

T.C.  
OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

BESLENME VE DİYETETİK BÖLÜMÜ  
ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIKLI YEME TAKINTISININ  
(ORTOREKSİYA NERVOZA) DEĞERLENDİRİLMESİ

Zeynep KAYA

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Mehmet AKMAN

İSTANBUL, 2018



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

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

**BESLENME VE DİYETETİK BÖLÜMÜ**  
**ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIKLI YEME TAKINTISININ**  
**(ORTOREKSİYA NERVOZA) DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Zeynep KAYA**

**152039071**

**Tez Danışmanı**

**Yrd. Doç. Dr. Mehmet AKMAN**

**İSTANBUL, 2018**

T.C  
OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ


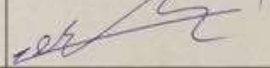

Y Ü K S E K L İ S A N S  
T E Z O N A Y I

**ÖĞRENCİNİN**

Adı ve Soyadı : Zeynep Kaya Öğrenci No : 152039071  
Anabilim/Bilim Dalı : Beslenme ve Diyetetik Tez Savunma Tarihi : 01.03.2018  
Danışman : Yrd.Doç.Dr. Mehmet Akman Tez Savunma Saati : 15.00

Tez Konusu : Beslenme ve Diyetetik Bölümü Öğrencilerinde Sağlıklı Yeme Takıntısının  
(Ortoreksiya Nervoza) Değerlendirilmesi

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 28.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULLU 'ne OYBİRLİĞİ / ile  
~~ÖYÇOKLUGUYLA~~ karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL/RED/ DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Akman	KABUL	
Yrd. Doç. Dr. Zekiye Nihal Erdem (Medipol Üniversitesi)	KABUL	
Yrd. Doç. Dr. Aylin Seylam Küşümler	KABUL	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL/RED/ DÜZELTME)	İMZA
Yrd.Doç.Dr. Hande Öngün Yılmaz		
Yrd. Doç. Dr. Elif Keskin Dinçerler (Üsküdar Üniversitesi)		

## ÖZET

Bu çalışma, Marmara Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde 2017-2018 eğitim öğretim yılında eğitim alan öğrencilerde ortoreksiya nervozaya yatkınlığın, cinsiyet, yaş ve beden kitle indeksi değişkenlerine göre değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma verileri anket yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Anket 4 bölümden oluşmaktadır. Birinci kısımda katılımcıların sosyo-demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, kalınan yer vb.) ve antropometrik ölçümleri sorgulanmıştır. Anketin diğer kısımlarında yeme bozukluklarının değerlendirilmesi için "Yeme Tutum Testi (EAT-40)", ortoreksiya nervozanın tanımlanabilmesi için "ORTO-15" testi ve obsesif belirtilerin değerlendirilmesi için "Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri" kullanılmıştır. Araştırmaya 17-28 yaş aralığında 184 kadın ve 21 erkek olmak üzere toplam 205 kişi katılmıştır. EAT-40 puanına göre yeme bozukluğu yönünden risk taşımayanlar örneklemin %94,1'ini oluşturmaktadır. Erkeklerin EAT-40 puanı ortalaması  $9,10 \pm 0,91$ , kadınların ise  $9,33 \pm 0,40$  olarak bulunmuş; cinsiyetler arası anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır ( $p=0,858 > 0,05$ ). ORTO-15 değerlendirmesinde kadınların %72,3'ü, erkeklerin %71,4'ü 40 puan ve altında değerlendirilmiş, ortorektik eğilim gösterdikleri saptanmıştır ( $p=0,934 > 0,05$ ). BKİ değeri  $18,49 \text{ kg/m}^2$  ve altı olanların %59,4'ünün,  $18,50-24,99 \text{ kg/m}^2$  olanların %74,4'ünün ve  $25,00-29,99 \text{ kg/m}^2$  olanların ise %76,9'unun ORTO-15 puanı 40 ve altındadır ( $p=0,208 > 0,05$ ). EAT-40 puanı ile ORTO-15 puanı arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir ( $p=0,00 < 0,05$ ). ORTO-15 puanı ile MOCI ölçeği puanı negatif yönlü ilişkilidir ( $p=0,00 < 0,05$ ). ORTO-15 puanına etki eden değişkenleri saptamak amacıyla lojistik regresyon analizi uygulanmış; incelenen değişkenlerden sadece BKİ değeri ve EAT-40 puanının ORTO-15 üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Ortoreksiya nervoza ve ilişkili faktörlerin değerlendirildiği daha geniş kapsamlı uluslararası çalışmaların yapılması ve DSM tanı kriterlerinin belirlenmesi ON açısından yararlı olacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Yeme bozuklukları, Ortoreksiya nervoza, ORTO-15 testi, Yeme tutum testi, EAT-40

## ABSTRACT

### CONSIDERATION OF HEALTHY EATING OBSESSION (ORTHOREXIA NERVOSA) FOR STUDENTS EDUCATED IN NUTRITION AND DIETETICS DEPARTMENT

This study is conducted to evaluate predisposition to orthorexia nervosa according to variables of sex, age, and body mass index (BMI) among students attending to Department of Nutrition and Dietetics at Marmara University during the school year of 2017-2018. Research data has been collected by conducting a survey. The survey consists of four parts. In the first part, students socio-demographic characteristics such as sex, age, living place and anthropometric measurements are questioned. In other parts of the survey, in order to evaluate Eating Disorder Eating Attitude Test, to diagnose orthorexia nervosa “ORTO-15” questionnaire, and to evaluate symptoms of obsessive behaviors, Maudsley Obsessive Compulsive Inventory has been used. Total of 205 people participated in survey, of which 184 of them were women aged between 17-28 and 21 of them were men. According to EAT-40 scores, people who are not at risk account for 94.1 % of sample size. Average scores of EAT-40 evaluations are  $9.10 \pm 0.91$  for males and  $9.33 \pm 0.40$  for females. Hence, it has been concluded that there is not a significant difference between the sexes based on the results ( $p=0.858 > 0.05$ ). According to ORTO-15 questionnaire, 72.3% of females and 71.4 % of males scored 40 and below, hence it is determined that they showed orthorectic tendencies ( $p=0.934 > 0.05$ ). 59.4 % of those with BMI score of  $18.49 \text{ kg/m}^2$  and below, 74.4 % of those with BMI score between  $18.50$  and  $24.99 \text{ kg/m}^2$  and the 76.9 % of those with BMI score between  $25.00$  and  $29.99 \text{ kg/m}^2$  scored 40 and below according to ORTO-15 questionnaire ( $p=0.208 > 0.05$ ). The statistical data identifies a negative correlation between the variables of EAT-40 scores and ORTO-15 scores ( $p=0.00 < 0.05$ ). In order to identify variables affecting ORTO-15 scores, logistic regression analysis was applied and it has been determined that, only BMI and EAT-40 scores has an effect on ORTO-15 scores of the variables studied. More comprehensive universal studies on orthorexia nervosa and related variables, and identifying diagnostic criteria will be beneficial for dealing with ON.

**Keywords:** Eating Disorders, Orthorexia Nervosa, ORTO-15 Questionnaire, Eating attitude test, EAT-40

## ÖNSÖZ

Yüksek lisans tez çalışmam boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, bu tez çalışmasının belirlenmesi, hazırlanması ve gerçekleştirilmesinde değerli katkılarıyla bana yol gösteren danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Mehmet AKMAN'a,

Çalışmamın Marmara Üniversitesi'nde yapılmasını sağlayan M.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü hocalarına ve ankete katılan bölüm öğrencilerine,

Tez hazırlığı esnasında yardımını eksik etmeyen, moral veren, desteğini hep yanımda hissettiğim arkadaşlarıma,

Bugüne kadar hiçbir yardımı esirgemeyen, en sıkıntılı günlerimde desteğini hep hissettiğim her zaman yanımda olan sevgili aileme sonsuz şükranlarımı sunarım.

Zeynep KAYA

## BEYAN

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, tezin planlanması, yazımı ve tüm aşamalarında etik dışı hiçbir davranışımın olmadığını, tezindeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, çalışma sonucu elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlar için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.



Zeynep KAYA

İstanbul - 2018





# İÇİNDEKİLER

## SAYFA NO

ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
ÖNSÖZ.....	iv
BEYAN.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar .....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİ.....	3
2.1. Beslenme.....	3
2.1.1. Tanımı.....	3
2.1.2. Besin Öğeleri ve Besin Grupları.....	3
2.1.3. Yeterli ve Dengeli Beslenme.....	5
2.2. Yeme Bozuklukları.....	6
2.2.1. Anoreksiya Nervoza ve Tanı Kriterleri.....	9
2.2.2. Bulimiya Nervoza ve Tanı Kriterleri.....	11
2.2.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu(TYB) ve Tanı Kriterleri.....	13
2.2.4. Diğer Yeme Bozuklukları ve Tanı Kriterleri.....	14
2.2.5. Ortoreksiya Nervoza(Sağlıklı Yeme Takıntısı).....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	20
3.1. Araştırmanın Şekli.....	20
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	20
3.3.1. Araştırmanın Evreni.....	20
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	20
3.4. Verilerin Toplanması.....	20
3.4.1. Anket Formu.....	20
3.4.2. Antropometrik Ölçümler.....	21
3.4.3. Yeme Tutum Testi(The Eating Attitude Test-40/ EAT-40).....	21
3.4.4. Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri (Maudsley Obsessive Compulsive Inventory –MOCI).....	22

3.4.5. ORTO-15 Ölçeği.....	23
3.5. Verilerin Analizi.....	23
4. BULGULAR.....	25
5. TARTIŞMA.....	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	50
7. KAYNAKÇA.....	53
8. EKLER.....	62



## TABLULAR

	<u>SAYFA NO</u>
Tablo 1. Besin Grupları ve Özellikleri.....	5
Tablo 2. Yeme Bozukluklarının Oluşumunda Risk Faktörleri.....	8
Tablo 3. DSM-5 Kriterlerine Göre Yeme Bozukluklarının Sınıflaması.....	9
Tablo 4. DSM-5 Kriterlerine Göre AN Tanı Kriterleri.....	10
Tablo 5. DSM-5 Kriterlerine Göre BN Tanı Kriterleri.....	12
Tablo 6. DSM-5 Kriterlerine Göre TYB Tanı Kriterleri.....	14
Tablo 7. DSM-5 Kriterlerine Göre Pika, Geri Çıkarma (Geviş Getirme), Kaçırğan/Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu Tanı Kriterleri.....	16
Tablo 8. BKİ Sınıflaması.....	21
Tablo 9. ORTO-15 Testi Yanıt Puanlaması.....	23
Tablo 10. Öğrencilerin Genel Özellikleri.....	25
Tablo 11. Öğrencilerin boy uzunluğu, vücut ağırlığı, BKİ ve kullanılan ölçeklere göre dağılımları.....	26
Tablo 12. Öğrencilerin Genel Özelliklerinin Cinsiyetlere Göre Dağılımları.....	27
Tablo 13. EAT-40, ORTO-15 ve MOCI Puanlarının Cinsiyetlere Göre Tanımlayıcı İstatistikleri.....	28
Tablo 14. EAT-40 ve ORTO-15 Puanlarının Cinsiyetlere Göre Dağılımları.....	29
Tablo 15. EAT-40 ve MOCI Ölçeği Puanlarının Sınıflara Göre Tanımlayıcı İstatistikleri.....	30
Tablo 16. MOCI Ölçeği Puanlarına Göre Öğrencilerin Sınıflarının Karşılaştırılması.....	30
Tablo 17. ORTO-15 Puanlarının Sınıflara Göre Tanımlayıcı İstatistikleri.....	31
Tablo 18. EAT-40 ve ORTO-15 Puanlarının Sınıflara Göre Dağılımları.....	31
Tablo 19. EAT-40 Puanlarının BKİ Değerlerine Göre Dağılımları.....	32
Tablo 20. ORTO-15 Puanlarının BKİ Değerlerine Göre Dağılımları.....	32
Tablo 21. EAT-40, ORTO-15 ve MOCI Ölçeği Puanlarının BKİ Değerlerine Göre Tanımlayıcı İstatistikleri.....	33
Tablo 22. MOCI Ölçeği Puanlarına Göre BKİ Değerlerinin Karşılaştırılması.....	33
Tablo 23. EAT-40, ORTO-15 ve MOCI Ölçeği Puanlarının Öğrencilerin Kaldıkları Yere Göre Tanımlayıcı İstatistikleri.....	34

<b>Tablo 24. EAT-40 Puanlarının Öğrencilerin Kaldıkları Yere Göre Dağılımları....</b>	<b>35</b>
<b>Tablo 25. ORTO-15 Puanlarının Öğrencilerin Kaldıkları Göre Değerlendirilmesi.....</b>	<b>35</b>
<b>Tablo 26. EAT-40, ORTO-15 ve MOCI Ölçeği Puanlarının Yaş Aralıklarına Göre Tanımlayıcı İstatistikleri.....</b>	<b>36</b>
<b>Tablo 27. EAT-40 Puanlarının Yaş Aralıklarına Göre Dağılımları.....</b>	<b>37</b>
<b>Tablo 28. ORTO-15 Puanlarının Yaş Aralıklarına Göre Dağılımları.....</b>	<b>37</b>
<b>Tablo 29. EAT-40 ve ORTO-15 Puanlarının Aylık Harcama Miktarına Göre Tanımlayıcı İstatistikleri.....</b>	<b>38</b>
<b>Tablo 30. MOCI Ölçeği Puanlarının Aylık Harcama Miktarına Göre Tanımlayıcı İstatistikleri.....</b>	<b>38</b>
<b>Tablo 31. EAT-40 ve ORTO-15 Puanlarının Aylık Harcama Miktarına Göre Dağılımları.....</b>	<b>39</b>
<b>Tablo 32. Öğrencilerin EAT-40 İle ORTO-15 ve MOCI Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....</b>	<b>40</b>
<b>Tablo 33. ORTO-15 Puanına Etki Eden Değişkenler, Tahmin Değerleri, Standart Hataları Ve Odds Oranlar.....</b>	<b>41</b>

## SİMGELER VE KISALTMALAR

**WHO/DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**BKİ:** Beden Kütle İndeksi

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**DSM-V:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V (Mental Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel El Kitabı-V)

**APA:** Amerikan Psikiyatri Birliği

**CDC:** Kronik Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi

**YB:** Yeme Bozukluğu

**AN:** Anoreksiya Nervosa

**BN:** Bulimiya Nervosa

**RDA:** Recommend Dietary Allowance (Diyetle Tavsiye Edilen)

**BTA-YB:** Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları

**EDNOS:** Eating Disorders not Otherwise Specified (Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları)

**TYB:** Tıkınırcasına yeme bozukluğu

**ON:** Ortoreksiya Nervosa

**EAT-40/YTT:** The Eating Attitudes Test (Yeme Tutum Testi)

**MOCI:** Maudsley Obsessive- Compulsive Inventory (Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri)

**OKB:** Obsesif Kompulsif Bozukluk

**ORTO-15:** Ortoreksiya Nervosa Değerlendirme Ölçeği

## 1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı; zihinen, bedenen ve sosyal açıdan tam bir iyilik olarak tanımlamaktadır. Bireyin yaralı veya hasta olmaması onun tamamen sağlıklı olduğu anlamına gelmemektedir. Kalıtım ve çevresel koşullar sağlığı etkileyen temel faktörlerdir (1).

Sağlığın belirleyicisi çevresel faktörlerden olan beslenme, insanların gereksinim duydukları temel ihtiyaçlardandır. Bireylerin yaşamlarını sürdürebilme, sağlıklı yaşayabilme, büyüme ve gelişme için besinleri tüketerek, vücudun fizyolojik olarak besinleri kullanması, beslenme olarak tanımlanmaktadır (2).

Beslenmenin yaşamsal zorunluluğunun yanında psikolojik önemi de bulunmaktadır. Bireyler kendilerini psikolojik baskı altında hissettiklerinde (öfke ya da korku gibi) yeme davranışları değişiklik göstermektedir. Bu reaksiyonun nedeni biyolojik ihtiyaç değil, psikolojik ihtiyaçtan kaynaklanmaktadır (3).

Bireyin besin tüketim tarzı; vücut ağırlığı ve fiziksel görünüşü ile ilgili beden algısı ve besin tüketme alışkanlığındaki bozukluklarla birlikte bedensel boyutun yanında psiko-sosyal boyutu da olan bir durumdur (4). Bireylerin psikiyatrik açıdan besin tüketim davranışındaki bozuklukları yeme bozuklukları olarak adlandırılmaktadır (5).

Yeme bozuklukları tarih öncesi dönemden bu yana farklı belirtiler ve sıklıklar göstermiştir. ‘Yeme Bozuklukları (YB), yeme tutumlarına ait tüm problemleri tek başlık altında toplayan genel bir kavramdır. Yeme bozuklukları XXI. yüzyılın hızla artan hastalıkları arasındadır. Yeme bozukluğunu batı toplumlarında daha sık görülmektedir (6). Araştırmalara göre sanayileşme, beslenme alışkanlıklarındaki değişim, şehirdeki yaşam, medyanın etkisi ve kültürler arası etkileşimlerin yaygınlaşması, bu bozuklukların farkındalığını arttırmıştır (7, 8). Ayrıca zayıflık, incelik ve çekicilik kavramı ile estetik algısının değişmesi gibi insanları psikolojik açıdan etkileyen sebepler yeme bozukluklarında artışa neden olmuştur. Moda anlayışının zayıf ve inceliğe; zarif, çekici ve estetik anlam yükleyişi, kilolu olmanın ise daha yaşlı ve itici gösterdiği iddiası özellikle ergenlik çağı genç kızlarını etkilemiştir (9).

Yeme bozuklukları, Amerika Psikiyatri Birliği'nin (APA) Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'na (DSM-V) göre sınıflandırılmaktadır. Bu el kitabı yeme bozukluklarından anoreksiya nervoza (AN), bulimiya nervoza (BN), başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluklarını-EDNOS (Eating Disorders not Otherwise Specified) içermektedir (10).

Ortoreksiya nervoza, anoreksiya ve bulimiya nervoza gibi yeme bozuklukları sınıflandırma sisteminde yer almamakla birlikte çalışmalar arttıkça ortoreksiya nervoza ile ilgili bilgilerin de artması beklenmektedir (11).

Ortoreksiya nervoza (ON), sağlıklı beslenme takıntısı olarak tanımlanır. Kişinin yaşantısını önemli düzeyde etkileyen doğal diyet tüketme yönündeki takıntıdır. Bireylerin her gün, günün büyük bir çoğunluğunu yiyecekleri düşünerek geçirmesi, yaşam stresinden kaçınma amaçlı yiyecekleri düşünmesi gibi uğraşlarla uzun zamanlı hayatını ciddi olarak olumsuz etkilediği durumlarda ortoreksiya nevrozadan söz edilmektedir (12).

Üniversiteye başlayan gençler şehir değişikliği, maddi durumlardaki elverişsizlik gibi sebeplerle ailesinden ve evinden ayrılmaktadır. Tek veya arkadaşlarıyla öğrenci yurtlarında, apartman dairelerinde, başka ailelerle yaşamak durumunda olan gençlerin yaşam biçimlerinde önemli değişiklikler yeme davranışlarını da etkilemektedir. Bu da üniversite öğrencileri arasında yeme bozukluklarının artmasına neden olmuştur (13). Ortoreksiya nervoza DSM-V kriterlerinde yer almasa da görülme sıklığı gittikçe artmaktadır. Özellikle belirli meslek gruplarında daha yüksek düzeyde rastlanmaktadır. ON açısından değerlendirildiğinde kadınlar, adölesan dönemindeki çocuklar, spor yapan bireyler, tıp fakültesi öğrencileri, sağlık sektörü çalışanları, diyetisyenler diğer gruplara oranla daha risklidir (14).

Risk grubu içinde yer aldığı düşünölen Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencilerinde yapılan bu çalışma öğrencilerin ilgili ölçeklerle sağlıklı beslenme takıntıları, yeme tutum ve davranışlarını çeşitli sosyodemografik verilere göre değerlendirilmesi amacıyla yürütölmüştür.

## **2. GENEL BİLGİ**

### **2.1. Beslenme**

#### **2.1.1. Tanımı**

Beslenme; yaşamsal fonksiyonların devam ettirilebilmesi, büyüme, gelişme, üreme ve fiziksel aktivitelerde bulunabilmek ve sağlığın koruyabilmesi için özetle yaşamı sürdürülebilmek için besinlerin dışarıdan alınıp tüketilmesidir (15).

Beslenme; anne karnında başlayıp, hayat boyu devam eden vazgeçilmez bir ihtiyaçtır. Yeterli, sağlıklı ve dengeli beslenme ile doğru beslenme düzeninin sağlanması; bireylerde obezite, diyabet, kalp-damar hastalıkları gibi hastalıkların görülme sıklığının azalmasına katkı sağlamaktadır. Ayrıca beslenme eksikliğine bağlı sağlık sorunlarını (protein enerji malnütrisyonu, vitamin-mineral yetersizlikleri, vb) önlenmesinde ve en aza indirilmesinde koruyucu etmenlerdendir (16).

#### **2.1.2. Besin ve Besin Grupları**

Besin; bitki ve hayvanların yenilebilen ve yenildiği zaman vücuda hayati açıdan gerekli besin öğelerini sağlayabilen dokularına denir. Besinlerin içerisindeki karbonhidrat, protein, yağ, vitamin ve mineraller ise besin ögesi olarak adlandırılmaktadır (16).

Canlılar büyüme ve gelişme, vücudun verimli çalışması, dış etkilere ve hastalıklara karşı direnç için bazı besin öğelerine ihtiyaç duymaktadır. Bu ihtiyaç duyulan besinlerin bileşiminde yaklaşık elli besin ögesi bulunmaktadır. Hayati fonksiyonların sürdürülebilmesi için gerekli olan besin öğeleri altı grupta toplamaktadır (17). Bu besin öğeleri şunlardır (18);

- **Karbonhidrat:** Yetişkinlerde vücudun toplam karbonhidrat miktarı %1'in altındadır. Başlıca görevi enerji sağlamaktır. Günlük harcanan enerjinin çoğu karbonhidratlardan sağlanır. Karbonhidratlar vücutta glikojen olarak depolanır. Depolar en çok kas ve karaciğerde bulunmakla birlikte diğer organlarda da bir miktar glikojen deposu bulunur. Gerektiğinde depodan glikoz şeklinde kana salınır. Depo, kan glikozunun belirli düzeyde tutulması için gereklidir.



- **Protein:** Hücrelerin esas yapısını oluştururlar. Belirli hücreler vücut dokularını ve organları oluşturur. Bu sebeple proteinler, büyüme ve gelişme için gereken en önemli besin ögesidir. Vücutta depo şeklinde bulunmayıp, belirli görevlere sahip hücreler ve hücre bileşenleri şeklinde yer alırlar. Proteinler sindirim kanalında amino asitlere ayrılarak, kana geçerek karaciğere taşınır. Karaciğerde amino asitler, vücut doku proteinlerine dönüştürülür. Proteinler ayrıca, vücudun savunma sisteminde, enzimlerin ve bazı hormonların yapısında bulunmaktadır. Enerji ihtiyacının karşılanamadığı, karbonhidratlar ve yağların yeterli olmadığı bazı durumlarda proteinler enerji kaynağı olarak kullanılabilir.
- **Yağ:** Yetişkin insan vücudunun ortalama %18'idir. Genellikle kadınlarında erkeklere göre oranı daha fazladır. Yağlar, en çok enerji veren besin ögesidir. Vitaminlerin bir bölümünün (A, D, E, K) vücuda alınabilmesinde görev alırlar. Mideyi yavaş terk ederler, böylelikle doyumluk hissi sağlarlar. Deri altındaki yağ dokusu vücut ısısı kaybını önler. Yağlar, vücudun bazı hormonlar ve hormon benzeri öğelerin yapımında görevlidir.
- **Vitamin:** Vücutta oldukça az miktarlarda bulunurlar. Vitaminler, bazı biyokimyasal olayların düzenlenmesinde etkilidir. Yağda eriyenler (A, D, E, K) ve suda eriyenler (B, C) olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır.
- **Mineral:** Yetişkinlerde vücudun ortalama %6'sı minerallerden oluşmaktadır. Mineraller enzimlerin bileşiminde, vücudun savunma sisteminde kullanılırlar. Kalsiyum ve fosfor; iskelet ve dişlerin yapı taşıdır. Potasyum ve sodyum gibi mineraller vücut sıvılarında dengeyi sağlar. Demir ise oksijenin dokulara taşınmasında gereklidir.
- **Su:** Vücudunun yaklaşık %60'ı sudur. Bebeklerde oranı yetişkinlerden fazladır. Su besin sindiriminde, besin öğelerinin dokulara taşınmasında, hücrelerde kullanılmasında, zararlı artıkların vücuttan uzaklaştırılmasında ve vücut ısısının düzenlenmesinde görevlidir. Vücutta yeterince su bulunması yaşam için zorunludur.

Tüm besinler içeriğindeki besin öğeleri açısından farklılık göstermekle birlikte bazı besinler içeriğindeki benzerliklerden dolayı birbirinin yerine kullanılabilir. Türkiye'de günlük tüketilmesi gereken temel besin grupları dört grup olarak planlanmıştır. Bu belirlemede ülkemizin kültürel yapısı ve beslenme durumu dikkate

alınarak, dört yapraklı yonca modellemesi kullanılmaktadır (16). Dört besin grubu şu şekilde sınıflandırılır;

1. Grup: Süt ve süt ürünleri
2. Grup: Et, yumurta, kuru baklagiller
3. Grup: Sebze ve meyveler
4. Grup: Ekmek ve tahıllar

Tablo 1’de besin gruplarına ait özellikler özetlenmiştir (19).

**Tablo 1. Besin grupları ve özellikleri**

Besin grupları	Özellikleri
Süt ve süt ürünleri (Süt, peynir ve diğer süt türevi ürünler)	Kalsiyum, fosfor, riboflavinden zengindir. A ve B vitaminlerinin birçoğunu içerirken sadece C vitamini açısından fakirdir. Büyüme ve kemik gelişimi açısından önemli bir gruptur.
Et, yumurta, kuru baklagiller (Kuru fasulye, nohut, mercimek, fındık, fıstık, ceviz vb)	Demir, çinko ve B vitamininden de zengindir.
Sebze ve meyveler	Özellikle A ve C vitamini açısından oldukça zengindirler. Koruyucu özellikte yiyeceklerdir.
Ekmek ve tahıllar (Buğday, yulaf, arpa, çavdar, pirinç, mısır, makarna, şehriye, bulgur gibi)	Karbonhidrat açısından zengin, az miktarda protein içeren bir gruptur. Tahıllarda B grubu vitaminler ve mineraller bulunmaktadır.

**Tablo 1. 19. Kaynaktan alınmıştır.**

### 2.1.3. Yeterli ve Dengeli Beslenme

Yeterli ve dengeli beslenme, vücutta büyüme, çalışma ve dokularda yenilenme için protein, yağ ve karbonhidratlar gibi makro besinler ve vitamin, mineraller ve iz elementleri içeren mikro besin öğelerinin her birinin uygun zamanlarda ve yeterli ölçülerde vücuda alınmasıdır (20).

Yeterli beslenme; sağlığın korunumu, büyüme ve gelişme, uzun ve verimli bir yaşamın sağlanabilmesi için önem taşımaktadır. Vücudun ihtiyacı olan enerji ve besin öğelerinin düzenli bir şekilde ve süreklilikle vücuda alınması yeterli beslenme olarak tanımlanır (21).

Dengeli beslenme; bireyleri hastalıklardan koruyucu, her açıdan tam bir iyilik hali sağlayan, büyüme ve gelişmeyi destekleyen, vücut için gereken enerjiyi veren ve

gücü artıran önemli bir etmendir. Besin gruplarının belirli bir oranla ve uyumla tüketilmesi ilkesine dayanmaktadır (22).

Yetersiz beslenme; günlük besin ihtiyacının gerekli ölçüde alınmamasıdır. Yanlış besin tercihleri, besinlerin alınması gereken miktarda alınmaması, tüm besin öğelerinden faydalanılamaması veya yanlış pişirme yöntemlerinin kullanılması nedeniyle bireylerde dengesiz beslenme gelişebilir (23).

Yapılan bazı çalışmalarda, vücuda makro ve mikro besin öğelerinin gerekenden az veya çok alınması durumunda kişilerin sağlık durumlarının olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmalara göre, yeterli ve dengeli beslenmeye gereken önem verildiğinde, yaşamın sonraki yıllarında gelişebilecek kimi hastalıkların zararlı etkileri azalabilir ve bazıları önlenebilir (2).

Konu ile ilgili çalışmaların da gösterdiği gibi yeterli ve dengeli beslenme, bireylerin iş verimini ve üretimini artırır (24). Meslek ilintili hastalıkları azaltır. Çalışanların iyilik halini ve işe devamlılığını sağlar. Buna karşın yetersiz ve dengesiz beslenen kişilerin vücut direnci ve işe devamlılığı azalır, ilgi ve dikkatin azalmasına bağlı olarak da iş verimi düşürür (24).

## **2.2. Yeme Bozuklukları**

Yeme bozukluklarının değişik şekillerde varlığını insanlığın başlangıcından bu yana birçok çalışma göstermektedir. Yeme bozuklukları (YB), yeme davranışının bütün formlarını tek bir başlık altına almakla birlikte yeme davranışına yönelik tutumların ortaya çıkardığı hastalıkların belirlenmesinde de kullanılmaktadır. Yeme bozuklukları fiziki ve ruhsal sonuçlar doğuran yetersiz veya aşırı kabul edilen miktarlarda besin alımı ile özellikle son dönemlerde adından sıkça bahsettiren çağımızın en önemli hastalıklarındandır (25).

Günümüzdeki şekliyle yeme bozuklukları ilk kez 17. yüzyılda tanımlanmıştır. Bunu takip eden iki yüzyılda ise konu ile ilgili yapılan çalışmalar sınırlıdır. 20. yy.'da yeme bozukluklarının tanımlaması ve tedavisi ile ilgili araştırmalar ilgi çekici düzeyde artış göstermiştir (4). Tarihte varlığı uzun bir süreç kaplamasına rağmen yeme bozukluklarının tanısal sınıflaması geçtiğimiz yüzyılın yarısında gerçekleşmiştir (26).

Yeme bozuklukları tıbbi, sosyal ve ruhsal sorunlara yol açan ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bozukluklardır (27). Yeme bozukluklarının kendisini gösterme şekli şu şekildedir; bireyin yemek yeme rutini, vücut ağırlığında ve fiziksel görüntüsündeki durumu değerlendirme şekli, yeme davranışlarındaki bozukluklar (4). Yeme bozuklukları kişinin vücut ağırlığı ve görünümündeki aşırı kaygı, besin tüketimindeki azalma veya aşırı artış gibi ciddi bozuklukları ele almaktadır (28).

Yeme bozukluğunu tek bir etmene bağlamak mümkün değildir. Yürütülen farklı alanlardaki araştırmalar yeme bozukluklarının bir kişinin yaşamındaki pek çok faktörden etkilendiğini göstermiştir. Bunlar kalıtsal etkiler, ince ve zayıf olmaya yönelik çevresel baskılar, aile bireylerinin etkileri vb olarak örneklendirilebilir (29).

Bir lisede eğitim alan öğrencilerin 446'sı yeme davranışları ve benlik saygıları yönünden incelenmiş, benlik saygısı üzerinde aile tutumunun etkisi olduğu bulunmuştur. Ayrıca bireylerin öz saygısı ile yeme tutumu arasındaki ilişki anlamlı olarak belirtilmiştir (30).

Yeme bozukluklarının nedenleri tam anlaşılammış olmamakla beraber; kalıtımın, toplumsal ve kültürel faktörlerin etkileri ile ruhsal faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir (31). Bunlar:

- Kişisel ve psikolojik nedenler
- Vücut memnuniyetsizliği
- Mükemmelliyetçilik
- Diyet yapma
- Genetik etkenler
- Ergenlik dönemi
- Şişmanlık
- Sosyokültürel etkilerdir.

Yeme bozukluklarının oluşumundaki risk faktörleri Tablo 2'de sınıflandırılmıştır (32).

**Tablo 2. Yeme bozukluklarının oluşumunda risk faktörleri**

<b>Bireysel Risk Faktörleri:</b>	<b>Ailesel Risk Faktörleri:</b>	<b>Sosyo-Kültürel Risk Faktörleri:</b>
<b>Biyolojik</b> Erken matürasyon Şişmanlık	<b>Ebeveynler</b> Şişmanlık Aşırı koruyuculuk Dışlanma Psikopatoloji Kayıp ya da yokluk Fiziksel ya da cinsel istismar	<b>Çevresel</b> Arkadaşlar arasındaki ağırlık kaygıları Alay konusu olma Grup içinde zayıf olma idealistliği Spor takımında olmak için ideal ağırlığa ulaşma çabası
<b>Kişilik</b> Düşük benlik saygısı Tepkisizlik Mükemmeliyetçilik Olaylarla baş etmede yetersizlik Beden memnuniyetsizliği	<b>Ailesel Yapı</b> Aile içi çatışma Beden şekli veya ağırlığı hakkında kaygılar Yeme bozukluğu olan kişilerle akrabalık	<b>Toplumsal</b> Cinsiyet rolü çatışması Medya baskısı Başarı için fiziksel görünümün önemi Baskın kültürün güzellikteki zayıflık ideali
<b>Davranış</b> Diyetsel kısıtlama Flörte başlama Ağırlık kaygısı		

**Tablo 2. 32. kaynaktan alınmıştır.**

Amerikan Psikiyatri Derneği (APA), psikolojik koşulları tanımlamak için kriterlerin oluşmasını denetleyerek, dönemsel olarak güncelleştirilerek, Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM) yayınlamaktadır (11).

Yeme bozukluklarını değerlendiren resmi kodlama sistemi; Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması, Onuncu Gözden Geçirme ve Klinik Uyarlama'dır (ICD-10-CM). Sınıflandırmada DSM-V bozukluklarının çoğunun bozukluğun adının öncesinde gelen sayısal ICD-10-CM kodu vardır (11).

Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından yayınlanan DSM 4 kriterlerinde yeme bozuklukları (33);

1. Anoreksiya nervoza (AN),
2. Bulimiya nervoza (BN),
3. Başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluklarıdır (BTA-YB).

Son yayınlanan DSM-5 sınıflandırılmasında ise Beslenme ve Yeme Bozuklukları 7 alt başlığa ayrılmıştır (34). Tablo 3'te sınıflandırılmıştır.

**Tablo 3. DSM-5 kriterlerine göre yeme bozukluklarının sınıflaması**

1. Pika
2. Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozuklukları
3. Kaçınan/Kısıtlı Besin Alım Bozukluğu
4. Anoreksiya Nervoz
5. Bulimiya Nervoz
6. Tıkanırmasına Yeme Bozukluğu
7. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu

**Tablo 3. 34. Kaynaktan alınmıştır.**

### **2.2.1. Anoreksiya Nervoz**

Anoreksiya nervoz ilk olarak 16. yüzyılda Simone Porto O. Portio tarafından tanımlanmıştır. Dini nedenlerle dünya zevklerinden uzaklaşıp terketme eğilimi, aç kalma ve asetzimin (çileciliğin) kutsallık düşüncesindeki özendiriciliğin etkisi, anoreksiyanın ortaya çıkmasına neden olmuştur. Sonraki yıllarda kadın vakalarda aşırı zayıflık, amenore, iştahsızlık ve kabızlık şikayetleri kayıtlara geçmiştir. Son otuz yıldan bu yana da psikiyatrik bozukluk olarak kabul edilmeye başlamıştır (35).

Anoreksiya Nervoz (AN) boyuna ve yaşına göre normal kabul görülen vücut ağırlığını kabul etmeme, ağırlığındaki artıştan aşırı ürkme, beden algısında bozukluk ve menstrasyon döngüsünde bozulma veya kesintiye uğrama gibi belirtileri olan bir bozukluktur (36).

Anoreksiya nervozanın iki farklı türü bulunmaktadır. Bunlar; kısıtlayıcı ve aşırı yeme/çıkarma türüdür. Kısıtlayıcı tipteki anorektiklerde çok sık diyet yaparak, hiç yemek yemeden veya aşırı sporla ağırlık kaybetme söz konusudur buna karşın son üç aylık periyotta tekrarlı tıkanırmasına yeme veya çıkarma durumu görülmemektedir. Tıkanırmasına yeme/çıkarma tipindeki AN'da ise; bireylerde son üç ayda tekrarlayan tıkanırmasına yeme veya çıkarma söz konusudur (34, 37).

Anoreksiya nervozada birey, olması gereken ağırlığın çok altında olmak istemektedir. Birey aşırı ölçüde ince ve zayıf görünümde olma arzusundadır. Düşük vücut ağırlığı, besin alımındaki aşırı kısıtlılık, seçicilik ve gereğinin bir hayli üzerinde yapılan egzersizden kaynaklıdır (38). Vakaların anorektik beden şeklini ve ebatını

anlamada ciddi ölçüde bozuklukları bulunmaktadır (39). AN'nın DSM-V kriterlerine göre tanı ölçütleri Tablo 4'te özetlenmiştir (34).

**Tablo 4. DSM-5 kriterlerine göre AN tanı kriterleri**

A.	İhtiyaçlara göre enerji alımını kısıtlama, kişinin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve beden sağlığı açısından belirgin biçimde düşük bir vücut ağırlığının olmasına neden olur. Belirgin bir biçimde normalin en altında düşük vücut ağırlığı olarak tanımlanır.
B.	Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da belirgin bir şekilde düşük vücut ağırlığında olmasına rağmen kişinin, kilo almayı zorlaştıran davranışlarda bulunması.
C.	Kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk vardır. Kişi, kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ve biçimine aşırı bir önem yükler ya da o sıradaki düşük vücut ağırlığının vücuduna olan zararını hiçbir zaman anlayamaz.

**Tablo 4. 34. kaynaktan alınmıştır.**

Anoreksiya nervozanın kronikleşmiş vakalarının çoğunda, sağlıklı kabul edilen vücut ağırlığı korunamamaktadır. Bu hastalar takıntı, kronik depresyon ve sosyal geri çekilme gibi durumları deneyimlemektedir. AN tedavisinde tekrarlayan hastane yatışları, kısmi hastane yatışları veya evde bakım; bireysel veya grup terapisi; diğer terapiler; çeşitli ilaçların denenmesi gibi konularda diğer uzmanların konsültasyonuna ihtiyaç duyulabilir. Hastaların hastane yatış süresince kilo kazanımı beklentileri daha ılımlı olabilmektedir (40).

Psikiyatrik hastalıklar içerisinde AN ölüm oranı en yüksek bozukluklardan birisidir. Buna rağmen izleme çalışmaları yetersiz ve sonuçları çelişkilidir. İleriye yönelik izlemenin yapılamaması, tanı kriterlerindeki değişkenlik, tedavi ve istatistiki yöntemlerdeki farklılıklar, standart ölçüm araçlarının kullanılamaması, örnekleme heterojenlik, özel merkezlere kayan komplike vakalar, izlem sürecindeki değişkenlik, hastaların izini kaybettirmesi gibi sorunların sonuçlara etkisi çalışmalar arasındaki tutarsızlığı açıklamaktadır (41, 42).

Çalışmalara bakıldığında vakaların ortalama %60'nın tedavi ile ağırlık kazandığı menstrüasyonlarının düzene girdiği bildirilmiştir. Anorektik vakaların ancak %46'sında tam anlamıyla iyileşme elde edilebilmiştir. Vakaların %20'sinde düşük kilo ve amenore devam etmekte olup kötü gidişlidir. Geride kalan vakalar ise bu iki grup arasındadır. Mortalite oranı adolesanlarda %1,8, 10 yıldan uzun süreli vakalarda %9,4'tür. Ortalama mortalite ise %5'tir (41, 43).

Anorektiklerde tamamen iyileşmeden bahsedebilmek için en az 5 senelik izlem gerekmektedir. Buna rağmen tam iyileşme güvenilir değildir. Bazı çalışmalara göre iyileşmiş kabul edilen hastalarda bile vücut algısı bozukluğu değişmemiş, besin tüketimi ile ilgili fikirleri ve davranışları devam eden seyirdedir. Bu durum da AN'da hastalığın tekrarlama riskinin yüksekliğini göstermektedir (44).

Anoreksiya nervozanın hayatı tehdit eden unsurları göz önünde tutulmalı iyileşme sürecinin uzun ve zorlu olması dikkate alınmalıdır. Anoreksiya nervozanın tedavisinde temel ilke, hastalığın ağırlaşan ve karmaşık ciddiye alınması gereken bir ruhsal bozukluk kapsamında değerlendirmesidir (45).

Anoreksiya nervoza tedavisinin odağında hastanın ağırlığında artma veya azalma şeklindeki değişimlerden ve normal yemek yeme düzeninden daha çok, hayat kalitesini olumlu etkilemek ve hastaların realist bir başarı elde etmesini sağlamak vardır (40).

Anoreksiya nervozanın tedavisi iki amaç içermektedir. Birincil amacı, ölüm riskinde azalma sağlamak ve hastalığın komplikasyonlarını minimum düzeye indirebilmek için vücut ağırlığında artış sağlamaktır. Hastalarda beslenme tedavisine ek olarak, hastane tedavisi zorunludur. Yatarak tedavi edilen anaorektik vakalarda davranışçı tedavi uygulanmaktadır. Bu tedavi hastanın yemek yediği zamanlarda hasta ile birlikte olmayı gerektirmektedir. Yemek yerken özendirici olabilecek, ağırlık artışını etkileyebilecek müzik, televizyon gibi unsurlar kullanılabilir veya ziyaretçi izni ve mektuplarla belirli bir ölçüde başarı sağlanabilir (45). Kazanılan ağırlığın korunması ise tedavideki ikincil amaçtır. AN'da tıbbi, davranışçı tedavi veya geleneksel psikodinamik yöntemlerle tam anlamıyla kazanılan ağırlığın korunmasındaki amaca ulaşamamıştır (46).

### **2.2.2. Bulimia Nervosa**

Bulimiya nervoza, Latince “bous” (öküz) ve “limos” (açlık) anlamında gelen kelimelerin birleşiminden oluşmaktadır. “Bir öküzü yiyecek kadar aç olmak” ya da “öküz kadar aç olmak” anlamına gelmektedir. Tekrarlayan tıknırcasına yeme atakları, tıknırcasına yeme sırasında yemeyi kontrol altına alamama hissi, kilo almayı engellemek için uygun olmayan telafi davranışları (aşırı diyet yapma, kusma, laksatif ve/veya idrar söktürücü kullanma, kendini aç bırakma, yoğun egzersiz yapma vb)



fiziksel görünüm ve kilosu ile zihninin sürekli meşgul olması ve üç ay içinde haftada 1 tıkanırcasına yeme atağı ile karakterize yeme bozukluğu alt grubudur (47).

Bulimiya nervoza çoğunlukla 16-24 yaşlarındaki genç kızlarda ve kadınlarda görülmektedir. Bu tip yeme bozukluğunda bazı dönemlerde gelen aşırı yeme atakları, kilo alma ve bir taraftan da ağırlık kazanımını sonlandırma çabası vardır. Bulimiya nervozalı vakalar normal ya da normalin üzerinde ağırlıktadırlar (48).

Kişilerde bulimiya nervoza tanısı için kullanılan DSM-V tanı kriterleri Tablo 5'te özetlenmiştir (49).

**Tablo 5: DSM-5 kriterlerine göre bulimia nervoza tanı ölçütleri**

A.	Yineleyen tıkanırcasına yeme epizotlarının olması. Bir tıkanırcasına yeme epizotu aşağıdakilerden her ikisi ile belirlidir; 1. Aynı zaman diliminde ve benzer koşullarda çoğu insanın yiyebileceğinden hiç tartışmasız çok daha fazla miktarda olan yiyeceği belirli bir zaman diliminde (örneğin; herhangi bir 2 saatlik süre içinde) yeme 2. Bu epizot sırasında yeme kontrolünün kalktığı duyumunun olması (Örneğin; yemeği durduramayacağı ya da ne yediğini ya da ne kadar yediğini kontrol edememe duygusu)
B.	Kilo almaktan sakınmak için, kendisinin yol açtığı kusma, laksatiflerin, diüretiklerin, lavmanların ya da diğer ilaçların yanlış yere kullanımı, hiç yemek yememe ya da aşırı egzersiz yapma gibi uygunsuz dengeleyici davranışlarda tekrar tekrar bulunma.
C.	Tıkanırcasına yeme ve uygunsuz dengeleyici davranışların her ikisi de 3 ay süreyle ortalama olarak en az haftada iki kez ortaya çıkmaktadır.
D.	Kendini değerlendirirken anlamsız biçimde vücudunun biçimi ve ağırlığında etkilenir.
E.	Bu bozukluk sadece Anoreksiya Nervoza epizotları sırasında ortaya çıkmaktadır.

**Tablo 5. 49. kaynaktan alınmıştır.**

Bulimia nervozada hastalar çoğunlukla tedaviye hastalık başladıktan yıllar sonra başvurumaktadırlar. Tedaviye istekli görünürler, fakat hızlı iyileşme beklentisi içine girerler (50).

Bulimiya nevrozada tedavinin temel bileşeni; beslenme eğitimi ve diyet danışmanlığıdır. Ağırlık kontrolünün öğretilmesi, enerji dengesinin sağlanması, açlığın etkilerinin anlatılması, yanlış bilinen kusma gibi diyet ve ağırlık kontrolü davranışlarının fiziksel sonuçlarının öğretilmesi danışmanlık sürecinde önemlidir. Öğünler 3 ana öğünün yanında, 1-3 kez ara öğün içerecek şekilde planlanır. Başlangıçta toplam enerjinin %15-20'si protein, %50-55'i karbonhidrat, %25-30'u yağdan gelecek, enerjisi 1200- 1500 kkal olacak şekilde ayarlanmaktadır. Ayrıca bu vakalarda RDA'nın

önerdiği mikro besin öğelerinin %100'ünü karşılayacak multivitamin tabletleri ve balık yağı tabletleri kullanılabilir (51).

### **2.2.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB)**

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından tıkınırcasına yeme “belirli bir süre zarfında ve benzer sürede, benzer koşullar altında, çoğunluğun yiyebileceği miktarın üzerinde yemek” olarak tanımlanmıştır (52).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB) olan bireylerde aşırı miktarlarda besin tüketimi ve aşırı yeme davranışı kontrolünün sağlanamaması ile tekrarlayan aşırı yeme atakları görülmektedir. TYB olan kişilerde bulimiya nevrozadan farklı olarak; yeme ataklarını telafi amaçlı uzun süre yemekten kaçınma ya da aşırı ölçüde egzersizde bulunma gibi davranım sergilemezler. Bunun yerine kendini kusturma, barsak yumuşatıcı, ishal yapıcı veya idrar söktürücüleri kullanırlar (53).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu ilk defa 1959'da Stunkard tarafından tanımlanmıştır. TYB'nun tanımlayıcı kriterleri 1994 yılında DSM IV ile belirlenebilmiştir (54-56).

2013 yılında yayınlanan DSM- V ile TYB tanısında kullanılan kriterler Tablo 6'da belirtilmiştir (34).

**Tablo 6: DSM-5 kriterlerine göre tıknırcasına yeme bozukluğu tanı kriterleri**

A.	Tekrarlayan tıknırcasına yeme dönemleri. Bir tıknırcasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisi ile belirlidir: a. Aynı koşullarda, aynı sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok besini, ayrı bir zaman biriminde (Örneğin; herhangi iki saatlik bir sürede) yeme. b. Bu dönem sırasında, yemek yemeye ilgili denetiminin kalkması (Örneğin; kişinin yemek yemeyi durduramaması, neyi ne kadar yediğini denetleyememesi)
B.	Tıknırcasına yeme dönemlerine aşağıdakilerden üçü ya da daha fazlası eşlik eder: 1. Olağandan çok daha hızlı yeme, 2. Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedene dek yeme, 3. Bedensel açlık duymuyorken aşırı ölçülerde yeme, 4. Yediği miktardan utandığı için kendi başına yeme, 5. Daha sonra kendinden tiksime, çökkünlük yaşama ya da büyük bir suçluluk duyma.
C.	Tıknırcasına yeme ile ilgili olarak belirgin bir sıkıntı duyulur.
D.	Bu tıknırcasına yeme davranışları, ortalama, üç ay içinde en az haftada bir kez tekrarlanmıştır.
E.	Tıknırcasına yemeye, bulimiya nervozada olduğu gibi yenileyen uygunsuz tekrarlayan davranışlar eşlik etmez ve tıknırcasına yeme, yalnızca bulimiya nervosa ya da anoreksiya nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

**Tablo 6. 34. kaynaktan alınmıştır.**

Tıknırcasına yeme bozukluğu tedavisinde beslenmeden önce bu davranışa neden olan etmenlerin ortaya çıkartılması ve bu etmenlerin sonlandırılması hedeflenmektedir. Sonrasındaki tıbbi beslenme tedavisinde ise eğitim ve danışmanlığın önemi büyüktür (57).

#### **2.2.4. Diğer Yeme Bozuklukları ve Tanı Kriterleri**

DSM-5 tarafından yeme bozukluğu sınıflamasında kabul edilen diğer gruplar şu şekildedir (34):

- **Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu**

Tanımlanmamış diğer beslenme ve yeme bozukluğu kategorisi, beslenme ve yeme bozukluklarından herhangi spesifik biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ve daha spesifik bir tanı için yeterli bilgi olmadığında (örn. acil servis koşullarında) kullanılmaktadır (34).

- **Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu**

Tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu kategorisi, DSM tarafından kabul gören beslenme ve yeme bozukluklarından spesifik biri için tanı kriterlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce tartışılmak istendiğinde kullanılır. “Tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu” yazıldıktan sonra özel neden yazılır (örn. “düşük sıklıkta bulimiya nervoza”) (34).

Pika, Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu ve Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğunun DSM-5 Tanı kriterleri Tablo 7’dedir (34).



**Tablo 7. DSM-5 kriterlerine göre pika, geri çıkarma (geviş getirme), kaçırğan/kısıtlı yiyecek alım bozukluğu tanı kriterleri**

<b>Pika</b>
A. En az bir ay süreyle, sürekli olarak, besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddeleri yeme.
B. Besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddeleri yeme tutumu, kişinin gelişimsel düzeyi ile uyumlu değildir.
C. Bu yeme davranışı, kültürel dayanağı olan ya da toplumsal olarak olağan kabul edilebilecek bir uygulama değildir.
D. Bu yeme davranışı, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa (örn. anlıksal yetiyitimi [anlıksal gelişimsel bozukluk], otizm açılımı kapsamında bozukluk, şizofreni), ayrıca klinik değerlendirilmeyi gerektirecek denli ağırdır.
<b>Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu</b>
A. En az bir ay süreyle, kişinin sık sık yediği yiyeceği geri çıkarması. Çıkarılan yiyecek yeniden çiğnenebilir, yeniden yutulabilir ya da dışarı tükürülebilir.
B. Sık sık geri çıkarma, eşlik eden bir mide-bağırsak hastalığına ya da başka bir sağlık durumuna (örn. gastroözefageal reflü, pilor stenozu) bağlanamaz.
C. Bu yeme bozukluğu, yalnızca anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu ya da kaçırğan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğunun gidişin sırasında ortaya çıkmamaktadır.
D. Bu belirtiler, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa (örn. anlıksal yetiyitimi [anlıksal gelişimsel bozukluk] ya da başka bir nörogeli- şimsel bozukluk) ayrıca klinik değerlendirilmeyi gerektirecek denli ağırdır.
<b>Kaçırğan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu</b>
A. Aşağıdakilerden birinin (ya da daha çoğunun) eşlik ettiği, uygun beslenme ve/ya da erke (enerji) gereğinin sürekli karşılanamaması ile kendini gösteren bir yeme ya da beslenme bozukluğu (örn. yemeye ya da yiyeceklere karşı açıkça ilgi göstermeme; yiyeceklerin duysal özelliklerinden kaçınma; yemek yemenin tiksindirici sonuçlarıyla ilgili olarak kaygı duyma). 1. Belirgin bir kilo kaybı (ya da çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama ya da büyümenin duraklaması). 2. Belirgin bir beslenme eksikliği 3. Enteral (tüp yardımıyla) beslenmeye ya da ağızdan besin destekçilerine bağlı kalma. 4. Ruhsal-toplumsal işlevselliğin belirgin olarak düşmesi.
B. Bu bozukluk, ulaşılabilir yiyecek olmaması ya da kültürel olarak onaylanan bir uygulama ile daha iyi açıklanamaz.
C. Bu yeme bozukluğu, yalnızca anoreksiya nervoza ya da bulimiya nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk olduğuna ilişkin bir kanıt yoktur.
D. Bu yeme bozukluğu, eşzamanlı bir sağlık durumuna bağlanamaz ya da başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz. Bu yeme bozukluğu, başka bir durum ya da bozukluk bağlamında ortaya çıkarsa; söz konusu durum ya da bozukluğun yol açabileceğinden daha ağır olur ve klinik açıdan ayrıca ele almayı gerektirir.

**Tablo 7. 34. kaynaktan alınmıştır.**

### 2.2.5. Ortoreksiya Nervozza (Sağlıklı Beslenme Takıntısı)

Ortoreksiya nervozza (ON), kişinin “saf” diyet tüketme takıntısıdır. Ortoreksiya nervozadan söz edebilmek için hastanın obsesif hale gelmesi gereklidir (12, 58). Ortorektik bireyler besin tüketimlerinde yediklerinin naturel ve sağlık açısından faydalı olmasını istemektedirler (26). Bu talebin zamanla bireyde davranışsal olarak aşırıya kaçması ile zihnen ciddi bir uğraşa dönüşmesi yönüyle obsesif kompulsif bozukluğa benzetilmektedir (26, 59).

Ortoreksiya kelimesi Yunanca’dan gelen doğru, uygun anlamındaki “orthos” ve iştah anlamına gelen “orexia” sözcüklerinden oluşmaktadır. İlk kez Steven Bratman tarafından tanımlanmıştır. Bratman’a göre ON uygun, sağlıklı yiyeceğin tüketilmesi ile ilgili patolojidir. Bratman konu ile ilgili ilk yazısında uluslararası alanda büyük tepki görmüştür. Yazıya aldığı dönütler ve talepler nedeniyle konuyla bir kitap yazma kararı almış, “Health Food Junkies” adlı kitabı yazmıştır (58).

Bratman kendini de iyileşme sürecindeki ortoreksiyalı olarak adlandırmaktadır. Bratman’a göre ortoreksiya nervozalılarının amacı, kendilerini kilolu hissetmedikleri için düşük vücut ağırlığında olmak değildir. Vakalarda diyetin mükemmelliğiyle ilgili zihinsel uğraş vardır. ON’lular gerçekten veya abartılı bir şekilde sağlıklı olmayı ya da dengede olmayı amaç edinmişlerdir (58).

Ortorektik bireyler yedikleri her yemeği abartılı sayılacak düzeyde kontrol ederler, alışveriş esnasında satın alacakları ürünlere ait ambalajları uzun süre inceleyip içeriğini (katkı maddesi, kanserojen madde, hormon vb) incelerler. Kullanacakları besinlerin katkısız ve sağlıklı olmasını aşırı takıntılı düzeyde önemserler. Ayrıca besin hazırlama sırasında kullanılan yöntem ve materyaller hakkında endişe duyarlar, farklı besinlerin tüketimi bileşimlerine veya hazırlanma şekillerine göre reddederler (60). Bu nedenle de tüketeceklerinin birçoğu çığdır. Ortorektik bu vakalar psikolojik nedenlerle pek çok besini tüketmekten vazgeçip, anoreksiya nervozadaki gibi kilo kaybederler (59).

Mükemmelliğe ulaşma çabalarından dolayı diyetlerini kısıtlama eğilimi gösteren ortorektiklerin tüketimde besin çeşitliliği azalmakta ve bunun sonucunda malnutrisyon gelişebilmektedir (26, 61). Malnütrisyonu ek, osteoporoz, menstrüasyon siklusunun

bozulması ve kan basıncındaki aşırı düşmeye bağlı kalp sorunları da ortaya çıkabilmektedir (26).

Doğru beslenme ilk bakışta olumlu bir ifadeyi içeriyor olsa da ON'dan dolayı hayatını kaybeden ilk kişi Kate Finn'dir. Yoga eğitmeni ve masaj terapisti olan Finn vejeteryandır. Kendisi yaşadığı sindirim sorunlarından dolayı farklı diyetler denemiş, birçok sağlıklı beslenme akımına dahil olmuştur. Ne yiyeceğimi düşünmek tüm zamanını almaya başlayan Finn bu süreçte aşırı derecede zayıflamıştır. AN tanısı konulan Finn bu şekilde beslenme nedenini; sağlıklı beslenme ve vücudunu toksinlerden arındırma düşüncesi olarak savunduğu için tanı ve tedaviyi kabul etmemiştir. Beslenme bozukluklarının sonucunda gelişen açlığa bağlı kalp kası kütleindeki azalma ile ortaya çıkan kalp yetmezliğinden ölmüştür (62).

Ortoreksiya nervozayı tanılayan herhangi bir klinik rehber olmadığı için doktorlar tanı ölçütlerine göre tanı koyamamaktadırlar. Ortoreksiya diyetle temizlenmenin en uç örneği olarak gösterilir. Anoreksiya ve bulimiya nervoza ile benzerlikleri vardır. Örneğin her üçü de yaşamlarında besinlere uç değerler yüklerler. Fakat bulimia nervoza ve anoreksiya nervozada bireyler yediklerinin miktarına odaklanırken, ortoreksiya nervozada yediklerinin kalitesine, içeriğine ve doğallığına odaklanma söz konusudur (59).

Ortoreksiya nervozanın oluşumuna birçok faktör etki etmektedir. Bu nedenle de tedavisi çok yönlü ve zordur. Ortorektiklerin yalnızca beslenme konusunda değil, duygusal konularda da takıntılı davranışlar sergilediğini araştırmalar göstermektedir. Vakalardaki takıntı davranışını etkileyen nedenler belirlendiğinde, normal beslenme alışkanlığına geçiş kolaylaştıracaktır. Ortoreksiya nervozadaki 'Ya Hep Ya Hiç' fikrinden vakaları uzaklaştırabilmek için uzman desteği gereklidir (13).

Miller'a göre ortorektiklerin besin algılarını değiştirmek ve besinlerdeki katı tercih tutumunu yıkmaya yardımcı olmak gerekmektedir. Bu düşünceleri ortadan kaldırmak hem vakalar açısından hem de klinisyenler açısından güçtür. Temel beslenme eğitiminin okul öncesi yaşlarda verilmeye başlanması ileriki dönemlerdeki sağlık açısından çok önemlidir. Sonraki hedef bilinç-beden bağlantısı çerçevesinde sezgisel beslenme (normal beslenme)' yi geliştirmeye çalışmaktır (63).

Miller ve Bratman istenildiği zaman isteneni yemek anlamında kullanılan spontan yemek yeme konusunda hemfikirdir (11). Miller spontan beslenmeden ayrı olarak; “Eğlenceli beslenme deneyimleri” ni ve çocuklarda yemek yeme gereksinimi ve içgüdülerine göre davranışlar daha yoğun olduğundan “çocuklar gibi beslenmeyi” önermektedir (11). Diyetisyen Miller, ortorektiklere gerçek bir dünyada yaşanıldığını yemek yeme öğünün günün yıpratıcı bir zamanı olmaması gerektiğini bundan zevk alınmasını, kişinin kendine vakit ayırmasının bir gereklilik olduğunu belirtmektedir (11).

DSM-V’te halen ayrı bir yeme bozukluğu olarak bulunmadığı için ortoreksiya nervozanın belirleyici bir tanısı bulunmamaktadır. Donini ve arkadaşları tarafından geliştirilen ORTO ölçeği birlikte kullanılan yeme tutumu testi, depresyon belirleyici bazı ölçeklerle desteklenerek ortoreksiya için kullanılmaktadır (10,11).



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Araştırma, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik bölümü öğrencilerinde sağlıklı beslenme takıntısının saptanması amacıyla yürütülmüştür. Kesitsel bir çalışmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma, 2017-2018 eğitim öğretim yılı Eylül-Ekim ayında, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde öğrenimini sürdüren birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerinde yürütülmüştür.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

##### **3.3.1. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evreni, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencileridir. Bölüme kayıtlı toplam öğrenci sayısı 311'dir.

##### **3.3.2. Araştırmanın Örneklemi**

Araştırmanın örnekleminde Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'ne aktif olarak devam eden ve çalışmaya katılmayı kabul eden 205 öğrenci bulunmaktadır.

#### **3.4. Verilerin Toplanması**

##### **3.4.1. Anket Formu**

Araştırmada veriler anket formu ve antropometrik ölçüm teknikleri ile elde edilmiştir. Anket formuna ait bir örnek Ek 1 bulunmaktadır. Ayrıca araştırmaya dahil edilen her bir öğrenciden onam formu (Ek 2) alınmıştır. Demografik bilgiler bölümünde ankete katılanlar öğrencilere kişisel bilgilerini (boy, kilo, yaş, cinsiyet vb) toplamak için hazırlanan bir anket yer almaktadır. Tez, Okan Üniversitesi Etik Kurulu onayından geçmiş, araştırma için Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nden gerekli izinler alınmıştır. Araştırma için alınan onaylar Ek 3 ve Ek 4'tedir. Anket formları

katılımcılara yüzyüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Araştırma esnasında gönüllülük esas alınmıştır.

Anket araştırmacı tarafından ilgili literatür (13,34,42) incelenerek hazırlanmış olup 4 bölümden oluşmaktadır. Anketin içeriği şu şekildedir (Ek 1);

- Demografik Bilgiler (cinsiyet, yaş ve kalınan yer)
- Antropometrik Ölçümler
- Yeme Tutum Testi
- Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri
- ORTO-15 Ölçeği

### 3.4.2. Antropometrik Ölçümler

Çalışmaya katılan bireylerin antropometrik ölçümleri; vücut ağırlığı (kg), boy uzunluğu (cm) araştırmaya katılan kişilerin beyanı ile gerçekleştirilmiştir. Beden kütle indeksi; vücut ağırlığı/ boy uzunluğu (kg/m<sup>2</sup>) denkleminden tüm katılımcılar için ayrı ayrı araştırmacı tarafından hesaplanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflandırması kullanılarak bireylerin BKİ'leri gruplandırılmıştır. Buna göre BKİ < 18,5, 18,5-24,9, 25,0-29,9 ve ≥ 30,0 kg/m<sup>2</sup> olarak alınmıştır (64).

**Tablo 8: BKİ sınıflaması**

BKİ değerleri (kg/m <sup>2</sup> )	Sınıflama
<18,5	Zayıf
18,5-24,9	Normal
25,0-29,9	Fazla kilolu
≥30,0	Obez

**Tablo 8. 64. kaynaktan alınmıştır.**

### 3.4.3. Yeme Tutum Testi

Yeme Tutum Testi (YTT-40), Garner ve Garfinkel tarafından geliştirilen AN ve BN'yi nesnel olarak değerlendiren testtir (65). Test kendini değerlendirme ölçeği niteliğindeki 40 sorudan oluşmaktadır. Klinik değerlendirmede daha ayrıntılı bilgi sağladığı gibi, tedavi sonucu ortaya çıkan değişiklikleri de belirlemektedir. Ayrıca ölçek, önceden tanı konmamış anoreksiya nervoza olgularını hastalık için yüksek risk grubunu oluşturan topluluklarda araştırmak amacıyla da kullanılmaktadır. Test ile anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıknircasına yeme sendromu olan vakalar ile kontrol grubu birbirinden ayrılabilir. YTT; anorektik ve bulumikleri,

tıkınırcasına yeme sendromu olanlardan ayırt etmektedir. Ancak AN ile BN'yı karşılaştırmada kullanılamamaktadır (65).

Testin 2000 yılında Elal, Altuğ, Slade ve Tekcan tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Güvenilik çalışmasında beş faktör ortaya çıkmıştır: diyet yapma, bulimiya ve vücut büyüklüğü, zihninde yemek ile meşgul olmak, oral kontrol, yiyecekler hakkında çelişkili duygu ve düşüncelerdir (66).

Testten en fazla 120 puan alınabilmektedir. Yeme tutum testi sonuçlarının değerlendirmesi şu şekilde yapılmaktadır: Soru numarası 1-18-19-23-27-39 için "bazen" 1 , "nadiren" 2 ve "hiçbir zaman" 3 , diğer seçenekler 0 puan alırken, testin geri kalan sorularındaki cevaplarda "daima" 3, "çok sık" 1 ve diğer seçenekler 0 puan olarak kabul edilir. Ölçekteki tüm sorulara verilen yanıt puanları toplanarak, ölçek puanı değerlendirilir. Toplamda 21'den daha az puanlananlar "düşük risk", 21-30 arasındakiler "orta risk", 30'dan fazla değerlendirilenler ise "yüksek risk"li gruba dahil edilirler (67).

#### **3.4.4. Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri (Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory-MOCI)**

Rachman ve Hodgson geliştirmiştir. Obsesif kompulsif belirtilerin değerlendirilmesinde kullanılan doğru-yanlış türünde 30 maddeli bir envanterdir. Testin toplam puanı otuzdur. Envanterin test-tekrar test güvenirligi 0,80'dir. İç tutarlılığı ise 0,60- 0,87 aralığında değişmektedir (68).

Türkçe versiyonu Erol ve Savaşır tarafından yapılmıştır. Uyarlamaya takıntılı düşünmeyle ilişkili 7 madde ilave edilerek toplamda 37 maddelik envanter oluşturulmuştur. Envanterin örnekleminde Erol ve Savaşır, faktör analizini hesaplamışlardır. Temizlik, obsesyoneel düşünme ve yavaşlık/kontrol olmak üç faktör belirlenmiştir (69).

Değerlendirmede işaretlenen her doğru cevap için 1 puan verilmektedir. Yalnızca 11. maddede puanlama tersten yapılır. Toplanan puanlarda en yüksek değerler toplam obsesyon puanı için 37'dir. Türkiye'de yapılan çalışmada kesme puanı hesaplanmamıştır. Karşılaştırmalı araştırmalarda kesme puanının kullanılması önerilmektedir (69).

### 3.4.5. ORTO-15 Ölçeği

Bireylerin ortorektik eğilimlerini değerlendirmek için ORTO-15 ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek 15 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Değerlendirme sonuçları aşağıdaki tablodaki gibi yapılmaktadır.

**Tablo 9: 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

**Tablo 9. 70. kaynaktan alınmıştır.**

Teste göre ON'da ayırt edici kabul edilen yanıtlar "1" ; normal yeme davranışı ile ilgili yanıtlar "4" puandır. Bireyler bu ölçekle en az 15, en fazla 60 puan alabileceklerdir. Envanterdeki maddelerle, bireylerin besin seçimi, satın alımı, hazırlanması ve kendileri için sağlıklı gördükleri besinleri tüketmeleri konularındaki takıntılarını değerlendirilmekte, katılımcılar duygusal ve rasyonel olarak araştırılmaktadır. ORTO-15 testi maddeleri kognitif-rasyonel alanı (1, 5, 6, 11, 12, 14), klinik alanı (3, 7, 8, 9, 15) ve duygusal alanı (2, 4, 10, 13) incelemektedir (70).

Testten 40 ve altında puan alanlar "Ortorektik" (yeme davranışı son derece hassas) olarak tanımlanmaktadır. Test puanındaki artış ile yeme davranışının normalliğe yaklaşma eğilimde olduğu anlaşılmaktadır (70).

### 3.5. Verilerin Analizi

Anket formundan elde edilen veriler, SPSS (The Statistical Package for The Social Sciences) 21.0 programıyla değerlendirilmiştir. Değişken dağılımları Kolmogrov-Smirnov ve Shapiro-Wilks testleri ile incelenmiştir.

Değerlendirilen verilerde ortalama ve standart hata, sınıflandırılmış verilerde ise gözlem sayısı ve görelilikler kullanılmıştır. Bağımsız iki grupta normal dağılım göstermeyenler için non-parametrik Mann Whitney U testinden yararlanılmıştır. İki'den fazla bağımsız grup karşılaştırması için ANOVA yöntemi, normal dağılım göstermeyenler için non-parametrik Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Korelasyon testlerinde veriler normal dağılım göstermediğinden dolayı Spearman'ın sıra sayı korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Nitel verilerin analizi ki-kare analizi ile gerçekleştirilmiştir. İki düzeyli nitel verileri etkileyen değişkenleri belirlemek amacıyla lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında,  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.



## 4. BULGULAR

### Öğrencilerin genel özelliklerine göre dağılımları

Tablo 10. Öğrencilerin genel özellikleri

Değişkenler	Düzeyleler	Sıklıklar (n)	%
<b>Cinsiyet</b>	1. Kadın	184	89,8
	2. Erkek	21	10,2
<b>Yaş</b>	1. 19 ve altı	60	29,3
	2. 20-22	125	61,0
	2. 23-25	17	8,3
	3. 26 ve üzeri	3	1,4
<b>Kalınan Yer</b>	1. Öğrenci evi	43	21,0
	2. Aile yanı	67	32,7
	3. Yurt	95	46,3
<b>Sınıf</b>	1. sınıf	38	18,5
	2. sınıf	51	24,9
	3. sınıf	58	28,3
	4. sınıf	58	28,3
<b>Aylık Harcama</b>	1. 500 TL ve altı	79	38,5
	2. 501-700 TL	40	19,5
	3. 701-1000 TL	50	24,4
	4. 1001 TL ve üzeri	36	17,6
<b>EAT-40</b>	1. 20 ve altı	193	94,1
	2. 21-30	11	5,4
	3. 31 ve üzeri	1	0,5
<b>ORTO-15</b>	1. 40 ve altı	148	72,2
	2. 41 ve üzeri	57	27,8
<b>BKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>	1. 18,49 ve altı	32	15,6
	2. 18,50-24,99	160	78,0
	3. 25,0-29,99	13	6,4

Çalışmaya 205 öğrenci katılmıştır. Öğrencilerin % 89,8'i kadın, % 10,2'si erkektir. Öğrencilerin % 29,3'ü 19 ve altı yaş grubundayken, % 61'i 20-22 yaş grubunda, % 8,3'ü 23-25 yaş grubundadır. % 1,4'ü ise 26 yaş ve üzeridir.

Öğrencilerin % 46,3'lük çoğunluğu yurttadır. Öğrencilerin % 38,5'inin aylık harcama miktarı 500 TL ve altı iken, % 17,6'sının 1001 TL ve üzeridir. Çalışmaya katılan öğrencilerin % 94,1'inin EAT-40 puanı 20 ve altı iken yalnızca % 0,5'inin EAT-40 puanı 31 ve üzeridir. Öğrencilerin % 72,2'sinin ORTO-15 puanı 40 ve altındadır.

Çalışmaya katılanların % 78'inin BKİ değeri 18,50-24,99 kg/m<sup>2</sup> aralığındadır. BKİ değeri 18,49 kg/m<sup>2</sup> ve altında olanlar çalışmaya katılanların % 15,6'lık kısmını, 25,00-29,99 kg/m<sup>2</sup> olanlar ise çalışmaya katılanların % 6,4'lük kısmını kapsamaktadır.

**Tablo 11. Öğrencilerin boy uzunluğu, vücut ağırlığı, BKİ ve kullanılan ölçeklere göre dağılımları**

Parametreler	En Küçük	En Büyük	Ortalama±St.Hata	Medyan
Boy uzunluğu	144	190	165,27±0,51	165
Vücut ağırlığı	40	90,5	57,22±0,66	55
EAT-40	1	36	9,31±0,37	9
MOCI	2	32	15,80±0,48	15
ORTO-15	28	47	38,58±0,22	39
BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	15,89	28,62	20,87±0,18	20,45

Öğrencilerin boy uzunluğu ortalaması 165,27±0,51 cm, vücut ağırlık ortalaması 57,22 ± 0,66 kg ve BKİ değeri ortalaması 20,87±0,18'dir. Öğrencilerin MOCI ölççeği puan ortalaması 15,80 ± 0,48'dir. Öğrencilerin EAT-40 testi değerlendirmeleri en az 1, en çok 36 puandır. ORTO-15 testi puanları ile 28- 47 puan aralığındadır.

**Tablo 12. Öğrencilerin genel özelliklerinin cinsiyetlere göre dağılımları**

Cinsiyet		Kadın		Erkek	
Değişkenler	Düzeyleler	n	%	n	%
<b>Yaş</b>	1. 19 ve altı	60	32,6	-	-
	2. 20-22	111	60,3	14	66,7
	2. 23-25	12	6,5	5	23,8
	3. 26 ve üzeri	1	0,6	2	9,5
<b>Kalınan Yer</b>	1. Öğrenci evi	36	19,6	7	33,3
	2. Aile yanı	61	33,1	6	28,6
	3. Yurt	87	47,3	8	38,1
<b>Sınıf</b>	1. sınıf	38	20,7	-	-
	2. sınıf	47	25,5	4	19,0
	3. sınıf	52	28,3	6	28,6
	4. sınıf	47	25,5	11	52,4
<b>Aylık Harcama</b>	1. 500 TL ve altı	76	41,3	3	14,3
	2. 501-700 TL	37	20,1	3	14,3
	3. 701-1000 TL	45	24,5	5	23,8
	4. 1001 TL ve üzeri	26	14,1	10	47,6
<b>EAT-40</b>	1. 20 ve altı	173	94,0	20	95,2
	2. 21-30	10	5,5	1	4,8
	3. 31 ve üzeri	1	0,5	-	-
<b>ORTO-15</b>	1. 40 ve altı	133	72,3	15	71,4
	2. 41 ve üzeri	51	27,7	6	28,6
<b>BKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>	1. 18,49 ve altı	32	17,4	-	-
	2. 18,50-24,99	145	78,8	15	71,4
	3. 25,00-29,99	7	3,8	6	28,6

Çalışmaya katılan kadınların % 60,3'ü, erkeklerin ise % 66,7'si 20-22 yaş aralığındadır. Çalışmaya katılan kadınların % 32,6'sı 17-19 yaş aralığındayken, bu yaş aralığında çalışmaya katılan erkek öğrenci bulunmamaktadır. Çalışmaya katılan kadınların % 47,3'ü yurttan, % 19,6'sı öğrenci evinde kalırken, erkeklerin % 38,1'i yurttan, % 33,3'ü öğrenci evinde kalmaktadır.

Çalışmaya katılan kadınların sınıflara göre dağılımı birbirine benzerken, erkeklerin % 52,4'ü 4. Sınıf öğrencisidir. 1. sınıf olup, çalışmaya katılan erkek öğrenci bulunmamaktadır. Çalışmaya katılan kadınların % 41,3'ünün aylık harcama miktarı 500 TL ve altıdır. % 14,1'inin ise 1001 TL ve üzeridir. Çalışmaya katılan erkeklerin ise % 14,3'ünün aylık harcama miktarı 500 TL ve altı, % 47,6'sının ise 1001 TL ve üzeridir.



Kadınların % 72,3'ünün, erkeklerin ise % 71,4'ünün ise ORTO-15 puanı 40 ve altıdır. Erkeklerin % 28,6'sının BKİ değeri 25,00 ile 29,99 kg/m<sup>2</sup> arasındayken, kadınların yalnızca % 3,8'inin Beden Kitle İndeksi 25,00 ile 29,99 kg/m<sup>2</sup> arasındadır.

Çalışmaya katılanlar içinde EAT-40 puanı 31 ve üzeri olan sadece 1 kadın vardır. Erkeklerde ise EAT-40 puanı 31 ve üzeri olan kimse yoktur. Bu nedenle çalışmanın devamında EAT-40 ölçeği 20 ve altı, 21 ve üzeri olmak üzere iki sınıflı olarak değerlendirme yapılmıştır.

### **Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre EAT-40, ORTO-15 ve MOCI Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Kolmogrov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testi sonuçlarına göre EAT-40, ORTO-15 ve MOCI ölçeği puanlarının normal dağılım göstermediği % 5 anlamlılık düzeyinde söylenebilir ( $p < 0.05$ ). Bu durumda, EAT-40, ORTO-15 ve MOCI ölçeği puanlarını cinsiyetlere göre karşılaştırmak amacıyla non-parametrik Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

**Tablo 13. EAT-40, ORTO-15 ve MOCI puanlarının cinsiyetlere göre tanımlayıcı istatistikleri**

Cinsiyet	Kadın		Erkek		Mann Whitney U Testi	
	Ort±St.Hata	Medyan	Ort±St.Hata	Medyan	z	p
<b>EAT-40</b>	9,33±0,40	9,00	9,10±0,91	9,00	-0,179	0,858
<b>ORTO-15</b>	38,53±0,24	39,00	39,05±0,55	39,00	-0,539	0,590
<b>MOCI</b>	15,83±0,51	15,50	15,62±1,31	14,00	-0,023	0,981

Öğrencilerin cinsiyetlerine göre EAT-40, ORTO-15 ve MOCI ölçeği puanları özetlenmiştir. Erkek öğrencilerin EAT-40 puanı ortalaması 9,10±0,91, kadın öğrencilerin ise 9,33±0,40'tır. EAT-40 puanları bakımından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p = 0,858 > 0,05$ ).

Kadın öğrencilerin ORTO-15 puan ortalaması 38,53±0,24, erkek öğrencilerin ise 39,05±0,55'tir. ORTO-15 puanları bakımından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p = 0,590 > 0,05$ ).

Kadın öğrencilerin MOCI ölçeği puan ortalaması 15,83±0,51, erkek öğrencilerin ise 15,62±1,31'dir. MOCI ölçeği puanları bakımından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p = 0,981 > 0,05$ ).

## Öğrencilerin Cinsiyete Göre EAT-40 ve ORTO-15 Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 14. EAT-40 ve ORTO-15 puanlarının cinsiyetlere göre dağılımları

Cinsiyet	Kadın		Erkek		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>EAT-40 risk değerlendirmesi</b>							
20 ve altı	173	94,0	20	95,2	193	94,1	0,646 *
21 ve üzeri	11	6,0	1	4,8	12	5,9	
<b>ORTO-15 risk değerlendirmesi</b>							
40 ve altı	133	72,3	15	71,4	148	72,2	0,934 **
41 ve üzeri	51	27,7	6	28,6	57	27,8	

\* Fisher Kesin Ki-Kare Testi Sonucu

\*\* Ki-Kare Testi Sonucu

Çalışmaya katılanların EAT-40 ve ORTO-15 puanlarının Cinsiyetlere Göre değerlendirilmesi Tablo 14'teki gibidir. Çalışmaya katılan kadınların % 94'ünde, erkeklerin ise % 95,2'sinde EAT-40 puanları 20 ve altı olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan kadınların %6'sında, erkeklerin %4,8'inde EAT-40 puanı 21 ve üzeri bulunmuştur. Cinsiyetler arasında EAT-40 puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir ( $p=0,646>0,05$ ).

Kadınların % 72,3'ünün, erkeklerinse % 71,4'ünün ORTO-15 puanı 40 ve altı bulunmuştur. Cinsiyetler arasında ORTO-15 puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p=0,934>0,05$ ).

## Öğrencilerin Sınıflarına Göre EAT-40, ORTO-15 ve MOCI Puan Ortalamalarının Dağılımı

Kolmogrov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testi sonuçlarına göre EAT-40 ve MOCI ölçeği puanlarının normal dağılım göstermediği, ORTO-15 puanlarının dağılımının ise normal dağılım gösterdiği % 5 anlamlılık düzeyinde söylenebilir.

EAT-40 ve MOCI ölçeği puanlarının dağılımı normal dağılım göstermediği için non-parametrik Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. ORTO-15 puanları için ise ANOVA yöntemi kullanılmıştır.

**Tablo 15. EAT-40 ve MOCI ölçeği puanlarının sınıflara göre tanımlayıcı istatistikleri**

Sınıf	1. Sınıf	2. Sınıf	3. Sınıf	4. Sınıf	Kruskal Wallis	
	Ort±St.Hata	Ort±St.Hata	Ort±St.Hata	Ort±St.Hata	X2	p
<b>EAT-40</b>	38,87±0,59	37,71±0,47	38,84±0,37	38,90±0,40	4,102	0,251
<b>MOCI</b>	16,63±0,88	17,98±0,83	15,41±0,99	13,74±0,96	12,997	0,005

Öğrencilerin EAT-40 ve MOCI ölçeği puanları sınıflara göre özetlenmiştir. 1. sınıf öğrencilerin EAT-40 puanı ortalaması 38,87±0,59; 2. sınıf öğrencilerin 37,71±0,47; 3. sınıf öğrencilerinin 38,84±0,37 ve 4. sınıf öğrencilerinin 38,90±0,40'tır. EAT-40 puanları bakımından öğrencilerin sınıfları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,251>0,05$ ).

MOCI ölçeği puanlarının ortalaması 2. sınıf öğrencilerinde 17,98±0,83 iken, 4. sınıf öğrencilerinin 13,74±0,96'dır. MOCI ölçeği puanları bakımından öğrencilerin sınıflarına arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p=0,005<0,05$ ). Bu durumda Mann Whitney U testi kullanılarak yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda benzer özellik gösteren sınıflar, farklı olan sınıflar saptanabilir.

**Tablo 16. MOCI ölçeği puanlarına göre öğrencilerin sınıflarının karşılaştırılması**

Sınıflar	1. Sınıf-2. Sınıf	1. Sınıf-3. Sınıf	1. Sınıf-4. Sınıf	2. Sınıf-3. Sınıf	2. Sınıf-4. Sınıf	3. Sınıf-4. Sınıf
<b>z</b>	-1,126	-1,155	-2,329	-2,070	-3,399	-1,222
<b>p</b>	0,260	0,248	0,020	0,038	0,001	0,222

\*Mann Whitney U Testi

İkili eşler halinde öğrencilerin sınıfları karşılaştırıldığında, 1. ve 2. sınıf arasında, 1. ve 3. sınıf arasında, 3. ve 4. sınıf arasında MOCI ölçeği puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir ( $p>0,05$ ).

Öğrencilerin MOCI ölçeği puanları 1. ve 4. sınıf arasında, 2. ve 3. sınıf arasında, 2. ve 4. sınıf arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). 2. sınıf öğrencilerinin MOCI ölçeği puanının diğer sınıflara göre daha yüksek olduğu, fakat 1. sınıfla benzer olduğu söylenebilir.

**Tablo 17. ORTO-15 puanlarının sınıflara göre tanımlayıcı istatistikleri**

Sınıf	1. Sınıf	2. Sınıf	3. Sınıf	4. Sınıf	ANOVA	
	Ort±St.Hata	Ort±St.Hata	Ort±St.Hata	Ort±St.Hata	F	p
<b>ORTO-15</b>	10,50±0,98	9,12±0,71	9,81±0,78	8,21±0,53	1,730	0,162

Araştırmaya katılan 1. sınıf öğrencilerinin ORTO-15 puanlarının ortalaması 10,50±0,98 iken, 4. sınıf öğrencilerinin 8,21±0,53'tür. Yapılan varyansların homojenliği testi sonucunda Levene test istatistiği  $L=0,730$  olarak bulunmuştur. Bu durumda sınıflar için elde edilen varyansların homojen olduğu söylenebilir ( $p=0,535>0,05$ ). ANOVA yönteminin kullanabilmek için gerekli olan bir diğer varsayım olan varyansların homojenliği varsayımı da sağlanmıştır. ANOVA yöntemi sonucunda sınıflar arasında ORTO-15 puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,162>0,05$ ).

### Öğrencilerin Sınıflara Göre EAT-40 ve ORTO-15 Puanlarının Değerlendirilmesi

**Tablo 18. EAT-40 ve ORTO-15 puanlarının sınıflara göre dağılımları**

Sınıf	1. Sınıf		2. Sınıf		3. Sınıf		4. Sınıf		Ki-kare
	n	%	n	%	n	%	n	%	p
<b>EAT-40 risk değerlendirmesi</b>									
20 ve altı	36	94,7	49	96,1	52	89,7	56	96,6	0,376
21 ve üzeri	2	5,3	2	3,9	6	10,3	2	3,4	
<b>ORTO-15 risk değerlendirmesi</b>									
40 ve altı	26	68,4	40	78,4	42	72,4	40	69,0	0,668
41 ve üzeri	12	31,6	11	21,6	16	27,6	18	31,0	

Öğrencilerin sınıflarına göre EAT-40 ve ORTO-15 puanları özetlenmiştir. Çalışmaya katılan 1. sınıf öğrencilerinin % 5,3'ünde, 2. sınıf öğrencilerinin % 3,9'unda, 3. sınıf öğrencilerinin % 10,3'ünde ve 4. sınıf öğrencilerinin % 3,4'ünde EAT-40 puanları 21 ve üzeri olarak bulunmuştur. Sınıflar arasında EAT-40 puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir ( $p=0,376>0,05$ ).

Çalışmaya katılan 1. sınıf öğrencilerinin % 68,4'ünde, 2. sınıf öğrencilerinin % 78,4'ünde, 3. sınıf öğrencilerinin % 72,4'ünde ve 4. sınıf öğrencilerinin % 69'unda ORTO-15 puanları 40 ve altı olarak bulunmuştur. Sınıflar arasında ORTO-15 puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir ( $p=0,668>0,05$ ).

## Öğrencilerin BKİ Değerlerine Göre EAT-40 ve ORTO-15 Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 19. EAT-40 puanlarının BKİ değerlerine göre dağılımları

BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	18,49 ve altı		18,50 ve üzeri		Fisher Kesin Ki-Kare p
	n	%	n	%	
EAT-40					
20 ve altı	28	87,5	165	95,4	0,097
21 ve üzeri	4	12,5	8	4,6	

Beden kütle indeksi (BKİ) değerlerine göre öğrencilerin EAT-40 puanları özetlenmiştir. Tablodaki örneklem sınırlarından dolayı BKİ değerleri yeniden düzenlenerek 18,49 ve altı, 18,50 ve üzeri olarak düzenlenmiştir.

Beden kütle indeksi değeri 18,49 kg/m<sup>2</sup> ve altı olanların % 12,5'inin, 18,50 kg/m<sup>2</sup> ve üzeri olanların % 4,6'sının EAT-40 puanı 21 ve üzeri olarak bulunmuştur. BKİ değeri ile EAT-40 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı söylenebilir ( $p=0,097>0,05$ ).

Tablo 20. ORTO-15 puanlarının BKİ değerlerine göre dağılımları

BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	18,49 ve altı		18,50 ve üzeri		25,00-29,99		Fisher Kesin Ki-Kare p
	n	%	n	%	N	%	
ORTO-15							
40 ve altı	19	59,4	119	74,4	10	76,9	0,208
41 ve üzeri	13	40,6	41	25,6	3	23,1	

Öğrencilerin BKİ değerlerine göre ORTO-15 puanları özetlenmiştir. BKİ değeri 18,49 kg/m<sup>2</sup> ve altı olanların % 59,4'ünün, 18,50-24,99 kg/m<sup>2</sup> olanların % 74,4'ünün ve 25,00-29,99 kg/m<sup>2</sup> olanların ise % 76,9'unun ORTO-15 puanı 40 ve altı olarak bulunmuştur. BKİ değeri ile ORTO-15 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı söylenebilir ( $p=0,208>0,05$ ).

## Öğrencilerin BKİ Değerlerine Göre EAT-40, ORTO-15 ve MOCI Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Normallik testi sonuçlarına göre EAT-40, ORTO-15, MOCI ölçeği puanlarının normal dağılım göstermediği % 5 anlamlılık düzeyinde söylenebilir.

**Tablo 21. EAT-40, ORTO-15 ve MOCI ölçeği puanlarının BKİ değerlerine göre tanımlayıcı istatistikleri**

BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	18,49 ve altı		18,50-24,99		25,00-29,99		Kruskal Wallis	
	Ort± St.Hata	Medyan	Ort± St.Hata	Medyan	Ort± St.Hata	Medyan	X <sup>2</sup>	p
<b>EAT-40</b>	10,2 ± 1,10	9,00	9,21± 0,42	8,50	8,23± 0,76	8,00	0,554	0,758
<b>ORTO-15</b>	39,59± 0,54	39,50	38,30± 0,25	38,00	39,54± 0,75	40,00	4,636	0,098
<b>MOCI</b>	14,19± 1,20	14,50	16,47± 0,53	16,00	11,54± 2,02	11,00	7,896	0,019

Öğrencilerin BKİ değerlerine göre EAT-40, ORTO-15 ve MOCI puanları özetlenmiştir. BKİ değeri 18,49 kg/m<sup>2</sup> ve altı olanların EAT-40 puan ortalaması 10,25±1,10; 18,50-24,99 kg/m<sup>2</sup> olanların 9,21±0,42 ve 25,00-29,99 kg/m<sup>2</sup> olanların 8,23±0,76 olarak bulunmuştur. EAT-40 puanlarına göre BKİ sınıfları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p=0,758>0,05).

Araştırmaya katılan öğrencilerden BKİ değeri 18,49 kg/m<sup>2</sup> ve altı olanların ORTO-15 puan ortalaması 39,59±0,54; 18,50-24,99 kg/m<sup>2</sup> olanların 38,30±0,25 ve 25,00-29,99 kg/m<sup>2</sup> olanların 39,54±0,75 olarak bulunmuştur. ORTO-15 puanlarına göre öğrencilerin BKİ sınıfları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p=0,098>0,05).

Öğrencilerden BKİ değeri 18,49 kg/m<sup>2</sup> ve altı olanların MOCI ölçeği puan ortalaması 14,19±1,20; 18,50-24,99 kg/m<sup>2</sup> olanların 16,47±0,53 ve 25,00-29,99 kg/m<sup>2</sup> olanların 11,54±2,02 olarak bulunmuştur. MOCI ölçeği puanlarına göre BKİ sınıfları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,019>0,05). Bu durumda yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda benzer özellik gösteren ve farklı olan BKİ aralığı saptanabilir.

**Tablo 22. MOCI ölçeği puanlarına göre BKİ değerlerinin karşılaştırılması**

BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	≤18,49-[18,50-24,99]	≤18,49-[25,00-29,99]	[18,50-24,99]- [25,00-29,99]
<b>z</b>	-1,774	-1,217	-2,340
<b>P*</b>	0,076	0,224	0,019

\*Mann-Whitney U Testi

Beden kütle indeksi 18,49 kg/m<sup>2</sup> ve altı olanlarla 18,50 ile 24,99 kg/m<sup>2</sup> arası olanlar arasında; BKİ değeri 18,49 kg/m<sup>2</sup> ve altı olanlar ile 25,00 ve 29,99 kg/m<sup>2</sup> arasında olanlar arasında MOCI ölçeği puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir ( $p>0,05$ ).

Beden kütle indeksi değeri 18,50 ile 24,99 kg/m<sup>2</sup> arası olanlar ile 25,00 ve 29,99 kg/m<sup>2</sup> olanlar arasında MOCI ölçeği puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu söylenebilir ( $p=0,019<0,05$ ). BKİ değeri 18,50 ile 24,99 kg/m<sup>2</sup> arası olanların MOCI ölçeği puanı daha yüksektir.

### Öğrencilerin Kaldıkları Yere Göre EAT-40, ORTO-15 ve MOCI Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Normallik testi sonuçlarına göre EAT-10, ORTO-15 ve MOCI ölçeği puanlarının normal dağılım göstermediği % 5 anlamlılık düzeyinde söylenebilir. EAT-40, ORTO-15 ve MOCI ölçeği puanlarının dağılımı normal dağılım göstermediği için non-parametrik Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

**Tablo 23. EAT-40, ORTO-15 ve MOCI ölçeği puanlarının öğrencilerin kaldıkları yere göre tanımlayıcı istatistikleri**

Kalman Yer	Öğrenci Evi		Aile Yanı		Yurt		Kruskal Wallis	
	Ort± St.Hata	Medyan	Ort± St.Hata	Medyan	Ort± St.Hata	Medyan	X <sup>2</sup>	p
<b>EAT-40</b>	9,53± 0,90	9,00	9,12± 0,65	9,00	9,35± 0,52	8,00	0,130	0,937
<b>ORTO-15</b>	38,09± 0,51	38,00	38,39± 0,38	38,00	38,94± 0,32	39,00	3,315	0,191
<b>MOCI</b>	16,56± 1,16	16,00	14,42± 0,80	13,00	16,44± 0,68	16,00	3,746	0,154

Öğrencilerin kaldıkları yere göre EAT-40, ORTO-15 ve MOCI ölçeği puanları özetlenmiştir. Öğrenci evinde kalanların EAT-40 puan ortalaması 9,53±0,90 iken aile yanında kalan öğrencilerin 9,12±0,65, yurttan kalan öğrencilerin ise 9,35±0,52'dir. EAT-40 puanları bakımında öğrencilerin kaldıkları yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,937>0,05$ ).

Öğrenci evinde kalanların ORTO-15 puan ortalaması  $38,09 \pm 0,51$ , aile yanında kalan öğrencilerin  $38,39 \pm 0,38$  ve yurttan kalan öğrencilerin ise  $38,94 \pm 0,32$ 'dir. Öğrencilerin kaldıkları yere göre ORTO-15 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,191 > 0,05$ ).

Öğrenci evinde kalanların MOCI ölçeği puan ortalaması  $16,56 \pm 1,16$ , yurttan kalanların  $16,44 \pm 0,68$  iken, aile yanında kalan öğrencilerin  $14,42 \pm 0,80$ 'dir. Öğrencilerin kaldıkları yerler arasında MOCI ölçeği puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,154 > 0,05$ ).

### Öğrencilerin Kaldıkları Yere Göre EAT-40 ve ORTO-15 Puanlarının Değerlendirilmesi

**Tablo 24. EAT-40 puanlarının öğrencilerin kaldıkları yere göre dağılımları**

Kalınan Yer	Öğrenci Evi		Aile Yanı		Yurt		Ki-Kare P
	n	%	n	%	n	%	
20 ve altı	41	95,3	63	94,0	89	93,7	0,927
21 ve üzeri	2	4,7	4	6,0	6	6,3	

Öğrencilerin EAT-40 puanları kaldıkları yerlere özetlenmiştir. Öğrenci evinde kalanların % 4,7'sinin, aile yanında kalanların % 6'sının, yurttan kalanların ise % 6,3'ünün EAT-40 puanı 21 ve üzeri olarak bulunmuştur. Kalınan yer ile EAT-40 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı söylenebilir ( $p=0,927 > 0,05$ ).

**Tablo 25. ORTO-15 puanlarının öğrencilerin kaldıkları yere göre değerlendirilmesi**

Kalınan Yer	Öğrenci Evi		Aile Yanı		Yurt		Ki-Kare p
	n	%	n	%	n	%	
40 ve altı	33	76,7	51	76,1	64	67,4	0,357
41 ve üzeri	10	23,3	16	23,9	31	32,6	

Öğrencilerin ORTO-15 puanları kaldıkları yerlere özetlenmiştir. Öğrenci evinde kalanların % 76,7'sinin, aile yanında kalanların % 76,1'inin, yurttan kalanların ise % 67,4'ünün ORTO-15 puanı 40 ve altı olarak bulunmuştur. Kalınan yer ile ORTO-15 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı söylenebilir ( $p=0,357 > 0,05$ ).



## Öğrencilerin Yaşlarına Göre EAT-40, ORTO-15 ve MOCI Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Normallik testi sonuçlarına göre EAT-40, ORTO-15 ve MOCI ölçeği puanlarının normal dağılım göstermediği % 5 anlamlılık düzeyinde söylenebilir. Puanlarının dağılımı normal dağılım göstermediği için non-parametrik Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

**Tablo 26. EAT-40, ORTO-15 ve MOCI ölçeği puanlarının yaş aralıklarına göre tanımlayıcı istatistikleri**

Yaş	19 ve altı	20-22	23-25	26 ve üzeri	Kruskal Wallis	
	Ort±St.Hata	Ort±St.Hata	Ort±St.Hata	Ort±St.Hata	X <sup>2</sup>	p
<b>EAT-40</b>	8,58±0,55	9,77±0,52	8,88±1,26	7,33±1,33	1,509	0,680
<b>ORTO-15</b>	38,83±0,42	38,39±0,28	39,12±0,80	38,67±0,88	0,705	0,872
<b>MOCI</b>	16,18±0,76	15,57±0,65	16,41±1,93	14,67±3,28	0,653	0,884

\* Kruskal Wallis Testi

Öğrencilerin yaşlarına göre EAT-40, ORTO-15 ve MOCI ölçeği puanları özetlenmiştir. 19 ve altı yaş aralığındaki öğrencilerin EAT-40 puanı ortalaması 8,58±0,55; 20-22 yaş aralığındaki öğrencilerin 9,77±0,52; 23-25 yaş aralığındaki öğrencilerin 8,88±1,26; 26 ve üzeri yaş aralığındaki öğrencilerin ise 7,33±1,33'tür. Öğrencilerin yaş aralıklarına göre yeme tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p=0,680>0,05).

Öğrencilerden 19 yaş ve altındakilerin ORTO-15 puanlarının ortalaması 38,83±0,42, 20-22 yaş aralığındaki öğrencilerin 38,39±0,28; 23-25 yaş aralığındaki öğrencilerin 39,12±0,80; 26 ve üzeri yaş aralığındaki öğrencilerin ise 38,67±0,88'dir. Öğrencilerin yaş aralıklarına göre ORTO-15 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p=0,872>0,05).

Araştırmaya dahil edilen 19 yaş ve altındaki öğrencilerin MOCI ölçeği puanlarının ortalaması 16,18±0,76; 20-22 yaş aralığındaki öğrencilerin 15,57±0,65; 23-25 yaş aralığındaki öğrencilerin 16,41±1,93; 26 ve üzeri yaş aralığındaki öğrencilerin ise 14,67±3,28'dir. Öğrencilerin yaş aralıklarına göre MOCI ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p=0,884>0,05).

## Öğrencilerin Yaşlarına Göre EAT-40 ve ORTO-15 Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablolardaki örneklem sıfırlarının fazlalığı nedeniyle Ki-kare analizi yapmak mümkün değildir. Bu nedenle yaş grupları yeniden sınıflanarak 19 ve altı, 20-22, 23 ve üzeri olarak incelenmiştir.

EAT-40 için 8 göznenin beklenen değeri 5'ten küçük (% 66,7) bulunmuştur. Bu nedenle Ki-kare analizi kullanılamaz. Bu durumda düzey birleştirmesi yapılsa bile problem ortadan kalmaz. Bunun yerine olabilirlik oran test istatistiği kullanılmıştır.

**Tablo 27. EAT-40 puanlarının yaş aralıklarına göre dağılımları**

Yaş	19 ve altı		20-22		23 ve üzeri		G2
	n	%	n	%	n	%	
EAT-40							
20 ve altı	59	98,3	115	92,0	19	95,0	0,166*
21 ve üzeri	1	1,7	10	8,0	1	5,0	

\* Olabilirlik oran test istatistiği kullanılmıştır.

Öğrencilerin EAT-40 puanları yaş gruplarına göre özetlenmiştir. 19 yaş ve altında olan öğrencilerin %1,7'sinde, 20-22 yaş grubunda olan öğrencilerinin %8'inde, 23 yaş ve üzerinde olan öğrencilerinse %5'inde EAT-40 puanı 21 ve üzeri olarak bulunmuştur. Yaş ile EAT-40 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı söylenebilir ( $p=0,166>0,05$ ).

**Tablo 28. ORTO-15 puanlarının yaş aralıklarına göre dağılımları**

Yaş	19 ve altı		20-22		23 ve üzeri		Ki- kare
	n	%	n	%	n	%	
ORTO-15							
40 ve altı	41	68,3	93	74,4	14	70,0	0,671
41 ve üzeri	19	31,7	32	25,6	6	30,0	

Öğrencilerin ORTO-15 puanları yaş gruplarına göre özetlenmiştir. 19 yaş ve altında olan öğrencilerin %68,3'ünde, 20-22 yaş grubunda olan öğrencilerinin %74,4'ünde, 23 ve üzeri yaş grubunda olan öğrencilerinse %70'inde ORTO-15 puanı 40 ve altı olarak bulunmuştur. Yaş ile ORTO-15 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı söylenebilir ( $p=0,671>0,05$ ).

## Öğrencilerin Aylık Harcama Miktarlarına Göre EAT-40, ORTO-15 ve MOCI Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Normallik testi sonuçlarına göre EAT-40 ve ORTO-15 puanlarının normal dağılım göstermediği, MOCI ölçeği puanlarının dağılımının ise normal dağılım gösterdiği %5 anlamlılık düzeyinde söylenebilir. EAT-40 ve ORTO-15 puanlarının dağılımı normal dağılım göstermediği için non-parametrik Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. MOCI ölçeği puanları için ise ANOVA yöntemi kullanılmıştır.

**Tablo 29. EAT-40 ve ORTO-15 puanlarının aylık harcama miktarına göre tanımlayıcı istatistikleri**

Aylık Harcama	500 ve altı	501-700	701-1000	1001 ve üzeri	Kruskal Wallis	
	Ort±St.Hata	Ort±St.Hata	Ort±St.Hata	Ort±St.Hata	X2	P
<b>EAT-40</b>	9,43±0,66	9,88±0,85	8,34±0,63	9,78±0,85	2,695	0,441
<b>ORTO-15</b>	38,85±0,35	38,65±0,52	38,38±0,48	38,19±0,49	1,747	0,627

\* Kruskal Wallis Testi

EAT-40 ve ORTO-15 puanları öğrencilerin aylık harcama miktarına göre özetlenmiştir. Ayda 500 TL ve altı harcama yapan öğrencilerin EAT-40 puanı ortalaması 9,43±0,66; ayda 501-700 TL arası harcama yapan öğrencilerin 9,88±0,85'tir. Ayda 701-1000 TL arası harcama yapan öğrencilerin EAT-40 puanı ortalaması 8,34±0,63 ve ayda 1001 TL ve üzeri harcama yapan öğrencilerin 9,78±0,85'tir. Öğrencilerin aylık harcama miktarları arasında EAT-40 puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,441>0,05$ ).

Ayda 500 TL ve altı harcama yapan öğrencilerin ORTO-15 puanı ortalaması 38,85±0,35'tir. Diğer harcama gruplarının ORTO-15 puanı ortalamaları da bu değere çok yakın bulunmuştur. Öğrencilerin aylık harcama miktarları arasında ORTO-15 puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,627>0,05$ ).

**Tablo 30. MOCI ölçeği puanlarının aylık harcama miktarına göre tanımlayıcı istatistikleri**

Aylık Harcama	500 ve altı	501-700	701-1000	1001 ve üzeri	ANOVA	
	Ort±St.Hata	Ort±St.Hata	Ort±St.Hata	Ort±St.Hata	X2	P
<b>MOCI</b>	16,77±0,76	16,43±1,08	13,90±0,97	15,64±1,16	1,730	0,124

Ayda 500 TL ve altı harcama yapan öğrencilerin MOCI ölçeği puanlarının ortalaması  $16,77 \pm 0,76$ 'dır. Ayda 701-1000 TL arası harcama yapan öğrencilerin MOCI ölçeği puan ortalaması  $13,90 \pm 0,97$ 'dir.

Yapılan varyansların homojenliği testi sonucunda Levene test istatistiği  $L=0,243$  olarak bulunmuştur. Bu durumda sınıflar için elde edilen varyansların homojen olduğu söylenebilir ( $p=0,867 > 0,05$ ). ANOVA yönteminin kullanabilmek için gerekli olan bir diğer varsayım olan varyansların homojenliği varsayımı da sağlanmıştır. ANOVA yöntemi sonucunda öğrencilerin harcama miktarları arasında MOCI ölçeği puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,124 > 0,05$ ).

### Öğrencilerin Aylık Harcama Miktarlarına Göre EAT-40 ve ORTO-15 Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 31. EAT-40 ve ORTO-15 puanlarının aylık harcama miktarına göre dağılımları

Aylık harcama	500 ve altı		501-700		701-1000		1001 ve üzeri		Ki-kare p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>EAT-40 risk değerlendirme</b>									
20 ve altı	74	93,7	37	92,5	48	96,0	34	94,4	0,909
21 ve üzeri	5	6,3	3	7,5	2	4,0	2	5,6	
<b>ORTO-15 risk değerlendirme</b>									
40 ve altı	57	72,2	26	65,0	37	74,0	28	77,8	0,643
41 ve üzeri	22	27,8	14	35,0	13	26,0	8	22,2	

Öğrencilerin aylık harcama miktarlarına göre EAT-40 ve ORTO-15 puanları özetlenmiştir. Aylık harcama miktarı 500 TL ve altı öğrencilerinin % 6,3'ünün, aylık harcama miktarı 501 ve 700 TL arası olanların % 7,5'inin, aylık harcama miktarı 701 ve 1000 TL arası olanların % 4'ünün ve 1001 TL ve üzerinde olanların % 5,6'sının EAT-40 puanı 21 ve üzeri olarak bulunmuştur. Harcama miktarı ile EAT-40 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı söylenebilir ( $p=0,909 > 0,05$ ).

Aylık harcama miktarı 500 TL ve altı öğrencilerinin % 72,2'sinin, aylık harcama miktarı 501 ve 700 TL arası olanların % 65'inin, aylık harcama miktarı 701 ve 1000 TL arası olanların % 74'ünün ve 1001 TL ve üzerinde olanların % 77,8'inin ORTO-15 puanı 40 ve altı olarak bulunmuştur. Harcama miktarı ile ORTO-15 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı söylenebilir ( $p=0,643 > 0,05$ ).

## Öğrencilerin EAT-40 İle ORTO-15 ve MOCI Puanlarının Değerlendirilmesi

Öğrencilerin EAT-40 puanı ile ORTO-15 ve MOCI ölçeği puanlarının değerlendirilmesi Spearman'ın sıra korelasyon katsayısı (rs) kullanılarak hesaplanmış ve özetlenmiştir.

Tablo 32. Öğrencilerin EAT-40 ile ORTO-15 ve MOCI ölçeği puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

Değişkenler	EAT-40	ORTO-15	MOCI
EAT-40	-	rs =-0,312 p=0,000*	rs =0,130 p=0,064
ORTO-15	rs=-0,312 p=0,000*	-	rs =-0,214 p=0,002*
MOCI	rs =0,130 p=0,064	rs =-0,214 p=0,002*	-

\*Spearman Korelasyon

EAT-40 puanı ile ORTO-15 puanı arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ve 0,312 birimlik bir ilişki tespit edilmiştir ( $p=0,00<0,05$ ). Yeme tutum puanı arttıkça, ORTO-15 puanı azalacaktır. ORTO-15 puanı ile MOCI ölçeği puanı arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ve 0,214 birimlik bir ilişki tespit edilmiştir ( $p=0,00<0,05$ ). ORTO-15 puanı arttıkça, MOCI ölçeği puanı azalacaktır. Yeme tutum puanı ile MOCI ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. ( $p=0,064>0,05$ )

### ORTO-15'e etki eden değişkenler

ORTO-15 puanına etki eden değişkenler saptamak amacıyla lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. ORTO-15 puanları 40 ve altı "Ortorektik", 41 ve üzeri "Normal" olmak üzere bağımlı değişken, Tablo 10 ve Tablo 11'de yer alan değişkenler bağımsız değişkenler olarak kabul edilmiştir. BKİ 18,49 kg/m<sup>2</sup> ve altı, 18,50 kg/m<sup>2</sup> ve üzeri olarak alınmıştır. Geriye doğru seçim işlemi uygulanmış ve  $p=0,772>0,05$  olarak modele uyum bulunmuştur. Modelin doğru sınıflanma oranı % 73'tür. Değişkenler, tahmin değerleri, standart hataları ve odds oranları Tablo 33'te özetlenmiştir.

**Tablo 33. Orto-15 puanına etki eden değişkenler, tahmin değerleri, standart hataları ve odds oranları**

Değişken	Tahmin	St.Hata	p	Odds oranı
Sabit	0,107	0,347	0,757	1,113
EAT-40	0,115	0,038	0,003	1,121
BKİ (kg/m2)	-0,845	0,421	0,045	0,429

İncelenen tüm değişkenlerden sadece BKİ değeri ve EAT-40 puanının ORTO-15 üzerinde etkili olduğu söylenebilir. BKİ değeri 18,50 ve üzeri olan bireylerde ORTO-15 puanının 40 ve altı olması olasılığı, BKİ değeri 18,49 kg/m2 ve altı olan bireylere göre 2,328 kat fazladır. Kişinin EAT-40 puanının bir birim artması, ORTO-15 puanının 40 ve altı olması olasılığını 1,121 kat arttırmaktadır. Bu doğrultuda elde edilen lojistik regresyonu model denklemi:

$$\pi_i = 0,107 + 0,115 * EAT40 - 0,5845 * BKI(18,49 \text{ ve altı})$$

Beden kütle indeksi 18,49 kg/m2 ve altı olan EAT-40 puanı 2 olan bir bireyin ORTO-15 puanının 40 ve altı olması olasılığı 0,375'dir ve en düşük olasılığa sahiptir. ORTO-15 puanının 40 ve altı çıkması olasılığı en yüksek olan grup ise, 0,985 olasılıkla BKİ değeri 18,50 kg/m2 ve üzeri, EAT-40 puanı ise 36 olan bir bireydir.

Genel olarak BKİ değeri 18,50 kg/m2 ve altı olan bireylerin EAT-40 puanı 6 ve altındaysa "Ortorektik" olması olasılığı 0,50'nin altındadır. Bunun yanı sıra, BKİ değeri 18,50 kg/m2 ve üzeri olan bireylerin EAT-40 puanı 19 ve üzerindeyse "Ortorektik" olması olasılığı 0,90'ın üzerindedir.

## 5. TARTIŞMA

Bu araştırmada Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde eğitimine devam eden Beslenme ve Diyetetik öğrencilerinde sağlıklı beslenme takıntısı durumlarının değerlendirilmesi yapılmıştır. Değerlendirmede Yeme Tutum Testi (EAT-40), ORTO-15 ve Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri (Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory-MOCI) gibi ölçekler ile öğrencilerin demografik özelliklerini içeren bir anket kullanılmıştır.

Araştırmaya 205 öğrenci katılmıştır. Katılan öğrencilerin genel özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; katılımcıların % 89,8'i kadın, %10,2'si erkektir. Öğrenciler 17-28 yaş grubundadır. Öğrencilerden % 46,3'lük çoğunluk yurttta kalmaktadır. Öğrencilerin % 38,5'inin aylık harcama miktarı 500 TL ve altı iken, % 17,6'sının 1001 TL ve üzerindedir (Tablo 10).

Erten ve Korkmaz, çalışmalarında bu araştırmadaki sonuçlara paralel olarak, öğrencilerin çoğunlukla yurttta kaldıklarını belirtmektedir (71, 72). Vançelik ve ark.'larının yaptığı bir başka çalışmada öğrenciler en fazla öğrenci evinde yaşarken ikinci olarak ise yurttta barınmaktadır (73). Kastamonu Üniversitesi öğrencilerindeki bir çalışmada ise % 32,9'u devlet yurdunda, % 26,6'sı özel yurttta, % 11,7'si ailesinin yanında, % 27,9'unun ise evde arkadaşlarıyla kaldıkları bulunmuştur (74).

Erkeklerin % 28,6'sının BKİ değeri 25,00 ile 29,99 kg/m<sup>2</sup> arasındayken, kadınların yalnızca % 3,8'inin BKİ'si 25,00 ile 29,99 kg/m<sup>2</sup> arasındadır (Tablo 12). Öğrencilerin BKİ değeri ortalaması 20,87±0,18'dir, araştırmaya katılan 205 kişiden 145 kadın (% 78,8) ve 15 erkeğin (% 7,2) BKİ değeri normal kabul edilen aralıktadır (Tablo 11).

Adölesan dönemi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin % 17,1'i zayıf, % 64,0'ü normal, % 18,9'u ise kilolu olarak belirlenmiştir (75). Ankara Üniversitesi'nde yürütülmüş 200 öğrencili çalışmada katılımcıların % 65,5'i normal, % 20'si şişman ve % 6,0'sı zayıf olarak bulunmuştur (76). Gazi Üniversitesi'nde yapılan bir başka çalışmada katılımcıların % 79,5'inin BKİ değeri normal sınırlarda bulunmuştur (77). Garibağaoğlu ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada öğrencilerin %80,5'i benzer şekilde normal kiloludur (78). Yılmaz ve Özkan'ın yaptığı çalışmada bu araştırmaya benzer şekilde öğrencilerin % 77,7'si normal kiloda saptanmıştır (79).

Dege'nin çalışmasında bireyler beden kitle indeksine göre değerlendirilmiş, erkeklerin % 89,5'i, kadınların ise % 83,0'ı 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup> aralığında bulunmuştur. BKİ'si 25,0-29,9 kg/m<sup>2</sup> olanlarda sırasıyla erkek ve kadın bireylerin oranı % 5,3 ve % 6,6'dır (80). Bu araştırmada da benzer şekilde öğrencilerin BKİ değerleri normal aralıktadır. Bu durumu araştırmanın Beslenme ve Diyetetik bölümü öğrencilerinde yürütülmüş olması etkilemektedir.

Literatüre göre ON açısından kadınlar ve ergenler daha yüksek risk grubundadır (26, 60). Cinsiyet faktörü açısından literatürde yeme bozukluklarının kadın popülasyonda erkeklere göre 8-12 defa daha sık görüldüğü saptanmıştır (81).

Araştırmada erkek öğrencilerde EAT-40 puanı ortalaması 9,10±0,91 iken kadınlarda 9,33±0,40'tır. EAT-40 puanları bakımından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,858>0,05$ ). Kadınlarda ORTO-15 puan ortalaması 38,53±0,24, erkeklerde ise 39,05±0,55'tir. ORTO-15 puanları bakımından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,590>0,05$ ). Kadın öğrencilerin MOCI ölçeği puan ortalaması 15,83±0,51, erkek öğrencilerin ise 15,62±1,31'dir. MOCI ölçeği puanları bakımından da benzer şekilde cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,981>0,05$ ) (Tablo 14).

Araştırmada kullanılan ölçeklerde cinsiyetler arasında bir farklılık bulunmamıştır. Sonuca araştırmanın Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencilerinde yürütülmüş olması bu nedenle de erkek katılımcı sayısının kadın katılımcı sayısından oldukça düşük olması neden olmuş olabilir. Buna bağlı olarak da literatürden farklı sonuçlar elde edilmesi beklenen bir durumdur.

Duran, sağlık yüksekokulu öğrencilerinde yaptığı çalışmada öğrencilerin EAT-40 puan ortalamasını 18,43±10,56 olarak bulmuş, ortoreksiya nervozayı ORTO-11 ölçeği ile inceleyerek puan ortalamasını 26,95±5,11 olarak saptamıştır (82). Arusoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında bu araştırmadaki gibi, cinsiyetler arası ORTO-15 ölçeğinde ortalama puanlar istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir (83). Aynı çalışmada YTT puan ortalamaları erkeklerde 91,71±11,81, kadınlarda ise 87,56±11,10 olarak bulunmuş ve iki grup ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemlilik göstermiştir (83). Arusoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında bu araştırmaya



benzer biçimde, cinsiyetler arasında MOCI ölçeği ortalamaları istatistiksel olarak önemli bir farklılık göstermemiştir (83).

ORTO-15 ölçeği kullanılarak Midwestern Üniversitesi lisans öğrencilerinde yapılan çalışmada ON eğilimi araştırılmıştır. Çalışma sonucunda kadınların erkeklerden daha sık ortoreksiya nervoza eğiliminde olduğu saptanmıştır (84). Polonya'daki 18-25 yaş grubundaki 283 kadın, 44 erkek üniversite öğrencisinde yapılan çalışmada ise ORTO-15 ölçeğine göre, kadınların % 68,55'inin, erkeklerin ise %43,18'inin ON eğiliminde olduğu tespit edilmiştir (85).

Kazkondü'nün çalışmasında erkek öğrencilerin kızlara göre daha fazla ortorektik eğilimler gösterdiği saptanmıştır (13). Mevcut araştırmaya benzer şekilde 2014 yılında Baş'ın 75 diyetisyenle yaptığı çalışmasında, cinsiyetler arasında ORTO-15 ortalamaları istatistiksel olarak önemli bir farklılık göstermemiştir (70).

Dege'nin 2017 yılında beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinde yaptığı çalışmada erkek öğrencilerin yeme tutum puanı ortalamaları  $11,21 \pm 5,37$ ; kadın öğrencilerin ise  $10,53 \pm 6,03$ 'tür. Erkeklerin ORTO-15 puan ortalamaları  $38,36 \pm 3,02$ ; kadınların  $39,40 \pm 3,42$ 'dir. Erkek öğrencilerin MOCI ölçeği puan ortalamaları  $10,47 \pm 5,64$ ; kadın öğrencilerin ise  $13,57 \pm 6,34$ 'tür (80). Dege'nin çalışma sonuçlarındaki gibi bu araştırmada da öğrencilerin yeme tutum, ORTO-15 ve MOCI ölçek ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Araştırmada kullanılan ölçekler ve cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunamamasını daha önce de belirtildiği gibi araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyet dağılımları etkilemiş olabilir.

Araştırmada EAT-40 puanları bakımından öğrenciler ve sınıfları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,251 > 0,05$ ). MOCI ölçeği puanları bakımından öğrencilerin sınıfları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p=0,005 < 0,05$ ) (Tablo 15). ORTO-15 puanları bakımından sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,162 > 0,05$ ) (Tablo 17).

Donini ve ark.'larının çalışmasında bireylerin ortorektik eğilimi ile eğitim süreleri arasındaki ilişkide eğitim düzeyi düşük olanlarda ortorektik eğilimin yüksek olduğu belirtilmiştir (59). Ancak bazı çalışmalarda da belirtildiği gibi ortorektik eğilimde eğitim durumu tek başına etkili değildir (86). Sağlık profesyonellerinin sağlıklı

beslenme takıntısının değerlendirildiği bir başka çalışmada ortorektik olanların eğitim süresi ile bu eğilimler arası ilişki istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır (87). Bu çalışmada da öğrencilerin sınıflarının artması, eğitim düzeylerindeki ilerleme bu çalışmaya benzer olarak istatistiksel olarak anlamsızdır.

Tablo 15'te MOCI ölçeği puanlarına göre öğrencilerin sınıflarının karşılaştırılması yapılmıştır. En yüksek ortalama 2. Sınıf öğrencilerinden elde edilmiş olup, puanlarının ortalaması  $17,98 \pm 0,83$ 'tür. MOCI ölçeği puanları bakımından öğrencilerin sınıfları arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir ( $p=0,005 < 0,05$ ). Sınıflar karşılaştırıldığında 1. ve 2. sınıf arasında, 1. ve 3. sınıf arasında, 3. ve 4. sınıf arasında MOCI ölçeği puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı söylenebilir ( $p > 0,05$ ) (Tablo 16).

Öğrencilerden 1. sınıfta olanların ORTO-15 puanlarının ortalaması  $10,50 \pm 0,98$  iken 4. sınıf öğrencilerinin  $8,21 \pm 0,53$ 'tür. Sınıflar arasında ORTO-15 puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,162 > 0,05$ ) (Tablo 17). Tablo 18'de 1. sınıf öğrencilerinin % 5,3'ünde, 2. sınıf öğrencilerinin % 3,9'unda, 3. sınıf öğrencilerinin % 10,3'ünde ve 4. sınıf öğrencilerinin % 3,4'ünde EAT-40 puanları 21 ve üzeri olarak gösterilmiştir.

Araştırmada BKİ değeri  $18,49 \text{ kg/m}^2$  ve altı olanların % 12,5'inin,  $18,50 \text{ kg/m}^2$  ve üzeri olanların % 4,6'sının EAT-40 puanı 21 ve üzeri olarak bulunmuştur. BKİ değeri ile EAT-40 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ( $p=0,097 > 0,05$ ) (Tablo 19). En yüksek EAT-40 puan ortalaması  $10,25 \pm 1,10$  ile BKİ değeri  $18,49 \text{ kg/m}^2$  ve altı olanların bulunduğu grup, en düşük ortalamalı grup ise fazla kilolu (BKİ  $25,00-29,99 \text{ kg/m}^2$ ) olanların bulunduğu gruptur (Tablo 21).

Arusoğlu ve ark.'larının yaptığı çalışmada BKİ arttıkça YTT puanlarında artış gözlenmiştir (83). Çalışmada normal ağırlıktakilerin yeme bozukluğu belirtileri göstermeleri diğer gruptakilerden önemli oranda yüksektir ( $p < 0,05$ ) (83). Bu verilere göre mevcut yapılan araştırma ile Arusoğlu ve ark.'larının yaptığı çalışma arasında sonuçlar benzerlik göstermemektedir.

Edirne'de beslenme ve diyetetik öğrencilerindeki bir çalışmada BKİ'si  $18,5 \text{ kg/m}^2$  altı olan öğrencilerin yeme tutum puan ortalamaları  $9,91 \pm 5,66$ ,  $18,5-24,9 \text{ kg/m}^2$

arasında olan öğrencilerin  $10,81\pm 6,0$ , 25-29,9 kg/m<sup>2</sup> arası olan öğrencilerin ise  $9,37\pm 5,70$  olarak bulunmuştur. Öğrencilerin BKİ'leri ile yeme tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bu araştırmadaki gibi bulunmamıştır (80).

ORTO-15 puanı 40 ve altı olanlar; BKİ değeri 18,49 kg/m<sup>2</sup> ve altı olanların %59,4'ü, 18,50-24,99 kg/m<sup>2</sup> olanların % 74,4'ü ve 25,00-29,99 kg/m<sup>2</sup> olanların ise %76,9'dur. Araştırmamızda BKİ değeri ile ORTO-15 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı söylenebilir ( $p=0,208>0,05$ ) (Tablo 20). BKİ değeri 18,50-24,99 kg/m<sup>2</sup> olan grup  $38,30\pm 0,25$  ortalama ile ORTO-15 puanları en düşük gruptur. ORTO-15 puanına göre öğrencilerin BKİ sınıfları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,098>0,05$ ) (Tablo 21).

Dege'nin çalışmasında BKİ'lerine göre ORTO-15 puanlarının dağılımları şu şekildedir; BKİ'si 18,5 kg/m<sup>2</sup> altında olan öğrencilerin ORTO-15 puan ortalamaları  $39,66\pm 2,74$ , 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup> arası olan öğrencilerin  $39,12\pm 4,7$ , 25-29,9 kg/m<sup>2</sup> arası olan öğrencilerin ise  $40,25\pm 3,10$ 'dur (80). Bu araştırmaya benzer biçimde öğrencilerin BKİ gruplarına göre ORTO-15 puanında farklılık bulunmamıştır. Bu duruma, araştırmanın beslenme ve diyetetik eğitimi alan öğrencilerde uygulanmış olması ve ankete katılan öğrencilerin çoğunluğunun normal ağırlıkta olması neden olmuş olabilir.

MOCI ölçeği puanlarına göre BKİ sınıfları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p=0,019>0,05$ ) (Tablo 21). İkili karşılaştırmalar sonucunda benzer özellik gösteren ve farklı olan BKİ aralığı saptanmıştır (Tablo 22). Araştırmamızdan farklı olarak; 2016 yılında yapılan bir çalışmada spor salonundaki düzenli spora devam eden bireylerin BKİ'leri ile MOCI ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna erişilmiştir (88).

Öğrenci evinde kalanların % 4,7'sinin, aile yanında kalanların % 6'sının, yurttan kalanların ise % 6,3'ünün EAT-40 puanı 21 ve üzerindedir ( $p=0,927>0,05$ ) (Tablo 24). Öğrenci evinde kalanların % 76,7'sinin, aile yanında kalanların % 76,1'inin, yurttan kalanların ise % 67,4'ünün Orto-15 puanı 40 ve altındadır ( $p=0,357>0,05$ ) (Tablo 25). Öğrencilerin kaldıkları yere göre EAT-40 ( $p=0,937>0,05$ ), Orto-15 ( $p=0,191>0,05$ ) ve MOCI ölçeği ( $p=0,154>0,05$ ) puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 23).

Özenoğlu ve arkadaşının çalışmasında da benzer şekilde yaşanan yere göre ortoreksiya nervoza durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (89). Bir başka çalışmada yurttan veya evde kalan üniversite öğrencilerinin ortoreksiya nervoza durumları araştırılmıştır. Evde kalan öğrencilerin ortoreksiya puanları yurttan kalanlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Buna göre evde kalan öğrencilerin yurttan kalan öğrencilere göre daha fazla ortorektik eğilimler göstermekte olduğu sonucuna varılmıştır (13).

Öğrencilerin en yüksek EAT-40 puanı ortalaması  $9,77 \pm 0,52$  ortalama ile 20-22 yaş aralığındaki öğrencilerin buldukları gruptur. En yüksek ORTO-15 puan ortalaması ( $39,12 \pm 0,80$ ) ve MOCI puan ortalaması ( $16,41 \pm 1,93$ ) 23-25 yaş grubu olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin yaş aralıklarına göre yeme tutum puanları ( $p=0,680 > 0,05$ ), MOCI ölçeği puanları ( $p=0,884 > 0,05$ ) ve ORTO-15 puanları ( $p=0,872 > 0,05$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 26). 19 yaş ve altında olan öğrencilerin % 1,7'sinde, 20-22 yaş grubunda olan öğrencilerinin % 8'inde, 23 yaş ve üzerinde olan öğrencilerinse % 5'inde EAT-40 puanı 21 ve üzerindedir ( $p=0,166 > 0,05$ ) (Tablo 27). 19 yaş ve altında olan öğrencilerin % 68,3'ünde, 20-22 yaş grubunda olan öğrencilerinin % 74,4'ünde, 23 ve üzeri yaş grubunda olan öğrencilerinse % 70'inde ORTO-15 puanı 40 ve altı olarak bulunmuştur ( $p=0,671 > 0,05$ ) (Tablo 28).

Kazkondu ve ark.'ları üniversite öğrencilerinin farklı yaş gruplarında yeme tutumu durumlarını bir çalışma ile karşılaştırılmıştır. Aritmetik ortalamalar arasında farklılıklar bulunmuştur. 30-42 yaş aralığındaki üniversite öğrencilerinin en düşük yeme bozukluğu riskini taşıdıkları saptanmıştır. Tek-yönlü varyans analizi ile ortalamaların farklılıklarında anlamlılığın varlığı değerlendirilmiş bunun sonucunda farklı yaş grubundaki üniversite öğrencilerinin yeme tutumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $F=,735$ ,  $p > 0,05$ ). Kazkondu ve ark.'ları tarafından yapılan bu çalışmada üniversite öğrencilerinin yaş ortalamasının arttıkça yeme bozukluğu riskinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (13). Yaptığımız çalışmada yaş grupları ile ilgili benzer bir sonuca ulaşılmamıştır.

Bu çalışmada öğrencilerin aylık harcama miktarları arasında EAT-40 puanları ( $p=0,441 > 0,05$ ) ve ORTO-15 puanları ( $p=0,627 > 0,05$ ) bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 29). ANOVA yöntemi ile öğrencilerin harcama miktarları ile MOCI ölçeği puanları istatistiksel olarak değerlendirilip, diğer

ölçeklerdekine benzer şekilde aylık harcama düzeyi ile anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,124>0,05$ ) (Tablo 30). Harcama miktarı ile EAT-40 puanları ( $p=0,909>0,05$ ); harcama miktarı ile ORTO-15 puanları ( $p=0,643>0,05$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı söylenebilir (Tablo 31).

Araştırmada EAT-40 arttıkça, ORTO-15 puanı azalmıştır. EAT-40 puanı ile ORTO-15 puanı arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlılık söz konusudur ve 0,312 birimlik bir ilişki tespit edilmiştir ( $p=0,00<0,05$ ). ORTO-15 puanı ile MOCI ölçeği puanı arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,00<0,05$ ). EAT-40 puanı ile MOCI ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ( $p=0,064>0,05$ ) (Tablo 32).

Arusoglu'nun yaptığı bir çalışmada orto değişkeni ile obsesif kompulsif bozukluk ve EAT-40 testi arasında doğru orantı saptanmıştır. Çalışmada orto eğilimi arttıkça diğer yeme bozukluklarına olan eğilim artmaktadır. Aynı çalışmada MOCI puanı ile ortoreksiyaya eğilim değerlendirildiğinde; orto değişkeni ile EAT-40 arasında doğru orantılı saptanmıştır (83).

Dege'nin çalışmasında, bireylerin EAT-40 puanı ile ORTO-15 ve MOCI puanlarının değerlendirilmesine bakılmış EAT-40 puanı ile ORTO-15 puanı arasında, ORTO-15 puanı ile MOCI puanı arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir. Çalışmaya göre yeme tutum puanı arttıkça, ORTO-15 puanı bizim araştırmamızdaki gibi azalmaktadır (80). Ayrıca Dege'nin çalışmasında bireylerin ORTO -15 puanı arttıkça MOCI puanı azalmaktadır (80). Mevcut araştırmanın sonuçları ile benzer şekildedir. EAT-40 puanının artması yeme davranış bozukluğuna eğilimi artırırken ORTO-15 puanındaki azalma ortorektik eğilimi artırmaktadır. Literatüre göre ortoreksiya nervozanın bir yeme bozukluğu olduğu düşünüldüğünde anlamlı bir sonuç elde edilmesi beklenen bir durumdur. MOCI ve ORTO-15 ölçeği puanları arasındaki negatif yönlü ilişki ortoreksiya nervozanın obsesif kompulsif bozukluklara benzer tablo göstermesinden kaynaklanmaktadır.

Araştırmada incelenen tüm değişkenlerden sadece BKİ değeri ve EAT-40 puanının ORTO-15 üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (Tablo 33). Arusoglu çalışmasında ise orto değişkeni ile yaş, OKB, YTT ve BKİ doğru orantılı olarak saptanmıştır. Ortorektik eğilim arttıkça, diğer yeme bozukluklarına olan eğilim

artmaktadır. Yaş ilerledikçe ve BKİ'de artış görüldükçe ortoreksiya nervoza belirtileri artmıştır. Çalışmaya göre eğitim süresindeki artış, ortoreksiya nervozaya olan yatkınlığı azaltmaktadır (83).



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde öğrenim gören öğrencilerde sağlıklı yeme takıntısının belirlenmesi amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür.

Araştırmada elde edilen sonuçlar ve öneriler aşağıdaki gibidir:

- Çalışmaya 205 öğrenci katılmıştır. Öğrencilerin % 89,8'i kadın, % 10,2'si erkektir.
- Araştırmaya katılan öğrenciler 17-28 yaş aralığındadır. Öğrencilerin yaş ortalaması  $20,46 \pm 0,12$ 'dir. Katılımcıların çoğunluğu 20-22 yaş aralığında bulunmaktadır. Çalışmaya katılanların % 78'inin BKİ değeri 18,50-24,99 kg/m<sup>2</sup> aralığındadır. Öğrencilerden 43'ü öğrenci evinde 67'si ailesiyle ve 95'i yurttta kalmaktadır.
- Araştırmaya katılan yeme bozukluğu yönünden risk grubunda bulunmayan EAT-40 testinden 20 puan ve altında alan 193 kişi bulunmaktadır. ORTO-15 testinde 41 ve üzerinde puan alan 57 kişi bulunmaktadır. Bu grup ON açısından risk grubunda bulunmamaktadır.
- Çalışmaya katılan öğrencilerin % 94,1'inin EAT-40 puanı 20 ve altı iken yalnızca % 0,5'inin EAT-40 puanı 31 ve üzeridir. Erkek öğrencilerin EAT-40 puanı ortalaması  $9,10 \pm 0,91$ , kadın öğrencilerin ise  $9,33 \pm 0,40$ 'tır. Kadınların EAT-40 puan ortalamaları erkeklerden fazla bulunmuştur. Ancak EAT-40 puan ortalamaları cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmamaktadır ( $p=0,858 > 0,05$ ).
- Çalışmaya katılan kadınların % 94'ünde, erkeklerin ise % 95,2'sinde EAT-40 puanları 20 ve altı olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan kadınların % 6'sında, erkeklerin % 4,8'inde EAT-40 puanı 21 ve üzeri bulunmuştur ( $p=0,646 > 0,05$ ).
- Öğrencilerin MOCI ölçeği puan ortalaması  $15,80 \pm 0,48$ 'dir. Cinsiyetlere göre MOCI ölçeği puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakla ( $p=0,981 > 0,05$ ) birlikte kadınların MOCI ölçeği puan ortalaması  $15,83 \pm 0,51$ , erkeklerin  $15,62 \pm 1,31$ 'dir.

- ORTO-15 ortalama puanlarının <40 olması durumunda kişilerin “ortorektik” eğilimleri olduğu söylenebilir. Çalışmamıza göre öğrencilerin % 72,2’sinin ORTO-15 puanı 40 ve altındadır ve ortorektik eğilimlidir. Kadın öğrencilerin ORTO-15 puan ortalaması  $38,53 \pm 0,24$ , erkek öğrencilerin ise  $39,05 \pm 0,55$ ’tir. ORTO-15 puanları bakımından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p=0,590 > 0,05$ ).

- Kadınların % 72,3’ünün, erkeklerinse % 71,4’ünün ORTO-15 puanı değerlendirmesine göre ortorektiktir, 40 ve altı puan almıştır ( $p=0,934 > 0,05$ ).

- BKİ değeri  $18,49 \text{ kg/m}^2$  ve altı olanların % 87,5’inin,  $18,50 \text{ kg/m}^2$  ve üzeri olanların % 95,4’ünün EAT-40 değerlendirmesinde yeme bozukluğu açısından “düşük risk” sınıftadır ( $p=0,097 > 0,05$ ).

- BKİ değeri  $18,49 \text{ kg/m}^2$  ve altı olanların % 59,4’ünün,  $18,50-24,99 \text{ kg/m}^2$  olanların % 74,4’ünün ve  $25,00-29,99 \text{ kg/m}^2$  olanların ise % 76,9’unun ORTO-15 puanı 40 ve altı olarak bulunmuştur ( $p=0,208 > 0,05$ ).

- 19 yaş ve altında olan öğrencilerin 41’inde, 20-22 yaş grubunda olan öğrencilerinin 93’ünde, 23 ve üzeri yaş grubunda olan öğrencilerinse 14’ünde ORTO-15 puanı 40 ve altındadır ( $p=0,671 > 0,05$ ).

- Araştırmaya göre EAT-40 puanı arttıkça, ORTO-15 puanı azalacaktır. EAT-40 puanı ile ORTO-15 puanı arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir ( $p=0,00 < 0,05$ ).

- Araştırma sonuçları ORTO-15 puanındaki artışın, MOCI ölçeği puanında azalmaya neden olacağını belirlemiştir. ORTO-15 puanı ile MOCI ölçeği puanı arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ve 0,214 birimlik bir ilişki tespit edilmiştir ( $p=0,00 < 0,05$ ).

Ortoreksiya nervoza tüketilen yiyeceğin kalitesi, saflığı ve sağlıklı beslenme konusunda aşırı uğraşın ön planda olduğu literatürde yerini almaya başlayan bir yeme bozukluğu tipidir. Ortoreksiya nervoza yeme bozukluğu olan birey sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Konu üzerinde yapılan araştırmalar önümüzdeki yıllarda da ortorektik bireylerin sayısında artış olacağını göstermektedir.



ORTO-15 ölçeğinin geçerliğinin iç tutarlılık katsayısını 0,44 olarak bulunmuş olup Arusoğlu çalışmasında (11) ORTO-15 testinin ortoreksiya nervozada güvenilir bir araç olarak kabul edilebilmesi için yeniden değerlendirilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Kültürel farkları da yansıtabilecek uluslararası geçerliliği olan bir ölçeğin hazırlanması ON açısından önemlidir. Henüz bir yeme bozukluğu olarak kabul görmemesi DSM-5 tanı kriterleri arasında bulunmaması, yapılan çalışmadaki yetersizlikler arasındadır.

Ortorektik bireyler sağlıklı beslenme konusunda katı kurallarla aşırı uğraşırlar. Zamanlarının büyük bir çoğunluğunu yeme ile ilgili düşünceler kaplamaktadır. Bu durum da sosyal işlevlerin bozulmasına yol açmaktadır. ON bu yönüyle obsesif kompulsif bozuklukla benzerlik göstermektedir. Bu belirtileri gösteren kişilerde diyet tedavisinin yanında profesyonel kişilerle psikolojik danışmanlık desteğinin verilmesi tedavide önemlidir. Ortorektik bireylerde multidisipliner bir şekilde planlanacak tedavi başarı açısından önem taşımaktadır.

Yapılan mevcut araştırmalara göre, başta yeme bozukluğu yönünden risk grubunda bulunan kadınlar, adölesanlar, spor yapan bireyler, tıp öğrencileri, sağlık çalışanları ve diyetisyenler olmak üzere, bireyler yeme bozuklukları ve sonuçları hakkında halk sağlığı eğitimleri kapsamında uzman kişiler tarafından bilgilendirilmelidir. Okullarda yeterli ve dengeli beslenme, kahvaltının önemi, fast food tüketimi hakkında veli, öğretmen ve öğrenci bilgilendirmesi yapılmalıdır. Kantin satışları ve yemekhane menüleri ile ilgili Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı'nın işbirliğinde yeni projeler başlatılmalı, mevcut projelerin denetimi sıklaştırılmalıdır. Medyanın beden algısı bozukluğu, yeme takıntılarının oluşması ve gelişmesindeki rolü gözardı edilmemelidir. Medyada yer alan yiyecek reklamlarının denetlenmesi ve beslenme ile ilgili programlarda yansız, doğru bilgiler verilmesi ve konusunda uzman kişiler tarafından sağlıklı beslenme hakkında farkındalık oluşturulmalıdır.

## 7. KAYNAKÇA

1. Baysal A, Aksoy M, Besler T, Bozkurt N, Keçecioğlu S, Mercanlıgil SM, Kutluay-Merdol T, Pekcan G, Yıldız E. *Diyet El Kitabı*, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 2008.
2. Baysal A. *Beslenme*, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 2011.
3. Arlı M, Kınacı B, Özgen L. “Ergenlerin yeme tutum ve davranışları” , *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2012, 1(45); 229-247.
4. Ünal D, Öztöp B D, Elmalı F, Öztürk A, Konak D, Pırlak B, Güneş D. “Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki”, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2009, 16(2); 75-81.
5. Vardar E, Erzen M. “Ergenlerde yeme bozuklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları iki aşamalı toplum merkezli bir çalışma”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2011, 22(4); 205-212.
6. Hoek HW. “Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders”, *Curr Opin Psychiatry*, 2006, 19(4); 389-94.
7. Makino M, Tsuboi K, Dennerstein L. “Prevalence of eating disorders: A comparison of Western and non-Western countries”, *MedGenMed*, 2004, 27(3); 49.
8. Rubin B, Gluck ME, Knoll CM ve ark., “Comparison of eating disorders and body image disturbances between Eastern and Western countries”, *Eat Weight Disord*, 2008, 13(2): 73-80.
9. Hocaoğlu Ç, Toker DE, “Yeme bozuklukları ve aile yapısı: bir gözden geçirme”, *Düşünen Adam*, 2009;22(1-4):36-42.
10. American Psychiatric Association. “Diagnostic and statistical manual of mental disorders”  
[https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=-JivBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT18&dq=Diagnostic+and+statistical+manual+of+mental+disorders&ots=ceOM1-JLB9&sig=oPZFgHfX\\_GRvzn5smGhCx-8XkrM&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders&f=false](https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=-JivBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT18&dq=Diagnostic+and+statistical+manual+of+mental+disorders&ots=ceOM1-JLB9&sig=oPZFgHfX_GRvzn5smGhCx-8XkrM&redir_esc=y#v=onepage&q=Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders&f=false) , 2013. Erişim Tarihi: 2 Aralık 2017

11. Arusoğlu G, *Sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya) belirtilerinin incelenmesi, Orto-15 ölçeğinin uyarlanması* (Tez). Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Diyetetik Programı Yüksek Lisans Tezi; 2006 .
12. Cartwright MM. "Eating disorder emergencies: understanding the medical complexities of the hospitalized eating disordered patient", *Crit Care Nurs Clin North America*, 2004, 16(4); 515-30.
13. Kazkondu İ, *Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) belirtilerinin incelenmesi* (Tez). Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü Aile Ekonomisi ve Beslenme Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2010.
14. Ergin G, *Sağlık personeli olan ve olmayan bireylerde ortoreksiya nervosa sıklığı araştırması* (Tez). Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı; 2014.
15. Güneş Z, *Spor ve Beslenme Antrenör ve Sporcu El Kitabı*, 6. Baskı, Nobel Yayınevi, Ankara, 2013.
16. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. *Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2004.
17. Baysal A, Kutluay T, *Toplu Beslenme Yapılan Kurumlar İçin Yemek Planlama Kuralları ve Yıllık Yemek Listeleri*, 4. Baskı, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 2010.
18. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. *Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2015.
19. Gümüşler A. *Rize ili Çayeli ilçesindeki lise öğrencilerinde obezite sıklığı ve beslenme alışkanlıkları* (Tez), Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2006.
20. İktisadi Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. *Ulusal Gıda ve Beslenme Eylem Planı (Ulusal Gıda ve Beslenme Stratejisi Çalışma Grubu Raporu I. Aşama Çalışması Eki İle)*, Devlet Planlama Teşkilatı, Ankara, 2003, 2670; 40-53.

21. Sormaz Ü, Şanlıer N. “Yiyecek ve içecek hizmetleri bölümü çırak öğrencilerin öğün tüketimi ve sağlık sorunlarının değerlendirilmesi”, *Kastamonu Üniversitesi Kastamonu Dergisi* 2013, 23(4); 1619-1632.
22. Yılmaz E, Yılmaz İ, Uran H. “Gıda maddeleri tüketiminde medyanın rolü: Tekirdağ il örneği”, *Gıda Teknolojileri Elektronik Dergisi*, 2007, 2(3); 9-14.
23. Baysal A, *Beslenme*, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 1993.
24. Akdevelioğlu Y. “Banka çalışanlarının beslenme durumlarının değerlendirilmesi”, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 3(1); 1-2.
25. Arlı M, Şanlıer N, Küçükkömürler S, Yaman M. *Anne ve Çocuk Beslenmesi Besin Piramidi*, Pegem Akademi, Ankara, 2005.
26. Mathieu J. “What is orthorexia?”, *Journal of the American Dietetic Association*, 2005, 105(10); 1510-1512.
27. Fairburn CD, Harrison PJ. “Eating disorders”, *Lancet*, 2003; 361:407-16.
28. American Psychiatric Association (APA). “*Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (4th Ed.)*”, Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
29. Davison GC. , Neale J M. *Anormal Psikolojisi*, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, No:29, 2004.
30. Tanrıverdi D, Savaş E, Gönüllüoğlu N, Kurdal E, Balık G. “Lise öğrencilerinin yeme tutumları, yeme davranışları ve benlik saygılarının incelenmesi”, *Gaziantep Tıp Dergisi*, 2011, 17(1): 33-39.
31. Van Son, G.E., et al., “Urbanisation and the incidence of eating disorders”, *The British Journal of Psychiatry*, 2006, 189(6): p. 562-563.
32. Bozan N. *Hollanda yeme davranışı (Debq) anketinin Türk üniversite öğrencilerinde geçerlik ve güvenilirliğinin sınanması (Tez)*. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Beslenme ve Diyetetik Programı Yüksek Lisans Tezi; 2009.

33. Semiz M , Kavakcı Ö , Yağız A ,Yontar G , Kugu N. “Sivas il merkezinde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve eşlik eden psikiyatrik tanılar”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2012; 23.
34. Köroğlu E. *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*, Hby Yayıncılık, Ankara, 2013.
35. Ateşçi F, Oğuzhanoglu NK, Özdel O. “Bir anoreksiya nervosa olgusu ve bu olguya farmakoterapi ile birlikte psikodrama teknikleri ile yaklaşım”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2003, 14(2): 153-159.
36. Güney E , Kuruoğlu AÇ. “Yeme bozukluklarında beyin görüntüleme yöntemleri”, *Klinik Psikiyatri*, 2007, 10(2); 93-101.
37. Ercan A. “Yeme Bozuklukları” ALPHAN E. *Hastalıklarda Beslenme Tedavisi*, Hatiboğlu Yayınları, Ankara, 2013.
38. Özkahya KD. *Online diyet alan yetişkin bireylerde ortoreksiya nervoza ve ilişkili parametrelerin değerlendirilmesi* (Tez). Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2015.
39. APA, “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed.-Text Revision (DSM-IV-TR)*”. Washington D.C., American Psychiatric Association, 2000.
40. Yager J, Devlin MJ, Halmi KA, Herzog DB, Mitchell III JE, Powers P, Zerbe KJ. “Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders”, *American Psychiatric Publishing*, 2006.
41. Steinhausen H.C. “The Course and outcome of anorexia nervosa. In: eating disorders and obesity”, *New York: The Guilford Press*, 1995; Vol:41:234-237.
42. Ünal F, Özusta Ş. “Yeme Bozukluklarında Gidiş ve Sonlanım”, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları:1 Ergenlik Döneminde Beslenme ve Yeme Bozuklukları* , 1997:69-76.
43. Steinhausen H.C. “The outcome of anorexia nervosa in 20th century”, *Am. J. Psychiatry*, 2002; 159: 1284-1293.

44. Dahlmann B.H, Müller B, Herpertz S,( Heussen N.), Hebebrand J, (Remschmidt H.). “Prospective 10-Year Follow-up in Adolescent Anorexia Nervosa: Course, Outcome, Psychiatric Comorbidity, and Psychosocial Adaptation”, *J. Child Psychology Psychiatry*, 2001; 42(5): 603-612.
45. Kring MK, Johnson SL, Davison G, Neale J. *Anormal Psikoloji*, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 2015.
46. Elliott J, Place M. “Children in difficult: a guide to understanding and helping”, *Routledgei United Kingdom*, 2012.
47. Aydın A, Maner F. “Bulimiya Nervozada Psikososyokültürel Etmenler”, *Düşünen Adam*; 2007;20(1): 25-37.
48. Öztürk O, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 11. Baskı, Ankara, 2008.
49. Dell’Osso L, Abelli M, Carpita B, Pini S, Castellini G, Carmassi C, Ricca V. “Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive-compulsive spectrum”, *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2016, 12; 1651-1660.
50. Arıca SG, Arıca V, Arı M, Özer C. “Adolesanda Yeme Bozuklukları”, 2011. <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/183564> , Erişim Tarihi: 10 Ekim 2017
51. Baş M. “Diyetsel Yaklaşım ve Ağırlık Yönetimi İlişkisi”. Baysal A, Baş M. *Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi*, Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını, İstanbul, 2008.
52. Robinson A. “Integrative Response Therapy for Binge Eating Disorder”, *Cogn Behav Pract*, 2013, 20(1): 93-105.
53. Werne J. *Yeme Bozuklukları Terapisi*, Prestij Yayınları; 2008.
54. Bayraktar F. “Aşırı Yeme Bozuklukları”, *Türkiye Klinikleri J Endocrin*, 2009, 2(3):25-9.
55. Orlist SRJ RPM. “Helping Children With Eating Disorders: Quintessential Research on Etiology, Prevention, Assessment, and Treatment”, Sandoval J. *Handbook of Crisis Counseling, Intervention, and Prevention in the Schools*, New Jersey, 2002.

56. Uskun E, Sabapli A. "The relationship between body image and eating attitudes of secondary school students", *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2013.
57. Turan Ş, Poyraz C, Özdemir A. "Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2015, 7(4); 419-435.
58. Bratman S, Knight D. "*Health Food Junkies: Overcoming the Obsession with Healthful Eating*", Broadway Books, New York, 2000.
59. 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); 151-157.
60. Zamora MLC, Bonaecha BB, Sanchez GF, Rial BR. "Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder?", *Actas Esp Psiquiatr*, 2005; 33(1): 666- 668.
61. Kratina K. "*Orthorexia Nervosa. National Eating Disorders Association (NEDA)*", 2006: 1-2.
62. Bratman S, "Original Orthorexia Essay, The Health Food Eating Disorder". <http://www.orthorexia.com/original-orthorexia-essay/> , Erişim Tarihi: 22 Ekim 2017
63. Aksoy M. *Beslenme Biyokimyası*, Hatipoğlu Yayınları, Ankara, 2000.
64. WHO expert consultation. "Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies", *The Lancet*, 2004, 363; 157-163.
65. Talwar P. "Factorial analysis of the eating attitude test (EAT-40) among a group of Malaysian University students", *The Malaysian Journal of Psychiatry*, 2011, 20(2); 1-19.
66. Altuğ A, Elal G, Slade P, Tekcan A. "The eating attitudes test (EAT) in Turkish university students: relationship with sociodemographic, social and individual variables", *Eating and weight disorders*, 2000, 5(3); 152-160.
67. Şanlıer N, Yassıbaş E, Bilici S, Şahin G, Çelik B. "Does the rise in eating disorders lead to increasing risk of orthorexia nervosa? Correlations with gender, education, and body mass index", *Ecol Food Nutrition*, 2016, 55(3); 266-278.

68. Hodgson RJ, Rachman S. "Obsessional-compulsive complaints", *Behavior Research and Therapy*, 1977, 15; 389-395.
69. Erol A, Toprak G, Yazıcı F. "Üniversite öğrencisi kadınlarda yeme bozukluğu ve genel psikolojik belirtileri yordayan etkenler", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2002, 13(1); 48-57.
70. Baş Y. *Diyetisyenlerde sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya nervoza) ve yeme tutumlarının saptanması* (Tez). Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2014.
71. Erten M. *Adıyaman ilinde eğitim gören üniversite öğrencilerinin beslenme bilgilerinin ve alışkanlıklarının araştırılması* (Tez), Gazi Üniversitesi, Aile Ekonomisi ve Beslenme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2006.
72. Korkmaz NH. "Uludağ Üniversitesi Öğrencilerinin spor yapma ve beslenme alışkanlıklarının incelenmesi", *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2010, 23(2): 399-413.
73. Vançelik S, Önal SG, Güraksın A, Beyhun E. "Üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi ve alışkanlıkları ile ilişkili faktörler", *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007, 6(4): 242-248.
74. Tütüncü İ, Karaismailoğlu E. "Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi", *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi*, 2013, 6(3), 29-42.
75. Sarı Altıntop A.M. *Adölesan Dönemdeki Kız Öğrencilerde Ortoreksiya (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) Görülme Sıklığı* (Tez). Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2016.
76. Yılmaz B. *Ankara Üniversitesi'ndeki öğrencilerin beslenme durumları, fiziksel aktiviteleri, beden kütle indeksleri ve kan lipitleri arasındaki ilişkiler* (Tez). Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; 2007.
77. Akdevelioglu Y, Gümüş H. "Eating Disorders and Body Image Perception among University Students", *Pakistan Journal of Nutrition*, 2010, 9(12): 1187- 1191.



78. Garibağaoğlu M, Mergen Ö, Öner N. “Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu öğrencilerinin ağırlık durumları ile beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi”, *İst Tıp Fak Derg*, 2005, 68(3): 64-70.
79. Yılmaz E, Özkan S. “Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının incelenmesi”, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2007, 2 (6):87-104.
80. Dege G. *Beslenme ve Diyetetik Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervozanın Saptanması* (Tez) Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2017.
81. Morris MN, Clark C, Silliman K, 2014. “Prevalence of orthorexia nervosa among students at a rural university”, *The FASEB Journal*, 2014, 28(1), Supplement 1021.10.
82. Duran S. “Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) riski ve etkileyen faktörler”, *Pam Tıp Derg*, 2016, 9(3):220-226.
83. Arusoğlu G, Kabakçı E, Köksal G, Merdol TK. “Orthorexia nervosa and adaptation of ORTO-11 into Turkish”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2006, 19(1); 1-9.
84. Meister SE. “*The occurrence of highly sensitive attitudes and behaviors toward eating among undergraduate students at a Midwestern University*”, Northern Illinois University, 2010.
85. 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”, *Journal of Eating Disorders*, 2015, 3: 2-2.
86. Varga M, Dukay-Szabó S, Túry F, van Furth EF. “Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa”, *Eat Weight Disord*, 2013, 18(2): 103-111.
87. Acar Tek N , Ermumcu Karaçıl MŞ. “Sağlık profesyonellerinde sağlıklı beslenme kaygısı: ortoreksiya nervoza (On)”, *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* , 2016, 1(2): 59-71.
88. Müge T. *Spor salonunda düzenli spor yapan kişilerin ortoreksiya nervoza belirtileri ile beden algısı arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Tez). Beykent Üniversitesi, Sosyal

Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2016.

89. Özenoğlu A, Dege G. “Üniversite gençliğinde yeme bozukluğunun yordayıcıları olarak benlik saygısı ve beslenme eğitiminin ortoreksiya nervoza gelişmesi üzerine etkisi”, *Bozok Tıp Derg*, 2015, 5(3): 5-14.



## 8. EKLER

### EK-1 Anket Formu

#### BESLENME VE DİYETETİK BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIKLI BESLENME TAKINTISININ(ORTOREKSİYA NERVOSA) DEĞERLENDİRİLMESİ ANKET SORULARI

ANKET NO:.....

Sayın Katılımcı,

Bu anket, Okan Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Dyt. Zeynep KAYA tarafından Yrd. Doç. Dr. Mehmet AKMAN danışmanlığında "Beslenme ve Diyetetik Bölümü Öğrencilerinde Sağlıklı Yeme Takıntısının(ortoreksiya nevroza) Saptanması" amacıyla hazırlanmıştır. Anket ; Demografik Özellikler, Yeme Tutum Testi, Maudsley Obesif Kompulsif Belirti Ölçeği ve Orto-15 Testi olmak üzere 4 bölümden oluşmaktadır. Araştırmaya katılımınız durumunda size ait her türlü tıbbi bilgi gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Katılım gönüllülük esasına dayalı olup, araştırmada yer almanız için öngörülen süre 15 dakikadır. Bu çalışmaya katıldığınız ve sorularımızı içtenlikle yanıtladığınız için teşekkür ederim.

Dyt Zeynep KAYA

#### A. DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. CİNSİYETİNİZ: a. Kadın b. Erkek
2. YAŞINIZ: .....
3. KALDIĞINIZ YER: a. Öğrenci Evi b. Aile evi c. Yurt
4. SINIFINIZ:.....
5. AYLIK KİŞİSEL HARCAMA DÜZEYİ: .....Tl.
6. Antropometrik Ölçümler:

BOY(cm)	AĞIRLIK (Kg)	BKI

## B. YEME TUTUM TESTİ

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size en uygun gelen kutu içine (X) işareti koyunuz. Örneğin "Çikolata yemek hoşuma gider" cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa "hiçbir zaman" yazılı kutu içine (X) işareti koyunuz; her zaman hoşunuza gidiyor ise "daima"nın altını (X) ile işaretleyiniz

	Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem						
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4. Şişmanlıktan ödüm kopar.						
5. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.						
6. Aklım fikrim yemektedir.						
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar oldu.						
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.						
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissedirim.						
12. Ailem fazla yememi bekler.						
13. Yemek yedikten sonra kusarım.						
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz yaparım.						
17. Günde birkaç kez tartılırım.						
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.						
19. Et yemekten hoşlanırım.						

	Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
20. Sabahları erken uyanırım.						
21. Günlerce aynı yemeği yerim.						
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						
23. Adetlerim düzenlidir.						
24. Başkaları zayıf olduğumu düşünür.						
25. Şişmanlayacağım (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
26. Yemeklerimi yemek başkalarinkinden uzun sürer.						
27. Lokantada yemek yemeyi severim.						
28. Müshil kullanırım.						
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.						
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.						
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.						
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını düşünürüm.						
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.						
35. Kabızlıktan yakınırım.						
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						
37. Perhiz yaparım.						
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
39. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						

### C. MAUDSLEY OBSESİF KOMPULSİF SORU LİSTESİ

Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Size uygunsuzsa "DOĞRU"yu uygun değilse "YANLIŞ"ı (X) koayarak işaretleyiniz. Lütfen soruların hepsini cevaplandırınız.

	Doğru	Yanlış
1. Bana bir hastalık bulaşır korkusuyla herkesin kullandığı telefonları kullanmaktan kaçınırım.		
2. Sık sık hoş gitmeyen şeyler düşünür, onları zihnimden uzaklaştırmakta güçlük çekerim.		
3. Dürüstlüğe herkesten çok önem veririm.		
4. İşleri zamanında bitiremediğim için çoğu kez geç kalırım.		
5. Bir hayvana dokununca hastalık bulaşır diye kaygılanırım.		
6. Sık sık havagazını, su musluklarını ve kapıları birkaç kez kontrol ederim.		
7. Değişmez kurallarım vardır.		
8. Aklıma takılan nahoş düşünceler hemen hemen her gün beni rahatsız eder.		
9. Kaza ile başkasına çarptığımda rahatsız olurum.		
10. Her gün yaptığım basit günlük işlerden bile emin olamam.		
11. Çocukken annem de babam da beni fazla sıkımlardı.		
12. Bazı şeyleri tekrar tekrar yaptığım için işimde geri kaldığım oluyor.		
13. Çok fazla sabun kullanırım.		
14. Bana göre bazı sayılar son derece uğursuzdur.		
15. Mektupları postalamadan önce onları tekrar tekrar kontrol ederim.		
16. Sabahları giyinmek için uzun zaman harcarım.		
17. Temizliğe aşırı düşkünüm.		
18. Ayrıntılara gereğinden fazla dikkat ederim.		
19. Pis tuvaletlere giremem.		
20. Esas sorunum bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmemdir.		
21. Mikrop kapmak ve hastalanmaktan korkar ve kaygılanırım.		
22. Bazı şeyleri birden fazla kontrol ederim.		
23. Günlük işlerimi belirli bir programa göre yaparım.		
24. Paraya dokunduktan sonra ellerimi kirli hissedirim.		
25. Aldığım bir işi yaparken bile kaç kere yaptığımı sayarım.		
26. Sabahları elimi yüzümü yıkamak çok zamanımı alır.		
27. Çok miktarda mikrop öldürücü ilaç kullanırım.		

	Doğru	Yanlış
28. Her gün bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek bana zaman kaybettirir.		
29. Geceleri giyecekleri katlayıp asmak uzun zamanımı alır.		
30. Dikkatle yaptığım bir işin bile tam doğru olup olmadığına emin olamam.		
31. Kendimi toparlayamadığım için günler, haftalar hatta aylarca hiçbir şeye el sürmediğim olur.		
32. En büyük mücadelelerimi kendimle yaparım.		
33. Çoğu zaman büyük bir hata ya da kötülük yaptığım duygusuna kapılırım.		
34. Sık sık kendime bir şeyleri dert edinirim.		
35. Önemsiz ufak tefek işlerde bile karar verip işe girişmeden önce düşünürüm.		
36. Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır.		
37. Bazen önemsiz düşünceler aklıma takılır ve beni günlerce rahatsız eder.		

#### D. ORTO-15 TESTİ

Anketin bu bölümü yeme davranışlarımızla ilgilidir. Lütfen her soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutucuğa (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. Uyguladığınız 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?				

## Ekler-2 Onam Formu

T.C.  
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
BESLENME ve DİYETETİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI  
TEZ ÇALIŞMASI İÇİN HAZIRLANAN  
BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma, Okan Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Dyt. Zeynep KAYA ve Yrd. Doç. Dr. Mehmet AKMAN danışmanlığında, "Beslenme ve Diyetetik Bölümü Öğrencilerinde Sağlıklı Yeme Takıntısının (Ortoreksiya Nervozanın) Saptanması" amacıyla, yüksek lisans tezi kapsamında yürütülmektedir. Anket ; Demografik Özellikler, Yeme Tutum Testi, Maudsley Obesif Kompulsif Belirti Ölçeği ve Orto-15 Testi olmak üzere 4 bölümden oluşmaktadır. Araştırmaya katılımınız durumunda size ait her türlü tıbbi bilgi gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Katılım gönüllülük esasına dayalı olup, araştırmada yer almanız için öngörülen süre 15 dakikadır. Anket genel olarak, kişisel rahatsızlık verecek sorular içermemektedir. Ancak, kendinizi rahatsız hissettiğiniz ve/veya anlamakta zorlandığınız sorularda araştırmacıdan destek alabilirsiniz.

Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

**Yukarıda yazılanları OKUDUM ve ANLADIM. Bu çalışmaya TAMAMEN GÖNÜLLÜ olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda bırakıp çıkabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum.**

**ARAŞTIRMACININ ADI SOYADI : ZEYNEP KAYA**

**İLETİŞİM BİLGİSİ : [zeynepkaya.kz@gmail.com](mailto:zeynepkaya.kz@gmail.com)**

**DANIŞMANIN ADI SOYADI: YRD. DOÇ. DR. MEHMET AKMAN**

**İLETİŞİM: [mehmet.akman@okan.edu.tr](mailto:mehmet.akman@okan.edu.tr)**

**TARİH:**

**KATILIMCI ADI SOYADI VE İMZASI:**



## Ek-3 İzin Formu



T.C.  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Sayı : 80355971-300-E.1700263398

11.09.2017

Konu : Zeynep KAYA hk.

Sayın; Zeynep KAYA

Okan Üniversitesi Yüksek Lisans öğrencisi Zeynep KAYA' nın Beslenme ve Diyetetik Bölümümüz öğrencilerine "Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencilerinde Sağlıklı Yeme Takıntısının Değerlendirilmesi" isimli çalışma kapsamında anket uygulama talebi , vize ve final sınavları dönemlerinde yapılmaması ve gönüllülük esasına dayanması kaydı ile uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Mine Gülden POLAT  
Dekan

EK: Formlar



Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Başhüyük Mahallesi  
Maltepe Başhüyüközü Sokak No:9/1 Maltepe / İSTANBUL  
Telefon: 0216 399 93 84-71  
Belge No: 80355971-300-E.1700263398  
http://sbfb.marmara.edu.tr  
Kap Adresi: marmarauniversitesi@sbfb.marmara.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için:  
İşid DEMİR  
Şef



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince Mine Gülden POLAT tarafından güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <http://ebys.marmara.edu.tr/QR/15FE9BC5527F4430>

## Ekler-4 Etik Kurul Onayı

### OKAN ÜNİVERSİTESİ Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 03.05.2017

Toplantı Sayısı: 83

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye)


Okan Üniversitesi Etik Kurulu 03.05.2017 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda:


**Karar 21.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Beslenme ve Diyetetik Bölümünden **Zeynep KAYA'nın "Beslenme ve Diyetetik Bölümü Öğrencilerinde Sağlıklı Yeme Takıntısının (Ortoreksiya Nervosa) Değerlendirilmesi"** başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.




Prof. Dr. Mithat Kıyak  
(Başkan)




Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan  
(Üye)




Prof. Dr. Dilek Öztürk  
(Üye)




Prof. Dr. Ali Tayfun Atay  
(Üye)




Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı  
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın  
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal  
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan  
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ  
(Üye)

## Ek-5 Özgeçmiş

### ÖZGEÇMİŞ

#### Kişisel Bilgiler

**Adı Soyadı:** Zeynep Kaya

**Uyruğu:** TC

**Doğum Yeri:** Fethiye/Muğla

**Medeni Hali:** Bekar

**Doğum Tarihi:** 10.05.1991

#### İletişim

**E-posta Adresi** zeynepkaya.kz@gmail.com

#### Eğitim ve Akademik Durumu

	<b>Mezun Olunan Kurumun Adı</b>	<b>Bölüm</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
Lisans	Ondokuz Mayıs Üniversitesi	Beslenme ve Diyetetik	2013
Önlisans	Anadolu Üniversitesi	İşletme	2012
Lise	Fethiye Mehmet Erdoğan Anadolu Lisesi	Sayısal	2009

#### İş Tecrübesi

<b>Çalıştığı Kurum</b>	<b>Görevi</b>	<b>Yıl</b>
Kartal Toplum Sağlığı Merkezi	Diyetisyen	2014-...