

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

**BESLENME VE DİYETETİK ÖĞRENCİLERİN DE SAĞLIKLI
BESLENME TAKINTISI (ORTOREKSİYA)**

Ayşegül ANDIZOĞLU

Danışman

Doç. Dr. Hasan KÜÇÜKKENDİRCİ

Konya-2022

TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi **Ayşegül ANDIZOĞLU**'nun "**Beslenme ve Diyetetik Öğrencilerin de Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya)**" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

KONYA / 22.06.2022

Tez Danışmanı Doç. Dr. Hasan KÜÇÜKKENDİRCİ İmzası
Necmettin Erbakan Üniversitesi/Meram Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Jüri Üyesi Doç. Dr. Yasemin DURDURAN İmzası
Necmettin Erbakan Üniversitesi/Meram Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Jüri Üyesi Doç. Dr. Fatih KARA İmzası
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 22/06/2022 tarih ve 13/23 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Enstitü Müdürü

İmzası

BEYANAT

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmamın, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın bulunmadığını beyan ederim.

22.06.2022

Ayşegül ANDIZOĞLU

BENZERLİK RAPORU

Tezin Tam Adı: Beslenme ve Diyetetik Öğrencilerin de Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya)

Öğrencini Adı Soyadı: Ayşegül ANDIZOĞLU

Dosyanın Toplam Sayfa Sayısı: 74

orto		
ORJİNALLİK RAPORU		
% 16	% 15	% 5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR
		% 9
		ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
BİRİNCİL KAYNAKLAR		
1	openaccess.sanko.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 3
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 2
3	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 2
4	acikerisim.ybu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
5	Submitted to Istanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi	% 1
6	Submitted to Konya Necmettin Erbakan University Öğrenci Ödevi	% 1
7	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	% 1
8	Submitted to Eastern Mediterranean University Öğrenci Ödevi	% 1
9	utsakcongress.com	

Danışman Öğretim Üyesi Adı Soyadı: Doç. Dr. Hasan KÜÇÜKKENDİRİ

İmza:

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim hayatım boyunca bilgi, deneyim ve tecrübelerini benden esirgemeyen, tüm sorularımı yanıtlayan, her daim yol gösteren ve tezimde büyük emeği olan değerli hocam Doç. Dr. Hasan KÜÇÜKKENDİRCİ'ye ve Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndaki tüm değerli hocalarıma,

Veri toplama aşamasında yardımlarını esirgemeyen Beslenme ve Diyetetik öğrencilerine,

Sadece yüksek lisans sürecinde değil hayatımın her anında yanımda olarak benden maddi ve manevi olarak desteğini esirgemeyen babam Eşref ORAL'a, annem Raife ORAL'a, kardeşlerime ve enişteme,

Yüksek lisans sürecimde bana sonsuz destek veren, her zaman yanımda olan ve olmaya da devam edeceğini bildiğim sevgili eşim ve meslektaşım Ümit ANDIZOĞLU'na sonsuz teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Ayşegül ANDIZOĞLU

İÇİNDEKİLER

Tez Kapağı ve İç Kapak.....	i
Tez Onay Sayfası.....	ii
Beyanat.....	iii
Benzerlik Raporu.....	iv
Önsöz ve Teşekkür.....	v
Kısaltmalar ve Simgeler Listesi.....	vi
Şekiller Listesi.....	vii
Tablolar Listesi.....	viii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. YEME BOZUKLUKLARI.....	2
2.1.1. Anoreksiya Nervoza.....	2
2.1.2. Bulimia Nervoza.....	3
2.1.3. Başka Türü Adlandırılmayan (BTA) Yeme Bozukluğu.....	4
2.1.4. Pika Sendromu.....	5
2.1.5. Kaçınan/Kısıtlayıcı Yeme Bozukluğu.....	5
2.1.6. Ruminasyon Bozukluğu.....	6
2.2. Ortoreksiya Nervoza.....	6
2.2.1. Ortoreksiya Nervoza Tanımı ve Tarihi.....	6
2.2.2. Ortoreksiya Nervoza'nın Tanı Kriterleri ve Sınıflandırılması.....	7
2.2.3. Ortoreksiya Nervoza Gelişimine Neden Olan Risk Faktörleri.....	11
2.2.4. Ortoreksiya Nervoza Tedavisi.....	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
3.1. Araştırmanın Türü ve Amacı.....	16
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	16
3.3. Araştırmanın Soruları ve Hipotezi.....	16
3.4. Araştırmanın Evreni, Örnekleme ve Özellikleri.....	16
3.5. Araştırmaya Kabul Edilme Ölçütleri.....	16
3.6. Veri Toplama Gereçleri.....	17
3.6.1. Genel Bilgi Formu.....	17
3.6.2. ORTO-15 Testi.....	17
3.6.3. Yeme Tutum Testi (The Eating Attitude Test-40/ YTT-40/ EAT-40).....	18

3.6.4. Maudsley Obsesif Kompulsif Testi.....	18
3.7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi	19
4. BULGULAR.....	20
5. TARTIŞMA.....	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	48
7. KAYNAKLAR	51
8. ÖZGEÇMİŞ.....	57
9. EKLER	58
Ek-1 Genel Bilgi Formu.....	58
Ek-2 ORTO-15 TESTİ.....	59
Ek-3 YEME TUTUM TESTİ	60
Ek-4 MAUDSLEY OBSESİF KOMPULSİF SORU LİSTESİ.....	61
Ek-5 ETİK KURUL ONAYI	62

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

AN	: Anoreksiya Nevroza
BN	: Bulumiya Nevroza
AYB	: Atipik Yeme Bozuklukları
TYB	: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
BTA	: Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu
ARFID	: Avoidant/Restricted Food Intake Disorder
CHO	: Karbonhidrat
SPSS	: Statiscial Packagefor Social Science
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
KRA	: Kognitif rasyonel alan
KA	: Klinik alan
DA	: Duygusal alan
KE	: Kontrol etme
TK	: Temizlik
YK	: Yavaşlık
KU	: Kuşku
RN	: Ruminasyon
YYT	: Yeme Tutum Testi
MOKT	: Maudsley Obsesif Kompulsif Testi
ON	: Ortoreksiya Nervoza
Kg	: Kilogram
Min	: Minimum
Maks	: Maksimum
S.S.	: Standart Sapma

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No:

Sayfa No:

Şekil 1. BN'li kişilerin Tipik Yeme Davranışları (Ersoy 1991) 4

TABLolar LİSTESİ

<u>Tablo No:</u>	<u>Sayfa No:</u>
Tablo 2.1. Ortoreksiya Nervoza Tanı Kriterleri.....	9
Tablo 2.2. Dunn ve Bratman (2016) Tarafından Belirlenen Tanı Kriterleri	10
Tablo 4.1. Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerinin incelenmesi.....	20
Tablo 4.2. Doktor teşhisi ile konulan hastalık varlığının incelenmesi	21
Tablo 4.3. Öğrencilerin sağlık durumlarına ilişkin bulguların incelenmesi	22
Tablo 4.4. Öğrencilerin Maudsley obsesif kompulsif ölçeğine verdikleri yanıtların frekans, yüzde, çarpıklık ve basıklık değerlerinin incelenmesi	23
Tablo 4.5. Öğrencilerin ORTO-15 ölçeğine verdikleri yanıtların frekans, yüzde, çarpıklık ve basıklık değerlerinin incelenmesi	25
Tablo 4.6. Öğrencilerin Yeme Tutum testi ölçeğine verdikleri yanıtların frekans, yüzde, çarpıklık ve basıklık değerlerinin incelenmesi	27
Tablo 4.7. Çalışmada kullanılan ölçeklere ilişkin bulguların incelenmesi.....	30
Tablo 4.8. Orto-15 ve Yeme tutumu testi bulguların kategorik açıdan incelenmesi.....	30
Tablo 4.9. Çalışmada yer alan öğrencilerin genel bilgi formu ile ölçek skorları arasındaki farklılıkların incelenmesi	35
Tablo 4.10. Çalışmada kullanılan ölçek skorları arasındaki ilişkinin incelenmesi	38
Tablo 4.11. Çok değişkenli lineer regresyon analizi ORTO 15 ölçek skoru ile ilişkili bağımsız faktörler	39
Tablo 4.12. Çok değişkenli lineer regresyon analizi YTT ölçek skoru ile ilişkili bağımsız faktörler	40
Tablo 4.13. Çok değişkenli lineer regresyon analizi MOKT ölçek skoru ile ilişkili bağımsız faktörler	41

ÖZET

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Beslenme ve Diyetetik Öğrencilerin de Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya)

Ayşegül ANDIZOĞLU
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi / Konya -2022

Ortoreksiya nevroza, sağlıklı beslenme takıntısı olarak ifade edilen yeme bozukluğu olup, bireyin hayatına yön veren saf besin tüketme takıntısıdır. Bu çalışmanın amacı beslenme ve diyetetik öğrencilerinde ortoreksiye nevroza görülme sıklığı ve yeme tutum davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Amaç kapsamında kesitsel tipte yapılan araştırmanın evrenini Beslenme ve Diyetetik bölümünde öğrenim görmekte olan 324 lisans öğrencisi oluşturmaktadır. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 23.0 paket programı kullanılmıştır.

Katılımcıların bazı demografik özelliklerinin ve antropometrik ölçüm değerlerinin yer aldığı 'Genel Bilgi Formu' 'Yeme Tutum Testi' 'ORTO-15 Testi' ve 'Maudsley Obsesif Kompulsif Testi' uygulanmıştır. Çalışmamızın sonuçlarına göre, ORTO-15 testi uyguladığımız beslenme ve diyetetik öğrencilerinin % 51,9 (n=168)' unun ortorektik özelliklere sahip olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerden sürekli olarak diyet uygulayanlarda Orto15 total ölçek skoru ile öğrencilerin sürekli olarak diyet uygulama değişkenleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (p>0,05). Yeme tutumu testi ölçek skorunda öğrencilerin % 90,4 (n=293)'ünün düşük riskli, % 4,9 (n=16)'unun orta riskli, % 4,6 (n=15)'sının ise yüksek risk kategorisinde olduğu belirlenmiştir.

Sonuç olarak Orto-15 skoru ile; YTT (p=0,020) ölçek skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). YTT ölçek skoru azaldıkça ORTO 15 ölçek skoru da azalmaktadır. MOKT ölçek skoru ile; Orto 15 skor (p<0,001) ve YTT (p<0,001) ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir (p<0,05). ORTO 15 ile MOKT ölçeği arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Beslenme ve diyetetik öğrencileri, ortoreksiya nevroza, sağlıklı beslenme takıntısı, yeme bozukluğu

ABSTRACT

REPUBLIC OF TÜRKİYE
NECMETTİN ERBAKAN UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Healthy Nutrition Obsession in Nutrition and Dietetics Students (Orthorexia)

Ayşegül ANDIZOĞLU

Department Of Public Healty

Master Thesis/ Konya-2022

Orthorexia nervosa is an eating disorder defined as an obsession with healthy eating, and it is an obsession with pure food consumption that directs the life of the individual. The aim of this study is to examine the relationship between orthorexia nervosa incidence and eating attitude behaviors in nutrition and dietetics students. The population of the cross-sectional study within the scope of the purpose consists of 324 undergraduate students studying in the Department of Nutrition and Dietetics. SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 23.0 package program was used in the statistical analysis of the data.

The 'General Information Form', 'Eating Attitude Test', 'ORTO-15 Test' and 'Maudsley Obsessive Compulsive Test', which included some demographic characteristics and anthropometric measurement values of the participants, were applied. According to the results of our study, it was determined that 51.9% (n=168) of the nutrition and dietetics students to whom we applied the ORTO-15 test had orthorexic characteristics. It was determined that there was no significant difference between the Ortho15 total scale score of the students who constantly followed a diet and the variables of the students' continuous dieting ($p>0.05$).

As a result, with the Ortho-15 score; A statistically significant correlation was found between the EAT ($p=0.020$) scale score ($p<0.05$). As the EAT scale score decreases, the ORTO 15 scale score also decreases. With MOCT scale score; A statistically significant correlation was found between the Ortho 15 score ($p<0.001$) and EAT ($p<0.001$) scale scores ($p<0.05$). A negative correlation was found between ORTO 15 and MOCT scale.

Keywords: Eating disorder, healthy eating obsession, nutrition and dietetics student, orthorexia nervosa

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Beslenme, açlık hissini baskılamak veya kişinin canının istediği her şeyi yiyip içmesi değildir (<https://avys.omu.edu.tr/storage/app/public/tinkilic/120977/Beslenme.pdf> 02.01.2021). Beslenme; hayatın devamının sağlanabilmesi, büyüme ve gelişmenin sağlanması, sağlığın korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi, hayat standartlarının artırılması, üretkenliğin sağlıklı bir şekilde devam ettirilebilmesi için gereksinim duyulan besin öğeleri ile biyoaktif bileşenleri içeren besinlerin vücuda alınarak kullanılmasıdır(TÜBER 2015).İnsan sağlığını; beslenme, genetik yapı, iklim, çevre koşulları gibi birçok etmen etkilemektedir. Bu etmenlerden en önemlisi beslenmedir (Sarıdağ Devran 2015). Beslenme, sağlıklı durumun devam ettirilmesinde ve yetişkinlik döneminde ortaya çıkabilecek yaygın hastalıkların kökenlerini etkileyecek kadar büyük bir öneme sahiptir (Parle-McDermott ve Ozaki 2011).

Optimal beslenmenin hedefi; “min. hastalık riski, max. iyi hal/sağlık dolayısıyla “maksimum sağlıklı yaşam” dır. Optimal beslenmede diyetin ilk amacı, metabolik ihtiyaçları karşılamak ve yaşamın sürdürülebilmesi için bedenin gereksinim duyduğu enerji ve besin öğelerininin yeterli miktarda sağlamasıdır. Fakat beslenme programı, kişilere kendini sağlıklı hissetme ve keyif alma duygularını da sağlamalıdır. Bu durumda diyetin, vücuda fizyolojik ve psikolojik etkileri tartışılmazdır. Bunun yanı sıra beslenme üzerine yapılan son araştırmalar uzmanlarla beraber yapılan diyetlerin sadece optimal sağlığı geliştirmek ve devam ettirmek değil, yetersiz ve dengesiz (kötü) beslenmenin neden olduğu obezite, kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet, karaciğer hastalıkları, kemik – eklem hastalıkları gibi kronik hastalıkların oluşum ihtimalinin en aza indirilmesinde önemli bir etken olduğunu göstermektedir (Yücecan 2008).Toplumda sağlığın korunması ve ilerletilmesi için bilhassa bazı grupların (0-5 yaş grubu çocuklar, okul çağındaki çocuklar ve adölesanlar, gebe ve emziren kadınlar, doğurganlık çağındaki kadınlar, yaşlılar, işçiler) ve herhangi bir rahatsızlığı bulunan bireylerin beslenme durumlarının her zaman takip edilmesi gerekmektedir (Köksal 2018).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. YEME BOZUKLUKLARI

Tıbbi, sosyal ve psikolojik problemlere neden olan, hayat standartlarını olumlu olmayan yönde etkileyen yeme davranışı bozukluklarına “yeme bozuklukları” denilmektedir. (Öyekçin ve Şahin 2011). Yeme bozuklukları her zaman farklı şekillerde var olmuş, ancak 1950’li yıllardan beri yaygınlığı artış göstermiştir (Öyekçin ve Şahin 2011). ABD’ de, Amerikan Psikiyatri Derneği (American Psychiatric Association-APA) psikolojik koşulları tanımlamak için kriterlerin oluşmasını denetleyip, belirli zaman aralıklarıyla yenileyerek Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı’nı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM) yayınlamaktadır (Baş 2014).

DSM-IV tanı kriterinde yeme bozuklukları 3 başlık altında incelenmektedir:

1. Anoreksiya Nervosa (AN),
2. Bulimia Nervosa (BN)
3. Atipik yeme bozukluklarıdır (AYB) (Baş 2014).

DSM-5 kriterlerine göre ise beslenme ve yeme bozuklukları; pika, geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu, kaçınan/kısıtlayıcı yiyecek alım bozukluğu, anoreksiya nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), tıknırcasına yeme bozukluğu (TYB), tanımlanmış ve tanımlanmamış diğer bir beslenme ya da yeme bozukluğu olarak 8 gruba ayrılmıştır (Ergüney Okumuş ve Deveci 2019).

2.1.1. Anoreksiya Nervosa

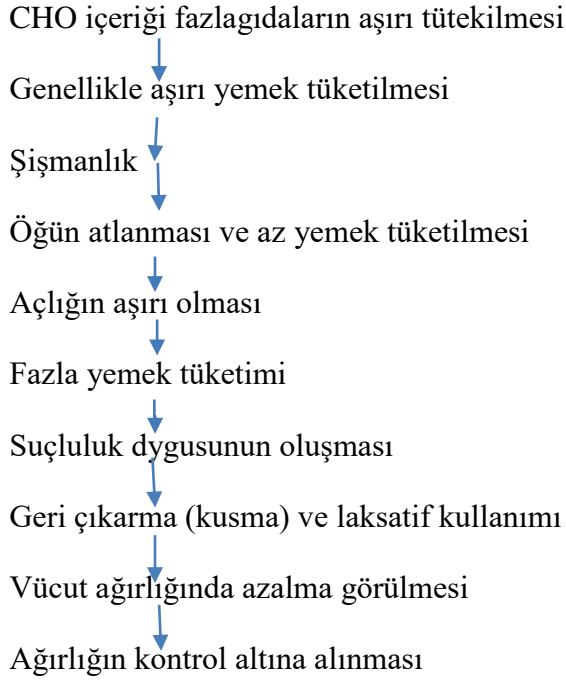
Anoreksiya Nervosa (AN) ilk olarak 1873 yılında Charles Laseque tarafından tanımlanmıştır. Daha sonra 1874’te William Gull tarafından yayımlanan olgu serileri ile klinik bir patoloji olarak tanımlanmış ve tıbbi literature geçmiştir (Sarı 2020). AN’nin temeli enerji alımının azalmasının neden olduğu olması gerekenden daha düşük vücut ağırlığı, kilo alımından aşırı derecede korkma veya kilo alımını engelleyen olumsuz davranışların sürekliliği ve beden algısının bozulmasıyla karakterize önemli bir mental bozukluktur (Bulut ve ark. 2017).

Genetik yapı, biyolojik faktörler ve sosyokültürel etkenlerle beraber değişip farklılaşan beden keşfedilmesi, ergen bireyin yetişkin topluma geçmesi adölesan dönemin yeme bozuklukları ile arasında ki bağlantıyı göstermektedir. Adölesan dönemin ilk olarak vücutta meydana geldiği görüşü ve adölesanın benlik imgesini oluştururken vücuduna gereğinden fazla odaklanması bu yaş grubunda yeme bozukluklarının ortaya çıkmasına sebep olduğunu göstermektedir (Ataman Tezime 2019). Anoreksiya nervoza tanısı konulmadan önce kişideki, varsa, diğer hastalıklara da (Çölyak, MS vb.) dikkat edilmelidir. Kişideki yeme bozukluğuna psikolojik bir sorunun neden olup olmadığı da ayrıca incelenmelidir (Zarifoglu 2019; Walsh ve Satir 2005).

2.1.2. Bulimia Nervosa

Bulimia nervosa söz öbeğinin kökeni “bous” (öküz) ve “limos” (açlık) sözcüklerinden gelmektedir. “Öküz kadar aç olmak” ya da “bir öküzü yiyecek kadar aç olmak” manasına gelmektedir (Baş 2014). Bulimia nervosa (BN) tekrarlayan tıkanırcasına yeme olayları, tıkanma esnasında yemek yemeyi kontrol edememe hissi, vücut ağırlığındaki artışın önüne geçebilme amacıyla doğru olmayan toparlama davranışları (örn: geri çıkarma, idrar söktürücü ilaç kullanımı, katı diyet uygulama, oruç tutma, aşırı fiziksel aktivite) vücut ağırlığı ve şekli ile devamlı zihinsel olarak meşgul olma ve son üç ayda bir hafta içerisinde ortalama 2 kez tıkanma olayı yeme bozukluğunun alt grubunda yer almaktadır (Maner VE Aydın 2007). Bulimia nervosa hastalarının büyük bir kısmı farklı psikolojik rahatsızlık belirtisi de gösterir. Bu rahatsızlıkların en fazla görülenleri; ciddi depresyon, anksiyete bozuklukları (obsesif kompulsif bozukluk, özgül fobiler), kişilik bozukluğudur. Ayrıca BN alkol ve madde kullanımına sebep olması nedeniyle de yüksek risk oluşturmaktadır (Maner ve Aydın 2007; Hantaş ve ark. 2003).

BN’li bireyler olması gereken kiloda, şişman ya da AN’li olabilir. Bazı araştırmacılar tarafından BN "kronik AN" olarak adlandırılmaktadır. BN’li kişilerin tipik yeme davranış durumları Şekil 1 'de gösterilmiştir (Ersoy 1991).



Şekil 1. BN'li kişilerin Tipik Yeme Davranışları (Ersoy 1991)

BN' nın 2 tipi bulunmaktadır. Bunlar:

Çıkartma olan tip: Atak esnasında birey kendi başına ard arda geri çıkarmış veya laksatif, diüretik gibi ilaçlar veya lavmanlar amaç dışında kullanmıştır.

Çıkartma olmayan tip: Çıkartma olan tipin aksine ilaç kullanımı ve geri çıkarmanın olmadığı ancak fiziksel aktivitede artış veya besin tüketimini durduran davranışlar sergileyen tiplerdir (Günher Arıca ve ark. 2011).

Tıkanırçasına yemek yeme davranışının literatürde karşılığı tam olarak bulunmamaktadır. Bu nedenle tanının konulması çoğunlukla doktorun gözlemine bağlıdır (Zarifoglu 2019).

2.1.3. Başka Türü Adlandırılmayan (BTA) Yeme Bozukluğu

BTA DSM-IV tanı ve sınıflama kriterlerine göre herhangi bir spesifik yeme bozukluğunun kriterlerine uymayan bozukluklar için kullanılır. Belli sınırlarının olmaması sebebiyle, en az araştırma yapılmış fakat buna rağmen en fazlatanı konulan yeme bozukluğudur (http://www.klinikgelisim.org.tr/eskisayi/kg_22_4/7.pdf05.11.2020 ve Köroğlu 2001).

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

Tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB), kişinin aynı süre ve şartlarda tüketebileceğinden daha çok besini kısa zamanda yediği, yemek yeme davranışını kontrol altına alamadığı ve fazla miktarlarda besin tüketiminin tekrarlandığı yeme bozukluğudur (Turan ve ark. 2015). Amerikan Psikiyatri Birliği ise ‘belirli bir zaman içinde, benzer koşul ve süre içerisinde, çoğu bireyin tüketebileceğinden daha çok miktarda besin tüketmesi’ olarak tanımlamıştır (Baş 2014). DSM-IV tanı kriterlerinde teşhisin yapılabilmesi için, tıkınırcasına yeme eyleminin bir haftalık zaman diliminde en az 2 kez, 6 aylık süre boyunca devam etmiş olmalıdır (Semiz 2013).

2.1.4. Pika Sendromu

İlk olarak Aristoteles ve Hipokrat zamanında pikanın tanımı yapılmıştır. Pikanın sözcük anlamı “saksığan”dır ve saksığan da besin dışı ürünler tükettiği için Pica Sendromu adını buradan almıştır. Sendrom kelimesi M.Ö. 400 yılında Hipokrat tarafından tanımlanmıştır (Kaçar ve Hocaoglu 2019). Pika DSM IV’te çoğunlukla ilk olarak Bebeklik, Çocukluk veya Adölesan Dönemde Tanısı Konan Bozukluklar sınıfında bulunmaktaydı. Genellikle çocukluk döneminde görülmeye başlar ancak günümüzde daha ileri yaş grubunda da (erişkin) ortaya çıkabilmektedir, erişkin kadınlarda çoğunlukla gebelik ve emzirme döneminde karşılaşılmaktadır (Hocaoglu ve Karadere 2018). Ancak pika, DSM-V kriterleri ile birlikte Bebeklik, Çocukluk veya Adölesan Dönemde Tanısı Konan Bozukluklar sınıfından çıkarılarak Beslenme ve Yeme Bozuklukları kategorisine eklenerek özellikleri daha belirgin hale getirildi. Bu kategoriye alınmasıyla beraber yaş sınırlaması ortadan kaldırılmıştır (Özer Etik ve Bor 2019).

2.1.5. Kaçınan/Kısıtlayıcı Yeme Bozukluğu

2013 yılında yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabında (DSM-5) Avoidant/Restricted Food Intake Disorder (ARFID) adıyla farklı bir tanı grubu şeklinde meydana gelmiştir. Bu yeme bozukluğu DSM-5’te; klinik olarak belirgin beslenme ve yeme bozuklukları olduğu halde ağırlık artışı ya da fiziksel olarak bozukluk olması korkusu olmayan, bütün grupları içermek için kaçınan/kısıtlı besin tüketimi bozukluğu olarak açıklanmıştır (Özer Etik ve Bor 2019).

2.1.6. Ruminasyon Bozukluğu

Ruminasyon, tüketilen besinlerin tekrarlayarak, kendiliğinden (zorlama olmadan) ağza gelmesi sonucunda tükürülmesi veya tekrar çiğnenerek yutulması durumudur. Bu bozukluk, gastroözofageal reflü, refrakter kusma, gastroparezi, geğirme ile basitçe karıştırılabilmemesinden dolayı da dikkatlerden kaçan bir klinik sorundur (Kaçar ve Hocaođlu 2019). DSM-IV'te bebeklik, çocukluk, ergenlik çağında tanısı konulan hastalıklar kısmında yer almakta iken, DSM-V'te kriterlerine göre bu kısmın kalkması ile beslenme ve yeme bozuklukları sınıfında yer almaya başlamıştır (Mcinerney-ernst 2011).

2.2. Ortoreksiya Nervoza

2.2.1. Ortoreksiya Nervoza Tanımı ve Tarihi

Günümüzde 'sağlıklı beslenme ve sağlıklı yaşam' bilhassa gelişmiş toplumların merkezi haline gelmiştir. Hareketsiz yaşamın neden olduğu şımanlık ve bunun da beraberinde getirdiği diyabet, kardiyo-vasküler hastalıklar, hipertansiyon, osteoartrit, kanser ve daha birçok sağlık problemi beslenmenin önemini biraz daha arttırmaktadır ve sağlıklı bir yaşamında olmazsa olmazı rolündedir(Chaki ve ark. 2013).

Yaşam tarzı değişiklikleriyle ölümlerin önlenebileceği düşüncesinin oluşmasıyla beraber hem ulusal hem de uluslararası bazı kuruluşlar sağlıklı beslenme tarzıyla ilgili kişilerde bilinç oluşturabilmek için birçok çalışma yapmaya başlamışlardır. ON, bu çalışmaların sonucunda kişilerde sağlıklı beslenmenin saplantı durumuna gelmesi tahmin edilemeyen bir etkisidir (Özkefeli Hamurcu 2019).

Ortoreksiya kelimesi Yunan dilindeki 'orthos' ve 'orexia' kelimelerinden oluşmuştur. Sözcüklerin anlamları 'uygun ve iştah'tır (Bratman ve Knight 2000).Bu terim ilk kez Steven Bratman tarafından (1997) AN' yi sınıflandırmak amacı ile gruplandırmak amacıyla, 'doğru/gerçek' manasına gelen 'Orto' ile 'Anoreksiya Nervoza' sözcüklerinin biraraya gelmesiyle meydana gelmiştir. Araştırmayı yapan kişi bu sözcüğü ilk olarak 'The Alternative Medicine Sourcebook'taki yazısında kullanmıştır, ardından aynı yazı 'Yoga Journal' isimli dergide de yayımlanmıştır. Daha sonra da bu yazı 'Utne Reader' isimliünlü bir magazin dergisi, Cosmopolitan dergisi ve ünlü web sitelerinde de paylaşılmıştır. Yazı uluslararası alanda fazlaca dikkat çekmiştir ve aynı yazarın 'Health Food Junkies' isimli kitabında da yer

almıştır. Bu kitapta ON; kişilerin beslenme programlarını erdemli, saf ve manevi olarak hissedip daha kolay bir şekilde odaklanıp devam ettirebilmeleri için geliştirdikleri bir sağlık sorunu olarak açıklanmaktadır (Arusoğlu 2006).

Son zamanlarda fazlaca görülen bir yeme bozukluğu olan ON biyolojik açıdan saf ve zararlı (herbisit vb.) ya da yapay madde bulundurmeyen sağlıklı gıda tüketimine yönelik olan, kişinin hedefinin sağlığını korumak olduğu bir takıntıdır (Gezer ve Kabaran 2013). Bu nedenle de yiyeceklerin birçoğunu çığ olarak tüketmektedirler (Donini ve ark. 2004). Ortorektik bireyler sağlıklı beslenmek yerine bu tarz beslenme programını yaşamlarının amacı olarak görmektedirler. Bireyler belirledikleri beslenme programını uygulamadığında veya dışına çıktığında aşırı derecede suçluluk duymaya başlamaktadırlar (Arusoğlu 2006).

Sağlıklı beslenme takıntısı, ortoreksik kişilerde psikolojik bir sorun oluşturduğu için çoğu besini reddetme eğilimi göstermelerine neden olmaktadır ve bu nedenle ortoreksik kişide, anoreksiya nervoza yeme bozukluğundaki gibi ağırlık kaybı görülmeye başlamaktadır (Oğur ve ark. 2015). Ayrıca ortoreksik kişilerde malnütrisyona yaygın bir şekilde rastlanmaktadır ve bu da beraberinde mens döngüsünde düzensizlikleri getirmektedir (Mathieu 2005; Kratina 2006). Sağlıklı beslenme olması gereken bir beslenme biçimi olmasına rağmen rahatsızlık haline geldiği durumda ölümlere neden olabilmektedir (Zarifoğlu 2019).

2.2.2. Ortoreksiya Nervozanın Tanı Kriterleri ve Sınıflandırılması

ON şuan ki tanı kılavuzlarında bulunmamasından dolayı kurumlar tarafından onaylanmış tanı kriterleri ve sınıflandırılması yoktur. Son 10 yılda literatürde fazlaca yer almasından dolayı hem tanı kriterleri hem de belirtileriyle ilgili yapılan araştırmalar artmıştır (Özkefeli Hamurcu 2019).

ON ile ilgili tanı kriterleri birçok araştırmacı tarafından belirlenmiştir (Bratman ve Knight 2000; Moroze, Dunn, Craig Holland, Yager ve Weintraub 2014). Bu terim ilk defa Bratman ve Knight' ın beraber çıkardıkları kitabında kullanılmıştır. Onların geliştirdikleri 10 soruluk 'Evet' ve 'Hayır' ikilemi şeklindeki ölçek (Bratman's Orthorexia Test) tanı kriterleri ile ilgili yapılan çalışmaların birincisidir. Daha sonra Donini ve ark. (2004) ile düzeltilerek bu ölçek ORTO-15 olarak adlandırılmıştır ve yaygın kullanılan ölçeklerden biridir. 2016 yılında Dunn ve

Batman tarafından belirlenen kriterler son zamanlarda dikkat çekmeye başlamıştır (Özkefeli Hamurcu 2019).

Dunn ve Bratman (2016) literatürde yer alan kriterlerin ON ile bağlantısının bulunduğunu fakat kriterlerin büyük kısmının tanı için yetersiz olduğunu belirtmişlerdir. Onlara göre bu kriterler tanı için değil ON yi desteklemek ve doğrulamak için kullanılmalıdır. Neden olarak da kişilerin kendilerine özgü beslenme kurallarının tanı kriteri olarak belirlenmesi gösterilmektedir. Bu tanı kriterleri bireye özgüdür ve kurallar değişken olabilmektedir (Asarkaya 2019).

Ortoreksiya Nervoza' nın Tanı Kriterleri Şunlardır:

- Kişiler gününün büyük bir bölümünü (3 saatten fazla) alışverişe çıkma ve sağlıklı yemek hazırlama planlaması yaparak geçirir.
- Sağlıklı beslenme programlarının diğer beslenme programlarından daha önemli olduğunu düşünmek.
- Sağlık-gıda arasındaki ilişkiyi düşünerek özel bir beslenme programını katı bir şekilde yapmak ve beslenme programına en küçük bir uyulmaması durumunda telafi edebilmek için yasaklar koymak.
- Kişinin beslenme programında en küçük bir kaçamak olması durumunda kendini suçlu hissetmesi ve kendinden nefret etmeye başlaması
- Hayatlarının merkezini kişisel değerler, ilişkiler, eğlenerek yapılan aktiviteler yerine 'doğru beslenme' olarak değiştirme (Ambwani ve ark. 2013).

Moroze ve arkadaşlarının belirlemiş olduğu "Ortoreksiya nervoza" tanı kriterleri Tablo 2.1.' de gösterilmiştir (Moroze ve ark. 2015, Şengül ve Hoccoğlu 2019).

Tablo 2.1. Ortoreksiya Nervoza Tanı Kriterleri

Kriter A: Besinlerin kalitesi ve kullanılan malzemeler ile ilgili endişelere aşırı dikkat ederek “sağlıklı yiyecekler” le ilgili saplantı durumuna gelen haller. (Aşağıdaki maddelerden iki ya da daha fazlası varsa.)

- Besin “saflığı” ile ilgili düşüncelerin bireylerin zamanını alması ve dengesiz bir diyet programı uygulamak.
- Zararlı olmayan ya da sağlıklı olmayan besinler ve besin kalitesi ve içeriğinin fiziksel ya da duygusal sağlık ya da her ikisi üzerindeki etkisi hakkında endişeler.
- Hasta kişilerin “sağlıksız” olarak belirlediği ürünlerden kesinlikle uzak durması, koruyucu maddeleri, gıda katkı maddelerini, hayvansal gıdaları ya da sağlıksız gördükleri diğer maddeleri içeren ürünleri/besinleri kabul etmemesi.
- Kişilerin beslenme konusunda uzman olmamasına rağmen gıdanın hazırlık aşamasında fazla vakit geçirmeleri (örneğin gün içerisinde 3 ve üzeri saat). Kişilerinde kendilerince algıladıkları kaliteye ve içeriğe göre ürünleri satın alma, etiket okuma ve hazırlama/pişirme sırasında zamanlarını harcarlar.
- “Sağlıksız” ya da “saf olmayan” yiyeceklerin yenilmesinden hemen sonra suçluluk duyulması ve kaygının başlaması.
- Bireylerin kendilerince yanlış olan farklı beslenme modellerine hoşgörü göstermemeleri.
- Kişilerin maddi durumlarına göre kendi algıladıkları kalite ve besin içeriği için fazla miktarda para harcaması.

Kriter B: Obsesyonel uğraşı aşağıdakilerden biri ile bozulur:

- Gıda tüketiminin düzensiz olmasından dolayı fiziksel sağlık durumunun bozulması.
- Kişinin “sağlıklı” yeme ile ilgili takıntılı fikirleri ve davranışları nedeniyle sosyal, akademik ya da mesleki işleyişte aşırı sıkıntı ya da bozulma.

Kriter C: Bu bozukluk,obsesif kompulsif bozukluk ya da şizofreni veya farklı bir psikotik bozukluk gibi diğer bir bozukluğun semptomlarının ortaya çıkması ile ilişkisi yoktur.

Kriter D: Bu bozukluk, dini inanışlar nedeniyle besin seçimi veya tanı konulmuş besin alerjileri ya da kişiye özel beslenmenin gerekli olduğu tıbbi hastalıklarla açıklanamaz.

Dunn ve Bratman (2016) tarafından belirlenen tanı kriterleride Tablo 2.2.’de belirtilmektedir (Eating Behaviors 2016).

Tablo 2.2. Dunn ve Bratman (2016) Tarafından Belirlenen Tanı Kriterleri

A. Sağlıklı beslenme konusunda fazlaca zihinsel uğraşı, Bir beslenme tipi kuramı veya bireye özel ayrıntıları değişkenlik gösterebilir düşünce topluluğu; sağlıklı olmadığı düşünülen besin tercihleriyle ilgili aşırıya kaçan duygusal problem; gıda tercihleriyle birlikte başlayan kilo azalması (ilk tercih bu değildir.)

1. Kişinin en mükemmel şekilde sağlığını koruduğu düşüncesi ile olumlu ve kısıtlayıcı beslenme modelleriyle alakalı kompulsif davranış ve/veya zihinsel uğraşı.
2. Kişinin belirlediği beslenme kriterlerinin dışına çıkması durumunda kaygı ve utanç duygusuyla beraber aşırı derecede hastalık korkusu şahsi kirlilik duygusu ve/veya olumsuz fiziksel duyumlar meydana gelmektedir.
3. Besin tüketimleri, kriterleri nedeniyle her geçen gün azalır. Bütün besin gruplarının tüketiminin reddedilmesi detoks olarak nitelendirilmektedir ve zamanla daha sık ve/ya ağır olan ‘temizlenmeler’ yapılmaktadır. Ağırlık kaybı istekleri bulunmamasına rağmen genellikle bu durum ağırlık kaybına neden olmaktadır.

B. Kompulsif davranış ve zihinsel uğraşı, aşağıda belirtilenlerden herhangi biri ile klinik bir bozukluk olarak açıklanmaktadır:

1. Sınırlayıcı bir beslenme modeli nedeniyle yetersiz besin alımı, aşırı ağırlık düşüşü ve/ya farklı tıbbi olumsuzluklar.
2. Sağlıklı beslenme konusunda farklı inanç ve davranışlar nedeniyle sosyal, akademik ya da mesleki işleyişin bozulması.
3. Olumlu beden imajı, kişinin kendisine olan saygısı, kimlik ve/ya tatmin olma duygusu için kendisinin belirlemiş olduğu “sağlıklı” yeme davranışına uyumu ile değerlendirilmesi.

(Dunn ve Bratman’ın ‘On Orthorexia Nervosa: A Review of the Literature and Proposed Diagnostic Criteria’ (2016, Eating Behaviors, s. 16) adlı çalışmasından uyarlanmıştır.)

Literatürde ON’ nin yeme bozukluklarının bir türü ya da OKB’ nin bir değişken olarak gruplandırılıp gruplandırılmayacağı hala bir tartışma konusudur (Brytek-Matera 2012; Brytek-Matera 2014). Bu gruplandırma ile ilgili birçok değişik düşünce belirtilmiş olsa da insanların bir kısmı DSM-V kriterlerine göre ‘Tanımlanamayan Diğer Yeme Bozuklukları’ grubunda yer alması gerektiğini bir kısmı ‘Obsessif Kompulsif Bozukluklar’ın grubunda yer alması gerektiğini diğer bir kısım ise bunlardan ayrı bir grup olarak değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedirler (Mathieu 2005; Brytek-Matera 2012; Costa 2017). Yeme ve kilo ile alakalı kaygı olan insanların tedavisinde yer alan Minnesota’lı uzman psikoterapist Kater, Bratman’ın belirttiği kriterleri taşıyan hastalarının olduğunu söylemiş ve bu hastalarının genetik

yatkınlık ve kontrol ihtiyacı gibi birkaç noktada diğer yeme bozukluklarıyla benzer özellikler taşıdıklarını belirtmiştir. Kater, Bratman'ın ortoreksiya tanıkriterlerine göre ayrı bir grupta yer alması gerektiği konusunda kendisinin net olmadığını ve tamamıyla başka grup olarakta yer almaması gerektiğini, bir grupta yer alması gerekiyorsa bunun tikanırcasına yeme bozukluğu grubunun olması gerektiğini vurgulamaktadır (Arusoğlu 2006).

Ortorektik bireyler, mükemmellik çabaları nedeniyle besin alımlarını her geçen gün biraz daha azaltmaktadırlar ve bundan dolayı da besin yetersizlikleriyle ilgili risk taşıyan bir gruptur (Kazkondur 2010).

2.2.3. Ortoreksiya Nervoza Gelişimine Neden Olan Risk Faktörleri

Günümüzde sağlıklı beslenme evrensel bir sorun haline gelmiştir ve kişiler maddi imkânları ve edinebildiği bilgi kadarıyla 'daha sağlıklı' besinlere yönelmektedirler (Ergin 2014). Ortoreksiya nervozanın altında yatan sebebin karmaşık psikolojik sorunlar olduğu belirtilmiştir ancak bu rahatsızlığa sebep olabilecek risk etmenlerinin incelendiği kanıtlanma oranının yüksek olduğu araştırmalar bulunmamıştır. Ortoreksiya nervoza ile ilgili yapılan araştırmalarda, araştırmaların hedefi farklı olsa da genellikle bağlantılı olduğu etmenlere de bakılmıştır. Örnek olarak; sağlıklı beslenme planları, cinsiyet, sosyal standartlar ve sağlık profesyoneli/öğrencisi olmak verilebilir. Bu konuyla ilgili dünya genelinde yeterince araştırma yapılmamıştır ve bundan dolayı farklı sonuçların elde edildiği araştırmaları karşılaştırıp kıyaslamak kolay değildir (Özkefeli Hamurcu 2019).

2.2.3.1 Sağlıklı Beslenme Planları

Temel besinleri aynı zaman diliminde beslenme düzeninden çıkaran kişiler ortoreksiya nervozaya yakalanma açısından riskli grupta oldukları belirtilmektedir, bu riskli gruplara veganlar, veganların alt grupları (lakto-ovo vejetaryen, ovo-vejetaren vb.), likitaryanlar, makrobiyotikler ve çiğ tüketiciler örnek verilebilir (Cuzzolarove Donini 2016; Moroze ve ark. 2014). Beslenme programlarının çoğu, sağlıklı olma durumunu korumak ve/veya hastalık oluşumunu engellemek için bazı besin gruplarının tüketimini yasaklamaktadır (Elliott 2010). Son yıllarda batı ülkelerinin çoğunda insanlar sağlıklı beslenmeye teşvik edilmektedir ve ülkelerde devlet politikası haline gelerek farklı birçok sağlıklı beslenme programları uygulanmaktadır.

Bunların bir kısmı sadece besin çeşitliliği ile ilgili bir kısmı ise hayatın bütünü kapsayan ilkeler bulundurmaktadır (Bratman ve Knight 2000). Bu sağlıklı beslenme risk gruplarına göz atacak olursak;

- a. Vegan diyeti: Diyetle hayvansal kaynaklı besinlerin hiçbiri bulunmamaktadır yalnızca bitkisel besinler bulunmaktadır. Ayrıca hayvanlardan elde edildiği için yün, ipek, deri vb. kıyafetlerin giyilmesi ve hayvansal yağ içeren sabunların kullanılması yasaktır (Ergin 2014). Veganların alt grupları da vardır(Saksas ve ark. 2020). Lakto-ovo vejetaryen beslenme; bitkisel kaynaklı besinler, süt ürünleri ve yumurta bulunmaktadır. Lakto vejetaryen beslenme; et, balık ve yumurta yer almamaktadır, sadece süt ve süt ürünleri ile bitkisel kaynaklı besinler bulunmaktadır. Ovo-vejetaryen beslenme; et ve süt ürünleri yer almaz fakat bitkisel kaynaklı besinler ve yumurta yer almaktadır. Fruitarianlarda(meyve ile beslenenler); yalnızca botanik olarak meyve grubunda yer alan sebzeler/ meyvelerin ve kabuklu yemişlerin tüketimi bulunmaktadır. Semi-vejetaryen beslenme; et tüketimi bulunmamaktadır. Bu diyetle bitkisel kaynaklı besinlerle birlikte az miktarda kanatlı etleri ve su ürünleri de bulunmaktadır. Ayrıca süt ve süt ürünleri ile yumurta da beslenme yer almaktadır. Pesko-vejetaryenlerin diyetlerinde et ve kanatlı eti yer almamaktadır. Bunun yanı sıra balık, süt ve süt ürünleri ile yumurta tüketimi bulunmaktadır. Polo-vejetaryen beslenme bitkisel kaynaklı ürünlerle birlikte kanatlı etlerin tüketimi de serbesttir (Baysal ve Özcan 2016).
- b. Atkins diyeti: Atkins diyeti (Atkins Nutritional Approach) düşük CHO içeren bir beslenme şeklidir. ABD’li bir kardiyolog ve diyet uzmanı olan Dr. Robert Atkins ile gündeme gelmiştir. 1972 yılında yayınladıktan sonra dünya genelinde ün kazanmıştır. Bu diyetle temel prensip, düşük CHO olarak vücutta ilk enerji kaynağını CHO’dan önce yağ kullanımı olarak belirleyerek yağ yakımını artırmaktır (Ergin 2014). Ancak bu diyetleki gibi sağlıklı besin tercihi yapmayı istemek ON olduğunu göstermez. Ortoreksiya tanısı, obsesyonun durumu ile alakalıdır, sağlıklı yiyecekleri fazlaca tercih etmeyi istemek değildir. Tanı için gerekli olan şartlar bakış açısındaki yanlış ve dengeyi kuramayıp, yaşamın anlamının gıdalar üzerinde olması gerekenden daha çok odaklanması demektir (Ergin 2014).

2.2.3.2. Sosyal medya

Sağlıklı beslenme takıntısı insanların zaman içerisinde oluşan düşüncelerine göre şekillenmektedir. Medya bu noktada önemli bir rol oluşturmaktadır. Bu yolla sağlıklı beslenme ferah ve mutlu bir hayatın en önemli etkenlerinden biri olarak gösterilmektedir. Lupton (1993)'a göre besin tercihlerine bağlı risklerin gündeme daha fazla getirilmesi, sağlıklı beslenmenin faydaları hakkında daha fazla bilgi aktarılmasına sebep olmaktadır. Toplumun bu gibi bilgilerle sürekli meşgul edilmesi sonucunda da Nicolosi'nin ifadesiyle "ortorektik bir toplum" ortaya çıkmaktadır (Atik ve Biricik 2017).

Özellikle batı kültüründeki güzellik/sağlık algısının artmasıyla fit, beslenmesine dikkat eden bireylerin sağlıklı, şişman bireylerin gelişigüzel, miskin, itici izlenim oluşturduğu gözlemlenmiştir (Özkefeli Hamurcu 2019). İnsanlarda sağlık algısına yön vererek besin tercihi, yemek düzeni ve alışkanlıklarını değiştiren bir etken de sosyal medyadır (Tuç 2017). Sosyal medya ile artış görülen depresyon, özgüven eksikliği ve sosyal anksiyete gibi rahatsızlıklar ortoreksiyada daha fazla görülmektedir (Turner ve Lefevre 2017).

2.2.3.3. Cinsiyet

Yeme bozukluklarının çoğunlukla kadınlarda daha fazla görülmektedir. Bunun sebebi kadınların tercihlerini sağlıklı besinlerden yana yapmaları ve diyet yapmaya daha fazla eğilimlerinin olmasıdır (Yeşil ve ark. 2018). Kadınlarda ortoreksiyaya sebep olan nedenler arasında anksiyete, depresyon gibi bazı psikiyatrik rahatsızlıkların daha sık görülmesi vardır. Ancak son zamanlarda erkeklerin de kendilerine özen göstermeleri, fiziksel olarak iyi görünme isteklerinin artmasıyla ortoreksiyanın arttığı görülmektedir (Özkefeli Hamurcu 2019). Ramacciotti ve ark. İtalya'da nüfusun genelini kapsayan bir çalışmada ortoreksiyanın görülme oranı %57.6 olarak saptanmış ve kadınların erkeklere göre 2 kat risk altında olduğu gözlemlenmiştir (Arslantaş ve ark. 2017).

2.2.3.4. Obezite Seviyesi

Beden Kütle İndeksi ve ortoreksiya nervoza arasındaki bağlantıyı inceleyen araştırmaların da sonuçları net değildir. Bazı araştırmaların sonuçlarında aşırı kilolu ya da obez kişilerin beden kütle indeksleri ve ortoreksiya nervoza düzeyleri arasında

pozitif bir ilişki olabileceği bulunmuştur. Başka bir araştırmada ise aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir bağlantı olmadığı belirtilmiştir(Mcmerney-ernst 2011).

2.2.3.5. Sağlık Eğitiminin Rolü

Yapılan araştırmalar ON'nin daha fazla görüldüğü grupları tıp fakültesi öğrencileri, hekimler, diyetisyenler, fizyoterapistler olarak saptamıştır(Gezer ve Kabaran 2013;Rangel ve ark. 2012). Sağlıklı beslenme konusunda çok fazla bilginin olması bu tür rahatsızlıklara sebep olabilmektedir. Zayıf olmak istenmesi ya da sağlıklı besin tüketimine dikkat edilmesi sebebiyle besinlerin hazırlanma şekillerini düşünmek ya da gün içerisinde besinleri fazlaca düşünerek zaman geçirmek yeme bozukluklarına sebep olan önemli risk etmenlerindendir (Rangel ve ark. 2012). Kişinin aldığı eğitim ve mesleki durumu hayat tarzına yönelik seçimlerini ve sağlık algısını şekillendirebilmektedir. Sağlık çalışanlarının meslek hayatında karşılaştığı vakalar, hastalıklar ve ölümler, onları 'sağlıklı kalabilme korkusuna itmesi beklenen bir durumdur (Özkefeli Hamurcu 2019).

2.2.3.6. Beden İmgesi

Beden imgesi bozukluğu anoreksiya nervoza olan bireylerde, vücut kompozisyonlarını olduğundan farklı görmeleri ve şuan ki durumlarını farklı algılamalarından dolayı rahatsızlığın devam etmesine neden olur. Hasta bireyin beden ağırlığını, şeklini ya da büyüklüğünü kavramada bozukluk ve kendisini ayna karşısında olduğundan kilolu görmesi AN de beklenen semptomlardır. Hasta kaşektik derecede zayıf olduğu halde kendisini şişman olarak ifade eder, hisseder ve öyle görür, ancak kendisine benzeyen başka bir AN hastasının aşırı zayıf olduğunu belirtir.

2.2.4. Ortoreksiya Nervoza Tedavisi

ON'nin ortaya çıkma sebeplerinin çok yönlü olmasından dolayı tedavisi güç olduğu belirtilmektedir. Kişiler yalnızca gıdalar hakkında değil, detaylı incelendiğinde derin duygusal olaylarında içinde olduğu birçok konuda saplantılıdır. Neden olan olayları incelemek olması gereken beslenme düzenine geçişi daha kolay hale getirecektir (Nevşioğulları 2018).Ortorektik bireyler 'Ya Hep Ya Hiç' mantığından uzaklaşmak için uzman desteğine ihtiyaç duyabilmektedir (Baş 2014).ON'nin tedavi edilmesi için gerekli olan ekibin içerisinde doktor, diyetisyen ve psikoterapistler

bulunmalıdır. Seçici serotonin geri alım inhibitörleri ile beraber bilişsel davranışçı terapi, ortorektik bireylerin tedavisine yardım edebilmektedir (Brytek ve Matera 2012). Tedavi sürecinde, hastalığın kendine has yönleri tespit edilmeli, belirtileri incelenmeli, hastanın yaşı, fiziksel hali değerlendirilmeli ve hastanın ailesindeki diğer bireylerin de sağlık durumu incelenmelidir. Birkaç psikonörofizyolojik yöntem de bulunmaktadır. Bu yöntemler; Dr. Moshe Feldenkrais tarafından geliştirilen “Somatik Feldenkrais Yöntemi”, dans eğitimleri, yoga, göz hareketi duyarsızlaştırma ve yeniden işleme terapisi (EMDR) (Natenshon 2017).

Ortoreksiyanın sebep olduğu akut durumların tedavisi için bireyin metabolik rahatsızlıklarının yatarak tedavi edilmesi gerekebilir (Koven ve Abry 2015). Ortorektik kişiler doğal olmadıkları gerekçesiyle ilaç alımını da kabul etmeyebilirler. Tedavi sürecinde amaç yalnızca hastaların ne tükettiklerine değil, tüketilen gıdaların satın alınması ve hazırlanma şekline de dikkat edilmelidir (Koven ve Abry 2015). Hastaların çevresi ile iletişime geçilerek beslenme eğitimine yönlendirmek tedavi de sonuca varabilmek için önemli bir basamaktır (Brytek ve Matera 2012). ON’li kişilerin alımını sınırladığı ya da yasakladığı ve sağlıklı olduğunu düşündüğü gıdaların belirlenmesiyle yeme konusundaki korkularının ortadan kaldırılmasında yasaklanan gıdalarla yüzleşmesi tedavisine katkıda bulunmaktadır (Akbulut 2016).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü ve Amacı

Bu araştırma Beslenme ve Diyetetik Öğrencilerinde Sağlıklı Beslenme Takıntısının (Ortoreksiya Nervoza) görülme durumunun saptanması amacıyla tasarlanmış kesitsel bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Beslenme ve Diyetetik öğrencilerinde 2020 yılı güz döneminde yapıldı.

3.3. Araştırmanın Soruları ve Hipotezi

- Doktor teşhisi ile konulmuş hastalığı olan öğrencilerin ORTO15 total ölçek skorları düşüktür.
- YTT total, MOKT total ölçek skorları doktor teşhisi ile konulmuş hastalık varlığı olmayan öğrencilere göre daha yüksektir.
- YTT total ölçek skoru sürekli olarak diyet uygulamayan öğrencilerin ölçek skorlarına göre daha yüksektir.
- YYT ölçek skoru azaldıkça ORTO 15 ölçek skoru da azalmaktadır.
- Öğrencilerin cinsiyetleri ile ORTO-15 puanı arasında bir ilişki yoktur.
- Beslenme ve diyetetik öğrencileri doğru beslenme ve kaliteli yaşam arasındaki ilişki konusunda bilgi sahibi oldukça ortoreksiyaya eğilimleri artmaktadır.

Bunun için 13 sorudan oluşan genel bilgi formu ve ORTO-15 Testi, Yeme Tutum Testi (EAT-40), Maudsley Obsesif Kompulsif Testi Ölçeklerinden yararlanılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni, Örneklemi ve Özellikleri

Araştırmanın evrenini 2020-2021 eğitim öğretim döneminde Necmettin Erbakan Üniversitesi ve Karatay Üniversitesinde öğrenim gören Beslenme ve Diyetetik 3. ve 4. sınıf öğrencisi oluşturdu.

3.5. Araştırmaya Kabul Edilme Ölçütleri

Araştırmaya onam veren tüm öğrenciler araştırma kapsamına dahil edilmiştir.

3.6. Veri Toplama Gereçleri

Beslenme ve Diyetetik 3. ve 4. sınıf öğrencilerinde yapılan bu çalışmada veri toplama aracı olarak anketler kullanılmıştır. Anketler öğrencilere elektronik posta ile uygulanmıştır. Anketler 4 bölümden oluşmaktadır, bu bölümler şunlardır:

- Genel Bilgi Formu
- ORTO-15 Testi
- Yeme Tutum Testi (EAT-40)
- Maudsley Obsesif Kompulsif Testi

3.6.1. Genel Bilgi Formu

Genel Bilgi Formu, öğrencilerin demografik bilgilerini elde etmek amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Bu formda yaş, cinsiyet, eğitim durumu, boy, kilo, boy-kilo-görünüm memnuniyeti, hastalık durumu, olmak istenilen kilo, uygulanan diyet programı vb. sorulara yer verilmiştir.

3.6.2. ORTO-15 Testi

ORTO-15, 2000 yılında Bratman tarafından Amerikan halkın ortorektik eğilimini değerlendirebilmek amacıyla hazırlanan 10 soruluk test, 2005 yılında Donini ve arkadaşları tarafından geliştirilmesi ve değiştirilmesi ile oluşturulan bir testtir (Arusoğlu ve ark. 2008). Türkçe formatına çevrilmesi Arusoğlu tarafından 2006 yılında yapılmış ve ORTO-11 olarak revize edilmiştir (Alkan 2019). En güncel haliyle ORTO-15 ölçeği, Ortoreksiya Nervozaya olan eğilimi değerlendirmek amacıyla düzenlenmiş 15 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme testidir (Donini ve ark. 2004). Ortoreksiya için ayırt edici kriter olan cevaplar "1", normal yeme davranışı eğilimi gösteren cevaplar "4" puan ile değerlendirilmiştir. Ölçekten en az 15, en fazla 60 puan alınabilmektedir (8). Testte bulunan 2, 5, 8 ve 9. sorular (3, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 15 maddelerinin) tersine puanlanmaktadır (Donini ve ark. 2004).

- 1 ve 13 numaralı sorulara verilen yanıt 'her zaman' ise 2 puan, 'sık sık' ise 4 puan, 'bazen' ise 3 puan, 'hiçbir zaman' ise 1 puan verilerek,
- 2-5-8-9 numaralı sorulara verilen yanıt 'her zaman' ise 4 puan, 'sık sık' ise 3 puan, 'bazen' ise 2 puan, 'hiçbir zaman' ise 1 puan verilerek,

- 3-4-6-7-10-11-12-14-15 numaralı sorulara verilen yanıt 'her zaman' ise 1 puan, 'sık sık' ise 2 puan, 'bazen' ise 3 puan, 'hiçbir zaman' ise 4 puan verilerek, değerlendirilmiştir (Baş 2014).

Sorular, kişilerin tercih etme, satın alma, hazırlama ve kendilerinin sağlıklı olarak kabul ettikleri yiyecekleri tüketme açısından obsesif davranışlarını araştırmaktadır. Testi yapan kişilerin hem duygusal hem de rasyonel açıdan değerlendirmeleri yapılmak istenmiştir. Bu sebeple "kognitif-rasyonel alanı" (1, 5, 6, 11, 12, 14), "klinik alanı" (3, 7, 8, 9, 15) ve "duygusal alanı" (2, 4, 10, 13) araştıran sorular bulunmaktadır. ORTO-15 ölçek puanı ≤ 40 ortorektik, >40 puan alanlar normal olarak değerlendirilmiştir (Zarifoglu 2019).

3.6.3. Yeme Tutum Testi (The Eating Attitude Test-40/ YTT-40/ EAT-40)

Yeme Tutum Testi (YTT-40), 1979 yılında Garner ve Garfinkel tarafından yeme bozukluklarını (AN ve BN) incelemek için geliştirilen 40 sorudan oluşan kişinin kendini değerlendirme ölçeğidir (Talwar 2011; Garner ve Garfinkel 1979). Formun aslı İngilizce olup Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması 1989 yılında Savaşır ve Erol tarafından yapılmıştır (Savaşır ve Erol 1989). Klinik değerlendirmede sürecinde daha ayrıntılı bilgi sağlamanın yanısıra tedavi sonucu meydana gelen değişiklikleri de belirlemektedir (Talwar 2011; Garner ve Garfinkel 1979). Bu ölçek 6 noktalı (daima, çok sık, sık sık, bazen, nadiren ve hiçbir zaman) çoktan seçmeli bir ölçektir. Ölçekteki sorulardan 1,18,19,23,27,39 için bazen 1 puan, nadiren 2 puan ve hiçbir zaman 3 puan ve diğer seçenekler 0 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin diğer maddeleri için ise daima 3 puan, çok sık 1 puan ve diğer seçenekler 0 puan olarak hesaplanmaktadır (Öner 1997). Testten alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan ise 120'dir (Alkan 2019). Testten alınan toplam puan 21'den az ise 'düşük risk', 21-30 arasında ise 'orta risk', 30'dan fazla ise 'yüksek risk' olarak belirlenmiştir. Sonuçta ölçeğin her bir maddesinden alınan puanlar toplanarak ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir (Baş 2014).

3.6.4. Maudsley Obsesif Kompulsif Testi

Maudsley Obsesif Kompulsif Testi, Hodgson ve Rachman tarafından obsesif-kompulsif belirtilerin düzeyini ve türünü araştırmak için oluşturulmuştur (Hodgson ve Rachman 1977). Bu testin aslı 30 madde ve temizlik, kuşku, kontrol ve yavaşlık olmak

üzere dört alt ölçekten oluşmaktadır. Maddeler doğru ve yanlış şeklinde değerlendirilmekte ve doğru seçenek 1, yanlış seçenek 0 olarak puanlanmaktadır. Türkçe'ye uyarlanması ve geçerliği, güvenirliği; Erol ve Savaşır tarafından yapılmıştır. MMPI ölçeğinden 7 madde eklenmiş olup toplamda 37 madde ile yeni düzenlenmesi yapılmıştır. Alt ölçeklere ek olarak ruminasyon alt ölçeği eklenmiştir. İşaretlenen her doğru 1 puandır. Yalnızca 11.madde ters puanlanmaktadır. En fazla değer toplamı, obsesyon için 37, kontrol etme için 9, temizlik için 11, yavaşlık ve kuşku için 7" dir (Savaşır ve Erol 1989;Yıldırım 2018).

Kontrol etme ile ilgili maddeler : 2, 6, 8, 14, 15, 20, 22, 26, 28"

"Temizlik ile ilgili maddeler : 1, 4, 5, 9, 13, 17, 19, 21, 24, 26, 27"

"Yavaşlık ile ilgili maddeler : 2, 4, 8, 16, 23, 25, 29"

"Kuşku ile ilgili maddeler : 3, 7, 10, 11, 12, 18, 30"

"Ruminasyon ile ilgili maddeler: 2, 8, 31, 32, 33, 34, 35, 36 ve 37.maddeler)" (Savaşır ve Erol 1989;Yıldırım 2018)

3.7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 23.0 paket programından yararlanılmıştır. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sürekli ölçümler ortalama ve standart sapma (normal dağılıma uygunluk varsayımlarını sağlamayan durumlarda ortanca ve minimum -maksimum) olarak özetlenmiştir. Çalışmada yer alan parametrelerin normal dağılım gösterip göstermediğini saptamada Shapiro-Wilk testinden faydalanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerde ikili grup analizlerinde ise Mann Whitney U testi; ikiden fazla grup analizlerinde ise Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. İkiden fazla gruplar arasındaki farklılığı belirlemede Tamhane's T2 testlerinden yararlanılmıştır. Ölçek skorları arasındaki bağlantıyı tespit etmede Spearman korelasyon testinden yararlanılmıştır. Orto-15, YTT ve MOKT skorlarına etki eden faktörlerin belirlenmesinde çoklu lineer regresyon modeline başvurulmuştur. Tüm testlerde istatistiksel önemlilik düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

Beslenme ve diyetetik öğrencilerinde ON farkındalık ve eğitimin ON oluşmasındaki rolünü değerlendirmenin incelendiği çalışmaya 324 üniversite öğrencisi dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen öğrencilerin % 93,5 (n=303)'inin kız, % 6,5 (n=21)'inin ise erkek oldukları saptanırken; öğrencilerin yaş ortalamaları $23,9\pm 2,45$ (Min: 20, Maks: 40) yıl olduğu tespit edilmiştir. Okuduğunuz okul değişkeni açısından öğrencilerin % 59,3 (n=192)'ünün Necmettin Erbakan Üniversitesinde; % 40,7 (n=132)'sinin ise Karatay Üniversitesinde öğrenim gördükleri anlaşılmıştır.

Öğrencilerin; BKİ değerleri ortalama $21,4\pm 2,7$ (Min: 16,44, Maks: 33,62); toplam eğitim süresi (ilkokuldan itibaren) $15,6\pm 0,6$ (Min: 15, Maks: 19) yıl olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerinin incelenmesi

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Erkek	21	6,5
Kız	303	93,5
Okuduğunuz okul		
Necmettin Erbakan Üniversitesi	192	59,3
Karatay Üniversitesi	132	40,7
	Ort±ss	Med (Min-Maks)
Yaş	$23,9\pm 2,45$	24 (20-40)
Boy (cm)	$164,1\pm 6,2$	164 (150-185)
Kilo (kg)	$57,8\pm 8,7$	56 (40-86)
BKİ	$21,4\pm 2,7$	20,83 (16,44-33,62)
Olmak istediğiniz kilo	$55,4\pm 6,8$	54 (45-80)
Toplam eğitim süresi (ilkokuldan itibaren) (yıl)	$15,6\pm 0,6$	16 (15-19)

Çalışmada yer alan öğrencilerin % 18,2 (n=59)'sinde doktor teşhisiyle konmuş herhangi bir hastalık varlığı saptanırken; % 32,2 (n=19) öğrencide vitamin ve mineral yetersizlikleri (demir, B12 vitamini yetersizliği vb.), % 16,9 (n=10) öğrencide endokrin (hormonal) hastalıklar konulduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Doktor teşhisi ile konulan hastalık varlığının incelenmesi

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Doktor teşhisiyle konmuş herhangi bir hastalık varlığı		
Hayır	265	81,8
Evet	59	18,2
Doktor teşhisiyle konulmuş hastalık olanlarda		
Kalp-damar hastalıkları	3	5,1
Diyabet	3	5,1
Yüksek tansiyon	4	6,8
Kanser	1	1,7
Sindirim sistemi hastalıkları (karaciğer, mide, safra kesesi vb.)	8	13,6
Solunum sistemi hastalıkları (akciğer vb.)	5	8,5
Ruhsal sorunlar (depresyon, aşırı yeme, kusma, gece yeme vb.)	5	8,5
Kas iskelet sistemi problemleri (osteoporoz, eklem ağrıları)	4	6,8
Endokrin (hormonal) hastalıklar	10	16,9
Vitamin ve mineral yetersizlikleri (demir, B ₁₂ vitamini yetersizliği vb.)	19	32,2
Diğer (belirtiniz)	2	3,4

Çalışmaya dahil edilen öğrencilerden % 14,2 (n=46)'sinde düzenli bir ilaç tedavisi aldığı; % 6,5 (n=21) öğrencinin sürekli uygulamakta olduğu diyeti olduğu gözlenirken; öğrencilerden % 13,6 (n=44)'sının vitamin desteği aldığı, % 30,6 (n=99)'sınında vitamin desteğini bazı dönemlerde aldığı tespit edilmiştir. Doğru beslenme bilgilerini öğrendiklerinde davranışların değişme durumu öğrencilerin % 17,6 (n=57)'sının nadiren, % 61,4 (n=199)'ünün sık sık, % 14,5 (n=47)'inin ise her zaman şeklinde yanıtladıkları saptanmıştır (Tablo 4.3.).

Tablo 4.3. Öğrencilerin sağlık durumlarına ilişkin bulguların incelenmesi

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Düzenli bir ilaç tedavisi alma		
Hayır	278	85,8
Evet	46	14,2
Sürekli uygulanan diyet varlığı		
Hayır	303	93,5
Evet	21	6,5
Vitamin desteği alma		
Hayır	181	55,9
Evet	44	13,6
Bazen	99	30,6
Doğru beslenme bilgilerini öğrendiğinizde davranışların değişme durumu		
Hiçbir zaman	21	6,5
Nadiren	57	17,6
Sık sık	199	61,4
Her zaman	47	14,5

Maudsley Obsesif Kompulsif ölçeğinde yer alan maddelerden “2. Sık sık hoşaga gitmeyen şeyler düşünür, onları zihnimden uzaklaştırmakta güçlük çekerim” yönergesine % 77,7’sinin, “3. Dürüstlüğe herkesten çok önem veririm” yönergesine % 59,3’ünün, “11. Çocukken annem de babam da beni fazla sıkmazlardı” yönergesine ise % 49,1’inin doğru şekilde yanıt verdikleri saptanmıştır (Tablo 4.4).

Tablo 4.4 Öğrencilerin Maudsley obsesif kompulsif ölçeğine verdikleri yanıtların frekans, yüzde, çarpıklık ve basıklık değerlerinin incelenmesi

	Yanlış		Doğru		Skewness (Çarpıklık)	Kurtosis (Basıklık)
	N	%	n	%		
1. Bana bir hastalık bulaşır korkusuyla herkesin kullandığı telefonları kullanmaktan kaçınıyorum	280	86,4	44	13,6	2,136	2,579
2. Sık sık hoşla gitmeyen şeyler düşünür, onları zihnimden uzaklaştırmakta güçlük çekerim	299	92,3	25	7,7	3,184	8,188
3. Dürüstlüğe herkesten çok önem veririm	132	40,7	192	59,3	-0,379	-1,868
4. İşleri zamanında bitiremediğim için çoğu kez geç kalırım	252	77,8	72	22,2	1,343	-0,199
5. Bir hayvana dokununca hastalık bulaşır diye kaygılanırım	246	75,9	78	24,1	1,218	-0,519
6. Sık sık havagazını, su musluklarını ve kapıları birkaç kez kontrol ederim	297	91,7	27	8,3	3,029	7,220
7. Değişmez kurallarım vardır	242	74,7	82	25,3	1,141	-0,702
8. Aklıma takılan nahoş düşünceler hemen hemen hergün beni rahatsız eder	279	86,1	45	13,9	2,098	2,417
9. Kaza ile bir başkasına çarptığımda rahatsız olurum	245	75,6	79	24,4	1,199	-0,567
10. Hergün yaptığım basit günlük işlerden bile emin olamam	287	88,6	37	11,4	2,437	3,965
11. Çocukken annem de babam da beni fazla sıkmazlardı	165	50,9	159	49,1	0,037	-2,011
12. Bazı şeyleri tekrar tekrar yaptığım için işimde geri kaldığım oluyor	277	85,5	47	14,5	2,025	2,114
13. Çok fazla sabun kullanırım	253	78,1	71	21,9	1,364	-0,140
14. Bana göre bazı sayılar son derece uğursuzdur	301	92,9	23	7,1	3,357	9,325
15. Mektupları postalamadan önce onları tekrar tekrar kontrol ederim	264	81,5	60	18,5	1,628	0,656
16. Sabahları giyinmek için uzun zaman harcarım	277	85,5	47	14,5	2,025	2,114
17. Temizliğe aşırı düşkünüm	288	88,9	36	11,1	2,486	4,208
18. Ayrıntılara gereğinden fazla dikkat ederim	270	83,3	54	16,7	1,797	1,237
19. Pis tuvaletlere giremem	46	14,2	278	85,8	-2,061	2,262
20. Esas sorunum bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmemdir	286	88,3	38	11,7	2,390	3,735
21. Mikrop kapmak ve hastalanmaktan korkar ve kaygılanırım	243	75,0	81	25,0	1,160	-0,658
22. Bazı şeyleri birden fazla kontrol ederim	219	67,6	105	32,4	0,755	-1,438
23. Günlük işlerimi belirli bir programa göre yaparım	238	73,5	86	26,5	1,067	-0,866

Tablo 4.4. Öğrencilerin Maudsley obsesif kompulsif ölçeğine verdikleri yanıtların frekans, yüzde, çarpıklık ve basıklık değerlerinin incelenmesi (Devamı)

24. Paraya dokunduktan sonra ellerimi kirli hissedirim	211	65,1	113	34,9	0,638	-1,603
25. Aldığım bir işi yaparken bile kaç kere yaptığımı sayarım	301	92,9	23	7,1	3,357	9,325
26. Sabahları elimi yüzümü yıkamak çok zamanımı alır	298	92,0	26	8,0	3,105	7,685
27. Çok miktarda mikrop öldürücü ilaç kullanırım	304	93,8	20	6,2	3,659	11,460
28. Hergün bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek bana zaman kaybettirir.	285	88,0	39	12,0	2,344	3,517
29. Geceleri giyeceklerimi katlayıp asmak uzun zamanımı alır	302	93,2	22	6,8	3,451	9,972
30. Dikkatle yaptığım bir işin bile tam doğru olup olmadığına emin olamam	277	85,5	47	14,5	2,025	2,114
31. Kendimi toparlayamadığım için günler, haftalar hatta aylarca hiçbirşeye el sürmediğim olur	265	81,8	59	18,2	1,655	0,744
32. En büyük mücadelelerimi kendimle yaparım	224	69,1	100	30,9	0,832	-1,315
33. Çoğu zaman büyük bir hata yada kötülük yaptığım duygusuna kapılırım	273	84,3	51	15,7	1,890	1,583
34. Sık sık kendime birşeyleri dert edinirim	224	69,1	100	30,9	0,832	-1,315
35. Önemsiz ufak tefek işlerde bile karar verip işe girişmeden önce durup düşünürüm	254	78,4	70	21,6	1,386	-0,079
36. Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır	314	96,9	10	3,1	5,450	27,879
37. Bazen önemsiz düşünceler aklıma takılır ve beni günlerce rahatsız eder	245	75,6	79	24,4	1,199	-0,567

Orto-15 ölçeğinde yer alan maddelerden “4- Sağlığınızla ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi?” yönergesine % 39,8’inin, “9. Sizce, ruhsal durumunuz yeme düzeninizi etkiler mi?” yönergesine % 44,1’inin, “10. Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanları tüketmek kendinize olan güveninizi artırır mı?” yönergesine % 38,9’unun, “12. Sağlıklı beslenmenin dış görünümünüzü daha iyi hale getirebileceğini düşünür müsünüz?” yönergesine % 48,7’sinin, “14. Piyasada sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz?” yönergesine % 51,5’inin her zaman şeklinde yanıtları belirlenmiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Öğrencilerin ORTO-15 ölçeğine verdikleri yanıtların frekans, yüzde, çarpıklık ve basıklık değerlerinin incelenmesi

	Her zaman		Sık sık		Bazen		Hiçbir zaman		Skewness (Çarpıklık)	Kurtosis (Basıklık)
	n	%	n	%	n	%	n	%		
1- Yemek yerken yediklerinizin kalorisine dikkat edermisiniz?	8	2,5	88	27,2	187	57,7	41	12,7	-1,049	0,603
2- Çeşitli yiyeceklerin olduğu bir yerde yiyecek seçmek durumunda kalırsanız kararsızlık yaşar mısınız?	33	10,2	69	21,3	140	43,2	82	25,3	0,458	-0,582
3-Son üç ay içerisinde besinler konusunda endişelendiğiniz oldu mu?	12	3,7	41	12,7	112	34,6	159	49,1	-0,982	0,246
4- Sağlığınızla ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi?	20	6,2	109	33,6	139	42,9	56	17,3	-0,097	-0,577
5- Yemeğinizin sağlıklı olması sizin için lezzetli olmasından daha mı önemlidir?	15	4,6	81	25,0	179	55,2	49	15,1	0,361	0,022
6- Daha sağlıklı, daha taze besinler satın almak için daha fazla para harcamak ister misiniz?	22	6,8	81	25,0	173	53,4	48	14,8	-0,407	-0,088
7- Sağlıklı beslenme ile ilgili düşünceler sizi günde üç saatten fazla meşgul eder mi?	7	2,2	14	4,3	71	21,9	232	71,6	-1,996	3,945
8- Sağlıksız olduğunu düşündüğünüz besinleri yediğiniz olur mu?	12	3,7	53	16,4	219	67,6	40	12,3	0,697	1,300
9. Sizce, ruhsal durumunuz yeme düzeninizi etkiler mi?	57	17,6	86	26,5	129	39,8	52	16,0	0,176	-0,919
10. Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanlarını tüketmek kendinize olan güveninizi artırır mı?	26	8,0	100	30,9	149	46,0	49	15,1	-0,213	-0,456
11. Uyguladığınız beslenme tipi yaşam tarzınızı değiştirir mi? (Dışarıda yeme sıklığı, arkadaşlar vb. açıdan)	22	6,8	61	18,8	180	55,6	61	18,8	-0,571	0,144
12. Sağlıklı beslenmenin dış görünümünüzü daha iyi hale getirebileceğini düşünür müsünüz?	60	18,5	98	30,2	129	39,8	37	11,4	-0,102	-0,863
13. Sağlıksız beslendiğinizde kendinizi suçlu hisseder misiniz?	6	1,9	44	13,6	135	41,7	139	42,9	0,019	-1,603
14. Piyasada sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz?	92	28,4	75	23,1	128	39,5	29	9,0	-0,029	-1,178
15. Son zamanlarda yemeklerinizi özellikle tek başına yemeği mi tercih edersiniz?	11	3,4	46	14,2	179	55,2	88	27,2	-0,606	0,399

Tablo 4.6.'da çalışmada yer alan üniversite öğrencilerinin Yeme Tutumu testi ölçeğine verdikleri yanıtların frekans, yüzde, çarpıklık ve basıklık değerleri Tablo 4.5.'de incelenmiştir. “**1.** Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.” yönergesine % 74,1'inin, “**23.** Adetlerim düzenlidir. (Yalnızca kızlar cevaplandırarak)” yönergesine % 55,9'unun her zaman şeklinde yanıtları saptanmıştır.

Tablo 4.6. Öğrencilerin Yeme Tutum testi ölçeğine verdikleri yanıtların frekans, yüzde, çarpıklık ve basıklık değerlerinin incelenmesi

	Daima n(%)	Çok sık n(%)	Sık sık n(%)	Bazen n(%)	Nadiren n(%)	Hiçbir zaman n(%)	Skewness (Çarpıklık)	Kurtosis (Basıklık)
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.	56 (17,3)	77 (23,8)	107 (33)	65 (20,1)	16 (4,9)	3 (0,9)	-0,178	-0,505
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeğiyemem.	2 (0,6)	10 (3,1)	9 (2,8)	38 (11,7)	46 (14,2)	219 (67,6)	1,885	3,131
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.	1 (0,3)	1 (0,3)	4 (1,2)	20 (6,2)	54 (16,7)	244 (75,3)	2,568	8,306
4. Şişmanlamaktan ödüm kopar.	5 (1,5)	9 (2,8)	13 (4,0)	50 (15,4)	67 (20,7)	180 (55,6)	1,540	2,073
5. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.	3 (0,9)	10 (3,1)	16 (4,9)	28 (8,6)	69 (21,3)	198 (61,1)	1,774	2,693
6. Aklım fikrim yemektedir.	6 (1,9)	5 (1,5)	24 (7,4)	50 (15,4)	76 (23,5)	163 (50,3)	1,347	1,478
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar oldu.	7 (2,2)	6 (1,9)	20 (6,2)	58 (17,9)	98 (30,2)	135 (41,7)	1,292	1,615
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.	10 (3,1)	15 (4,6)	35 (10,8)	70 (21,6)	101 (31,2)	93 (28,7)	0,876	0,244
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.	7 (2,2)	24 (7,4)	99 (30,6)	109 (33,6)	52 (16,0)	33 (10,2)	-0,076	-0,252
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.	2 (0,6)	9 (2,8)	71 (21,9)	113 (34,9)	74 (22,8)	55 (17,0)	0,034	-0,562
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.	7 (2,2)	15 (4,6)	16 (4,9)	87 (26,9)	150 (46,3)	49 (15,1)	1,161	1,629
12. Ailem fazla yememebekler.	4 (1,2)	19 (5,9)	25 (7,7)	59 (18,2)	103 (31,8)	114 (35,2)	0,989	0,348
13. Yemek yedikten sonra kusarım.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0,6)	8 (2,5)	314 (96,9)	6,560	46,708
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.	3 (0,9)	3 (0,9)	7 (2,2)	36 (11,1)	84 (25,9)	191 (59,0)	1,903	4,482
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.	8 (2,5)	2 (0,6)	10 (3,1)	30 (9,3)	67 (20,7)	207 (63,9)	2,211	5,254
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz yaparım.	6 (1,9)	8 (2,5)	18 (5,6)	34 (10,5)	97 (29,9)	161 (49,7)	1,603	2,400
17. Günde birkaç keret arttırırım.	1 (0,3)	1 (0,3)	3 (0,9)	28 (8,6)	125 (38,6)	166 (51,2)	1,516	4,145
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.	8 (2,5)	15 (4,6)	47 (14,5)	74 (22,8)	90 (27,8)	90 (27,8)	0,669	-0,183
19. Et yemekten hoşlanırım.	41 (12,7)	39 (12,0)	105 (32,4)	79 (24,4)	44 (13,6)	16 (4,9)	0,016	-0,542
20. Sabahları erken uyanırım.	14 (4,3)	49 (15,1)	80 (24,7)	111 (34,3)	52 (16,0)	18 (5,6)	0,097	-0,417
21. Günlerce aynı yemeğiyerim.	2 (0,6)	5 (1,5)	7 (2,2)	29 (9,0)	95 (29,3)	186 (57,4)	1,916	4,465
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.	6 (1,9)	11 (3,4)	18 (5,6)	52 (16,0)	109 (33,6)	128 (39,5)	1,303	1,511
23. Adetlerim düzenlidir. (Yalnızca kızlar cevaplandırılacak)	36 (11,1)	65 (20,1)	80 (24,7)	92 (28,4)	35 (10,8)	16 (4,9)	-0,084	-0,628
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.	11 (3,4)	19 (5,9)	25 (7,7)	41 (12,7)	115 (35,5)	113 (34,9)	1,179	0,675
25. Şişmanlayacağım (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşguleder.	3 (0,9)	8 (2,5)	15 (4,6)	46 (14,2)	108 (33,3)	144 (44,4)	1,387	1,954
26. Yemeklerimi yemek, başkalarınınkinden daha uzunsürer.	6 (1,9)	12 (3,7)	24 (7,4)	113 (34,9)	98 (30,2)	71 (21,9)	0,716	0,628
27. Lokantada yemek yemeyi severim.	9 (2,8)	33 (10,2)	77 (23,8)	129 (39,8)	47 (14,5)	29 (9,0)	0,074	-0,124
28. Müshil kullanırım	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (0,9)	3 (0,9)	318 (98,1)	8,225	69,675

Tablo 4.6. Öğrencilerin Yeme Tutum testi ölçeğine verdikleri yanıtların frekans, yüzde, çarpıklık ve basıklık değerlerinin incelenmesi(Devamı)

29.Şekerli yiyeceklerdenkaçınırım.	3 (0,9)	17 (5,2)	67 (20,7)	123 (38,0)	72 (22,2)	42 (13,0)	0,110	-0,269
30. Diyet (perhiz) yemekliyerim.	5 (1,5)	12 (3,7)	65 (20,1)	125 (38,6)	57 (17,6)	60 (18,5)	0,116	-0,294
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.	1 (0,3)	0 (0)	5 (1,5)	11 (3,4)	30 (9,3)	277 (85,5)	3,610	15,857
32. Yiyecek konusunda kendimidenetleyebilirim.	22 (6,8)	55 (17,0)	114 (35,2)	72 (22,2)	37 (11,4)	24 (7,4)	-0,262	-0,372
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını düşünürüm.	4 (1,2)	14 (4,3)	16 (4,9)	43 (13,3)	118 (36,4)	129 (39,8)	1,358	1,602
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanı alır.	0 (0)	3 (0,9)	4 (1,2)	32 (9,9)	88 (27,2)	197 (60,8)	1,603	2,794
35. Kabızlıktan yakınıyorum.	5 (1,5)	3 (0,9)	10 (3,1)	47 (14,5)	114 (35,2)	145 (44,8)	1,601	3,414
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.	5 (1,5)	10 (3,1)	13 (4,0)	113 (34,9)	111 (34,3)	72 (22,2)	0,843	1,234
37. Diyet (perhiz) yaparım.	8 (2,5)	13 (4,0)	47 (14,5)	131 (40,4)	62 (19,1)	63 (19,4)	0,359	0,047
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (1,5)	15 (4,6)	304 (93,8)	4,488	20,813
39. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.	6 (1,9)	13 (4,0)	29 (9,0)	133 (41,0)	116 (35,8)	27 (8,3)	0,809	1,239
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (0,6)	3 (0,9)	319 (98,5)	9,258	90,321

Tablo 4.7.'de çalışmada kullanılan Orto-15 toplam ölçek skoru ile kognitif rasyonel, klinik ve duygusal alanı alt ölçek boyutları; Yeme tutumu toplam ölçek skoru; MOKT toplam ölçek skoru ile kontrol etme, temizlik, yavaşlık, kuşku ve ruminasyon alt ölçek skorlarının ortalama, standart sapma, ortanca, minimum, maksimum, normallik bulguları, çarpıklık ve basıklık değerleri ile ölçek skorlarının cronbach alpha güvenirlik katsayı değerleri incelenmiştir. Cronbach alfa güvenirlik katsayı değeri ile ilgili yapılan bir çalışmada Cronbach'ın alfa güvenirlik katsayı aralıkları; $0,0 < \alpha < 0,4$ aralığında 'ölçek güvenilir değildir', $0,41 < \alpha < 0,6$ aralığında 'ölçek düşük güvenirliktedir', $0,61 < \alpha < 0,8$ aralığında 'ölçek orta güvenirliktedir', $0,81 < \alpha < 1,00$ aralığında ise 'ölçek yüksek güvenirliktedir' şeklinde bildirilmiştir (Kılıç 2016). Bu bağlamda yürütülen araştırmada Kognitif rasyonel alanı ($p=0,760$), Klinik alanı ($p=0,688$), Duygusal alanı ($p=0,696$), Kontrol etme ($p=0,746$), Temizlik ($p=0,751$), Yavaşlık ($p=0,719$) ve Kuşku ($p=0,616$) ölçek skorlarının cronbach alfa katsayı değerlerinin orta güvenirlikte oldukları saptanırken; Orto15 total ($p=0,884$), YTT total ($p=0,897$), MOKT total ($p=0,912$) ve Ruminasyon ($p=0,831$) ölçek skorlarının cronbach alfa katsayı değerlerinin yüksek güvenirlikte oldukları tespit edilmiştir.

Ölçek skorlarının normal dağılım gösterip göstermediğini saptamada Shapiro-wilk normallik testi ve çarpıklık basıklık değerleri incelenerek iki farklı yöntem ile araştırılmaktadır. Tablo 4.7. incelendiğinde Orto15 toplam ölçek skoru ile Kognitif rasyonel, Klinik ve Duygusal alanı alt ölçek skorlarının, MOKT toplam ölçek skorunun, Kontrol etme, Temizlik, Yavaşlık, Kuşku ve Ruminasyon alt ölçek skorlarının çarpıklık ve basıklık değerlerinin -2 ile +2 değerleri arasında değişim gösterdiği; YTT toplam ölçek boyutunda ise çarpıklık değerinin 2,278, basıklık değerinin ise 6,238 olduğu gözlenmiştir. Literatürde yapılan çalışmalarda çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1 ile +1 (Hair ve ark. 2013), -1,5 ile +1,5 (Tabachnick ve Fidell 2013), -2 ile +2 (George ve Mallery 2010) arasında olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur. Shapiro-wilk normallik testi bulgularına göre ise çalışmada kullanılan tüm ölçeklerin toplam ve alt ölçek skorlarının normal dağılım göstermediği tespit edilmiştir. Bu bağlamda araştırmada yürütülen karşılaştırmalarda non-parametrik testlerin kullanılması planlanmıştır.

Tablo 4.7. Çalışmada kullanılan ölçeklere ilişkin bulguların incelenmesi

	İfade sayısı	Ort±ss	Med (Min-Maks)	Shapiro-wilk Normallik testi	Çarpıklık	Basıklık	Cronbach alpha güvenirlik katsayı
Orto15 total	15	39,9±2,8	40 (29-47)	<0,001	-0,520	1,021	0,884
Kognitif rasyonel alanı	6	15,5±2,4	16 (7-21)	<0,001	-0,777	0,378	0,760
Klinik alanı	5	14,5±1,6	15 (8-18)	<0,001	-0,453	1,186	0,688
Duygusal alanı	4	9,8±1,5	10 (6-14)	<0,001	0,162	0,185	0,696
YTT total	40	12,1±7,7	10 (3-49)	<0,001	2,278	6,238	0,897
MOKT total	37	7,8±6,8	5 (0-31)	<0,001	1,039	0,311	0,912
Kontrol etme	9	1,19±1,71	0 (0-8)	<0,001	1,513	1,806	0,746
Temizlik	11	2,77±2,24	2 (0-10)	<0,001	0,915	-0,038	0,751
Yavaşlık	7	0,98±1,31	0 (0-6)	<0,001	1,366	1,238	0,719
Kuşku	7	1,90±1,36	2 (0-7)	<0,001	1,221	1,489	0,616
Ruminasyon	9	1,66±2,22	0 (0-9)	<0,001	1,183	0,321	0,831

Çalışmada kullanılan Orto-15 testi skorlarında üniversite öğrencilerinin % 48,1 (n=156)'inde 40 puan üzerinde; % 51,9 (n=168)'unda ise 40 puan ve altında olduğu saptanmıştır. Yeme tutumu testi ölçek skorunda öğrencilerin % 90,4 (n=293)'ünün düşük riskli, % 4,9 (n=16)'unun orta riskli, % 4,6 (n=15)'sının ise yüksek risk kategorisinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8.).

Tablo 4.8. Orto-15 ve Yeme tutumu testi bulguların kategorik açıdan incelenmesi

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Orto 15 kategorik		
≤40	168	51,9
>40	156	48,1
YTT kategorik		
<21 düşük risk	293	90,4
21-30 orta risk	16	4,9
>30 yüksek risk	15	4,6

Öğrencilerin cinsiyet değişkeni ile Orto-15 toplam ($p=0,304$) ölçek skoru ile kognitif rasyonel ($p=0,732$) ve duygusal ($p=0,568$) alt ölçek skorları; yeme tutumu testi toplam ($p=0,256$), MOKT toplam ($p=0,571$) ölçek skoru ile kontrol etme ($p=0,304$), temizlik ($p=0,304$), yavaşlık ($p=0,304$), kuşku ($p=0,304$) ve ruminasyon ($p=0,304$) alt ölçek skorları arasında kayda değer bir değişiklik saptanmamıştır ($p>0,05$). Klinik alanı alt ölçek skorunda ise erkek öğrencilerin ölçek skorlarının kız öğrencilere göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,009$; $p<0,05$) (Tablo 4.9).

Karatay üniversitesinde okuyan üniversite öğrencilerinin Orto15 toplam ($p<0,001$), Kognitif rasyonel alanı ($p<0,001$) ve Klinik alanı ($p=0,016$) ölçek skorlarının yüksek; Duygusal alanı ($p<0,001$), YTT total ($p<0,001$), MOKT total ($p<0,001$), Kontrol etme ($p<0,001$), Temizlik ($p<0,001$), Yavaşlık ($p<0,001$), Kuşku ($p<0,001$) ve Ruminasyon ($p<0,001$) ölçek skorlarının ise Necmettin Erbakan Üniversitesinde öğrenim gören öğrencilere göre daha düşük ölçek skorunun olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Doktor teşhisi ile konulmuş hastalık varlığı olan öğrencilerin Orto15 total ($p=0,002$) ve Kognitif rasyonel alanı ($p=0,003$) ölçek skorlarının düşük; YTT total ($p<0,001$), MOKT total ($p<0,001$), Kontrol etme ($p<0,001$), Temizlik ($p<0,001$), Yavaşlık ($p<0,001$), Kuşku ($p<0,001$) ve Ruminasyon ($p<0,001$) ölçek skorlarının doktor teşhisi ile konulmuş hastalık varlığı olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Klinik alanı ($p=0,103$) ve Duygusal alanı ($p=0,091$) alt ölçek skorları ile doktor teşhisi ile konulmuş hastalık varlığı değişkeni arasında kayda değer bir değişiklik saptanmamıştır ($p>0,05$).

Düzenli bir ilaç tedavi alan öğrencilerde Orto15 total ($p=0,014$) ve Klinik alanı ($p=0,002$) ölçek skorlarının düşük; YTT total ($p=0,001$), MOKT total ($p=0,001$), Kontrol etme ($p<0,001$), Temizlik ($p=0,003$), Yavaşlık ($p=0,007$), Kuşku ($p=0,005$) ve Ruminasyon ($p=0,008$) ölçek skorlarının ise düzenli bir ilaç tedavi almayan öğrencilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kognitif rasyonel alanı ($p=0,084$) ve Duygusal alanı ($p=0,144$) alt ölçek skorları ile öğrencilerin düzenli bir ilaç tedavisi alma değişkenleri arasında kayda değer bir farklılığa ulaşılamamıştır ($p<0,05$).

Öğrencilerden devamlı olarak diyet uygulayanlarda Klinik alanı ($p<0,001$) alt ölçek skorunun daha düşük olduğu gözlenirken; Duygusal alanı ($p=0,003$), YTT total

($p<0,001$), MOKT total ($p=0,016$), Kontrol etme ($p=0,004$), Yavaşlık ($p=0,015$), Kuşku ($p=0,042$) ve Ruminasyon ($p=0,015$) ölçek skorlarının sürekli olarak diyet uygulamayan öğrencilerin ölçek skorlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Orto15 total ($p=0,066$), Kognitif rasyonel alanı ($p=0,224$) ve Temizlik ($p=0,066$) ölçek skorları ile öğrencilerin sürekli olarak diyet uygulama değişkenleri arasında kayda değer değişiklik bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Üniversite öğrencilerinin vitamin desteği alma durumu değişkenleri ile Orto15 total ($p=0,008$), Kognitif rasyonel alanı ($p=0,001$), Klinik alanı ($p=0,005$), Duygusal alanı ($p=0,005$), YTT total ($p=0,002$), MOKT total ($p<0,001$), Kontrol etme ($p<0,001$), Temizlik ($p<0,001$), Yavaşlık ($p=0,005$), Kuşku ($p<0,001$), Ruminasyon ($p<0,001$) ölçek skorları arasında kayda değer bir değişiklik saptandı ($p<0,05$). Gruplar arasındaki değişikliğin kaynağını bulmak amacıyla yapılan Post Hoc Tamhane's T2 testi bulgularına göre;

Vitamin desteği almayan üniversite öğrencilerinin Duygusal alanı, YTT total, MOKT total, Kontrol etme, Temizlik, Kuşku ve Ruminasyon ölçek skorlarının vitamin desteği alan ve vitamin desteğini alma konusunda bazen şeklinde görüş bildiren üniversite öğrencilerinin ölçek skorlarına göre daha düşük olmasından dolayı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

- Orto15 total ve Klinik alanı ölçek skorları vitamin desteği almayan öğrencilerde, vitamin desteği alan öğrencilerin ölçek skorlarına göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$).

- Kognitif rasyonel alanı alt ölçek skoru bulgularında vitamin desteği almayan öğrencilerin, vitamin desteği alan ($p=0,039$) ve vitamin desteğini bazen alan ($p=0,008$) üniversite öğrencilerinin ölçek skorlarından daha yüksek olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır ($p<0,05$).

- Yavaşlık alt ölçek skorunda ise vitamin desteği alan üniversite öğrencilerinin, vitamin desteği almayan üniversite öğrencilerine göre daha düşük ölçek skoruna sahip olmalarından kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,05$).

Üniversite öğrencilerinin doğru beslenme bilgilerini öğrendiklerinde davranışların değişme durumu değişkenleri ile Orto15 total ($p=0,046$), Kognitif rasyonel alanı ($p<0,001$), Klinik alanı ($p=0,010$), Duygusal alanı ($p=0,040$), YTT total ($p<0,001$), MOKT total ($p<0,001$), Kontrol etme ($p=0,001$), Temizlik ($p=0,002$),

Yavaşlık ($p<0,001$), Kuşku ($p=0,006$), Ruminasyon ($p<0,001$) ölçek skorları arasında kayda değer bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Gruplardaki değişikliğin kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Post Hoc Tamhane's T2 testi sonuçlarına göre;

- Doğru beslenme bilgilerini öğrendiklerinde davranışların değişimlerine 'hiçbir zaman' şeklinde yanıtlayan üniversite öğrencilerinin; nadiren, sık sık ve her zaman şeklinde yanıtlayan üniversite öğrencilerinin MOKT total, Kontrol etme, Temizlik, Yavaşlık, Kuşku ve Ruminasyon ölçek skorlarından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir ($p<0,05$).

- Klinik alanı ($p=0,002$) ve Duygusal alanı ($p=0,039$) ölçek skorlarında doğru beslenme bilgilerini öğrendiklerinde davranışların değişme durumu sık sık olan üniversite öğrencilerinin, hiçbir zaman şeklinde yanıt veren üniversite öğrencilerinin ölçek skorlarından daha yüksek olmasından dolayı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

- Orto15 total ölçek skoru doğru beslenme bilgilerini öğrendiklerinde davranışlarının değişme durumuna her zaman şeklinde yanıt veren üniversite öğrencilerinin ($p=0,008$), hiçbir zaman şeklinde yanıt veren üniversite öğrencilerinin ölçek skorlarından daha düşük olmasından kaynaklandığı gözlenmiştir ($p<0,05$).

- Kognitif rasyonel alanı ölçek skoru doğru beslenme bilgilerini öğrendiklerinde davranışların değişme durumuna hiçbir zaman şeklinde yanıtlayanlarda; nadiren ($p=0,001$), sık sık ($p<0,001$) ve her zaman ($p<0,001$) şeklinde yanıtların ölçek skorlarından daha yüksek olmasından dolayı bulunmuştur ($p<0,05$).

- YTT toplam ölçek skorunda ise doğru beslenme bilgilerini öğrendiklerinde davranışların değişme durumuna her zaman şeklinde yanıt verenlerde; hiçbir zaman ($p<0,001$), nadiren ($p=0,010$) ve her zaman ($p=0,001$) şeklinde yanıt veren üniversite öğrencilerin ölçek skorlarından daha yüksek olmasından kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$).

Çalışmada yer alan üniversite öğrencilerinin yaş düzeyleri ile Orto15 total ($r=0,326$) ve Kognitif rasyonel alanı ($r=0,489$) ölçek skorları arasında pozitif yönlü zayıf bir bağlantının var olduğuna ulaşılırken; Klinik alanı ($r=-0,174$), MOKT total ($r=-0,388$), Kontrol etme ($r=-0,389$), Temizlik ($r=-0,339$), Yavaşlık ($r=-0,171$), Kuşku ($r=-0,267$) ve Ruminasyon ($r=-0,396$) ölçek skorlarında negatif (ters) yönlü zayıf bir bağlantımın var olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Üniversite öğrencilerinin BKİ ölçüm değerleri ile Klinik alanı ($r=-0,206$) ölçek skoru ile negatif (ters) yönlü zayıf bir korelasyon bulgusuna ulaşılırken ($p<0,05$); Duygusal alanı ($r=0,138$), YTT total ($r=0,226$) ve Kontrol etme ($r=0,115$) ölçek skorları ile pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Üniversite öğrencilerinin olmak istediğiniz kilo değişkenleri ile Klinik alanı ($r=-0,185$) ölçek skorları arasında negatif (ters) yönlü ve YTT toplam ölçek skoru ile ise ($r=0,123$) pozitif yönlü zayıf bağlantının bulunduğu belirtilmiştir ($p<0,05$).

Öğrencilerin toplam eğitim süresi ile ölçek skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.9. Çalışmada yer alan öğrencilerin genel bilgi formu ile ölçek skorları arasındaki farklılıkların incelenmesi

	Orto15	KRA	KA	DA	YTT	MOKT	KE	TK	YK	KU	RN
	Med (Min-Maks)	Med (Min-Maks)	Med (Min-Maks)	Med (Min-Maks)	Med (Min-Maks)	Med (Min-Maks)	Med (Min-Maks)	Med (Min-Maks)	Med (Min-Maks)	Med (Min-Maks)	Med (Min-Maks)
Cinsiyet											
Erkek	39 (34-43)	16 (14-18)	14 (10-16)	10 (7-12)	11 (6-38)	5 (1-19)	0 (0-7)	2 (0-7)	0 (0-6)	2 (1-4)	0 (0-5)
Kız	40 (29-47)	16 (7-21)	15 (8-18)	10 (6-14)	10 (3-49)	5 (1-31)	0 (0-8)	2 (0-10)	0 (0-5)	2 (0-7)	0 (0-9)
Mann Whitney u	-1,028	-0,343	-2,621	-0,571	-1,137	-0,566	-0,423	-0,290	-0,227	-0,980	-0,018
p	0,304	0,732	0,009	0,568	0,256	0,571	0,672	0,772	0,820	0,327	0,985
Okuduğunuz okul											
Necmettin Erbakan üniversitesi	39 (29-47)	15 (7-20)	15 (8-18)	10 (6-14)	11 (3-49)	11 (1-31)	2 (0-8)	4 (0-10)	10 (0-6)	2 (0-7)	2 (0-9)
Karatay üniversitesi	41 (37-47)	17 (13-21)	15 (12-18)	9 (6-13)	9 (3-17)	2 (1-20)	0 (0-4)	1 (0-7)	0 (0-3)	1 (0-4)	0 (0-5)
Mann Whitney u	-6,822	-9,535	-2,403	-5,267	-4,997	-10,157	-10,407	-9,049	-7,745	-6,819	-9,703
p	<0,001	<0,001	0,016	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Doktor teşhisiyle konmuş herhangi bir hastalık varlığı											
Hayır	41 (29-47)	16 (7-21)	15 (8-18)	10 (6-14)	10 (3-49)	4 (1-31)	0 (0-7)	2 (0-9)	0 (0-6)	1 (0-6)	0 (0-9)
Evet	39 (35-47)	15 (8-20)	14 (9-18)	10 (6-14)	13 (3-47)	13 (1-31)	2 (0-8)	4 (0-10)	1 (0-5)	2 (0-7)	3 (0-8)
Mann Whitney u	-3,126	-2,936	-1,631	-1,688	-3,710	-4,991	-4,398	-4,525	-3,929	-4,404	-4,226
p	0,002	0,003	0,103	0,091	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Düzenli bir ilaç tedavisi alma											
Hayır	41 (29-47)	16 (7-21)	15 (8-18)	10 (6-14)	10 (3-40)	5 (1-31)	0 (0-7)	2 (0-9)	0 (0-6)	1 (0-6)	0 (0-9)
Evet	39 (31-43)	16 (8-20)	14 (9-18)	10 (6-14)	13 (5-49)	12 (1-31)	2 (0-8)	3 (0-10)	1 (0-5)	2 (0-7)	2 (0-7)
Mann Whitney u	-2,462	-1,726	-3,029	-1,461	-3,234	-3,302	-3,532	-2,977	-2,680	-2,831	-2,651
p	0,014	0,084	0,002	0,144	0,001	0,001	<0,001	0,003	0,007	0,005	0,008

Tablo 4.9. Çalışmada yer alan öğrencilerin genel bilgi formu ile ölçek skorları arasındaki farklılıkların incelenmesi(Devamı)

Sürekli uygulanan diyet varlığı											
Hayır	40 (29-47)	16 (7-21)	15 (8-18)	10 (6-14)	10 (3-49)	5 (1-31)	0 (0-8)	2 (0-10)	0 (0-6)	2 (0-7)	0 (0-9)
Evet	38 (35-47)	16 (9-19)	14 (10-15)	11 (7-14)	21 (5-38)	13 (2-22)	2 (0-6)	3 (0-9)	2 (0-5)	2 (0-4)	2 (0-6)
Mann Whitney u	-1,840	-1,216	-3,846	-2,942	-4,955	-2,409	-2,867	-1,837	-2,422	-2,033	-2,424
p	0,066	0,224	<0,001	0,003	<0,001	0,016	0,004	0,066	0,015	0,042	0,015
Vitamin desteği alma											
Hayır (a)	41 (29-47)	17 (7-21)	15 (11-18)	10 (6-13)	10 (3-41)	3 (1-31)	0 (0-8)	1 (0-9)	0 (0-6)	1 (0-6)	0 (0-9)
Evet (b)	40 (31-44)	16 (8-20)	14 (10-18)	10 (7-14)	13 (4-49)	13 (2-31)	2 (0-7)	4 (1-10)	1 (0-5)	2 (0-7)	3 (0-7)
Bazen (c)	39 (33-46)	16 (9-19)	14 (8-18)	10 (6-14)	10 (5-47)	6 (1-21)	1 (0-5)	2 (0-8)	1 (0-5)	2 (0-6)	1 (0-8)
Kruskal Wallis	9,780	13,830	10,556	10,767	12,846	26,415	24,677	21,327	10,615	16,006	22,084
p	0,008	0,001	0,005	0,005	0,002	<0,001	<0,001	<0,001	0,005	<0,001	<0,001
Post Hoc Tamhane's T2	a-b; p=0,035	a-b; p=0,039 a-c; p=0,008	a-b; p=0,018	b-a; p=0,034 c-a; p=0,028	b-a; p=0,006 c-a; p=0,024	b-a; p<0,001 c-a; p=0,004	b-a; p=0,001 c-a; p=0,007	b-a; p<0,001 c-a; p=0,024	b-a; p=0,016	b-a; p=0,004 c-a; p=0,013	b-a; p<0,001 c-a; p=0,004

Tablo 4.9. Çalışmada yer alan öğrencilerin genel bilgi formu ile ölçek skorları arasındaki farklılıkların incelenmesi(Devamı)

Doğru beslenme bilgilerini öğrendiğinizde davranışların değişme durumu											
Hiçbir zaman (a)	41 (37-45)	18 (14-19)	14 (13-15)	9 (8-13)	11 (7-15)	2 (1-8)	0 (0-2)	1 (1-5)	0 (0-0)	1 (0-2)	0 (0-0)
Nadiren (b)	41 (29-47)	17 (7-20)	14 (10-18)	10 (6-14)	10 (3-38)	3 (1-31)	0 (0-7)	1 (0-10)	0 (0-5)	1 (0-7)	0 (0-8)
Sık sık (c)	40 (31-47)	16 (8-21)	15 (8-18)	10 (6-14)	9 (3-49)	5 (1-26)	0 (0-8)	2 (0-9)	1 (0-6)	2 (0-6)	1 (0-8)
Her zaman (d)	39 (30-47)	15 (9-19)	14 (9-18)	9 (6-14)	15 (5-47)	10 (2-31)	2 (0-7)	3 (1-9)	1 (0-5)	2 (0-7)	2 (0-9)
Kruskal Wallis	7,991	23,202	11,435	8,305	29,449	23,827	15,738	15,096	21,867	12,446	23,032
p	0,046	<0,001	0,010	0,040	<0,001	<0,001	0,001	0,002	<0,001	0,006	<0,001
Post Hoc Tamhane's T2		a-b; p=0,001			d-a; p<0,001	b-a; p<0,001	b-a; p=0,016	b-a; p=0,003	b-a; p<0,001	b-a; p=0,007	b-a; p<0,001
	a-d; p=0,008	a-c; p<0,001	c-a; p=0,002	c-a; p=0,039	d-b; p=0,010	c-a; p<0,001	c-a; p<0,001	c-a; p<0,001	c-a; p<0,001	c-a; p<0,001	c-a; p<0,001
		a-d; p<0,001			d-c; p=0,001	d-a; p<0,001	d-a; p<0,001	d-a; p<0,001	d-a; p<0,001	d-a; p<0,001	d-a; p<0,001
Yaş											
r	0,326**	0,489**	-0,174**	-0,052	-0,008	-0,388**	-0,389**	-0,339**	-0,171**	-0,267**	-0,396**
p	<0,001	<0,001	0,002	0,352	0,892	<0,001	<0,001	<0,001	0,002	<0,001	<0,001
BKİ											
r	-0,045	-0,013	-0,206**	0,138*	0,226**	0,010	0,115*	0,015	-0,011	0,028	-0,003
p	0,416	0,812	<0,001	0,013	<0,001	0,863	0,039	0,788	0,837	0,612	0,953
Olmak istediğiniz kilo											
r	-0,009	0,062	-0,185**	0,047	0,123*	-0,055	0,027	-0,041	-0,047	-0,023	-0,063
p	0,871	0,269	0,001	0,399	0,026	0,323	0,634	0,460	0,397	0,682	0,256
Toplam eğitim süresi (ilkokuldan itibaren) (yıl)											
r	0,078	0,069	0,051	-0,048	-0,093	-0,065	-0,098	-0,037	-0,036	-0,069	-0,075
p	0,165	0,220	0,359	0,391	0,098	0,248	0,081	0,508	0,524	0,220	0,178

KRA: Kognitif rasyonel alanı, KA: Klinik alanı, DA: Duygusal alanı, KE: Kontrol etme, TK: Temizlik, YK: Yavaşlık, KU: Kuşku, RN: Ruminasyon, * İki değişkenli grup analizlerinde Mann whitney u testine, İki'den fazla değişkenli grup analizlerinde ise Kruskal Wallis testi, İki'den fazla grup analizlerinde farklılığın kaynağını belirlemede Post Hoc testlerinden Tamhane's T2 testi kullanıldı

Araştırmada kullanılan Orto-15 testi ölçek skoru ile Klinik ($r=0,273$) ve Duygusal alanı ($r=0,312$) alt ölçek skorları ile pozitif yönlü zayıf; Kognitif rasyonel alanı ($r=0,730$) alt ölçek skoru ile pozitif yönlü orta; YTT total ($r=-0,215$), MOKT total ($r=-0,415$), Kontrol etme ($r=-0,438$), Temizlik ($r=-0,342$), Yavaşlık ($r=-0,271$), Kuşku ($r=-0,328$) ve Ruminasyon ($r=-0,456$) ölçek skorları ile ise negatif (ters) yönlü zayıf bir ilişkinin var olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

YTT toplam ölçek skoru ile Kognitif rasyonel ($r=-0,176$) ve Klinik alanı ($r=-0,303$) alt ölçek skorları ile negatif (ters) yönlü; Duygusal alanı ($r=0,158$), MOKT total ($r=0,352$), Kontrol etme ($r=0,383$), Temizlik ($r=0,281$), Yavaşlık ($r=0,323$), Kuşku ($r=0,280$) ve Ruminasyon ($r=0,351$) alt ölçek skorları ile ise pozitif yönlü zayıf bir ilişkinin varlığı saptanmıştır ($p<0,05$).

MOKT toplam ölçek skoru ile Kognitif rasyonel alanı ($r=-0,567$) ölçek skoru arasında negatif (zayıf) yönlü orta düzey bir bağlantının varlığı gözlenirken; Duygusal alanı ($r=0,206$) alt ölçek skoru ile pozitif yönlü zayıf; Kontrol etme ($r=0,861$), Temizlik ($r=0,903$), Yavaşlık ($r=0,793$), Kuşku ($r=0,797$) ve Ruminasyon ($r=0,878$) ölçek skorları ile pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.10.).

Tablo 4.7. Çalışmada kullanılan ölçek skorları arasındaki ilişkinin incelenmesi

	Orto 15 total		YTT total		MOKT total	
	r	P	r	P	r	p
Orto15 total						
Kognitif rasyonel alanı	0,730**	<0,001	-0,176**	0,001	-0,567**	<0,001
Klinik alanı	0,273**	<0,001	-0,303**	<0,001	-0,028	0,614
Duygusal alanı	0,312**	<0,001	0,158**	0,004	0,206**	<0,001
YTT total	-0,215**	<0,001				
MOKT total	-0,415**	<0,001	0,352**	<0,001		
Kontrol etme	-0,438**	<0,001	0,383**	<0,001	0,861**	<0,001
Temizlik	-0,342**	<0,001	0,281**	<0,001	0,903**	<0,001
Yavaşlık	-0,271**	<0,001	0,323**	<0,001	0,793**	<0,001
Kuşku	-0,328**	<0,001	0,280**	<0,001	0,797**	<0,001
Ruminasyon	-0,456**	<0,001	0,351**	<0,001	0,878**	<0,001

* $p<0,05$, ** $p<0,001$, Spearman korelasyon testi

Tablo 4.11.'de Orto-15 ölçek skoruna etki eden faktörlere ikili ve ikiden fazla değişkenli analizlerde alakalı olan değişkenler çok değişkenli lineer regresyon analizinde (ENTER yöntemi) ile değerlendirilmiştir. Model sonuçları incelendiğinde Orto-15 skoru ile; Okuduğu okul (p=0,022) ve Yaş (p=0,021) değişkenleri ile YTT (p=0,020), MOKT (p=0,032), Temizlik (p=0,028) ve Yavaşlık (p=0,028) ölçek skorları arasında istatistiksel açıdan kayda değer düzeyde bir bağlantının bulunduğu saptanmıştır (p<0,05).

Tablo 4.11. Çok değişkenli lineer regresyon analizi ORTO 15 ölçek skoru ile ilişkili bağımsız faktörler

Değişkenler	B	Std. Hata	Beta	t	p	%95 CI	
						Lower	Lower
Sabit	36,883	1,659		22,227	<0,001	33,618	40,148
Okuduğu okul	0,784	0,340	0,140	2,306	0,022	0,115	1,453
Doktor teşhisiyle konmuş hastalık	0,730	0,630	0,102	1,159	0,247	-0,509	1,969
Düzenli ilaç tedavisi	-0,940	0,690	-0,119	-1,362	0,174	-2,298	0,418
Vitamin desteği	-0,107	0,158	-0,035	-0,676	0,499	-0,417	0,204
Doğru beslenme bilgileri	-0,064	0,188	-0,017	-0,339	0,735	-0,434	0,306
Yaş	0,143	0,062	0,127	2,316	0,021	0,022	0,265
YTT	-0,053	0,023	-0,141	-2,335	0,020	-0,098	-0,008
MOKT	-0,446	0,207	-1,102	-2,157	0,032	-0,853	-0,039
Kontrol etme	0,170	0,242	0,105	0,702	0,483	-0,306	0,646
Temizlik	0,516	0,234	0,420	2,208	0,028	0,056	0,977
Yavaşlık	0,416	0,188	0,198	2,214	0,028	0,046	0,785
Kuşku	0,365	0,265	0,180	1,375	0,170	-0,157	0,886
Ruminasyon	0,084	0,217	0,068	0,388	0,698	-0,342	0,510
R = 0.528, R² =0.278, Düzeltilmiş R²=0,248 F = 9.198, p<0.001, Durbin Watson=1,818							

* p<0,05, Çoklu lineer regresyon analizi

YTT ölçek skorunu etkileyen unsurlara ikili ve ikiden fazla değişkenli analizlerde ilişkili bulunan parametreler çok değişkenli lineer regresyon analizinde (ENTER yöntemi) ile değerlendirilmiştir. Model sonuçlarına bakıldığında YTT ölçek skoru ile; Diyet varlığı ($p<0,001$), Vitamin desteği ($p=0,018$), Olmak istediği kilo ($p=0,001$) değişkenleri ve Orto 15 skor ($p=0,036$), Yavaşlık ($p<0,001$) ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.12.).

Tablo 4.8. Çok değişkenli lineer regresyon analizi YTT ölçek skoru ile ilişkili bağımsız faktörler

Değişkenler	B	Std. Hata	Beta	t	P	%95 CI	
						Lower	Lower
Sabit	13,394	6,641		2,017	0,045	0,326	26,461
Okuduğu okul	0,107	0,841	0,007	0,128	0,899	-1,547	1,761
Doktor teşhisiyle konmuş hastalık	-1,145	1,537	-0,060	-0,744	0,457	-4,170	1,881
Düzenli ilaç tedavisi	0,560	1,702	0,027	0,329	0,742	-2,788	3,908
Diyet varlığı	7,140	1,542	0,240	4,631	<0,001	4,106	10,174
Vitamin desteği	0,913	0,383	0,111	2,380	0,018	0,158	1,667
Doğru beslenme bilgileri	0,444	0,458	0,045	0,969	0,333	-0,457	1,344
Olmak istediği kilo	0,511	0,151	0,190	3,380	0,001	0,213	0,808
BKİ	-0,092	0,058	-0,085	-1,572	0,177	-0,207	0,023
Orto 15 skor	-0,287	0,136	-0,108	-2,105	0,036	-0,555	-0,019
MOKT	0,080	0,505	0,075	0,159	0,874	-0,914	1,075
Kontrol etme	1,154	0,588	0,269	1,961	0,051	-0,004	2,312
Temizlik	-0,380	0,572	-0,116	-0,664	0,507	-1,505	0,746
Yavaşlık	1,605	0,439	0,288	3,656	<0,001	0,741	2,469
Kuşku	-0,090	0,645	-0,017	-0,140	0,889	-1,359	1,178
Ruminasyon	-0,281	0,528	-0,085	-0,531	0,596	-1,320	0,759

R = 0.636, R² =0.405, Düzeltilmiş R²=0,376, F = 13.949, p<0.001, Durbin Watson=2,032

* $p<0,05$, Çoklu lineer regresyon analizi

Tablo 4.13.'de MOKT ölçek skoruna etki eden faktörlere ikili ve ikiden fazla değişkenli analizlerde bağlantılı olan değerler çok değişkenli lineer regresyon analizi (ENTER yöntemi) ile incelenmiştir. Model sonuçlarına bakıldığında MOKT ölçek skoru ile; Okuduğu okul ($p<0,001$), Diyet varlığı ($p=0,002$) ve Vitamin desteği ($p=0,056$) değişkenleri ile Orto 15 skor ($p<0,001$) ve YTT ($p<0,001$) ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 4.9. Çok değişkenli lineer regresyon analizi MOKT ölçek skoru ile ilişkili bağımsız faktörler

Değişkenler	B	Std. Hata	Beta	t	p	%95 CI	
						Lower	Lower
Sabit	35,758	5,038		7,097	<0,001	25,845	45,671
Okuduğu okul	-4,507	0,675	-0,326	-6,675	<0,001	-5,835	-3,178
Doktor teşhisiyle konmuş hastalık	4,080	1,289	0,232	3,165	0,002	1,543	6,616
Düzenli ilaç tedavisi	-1,412	1,445	-0,072	-0,977	0,329	-4,255	1,431
Diyet varlığı	-4,180	1,335	-0,151	-3,130	0,002	-6,807	-1,552
Vitamin desteği	-0,632	0,330	-0,083	-1,917	0,056	-1,281	0,017
Doğru beslenme bilgileri	0,438	0,392	0,048	1,115	0,266	-0,335	1,210
Yaş	-0,382	0,126	-0,138	-3,036	0,003	-0,630	-0,135
Orto 15 skor	-0,432	0,115	-0,175	-3,751	<0,001	-0,659	-0,205
YTT	0,309	0,046	0,333	6,755	<0,001	0,219	0,398
R = 0.683, R² =0.467, Düzeltilmiş R²=0,452, F = 30.586, p<0.001, Durbin Watson=0,814							

* $p<0,05$, Çoklu lineer regresyon analizi

5. TARTIŞMA

Yeme bozukluklarının klinik örnekleme ve toplumda görülme sıklığı birbirinden farklıdır. Yeme bozuklukları toplumun genelinde çok olmamasına rağmen, adölesan kızlar ve genç kadınlarda fazla görülmektedir (Sarıdağ Devran 2014; Hoek ve Hoeken 2003).

Ortoreksiya nervosa; ‘ortho’ (doğru ve uygun) ve ‘orexis’ (iştah) sözcüklerinin bir araya gelmesiyle oluşan ve sağlıklı beslenme manasına gelen bir terimdir (Baş 2014). Bratman’ a göre doğru sağlıklı beslenme olması gerekenden daha fazla dikkate alındığında kişilerde ortorektik yönelimler meydana gelmektedir ve zamanla yeme davranış bozuklukları gibi patolojik durumlar oluşturmaktadır (Baş 2014; Acar Tek ve ark 2016). Çalışmalar ON yönünden risk grubu olarak, tıp fakültesi öğrencileri (Fidan ve ark. 2010), doktorlar (Bagcı Bosi ve ark. 2007), diyetisyenler (Acar Tek ve ark 2016) vb. doğru beslenme hakkında farkındalığı fazla olan ve performans artistleri (Aksoydan ve Camcı 2009) gibi beden imajının ön planda olduğu meslek gruplarında görülmektedir (Acar Tek ve ark 2016).

Bu çalışmada beslenme eğitimi alan 3. ve 4. Sınıf beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinde sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya nervosa) görülme durumu araştırılmıştır. Çalışmaya % 93,5’ i kız, % 6,5’i erkek öğrenci katılmıştır. Öğrencilerin %59,3’ ü Necmettin Erbakan Üniversitesi’nde %40,7’ si Karatay üniversitesinde öğrenim görmektedir. 2016 yılında Bitlis Eren Üniversitesi’nde ki Beslenme ve Diyetetik öğrencilerinden gönüllülük esasına dayalı olarak 115 öğrenci üzerinde yapılan bir başka çalışmada; öğrencilerin 110’u kız 5’i erkek öğrencidir (Oğur ve ark. 2015). Oğur’un yaptığı çalışmaya katılan erkek öğrenci oranı çalışmamızdaki erkek öğrenci oranıyla benzerlik göstermektedir. Erkek öğrenci sayısının kız öğrenci sayısından düşük olmasının nedeni Beslenme Diyetetik Bölümü’nü seçen erkek öğrencilerin az olmasıdır. Çalışmamızda yer alan öğrencilerin yaş aralığı 20 ile 40 arasında olup ortalaması 23,9; vücut ağırlıkları en az 45 kg en fazla 80 kg olup ortalaması 57,8’dir. Çalışmada yer alan üniversite öğrencilerinin yaş düzeyleri ile Orto15 total ölçek skorları arasında pozitif yönlü zayıf bir korelasyonun olduğu bulunmuştur. Arusoğlu ve ark. ve Baş’ın (2014) yapmış olduğu çalışmada yaş faktörünün ON üzerinde etkisinin olmadığını belirtmiş olsa da, yapılan farklı çalışmalarda ORTO-15 puanı ile yaş faktörü arasında negatif

yönlü ilişki olduğu (Donini 2014, Bağcı Bosi 2007, Fidan ve ark. 2010) ilerleyen yaşın ortorektik eğilimlerin artmasında etkili olabileceği saptanmıştır. Acar ve arkadaşlarının (2016) yaptığı bir araştırmada, ORTO-15 puanının düşük olması ile ileri yaş arasında bağlantı olduğu saptanmıştır. Acar'ın (2017) yapmış olduğu çalışmada bu çalışmalara paralel olarak, düşük ORTO-15 puanı ve ileri yaş faktörü arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Yapılan bu çalışmaların yaş etkiyle ORTO 15 ölçek skoru arasındaki ilişkinin çalışmamız ile zıt olduğu gözlemlenmiştir. Karadağ'ın 2016'da gerçekleştirdiği bir araştırmada yaş ortalaması $25,77\pm 6,72$ şeklinde gözlemlenmiştir (Karadağ 2016). Beslenme ve Diyetetik Bölümünde öğrenim gören kişiler yeme davranış bozukluğu riski ve beden algısının yorumlandığı farklı bir araştırmaya yaş aralığı 18-23 yıl olan 141 öğrenci (%87,9'u kız, %12,1'i erkek) dahil olmuştur (Alkan 2019). Çalışmamızda öğrencilerin BKİ'leri $16,44- 33,62 \text{ kg/m}^2$ arasında değişkenlik göstermekte olup, ortalama BKİ'leri ise $21,4 \text{ kg/m}^2$ olarak saptanmıştır. Hemşirelik fakültesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları değerlendirmek amacıyla yapılan bir araştırmada BKİ ortalamaları $22,15\pm 3,31$ olarak saptanmıştır (Özkefeli Hamurcu 2019). Beslenme eğitimi veren diyetisyenlerin sağlıklı beslenmeyi takıntı durumuna getirme olasılığını araştıran bir çalışmaya 75 diyetisyen katılmıştır ve ortalama BKİ'lerinin 21 kg/m^2 olduğu belirtilmiştir (Baş 2014). Genel olarak BKİ değerleri yapılan çalışmalarda benzer bulunmuştur. Bunun nedeni çalışmaların benzer yaş aralığında ve öğrencilerle yapılmış olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda Beden Kütle İndeksi ile Ortoreksiya Nervoza arasında anlamlı bir ilişki olmaması açısından; Baş'ın (2014) yapmış olduğu çalışma ile ve Türkiye'de Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalından Bosi ve ark. (2007) tarafından Tıp fakültesinde çalışmakta olan 318 hekimin yer aldığı ortoreksiya nervozanın prevalansının değerlendirildiği araştırma ile paralellik göstermektedir. Fakat çalışmamıza zıt olarak diğer birkaç çalışmada beden kütle indeksinin ortorektik davranışları öngörmeye bir gösterge olabileceği saptanmıştır (Fidan 2010, Stoeche 2013, Varga 2014). Bilhassa yüksek BKİ değerlerinin, düşük ORTO-15 puanıyla arasında bir ilişki bulunduğu gözlemlenmiştir (Asil 2015, Fidan 2010, Varga 2013).

ORTO-15 testi uyguladığımız beslenme ve diyetetik öğrencilerinin % 51,9 (n=168)'unun ortorektik özelliklere sahip olduğu belirlenmiştir. Ortoreksiya nervoza

eğiliminin cinsiyet faktörü ile bağlantısıyla ilgili birbirine zıt sonuçlar saptanmıştır. Çalışmamızda öğrencilerin cinsiyet değişkeni ile Orto-15 klinik alanı alt ölçek skorunda erkek öğrencilerin ölçek skorlarının kız öğrencilere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Fakat öğrencilerin ORTO-15 skoruna göre cinsiyetleri arasında istatistiksel açıdan kayda değer anlamlı bir değişiklik saptanmıştır ($p=0,304$). Diyetisyenler üzerinde yapılan başka bir çalışmada ORTO-15 ölçeği yapılan diyetisyenlerin % 64' ün de ortorektik özelliklerin varlığı tespit edilmiştir ve erkek kadın diyetisyenlerin cinsiyetleri arasında yapmış olduğumuz çalışmayla paralel olarak istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (Baş 2014). Nevşioğulları'nın (2018) beslenme ve diyetetik öğrencileri üzerinde yapmış olduğu bir araştırmada erkek öğrencilerin Orto-15 puan ortalamaları $36,8\pm 3,27$, kız öğrencilerin ise $38,63\pm 4,55$ olup öğrencilerin ORTO-15 puanına göre cinsiyet faktörleri arasında istatistiksel açıdan kayda değer bir değişiklik saptanmamıştır. Çalışmaların sonuçlarının benzer çıkmasının sebebi diyetisyenler ve beslenme ve diyetetik öğrencileri olarak benzer gruplar üzerinde yapılmasından kaynaklanabilir. İnönü üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada kişilerin ortorektik olma oranının % 76,2 olduğu saptanmıştır. Çalışma kapsamındaki öğrencilerin cinsiyet faktörüne göre ORTO-15 kesim noktası değerlerine bakıldığında gruplar arasındaki farkın çalışmamızla benzer olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (Özge 2018). Çalışmamızla benzer çıkmasının nedeni her iki çalışmanın da sağlık öğrencileri üzerinde yapılmasından kaynaklanabilir. ORTO-15 ölçeğinin kullanıldığı, Macaristan da bulunan bir üniversitede yapılan çalışmada (Varga 2009) üniversitede eğitim gören kişilerin % 56,9'unun ON eğiliminde olduğu belirlenmiştir ve çalışmamıza zıt olarak erkeklerin ortoreksiya nervoza prevalansının kadınlara kıyasla daha fazla olduğuyla alakalı kayda değer bir değişiklik saptanmıştır. Bunun nedeni çalışmanın farklı meslek grupları üzerinde yapılmasından veya araştırma popülasyonunun çoğunluğunun kadınlardan oluşmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda öğrencilerin toplam eğitim süresi ile ölçek skorları arasında kayda değer bir bağlantı saptanamamıştır ($p>0,05$). Donini ve ark. (2004) eğitim seviyesi düşük bireylerde ON meyilinin fazla olduğunu açıklamıştır. Fakat bazı araştırmalarda çalışmamızla benzer olarak ortorektik eğilim ile eğitim durumu arasında yalnız başına bir bağlantı açıklanmıştır (Donini 2005, Varga 2013, Acar 2016).

Çalışmaya dahil edilen öğrencilerden 46 (% 14,2)'sında düzenli bir ilaç tedavisi aldığı; 21 (% 6,5) öğrencinin sürekli uygulamakta olduğu diyeti olduğu gözlenirken; öğrencilerden 44 (% 13,6)'ünün vitamin desteği aldığı, 99 (% 30,6)'unda vitamin desteğini bazı dönemlerde aldığı tespit edilmiştir. Doğru beslenme bilgilerini öğrendiklerinde davranışların değişme durumu öğrencilerin 57 (% 17,6)'sinde nadiren, 199 (% 61,4)'unda sık sık, 47 (% 14,5)'sinde ise her zaman şeklinde yanıtladıkları saptanmıştır.

Üniversite öğrencilerinin doğru beslenme bilgilerini öğrendiklerinde davranışların değişme durumu değişkenleri ile Orto15 total, YTT total, MOKT total, ölçek skorları arasında kayda değer bir değişiklik saptanmıştır. Orto 15 total ölçek skoru doğru beslenme bilgilerini öğrendiklerinde davranışlarının değişme durumuna her zaman şeklinde yanıt veren üniversite öğrencilerinin ($p=0,008$), hiçbir zaman şeklinde yanıt veren üniversite öğrencilerinin ölçek skorlarından daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışmamıza benzer olarak; Erol'un (2018) İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin ON bulguları ile yeme durumlarının saptanmasına yönelik yapmış olduğu araştırmaya katılan gruptaki öğrencilerin doğru beslenme bilgilerini elde ettiklerinde davranış değişikliğine göre ON eğilimleri; her zaman davranış değiştiren öğrencilerin ON meyilinin yüzdelik değerinin nadiren davranış değiştiren öğrencilerin ON meyilinin yüzdelik değerinden kayda değer olarak yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Yapılan başka bir araştırmada her zaman, sık sık, nadiren ve hiçbir zaman olarak cevaplandırılan gruplar arasında istatistiksel olarak kayda değer değişikliklerin bulunduğu ve davranış değişikliğinin azalmasıyla kişilerin daha az ortoreksiyaya yöneliminin olduğu bulunmuştur (Arusoglu 2006). Çalışmamız sonuçlarına göre gruplar arasındaki farklılık beslenme ve diyetetik öğrencilerinin doğru beslenme ve kaliteli yaşam arasındaki ilişki konusunda bilgi sahibi oldukça; doğru beslenme adına devamlı davranış değiştirme eğilimine yönelmeleri neden olabilir.

Çalışma grubundaki öğrencilerde doktor teşhisi ile konulmuş hastalık varlığı olan öğrencilerin Orto15 total ölçek skorlarının düşük; YTT total, MOKT total ölçek skorlarının doktor teşhisi ile konulmuş hastalık varlığı olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Erol'un (2018) yapmış olduğu çalışma da bizim çalışmamızla benzer olarak hastalığı olan bireylerin %15.2'sinde, hastalığı olmayan bireylerin %9.9'unda yeme bozukluğunun varlığı ve gruplar arasındaki zıt sonucun

anlamli olmadigi saptanmistir. Duzenli bir ilac tedavi alan ogrencilerde Orto15 total olcek skorlarinin dusuk bulunmustr. Yapilan farklı bir calismada ilac alim durumuna gore yeme davranislari degerlendiginde; duzenli bir sekilde ilac alan kisilerin %18.9'unda, ilac almayan kisilerin %10'unda yeme bozuklugu sorununun varligi ve gruplardaki arasindaki zit sonucun kaydadeger olmadigi saptanmistir (Erol 2018).

Ogrencilerden surekli olarak diyet uygulayanlarda Orto15 total olcek skoru ile ogrencilerin surekli olarak diyet uygulama degiskenleri ile kayda deger bir sonucun var olmadigi saptanmistir. YTT total olcek skorunun surekli olarak diyet uygulamayan ogrencilerin olcek skorlarına göre daha yuksek oldugu saptanmistir. Erol'un (2018) calismasında ise gruplar arasindaki farkin anlamli olmadigi saptanmistir. Calismamızda ogrencilerin vitamin takviyesi kullanımına göre yeme davranislari degerleri incelendiginde; vitamin takviyesi alan ve bazen alan ogrencilerin; almayan ogrencilere göre olcek skorları daha yuksek cikmistir. Arastirma kapsamında degerlendirilen okunulan okul, doktor teshisi ile konulmus hastalik, BKİ ve dogru beslenme bilgileri bakımından yeme tutumları arasindaki farklılık anlamli bulunmaması dusundurucüdür, bu nedenle daha arastirmanin daha buyuk alanlarda yapılması iyi olabilir.

Yeme tutumu testi olcek skorunda ogrencilerin % 90,4 (n=293)'ünün dusuk riskli, % 4,9 (n=16)'unun orta riskli, % 4,6 (n=15)'sının ise yuksek risk kategorisinde oldugu belirlenmistir. Orto-15 skoru ile; YTT olcek skoru arasında istatistiksel acidan kayda deger düzeyde bir baglantının varligi bulunmustr. YTT olcek skoru azaldikça ORTO 15 olcek skoru da azalmaktadır. Erol'un (2018) yapmiş oldugu calismada ise ogrencilerin ON olma ve olmama durumlarına göre yeme durumları degerlendiginde; aralarındaki farklıligin kaydadeger olmadigi saptanmistir. Bu sonucun ON' nin belirlenmesinde kullanılan metotlarla, yeme bozuklugunu tespit eden olceklerin benzer olmamasından kaynaklanabilecegi vurgulanmistir. Calismaların farklı cikması göz önünde bulundurularak ON' nin özelliklerinin daha iyi öğrenilebilmesi için daha kapsamlı ve yeme bozukluklarını dogru ve detaylı bir sekilde yorumlayabilen ve saglıklı beslenme ile ilgili özelliklerin daha bütüncül olarak degerlendirilebilecegi farklı olceklerin gelistirilmesine gereksinim duyulduğu gözlemlenmektedir.

Anket sonuçlarına bakıldığında MOKT ölçek skoru ile; okuduğu okul, diyet varlığı ve vitamin desteği değişkenleri ile Orto 15 skor ve YTT ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmuştur. ORTO 15 ile MOKT ölçeği arasında negatif yönlü bir bağlantı olduğu bulunmuştur. Çalışmamıza benzer olarak Nevşioğulları'nın (2018) yaptığı araştırmalarda, Orto-15 puanı ile MOKT puanı arasında negatif yönlü istatistiksel olarak kaydadeğer bağlantı saptanmıştır. Orto-15 puanı yükseldikçe, MOKT skoru düşecek; Orto-15 skoru düştükçe MOKT skoru yükselecektir. Bu sonuç, ortorektik özelliklere sahip kişilerin bununla birlikte obsesifde olmalarından kaynaklanabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamıza katılan öğrencilerin yaş aralığı 20-40 ve yaş ortalaması $23,9 \pm 2,45$ yıldır.

Katılımcıların vücut ağırlıkları en az 45 kg en fazla 80 kg olup ortalaması 57,8 kg'dir.

Çalışmamızda yer alan öğrencilerin BKİ' lerinin 16.44- 33.62 kg/m² arasında olduğu, ortalama BKİ' lerinin ise 21.4 kg/m² olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların % 93,5 (n=303)'ini kız, % 6,5 (n=21)'ini ise erkek öğrenciler oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin % 59,3 (n=192)'ü Necmettin Erbakan Üniversitesinde; % 40,7 (n=132)'i ise Karatay Üniversitesinde öğrenim görmektedir.

Çalışmaya dahil edilen öğrencilerin 46 (% 14,2)'sının düzenli bir ilaç tedavisi aldığı; 21 (% 6,5) öğrencinin sürekli uygulamakta olduğu diyeti olduğu gözlenirken; öğrencilerden 44 (% 13,6)'ünün vitamin desteği aldığı, 99 (% 30,6)'unda vitamin desteğini bazı dönemlerde aldığı tespit edilmiştir.

Çalışmada kullanılan Orto-15 testi skorlarında üniversite öğrencilerininin % 48,1 (n=156)'inde 40 puan üzerinde; % 51,9 (n=168)'unda ise 40 puan ve altında olduğu saptanmıştır.

ORTO-15 testi uyguladığımız beslenme ve diyetetik öğrencilerininin % 51,9 (n=168)'unun ortorektik özelliklere sahip olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada yer alan üniversite öğrencilerininin yaş düzeyleri ile Orto15 total ölçek skorları arasında pozitif yönlü zayıf bir korelasyon bulgusuna ulaşılmıştır.

Çalışmamızda BKİ ile ON arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Çalışmamızda öğrencilerin cinsiyet değişkeni ile Orto-15 klinik alanı alt ölçek skorunda erkek öğrencilerin ölçek skorlarının kız öğrencilere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ancak öğrencilerin ORTO-15 puanı ile cinsiyetleri arasında istatistiksel açıdan kaydadeğer bir farklılık saptanamamıştır (p=0,304).

Çalışmamızda öğrencilerin toplam eğitim süresi ile ölçek skorları arasında anlamlı bir bağlantı saptanamamıştır (p>0,05).

Çalışma grubundaki öğrencilerde doktor teşhisi ile konulmuş hastalık varlığı olan öğrencilerin Orto15 total ($p=0,002$) ölçek skorlarının düşük; YTT total ($p<0,001$), MOKT total ($p<0,001$) ölçek skorlarının doktor teşhisi ile konulmuş hastalık varlığı olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerden sürekli olarak diyet uygulayanlarda Orto15 total ölçek skoru ile öğrencilerin sürekli olarak diyet uygulama değişkenleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Çalışmamızda öğrencilerin vitamin takviyesi alımına göre yeme tutumları değerleri incelendiğinde; vitamin takviyesi alan ve bazen alan öğrencilerin; almayan öğrencilere göre ölçek skorları daha yüksek çıkmıştır.

Yeme tutumu testi ölçek skorunda öğrencilerin % 90,4 ($n=293$)'ünün düşük riskli, % 4,9 ($n=16$)'unun orta riskli, % 4,6 ($n=15$)'sının ise yüksek risk kategorisinde olduğu belirlenmiştir.

Orto-15 skoru ile; YTT ($p=0,020$) ölçek skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir bağlantı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). YTT ölçek skoru azaldıkça ORTO 15 ölçek skoru da azalmaktadır.

MOKT ölçek skoru ile; okuduğu okul ($p<0,001$), diyet varlığı ($p=0,002$) ve vitamin desteği ($p=0,056$) değişkenleri ile Orto 15 skor ($p<0,001$) ve YTT ($p<0,001$) ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bağlantı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

ORTO 15 ile MOKT ölçeği arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Araştırmamızın sonuçlarına göre önerilerimiz şu şekildedir:

- Bu çalışma dar bir alanda ve az sayıda katılımcı ile yapıldı. Sadece bir risk değil farklı risk grupları/farklı okullar araştırma örnekleme alınarak daha kesin ve kapsamlı sonuçlar elde edilebilir.
- Kullanılan ölçeklerden doğru sonuçlar elde edilebilmesi için araştırma gözetiminde yapılması araştırmanın güvenilirliği açısından çok önemlidir.
- ON yeme bozukluğu olan bireylerin sayısının her geçen gün artış gösterdiği ve ON' nin gelecek yıllarda artış göstereceği tahmin edilmektedir.
- ON yeme bozukluğu yeni bir terim olduğu için bu problemi daha hızlı bir şekilde en aza indirmek veya tamamen bu bozukluğu ortadan kaldıracak tedavi şekillerinin

geliştirilmesi ve ON'yi bir halk sağlığı problemi olarak kabul edip gerekli tedbirlerin alınması gerekmektedir.

- Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencileri, gelecekte halk sağlığının korunması ve olumlu yönde ilerletilmesi için eğitim almaktadırlar. Öğrencilerin büyük bir kısmının kızlardan meydana gelmesi, sosyal medya, akran vb. unsurların baskısının bu öğrencilerde yeme davranış bozukluğuna eğilimi artırabileceği akla gelmektedir. Bu öğrencilerde yeme davranış bozukluğuna ilişkin bir durumun saptanmasıyla uygun tedavi protokolü uygulanmalı ve uygun ölçeklerle belirli aralıklarda değerlendirilmelidir.
- Yapılan araştırmalar neticesinde Orto-15 ölçeğinin ON eğilimini kesin olarak saptama hususunda eksikliklerini tespit ettiği için Orto-15 ölçeği geliştirilerek daha belirleyici/kapsamlı hale getirilmelidir.
- Beslenme problemlerinin birçok hastalığa eşlik ettiği düşünülürse özellikle bebeklik ve okul çağında anne ve babalara ciddi eğitim programları uygulanmalıdır.
- Uygulanacak multidisipliner planlanacak tedavi programı içerisinde hekimler ve diyetisyenler mutlaka bulunmalıdır ve eşgüdüm içerisinde birlikte çalışmalıdır.
- ON'nin, sadece bir yeme bozukluğu olmamakla birlikte obsesif kompulsif bir bozukluk olduğu göz önünde bulundurularak tedavi uygulanmalıdır.
- Günümüze kadar yapılan çalışmalar/araştırmalar yeterli düzeyde olmamakla beraber araştırma sonucundaki veriler, çalışmaların daha geniş kitlelerde yapılması gerektiğini göstermektedir.

7. KAYNAKLAR

<https://avys.omu.edu.tr/storage/app/public/tinkilic/120977/Beslenme.pdf> 02.01.2021.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Beslenme Rehberi'ne (TÜBER 2015) göre

beslenmenin tanımı.

Sarıdağ Devran B. Doğu Anadolu Bölgesinde Yaşayan Adölesan Ve Yetişkinlerin Beslenme

Alışkanlıkları İle Yeme Tutum Ve Davranışlarının Belirlenmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık

Bilimleri Enstitüsü, Beslenme Ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014
(Tez

Danışmanı: Prof. Dr. Gül KIZILTAN).

Parle-McDermott and Ozaki. The Impact of Nutrition on Differential Methylated Regions of the

Genome, Thematic Review Series: Nutrition and the Genome. 2011; 2: 463–71.

Yücecan S. Optimal Beslenme. Klasmat Matbaacılık, 2008, 1. Baskı, Ankara, ISBN : 978-975-590-242-5.

Köksal MC. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Öğrencilerinin Orto-15 Ölçeği Kullanılması Ve Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesi. Ankara

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018 (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Salih MOLLAHALİLOĞLU).

Öyekçin DG, Şahin EM. Yeme bozukluklarına yaklaşım. Türk Aile Hek Derg 2011;15(1):29-35.

Baş Y. Diyetisyenlerde Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya Nervosa) Ve Yeme Tutumlarının

Saptanması. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014
(Tez

Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Zeynep Koç Özerson).

Ergüney Okumuş E, Deveci E. Yeme Bozukluklarında Grup Psikoterapileri. Psikiyatride Güncel

Yaklaşımlar, 2019; 11(3):338-50.

Sarı A. Ergenlerde Yeme Bozuklukları Yönetimi. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk

ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D., Aile Hekimliğinde Güncel Yaklaşımlar, 2020.

Bulut NS, Yorguner Küpeli N, Bulut G, Topçuoğlu V. Anoreksiya Nervosa'da Psikososyal Tedaviler,

Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2017; 9(3):329-45.

Ataman Tezimel E. Anoreksiya Nervosa Tanısı Almış Ergen Hastaların Şema Terapi Süreçlerindeki

Değişim Örüntülerine Yönelik Nitel Bir İnceleme. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,

Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara, 2019.

Zarifoğlu A. Farklı Fakültelerdeki Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervosa Görülme Sıklığı İle

Yeme Tutum Davranışları Ve Beden Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Hasan Kalyoncu

Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2019 (Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ÜNLÜ).

- Walsh BT, Satir DA. (2005). Diagnostic Issues'', Assessment of Eating Disorders. New York, Guilford Press; s. 1-16.
- Maner F, Aydın A. Bulimiya Nervozada Psikososyokültürel Etmenler. Düflünen Adam; 2007, 20(1):25-37.
- Hantaş Y, Maner F, Erkıran M, Turan F, Gökalp P. Alkol-Madde Kullanım Bozukluğu Olan Kadınlarda Yeme Özellikleri ve Yeme Bozuklukları Taraması. Düşünen Adam; 2003,16(1): 24-27.
- Ersoy G. Yeme davranışı bozuklukları anoreksia ve bulimia nevroza. Beslenme ve Diyet Dergisi, 1991; 20:95-106.
- Günher Arıca S, Arıca V, Arı M, Özer C. Adolesanda Yeme Bozuklukları. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Hatay, 2011.
- http://www.klinikgelisim.org.tr/eskisayi/kg_22_4/7.pdf 05.11.2020
- Köroğlu AY, Önay Derin D. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin yeme tutumları ve bunu etkileyen faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, ISSN: 2147-7892, Cilt 7, Sayı 2 (2019) 157-69.
- Turan Ş, Aksoy Poyraz C, Özdemir A. Tıkanırmasına Yeme Sendromu. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2015; 7(4):419-35.
- Semiz M, Kavakcı Ö, Yağız A, Yontar G, Kugu N. Sivas il merkezinde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve eşlik eden psikiyatrik tanıları. Türk Psikiyatri Dergisi 2013;24(3):149-57.
- Kaçar M, Hocaođlu Ç. Pika, geri çıkarma bozukluğu nedir? Tanı ve tedavi yaklaşımları. Klinik Psikiyatri Dergisi 2019;22:347-54.
- Hocaođlu Ç, Karadere ME. Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu nedir? Tanı ve tedavi yaklaşımları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2018; 7(4): 110 – 18.
- Özer Etik D, Bor S. Ruminasyon Sendromu: Az mı Görüyoruz, Az mı Tanıyoruz? Güncel Gastroenteroloji, 2019; 23/1.
- Mcinerney-ernst EM. Orthorexia Nervosa: Real Construct or Newest Social Trend? (Doctoral dissertation, University of Missouri-Kansas City, Faculty of the Department of Psychology), Missouri, 2011.
- Dunn TM, Bratman S. On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. Eating Behaviors, 2016; (21) 11-17.
- Chaki B, Pal S, Bandyopadhyay A. Exploring Scientific Legitimacy Of Orthorexia Nervosa: A Newly Emerging Eating Disorder. Journal Of Human Sport & Exercise. 1045-53, 2013.

- Özkefeli Hamurcu T, Hemşirelik Öğrencilerinde Sosyal Medya Kullanımının Ortoreksiya Nervosa Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2019 (Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Sevil Yılmaz).
- Bratman S, Knight D. "Health Food Junkies: Overcoming the Obsession with Healthful Eating", Broadway Books, New York, 2000.
- Arusoglu G. Sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya) belirtilerinin incelenmesi, ORTO-15 ölçeğinin uyarlanması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006 (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Gülden KÖKSAL).
- Gezer C, Kabaran S. Beslenme ve diyetetik bölümü kız öğrencileri arasında görülen ortoreksiya nervosa riski. SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2013;4(1):14-22.
- Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbrialle Canella C, 2004. Orthorexia Nervosa: A Preliminary Study with a Proposal for Diagnosis and an Attempt to Measure the Dimension on the Phenomenon, Eating and Weight Disorders, 9: 151-157.
- Oğur S, Aksoy A, Güngör Ş. Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervosa eğiliminin belirlenmesi. BEÜ Fen Bilimleri Dergisi. 2015; 4(2): 93-102.
- Moroze RM, Dunn TM, Craig Holland J, Yager J, Weintraub P. Microthinking about micronutrients: a case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal "orthorexia nervosa" and proposed diagnostic criteria. Psychosomatics. 2014; 56(4), 397-403.
- Asarkaya B. Sağlıklı ortoreksiya ve ortoreksiya nervosa: ebeveynden algılanan psikolojik kontrol ve uyumlu-uyumsuz mükemmeliyetçilik özellikleri ile ilişkisinin incelenmesi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2019 (Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Kuntay Arcan).
- Ambwani S, Gleaves DH, Graham EC. Measuring "Orthorexia": Development of the Eating Habits Questionnaire. The International Journal of Educational and Psychological Assessment, 2013; Vol.12 (2).
- Şengül R, Hocoğlu Ç. Ortoreksiya nervosa nedir? Tanı ve tedavi yaklaşımları. KSÜ Tıp Fak Der 2019;14(2)101-104.
- Brytek-Matera A. Orthorexia nervosa—an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit. Arch Psychiatry Psychother. 2012; 1, 55–60.
- Brytek-Matera A. Healthy eating obsession in women with anorexia nervosa: a case control study. Gramaglia, C., & Zeppegno, P (Eds.), New developments in anorexia nervosa, 2014; 39-50, New York: Nova.
- Mathieu J. What is orthorexia?, Journal of the American Dietetic Association, 2005; 105(10), 1510-1512.
- Costa CB, Hardan-Khalil K, Gibbs K. Orthorexia nervosa: a review of the literature. Issues in Mental Health Nursing, 2017; 38(12), 980-88.

- Kazkonda Ğ. Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) belirtilerinin incelenmesi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi Ankara, 2010 (Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Leyla Özgen)
- Ergin G. Sağlık personeli olan ve olmayan bireylerde ortoreksiya nervoza sıklığı araştırması. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014 (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Emine AKSOYDAN).
- Cuzzolaro M, Donini LM. Orthorexia nervosa by proxy?. *Eating and Weight Disorder*, 2016; 21, 549-51.
- Elliott G. Orthorexia. When healthy eating becomes an obsession. 2010.
- Saksas H, Bozidis P, Touzios C, Kolios D, Athanasiou G at al. Nutritional status and the influence of the vegan diet on the gut microbiota and human health. *Medicina* 2020; 56, 88.
- Baysal S, Özcan T. Vejetaryen beslenme ve sağlık üzerine etkileri. *U. Ü. Ziraat Fakültesi Dergisi*, 2016; Cilt 30, Sayı 2, 101-116.
- Lupton D, Risk As Moral Danger: The Social and Political Functions Of Risk Discourse in Public Health. Section on Epistemology and Health Policy, 1993.
- Atik A, Biricik Z. Sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya) kapsamında televizyon sağlık programlarının format yapılarının incelenmesi. *Atatürk İletişim Dergisi*, 2017; Sayı 13.
- Tuç Z. Yeme içme kültürünün sosyal medya aracılığıyla yeniden üretimi üzerine bir araştırma: Gaziantep ili örneği. *Kent Kültürü ve Yönetimi Hakemli Elektronik Dergi*, 2017; Cilt: 10 Sayı: 2.
- Turner PG, Lefevre CE. Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eat Weight Disord*, 2017; 10.1007/s40519-017-0364-2.
- Yeşil E, Turhan B, Tatan D, Şarahman C, Saka M. Yetişkin bireylerde cinsiyetin ortoreksiya nervoza eğilimine etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018; 7, (1), 1-9.
- Arsantaş H, Adana F, Öğüt S, Ayakdaş D, Korkmaz A. Hemşirelik öğrencilerinin yeme davranışları ve ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) ilişkisi: kesitsel bir çalışma. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing* 2017;8(3):137-44.
- Nevşioğulları C, Beslenme ve diyetetik öğrencilerinde yeme bozuklukları ve obsesif kompulsif belirtilerin değerlendirilmesi, İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018 (Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Funda Şensoy).
- Natenshon AH. Eating Disorders: A Treatment Apart. The Unique Use of the Therapist's Self in the Treatment of Eating Disorders. In: Jauregui-Lobera I, ed. *Eating Disorders- A Paradigm of the Biopsychosocial Model of Illness*. InTech; 2017.
- Koven NS, Abry AW. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disorders Treatment*, 2015; 11: 385.

- Arusoglu G, Kabakci E, Koksall G, Kutluay Merdol T. Ortoreksiya nervoza ve orto-11'in türkçeye uyarlama çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008; 19(3): 283-91.
- Alkan ŞB. Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinde yeme davranış bozukluğu ve beden algısı: kesitsel bir çalışma. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2019; Cilt:2/ Sayı2.
- 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).
- Garner DM, Garfinkel PE. The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med.* 1979. 9: 273-79.
- Savaşır I, Erol N, Yeme tutum testi: anoreksiya nervoza belirtileri indeksi, *Psikoloji Dergisi.* 1989; 7/23: 19-25.
- Öner N. Türkiye'de kullanılan psikolojik testler: bir başvuru kaynağı. III.Basım, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları. İstanbul, 1997, 596-97.
- Hodgson RJ, Rachman S. "Obsessional-Compulsive Complaints", *Behaviour Research and Therapy*, 1977, 15, s.389-395.
- Yıldırım P. Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervoza'nın obsesif kompulsif bozukluk ile ilişkisi. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018 (Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Güzin Mukaddes SEVİNÇER).
- Kılıç, S. (2016). Cronbach'ın alfa güvenirlik katsayısı, *Journal of Mood Disorders (MOOD)*, 6(1):47-8.
- Hair J. F. ve ark. (2013). *Multivariate Data Analysis: Pearson Education Limited.*
- Tabachnick, LS., Fidell, B.G. (2013) *Fidell Using Multivariate Statistics (sixth ed.) Pearson, Boston.*
- George, D., & Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson*
- Hoek H, Hoeken V. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 34 (4): 383-86, 2003.
- Fidan T, Ertekin V, Isikay S, Kırpınar I. Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Compr Psychiatry.* 2010; 51(1):49-54.
- Varga M, Thege BK, Dukay-Szabó S, Túry F, Furth EF. When eating healthy is not healthy: orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC Psychiatry* 2014; 28:14:59.
- Bağcı Bosi ATB, Çamur D, Güler Ç. Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite* 2007; 49:661-6.
- Aksoydan E, Camcı N. Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eating and Weight Disorders.* 2009; 14 (1): 33-7.
- Karadağ MG ve ark. "Sağlıklı Yetişkin Bireylerde Yeme Tutum ve Ortorektik Davranışlar ile Obezite Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi", *Gazi Medical Journal*, 2016, 27(3):12-36.
- Asil E, Sürücüoğlu M.S. Orthorexia Nervosa in Turkish Dietitians. *Ecology of Food and Nutrition.* 2015; 54(4):303-13.

- 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.
- Özge E. (2018). İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Ortoreksiya Nervoza Belirtilerinin ve Yeme Tutumlarının Saptanması. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Malatya.
- Varga M, Mate G, 2009. Eating and Body Image Related Problems in Orthorexia Nervosa. The 17th International Conference on Eating Disorders, pp 39, Oct 22-24, Congress Centrum Alpbach, Tirol, Austria.
- Erol Ö, İnönü üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinin ortoreksiya nervoza belirtilerinin ve yeme tutumlarının saptanması, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Malatya, 2018 (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ali Özer)

8. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Ayşegül	Soyadı	ANDIZOĞLU
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
E-mail		Uyruğu	Türkiye Cumhuriyeti

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Artvin Çoruh Üniversitesi	2017
Yüksek Lisans	Necmettin Erbakan Üniversitesi	2022
Doktora		

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. Diyetisyen	Yeni Dünya Beslenme ve Diyet Danışmanlığı	2018-Halen
2.		-

Yabancı Dil	İngilizce
--------------------	-----------

Yayımları/Tebliğleri/Sertifikaları/Ödülleri

Özel İlgi Alanları:

9. EKLER

Ek-1 Genel Bilgi Formu

1. Yaş(yıl):.....Cinsiyet: K () E ().....
2. Boy:Kilo:.....Olmak İstedığınız Kilo:.....
3. Okuduğu okul:.....
4. Toplam eğitim süresi (ilkokuldan itibaren yıl olarak):.....
5. Doktor teşhisiyle konmuş herhangi bir hastalığınız var mı?
Evet () Hayır ()
 - a) Kalp-damar hastalıkları
 - b) Diyabet
 - c) Yüksek tansiyon
 - d) Kanser
 - e) Sindirim sistemi hastalıkları (karaciğer, mide, safra kesesi vb.)
 - f) Solunum sistemi hastalıkları (akciğer vb.)
 - g) Ruhsal sorunlar (depresyon, aşırı yeme, kusma, gece yeme vb.)
 - h) Kas iskelet sistemi problemleri (osteoporoz, eklem ağrıları)
 - i) Endokrin (hormonal)hastalıklar
 - j) Vitamin ve mineral yetersizlikleri (demir, B12 vitamini yetersizliği vb.)
 - k) Diğer (belirtiniz
6. Düzenli bir ilaç tedavisi alıyor musunuz? Evet () Hayır ()
7. Sürekli uyguladığınız bir diyet tedaviniz var mı? Evet () Hayır ()
8. Vitamin desteği alıyor musunuz? Evet ()Hayır()Bazen ()
9. Doğru beslenme bilgilerini öğrendiğinizde davranışlarınız değişir mi?
Her zaman () Sık sık ()
Nadiren () Hiçbir zaman ()

Ek-2 ORTO-15 TESTİ

Bu anket sizin yeme davranışlarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu lütfen dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen parantezin içine (x) işareti koyunuz.

Her zaman	Sık Sık	Bazen	Hiçbir zaman
-----------	---------	-------	--------------

- 1- Yemek yerken yediklerinizin kalorisine dikkat eder misiniz? () () () ()
- 2- Çeşitli yiyeceklerin olduğu bir yerde yiyecek seçmek durumunda kalırsanız kararsızlık yaşar mısınız? () () () ()
- 3- Son üç ay içerisinde besinler konusunda endişelendiğiniz oldu mu? () () () ()
- 4- Sağlığınızla ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi? () () () ()
- 5- Yemeğinizin sağlıklı olması sizin için lezzetli olmasından daha mı önemlidir? () () () ()
- 6- Daha sağlıklı, daha taze besinler satın almak için daha fazla para harcamak ister misiniz? () () () ()
- 7- Sağlıklı beslenme ile ilgili düşünceler sizi günde üç saatten fazla meşgul eder mi? () () () ()
- 8- Sağlıksız olduğunu düşündüğünüz besinleri yediğiniz olur mu? () () () ()
- 9- Sıze, 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 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 yemeği mi tercih edersiniz? () () () ()

Ek-3 YEME TUTUM TESTİ

Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen parantezin içine X işareti koyunuz.

1 SORULAR	Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadire	Hiçbir zaman
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.						
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4. Şişmanlamaktan 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 kere tartılırım.						
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.						
19. Et yemekten hoşlanırım.						
20. Sabahları erken uyanırım.						
21. Günlerce aynı yemeği yerim.						
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						
23. Adetlerim düzenlidir. (Yalnızca kızlar cevaplandıracak)						
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.						
25. Şişmanlayacağım (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
26. Yemeklerimi yemek, başkalarınınkinden daha 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. Diyet (perhiz) yaparım.						
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
39. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						

Ek-4 MAUDSLEY OBSESİF KOMPULSİF SORU LİSTESİ

Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Size uygunsa “DOĞRU” yu değilse “YANLIŞ”ı daire içine alınız. Lütfen soruların hepsini cevaplandırınız.

1	Bana bir hastalık bulaşır korkusuyla herkesin kullandığı telefonları kullanmaktan kaçınırım	Doğru	Yanlış
2	Sık sık hoşla gitmeyen şeyler düşünür, onları zihnimden uzaklaştırmakta güçlük çekerim	Doğru	Yanlış
3	Dürüstlüğe herkesten çok önem veririm	Doğru	Yanlış
4	İşleri zamanında bitiremediğim için çoğu kez geç kalırım	Doğru	Yanlış
5	Bir hayvana dokununca hastalık bulaşır diye kaygılanırım	Doğru	Yanlış
6	Sık sık havagazını, su musluklarını ve kapıları birkaç kez kontrol ederim	Doğru	Yanlış
7	Değişmez kurallarım vardır	Doğru	Yanlış
8	Aklıma takılan nahoş düşünceler hemen hemen hergün beni rahatsız eder	Doğru	Yanlış
9	Kaza ile bir başkasına çarptığımda rahatsız olurum	Doğru	Yanlış
10	Hergün yaptığım basit günlük işlerden bile emin olamam	Doğru	Yanlış
11	Çocukken annem de babam da beni fazla sıkma zardı	Doğru	Yanlış
12	Bazı şeyleri tekrar tekrar yaptığım için işimde geri kaldığım oluyor	Doğru	Yanlış
13	Çok fazla sabun kullanırım	Doğru	Yanlış
14	Bana göre bazı sayılar son derece uğursuzdur	Doğru	Yanlış
15	Mektupları postalamadan önce onları tekrar tekrar kontrol ederim	Doğru	Yanlış
16	Sabahları giyinmek için uzun zaman harcarım	Doğru	Yanlış
17	Temizliğe aşırı düşkünüm	Doğru	Yanlış
18	Ayrıntılara gereğinden fazla dikkat ederim	Doğru	Yanlış
19	Pis tuvaletlere giremem	Doğru	Yanlış
20	Esas sorunum bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmemdir	Doğru	Yanlış
21	Mikrop kapmak ve hastalanmaktan korkar ve kaygılanırım	Doğru	Yanlış
22	Bazı şeyleri birden fazla kontrol ederim	Doğru	Yanlış
23	Günlük işlerimi belirli bir programa göre yaparım	Doğru	Yanlış
24	Paraya dokunduktan sonra ellerimi kirli hissederim	Doğru	Yanlış
25	Aldığım bir işi yaparken bile kaç kere yaptığımı sayarım	Doğru	Yanlış
26	Sabahları elimi yüzümü yıkamak çok zamanımı alır	Doğru	Yanlış
27	Çok miktarda mikrop öldürücü ilaç kullanırım	Doğru	Yanlış
28	Hergün bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek bana zaman kaybettirir.	Doğru	Yanlış
29	Geceleri giyeceklerimi katlayıp asmak uzun zamanımı alır	Doğru	Yanlış
30	Dikkatle yaptığım bir işin bile tam doğru olup olmadığına emin olamam	Doğru	Yanlış
31	Kendimi toparlayamadığım için günler, haftalar hatta aylarca hiçbirşeye el sürmediğim olur	Doğru	Yanlış
32	En büyük mücadelelerimi kendimle yaparım	Doğru	Yanlış
33	Çoğu zaman büyük bir hata ya da kötülük yaptığım duygusuna kapılırım	Doğru	Yanlış
34	Sık sık kendime birşeyleri dert edinirim	Doğru	Yanlış
35	Önemsiz ufak tefek işlerde bile karar verip işe girişmeden önce durup düşünürüm	Doğru	Yanlış
36	Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır	Doğru	Yanlış
37	Bazen önemsiz düşünceler aklıma takılır ve beni günlerce rahatsız eder	Doğru	Yanlış

Ek-5 ETİK KURUL ONAYI

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı: 107

Toplantı Tarihi: 08 Mayıs 2020

Karar Sayısı: 2020/2479: Fakültemiz Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Hasan KÜÇÜKKENDİRCİ' nin "Beslenme ve Diyetetik Öğrencilerin de Sağlıklı Beslenme Takıntısı (ortoreksiya)" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili 04.05.2020 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü, Ayşegül ORAL' ın yüksek lisans tez çalışmasının Fakültemiz Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Hasan KÜÇÜKKENDİRCİ' nin sorumluluğunda bütçe desteğinin sağlandığına dair belgenin İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kuruluna sunulduktan sonra çalışmanın başlamasının uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Hasan KÜÇÜKKENDİRCİ

Yardımcı Araştırmacı: Ayşegül ORAL

ASLI GİBİDİR

08.05.2020

Ömer KONDU

İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Sekreteri