

**Doğu Akdeniz Üniversitesi Öğrencilerinin  
Beslenme Bilgi Düzeyi ve Ortoreksiya Nervoza  
Riskinin Değerlendirilmesi**

**Melis Tarhan**

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsüne Beslenme ve  
Diyetetik Yüksek Lisans Tezi olarak sunulmuştur.

Doğu Akdeniz Üniversitesi  
Ocak 2019  
Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü onayı

---

Doç. Dr. Ali Hakan Ulusoy  
L.E.Ö.A. Enstitüsü Müdür Vekili

Bu tezin Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarım.

---

Yrd. Doç. Dr. Ceren Gezer  
Beslenme ve Diyetetik Bölüm Başkanı

Bu tezi okuyup değerlendirdiğimizi, tezin nitelik bakımından Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarız.

---

Yrd. Doç. Dr. Ceren Gezer  
Tez Danışmanı

---

Değerlendirme Komitesi

1. Prof. Dr. H. Tanju Besler

---

2. Yrd. Doç. Dr. Nazal Bardak

---

3. Yrd. Doç. Dr. Ceren Gezer

---

## ÖZ

Bu çalışmanın amacı, üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi düzeyi ve ortoreksiya nevroza riskinin değerlendirilmesidir. Çalışma Doğu Akdeniz Üniversitesi'nde okuyan 376 öğrenci ile yürütülmüştür. Çalışmada öğrencilere sosyo-demografik özellikleri, beslenme bilgisi anketi (BBA), ortoreksiya nevroza ölçeği (ORTO-11)'ni kapsayan anket tek tek görüşme tekniği ile uygulanmış ve antropometrik ölçümleri tekniklerine uygun olarak yapılmıştır.

Öğrenciler BBA genelinden ortalama  $68.6 \pm 15.3$  puan ve ORTO-11'den ortalama  $29.8 \pm 5.0$  puan almışlardır. Öğrencilerin %48'inin ON riskinin düşük, %52'sinin ise orta düzeydedir. Kadınların BBA puanları, erkeklerin puanlarından daha yüksek iken ( $p < 0.05$ ) ORTO-11 puanları istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ( $p > 0.05$ ). Öğrencilerin ORTO-11 sınıflandırmalarına göre BBA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ). BKİ sınıflamasına göre BBA ve ORTO-11 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ). Kadınların kalça çevresi değerleri ile BBA genelinden aldıkları puanlar arasında zayıf ters yönlü ilişki belirlenmiştir ( $r = -0.140$ ,  $p = 0.042$ ). Öğrencilerin ORTO-11 puanları ile BBA puanları arasında bir ilişki saptanamamıştır ( $p > 0.05$ ).

Sonuç olarak kadın öğrencilerin beslenme bilgi düzeyi erkek öğrencilere kıyasla daha yüksek bulunurken ortoreksiya nevroza riski farklılık göstermemektedir. Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nevroza riski ile bilgi düzeyi arasında ilişki bulunamamıştır. Ortoreksiya nevroza riski ile antropometrik ölçümler arasında ilişki bulunmazken beslenme bilgi düzeyi ile antropometrik ölçümler arasında ters bir ilişki bulunmaktadır. Üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi düzeylerinin artırılmasına

yönelik plan ve politikaların geliştirilmesi yararlı olabilir. Gelecekte yapılacak çalışmalarda besin tüketim durumunun belirlenmesi beslenme bilgi düzeyi ve ortoreksiya nervoza ilişkisinin desteklenmesi ve açıklanmasında yararlı olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Beslenme Bilgi Düzeyi, ortoreksiya nervoza

## ABSTRACT

The aim of this study was to determine the level of nutritional knowledge of university students and to assess the risk of orthorexia neurosis. The study included 376 students from Eastern Mediterranean University. In this study, the questionnaire was applied and sociodemographic features, General Nutrition Information Questionnaire (GNKQ), orthorexia neurosis scale (ORTO-11) and anthropometric measurements were performed in accordance with the techniques.

The mean score of the students was  $68.6 \pm 15.3$  and the mean score of ORTO-11 was  $29.8 \pm 5.0$ . 48% of the students had a low risk of ON and a moderate level of 52%. According to ORTO-11 classifications, there was no statistically significant difference between the BBA scores ( $p > 0.05$ ). While women's BBA scores were higher than men's scores ( $p < 0.05$ ), The mean BMI values of female and male students were  $21.5 \pm 3.1$  kg / m<sup>2</sup> and  $25.7 \pm 4.5$  kg / m<sup>2</sup>, respectively. According to BMI classification, there was no statistically significant difference between BBA general scores and ORTO-11 scores ( $p > 0.05$ ). Waist circumference was not statistically significant with BBA and ORTO-11. There were statistically significant and negative correlations between the hip circumference values and the scores obtained from the BBA ( $r = -0.140$ ,  $p = 0.042$ ). No relation was found between the ORTO-11 scores and the BBA total results.

As a result, female students nutritional knowledge level is higher than male students, while the risk of orthorexia nervosa is not different. There was no correlation between the risk of orthorexia nervosa and knowledge level of university students. While there is no relationship between the risk of orthorexia nervosa and anthropometric measurements, there is an inverse relationship between nutrition

knowledge and anthropometric measurements. It may be useful to develop plans and policies to increase the nutritional knowledge levels of university students. Determination of nutrient consumption in future studies may be helpful in promoting and explaining the relationship between nutritional knowledge level and orthorexia nervosa.

**Keywords:** Nutritional knowledge level, orthorexia nervosa

## TEŞEKKÜR

Çalışmam boyunca konumun belirlenmesi, yürütülmesi, yazımı ve sonuçlanmasına kadar geçen sürede bana her türlü bilimsel ve manevi desteği sağlayan, her daim sabırla yol gösteren, vaktini ve yardımını esirgemeyen tez danışanım Doğu Akdeniz Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Başkanı Yrd. Doç. Ceren Gezer'e,

Lisans ve Yüksek Lisans eğitimim boyunca bilimsel ve manevi desteklerini esirgemeyen, her daim bana yol gösteren tüm hocalarıma,

En mutlu zamanlarımda olduğu kadar en zor ve sıkıntılı zamanlarımda yanımda olan canım arkadaşım ve değerli meslektaşım Uzm. Dyt. Ezgi Taş'a,

Kıbrıs'da her zaman bir evim olduğunu hissettiren, yüksek lisans hayatım boyunca her daim yanımda olan, canım arkadaşım Melis Öztürk, Uzm. Dyt. Ayşen Yıldırım ve Uzm. Dyt. Gökçem Şen'e,

Tez zamanı boyunca büyük bir sabırla desteğini esirgemeyen arkadaşım Berkant Sipahioğlu'na,

Son olarak beni bugünlere kadar getiren, hayatım boyunca yaptığım her şeyde maddi ve manevi olarak destekleyen, koşulsuz şartsız sevgilerini her daim hissettiğim, hayatımı değerli kılan babam Özgür Tarhan'a, annem Süheyla Tarhan'a, ağabeylerime ve yengelerime, hayatıma anlam katan canım yeğenlerim Azra, Özgür ve Defne'ye çok teşekkür ederim.

# İÇİNDEKİLER

ÖZ .....	iii
ABSTRACT .....	v
TEŞEKKÜR.....	vii
KISALTMALAR .....	x
TABLO LİSTESİ.....	xi
ŞEKİL LİSTESİ.....	xiii
1 GİRİŞ .....	1
1.1 Kuramsal Yaklaşım ve Kapsam .....	1
1.2 Amaç ve Hipotez.....	3
2 GENEL BİLGİLER .....	4
2.1 Beslenme ve Beslenme Bilgi Düzeyi .....	4
2.2 Yeme Davranış Bozuklukları .....	6
2.2.1 Yeme Bozukluklarının Oluşum Nedenleri .....	6
2.2.2 Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi .....	9
2.3 Yeme Bozukluklarının Sınıflandırılması .....	9
2.3.1 Anoreksiya Nervoza .....	10
2.3.2 Bulumiya Nervoza.....	11
2.3.3 Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları .....	11
2.3.3.1 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu.....	12
2.3.3.2 Gece Yeme Sendromu.....	12
2.4 Ortoreksiya Nervoza .....	13
2.4.1 Ortoreksiya Nervoza Tanı Kriterleri.....	14
2.4.2 Ortoreksiya Nervoza Komplikasyonları.....	14



2.4.3 Ortoreksiya Nervoza Risk Faktörleri.....	15
2.4.4 Ortoreksiya Nervoza Prevalansı .....	16
2.5 Ortoreksiya Nervoza ve Beslenme Bilgi Düzeyinin İlişkisi .....	17
3 BİREYLER VE YÖNTEM.....	21
3.1 Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi.....	21
3.2 Araştırmanın Genel Planı .....	21
3.2.1 Beslenme Bilgisi Anketi (BBA).....	22
3.2.2 Ortoreksiya Nervoza Riski Testi ( ORTO-11) .....	22
3.3 Antropometrik Ölçümler .....	23
3.3.1 Vücut Ağırlığı.....	23
3.3.2 Boy Uzunluğu.....	23
3.3.3 Beden Kütle İndeksi (BKİ).....	23
3.3.4 Bel ve Kalça Ölçümleri .....	24
3.3.5 Bel / Boy Ölçümleri.....	24
3.4 Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi .....	25
4 BULGULAR .....	27
5 TARTIŞMA .....	52
6 SONUÇ .....	64
7 ÖNERİLER.....	68
KAYNAKLAR .....	69
EKLER.....	94
Ek 1: Etik Kurul Onayı.....	95
Ek 2: Anket Formu .....	96
Ek 3: Beslenme Düzeyi Anket Ölçeği.....	99
Ek 4: ORTO-11 Ölçeği .....	106

## KISALTMALAR

ALT	En Küçük Değer
AN	Anoreksiya Nervoza
BBA	Beslenme Bilgisi Anketi
BKİ	Beden Kütle İndeksi
BN	Bulumiya Nervoza
BTAYB	Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu
Cm	Santimetre
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
kg	Kilo gram
M	Medyan
NCS-R	Ulusal Eş Zamanlı Hastalık Araştırması
OKB	Obsesif- Kompulsif Bozukluklar
ON	Ortorekiya Nervoza
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SS	Standart Sapma
TBSA	Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TYB	Tıkanırçasına Yeme Bozukluğu
ÜST	En Büyük Değer
WHO	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
YB	Yeme Bozukluğu

## TABLO LİSTESİ

Tablo 3.1: Dünya Sağlık Örgüt'ünün BKİ Sınıflandırılması (WHO, 2015).....	24
Tablo 4.1: Öğrencilerin demografik özelliklerine göre dağılımı .....	28
Tablo 4.2: Öğrencilerin genel sağlık durumlarına göre dağılımı.....	29
Tablo 4.3: Öğrencilerin sigara ve alkol kullanma durumlarına göre dağılımı.....	31
Tablo 4.4: Öğrencilerin egzersiz/spor yapma durumlarına göre dağılımı .....	32
Tablo 4.5: Öğrencilerin cinsiyetlerine göre antropometrik ölçümleri .....	33
Tablo 4.6:Öğrencilerin BKİ, bel çevresi, bel/kalça, bel/boy sınıflamasına göre dağılımı .....	34
Tablo 4.7: Öğrencilerin öğün tüketim durumları .....	35
Tablo 4.8: Öğrencilerin öğün tükettikleri yer ve kişiler.....	36
Tablo 4.9: Öğrencilerin ana ve ara öğün tüketim sayıları.....	37
Tablo 4.10: Öğrencilerin eğitim aldıkları bilim alanlarına göre öğün atlama durumları .....	37
Tablo 4.11: Öğrencilerin eğitim aldıkları bilim alanlarına göre öğün tükettikleri yerler .....	38
Tablo 4.12: Öğrencilerin BBA ve ORTO11 puanları (S=376).....	39
Tablo 4.13: Öğrencilerin cinsiyetlerine göre BBA ve ORTO-11 puanları .....	40
Tablo 4.14: Öğrencilerin yaş gruplarına göre BBA ve ORTO-11 puanları.....	41
Tablo 4.15:Öğrencilerin eğitim aldıkları bilim alanlarına göre BBA ve ORTO-11 puanları.....	42
Tablo 4.16: Öğrencilerin BKİ sınıflamasına göre BBA ve ORTO-11 puanları .....	43
Tablo 4.17:Öğrencilerin bel çevresi sınıflandırmasına göre BBA ve ORTO-11 puanları.....	44

Tablo 4.18: Öğrencilerin bel/kalça çevresi sınıflandırmasına göre BBA ve ORTO-11 puanları.....	45
Tablo 4.19: Öğrencilerin bel/boy oranı sınıflandırmasına göre BBA ve ORTO-11 puanları.....	46
Tablo 4.20:Öğrencilerin ORTO-11 sınıflandırmasına göre BBA ve ORTO- 11 puanları.....	47
Tablo 4.21:Öğrencilerin antropometrik ölçümleri ile BBA ve ORTO- 11 puanları arasındaki ilişki .....	48
Tablo 4.22:Öğrencilerin doktor tarafından tanısı konulmuş hastalık durumuna göre ORTO-11sınıflaması dağılımı.....	49
Tablo 4.23: Öğrencilerin doktor tarafından tanısı konulmuş hastalık durumuna göre ORTO-11 puanları .....	49
Tablo 4.24:Öğrencilerin öğün tükettikleri kişilere göre ORTO-11 sınıflaması dağılımı .....	50
Tablo 4.25: Öğrencilerin öğün tükettikleri kişilere göre ORTO-11 puanları .....	50
Tablo 4.26: Öğrencilerin BBA ile ORTO- 11 puanları arasındaki ilişki .....	51

## ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 4.1: Öğrencilerin ORTO-11 Riski .....	39
---	----

# Bölüm 1

## GİRİŞ

### 1.1 Kuramsal Yaklaşım ve Kapsam

Beslenme, hayatın her döneminde en önemli faktörleri oluşturmaktadır (Baysal, 2007). Özellikle adölesan dönemde yeterli, dengeli beslenmek ve vücudun gereksinimlerine göre beslenmek ayrı bir önem taşımaktadır (Vançelik ve arkadaşları, 2007). Üniversite öğrencilerinin ailelerinden uzakta eğitim görmeye başlamasıyla yaşam düzenleri, dolayısıyla beslenme alışkanlıkları da değişmektedir (Çalıştır ve arkadaşları, 2005). Gençlerin beslenme alışkanlıklarını etkileyen önemli etmenlerden biri beslenme bilgisinin yetersiz olmasıdır (Çalıştır ve arkadaşları, 2005). Bu nedenle beslenme eğitimi ile bireylerin sağlıklı beslenme alışkanlıkları geliştirmeleri ve yaşam aktivitelerinin artırılması hedeflenmektedir.

Beslenme eğitiminin beslenme bilgi düzeyinin artırılmasında önemli bir etken olduğu ve eğitimin görsel, işitsel, yazılı materyalle desteklenmesinin daha faydalı olduğu belirtilmektedir (Güler, 2003). Ortaöğretim öğrencileri ile yapılan bir araştırmada öğrencilerin beslenme bilgisinin yetersiz olduğu ve beslenme dersi almayanların beslenme bilgi düzeyinin alanlara kıyasla daha düşük olduğu belirlenmiştir (Ürer, 2005). Son yıllarda artan besin ve beslenme kaynaklı sağlık sorunları, tedavi için harcanan masrafların yüksekliği ve daha uzun yaşam beklentisi, besin ve sağlık ilişkisinin önemini arttırmaktadır. Besin ve beslenme ile ilgili hastalıkların artması bireylerin daha güvenilir, hastalık riskini azaltıp sağlığı

geliştiren daha besleyici besinleri tercih etme eğilimini artırmıştır (Dölekoğlu ve arkadaşları, 2015).

Sağlığın iyileştirilmesi ve geliştirilmesinde sağlıklı beslenme en önemli unsurlardan biridir (Duran, 2016). Genel olarak ergenlik dönemlerinde başlayan ve şişmanlamaktan aşırı derecede korkarak bilinçli bir şekilde zayıf kalma çabaları zamanla belirli bir yeme bozukluğuna neden olmaktadır (Armik, 2009). Yeme bozuklukları, gelişim döneminde, duygu durumu bozukluklarında ve kişisel ilişkilerdeki sorunlarla başa çıkma sürecinde ortaya çıkan, zaman zaman tekrarlayabilen ve zayıflığın ön planda olduğu duygusal, bilişsel bir durumdur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Yeme davranış bozukluğu riskinin genetik, çevresel ve sosyokültürel faktörlerin etkisi altında olduğu düşünülmektedir. Çocukluk çağı obezitesi, obsesif kompulsif bozukluklar, sürekli olarak zayıflamak için diyet uygulama yeme davranış bozukluklarına neden olan bireysel faktörler arasında yer almaktadır (Arslantaş ve arkadaşları, 2017). Yeme bozukluklarının (YB)  $\geq 90$ 'ı 25 yaşın altındaki bireylerde görülürken erkeklere kıyasla kadınlarda 20 kata kadar daha çok görüldüğü saptanmıştır (Deering, 2001).

Evensel bir tanımı bulunmayan ortoreksiya nervoza (ON), olası bir yeme davranış bozukluğudur (Cena ve arkadaşları, 2018). ON sağlıklı beslenme takıntısı olup uzun dönem görüldüğü zaman ve eğer bireyin yaşantısında olumsuz etki yaratıyorsa tanımlanabilmektedir (Cartwright, 2004). Bratman'ın 2003 yılında sağlıklı besin tüketimi konusundaki aşırı saplantı olarak tanımladığı ON, besinlerin niceliğinden çok niteliğine dikkat edilerek tüketilmesi ve vücut ağırlığı artışına dayalı bir kaygının olmaması noktaları ile anoreksiya nervoza (AN) ve bulumiya nervozadan (BN) ayrılmaktadır (Aydın, 2010). ON'da sağlığı korumak ve iyileştirmek için sağlıklı beslenme takıntısı yaşamaktadırlar (Zamora ve Bonaechea,

2005). Beslenme ve diyetetik bölümünde okuyan kadın öğrencilerin yeme tutum ve davranışlarının aldıkları derslerden etkilenebileceği belirtilmiştir (Gezer ve Kabaran, 2013). Başka bir çalışmada beslenme dersini alan öğrencilerin, beslenme dersi almayan öğrencilere göre daha fazla vücut ağırlıklarını kontrol etme eğiliminde olduklarını ve besin alımlarını sınırlandırmaya daha fazla yakın oldukları görülmüştür (Korinth ve arkadaşları, 2009). Dolayısıyla üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi düzeyi ve ON riskinin değerlendirilmesi önemlidir.

## **1.2 Amaç ve Hipotez**

Bu çalışmanın amacı üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi düzeyini ve ortoreksiya nervoza riski ile bunlar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir.

### **Hipotez**

H0: Üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi düzeyleri ile ortoreksiya nervoza riski arasında ilişki yoktur.

H1: Üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi düzeyleri ile ortoreksiya nervoza riski arasında ilişki vardır.



## Bölüm 2

### GENEL BİLGİLER

#### 2.1 Beslenme ve Beslenme Bilgi Düzeyi

Beslenme; hayatın sürdürülmesi, büyüme ve gelişmenin sağlanması, genel sağlığın iyileştirilmesi ve devamlılığının sağlanabilmesi için vücudun gereksinimi olan besin öğelerinin yeterli ve dengeli miktarlarda alınmasıdır (Baysal, 2008). Yetersiz ve dengesiz beslenmeye bağlı olarak bazı hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır (TBSA, 2010). En çok etkilenen grupların başında bebekler, çocuklar, gençler ve yaşlılar gelmektedir. Yetersiz ve dengesiz beslenmenin nedenleri araştırıldığı zaman beslenme bilgi düzeyinin yetersiz olması ise en başta gelen sebepler arasındadır (TOBR, 2015). Beslenme bilgi düzeyi kişisel, çevresel ya da toplumsal faktörlere göre değişmektedir. Sosyal Bilişsel Teoriye göre bir davranışın gerçekleştirilebilmesi için bilgi gerekir. Buna göre, yetersiz beslenme bilgisi, sağlıklı davranışları benimsemeye ve sağlıklı bir beden ağırlığını korumaya engel olabilir. Beslenme bilgisinin artması; meyve-sebze tüketimi, etiket okumanın artması, tuz-şeker kullanımının azalması ve yüksek lif içeren besinlerin tüketiminin artması ile ilişkilendirilmiştir (Jones ve arkadaşları, 2014).

Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve sosyo-ekonomik durum gibi faktörlerin beslenme bilgi düzeyini etkilediği düşünülmektedir (Arata ve arkadaşları,2010). Kadınlar, erkeklere göre daha yüksek beslenme bilgisi düzeyine sahiptir. Bu farklılık kadınların mutfak alışverişi ile daha çok ilgilenmesi ve yemek hazırlamayla daha çok ilgilenmesine bağlanmıştır (Hendrie ve arkadaşları, 2008). Eğitim düzeyi ve sosyo-

ekonomik düzeyi yüksek olan bireylerin bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yine yaşlılara kıyasla orta yaşlı bireylerin beslenme bilgi düzeyleri yüksek bulunmuştur (Spronk ve arkadaşları, 2014). Beslenme bilgisi düzeyinin, besin seçimlerini ve etiket bilgisi okuma alışkanlığını da etkilediği belirtilmiştir (Miller ve arkadaşları, 2015). Ayhan ve arkadaşlarının (2012), tıp fakültesi öğrencileriyle yaptıkları çalışmada öğrencilerin yaşadıkları yerlerin beslenme alışkanlıkları üzerinde etkili olduğu, aile veya arkadaşlarıyla birlikte yaşayan öğrencilerin daha düzenli olarak beslendiği gösterilmiştir. İngiltere’de 18-65 yaş, 1040 bireyle yapılan bir çalışmada beslenme bilgi düzeyi arttıkça meyve ve sebze tüketimleri artmış, yağ tüketimleri azalmıştır. Sonuçların bu şekilde olumlu çıkmasının nedenine bakıldığında ise katılımcı yüzdesinin çoğunluğunu kadınların oluşturması ve eğitim düzeylerinin yüksek olması olarak belirtilmiştir (Wardle ve arkadaşları, 2000). Beslenme eğitimi ile bireylerin sağlıklı beslenme alışkanlıkları geliştirmeleri ve yaşam aktivitelerinin artırılması hedeflenmektedir (Çalıştır ve arkadaşları, 2005), Türkiye’de 167 üniversite öğrencisiyle yürütülen bir çalışmada beslenme bilgi düzeyleri ile cinsiyet, yaş ve beden kütle indeksi (BKI) arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Esgin, 2017). İstanbul’da sağlık çalışanlarının beslenme alışkanlıklarının ve beslenme bilgi düzeylerinin incelendiği çalışmada sağlık çalışanlarının bilgi düzeyi yüksek çıkmıştır. Kadınlarda ve gün içerisinde öğün atlamayanlarda genel beslenme düzeyi, diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksek çıkmıştır (Yücel, 2015). Bisikletçiler üzerinde yapılan çalışmada beslenme bilgi düzeyi araştırılmış ve beslenme bilgi düzeyinin ortalama düzeyde olduğu saptanmıştır. Ancak beslenme bilgi düzeyi ile beslenme davranışları arasında bir ilişki bulunamamıştır (Gündüz, 2017).

## **2.2 Yeme Davranış Bozuklukları**

Ergenlik döneminde daha sık görülen yeme davranış bozuklukları ciddi fiziksel ve psikolojik sonuçlara sebep olması nedeniyle önemli bir sağlık problemidir (Sönmez, 2017). Besin tüketimindeki azalma veya artma sonucunda vücut ağırlığı ve beden algısı konusunda aşırı endişeli olma ve yeme tutumlarında oluşan değişimler yeme bozukluğunu oluşturmaktadır (Wheeler K ve arkadaşları, 2005). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabında (DSM-5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5, 2013) zihinsel bozuklukların tanısal sınıflandırılmasında yeme bozuklukları, AN ve BN olmak üzere iki ana başlıkta tanı grubuna ayrılmaktadır. Bireye bu tanının konulabilmesi için DSM-IV kriterlerinden en az dört kriteri karşılıyor olması gerekmektedir. Tanı ölçütlerini karşılayamayan ama yeme alışkanlıklarında veya davranışlarında önemli derecede sorunları olanları ise Başka Türü Tanımlanamayan Yeme Bozukluğu (BTAYB) olarak sınıflandırılmış olup bu sınıflandırma içerisine tıknırcasına yeme bozukluğunu (TYB) da dâhil etmişlerdir.

### **2.2.1 Yeme Bozukluklarının Oluşum Nedenleri**

Yeme bozuklukları için tek bir etiyolojik faktör olmadığı gibi, bireyler arasında da farklılıklar olduğu bildirilmektedir (Alphan ve arkadaşları, 2014). Yeme bozukluklarının genetik, psikolojik, sosyal çevre ve kültürel faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir (Son ve arkadaşları, 2006) Yaşam stresi yeme bozukluklarının etiyolojisinde önemli bir yere sahiptir. Olguların yaklaşık olarak %70'i ağır yaşam koşulları ve zorluklarla mücadele eden bireylerdir. Yapılan çalışmalar sonucunda cinsiyet, aile, genetik faktörler, sosyokültürel faktörler, mükemmeliyetçilik, erken ergenlik dönemi, düşük öz-güven ve psikolojik faktörler

yeme davranışını etkileyerek yeme bozukluklarının gelişimine neden olabilmektedir (Ercan, 2015).

Güzelliğin ve çekiciliğin kültürel imajlarının tanımlanmasına yardımcı olan medyanın, yeme bozukluklarının artmasında önemli bir bileşen olduğu kabul edilmektedir (Alphan ve arkadaşları, 2014). Sosyal medyada kadınlar üzerinde bir beden algısının oluşturulması, bu konuda fikirlerin belirtilmesi yeme bozuklukları riskini arttıracak faktör olarak saptanmıştır (Harrison ve arkadaşları, 1997). Tozzi ve arkadaşları (2003), yeme bozukluklarında toplumun ve yarattığı baskının etkili olabileceğini ama tek başına hastalığın oluşmasına neden olmayacağını belirtmişlerdir. Özellikle kadınlarda ve adölesan dönemde riskin arttığı belirtilmektedir (Beekley ve arkadaşları, 2009). Erkeklerle kıyasla yeme bozukluklarının kadınlarda daha fazla görülmekte olup bunun nedeni olarak ergenlik döneminde gerçekleşen fizyolojik değişimler gösterilmektedir (Jimerson ve arkadaşları, 2002). Ancak erkeklerde görülen yeme bozuklukları oranı ile kadınlarda görülen yeme bozuklukları oranının benzer olduğunu söyleyen çalışmalarda mevcuttur (Scagliusi ve arkadaşları, 2009).

Eğitim ve meslek gruplarına göre de yeme davranış bozuklukları görülmektedir. Örneğin gastronomi bölümünde okuyan öğrencilerde yeme davranış bozukluğunun saptandığı ve öğrencilerin kendilerini kontrol etmekte zorluk yaşayıp kontrolsüz yemek yeme davranışı gösterdikleri görülmüştür (Deveci ve arkadaşları, 2017). Hemşirelik öğrencilerinde yeme davranış bozukluklarına bakıldığında ise hemşirelik öğrencilerinin yarısından fazlasının yeme tutum davranışları açısından yarıya yakınının ON açısından risk altında olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin vücut ağırlığında artış korkularının bu riski daha çok arttırdığı saptanmıştır (Oğur ve arkadaşları, 2015). Beslenme ve Diyetetik bölümünde okuyan öğrencilerde ON

riskine bakıldığında ON riski yüksek öğrencilerle ON riski düşük öğrenciler arasında yaş, cinsiyet, beden kütle indeksi (BKİ) değerleri farklılık göstermemiştir (Baş, 2017).

Yeme Bozuklukları ile ilgili güçlükleri anlamada ve tedavide aile faktörünün önemli olduğu belirtilmektedir (Langdon ve Serpel, 2017). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde Fonseca ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınlarda ve erkeklerde cinsel istismar yeme bozukluklarının ortaya çıkmasında önemli risk faktörü olarak saptanmıştır. Ayrıca erkeklerde aile tarafından aşırı kontrol edilme de risk faktörü olarak belirtilmiştir (Fonseca ve arkadaşları, 2002). Bir diğer çalışmada ise duygusal yoksunluk, kişinin duygu düzenlemelerinde sıkıntılar bozulmuş yeme davranışı ile ilişkili bulunmuştur (Yurtsever ve Sütçü, 2017). Ailesel faktörler dikkate alındığında yakın akraba ilişkilerinde duygu durum bozukluklarının ve obsesif-kompulsif bozuklukların (OKB) daha çok rastlandığı belirtilmiştir (Öztürk, 2004). OKB başka psikolojik belirtilerinde görülebildiği nöropsikiyatrik hastalıklardır (Özçoban, 2017). ON içinde katkı maddeleri bulundurmayan, sağlıklı besinleri tüketmek için duyulan yoğun bir isteği ifade eder. Klinik görünümü OKB ve yeme bozukluklarıyla benzerlik göstermektedir (Poyraz ve arkadaşları, 2015). Bu yüzden OKB ile yeme davranışı bozuklukları arasında ilişkisinin araştırıldığı birçok araştırma mevcuttur. (Duran, 2016; Cederlöf ve arkadaşları, 2015; Passel ve arkadaşları, 2016). Obsesif-Kompulsif Bozukluk, bireylerin kariyer hayatını, eğitim hayatını, sosyal hayatını ve aile ilişkilerini olumsuz yönde etkileyen ve yaşam boyu %1.9-3.3 görülme oranına sahip olduğu tahmin edilen bir durumdur. Birçok patolojik durumun yanında beden görüntüsüyle, vücut ağırlığı ile ilgili takıntılı düşünce ile ilişkilidir (Ercan 2015; Çelikel ve arkadaşları, 2009). Anorektik belirtilerin obsesyon ve kompülsiyonlara benzediği belirtilmektedir. AN tanısı olan bireylerin beden

görüntüleri ve vücut ağırlıklarını azaltmak için sürekli olarak istek duymaları obsesyona, bu durumdan ötürü sürekli olarak egzersiz yapmaları ve yeme tutum davranışlarında olan değişiklikler kompülsiyona benzetilmektedir (Matsunaga H ve arkadaşları, 1999; Wu, 2008). Başka bir çalışmada OKB hastalarında sağlıklı olan gruba göre daha fazla yeme davranış bozuklukları görülmüştür (Çelikel ve arkadaşları, 2009).

### **2.2.2 Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi**

Son yıllarda yapılan çalışmalar yeme bozukluklarından AN ve BN görülme sıklığının arttığını göstermektedir. Avrupa'daki kadınların < %1-4 AN, <%1-2 BN, <%1-4 TYB görülmektedir ( Rahkonen ve Mustelin,2016). Yaşam boyunca ve 12 aylık bir dönemde ortalama 47 yaş kadınların %15.3'ünün yeme bozukluğu tanı kriterlerini sağladığı, 12 aylık dönemlerde de %3.6'sında yeme bozukluğu görüldüğü belirtilmiştir (Micali ve arkadaşları, 2017). Bir meta analiz çalışmasına göre yeme bozukluğunun genel prevalansı % 12.0, AN prevalansı %2.0, BN prevalansı %4.4 ve başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları prevalansı %9.5 olarak belirlenmiştir (Arcelus ve arkadaşları, 2013). ABD'de 10.000 katılımcının olduğu Ulusal Eş zamanlı Hastalık Araştırmasında (National Comorbidity Survey-replication -NCS-R) yaşam boyunca görülen AN ve BN sırayla %0.5 – 0.9 ve %1.5 olarak saptanmıştır (Altman, 2009). Ömür boyu AN görülme sıklığı kadın ve erkeklerde toplam %0.6, BN; %1.0, TYB; %2.8 olarak belirtilmiştir. Erkeklerle göre kadınlarda yaşam boyu görülme sıklığı daha fazla olduğu saptanmıştır (Hudson ve arkadaşları, 2007).

### **2.3 Yeme Bozukluklarının Sınıflandırılması**

Uzun yıllardan beri yeme bozuklukları değişik şekillerde kendini göstermektedir (Yager ve Andersen, 2005). Yeme bozuklukları; fiziksel, psikolojik

ve sosyal fonksiyonlarda önemli problemlere sebep olabilmektedir (Rangel, 2012). DSM-V'e göre AN ve BN tanı ölçütlerinde revizyona gidilmiş ve tıknırcasına yeme bozukluğu (TYB), pika, çocuklarda geviş getirme, yemekten kaçınma ve/veya sınırlı yeme de yeme bozukluklarına dâhil edilmiştir (Köroğlu, 2013; Çelik ve arkadaşları, 2016). Yetersiz ya da aşırı gıda alımını içerebilen, diğer yandan ruhsal etkilere dayanan ve fiziksel sonuçlara yol açabilen bir hastalıktır olan yeme bozuklukları; AN, BN ve başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları olmak üzere 3 gruba ayrılmaktadır. Başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları da kendi içinde TYB, gece yeme sendromu olarak ayrılmaktadır (DSM-5, 2013). Yeme bozukluklarındaki temel amaç hastalığın tekrarlanmasına engel olmaktır (Brustamante, 2012). Doktor, diyetisyen ve psikolog gibi multidisipliner bir grup ile tedavi yapılmalı gerektiğinde yakın çevreninde tedavi sürecine dâhil edilmesi gerekmektedir (Dalmaz ve Yurtdaş, 2015).

### **2.3.1 Anoreksiya Nervosa**

Anoreksiya Nervosa, yemek yeme ve zayıflık konusunda fazla takıntılı olma, aşırı derecede ağırlık artışından korkma buna rağmen ara dönemlerde aşırı yeme davranışı gösterme sonucu beden görüntüsünde bozulma ve kadınlarda menstruasyon döngülerinde bozulma ile ilişkili bir durumdur (National Institute of Mental Health, 2007).

Anoreksiya Nervosa çeşitlerine baktığımızda 2 çeşit olduğu görülmektedir. İlki Kısıtlı Tip yani düzenli olarak yeme veya çıkartma davranışı göstermeyen diğeri ise Tıknırcasına Yeme/Çıkartma Tip yani düzenli olarak bu davranışı gösterenlerdir (Fairburn ve arkadaşları, 1998). AN'da oluşan ve ölümlle sonuçlanabilecek olan komplikasyonlar arasında kalp durması ve sıvı-elektrolit dengesindeki bozukluklar gelmektedir. Anorektik kişiler de aynı zamanda depresyon, anksiyete,

kardiyovasküler ve nörolojik hastalıklar da görülebilmektedir. Aşırı ağırlık kaybı nedeniyle kan basıncında düşme, solunumun zayıf olması ve nabzın düşük olması da olasıdır (National Institute of Mental Health, 2007).

### **2.3.2 Bulumiya Nervoz**

Bulumiya Nervozalı kişiler, yemek yerken kontrolü sağlayamama hissi sonucunda aşırı miktarda yemek yeme davranışı sergilemekte ve bu durumu sıklıkla tekrarlamaktadırlar. Daha sonra bu davranışı düzeltmek için kusma, laksatif/diüretik kullanımı, kendini aç bırakma veya aşırı egzersiz yapma ile durumu düzeltmeye çalışmaktadırlar. Bu bireylerin vücut ağırlıkları normal aralıklarda olmasına karşın ağırlık artışından aşırı derece korkmaktadırlar (National Institute of Mental Health, 2007).

Bulumiya Nervozalı bireyler günün bir bölümünde aşırı miktarda karbonhidrat içeren öğünler tüketip daha sonra pişmanlık duyarak gizlice kusarak veya laksatif/ diüretik kullanarak çıkartmaktadırlar. Bazı bireyler ise aşırı derecede egzersiz yaparak telafi etmeye çalışmaktadırlar (Lavender ve arkadaşları, 2015). Kusmaya bağlı bulumik kişilerin elektrolit dengelerinde bozulmalar olabilmekte bu yüzden de sıvı- elektrolit dengesinin izlenmesi önem taşımaktadır (Steinhausen, 2004).

### **2.3.3 Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları**

Başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları (BTAYB), AN ve BN tanı kriterlerine uyum göstermeyen, atipik bir yeme bozukluğu olarak tanımlanmıştır (Yücel, 2009). Bu tarz beslenme bozukluklarına sahip bireylerin klinik tablosu AN ve BN'ya benzememekle beraber geçmişlerinde AN veya BN bulunabilmektedir. Ayrıca obez bireylerde ağırlık kaybı sağlanırken yüksek oranda görülebilen bir yeme bozukluğudur (Alphan ve arkadaşları, 2014).



### **2.3.3.1 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu**

Sosyal ortamlarda yemek yemekten kaçınma, aşırı egzersiz yapma, öğünler, kısıtlayarak yeme veya sevilen besinleri tüketmekten kaçınma gibi davranışlar gösteren adölesan dönemdeki çocukların daha sonraki dönemleri içerisinde büyümede ve menstrüel döngülerinde problemler çıkmaktadır (Weaver ve Liebman, 2011). BN'da olduğu gibi TYB'da da kişiler yeme ataklarını kontrol edememekte ve ikisi arasındaki ayrımın yapılmasında zorluklar yaşanmaktadır (Glasofer ve arkadaşları, 2015). Alphan ve arkadaşları (2014), TYB olan bireylerin belli bir zaman aralığında diğer bireylere göre tüketebileceklerinden daha fazla besin tükettiklerini veya yeme atakları sırasında kontrolü sağlayamadıklarını belirtmişlerdir. DSM-5'de yeme bozuklukları 8 başlığa ayrılmakta ve bu başlıkların birinde de TYB yer almaktadır (DSM-5, 2013).

### **2.3.3.2 Gece Yeme Sendromu**

Uykudan uyanarak yemek yeme ya da akşam yemeğinden sonra aşırı yiyecek tüketme ile kendini gösteren bir yeme bozukluğudur (Köroğlu, 2013). Obeziteye neden olan yeme bozukluklarından biridir. Günlük alınan, toplam enerjinin yarısının akşam tüketilmesi, gece uykusuzluk, sabah anoreksiyası ve 3 ay boyunca ayda bir veya daha fazla yeme atağı ile ilişkili bir yeme bozukluğudur (Alphan ve arkadaşları, 2014). Aşırı kilolu ve iyileşme sürecinde olumlu cevaplar vermeyen bireylerde, sabahları iştahsızlık görülmekte, geceleri ise uykusuzlukla beraber aşırı derecede yemek yeme ile ilişkili olarak tanımlanmıştır (Stunkard ve arkadaşları, 1996) (Küçükgöncü ve Beştepe, 2014). İlk olarak aşırı kilolulukla bir olarak saptanmıştır. Ancak sadece aşırı kilolu bireyler içinde geçerli değildir. Cinsiyete göre bakıldığında da kesin sonuçlar bulunamamıştır (Rand ve arkadaşları, 1997). Gece yeme sendromu yetişkinlerdeki görülme sıklığına baktığımızda %1.5 olduğu bildirilmiştir.

Zayıflamak için tedavi görenlerde %6-14 arasında görülebilenken, bariatrik cerrahi geçiren hastaların %8-42'sinde de görülebilmektedir ( Stunkard ve arkadaşları, 1996; Orhan ve arkadaşları, 2013).

## **2.4 Ortoreksiya Nervosa**

Ortoreksiya Nervosa, Bratman tarafından 1997'de sağlıklı/ uygun besini tüketmekte takıntılı kişiler için tanımlanmış, günlük yaşamı olumsuz yönde etkileyen bir kişilik ve yeme davranış bozukluğudur (Bratman ve Knight, 2000; Varga ve arkadaşları, 2013). ON, sağlıklı yiyeceklere karşı aşırı takıntılı olmakla alakalı, sağlığın korunması ve iyileştirilmesi için sağlıklı besin seçimleri ve yeme davranışları ile ortaya çıkan patolojik bir durumdur (Donini ve arkadaşları, 2004; Aksoydan ve Camcı, 2005). Tanımlanmış bir hastalık olmamakla beraber tedavi edilmezse ileri dönemlerde kişilerde yeme bozukluğuna neden olabilmekte ve sağlık sorunları ortaya çıkabilmektedir (Arusoğlu ve arkadaşları, 2008). Ortorektik bireylerin takıntılı davranışlarının yenilen yemeğin miktarından daha çok kalitesi ile ilgili olduğu belirtilmektedir. Bireyler besinleri satın alırken çok uzun zaman harcamakta, katkı maddesi, hormon gibi maddelerin olup olmadığına takıntılı bir şekilde bakmaktadırlar (Brytek ve arkadaşları, 2012). Ortorektik bireyler mükemmeliyetçi, sağlıklı olduklarını düşündükleri besinler için takıntılıdır. Gün içerisinde sağlıklı beslenme konusunda sürekli düşünce içerisindeyler (Oberle ve diğerleri, 2017). Bratman, ortoreksiyayı; temiz ve ruhani hissetmek için yol olarak gördükleri bir hastalık olarak ifade etmiştir (Bratman ve Knight, 2000). Aşırı takıntılı oldukları için pek çok besini tüketmeyi reddetmekte veya çiğ olarak tüketmektedirler. Aynı zamanda belirli pişirme yöntemlerine karşı da takıntılı davranışlar gösterebilmektedirler (Gezer ve Kabaran, 2013). İlerleyen dönemlerde ON da AN gibi ağırlık kayıplarına, besin yetersizliklerine ve yeme bozukluğuna

neden olabileceği belirtilmiştir (Varga ve arkadaşları, 2014; Aksoydan ve Camcı, 2009).

#### **2.4.1 Ortoreksiya Nervoza Tanı Kriterleri**

Evrensel olarak kabul edilmiş bir tanımı olmayan ON teşhisi için Bratman tarafında ortoreksiya testi, BOT olarak da bilinen bir ölçek geliştirmiştir (Bratman ve Knight, 2000). Daha sonra Donini ve arkadaşları (2004), Bratman'ın hazırladığı ölçeği geliştirerek ORTO-15 ölçeğini oluşturmuşlardır (Donini ve arkadaşları, 2004). ORTO- 15'in modifiye edilmiş. Macar (ORTO-9 HU) ve Türk (ORTO-11) popülasyonlarına uyarlanmış versiyonları da bulunmaktadır (Siyez, 2006; Arusoğlu, 2006). ON, uzun dönem içerisinde kişinin yaşamında olumsuzluklar yaratıyorsa tanımlanabilmektedir (Kazkondu,2010; Brytek, 2012). Ortorektik bireylerin bazı ritüelleri bulunduğunu, bunları yapmadıklarında suçluluk, üzüntü, kaygı gibi duygu durumlarıyla karşılaştıkları belirtilmiştir. Ortorektik bireyler besinleri satın almada ve etiketleri okumada dikkatli davranmakta, yiyecekleri sağlıklı hazırlama ve sağlıklı pişirme yöntemleri ile aşırı ilgilenmektedirler. Davranışlarının sonucu olarak bireylerde mutlu olma veya suçluluk duyma ile ilişkilendirilmiş duygu durumları mevcuttur (Brytek, 2012). Çeşitli makalelerde ON için tanı kriterleri belirtilmiş olup henüz DSM-V'de yer almamaktadır (Cena, 2018).

#### **2.4.2 Ortoreksiya Nervoza Komplikasyonları**

Günümüzde sağlıklı beslenmek adına birçok yeme davranışı gösterilmektedir. Sağlıklı beslenme davranışları bazı kişilerde belirli besinlere karşı farklı tutumlar sergilemeye neden olabilmektedir. Örneğin vejetaryen beslenmenin sağlık üzerine olumlu etkisi olduğunu düşünenler ve vejetaryen beslenmeyi tercih edenlerin çoğunluğunda ON tanısı bulunmaktadır (Karabudak, 2012; Zamora ve arkadaşları, 2005). ON'li bireylerde mükemmellik ön planda olduğu için diyetlerinde çeşitliliği

kısıtlama göstermekte ve beslenme bozukluklarına neden olabilmektedir. Buna bağı olarak adet düzensizlikleri, kemik erimesi, kan basıncında değişiklikler, kalp rahatsızlıkları gibi sağlık problemleri yaşanabilmektedir (Gezer ve Kabaran, 2013; Asil ve Sürücüoğlu, 2015).

### **2.4.3 Ortoreksiya Nervoza Risk Faktörleri**

Yeme bozukluğu tanısı almış kişiler değerlendirildiğinde kişilerin serotonin, norepinefrin ve endorfin hormonlarının düşüş görülmüş ve depresyon ile ilişkilendirilmiştir (Abanoz, 2008). Serotonin düzeyi açlık/tokluk mekanizması ile ilişkili olup düşük seviyede bulunmasının endişe, depresyon gibi duygu durumlarına neden olduğu bildirilmiştir (Güler ve arkadaşları, 2014). Herhangi bir hastalık/ alerji durumundan dolayı belli bir diyet uygulaması gereken bireylerde de ON riski gelişebileceği düşünölmektedir (İkinci, 2010). Çölyak hastalığı veya diyabeti nedeniyle diyetinden gluten, şeker kaynağı besinleri çıkartan bireylerin ON risklerinin ve görölme sıklığıının yüksek olduğu belirtilmiştir (Oberle ve Lipschuetz, 2018). Bratman (2000), vejetaryen/ vegan beslenmenin ON riskinin artmasında etkili olabileceğini belirtmiş, ON, vejetaryanizm ve veganizmde belirli besinlerin alımlarının kısıtlamak gibi ortak davranışların olduğunu vurgulamıştır. Barthels ve arkadaşları (2017), yaptıkları çalışmada vejetaryen ve veganların kırmızı et tüketenlere göre daha fazla ortorektik eğilim gösterdiğini saptamışlardır.

Sağlıklı besinler ve sağlıklı beslenme üzerine takıntılı düşünceleri sebebiyle ON'li kişiler sosyal ortamlarından kendilerini ayırabilmekte, birçok besini reddetme, dışarıdan besin tüketmeyi reddetme ve sosyal çevre davetlerini geri çevirebilmektedirler (Arusoğlu, 2006).

#### 2.4.4 Ortoreksiya Nervoza Prevalansı

ON, vücut ağırlığı söz konusu olmadan sağlık ve besinler ile alakalı düşünceler sonucunda oluşan durumun şiddeti ile sosyal ilişkilerde olumsuzluklara sebep olabilmektedir (Dunn ve Bratman, 2016). ON ile ilgili temel konulardan biri de toplumlarda görülme sıklığıdır. Amerika'da öğrencilerle yapılan çalışmada ON prevalanslarını %69-82.8 arasında değiştiği belirtilmektedir (McInerney, 2011; Jesko, 2015).

Roma'da bir üniversitede 404 kişi ile yapılan çalışmada ON prevalansı %6.9 olarak belirlenmiştir (Donini ve arkadaşları, 2004). Kadın diyetisyenlerle yapılan çalışmada toplamda 283 kişi çalışmaya dâhil edilmiş ortorektik davranış gösteren ve ortorektik olan kişilerin prevalansı sırasıyla % 34.9 ve % 12.8 saptanmıştır (Kinzl ve arkadaşları, 2006). Türkiye'de 318 doktor ile yapılan çalışmada, ON prevalansını %45.5 olarak belirlenmiştir (Arusoğlu ve arkadaşları, 2008). Türk performans sanatçılarına kapsayan 20-35 yaş grubu ve toplamda 94 birey ile yürütülen çalışmada ON prevalansı %56.4 olarak tespit edilmiştir (Bosi ve arkadaşları, 2007). Fidan ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencileriyle yaptığı çalışmalarında 464 öğrencide ON görülme sıklığı ise %43.6 olarak bulunmuştur (Fidan ve arkadaşları, 2010). İtalya'da genel popülasyondan seçilen ortorektik ve ortorektik olmayan 177 kişinin ON riski %57.6 saptanmıştır (Ramacciotti ve arkadaşları, 2011). Yunanistan'da 176 Beslenme ve diyetetik bölümünde okuyan öğrencinin gönüllü olarak katıldığı çalışmada ON prevalansı %68.2 olarak bulunmuştur (Grammatikopoulou ve arkadaşları, 2018). Vücut geliştirme sporu ile ilgilenen bireylerde ON riskinin belirli bir ağırlıkta ve vücut yapısında olunması gereken spor dallarında daha fazla olduğunu belirlenmiştir (Erikson ve arkadaşları, 2008). Başka bir çalışmada spor salonunda spor yapan 100 ve spor yapmayan 100 birey ile yürüttükleri çalışmada spor yapan bireylerin ve

erkeklerin daha fazla ortorektik eğilim gösterdiği bulunmuştur (Dalmaz ve arkadaşları, 2015). Sağlık personellerinde obeziteye karşı tutum ile ortorektik eğilimin araştırılışı çalışmada sağlıklı beslendiğini düşünenlerin (%44.5), son bir yıl içinde zayıflama girişiminde bulunanların (%44.5) ve obeziteye karşı önyargılı olduğunu beyan eden kadınların (%8.8) ortorektik eğilimlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Akgül, 2018). Avustralya’da 92 üniversite öğrencisiyle yapılan çalışmada ON görülme sıklığı %21 olarak belirlenmiştir (Reynolds R,2018). İtalya’da bir üniversitede yapılan çalışmada ON prevalansı %34.9 olarak bulunmuş ve kadın öğrencilerde riskin daha yüksek olduğu gösterilmiştir. İtalya’daki popülasyonun ON genel yaygınlığının %1.0-6.9 arasında değişmekte olduğu belirtmiştir. (Delosso ve arkadaşları. 2018). ON risk gruplarının kadınlar, ergenler, spor yapan kişiler (vücut geliştirme ve atletizm), doktorlar ve tıp öğrencileri, diyetisyenler ve performans sanatçıları olduğu öne sürülmüştür (Brytek, 2012).

## **2.5 Ortoreksiya Nervosa ve Beslenme Bilgi Düzeyinin İlişkisi**

Lise ve üniversite yıllarındaki beslenme alışkanlıkları bireylerin yaşamlarında kritik bir öneme sahiptir (Deliens ve arkadaşları,2014). Liseden üniversiteye geçiş döneminde bireylerin değişen ortamlarına adapte olmaları gerekmektedir (Dyson ve Renk,2006). Ortama uyum sağlayamayan bireylerin sağlıklarında ve beslenme alışkanlıklarında olumsuzluklar ortaya çıkmakta ve ağırlık artışıyla ilişkilendirilmektedir (Von ve arkadaşları,2004). ABD’da üniversite öğrencileri ile yapılan araştırmada öğrencilerin önerilen miktarda meyve ve sebze tüketmedikleri, daha çok yağlı besinleri tükettikleri saptanmıştır (Silliman ve arkadaşları,2004). Özdoğan ve arkadaşları (2012), üniversite öğrencilerinin sağlıklı beslenme alışkanlıkları olmadığını belirtmektedir. Üniversite öğrencilerinde beslenme alışkanlıklarını etkileyen en önemli nedenler ise uyku düzeninin olmayışı, ders

programların farklı oluşu, yurt/yemekhanelerin uygunsuz şartları, sınav endişesi ve yetersiz beslenme bilgi düzeyi olarak sayılabilmektedir. Yetersiz beslenme düzeyi, sağlıksız beslenmeye ve kişilerin yaşam kalitelerinin bozulmasına neden olabilen bir faktör olarak belirtilmektedir (Şanlıer ve arkadaşları,2009). Yapılan çalışmalarında üniversite öğrencilerinin öğün atladıklarını belirtilmiştir (Sinir ve arkadaşları, 2015; Güleç ve arkadaşları, 2008). Başka bir çalışmada üniversite öğrencilerinin sabah ve öğle öğününü atladıkları saptanmıştır (Mohammadinazhad, 2016). Ermiş ve arkadaşları (2015), 1105 üniversite öğrencisi ile yürüttükleri çalışmada en çok atlanılan öğünün zaman yetersizliğinden dolayı öğlen olduğunu göstermişlerdir. Ergenlikten yetişkinliğe geçiş döneminde kişilerin beslenme kalitelerinde azalma olduğu belirtilmiştir (Rose ve arkadaşları, 2017). Hırvatistan'da üniversite öğrencilerinin günlük alması gereken enerjinin %130'unu aldıkları saptanmıştır (Satalic ve arkadaşları, 2007). Khabaz ve arkadaşları (2017) Suudi Arabistan'da üniversite öğrencilerinin %57'sinin haftada 3-4 kez dışarıdan hazır yemekleri tükettikleri ve %58.6'sının BKI> 25 kg/m<sup>2</sup> olduğu tespit edilmiştir. Son yıllarda artan beslenme kaynaklı sağlık sorunları, tedavi için harcanan masrafların yüksekliği vb. besin ve sağlık ilişkisinin önemini arttırmakta ve sağlığın iyileştirilmesi önemli bir hale gelmiştir (Dölekoğlu ve arkadaşları, 2015;Chaki ve arkadaşları,2013). Sağlığın geliştirilmesi ve devamlılığının sağlanmasında beslenme, hastalıkları önlemede temel bileşenlerden biridir (Buxton ve Davies, 2013). Bununla ilgili olarak bazı kişilerde sağlıklı beslenme takıntı hale gelebilmekte, sağlıklı ve dinç olmak için yapılan besin kısıtlayıcı diyetler malnütrisyonla sonuçlanabilmektedir. Sağlıklı olarak kabul edilmeyen besinlerden kaçma ve sağlıklı besinleri saplantı haline getirmeyle ilişkili olan ON'de besin çeşitliliğinin kısıtlandığı ve besin ögesi yetersizlikleri meydana gelebildiği bildirilmektedir (Moy ve arkadaşları, 2013; Bratman,2000). ON'lı

bireyler sağlıklı beslenme konusunda takıntılı olma durumları söz konusu olduğu için sadece besinlerin kalite bileşenleri ile değil aynı zamanda etiket okuma ve besin hazırlama konusunda da çok fazla düşünmektedirler. Bu yüzden besinler ve içerikleri hakkında aşırı bilgi sahibidirler (Wu, 2008). Besin seçimleri ve etiket okunma alışkanlığı gibi durumların beslenme bilgisini etkilediği belirtilmiştir (Miller ve arkadaşları, 2015). Bilgi düzeyinin yüksek olması ile eğitim düzeyinin yüksek olması ilişkili bulunmuştur (Sprank ve arkadaşları, 2014). Bazı çalışmalar ON ile yaş, cinsiyet, meslek, eğitim seviyesi gibi faktörlerin ilişkili olduğu saptamıştır (Aksoydan ve Camcı, 2009; Arata ve arkadaşları, 2010; Fidan ve arkadaşları, 2010; Ramacciotti ve arkadaşları, 2011).

İtalya ve Polonya’da kadınlarla yapılan bir çalışmada AN’lı İtalyan kadınlarda ON eğiliminin daha fazla olduğu görülürken Polonyalı kadınlarda bir fark görülmemiştir (Gramaglia ve arkadaşları, 2017). Bazı çalışmalar yeme bozukluklarının beslenme uzmanları arasında %81.9, beslenme öğrencilerinde ise %88.7 oranında görüldüğünü belirtmişlerdir (Gonidakis ve arkadaşları, 2009; Laus ve arkadaşları, 2009; Alveranga ve arkadaşları, 2012). Şanlıer ve arkadaşları (2016), 17-23 yaş aralığındaki 900 üniversite öğrencisinde yeme bozukluğu sıklığını %10.3 olarak ve kadınlarda ON eğiliminin daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir. Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada erkek öğrencilerin kadın öğrencilere göre daha fazla ON eğilimi gösterdiği, ancak kadınlarda erkeklere göre daha fazla yeme bozukluğu saptanmıştır (Coşkun, 2017). Korinth ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada beslenme dersi alan öğrencilerin, vücut ağırlıklarını kontrol etme eğiliminin daha fazla olduğu görülmüştür. Agopyan ve arkadaşları (2018), Beslenme ve Diyetetik bölümünde okuyan kadın öğrencilerle yaptıkları çalışmalarında kadın öğrencilerin ON eğilim gösterdiği ancak vücut bileşimlerinin normal aralıkta olduğunu



saptamışlardır. Tek ve Ermumcu (2016), 132 kadın sağlık çalışanı ile yaptıkları araştırmalarında; doktor, diyetisyen, hemşire, ebe, fizyoterapist ve sağlık memurlarını çalışmaya dahil etmiş ve ortorektik eğilimlerini sırasıyla %5, %16, %35, %30, %11 ve %3 olarak saptamışlar, hemşirelerin ve ebelerin daha fazla ortorektik eğilim gösterdiklerini belirtmişlerdir. Balıkesir niversitesinde niversite ğrencilerinin dâhil edildiği araştırmada 505 öğrencinin yeme bozukluğu davranışının artmasıyla birlikte ON eğilimleri artmıştır. Ağırlık kontrolü için bir yöntem uygulamayanlara göre uygulayanların ON eğilimlerinin daha fazla olduğu saptanmıştır (Duran S.,2016). Adölesan döneminde benimsenen alışkanlıklar sağlıklı bir yaşam için önemlidir. Bu nedenle okullarda düzenli olarak yeme bozuklukları için tarama testleri yapılması ve yeme davranış bozukluğu gösteren öğrencilerin psikolog, doktor ve diyetisyen tarafından takibe alınması önem taşımaktadır (Arıca ve arkadaşları, 2011). Bu bağlamda niversite ğrencilerinin de beslenme bilgi düzeyi ve ON riskinin değerlendirilmesi önemlidir.

## **Bölüm 3**

### **BİREYLER VE YÖNTEM**

#### **3.1 Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi**

Bu çalışma Doğu Akdeniz Üniversitesi'nde Nisan- Haziran 2018 Bahar dönemi öğretim yılında basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak %95 güven düzeyi ve %5 örnekleme hatası ile belirlenen 376 kişi ile yürütülmüştür. Çalışmaya dahil olma kriterleri; öğrencilerin gönüllü olması, lisans programına kayıtlı olması ve ana dilinin Türkçe olmasıdır. Çalışmamız için Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun 02.04.2018 tarih ve 2018/01-57 sayılı Etik Kurulu Onayı alınmıştır. (Ek1).

#### **3.2 Araştırmanın Genel Planı**

Araştırma verileri anket ve teke tek görüşme yöntemi ile toplanmıştır (Ek 2). Çalışma anketi 5 bölümden oluşmaktadır. Ankette bireylerin özellikleri, beslenme alışkanlıkları, beslenme bilgisi düzeyi anketi (Ek 3), ortoreksiya nervoza riski testi (ORTO-11) (Ek 4) sorgulanmış olup öğrencilerin bazı antropometrik ölçümleri yapılmıştır.

Anketin genel özellikleri bölümünde öğrencilerin yaş, eğitimi düzeyleri, yaşadıkları yer, medeni halleri, kronik hastalık durumu, vb. bazı sosyo-demografik bilgileri sorgulanmıştır. Ayrıca bireylerin sigara ve alkol tüketim alışkanlıkları, düzenli fiziksel aktivite yapma alışkanlıkları ve ana-ara öğün sıklığı vb. beslenme alışkanlıkları sorgulanmıştır.

### **3.2.1 Beslenme Bilgisi Anketi (BBA)**

Parmenter ve Wardle (1999) tarafından kişilerin besin seçimleri ve beslenme bilgisi ile bunu davranışa yansımaları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla geliştirilmiştir (Spilmann ve Siegrist, 2011). Anketin Türkçe geçerlilik güvenilirliği Alsaffar tarafından yapılmış olup Cronbach alfa katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur (Alsaffar, 2012). Çalışmamızda ise bu ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.91 olarak saptanmıştır.

Bu ölçek, diyet önerileri, besinlerin belirli besin öğelerini içerme durumları, besin seçimleri, beslenme ile ilişkili hastalıklar ya da sağlık problemleri ile ilgili bilgi düzeyi olmak üzere 4 ana alt başlıktan, toplamda 50 maddeden oluşmaktadır. İlk bölümünde farklı besin grupları için uzmanlara göre tavsiyeleri yer almaktadır. İkinci bölümünde besin bilgisi, üçüncü bölümünde besin seçimleri, dördüncü bölümde beslenme ile hastalıklar arasındaki ilişki sorgulanmaktadır. Bu bölümlere “daha fazla, aynı, daha az, emin değilim”, “evet, hayır, emin değilim”, “yüksek, düşük, emin değilim” veya dört farklı yemek seçeneğinden birini seçerek cevap vermektedirler (Alsaffar, 2012).

### **3.2.2 Ortoreksiya Nervoza Riski Testi ( ORTO-11)**

Donini ve arkadaşları (2005) tarafından ON eğiliminin değerlendirilmesi amacıyla ORTO-15 ölçeği geliştirilmiştir. Ölçek Arusoğlu (2006) tarafından ORTO-11 olarak Türkçe’ye uyarlanmış olup Cronbach Alfa katsayısı 0.62 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda ise Cronbach alfa katsayısı 0.70 olarak saptanmıştır.

Ölçekte, bireylerin kendilerini ne sıklıkla maddelerde tarif edildiği şekilde hissettiklerini “her zaman”, “sık sık”, “bazen” ve “hiçbir zaman” seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtmeleri istenmektedir. Ortoreksiya için ayırt edici olduğu düşünülen cevaplara “1”, normal yeme davranışı eğilimini gösteren cevaplara “4”

puan verilmektedir. Sadece 6. soru ters puanlandırılmaktadır. Ölçek değerlendirilmesinde düşük puan ON riskindeki artışı göstermektedir (Arusoğlu ve arkadaşları, 2008).

### **3.3 Antropometrik Ölçümler**

#### **3.3.1 Vücut Ağırlığı**

Katılımcıların vücut ağırlıklarını ölçmek için kalibre edilen 0.1 kg'a duyarlı tartı aleti kullanılmıştır. İnce kıyafetlerle ve ayakkabısız olarak ölçümler alınmıştır. Vücut ağırlığı ölçülürken katılımcılar en az 4 saat aç olmasına ve dışkılama sonrası ölçüm yapılmasına dikkat edilmiştir (Baysal, 2011).

#### **3.3.2 Boy Uzunluğu**

Bireylerin boy uzunluğu esnemeyen mezura ile ölçülmüştür. Boy uzunluğu ölçümü dik pozisyonda, kulak kanalı ile orbita-göz çukurunun alt sınırın aynı hizada, yerel paralel şekilde bir diğer terimle franfort düzlemde, kalçalar ve omuz düz duvara dayalı olarak çıplak ayak olarak ölçülmüştür. Ölçüm 1 cm duyarlılıkla yapılmıştır (Pekcan, 2012).

#### **3.3.3 Beden Kütle İndeksi (BKİ)**

Bireylerin BKİ değerleri Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün değerlendirmesine göre vücut ağırlığının kilogram (kg). boy uzunluğu (cm) cinsinden karesine bölünmesi ile ( $\text{kg/m}^2$ ) hesaplanmıştır. BKİ sonuçları WHO sınıflandırılmasına göre değerlendirilmiştir (Tablo 3.1) (WHO, 2015).

Tablo 3.1: Dünya Sağlık Örgütü'nün BKİ Sınıflandırılması (WHO, 2015)

BKI (kg/m <sup>2</sup> )	
≤ 18.4	Zayıf
18.5-24.9	Normal
25.0-29.9	Hafif Şişman
≥30.0	Şişman

### 3.3.4 Bel ve Kalça Ölçümleri

Bireylerin bel ve kalça çevresi esnemeyen mezura ile ölçülmüştür. Bireylerin bel çevresi ölçümlerinde kollar iki yana kaldırılmış. ayaklar bitişik durumdayken en alt kaburga kemiği ile kristailiyak arası bulunarak orta noktadan geçen çevre ölçülmüştür (Pekcan, 2012).

Bireylerin kalça çevresi ise gluteal bölgenin en çıkıntılı kısmı göz önüne alınarak ölçülmüştür. Ölçümler kişinin sağ tarafından, en yüksek noktadan esnemeyen mezura yere paralel tutularak yapılmış daha sonradan ise bel çevresinin kalça çevresine bölünmesi ile bel/kalça oranı hesaplanmıştır (Pekcan, 2012).

Bel çevresi WHO'ya göre erkekler için >94 cm için risk, >102 cm için yüksek risk, kadınlar için >80 cm risk iken >88 cm olması yüksek risk olarak değerlendirilmiştir (WHO, 2011).

### 3.3.5 Bel / Boy Ölçümleri

Abdominal obezitenin saptanmasında vücut ağırlığındaki değişimi daha iyi gösteren bir ölçüm olarak bel/boy oranı öne çıkmaktadır. Bel çevresinin boy uzunluğuna bölünerek bulunduğu bel/boy oranı Ashwell ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Ashwell ve Hsieh, 2005). Bel/boy oranı standart yöntemlerle ölçülen boy uzunluğunu kapsar ve bel çevresi ölçümünden kaynaklanabilecek hataları tolere

edebilir. Bu nedenle bel/ boy oranına bakılması farklı etnik, yaş ve cinsiyet gruplarında yararlı olabilir. (Xu ve arkadaşları, 2013). Bel/boy oranının BKİ, bel çevresi ve bel/kalça oranına göre kardiyometabolik risk ile tip 2 diyabet riskinin belirlenmesinde daha iyi bir ölçüm olduğu üzerinde durulmaktadır (Ashwell ve arkadaşları,2012). Tüm yaş grupları için kullanımı önerilmektedir (Ashwell ve Hsieh, 2005). Bel/boy oranı için tüm yaş gruplarında kullanılan kesim noktaları şu şekildedir;  $<0.4$  ve  $\geq 0.5$ - $<0.6$  arasının dikkat grubu,  $\geq 0.4$ - $0.5$  arasının uygun olduğu ve  $\geq 0.6$  grubunun eyleme geçimesi gereken grup olduğu kabul edilmiştir (Pekcan, G.,2011).

### **3.4 Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi**

Öğrencilerin demografik özelliklerine, genel sağlık, sigara kullanımına ve alkol kullanımına, egzersiz yapma durumlarına, besin tüketimleri ve beslenme alışkanlıklarına göre dağılımı yüzde (%) olarak ifade edilmiştir. Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine ait ortalama ( $\bar{x}$ ), standart sapma (SS), medyan (M), en küçük (Alt) ve en büyük (Üst) değer kullanılmıştır. Öğrencilerin çeşitli özelliklerine göre BBA ve ORTO-11 puanlarının karşılaştırılmasında tercih edilecek olan hipotez testlerinin belirlenmesi için puanların normal dağılıma uyumu Kolmogorov-Smirnov testi, QQ plot grafiği ve çarpıklık-basıklık değerlerine göre normal dağılıma uyum gösterdiğinden parametrik hipotez testleri kullanılmıştır. Araştırma hipotezleri bağımsız değişken iki kategoriden oluştuğunda bağımsız örneklem t testi kullanılarak, ikiden fazla kategoriden oluştuğunda ANOVA kullanılarak test edilmiştir. ANOVA bulgularına göre bağımsız değişkene ait kategoriler arasında fark çıkması durumunda farkın hangi kategorilerden kaynaklandığı post-hoc bir test olan Tukey testi ile bakılmıştır. İki sürekli değişken arasındaki korelasyonların

belirlenmesinde veri seti normal dağılım gösterdiğinden dolayı Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Tüm analizler SPSS 24.0 yazılımı ile yapılmıştır.

## **Bölüm 4**

### **BULGULAR**

Tablo 4.1 incelendiğinde öğrencilerin %34.8'ünün 21 yaş ve altı, %35.6'ünün 22-23 yaş arası ve %29.5'sinin 24 yaş ve üzeri yaş grubunda olduğu, %43.3'inin erkek, %56.6'inin kadın öğrencilerden oluştuğu belirlenmiştir. Ayrıca %41.2'sinin Sosyal Bilimler, %24.7'ünün Sağlık Bilimleri, %3.0'ünün Mühendislik ve Fen bilimleri eğitimi aldığı, %13.5'sinin okulda 1. yılı, %19.6'inin okulda 2. yılı, %23.6'sinin okulda 3. yılı, %33.7'inin okulda 4. yılı olduğu belirlenmiştir. Yaşanılan yere göre incelendiğinde ise %23.6'sının evde ailesi ile birlikte, %27.6'sının evde arkadaşlarıyla birlikte, %17.8'sinin evde tek başına, %30.8'inin ise yurttan yaşadığı saptanmıştır.



Tablo 4.1: Öğrencilerin demografik özelliklerine göre dağılımı

	S	%
<b>Yaş</b>		
21 yaş ve altı	131	34.8
22-23 yaş arası	134	35.6
24 yaş ve üzeri	111	29.5
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	163	43.3
Kadın	213	56.6
<b>Eğitim Alanı</b>		
Sosyal Bilimler	155	41.2
Sağlık Bilimleri	93	24.7
Mühendislik ve Fen Bilimleri	128	34.0
<b>Sınıf</b>		
I. yıl	51	13.5
II. yıl	74	19.6
III. Yıl	89	23.6
IV. yıl	127	33.7
Lisansüstü	35	9.3
<b>Yaşanılan yer</b>		
Evde ailesiyle	89	23.6
Evde arkadaşlarıyla	104	27.6
Evde tek başın	67	17.8
Yurtta	116	30.8
<b>Toplam</b>	<b>376</b>	<b>100</b>

Tablo 4.2 incelendiğinde öğrencilerin %78.4'ünün doktor tarafından tanısı konmuş hastalığı olmadığı, %21.5'inin doktor tarafından tanısı konmuş hastalığı olduğu saptanmıştır. Doktor tarafından tanısı konmuş hastalığı olan öğrencilerin %29.6'sının sindirim sistemi hastalığı, %18.5'inin alerjik hastalığı, %16.0'sının endokrin hastalığı olduğu tespit edilmiştir.

Ayrıca öğrencilerin %81.6'sının düzenli ilaç kullanmadığı, %18.3'ünün düzenli ilaç kullandığı, %93.6'sı hastalığı için tıbbi beslenme tedavisi uygulanmadığı, %6.3'üne hastalığı için tıbbi beslenme tedavisi uygulandığı, beslenme tedavisi uygulanan öğrencilerin %16.6'sına düşük yağ-kolesterolü, %12.5'ine tuzsuz, sodyum kısıtlı, %16.6'sına diyabete uyumlu tedavilerin

uygulandığı belirlenmiştir. Beslenme tedavisi alan öğrencilerin %4.2'sinin diyetisyen, %1.8'inin doktordan aldığı saptanmıştır.

Tablo 4.2: Öğrencilerin genel sağlık durumlarına göre dağılımı

	S	%
<b>Doktor tarafından tanısı konulmuş hastalık/ hastalık</b>		
Yok	295	78.46
Var	81	21.54
<b>Hastalık (S=81)*</b>		
Sindirim Sis. Hastalıkları	31	38.27
Alerjik Hastalıkları	16	19.75
Endokrin Hastalıkları	13	16.05
İskelet-Kas-Sinir Sis. Hastalıkları	13	16.05
Kadın Hastalıkları	12	14.81
Kan Hastalıkları	10	12.35
Kalp Hastalıkları	7	8.64
Kulak,Burun,Boğaz hastalıkları-Göz veDeri Hastalıkları	7	8.64
Yeme Bozuklukları	5	6.17
<b>Düzenli ilaç kullanma durumu</b>		
Yok	307	81.65
Var	69	18.35
<b>Hastalık için tıbbi beslenme tedavisi uygulama</b>		
Yok	352	93.62
Var	24	6.38
<b>Tedavi (S=24)</b>		
Düşük yağ-kolesterollü	4	16.67
Tuzsuz, sodyum kısıtlı	3	12.50
Diyabete uyumlu	4	16.67
Yüksek posalı	1	4.17
Diğer <sup>a</sup>	12	50.00
<b>Beslenme tedavisi alınan kişi (S=24)</b>		
Diyetisyen	16	4.26
Diğer <sup>b</sup>	1	0.27

<sup>a</sup>: Diğer; Demir içeriği yüksek diyet.gastrite uyumlu diyet. reflüye uyumlu diyet.zayıflama diyeti. yüksek proteinli diyet. bariatrik cerrahiye uyumlu diyet

<sup>b</sup>: İnternet/Blogger

Tablo 4.3 incelendiğinde öğrencilerin %57.9'unun sigara içmediği, %5.8'inin içip bıraktığı, %36.1'inin sigara içtiği, sigara içmeyi bırakan öğrencilerin %18.1'inin sigara içme süresinin 3 yıl ve altı, %59.0'unun 3-5 yıl arası ve %22.7'sinin 6 yıl ve üzeri süre ile sigara içtiği, sigara içen öğrencilerin %52.9'unun 20 adet ve altında, %36.0'sının 20 adet ve %11.0'inin 20 adet ve üzerinde sigara içtikleri, sigara içen öğrencilerin %41.9'unun 3 yıl ve altında, %33.0'ünün 3-5 yıl arasında ve %25'inin 6 yıl ve üzerinde süre ile sigara içtikleri tespit edilmiştir.

Öğrencilerin %49.7'sinin alkol kullanmadığı, %50.2'sinin alkol kullandığı, alkol kullanan öğrencilerin %60.3'ünün bira, %14.2'sinin rakı, %11.6'sının şarap, %5.8'inin viski, %6.8'inin vodka tükettikleri, %33.8'inin tükettikleri alkol miktarının bir kadeh, %39.6'sının iki kadeh, %26.4'ünün üç kadeh ve daha fazla olduğu, %39.6'sının alkol kullanma sıklığının ayda birkaç kez, %52.3'ünün haftada birkaç kez, %7.9'unun ise her gün tükettiği tespit edilmiştir.

Tablo 4.3: Öğrencilerin sigara ve alkol kullanma durumlarına göre dağılımı

	S	%
<b>Sigara içme durumu</b>		
İçmeyen	218	57.9
İçip, bırakan	22	5.8
İçen	136	36.1
<b>Bırakanlar için içme süresi (yıl) (S=22)</b>		
3 yıl altı	4	18.1
3-5 yıl arası	13	59.0
6 yıl ve üzeri	5	22.7
<b>İçenler için adet (gün) (S=136)</b>		
20 adet altı	72	52.9
20 adet	49	36.0
20 adet üzeri	15	11.0
<b>İçenler için süre (yıl) (S=136)</b>		
3 yıl altı	57	41.9
3-5 yıl arası	45	33.0
6 yıl ve üzeri	34	25.0
<b>Alkol kullanma</b>		
Hayır	187	49.7
Evet	189	50.2
<b>Tüketilen alkol türü (S=189)</b>		
Bira	114	60.3
Rakı	27	14.2
Şarap	22	11.6
Viski	11	5.8
Vodka	13	6.8
Diğer <sup>a</sup>	2	1.0
<b>Alkol miktarı (S=189)</b>		
Bir kadeh	64	33.8
İki kadeh	75	39.6
Üç kadeh ve üzeri	50	26.4
<b>Alkol kullanma sıklığı</b>		
Ayda birkaç kez	75	39.6
Haftada birkaç kez	99	52.3
Her gün	15	7.9

<sup>a</sup>: Cin, Tekila

Tablo 4.4 incelendiğinde öğrencilerin %62.5'inin düzenli egzersiz/spor yapmadığı, %37.5'inin yaptığı, düzenli egzersiz/spor yapan öğrencilerin yaptıkları spor türleri incelendiğinde, %9.9'unun aerobik/dans, %9.9'unun futbol/basketbol/voleybol, %34.0'ünün fitness, %13.4'ünün pilates/yoga, %29.7.'sinin yürüyüş/koşu, %2.8'inin yüzme sporuyla ilgilendiği saptanmıştır. Düzenli egzersiz/spor yapan öğrencilerin %25.5'inin 1 saatten az, %43.2'sinin 1 saat ve %31.2'sinin 1 saatten fazla egzersiz yaptıkları belirlenmiştir.

Tablo 4.4: Öğrencilerin egzersiz/spor yapma durumlarına göre dağılımı

	S	%
<b>Düzenli egzersiz/spor yapma durumu</b>		
Hayır	235	62.5
Evet	141	37.5
<b>Egzersiz/spor türü (S=141)</b>		
Aerobik/Dans	14	9.9
Futbol/Basketbol/Voleybol	14	9.9
Fitness	48	34.0
Pilates/Yoga	19	13.4
Yürüyüş/Koşu	42	29.7
Yüzme	4	2.8
<b>Egzersiz/spor süresi (dk/gün) (S=141)</b>		
1 saatten az	36	25.5
1 saat	61	43.2
1 saatten fazla	44	31.2

Tablo 4.5 incelendiğinde erkek öğrencilerin vücut ağırlık ortalamasının  $82.3 \pm 16.1$  kg, BKİ değeri ortalamasının  $25.7 \pm 4.5$  kg/m<sup>2</sup>, bel çevresi ortalamasının  $85.3 \pm 10.8$  cm, bel/kalça ortalamasının  $0.8 \pm 0.06$ , bel/boy ortalamasının  $0.4 \pm 0.07$  olduğu tespit edilmiştir. Kadın öğrencilerin vücut ağırlık ortalamasının  $59.0 \pm 9.6$  kg, BKİ değeri ortalamasının  $21.5 \pm 3.1$  kg/m<sup>2</sup>, bel çevresi ortalamasının  $69.8 \pm 9.0$  cm, bel/kalça ortalamasının  $0.7 \pm 0.06$ , bel/boy ortalamasının  $0.4 \pm 0.05$  olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.5: Öğrencilerin cinsiyetlerine göre antropometrik ölçümleri

	Cinsiyet	S	$\bar{x}$	SS	M	Alt	Üst
Vücut ağırlığı (kg)	Erkek	163	82.3	16.1	80.3	52.0	146.0
	Kadın	213	59.0	9.6	58.0	39.0	100.0
Boy uzunluğu (cm)	Erkek	163	178.8	6.9	178.0	155.0	197.0
	Kadın	213	165.3	6.4	165.0	148.0	185.0
BKI (kg/m <sup>2</sup> )	Erkek	163	25.7	4.5	24.9	15.9	44.5
	Kadın	213	21.5	3.1	20.9	15.4	30.7
Bel çevresi (cm)	Erkek	163	85.3	10.8	84.0	61.0	119.0
	Kadın	213	69.8	9.0	68.0	53.0	110.0
Kalça çevresi (cm)	Erkek	163	104.7	11.0	103.0	81.0	148.0
	Kadın	213	95.1	9.7	95.0	25.7	123.0
Bel/Kalça çevresi	Erkek	163	0.81	0.06	0.8	0.6	0.9
	Kadın	213	0.73	0.06	0.72	0.6	0.9
Bel/Boy oranı	Erkek	163	0.47	0.07	0.47	0.05	0.6
	Kadın	213	0.42	0.05	0.41	0.1	0.6

\* $p < 0.05$ 

Tablo 4.6 incelendiğinde, öğrencilerin BKİ, bel çevresi, bel/kalça, bel/boy sınıflamasına göre dağılımı sınıflandırılmıştır. Buna göre BKİ değeri ortalamalarına göre %7.9'unun zayıf, %62.7'sinin normal, %22.8'inin hafif şişman, %6.3'ünün şişman olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin %81.6'sının bel çevresinin normal, %12.2'sinin risk kategorisinde, %6.1'inin yüksek risk kategorisinde olduğu belirlenmiştir. Erkek ve kadın öğrencilerin %94.6'sının bel/kalça çevresinin erkeklerde 0.9'dan, kadınlarda 0.8'den az, %5.3'ünün erkeklerde 0.9'dan, kadınlarda 0.8'den fazla olduğu görülmüştür. Öğrencilerin bel/boy oranlarına göre %79.2'sinin dikkatli olması gerektiği, %20.7'sinin ise eylem düşünmesi gerektiği belirlenmiştir.

Tablo 4.6: Öğrencilerin BKİ, bel çevresi, bel/kalça, bel/boy sınıflamasına göre dağılımı

	S	%
<b>BKİ</b>		
Zayıf	30	7.9
Normal	236	62.7
Hafif şişman	86	22.8
Şişman	24	6.3
<b>Bel Çevresi</b>		
Normal	307	81.6
Risk	46	12.2
Yüksek Risk	23	6.1
<b>Bel/Kalça</b>		
Erkek: <0,90/Kadın:<0,85	356	94.6
Erkek: >0,90/Kadın:>0,85	20	5.3
<b>Bel/Boy</b>		
Dikkat	298	79.2
Eylem düşün	78	20.7

Öğrencilerin %38.8'inin günde iki ana öğün, %57.4'ünün günde üç ana öğün tükettiği, %15.1'inin ara öğün tüketmediği, %45.2'sinin günde bir ara öğün tükettiği, %29.5'inin günde iki ara öğün tükettiği, %10.1'inin günde üç ara öğün tükettiği saptanmıştır. Öğrencilerin %48.6'sının gün içerisinde öğün atladığı, %38.8'inin ise bazen öğün atladığı, öğün atlayan öğrencilerin %47.4'ünün sabah öğününü, %42.5.'inin öğle öğününü, %29.7'sinin ara öğününü atladığı, öğrencilerin %62.0'sinin öğün atlama nedeninin zaman yetersizliği, %32.5'inin canı istemediği veya iştahsız olduğu, %24.3'ünün hazır yemeği olmadığı, %18.2'sinin alışkanlığı olmadığı için öğün atladığı görülmüştür. Öğrencilerin %63.5'inin kitle iletişim araçları, %36.9'unun çevre, %23.9'unun diyetisyen, %16.4'ünün kitap, bilimsel yayın, vb. , %10.6'sının doktor, %9.0'unun sağlık kulüpleri aracılığı ile bilgi edindikleri tespit edilmiştir.

Tablo 4.7: Öğrencilerin öğün tüketim durumları

	S	%
<b>Günlük tüketilen ana öğün sayısı</b>		
Bir	14	3.7
İki	146	38.8
Üç	216	57.4
<b>Günlük tüketilen ara öğün sayısı</b>		
Tüketmeyen	57	15.1
Bir	170	45.2
İki	111	29.5
Üç	38	10.1
<b>Öğün atlama durumu</b>		
Evet	183	48.6
Hayır	47	12.5
Bazen	146	38.8
<b>Atlama öğün (S=329)*</b>		
Sabah	156	47.4
Öğle	140	42.5
Akşam	8	2.4
Ara öğün	98	29.7
<b>Öğün atlama nedeni (S=329)*</b>		
Zaman yetersizliği	204	62.0
Canı istemiyor, iştahsız	107	32.5
Hazır yemek olmadığı için	80	24.3
Zayıflamak istiyor	17	5.1
Alışkanlığı yok	60	18.2
Maddi olanaksızlık	7	2.1
<b>Beslenme hakkında bilgi edinilen yer*</b>		
Kitle iletişim araçları	239	63.5
Çevre	139	36.9
Diyetisyen	90	23.9
Kitap, bilimsel yayın vs.	62	16.4
Doktor	40	10.6
Sağlık Kulüpleri	34	9.0
Diğer <sup>a</sup>	4	1.0
<b>Toplam</b>	<b>376</b>	<b>100</b>

\*Birden fazla seçenek işaretlenebilmektedir. <sup>a</sup>kendimden,hiç kimseden



Tablo 4.8 incelendiğinde, öğrencilerin %7.7'inin sabah, %11.9'sinin öğle, %0.8'inin akşam, %15.1'sinin ara öğün tüketmediği bulunmuştur. Öğrencilerin %53.1'unun sabah ve %59.5'sinin akşam öğününü evde, %18.0'unun öğle yemeğini lokantada, %16.2'sinin öğlen yemekhanede, %19.4'ünün öğlen öğününü kantinde tükettiği saptanmıştır. Ara öğün %38.0 ile en çok kantinde tüketilmektedir. Yurt odasında kahvaltı yapanlar % 14.6 olarak bulunurken akşam öğününü yurt odasında tüketenler %16.2 olarak saptanmıştır.

Tablo 4.8: Öğrencilerin öğün tükettikleri yer ve kişiler

	Sabah		Öğle		Akşam		Ara Öğün	
	S	%	S	%	S	%	S	%
<b>Öğün tüketilen yer</b>								
Tüketmeyen	29	7.7	45	11.9	3	0.8	57	15.1
Ev	200	53.1	56	14.8	224	59.5	79	21.0
Lokanta	11	2.9	68	18.0	31	8.2	7	1.8
Yemekhane	15	3.9	61	16.2	17	4.5	5	1.3
Kantin	56	14.8	73	19.4	7	1.8	143	38.0
Yurt odası	55	14.6	27	7.1	61	16.2	40	10.6
Fast-Food Rest.	3	0.8	41	10.9	32	8.5	10	2.6
Diğer <sup>a</sup>	7	1.8	5	1.3	1	0.2	35	9.3
<b>Öğünü birlikte tüketilen kişi</b>								
Tüketmeyen	29	7.7	45	11.9	3	0.8	56	14.8
Aile	42	11.1	12	3.1	75	19.9	8	2.1
Arkadaş	133	35.3	264	70.2	206	54.7	156	41.4
Yalnız	172	45.7	55	14.6	92	24.4	156	41.4

<sup>a</sup>: evden, yanında, işyeri

Tablo 4.9 incelendiğinde, öğrencilerin eğitim aldıkları bilim alanına göre günlük tükettikleri ana öğün sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ). Sağlık bilimleri eğitimi alan öğrencilerin ara öğün sayısı, sosyal bilimler ve mühendislik ve fen bilimleri eğitimi alan öğrencilerden daha fazladır ve aralarındaki fark anlamlı düzeydedir ( $p<0.05$ ).

Tablo 4.9: Öğrencilerin ana ve ara öğün tüketim sayıları

Öğün	Bölüm	S	$\bar{x}$	SS	Alt	Üst	F	p	Fark
<b>Günlük tüketilen ana öğün sayısı</b>	Sosyal Bilimler	155	2.6	0.5	1	3	2.606	0.075	
	Sağlık Bilimleri	93	2.5	0.6	1	3			
	Mühendislik ve Fen Bil.	128	2.4	0.59	1	3			
<b>Günlük tüketilen ara öğün sayısı</b>	Sosyal Bilimler	155	1.3	0.8	0	3	8.444	0.001*	1-2
	Sağlık Bilimleri	93	1.6	0.8	0	3			
	Mühendislik ve Fen Bil.	128	1.1	0.8	0	3			

\* $p < 0.05$ ; 1: Sosyal bilimler, 2: Sağlık bilimleri, 3: Mühendislik ve Fen Bilimleri

Tablo 4.10 incelendiğinde öğrencilerin eğitim aldıkları bilim alanlarına göre öğün atlama durumları ve atladıkları öğünler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ( $p > 0.05$ ).

Tablo 4.10: Öğrencilerin eğitim aldıkları bilim alanlarına göre öğün atlama durumları

	Sosyal Bilimler		Sağlık Bilimleri		Mühendislik ve Fen Bilimleri		X <sup>2</sup>	p
	S	%	S	%	S	%		
<b>Öğün atlama durumu</b>								
Evet	73	47.1	40	43.0	70	54.6	7.099	0.131
Hayır	25	16.1	13	13.9	9	7.0		
Bazen	57	36.7	40	43.0	49	38.2		
<b>Sabah</b>								
Atlayan	60	38.7	41	44.0	55	42.9	0.867	0.648
Atlamayan	95	61.2	52	55.9	73	57.0		
<b>Öğle</b>								
Atlayan	62	40.0	30	32.2	48	37.5	1.497	0.473
Atlamayan	93	60.0	63	67.7	80	62.5		
<b>Akşam</b>								
Atlayan	2	1.2	3	3.2	3	2.3	-	-
Atlamayan	153	98.7	90	96.7	125	97.6		
<b>Ara öğün</b>								
Atlayan	42	27.1	19	20.4	37	28.9	2.154	0.341
Atlamayan	113	72.9	74	79.5	91	71.0		

Tablo 4.11 incelendiğinde öğrencilerin eğitim aldıkları bilim alanlarına göre sabah, öğle, akşam ve ara öğünlerini tükettikleri yerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Tablo 4.11: Öğrencilerin eğitim aldıkları bilim alanlarına göre öğün tükettikleri yerler

	Sosyal Bilimler		Sağlık Bilimleri		Mühendislik ve Fen Bilimleri		X <sup>2</sup>	p
	S	%	S	%	S	%		
<b>Sabah öğünü tüketilen yer</b>								
Tüketmeyen	11	7.1	4	4.3	14	10.9	4.479	0.345
Evde	81	52.2	49	52.6	70	54.6		
Ev dışında	63	40.6	40	43.0	44	34.3		
<b>Öğle öğünü tüketilen yer</b>								
Tüketmeyen	22	14.1	12	12.9	11	8.5	2.551	0.635
Evde	23	14.8	15	16.1	18	14.0		
Ev dışında	110	70.9	66	70.9	99	77.3		
<b>Akşam öğünü tüketilen yer</b>								
Tüketmeyen	-	-	1	1.0	2	1.5	-	-
Evde	101	65.1	44	47.3	79	61.7		
Ev dışında	54	34.8	48	51.6	47	36.7		
<b>Ara öğünü tüketilen yer</b>								
Tüketmeyen	29	18.7	7	7.5	21	16.4	8.035	0.090
Evde	26	16.7	25	26.8	28	21.8		
Ev dışında	100	64.5	61	65.5	79	61.7		

Tablo 4.12 incelendiğinde, öğrencilerin BBA alt boyutları olan diyet önerilerinden ortalama  $5.3\pm 2.1$  puan, besin maddeleri kaynaklarından ortalama  $36.5\pm 8.9$  puan, gündelik yiyecekler alt boyutundan ortalama  $5.8\pm 2.5$  puan, diyet-hastalık ilişkileri alt boyutundan ortalama  $20.9\pm 5.4$  puan ve BBA genelinden ortalama  $68.6\pm 15.3$  puan, minimum 26 puan, maksimum 111 puan aldıkları tespit edilmiştir. Katılımcıların Ortoreksiya Nevroza Riski ölçek geneli puan ortalamasının  $29,80\pm 5,00$  puan, minimum 15, maksimum 42 puan olduğu görülmüştür.

Tablo 4.12: Öğrencilerin BBA ve ORTO11 puanları (S=376)

	$\bar{x}$	SS	Alt	Üst
<b>BBA-Diyet Önerileri</b>	5.3	2.1	1	11
<b>BBA -Besin Maddeleri Kaynakları</b>	36.5	8.9	0	58
<b>BBA -Günelik Yiyecekler</b>	5.8	2.5	0	10
<b>BBA -Diyet-Hastalık İlişkileri</b>	20.9	5.4	5	33
<b>BBA</b>	68.6	15.3	26	111
<b>Ortoreksiya Nevroza Riski</b>	29.80	5.00	15	42

Şekil 4.1 incelendiğinde, öğrencilerin %48'inin ON riskinin düşük, %52'sinin ise orta düzeyde olduğu görülmektedir.



Şekil 4.1: Öğrencilerin Ortoreksiya Nevroza Riski

Tablo 4.13 incelendiğinde, öğrencilerin cinsiyetlerine göre beslenme bilgisi anketi alt boyutları olan diyet önerileri, besin maddeleri kaynakları, gündelik yiyecekler ve diyet-hastalık ilişkileri ölçek puanları ile beslenme bilgisi anketi geneli puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Kadın öğrencilerin diyet önerileri, besin maddeleri kaynakları, gündelik yiyecekler ve diyet-hastalık ilişkileri ölçek puanları ile BBA geneli puanları, erkek öğrencilerin

puanlarından daha yüksektir ( $p<0.05$ ). Bireylerin cinsiyetlerine göre ORTO11 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ).

Tablo 4.13: Öğrencilerin cinsiyetlerine göre BBA ve ORTO-11 puanları

	<b>Cinsiyet</b>	<b>S</b>	$\bar{x}$	<b>SS</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>BBA -Diyet Önerileri</b>	Erkek	163	4.6	1.9	-5.691	0.001*
	Kadın	213	5.8	2.1		
<b>BBA -Besin Maddeleri Kaynakları</b>	Erkek	163	34.2	8.9	-4.484	0.001*
	Kadın	213	38.2	8.4		
<b>BBA -Gündelik Yiyecekler</b>	Erkek	163	5.0	2.4	-5.913	0.001*
	Kadın	213	6.5	2.3		
<b>BBA-Diyet-Hastalık İlişkileri</b>	Erkek	163	18.8	5.2	-6.937	0.001*
	Kadın	213	22.5	4.9		
<b>BBA</b>	Erkek	163	62.7	14.3	-6.948	0.001*
	Kadın	213	73.1	14.5		
<b>ORTO-11</b>	Erkek	163	29.4	5.2	-1.411	0.159
	Kadın	213	31.2	4.7		

\* $p<0.05$

Öğrencilerin yaş gruplarına göre BBA ve alt boyutları ile ORTO11 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.14).

Tablo 4.14: Öğrencilerin yaş gruplarına göre BBA ve ORTO-11 puanları

	Yaş Grubu	S	$\bar{x}$	SS	Alt	Üst	F	p
<b>BBA-Diyet Önerileri</b>	21 yaş ve altı	131	5.3	2.2	1	11	0.067	0.935
	22-23 yaş arası	134	5.2	2.2	1	10		
	24 yaş ve üzeri	111	5.3	2.0	1	10		
<b>BBA -Besin Maddeleri Kaynakları</b>	21 yaş ve altı	131	35.0	9.0	15	58	2.929	0.055
	22-23 yaş arası	134	37.2	8.8	0	53		
	24 yaş ve üzeri	111	37.4	8.5	13	56		
<b>BBA -Günderlik Yiyecekler</b>	21 yaş ve altı	131	5.5	2.4	0	10	2.020	0.134
	22-23 yaş arası	134	5.8	2.6	0	10		
	24 yaş ve üzeri	111	6.2	2.4	0	10		
<b>BBA -Diyet-Hastalık İlişkileri</b>	21 yaş ve altı	131	20.9	5.2	8	33	0.331	0.718
	22-23 yaş arası	134	20.6	5.5	5	33		
	24 yaş ve üzeri	111	21.2	5.4	5	31		
<b>BBA</b>	21 yaş ve altı	131	66.8	15.5	35	111	1.476	0.230
	22-23 yaş arası	134	69.0	15.4	26	100		
	24 yaş ve üzeri	111	70.1	14.8	28	103		
<b>ORTO-11</b>	21 yaş ve altı	131	30.4	5.0	18	42	1.444	0.237
	22-23 yaş arası	134	29.5	4.9	16	41		
	24 yaş ve üzeri	111	29.8	4.9	15	40		

Sağlık bilimleri alanında eğitim alan öğrencilerin diyet önerileri, besin maddeleri kaynakları, gündelik yiyecekler ve diyet-hastalık ilişkileri ölçek puanları ile BBA geneli puanları diğer öğrencilerin alanlarda eğitim alan öğrencilere kıyasla daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Sosyal bilimler fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin ORTO-11 puanları, diğer alanlarda eğitim alanlara kıyasla daha yüksektir ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4.15).

Tablo 4.15: Öğrencilerin eğitim aldıkları bilim alanlarına göre BBA ve ORTO-11 puanları

	Fakülte	S	$\bar{x}$	SS	Alt	Üst	F	p	Fark
<b>BBA-Diyet</b>	Sosyal Bilimler	155	5.1	1.9	1	9	10.849	0.001*	1-2
	Sağlık Bilimleri	93	6.1	2.5	1	11			1-3
	Mühendislik ve Fen Bil.	128	4.85	1.9	1	9			
<b>BBA-Besin</b>	Sosyal Bilimler	155	36.0	8.8	0	53	10.372	0.001*	1-2
	Sağlık Bilimleri	93	39.9	8.5	20	58			1-3
	Maddeleri	128	34.6	8.5	13	51			
<b>BBA-Gündelik</b>	Sosyal Bilimler	155	5.9	2.4	0	10	9.157	0.001*	1-2
	Sağlık Bilimleri	93	6.6	2.5	0	10			1-3
	Mühendislik ve Fen Bil.	128	5.2	2.5	0	10			
<b>BBA-Diyet-Hastalık</b>	Sosyal Bilimler	155	20.0	5.1	5	32	18.352	0.001*	1-2
	Sağlık Bilimleri	93	23.7	4.9	11	33			1-3
	Mühendislik ve Fen Bil.	128	19.9	5.4	5	31			
<b>BBA</b>	Sosyal Bilimler	155	67.1	14.2	26	100	18.927	0.001*	1-2
	Sağlık Bilimleri	93	76.5	15.6	43	111			1-3
	Mühendislik ve Fen Bil.	128	64.6	14.4	28	92			
<b>ORTO-11</b>	Sosyal Bilimler	155	30.1	5.2	16	41	0.885	0.413	
	Sağlık Bilimleri	93	29.8	5.1	20	42			
	Mühendislik ve Fen Bil.	128	29.3	4.5	15	41			

\* $p < 0,05$ ; 1: Sosyal bilimler, 2: Sağlık bilimleri, 3: Mühendislik ve Fen Bil

Öğrencilerin BKİ sınıflamasına göre BBA alt boyutları olan diyet önerileri, besin maddeleri kaynakları ve gündelik yiyecekler ölçek puanları ile BBA genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $p > 0,05$ ). BKİ sınıflamasına göre zayıf öğrencilerin diyet-hastalık ilişkileri puanı, diğer BKİ gruplarındaki öğrencilerin puanlarından daha yüksektir ( $p < 0,05$ ). Öğrencilerin BKİ gruplarına göre ORTO-11 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4.16).

Tablo 4.16: Öğrencilerin BKI sınıflamasına göre BBA ve ORTO-11 puanları

	<b>BKI</b>	<b>S</b>	$\bar{x}$	<b>SS</b>	<b>Alt</b>	<b>Üst</b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>Fark</b>
BBA-Diyet Önerileri	Zayıf	30	5.6	2.5	1	10	2.199	0.088	
	Normal	236	5.4	2.2	1	11			
	Hafif şişman	86	4.9	1.8	1	9			
	Şişman	24	4.7	2.2	1	8			
BBA-Besin Maddeleri Kaynakları	Zayıf	30	37.6	9.7	16	54	0.654	0.581	
	Normal	236	36.7	8.9	0	58			
	Hafif şişman	86	35.4	8.7	15	53			
	Şişman	24	36.6	8.5	18	49			
BBA-Gündelik Yiyecekler	Zayıf	30	6.2	2.2	1	10	1.103	0.348	
	Normal	236	5.9	2.5	0	10			
	Hafif şişman	86	5.6	2.5	0	10			
	Şişman	24	5.2	2.6	0	10			
BBA-Diyet-Hastalık İlişkileri	Zayıf	30	23.0	6.2	7	33	6.239	0.001*	1-3
	Normal	236	21.3	5.0	9	33			1-4
	Hafif şişman	86	19.8	5.1	5	29			2-4
	Şişman	24	17.7	6.7	5	30			
<b>BBA</b>	Zayıf	30	72.5	17.8	38	101	2.587	0.053	
	Normal	236	69.5	15.3	26	111			
	Hafif şişman	86	65.8	13.8	36	100			
	Şişman	24	64.3	15.5	39	96			
<b>ORTO-11</b>	Zayıf	30	28.9	5.1	18	39	0.694	0.556	
	Normal	236	29.9	4.8	16	41			
	Hafif şişman	86	29.9	5.2	15	42			
	Şişman	24	28.8	5.6	19	41			

\* $p < 0.05$ : 1:Zayıf, 2:Normal, 3:Hafif şişman, 4: Şişman

Öğrencilerin bel çevresi sınıflandırmalarına göre BBA alt boyutları ile BBA genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ( $p > 0.05$ ). Öğrencilerin bel çevresi sınıflarına göre ORTO-11 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p > 0.05$ ) (Tablo 4.17).



Tablo 4.17: Öğrencilerin bel çevresi sınıflandırmasına göre BBA ve ORTO-11 puanları

	Bel Çevresi	n	$\bar{x}$	SS	Min	Max	F	p
Diyet Önerileri	Normal	307	5.32	2.17	1	11	0.845	0.431
	Risk	46	5.07	2.28	1	10		
	Yüksek Risk	23	5.78	1.81	2	8		
Besin Maddeleri Kaynakları	Normal	307	36.34	9.00	0	58	1.127	0.325
	Risk	46	36.41	8.89	18	56		
	Yüksek Risk	23	39.22	7.26	26	53		
Gündelik Yiyecekler	Normal	307	5.90	2.46	0	10	0.427	0.653
	Risk	46	5.59	2.78	0	10		
	Yüksek Risk	23	6.13	2.90	0	10		
Diyet-Hastalık İlişkileri	Normal	307	21.17	5.25	7	33	2.329	0.099
	Risk	46	19.35	6.43	5	29		
	Yüksek Risk	23	20.57	5.03	5	30		
BBA	Normal	307	68.72	15.33	26	111	0.945	0.390
	Risk	46	66.41	16.91	36	103		
	Yüksek Risk	23	71.70	11.68	48	96		
ORTO-11	Normal	307	30.03	5.03	15	42	2.156	0.117
	Risk	46	28.39	4.27	19	38		
	Yüksek Risk	23	29.83	5.60	19	41		

\* $p < 0,05$

Öğrencilerin bel/kalça sınıflandırmalarına göre BBA ve alt boyutları ile ORTO-11 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4.18).

Tablo 4.18: Öğrencilerin bel/kaçça çevresi sınıflandırmasına göre BBA ve ORTO-11 puanları

	<b>Bel/Kalça</b>	<b>S</b>	$\bar{x}$	<b>SS</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Diyet	Erkek: <0.90/Kadın:<0.85	356	5.3	2.1	0.460	0.646
Önerileri	Erkek: >0.90/Kadın:>0.85	20	5.1	2.3		
Besin Maddeleri	Erkek: <0.90/Kadın:<0.85	356	36.5	8.9	0.063	0.950
Kaynakları	Erkek: >0.90/Kadın:>0.85	20	36.4	8.5		
Gündelik	Erkek: <0.90/Kadın:<0.85	356	5.8	2.5	0.678	0.498
Yiyecekler	Erkek: >0.90/Kadın:>0.85	20	5.5	2.8		
Diyet-Hastalık	Erkek: <0.90/Kadın:<0.85	356	20.9	5.3	0.432	0.666
İlişkileri	Erkek: >0.90/Kadın:>0.85	20	20.4	6.1		
<b>BBA</b>	Erkek: <0.90/Kadın:<0.85	356	68.6	15.3	0.365	0.715
	Erkek: >0.90/Kadın:>0.85	20	67.4	15.4		
<b>ORTO-11</b>	Erkek: <0.90/Kadın:<0.85	356	29.8	4.9	1.395	0.164
	Erkek: >0.90/Kadın:>0.85	20	28.3	6.1		

Tablo 4.19'a göre, bel/boy dikkat sınıflandırmasında olan öğrencilerin BBA puanları, bel/boy eylem düşün sınıflandırmasında olan öğrencilerin puanlarından daha yüksektir ( $p<0.05$ ). Bel/boy oranı dikkat sınıflandırmasında olan katılımcıların ORTO-11 puanları, bel/boy oranı eylem düşün sınıflandırmasında olan katılımcıların puanlarından daha yüksektir ( $p<0.05$ ).

Tablo 4.19: Öğrencilerin bel/boy oranı sınıflandırmasına göre BBA ve ORTO-11 puanları

	Bel/Boy oranı	S	$\bar{x}$	SS	T	p
Diyet	Dikkat	298	5.39	2.2	1.277	0.203
Önerileri	Eylem düşün	78	5.04	1.9		
Besin Maddeleri	Dikkat	298	36.98	8.7	1.946	0.052
Kaynakları	Eylem düşün	78	34.78	9.3		
Gündelik	Dikkat	298	5.99	2.4	1.722	0.086
Yiyecekler	Eylem düşün	78	5.44	2.6		
Diyet-Hastalık	Dikkat	298	21.50	5.2	4.224	<b>0.001*</b>
İlişkileri	Eylem düşün	78	18.65	5.5		
<b>BBA</b>	Dikkat	298	69.85	15.1	3.080	<b>0.002*</b>
	Eylem düşün	78	63.91	15.2		
<b>ORTO-11</b>	Dikkat	298	30.08	4.96	2.032	<b>0.043*</b>
	Eylem düşün	78	28.79	5.01		

$p < 0.05$

Tablo 4.20'de öğrencilerin ORTO-11 sınıflandırmalarına göre BBA alt boyutları ile beslenme bilgisi anket genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ( $p > 0.05$ ).

Tablo 4.20: Öğrencilerin ORTO-11 sınıflandırmasına göre BBA ve ORTO- 11 puanları

	ORTO-11 Sınıflaması	n	$\bar{x}$	SS	T	p
Diyet	Orta Risk	196	5.14	2.25	-1.711	0.088
Önerileri	Düşük Risk	179	5.52	2.06		
Besin Maddeleri	Orta Risk	196	35.79	9.24	-1.733	0.084
Kaynakları	Düşük Risk	179	37.38	8.44		
Gündelik	Orta Risk	196	5.80	2.49	-0.569	0.570
Yiyecekler	Düşük Risk	179	5.95	2.56		
Diyet-Hastalık	Orta Risk	196	20.83	5.32	-0.381	0.703
İlişkileri	Düşük Risk	179	21.04	5.51		
<b>BBA</b>	Orta Risk	196	67.56	15.79	-1.475	0.141
	Düşük Risk	179	69.89	14.74		

Tablo 4.21.'e göre erkek öğrencilerin vücut ağırlıkları ile BBA'de yer alan besin maddeleri kaynakları alt boyutundan aynı yönlü zayıf bir ilişki ( $r=0.047$ ,  $p=0.156$ ) saptanmıştır. Kadın öğrencilerin kalça çevresi değerleri ile BBA genelinden aldıkları puanlar arasında ters yönlü zayıf ilişkili olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) ( $r=-0.140$ ,  $p=0.042$ ). Buna göre kadın öğrencilerin BBA genelinden aldıkları puanlar arttıkça, kalça çevresi değerleri azalmaktadır.

Öğrencilerin sırasıyla vücut ağırlıkları ( $r=-0.207$ ,  $p=0.001$ ), BKI ( $r=-0.148$ ,  $p=0.004$ ), bel çevresi ( $r=-0.217$ ,  $p=0.001$ ), kalça çevresi ( $r=-0.181$ ,  $p=0.001$ ), bel/kalça oranı ( $r=-0.195$ ,  $p=0.001$ ), bel/boy oranı ( $r=-0.160$ ,  $p=0.002$ ) değerleri ile BBA genelinden aldıkları puanlar arasında ters yönlü zayıf ilişkili olduğu bulunduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ). Öğrencilerin BBA puanları arttıkça vücut ağırlıkları, BKI, bel çevresi, kalça çevresi, bel/kalça çevresi ve bel/boy değerleri azalmaktadır.

Tablo 4.21: Öğrencilerin antropometrik ölçümleri ile BBA ve ORTO- 11 puanları arasındaki ilişki

			BBA-Diyet Önerileri	BBA-Besin Maddeleri Kaynakları	BBA-Gündelik Yiyecekler	BBA-Diyet- Hastalık İlişkileri	BBA	ORTO-11
Erkek	Vücut	r	0.033	0.156	0.060	-0.043	0.096	0.000
	ağırlığı (kg)	p	0.679	<b>0.047*</b>	0.443	0.584	0.221	0.997
	BKI	r	0.057	0.146	0.098	-0.091	0.082	0.149
	(kg/m <sup>2</sup> )	p	0.471	0.064	0.215	0.246	0.298	0.057
	Bel	r	0.026	0.080	0.031	-0.096	0.024	-0.065
	çevresi (cm)	p	0.741	0.309	0.699	0.225	0.763	0.413
	Kalça	r	0.071	0.108	0.098	-0.078	0.065	-0.052
	çevresi (cm)	p	0.369	0.172	0.213	0.320	0.410	0.514
	Bel/Kalça	r	-0.068	-0.017	-0.105	-0.057	-0.059	-0.006
	çevresi	p	0.388	0.827	0.181	0.471	0.455	0.942
Kadın	Bel/Boy	r	0.035	0.004	-0.028	-0.020	-0.005	-0.087
	oranı	p	0.659	0.959	0.721	0.803	0.951	0.272
	Vücut	r	0.010	-0.071	0.005	-0.055	-0.058	-0.152
	ağırlığı (kg)	p	0.880	0.303	0.940	0.424	0.403	0.052
	BKI	r	-0.001	-0.047	-0.017	-0.078	-0.057	0.076
	(kg/m <sup>2</sup> )	p	0.991	0.497	0.803	0.258	0.410	0.267
	Bel	r	0.037	-0.035	-0.042	-0.068	-0.045	0.077
	çevresi (cm)	p	0.587	0.614	0.545	0.323	0.517	0.260
	Kalça	r	-0.114	-0.140	-0.168	-0.041	-0.140	0.046
	çevresi (cm)	p	0.098	<b>0.041*</b>	<b>0.014*</b>	0.556	<b>0.042*</b>	0.504
Toplam	Bel/Kalça	r	0.141	0.019	0.061	-0.008	0.039	0.000
		p	<b>0.040*</b>	0.786	0.376	0.912	0.567	0.997
	Bel/Boy	r	0.024	-0.027	-0.069	-0.068	-0.047	0.027
		p	0.726	0.692	0.317	0.325	0.498	0.700
	Vücut	r	-0.174	-0.109	-0.170	-0.259	-0.207	-0.048
	ağırlığı (kg)	p	<b>0.001*</b>	<b>0.035*</b>	<b>0.001*</b>	<b>0.001*</b>	<b>0.001*</b>	0.488
	BKI	r	-0.112	-0.059	-0.103	-0.231	-0.148	-0.030
	(kg/m <sup>2</sup> )	p	<b>0.030*</b>	0.253	<b>0.046*</b>	<b>0.001*</b>	<b>0.004*</b>	0.668
	Bel	r	-0.150	-0.122	-0.185	-0.268	-0.217	-0.026
	çevresi (cm)	p	<b>0.004*</b>	<b>0.018*</b>	<b>0.001*</b>	<b>0.001*</b>	<b>0.001*</b>	0.618
Toplam	Kalça	r	-0.148	-0.114	-0.160	-0.192	-0.181	0.027
	çevresi (cm)	p	<b>0.004*</b>	<b>0.028*</b>	<b>0.002*</b>	<b>0.001*</b>	<b>0.001*</b>	0.595
	Bel/Kalça	r	-0.115	-0.127	-0.176	-0.216	-0.195	-0.047
		p	<b>0.025*</b>	<b>0.014*</b>	<b>0.001*</b>	<b>0.001*</b>	<b>0.001*</b>	0.359
Toplam	Bel/Boy	r	-0.089	-0.102	-0.161	-0.174	-0.160	-0.065
		p	0.084	<b>0.049*</b>	<b>0.002*</b>	<b>0.001*</b>	<b>0.002*</b>	0.209

\* $p < 0,05$

Tablo 4.22'ye göre ORTO-11 sınıflaması dağılımına göre doktor tarafından tanısı konmuş hastalığı olma durumu istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ( $p > 0,05$ ).

Tablo 4.22: Öğrencilerin doktor tarafından tanısı konulmuş hastalık durumuna göre ORTO-11 sınıflaması dağılımı

	Hastalık Yok		Hastalık Var		X <sup>2</sup>	p
	S	%	S	%		
Orta/Yüksek	158	53,56	39	48,15	0,746	0,388
Düşük	137	46,44	42	51,85		

Tablo 4.23'e göre Öğrencilerin doktor tarafından tanısı konulmuş hastalık durumuna göre ORTO-11 puanları arasında istatistiksel bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Tablo 4.23: Öğrencilerin doktor tarafından tanısı konulmuş hastalık durumuna göre ORTO-11 puanları

Doktor tarafından tanısı konulmuş hastalık/ hastalık	S	$\bar{x}$	SS	T	p
Yok	295	29,78	5,05	-0,253	0,801
Var	81	29,94	4,83		

Tablo 4.24'de öğrencilerin öğün tükettikleri kişilere göre ORTO-11 sınıflaması dağılımı istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir ( $p>0,05$ ).

Tablo 4.24: Öğrencilerin öğün tükettikleri kişilere göre ORTO-11 sınıflaması dağılımı

	Orta/Yüksek		Düşük		X <sup>2</sup>	p
	S	%	S	%		
<b>Sabah öğünü birlikte tüketilen kişi</b>						
Tüketmeyen	17	8,63	12	6,70	2,272	0,518
Aile	21	10,66	21	11,73		
Arkadaş	75	38,07	58	32,40		
Yalnız	84	42,64	88	49,16		
<b>Öğle öğünü birlikte tüketilen kişi</b>						
Tüketmeyen	27	13,71	18	10,06	4,497	0,213
Aile	8	4,06	4	2,23		
Arkadaş	139	70,56	125	69,83		
Yalnız	23	11,68	32	17,88		
<b>Akşam öğünü birlikte tüketilen kişi</b>						
Tüketmeyen	2	1,02	1	0,56		-
Aile	42	21,32	33	18,44		
Arkadaş	109	55,33	97	54,19		
Yalnız	44	22,34	48	26,82		

Tablo 4.25’de öğrencilerin öğün tükettikleri kişilere göre ORTO-11 puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir ( $p>0,05$ ).

Tablo 4.25: Öğrencilerin öğün tükettikleri kişilere göre ORTO-11 puanları

	S	$\bar{x}$	SS	F	p
<b>Sabah</b>					
Tüketmeyen	29	28,55	4,58	1,223	0,301
Aile	42	29,74	4,79		
Arkadaş	133	29,53	4,99		
Yalnız	172	30,26	5,10		
<b>Öğle</b>					
Tüketmeyen	45	29,78	5,13	2,145	0,094
Aile	12	27,92	4,91		
Arkadaş	264	29,62	4,97		
Yalnız	55	31,20	4,88		
<b>Akşam</b>					
Tüketmeyen	3	25,67	5,03	0,974	0,405
Aile	75	29,57	4,98		
Arkadaş	206	29,77	4,78		
Yalnız	92	30,24	5,45		

Tablo 4.26 incelendiğinde erkek öğrencilerin ORTO-11 puanları ile BBA’de yer alan besin maddeleri kaynakları alt boyutundan aldıkları puanlar arasında aynı yönlü zayıf ilişki ( $r=0.173$ ,  $p=0.027$ ) saptanmıştır. Kadın öğrencilerin ORTO- 11 puanları ile BBA puanları arasında ilişki olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ). Öğrencilerin ORTO-11 puanları ile BBA puanları arasında ilişki olmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ).

Tablo 4.26: Öğrencilerin BBA ile ORTO- 11 puanları arasındaki ilişki

		ORTO-11		
		Erkek	Kadın	Toplam
<b>Diyet Önerileri</b>	R	0.054	0.043	0.066
	P	0.491	0.534	0.202
<b>Besin Maddeleri Kaynakları</b>	R	0.173	-0.001	0.095
	P	0.027*	0.992	0.065
<b>Günlük Yiyecekler</b>	R	0.023	0.013	0.038
	P	0.775	0.850	0.464
<b>Diyet-Hastalık İlişkileri</b>	R	0.052	-0.043	0.026
	P	0.507	0.531	0.614
<b>BBA</b>	R	0.139	-0.007	0.080
	P	0.077	0.924	0.122

\* $p<0.05$



## Bölüm 5

### TARTIŞMA

#### 5.1 Öğrencilerin Genel Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi

Bu çalışmada da üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi düzeyleri ile ortoreksiya nervosa ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla yürütülmüştür. Çalışmaya %43.3'ü erkek, %56.6'sı kadın olmak üzere toplamda 376 öğrenci dâhil edilmiştir. Yaş aralığının %34.8'i 21 yaş altı, %35.6'sı 22-23 yaş arası ve %29.5'i 24 yaş ve üzeri oluşturmaktadır (Tablo 4.1).

#### 5.2 Öğrencilerin Genel Sağlık Durumuna Göre Değerlendirilmesi

Tablo 4.2'de gösterildiği gibi öğrencilerin %21.5'inin doktor tarafından tanısı konulmuş bir hastalığı bulunmaktadır. Tanısı bulunan hastalıkların % 29.6'sını sindirim sistemi hastalıkları, %18.5'ini alerjik hastalıklar ve %16.0'sını endokrin sistemi hastalıkları oluşturmaktadır. Öğrencilerde görülen hastalıkların büyük bir kısmını sindirim sistemi hastalıkları oluşturmaktadır. Buna neden olarak öğrencilerin beslenme düzenlerinde oluşan değişiklikler, tüketilen besin çeşidi, hazır besin tüketimi, alkol miktarı ve sigara miktarı da gösterilebilir. Tablo 4.3'de ise sigara içen öğrencilerin %36.1'lik bir kısmı oluşturduğu, %5.8'i içip daha sonradan sigarayı bıraktığı görülmektedir. Alkol tüketen öğrencilerin sayısı tüketmeyenlere göre daha fazla saptanmıştır. Öğrencilerin tüketim miktarına baktığımızda %39.6 ile büyük çoğunluğun 2 kadeh, sıklığına baktığımızda ise %52.3 ile haftada birkaç defa tükettiği bulunmuştur. Üniversite öğrencileri ile yürütülen bir çalışmada öğrencilerin %61.5'inin sigara içtiği ve %70.8'ininde alkol tükettiği belirlenmiştir (Akfert ve

arkadaşları, 2009). Başka bir çalışmada 1518 üniversite öğrencisinin %55.6'sının alkol tükettiği, %29.5'inin ise sigara tükettiği saptanmıştır (Altam ve Yüncü, 2018).

Bu çalışmada ve yapılan diğer çalışmalara bakıldığı zaman üniversite öğrencilerinde alkol ve sigara kullanımının sıklığının fazla olduğu ve bunun nedeni olarak öğrencilerin ailelerinden uzakta kalma, arkadaş çevresi, alkole kolay erişme gibi etkenlerin neden olabileceği düşünülmektedir. WHO, 2 milyar kişinin alkol tükettiğini ve hastalıkların başlıca nedenleri arasında alkolün ilk üç sırada yer aldığını bildirmiştir (WHO, 2011). Dolayısıyla gençlerin alkol ve sigara kullanımlarını azaltarak bu hastalık risklerinin azaltmaları önemlidir.

Tablo 4.4'de düzenli spor yapanların oranı % 37.5' olarak belirlenmiştir. Benzer şekilde Vassigh (2012), yaptığı çalışmada üniversite öğrencilerinde düzenli spor yapmayanların, düzenli spor yapanlara göre çok daha fazla olduğunu belirtmiştir. Daskapan ve arkadaşları (2006), üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite düzeyi üzerine yaptıkları çalışmada, derslerin yoğun olması, ailelerin daha çok eğitime öncelik vermesi, aile ve sosyal çevre ile ilgili sorumluluklar nedeniyle zaman eksikliği gibi faktörlerin fiziksel aktivitenin yapılmasında azaltıcı etkenler olarak belirtmişlerdir.

### **5.3 Öğrencilerin Antropometrik Ölçümlerine İlişkin Bulguların**

#### **Değerlendirilmesi**

Fiziksel özelliklerin değerlendirilmesinde ve beslenme durumunun saptanmasında antropometrik ölçümlerin önemli olduğu belirtilmektedir. (Pekcan, 2012).

Bu çalışmada erkek öğrencilerin BKİ ortalamaları  $25.7 \pm 4.5$  kg/m<sup>2</sup> bulunurken, kadın öğrencilerin  $21.5 \pm 3.1$  kg/m<sup>2</sup> bulunmuştur. Çalışma genelinde ise öğrencilerin %7.9'unun zayıf, %62.7'sinin normal, %22.8'inin hafif şişman,

%6.3'ünün şişman olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Sinir ve arkadaşlarının (2014), 18-27 yaş arası olan, 42'si kadın, 41'i erkek 83 üniversite öğrencisinin %69.9'unun normal BKİ aralığında, %15.7'sinin hafif kilolu ve %14.4'ünün zayıf BKİ aralığında olduğu saptanmıştır. Başka bir çalışmada erkek katılımcıların ortalama BKİ değeri  $24.92 \pm 3.15 \text{ kg/m}^2$ , kadın katılımların ise ortalama BKİ değerinin  $21.23 \pm 3.18 \text{ kg/m}^2$  olduğu bildirilmiştir (Yıldız ve arkadaşları, 2015). Üniversite öğrencileri ile yürütülen diğer bir çalışmada erkek öğrencilerin BKİ değerlerinin ortalamasını  $22.6 \pm 2.6 \text{ kg/m}^2$ , kadın öğrencilerin ortalaması  $21.0 \pm 2.7 \text{ kg/m}^2$  olarak saptanmıştır (Şanlıer, 2005). Üniversite öğrencilerinde yapılan bu çalışma ile bu çalışmalardaki BKİ değerlerinin benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Bel çevresi abdominal bölgedeki yağlanma oranını bu da birçok kronik hastalık riskindeki artışı göstermektedir (Sözmen ve arkadaşları, 2016). Bu çalışmada bel çevresi %81.6'sının normal aralıkta olduğu belirlenmiştir. Risk ve yüksek risk grubundakiler sırayla %12.2 ve %6.1 olarak bulunmuştur (Tablo 4.6). Yıldırım ve arkadaşlarının (2017), üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada ise erkek öğrencilerin ortalama bel çevresini 86.10 cm, kadın öğrencilerin ise, 78.33 cm olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada ise erkek öğrencilerin bel çevresi ortalama  $79.98 \pm 8.15 \text{ cm}$ , kadın öğrencilerin ise  $67.01 \pm 6.36 \text{ cm}$  olduğu belirtilmiştir (Ergün ve Erten, 2004).

#### **5.4 Öğrencilerin Genel Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi**

Fizyolojik dengesini korumak ve vücudun sağlıklı bir şekilde çalışmasını sağlamak için yeterli ve dengeli beslenmek önemlidir. Bu yüzden gün içerisinde öğünler oldukça önem taşımaktadır. Türkiye Beslenme Rehberine (2015) göre, sağlıklı beslenme için en az 3 ana öğünün önemli olduğu vurgulanmıştır.

Bu çalışmada öğrencilerin genel beslenme alışkanlıkları sorgulandığında %57.4'ünün günde üç ana öğün, %38.8'inin iki ana öğün, %3.7'sinin ise tek öğün beslendiği, %45.2'sinin en az 1 ara öğün yaptığı saptanmıştır. 376 üniversite öğrencisinin %48.6'sının öğün atladığı, atlanılan öğünlere bakıldığında da en çok %47.4 ile sabah öğünü ve %42.5 ile öğlen öğünü olduğu bulunmuştur. Öğün atlama nedenleri araştırıldığında %62'sinin zaman yetersizliği, %32.5'inin canının istemediği ve %24.3'ünün hazır yemek olmadığı için tüketmediği belirlenmiştir. Çalışmaya katılan ve öğün atlayan öğrencilerin % 5.1'i ise zayıflamak için öğün atladıklarını belirtmişlerdir. Öğrencilere beslenme ile ilgili bilgileri nerelerden elde ettikleri sorulduğunda %63.5'i kitle iletişim araçlarından, %36.9'u çevresinden ve %23.9'u ise diyetisyenlerden öğrendiğini söylemişlerdir (Tablo 4.7). Ünal ve arkadaşları (2009), 272 kız üniversite öğrencisinin dâhil edildiği çalışmada %60.2'sinin günde üç öğün beslendiği, %33.3'ünün öğün atladığı belirtilmiştir ve en çok atlanılan öğün bu çalışmada %62.9 ile kahvaltı olduğu saptanmıştır. Yine üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada %60.1'inin 3-4 öğün yaptığı, %35.9'ununsa 2 veya daha az öğün tükettiği bildirilmiştir. Öğrencilerin %87.4'ünün öğün atladığı da saptanmıştır. Öğün atlayan öğrenciler neden olarak zaman yetersizliğini göstermişlerdir (Vançelik ve arkadaşları,2007). Yılmaz ve Özkan (2007), 175 üniversite öğrencisinde yaptıkları çalışmada öğrencilerin %90.3'ünün öğün atladığı, en fazla atlanılan öğünün de öğlen öğünü olduğu belirlenmiştir. Öğle öğünü atlayan öğrencilerin %51.3'ünün vakit bulamadığından dolayı öğünü atladığını söylemiştir. Bu çalışmada ve diğer yapılan çalışmalarda üniversite öğrencilerinde öğün atlamanın çok fazla olduğu görülmektedir. En fazla atlanılan öğünün sabah ve öğlen öğünün olmasına neden olarak, öğrencilerin ders saatlerinin değişken olması, okula geç kalma korkusu, derslerin yoğunluğu ve ders aralarında

yeterli zaman bulamamaları gösterilebilir (Onay ve diğeri 2010; Sinir ve diğeri, 2014).

Bu çalışmada öğrencilerin öğle yemeklerini %18 lokantada, %16.2 yemekhanede, %19.4 ise kantinde tükettikleri saptanmıştır. Yılmaz ve arkadaşlarının (2007), yaptığı çalışmada öğrencilerin %8.2'si yemekhanede, %52.4'ü lokantada tükettikleri belirtilmiştir. Beslenme ile ilgili bilgilerin daha çok kitle iletişim araçlarından elde etmelerinin nedenleri olarak günümüz çağında her şeyin internet ortamından kolaylıkla erişilebildiği ve üniversite öğrencileri gibi bu yaş aralığındaki kişilerin daha çok sosyal medya kullanması olarak belirtilebilir.

## **5.5 Öğrencilerin Beslenme Bilgi Düzeyi Puanları ile ORTO-11**

### **Puanlarının Değerlendirilmesi**

Yeterli ve dengeli beslenmek, iyi bir beslenme alışkanlığı ile oluşabilecek ve hayatımızın her periyodunda sağlığın en önemli yapı taşı oluşturacak bir etkidir. Bu yüzden beslenme alışkanlıklarını etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerden birisi de beslenme bilgi düzeyidir. Beslenme bilgi düzeyinin yetersiz olmasının sağlıksız beslenme alışkanlıklarına ve ilerleyen dönemlerde de bazı kronik hastalıklara sebep olduğu bildirilmiştir (Yücel, 2015).

Bu çalışmada öğrencilerin BBA alt ölçek puan ortalamaları diyet önerilerinde;  $5.3 \pm 2.1$ , besin maddeleri kaynaklarında;  $36.5 \pm 8.9$ , gündelik yiyeceklerde;  $5.8 \pm 2.5$  ve diyet-hastalık ilişkisinde;  $20.9 \pm 5.4$  bulunmuş genel BBA puanları ortalaması  $68.6 \pm 15.3$  aldığı bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada sağlık çalışanlarının BBA puanları  $61.03 \pm 20.04$  olarak saptanmıştır (Yücel, 2015). Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, öğrencilerin BBA puanının  $66.0 \pm 13.4$ , diyet önerilerinde;  $8.1 \pm 1.7$ , besin maddeleri kaynaklarında;  $43.4 \pm 8.6$ , gündelik yiyeceklerde;  $5.5 \pm 1.8$  ve diyet-hastalık ilişkisinde;  $8.9 \pm 3.8$  bulunmuştur

(Yahia ve arkadaşları, 2016). Yapılan çalışmalar sonucunda beslenme bilgisi puanlarının benzerlik gösterdiği ve orta düzeyde olduğu söylenebilir.

Sosyal bilimler, mühendislik-fen ve sağlık bilimlerinde eğitim alan öğrencilerin sırasıyla BBA'dan aldıkları puanlar  $67.1 \pm 14.2$ ,  $64.6 \pm 14.4$  ve  $76.5 \pm 15.6$  olarak bulunmuştur. Sağlık bilimleri alanında eğitim alan öğrencilerin aldığı puan diğer alanlara kıyasla daha fazla bulunmuştur. Bunun nedeni olarak mühendislik-fen ve sosyal bilimlerdeki öğrencilerin beslenme ile ilgili ders seçimlerinin daha vaz olmasıyla ilgili olabilir. Türk öğrencilerle yapılan bir çalışmada beslenme ve diyetetik bölümündeki öğrencilerin BBA puanının  $103.6 \pm 9.2$ , mühendislik öğrencilerindeyse  $81.8 \pm 14.5$  olduğu görülmüştür (Alsaffar ve arkadaşları, 2012),. Uganda'da yapılan çalışmada 52 beslenme bölümü öğrencisinin ve 49 mühendislik öğrencisinin BBA puanları sırayla  $67.0 \pm 4.9$ ,  $38.7 \pm 11.00$  olarak belirlenmiştir (Bukonya ve arkadaşları, 2017). Kliemann ve arkadaşları (2016), bir bölümden mezun olmamış bireylerin, BBA'dan  $65.8 \pm 0.8$ , yüksek dereceden mezun olan kişilerin ise  $72.3 \pm 0.7$  puan aldığını belirtmişlerdir. Bilgi düzeyinin yüksek olması ile eğitim düzeyinin yüksek olması ilişkili bulunmuştur (Sprank ve arkadaşları, 2014).

Cinsiyete göre BBA alt boyutları puanlarına baktığımızda çalışmamızda erkek öğrencilerin ve kadın öğrencilerin sırayla, diyet önerilerinden  $4.6 \pm 1.9$  ve  $5.8 \pm 2.1$ , besin maddeleri kaynaklarından  $34.2 \pm 8.9$  ve  $38.2 \pm 8.4$ , gündelik yiyeceklerden  $5.6 \pm 2.4$  ve  $6.5 \pm 2.3$ , diyet- hastalık ilişkisinden  $18.8 \pm 5.2$  ve  $22.5 \pm 4.9$  aldığı saptanmıştır. Sonuçlar kadın öğrencilerin erkek öğrencilere göre daha fazla puan aldığını göstermektedir. Yahia ve arkadaşları (2016), yaptıkları çalışmalarında bu sonuçları diyet önerilerinden  $7.6 \pm 2.0$  ve  $8.3 \pm 1.5$ , besin maddeleri kaynaklarından  $41.8 \pm 9.9$  ve  $44.1 \pm 8.0$ , gündelik yiyeceklerden  $5.2 \pm 1.9$  ve  $5.6 \pm 1.8$ , diyet- hastalık ilişkisinden  $7.9 \pm 4.5$  ve  $9.4 \pm 3.5$  olarak bulmuşlardır. Bu çalışmada da kadınların

puanları erkeklerin puanına göre daha fazla bulunmuş sonuçlar benzerlik göstermiştir. Cinsiyete göre bakıldığında, ergenlik döneminde gerçekleşen fizyolojik değişimler nedeniyle özellikle kadınlarda ve adölesan dönemde beslenme bilgisini etkileyen etkenler olduğu belirtilmiştir (Beekley ve arkadaşları, 2009; Jimerson ve arkadaşları, 2002).

Yaşa göre beslenme bilgisi puanlarına bakıldığında 21 yaş altındaki öğrencilerin puanları;  $66.8 \pm 15.5$ , 22-23 yaş arasındaki öğrencilerin  $69.0 \pm 15.4$ , 24 yaş ve yukarıdaki öğrencilerin ise  $70.1 \pm 14.8$  aldığı belirtilmiştir. Sağlık çalışanlarının beslenme bilgi düzeylerine bakıldığı bir çalışmada yaş grupları 19-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45 yaş ve üstü olmak üzere 6 gruba ayrılmıştır. Beslenme bilgi düzeyi puanları da sırayla;  $52.50 \pm 20.24$ ,  $55.45 \pm 22.91$ ,  $51.59 \pm 19.44$ ,  $57.00 \pm 20.53$ ,  $67.11 \pm 21.92$ ,  $62.65 \pm 21.09$  bulunmuştur. Elit Atletlerde beslenme kalitesinin ve beslenme bilgi düzeyinin araştırıldığı çalışmada 18 yaş ve altı sporcuların beslenme bilgisi puanları  $64.6 \pm 12.7$ , 18 yaş üstü sporcularda ise  $67.7 \pm 10.9$  olarak çıkmıştır (Spronk ve arkadaşları, 2015). Çalışma sonuçları benzerlik göstermekte ve yapılan çalışmalarda yaşla beraber beslenme bilgi düzeyinin arttığı görülmektedir.

Tablo 4.16'da gösterildiği gibi BKİ sınıflamasına göre beslenme bilgisi puanlarına baktığımızda zayıf bireylerin  $72.5 \pm 17.8$ , normal bireylerin  $69.5 \pm 15.3$ , hafif şişmanların  $65.8 \pm 13.8$ , şişman bireylerin ise  $64.3 \pm 15.5$  aldıkları saptanmıştır. Yücel'in (2015) yaptığı çalışmada ise sağlık personellerinin BKİ sınıflamasında zayıf olanların  $60.67 \pm 17.92$ , normal bireylerin  $56.72 \pm 23.20$ , hafif şişmanların  $56.56 \pm 19.55$ , şişman bireylerin ise  $58.06 \pm 19.97$  aldığı belirlenmiştir. Çalışmalar zayıf bireylerin daha yüksek beslenme bilgi düzeylerinin olduğunu göstermektedir.

Öğrencilerin ORTO-11 puanları  $29.80 \pm 5.0$  saptanmıştır (Tablo 4.12). Cinsiyete göre ORTO-11 puanlarına bakıldığında kadın öğrencilerin ORTO-11 puanı

31.1±4.7, erkeklerin ise 29.4±5.2 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.13). Buna göre erkeklerin ON eğilimi daha fazladır. Kazkondur'un (2010) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada ise kadınlarda 34.81±2.97, erkeklerde ise 34.75±2.94 olduğu ve birbirine yakın puan aldıkları bildirilmiştir. Fidan ve arkadaşlarının (2010) tıp fakültesindeki öğrencilerle yaptığı çalışmada %43.6'sının ortorektik eğilim gösterdiği ve erkek öğrencilerin daha fazla ON riski gösterdiği saptanmıştır. Dalmaz ve Yurtdaş'ın (2015) spor salonunda düzenli spor yapanlarda ON belirtilerini incelemek için yaptıkları çalışmaların düzenli spor yapan erkeklerin, düzenli spor yapan kadınlara göre daha fazla ortorektik eğilim gösterdiği belirtilmiştir. Bunun yanında erkeklerin kadınlar kadar beden imajıyla ilgilendiği belirtilmektedir (Mataix, 2012). Bosi ve arkadaşları (2007), 318 hekim ile yürüttükleri çalışmada cinsiyetle ON arasında anlamlı bir fark belirlememiştir. İtalya'da farklı kökenlerden gelen 404 bireyin %7'sinde ON görülmüş ve bu oranın çoğunluğunu erkeklerin oluşturduğu belirtilmiştir (Donini ve arkadaşları, 2004). Duran (2016) sağlık yüksekokulundaki öğrencilerin ON riskini ve etkileyen faktörlere bakmış erkek öğrencilerde ORTO- 11 puanlarını 27.33±4.52, kadın öğrencilerin ise 26.88±5.21 aldığını ve kadın öğrencilerin daha çok ortorektik eğilim gösterdiği görülmüştür. Hacettepe Üniversitesinde çalışan personelde ON eğilimlerine bakmış ve erkeklerde riskin kadınlara göre daha düşük olduğu sonucuna ulaşmıştır. Cinsiyetle ortorektik eğilim arasındaki bu farklılıklar kültürel farklılıklardan dolayı kaynaklanabileceği belirtilmektedir (Arusoğlu, 2006). Diğer birçok çalışmada ise cinsiyetle ON arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Ramacciotti ve arkadaşları,2011; Bosi ve arkadaşları,2007; Brytek ve arkadaşları, 2015; McInerney,2011; Valera, 2014).

ORTO-11 puanları 21 yaş altındaki öğrencilerin 30.4±5.0, 22-23 yaş arasındaki öğrencilerin 29.5±4.9, 24 yaş ve üzeri öğrencilerin ise 29.8±4.9 olarka



saptanmıştır (Tablo 4.14). Arusoğlu (2006) da yaptığı çalışmada yaş artışıyla ON eğilimin arttığını saptamıştır. Bunun nedeni olarak da artan yaşla birlikte oluşabilecek sağlık problemlerinden kaçınma isteğinin olabileceğini belirtmiştir. Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada yaş grupları 17-23, 24-29 ve 30-42 olarak ayrılmış ve ORTO-11 puanları sırayla;  $34.77 \pm 2.90$ ,  $34.83 \pm 3.29$ ,  $34.87 \pm 2.47$  bulunmuştur. 17-23 yaş arasındaki öğrencilerin ON eğilimleri daha fazla olduğu belirlenmiştir (Erol, Ö., 2018). Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencileriyle yapılan bir araştırmada yaş ile ON arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (Kaya, 2018).

Eğitim alını bilim dallarına göre ORTO-11 puanları sosyal bilimlerde  $30.1 \pm 5.2$ , sağlık bilimlerinde  $29.8 \pm 5.1$ , mühendislik ve fen edebiyat bölümünde  $29.3 \pm 4.5$  olarak saptanmıştır ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4.15). Şanlıer ve arkadaşlarının (2016) üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada ORTO-11 puanları sosyal bilimlerde puanın  $39.15 \pm 6.44$ , fen bilimlerinde  $39.58 \pm 6.42$ , sağlık bilimlerinde ise  $38.53 \pm 5.61$  olup sağlık bilimlerindeki öğrencilerin daha fazla ortorektik eğilim gösterdiği görülmektedir. Yapılan çalışmalar eğitim alanına göre ON eğiliminin değişiklik gösterdiği ve sağlık alanında eğitim alan ve çalışan bireylerde ON eğiliminin daha fazla olduğu belirtilmektedir (Kinzl ve arkadaşları, 2006; Arusoğlu ve arkadaşları, 2008; Fidan ve arkadaşları, 2010; Grammatikopoulou ve arkadaşları, 2018; Akgül, 2018).

Bu çalışmada öğrencilerin vücut ağırlıkları ile ON puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 4.21). Erumcu ve Tek (2016), yaptıkları çalışmalarında ise ON eğilimi gösteren bireylerin vücut ağırlıkları normal bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. McInerney (2011) ON araştırdığı çalışmasında vücut ağırlığı ile ON arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Yapılan başka bir çalışmada

ON ile vücut kompozisyonları karşılaştırılmış ON eğilimi olan ve olmayan bireyler arasında bir fark bulunamamıştır (Agopyan ve arkadaşları,2018).

Bel çevresi normal sınıflandırma içerisinde yer alan öğrencilerin ORTO-11 puanları  $30.0 \pm 5.0$ , risk grubunda yer alan öğrencilerin puanları ise  $28.3 \pm 4.2$ , yüksek risk grubundaki öğrencilerin puanları ise  $29.8 \pm 5.6$  olarak bulunmuştur (Tablo 4.17). Gezer ve Kabaran (2012), beslenme ve diyetetik bölümünde okuyan kız üniversite öğrencilerinde bel çevresine göre risk grubunda olanların  $30.6 \pm 4.38$  puan aldığı ve risk grubunda olmayanların  $31.2 \pm 5.17$  puan aldığı bulunmuştur. Sağlık personellerinde ON eğiliminin araştırıldığı bir çalışmada ise bel çevresi ile ORTO-15 arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır (Tek ve Ermumcu, 2016).

ORTO-11 puanı bel/kalça çevresi düşük sınıfında yer alan öğrencilerin  $29.8 \pm 4.9$ , yüksek olanlarda  $28.3 \pm 6.1$  olarak bulunmuştur. Gezmen ve arkadaşları (2016), bel/kalça oranı düşük olanların ise bel/kalça oranı yüksek olanlara göre ORTO-11 puanlarının daha düşük olduğunu belirlemiştir.

Bazı çalışmalar BKİ'nin ON durumunun saptanabilmesi için bir gösterge olabileceğini bildirmişlerdir (Fidan ve arkadaşları,2010; Varga ve arkadaşları, 2013; Stochel ve arkadaşları, 2013). Fidan ve arkadaşları (2010), yüksek BKİ değerinin düşük ON eğilimi ile ilişkili olabileceğini belirtmişlerdir. Tek ve Ermumcu (2016), yaptıkları çalışmada yüksek BKİ değerine sahip olan bireylerin ON eğilimlerinin fazla olduğunu gözlemlemişlerdir. Sağlık personelleri ile sağlık personeli olmayanlar arasında ON ve yeme tutum davranışlarının araştırıldığı çalışmada BKİ ile ON puanları arasında her iki grupta da anlamlı bir sonuç çıkmamıştır (Ergin, 2014). ON'nın BKİ, cinsiyet ve kişisel özelliklerin karşılaştırılmasının yapıldığı bir çalışmada özellikle yüksek BKİ'ye sahip erkeklerin daha fazla ortorektik eğilim gösterdiğini bunun nedeni olarak daha zayıf bir vücuda sahip olmak için BKİ'si

düşük olan erkeklere göre daha fazla sağlıklı beslenmeye takıntılı olabilecekleri gösterilmiştir (Oberle ve arkadaşları,2017). Bu çalışmada ORTO-11 puanları zayıf bireylerde  $28.9\pm 5.1$ , normal bireylerde  $29.9\pm 4.8$ , hafif şişman bireylerde  $29.9\pm 5.2$  ve şişman bireylerde  $28.8\pm 5.6$  çıkmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.16). Kazkondu'nun (2010), çalışmasında üniversite öğrencilerinin BKİ sınıflamasına göre ORTO-11 puanları sırasıyla;  $35.04\pm 3.12$ ,  $34.86\pm 2.99$ ,  $34.40\pm 2.89$ ,  $35.25\pm 1.90$  olarak belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Beslenme ve Diyetetik bölümü öğrencileriyle yürütülen bir çalışmada BKİ değerlerinin azalması ile ON eğiliminde azalış saptanmıştır (Kaya, 2018). Hafif şişman ve şişman bireylerde zayıflama diyetleri uygulamanın ON riskini arttırabileceği söylenebilir (Fidan ve arkadaşları, 2010).

Öğrencilerin ORTO-11 sınıflandırmalarına göre beslenme bilgisi puanlarına bakılmıştır (Tablo 4.20). Orta risk taşıyan öğrencilerin puanları  $67.56\pm 15.7$ , düşük risk grubundaki öğrencilerin puanları ise  $69.89\pm 14.74$  olarak saptanmıştır. Beslenme bilgisi anketinin genel puanları ile alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Araştırmalar sonucunda ON risk puanı ile beslenme bilgisi puanının karşılaştırıldığı çalışmalara rastlanmamıştır. Bu çalışmada ON'da orta risk için (16-30 puan) ortalama değer  $29.18\pm 6.2$  çıkarken, düşük risk (31-44 puan) için  $30.75\pm 7.1$  çıkmıştır. Agopyan ve arkadaşları (2018), yeme bozukluklarını araştırdıkları çalışmalarında 96 ortoreksik birey için ortalama ON puanını  $23.20\pm 2.27$ , ON eğilimi olmayan bireyler için ise  $28.63\pm 1.63$  olarak belirtmişlerdir.

Tablo 4.21'e göre erkek öğrencilerin vücut ağırlıkları ile beslenme bilgisi alt başlığı besin bilgisi puanı arasında aynı yönlü zayıf bir ilişki olduğu ( $p<0.05$ ), kadın öğrencilerinde kalça çevresi ile beslenme bilgisi genel puanı arasında ters yönlü zayıf bir ilişkisi olduğu belirtilmiştir ( $p<0.05$ ). Kadın öğrencilerin BBA genelinden aldıkları puanlar arttıkça, kalça çevresi değerleri azaldığı saptanmıştır.

BBA ve ORTO-11 puanları arasında ilişki bulunmayıp sadece erkeklerde BBA-besin maddesi kaynakları bilgisinin artması ile ORTO-11 riskinin azalması ile ilişkili bulunmuştur ( $r=0.173$ ,  $p=0.027$ ) (Tablo 4.26). Bu durumda beslenme bilgi düzeyinin artmasıyla ON eğiliminin azalabileceği söylenebilir ancak daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

## Bölüm 6

### SONUÇ

Doğu Akdeniz Üniversitesi'nde okuyan öğrencilerde beslenme bilgisi düzeyini ve ortoreksiya nevroza riskini incelemeye yönelik yürütülen bu çalışmada sonuçlar şu şekildedir;

1. Fakülte ve sınıf dağılımlarına baktığımızda %41.2'sinin Sosyal Bilimler, %24.7'ünün Sağlık Bilimleri, %3.0'ünün Mühendislik ve Fen bilimleri eğitimi aldığı, %13.5'sinin okulda 1. yılı, %19.6'inin okulda 2. yılı, %23.6'sinin okulda 3. yılı, %33.7'inin okulda 4. yılı olduğu belirlenmiştir.
2. BKİ sınıflamasına göre öğrencilerin %7.9'inin zayıf, %62.7'sinin normal, %22.8'sinin hafif şişman, %6.3'inin şişman olduğu saptanmıştır.
3. Öğrencilerin bel çevresi sınıflandırılmasına göre %81.6'inin bel çevresinin normal, %12.2'ünün risk kategorisinde, %6.1'sinin yüksek risk kategorisinde olduğu belirlenmiştir.
4. Bel/boy sınıflamasına göre dağılımı öğrencilerin %79.2'sinin dikkatli olması gerektiği, %20.7'ünün ise eylem düşünmesi gerektiği belirlenmiştir.
5. Öğrencilerin eğitim aldıkları bilim alanına göre günlük tükettikleri ana öğün sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).
6. Sağlık bilimleri eğitimi alan öğrencilerin ara öğün sayısı, sosyal bilimler ve mühendislik ve fen bilimleri eğitimi alan öğrencilerden daha fazladır ( $p<0.05$ ).

7. Öğrencilerin BBA-Diyet Önerileri alt boyutundan ortalama  $5.3 \pm 2.1$  puan, BBA-Besin Maddeleri Kaynakları alt boyutundan ortalama  $36.5 \pm 8.9$  puan, BBA-Gündelik Yiyecekler alt boyutundan ortalama  $5.8 \pm 2.5$  puan, BBA-Diyet-Hastalık İlişkileri alt boyutundan ortalama  $20.9 \pm 5.4$  puan ve BBA genelinden ortalama  $68.6 \pm 15.3$  puan aldıkları saptanmıştır.
8. Öğrencilerin ORTO-11 puan ortalamasının  $29.8 \pm 5.0$  puan olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin %48'inin ON riskinin düşük, %52'sinin ise orta düzeyde olduğu saptanmıştır.
9. Kadın öğrencilerin BBA tüm alt boyutları ve BBA toplam puanları erkek öğrencilere kıyasla daha yüksektir ( $p < 0.05$ ).
10. ORTO-11 puanları cinsiyete göre istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir ( $p > 0.05$ ).
11. Sağlık bilimleri alanında eğitim alan öğrencilerin BBA puanları diğer bilim alanlarında eğitim alan öğrencilere kıyasla daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).
12. Sosyal bilimler fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin ORTO-11 puanları, diğer bilim alanlarında eğitim alanlara kıyasla daha yüksektir ( $p < 0.05$ ).
13. BKİ sınıflamasına göre zayıf öğrencilerin diyet-hastalık ilişkileri puanı, diğer BKİ gruplarındaki öğrencilerin puanlarından daha yüksektir ( $p < 0.05$ ).
14. Bel çevresi sınıflandırılmasına göre BBA ve ORTO-11 puanları arasında istatistiksel olarak farklılık belirlenmemiştir ( $p > 0.05$ ).
15. Bel/boy dikkat sınıfında olan öğrencilerin ORTO-11 puanları, BBA genel puanları, BBA-besin maddeleri kaynakları, gündelik yiyecekler ve diyet hastalık ilişkisi puanları, bel/boy eylem düşün sınıflandırılmasında olan öğrencilerin puanlarından daha yüksektir ( $p < 0.05$ ).

16. Öğrencilerin ORTO-11 sınıflandırmalarına göre BBA alt boyutları ile BBA genel puanları arasında ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).
17. Erkek öğrencilerin vücut ağırlıkları ile BBA-besin maddeleri kaynakları arasında aynı yönlü zayıf bir ilişki ( $r=0.047$ ,  $p=0.156$ ) saptanmıştır.
18. Kadın öğrencilerin kalça çevresi ile BBA genelinden aldıkları puanlar arasında ters yönlü zayıf ilişki olduğu belirlenmiştir ( $r=-0.140$ ,  $p=0.041$ ).
19. Öğrencilerin vücut ağırlıkları ile BBA genelinden aldıkları puanlar arasında ters yönlü zayıf ilişki bulunduğu belirlenmiştir ( $r=-0.207$ ,  $p=0.001$ ). BBA alt boyutu olan diyet önerileri ( $r=0.174$ ,  $p=0,001$ ), besin maddeleri kaynakları ( $r=-0.109$ ,  $p=0.035$ ), gündelik yiyecekler ( $r=-0.170$ ,  $p=0.001$ ) ve diyet hastalık ilişkisi ( $r=-0.259$   $p=0.001$ ) alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında ters yönlü zayıf ilişkiler bulunduğu belirlenmiştir.
20. Öğrencilerin BKİ ile BBA genelinden aldıkları puanlar arasında ters yönlü zayıf ilişki bulunduğu belirlenmiştir ( $r=-0.148$   $p=0.004$ ). BBA alt boyutu olan diyet önerileri ( $r=0.112$ ,  $p=0,030$ ), gündelik yiyecekler ( $r=-0.103$ ,  $p=0.046$ ) ve diyet hastalık ilişkisi ( $r=-0.231$   $p=0.001$ ) alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında ters yönlü zayıf ilişkiler bulunduğu görülmüştür.
21. Öğrencilerin bel çevresi ile BBA genelinden aldıkları puanlar arasında ters yönlü zayıf ilişki bulunduğu belirlenmiştir ( $r=-0.217$ ,  $p=0.001$ ). BBA alt boyutu olan diyet önerileri ( $r=0.150$ ,  $p=0,004$ ), besin maddeleri kaynakları ( $r=-0.122$ ,  $p=0.018$ ), gündelik yiyecekler ( $r=-0.185$ ,  $p=0.001$ ) ve diyet hastalık ilişkisi ( $r=-0.268$   $p=0.001$ ) alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında ters yönlü zayıf ilişkiler bulunduğu saptanmıştır.
22. Öğrencilerin kalça çevresi ile BBA genelinden aldıkları puanlar arasında ters yönlü zayıf ilişki bulunduğu belirlenmiştir ( $r=-0.181$ ,  $p=0.001$ ). BBA alt

boyutu olan diyet önerileri ( $r=0.148$ ,  $p=0,004$ ), besin maddeleri kaynakları ( $r=-0.114$ ,  $p=0.028$ ), gündelik yiyecekler ( $r=-0.160$ ,  $p=0.002$ ) ve diyet hastalık ilişkisi ( $r=-0.192$   $p=0.001$ ) alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında ters yönlü ilişkiler bulunduğu saptanmıştır.

23. Öğrencilerin bel/kalça çevresi ile BBA genelinden aldıkları puanlar arasında ters yönlü zayıf ilişki bulunduğu belirlenmiştir ( $r=-0.195$ ,  $p=0.001$ ). BBA alt boyutu olan diyet önerileri ( $r=0.115$ ,  $p=0,025$ ), besin maddeleri kaynakları ( $r=-0.127$ ,  $p=0.014$ ), gündelik yiyecekler ( $r=-0.176$ ,  $p=0.001$ ) ve diyet hastalık ilişkisi ( $r=-0.216$   $p=0.001$ ) alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında ters yönlü zayıf ilişkiler bulunduğu saptanmıştır.

24. Öğrencilerin bel/boy oranı ile BBA genelinden aldıkları puanlar arasında ters yönlü zayıf ilişki bulunduğu belirlenmiştir ( $r=-0.160$ ,  $p=0.002$ ). BBA alt boyutu olan besin maddeleri kaynakları ( $r=-0.102$ ,  $p=0.049$ ), gündelik yiyecekler ( $r=-0.161$ ,  $p=0.002$ ) ve diyet hastalık ilişkisi ( $r=-0.174$   $p=0.001$ ) alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında ters yönlü zayıf ilişkiler bulunduğu saptanmıştır.

25. Erkek öğrencilerin ORTO-11 puanları ile BBA'de yer alan besin maddeleri kaynakları alt boyutundan aldıkları puanlar arasında aynı yönlü zayıf ilişki ( $r=0.173$ ,  $p=0.027$ ) saptanmıştır.

26. Öğrencilerin ORTO-11 puanları ile BBA puanları arasında aynı yönlü zayıf ilişki bulunmamıştır.



## Bölüm 7

### ÖNERİLER

1. Araştırma sonucuna göre üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi düzeylerinin düşük çıktığı saptanmıştır. Üniversite öğrencilerinde beslenme bilgi düzeylerinin artırılmasına yönelik eğitimlerin verilmesi ve öğrencilerde davranış değişikliklerinde sağlanabilmesi açısından çalışmaların yapılması önemli sonuçlar verebilir. Aynı zamanda toplum geneline yönelik beslenme bilgi düzeyinin artmasına yönelik çalışmalar yürütülebilir.
2. Ortoreksiya nervoza ve yeme bozuklukları konusunda üniversite öğrencilerinin bilinçlendirilmesi için bu konuda eğitimler verilmesi ve broşürler hazırlanması yararlı olabilir.
3. Ortoreksiya nervosa, yeme davranış bozuklukları ve beslenme bilgi düzeyi ilişkisinin belirlenmesine yönelik daha geniş örneklem büyüklüğüne ve farklı özelliklerdeki örneklerle müdahale çalışmaları yapılması yararlı olabilir.
4. BBA'nın uzun bir anket olması, özellikle öğrenciler üzerinde yapılırken zaman sıkıntısı yaşatmıştır. Bu yüzden kısa bir ölçek geliştirilmesi yararlı olabilir.
5. BBA'nın uzunluğu nedeniyle öğrencilerin besin tüketim kayıtları alınamamıştır. Gelecekte yapılacak çalışmalarda besin tüketim durumunun belirlenmesi beslenme bilgi düzeyi ve ortoreksiya nervoza ilişkisinin desteklenmesi ve açıklanmasında yararlı olabilir.

## KAYNAKLAR

- Abanoz, Z. (2008), *Obsesif Kompulsif Bozukluklu Hastalarda Yeme Semptomları ile Yeme Semptomlarını Yordayan Obsesif Kompulsif Belirtilerin Araştırılması*, Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Agopyan, A. (2015), *Comparison of body composition, cardiovascular fitness, eating and exercise habits among university students*, *Anthropologist* 19(1):145–156.
- Akfert, S., Çakıcı, E., Çakıcı ve M. (2009), *Üniversite öğrencilerinde sigara-alkol kullanımı ve aile sorunları ile ilişkisi*. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, 40-47.
- Akgül, P.G. (2018), *Özel Hastanede Çalışan Personelin Obezite Önyargıları ve Ortorektik Davranışlarının Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi.
- Aksoydan, E., & Camcı, N. (2009), *Prevalence of Orthorexia Nervosa Among Turkish Performance Artists*. *Eating Weight Disorders*, 14(1):33-37.
- Alsaffar A. (2014). *Üniversite Çalışanlarının Beslenme Bilgi Düzeyinin Belirlenmesi Ve Demografik Faktörlerin Bilgi Düzeyine Etkisinin Araştırılması*, *Uluslararası Hakemli Beslenme Araştırmaları Dergisi*,1(2), 45-57.
- Alsaffar, A. (2012), *Validation of a general nutrition knowledge questionnaire in a Turkish student sample*, *Public Health Nutrition*, 15(11), 2074–2085.

- Altman, S. E., & Shankman, S. A. (2009), *What Is The Association Between Obsessive–Compulsive Disorder And Eating Disorders?*, *Clinical Psychology Review*, 29(7), 638-646.
- Alvarenga M, Martins M, Sato K, Vargas S, Philippi S., & Scagliusi F.(2012), *Orthorexia Nervosa Behavior In A Sample Of Brazilian Dietitians Assessed By The Portuguese Version of ORTO-15*, *Eat Weight Disorders*, 17(1):29–35.
- American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic And Statical Manual For Mental Disorders*, 4th Edith, Washingto Dc: American Pschiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013), *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders*, Fifth Edition. Arlington, Va, American Psychiatric Association.
- Arata, A., Battini, V., Chiorri, C., & Masini, B. (2010), *An Exploratory Survey Of Eating Behaviour Patterns In Adolescent Students*, *Eating And Weight Disorders-Studies On Anorexia, Bulimia And Obesity*, 15(4), E200-E207.
- Arcelus, J., Witcomb, G. L., & Mitchell, A. (2014), *Prevalence Of Eating Disorders Amongst Dancers: A Systemic Review And Meta-Analysis*, *European Eating Disorders Review*, 22(2), 92-101.
- Arıca, S., Arıca, V., Arı, M., & Özer, C. (2011), *Adolesanda Yeme Bozuklukları*, *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2(5).

Arnik, M.Ç.(2009), *Bir Üniversite Kampüsündeki Öğrencilerin Yeme Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi.

Arslantaş, H., Adana, F., Öğüt, S., Ayakdaş D., ve Korkmaz, A. (2017), *Hemşirelik Öğrencilerinin Yeme Davranışları Ve Ortoreksiya Nervoza (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) İlişkisi: Kesitsel Bir Çalışma*, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 8(3):137–144.

Arusoğlu G., Kabakçı E., Köksal G., ve Merdol T. (2008). *Ortoreksiya Nervoza Ve Orto-11'in Türkçeye Uyarlama Çalışması*. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(3), 283-291.

Arusoğlu, G. (2006), *Sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya) belirtilerinin incelenmesi ve orto-15 ölçeğinin uyarlanması*. Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi.

Arusoğlu, G.(2018), *Beslenme ve Diyetetik Bölümü Erkek Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza Eğilimlerinin Belirlenmesi*, *The Journal of Academic Social Science*, 6(86):56-71.

Arusoğlu, G., Kabakçı, E., Köksal, G., Kutluay, ve M.T. (2008), *Orthorexia Nervosa and Adaptation of ORTO-11 into Turkish*, *Turkish Journal of Psychiatry*, 19(3):1-9.

Ashwell, M., Gunn, P. & Gibson, S. (2012), *Waist-to-height ration is a better screening tool than waist circumference and BMI for adult cardiometabolic risk factors: systematic review and meta-analysi*, *Obesity Reviews*, 13, 275-286.

Ashwell, M., & Hsieh, S. D. (2005), *Six reasons why the waist-to-height ratio is a rapid and effective global indicator for health risks of obesity and how its use could simplify the international public health message on obesity*, *International journal of food sciences and nutrition*, 56(5):303-307.

Asil, E., & Sürücüoğlu M.S. (2015), *Orthorexia Nervosa in Turkish Dietitians*, *Ecology of Food and Nutrition*, 54:303-313.

Atlam, D., ve Yüncü, Z. (2018), *Üniversitesi öğrencilerinde sigara, alkol, madde kullanım bozukluğu ve ailesel madde kullanımı arasındaki ilişki*. *Klinik Psikiyatri*, 20(3), 161-170.

Aydın, C. (2010), *Yeme Tutumu, Ortorektik Belirtiler Ve Ana Babaya Bağlanma Arasındaki İlişkiler*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi.

Ayhan, D. E., Günaydın, E., Gönlüaçık, E., Arslan, U., Çetinkaya, F., Asımı, H., ve Yeşim, U. (2012), *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları Ve Bunları Etkileyen Faktörler*, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 38(2), 97-104.

- Barthels, F., Meyer, F., & Pietrowsky, R. (2018), *Orthorexic and restrained eating behaviour in vegans, vegetarians, and individuals on a diet*, *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(2), 159-166.
- Baş, Y. (2014), *Diyetisyenlerde Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya Nervosa) Ve Yeme Tutumlarının Saptanması*, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi.
- Baysal, A. (2011), *Beslenme*. Hatiboğlu Yayıncılık, 13. Baskı, 9-240, Ankara.
- Baysal, A., Aksoy, M., Besler, Ht., Bozkurt, N., Keçecioglu, S., Merdol, Tk., Pekcan, G., Mercanlıgil, S., ve Yıldız, E. (2008), *Diyet El Kitabı*. Beşinci Baskı, Ankara: Hatiboğlu Yayınevi.
- Beekley, M. D., Byrne, R., Yavorek, T., Kidd, K., Wolff, J., & Johnson, M. (2009), *Incidence, Prevalence, And Risk Of Eating Disorder Behaviors In Military Academy Cadets*, *Military Medicine*, 174(6), 637-641.
- Beekley, M. D., Byrne, R., Yavorek, T., Kidd, K., Wolff, J., & Johnson, M. (2009), *Incidence, prevalence, and risk of eating disorder behaviors in military academy cadets*, *Military medicine*, 174(6), 637-641.
- Bosi, A. T. B., Çamur, D., ve Güler, Ç. (2007), *Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey)*. *Appetite*, 49(3), 661-666.

- Bratman, S., & Knight, D. (2000), *Health Food Junkies: Overcoming the Obsession with Healthful Eating*, Broadway Books, New York.
- Bukenya, R., Ahmed, A., Andrade, J. M., Grigsby-Toussaint, D. S., Muyonga, J., & Andrade, J. E. (2017), *Validity and reliability of General Nutrition Knowledge Questionnaire for adults in Uganda*, *Nutrients*, 9(2), 172.
- Bustamante, M., & Darussalam, U. B. (2012), *The other end of the continuum of healthy eating: Orthorexia*, *Brunei Darussalam Journal of Health*, 5, 20-24.
- Buxton, C., & Davies, A. (2013), *Nutritional knowledge levels of nursing students in a tertiary institution: Lessons for curriculum planning*, *Nurse Education in Practice*, 13(5), 355-360.
- Byrtek- Matera, A. (2012), *Orthorexia nervosa- An Eating Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder or Disturbed Eating Habit?*, *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1:55-60.
- Cartwright, M. M. (2004), *Eating Disorder Emergencies: Understanding The Medical Complexities Of The Hospitalized Eating Disordered Patient*, *Critical Care Nursing Clinics*, 16(4), 515-530.
- Cederlöf, M., Thornton, L. M., Baker, J., Lichtenstein, P., Larsson, H., Rück, C., & Mataix-Cols, D. (2015), *Etiological Overlap Between Obsessive-Compulsive Disorder And Anorexia Nervosa: A Longitudinal Cohort, Multigenerational Family And Twin Study*, *World Psychiatry*, 14(3), 333-338.

- Cena, H., Barthels, F., Cuzzolaro, M., Bratman, S., Brytek-Matera, A., Dunn, T., & Donini, L. M. (2018), *Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature*. Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 1-38.
- Chaki, B., Pal, S., & Bandyopadhyay, A. (2013), *Exploring scientific legitimacy of orthorexia nervosa: A newly emerging eating disorder*, Journal of Human Sport and Exercise, 8(4), 1045-1053.
- Coşkun, M.N.(2011), *Vücut Geliştirme Sporü ile İlgilenen Yetişken Erkek Bireylerde Beden Algısını Yeme Davranışı ve Besin Tüketimi ile İlişkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniveristesi.
- Çalıştır, B., Eksen, M., ve Aktaş, S.(2005),*Muğla Üniversitesi Öğrencilerinin Beslenme Konusunda Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi*, Uluslar Arası İnsan Bilimleri Dergisi,2(2),1303-5134.
- Çelik, S., Yoldaşcan, E. B., Okyay, R. A., ve Özenli, Y. (2016), *Kadın üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğunun yaygınlığı ve etkileyen etkenler*, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 17(1);42-50.
- Çelikel, F. Ç., Bingöl, T. Y., Yildirim, D., Tel, H., ve Erkorkmaz, Ü. (2009), *Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Yeme Tutumu/Eating Attitudes İn Patients With Obsessive Compulsive Disorder*, Noro-Psikiyatri Arsivi, 46(3), 86.



Dalmaz, M., ve Tekdemir Y.G. (2015), *Spor Salonunda Spor Yapanlarda Ortoreksiya Nervosa Belirtilerinin İncelenmesi*, Uluslararası Hakemli Ortopedi Travmatoloji ve Spor Hekimliği Dergisi, (4):23-39.

Daskapan A, Tuzun EH, & Eker L. (2006), *Perceived barriers to physical activity in university students* Journal of Sports Science and Medicine, 2006; 5: 615-620.

Deering, S. (2001), *Eating Disorders: Recognition, Evaluation And Implications For Obstetrician/ Gynecologist, Primary Care Update Obstetricians/ Gynecologist*, 8(1):31-35.

Deliens, T., Clarys, P., De Bourdeaudhuij, I., & Deforche, B. (2014), *Determinants of eating behaviour in university students: a qualitative study using focus group discussions*, BMC public health, 14(1), 53.

Dell'Osso, L., Carpita, B., Muti, D., Cremone, I. M., Massimetti, G., Diadema, E, & Carmassi, C. (2018), *Prevalence and characteristics of orthorexia nervosa in a sample of university students in Italy*, Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 23(1), 55-65.

Deveci, B., Deveci, B., & Avcıkurt, C. (2017), *Yeme Davranışı: Gastronomi Ve Mutfak Sanatları Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma*, Journal Of Tourism And Gastronomy Studies, 5(3):118-134.

- Dickson-Spillmann M., & Siegrist M. (2011), *Consumers' Knowledge Of Healthy Diets And Its Correlation With Dietary Behaviour*. J Hum Nutrition And Dietetics, (24), 54–60.
- Donini, L.M., Marsili, D., Gaziani, M.P., Imbriale, M., & Cannella, C. (2004), *Orthorexia Nervosa: A Preliminary Study with a Proposal for Diagnosis and an Attempt to measure the dimension of the phenomenon*, Eating Weight Disaorders, 9(2):151-157.
- Dölekoğlu C., Şahin A., ve Giray F. (2015). *Kadınlarda Fonksiyonel Gıda Tüketimini Etkileyen Faktörler: Akdeniz İlleri Örneği*, Tarım Bilimleri Dergisi, 21, 572-584.
- Dunn, T. M., & Bratman, S. (2016), *On orthorexia nervosa: a review of the literature and proposed diagnostic criteria*, Eating behaviors, 21, 11-17.
- Duran, S.(2016).*Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervosa(Sağlıklı Beslenme Takıntısı)Riski Ve Etkileyen Faktörler*, Pamukkale Tıp Dergisi,9(3),220-226.
- Dyson, R., & Renk, K. (2006), *Freshmen adaptation to university life: Depressive symptoms, stress, and coping*, Journal of clinical psychology, 62(10), 1231-1244.
- Ercan, A., ve Alphan E. ( 2013),*Yeme Bozuklukları, Hastalıklarda Beslenme Tedavisi*, 1. Baskı:Hatiboğlu Yayınları, Ankara.

Ergin, G. (2014), *Sağlık Personeli olan ve olmayan bireylerde Ortoreksiya Nervozu Sıklığı Araştırması*, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi.

Ergün, A., ve Ertan, S. (2004), *Öğrencilerde vücut kitle indeksi ve bel çevresi değerlerinin incelenmesi*, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 57(2), 57-61.

Eriksson, L., Baigi, A., Marklund, B., & Lindgren, E. C. (2008), *Social physique anxiety and sociocultural attitudes toward appearance impact on orthorexia test in fitness participant*, Scandinavian journal of medicine & science in sports, 18(3), 389-394.

Ermış, E., Doğan, E., Erilli, N., ve Satıcı, A.(2015), *Üniversite öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Örneği*, Spor ve Performans Araştırmaları Dergisi, 6(1):30-40.

Erol, Ö. (2018), *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Ortoreksiya Nervozu Belirtilerinin ve Yeme Tutumlarının Saptanması*, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi.

Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A., & O'connor, M. E. (1998), *Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study*, Archives of general psychiatry, 55(5), 425-432.

- Fidan, T., Ertekin, V., Işıkay, S., & Kırpınar, I. (2010), *Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey*. *Comprehensive psychiatry*, 51(1), 49-54.
- Fonseca, H., Ireland, M., & Resnick, M.D. (2022), *Familial Corralates Of Extreme Weight Control Behaviors Among Adolescents*, *International Journal Of Eating Disorders* 2002; 32(4): 441-8.
- Gezer, C., ve Kabaran, S. (2013), *Beslenme Ve Diyetetik Bölümü Kız Öğrencileri Arasında Görülen Ortoreksiya Nervosa Riski*, *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1):14-22.
- Gezmen, M.K., Elibol, E.Y., Yıldırım, H., Akbulut, G., Çelik, M.G., Değirmenci, M., Söğüt, M., Güneş, M., ve Dinler M.F.(2016), *Sağlıklı Yetişkin Bireylerde Yeme Tutum ve Ortorektik Davranışlar ile Obezite arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*, *Gazi Medical Journal*, 27:107-114.
- Glaser, D.R., Attia, E., & Walsh, B.T. (2015), *Feeding And Eating Disorders In Psychiatry*, Fourth Edition, New York, Wiley.
- Gonidakis, F., Sigala, A., Varsou, E., & Papadimitriou, G. (2009), *A study of eating attitudes and related factors in a sample of first-year female nutrition and dietetics students of Harokopion University in Athens, Greece*. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 14(2-3):121-127.

Gramaglia, C., Brytek-Matera, A., Rogoza, R., & Zeppegno, P. (2017), *Orthorexia and anorexia nervosa: two distinct phenomena? A cross-cultural comparison of orthorexic behaviours in clinical and non-clinical samples*, BMC psychiatry, 17(1), 75.

Grammatikopoulou, M. G., Gkiouras, K., Markaki, A., Theodoridis, X., Tsakiri, V., Mavridis, P., & Chourdakis, M. (2018), *Food addiction, orthorexia, and food-related stress among dietetics students*, Eating and Weight Disorders- Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 1-9.

Güleç, M., Yabancı, N., Göçgeldi, E., ve Bakır, B. (2008), *Ankara'da İki Kız Öğrenci Yurdunda Kalan Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıkları*, Gülhane Tıp Dergisi, 50:102-109.

Güler, A. (2003), *İlköğretim İkinci Kademesinde Eğitim Gören Öğrencilere Verilen Beslenme Eğitiminin Öğrencilerin Beslenme Durumu, Bilgi Ve Alışkanlıklarına Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi.

Güler, M., Demirci, K., Karakuş.,K., Kişioğlu, NA., Zengin, E., ve Yozgat, Z. (2014), *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde umutsuzluk depresyon sıklığı ve sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkinin belirlenmesi*. Int J Basic Clin Med, 2(1), 32-37.

Harrison, K., & Cantor, J. (1997), *The Relationship Between Media Consumption And Eating Disorders*, Journal Of Communication, 47(1), 40-67.

- Hendrie, G. A., Cox, D. N., & Coveney, J. (2008), *Validation Of The General Nutrition Knowledge Questionnaire In An Australian Community Sample*, *Nutrition & Dietetics*, 65(1), 72-77.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr, H. G., & Kessler, R. C. (2007), *The Prevalence And Correlates Of Eating Disorders In The National Comorbidity Survey Replication*, *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358.
- İkinci, Ö. (2010), *Sağlıklı Beslenme Saplantı Olursa?.* *Bilim ve Teknik Dergisi*, TÜBİTAK, 516, 38-41.
- Jimerson, S. R., Pavelski, R., & Orlist, M. (2002), *Helping Children With Eating Disorders: Quintessential Research On Etiology, Prevention, Assessment, And Treatment.* *Handbook Of Crisis Counseling, Intervention, And Prevention In The Schools*, 393.
- Jones, A. M., Lamp, C., Neelon, M., Nicholson, Y., Schneider, C., Swanson, P. W., & Zidenberg-Cherr, S. (2015), *Reliability And Validity Of Nutrition Knowledge Questionnaire For Adult.* *Journal Of Nutrition Education And Behavior*, 47(1), 69-74.
- Kaya, Z. (2018), *Beslenme ve Diyetetik Bölümü Öğrencilerinde Sağlıklı Yeme Takıntısının (Ortoreksiya Nervosa) değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi.

- Kaya, Z. (2018), *Beslenme ve Diyetetik Bölümü Öğrencilerinde Sağlıklı Beslenme Takıntısının Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi.
- Kazkondur, İ. (2010), *Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervosa (Sağlıklı Beslenme Takıntısı)Belirtilerinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi.
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016), *Epidemiology Of Eating Disorders In Europe: Prevalence, Incidence, Comorbidity, Course, Consequences, And Risk Factors*, *Current Opinion In Psychiatry*, 29(6), 340-345.
- Khabaz, M.N., Bakarman, M.A., Baig, M., Ghabrah, T.M., Butt, M.S., Alghanmi, F. Balubaid, A., Alzahrani, A., & Hamouh, S.(2017), *Dietary habits,lifestyle Pattern and Obesity Among Young Saudi University Students*.*Journal of Pakistan Medical Association*, 67(10):1541-1546.
- Kinzl, J.F., Hauer, K., Traweger, C., & Kiefer, I.(2006), *Orthorexia Nervosa in Dieticians*, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75:395-396.
- Kliemann, N., Wardle, J., Johnson, F., & Croker, H. (2016), *Reliability and Validity of a Revised Version Of The General Nutrition Knowledge Questionnaire*, *European Journal Of Clinical Nutrition*, 70(10), 1174.
- Korinth, A., Schiess, S., & Westenhoefer, J. (2009), *Eating Behavior Andeating Disorders In Students Of Nutrition Sciences*, *Public Health Nutrition*, 13(1):32–37.

Köroğlu, E., (2001), *DSM-IV-TR, Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (çeviri)*, Amerikan Psikiyatri Birliği.

Küçükgöncü, S., & Beştepe, E. (2014), *Night eating syndrome in major depression and anxiety disorders*, Nöro Psikiyatri Arşivi, 51(4), 368.

Langdon-Daly, J., & Serpell, L. (2017), *Protective Factors Against Disordered Eating In Family Systems: A Systematic Review Of Research*, Journal Of Eating Disorders, 5(1), 12.

Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Gordon, K. H., Kaye, W. H., & Mitchell, J. E. (2015), *Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature*, Clinical psychology review, 40, 111-122.

Mataix, J. (2012), *Cut of the Body Beautiful at What Cast?*, Actas Dermo-Sifiliográficas, 103(8),655-660.

Matsunaga, H., Kiriike, N., Iwasaki, Y., Miyata, A., Yamagami, S., & Kaye, W. H. (1999), *Clinical Characteristics In Patients With Anorexia Nervosa And Obsessive–Compulsive Disorder*, Psychological Medicine, 29(2), 407-414.

McInerney-Ernst, E. M. (2011), *Orthorexia nervosa: Real construct or newest social trend?* Doctoral dissertation, University of Missouri-Kansas City.



- Micali, N., Martini, M. G., Thomas, J. J., Eddy, K. T., Kothari, R., Russell, E., & Treasure, J. (2017), *Lifetime And 12-Month Prevalence Of Eating Disorders Amongst Women In Mid-Life: A Population-Based Study Of Diagnoses And Risk Factors*, *Bmc Medicine*, 15(1), 12.
- Miller, L. M. S., & Cassady, D. L. (2015), *The Effects Of Nutrition Knowledge On Food Label Use. A Review Of The Literature*, *Appetite*, 92, 207-216.
- Mohammadiazhad, A.K. (2016), *Üniversite Öğrencilerinde Farklı Beslenme İndeksleri ile Yeme Davranışının Değerlendirilmesi*, Yükek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi.
- Moy, J., Petrie, T. A., Dockendorff, S., Greenleaf, C., & Martin, S. (2013), *Dieting, exercise, and intuitive eating among early adolescents*, *Eating behaviors*, 14(4), 529-532.
- Oberle, C. D., & Lipschuetz, S. L. (2018), *Orthorexia symptoms correlate with perceived muscularity and body fat, not BMI*, *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23:363–368.
- Oğur S., Aksoy A., ve Güngör Ş. (2015), *Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nevroza Eğiliminin Belirlenmesi*, *Beü Fen Bilimleri Dergisi* ,4(2), 93-102.
- Oğur, S., ve Aksoy, A. (2015), *Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nevroza Eğiliminin Belirlenmesi*, *Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 4(2).

Orhan, F. Ö., ve Tuncel, D. (2009), *Gece yeme bozuklukları*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 1(2).

Özçoban, M. A., Aydın, A., Oğuz, T., ve Aydın, S. (2018), *Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Klinik Değerlendirme Ölçekleri İle Eeg Senkronizasyonu Arasındaki Korelasyon*, Süleyman Demirel Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi.

Özdoğan, A. G. Y., Yardımcı, H., ve Özçelik, A. Ö. (2012), *Yurttan Kalan Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları*, Karadeniz Uluslararası Bilimsel Dergi, 1(15), 139-149.

Özenoğlu, A., ve Gökhan, D. (2015), *Üniversite Gençliğinde Yeme Bozukluğunun Yordayıcıları Olarak Benlik Saygısı Ve Beslenme Eğitiminin Ortoreksiya Nervoza Gelişmesi Üzerine Etkisi*, Bozok Tıp Dergisi, 5(3), 5-14.

Öztürk, M.O. (2004),*Ruhsal Etkene Bağlı Olan Fizyolojik İşlev Ya Da Yapı Bozuklukları, Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları*, 10. Basım, Ankara.

Passel, B., Danner, U., Dingemans, A., Van Furth, E., Sternheim, L., Van Elburg, A., & Cath, D. (2016), *Cognitive Remediation Therapy (Crt) As A Treatment Enhancer Of Eating Disorders And Obsessive Compulsive Disorders: Study Protocol For A Randomized Controlled Trial*, BMC Psychiatry, 16(1), 393.

Pekcan, G. (2012), *Beslenme durumunun saptanması*, 2. Basım, Ankara: Hatipoğlu Basım.

Pekcan, G.(2011), *Beslenme durumunun saptanması*,6. Basım, Ankara: Hatipoğlu Basım.

Poyraz, C. A., Tüfekçioğlu, E. Y., Özdemir, A., Baş, A., Kani, A. S., Erginöz, E., ve Duran, A. (2015), *Relationship Between Orthorexia And Obsessive-Compulsive Symptoms In Patients With Generalised Anxiety Disorder, Panic Disorder And Obsessive Compulsive Disorder*, In Yeni Symposium, 53(4);22-26.

Ramacciotti, C. E., Perrone, P., Coli, E., Burgalassi, A., Conversano, C., Massimetti, & G., Dell'Osso, L. (2011), *Orthorexia nervosa in the general population: a preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15)*. Eating and weight disorders-Studies on anorexia, bulimia and obesity, 16(2), 127-130.

Rand, C. S., Macgregor, A. M., & Stunkard, A. J. (1997), *The night eating syndrome in the general population and among postoperative obesity surgery patients*, International Journal of Eating Disorders, 22(1), 65-69.

Rangel, C., Dukeshire, S., & MacDonald, L. (2012), *Diet and anxiety. An exploration into the Orthorexic Society*, Appetite, 58(1), 124-132.

Reynolds, R. (2018), *Is the prevalence of orthorexia nervosa in an Australian university population 6.5%?*, Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 23(4), 453-458.

Rose, A.M., Williams, R.A., Hanks, A.S., Kennel, J.A., & Gunther, C. (2017), *Milk vending does not improve college students milk and calcium intakes*, Health Promotion Practice.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme Ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi. Türkiye Beslenme Ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu Ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu*. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 931, Ankara 2010.

Satalic, Z., Baric, I.C., & Keser, I. (2007), *Dietquality in Croation University Students. Energy, Macronutrient and Micronutrient intakesAccording to gender*, International Journal Food Science Nutrition, 58(5):398-410.

Scagliusi, F. B., Nakagawa, K. A., Campos, R. M., Kotait, M., Fabbri, A., Sato, P., & Cordás, T. A. (2009), *Nutritional Knowledge, Eating Attitudes And Chronic Dietary Restraint Among Men With Eating Disorders*, Appetite, 53(3), 446-449.

Scagliusi, F.B., Nakagawa, K.A., Campos, R.M., Katait, M., Fabbri, A., Sato, P., & Cordas, T.A. (2009), *Nutritional knowledge, eating attitudes and chronic dietary retrainment among men with eating disorders*, Appetite, 53:466-449.

Silliman, K., Rodas-Fortier, K., & Neyman, M. (2004), *A survey of dietary and exercise habits and perceived barriers to following a healthy lifestyle in a college population*, Cal J Health Promot, 18, 281.

- Sinir, G., İncedayı, B., Çopur, Ö., Kaplan, E., ve Bekaroğlu, M. (2015). *Uludağ Üniversitesi'nde Eğitim gören Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıklarının Araştırılması*, Uludağ Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi, 28(2):37-47.
- Siyez, D. (2006), *Yeme Bozukluğu Olan Çocuklar ve Ergenler Etiyolojisi ile ilgili Çalışmalar, Müdahale, Değerlendirme ve Tedavi*, Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi, 20:21-27.
- Son, G. E., Van Hoeken, D., Bartelds, A. I., Van Furth, E. F., & Hoek, H. W. (2006), *Urbanisation and the incidence of eating disorders*, The British Journal of Psychiatry, 189(6), 562-563.
- Sönmez, A. Ö. (2017), *Çocuk Ve Ergenlerde Yeme Bozuklukları*, Psikiyatride Guncel Yaklasımlar, 9(3), 301-316.
- Sözmen, K., Ünal, B., Sakarya, S., Dinç, G., Yardım, N., Keskinılıç, B., ve Ergör, G. (2016), *Türkiye'de antropometrik ölçüm yöntemlerinin kardiyovasküler hastalık riski ile ilişkisi*. Dicle Tıp Dergisi, 43(1), 99-106.
- Spitzer, R.L., Stunkard, A.J., Yanovski, S., Marcus, M.D., Wadden, T., Wing, R., Mitchell, J., & Hasin, D. (1996), *Binge eating Disorders Should be Included in DSM-4: A Reply to Firtburnet al's. The Classification of recurrent overeating: the Binge eating Disorder, proposal*, International Journal Eating Disorders, 13:161-169.

Spronk, I., Kullen, C., Burdon, C., & O'connor, H. (2014), *Relationship Between Nutrition Knowledge And Dietary İntake*, British Journal Of Nutrition, 111(10), 1713-1726.

Steinhausen, H.C. (2004), *Anorexia and bulimia nervosa*, Child and adolescent psychiatry, 4. Basım, 555-70.

Steinhousen, H.C.(2004), *Anorexia and Bulumia Nervosa Child and Adolescent Psychiatry*,4. Basım.

Stochel M, Joanna Hyrnik JH, Ireneusz Jelonek IJ, Jan Zejda JZ, & Malgorzata Janas-Kozik M.J.K. (2013), *Orthorexia among Polish urban youth*, European Neuropsychopharmacology, 23(2):527–528.

Şanlıer N., Ayhan B., ve Ayyıldız F. (2015,). *Beslenme Ve Diyetetik Alanında Sıklıkla Kullanılan Ölçekler*. Uluslararası Hakemli Beslenme Araştırmaları Dergisi, (5), 47- 68.

Şanlıer N., Konaklıoğlu E., ve Güçer E. (2009), *Gençlerin Beslenme Bilgi, Alışkanlık Ve Davranışları İle Beden Kütle İndeksleri Arasındaki İlişki*. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 29 (2), 333-352.

Şanlıer, N. (2005), *Gençlerde biyokimyasal bulgular, antropometrik ölçümler, vücut bileşimi, beslenme ve fiziksel aktivite durumlarının değerlendirilmesi*, Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 25(3): 47-73.

Şanlıer, N., Yassibas, E., Bilici, S., Şahin, G., ve Çelik B. (2016), *Does The Rise In Eating Disorders Lead To Increasing Risk Of Orthorexia Nervosa? Correlations With Gender, Education, And Body Mass Index*, Ecology of Food and Nutrition, 55(3), 266-278.

Tek N.A., ve Ermumcu K.M.Ş. (2016), *Sağlık Profesyonellerinde Sağlıklı Beslenme Kaygısı: Ortoreksiya Nervoza (ON) Healthy Eating Concern In Health Professionals: Orthorexia Nervosa (ON)*, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(2): 59-71

The National Institute of Mental Health: [www.nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov)

Tozzi, F., Sullivan, P. F., Fear, J. L., Mckenzie, J., & Bulik, C. M. (2003), *Causes And Recovery In Anorexia Nervosa: The Patient's Perspective*. International Journal Of Eating Disorders, 33(2), 143-154.

Türkiye Beslenme Rehberi (2015), *T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu*, Ankara.

Ünalın, D., Öztop, B.Ö., Elmalı, F., Öztürk, A., Konak, D., Pırlak, B., ve Güneş, D. (2009), *Bir grup Sağlık Yüksekokulu Öğrencisinin Yeme Tutumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki*, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 16(2):75-81.

- Ürer, M. (2005), *Taşımali Ve Taşımali Olmayan İlköğretim İkinci Kademe Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları Ve Diyet Örüntüleri Üzerine Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi.
- Valera, J. H., Ruiz, P. A., Valdespino, B. R., & Visioli, F. (2014), *Prevalence of orthorexia nervosa among ashtanga yoga practitioners: A pilot study*, *Eating and Weight Disorders*, 9(4), 469-472.
- Vançelik, S., Önal, S.Ö., Güraksın, A., ve Beyhun, E.(2007), *Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Bilgi Ve Alışkanlıkları İle İlişkili Faktörler*, *Tsk Koruyucu Hekimlik Bülteni*,6(4),242-248.
- Varga, M., Dukay-Szabó, S., Túry F, & van Furth, E.F. (2013), *Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa*, *Eat Weight Disorders*, 18(2):103–111.
- Vassign, G. (2012), *Üniversite Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Durumları ile Sağlıklı Beslenme İndekslerinin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi.
- Von Ah, D., Ebert, S., Ngamvitroj, A., Park, N., & Kang, D. H. (2004), *Predictors of health behaviours in college students*, *Journal of advanced nursing*, 48(5), 463-474.
- Wardle, J., Parmenter, K., & Waller, J. (2000). *Nutrition Knowledge And Food Intake*. *Appetite*, 34(3), 269-275.



- Weaver, L., & Liebman, R. (2011), *Assessment of anorexia nervosa in children and adolescents*, Current psychiatry reports, 13(2), 93-98.
- Wheeler, K., Greiner, P., & Boulton, M. (2005), *Exploring Alexithymia, Depression, And Binge Eating In Self-Reported Eating Disorders In Women*, Perspectives In Psychiatric Care, 41(3), 114-123.
- World Health Organization, (2011), *Global status report on alcohol and health*. Son erişim:02 Ağustos 2018web: [http://www.who.int/alcohol\\_2011](http://www.who.int/alcohol_2011)
- World Health Organization, (2011), *Waist circumference and waist-hip ratio*. Report of a WHO expertnconsultation, Geneva, 8-11 December 2008, Son Erişim: 20 Mayıs 2018, Web: <http://who.int/iris/bitstream/handle>
- Wu, K. D. (2008), *Eating Disorders And Obsessive–Compulsive Disorder: A Dimensional Approach To Purported Relations*, Journal Of Anxiety Disorders, 22(8), 1412-1420.
- Xu, Z., Qi, X., Dahl, A.K., & Xu, W. (2013), *Waist to height ratio is the best indicator for undiagnosed Type 2 diabete*. Diabetic Medicine,30:201-207.
- Yager, J., & Andersen, A. E. (2005), *Anorexia nervosa*, New England Journal of Medicine, 353(14), 1481-1488.

- Yıldırım, İ., Yıldırım, Y., Işık, Ö., Karagöz, S., Ersöz, Y., ve Doğan, I. (2017), *Üniversite öğrencilerinde farklı ölçüm yöntemlerine göre obezite prevalansı*, İnönü Üniversitesi, Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 4(2), 20-33.
- Yıldız, A., Ocak, Y., ve Tunçbilek, A. (2015), *BIA yöntemiyle vücut kompozisyonu ölçümlerinde akut sıvı kaybı ve vücut yağ oranı ilişkisinin araştırılması*, Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi Ve Spor Bilimleri Dergisi, 9, 26-30.
- Yılmaz, E., ve Özkan, S. (2007), *Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının incelenmesi*, 6(2), 89-101.
- Yurtsever, S.S., ve Sütçü, S.T. (2017), *Algılanan Ebeveynlik Biçimleri İle Yeme Tutumu Arasındaki İlişkide Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Ve Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracı Rolü*, Türk Psikoloji Dergisi, 32(80):20-37.
- Yücel, B. (2015), *Sağlık Çalışanlarının Beslenme Alışkanlıkları Ve Beslenme Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi.
- Zamora, M.L.C., Bonaachea, B.B., Sánchez, F.G., & Rial, B.R. (2005), *Orthorexia nervosa: a new eating behavior disorder?*, Actas Españolas de Psiquiatría, 33(1):66–68.

## **EKLER**

## Ek 1: Etik Kurul Onayı



**Eastern  
Mediterranean  
University**  
"For Your International Career"

P.K.: 99628 Gazimağusa, KUZEY KIBRIS /  
Famagusta, North Cyprus,  
via Mersin-10 TURKEY  
Tel: (+90) 392 630 1995  
Faks/Fax: (+90) 392 630 2919  
bayek@emu.edu.tr

Etik Kurulu / Ethics Committee

**Sayı:** ETK00-2018-0157  
**Konu:** Etik Kurulu'na Başvurunuz Hk.

13.04.2018

Sayın Dyt. Melis Tarhan  
Beslenme ve Diyetetik Bölümü  
Yüksek Lisans Öğrencisi

Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun **02.04.2018** tarih ve **2018/57-08** sayılı kararı doğrultusunda, **Doğu Akdeniz Üniversitesi Öğrencilerinin Beslenme Bilgi Düzeyi ve Ortoreksiya Nevroza Riskinin Değerlendirilmesi** adlı tez çalışmanızı, Yrd. Doç. Dr. Ceren Gezer'in danışmanlığında araştırmanız, Bilimsel ve Araştırma Etiği açısından uygun bulunmuştur.

Bilginize rica ederim.



**Doç. Dr. Şükrü Tüzmen**  
Etik Kurulu Başkanı

ŞT/sky.

www.emu.edu.tr

## Ek 2: Anket Formu

**DOĞU AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ BESLENME VE DİYETETİK BÖLÜMÜ**  
**DOĞU AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN BESLENME BİLGİ DÜZEYİ VE**  
**ORTOREKSİYA NEVROZA RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

ANKET NO:

TARİH:

1	Cinsiyet:	1. Erkek 2. Kadın
2	Doğum Tarihiniz:	...../...../.....
3	Medeni Durumunuz:	1.Evli 2.Bekar
4	Fakülte :	1.Eczacılık 8. Mühendislik 2.Eğitim 9. Sağlık Bilimleri 3. Fen ve Edebiyat 10.Tıp 4. Hukuk 11.Turizm 5.İletişim 6. İşletme/Ekonomi 7.Mimarlık
5	Şuanda Okuduğunuz Sınıf :	0-Hazırlık 1- 1.yıl 2- 2.yıl 3- 3.yıl 4- 4.yıl 5. Y.Lisans 6.Doktora
6	Toplam Eğitim Süreniz(yıl):	.....
7	Yaşadığınız Yer :	1. Evde ailesi ile birlikte 2. Evde arkadaşları ile birlikte 3. Evde tek başına 4.Yurtta 5. Diğer(.....)
8	Doktor tarafından tanısı konulmuş herhangi bir sağlık sorununuz var mı?	1. Hayır 2. Evet 1.Astım 12.Polikistik Over Sendromu 2.Kalp-Damar Hast. 13.Böbrek Hastalıkları 3.Tıp 1 DM 14.Mide Hastalıkları 4. Tıp 2 DM 15. Kemik- Eklem Hastalıkları 5. İnsülin direnci 16.Skolyoz 6.Tiroid Hast. 17.Demir eksikliği anemisi 7.Tansiyon Hast. 18.Karaciğer- Safra kesesi Hast. 8.Yeme Bozukluğu 19.Hiperlipidemi-Hiperkolesterolemi 9.Şişmanlık 20.Bağırsak Hast. 10. Besin Alerjisi 21. Diğer..... 11. Sinir Sistemi Hast.
9	Son bir yılda, doktor önerisi ile düzenli olarak kullandığınız herhangi bir ilaç var mı?	1. Hayır 2. Evet 1.Diüretik ilaçlar 9.Antiasit ilaç 2.Şeker ilacı 10.Kalp için ilaçlar 3.İnsülin 11.Tansiyon için ilaçlar 4.Tiroid İlacı 12.Migren ilacı 5.Anti-depresan ilaçlar 13. Epilepsi ilacı 6.Kolesterol ilacı 14. Diğer..... 7.Alerji ilacı (antihistamin) 8.Mide ülseri/ Gastrit ilacı

10	Hastahığınız için tıbbi beslenme tedavisi uyguluyor musunuz?	1. Hayır	2. Evet 1. Düşük yağ-kolesterolü 2. Tuzsuz, sodyum kısıtlı 3. Diyabete uyumlu 4. Düşük posalı 5. Yüksek posalı 6. Protein kısıtlı 7. Diğer (.....)			
11	Beslenme tedavinizi kimden aldınız?	1. Diyetisyen	2. Doktor	3. Diğer sağlık personeli	4. Gazete, dergi	
		5. Radyo, TV	6. Komşu-arkadaş	7. Diğer (.....)		
12	Sigara kullanıyor musunuz?	1. Hayır				
		2. .... yıl içtim, bıraktım.				
		3. Evet, halen içiyorum. Adet: ..... a) gün b) hafta c) ay Süresi: ..... a) ay b) yıl				
13	Alkol kullanıyor musunuz?	1. Hayır				
		2. Evet İçeceğin türü: ..... İçeceğin miktarı: ..... Tüketim sıklığı: a) Her gün b)Haftada .....Kez c)Ayda ..... Kez				
14	Düzenli spor/egzersiz yapıyor musunuz?(son bir hafta içinde en az 3 kez günde 30dk ve üzeri aktivite yaptınız mı?)	1. Hayır				
		2. Evet Egzersiz/spor türü: ..... Süresi: .....dk/ gün				
15	Günde kaç öğün yemek yersiniz?	.....Ana öğün .....Ara öğün				
16	Aşağıdaki tabloda, öğünlerinizi genellikle nerede tükettiğinizi işaretleyiniz.					
		Nerede	Sabah	Oğle	Akşam	Ara öğün
		1.Ev				
		2.Lokanta				
		3.Yemekhane				
		4.Kantin				
		5.Yurt odası				
		6.Fast-food restoran				
		7.Diğer(.....)				
17	Aşağıdaki tabloda, öğünlerinizi genellikle kiminle tükettiğinizi işaretleyiniz.					
		Kiminle	Sabah	Oğle	Akşam	Ara öğün
		1. Aile				
		2. Arkadaş				
		3.Yalnız				

18	Öğün atlar mısınız?	1. Evet    2. Hayır    3. Bazen
19	Cevabınız "evet" veya "bazen" ise genelde hangi öğünü atlıyorsunuz?	1. Sabah    2. Öğle    3. Akşam    4. Ara Öğün
20	Öğün atlama nedeniniz nedir? (En fazla 3 seçenek işaretleyiniz)	1. Zaman yetersizliği 2. Canı istemiyor, iştahsız 3. Hazır yemek olmadığı için 4. Zayıflamak istiyor 5. Alışkanlığı yok 6. Maddi olanaksızlık 7. Diğer(.....)
21	Beslenme ile ilgili bilgilere nereden erişiyorsunuz? (Birden çok seçenek işaretlenebilir.)	1.Kitle iletişim araçları (gazete, dergi, TV, internet) 2.Kitap, bilimsel yayın vs. 3.Diyetisyen 4.Doktor 5.Sağlık kulüpleri (zayıflama merkezleri) 6.Çevre (arkadaş, aile) 7. Diğer (Belirtiniz).....

#### ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

Antropometrik Ölçümler	Ölçüm
Vücut ağırlığı (kg)	
Boy uzunluğu (cm)	
BKI (kg/m <sup>2</sup> )	
Bel çevresi (cm)	
Kalça çevresi (cm)	
Bel/Kalça çevresi	
Bel/Boy oranı	

## Ek 3: Beslenme Düzeyi Anket Ölçeği

### BESLENME BİLGİSİ ANKETİ

A. İlk bir kaç soru uzmanların bize verdiği bilgiler ile ilgili olarak ne düşündüğünüzü göstermektedir.

A1. Sizde sağlıklı ile ilgili konularda uzman olan kişiler aşağıdaki gıdaları eskiye oranla daha çok mu, aynı miktarda mı ya da daha az miktarlarda mı tüketmemizi önermektedir? (Her bir gıda için lütfen bir kutucuk işaretleyiniz)

	Daha çok	Aynı miktarda	Daha az	Emin değilim
Sebzeler				
Şekerli gıdalar				
Kırmızı et, sakatat				
Niğastalı gıdalar				
Yağlı gıdalar				
Yüksek oranda posa (diyet lifi) içeren gıdalar				
Meyveler				
Tuzlu gıdalar				

A2. Uzmanlar günde kaç porsiyon sebze ve meyve tüketmemizi önermektedir?

Örneğin bir porsiyon meyve 1 orta boy elma, bir porsiyon sebze 1 orta boy havuçtur.

a) 3 b) 4 c) 5 d) Emin değilim

A3. Uzmanlar hangi tip yağların kullanımının azaltılmasının sağlığımız için önemli olduğunu söylemektedir? (Seçeneklerden birini işaretleyiniz)

a) Tekli doymamış

b) Çoklu doymamış

c) Doymuş

d) Emin değilim



A4. Tuz gıdaların yapısında bulunabilir ya da bizler tarafından sonradan gıdalara eklenebilir. Uzmanlar bir günde tükettiğimiz toplam tuz miktarının ne kadardan fazla olmaması gerektiğini söylemektedirler? (Seçeneklerden birini işaretleyiniz)

- a) Bir çay kaşığından (3 g) fazla olmamalı c) Bir yemek kaşığından fazla (10 g) olmamalı  
b) Bir tatlı kaşığından fazla (6 g) olmamalı d) Emin değilim

B. Uzmanlar gıdaları gruplara ayırmışlardır. Bu bölümde, bu gruplarda hangi gıdaların yer aldığını biliniz bilinmediğini belirlemek istiyoruz.

B1. Aşağıdaki şeker eklenmiş gıdaları şeker içeriklerine göre yüksek ya da düşük olarak sınıflandırınız (Her bir gıda için tek bir kutucuk işaretleyiniz).

	Yüksek	Düşük	Emin değilim
Hazır nar ekşisi sosları			
Hazır meyveli yoğurt			
Dondurma			
Konsantre meyve suyu			
Ketçap			
Fındık ezmesi (Sarelle vs.)			

B2. Sizce aşağıdakilerden hangisi yüksek ya da düşük miktarda yağ içerir? (Her bir gıda için tek bir kutucuk işaretleyiniz).

	Yüksek	Düşük	Emin değilim
Makarna (pişmiş, sade)			
Düşük yağlı margarin			
Simit			
Salam			
Bal			
Kızarmış yumurtalı ekmek			
Kuruyemiş			
Ekmek			
Lor peyniri			
Ayçiçek yağı			

B3. Sizce uzmanlar aşağıdakilerden hangisini 'nişastalı gıda' olarak kabul etmektedir? (Her bir gıda için tek bir kutucuk işaretleyiniz)

	Evet	Hayır	Emin değilim değilim
Peynir			
Makarna			
Teravyağı			
Kuruyemiş			
Pilav			
İrmik mahallebisi			

B4. Aşağıdaki gıdaların tuz içeriğini yüksek ya da düşük olarak belirtiniz. (Her bir gıda için tek bir kutucuk işaretleyiniz)

	Yüksek	Düşük	Emin değilim
Sosis			
Makarna			
Fıstık balık / ciros			
Kırmızı et			
Domates sebze			
Salamura peynir			

B5. Aşağıdaki gıdaların protein içeriğini yüksek ya da düşük olarak belirtiniz. (Her bir gıda için tek bir kutucuk işaretleyiniz)

	Yüksek	Düşük	Emin değilim
Tavuk			
Peynir			
Meyve			
Piyaz			
Tereyağı			
Soya fasulyesi			
Mantar			

B6. Aşağıdaki gıdalar trans yağ asidi içerir mi? (Her bir gıda için tek bir kutucuk işaretleyiniz)

	Evet	Hayır	Emin değilim
Margarin			
Kaşar peyniri			
Hızır kuru pasta			
Ay çekirdeği			
Zeytin yağı			
Cipsler			

B7. Aşağıdaki gıdaların posa (diyet lifi) içeriğini yüksek ya da düşük olarak belirtiniz. (Her bir gıda için tek bir kutucuk işaretleyiniz)

	Yüksek	Düşük	Emin değilim
Tam tahıllı kalıcaltı gevreği			
Yumurta			
Kırmızı et			
Brüksel lahanası			
Balık			
Kuru kayın			
Peynir			
Piyaz			

B8. Aşağıdaki gıdaların doymuş yağ içeriğini yüksek ya da düşük olarak belirtiniz. (Her bir gıda için tek bir kutucuk işaretleyiniz)

	Yüksek	Düşük	Emin değilim
Unlu ürün			
Dana kıyması (tam yağlı)			
Zeytin yağı			
Kaşar peyniri			
Ayçiçek yağlı margarin			
Badem / fındık			
Kaymak			

B9. Sence uzmanlar aşağıdaki gıdaları kırmızı etin yerine protein alımı içeriği açısından bir alternatif olarak önermekte midir? (Her bir gıda için tek bir kutucuk işaretleyiniz)

	Evet	Hayır	Emin değilim
Çiğner sote			
Salım			
Piyaz (kuru fasulye)			
Kuruymuş			
Düşük yağlı peynir			
Milföy bacağı / kiş			

B10. Bazı gıdaların yağ içeriği yüksektir ancak bu gıdalar kolesterol içermez olabilirler. (Bir tanesini işaretleyiniz)

a) Katılıyorum      b) Katılmıyorum      c) Emin değilim

B11. Bir çay bardağı şeker katılmamış meyve suyu (taze sıkılmış ve bekletilmemiş) enerji ve vitamin içeriği açısından bir portiyeye meyve yerine geçer. (Bir tanesini işaretleyiniz)

a) Katılıyorum      b) Katılmıyorum      c) Emin değilim

B12. İspanda bulunan demir kırmızı ette bulunan demir kadar faydalıdır. (Bir tanesini işaretleyiniz)

a) Katılıyorum      b) Katılmıyorum      c) Emin değilim

B13. Kahverengi şeker beyaz şekerin sağlıklı bir alternatiftir. (Bir tanesini işaretleyiniz)

a) Katılıyorum      b) Katılmıyorum      c) Emin değilim

B14. Bir bardak tam yağlı sütten bir bardak yarım yağlı süttten daha çok protein vardır. (Bir tanesini işaretleyiniz)

a) Katılıyorum      b) Katılmıyorum      c) Emin değilim

B15. Kırmızı et ve tavuk omega-3 yağ asitleri için önemli kaynaklardır. (Bir tanesini işaretleyiniz)

a) Katılıyorum      b) Katılmıyorum      c) Emin değilim

B16. Bir bardak tam yağlı sütten bir bardak yarım yağlı süttten daha çok kalsiyum vardır. (Bir tanesini işaretleyiniz)

a) Katılıyorum      b) Katılmıyorum      c) Emin değilim

B17. Katı olan yağlar diğer yağlardan daha fazla doymuş yağ asidi içerir. (Bir tanesini işaretleyiniz)

a) Katılıyorum      b) Katılmıyorum      c) Emin değilim

**C. Bu bölümdeki sorular diyetimizde yer alan gıdalarla ilgilidir.**

Bu bölümdeki soruları lütfen neyi sevip neyi sevmediğinize göre yanıtlamayınız. Sadece sorunun doğru yanıt olduğunu düşündüğünüz seçeneği işaretleyiniz.

*Örnek soru. Gıdalarla aldığı yağ azaltılmak isteyen bir kişinin aşağıdaki yumurta çeşitlerinden hangisinin tüketilmesi en uygundur?*

- a) Haşlanmış yumurta  
b) Yağda yumurta  
c) Patatesli yumurta  
d) Sucuklu yumurta
- Haşlanmış yumurtayı sevmiyor olsanız dahi, buradaki doğru yanıt olduğu için "haşlanmış yumurta" seçeneğini işaretlemeniz gerekmektedir.*

C1. Düşük yağ ve yüksek posa (diyet lifi) içeriğine sahip olan gıdayı seçiniz. (Bir tanesini işaretleyiniz)

- a) Muhallebi  
b) Kuru turtun  
c) Diyet çikolata  
d) Simit ve ayran

C2. Düşük yağ ve yüksek posa (diyet lifi) içeriğine sahip olan hafif bir öğün aşağıdakilerden hangisi olabilir? (Bir tanesini işaretleyiniz)

- a) Izgara tavuk  
b) Beyaz ekmele ile yapılmış sucuklu tost  
c) Mercimek köftesi  
d) Tavuklu milföy böreği

C3. Gıdalarla aldığı yağ azaltılmak isteyen bir kişi aşağıdakilerden hangisini seçmelidir? (Bir tanesini işaretleyiniz)

- a) Izgara biftek  
b) Izgara sosis  
c) Izgara hindi  
d) Izgara köfte

C4. Tatlı yeme isteği duyan ancak aldığı şeker miktarını kısıtlamak isteyen bir kişinin aşağıdakilerden hangisini tüketmesi en uygundur? (Birini işaretleyiniz)

- a) Üzerine bal sürülmüş tost ekmeği  
b) Meyveli gofret  
c) Bisküvi  
d) Kayısı (kuru ya da taze) eklenmiş yoğurt

C5. Aşağıdakilerden hangisinin enerji içeriği daha düşüktür? (Birini işaretleyiniz)

- a) Fırında pişirilmiş sade elma  
b) Hazır çilekli yoğurt  
c) Simit ve ayran  
d) Sade dondurma

C6. Aşağıdakilerden hangisi düşük yağlıdır? (Birini işaretleyiniz)

- a) Sade krem peynir  
b) Koyun peyniri  
c) Eski kaşar  
d) Lor peyniri

C7. Diyetle aldığı naşu azaltılmak isteyen biri için hangisinin tüketilmesi en uygundur? (Birini işaretleyiniz)

- a) Hazır pizza  
b) Et suyu tableti eklenerek hazırlanmış pilav  
c) Hazır çorba  
d) Mantarlı omlet

C8. Daha fazla miktarda vitamin ve mineral almak isteyen bir kişi aşağıdakilerden hangisini seçmelidir? (Bir tanesini işaretleyiniz)

- a) Beyaz ekmek  
b) Kepekli ekmek  
c) Tam tahıllı ekmek  
d) Emin değilim

C9. Diyetimin yağdan gelen enerjisini azaltmak isteyen bir kişi, aşağıdakilerden hangisini azaltmalıdır? (Bir tanesini işaretleyiniz)

- a) Tereyağı  
b) Ayçiçek yağı  
c) İki de aynı  
d) Emin değilim

C10. Enerji alımını azaltmak isteyen bir kişi aşağıdakilerden hangisinden en fazla kaçınmalıdır? (Bir tanesini işaretleyiniz)

- a) Şeker  
b) Patates  
c) Yağ  
d) Emin değilim

C11. Diyetle kolesterol alımını düşürmek isteyen bir kişi aşağıdakilerden hangisini tüketmemelidir? (Birini işaretleyiniz)

- a) Tahıllar  
b) Hayvansal yağlar  
c) Bitkisel yağlar  
d) Emin değilim

D. Bu bölümdeki sorular hastalıklar ya da sağlık sorunları ile ilgilidir.

D1. Aşağıdakilerden hangisi az miktarda meyve tüketiminin neden olduğu hastalık ya da sağlık sorunudur? (Lütfen her biri için bir kutucuğu işaretleyiniz)

	Evet	Hayır	Emin değilim
Kabızlık			
Astım			
Soğuk algınlığı			
Diş çürüğü			
Siroz			

D2. Aşağıdakilerden hangisi şeker tüketimine bağlı olarak gelişen hastalık ya da sağlık sorunudur? (Lütfen her biri için bir kutucuğu işaretleyiniz)

	Evet	Hayır	Emin değilim
Şeker hastalığı			
Katarakt			
Anemi			
Kalp hastalığı			
Saç dökülmesi			

D3. Aşağıdakilerden hangisi tuz ya da sodyum tüketimine bağlı olarak gelişen hastalık ya da sağlık sorunudur? (Lütfen her biri için bir kutucuk işaretleyiniz)

	Evet	Hayır	Emin değilim
Yüksek tansiyon			
İshal			
Gece körlüğü			
Hepatit			
Böbrek hastalığı			

D4. Aşağıdakilerden hangisi yağ tüketimine bağlı olarak gelişen hastalık ya da sağlık sorunudur? (Lütfen her biri için bir kutucuk işaretleyiniz)

	Evet	Hayır	Emin değilim
Şişmanlık			
Yüksek kolesterol			
Migren			
Kabızlık			
Kalp hastalığı			

D5. Sizce aşağıdakiler bazı kanser türlerine yakalanma riskini azaltabilir mi? (Lütfen her biri için bir kutucuk işaretleyiniz)

	Evet	Hayır	Emin değilim
Daha fazla posa (diyet lifi) tüketmek			
Daha fazla meyve ve sebze yemek			
Daha az meyve yemek			
Daha az tuz tüketmek			
Daha az şeker tüketmek			

D6. Sizce aşağıdakiler kalp hastalıklarını önleyebilir mi? (Lütfen her biri için bir kutucuk işaretleyiniz)

	Evet	Hayır	Emin değilim
Daha fazla posa (diyet lifi) tüketmek			
Daha fazla meyve ve sebze yemek			
Daha az tuz tüketmek			
Daha az doymuş yağ tüketmek			

D7. Sizce aşağıdakilerden hangisi antioksidan vitamin sınıfına girer? (Lütfen her biri için bir kutucuk işaretleyiniz)

	Evet	Hayır	Emin değilim
A vitamini			
B vitaminleri			
C vitamini			
D vitamini			
E vitamini			
K vitamini			

## Ek 4: ORTO-11 Ölçeği

### ORTO-11

Bu bir test değildir, "doğru" veya "yanlaş" yanıt yoktur. İhtenlikle yanıtlanmaz önemlidir. Her soruda size uygunluk derecesine karşılık gelen kutunun içerisine "X" işareti koyarak cevaplayınız.

	HERZAMAN	SIK SIK	BAZEN	HI BİR ZAMAN
Son üç ay içerisinde besinler konusunda endişelendiğiniz oldu mu?				
Sağlığınızla ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi?				
Yemeğinizin sağlıklı olması sizin için lezzetli olmasından daha mı önemlidir?				
Daha sağlıklı, daha taze besinler satın almak için daha fazla para harcamak ister misiniz?				
Sağlıklı beslenme ile ilgili düştönceler sizi günde üç saatten fazla meğgul eder mi?				
Sağlıksız olduğunu düştöndüğünüz besinleri yediğiniz olur mu?				
Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanların tüketmek kendinize olan güveninizi artırır mı?				
Uyguladığımız beslenme tipi yaşam tarzının değiştirir mi? (dışarıda yeme sıklığı, arkadaşlar vb. açısından)				
Sağlıklı beslenmenin dış görünümlerini daha iyi hale getirebileceğini düştönr müstünüz?				
Sağlıksız beslendiğinizde kendinizi suçlu hisseder misiniz?				
Piyasada sağlıksız besinlerin de satıldığını düştönr müstünüz?				