Türkiye’de sağlıklı beslenmeye özgü seçenekler öğretilmeli, yabancılara yönelik sağlıklı beslenme rehberi geliştirilmelidir.



KAYNAKLAR

1. Baysal, A. (2011). Beslenme. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi.
2. Cena, H., & Calder, P. C. (2020). Defining a healthy diet: evidence for the role of contemporary dietary patterns in health and disease. *Nutrients*, 12(2), 334.
3. Plichta, M., & Jezewska-Zychowicz, M. (2019). Eating behaviors, attitudes toward health and eating, and symptoms of orthorexia nervosa among students. *Appetite*, 137, 114-123.
4. Jahrami, H., Sater, M., Abdulla, A., Faris, M. E. A. I., & AlAnsari, A. (2019). Eating disorders risk among medical students: a global systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(3), 397-410.
5. Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry*, 68(7), 724-731.
6. Ünal, D., Öztürk, D. B., Elmalı, F., Öztürk, A., Konak, D., Pırlak, B., & Güneş, D. (2009). Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 16(2), 75-82.
7. World Health Organization. (2022). WHO European regional obesity report 2022. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/353747>. Erişim 22.03.2022
8. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS). Editörler: Üner S, Balcılar M, Ergüder T. Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara
https://www.google.com.tr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjslMa8x5X8AhW4SVEDHYvHBaUQFnoECBgQAQ&url=https%3A%2F%2Fhsgm.saglik.gov.tr%2Fdepo%2Fbirimler%2Fkronik-hastaliklar-engelli-db%2Fhastaliklar%2Fkalpvedamar%2Fraporlar%2Fturkey-risk-factors-tur_STEPS-2017.pdf&usq=AOvVaw3XYAkowYwSPW7Zs0F_o6rx Erişim 29.10.2021
9. Stok, F. M., Renner, B., Clarys, P., Lien, N., Lakerveld, J., & Deliens, T. (2018). Understanding Eating Behavior during the Transition from Adolescence to Young Adulthood: A Literature Review and Perspective on Future Research Directions. *Nutrients*, 10(6), 667. <https://doi.org/10.3390/nu10060667>
10. Özkan, İ., Adıbelli, D., İlaslan, E., & Taylan, S. (2020). Üniversite öğrencilerinin obezite farkındalıkları ile beden kitle indeksleri arasındaki ilişki. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (1), 120-126.
11. Kahraman, Ç. (2018). Üniversite öğrencilerinde beslenme alışkanlıkları ve obezite riski: Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi örneği (Master's thesis, Namık Kemal Üniversitesi).
12. Papadaki, A., Hondros, G., Scott, J. A., & Kapsokefalou, M. (2007). Eating habits of university students living at, or away from home in Greece. *Appetite*, 49(1), 169-176.
13. OECD Education at a Glance (2021). https://www.oecd-ilibrary.org/education/education-at-a-glance-2021_b35a14e5-en Erişim 23.10.2021
14. Soylu, M. (2018). Uluslararası Öğrencilerin Beslenme Durumu ve Kayseri Beslenme Kültürüne Oryantasyonu. *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*, 6(3), 312-322.
15. Aysin, E. A. (2019). Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan Türk göçmenlerin beslenme alışkanlıklarının kültürel değişiminin belirlenmesi (Master's thesis, Başkent Üniversitesi)
16. Mohammed, M. A., Alshammari, G. M., & Babiker, E. E. (2021). Evaluation of nutritional status of foreign students at King Saud University, Kingdom of Saudi Arabia. *Public Health Nutrition*, 24(1), 43-51.
17. Gelashvili, M., Lobjanidze, M., Antia, K., & Lobjanidze, T. (2020). Nutrition and physical activity among foreign students of the University of Georgia. *European Journal of Public Health*, 30(Supplement_5), ckaa166-778.
18. Sandalcı, U., & Tuncer, G. (2020). Obezitenin doğrudan ve dolaylı maliyetlerine ilişkin bir değerlendirme, *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 12(2) 29-44
19. Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health*, 42(1), 159-73.
20. Öztürk YE, Kırarç R. (2019) Sağlık ve Hastalık. https://www.researchgate.net/publication/333513126_Saglik_ve_Hastalik_health_and_disease Erişim 22.09.2021
21. Viner, R., & Macfarlane, A. (2005). Health promotion. *BMJ*, 330(7490), 527-529.
22. Şimşek, Z. (2013). Sağlığı Geliştirmenin Tarihsel Gelişimi ve Örneklerle Sağlığı Geliştirme Stratejileri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(3).
23. Öztekin, A. Z. (2020). Halk sağlığı kuramları ve uygulamaları. Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı.
24. Akdur R., Piyal B., Çalışkan D., Ocaktan E. (2011) Halk Sağlığı, Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Yayınları

25. Nutbeam, D., & Muscat, D. M. (2021). Health promotion glossary 2021. Health Promotion International, 36(6), 1578-1598.
26. AYDIN, N. (2019). SAĞLIĞIN TEŞVİKİ VE GELİŞTİRİLMESİ. Black Sea Journal of Health Science, 2(1), 21-29.
27. Kabasakal, E. (2013). Aile Sağlığı Merkezinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlığın Geliştirilmesi Uygulamalarına İlişkin Görüşleri. (Master thesis, Hacettepe Üniversitesi)
28. Çavmak, Ş. (2019). Sağlık hizmeti kullanıcılarının sağlıklı hayat merkezlerine dair algılarının ve beklentilerinin değerlendirilmesi (Master's thesis, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
29. Kıvanç, M. M. (2015). Evrensel sağlık bildirgeleri ve Türkiye’de sağlık reformları. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 2(3), 162-166.
30. Tappe MK, ADD, & GJ. Okullarda ve üniversitelerde sağlığı geliştirme. İçinde Ed: Fertman CI, Allensworth DD (2012), Sağlığı geliştirme programları-teoriden pratiğe, TC Sağlık Bakanlığı, 313-340.
31. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Okulda Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Programı, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-sgp1/sagl%C4%B1g%C4%B1n-gelisitirlmesi/okulda-sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1n-korunmas%C4%B1-ve-geli%C5%9Ftirilmesi-program%C4%B1.html> Erişim 11.11.2021
32. Orhaner, E. (2006). Türkiye’de sağlık hizmetleri finansmanı ve genel sağlık sigortası. Gazi Üniversitesi Tıcare ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, (1), 1-22.
33. Doğan, İ. F., Bakan, İ., & Hayva, S. (2017). Sağlık Sektörünün Temel aktörleri olan Hastanelerde Rekabet Stratejilerinin Kaliteye Etkisi. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 16(62), 817-835.
34. Gençoğlu, P. (2018). Türkiye’de illerin gelişmişlik düzeyi dikkate alınarak sağlık hizmetlerinin kümeleme analizi aracılığıyla değerlendirilmesi. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, (52), 301-324.
35. GÜMÜŞ, F. Ç. V. E., ÇELİKAY, F., & GÜMÜŞ, E. (2010). TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ VE FİNANSMANI. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 11(1), 177-216.
36. AKGÜL YILMAZ, G., Yetkin Ataer, M. Ü. G. E., & Nalbant Efe, G. Ö. Z. D. E. (2018). SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI SONRASI SAĞLIK HİZMETİ MEMNUNİYETİ: İSTANBUL ÖRNEĞİ. Marmara University Journal of Economic & Administrative Sciences, 40(2).
37. Karahüseyinoğlu, E. K. (2021). Kalite Yönetimi Perspektifinde Sağlık Hizmetleri. Journal of Academic Value Studies, 7(3), 394-402.
38. Resmi Gazete, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/02/20220210-1> Erişim 20.11.2021
39. Değirmenci, S. D. (2021). Devlet, Sağlık Hizmeti ve Temel Sağlık Hizmetleri. İçinde; Sağlık Hizmetlerinde Reform: Temel Sağlık Hizmetleri (Tsh) Üzerine Bir İnceleme.
40. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, “Yeterli ve Dengeli Beslenme Nedir?”, (Erişim 28.11.2021).
41. Türkiye Beslenme Rehberi TUBER 2015”, “T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031 , Ankara 2016.”
42. Requero, B., Paredes, B., Gandarillas, B., & Moreno, L. (2020). Promoting healthy eating by enhancing the correspondence between attitudes and behavioral intentions. Psicothema, 32(1), 60-66.
43. Verain, M. C., Bouwman, E. P., Galama, J., & Reinders, M. J. (2022). Healthy eating strategies: Individually different or context-dependent?. Appetite, 168, 105759.
44. de Eguilaz, M. H. R., de Morentin Aldabe, B. M., Almirón-Roig, E., Pérez-Diez, S., Blanco, R. S. C., Navas-Carretero, S., & Martínez, J. A. (2018). Multisensory influence on eating behavior: Hedonic consumption. Endocrinología, Diabetes y Nutrición (English ed.), 65(2), 114-125.
45. Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2013) Türkiye Sağlıklı Beslenme Ve Hareketli Hayat Programı https://www.google.com.tr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwix7-iXop8AhVSS_EDHbh2D9UQFnoECA4QAQ&url=https%3A%2F%2Fhsgm.saglik.gov.tr%2Fdepo%2Fbirimler%2Fsaglikli-beslenme-hareketli-hayat-db%2FYayinlar%2Fkitaplar%2FKitaplar-eski%2FTurkiye-Saglikli-Beslenme-ve-Hareketli-Hayat-Programi.pdf&usq=AOvVaw0EDLGxmJRLELqinT5MMK1t Erişim 22.10.2021
46. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite ,Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı (2016) Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı https://www.google.com.tr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiPktSD05f8AhV0QfEDHbuXDIYQFnoECBUQAQ&url=https%3A%2F%2Fbursaism.saglik.gov.tr%2FEklenti%2F8857%2F0%2FTurkiye-asiri-tuz-tuketiminin-azaltilmasi-programi-2017-2021pdf.pdf&usq=AOvVaw2ks2qW_u9nt8eO8J7fTn Erişim 22.10.2021

47. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı https://www.google.com.tr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwCvJm_pJf8AhWIS_EDHengBAoQFnoECBcQAQ&url=https%3A%2F%2Fturkiyedyabetprogrami2015-2020pdf.pdf&usq=AOvVaw20UNDHnUHDWyAizyM4iujI Erişim 22.10.2021
48. Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Beslenme Dostu Okullar Programı. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/okul-sagligi/beslenme-dostu-okullar-program%C4%B1.html> Erişim 22.10.2021
49. Beslenme Dostu ve Fiziksel Aktiviteyi Destekleyen İş Yeri Uygulama Rehberi” Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1217, Ankara – 2021.
50. Kliemann, N., Wardle, J., Johnson, F., & Croker, H. (2016). Reliability and validity of a revised version of the General Nutrition Knowledge Questionnaire. *European journal of clinical nutrition*, 70(10), 1174-1180.
51. Alsaffar, A. A. (2012). Validation of a general nutrition knowledge questionnaire in a Turkish student sample. *Public health nutrition*, 15(11), 2074-2085.
52. Gao, Z., Wu, F., Lv, G., Zhuang, X., & Ma, G. (2021). Development and validity of a general nutrition knowledge questionnaire (Gnkq) for Chinese adults. *Nutrients*, 13(12), 4353.
53. Ergüney-Okumuş, F. E., & Sertel-Berk, H. Ö. (2019). Yeme Tutum Testi kısa formunun (YTT-26) Üniversite örnekleminde Türkçeye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Psikoloji Çalışmaları*, 40(1), 57-78.
54. Büyükgöze-Kavas, A. (2007). Eating attitudes and depression in a Turkish sample. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 15(4), 305-310.
55. Savasir, I., & Erol, N. (1989). Eating attitude test: anorexia nervosa symptom index. *Psikoloji Dergisi*, 7, 19-25.
56. Karakuş, S. Ş., Yıldırım, H., & Büyüköztürk, Ş. (2016). Üç faktörlü yeme ölçeğinin Türk kültürüne uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3), 229-237.
57. KAFKAS, M., & Gökmen, Ö. Z. E. N. (2014). OBEZİTE FARKINDALIK ÖLÇEĞİ’NİN (OFÖ) TÜRKÇEYE UYARLANMASI: BİR GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI. *İnönü Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 1(2), 1-15.
58. Yıldırım, M., Kızıltan, G., & Ok, M. A. (2021). Beslenme Okuryazarlığı Nedir?. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi-BÜSBİD*, 6.
59. Öztürk, M., & Erdoğan, S. (2010). Çocukların beslenme alışkanlıklarının sağlık davranışı etkileşim modeline göre incelenmesi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi*. İstanbul.
60. MENEKLİ, T., & FADİLOĞLU, Ç. (2012). Beslenme değişim süreçleri ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 19(2), 1-21.
61. PEHLİVANOĞLU, E. F. Ö., BALCIOĞLU, H., & ÜNLÜOĞLU, İ. (2020). Akdeniz diyeti bağlılık ölçeği’nin türkçe’ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 42(2), 160-164.
62. Çetin SK. (2020) DASH diyet kalitesi ölçeği ve akdeniz diyetine bağlılık öz-yeterlilik ölçeğinin geçerlik çalışması (Master’s thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
63. Özkan, S., & Yılmaz, E. (2008). Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(7), 89-105.
64. Arusoğlu, G. (2018). Beslenme ve diyetetik bölümü erkek öğrencilerinde ortoreksiya nervosa eğiliminin belirlenmesi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 6(86), 56-71.
65. DEMİR, G. T., & CİCİOĞLU, H. İ. (2019). Sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum ölçeği (SBİTÖ): Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Gaziantep Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, 4(2), 256-274.
66. ARIKAN, S., & PERÇİNCİ, N. B. (2021). Karbonhidratların Kronik Hastalıklarla İlişkisi ve Tıbbi Beslenme Tedavisindeki Rolü. *Türkiye Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 36-50.
67. Türkiye Beslenme Rehberi TÜBER 2015, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031, Ankara 2019.
68. TAŞGIN, E. (2017). Macronutrients and micronutrients in nutrition. *International Journal of Innovative Research and Reviews*, 1(1), 10-15.
69. Duwaerts, C. C., & Maher, J. J. (2019). Macronutrients and the adipose-liver axis in obesity and fatty liver. *Cellular and molecular gastroenterology and hepatology*, 7(4), 749-761.
70. Kan Şekerini Etkileyen Besinler, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No:727, Ankara 2012
71. Güllü, M., & Küçükkömürler, S. (2020). Üniversite Öğrencilerinin Karbonhidrat Tüketimi ve BKİ Değerlerinin İncelenmesi. *Electronic Turkish Studies*, 15(3).
72. Gürsoy, R., Aktaş, Ö., & Şenol, D. A. N. E. (2001). Beslenme ve Besinsel Ergojenikler I: Karbonhidrat, Yağ Ve Proteinler. *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 1(2).
73. Ünsal, A. (2019). Beslenmenin Önemi ve Temel Besin Öğeleri. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 1-10.

74. Beyhan, Y., & Taş, V. (2019). Mental sağlık ve beslenme. *Zeugma Health Res*, 1(1), 31-36.
75. Mermer, M., & YILDIRAN, H. (2020). Parkinson Hastalığı Patogenezinde Esansiyel Yağ Asitleri ve Kolesterolün Etkileri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 120-126.
76. Saini, R. K., & Keum, Y. S. (2018). Omega-3 and omega-6 polyunsaturated fatty acids: Dietary sources, metabolism, and significance—A review. *Life sciences*, 203, 255-267.
77. Simopoulos, A. P. (2016). An increase in the omega-6/omega-3 fatty acid ratio increases the risk for obesity. *Nutrients*, 8(3), 128.
78. Zhang P. Y. (2015). Role of ω -3 Fatty Acids in Cardiovascular Disease. *Cell biochemistry and biophysics*, 72(3), 869–875. <https://doi.org/10.1007/s12013-015-0554-3>
79. Barkhidarian, B., Roldos, L., Iskandar, M. M., Saedisomeolia, A., & Kubow, S. (2021). Probiotic supplementation and micronutrient status in healthy subjects: A systematic review of clinical trials. *Nutrients*, 13(9), 3001.
80. Venkatesh, U., Sharma, A., Ananthan, V. A., Subbiah, P., & Durga, R. (2021). Micronutrient's deficiency in India: a systematic review and meta-analysis. *Journal of nutritional science*, 10.
81. Wiseman, E. M., Bar-El Dadon, S., & Reifen, R. (2017). The vicious cycle of vitamin a deficiency: A review. *Critical reviews in food science and nutrition*, 57(17), 3703-3714.
82. Carazo, A., Macáková, K., Matoušová, K., Krčmová, L. K., Protti, M., & Mladěnka, P. (2021). Vitamin A update: Forms, sources, kinetics, detection, function, deficiency, therapeutic use and toxicity. *Nutrients*, 13(5), 1703.
83. Mousa, A., Naqash, A., & Lim, S. (2019). Macronutrient and Micronutrient Intake during Pregnancy: An Overview of Recent Evidence. *Nutrients*, 11(2), 443. <https://doi.org/10.3390/nu11020443>
84. Chang, S. W., & Lee, H. C. (2019). Vitamin D and health-The missing vitamin in humans. *Pediatrics & Neonatology*, 60(3), 237-244.
85. Sağlık Bakanlığı, D Vitamini Eksikliği Önleme ve Kontrol Programı <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-bp-liste/d-vitamini-eksikli%C4%9Fi-%C3%B6nleme-ve-kontrol-program%C4%B1.html> Erişim 23.10.2021
86. Amrein, K., Scherkl, M., Hoffmann, M., Neuwersch-Sommeregger, S., Köstenberger, M., Tmava Berisha, A., ... & Malle, O. (2020). Vitamin D deficiency 2.0: an update on the current status worldwide. *European journal of clinical nutrition*, 74(11), 1498-1513.
87. Shahidi, F., Pinaffi-Langley, A. C. C., Fuentes, J., Speisky, H., & de Camargo, A. C. (2021). Vitamin E as an essential micronutrient for human health: Common, novel, and unexplored dietary sources. *Free Radical Biology and Medicine*, 176, 312-321.
88. Lee, G. Y., & Han, S. N. (2018). The role of vitamin E in immunity. *Nutrients*, 10(11), 1614.
89. Araki, S., & Shirahata, A. (2020). Vitamin K deficiency bleeding in infancy. *Nutrients*, 12(3), 780.
90. Granger, M., & Eck, P. (2018). Dietary vitamin C in human health. *Advances in food and nutrition research*, 83, 281-310.
91. Vannucci, L., Fossi, C., Quattrini, S., Guasti, L., Pampaloni, B., Gronchi, G., ... & Brandi, M. L. (2018). Calcium intake in bone health: a focus on calcium-rich mineral waters. *Nutrients*, 10(12), 1930.
92. Zimmermann M. B. (2009). Iodine deficiency. *Endocrine reviews*, 30(4), 376–408. <https://doi.org/10.1210/er.2009-0011>
93. UZUN, S. U., ÖZDEMİR, C., & ZENCİR, M. (2016). Pamukkale Üniversitesi Öğrencilerinin Tuz Kullanımı ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Fırat Tıp Dergisi*, 21(4).
94. Farag, M. A., Hamouda, S., Gomaa, S., Agboluaje, A. A., Hariri, M. L. M., & Yousof, S. M. (2021). Dietary Micronutrients from Zygote to Senility: Updated Review of Minerals' Role and Orchestration in Human Nutrition throughout Life Cycle with Sex Differences. *Nutrients*, 13(11), 3740.
95. Pasricha, S. R., Tye-Din, J., Muckenthaler, M. U., & Swinkels, D. W. (2021). Iron deficiency. *The Lancet*, 397(10270), 233-248.
96. Sağlık Bakanlığı, Demir Gibi Türkiye <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-bp-liste/demir-gibi-t%C3%BCrkiye-program%C4%B1.html> Erişim 30.10.2021
97. Gröber, U., Schmidt, J., & Kisters, K. (2015). Magnesium in prevention and therapy. *Nutrients*, 7(9), 8199-8226.
98. Volpe, S. L. (2013). Magnesium in disease prevention and overall health. *Advances in nutrition*, 4(3), 378S-383S.
99. Armstrong, L. E., & Johnson, E. C. (2018). Water intake, water balance, and the elusive daily water requirement. *Nutrients*, 10(12), 1928.
100. Hooper, L., Bunn, D., Jimoh, F. O., & Fairweather-Tait, S. J. (2014). Water-loss dehydration and aging. *Mechanisms of Ageing and Development*, 136, 50-58.
101. Barber, T. M., Kabisch, S., Pfeiffer, A. F., & Weickert, M. O. (2020). The health benefits of dietary fibre. *Nutrients*, 12(10), 3209.

102. Holscher, H. D. (2017). Dietary fiber and prebiotics and the gastrointestinal microbiota. *Gut microbes*, 8(2), 172-184.
103. Salter, A. (2018). The effects of meat consumption on global health. *Scientific and Technical Review*, 37(1).
104. Pereira, P. M. D. C. C., & Vicente, A. F. D. R. B. (2013). Meat nutritional composition and nutritive role in the human diet. *Meat science*, 93(3), 586-592.
105. Sanlier, N., & Üstün, D. (2021). Egg consumption and health effects: A narrative review. *Journal of Food Science*, 86(10), 4250-4261.
106. Locke, A. B., Schneiderhan, J., & Zick, S. M. (2018). Diets for health: goals and guidelines. *American family physician*, 97(11), 721-728.
107. Kouris-Blazos, A., & Belski, R. (2016). Health benefits of legumes and pulses with a focus on Australian sweet lupins. *Asia Pacific journal of clinical nutrition*, 25(1), 1-17.
108. Timon, C. M., O'Connor, A., Bhargava, N., Gibney, E. R., & Feeney, E. L. (2020). Dairy consumption and metabolic health. *Nutrients*, 12(10), 3040.
109. Aune, D., Keum, N., Giovannucci, E., Fadnes, L. T., Boffetta, P., Greenwood, D. C., ... & Norat, T. (2016). Whole grain consumption and risk of cardiovascular disease, cancer, and all cause and cause specific mortality: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *bmj*, 353.
110. Joye, I. J. (2020). Dietary fibre from whole grains and their benefits on metabolic health. *Nutrients*, 12(10), 3045.
111. Slavin, J. L., & Lloyd, B. (2012). Health benefits of fruits and vegetables. *Advances in nutrition*, 3(4), 506-516.
112. Türkiye İstatistik Kurumu, Türkiye Sağlık Araştırması Raporu 2019 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2019-33661> Erişim 11.11.2021
113. WHO, Healthy Diet Fact sheets <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>. Erişim 12.11.2021
114. Murimi, M. W., Moyeda-Carabaza, A. F., Nguyen, B., Saha, S., Amin, R., & Njike, V. (2018). Factors that contribute to effective nutrition education interventions in children: a systematic review. *Nutrition reviews*, 76(8), 553-580.
115. Abad-Segura, E., González-Zamar, M. D., Gómez-Galán, J., & Bernal-Bravo, C. (2020). Management accounting for healthy nutrition education: meta-analysis. *Nutrients*, 12(12), 3715.
116. Contento I. R. (2008). Nutrition education: linking research, theory, and practice. *Asia Pacific journal of clinical nutrition*, 17 Suppl 1, 176-179.
117. Murimi, M. W., Kanyi, M., Mupfudze, T., Amin, M. R., Mbogori, T., & Aldubayan, K. (2017). Factors influencing efficacy of nutrition education interventions: a systematic review. *Journal of nutrition education and behavior*, 49(2), 142-165.
118. AKTAŞ, N. (2011). Besin Rehberleri: Beslenme Eğitiminde Görsel Bir Araç. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (25), 11-16.
119. Gulec Balbay, E., Yildiz, P., Elverisli, M. F., Cangur, S., & Erçelik, M. (2020). The eating attitudes in patients with obstructive sleep apnea syndrome. *The aging male : the official journal of the International Society for the Study of the Aging Male*, 23(5), 1170-1175. <https://doi.org/10.1080/13685538.2020.1718090>
120. Costa, D. G., Carleto, C. T., Santos, V. S., Haas, V. J., Gonçalves, R. M. D. A., & Pedrosa, L. A. K. (2018). Quality of life and eating attitudes of health care students. *Revista brasileira de enfermagem*, 71(suppl 4), 1642-1649. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0224>
121. Hilbert, A., Hoek, H. W., & Schmidt, R. (2017). Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison. *Current opinion in psychiatry*, 30(6), 423.
122. Mairs, R., & Nicholls, D. (2016). Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 101(12), 1168-1175.
123. Jain, A., & Yilanli, M. (2022). Bulimia Nervosa. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
124. Iqbal, A., & Rehman, A. (2022). Binge Eating Disorder. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
125. Aaseth, J., Ellefsen, S., Alehagen, U., Sundfjor, T. M., & Alexander, J. (2021). Diets and drugs for weight loss and health in obesity—An update. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 140, 111789.
126. Lin, X., & Li, H. (2021). Obesity: epidemiology, pathophysiology, and therapeutics. *Frontiers in endocrinology*, 1070.
127. Taşlı, H., & SAĞIR, S. (2021). Obezitenin Belirlenmesinde Kullanılan Beden Kitle İndeksi, Bel Çevresi, Bel-Kalça Oranı Metotlarının Karşılaştırılması. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 138-150.
128. Bray, G. A., Frühbeck, G., Ryan, D. H., & Wilding, J. P. (2016). Management of obesity. *Lancet* (London, England), 387(10031), 1947-1956. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00271-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00271-3)

129. Kanter, J. E., & Bornfeldt, K. E. (2016). Impact of Diabetes Mellitus. *Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology*, 36(6), 1049–1053. <https://doi.org/10.1161/ATVBAHA.116.307302>
130. WHO, Global Report On Diabetes. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565257> Erişim 12.12.2021
131. Kanter, J. E., & Bornfeldt, K. E. (2016). Recent highlights of ATVB: impact of diabetes. *Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology*, 36(6), 1049.
132. Demir, S., Nawroth, P. P., Herzig, S., & Ekim Üstünel, B. (2021). Emerging targets in type 2 diabetes and diabetic complications. *Advanced Science*, 8(18), 2100275.
133. Pfeiffer, A. F., & Klein, H. H. (2014). The treatment of type 2 diabetes. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111(5), 69.
134. WHO, Diabetes Fact Sheets <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>. Erişim 12.12.2021
135. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, (2021). Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2021-2026), Ankara.
136. Ciumărnean, L., Milaciu, M. V., Negrean, V., Orășan, O. H., Vesa, S. C., Sălăgean, O., Iluș, S., & Vlaicu, S. I. (2021). Cardiovascular Risk Factors and Physical Activity for the Prevention of Cardiovascular Diseases in the Elderly. *International journal of environmental research and public health*, 19(1), 207. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010207>
137. Butler, T., Kerley, C. P., Altieri, N., Alvarez, J., Green, J., Hinchliffe, J., ... & Paterson, K. (2020). Optimum nutritional strategies for cardiovascular disease prevention and rehabilitation (BACPR). *Heart*, 106(10), 724-731.
138. Hannan, M., Kringle, E., Hwang, C. L., & Laddu, D. (2021). Behavioral Medicine for Sedentary Behavior, Daily Physical Activity, and Exercise to Prevent Cardiovascular Disease: A Review. *Current Atherosclerosis Reports*, 23(9), 1-11.
139. Chareonrungrueangchai, K., Wongkawinwoot, K., Anothaisintawee, T., & Reutrakul, S. (2020). Dietary factors and risks of cardiovascular diseases: an umbrella review. *Nutrients*, 12(4), 1088.
140. Mattiuzzi, C., & Lippi, G. (2019). Current cancer epidemiology. *Journal of epidemiology and global health*, 9(4), 217.
141. Tetè, S., Nicoletti, M., Saggini, A., Maccauro, G., Rosati, M., Conti, F., ... & Theoharides, T. C. (2012). Nutrition and cancer prevention. *International journal of immunopathology and pharmacology*, 25(3), 573-581.
142. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Kanser Kontrol Programı 2016.
143. Beşirli, H. (2010). Yemek, kültür ve kimlik. *Milli Folklor*, 22(87), 159-169.
144. Mahmoodi, M., George, R. M., & Gokhale, D. (2022). Dietary acculturation of international students in Pune, India: a cross-sectional study. *Nutrition and Health*, 02601060211019678.
145. Lee, S. D., Kellow, N. J., Choi, T. S., & Huggins, C. E. (2021). Assessment of dietary acculturation in east asian populations: A scoping review. *Advances in Nutrition*, 12(3), 865-886.
146. Kudret, G. Ü. L., & Melike, G. Ü. L. (2020). Üniversite Öğrencilerinin Yiyecek Seçimi ve Beslenme Alışkanlıkları: Balıkesir Üniversitesi Örneği. *Journal of Recreation and Tourism Research*, 7(4), 551-574.
147. Onurlubaş, E. , Doğan, H. G. & Demirkıran, S. (2016). Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları . *Journal of Agricultural Faculty of Gaziosmanpaşa University (JAFAG)* , 32 (3) , 61-69 . DOI: 10.13002/jafag861
148. ERKAYA, Z. B., OĞUZÖNCÜL, A. F., & Osman, K. U. R. T. (2020). BİR SAĞLIK MESLEK YÜKSEKOKULUNDAKİ ÖĞRENCİLERDE DUYGUSAL İŞTAH İLE OBEZİTE ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(1), 37-44.
149. ERMİŞ, E., DOĞAN, E., ERİLLİ, N., & SATICI, A. (2015). Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının incelenmesi: Ondokuz Mayıs Üniversitesi örneği. *Spor ve Performans Araştırmaları Dergisi*, 6(1), 30-40.
150. YILDIRIM, İ., YILDIRIM, Y., Tortop, Y., & Poyraz, A. (2011). Afyon Kocatepe Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ve bunları etkileyen faktörler. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(1), 1375-1391.
151. Arslan, M., & Aydın, E. B. (2022). The Relationship Between Metabolic Syndrome Risk, Physical Activity, Sleep Quality, and Fatigue in University Students. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(30), 9–13. <https://doi.org/10.5543/khd.2022.210905>
152. Doğan, M. B. , Kotan, H. & Akbulut, S. (2022). Bir Vakıf Üniversitesindeki Öğrencilerin Sigara Kullanımı, Nikotin Bağımlılık Düzeyi ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi . *Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* , 2 (2) , 455-469 . DOI: 10.56061/fbujohs.1137421

153. KARAKURT, P., & TUNCER, S. K. (2022). Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Sağlığa Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi: Hemşirelik Öğrencileri Örneği. *GEVHER NESİBE JOURNAL OF MEDICAL AND HEALTH SCIENCES*, 7(20), 131-139.
154. TURAN, R., ÇOLAK, R. Z., ORUÇ, M. E., BATAK, B. S., DALKILIÇ, S., CANGÜR, Ş., & YILDIZ GÜLHAN, P. (2022). Düzce Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Tütün Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranışları. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 239–245. <https://doi.org/10.33631/sabd.1113172>
155. Sancak, İ., & Aktan, E. A. (2022). Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmaları, sosyal destek ve madde kullanma eğilimi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*, 4(2), 226-235.
156. SEVGİ DOĞAN, E., KOŞAR ŞAHİN, C., DENİZ AKAN, D., ÇINAR PAKYÜZ, S., IŞIK, K., & MINGİR, K. (2022). HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN DİYABET RİSKLERİNİN BELİRLENMESİ. *Izmir Democracy University Health Sciences Journal*. <https://doi.org/10.52538/iduhs.1107704>
157. Atanasova, V., Gatseva, P., Bivolarska, A., & Fronas, G. (2014). Body mass index and food frequency intake of foreign medical students. *Trakia J Sci*, 12(Suppl 1), 367-70.
158. Er, N. T., Doğan, G., Meriç, Ç. S., Yılmaz, H. Ö., Öztürk, M. E., & Ayhan, N. Y. (2021). Prevalence of overweight, obesity and abdominal obesity in Health Sciences Faculty students. *Clinical Nutrition ESPEN*, 46, 466-470.
159. Zemzemoğlu, T. E. A., Erem, S., Uludağ, E., & Uzun, S. (2019). Determination of nutrition habits of students of the Faculty of Health Sciences. *Food and Health*, 5(3), 185-196.
160. Arslan, S. A., Daşkapan, A., & Çakır, B. (2016). Üniversite öğrencilerinin beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarının belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3), 171-180.
161. Agwu, C., Holubhycha, H., & Maliarova, L. (2019). Hygienic features of the diet of foreign medical students considering their national cultures. *Актуальні проблеми сучасної медицини*, (3), 36-41.
162. Addo, I. Y., Brenner, L., Asante, A. D., & de Wit, J. (2022). Moderating Effects of Socio-Demographic Factors in Associations Between Acculturation and Dietary and Physical Activity Behaviours: a Study of Australian Residents Born in Sub-Saharan Africa. *Journal of International Migration and Integration*, 23(4), 2195–2217. <https://doi.org/10.1007/s12134-021-00930-1>
163. Ünal, M. (2022). Vücut geliştirme sporuyla ilgilenen üniversiteli erkek öğrencilerde bigoreksiya eğilimi ve sağlıklı beslenme tutumları ilişkisi (Master's thesis, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
164. ULUÇ S., & DURUKAN, E. (2021). Spor Yönetimi Bölümünde Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Düzeylerinin İncelenmesi. *Akdeniz Spor Bilimleri Dergisi*, 4(3), 438-446.
165. Karakaya, N. (2020). Çalışan bireylerde sosyal medya kullanımının paketlenmiş gıda tüketimine, irrasyonel besin inançlarına ve sağlıklı beslenmeye etkisinin incelenmesi (Master's thesis, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
166. Özenoğlu, A., Beyza, G. Ü. N., Karadeniz, B., Fatma, K. O. Ç., Bilgin, V., Bembeyaz, Z., & Saha, B. S. (2021). Yetişkinlerde beslenme okuryazarlığının sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumlar ve beden kütle indeksi ile ilişkisi. *Life Sciences*, 16(1), 1-18.
167. HASTAOĞLU, E. (2021). Covid-19 Salgını Sürecinde Turizm Öğrencilerinin Stres Düzeyleri ve Sağlıklı Beslenme. *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*, 9(3), 1610-1621.
168. Karaağaç, G., & ÇAKIR, E. (2020). spor salonlarına giden bireylerin sağlıklı beslenme tutumları ve sosyal görünüş kaygı düzeylerinin belirlenmesi. *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 23(3), 167-177.
169. DİNÇ, A. (2021). Spor Bilimleri Öğrencilerinin Sosyal Medya Bağımlılığı ve Sağlıklı Beslenme Tutumlarının İncelenmesi (Iğdır İli Örneği). *Iğdır University Journal of Social Sciences*, (1).
170. PATOĞLU SARCAK E. (2022) Bağımlı Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne Başvuran Hastalarda Sağlıklı Beslenme Tutumu ve Yeme Bozuklukları. (Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağımlı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi)
171. ŞAŞMAZ A. (2022) Mersin İlinde Çalışan Hekimlerin Beslenme Tutum Ve Davranışlarının Araştırılması. (Yüksek Lisans Tezi, Bahçeşehir Üniversitesi)
172. Türkoğlu E. (2021) Yetişkin Bireylerin Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutumları ile Uyku Kaliteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi; İstanbul, Şişli Örneği (Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi)
173. Alamehmet MN. (2021) 18-25 Yaş Arası Üniversite Öğrencilerindeki İnternet Bağımlılığının Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Üzerine Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi)
174. Güleş B. (2021) İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sağlıklı Beslenme ile İlgili Tutumları, Etiket Okuma Alışkanlıkları ve Beslenme Okuryazarlığının Değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi)

EKLER

EK-1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bu araştırma Doç. Dr. Güven Bektemür danışmanlığında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda Yüksek lisans öğrencisi olan Şeyda Güner tarafından “Bir Üniversitedeki Türk ve Yabancı Uruklu Öğrencilerin Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutumlarının Araştırılması” başlıklı yüksek lisans tezi kapsamında yürütülmektedir. Araştırma kapsamında katılımcılara anket formu ve Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği uygulanacaktır. Anket ve ölçeğin doldurulması ortalama 5 dakika sürmektedir. Bu araştırmamıza tahminen 400 kişinin katılması beklenmektedir. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Gönüllünün araştırmaya katılımı isteğe bağlıdır ve gönüllü istediği zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkını kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilir.

İlgili mevzuat gereğince gönüllünün kimliğini ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanamayacak; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi gönüllünün kimliği gizli kalacaktır.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı açıklama yukarıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı,

- ☐ Kabul ediyorum
- ☐ Kabul etmiyorum

EK-2: Anket Formu

**BİR ÜNİVERSİTEDEKİ TÜRK VE YABANCI UYRUKLU ÖĞRENCİLERİN
SAĞLIKLI BESLENMEYE İLİŞKİN TUTUMLARININ ARAŞTIRILMASI
ANKET FORMU**

1)Cinsiyet

1. Kız 92. Erkek

2)Yaş

3)Fakülte.....

4)Sınıf

1() 2() 3() 4() 5() 6()

5)Uyruğunuz nedir?

1.Türkiye Cumhuriyeti 2. Diğer (Belirtiniz).....3. Çift Uyruklu
(Belirtiniz).....

6)Nerede yaşıyorsunuz?

1. Evde ailemle

2. Yurtta

3. Öğrenci evi

7)Aylık harcamanız TL cinsinden ne kadardır?

1. 650 TL ve altı

2. 651- 1000 TL

3. 1001-1500 TL

4. 1500-2000 TL

5. 2001 TL ve üstü

8)Harçlığınızı ve giderlerinizi nasıl karşılıyorsunuz?

1. Aile

2. Burs/kredi

3. Aile + burs/kredi

4. Çalışarak

5. Aile+ çalışarak

6. Burs/kredi + çalışarak

9) Boy cm

10) Kilo kg

11)Yemek tercihlerinizi öncelik sırasına göre belirtiniz. (1- en sık tercih edilen, 2- bazen tercih edilen, 3- nadiren tercih edilen)

	1-En sık tercih edilen	2-Bazen tercih edilen	3-Nadiren tercih edilen
Türk yemekleri			
Kendi memleketinizin yemekleri (yabancı uyruklular için)			
Fast food			

12)Yemeklerinizi daha çok nerede yersiniz?

1.Evde 2. Restoranda/dışardan sipariş

13) Tercih edeceğiniz yiyecek için aşağıdaki faktörleri önem sırasına göre sıralayınız. (

5-1 arası puanlama: tat, görüntü, kalori, marka, fiyat)

	5 çok önemli	4 önemli	3 orta derece önemli	2 az önemli	1 önemsiz
Tat					
Görüntü					
Kalori					
Marka					
Fiyat					

14)Düzenli olarak fiziksel egzersiz yapıyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

15)Ne sıklıkta fiziksel egzersiz yapıyorsunuz?

1. Ayda 1-2 saat
2. Haftada 1-2 saat
3. Haftada en az 3 gün
4. Her gün

16)Sigara kullanıyor musunuz?

1.Evet 2. Hayır 3. Bazen

17)Alkol kullanıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır 3. Bazen

➤ 18.-24. ARASI SORULAR YABANCI UYRUKLU ÖĞRENCİLERE
YÖNELİKTİR

18) Anavatanınızda geçirdiğiniz süre ne kadardır?.....

19)Kaç yıldır Türkiye’desiniz?

20)Okulda ve okul dışında en çok kimlerle görüşüyorsunuz?

1. Türk arkadaşlarla
2. Kendi milletinden arkadaşlarla
3. Hepsiyle eşit oranda
4. Diğer yabancılarla

21)Türkçe dil yeterliliğiniz nedir?

- 1.Çok iyi
2. İyi
3. Orta
4. Kötü
5. Çok kötü

22)Türkiye’ye geldikten sonra kilonuzda değişim oldu mu?

1. Kilo aldım (belirtiniz.....kg)
2. Değişim olmadı
3. Kilo verdim (belirtiniz..... kg)

23)Türkiye’ye geldikten sonra beslenme alışkanlıklarınız değişti mi?

1. Değişti
2. Değişmedi

24)Eğer beslenme alışkanlıklarınızda değişim olduysa nasıl oldu? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

1. Daha çok sebze tüketiyorum.
2. Daha çok et/balık/tavuk tüketiyorum
3. Daha çok fast food ve hazır gıda tüketiyorum.
4. Daha çok şekerli gıdalar tüketiyorum.
5. Daha çok meyve tüketiyorum
6. Daha az yağlı gıdalar tüketiyorum.

EK-3: Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği (SBİTÖ)**Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği (SBİTÖ)**

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Sağlıklı beslenmenin yararlarını bilirim.	1	2	3	4	5
2	Hangi besinlerin protein içerdiğini bilirim.	1	2	3	4	5
3	Hangi besinlerin karbonhidrat içerdiğini bilirim.	1	2	3	4	5
4	Hangi besinlerin vitamin/mineral içerdiğini bilirim.	1	2	3	4	5
5	Sağlıklı besinlerin neler olduğunu bilirim.	1	2	3	4	5
6	Şekerli besinler (çikolata, kek, bisküvi, vb.) tükettiğimde mutlu olurum.	1	2	3	4	5
7	Fastfood ürünler (hamburger, pizza vb.) yemekten keyif alırım.	1	2	3	4	5
8	Şarküteri ürünleri (salam, sosis, sucuk, vb.) yemekten zevk alırım.	1	2	3	4	5
9	Yağda kızarmış besinlerin yemekten zevk alırım.	1	2	3	4	5
10	Meyve tüketmekten hoşlanmam.	1	2	3	4	5
11	Şerbetli tatlıları (baklava, künefe vb.)tükettiğimde mutlu olurum.	1	2	3	4	5
12	Ana öğünleri (kahvaltı-öğle ve akşam yemeği) düzenli yerim.	1	2	3	4	5
13	Günde en az 1,5 lt su içerim.	1	2	3	4	5
14	Haftada en az 3 öğün sebze tüketirim.	1	2	3	4	5
15	Düzenli meyve tüketirim.	1	2	3	4	5
16	Her gün protein içeren besinler (et, süt, yumurta, vb.) yerim.	1	2	3	4	5
17	Ana öğünleri atlarım.	1	2	3	4	5
18	Her gün abur cubur (cips, çikolata, bisküvi, vb.) yerim.	1	2	3	4	5
19	Her gün asitli/gazlı içeceklerden en az 1 bardak içerim.	1	2	3	4	5
20	Ayaküstü beslenirim.	1	2	3	4	5
21	Ana öğünümü genellikle kek, bisküvi gibi gıdalarla geçiştiririm.	1	2	3	4	5

