



**MALATYA BATTALGAZİ YURDUNDA KALAN KIZ  
ÖĞRENCİLERİN ORTOREKSİYA NEVROZA DÜZEYLERİ İLE  
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ İLİŞKİSİNİN  
İNCELENMESİ**

**BERFİN OKTAY**

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Ali ÖZER**

**Yüksek Lisans Tezi-2020**

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


**MALATYA BATTALGAZİ YURDUNDA KALAN KIZ ÖĞRENCİLERİN  
ORTOREKSİYA NEVROZA DÜZEYLERİ İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ  
DAVRANIŞLARININ İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

**BERFİN OKTAY**

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Ali ÖZER**

**MALATYA  
2020**

 İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ	<b>KABUL ONAY FORMU</b>	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

**İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜMÜDÜRLÜĞÜ**

**Malatya Battalgazi Yurdunda Kalan Kız Öğrencilerin Ortoreksiya Nevroza Düzeyleri ile**

**Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İlişkisinin İncelenmesi**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN  
PROF.DR. ALİ ÖZER**

**HAZIRLAYAN  
BERFİN OKTAY**

Jürimiz tarafından 27/02/2020 tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonucunda bu tez **oybirliği /oyçokluğu** ile başarılı bulunarak Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul etmiştir.

**Jüri Üyelerinin Unvanı Adı Soyadı**

- 1.Prof. Dr. Ali ÖZER
- 2.Prof. Dr. Metin Fikret GENÇ
- 3.Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Tevfik OZAN

**İmza**

.....  
.....  
.....

**O N A Y**

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun .../.../20... tarih ve 20.../..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

**Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ  
Enstitüsü Müdürü**

# İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ .....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. Yeme Bozuklukları .....	3
2.2. Yeme Bozukluklarının Sınıflandırılması .....	6
2.2.1. Anoreksiya Nevroza .....	6
2.2.2. Bulimiya Nevroza .....	7
2.2.3. Pika .....	8
2.2.4. Kaçınan/Kısıtlı Besin Alım Bozukluğu .....	9
2.2.5. Geri Çıkarıp Çiğneme (Ruminasyon) Bozukluğu .....	9
2.2.6. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu .....	9
2.2.7. Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozukluğu.....	10
2.2.8. Tanımlanmamış Diğer Beslenme ve Yeme Bozukluğu.....	10
2.3. Ortoreksiya Nevroza .....	11
2.3.1. Ortoreksiya Nevrozanın Oluşum Nedenleri .....	13
2.3.2. Ortoreksiya Nevrozanın Belirlenmesinde Kullanılan Kriterler .....	14
2.3.3. Ortoreksiya Nevrozanın Tedavisi .....	16
2.3.4. Ortoreksiya Nevroza ile İlgili Çalışmalar .....	17
2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları .....	18
3. MATERYAL VE METOT .....	20
3.1. Çalışmanın Yeri, Zamanı, Tipi .....	20
3.2. Evren ve Örneklem .....	20
3.3. Verilerin Toplanması .....	20
3.4. Anket Formu .....	20
3.4.1. Ortoreksiya Nevroza Değerlendirme Ölçeği (ORTO-15) .....	21
3.4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II).....	21
3.5. Verilerin Analizi .....	23

4. BULGULAR.....	24
5. TARTIŞMA .....	43
5.1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıkları ve Sağlık Problemlerine Yönelik Verilerin Değerlendirilmesi.....	43
5.2. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin ORTO-15 Testi Puanlarının Değerlendirilmesi.....	45
5.3. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Çeşitli Değişkenlere Göre Ortorektik Eğilim Durumlarının Değerlendirilmesi.....	46
5.4. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıklarına Göre Ortorektik Eğilim Durumlarının Değerlendirilmesi .....	49
5.5. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Çeşitli Değişkenlere Göre SYBD Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi .....	50
5.6. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin SYBD Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının ORTO-15 Testi Puanlarına Göre Değerlendirilmesi.....	54
5.7. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin ORTO-15, SYBD Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Korelasyonunun Değerlendirilmesi.....	55
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	56
KAYNAKÇA.....	58
EKLER.....	68
EK-1. Özgeçmiş.....	68
EK-2. Etik Kurul Onay Formu .....	69
EK-3. Anket İzni.....	70
EK-4. Anket Formu .....	71

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince akademik bilgi ve deneyimleri ile bana büyük katkılar sağlayan; çalışmanın başından sonuna kadar anlayışını, sabrını ve desteğini her daim hissettirerek beni motive eden değerli hocam ve tez danışmanım sayın Prof. Dr. Ali ÖZER'e,

Aktardıkları bilgi birikimleri ile emekleri olan İnönü Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı değerli hocalarım; Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ'e, Prof. Dr. Erkan Pehlivan'a, Prof. Dr. Metin Fikret GENÇ'e,

Çalışmam boyunca desteğiyle yanımda olan, her sorumu anlayışla karşılayan, bilgisi ve emeği ile büyük destek veren Dr. Ayőe GÖKÇE'ye,

Hayatımın her aşamasında yardım ve desteklerini esirgemeyen, verdiğim her kararda arkamda olan, haklarını asla ödeyemeyeceğim başta annem olmak üzere aileme,

Bu çalışmaya gönüllü olarak katılan bütün katılımcılara, tez sürecinde bana destek olan bütün meslektaşlarıma ve arkadaşlarıma,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Berfin OKTAY

## ÖZET

### **Malatya Battalgazi Yurdunda Kalan Kız Öğrencilerin Ortoreksiya Nevroza Düzeyleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İlişkisinin İncelenmesi**

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, Malatya Battalgazi Yurdunda kalan kız öğrencilerin ortoreksiya nevroza (ON) düzeylerinin belirlenmesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD) ile ilişkisinin incelenmesidir.

**Materyal ve Metot:** Çalışmamız tanımlayıcı tipte kesitsel bir çalışma olup 2019 yılında yurtda kalan öğrenim gören 300 öğrenci üzerinde yapılmıştır. Çalışmada kullanılan anket formunda öğrencilerin sosyodemografik özellikleri, beslenme alışkanlıklarına yönelik sorular, Ortoreksiya Nevroza Değerlendirme Ölçeği (ORTO-15) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde Ki-Kare testi, Student t, One Way ANOVA, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, Spearman Korelasyon Testi kullanılmıştır ve anlamlılık değeri  $p<0.05$  olarak kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Öğrencilerin %16.7'sinin ortoreksiya eğiliminde olduğu ve SYBD toplam puan ortalamasının  $120.8\pm 19.05$  olduğu bulunmuştur. Öğrencilerden 2 ve daha az ana öğün tüketenlerin, 3 ve daha fazla ana öğün tüketenlerden anlamlı olarak daha düşük oranda ON eğiliminde olduğu elde edilmiştir ( $p<0.05$ ). Anne-baba eğitim düzeyine göre grupların SYBD toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Anne-baba eğitim düzeyine göre sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0.05$ ). SYBD toplam puanı ON eğilimi olanlarda  $124.8\pm 14.61$  iken ON eğiliminde olmayan öğrencilerde  $120.0\pm 19.74$  olarak bulunmuştur. Buna göre ON eğilimi risk durumuna göre SYBD toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

**Sonuç:** ON eğilimi olan öğrencilerin SYBD toplam puanı daha yüksektir. Ayrıca 2 ve daha az ana öğün tüketen öğrenciler daha düşük oranda ON eğilimi göstermiştir. Bu durumda ortoreksiya eğilimini değerlendiren yöntemlerin güncellenme ve geliştirilme ihtiyacı ön plana çıkmaktadır. Öğrencilere verilecek olan beslenme ve farkındalık eğitimleriyle ortoreksiya nevroza eğilimlerinin azaltılabileceği ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilebileceği düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Ortoreksiya Nevroza, Sağlıklı Beslenme Takıntısı, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yeme Bozuklukları.

## ABSTRACT

### **Examination of the Relationship Between Orthorexia Nevrosa Levels and Healthy Lifestyle Behaviors of Female Students in Malatya Battalgazi Dormitory**

**Aim:** The aim of this study is to determine the levels of orthorexia nevrosa (ON) of female students in Malatya Battalgazi Dormitory and to examine the relationship between these levels and healthy lifestyle behaviors (SYBD).

**Material and Method:** Our study is a descriptive cross-sectional study conducted in 2019 on 300 female students staying at Malatya Battalgazi Dormitory. In the questionnaire form used in the study; sociodemographic characteristics of the students, questions about nutritional habits, Orthorexia Nevrosa Assessment Scale (ORTO-15) and Healthy Lifestyle Behaviors Scale II (SYBDÖ II) were used. In statistical analysis; Chi-square test, Student t, One Way ANOVA, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Spearman Correlation Test were used and the significance value was accepted as  $p < 0.05$ .

**Results:** It has been found that 16.7% of the students have a tendency to orthorexia and the total point average of SYBD is  $120.8 \pm 19.05$ . It has been understood that students who consumed 2 or fewer main meals tended to be significantly lower ON than those who consumed 3 and more main meals ( $p < 0.05$ ). It has been determined that there is a statistically significant difference between the groups' total score of SYBD according to parental education level ( $p < 0.05$ ). A significant difference has been found between health responsibility and physical activity subscale scores according to parental education level ( $p < 0.05$ ). SYBD total score is  $124.8 \pm 14.61$  in those with ON tendency and  $120.0 \pm 19.74$  in students who do not have ON tendency. Accordingly, a statistically significant difference has been found between SYBD total score according to ON tendency risk status ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** The total score of SYBD is higher for students with ON tendency. In addition, students consuming 2 or fewer main meals have showed a lower tendency to ON. In the circumstances, the need to update and improve the methods evaluating the orthorexia tendency comes into prominence. It is thought that orthorexia nevrosa tendencies can be reduced and healthy lifestyle behaviors can be improved through nutrition and awareness trainings.

**Key Words:** Orthorexia Nevrosa, Healthy Eating Obsession, Healthy Lifestyle Behaviors, Eating Disorders.



## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>AN</b>	: Anoreksiya Nevroza
<b>AO</b>	: Aritmetik Ortalama
<b>BKİ</b>	: Beden Kütle İndeksi
<b>BN</b>	: Bulimiya Nevroza
<b>DSM</b>	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>n</b>	: Sayı
<b>%</b>	: Yüzde
<b>ON</b>	: Ortoreksiya Nevroza
<b>SS</b>	: Standart Sapma
<b>SYBD</b>	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
<b>SYBDÖ II</b>	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II
<b>TYB</b>	: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
<b>VA</b>	: Vücut Ağırlığı
<b>YB</b>	: Yeme Bozukluğu

## ŞEKİLLER DİZİNİ

**Şekil No**

**Sayfa No**

<b>Şekil 4.1.</b> Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sağlıklı Beslenme ile İlgili Bilgilere Ulaşmada Tercih Ettikleri Kaynakların Dağılımı .....	27
--	----



## TABLULAR DİZİNİ

<b>Tablo No</b>	<b>Sayfa No</b>
<b>Tablo 3.1.</b> ORTO-15 Testi Yanıt Puanlaması.....	21
<b>Tablo 3.2.</b> SYBDÖ II'nin Alt Grupları, Ölçekteki Soru Numaraları, En Düşük ve En Yüksek Puanları (Bahar ve ark 2008).....	22
<b>Tablo 3.3.</b> BKİ Sınıflandırması .....	23
<b>Tablo 4.1.</b> Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı .....	24
<b>Tablo 4.2.</b> Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Ailelerine Yönelik Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı .....	25
<b>Tablo 4.3.</b> Araştırmaya Katılan Öğrencilerin BKİ Sınıflandırılması.....	26
<b>Tablo 4.4.</b> Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıklarına Yönelik Değişkenlerin Dağılımları.....	27
<b>Tablo 4.5.</b> Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sağlık Problemlerine Yönelik Değişkenlerin Dağılımları .....	28
<b>Tablo 4.6.</b> Araştırmaya Katılan Öğrencilere Uygulanan Ölçeklerin Tanımlayıcı Verileri.....	28
<b>Tablo 4.7.</b> Araştırmaya Katılan Öğrencilerin ORTO-15 Testi Sonuçlarına Göre Risk Değerlendirmesi .....	29
<b>Tablo 4.8.</b> Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Çeşitli Değişkenlere Göre Ortorektik Eğilim Durumlarının Karşılaştırılması .....	30
<b>Tablo 4.9.</b> Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Öğün Tüketim Durumlarına Göre Ortorektik Eğilim Durumlarının Karşılaştırılması.....	31
<b>Tablo 4.10.</b> Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Yaş Gruplarına Göre SYBD Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	32
<b>Tablo 4.11.</b> Araştırmaya Katılan Öğrencilerin BKİ Gruplarına Göre SYBD Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	32
<b>Tablo 4.12.</b> Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Fakültelerine Göre SYBD Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması .....	34
<b>Tablo 4.13.</b> Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Gelirlerine Göre SYBD Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması .....	34
<b>Tablo 4.14.</b> Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Anne Eğitim Düzeylerine Göre SYBD Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması .....	37

<b>Tablo 4.15.</b> Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Baba Eğitim Düzeylerine Göre SYBD Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	37
<b>Tablo 4.16.</b> Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Ara Öğün Tüketimlerine Göre SYBD Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	39
<b>Tablo 4.17.</b> Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Öğün Atlama Durumlarına Göre SYBD Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	39
<b>Tablo 4.18.</b> Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Ana Öğün Tüketim Durumuna Göre SYBD Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	40
<b>Tablo 4.19.</b> Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Ortorektik Eğilim Durumlarına Göre SYBD Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	41
<b>Tablo 4.20.</b> Araştırmaya Katılan Öğrencilerin ORTO-15, SYBD Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Korelasyonu.....	42

# 1. GİRİŞ

Son yıllarda gelişmiş toplumlarda sağlıklı beslenme konusundaki bilinçlenme halkın ana odağı durumuna gelmiştir. Gıda tüketiminde; besinlerin niteliği, miktarı ve cinsi konusunda seçicileşmek formda kalmak ve sağlıklı yaşam sürdürmek için önemlidir. Fakat aşırı miktarda, diyetler üzerinde psikolojik bir saplantı geliştirmek düzensiz bir beslenme modeline neden olur. Bu durum da yeme bozuklukları ile sonuçlanır (1).

Yeme bozukluğu terimi, Huse tarafından hastalıklara veya beslenme eksikliğine yol açabilecek alışkanlıklar ve yemedeki sapmalar olarak tanımlanmıştır (2). Yeme bozukluğu; yaşamın erken dönemlerinde biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkisiyle ortaya çıkan, uzun süren ve geçmişi oldukça eski olmasına rağmen son yıllarda artış göstermesi ile araştırmaların odağı haline gelen önemli bir hastalıktır (3). Yeme bozuklukları toplumun birçok kesiminde ve her iki cinsiyette de görülmektedir. Genç yetişkinler ve kadınlar; toplumsal baskı, düşük öz saygı ve ideal vücut boyutu ile ilgili gerçekçi olmayan algılamalardan dolayı yeme bozukluğu açısından daha büyük bir risk altında olduğu saptanmıştır (4, 5). Görülme sıklığı ve risk faktörlerine bakılarak, yeme bozukluğu gelişme riskinin yüksek olduğu düşünülen diğer bir etmen de üniversite dönemidir (6). Üniversite dönemi, beslenme alışkanlıkları da dâhil olmak üzere yaşam tarzı değişikliklerinde önemli bir yere sahiptir. Bu dönemde aileden ve alışılmış kültürden ayrılan bireylere ekonomik, sosyal ve akademik sorumluluklar yüklenmektedir. Üniversite eğitiminin başlamasıyla öğrenciler, o zamana kadar alışmış oldukları ortamlardan ayrılmakta, çevresel etkenlere daha duyarlı hale gelmekte ve kendi seçimlerini kendileri yapmaktadırlar. Dolayısıyla beslenme alışkanlıklarında da yeni bir dönem başlamaktadır (7). Birçok öğrenci ilk defa bu dönemde yemek pişirme, besin seçme gibi önemli değişikliklerle karşılaşmaktadır. Bu süreçte öğrencilerin beslenme bilgileri devreye girerek, besin seçimi ve tüketim tercihleri üzerinde etkin rol oynamaktadır. Yemek hazırlama ve besin alışverişinde tecrübesi olmayan, kısıtlı koşullarda öğün hazırlamak durumunda kalan öğrencilere yaşadıkları bu değişiklik kimi zaman zor gelebilmektedir. Özellikle bu dönemde öğrencilerin yeme tutumlarının değiştiği ve yeme bozukluklarının artış gösterdiği gözlenmektedir (8).

“Ortoreksiya Nevroza (ON)” ilk kez 1997 yılında Dr. Bratman tarafından kullanılan, Yunanca “orthos” ve “orexia” kelimelerinin birleşmesiyle oluşan, sağlıklı

besinlerin tüketilmesi ile ilgili patolojik saplantıyı tanımlayan bir kavramdır (9). Ortoreksiya nevroza sağlıklı beslenme takıntısı olarak tanımlanır. ON'nın DSM-5'de (Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı) henüz yeme bozuklukları kategorisinde sınıflandırılmaması nedeniyle net tanı kriterleri yoktur (10). Ancak bu durumu diğer yeme bozukluklarından ayıran, bireyin besin alımının miktarına değil kalitesine dikkat etmesidir (11). Ortoreksiya nevroza tanısı yeni bir kavram olduğundan bu alanda yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır.

Sağlıklı yaşam biçimi, kişinin sağlığı ile ilgili tüm davranışlarını kontrol altına alması ve günlük etkinliklerinde kendi sağlık statüsüne uygun davranışları belirleyerek düzenlemesi olarak tanımlanır (12). Kişinin, ailenin ve toplumun sağlığının geliştirilmesinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının artırılması şarttır. Bu sebeple; üniversite öğrencilerinin sağlık davranışlarının incelenmesi, gerekli durumlarda desteklenmeleri öğrencilerin sağlıklı yaşam davranışları geliştirilmesinde önem arz etmektedir. Günümüzde yapılan araştırmalar ortoreksiya nevroza ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları için ayrı ayrı pek çok risk faktörü ortaya koymuştur.

Bu çalışmada; Battalgazi Yurdunda kalan kız öğrencilerin ortoreksiya nevroza düzeyleri ve etki eden faktörleri belirleyip sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile arasındaki ilişkinin saptanması amaçlanmaktadır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Yeme Bozuklukları

Toplumun sağlık düzeyinin göstergelerinden ve temel gereksinimlerden biri olan beslenme; sağlığı korumak ve geliştirmek, yaşam standartlarını arttırmak amacıyla bireyin gereksinimlerini karşılayacak besin öğelerinin yeterli şekilde, doğru zamanda, doğru bir tutum sergileyerek alınmasını ifade eder. Beslenme bireyin ve toplumun yaşamını biyolojik, sosyo-kültürel, ekonomik yönden etkileyen çoklu bir yapıya sahiptir. Beslenmenin fizyolojik gereksinim dışında sosyolojik ve psikolojik yönlerinin olması, beslenmeyi halk sağlığı açısından daha da önemli kılmaktadır (13).

Beslenme madalyonunun bir yüzünde biyolojik gereklilikler bulunurken, diğer yüzünde psikolojik etmenler yer almaktadır. Kişi herhangi bir baskı hissettiğinde, duygusal durumuyla yeme davranışı etkilenebilmekte, değişebilmektedir (14).

Yeme davranışı; besin tüketimiyle birlikte aşırı duygu, tutum ve davranışlar ile karakterize kompleks problemleri ifade eder. Yeme bozukluğu kritik ruhsal ve fiziksel problemlere neden olurken, kadınlarda daha fazla olmak üzere her iki cinsiyette de görülmektedir (15).

Yeme bozukluğu 1984 yılında Huse tarafından hastalığa ya da beslenme problemlerine sebep olabilen yeme davranışlarındaki bozulmalar ve sapmalar olarak tanımlanmıştır (2).

Yeme bozuklukları (YB); psikolojik, fizyolojik ve davranışsal tanı kriterleriyle değerlendirilen, yeme ile ilişkili davranışlardaki olumsuz değişiklikler sonucunda, yiyeceklerin tüketilmesi ve emilmesindeki problemler ile karakterize, psikososyal ve bedensel işlevsellikteki bozukluklar olarak tanımlanmaktadır (10). Yeme bozuklukları yeme davranışında bazı önemli bozuklukları içerebilir. Bireyin; besin tüketiminin sağlıksız boyutlarda değişmesi, vücut ağırlığı ve beden algısında aşırı kaygılı olması yeme davranış bozukluklarına örnek olarak verilebilir (16).

Yeme bozukluklarının risk faktörleri arasında; cinsiyet, yaş, genetik, ailedeki ruhsal bozukluklar, ailenin yaşam stili, kültürel özellikler, sosyoekonomik sınıf, kişilik rolü, psikolojik bozukluklar, cinsel eğilim sayılabilir. (17).

Yeme bozuklukları fiziksel ve zihinsel sağlık üzerinde uzun vadeli etkileri olan ciddi bir halk sağlığı sorunudur (18) ve prevalansı %2-4 arasında değişmektedir (19). YB; bilhassa genç kadınlarda daha sık görülen, yeme davranışlarının farklı şekillerde bozulmasıyla seyreden, oluşmasında bireyin biyolojik, psikolojik ve kişilik özelliklerinin yanı sıra sosyal etmenler ve travma öyküsünün de önemli olduğu psikiyatrik bozukluklar olarak ifade edilir (20).

Birçok genç kadın; toplumsal baskı ve medyanın da etkisiyle, bir değer ölçüsü olarak görülen ince bir bedene erişmek için uğraş halindedir. İnce bedene ulaşmada sıklıkla kişinin yemekle olan ilişkisi değişmeye başlar. Diyet kliniklerine olan ilginin artması, medyada artan sayıda diyet önerilerinin olması ve kilo kontrol ilaçlarının kullanımının yaygınlaşmasından zayıf bedene olan ilgi rahatça görülebilir. Estetik kaygılarla başlayan diyetler, yoğun egzersizler, operasyonlar ile devam eden bir serüvene dönüşebilmektedir. YB, psikolojik kökenli fiziksel hastalıklarda hassasiyetlerin iyi bir örneğidir. Kişinin ruhu ve bedeni arasında ciddi bölünme vardır. Hastalar duygularını ifade etmek ve içsel gerilimlerini dillendirmekte zorlanırlar. Duygu durumlarını beden yolları ile ifade etmeye yönelirler. Cümleler ile ifade edemedikleri duygularını kusabilir (bulimiya nevroza) ya da bedenlerini ve duygularını reddetme yolunu tercih edebilirler (anoreksiya nevroza). Kalıcı yeme bozukluklarının en önemli sürdürücüleri dış sosyal pekiştiriciler ile içsel, psikolojik ya da fizyolojik pekiştiricilerin birlikte olmasıdır. Yeme bozukluklarında bozulmuş beden algısına sıklıkla rastlanır ancak olması zorunlu veya değişmez değildir (21).

Gençlerde beden ve kilo kaygısının artması, aşırı kilo ve ölçsüz yeme ile beraber tıbbi sorunların ilerlemesi sonucu ruh sağlığı uzmanlarına eskiye oranla daha fazla yönlendirmelerin olduğu görülmüştür (22). Yeme bozuklukları sıklığındaki artış pek çok nedene bağlı olarak gelişebilir. Bu nedenlere örnek olarak; tanı koyma ve değerlendirmelerde yaşanan gelişmeler, hastalığa ilişkin farkındalığın artması dolayısıyla tedavi başvurularının giderek artış göstermesi, tedavi yöntemlerindeki ilerlemeler, kadınların ince ve zayıf bir bedene sahip olmaları yönündeki sosyal baskılar sayılabilir (23, 24).

YB, genç kadınlarda fiziksel ve psikososyal morbiditenin önemli bir nedeni olarak ifade edilmektedir. Yeme bozuklukları; sosyal, psikolojik ve biyolojik birçok nedeni olması itibariyle tedavisi zor bir hastalıktır. Bireylerin büyük bir kısmı yardım etme



girişimlerine direnmektedirler. Yeme bozuklukları, psikiyatrik hastalıklar arasında ölüm oranının en yüksek olduğu hastalıklardır (25).

Bireylerin yeme davranışlarının gelişiminde; aile içi bağlar, anne ve babanın kişilik özellikleri ve ebeveynlerin çocuklarına yaklaşımları etkilidir. Ebeveynlerin fazla koruyucu olmaları veya çocuklarına mesafeli davranmaları çocuklarının yeme davranışlarını farklı şekillerde etkileyebilmektedir. Bu durum; bazı ailelerde çocukların kendilerini yalnız, reddedilmiş hissetmelerine ve aileleri tarafından anlaşılmadıklarını düşünmelerine neden olabilmektedir. Böylece çocuklar kendilerini kanıtlama ve onay alma çabalarını, fiziksel özellikleri veya bedenleri yoluyla kurmaya çalışabilirler (26).

YB tanısı erken yaşta ve hastalığın erken döneminde konabilir ve tedavi edilirse klinik sonuçlar iyi olabilir. Ergenlerin sağlık bakımında önemli yeri olan aile hekimleri bu hastalığın tanısında kritik rolde dirler (27). Tedavi yöntemleri birden fazla yaklaşımı içerir. Bunlar tıbbi, psikoterapi, davranışsal, besinsel ve farmakolojik yaklaşımlardır. Tedavi planlaması hastalığın şiddetine göre şekillenmelidir. Kapsamlı bir değerlendirme sonrası hastalar gerekli tıbbi müdahaleler için ilgili merkezlere yönlendirilerek tedavi planlanmalıdır (28).

Yeme bozukluğu tedavisinin tam bir takım çalışması halinde olması gerekmektedir. Tedavi; psikolog, diyetisyen, psikiyatrist, endokrinolog ve gerekli durumda pediatrist gibi çeşitli branşlardaki hekimlerin bir arada çalışmasıyla yürütülmelidir. YB tanısı kolayca koyulabilen bir hastalık olmamakla birlikte tanı koyulduğunda birey bu hastalığı reddederse tedavi süresi uzar, bazen tedavinin başlanması da gerçekleşmeyebilir (29). Yeme bozukluklarının tedavisi sürecinde olası besin desteğinin yararları üzerinde çalışma yapılmıştır. Diyet takviyesi ve çoklu doymamış yağ asitleri temelde serotonerjik potansiyel normalleşmesine katkıda bulunabileceği ve antienflamatuar etkilerinin olabileceği saptanmıştır (30).

Bu bireylerde yukarıda anlatılan tedavi yolları uygulanmış; fakat iyileşme gözlenmemişse yatarak tedavi edilmelidir. Yatarak tedavi döneminde esas amaç; bireyin psikolojik tedavi ile beden algısındaki sıkıntıların sebebinin bulunması ve bu sorunların giderilmesidir. Bulunan sorunların giderilmemesi bireyin akut iyileşme sonrasında tekrar yeme bozukluklarına yakalanmasına neden olabilir (29). Yeme bozukluklarının bir şekilden diğerine geçiş, örneğin anoreksiya nevrozadan bulimiya nevrozaya veya tam sendromlardan subklinik sendromlara geçiş yaygın olarak görülür (31).

## 2.2. Yeme Bozukluklarının Sınıflandırılması

Yeme bozukluklarının tanısı ve sınıflandırılması yapılırken Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM) kullanılmaktadır. DSM; tanımlayıcı yaklaşımı benimseyen ve hastalıkların etiyojisini belirlemenin aksine, kriterleri ön plana alan bir değerlendirme sistemidir. Ayrıca DSM; yeme bozukluklarının tanımlanmasında kullanılan semptom, davranış tipi, davranışın şiddeti, süresi ve etkilerini tanımlamaktadır. 1952'den günümüze DSM' nin 7 farklı versiyonu yayımlanmış olup, en güncel versiyonu 2013'te yayımlanan DSM 5' tir. DSM 5'e göre yeme bozuklukları toplamda 8 başlıkta sınıflandırılmıştır. Bu başlıklar şunlardır (10):

1. Anoreksiya Nevroza
2. Bulimiya Nevroza
3. Pika
4. Kaçınan/Kısıtlı Besin Alım Bozukluğu
5. Geri Çıkarıp Çiğneme (Ruminasyon) Bozukluğu
6. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
7. Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozukluğu
8. Tanımlanmamış Diğer Beslenme ve Yeme Bozukluğu

### 2.2.1. Anoreksiya Nevroza

Anoreksiya nevrozanın tanımı 17.yy'da yapılmış olup (32) ilk kez 1873 yılında, Kraliçe Victoria'nın da doktoru olan Sir William Gull tarafından kullanılmıştır ve 1874 yılında da tıbbi literatüre girmiştir. Anoreksiya; Yunanca kökenli bir kelime olup *an-* (olumsuzluk ön eki) ve *orexis* (iştah) kelimelerinin birleşmesiyle oluşmuştur (33).

Anoreksiya nevroza (AN), zayıf ve ince bir bedene sahip olma isteği ve kilo alma korkusunun yaşandığı farklı yeme tutumlarının sergilendiği klinik bir tablodur. Anoreksiyalı bireyde temel patoloji ise beden algısı bozukluğudur (34). Anoreksiya nevroza, diğer yeme bozukluklarından farklı olarak daha erken yaşlarda başlangıç göstermektedir. AN için başlangıç yaşı 14–16 olarak ifade edilmekte ve ergenlik çağı içindeki kişilerin bu hastalık için riskli grubu oluşturduğu kabul edilmektedir (35, 36). AN'li kişi normal sayılan en az vücut ağırlığına sahip olmayı reddeder. DSM-5'e göre anoreksiya nevroza için tanı ölçütleri (10);

1. Kişinin yaş, cinsiyet, gelişimsel ihtiyaçlarına göre enerji alımını kısıtlaması ve belirgin olarak normalin altında düşük vücut ağırlığına sahip olması,
2. Şişmanlamaktan aşırı endişe duyma ya da belirgin olarak düşük vücut ağırlığına sahip olmasına rağmen kişinin, kilo almayı zorlaştıran tutumlar sergilemesi,
3. Bireyin vücut ağırlığı ve biçimine aşırı bir önem yüklemesi veya düşük vücut ağırlığının vücuduna olan zararını kabullenmemesidir.

AN sınıflandırması;

**a. Kısıtlayıcı Tip:** Anoreksiya nervroza görülen kişide son üç ay içerisinde atak sırasında tıknırcasına yeme, kusturma veya laksatif lavman, diüretik kullanma davranışı olmamıştır. Yalnız bu türdeki AN'li birey çok sık diyet, aşırı düzeyde fiziksel aktivite yapar ve neredeyse hiç yemek tüketmeyerek kilo kaybetme eğilimindedir.

**b. Aşırı Derecede Yeme/Çıkartma Tipi:** Anoreksiya nervroza görülen kişi üç ay içerisindeki ataklar esnasında tıknırcasına yemek yeme tutumu sergilemiş ve kusturma veya laksatif lavman kullanmıştır (32). Anoreksiya nervroza, bireyin beden kütle indeksine (BKİ) göre 4 grupta incelenir.

- **Ağır olmayan AN:**  $BKI \geq 17 \text{ kg/m}^2$
- **Orta derecede AN:**  $BKI 16-16.99 \text{ kg/m}^2$
- **Ağır AN:**  $BKI 15-15.99 \text{ kg/m}^2$
- **Aşırı düzeyde AN:**  $BKI < 15 \text{ kg/m}^2$

Yeme bozuklukları özellikle de AN, nöroendokrin aksamalar ve düşük kemik mineral yoğunluğu ile ilişkili olduğu saptanmıştır (37). AN tedavisinde ilk hedef beslenmenin düzenlenmesi ve kilonun normal sınırlara getirilmesi olduğundan, tedavi ekibi içinde bu konuda deneyimli diyetisyenlerin bulunması önemlidir (38).

### 2.2.2. Bulimiya Nevroza

Bulimiya nevrozının kliniğini tıknırcasına yeme atakları ve ardından gelen uygunsuz dengeleyici davranışlar belirler. Tıknırcasına yeme aşırı miktarlarda yiyeceğin kısa süre içerisinde tüketilmesini tanımlamakta ve bu miktarların normal bir erişkin öğününün çok üstünde olduğu bilinmektedir. Sıklıkla tüketilen besinler yağlı, şekerli ve yüksek kalorilidir. Yeme sırasında kontrol kaybı ile birlikte tıknırcasına yemenin başlaması sık

görülmektedir. Bulimikler genelde tıkmalar sırasında yalnız olmayı tercih eder ve öğünlerini buna göre planlarlar (38).

Bulimiya nevrozaya diğer psikiyatrik tanıların eşlik etmesi sıktır. Birinci eksen tanıları içinde en sık ek tanı major depresyondur. Diğer sık rastlanılan tanılar ise anksiyete bozuklukları, bipolar bozukluk, alkol kullanımı, travma sonrası stres bozukluğu ve sosyal fobidir. Erişkinlerde BN tedavisinde bilişsel davranışçı terapilerin üstünlüğü gösterilmiş olup tedavide ilk seçilecek yöntem olarak kabul edilmektedir. İlaç tedavileri ve psikoterapilerin karşılaştırıldığı çalışmalarda; bilişsel davranışçı terapilerin tek başına ilaç tedavilerinden daha etkin olduğu, kombine tedavilerin etkiyi arttırdığı gösterilmiştir (39). DSM-5 kriterlerine göre bulimiya nevroza için tanı ölçütleri (10);

1. Tıkınırcasına yeme dönemlerinin tekrarlarının olması: Aşağıdaki durumların ikisinin birlikte olması hali bir tıkınırcasına yeme dönemini belirler:
  - a) Çoğu kişinin aynı zaman dilimi içerisinde ve benzer koşullarda tüketebileceğinden çok daha fazla yiyeceği belirli bir zaman diliminde (örn. herhangi bir 2 saat içinde) yeme,
  - b) Aşırı yeme esnasında kontrolü kaybetme.
2. Kişi kilo almaktan sakınmak için uygun olmayan telafi edici davranışlarda bulunur. Örneğin; zorla kusma, laksatif diüretik ya da diğer ilaçların yanlış yere kullanımı ve hiç yemek yememe ya da aşırı egzersiz yapma gibi,
3. Tıkınırcasına yeme ve çıkarma davranışının 3 ay içerisinde en az haftada 1 kez yaşanması,
4. Vücudunun biçimi ve ağırlığının öz değerlendirmeyi anlamsız şekilde etkilemesi,
5. Anoreksiya nevroza periyotları sırasında bu rahatsızlığın ortaya çıkmamasıdır.

### **2.2.3. Pika**

Yeme bozukluklarından biri olan pika, son ay süresince gıda olarak düşünülmeyen veya besin içeriği değerli olmayan ürünlerin tüketilmesidir. Besleyici olmayan ürünlere sabun, bez, saç, tel, yün, tutkal, böcek, hayvan dışkısı, toprak, tebeşir, çamaşır deterjanı, boya, metal, çakıl, odun kömürü, kül, kil, nişasta veya buz örnek olarak gösterilebilir (40). Pikada bu ürünlerin tercih edilmesinin altta yatan fizyolojik açıklaması olası vitamin veya

mineral eksikliğidir. Genel popülasyondaki prevalansı tam olarak bilinmese de hamile kadınlarda ve çocuklarda yaygın olduğu saptanmıştır (41). DSM-5 'te yer alan pika tanı ölçütleri; (10)

1. Besin olmayan veya besleyici değeri bulunmayan maddelerinin en az bir ay süreyle sürekli olarak tüketilmesi,
2. Kişinin gelişimsel düzeyi ile uyumlu olmayan besleyici değeri bulunmayan ürünleri tüketmesi,
3. Kültürel dayanağı olan durumların sayılmaması veya toplumsal olarak normal kabul edilebilen bir uygulama olmamasıdır.

#### **2.2.4. Kaçınan/Kısıtlı Besin Alım Bozukluğu**

Çok karma bir etiyolojiye sahip olan bu bozukluk, anoreksiya ve bulimia nevrozada olduğu gibi zayıf görünme kaygısından dolayı gelişmemiştir. Kişi yemek yemeye ya da besinlere karşı ilgisizdir. Bu yeme bozukluğu görülen bireylerde yemeğin duyuşal özelliklerine göre (belirli renkler ve/veya şekillerde olan besinler) ondan kaçınma görülür. Kaçınan/kısıtlı besin alım bozukluğu sonucunda kişide yetersiz beslenme ve vücut ağırlığı kaybı görülebilir.

#### **2.2.5. Geri Çıkarıp Çiğneme (Ruminasyon) Bozukluğu**

Besinlerin yutulduktan ve bir kısım hazmedildikten sonra, tikslenme veya bulantı olmaksızın yemeğin ağza tekrar getirilmesi ve yeniden çiğnenmesi olarak tarif edilen yeme bozukluğudur. Kişinin bu işlemi en az bir ay süreyle sık sık yapması bu yeme bozukluğuna sahip olmasını ifade eder. Bu süre içerisinde geri çıkarmanın beraberinde bir mide-bağırsak hastalığına ya da başka bir sağlık durumuna bağlı olmaması gerekir. Başka bir ruhsal bozukluk ile birlikte görülmesi halinde klinik bakım gerektirir.

#### **2.2.6. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu**

Tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB) ilk kez Alber J. Skundard tarafından 1959 yılında literatüre kazandırılmıştır (42). TYB'nin tanımlanabilmesi için son üç ayda haftada en az bir defa kontrolsüz ve fazla miktarda besin alımının olması gerekmektedir. Tıkınırcasına yeme bozukluğunun BN'den farkı bireylerin tıkınırcasına beslenmelerini dengelemek amacıyla yapılan aşırı egzersiz, uzun süreli açlık ve kusma gibi eylemlerin görülmemesidir (10). Tıkınırcasına yeme bozukluğuna sahip bireylerde aşırı yemeyi

herhangi bir şekilde telafi etme görülmez. Tıkanırcasına yemeden sonra suçluluk duygusu ve kendinden iğrenmenin olması sebebiyle bu eylem birey yalnızken gerçekleşmektedir (43). Çoğu kişinin aynı zaman diliminde ve benzer koşullarda tüketebileceğinden çok daha fazla yiyeceği belirli bir zaman diliminde (örn; herhangi bir 2 saat içinde) tüketme TYB'nin tanı kriterleri arasındadır. Ayrıca bu bireyler; atak esnasında, yemek yemeyle ilgili kontrolü sağlayamazlar. Kişi yemek yemeyi durduramaz ve neyi ne miktarda tükettiğini kontrol edemeyebilir. TYB için DSM-5 tanı kriterleri arasında; normalden çok daha hızlı besin tüketme, rahatsız edecek seviyede tokluk hissedene kadar yeme, açlık hissi duymuyorken aşırı miktarda yemek yeme, tükettiği miktarın fazlalığından utanç duyduğu için yalnız yeme, aşırı yedikten sonra bıkkınlık duymak, depresif ve suçlu hissetmek bulunur (10).

### **2.2.7. Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozukluğu**

Bu kategori, beslenme ve yeme bozukluklarından herhangi biri için tanı ölçütlerinin karşılanmadığı durumların nedenleri tartışılmak istendiğinde kullanılır. Tanı koymak için yeterli semptom görünmeyen ancak klinik açıdan belirgin olarak kişinin işlevselliğini bozan yeme bozuklukları bu kategoriden sayılabilir. DSM-5 'te bu kategori beş alt grupta incelenmiştir. Bunlar:

1. Atipik Anoreksiya Nevroza
2. Eşik Altı Bulimiya Nevroza
3. Eşik Altı Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu
4. Çıkarma Bozukluğu
5. Gece Yeme Sendromu

### **2.2.8. Tanımlanmamış Diğer Beslenme ve Yeme Bozukluğu**

Bu yeme bozuklukları; kişinin birçok yaşam alanında olumsuzluklara neden olan, beslenme ve yeme bozukluğunun bazı özelliklerinin baskın olduğu, fakat bunların YB tanı kümesinde herhangi birinin tanısı için tüm kriterleri kapsamayan durumları ifade etmektedir. Tanı koymada yeteri kadar bilgiye ulaşılamadığında bu kategori kullanılır (44).

Yeme bozukluklarında adı geçen henüz DSM-5'te yer almasa da beslenme bozukluklarından sayılan ortoreksiya nevroza (sağlıklı beslenme takıntısı) giderek dikkat çekmektedir.

### 2.3. Ortoreksiya Nevroza

Ortoreksiya, orto (doğru) ve orexis (iştah) kelimelerinden oluşan pratikte “doğru beslenme” anlamına gelen Yunanca kökenli bir kavramdır. “Ortoreksiya Nevroza” terimi ise ilk olarak Dr. Steven Bratman tarafından 1997 yılında bazı hastalarında gözlemlendiği sağlıklı besin tüketimindeki patolojik durumu tanımlamada kullanılmıştır. Dr. Bratman konu ile alakalı ilk yazısını *Yoga Journal*'da yayımlamasının ardından bu belirtilerden yakınan kişilerden çok fazla geri dönüş aldığı belirtilmiştir. Bu ilgi sonucunda Bratman kitap yazmaya karar verip “*Health Food Junkies (Sağlıklı Beslenme Bağımlıları)*” adlı kitabı yayımlamış ve “[www.orthorexia.com](http://www.orthorexia.com)” web sitesini kurmuştur. Steve Bratman ve David Knight'in 2000 yılında yayımladıkları (45) bu kitap ortoreksiya nevrozaya yönelik önemli bir kaynak oluşturmuştur. Yaptığı çalışma ile Bratman ABD'de ortoreksiya sıklığının kaygı verici olduğunu belirtmiştir. Steven Bratman bu yeme bozukluğunu tanımlayan bir tıp doktoru olarak kitabında ON'yi; kişilerin diyetlerini erdemli, temiz ve hatta ruhani hissetmek için bir yol olarak benimsedikleri bir hastalık şeklinde, kendini de iyileşmekte olan bir ortoreksiya nevrozalı olarak tanımlamaktadır. Ortorektik bireylerin kendilerini şişman hissetmediklerini ve amaçlarının zayıf olmak olmadığını belirtmektedir. Bu bireylerin, diyetlerinin kusursuz olması halinde her şeyin iyi olacağı inancını taşıdıkları ve abartılı bir biçimde sağlıklı olmayı hedefledikleri ifade edilmektedir (45).

Gıdaların kalitesi ve besin değeri ile ilgili uğraş alanında bireyin kendi fiziksel sağlığını en ileri düzeye çıkarma arzusuyla ortaya çıktığı ifade edilmektedir. Sağlıklı besin tüketme alışkanlığı başlı başına bir hastalık değildir ancak besinler için olan bu uğraş saplantı haline geldiğinde, kişinin günlük yaşamdan kendini soyutlamasına ve zamanla yeme bozukluklarından ortoreksiya nevrozaya yol açabilmektedir (46).

Ortorektikler hangi gıdaları tüketecekleri konusunda çok katı davranmaktadırlar. Öyle ki yaşantılarını bu besinlerin üzerine inşa etmektedirler. Dışarıda yemek yemekten kaçınmakta ve hijyen konusunda endişelidirler. ON'li bireyler aşçının yiyecekleri nasıl hazırladığı konusunda fikir sahibi olmadıkları restoranlara gitmemeye özen göstermektedirler. Bu durum davetleri reddetmelerine, aileleri ile görüşmeyi

azaltmalarına ve zamanla ailelerinin ve arkadaşlarının onlarla görüşmekten sakınmalarına sebep olmaktadır. Böylece bu takıntı bireylerin kişisel ve sosyal yaşamlarının değişmesine neden olarak onları yalnızlığa itmiştir. Bunun yanı sıra ortorektik bireyler sadece organik veya sağlıklı olduğunu düşündükleri ürünlerin satışa sunulduğu marketlerden alışveriş yapmakta ve bunun için kilometrelerce yol gitmekten ve para harcamaktan çekinmemektedirler (16).

Ortorektik bireyler satın alacağı ürünlerin ambalajlarını uzun bir süre irdelemekte ve bu ürünlerin içeriğinde kanserojen madde, hormon, boya vb. katkı maddelerinin olup olmaması konusunda aşırı uğraş içindedirler. Tüketecekleri gıdaların aşırı saf ve katkısız olmasına takıntılı bir biçimde önemsemektedirler. Sağlıklı beslenmeye karşı edindikleri bu takıntı, bireyleri psikolojik olarak da baskı altına alması sonucu birçok besini tüketmekten vazgeçme eğilimine sevk edebilir (46). ON'li bireyler bunun yanı sıra besin hazırlama esnasında kullanılan yöntem ve materyaller hakkında da kuşku duymaktadır. Bazı gıdaların tüketimini, bileşimlerine veya hazırlanma şekillerine göre reddedebilmektedirler (47). Ortoreksiya eğilimindeki bireyler, yalnızca çiğ sebzeleri tüketme ve yemeklerini belli bir renkte yeme konusunda ısrar etmeye dayanan çeşitli kurallar benimsemektedirler. Dolayısıyla ortoreksiya nevroza; kişinin sadece sağlıklı beslenme konusunda takıntılı olması değil, aynı zamanda belirlenmiş pişirme yöntemlerini kullanması ve yalnızca belirli besinleri tüketmesi olarak da düşünülmelidir (48).

Ortoreksiya nevroza eğiliminde olan bireylerin günlük diyet planlaması ve yapılandırması çok fazla zamanlarını almaktadır. Bu yapılandırma 4 aşamadan oluşmaktadır. İlk aşama; gün içinde veya ertesi gün tüketilecek besin hakkında titizce ve endişelenerek düşünme ile, ikinci aşama ise kullanılacak tüm malzemelerin kapsamlı bir satın alınmasıyla ilgilidir. Üçüncü aşama; sağlık sorunları teşkil etmeyen tekniklerden oluşan bir hazırlama biçimini içerirken son aşama ise diğer üç aşamanın uygulanması ile ilgili memnuniyet veya suçluluk hissedilmesine ilişkin bir aşamadır. Ortorektikler bu ritüelleri uygulamaya çalışıp gerçekleştiremediklerinde kaygı ve suçluluk duygusuna kapılabilmektedirler (49). Bu süreç, zamanla ortorektik bireylerin tükettiği besin çeşitliliğinin azalmasına ve tek tip beslenmeye yönelmelerine neden olmaktadır. Tek tip beslenmede, besin gruplarından yeterli ve dengeli alınmaması sonucu kas ve su kaybı görülmekte bu da vücut direncinin düşmesine yol açmaktadır. Ortorektiklerde uzun vadede; vitamin, mineral ve besin öğeleri yetersizliği ve malnutrisyon görülmektedir.



Bunlara ek olarak, anksiyete, depresyon, rijidite, yalnızlık, suçluluk gibi duygu durumlarının yanında kilo verme, amenore, osteopeni, anemi, hiponatremi, testosteron yetersizliği, osteoporoz, menstrüasyon döngüsünün bozulması ve kan basıncındaki aşırı düşme sonucu kalp sorunları da görülebilmektedir. Ortorektikler; diyetlerindeki kısıtlamalar, kilo kayıpları, amenore görülmesi açısından anoreksiklere benzemekle beraber, besin tüketimindeki kriter kaloriden ziyade gıdaların “sağlıklı ya da sağlıksız” oluşudur. ON’li bireyler sağlıklı beslenme takıntıları sonucu kilo kaybı yaşadıklarını, aslında kilo ile bir uğraşlarının olmadığını belirtmektedirler (9, 50, 51). Ortorektik ve AN’li bireyler başarı odaklı, diyetlerine bağlılığı öz disiplinin bir gereği olarak gören ve diyet programlarından ayrılmayı kendini kontrol edememe olarak değerlendiren kişilerdir (52).

### **2.3.1. Ortoreksiya Nevrozanın Oluşum Nedenleri**

Uzmanlara göre sağlıklı beslenme takıntısı ve saplantısına kaynaklık eden farklı sebepler olabilir. Bunlar; aileden edinilmiş alışkanlıklar ve tutumlar, yakın süreçte geçirilen bazı hastalıklar, buldukları çevrenin eğilimleri, bir besin türü ya da grubu hakkındaki duydukları olumsuz yorumlar olabilir. Ancak bunun yanında genetik ve psikolojik etmenlerin de yeme bozukluklarının gelişmesinde önemli rolü olabileceği düşünülmektedir (53).

Günümüzde bireylerin yeme alışkanlıklarını değiştirmesi, medyada organik beslenmenin popülerliğinin artması diğer taraftan teknolojinin kullanımı ile cihazlardan diyet listelerine ulaşılabilirliğin artması, gıdanın tüketilmeden önce akıllı cihazlar kullanılarak içerdiği besin öğelerinin ve kalorilerinin incelenmesi, diyetin obsesif bir hal almasına dolayısıyla ortoreksiya nevroza diğer adıyla sağlıklı beslenme takıntısının oluşmasına zemin hazırlamaktadır (8, 54).

Ortoreksiya nevroza gelişimi için riskli pek çok psikososyal durum vardır. Yapılan araştırmalara göre cinsiyet, yaş, ekonomik gelir, eğitim durumu, kişilik özellikleri gibi durumların ortorektik düşünce ve davranışların gelişiminde etkili olduğu ortaya konmuştur (55). Ortoreksiya nevrozanın, bireyin sağlıklı beslenme ve genel sağlığın iyileştirilmesine yönelik girişimlerinin yeme davranışı üzerine zararsız kabul edilebilecek bir etki ile başlangıç gösterdiği bilinmektedir. Bu bireylerin çabalarının, aslında kronik hastalıklara yakalanmamak veya mevcut kronik hastalığın üstesinden gelmeye yönelik girişimlerinin bir sonucu olduğu düşünülmektedir. Ortorektiklerin zamanla değişen yeme

davranışları, sağlıklı beslenme üzerine katı ve kuralcı bir yaklaşım halini almakta ve bireylerde suçluluk ve başarısızlık duygusuna sebep olan bir saplantı haline dönüşmektedir (56).

### **2.3.2. Ortoreksiya Nevrozanın Belirlenmesinde Kullanılan Kriterler**

Yeni bir YB olan ortoreksiya nevroza henüz DSM-5'te (10) yer almamaktadır. Ancak konunun ilk araştırmacıları sayılan Bratman ve Knight, bu bozukluğun erken tanısında yeme davranışının patolojik olup olmadığını belirleyebilmek için bir tarama aracı olarak Bratman'ın Ortoreksiya Testini (BOT) önermiştir (45).

Bratman'a göre sağlıklı bir diyet takibinde meraklı ve aşağıdaki sorulardan birine evet diyorsanız ON geliştiriyor olabilirsiniz (57).

1. Hayatımın çoğunu aile, arkadaşlık, iş ve okul gibi boyutlarına müdahale edecek kadar sağlıklı yiyecekleri düşünerek, seçerek ve hazırlayarak geçiriyorum.
2. Herhangi bir yiyeceği yediğimde sağlıksız olduğunu düşündüğüm için endişeli, suçlu, saf olmayan, kirli ve / veya kirlenmiş hissediyorum. Bu tür yiyeceklere yakın olmak bile beni rahatsız ediyor.
3. Kişisel mutluluk, neşe, güvenlik ve özgüven duygum, yediklerimin saflığına ve doğruluğuna aşırı derecede bağımlıdır.
4. Bazen kendi oluşturduğum "iyi yemek" kurallarını düşün, aile veya arkadaşlarla birlikte yemek gibi özel bir durum için esnetmek isterim ancak yapamayacağımı biliyorum.
5. Zaman geçtikçe, sağlık yararlarını sürdürmek veya arttırmak amacıyla giderek daha fazla gıdayı elimine ettim ve gıda kuralları listemi genişlettim.
6. Sağlıklı beslenme teorimin ardından, çoğu insanın benim için iyi olduğunu söylediğinden daha fazla kilo vermeme ve saç dökülmesi, cilt problemleri gibi diğer kötü beslenme belirtilerine neden oldu.

ON henüz medikal bir durum olarak kabul edilmese de birçok hekime göre gittikçe artan bir sağlık olgusudur (57).

2015 yılına gelindiğinde ise Moroze ve arkadaşları (58) tarafından ortoreksiya nevroza için tanı kriterleri yayınlanmıştır.

**Kriter A:** Gıdaların kalitesi ve kullanılan malzemeler ile ilgili kaygılara odaklanılarak saplantı haline gelen durumlar. (Aşağıdakilerden iki veya daha fazlası varsa)

- Gıda saflığı ile ilgili inançların uğraş edinilmesi ve dengesiz beslenmeye neden olan diyet programı
- Zararsız veya sağlıksız yiyeceklerin gıda kalitesi ve bileşiminin fiziksel veya duygusal sağlık ya da her ikisi üzerindeki etkisi hakkında endişelenme
- Sağlıksız olduğuna inanıldığı yiyeceklerden tavizsiz olarak kaçınma, herhangi bir koruyucu ve gıda katkı maddesi, hayvansal ürün veya sağlıksız olarak görülen diğer maddeleri içeren gıdaları reddetme
- Konunun uzmanı olmadığı halde besin incelemesinde aşırı zaman (örneğin günde 3 veya daha fazla saat) harcama
- Sağlıksız veya saf olmayan gıdaların tüketimi sonrası suçluluk hissetme ve endişelenme
- Diğer beslenme şekillerine tahammül edememe
- Gıdalarda algılanan kalite ve gıda bileşimleri için yüksek miktarda para harcama

**Kriter B:** Obsesyonel uğraş aşağıdaki durumlardan biri ile birlikte daha zor bir hale gelmektedir:

- Beslenme dengesizlikleri sonucu fiziksel sağlığın bozulması
- Sağlıklı yeme hakkındaki inançlar, odaklanan takıntılı düşünceler ve davranışlar sebebiyle kişinin birçok yaşam alanında şiddetli sıkıntı veya bozulma yaşaması.

**Kriter C:** Bu bozukluğun obsesif kompulsif bozukluk, şizofreni veya başka bir psikolojik bozukluğun belirtilerini kötüleştirmemesi.

**Kriter D:** Bazı dini inanışlara bağlı gıda tercihi, tanı konulmuş besin alerjileri ya da özel diyet uygulamaları gerektiren tıbbi hastalıklarından kaynaklanmaması.

Ortoreksiya nevrozının tanısız değerlendirme ölçeği ise Bratman'ın teorilerine dayalı olarak 2005 yılında Donini ve arkadaşlarının çalışmaları sonucu geliştirilen ORTO-15'dir. Bu test sağlıklı yeme alışkanlıkları ve sağlıklı yiyeceğe ulaşmak için yapılan uğraşların sorgulandığı 15 soruyu içerir. ORTO-15; kişilerin besin seçme, satın

alma, hazırlama ve besinleri tüketme konusundaki davranışlarına yönelik soruları içeren ve bireylerin ortoreksiya nevroza eğilimlerini belirlemede kullanılan bir ölçektir. Amaç bireyleri duygusal ve rasyonel açıdan değerlendirmektir (59). ORTO-15'in ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirliği 2006 yılında Arusoğlu tarafından yapılmıştır (16). Sonuç olarak ON henüz çok yeni ve tartışmalı bir durum olduğu için henüz net tanı konulabilecek bir bozukluk olmadığı belirtilmektedir. Ancak kişiye ORTO-15 testi uygulanması sonucu kişinin ON eğilimi konusunda fikir geliştirilebilmektedir (9).

### **2.3.3. Ortoreksiya Nevrozanın Tedavisi**

Yeme bozukluklarının tedavi yaklaşımları diğer ruhsal bozuklukların tedavi yaklaşımlarından farklılıklar içermektedir. Çünkü yaşamı ciddi şekilde tehdit edebilen, vücudumuzdaki pek çok sistemi olumsuz olarak etkileyen yeme bozukluklarının tedavisi çok boyutlu olarak ele alınmalıdır. Bu yüzden diğer yeme bozukluklarında olduğu gibi ortoreksiyada da çeşitli tedavi yaklaşımları stratejilerden oluşan bütüncül bir yaklaşım gereklidir (21).

Her yeme bozukluğunda olduğu gibi ortoreksiya nevrozanın oluşum nedenleri de çeşitli olduğundan tek bir tedavi planından bahsedemeyiz (8). Ortoreksiyadan muzdarip olan bireylerde gıda kalitesinin sağlıklı beslenmenin tek faktörü olmadığına işelleştirilmesi gerekmektedir. Bilişsel davranışçı terapi yaklaşımıyla ortorektik bireylerin çarpıtılmış inanç sistemi düzeltilebilir. Ayrıca sağlıklı beslenme konusundaki obsesif davranışları azaltacak davranışçı teknikler de kullanılabilir (55). Tedavinin ortalarına doğru ortorektik bireylerde suçluluk duygusu gelişebilir. Çünkü iyileşmeye başlayan ON'li bireyler diyetlerine ihanet ettikleri için kendilerini suçlu hissederler. Bu durumda sabırla olumlama yapıp, suçluluk duygusunun üzerine gidilmesi gerekir (45).

Ortorektik bireyler gıda ile ilgili uygulamaları bozulduğunda yoğun bir hayal kırıklığı yaşarlar. Gıda güvenilirliği görünüşte tehlikeye düştüğü zaman iğrenme, tiksinti hislerine kapılabilirler. Kendilerine göre sağlıksız kabul ettikleri bir yiyecek tüketmek zorunda kaldıkları ve tükettikleri zamanda aşırı bir suçluluk duygusu ortaya çıkar. Ortorektik kişiler diyet ihlalleri yapmak zorunda kalırlarsa, daha katı ve tutucu bir diyetle ya da arındırıcı olduğunu düşündükleri oruçlarla kendini cezalandırmak isteyebilirler. Ayrıca ortorektik bireyler; yalnızca sağlıklı beslenmeyi sürdürebileceklerine inandıkları için, sosyal izolasyon açısından risk altındadırlar. Başkaları ile birlikte olduklarında yeme

alışkanlıklarının eleştirilmesinden endişe duydukları ya da diğer insanların yeme alışkanlıkları ile ilgili olumsuz etkileşimlerde bulunmamak için yalnız olmayı tercih edebilirler. Bu da sosyal sağlıklarının bozulmasına neden olur. Ortoreksiya nevrozının tedavisinde bireylerin yeme davranışlarındaki yanlışlar düzeltilmelidir. Kişinin anksiyetesi, obsesif kompulsif davranışları, ON' ye sebep olan bilişsel problemleri ele alınmalıdır (52).

#### **2.3.4. Ortoreksiya Nevroza ile İlgili Çalışmalar**

Henüz net tanı kriterleri bulunmayan ON ile ilgili kısıtlı sayıda da olsa çeşitli çalışmalar mevcuttur (60). Yurt dışında yapılan prevelans çalışmalarına örnek olarak 2005 yılında Donini ve arkadaşları tarafından İtalya'da 525 örnekleme yapılan çalışma verilebilir. ON eğilimi çalışma sonucunda %6.9 bulunmuştur. Ayrıca ORTO-15 ölçeğinin geliştirildiği çalışmadır (59).

Yurt dışında yapılan diğer prevelans çalışmalarında; 2012 yılında Brezilya'da 392 diyetisyen ile yürütülen çalışmada ON eğilimi %81.9 (61), Macaristan'da 810 üniversite öğrencisi ile yapılan çalışmada %74.2 (62), İspanya'da 2014 yılında bir yoga topluluğunun 136 üyesi örneklenecek yürütülen çalışmada %86 (63), 2015 yılında Polonya'daki 399 lise öğrencisinin katıldığı çalışmada ise %52 olarak saptanmıştır (64). Ülkemizde ortoreksiya nevroza ile ilgili bazı çalışmalar incelendiğinde seçilen örneklemlerin üniversite öğrencileri (65), beslenme ve diyetetik bölümü öğrencileri (66), sağlık profesyonelleri (67), spor yapanlar (68), adolesan kız öğrenciler (69), online diyet alan yetişkinler (54), tıp ve hemşirelik fakülteleri öğrencileri (70, 71) olduğu görülmüştür. Bu çalışmalar ON eğilimi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi yönü ile önem taşımaktadır.

Ülkemizde yapılan prevelans çalışmalarında; 2007 yılında 318 stajyer doktorlarla yürütülen çalışmada katılanların %45.5'inin ORTO-15'ten 40'ın altında puan alarak beslenme alışkanlıklarına aşırı hassas oldukları, tıp öğrencileri ile yapılan başka çalışmada ise ON sıklığı %43.6 olarak saptanmıştır (72, 73). Devlet Opera Balesi ile Bilkent Üniversitesi Senfoni Orkestrası sanatçılarının ON prevelansının saptanması amacıyla, 39'u erkek ve 55'i kadın toplam 94 sanatçı üzerinde yürütülen çalışmada; sanatçıların %56.4'ünde ON eğilimi görülmüştür (74).

Yapılan araştırmalara göre bazı meslek grupları ON açısından daha riskli gruptadır. Beslenme ve sağlık alanında çalışan ve bu alanda farkındalığı yüksek olanlarda örneğin; doktorlar, hemşireler, diyetisyenler ve bu alandaki öğrencilerde risk daha fazla

bulunmuştur (75). Bununla birlikte yapılan çalışmalarda; anksiyetesi olanların, obsesif ve beden imgesi bozukluğu olan bireylerin ortoreksiya nevroza eğilimlerinin daha fazla olduğu gösterilmiştir (74, 76).

#### **2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları**

Sağlıklı yaşam herkesin hakkıdır ve sağlıklı yaşam, hastalıklardan arınmanın yanı sıra ruhsal ve sosyal yönden iyi olmayı da kapsar. DSÖ ve birçok ülke tarafından 1977 yılında ‘‘Herkes İçin Sağlık’’ temel sosyal amaç olarak kabul edilmiş, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için ortak görüş ve hedefler saptanmıştır. Belirlenen hedeflerden biri de kişinin sağlığını korumasına, geliştirilmesine katkıda bulunmak ve bireyin bu koruma ve geliştirme potansiyellerini arttırmada sosyoekonomik olanaklar temin etmektir. Hedeflenen bu sağlık kavramının; totaliter bir düşünce sistemi oluşturmakta ve sağlığın dünya genelinde toplumsal bir hedef ve temel insanlık hakkı olduğu vurgulanmaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetleri, öncelikle sağlığı geliştirmeyi hedefler ve bireylerin kendi sağlık sorumluluğunu üstlenmelerine odaklanır (77).

Sağlığı geliştirme; sağlıkla ilgili herhangi bir davranış veya tutum için ekonomik ve çevresel etmenlerin bileşimi olarak tanımlanır (78). DSÖ ise sağlığı geliştirmeyi, ‘‘insanların sağlıkları üzerinde kontrol gücüne sahip olmaları ve sağlıklarını geliştirmeye muktedir kılma sürecidir’’ şeklinde tanımlamaktadır (79). Pender 1987 yılında sağlığı geliştirmeyi, ‘‘birey, aile ve toplumun sağlık potansiyelini üst düzeye çıkarma aktiviteleri’’ olarak tanımlamıştır (12). Sağlığı geliştirme fikri, yeni olmamasına ve bu yüzyılın ilk yarısında bu konuda birçok girişimde bulunulmuş olmasına rağmen, tanımlanmış özel bir alan olarak ilk ortaya çıkışı 1974 yılı olmuştur. 1986 yılında ilk uluslararası ‘‘Sağlığı Geliştirme Konferansı’’ ile bu konuya olan ilgi artmış ve Ottawa Sağlığı Geliştirme Bildirgesi onaylanmıştır. Böylelikle sağlığı geliştirme faaliyetleri tüm dünyada gelişmeye ve yayılmaya başlamıştır (78).

Toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesi her zaman öncelikli olmuştur. Bu amaç doğrultusunda sağlık bakımıyla ilgili çeşitli düzenlemeler uygulanmıştır. Başlangıçta; sağlığı iyileştirmek için sağlık bakım modelleri üzerine odaklanılmışken, sonraki dönemlerde hastalıklardan korunmaya ve sağlığın geliştirilmesine daha çok ilgi gösterilmiştir. Toplumların sağlık düzeyi, sağlıklı bireylerin çoğunlukta olması ile ölçülür (80).

Pender'e göre sağlık davranışı ise; kişinin sağlığını koruyup, geliştireceğini dűřündűđű ve hastalıkları önlemeye yardımcı olacak tüm tutum ve davranışlardır (12). Tıp ve sağlık hizmetlerindeki gelişmeler incelendiğinde, insanların önce hastaları iyileştirmeye çalıştıkları, sonra da hastalıktan korunma yollarına başvurdukları g r lműřt r. Verilen bu çabalar insanı olabildiğince sağlıklı yaşatma hedefine yöneliktir. Bu hedef doğrultusunda, insanları hastalıklardan koruyan ve yaşamları boyunca sağlıklı kalmalarını sağlayan pek çok uygulama geliştirilmiştir. Günümüzde bu uygulamaların tümü ‘‘Sağlıklı Yařam Biçimi’’ (Healthy Life Style) olarak adlandırılmıştır (81).

Yapılan alışmalar, sağlık risklerinin kişisel yaşam biçimi davranışları ile ilgili olduğunu belirtmektedir. Dolayısıyla hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde en temel hususun yaşam biçiminin değiştirilmesi olduğu ifade edilmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının istenen düzeye ulaşması; hastalıklara yakalanmanın ve hastalık vakalarının azalmasında, ölüm oranlarının dűřmesinde ve yaşam s resinin uzamasında oldukça etkilidir (82). Sağlıklı yaşam biçimi;

- Manevi Gelişim
- Sağlık Sorumluluğu
- Fiziksel Aktivite
- Beslenme
- Kişiler Arası İlişkiler
- Stres Yönetimi gibi faktörlerin oldukça önemli bir etkiye sahip olduğu davranışları içerir (83).

1987 yılında Walker tarafından geliştirilen sağlıklı yaşam biçimi davranışları  leğinin ilk versiyonu 48 madde ve altı faktörden oluşmaktadır (12). Ölçek 1996 yılında yenilenerek ‘‘Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları  leği II’’ (SYBDÖ II) olarak isimlendirilmiştir. SYBDÖ II 52 maddelik soru ve altı alt gruptan oluşmaktadır. Revize edilen ölçek, sağlığı geliştirme davranışlarının belirlenmesi ve bu amaca yönelik planlanacak programların etkinliğini değerlendirilmesinde kullanılabileceği ifade edilmektedir (84).

### **3. MATERYAL VE METOT**

#### **3.1. Çalışmanın Yeri, Zamanı, Tipi**

Malatya ili Battalgazi Kız Öğrenci Yurdunda kalan öğrencilerde, 2019 yılı Şubat-Mart aylarında yapılan bu çalışma tanımlayıcı tipte kesitsel bir çalışmadır.

#### **3.2. Evren ve Örneklem**

Bu araştırmanın evrenini çalışmanın yapıldığı dönemde Malatya ili Battalgazi Kız Öğrenci Yurdunda kalan öğrenciler oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü; %95 güven aralığında %80 güçle referans çalışmanın ortoreksiya nevroza eğiliminde olma oranı %75 alındığında 289 kişi olarak hesaplanmıştır (67). Öğrenciler basit rastgele örnekleme metodu ile seçilmiştir.

#### **3.3. Verilerin Toplanması**

Çalışmanın yapılabilmesi için İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etiği Kurulundan (EK-2) ve Battalgazi Kız Öğrenci Yurdu Müdürlüğü'nden (EK-3) yazılı izin alınmıştır. Veri toplama işlemi sosyodemografik özellikler, ORTO-15 ve 52 sorudan oluşan SYBDÖ II ölçeklerinin yer aldığı anket formu (EK-4) aracılığı ile gerçekleştirilmiştir. Anket formu uygulanmadan önce öğrencilere çalışma ile ilgili kısa bilgi verilmiş ve katılımcıların sözlü onamları alınmıştır. Verilerin toplanması gözlem altında anket uygulaması metoduyla elde edilmiştir.

#### **3.4. Anket Formu**

Veri toplama aracının geliştirilmesinde, araştırmanın temellendirilmesi ve hedeflenen amaçlara ulaşılabilmesi amacıyla konu ile ilgili literatür incelenmiştir. Bu doğrultuda hazırlanan anket formu (EK-4) üç bölümden oluşmaktadır. Anketin birinci bölümünde öğrencilerin sosyodemografik özellikleri (yaş, sınıf, ikamet yeri, yaşanılan yer, anne-baba eğitim düzeyi), beslenme alışkanlıklarına yönelik sorular ve antropometrik ölçümleri (boy, vücut ağırlığı, BKİ) kişilerin beyanlarına dayanılarak kaydedilmiştir. İkinci bölümde Ortoreksiya Nevroza Değerlendirme Ölçeği (ORTO-15), üçüncü bölümde ise Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) bulunmaktadır.



### 3.4.1. Ortoreksiya Nevroza Değerlendirme Ölçeği (ORTO-15)

Ölçek; bireylerin ortorektik eğilimini, kendileri için sağlıklı olacaklarını düşündükleri besinleri seçme, satın alma, hazırlama ve tüketme aşamalarındaki takıntılı davranışlarını ölçmeyi hedefler. Ölçek ilk olarak Bratman ve Knight tarafından 2000 yılında 10 soruluk kısa form olarak hazırlanmıştır. 2005 yılında İtalya’da Donini tarafından bu ölçek örnek alınarak geliştirilip 15 maddeden oluşan ORTO-15 hazırlanmıştır (59).

ORTO-15 ölçeğinin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Arusoğlu ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılmıştır (85). ORTO-15 ölçeği 15 sorudan ve 3 faktörden oluşmaktadır. Maddeler; "bilişsel-rasyonel alanı" (1, 5, 6, 11, 12, 14), "klinik alanı" (3, 7, 8, 9, 15), diğer kısmı da "duygusal alanı" (2, 4, 10, 13) belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır (59). Derecelendirme dörtlü likert şeklinde olup ifadeler “her zaman”, “sık sık”, “bazen” ve “hiçbir zaman” seçenekleri ile değerlendirmeye yapılır. Ortoreksiya nevroza için ayırt edici kriter olan cevaplara “1”, normal yeme davranışı eğilimi gösteren cevaplara “4” puanı verilmiştir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 15, en yüksek puan 60’tır. 2, 5, 8 ve 9. maddeler tersine puanlanmaktadır. Ölçeğin yanıt puanlaması Tablo 3.1’de verilmiştir.

**Tablo 3.1.** ORTO-15 Testi Yanıt Puanlaması

Maddeler	Yanıtlar			
	Her zaman	Sık sık	Bazen	Hiçbir zaman
2-5-8-9	4	3	2	1
3-4-6-7-10-11-12-14-15	1	2	3	4
1-13	2	4	3	1

ORTO-15 testinin sonucuna göre “33 puan ve altında alanlar”, “Ortorektik” (son derece hassas yeme davranışlarına sahip) olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca toplam puan artması yeme davranışının normale yaklaşması olarak ifade edilmektedir (16).

### 3.4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II)

SYBDÖ II 1987 yılında Walker, Sechrist, Pender’in çalışmaları sonucu geliştirilmiştir (12). Kişinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sağlığı geliştiren davranışlarını ölçmede kullanılan bu ölçeğin ilk versiyonu 48 madde ve altı alt boyuttan oluşmaktadır. 1996 yılında bu ölçek geliştirilerek Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Ölçeği II olarak yeniden adlandırılmıştır (84). SYBDÖ II'nin ülkemizdeki geçerliliği ve güvenilirliği 2008 yılında Bahar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (86). Bu ölçeğin cronbach alfa değeri toplam ölçek için 0.92 olup, alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları 0.64-0.80 arasında değişmektedir (86). SYBDÖ II 52 madde ve 6 alt faktörden oluşmaktadır. Derecelendirme dörtlü likert şeklinde yapılmaktadır. Ölçek; hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) şeklinde derecelendirilerek puanlanmıştır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçeğin alt boyutları; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir.

**Tablo 3.2.** SYBDÖ II'nin Alt Grupları, Ölçekteki Soru Numaraları, En Düşük ve En Yüksek Puanları (Bahar ve ark 2008)

Alt boyutlar ve ölçek toplamı	Ölçekteki Soru Numaraları	En Düşük Puan	En Yüksek Puan
Sağlık Sorumluluğu	3-9-15-21-27-33-39-45-51	9	36
Fiziksel Aktivite	4-10-16-22-28-34-40-46	8	32
Beslenme	2-8-14-20-26-32-38-44-50	9	36
Manevi Gelişim	6-12-18-24-30-36-42-48-52	9	36
Kişilerarası İlişkiler	1-7-13-19-25-31-37-43-49	9	36
Stres Yönetimi	5-11-17-23-29-35-41-47	8	32
<b>Toplam Ölçek</b>		<b>52</b>	<b>208</b>

*Sağlık Sorumluluğu*; kişinin kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk hissetmesini ifade eder. Bireyin sağlığına itina ile yaklaşması, sağlık hakkında bilgi edinmesi ve ihtiyaç halinde profesyonel yardıma başvurabilmesidir.

*Fiziksel aktivite*; kişinin planlı şekilde günlük yaşantısında hafif, orta ve ağır egzersizleri düzenli olarak uygulamasını ifade eder.

*Beslenme*; kişinin öğünlerini seçme, düzenleme ve besin seçimindeki değerini anlatır.

*Manevi gelişim*; kişinin ruhsal gelişimi üzerine odaklanır. Bireyin iç huzurunu sağlaması ve yeni tecrübeler için fırsat oluşturmasını kapsamaktadır. Kişinin evrenle uyum içinde olduğunu hissetmesi ve iyilik haline yönelik gücünü en üst düzeye çıkarmasıdır.

*Kişilerarası ilişkiler*; kişinin diğer şahıslarla olan ilişkilerini ifade eder. Bireyin sağlıklı bir ilişki kurabilmesindeki iletişim gücünü kapsamaktadır. İletişim, sözel ve sözel olmayan mesajlarla bilgi, düşünce ve duyguları aktarmayı ifade eder.

*Stres yönetimi*; kişinin gerginliği azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol altına alabilmek için fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesini ifade eder (84).

### 3.5. Verilerin Analizi

Çalışmada elde edilen verilerin analizinde SPSS 22.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Çalışmanın bağımlı değişkenleri ORTO-15 ölçeği ve SYBDÖ II ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanlar iken bağımsız değişkenleri yaş, boy uzunluğu, vücut ağırlığı, bölüm, sınıf, sosyoekonomik durum, ebeveyn eğitim düzeyi, tüketilen ana öğün sayısı gibi değişkenlerdir. İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı veriler için frekans ve yüzde kullanılmıştır. Nicel verilerin normal dağılıma uygunluğuna bakmak için Shapiro Wilk normal dağılıma uygunluk testi kullanılmıştır. Nicel değişkenlere yapılan Shapiro Wilk normallik testine göre ORTO-15 ve SYBDÖ alt gruplarının toplam puanının normal dağılıma uymadığı ( $p < 0.05$ ), SYBDÖ toplam puanının normal dağılıma uyduğu ( $p > 0.05$ ) görülmüştür. İstatistiksel analizlerde normal dağılıma uyan verilerde parametrik testler (Student t, One Way ANOVA), normal dağılıma uymayan verilerde nonparametrik testler (Mann-Whitney U, Kruskal Wallis Varyans Analizi) kullanılmıştır. Çapraz tabloların çözümlenmesi Ki-kare analizi ile yapılmıştır. Ortoreksiya nevroza ve SYBD ölçekleri arasındaki ilişkiye spearman korelasyon testi ile bakılmıştır ve tüm değerlendirmelerde %95 güven aralığında  $p < 0.05$  düzeyi anlamlı kabul edilmiştir. Katılımcıların kendi ifadelerine göre belirttikleri boy uzunluğu ve vücut ağırlıkları değerleri kullanılarak beden kütle indeksleri (BKİ)  $VA/Boy^2$  formülü ile hesaplanmıştır. BKİ sınıflandırılmasında DSÖ'nün belirlediği kriterler baz alınmış ve 18.5'in altı zayıf, 18.5-24.9 normal, 25- 29.9 kilolu ve 30 üzeri obez olarak sınıflandırılmıştır (87).

**Tablo 3.3.** BKİ Sınıflandırması

Obezite derecesi	BKİ (kg/m <sup>2</sup> )
Zayıf	18.5 altı
Normal	18.5-24.9
Fazla kilolu	25-29.9
1. derece obez	30-34.9
2. derece obez	35-39.9
3. derece obez	40 üzeri

## 4. BULGULAR

Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyodemografik değişkenlerin dağılımları Tablo 4. 1’de verilmiştir. Öğrencilerin yaşları 17-28 arasında olup yaş ortalaması  $19.8 \pm 1.5$ ’dir. Öğrencilerin %17.3’ü 18 yaş ve altında, %25.3’ü 19 yaşında, %33.1’i 20 yaşında, %24.3’ü ise 21 yaş ve üzeri grupta olduğu saptanmıştır. Çalışmamıza katılan öğrencilerin %41.8’i sosyal, %35.7’si sağlık, %22.5’i ise fen bilimleri fakülteleri içinde yer alan bölümlerde öğrenimlerine devam etmektedirler. Öğrencilerin %46.3’ü birinci, %36.7’si ikinci, %12.3’ü üçüncü, %4.7’si dördüncü sınıfta olduğu ve öğrencilerin en yüksek oranda (%35) doğum yerinin Güneydoğu Anadolu Bölgesi olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin %37.3’ü 500 lira altında, %37.7’si 500 lira ve %25’i ise 500 lira üzeri gelire sahiptir.

**Tablo 4.1.** Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyodemografik Değişkenler	n	%
<b>Yaş Grup</b>		
18 ve altı	52	17.3
19	76	25.3
20	99	33.1
21 ve üzeri	73	24.3
<b>Bölüm</b>		
Sosyal bilimler	125	41.8
Sağlık bilimleri	107	35.7
Fen bilimleri	68	22.5
<b>Sınıf</b>		
Birinci	139	46.3
İkinci	110	36.7
Üçüncü	37	12.3
Dördüncü	14	4.7
<b>Öğretim Türü</b>		
Birinci	256	85.3
İkinci	44	14.7
<b>Doğum yeri-Bölge</b>		
Güneydoğu Anadolu	105	35.0
Doğu Anadolu	70	23.3
Akdeniz	63	21.0
İç Anadolu	23	7.7
Marmara	20	6.7
Karadeniz	13	4.3
Ege	6	2.0
<b>Gelir</b>		
< 500 TL	112	37.3
500 TL	113	37.7
> 500 TL	75	25.0
<b>TOPLAM</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

Araştırmamıza katılan bireylerin ailelerine yönelik sosyodemografik özelliklerin dağılımları Tablo 4. 2’de gösterilmiştir. Öğrencilerin aile yaşam yerlerine bölge bazında bakıldığında %34 ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi ilk sırada yer almaktadır. Aile gelir durumları incelendiğinde, %26.6’sının 1600 lira ve altında, %48.7’sinin 1601 ile 3200 lira arasında ve %24.7’sinin ise 3200 liradan fazla olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin kardeş sayısına bakıldığında yaklaşık yarısının 1-3 kardeşe sahip olduğu görülmektedir. Çalışma grubundaki öğrencilerin anne eğitim düzeyleri incelendiğinde; %13.3’ünün okuryazar olmadığı, %46’sının okur-yazar veya ilkokul mezunu, %40.7’sinin ise ortaokul, lise veya yüksekokul mezunu olduğu tespit edilmiştir. Baba eğitim düzeylerine bakıldığında; %34.3’ünün ilkokul ve altı, %47’sinin ortaokul veya lise, %18.7’sinin yüksekokul mezunu olduğu görülmüştür.

**Tablo 4.2.** Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Ailelerine Yönelik Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı

<b>Sosyodemografik Değişkenler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaşam yeri-Bölge</b>		
Güneydoğu Anadolu	102	34.0
Doğu Anadolu	70	23.3
Akdeniz	68	22.7
İç Anadolu	24	8.0
Marmara	18	6.0
Karadeniz	11	3.7
Ege	7	2.3
<b>Gelir</b>		
≤1600 TL	80	26.6
1601-3200 TL	146	48.7
>3200 TL	74	24.7
<b>Kardeş Sayısı</b>		
1-3	154	51.3
4-6	111	37.1
6’dan fazla	35	11.6
<b>Anne Eğitim Düzeyi</b>		
Okur-yazar Değil	40	13.3
Okur-yazar/İlkokul	138	46.0
Ortaokul/Yüksekokul	122	40.7
<b>Baba Eğitim Düzeyi</b>		
İlkokul ve altı	103	34.3
Ortaokul-Lise	141	47.0
Yüksekokul	56	18.7
<b>TOPLAM</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

Tablo 4. 3'te öğrenciler BKİ gruplarına göre değerlendirildiklerinde; %22.7'sinin zayıf, %69'unun normal ve %8.3'ünün hafif şişman ve şişman grupta olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 4.3.** Araştırmaya Katılan Öğrencilerin BKİ Sınıflandırılması

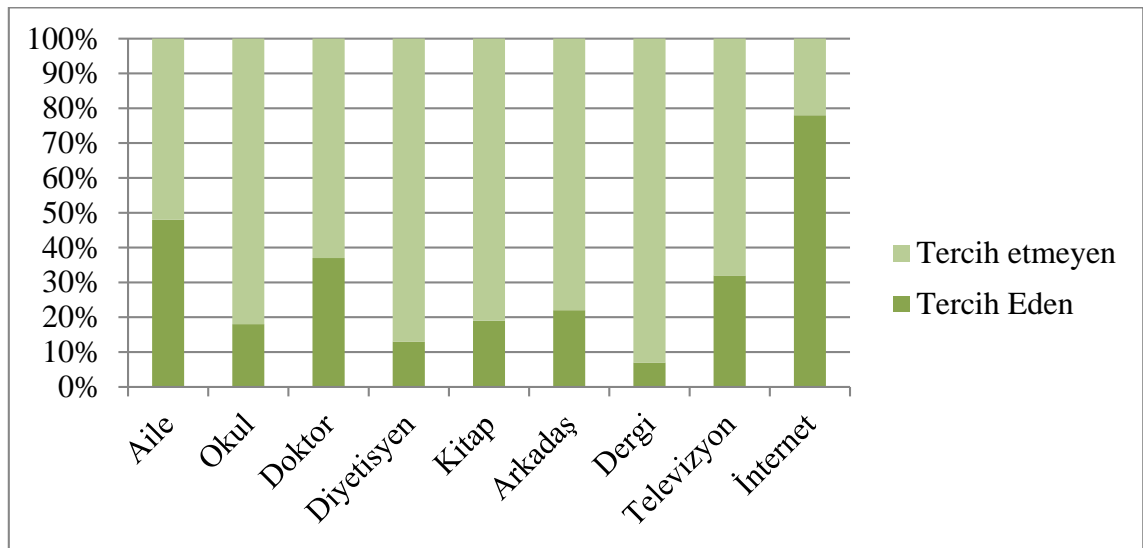
<b>BKİ Grupları (kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
18.49 ve altı (Zayıf)	68	22.7
18.50-24.99 (Normal)	207	69.0
25 ve üzeri (Hafif Şişman-Şişman)	25	8.3
<b>TOPLAM</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

Tablo 4. 4'te araştırmamıza katılan öğrencilerin beslenme alışkanlıklarına yönelik değişkenlerin dağılımı verilmiştir. Buna göre katılımcıların günlük ana öğün tüketimi %37.7 oranında 3 ve üzeri, %62.3 oranında 2 ve daha az olduğu saptanmıştır. Öğrencilere tükettikleri ara öğün sorulduğunda; öğrencilerin %49.3'ü 2 ve daha fazla, %34.7'si bir ara öğün tükettiğini ve %16'sı ise ara öğün tüketmediğini belirtmiştir. Öğrencilerin %4.6'sı öğün atlamadığını belirtirken %75 ile en sık atlanılan öğünün öğle yemeği olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan öğrenciler öğün atlama nedeninin %41.7 oranında vakit bulamama, %24.3 oranında hazır olmaması ve %21.3 oranında alışkanlığının olmaması olarak ifade etmiştir.

**Tablo 4.4.** Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıklarına Yönelik Değişkenlerin Dağılımları

Değişken	n	%
<b>Ana Öğün Sayısı</b>		
2 ve daha az	187	62.3
3 ve daha fazla	113	37.7
<b>Ara Öğün Sayısı</b>		
Tüketmiyor	48	16.0
1 Ara öğün	104	34.7
2 ve daha fazla	148	49.3
<b>Öğün Atlama Durumu</b>		
Atlamıyor	14	4.6
Kahvaltı	44	14.7
Öğle	225	75.0
Akşam	17	5.7
<b>Öğün Atlama Nedeni</b>		
Vakit Bulamama	125	41.7
Hazırlanmaması	73	24.3
Alışkanlığım Yok	64	21.3
İştahsızlık	63	21.0
Zayıflama İsteği	14	4.7
<b>TOPLAM</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlıklı beslenme ile ilgili bilgilere ulaşmada tercih ettikleri kaynakların dağılımı Şekil 4. 1’de verilmiştir. Öğrencilerin sağlıklı beslenme ile ilgili bilgi kaynakları; %78.3 oranında internet, %48.3 oranında aile, %37 oranında doktor ve %13.3 oranında ise diyetisyen olarak bulunmuştur.



**Şekil 4.1.** Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sağlıklı Beslenme ile İlgili Bilgilere Ulaşmada Tercih Ettikleri Kaynakların Dağılımı

Çalışmaya katılan öğrencilerin sağlık problem varlığı ve tipi Tablo 4. 5'te sunulmuştur. Buna göre öğrencilerin %64.3'ünde sağlık problemi gözlenmezken, öğrencilerde en sık gözlenen sağlık problemi %15 oranında diş çürükleri olmuştur.

**Tablo 4.5.** Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sağlık Problemlerine Yönelik Değişkenlerin Dağılımları

Değişken	n	%
<b>Sağlık Problemi</b>		
Var	107	35.7
Yok	193	64.3
<b>Sağlık Problemi Tipi</b>		
Diş çürükleri	45	15.0
Anemi	26	8.7
Gastrit	20	6.7
Obezite	20	6.7
Guatr	8	2.7
Diyabet	7	2.3
Astım	4	1.3

Tablo 4. 6'da öğrencilerin ORTO-15 ve SYBDÖ II puanlarının tanımlayıcı verileri gösterilmektedir. Çalışmaya katılan öğrencilerin ORTO-15 puanlarının alt değeri "26", üst değeri "45" ve ortanca değeri "37" olarak bulunurken; SYBDÖ II toplam puan ortalaması  $120.8 \pm 19.05$  olarak bulunmuştur.

**Tablo 4.6.** Araştırmaya Katılan Öğrencilere Uygulanan Ölçeklerin Tanımlayıcı Verileri

	Min-Med-Max
<b>ORTO-15</b>	26-37-45
<b>SYBDÖ II(AO±SS)</b>	120.8±19.05

Tablo 4. 7 incelendiğinde araştırmaya katılan öğrencilerin %83.3'ünde ortorektik eğilim gözlemlenmez iken %16.7'sinin ortoreksiya nevroza riski taşıdığı saptanmıştır.



**Tablo 4.7.** Araştırmaya Katılan Öğrencilerin ORTO-15 Testi Sonuçlarına Göre Risk Değerlendirmesi

<b>ORTO-15 Test Puanı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
ORTO-15 Test Puanı $\leq 33$	50	16.7
ORTO-15 Test Puanı $> 33$	250	83.3
<b>TOPLAM</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

Araştırmaya katılan öğrencilerin çeşitli değişkenlere göre ON eğilimine ilişkin dağılımları Tablo 4. 8’de sunulmuştur. Buna göre yaş gruplarına göre ORTO-15 durumlarına bakıldığında; öğrencilerin 18 ve altı yaş grubunun %13.5’i, 19 yaş grubunun %15.8’i, 20 yaş grubunun %20.2’ si, 21 yaş ve üzeri grubun ise %15.1’i ortoreksiya eğilimi göstermektedir. Yaş grupları arasında ortoreksiya eğilimi gösterme oranları arasında istatistiksel bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin eğitim görülen fakülteleri ile ON eğilimleri karşılaştırılması incelendiğinde; ON eğilimi sosyal bilimler fakültesi öğrencilerinde %18.4, sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinde %16.8 ve fen bilimleri fakültesi öğrencilerinde ise %13.2 oranında olduğu görülmüştür. ON eğilimi ile eğitim görülen fakülteler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

BKİ değerleri ORTO-15 kesim noktasına göre incelendiğinde; araştırmaya katılan öğrencilerden zayıfların %13.2’si, normal kilodakilerin %17.4’ü, fazla kiloluların %20’si ortorektik eğilim göstermektedir. BKİ gruplarına göre ortorektik eğilim gösterme durumu arasında anlamlı bir farklılık yoktur ( $p>0.05$ ).

Ailenin gelir düzeyine göre öğrencilerin ortorektik eğilim gösterme durumları incelendiğinde; aileleri 1600 lira ve altı gelir düzeyine sahip olan öğrencilerin %13.8’i, 1601-3200 lira gelir düzeyine olanların % 17.1’i, 3200 lira üzeri olan grubun ise %18.9’u ortorektik eğilim göstermektedir. Aile gelir düzeyine göre ortoreksiya nevroza eğilim durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

Anneleri okuryazar olmayan öğrencilerin %15’i, anneleri ilköğretim mezunu olanların %19.6’sı, anneleri lise ve yüksekokul mezunu olanların ise %13.9’u ortorektik eğilim gösterdiği belirlenmiştir. Anne eğitim düzeyi ile ortoreksiya nevroza eğilimi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin babaları okuryazar olmayan veya ilköğretim mezunu olanların %19.4’ünün, babaları lise mezunu olanların %16.3’ünün, babaları

yüksekokul mezunu olan öğrencilerin ise %12.5'inin ortorektik eğilim gösterdiği belirlenmiştir. Baba eğitim düzeyi ile ortoreksiya nevroza eğilimi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı elde edilmiştir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.8.** Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Çeşitli Değişkenlere Göre Ortorektik Eğilim Durumlarının Karşılaştırılması

	<b>ORTO-15 Risk Değerlendirmesi</b>				<b>p*</b>
	<b>Ortorektik Eğilim Gösteren</b>		<b>Ortorektik Eğilim Göstermeyen</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Yaş Grup</b>					
18 ve altı	7	13.5	45	86.5	<b>0.693</b>
19	12	15.8	64	84.2	
20	20	20.2	79	79.8	
21 ve üzeri	11	15.1	62	84.9	
<b>Bölüm</b>					
Sosyal Bilimler	23	18.4	102	81.6	<b>0.654</b>
Sağlık Bilimleri	18	16.8	89	83.2	
Fen Bilimleri	9	13.2	59	86.8	
<b>Aile Gelir</b>					
≤1600 TL	11	13.8	69	86.3	<b>0.676</b>
1601-3200 TL	25	17.1	121	82.9	
>3200 TL	14	18.9	60	81.8	
<b>Anne Eğitim Düzeyi</b>					
Okur-yazar Değil	6	15.0	34	85.0	<b>0.456</b>
Okur-yazar/İlkokul	27	19.6	111	80.4	
Ortaokul/Yüksekokul	17	13.9	105	86.1	
<b>Baba Eğitim Düzeyi</b>					
İlkokul ve altı	20	19.4	83	80.6	<b>0.529</b>
Ortaokul-Lise	23	16.3	118	83.7	
Yüksekokul	7	12.5	49	87.5	
<b>BKİ Grupları (kg/m<sup>2</sup>)</b>					
18.49 ve altı	9	13.2	59	86.8	<b>0.652</b>
18.50-24.99	36	17.4	171	82.6	
25 ve üzeri	5	20.0	20	80.0	

\*Pearson Ki Kare

Araştırmamıza katılan öğrencilerin öğün tüketim durumlarına göre ortorektik eğilim durumlarının karşılaştırılması Tablo 4. 9'da verilmiştir. Öğrencilerden 2 ve daha az ana öğün tüketenlerin %12.3'ü, 3 ve daha fazla ana öğün tüketenlerin %23.9'u ON eğiliminde olup; 3 ve daha fazla ana öğün tüketen öğrencilerin anlamlı olarak daha yüksek oranda ON eğiliminde olduğu elde edilmiştir ( $p<0.05$ ). Ara öğün tüketimi ve ortoreksiya nevroza riski karşılaştırılmasında ise; ara öğün tüketmeyen öğrencilerin %12.5'i, bir ara öğün tüketenlerin %18.3'ü, iki ve daha fazla ara öğün tüketenlerin ise %16.9'u ON

eğilimindedir. Ara öğün tüketimi ve ortoreksiya nevroza riski karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.9.** Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Öğün Tüketim Durumlarına Göre Ortorektik Eğilim Durumlarının Karşılaştırılması

	ORTO-15 Risk Değerlendirmesi				p*
	Ortorektik Eğilim Gösteren		Ortorektik Eğilim Göstermeyen		
	n	%	n	%	
<b>Ana Öğün Sayısı</b>					
2 ve daha az	23	12.3	164	87.7	<b>0.009</b>
3 ve daha fazla	27	23.9	86	76.1	
<b>Ara Öğün Sayısı</b>					
Tüketmiyor	6	12.5	42	87.5	<b>0.671</b>
1 ara öğün	19	18.3	85	81.7	
2 ve daha fazla	25	16.9	123	83.1	

\*Pearson Ki Kare

Tablo 4. 10'da çalışmamıza katılan öğrencilerin yaş gruplarına göre SYBD toplam puan ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre SYBD toplam puan ortalamaları; 18 ve altı yaş grubundaki öğrencilerde  $126.5\pm 19.39$ , 19 yaş grubundakilerde  $120.0\pm 19.53$ , 20 yaş grubundakilerde  $117.9\pm 17.53$ , 21 ve üzeri yaş grubundakilerde ise  $121.7\pm 19.70$  olarak bulunmuştur. Yaş grupları ile SYBD toplam puan karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ( $p>0.05$ ).

SYBD alt boyut puanları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında; yaş grupları ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut puanları arasındaki fark anlamlı değildir ( $p>0.05$ ). Manevi gelişim alt boyutunda ise 18 ve altı yaş grubunda olan öğrencilerin ortancası 27(15-36) olup diğer yaş gruplarından anlamlı olarak yüksektir ( $p<0.05$ ).

Tablo 4. 11'de araştırmaya katılan öğrencilerin BKİ gruplarına göre SYBD toplam puan ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre SYBD toplam puan ortalamaları; 18.49 ve altı grubundaki öğrencilerde  $121.3\pm 22.22$ , 18.50-24.99 grubundakilerde  $120.8\pm 18.01$ , 25-29.99 grubundakilerde  $120.0\pm 19.36$ , BKİ'leri 30 ve üzeri olan öğrencilerde ise  $120.8\pm 16.97$  olarak bulunmuştur.

BKİ gruplarının SYBD toplam puan ve alt boyut puanlarının karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.10.** Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Yaş Gruplarına Göre SYBD Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek Puanları	Yaş Grupları										P		
	18 ve altı yaş		19 yaş		20 yaş		21 ve üzeri yaş		Min-Med-Max	P			
	Min-Med-Max	Min-Med-Max	Min-Med-Max	Min-Med-Max	Min-Med-Max	Min-Med-Max							
Sağlık Sorumluluğu	10	18	32	9	18	33	9	19	27	9	20	32	<b>0.669*</b>
Fiziksel Aktivite	8	14	28	8	13	28	8	15	31	8	14	27	<b>0.489*</b>
Beslenme	14	21	28	9	20	33	10	20	28	12	20	32	<b>0.477*</b>
Manevi Gelişim	15	27	36	12	25 <sup>a</sup>	36	12	25 <sup>a</sup>	33	9	25 <sup>a</sup>	36	<b>0.023*</b>
Kişilerarası İlişkiler	14	26	35	15	25	36	16	25	34	13	26	34	<b>0.127*</b>
Stres Yönetimi	11	18	30	9	17	26	8	17	24	10	18	31	<b>0.088*</b>
<b>SYBD Toplam (AO±SS)</b>	<b>126.5±19.39</b>	<b>120.0±19.53</b>	<b>117.9±17.53</b>	<b>121.7±19.70</b>									<b>0.066**</b>

\*Kruskal Wallis Testi \*\*One Way ANOVA

a; 18 yaştan farklıdır.

**Tablo 4.11.** Araştırmaya Katılan Öğrencilerin BKİ Gruplarına Göre SYBD Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek Puanları	BKİ Grupları										P		
	18.49 ve altı		18.50-24.99		25-29.99		30 ve üzeri		Min-Med-Max	P			
	Min-Med-Max	Min-Med-Max	Min-Med-Max	Min-Med-Max	Min-Med-Max	Min-Med-Max							
Sağlık Sorumluluğu	9	19	32	9	19	33	9	20	32	19	21	23	<b>0.744*</b>
Fiziksel Aktivite	8	13	31	8	14	28	8	12	19	13	15	18	<b>0.243*</b>
Beslenme	12	20	29	9	20	33	15	21	27	17	19	21	<b>0.783*</b>
Manevi Gelişim	9	27	36	12	25	36	13	24	35	20	22	25	<b>0.551*</b>
Kişilerarası İlişkiler	14	26	35	13	25	36	18	25	32	19	23	27	<b>0.655*</b>
Stres Yönetimi	10	18	30	8	17	31	12	16	24	18	19	20	<b>0.794*</b>
<b>SYBD Toplam (AO±SS)</b>	<b>121.3±22.22</b>	<b>120.8±18.01</b>	<b>120.0±19.36</b>	<b>120.8±16.97</b>									<b>0.099**</b>

\*Kruskal Wallis Testi \*\*One Way ANOVA

Tablo 4.12’de araştırmaya katılan öğrencilerin eğitim görülen fakültelerine göre SYBD toplam puan ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre SYBD toplam puan ortalamaları; sosyal bilimler fakültesi ğrencilerinde  $120.4 \pm 19.76$ , sağlık bilimleri fakültesi ğrencilerinde  $120.9 \pm 17.55$  ve fen bilimleri fakültesi ğrencilerinde ise  $121.6 \pm 20.19$  olarak bulunmuştur. Öğrencilerin eğitim aldıkları fakültelere göre SYBD toplam puan ve alt boyut puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Tablo 4. 13’te araştırmaya katılan öğrencilerin gelirlerine göre SYBD toplam puan ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre SYBD toplam puan ortalamaları; geliri 500 liradan az olan öğrencilerde  $120.0 \pm 19.85$ , geliri 500 lira olanlarda  $119.0 \pm 18.78$ , geliri 500 liradan fazla olan öğrencilerde ise  $124.9 \pm 17.83$  olarak bulunmuştur. Gelir düzeyi ile SYBD toplam puanı ve alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.12.** Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Fakültelerine Göre SYBD Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek Puanları	Fakülte						P			
	Sosyal bilimler		Sağlık bilimleri		Fen bilimleri					
	Min-Med-Max	Min-Med-Max	Min-Med-Max	Min-Med-Max	Min-Med-Max	Min-Med-Max				
Sağlık Sorumluluğu	9	19	33	9	20	32	9	18	30	<b>0.361*</b>
Fiziksel Aktivite	8	13	27	8	14	31	8	14	28	<b>0.317*</b>
Bestenme	12	20	33	9	20	32	11	20	29	<b>0.548*</b>
Manevi Gelişim	9	26	36	12	26	36	12	25	35	<b>0.991*</b>
Kişilerarası İlişkiler	14	25	36	15	25	34	13	25	35	<b>0.990*</b>
Stres Yönetimi	10	17	31	8	18	26	10	18	26	<b>0.918*</b>
<b>SYBD Toplam (AO±SS)</b>	120.4±19.76			120.9±17.55			121.6±20.19			<b>0.909**</b>

\*Kruskal Wallis Testi \*\*One Way ANOVA

**Tablo 4.13.** Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Gelirlerine Göre SYBD Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek Puanları	Gelir						P			
	< 500 TL		500 TL		> 500 TL					
	Min-Med-Max	Min-Med-Max	Min-Med-Max	Min-Med-Max	Min-Med-Max	Min-Med-Max				
Sağlık Sorumluluğu	10	18	32	9	19	33	9	19	30	<b>0.753*</b>
Fiziksel Aktivite	8	13	28	8	14	31	8	15	28	<b>0.086*</b>
Bestenme	12	19	32	9	20	33	11	21	29	<b>0.213*</b>
Manevi Gelişim	12	25	36	9	25	36	16	26	36	<b>0.214*</b>
Kişilerarası İlişkiler	13	25	34	14	25	36	16	26	33	<b>0.229*</b>
Stres Yönetimi	10	17	31	8	17	26	10	18	26	<b>0.136*</b>
<b>SYBD Toplam (AO±SS)</b>	120.0±19.85			119.0±18.78			124.9±17.83			<b>0.099**</b>

\*Kruskal Wallis Testi \*\*One Way ANOVA

Tablo 4. 14'te araştırmaya katılan öğrencilerin anne eğitim düzeylerine göre SYBD toplam puan ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre SYBD toplam puan ortalamaları; anneleri okuryazar olmayan öğrencilerde  $116.4 \pm 19.01$ , anneleri okur-yazar veya ilkokul mezunu olanlarda  $119.2 \pm 18.76$ , anneleri ortaokul veya yüksekokul mezunu öğrencilerde ise  $124.2 \pm 18.98$  olarak bulunmuştur. Araştırmada anne eğitim düzeyine göre en düşük SYBD toplam puan ortalamasına annesi okuryazar olmayan olan öğrenciler sahipken ( $116.4 \pm 19.01$ ), en yüksek puan ortalamasına ortaokul/yüksekokul düzeyinde eğitimi annesi olan öğrencilerin ( $124.2 \pm 18.98$ ) sahip olduğu belirlenmiştir. Anne eğitim düzeyine göre grupların SYBD toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). İleri analizlerle bu farkın; anneleri okuryazar olmayan öğrenciler ile anneleri ortaokul veya yüksekokul mezunu öğrenciler arasında olduğu tespit edilmiştir.

Anneleri okuryazar olmayan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puan ortancası 17(9-32), okur-yazar veya ilkokul mezunu olanların 18(9-33), ortaokul veya yüksekokul mezunu olanların ise 20(9-29) olduğu bulunmuştur. Anneleri okuryazar olmayan öğrencilerin fiziksel aktivite puan ortancası 12(8-26), okur-yazar veya ilkokul mezunu olanların 14(8-28), ortaokul veya yüksekokul mezunu olanların ise 15(8-31) olduğu bulunmuştur. Anne eğitim düzeyi ile sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt boyut puanları gruplar arası anlamlı olarak farklılaştığı görölmüştür ( $p < 0.05$ ). Anneleri ortaokul/yüksekokul mezunu olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite puanları diğer gruplardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4. 14).

Tablo 4. 15'te araştırmaya katılan öğrencilerin baba eğitim düzeylerine göre SYBD toplam puan ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre SYBD toplam puan ortalamaları; babaları okuryazar veya ilkokul mezunu olan öğrencilerde  $116.6 \pm 16.83$ , babaları ortaokul veya lise mezunu olanlarda  $123.2 \pm 20.9$ , babaları yüksekokul mezunu olan öğrencilerde ise  $122.8 \pm 16.71$  olarak bulunmuştur. Öğrencilerin baba eğitim düzeylerine göre SYBD toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Babaları okuryazar veya ilkokul mezunu olan öğrencilerin SYBD toplam puan ortalamaları diğer gruplara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

Babaları okuryazar veya ilkokul mezunu olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu puan ortancası 17(9-32), babaları ortaokul veya lise mezunu olanların 20(9-33), babaları

yüksekokul mezunu olan öğrencilerin ise 19(10-29) olduğu belirlenmiştir. Babaları okuryazar veya ilkokul mezunu olan öğrencilerin fiziksel aktivite puan ortancası 13(8-28), babaları ortaokul veya lise mezunu olanların 15(8-31), babaları yüksekokul mezunu olanların ise 15(8-24) olduğu belirlenmiştir. Babaları okuryazar veya ilkokul mezunu olan öğrencilerin kişilerarası ilişkiler puan ortancası 25(14-35), babaları ortaokul veya lise mezunu olanların 26(13-36), babaları yüksekokul mezunu olanların ise 26(16-35) olduğu belirlenmiştir. Babaları okuryazar veya ilkokul mezunu olan öğrencilerin stres yönetimi puan ortancası 16(9-24), babaları ortaokul veya lise mezunu olanların 18(10-31), babaları yüksekokul mezunu olan öğrencilerin ise 18(8-25) olduğu belirlenmiştir. Baba eğitim düzeyi ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut puanlarında gruplar arası istatistiksel olarak farklılık belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Babaları ilkokul mezunu veya okuryazar olan öğrencilerin; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut puanları diğer gruplardan anlamlı olarak düşük bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.15).



**Tablo 4.14.** Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Anne Eğitim Düzeylerine Göre SYBD Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek Puanları	Anne Eğitim Düzeyi						P			
	Okur-yazar Değil		Okur-yazar/İlkokul		Ortaokul/Yüksekokul					
	Min-Med-Max		Min-Med-Max		Min-Med-Max					
Sağlık Sorumluluğu	9	17 <sup>a</sup>	32	9	18 <sup>a</sup>	33	9	20	29	<b>0.005*</b>
Fiziksel Aktivite	8	12 <sup>a</sup>	26	8	14 <sup>a</sup>	28	8	15	31	<b>0.039*</b>
Beslenme	9	19	28	10	20	33	12	20	29	<b>0.277*</b>
Manevi Gelişim	15	25	34	12	25	36	9	26	36	<b>0.437*</b>
Kişilerarası İlişkiler	15	24	33	14	25	36	13	26	35	<b>0.383*</b>
Stres Yönetimi	9	17	24	10	17	30	8	18	37	<b>0.079*</b>
<b>SYBD Toplam (AO±SS)</b>		<b>116.4±19.01<sup>a</sup></b>		<b>119.2±18.76</b>		<b>124.2±18.98</b>				<b>0.029**</b>

\*Kruskal Wallis Testi \*\*One Way ANOVA a; Orta/Yüksekokuldan farklıdır.

**Tablo 4.15.** Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Baba Eğitim Düzeylerine Göre SYBD Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek Puanları	Baba Eğitim Düzeyi						P			
	İlkokul ve altı		Ortaokul-Lise		Yüksekokul					
	Min-Med-Max		Min-Med-Max		Min-Med-Max					
Sağlık Sorumluluğu	9	17	32	9	20 <sup>a</sup>	33	10	19 <sup>a</sup>	29	<b>0.025*</b>
Fiziksel Aktivite	8	13	28	8	15 <sup>a</sup>	31	8	15 <sup>a</sup>	24	<b>0.029*</b>
Beslenme	9	19	28	11	20	33	13	20	27	<b>0.572*</b>
Manevi Gelişim	12	25	35	9	25	36	12	26	34	<b>0.585*</b>
Kişilerarası İlişkiler	14	25	35	13	26 <sup>a</sup>	36	16	26 <sup>a</sup>	35	<b>0.025*</b>
Stres Yönetimi	9	16	24	10	18 <sup>a</sup>	31	8	18 <sup>a</sup>	25	<b>0.007*</b>
<b>SYBD Toplam (AO±SS)</b>		<b>116.6±16.83</b>		<b>123.2±20.95<sup>a</sup></b>		<b>122.8±16.71<sup>a</sup></b>				<b>0.021**</b>

\*Kruskal Wallis Testi \*\*One Way ANOVA a; İlkokul ve altından farklıdır.

Tablo 4. 16’da araştırmaya katılan öğrencilerin ara öğün tüketim durumlarına göre SYBD toplam puan ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre öğrencilerde SYBD toplam puan ortalamaları; ara öğün tüketmeyenlerde  $113.9 \pm 16.90$ , bir ara öğün tüketenlerde  $120.5 \pm 19.31$ , iki ve daha fazla ara öğün tüketen öğrencilerde ise  $123.3 \pm 19.05$  olarak bulunmuştur. Öğrencilerin ara öğün sayısı ve SYBD toplam puanı karşılaştırılmasında gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır ve bu farkın ara öğün tüketmeyen öğrenciler ile iki ve üzeri ara öğün tüketen öğrenciler arasında olduğu tespit edilmiştir. Ara öğün tüketmeyen öğrencilerin SYBD toplam puanı iki ve üzeri ara öğün tüketen öğrencilerin puanlarından anlamlı olarak düşük bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

Öğrencilerde kişilerarası ilişkiler puan ortancası; ara öğün tüketmeyenlerde 24(13-33), bir ara öğün tüketenlerde 25(16-34), iki ve daha fazla tüketenlerde ise 26(14-36) olarak bulunmuştur. Öğrencilerin stres yönetimi puan ortancası; ara öğün tüketmeyenlerde 16(9-34), bir ara öğün tüketenlerde 18(10-31), iki ve daha fazla tüketenlerde ise 18(8-30) olarak bulunmuştur. Çalışmamıza katılan öğrencilerin ara öğün tüketimleri ile SYBD alt boyut puanları karşılaştırılmasında kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut puanlarında gruplar arası istatistiksel olarak farklılık belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Ara öğün tüketmeyen öğrencilerin kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut puanları iki ve üzeri ara öğün tüketen öğrencilerin puanlarından anlamlı olarak düşük bulunmuştur ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4. 16)

Tablo 4.17’de ise araştırmaya katılan öğrencilerin öğün atlama durumlarına göre SYBD toplam puan ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre öğrencilerin SYBD toplam puan ortalamaları; öğün atlamayan öğrencilerde  $122.2 \pm 18.23$ , kahvaltı öğününü atlayanlarda  $118.4 \pm 19.75$ , öğle öğününü atlayanlarda  $121.2 \pm 19.29$ , akşam öğününü atlayan öğrencilerde ise  $121.2 \pm 15.26$  olarak bulunmuştur. Öğün atlama durumu ve SYBD toplam puan karşılaştırılmasında grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p > 0.05$ ).

Öğrencilerde beslenme puan ortancası; öğün atlamayanlarda 19(16-29), kahvaltı öğününü atlayanlarda 18(10-26), öğle öğününü atlayanlarda 20(9-33), akşam öğününü atlayanlarda ise 21(13-27) olarak bulunmuştur. Kahvaltı öğününü atlayan öğrencilerin beslenme puanları öğle öğününü atlayan öğrencilerin puanlarından anlamlı olarak düşük bulunmuştur ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4. 17).

**Tablo 4.16.** Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Ara Öğün Tüketimlerine Göre SYBD Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek Puanları	Ara Öğün Sayısı									
	Tüketmiyor		1 Ara öğün		2 ve daha fazla					
	Min-Med-Max	Min-Med-Max	Min-Med-Max	Min-Med-Max	Min-Med-Max	P				
Sağlık Sorumluluğu	9	17	32	9	19	32	9	19	33	<b>0.075*</b>
Fiziksel Aktivite	8	12	26	8	13	31	8	14	28	<b>0.571*</b>
Beslenme	10	19	25	11	20	32	9	20	33	<b>0.099*</b>
Manevi Gelişim	13	24	34	9	26	36	12	26	36	<b>0.061*</b>
Kişilerarası İlişkiler	13	24 <sup>a</sup>	33	16	25	34	14	26	36	<b>0.014*</b>
Stres Yönetimi	9	16 <sup>a</sup>	34	10	18	31	8	18	30	<b>0.026*</b>
<b>SYBD Toplam (AO±SS)</b>			<b>113.9±16.90<sup>a</sup></b>			<b>120.5±19.31</b>			<b>123.3±19.05</b>	<b>0.011**</b>

\*Kruskal Wallis Testi \*\*One Way ANOVA a; 2 ve daha fazladan farklıdır

**Tablo 4.17.** Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Öğün Atlama Durumlarına Göre SYBD Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek Puanları	Öğün Atlama Durumu												
	Atlamıyor		Kahvaltı		Öğle		Akşam						
	Min-Med-Max	Min-Med-Max	Min-Med-Max	Min-Med-Max	Min-Med-Max	Min-Med-Max	Min-Med-Max	P					
Sağlık Sorumluluğu	10	19	30	9	20	32	9	19	33	12	18	26	<b>0.723*</b>
Fiziksel Aktivite	10	16	23	8	14	31	8	13	28	10	16	21	<b>0.179*</b>
Beslenme	16	19	29	10	18 <sup>a</sup>	26	9	20	33	13	21	27	<b>0.003*</b>
Manevi Gelişim	16	23	35	9	26	34	12	26	36	18	25	33	<b>0.832*</b>
Kişilerarası İlişkiler	18	24	32	17	25	33	13	26	36	19	24	35	<b>0.545*</b>
Stres Yönetimi	14	18	23	8	17	22	10	17	31	10	18	21	<b>0.439*</b>
<b>SYBD Toplam (AO±SS)</b>			<b>122.2±18.23</b>			<b>118.4±19.75</b>			<b>121.2±19.29</b>			<b>121.2±15.26</b>	<b>0.831**</b>

\*Kruskal Wallis Testi \*\*One Way ANOVA a; öğleden farklıdır.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin ana öğün tüketim durumlarına göre SYBD toplam ve alt boyut puanları Tablo 4.18’de verilmiştir. Buna göre öğrencilerin SYBD toplam puan ortalamaları; iki ve daha az ana öğün tüketen öğrencilerde  $118.8 \pm 18.63$ , üç ve daha fazla ana öğün tüketen öğrencilerde ise  $124.3 \pm 19.61$  olarak bulunmuştur. Öğrencilerin ana öğün tüketim durumları ile SYBD toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Buna göre; üç ve daha fazla ana öğün tüketen öğrencilerin SYBD toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

Öğrencilerde sağlık sorumluluğu puan ortancası; iki ve daha az ana öğün tüketenlerde 18(9-33), üç ve daha fazla ana öğün tüketen öğrencilerde ise 20(9-32), olarak bulunmuştur. Öğrencilerde fiziksel aktivite puan ortancası; iki ve daha az ana öğün tüketenlerde 13(8-28), üç ve daha fazla ana öğün tüketen öğrencilerde ise 14(8-31) olarak bulunmuştur. Öğrencilerde manevi gelişim puan ortancası; iki ve daha az ana öğün tüketenlerde 25(9-36), üç ve daha fazla ana öğün tüketen öğrencilerde ise 27(12-36) olarak bulunmuştur. Öğrencilerde stres yönetimi puan ortancası; iki ve daha az ana öğün tüketenlerde 17(8-31), üç ve daha fazla ana öğün tüketen öğrencilerde ise 18(10-26) olarak bulunmuştur. Çalışmamıza katılan öğrencilerin ana öğün tüketimleri ile SYBD alt boyut puanları karşılaştırılmasında sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyut puanlarında gruplar arası istatistiksel olarak farklılık belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Buna göre; üç ve daha fazla ana öğün tüketen öğrencilerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyut puanları iki ve daha az ana öğün tüketen öğrencilerin puanlarından anlamlı olarak düşük bulunmuştur ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4. 18).

**Tablo 4.18.** Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Ana Öğün Tüketim Durumuna Göre SYBD Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek Puanları	Ana Öğün Sayısı						p
	2 ve daha az			3 ve daha fazla			
	Min	Med	Max	Min	Med	Max	
Sağlık Sorumluluğu	9	18	33	9	20	32	<b>0.043*</b>
Fiziksel Aktivite	8	13	28	8	14	31	<b>0.030*</b>
Beslenme	9	20	33	12	20	29	<b>0.331*</b>
Manevi Gelişim	9	25	36	12	27	36	<b>0.033</b>
Kişilerarası İlişkiler	13	25	36	15	26	35	<b>0.319*</b>
Stres Yönetimi	8	17	31	10	18	26	<b>0.016</b>
<b>SYBD Toplam (AO±SS)</b>	<b>118.8±18.63</b>			<b>124.3±19.61</b>			<b>0.015**</b>

\*Mann Whitney U \*\*Student T Testi

Tablo 4.19’da çalışmamıza katılan öğrencilerin ortoreksiya nevroza eğilimleri ile SYBD toplam puan ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması sunulmuştur. Buna göre SYBD toplam puan ortalamaları; ON eğilimi olan öğrencilerde 124.8±14.61 iken ON eğiliminde olmayan öğrencilerde 120.0±19.74 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin ON eğilimi risk durumuna göre SYBD toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0.05). ON eğiliminde olan öğrencilerin SYBD toplam puanı ON eğilimi olmayan öğrencilerin puanlarından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Öğrencilerde manevi gelişim puan ortancası; ON eğiliminde olanlarda 27(12-36), ON eğilimi olmayan öğrencilerde ise 25(9-36) olarak bulunmuştur. Manevi gelişim puanları öğrencilerin ON eğilim durumlarına göre gruplar arası anlamlı farklılık göstermiştir (p<0.05). Buna göre ON eğiliminde olan öğrencilerin manevi gelişim puanları ON eğilimi olmayan öğrencilerin puanlarından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0.05). Bununla beraber öğrencilerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut puanları ON eğilimlerine göre anlamlı farklılık göstermemiştir (p>0.05).

**Tablo 4.19.** Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Ortorektik Eğilim Durumlarına Göre SYBD Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

SYBDÖ II	ORTO-15 Risk Değerlendirmesi		
	Ortorektik Eğilim Gösteren	Ortorektik Eğilim Göstermeyen	p
	Min-Med-Max	Min-Med-Max	
Sağlık Sorumluluğu	9-19-28	9-19-33	<b>0.353*</b>
Fiziksel Aktivite	8-15-28	8-14-31	<b>0.090*</b>
Beslenme	10-20-28	9-20-33	<b>0.287*</b>
Manevi Gelişim	12-27-36	9-25-36	<b>0.029*</b>
Kişilerarası İlişkiler	18-26-33	13-25-36	<b>0.698*</b>
Stres Yönetimi	12-18-24	8-17-31	<b>0.235*</b>
SYBDÖ Toplam (AO±SS)	124.8±14.61	120.0±19.74	<b>0.030**</b>

\*Mann Whitney U

\*\*Student T Testi

Araştırmaya katılan öğrencilerin ORTO-15, SYBD toplam puan ve alt boyut puanlarının korelasyonu spearman korelasyon analizi ile yapılmış olup Tablo 4.20’de sunulmuştur. Öğrencilerin ORTO-15 puanları ile kişilerarası ilişkiler alt boyut puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır (p>0.05). SYBD toplam puan ve ORTO-15 puanları arasında negatif yönlü zayıf ilişki saptanmıştır (p<0.01). ORTO-15 ölçek puanı arttıkça toplam SYBDÖ puanı ve alt bileşen puanları anlamlı şekilde azalmaktadır (p<0.05).

**Tablo 4.20.** Araştırmaya Katılan Öğrencilerin ORTO-15, SYBD Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Korelasyonu

<b>Korelasyon Katsayısı (r)</b>	<b>ORTO-15</b>	<b>SYBD Toplam Puan</b>	<b>Sağlık Sorumluluğu</b>	<b>Fiziksel Aktivite</b>	<b>Beslenme</b>	<b>Manevi Gelişim</b>	<b>Kişilerarası İlişkiler</b>	<b>Stres Yönetimi</b>
<b>ORTO-15</b>	–	-0.238**	-0.225**	-0.173*	-0.181*	-0.208**	-0.092	-0.151*
<b>SYBD Toplam Puan</b>	-0.238**	–	0.726**	0.637**	0.695**	0.765**	0.693**	0.705**
<b>Sağlık Sorumluluğu</b>	-0.225**	0.726**	–	0.484**	0.445**	0.396**	0.386**	0.427**
<b>Fiziksel Aktivite</b>	-0.173*	0.637**	0.484**	–	0.454**	0.260**	0.164*	0.479**
<b>Beslenme</b>	-0.181*	0.695**	0.445**	0.454**	–	0.390**	0.313**	0.438
<b>Manevi Gelişim</b>	-0.208**	0.765**	0.396**	0.260**	0.390**	–	0.701**	0.445**
<b>Kişilerarası İlişkiler</b>	-0.092	0.693**	0.386**	0.164*	0.313**	0.701**	–	0.343**
<b>Stres Yönetimi</b>	-0.151*	0.705**	0.427**	0.479**	0.438	0.445**	0.343**	–

r= Korelasyon Katsayısı

\*p<0.05

\*\*p<0.01

## 5. TARTIŞMA

Toplumda beslenmenin öneminin vurgulanmasının ardından konuyla ilgili farkındalığın giderek arttığı ifade edilmektedir. Gıdaların kalitesi ve besin değeri ile ilgili uğraş aslında bireylerin kendi sağlığını en ileri düzeye çıkarma arzusu ile ortaya çıkmaktadır. Sağlıklı besin tüketme alışkanlığı başlı başına bir hastalık değildir ancak besinler için olan bu uğraş saplantı haline geldiğinde, kişinin günlük yaşamdan kendini soyutlamasına ve zamanla yeme bozukluklarından ortoreksiya nevrozaya yol açabilmektedir (46).

Ortoreksiya nevrozanın, bireyin sağlıklı beslenme ve genel sağlığın iyileştirilmesine yönelik girişimlerinin yeme davranışı üzerine zararsız kabul edilebilecek bir etki ile başlangıç gösterdiği bilinmektedir. Bu bireylerin çabalarının, aslında kronik hastalıklara yakalanmamak veya mevcut kronik hastalığın üstesinden gelmeye yönelik girişimlerinin bir sonucu olduğu düşünülmektedir. Ortorektiklerin zamanla değişen yeme davranışları, sağlıklı beslenme üzerine katı ve kuralcı bir yaklaşım halini almakta ve bireylerde suçluluk ve başarısızlık duygusuna sebep olan bir saplantı haline dönüşmektedir (56).

Çalışmamıza yaşları 17-28 arasında değişen, farklı sınıflarda ve bölümlerde öğrenim gören 300 kız öğrenci katılmıştır. Yürütülen çalışmada ORTO-15 ve SYBDÖ II ölçekleri kullanılarak öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine, öğrenim gördükleri alanlara, BKİ değerlerine ve beslenme alışkanlıklarına göre değerlendirmeler yapılmıştır. Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin veriler, ortoreksiya nevroza eğilimi ve SYBD toplam puan ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesinde verilmiştir.

### **5.1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıkları ve Sağlık Problemlerine Yönelik Verilerin Değerlendirilmesi**

Üniversite eğitimi ile beraber birçok öğrencinin alışageldikleri aile yaşantılarından ayrılmaları, çevresel etmenlere daha duyarlı hale gelmeleri ve seçimlerini daha belirgin şekilde yapmaya başlamaları sonucu mevcut alışkanlıkları değişime uğrayabilmektedir. Bu süreçte ekonomik durumları ve yeni düzen kurma gibi belirleyici özellikler mevcuttur. Üniversite öğrencilerinin ilerideki beslenme alışkanlıklarının büyük ölçüde belirlendiği

kritik bir dönemde bulunduğu düşünülmektedir. Bu dönemde öğrencilerin yeterli ve dengeli bir şekilde öğün atlamadan beslenmeleri, sağlıklı yaşam sürdürmeleri ve eğitim hayatındaki kazanımları açısından fazlasıyla önem taşıyacaktır (88).

Çalışmamızda öğrencilerin günlük tüketilen ana öğün sayısına bakıldığında iki ve daha az ana öğün tüketenler %62.3 ile çoğunluktadır. Tüketilen ara öğün sayısı ise öğrencilerin %49.3'ünde 2 ve daha fazla, %34.7'sinde bir ara öğün olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin %16'sı ise ara öğün tüketmediğini belirtmiştir. Öğrencilerin %4.6'sı öğün atlamadığını belirtirken %75 oranında en sık atlanılan öğünün öğle yemeği olduğu saptanmıştır. Çalışma grubundaki öğrenciler öğün atlama nedeninin %41.7 oranında vakit bulamama, %24.3 oranında hazır olmaması ve %21.3 oranında alışkanlığının olmaması olarak ifade etmiştir. Ülkemizde üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi ve alışkanlıklarına yönelik yapılan bir çalışmada öğrencilerin %60.1'i günde 3- 4 öğün tüketirken, %35.9'unun 2 ve daha az öğün tükettiği, öğrencilerin %87.4'ünün öğün atladığı, öğün atlayanların da %46.3'ünün unuttuğu veya fırsat bulamadığı için öğün atladıkları saptanmıştır (88). Ülkemizde 2019 yılında hemşirelik öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada ise; öğrencilerin %29.8'inin 1-2 ana öğün, %66.1'inin 2-3 ana öğün tükettiği ve öğrencilerin %70.8'inin öğün atladığı bulunmuştur (89). Beden eğitimi ve spor yüksekokulu öğrencilerinde yapılan çalışmada en çok atlanılan öğünün çalışmamızla benzer olarak öğle yemeği olduğu saptanmıştır (90). Çalışmamızdaki öğrencilerin öğün sayılarının daha çok iki ve daha az olması ve atlanılan öğünün öğle yemeği olmasının nedeni öğrencilerin yurttaki kalmaları ve yemekhaneyi istediği zaman kullanamaması olabilir.

Günümüzde bireylerin yeme alışkanlıklarını değiştirmesi, medyada organik beslenmenin popülerliğinin artması diğer taraftan teknolojinin kullanımı ile cihazlardan diyet listelerine ulaşılabilirliğin artması, gıdanın tüketilmeden önce akıllı cihazlar kullanılarak içerdiği besin öğelerinin ve kalorilerinin incelenmesi, diyetin obsesif bir hal almasına dolayısıyla ortoreksiya nevroza diğer adıyla sağlıklı beslenme takıntısının oluşmasına zemin hazırlamaktadır (8, 54). Araştırmamızda öğrencilerin sağlıklı beslenme ile ilgili bilgi kaynakları; %78.3 oranında internet, %48.3 oranında aile, %37 oranında doktor ve %13.3 oranında diyetisyen olarak bulunmuştur. Ülkemizde 2018 yılında tıp fakültesi öğrencilerinde ortoreksiya nevroza konulu kesitsel bir çalışmada öğrencilerin beslenme bilgilerine erişim kaynakları %76.2 oranında internet, %54 oranında doktor, %44 oranında kitap-bilimsel yayın, %41.3 oranında arkadaş olduğu tespit edilmiştir (70).



Ankara’da üniversitede çalışan idari ve akademik personel üzerinde yürütülen bir çalışmada; katılımcıların, %71.5’inin kitle iletişim araçlarından, %42.7’sinin kitaplardan, %23.5’inin diyetisyenlerden, %21.8’inin doktorlardan ve %49.4’ünün ise çevreden bilgi aldığı tespit edilmiştir (16). Öğrencilerin sağlıklı beslenme konusundaki bilgi kaynağının, sağlık profesyonelleri (doktor, diyetisyen) ve bilimsel yayımlardan ziyade internet ve kitle iletişim araçları olması ortoreksiya nevroza riski için düşündürücüdür. Bu bilgilere paralel olarak hemşirelik öğrencilerinde sosyal medya kullanımının ortoreksiya nevroza üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada, bilgi kaynağı olarak sosyal medyayı kullanmayan öğrencilerin ortorektik eğilimlerinin diğer gruplara göre anlamlı düzeyde daha düşük olarak bulunması dikkat çekicidir (89).

Çalışma grubundaki öğrencilerin %64.3’ünde sağlık problemi gözlenmemiştir. Ülkemizde üniversite öğrencilerinin %91.4’ünde (91), tıp fakültesi öğrencilerinin %77.9’unda (70), lise öğrencilerinin %86.6’sında (92) sağlık problemi olmadığını gösteren çalışmalar vardır. Çalışmamızda yer alan öğrencilerin büyük çoğunluğunda sağlık problemi olmaması olumlu bir bulgudur.

## **5.2. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin ORTO-15 Testi Puanlarının Değerlendirilmesi**

Çalışmaya katılan öğrencilerin ORTO-15 puanlarının alt değeri “26”, üst değeri “45” ve ortanca değeri “37” olarak bulunurken öğrencilerin ortoreksiya nevroza eğilim oranı %16.7’dir. Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nevroza eğilimi üzerinde 2019’da yapılan bir çalışmada ortoreksiya nevroza eğilimi %12.2 olup, bizim çalışmamızla benzer oranda elde edilmiştir (65). Ülkemizde yapılan diğer bazı çalışmalarda ortoreksiya nevroza eğilimi; 2018 yılında beslenme ve diyetetik bölümü kız öğrencilerde %72.3, erkek öğrencilerde %71.4 (66), tıp fakültesi öğrencileri ile yürütülen kesitsel tipteki çalışmada % 76.2 (70), hemşirelik öğrencilerinde ise %45.3 (71) olarak bulunmuştur. Yurt dışında yapılan bazı çalışmalar incelendiğinde; Polonya’da 18-25 yaş arası 327 üniversite öğrencisi ile yürütülen çalışmada, kız öğrencilerin %68.55’inin, erkek öğrencilerin ise %43.18’inin ortoreksiya nevroza eğiliminde olduğu bulunmuştur (60). 2012 yılında Brezilya’da 392 diyetisyen ile yürütülen çalışmada ortoreksiya nevroza eğilimi %81.9, Macaristan’da 810 üniversite öğrencisi ile yapılan çalışmada ise %74.2 bulunmuştur (61, 62). Çalışmalardaki farklı sonuçların nedenleri arasında; ortoreksiya

nevroza üzerinde devam eden tartışmalar, net kriterlerin olmaması ve eğilimin saptanması amacıyla ölçekte farklı kesim noktalarının kullanımı gösterilebilir.

Literatürde ON açısından kız öğrencilerin daha yüksek risk grubunda olduklarını gösteren çalışmalar bulunmasına rağmen erkek öğrencilerin kızlara göre daha fazla ON eğilimi gösterdiği çalışmalar da mevcuttur (8, 73, 93, 94). Cinsiyet ortoreksiya nevroza eğilimini etkileyen faktörlerden sadece biridir. Bu çalışma ise risk grubu olduğu düşünülen kız öğrenciler ile yürütülmüş olup çalışmada ortoreksiya nevroza eğilimini etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve farklı olarak SYBD ile ilişkisinin saptanması amaçlanmıştır.

### **5.3. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Çeşitli Değişkenlere Göre Ortorektik Eğilim Durumlarının Değerlendirilmesi**

Çalışma grubundaki öğrencilerden 18 ve altı yaş grubunun %13.5'i, 19 yaş grubunun %15.8'i, 20 yaş grubunun %20.2'si, 21 yaş üstü öğrencilerin %15.1'i ortoreksiya eğilimi göstermektedir. Çalışmamızda yaş gruplarına göre öğrencilerin ortoreksiya nevroza eğilim durumları arasındaki fark anlamlı değildir ( $p>0.05$ ). Çalışmamızla benzer şekilde; beslenme ve diyetetik bölümü öğrencileri ile 2018 yılında yapılan bir çalışmada öğrencilerin ortoreksiya nevroza yatkınlığının yaşa, boya ve ağırlığa göre değişmediği ve yine 474 üniversite öğrencisinde ortoreksiya nevroza eğiliminin belirlenmesi amacıyla 2015 yılında yapılan bir çalışmada yaş grupları ile ortoreksiya nevroza eğilimi arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür (94, 95). Yurt dışında üniversite öğrencilerinin ortoreksiya nevroza sıklığı üzerine yapılan çalışmada, yaş ile ortoreksiya nevroza eğilimi arasında anlamlı korelasyon görülmemiştir (93). Ancak çalışmamızdan farklı olarak Hacettepe Üniversitesi çalışanlarında yapılan çalışmada; yaş arttıkça ortoreksiya nevroza eğiliminin arttığı, istatistiksel olarak yaşla anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyon saptanmıştır (16). Üniversite öğrencilerinin yoğun olarak genç yetişkinlik döneminde olması ve çalışmamızdaki öğrencilerin yaşlarının birbirine yakın olması nedeniyle yaş grupları ile ortoreksiya eğilimleri arasında farklılık oluşmamış olabilir. Ortoreksiya nevroza eğiliminde yaşın etkisinin incelenmesi için daha geniş aralıktaki yaş grupları seçilebilir.

Araştırma grubundaki öğrencilerin eğitim görülen fakülte ile ortoreksiya nevroza eğilimleri karşılaştırılması incelendiğinde; sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinde ortoreksiya nevroza eğilim oranı %16.8, fen bilimleri fakültesi öğrencilerinde %13.2 ve sosyal bilimler fakültesi öğrencilerinde ise %18.4 oranında olduğu görülmüştür. Eğitim

görülen fakülteye göre gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Benzer olarak; Avusturya’da üniversite öğrencilerinin ortoreksiya prevalansı üzerine yapılan çalışmada ve ülkemizde farklı fakültelerdeki üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nevroza sıklığı ve yeme tutumunun incelendiği çalışmalarda ortorektik eğilim ve eğitim alınan bölüm arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (91, 96, 97). Çalışmamızdan farklı olarak 2015 yılında Lefkoşa’da üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nevroza düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada, ortoreksiya nevroza puanları ile eğitim alınan bölüm değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur (98). Çalışma sonuçlarının farklılık göstermesinde ortoreksiya nevroza eğilimine çevresel etkenlerin ve kültürel özelliklerin etkili olduğu düşünülmektedir.

Günümüzde organik, katkısız ve sağlıklı olduğu düşünülen gıdaların piyasada diğer gıdalara nispeten daha yüksek fiyatlarla satıldığı bilinmektedir. Çalışmamızın bulgularına göre; aile gelirleri 1600 TL ve altı olan öğrencilerin %13.8’i, 1601-3200 TL gelir düzeyine sahip olanların % 17.1’i, aile gelirleri 3200 TL üzeri olan öğrencilerin ise %18.9’u ortorektik eğilim göstermektedir. Çalışmamızda öğrencilerin aile gelir düzeylerine göre ortoreksiya nevroza eğilimi arasındaki fark anlamlı değildir ( $p>0.05$ ). Çalışmamızla benzer olarak; ülkemizde yapılan üniversite öğrencilerinde sosyodemografik verilere göre mükemmeliyetçilik algısı ve ortoreksiya nevroza arasındaki ilişkinin incelendiği ve beslenme diyetetik öğrencilerinin sağlıklı beslenme takıntısının değerlendirildiği iki çalışmada sosyoekonomik durum ile ortoreksiya nevroza puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (66, 99). Aile gelir düzeyinin arttığı gruplarda ortoreksiya nevroza eğilim oranlarının artması beklenirken, sağlıklı beslenme takıntısının gelişiminde, gelir düzeyinin yanı sıra diyet yaklaşımlarındaki farklılıkların da etkisi olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Öğrencilerin kişiliğinin oluşumunda ve toplumsallaşmasında aile, toplumun sosyokültürel alışkanlıklarını bireye aktarmada büyük öneme sahip olan etkin bir faktördür. Bu bağlamda, kişinin kararlarını etkilemede öncelikle ebeveynler düşünülebilir. Ortoreksiya nevroza gelişiminde etkili olan bir diğer değişken ise eğitim seviyesidir (23). Çalışmamızda bu bilgiler doğrultusunda ortoreksiya nevroza eğilimi ile ebeveyn eğitim düzeyi karşılaştırılması yapılmıştır. Buna göre ortoreksiya nevroza eğilimi; anneleri okuryazar olmayan öğrencilerde %15, anneleri ilköğretim mezunu olanlarda %19.6, anneleri lise ve yüksekokul mezunu olan öğrencilerde ise %13.9 olarak

bulunmuştur. Öğrencilerin baba eğitim düzeylerine göre ortoreksiya eğilimlerine bakıldığında; öğrencilerin babaları okuryazar olan veya ilköğretim mezunu olanların %19.4'ü, babaları lise mezunu olanların %16.3'ü, babaları yüksekokul mezunu olan öğrencilerin ise %12.5'i ortoreksiya nevroza eğilimindedir. Çalışmamızın bulgularına göre; anne ve baba eğitim düzeyi ile ortoreksiya nevroza eğilimi arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Benzer olarak; ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerinin bireyin ortoreksiya nevroza düzeyleri üzerine etkilerini inceleyen çalışmalarda anne ve baba eğitim düzeyinin ortoreksiya nevroza puanları üzerinde bir farklılık oluşturmadığı bulunmuştur (70, 73). Çalışmamızdan farklı olarak; eğitim seviyesi daha düşük olanlarda daha yüksek ortoreksiya nevroza eğilimi diğer taraftan eğitim seviyesi daha yüksek olanlarda daha fazla ortoreksiya nevroza eğiliminin saptandığı çalışmalar da mevcuttur (46, 74). Ortorektik düşüncenin gelişmesi ebeveyn eğitim düzeyinden etkilenmekle beraber ortoreksiya nevrozanın oluşması için çok sayıda faktörün bir arada olması gerekebilir.

Çalışma grubundaki öğrenciler BKİ gruplarına göre değerlendirildiklerinde %22.7'si zayıf, %69'u normal ve %8.3'ünün hafif şişman ve şişman grupta olduğu tespit edilmiştir. Normal vücut ağırlığına sahip (BKİ; 18.50-24.99) olan öğrencilerin çoğunlukta olması olumlu bir bulgudur. Çalışmamızda öğrencilerin BKİ değerleri ORTO-15 kesim noktasına göre incelendiğinde ise; araştırmaya katılan öğrencilerden zayıfların %13.2'si, normal kilodakilerin %17.4'ü, fazla kilolu olan öğrencilerin %20'si ortorektik eğilim göstermektedir. Ancak BKİ gruplarına göre ortoreksiya nevroza eğilimi arasındaki fark anlamlı değildir ( $p>0.05$ ). Literatürde yapılan çalışmalarda ortoreksiya nevroza eğilimi ve BKİ ilişkisinin incelendiği çalışmaların sonuçları farklılık göstermektedir. Çalışmamıza paralel olarak ortoreksiya nevroza yaygınlığını belirlemek amacıyla yapılan çalışmalarda gruplar arasında BKİ bakımından anlamlı bir farklılık bulunmayan çalışmalar mevcuttur (65, 72, 85, 100). Çalışmamızdan farklı olarak, ülkemizde tıp fakültesi öğrencileri ile yürütülen bir çalışmada; şişman öğrencilerin ON eğilimlerinin diğer BKİ gruplarında yer alan öğrencilere göre anlamlı şekilde daha düşük olduğu (70), üniversitede öğrenim gören kız öğrenciler üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise BKİ sınıflandırmasına göre normal ve şişman olan öğrencilerin ON eğilimlerinin zayıf olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (75). Ortoreksiya nevroza prevalans çalışması olan ve 878 tıp fakültesi öğrencisi ile yürütülen çalışmada, BKİ gruplarıyla ORTO-11 puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki olduğu ve BKİ değeri

arttikça, ortorektik eğilimin arttığı saptanmıştır (73). Yurt dışında 2019 yılında İtalyan, Leh ve İspanyol öğrencilerle yapılan çalışmada BKİ değerinin artmasıyla ortoreksiya nevroza riskinin arttığı saptanmıştır (101). Çalışma grubumuzdaki öğrencilerin BKİ grupları ile ortoreksiya nevroza eğilimleri arasında anlamlı farklılık çıkmamasının nedeni, araştırmaya katılan öğrencilerin %69'unun normal vücut ağırlığında olması olabilir.

#### **5.4. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıklarına Göre Ortorektik Eğilim Durumlarının Değerlendirilmesi**

Ortoreksiya nevroza eğiliminde olan bireyler günlük diyet planlaması ve yapılandırması ile uğraş halindedirler ve bu ritüelleri gerçekleştiremediklerinde kaygı ve suçluluk duygusuna kapılabilmektedirler (49). ON'li bireyler bunun yanı sıra besin hazırlama esnasında kullanılan yöntem ve materyaller hakkında da kuşku duymaktadır. Bazı gıdaların tüketimini, bileşimlerine veya hazırlanma şekillerine göre reddedebilmektedirler (47). Bu süreç, zamanla ortorektik bireylerin tükettiği besin çeşitliliğinin azalmasına ve tek tip beslenmeye yönelmelerine neden olmaktadır. Tek tip beslenme vitamin, mineral, besin öğeleri yetersizliği ve malnutrisyon ile sonuçlanmaktadır. ON'li bireyler sağlıklı beslenme takıntıları sonucu kilo kaybı yaşadıklarını, aslında kilo ile bir uğraşlarının olmadığını belirtmektedirler (9, 50, 51). Bu bilgiler doğrultusunda öğrencilerin beslenme alışkanlıklarına yönelik değişkenler değerlendirilmiştir.

Çalışma grubundaki öğrencilerde; iki ve daha az ana öğün tüketenlerin %12.3'ünün, üç ve daha fazla ana öğün tüketenlerin ise %23.9'unun ortoreksiya nevroza eğiliminde olduğu saptanmıştır. Üç ve daha fazla ana öğün tüketen öğrencilerin ortoreksiya nevroza eğilimi anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Ülkemizde, hemşirelik öğrencilerinde sosyal medya kullanımının ortoreksiya nevroza üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla 2019 yılında 339 öğrenci ile yapılan çalışma bulgularına göre öğrencilerin günlük tüketilen ana öğün sayısı ile ortoreksiya nevroza puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (89). Farklı olarak; yurt dışında 2019 yılında üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nevrozanın kültürler arası ilişkisinin incelendiği çalışmada, ortoreksiya nevroza eğilimi ile diyet planlama arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (101). Kansas'ta üniversite öğrencileri ile yapılan başka bir çalışmada ise diyet yapma ile ortoreksiya nevroza arasında negatif korelasyon

saptanmıştır (102). Çalışmamızda ortoreksiya nevroza eğilimi olan öğrencilerin daha fazla ana öğün tükettiği bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda, ortorektik eğilim gösteren öğrencilerin kendi çabaları ile öğün düzenlerini oluşturdukları veya besin reddine başlamadıkları söylenebilir. Ayrıca literatürde benzer yöntemlerle yürütülen çalışmaların bulunmaması, öğrencilerin öğün tüketim durumları ile ortoreksiya nevroza eğilimi kıyaslanabilirliğini zorlaştırmaktadır.

### **5.5. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Çeşitli Değişkenlere Göre SYBD Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Değerlendirilmesi**

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; bireyin beslenme alışkanlıkları, kendi sağlığının sorumluluğunu alması, çevresinden almış olduğu destek ve stresi yönetmesi üzerine temellenmektedir (103). Öğrencilerin sağlık düzeylerini geliştirmeleri sosyal ve kültürel özelliklerinden etkilenir. Bu doğrultuda çalışmamızdaki öğrencilerin çeşitli değişkenlere göre SYBD toplam puan ve alt boyut puanlarının değerlendirilmesi yapılmıştır. Literatürde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını inceleyen çok sayıda araştırma bulunmaktadır ve çalışmanın bulguları ile karşılaştırıldığında birtakım benzerlikler ve farklılıklar görülmektedir.

Çalışma grubundaki öğrencilerin SYBD toplam puan ortalaması  $120.8 \pm 19.05$  olarak bulunmuştur. Ülkemizde sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmada SYBD toplam puanı  $121.75 \pm 18.86$  olarak bulunmuştur (104). Diğer bazı çalışmalarda SYBD toplam puanı; hemşirelik öğrencilerinde  $128.97 \pm 16.40$  (105), meslek yüksekokul öğrencilerinde  $122.2 \pm 20.41$  (106), tıp fakültesi öğrencilerinde  $124.79 \pm 17.94$  (107) olarak bulunmuştur. Yurt dışında aynı ölçek kullanılarak yapılan çalışmalarda SYBD toplam puanı; Hint öğrencilerde  $138.69 \pm 14.5$  (108), Kuveyt'te hemşirelik öğrencilerinde  $128.16 \pm 16.40$  (109) olarak bulunmuştur. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'den alınabilecek en yüksek puanın 208 olduğu göz önüne alındığında, çalışmamızdaki öğrencilerin puan ortalamalarının ölçeğin orta düzeyinin üzerinde olduğu görülmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmaların sonuçları ile çalışmamızdan elde edilen bulgular benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda öğrencilerin SYBD toplam puan ortalamaları; 18 ve altı yaş grubundaki öğrencilerde  $126.5 \pm 19.39$ , 19 yaş grubundakilerde  $120.0 \pm 19.53$ , 20 yaş grubundakilerde  $117.9 \pm 17.53$ , 21 ve üzeri yaş grubundakilerde ise  $121.7 \pm 19.70$  olarak

bulunmuştur. Yaş grupları ile SYBD toplam puan karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ( $p>0.05$ ). Bunun yanında çalışma grubundaki öğrencilerin yaş grupları ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Manevi gelişim alt boyutunda ise 18 ve altı yaş grubunda olan öğrencilerin ortancası 27(15-36) olup 19, 20, 21 ve üzeri yaş gruplarında olan öğrencilerin ortancasından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Çalışmamızla benzer olarak; üniversite öğrencileriyle yapılan bazı çalışmalarda öğrencilerin yaş gruplarına göre SYBD toplam puanları arasında ilişki bulunmamıştır (110-112). Çalışmamızdan farklı olarak; yüksekokul öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelendiği bazı çalışmalarda ise yaş gruplarında SYBD toplam puan ortalamaları ve bazı alt boyut puanları anlamlı olarak farklı bulunmuştur (104, 113). Sağlık yüksekokul öğrencilerinde yapılan çalışmada, öğrencilerin yaş artışına paralel olarak sağlık sorumluluğu ve kişilerarası ilişkiler alt boyut puanlarının artış gösterdiği ve yine sağlık meslek yüksek okulu öğrencilerinde yapılan bir çalışmada yaş artışı ile doğru orantılı olarak sağlık sorumluluğu puan ortalamasının arttığı bulunmuştur (104, 113). Meksika’da yapılan bir çalışmada 25 yaş ve üzeri öğrencilerin, ölçek toplamı, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve kişilerarası ilişki puan ortalamaları, 17-24 yaş grubu öğrencilerine göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (114). Çalışmamızdaki öğrencilerin yaşlarının birbirine yakın olması nedeniyle yaş grupları, SYBD toplam puan üzerinde anlamlı farklılık oluşturmamış olabilir.

Çalışmamızda öğrencilerin BKİ gruplarına göre SYBD toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; beden kütle indeksi 18.49 ve altı grubundaki öğrencilerde  $121.3\pm 22.22$ , 18.50-24.99 grubundakilerde  $120.8\pm 18.01$ , 25-29.99 grubundakilerde  $120.0\pm 19.36$ , beden kütle indeksleri 30 ve üzeri olan öğrencilerde ise SYBD toplam puan ortalaması  $120.8\pm 16.97$  olarak bulunmuştur. BKİ gruplarının SYBD toplam puan ve alt boyut puanlarının karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Ülkemizde; yurttan kalan kız öğrencilerinde, sağlık yüksekokulu öğrencilerinde, tıp fakültesi öğrencilerinde ve hemşirelerde yapılan çalışmalarda, çalışmamıza benzer olarak BKİ ve SYBD toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (104, 107, 115, 116). Çalışmamızdan farklı olarak; 2015 yılında meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirildiği bir çalışmada SYBD puan ortalamaları ile beden kütle

indeksi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (106). Japonya’da üniversite öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının BKİ değerlerine göre değişmediği görülmüştür (117). Öğrencilerin beden kütle indeksleri sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değişik şekillerde etkileyebilir.

Araştırmamızdaki öğrencilerin eğitim görülen fakültelerine göre SYBD toplam puan ortalamaları; sosyal bilimler fakültesi öğrencilerinde  $120.4 \pm 19.76$ , sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinde  $120.9 \pm 17.55$  ve fen bilimleri fakültesi öğrencilerinde ise  $121.6 \pm 20.19$  olarak bulunmuştur. Öğrencilerin eğitim aldıkları fakültele göre SYBD toplam puan ve alt boyut puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Çalışmamızla benzer şekilde; üniversite öğrencilerinin sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelendiği çalışmada SYBD toplam puan ortalamaları eğitim görülen fakülteye göre değişmemektedir (110). Farklı olarak; öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelendiği çalışmalarda; sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinde SYBD alt grup puanlarının anlamlı olarak yüksek bulunduğu çalışmalar mevcuttur (118-120). Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada; sağlık bilimleri fakültesi ile sosyal bilimler fakültesi öğrencilerinin egzersiz, manevi gelişim, beslenme alt grupları ve SYBD toplam puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (113). Ürdün’de bulunan bir üniversitede 340 öğrenci ile yürütülen kesitsel tipteki bir çalışmada ise eğitim alınan fakülte ile öğrencilerin fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler alt boyut ve SYBD toplam puanları arasında anlamlı olarak farklılık bulunmuştur (121).

Çalışmamızda öğrencilerin SYBD toplam puan ortalamaları; geliri 500 liradan az olan öğrencilerde  $120.0 \pm 19.85$ , geliri 500 lira olanlarda  $119.0 \pm 18.78$ , geliri 500 liradan fazla olan öğrencilerde ise  $124.9 \pm 17.83$  olarak bulunmuştur. Fakat öğrencilerin gelir düzeyi ile SYBD toplam puanı ve alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ). Benzer şekilde; üniversite öğrencileri ve hemşirelerle yapılan çalışmalarda, ekonomik durum ile manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBD toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (118, 122). Farklı olarak sağlık yüksekokulu öğrencilerinde; gelir durumlarının SYBD puanlarını anlamlı düzeyde etkilediğini ve sosyoekonomik düzeyi iyi olan öğrencilerin beslenme alt boyut puanı orta ve yetersiz gelire sahip olan öğrencilere göre daha yüksek bulunduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (104, 119, 123). Yurt dışında sosyodemografik özelliklerin



sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin incelendiği bir çalışmada; öğrencilerin sosyoekonomik düzeylerinin fiziksel aktivite, stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler alt boyut ve SYBD toplam puanları üzerinde anlamlı etkiye sahip olduğu gösterilmiştir (114). Öğrencilerin gelir düzeyinin yüksek olması, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmede tek başına yeterli bir değişken olmayabilir.

Çalışmamızda yer alan öğrencilerin anne eğitim düzeylerine göre SYBD toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; anneleri okuryazar olmayan öğrencilerde  $116.4 \pm 19.01$ , anneleri okur-yazar veya ilkokul mezunu olanlarda  $119.2 \pm 18.76$ , anneleri ortaokul veya yüksekokul mezunu öğrencilerde ise  $124.2 \pm 18.98$  olarak bulunmuştur. Çalışmamızda anne eğitim düzeyine göre en düşük SYBD toplam puan ortalamasına annesi okuryazar olmayan olan öğrenciler sahipken ( $116.4 \pm 19.01$ ), en yüksek puan ortalamasına ortaokul/yüksekokul düzeyinde eğitilmiş annesi olan öğrencilerin ( $124.2 \pm 18.98$ ) sahip olduğu saptanmıştır. Anne eğitim düzeyine göre grupların SYBD toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Bununla beraber anne eğitim düzeyi ile sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt boyut puanları gruplar arası anlamlı olarak farklılaştığı görülmüştür ( $p < 0.05$ ). Anneleri ortaokul/yüksekokul mezunu olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite puanları diğer gruplardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda benzer olarak; hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinde annesi okuryazar olmayanların sağlık sorumluluğunun en düşük, annesi üniversite mezunu olanların sağlık sorumluluğunun ise en yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı bulunduğu (119), tıp fakültesi öğrencilerinde 2019 yılında yapılan bir diğer çalışmada öğrencilerin anne eğitim düzeyi arttıkça fiziksel aktivite alt boyutundan alınan ortalama puanın arttığı ifade edilmiştir (107). 2015 yılında meslek yüksekokul öğrencileri ile yapılan başka bir çalışmada, sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamaları ve tüm alt gruplarının puanları ile öğrencilerin annelerinin eğitim durumları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (106). Çalışmamızdan farklı olarak; öğrencilerin anne eğitim durumuna göre SYBD puanlarının değişmediğini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (124, 125). Meksikalı üniversite öğrencileri ile yürütülen çalışmada; anne eğitim düzeyi ile sağlık sorumluluğu, beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyut puanları ve SYBD toplam puan arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (114). Yurt dışında üniversitede bulunan öğrenciler ile yapılan başka bir çalışmada; anne eğitim düzeyi, öğrencilerin SYBD toplam puan ve alt boyut puanları üzerinde anlamlı farklılık

oluşturmamıştır (121). Çalışmamızın bulgularına göre anne eğitim düzeyi öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmesinde büyük önem taşımaktadır. Farklı sonuçların ise ebeveynlerin diğer özellikleri, alışkanlıkları ve yaşadıkları yer gibi birçok faktörün etkisi sebebiyle olabileceği düşünülmüştür.

Çalışma grubundaki öğrencilerin baba eğitim düzeylerine göre SYBD toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve babaları okuryazar veya ilköğretim mezunu olan öğrencilerin SYBD toplam puan ortalamaları diğer gruplara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bununla beraber baba eğitim düzeyi ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut puanlarında gruplar arası istatistiksel olarak farklılık saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Babaları daha düşük eğitim düzeyinde olan öğrencilerin; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut puanları diğer gruplardan anlamlı olarak düşük bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Çalışmamıza benzer olarak; 981 üniversite öğrencisi ile yapılan kesitsel tipteki bir çalışmada baba eğitim düzeyi SYBD toplam puanı ve alt boyut puanlarını anlamlı olarak etkilemiştir (112). Çalışmamızdan farklı olarak; ülkemizde sağlık yüksekokulu, tıp fakültesi ve beden eğitimi ve spor yüksekokulu öğrencileri ile yapılan çalışmalarda ise baba eğitim düzeyine göre SYBD toplam puan ve alt boyutları puanlarının değişmediği görülmüştür (104, 126, 127). Yurt dışında 307 üniversite öğrencisi ile yürütülen tanımlayıcı tipte kesitsel olan çalışmada öğrencilerin baba eğitim düzeyi ile SYBD toplam puan, stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler ve manevi gelişim alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (114). Ürdün'de bulunan bir üniversitede 340 öğrenci ile yürütülen kesitsel tipteki bir çalışmada ise baba eğitim düzeyi öğrencilerin SYBD toplam puan ve alt boyut puanları üzerinde anlamlı farklılık oluşturmamıştır (121). Baba eğitim düzeyinin öğrencilerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gelişmesinde olumlu etkiye sahip olduğu ancak ebeveynlerin ve öğrencilerin diğer özelliklerinin de sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği söylenebilir.

#### **5.6. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin SYBD Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının ORTO-15 Testi Puanlarına Göre Değerlendirilmesi**

Çalışma grubundaki öğrencilerin SYBD toplam puanı ortoreksiya nevroza eğilimi olanlarda  $124.8\pm 14.61$  iken ortoreksiya nevroza eğiliminde olmayan öğrencilerde  $120.0\pm 19.74$  olarak bulunmuştur. Ortoreksiya nevroza eğiliminde olan öğrencilerin

SYBD toplam puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bu durum, ortoreksiya nevroza riski taşıyan öğrencilerde sağlıklı beslenme takıntısının yanında sağlıklı uğraşının fazla olması ve bu davranışlara sahip öğrencilerin çalışmamızda yüksek oranda olması ile açıklanabilir.

Çalışmamızdaki öğrencilerin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutları olan sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut puanları ortoreksiya nevroza eğilimlerine göre anlamlı olarak farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ). Ancak manevi gelişim alt boyut puanları öğrencilerin ortoreksiya nevroza eğilim durumlarına göre gruplar arası anlamlı farklılık göstermiştir ( $p<0.05$ ). Öğrencilerin manevi gelişim puan ortancası; ortoreksiya nevroza eğiliminde olanlarda 27(12-36), ortoreksiya nevroza eğilimi olmayanlarda ise 25(9-36) olarak bulunmuştur. Literatürde ortoreksiya nevroza eğilim durumu ve SYBD toplam puan ve alt boyut puanlarının karşılaştırılmasına rastlanılmamıştır.

#### **5.7. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin ORTO-15, SYBD Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Korelasyonunun Değerlendirilmesi**

Araştırmaya katılan öğrencilerin ORTO-15, SYBD toplam puan ve alt boyut puanlarının korelasyon analizi bulgularına göre, SYBD toplam puan ile ORTO-15 puanları arasında negatif yönlü anlamlı zayıf ilişki tespit edilmiştir ( $r= -0.238$ ,  $p<0.05$ ). Ortoreksiya nevroza eğilimi artarken SYBD toplam puanı artmaktadır. Çalışmamızda ORTO-15 puanları ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, stres yönetimi alt boyut puanları arasında negatif yönlü anlamlı korelasyon elde edilmiştir (sırası ile  $r= -0.225$ ,  $r= -0.173$ ,  $r= -0.181$ ,  $r= -0.208$ ,  $r= -0.151$ ) ( $p<0.05$ ). Çalışmamızdan farklı olarak; ülkemizde üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nevroza görülme durumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada öğrencilerin ortorektik eğilimi arttıkça SYBD toplam puanında ve manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi alt ölçek puanlarında anlamlı azalma olduğu görülmüştür (100). Bu konuda yapılacak daha kapsamlı çalışmalar ortoreksiya nevroza ile sağlıklı yaşam biçimi etkileşiminin daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu tez çalışmasında; üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nevroza eğilimlerinin değerlendirilmesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi incelenmiş olup; çalışmanın verileri doğrultusunda şu sonuçlar elde edilmiştir.

- Öğrencilerin yaşları 17-28 arasında olup, %22.7'si zayıf, %69'u normal ve %8.3'ünün hafif şişman ve şişman gruptadır.
- Araştırmaya katılan öğrencilerin %16.7'sinin ortoreksiya eğiliminde olduğu ve SYBD toplam puan ortalamasının  $120.8 \pm 19.05$  olduğu görülmüştür.
- Öğrencilerin yaş ve BKİ grupları, bölüm, sınıf, sosyoekonomik durum ve ebeveyn eğitim düzeyleri ile göre ortoreksiya nevroza eğilimi arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).
- Öğrencilerden 2 ve daha az ana öğün tüketenlerin %12.3'ünün, 3 ve daha fazla ana öğün tüketenlerin %23.9'unun ortoreksiya nevroza eğiliminde olup; 3 ve daha fazla ana öğün tüketenlerin anlamlı olarak daha yüksek oranda ON eğiliminde olduğu elde edilmiştir ( $p<0.05$ ).
- Öğrencilerin ebeveyn eğitim düzeylerine göre grupların SYBD toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Ebeveyn eğitim düzeyi arttığı gruplarda SYBD puanı da artmaktadır.
- Günlük tüketilen ara öğün sayısının arttığı gruplarda SYBD toplam puanı artmaktadır.
- SYBD toplam puanı öğrencilerin yaş ve BKİ gruplarına, eğitim görülen fakültelerine, gelirlerine ve öğün atlama durumlarına göre değişmemektedir.
- ORTO-15, SYBD toplam puan ve alt boyut puanlarının korelasyon analizinde, SYBD toplam puan ile ORTO-15 puanları arasında negatif yönlü zayıf ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ).

Sağlıklı beslenme takıntısı olarak ifade edilen ortoreksiya nevroza, literatürde yer almaya başlayan yeni bir yeme bozukluğu türüdür ve tanı kriterleri Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından tanımlanmamıştır. Bu alanda geniş katılımcı sayısıyla yapılacak yeni

çalışmalarla, ON'ye yönelik net tanı kriterleri ve tedavi yöntemleri üzerine çıkarımlar yapılabilir. Bireylerin ON eğilimi ve sağlıklı yaşam davranışları değerlendirilirken toplumsal ve kültürel farklılıkları göz önünde bulunduran ölçeklerin geliştirilmesi, tanı ve tedavide başarı şansını artırabilir.

Yeme bozuklukları bakımından risk taşıyan gruplar öncelikli olmak üzere, toplumun yeme bozuklukları ve sonuçları hakkında uzman kişiler tarafından bilgilendirilerek farkındalık oluşması sağlanabilir. Üniversite öğrencilerinin bilinçlendirilmesi sağlanarak, ileriki dönemde daha önemli noktaya ulaşacak olan sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazandırılabilir. Medyanın; özellikle genç bireyler üzerinde yeme bozukluklarının oluşması ve gelişmesi konusunda büyük role sahip olması nedeniyle reklamlarının denetlenmesi, beslenme ile ilgili programlarda doğru bilgilerin konusunda uzman kişiler tarafından verilmesi sağlanarak bu tür bozukluklar önlenir.

ON'nin gelişiminde etkili faktörlerin değerlendirilmesinde, klinik ve psikolojik tetkiklerin birlikte uygulanması daha net sonuçlar verecektir. Ortoreksiya nevroza ile ilgili çalışmaların sayıca az olması, konunun daha yoğun araştırılması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Üniversite öğrencilerinin bilinçlendirilmesi amacıyla yeme bozukluğu ve ON konulu konferans ve seminer çalışmaları düzenlenebilir. Üniversite öğrencilerine eğitim aldıkları kurumlarda, kapsamlı ve uygulamalı bir şekilde sağlıklı beslenme eğitimi verilmesi, sağlıklı beslenme alışkanlıkları ve sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılması ve bu sayede yaşam kalitelerinin artırılması gerekmektedir.

Üniversite yaşantısına uyum sürecinde öğrencilere danışmanlık ve rehberlik hizmetleri aktif olarak uygulanmalıdır. Verilen sağlık eğitimleri ve hizmetlerin, öğrencilerin sağlık davranışlarına etkisi bilimsel çalışmalarla belirlenmeli ve ihtiyaç duyulan iyileştirmeler yapılmalıdır. Daha çok örnekleme yapılacak çalışmalarda Türkiye'de ortoreksiya nevroza ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki daha ayrıntılı incelenebilir.

## KAYNAKÇA

1. Chaki B, Pal S, Bandyopadhyay A. Exploring scientific legitimacy of orthorexia nervosa: a newly emerging eating disorder. *J Hum Sport Exerc* 2013, 8(4): 1045–53.
2. Huse DM, Lucas AR. Dietary patterns in anorexia nervosa. *Am J of Clin Nutr* 1984, 40 (2): 251-4.
3. Oral N, Şahin NH. Yeme tutum bozukluğunun kişilerarası şemalar, bağlanma, kişilerarası ilişki tarzları ve öfke ile ilişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi* 2008, 23(62): 37-48.
4. Bundros J, Clifford D, Silliman K, Neyman Morris M. Prevalence of orthorexia nervosa among college students based on Bratman’s test and associated tendencies. *Appetite* 2016, 101(3): 86-94.
5. Anschutz DJ, Engels RC, Strien VT. Susceptibility for thin ideal media and eating styles. *Body Image* 2008, 5(1): 70-9.
6. Hunt J, Eisenberg D. Mental ealth problems and help-seeking behavior among college students. *J Adolesc Health* 2010, 46(1): 3-10.
7. Yardımcı H, Özçelik AÖ. Üniversite öğrencilerinin öğün düzenleri ve beslenme eğitiminin beslenme bilgisine etkisi *Ankara Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Dergisi* 2015, 43(1): 19-26.
8. Kazkondu İ. Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) Belirtilerinin İncelenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2010.
9. Mathieu J. What is orthorexia? *J Am Diet Assoc* 2005, 105(10): 1510-2.
10. DSM-5, Amerikan Psikiyatri Birliği *Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El Kitabı* (Çev: Ertuğrul Köroğlu) Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2013.
11. Dunn TM, Bratman S. On orthorexia nervosa: a review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors* 2016, 4(21): 11-7.
12. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health promoting lifestyle profile development and psychometric characteristics. *Nursing Research* 1987, 36(2): 76–81.

13. Pender NJ, Carolyn LM, Parsons AM. Diet, nutrition, prevention, and health promotion. *Health Promotion in Nursing Practice* 2002, 1(12): 1102-20.
14. Arlı M, Kınacı B, Özgen L. Ergenlerin yeme tutum ve davranışları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2012, 45(1): 229-47.
15. Baker JH, Mitchell KS, Neale MC, Kendler KS. Eating disorder symptomatology and substance use disorders: prevalence and shared risk in a population based twin sample. *Int J Eat Disord* 2010, 43(7): 648-58.
16. Arusoğlu G. Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya) Belirtilerinin İncelenmesi Orto-15 Ölçeğinin Uyarlanması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2006.
17. Connan F, Campbell I, Katzman M, Lightman S, Treasure J. A neurodevelopmental model for anorexia nervosa. *Physiology & Behavior* 2003, 79(1): 13-24.
18. Jenkins PE, Hoste RR, Meyer C, Blissett JM. Eating disorders and quality of life: A review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2011, 31(1): 113-21.
19. Smink FR, Hoeken VD, Hoek HW. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2013, 26(6): 543-8.
20. Jacobi C, Morris L, Zwaan M. Risk factors, etiology and comorbidity: In Brewerton TD (editor). *Clinical Handbook of Eating Disorders*. South Carolina, USA: Marcel Dekker, 2004, 117-231.
21. Yücel B. Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: Yeme bozuklukları. *Klinik Gelişim Psikiyatri* 2009, 22(4): 39-44.
22. Kapudan H, Erol A. Yeme bozukluklarının etiyojisi. İçinde: Yücel B, Akdemir A, Gürdal A, Maner F, Vardar E (editörler). *Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı*, 1. Baskı Ankara. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2013: 39-45.
23. Toker DE, Hocaoglu Ç. Yeme bozuklukları ve aile yapısı: Bir gözden geçirme. *Düşünen Adam Dergisi* 2009, 22(4): 36-42.
24. Jarry JL. The meaning of body image for women with eating disorders. *Can J Psychiatry* 1998, 43(4): 367-74.
25. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *The Lancet*. 2003; 407-16
26. Canat S. Yeme bozukluklarına genel bakış. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları* 1999, 4(2): 133-6.
27. Pritts SD, Susman J. Diagnosis of eating disorders in primary care. *American Family Physician* 2003, 114(6): 311-2.

28. Fisher CA, Hetrick SE, Rushford N. Family therapy for anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev* 2010, 1(4): 10-2.
29. Cinemre B. Yeme bozuklukları: epidemiyoloji ve eşlik eden hastalıklar. *Ege Psikiyatri Süreli Yayınları* 1999, 4(2):137-54.
30. Diaz M, Inigo M, Lluís AP. Nutritional supplements in eating disorders. *Actas Esp Psiquiatr* 2017, 45(1): 26-36.
31. Kondo DG, Sokol MS. Eating disorders in primary care: A guide to identification and treatment. *Postgraduate Medicine* 2006, 119(2): 59-65.
32. Association AP. DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000: 241-5.
33. Gull WW. Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica), Transactions of the Clinical Society of London 1874: 22-8.
34. Oğlağu Z, Gürdal A. Tarihçe. İçinde: Yücel B, Akdemir A, Gürdal A, Maner F, Vardar E (editörler). *Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı*, 1. Baskı Ankara. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2013: 39-45.
35. Kohn M, Golden NH. Eating disorders in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and treatment. *Pediatric Drugs* 2001, 3(2): 91-9.
36. Turnbull S, Ward A, Treasure A, Jick H, Derby L. The demand for eating disorder care: An epidemiological study using the general practice research database. *Br J Psychiatry* 1996, 16(5): 705-12.
37. Misra M, Klibanski A. Anorexia nervosa and bone. *J Endocrinol* 2014, 21(3): 163-76.
38. Oğlağu Z. Yeme Bozukluklarında Çocukluk Çağı Travmalarının Benlik Saygısı ve Beden Algısı Değişkenleri Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2012.
39. Kuruoğlu AÇ. Yeme bozuklukları. İçinde: Işık E, Taner E, Işık U (editörler). *Güncel Klinik Psikiyatri*. Ankara. Asimetrik Paralel Yayınevi, 2008: 351-68.
40. Sacco B, Kelley U. Diagnosis and evaluation of eating disorders in the pediatric patient, *Cedspediatric Annals* 2018, 4(7): 6-8.
41. Kelly NR, Shank LM, Bakalar JL, Tanofsky KM. Pediatric feeding and eating disorders: Current state of diagnosis and treatment. *Curr Psychiatry Rep* 2014, 16(5): 446-58.
42. Bulik CM, Sullivan PF, Kendler KS. An empirical study of the classification of eating disorders. *Am J Psychiatry* 2000, 157(6): 886-95.



43. Ergüney ET. Yeme Bozukluğu Hastalarında Tedavi Motivasyonu, Beden İmgesi ve Depresyonun Değerlendirilmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2012.
44. Tatlıses M. Spor Salonunda Düzenli Spor Yapan Kişilerin Ortoreksiya Nervoza Belirtileri ile Beden Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi, 2016.
45. Bratman S, Knight D. *Health Food Junkies*. Ortorexia Nervosa: Overcoming The Obsession With Healthful Eating New York. Broadway Books, 2000: 25-38.
46. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C. Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon *Eat Weight Disord* 2004, 9(2): 151-7.
47. Zamora MLC, Bonaachea BB, Sanchez GF, Rial BR. Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder? *Actas Esp Psiquiatr* 2005, 33(1): 666-8.
48. Evilly S. The price of perfection. *Nutrition Bulletin* 2001, 26(5): 275-6.
49. Brytek-Matera A. Orthorexia nervosa—an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit. *Arch Psychiatry Psychotherapy* 2012, 1(1): 55-60.
50. Kratina K. Orthorexia Nervosa. *National Eat Disord Assoc* 2006, 4(7):1-2.
51. Costa CB, Hardan-Khalil K, Gibbs K. Orthorexia nervosa: A review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing* 2017, 38(12): 980-8.
52. Koven NS, Abrey AW. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015, 18(3): 385-94.
53. İkinci Ö. Sağlıklı beslenme saplantı olursa? *Tübitak Bilim ve Teknik Dergisi* 2010, 51(6): 38-41.
54. Özkahya KD. Online Diyet Alan Yetişkin Bireylerde Ortoreksiya Nervoza ve İlişkili Parametrelerin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Okan Üniversitesi, 2015.
55. McComb SE, Mills JS. Orthorexia nervosa: A review of psychosocial risk factors. *Appetite* 2019, 14(8): 50-75.
56. Koven N, Senbonmatsu R. A neuropsychological evaluation of orthorexia nervosa. *Open J Psychiatry* 2013, 3(1): 214-22.
57. Bratman S. What is orthorexia. The Authorized Bratman Orthorexia Self-Test <http://www.orthorexia.com/> 19 Aralık 2019.

58. Moroze RM, Dunn TM, Craig Holland J, Yager J, Weintraub P. Microthinking about micronutrients: A case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal “orthorexia nervosa” and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics* 2015, 56(10): 397-403.
59. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C. Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eat Weight Disord* 2005, 10(5): 28-32.
60. Brytek-Matera A, Donini LM, Krupa M, Poggiogalle E, Hay P. Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students. *J Eat Disord* 2015, 3(5): 2-6.
61. Alvarenga M, Martins M, Sato K, Vargas S, Philippi S, Scagliusi F. Orthorexia nervosa behavior in a sample of Brazilian dietitians assessed by the Portuguese version of ORTO-15. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* 2012, 17(2): 29-35
62. Varga M, Thege BK, Dukay-Szabó S, Túry F, Furth EF. When eating healthy is not healthy: Orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC Psychiatry* 2014, 14(1): 59–70.
63. Valera JH, Ruiz PA, Valdespino BR, Visioli F. Prevalence of orthorexia nervosa among ashtanga yoga practitioners: A pilot study. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* 2014, 19(4): 469-72.
64. Stochel M, Janas-Kozik M, Zejda JE, Hyrnik J, Jelonek I, Siwiec A. Validation of ORTO-15 questionnaire in the group of urban youth aged 15–21. *Psychiatria Polska* 2015, 49(1): 119–34.
65. Pehlivan E, Mete B, Fıncı B, Doğan E. Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nevroza yaygınlığı ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi* 2019, 4(2): 166-75.
66. Kaya Z. Beslenme ve Diyetetik Bölümü Öğrencilerinde Sağlıklı Yeme Takıntısının (Ortoreksiya Nervozanın) Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Okan Üniversitesi, 2018.
67. Acar N, Karaçıl MŞ. Sağlık profesyonellerinde sağlıklı beslenme kaygısı: ortoreksiya nevroza. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016, 1(2): 59-71.
68. Dalmaz M, Tekdemir G. Spor salonunda spor yapanlarda ortoreksiya nevroza belirtilerinin incelenmesi. *Ortopedi Travmatoloji ve Spor Hekimliği Dergisi* 2015, 5(8): 23-39.

69. Sarıaltıntop AM. Adölesan Dönemdeki Kız Öğrencilerde Ortoreksiya (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) Görülme Sıklığı. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Okan Üniversitesi, 2016.
70. Erol Ö. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Ortoreksiya Nervosa Belirtilerinin ve Yeme Tutumlarının Saptanması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2018.
71. Arslantaş H, Adana F, Ögüt S, Ayakdaş D, Korkmaz A. Hemşirelik öğrencilerinin yeme davranışları ve ortoreksiya nervosa (sağlıklı beslenme takıntısı) ilişkisi: Kesitsel bir çalışma. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2017, 8(3): 137–44.
72. Bosi BAT, Çamur D, Güler Ç. Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine. *Appetite* 2007, 49(3): 661–6.
73. Fidan T, Ertekin V, Işıkay S, Kirpınar I. Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Compr Psychiatry* 2010, 51(6): 49–54.
74. Aksoydan E, Camcı N. Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eat Weight Disord* 2009, 14(1): 33-7.
75. Gezer C, Kabaran S. Beslenme ve diyetetik bölümü kız öğrencileri arasında görülen ortoreksiya nervosa riski. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013, 4(1): 14-22.
76. Martins MCT, Alvarenga MS, Vargas SVA, Sato KSCJ, Scagliusi FB. Orthorexia nervosa: Reflections about a new concept. *Rev Nutr* 2011, 24(2): 345-537.
77. Edelman CL, Mandle CL. Health Promotion Throughout The Lifespan. Philadelphia: Mosby Comp. Fourth Ed 1998, 4-6.
78. Özvarış BS. Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayınları 2001, 8-11.
79. WHO. (2009). Health Promotion. Erisim: 20.12. 2019 <http://www.who.int/chp/en/>
80. Carreno J, Vyhmeister G, Grau L, Ivanovic D. A health promotion programme in adventist and non-adventist women based on Pender's model: A pilot study. *Public Health* 2006, 57(120): 346–55.
81. Hardrick G, Lindsey E. Health promotion nursing practice: The demise of nursing process. *J Adv Nurs* 1996, 23(7): 106-12.
82. Hendricks DL. The Relationship of Hope and Self-efficacy to Health Promoting Behaviors Among Student- athletes Attending Historically Black Colleges and Universities. The Degree of Doctor Education, Auburn University USA, 2004.
83. Walker NW, Madeleine JK, Pender NJ. A spanish language version of the health promoting lifestyle profile. *Nursing Research* 1990, 39(5): 2-4.

84. Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of the Health Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center, 1996.
85. Arusoğlu G, Kabakçı E, Köksal G, Merdol TK. Ortoreksiya nervoza ve Orto-11'in Türkçeye uyarlama çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008, 19(3): 283-91.
86. Bahar Z, Beser A, Gördes N. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *CÜ. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2008, 12(1): 112.
87. World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. World Health Organization, No. 894, 2000.
88. Vançelik S, Önal SG, Güraksın A, Beyhun E. Üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi ve alışkanlıkları ile ilişkili faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007, 6(4): 242-8.
89. Özkefeli Hamurcu TG. Hemşirelik Öğrencilerinde Sosyal Medya Kullanımının Ortoreksiya Nervoza Üzerine Etkisi. Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2019.
90. Özdemir G, Özdelek Ç. Dumlupınar Üniversitesi beden eğitimi ve spor yüksekokulunda okuyan ve aktif spor yapan öğrencilerin beslenme alışkanlıkları. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2010, 6(26): 10-9.
91. Sünbül Ş. Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumu ve Ortoreksiya Nevroza Eğilimlerinin Belirlenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi Eğitimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2019.
92. Toklu B. Lise Öğrencilerinin Beslenme Davranışları, Ortoreksiya Nevroza ve Obsesif Kompulsif Bozukluk İlişkisi. Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2019.
93. Meister SE. The occurrence of highly sensitive attitudes and behaviors toward eating among undergraduate students at a Midwestern University. M.S. thesis, Northern Illinois University, 2010.
94. Oğur S, Aksoy A, Güngör Ş. Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervoza eğiliminin belirlenmesi. *BEÜ Fen Bilimleri Dergisi* 2015, 4(2): 93-102.
95. Arusoğlu G. Beslenme ve diyetetik bölümü erkek öğrencilerinde ortoreksiya nervoza eğiliminin belirlenmesi. *J Academic Soc Sci* 2018, 6(86): 56-71.

96. Missbach B, Dunn TM, König JS. We need new tools to assess orthorexia nervosa. A commentary on “prevalence of orthorexia nervosa among college students based on bratman’s test and associated tendencies. *Appetite* 2016, 108(521): 1-4.
97. Zarifoğlu A. Farklı Fakültelerdeki Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervosa Görülme Sıklığı ile Yeme Tutum Davranışları ve Beden Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi, 2019.
98. Tatarlar Ercen M. Üniversite Öğrencilerinin Ortoreksiya Nervosa Düzeyleri ile Beden Algısı ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa: Yakın Doğu Üniversitesi, 2015.
99. Erol İ. Üniversite Öğrencilerinde Sosyodemografik Verilere Göre Mükemmeliyetçilik Algısı ve Ortoreksiya Nervosa Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Üsküdar Üniversitesi, 2019.
100. Öztürk ME, Yabancı Ayhan N. Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervosa görülme durumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2017, 5(51): 455-65.
101. Gramaglia C, Gambaro E, Delicato C, Marchetti M, Sarchiapone M, Ferrante D, Roncero M, Perpiñá C, Brytek-Matera A, Wojtyna E, Zeppegno. Orthorexia nervosa, eating patterns and personality traits: A cross-cultural comparison of Italian, Polish and Spanish university students. *BMC Psychiatry* 2019, 19(235): 2-11.
102. McInerney-Ernst EM. Orthorexia nervosa: real construct or newest social trend? Dissertation: University of Missouri-Kansas City; 2011.
103. Tagoe HA, Dake FAA. Healthy lifestyle behaviour among Ghanaian adults in the phase of a health policy change. *Globalization and Health* 2011, 7(7): 1-9.
104. Cihangiroğlu Z. Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Elazığ: Fırat Üniversitesi, 2010.
105. Özyazıcıoğlu N, Kılıç M, Erdem N, Yavuz C, Afacan S. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2011, 8(2): 278-332.

106. Kasapoğlu ES. Meslek Yüksekokulu ğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak: Bülent Ecevit Üniversitesi, 2015.
107. Gömleksiz M. Tıp Fakültesi ğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Faktörler. Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi. Elazığ: Fırat Üniversitesi, 2019.
108. Suraj S, Singh A. Study of sense of coherence health promoting behavior in northIndian students. *Indian J Med Res* 2011, 13(4): 645-52.
109. Al-Kandari F, Vidal VL. Correlation of the health-promoting lifestyle, enrollment level and academic performance of college of nursing students in Kuwait. *Nursing and Health Science* 2007, 7(9): 112-9.
110. Oral B. Erciyes niversitesi ğrencilerinin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi. Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2018.
111. Bozhüyük A, zcan S. Çukurova niversitesi sağlık bilimleri ğrencilerinin sağlıklı yaşam davranışları. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2016, 41(4): 664-74.
112. Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A, Karakurt P, Sağlam R. Healthy lifestyle behaviour in university students and influential factors in eastern Turkey. *Int J Nurs Prac* 2011, 17(1): 43–51.
113. nalan D, şenol V, ztrk A, Erkorkmaz . Meslek yüksekokullarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2007, 14(2): 101-9.
114. Ulla Dı'ez SM, Pe' Rez-Fortıs A. Socio-demographic predictors of health behaviors in Mexican college students. *Health Promotion Int* 2009, 25(1): 85-93.
115. Babaoğlu T, Cevizci S, zdenk G. Evaluation of healthy lifestyle behaviors of female students in a public accommodation center from Kırsehir, Turkey. *Mater Sociomed* 2014, 26(6): 372-7.
116. zkan S, Yılmaz E. Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2008, 3(7): 90-105.
117. Wei CN, Harada K, Ueda K, Fukumoto K, Minamoto K, Ueda A. Assessment of health-promoting lifestyle profile in Japanese university students. *Environmental Health Preventive Medicine* 2012, 17(3): 222–7.

118. Bozdağ G. Üniversite Öğrencilerinde Sağlık Kontrol Odağı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Üsküdar Üniversitesi, 2016.
119. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. *CÜ. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2005, 9(2): 26-34.
120. Zaybak A, Fadilloğlu Ç. Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları ve bu davranışları etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004, 20(1): 77-95.
121. Alkhalwaldeh O. Health promoting lifestyles of Jordanian University students. *Int J Adv Nurs Studies* 2013, 3(1): 27-31.
122. Bostan N. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi davranışlarını Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2013.
123. Özbaşaran F, Çakmakçı Çetinkaya A, Güngör N. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlık davranışları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004, 7(3): 43-55.
124. Bulut A, Erçim E. Sağlık Meslek Lisesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *FNG & Bilim Tıp Dergisi* 2016, 2(2): 105-12.
125. Karadeniz G, Uçum EY, Dedeli Ö, Karaağaç Ö. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2008, 7(6): 497-502.
126. Bozlar V. Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Beden Kitle İndeksi ve Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. Fen Bilimleri Enstitüsü, İlköğretim Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Kars: Kafkas Üniversitesi, 2016.
127. Şimşek H, Öztoprak D, İkizoğlu E, Safalı F, Yavuz Ö, Onur Ö, Tekel Ş, Çiftçi Ş. Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2012, 26(3): 151-7.





## EKLER

### EK-1. Özgeçmiş

<b>İsim Soyisim:</b>	Berfin Oktay
<b>Doğum Tarihi:</b>	13.08.1994
<b>Doğum Yeri:</b>	Siirt
<b>Cep Telefonu:</b>	0545 353 6252
<b>E-Posta:</b>	berfinoktaybayezran@hotmail.com
<b>Eğitim Durumu:</b>	
<b>2017-Devam</b>	<b>İnönü Üniversitesi</b> Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Tezli Yüksek Lisans Programı
<b>2013-2017</b> (Not ortalaması: 3,27/4)	<b>Bitlis Eren Üniversitesi</b> Beslenme ve Diyetetik Lisans Programı
<b>2008-2012</b> (Not ortalaması:84,45/100)	<b>Siirt Anadolu Öğretmen Lisesi</b>
<b>2015</b>	Polonya Bydgoszcz Teknoloji ve Yaşam Bilimleri Üniversitesi (UTP): 3 ay süreli staj
<b>Sertifika Bilgileri:</b>	Gelecek ve Kariyer Planlaması Gençlik ve Spor Bakanlığı- 04.05.2007
<b>İş Deneyimleri:</b>	Natural Catering Ltd. Şti. / Yönetici Diyetisyen/ 02.10.2018/ 26.02.2019
<b>Bilgisayar:</b>	Microsoft Office (Word, Excel, Powerpoint), BeBİS, SPSS.



## EK-2. Etik Kurul Onay Formu

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)		
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı
18.12.2018	23	2018/23-15
<p><b>Karar No: 2018/23-15</b> Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 18.12.2018 tarihinde Tıp Fakültesi Etik Kurul Salonunda toplandı. İnönü Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Prof. Dr. Ali ÖZER'in, sorumlu araştırmacı olduğu; Diyetisyen Berfin OKTAY'ın, yardımcı araştırmacı olduğu; "Malatya Battalgazi Yurdunda Kalan Kız Öğrencilerin Ortoreksiya Nervoza Düzeyleri İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İlişkisinin İncelenmesi" başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde; çalışmanın <u>etik açıdan uygun olduğuna</u>; oy birliği ile karar verilmiştir.</p>		
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı		
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.		Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ Etik Kurul Üyesi
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi		Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi
Prof. Dr. Sermin TİMUR TASHAN Etik Kurul Üyesi		Prof. Dr. Barış OTLU Etik Kurul Üyesi

### EK-3. Anket İzni

T.C.  
GENÇLİK VE SPOR BAKANLIĞI  
Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu Battalgazi Kız Öğrenci Yurdu Müdürlüğü

Sayı : 98357208-929-E.6213687  
Konu : Anket İzni

[KURUM BELGE NO : 6213687]  
[TARİH : 30.11.2018]

BERFİN OKTAY

Yurt Müdürlüğümüze vermiş olduğunuz 24/11/2018 tarihli dilekçeniz incelenerek Yurt Müdürlüğümüzce teziniz ile ilgili çalışma yapmanızda sakınca bulunmamaktadır.

Bilgilerinizi rica ederim.

Nida SEL  
Yurt Müdürü V.

Bulgurlu Mh. Kanyon Cd. No:39/5 Battalgazi MALATYA

e-Posta: battalgazi@kyk.gov.tr

Belgeyi, <http://belgesorgu.kyk.gov.tr> adresinden FehBVyJOPBg= kodu ile doğrulayabilirsiniz!

Bilgi için: Kübra Gökçe KATKAYA  
Yurt Yönetim Personeli  
Dahili: -

## EK-4. Anket Formu

### ANKET FORMU

Bu anket ‘Malatya Battalgazi Yurdunda Kalan Kız Öğrencilerin Ortoreksiya Nevroza Düzeyleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İlişkisinin İncelenmesi’ konulu tez çalışması kapsamında hazırlanmıştır. Ankete verecek olduğunuz bilgiler başka bir amaç için kullanılmayacaktır. İlginize teşekkür ederim.

BERFİN OKTAY

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Yüksek Lisans Öğrencisi

### GENEL BİLGİLER

1. Yaşınız.....
2. Boy uzunluğunuz.....cm
3. Vücut ağırlığınız ..... kg
4. Bölümünüz .....
5. Sınıfınız .....
6. Öğretim türünüz
  1. Birinci Öğretim
  2. İkinci Öğretim
7. Doğum yeriniz.....
8. Ailenizin yaşadığı il .....
9. Sizin aylık geliriniz .....
10. Ailenizin ortalama aylık geliri .....
11. Kardeş sayınız.....
12. Annenizin eğitim düzeyi nedir?
  1. Okur-yazar değil
  2. Okur-yazar
  3. İlkokul mezunu
  4. Ortaokul mezunu
  5. Lise mezunu
  6. Yüksekokul mezunu

**13. Babanızın eğitim düzeyi nedir?**

1. Okur-yazar değil
2. Okur-yazar
3. İlkokul mezunu
4. Ortaokul mezunu
5. Lise mezunu
6. Yüksekokul mezun

**14. Herhangi bir sağlık probleminiz var mı? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)**

1. Sağlık problemim yok
2. Şişmanlık
3. Guatr
4. Diş çürüklüğü
5. Diyabet
6. Anemi
7. Gastrit
8. Diğer.....

**15. Sağlık ve beslenme ile ilgili bilgilere genellikle nereden ulaşırsınız? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)**

1. Aile	6. Arkadaş
2. Okul	7. Dergi
3. Doktor	8. Televizyon
4. Diyetisyen	9. İnternet
5. Kitap	10. Diğer .....

**16. Günde genellikle kaç ana öğün tüketirsiniz? .....**

**17. Günde genellikle kaç ara öğün tüketirsiniz? .....**

**18. Öğün atlıyorsanız genelde hangi öğünü atlarsınız?**

1. Kahvaltı
2. Öğle
3. Akşam

**19. Öğün atlıyorsanız sebebi nedir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)**

1. Vakit bulamadığım için
2. Zayıflamak için
3. İştahsızlık
4. Alışkanlığım yok
5. Hazırlanmadığı için
6. Diğer .....

## ORTO-15 ÖLÇEĞİ

Anketin bu bölümü sizin yeme davranışlarınızla ilgilidir. Lütfen her soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine (X) işareti koyunuz.

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

<b>SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II</b>				
<b>YÖNERGE:</b> Bu anket yaşam biçiminiz ve kişisel alışkanlıklarınız ile ilgili ifadeler içermektedir. <b>Lütfen hiçbir ifadeyi atlamayarak her ifadeyi okuyunuz</b> ve size uygun olan kutunun içine <b>(X)</b> işareti koyunuz.	<b>Hiçbir Zaman</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sık Sık</b>	<b>Düzenli Olarak</b>
1. Sorun ve endişelerimi bana yakın kişilerle paylaşıyorum.				
2. Yağ, doymuş yağ ve kolesterolden düşük bir diyeti tercih ederim.				
3. Sağlığım ile ilgili fark ettiğim herhangi bir değişiklik ya da belirtiyi doktoruma veya diğer sağlık personeline bildiririm.				
4. Planlanmış bir egzersiz programı uyguluyorum.				
5. Yeterince uyuyorum.				
6. Pozitif yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim.				
7. Başkalarının başarılarını kolaylıkla takdir ederim.				
8. Şeker ve şeker içeren gıdaları az kullanırım.				
9. Sağlığı geliştirici yayınları okurum, televizyon programlarını izlerim.				
10. Haftada en az 3 kez 20 dakika ya da daha fazla süre yoğun egzersiz yaparım (hızlı yürüme, bisiklete binme, aerobik dans vb.)				
11. Her gün gevşemek ve rahatlamak için zaman ayırıyorum.				
12. Hayatımın bir amacı olduğuna inanırım.				
13. Bireylerle olan anlamlı ve kaliteli ilişkilerimi sürdürür/korurum.				
14. Her gün 6 ile 11 porsiyon arasında ekmek, kurubaklagil, pirinç ve makarna yerim. (1 ince dilim ekmek=2 yemek kaşığı pilav/makarna=pişmiş kuru fasulye/nohut/barbunya)				
15. Sağlık personelinin önerilerini iyice anlayabilmek için sorular sorarım.				
16. Haftada en az 5 kez orta derecede fiziksel aktivite (örneğin; 30-40 dakikalık kesintisiz yürüyüş) yaparım.				
17. Hayatımdaki değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.				
18. Geleceğe umutla bakarım.				
19. Yakın arkadaşlarımla birlikte zaman geçiririm.				
20. Günde 2-4 porsiyon meyve yerim. (1 porsiyon meyve=1 orta boy elma/portakal/şeftali=3 adet kayısı=12 adet kiraz/vişne/çilek)				

	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
21. Başvurduğum sağlık personelinin tavsiyeleri ile ilgili kafamda soru işaretleri oluşursa, ikinci bir kişinin görüşünü de alırım.				
22. Yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi keyif verici fiziksel aktivitelerde bulunurum.				
23. Uyumadan önce güzel, hoş düşüncelere yoğunlaşıyorum.				
24. Rahat ve huzurlu hissederim.				
25. Başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi ve yakınlık gösteririm				
26. Günde 3–5 porsiyon sebze yerim(1porsiyon sebze=6 yemek kaşığı pişmiş kabak/patlıcan/taze fasulye/ıspanak=4 yemek kaşığı bezelye/pırasa/bakla)				
27. Sağlığım ile ilgili kaygılarımı uzman kişilerle görüşür/tartışırım.				
28. Haftada en az 3 kez germe egzersizleri yaparım.				
29. Stresimi kontrol altına almak için bazı özel yöntemler kullanırım.				
30. Uzun süreli hedeflerime ulaşmak için çalışırım.				
31. Sevdiğim insanlara dokunmayı ve bana dokunmalarını önemserim.				
32. Günde 2–3 porsiyon süt içerim, yoğurt ya da peynir yerim (1 porsiyon=1 su bardağı süt/1 su bardağı yoğurt)				
33. Ayda en az bir kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri açısından vücudumu kontrol ederim.				
34. Günlük hayatımdaki faaliyetlerde egzersiz yapmaya çalışırım (örneğin; yemek saatlerinde yürürüm, asansör yerine merdivenleri kullanırım, arabamı uzağa park ederim, gideceğim yere yürürüm).				
35. İş ve eğlence zamanlarımı dengelerim.				
36. Her günü ilginç ve mücadeleye değer bulurum.				
37. Samimi ilişkiler/yakınlıklar kurmaya çalışırım.				
38. Et, balık, kümes hayvanları ve yumurta, kurubaklagil ve kuru yemiş yiyecek gruplarından günde sadece 2–3 porsiyon yerim (1porsiyon=köfte 1 adet=kuşbaşı et 3-4 küçük parça=balık/tavuk/kıyma/hindi 1 köfte kadar)				

	<b>Hiçbir Zaman</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sık Sık</b>	<b>Düzenli Olarak</b>
<b>39.</b> Kendime nasıl iyi bakabilirim konusunda sağlık personellerinden bilgi alırım.				
<b>40.</b> Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim.				
<b>41.</b> Günde 15–20 dakika gevşeme egzersizleri ya da meditasyon yaparım.				
<b>42.</b> Hayatımda benim için neyin önemli olduğunun farkındayım/bilincindeyim.				
<b>43.</b> Dernekler, aile ve arkadaş grupları vb toplumsal yardımlaşma ve dayanışma kaynaklarından destek alırım.				
<b>44.</b> Besin değerlerini, yağ ve sodyum oranlarını öğrenmek için paketlenmiş hazır gıdaların etiketlerini okurum.				
<b>45.</b> Sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitim toplantılarına katılırım.				
<b>46.</b> Egzersiz yaparken hedef kalp hızıma ulaşıyorum.				
<b>47.</b> Tüm günlük aktivitelerimi yorgunluk yaratmayacak şekilde adım adım ve yavaş yaparım.				
<b>48.</b> Manevi bir gücün varlığına inanırım.				
<b>49.</b> Başkalarıyla olan çatışmalarımı/uyuşmazlıklarımı konuşup tartışarak ve uzlaşarak çözerim.				
<b>50.</b> Sabahları kahvaltı yaparım.				
<b>51.</b> Gerektiğinde yardım ve danışmanlık alırım.				
<b>52.</b> Yeni deneyimler ve heyecanlar yaşamaya açığım.				