

GÜLŞAH ÇOK

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL-2020

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN
BİREYLERDE ORTOREKSİYA NERVOZA SIKLIĞI VE
BESLENME DURUMUNUN İNCELENMESİ

GÜLŞAH ÇOK

DANIŞMAN
PROF. DR. AYŞE EMEL ÖNAL

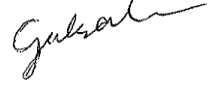
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI PROGRAMI

İSTANBUL-2020

BEYAN**BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Gülşah Çok



TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimin sürecince ve tez çalışmam sırasında bana yol gösteren değerli bilgileri ve deneyimlerinden yararlandığım; tüm sorularımı sabırla cevaplayan, bana yol gösteren, güler yüzü ve desteğiyle yanımda olan değerli hocam ***Prof. Dr. Ayşe Emel ÖNAL***’a,

Tezin başlangıç süreci itibariyle her konuda yardımlarını esirgemeyen sevgili Öğr. Gör. Dr. Gözde ÖZTAN’a

Tezin uygulama sürecinde desteklerini esirgemeyen değerli arkadaşım Dr. Çağrı Can MAKAR’a,

Hayatımın her noktasında maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, verdiğim her kararda yanımda olan ve olmaya devam edeceklerini bildiğim haklarını asla ödeyemeceğim biricik annem, babam ve sevgili ablalarım,

Sonsuz teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	ii
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar LİSTESİ.....	vii
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
ÖZET	x
ABSTRACT.....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Beslenme	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2. Besin Öğeleri	3
2.1.3. Besin Grupları	3
2.2. Yeme Bozuklukları	4
2.2.1. Pika.....	5
2.2.2. Geviş Getirme Bozukluğu (Ruminasyon)	6
2.2.3. Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu	7
2.2.4. Anoreksiya Nervoza	8
2.2.5. Bulimiya Nervoza	9
2.2.6. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu	10
2.2.7. Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları.....	11
2.2.7.1. Atipik (Değişik Tür) Anoreksiya Nervoza.....	12
2.2.7.2. Eşik Altı Bulimiya Nervoza (Düşük sıklıkta ve/veya sınırlı sürede)	12
2.2.7.3. Eşik Altı Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (Düşük Sıklık ve/veya Sınırlı Süreli).....	12
2.2.7.4. Çıkarma Bozukluğu (Purging Sendromu).....	12
2.2.7.5. Gece Yeme Sendromu (Night Eating Syndrome)	12
2.2.8. Tanımlanmamış Beslenme ve Diğer Yeme Bozuklukları.....	13
2.2.9. DSM-V Tanı Kriterlerinde Yer Almayan (Daha Az Bilinen) Yeme Bozuklukları.....	13

2.2.9.1. Bigoreksiya (Kas Dismorfizmi)	13
2.2.9.2. Kuş gibi Beslenme (Picky Eating)	13
2.3. Ortoreksiya Nervosa	14
2.3.1. Ortoreksiya Nervozanın Tanı Kriterleri ve Sınıflandırılması	15
2.3.2. Ortoreksiya Nervozanın Belirtileri	17
2.3.3. Ortoreksiya Nervosa Gelişmesinde Etkili Olan Faktörler	18
2.3.3.1. Sağlıklı Beslenme Planları	18
2.3.3.2. Cinsiyet Faktörü	21
2.3.3.3. Sağlık Eğitiminin Rolü	21
2.3.3.4. Sosyal Medyanın Rolü	21
2.3.4. Ortoreksiya Nervosa Tedavisi	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Araştırma Tipi	24
3.2. Evren ve Örneklem	24
3.3. Veri Toplama Yöntemi	24
3.3.1. Sosyodemografik Özellikler ve Beslenme Durumu	25
3.3.2. Antropometrik Ölçümler	25
3.3.3. ORTO-11 Ölçeği	25
3.3.4. Yeme Tutum Testi (YTT-40)	26
3.3.5. Verilerin Analizi	27
3.3.6. Araştırma Sınırlılıkları	28
4. BULGULAR	29
5. TARTIŞMA	50
5.1. Katılımcıların Doğru Beslenme Bilgilerine Erişimi Sonucunda Davranış Değişimine Dair Bulguların Tartışılması	51
5.2. Katılımcıların ORTO-11 Ölçeği Toplam Puanları ile Sosyo-Demografik, Beslenme ve Fiziksel Aktivite Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması	51
5.3. Katılımcıların YTT-40 Ölçeği Toplam Puanları ile Sosyo-demografik ve Beslenme Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması	57
5.4. Katılımcıların YTT-40 Ölçeği Toplam Puanları ile ORTO-11 Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkiye Dair Bulguların Tartışılması	60
6. SONUÇLAR	61
7. ÖNERİLER	66

KAYNAKLAR	67
FORMLAR	76
ETİK KURUL KARARI	84
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	88
ÖZGEÇMİŞ.....	89



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3-1: BKİ'ye Göre Sınıflandırma	25
Tablo 4-1: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımları	29
Tablo 4-2: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımları	30
Tablo 4-3: Sağlıklı Olduğunu Düşünme Değişkenine Göre Cinsiyetin Karşılaştırılması	31
Tablo 4-4: Katılımcıların Kullandığı Vitamin Frekansı Tablosu	32
Tablo 4-5: Katılımcıların Beslenme ve Egzersiz Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımı	33
Tablo 4-6: Katılımcıların Öğünlerle İlişkisinin Cinsiyete Göre Dağılımı	34
Tablo 4-7: ORTO-11 Ölçeği Puan Dağılımları	35
Tablo 4-8: Katılımcıların Ortorektik Eğilime Göre Dağılımı	35
Tablo 4-9: Katılımcıların Vitamin-Mineral Kullanma Durumunun Ortorektik Eğilim Olma Durumuna Göre Dağılımı	35
Tablo 4-10: Katılımcıların Cinsiyet Değişkenine Göre Orto-11 Ölçeği Puanları Dağılımı	36
Tablo 4-11: Katılımcıların Eğitim Durumu Değişkenine Göre ORTO-11 Ölçeği Puanları Arasında Farkın Anlamlılığını Test Etmek İçin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları	36
Tablo 4-12: Cinsiyet Değişkenine Göre ORTO-11 Kesme Puanlarının Karşılaştırılması	37
Tablo 4-13: Sağlıklı Olduğunu Düşünme Değişkenine Göre ORTO-11 Kesme Puanlarının Dağılımı	37
Tablo 4-14: Diyet Değişkenine Göre ORTO-11 Kesme Puanlarının Karşılaştırılması	38
Tablo 4-15: Diyeti Veren Değişkenine Göre ORTO-11 Kesme Puanlarının Karşılaştırılması	38
Tablo 4-16: Kronik Hastalık Değişkenine Göre ORTO-11 Kesme Puanlarının Karşılaştırılması	39
Tablo 4-17: Yapılan Egzersiz Değişkenine Göre ORTO-11 Kesme Puanlarının Karşılaştırılması	39
Tablo 4-18:Yapılan Egzersiz Değişkeninin ORTO-11 Eğilim Dağılımı.....	40

Tablo 4-19: Ortorektik Eğilimi Olan Katılımcıların Öğünlerle İlişkisi	41
Tablo 4-20: BKİ Değerlerine Göre ORTO-11 Kesme Puanlarının Karşılaştırılması	42
Tablo 4-21: Vitamin-Mineral Kullanma Değişkenine Göre ORTO-11 Kesme Puanlarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 4-22: Ortorektik Eğilimi Olan Grubun Sağlıklı Olduğu Düşüncesine Göre Cinsiyetin Karşılaştırılması.....	43
Tablo 4-23: Yeme Tutum Ölçeği Puanlarının Dağılımı	43
Tablo 4-24: Katılımcıların Yeme Tutumu Risk Dağılımı.....	43
Tablo 4-25: Katılımcıların Cinsiyet Değişkenine Göre Yeme Tutumu Ölçeği Puanları Arasındaki Farkın Dağılımı Bağımsız Grup T Testi Sonuçları	44
Tablo 4-26: Cinsiyet Değişkenine Göre Yeme Tutum Ölçeği Grupları Dağılımı	44
Tablo 4-27: Diyet Değişkenine Göre Yeme Tutum Ölçeği Grupları Dağılımı	45
Tablo 4-28: Diyet Veren Değişkenine Göre Yeme Tutum Ölçeği Risk Grupları Dağılımı	45
Tablo 4-29: BKİ Değişkenine Göre Yeme Tutum Ölçeği Risk Grupları Dağılımı	46
Tablo 4-30: Egzersiz Türü Değişkenine Göre Yeme Tutumu Ölçeği Risk Grupları Dağılımı	47
Tablo 4-31: Sağlıklı Olduğunu Düşünme Değişkenine Göre Yeme Tutumu Ölçeği Risk Grupları Dağılımı	47
Tablo 4-32: Yeme Tutumu Yüksek Risk Grubunun Öğünlerle İlişkisi	48
Tablo 4-33: Yaş ile Yeme Tutumu Ölçeği Puanlarıyla ORTO-11 Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkiyi Belirlemek Üzere Yapılan Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları .	49
Tablo 4-34: Yeme Tutumu Ölçeği Puanlarıyla ORTO-11 Puanları Arasındaki İlişkiyi Belirlemek Üzere Yapılan Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları.....	49

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

AN: Anoreksiya Nervosa

BN: Bulimiya Nervosa

BOT: Bratman's Orthorexia Test

DOS: Düsseldorf Orthorexie Skala

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

GYS: Gece yeme Sendromu

ICD: International Classification of Disease and Related Health Problems

KKYAB: Kaçınan Yiyecek Alımı Bozukluğu

ON: Ortoreksiya Nervosa

TDBY: Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozukluklar

TYB: Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu

SPSS: Statistical Package for Social Sciences Programı (Sosyal Bilimler İçin İstatistiksel Paket)

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

ÖZET

Çok, G. (2020). Bir aile sağlığı merkezine başvuran bireylerde ortoreksiya nervoza sıklığı ve beslenme durumunun incelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Halk Sağlığı ABD. Yüksek Lisans. İstanbul.

Araştırmanın amacı, bir aile sağlığı merkezine başvuran bireylerin ortoreksiya nervoza sıklığı ve beslenme durumunu incelemektir.

Kesitsel tipte olan bu araştırma, İstanbul ilinde bulunan bir aile sağlığı merkezine başvuran 369 kişi ile gerçekleştirildi. Araştırmanın verileri Ekim-Aralık 2020 tarihleri arasında, kişilerin kendi beyanlarına dayalı şekilde ölçek ve anket yöntemi ile elde edildi. Veri toplama araçları; Sosyo-demografik Bilgi Formu, ORTO-11 Ölçeği ve YTT-40 Ölçeğidir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, aritmetik ortalama ve basıklık (Kurtosis)-çarpıklık (Skevness) değerleri kontrolü sonucunda Ki-Kare testi, t testi, ANOVA testi, Pearson Korelasyon analizleri kullanıldı.

Katılımcıların 269'u kadın, 100'ü erkek ve yaş ortalamaları 31.08'dir. Kadınların %18.3'ü, erkeklerin %11'inin BKİ'si 30'un altındadır. Katılımcıların ORTO-11 ölçeği puan ortalaması 25.95 ± 5.06 'dır. Kadınlarda ORTO-11 ölçeği puan ortalaması 25.49 ± 4.88 , erkeklerde 27.17 ± 5.36 'dır. Katılımcıların %31.4'ünde ortorektik eğilim olduğu bulunmuştur. ORTO-11 ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Yaş ilerledikçe ortorektik eğilim artmaktadır. Katılımcıların YTT-40 puan ortalaması 20.15 ± 10.57 'dir. Kadınların YTT-40 ölçeği açısından yüksek risk yüzdesinin erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı bir farka sahip olduğu bulunmuştur. ORTO-11 ve YTT-40 ölçeği istatistiksel karşılaştırıldığında YTT-40 arttıkça ORTO-11'in azaldığı saptanmıştır.

Ortorektik kişilerin saptanmasında YTT-40 ile ORTO-11 ölçeğinin birlikte kullanılmasının faydası olacaktır. Yaşın ilerlemesi ile birlikte ortoreksiya nervoza daha önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelecektir. Bu anlamda toplumda beslenme üzerine yanlış davranışların tespit edilip düzeltilmesi ve sağlık çalışanlarında konu üzerine farkındalık kazandırılması gereklidir. Ayrıca tanı ve değerlendirme kriterlerinin resmi olarak oluşturulmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Ortoreksiya Nervoza, Halk Sağlığı, Beslenme, Yeme Alışkanlıkları, Beslenme ve Diyetetik

ABSTRACT

Çok, G. (2020). Examination of orthorexia nervosa frequency and nutritional status in individuals applying to a family health center. İstanbul University, Institute of Health Sciences, Public Health Department. Master Thesis, İstanbul.

The aim of this study was to investigate the frequency and nutritional status of individuals who apply to a family center.

This cross-sectional study was conducted with 369 people who applied to a family health center in İstanbul. The data of the research were collected between October-December 2020, using the scale and questionnaire methods based on one's self-report. As data collection tools: Socio-demographic Information Form, the ORTO-11 Scale and EAT-40 Scale were used. In the evaluation of the data, percentage, arithmetic mean Chi-square test, T-test, ANOVA test, Pearson Correlation analyzes were used as a result of the control of number, percentage, arithmetic mean and Kurtosis-Skewness values.

269 of the participants are women and 100 are men and the average age is 31.08. 18.3% of women and 11% of men have BMI less than 30. The mean score of the ORTO-11 scale is 25.95 ± 5.06 , and the mean score of the ORTO-11 scale in women is 25.49 ± 4.88 , the mean score of the ORTO-11 scale is in men 27.17 ± 5.36 . It was found that 31.4% of the participants had orthorectic tendency. No statistically significant difference was found between ORTO-11 and gender variable. As age increases, the orthorectic tendency increases. The mean score for EAT-40 scale is 20.15 ± 10.57 . There is statistically significant difference in the EAT-40 scale of women in terms of high risk percentage from men. When ORTO-11 and EAT-40 scale were compared statistically, it was found that as EAT-40 increased ORTO-11 decreased.

It will be beneficial to use EAT-40 and ORTO-11 scales together in determining orthorectic persons. Orthorexia Nervosa is expected to become an important public health problem in the future. As the age increases, orthorexia nervosa become more important a health issue. In this sense and in the society, there is a need to detect and modificate of false behaviors on nutrition, to raise awareness on the subject in healthcare professionals, and to establish formal diagnostic and evaluation criteria.

Key Words: Orthorexia Nervosa, Public Health, Eating Habits, Nutrition and Dietetics

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre sağlık “Sadece hasta veya engelli olmamak değil, bedenlen ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.” Sağlığı etkileyen faktörlerden biri beslenmedir. Beslenme anne karnından itibaren başlar. Yaşamın vazgeçilmez bir parçası olan beslenme üreme, gelişme ve büyüme süreçlerinden başlayarak besin maddelerinin vücuda yeterli ve dengeli alınarak kullanılmasını gerektirir. Bu besin öğelerinin eksik alımıyla birlikte kişide çeşitli sağlık problemleri çıkar. Fizyolojik yapısına ek olarak beslenme, aynı zamanda sosyolojik ve psikolojik bir durum olarak kabul edilmektedir (Arslantaş ve ark., 2017).

Yeme bozuklukları psikolojik, sosyal ve tıbbi yönden sorunlara yol açan ve kişinin yaşam kalitesinde olumsuz etkilere sebep olan bozukluklardır. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V'de (DSM-V) henüz yer almayan ortoreksiya nervoza mükemmel derecede sağlıklı beslenmenin takıntı haline getirilmesine denir. Doğru beslenme anlamına gelen ortoreksiya nervoza ilk olarak Dr. Steve Bratman tarafından 1997 yılında Yunanca doğru anlamına gelen “orexis” ve açlık veya iştah anlamına gelen “ortho” kelimelerinin bir araya gelmesiyle oluşturulmuş ve tanımlanmıştır (Ramacciotti ve ark., 2011).

Ortoreksik kişiler sıkı bir diyet izlerken birçok esansiyel besini diyetlerinde çıkarabilmektedir. Ortoreksik bireyler yedikleri besinin miktarından ziyade kalitesiyle ilgilenmektedir. Bu yönüyle anoreksiya nervozadan ayrılmaktadır. Anoreksiya nervozalı bireylerdeki kaygı yenilen besinin miktarı ile ilgilidir. Ortoreksiya nervozadaki kaygı yenilen besinin saf gıda olması ve sağlıklı beslenmeye dayalı olarak besinin kalitesiyle ilgili olmasına rağmen bu iki tür bozuklukta ortak olarak psikolojik ve sosyal sonuçlar yer almaktadır (Bağcı Bosi ve ark., 2007; Donini ve ark., 2004).

Ortoreksik kişiler besin seçiminden besinin pişirilme yöntemine kadar olan her süreçte saf besin şeklinde düşünülen gıdaları yeme ile ilgili fobiye sahiptir. Besinin seçimi sırasında etikette sağlıksız olarak düşünülen gıda katkı maddeleri, yağ, şeker ve tuz gibi maddeler bulunması ortoreksik kişilerin bu besinlerden kaçınımlarına sebep olmaktadır. Besinlerle ilgili ileri derecede olan bu endişe beraberinde yetersiz beslenme ve mineral eksikliğine sebep olabilmektedir. Ortorektik bireyler sıkı bir disipline ve kurallara sahiptir. Bu kişilerde besinler hakkında araştırma için uzun zaman harcamak,

bir sonraki menüyü planlamak, saf denebilebilecek tarifler araştırma gibi davranışlar gözlenmektedir. (Costa ve ark., 2017; Parra-Fernández ve ark., 2018). Ortoreksiya nervoza kişilerde; anksiyete, yalnızlık, çeşitli duygu durumları ve depresyon gibi psikolojik sonuçlara neden olabilmektedir. Fizyolojik yönden ise anemi, amenore ve hiponatremi gibi sonuçlara neden olabilmektedir (Costa ve ark., 2017).

Ortoreksiya nervoza gelişiminde rol alan faktörleri incelemek üzere yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar gözlenmiştir. Yaş, beden kitle indeksi, cinsiyet, sosyal medya, sağlık eğitimi ve sağlıklı beslenme planları gibi faktörlerin etkisi incelenmiştir. Türkiye’de yapılan çalışmalarda sağlık eğitimi almaları sebebiyle sağlık çalışanları olan diyetisyen, doktor ve hemşirelerin ortoreksiya nervoza ile ilişkisi incelenmiştir. Bunlar dışında performans sanatçıları, spor profesyonelleri gibi gruplarla çalışılmıştır (Bağcı Bosi ve ark., 2007; Hamurcu, 2019; Zeybekoğlu, 2019).

Yeme bozukluklarında sürekli bir artış mevcut olmakta ve sağlıklı yaşamın günümüzde önem kazanması beraberinde yeni yeme bozukluklarını getirmektedir. Bu durumun ileride yeni sağlık sorunları yaratmaması ve bireye özgü yeme davranışlarında oluşan bozuklukların düzeltilmesi ihtiyacını doğurmaktadır (Tek ve Ermumcu, 2016). Bu anlamda riskli grupta olanların tespit edilmesi, ortoreksiya nervoza sıklığının belirlenmesi ve beslenme durumu ile ilişkisinin incelenmesi gerekmektedir. Bu risk grubunda olduğu tespit edilen kişilerde bu bozukluğun giderilmesi için bu alanda çalışan profesyonellere çeşitli eğitimlerin verilmesi ve biliçlendirme çalışmalarının yapılmasına ihtiyaç vardır.

Literatürde genel popülasyonu ifade eden bir grupta çalışma mevcut değildir. Bu grupta yapılacak yeni araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışma son yıllarda bir halk sağlığı sorunu haline gelmesi beklenen ortoreksiya nervoza sıklığını ve beslenme durumunu inceleyip ortoreksiya nervoza hastalığını nedenleriyle ele almayı hedeflemektedir. Bu araştırma kesitsel tipte bir çalışmadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Beslenme

2.1.1. Tanım

Anne karnından itibaren başlayan beslenme yaşamın devamı, sağlığın sürdürülmesi ve gelişme için olmazsa olmaz bir ihtiyaçtır. Beslenme kısaca gıdalardan faydalanmadır. Alınan besinlerin yeterli miktarlarda enerji ve besin öğelerinin her birini içermesi ve vücutta uygun bir biçimde kullanılması “Yeterli ve Dengeli Beslenme” durumunu açıklar. Günlük enerji ihtiyacı genetik yapı, çevresel etmenler, yaş, cinsiyet, meslek gibi faktörlere bağlıdır (Attila ve Bosi, 2015 pp. 1211).

2.1.2. Besin Öğeleri

Besin, içerisinde vücut için gerekli besin öğeleri bulunduran, bireylerin günlük beslenme planında yer alan hayvan ve bitkilerin yenilebilen kısımlarına denir. Besin öğeleri ise besinler içerisinde bulunan karbonhidrat, yağ, protein vitamin ve minerallere denir (Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER) 2015, 2019). Gıdalarda bulunan besin öğeleri alınmasına gereken miktarlarına göre makro ve mikro besin öğeleri şeklinde ikiye ayrılarak sınıflandırılmaktadır. Günlük alımı 1 gr’dan fazla olanlar makro (karbonhidrat, yağ, protein), 1 gr’dan az olanlar mikro besin (mineral, vitamin) öğeleri olarak sınıflandırılır (Attila ve Bosi, 2015 pp. 1211-1212).

2.1.3. Besin Grupları

Vücudun ihtiyacı olan protein, vitamin, enerji, mineralleri besinler vasıtasıyla alınır. Besinlerde bulunan besin öğeleri cins ve miktar açısından birbirinden farklıdır. Besinler içerdikleri vitamin, enerji, protein gibi besin öğelerini farklı miktarda içermeleri sebebiyle sağladıkları yarar bakımından 5 gruba ayrılmıştır.

Bunlar;

- 1) Süt ve türevleri grubu,
- 2) Yumurta, et, fındık, ceviz gibi yağlı tohumlar ve kurubaklagiller
- 3) Sebze grubu
- 4) Meyve grubu
- 5) Ekmek ve tahıl türevleri grubu (Baysal ve ark., 2013)

2.2. Yeme Bozuklukları

Yeme bozukluklarını Lucas ve Huse “Hastalığa ya da beslenme yetersizliğine neden olabilen yeme alışkanlığındaki sapmalar” şeklinde tanımlamıştır (Huse ve Lucas, 1984). Beslenme ve yeme bozuklukları psikososyal ve fiziksel sağlığı büyük oranda bozan, kişilerin besin tüketimi, yeme tutumunu bozan ve dolayısı ile vücut ağırlığını da değiştiren davranışlarda kalıcı bozukluklardır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013; Ünal ve ark., 2009). Yeme bozukluğu olan bireyler bedeninden hoşnut olmama, beden imaj algısının bozulması, zayıflığın obsesif hale gelmesi, laksatif kullanımı, sürekli egzersiz yapma ve kendini kusturma gibi belirtiler gösterebilir.

Yeme bozuklukları yeme davranışında ve vücut ağırlığında ciddi bozukluklar şeklinde görülür. Yeme bozuklukları birden fazla somatik ve psikiyatrik komplikasyonlara sebep olabilir. Adölesanlarda daha yaygın olmakla birlikte genç erişkinlerde daha şiddetli görülmektedir. Bu bozuluğa sahip bireylerde mortalite hızı büyük oranda artmış durumdadır (Galmiche ve ark., 2019).

Yeme bozuklukları ile ilgili çalışmalar 1970’lere dayanmaktadır. Bununla birlikte tanısız olarak yeme bozukluğunun görülme oranı 1980’lerden itibaren artmaktadır. Önemli bir sağlık sorunu haline dönüşen yeme bozukluklarının görülme sıklığındaki bu artışı etkileyen birçok faktör vardır. Bunlar; toplum baskısındaki artış, sosyal medyanın etkisi, aile içi ilişkiler, sosyoekonomik durum ve sosyo kültürel etkenlerdir. Son yıllarda özellikle batı toplumlarındaki sosyokültürel teoriler, kız çocukları üzerinde ince bir bedene sahip olma konusunda baskının yaygınlığına odaklanmaktadır (Devran Sarıdağ, 2014; Garner ve Garfinkel, 1980; Turner ve Lefevre, 2017).

Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı’nda (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-V) ve Uluslararası Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının Sınıflandırılmasında (International Classification of Disease and Related Health Problems-ICD-10) tanımlanan yeme bozukluklarının birçok çeşidi vardır. En yaygın kullanılan sınıflandırma yöntemi DSM’ye ait olan sınıflandırmadır. Yeme bozukluklarına DSM-III’de 1980 yılında ilk yer verildi. 1987’de kriterleri revize edildi. 1994’te güncelenen DSM-IV ile zaman içinde kriterler daha çok geliştirildi. Yeme bozukluklarının en son revize edilmiş hali 2013’te yayınlanan DSM-V’tir (Galmiche ve ark., 2019).

DSM-V'e göre yeme bozuklukları;

1. Pika
2. Geri Çıkarma (geviş getirme) Bozukluğu
3. Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu
4. Anoreksiya Nervosa
5. Bulimiya Nervosa
6. Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu
7. Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları (TDB-YB)
8. Tanımlanmamış Diğer Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Ruminasyon bozukluğu, kısıtlayıcı besin alımı bozukluğu, anoreksiya nervosa, bulimiya nervosa ve tıkanırcasına yeme bozukluğu tanı kriterleri birbirini kapsamayan sınıflandırma şemasına sahiptir. Bu yaklaşımın gerekçesi birçok ortak psikolojik ve davranışsal özelliklere rağmen hastalıkların tedavi gereksinimleri, klinik seyri ve sonuçları yönüyle farklılık göstermesidir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

2.2.1. Pika

Milattan önce 400'de Hipokrat tarafından ilk olarak tanımlanan pika besin olmayan maddelerin sürekli olarak tüketilmesine denir (Miao ve ark., 2016).

Genellikle çinko, bakır, demir eksikliğine bağlı olarak görülen pika da, toprak, kum, ip, kireç, kağıt, boya, aspirin ve buz gibi yiyecek olmayan maddeler tüketilir. Ülkemizde ciddi bir sağlık sorunu olarak değerlendirilmektedir. Masum bir alışkanlık olarak görülen pika yenilen maddenin cinsi ve tüketilen miktarına bağlı olarak ciddi medikal problemlere yol açabilmektedir. Besin olmayan bu maddelerin tüketimi bağırsak duvarının delinmesine, ağır metal zehirlenmelerine ve enfeksiyonlara yol açarak olumsuz sağlık sonuçlarına neden olmaktadır (Advani ve ark., 2014).

Hastalık çoğunlukla çocuklarda, gebe kadınlarda ve zeka geriliği olan kişilerde görülmektedir. Çocukların büyüme döneminde her bulduğunu ağzına atması ile karıştırılmaması gereken pika sosyekonomik seviyesi düşük, 1-6 yaş arası çocuklarda yaygın olarak görülmektedir (Sünbül, 2019).

DSM-V'e göre pikanın belli başlı tanı kriterleri bulunmaktadır. Bunlar;

- A. En az bir aylık bir süre boyunca besleyici olmayan, gıda dışı maddelerin sürekli olarak tüketilmesi.
- B. Besleyici olmayan, gıda dışı maddeleri yeme davranışı, kişinin gelişimsel düzeyi ile uyumlu değildir.
- C. Bireyin yeme davranışının kültürel olarak dayanağı olan veya toplumsal olarak normal kabul edilebilecek bir durum değildir.
- D. Bu yeme davranışı başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa (Örneğin; anlık yeti kaybı, otizm açılımı kapsamında bozukluk, şizofreni), ayrıca klinik değerlendirme gerektirir.

2.2.2. Geviş Getirme Bozukluğu (Ruminasyon)

Geri çıkarma bozukluğu, öğürme veya tikslenme olmaksızın istem dışı olarak yutulan gıdaların ağıza tekrar getirilmesi, çiğnenmesi ve yutulması ile karakterize bir yeme bozukluğudur. Ruminasyon, Latince geviş getirmek anlamına gelen “ruminare” kelimesinden türetilmiştir.

Geri çıkarma bozukluğu, gelişim geriliği olan kişilerde herhangi bir yaşta görülebilir. Bununla birlikte genellikle bir yaşını doldurmamış bebeklerde ve gelişim problemleri ile birlikte nörolojik ve psikiyatrik bozukluğa sahip kişilerde görülmektedir.

Geri çıkarma bozukluğunun görülmesinde bulantı ve kusma semptomları olan gastrointestinal sistem rahatsızlıklarının (gastroenterit, kolesistektomi, gastroparezi gibi) neden olabileceği düşünülmektedir. Geri çıkarma bozukluğunda kilo kaybı, malnütrisyon, elektrolit dengesizliği, karın ağrısı, diş minesinde erozyon en sık görülen bulgularıdır (Green ve ark., 2011).

DSM-V'e göre geri çıkarmanın belli başlı tanı kriterleri bulunmaktadır. Bunlar;

- A. En az 1 aylık bir süre zarfında tekrarlayan besin çıkarımı. Çıkarılan besin yeniden çiğnenebilir, yeniden yutulabilir veya tükürülebilir.
- B. Tekrarlayan besin çıkarımının gastroözofageal reflü, pilorik darlık gibi tıbbi bir durumlarla ilişkili olmaması.

- C. Bu yeme bozukluğu yalnızca bulimiya nervoza, anoreksiya nervoza, tikanırcasına yeme bozukluğu ve kaçınan/kısıtlayıcı gıda alımı bozukluğu sırasında meydana gelmez.
- D. Bu semptomlar, başka bir ruhsal bozukluk ile birlikte (örn. anlıksal yetiyitimi [anlıksal gelişimsel bozukluk] ya da başka bir nörogelişimsel bozukluk) ortaya çıkarsa, ek klinik bir değerlendirmeye gerek vardır.

2.2.3. Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu

Kaçınan yiyecek alımı bozukluğu (KKYAB) yeni yiyecekleri denemede aşırı isteksizlik ve oldukça sınırlı yiyecekleri tüketimi şeklinde sınıflanır. Bu bozukluğa sahip kişiler gıda fobileri bulunmaktadır. Ağrı, boğulma ya da kusma riskinden dolayı katı veya topaklı yiyecekleri yutma korkusu sebebiyle veya olumsuz duygulardan kaçınmak için gıda alımı kısıtlamasına gidebilir. Bu kişilerde vücut imajına karşı bir endişe yoktur. KKYAB olan hastalarda kuru cilt, solukluk, hipotermi ve kaşektik görünüm gibi beslenme yetersizliği bulguları veya kabızık, karın ağrısı, soğuk intoleransı ve baş dönmesi gibi gecikmiş mide boşalmasına bağlı belirtiler gözlenebilir (Karadere ve Hoccoğlu, 2018).

Kaçınan yiyecek alımı bozukluğu toplumda daha çok çocuklarda ve klinik ortamlarda görülmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

DSM-V'e göre kaçınan yiyecek alımı bozukluğunun belli başlı kriterleri vardır. Bunlar;

- A. Aşağıdakilerden birinin (veya daha fazlasının) eşlik ettiği, uygun beslenme ve/veya enerji ihtiyacını karşılamada kalıcı başarısızlık (Örneğin, yemeye veya besine olan ilgi eksikliği, yemeğin duyuşal özelliklerine dayalı kaçınma) görülmesi ile karakterize bir yeme bozukluğudur.
 1. Önemli kilo kaybı (ya da çocuklarda beklenen kilo alımına ulaşılmaması ya da büyümenin duraklaması)
 2. Belirgin beslenme yetersizliği
 3. Enteral beslenme veya oral besin takviyelerine bağlı olma
 4. Psikososyal işlevselliğin belirgin olarak düşmesi

- B. Bu bozukluk kültürel uygulamalar veya ulaşılabilir besinin olmaması ile açıklanamaz.
- C. Bu yeme bozukluğu yalnızca anoreksiya nervoza veya bulimiya nervoza sırasında meydana gelmez. Kişinin vücut ağırlığı veya şeklinin nasıl değiştiği hakkında kesin bulgular yoktur.
- D. Yeme bozukluğu, eşzamanlı başka bir zihinsel bozuklukla daha iyi açıklanamaz veya tıbbi bir durumla bağlanamaz. Bu yeme bozukluğu, başka bir durum veya bozukluk birlikte olduğunda; yeme bozukluğunun şiddeti daha ağır semptomlar ortaya çıkarmaktadır ve ek klinik değerlendirme gerektirir.

2.2.4. Anoreksiya Nervoz

Yunanca ‘orexis’ kelimesinden türeyen iştah anlamına gelen anoreksiya nervoza (AN) tıp literatüründe ilk 1870’lerde sinirsel iştah kaybı olarak tanımlandı. Başlıca özelliği kendi kendine aç kalma şeklinde aşırı kilo kaybıdır ve beden algısında bilişsel bozukluğa sebep olan psikolojik bozukluktur. Bunun yanı sıra yüksek oranda morbidite ve mortaliteye sahiptir (Brockmeyer ve ark., 2013).

AN’li bireylerde egzersiz gibi aşırı fiziksel aktivitelerde bulunmanın yanında kendi kendini kusturma veya laksatif madde kullanımı da mevcuttur. Tüm bunlar amenore, vücut üzerinde tüy gibi kılların büyümesi ve elektrolit dengesizliklerine sebep olmaktadır. Ayrıca bu durumun ölümle sonuçlanması da muhtemeldir (Geller ve ark., 1997).

DSM-V’e göre anoreksiya nervozanın belli başlı tanı kriterleri bulunmaktadır. Bunlar;

- A. Kişinin ihtiyacını karşılayacak olan enerjinin alımını kısıtlama yoluna gitmesi ile; yaş, cinsiyet, gelişim eğrisi ve fiziksel sağlık ile ilişkili olarak düşük vücut ağırlığına önemli ölçüde sebep olmaktadır.
- B. Şişman olma veya kilo alma konusunda şiddetli bir korkuya sahip olmak, birey çok düşük ağırlığa sahip olsa bile kilo alımını engellemek amacıyla sürekli davranışlarda bulunmak.
- C. Kişinin vücut ağırlığını veya şeklini algılamasında bozukluk vardır. Kişi kendini değerlendirmesi sırasında vücut şekline veya ağırlığına yersiz ve

aşırı bir anlam yükler veya sahip olduğu o sıradaki düşük vücut ağırlığının ciddiyetini kabul etmemede ısrarcıdır.

Anoreksiya nervoza daha çok kadınlarda ve sıklıkla erken ergenlik dönemi sırasında gelişmektedir. Erken ergenlik dönemi insan gelişiminde bireyselleşme ve ayrılık için önemli bir zaman dilimi olarak görülmektedir. Bu da bir çok araştırmacı tarafından hastalığın etiyolojisinde aile yapılarının rolünün önemini vurgulamasına neden olmuştur. Ailelerde aşırı koruma, çatışmadan kaçınma veya çocuğun aile çatışmasına dahil olması gibi faktörler bulunmaktadır. Bunun yanı sıra anoreksiya oluşumunda genetik faktör ile birlikte, mükemmeliyetçik ve kompulsif kişilik özelliği; anksiyete bozukluğu, ailede depresyon ve obezite öyküsünün bulunması; dış görünüşe yönelik kültürel, ailesel ve yaşıtlardan kaynaklı baskı gibi belirleyiciler rol oynamaktadır (Brockmeyer ve ark., 2013; Garnerl ve Garfinkel, 1980).

2.2.5. Bulimiya Nervoz

Tarihte bulimiya nervozaya benzer davranışlar gözlemlenmiştir. Antik Mısırlılarda hekimler sağlığı koruduğuna inandıkları için her ayın 3 günü kusma eylemini önermişlerdir. Avrupa'da Orta Çağlarda emetik ve müshil en yaygın tedavi biçimleriydi. Antik Roma'da zengin toplumun bazı kesimlerinde daha çok besin tüketebilmek amacıyla kusma eylemi istemli olarak gerçekleştirilmiştir (Rusell, 1997).

Kökeni Yunanca'ya dayanan bulimiya nervoza terim olarak ilk kez 1979 yılında Gerald Russell tarafından tıbbi literatüre girmiştir. Bulimiya nervoza (BN) tekrarlayan yeme ataklarının olduğu ve sonrasında suçluluk duygusu ile kilo almaktan kaçınmak için kusmayı uyarıcı davranışlarda bulunulması veya laktasif vb. ilaç kullanımı, aşırı derecede egzersiz yapma veya kişinin kendini uzun bir süre aç bırakması ile karakterize bir yeme bozukluğudur. Kişi vücut ağırlığının artışına dair duyduğu endişe ile diyet kısıtlamasına gitmektedir. Kısıtlı besin alımı sonucunda oluşan açlık ile tıkanırcasına yeme davranışını geliştirmektedir. Tıkanırcasına yeme, sınırlı bir süre içinde (2 saat) aşırı derecede büyük bir yiyeceğin tüketimidir. Buna tüketilen yiyecek miktarı veya türü üzerinde kontrol eksikliği hissi eşlik eder. Bulimik bireylerde kusmanın kronikleşmesi durumunda mideden gelen asit içerik sebebiyle ağız ve diş eti problemleri, özofagusta aşınma, elektrolit dengesizliği görülmektedir. Ayrıca kadınlarda infertilite, amenore gibi rahatsızlıklar görülmektedir (Bartlett, 2019; Smink ve ark., 2012).

Hem kadınlarda hem erkeklerde görülebilen BN çoğunlukla adolesan ve genç yetişkinlik döneminde gelişmektedir. Bu dönemdeki bireylerde bulimiya prevalansı %3-9 arasındadır. Erkeklerdeki prevalans net olmamak ile birlikte kadınlardaki prevalansı %1-1.5 oranında görülmektedir. Kadınları erkeklere göre 10 kat daha fazla etkilemektedir (Bartlett, 2019; Larsen ve ark., 2019).

DSM-V'e göre bulimiya nervozanın belli başlı tanı kriterleri bulunmaktadır. Bunlar;

- A. Tekrarlayan yemek yeme, yemek yerken hissedilen kontrol kaybı ile birlikte 2 saatlik bir süre zarfında ortalama bir bireye kıyasla daha fazla besin tüketimi
- B. Müshil, diüretik kullanımı ve aşırı egzersiz gibi kilo alımına karşı uygunsuz davranışların bulunması
- C. Aşırı yeme ve telafi edici davranışların her ikisinin de ortalama olarak üç ay aylık bir sürede haftada en az bir kez olması
- D. Vücut algısı ve öz değerlendirilmenin bozulması
- E. Rahatsızlık sadece diğer beslenme bozukluklarıyla birlikte ortaya çıkmaz (Anoreksiya nervoza vb.)

2.2.6. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

İlk olarak Albert Stunkard tarafından 1959 yılında tanımlanmıştır. Tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB) üzerine yeni bir görüş atılmaması nedeniyle ancak 1991 yılından tanı ölçüleri klinik bir tablo şeklinde yayınlanmıştır (Stunkard, 1959; Turan ve ark., 2015).

TYB bireyin haftada en az bir defa, üç ay süresince besinleri aşırı miktarda tüketmesi ve bu davranış üzerinde kontrol sağlayamaması şeklinde kendisini gösterir. TYB'si olan bireylerin bulimiya nervozalı bireylerden farkı yeme ataklarını dengelemek için kendini kusturma, aşırı egzersiz yapma ve uzun süre hiç yemek yememek gibi davranışlar görülmez (Turan ve ark., 2015).

DSM-V'e göre tıkınırcasına yeme bozukluğunun belli başlı kriterleri bulunmaktadır.

A. Tekrarlayan tıknırcasına yeme dönemleri. Bir tıknıma yeme döneminde aşağıdakilerin her ikisi bulunur. Bunlar;

1. Aynı koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden daha fazla besini ayrı bir zaman diliminde (Örneğin; herhangi iki saatlik sürede) yeme
2. Bu dönem sırasında yemek yemeye dair kontrolsüzlük hissi (Örneğin; kişinin ne kadar veya ne yediğini denetleyememesi veya yemek yemeyi durduramama)

B. Tıknırcasına yeme dönemlerinde aşağıdakilerin üçü veya daha fazlası eşlik eder.

1. Normalden çok daha fazla bir hızla yeme
2. Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedinceye kadar yeme
3. Bedensel açlık hissi yokken aşırı miktarlarda yeme
4. Yediği miktardan utandığı için yalnız yeme. Yeme sonrasında kendinden tiksime, bunalımda ve yoğun derecede suçlu hissetmek

C. Tıknırcasına yeme ile ilgili belirgin bir sıkıntı duyulur.

D. Tıknırcasına yeme üç ay boyunca, haftada en az bir kez gerçekleşir.

E. Tıknırcasına yeme bozukluğunda, bulimiya nervozadaki gibi uygun olmayan telafi edici davranışlar eşlik etmez. Tıknırcasına yeme yalnızca anoreksiya nervoza veya bulimiya nervozanın sırasında meydana gelmez.

2.2.7. Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları

Tanımlanmış diğer beslenme ve yeme bozukluklar (TDBY) kategorisi, anoreksiya ve bulimiya nervozanın tüm teşhis kriterlerini göstermeyen ama yeme tutum ve davranış bozukluğu olan kişilerin sahip olduğu bu bozukluğun tanı kriterlerini neden karşılamadığının özel nedeni klinisyenler tarafından tartışılmak istediğinde kullanılır.

2.2.7.1. Atipik (Değişik Tür) Anoreksiya Nervosa

Kişinin vücut ağırlığı olağan sınırlar içinde veya üstünde olmasına rağmen belirgin bir kilo kaybının olması ve DSM-V'e göre anoreksiya nervozanın tüm tanı kriterlerini sağlaması durumudur.

2.2.7.2. Eşik Altı Bulimiya Nervosa (Düşük sıklıkta ve/veya sınırlı sürede)

Kişinin DSM-V'e göre bulimiya nervozanın tüm tanı kriterlerini sağlaması ancak tıknırcasına yeme krizleri ve bu davranışları uygun olmayan telafi davranışları haftada birden az ve 3 aydan daha kısa süreli olması durumudur.

2.2.7.3. Eşik Altı Tıknırcasına Yeme Bozukluğu (Düşük Sıklık ve/veya Sınırlı Süreli)

Kişinin DSM-V'e göre tıknırcasına yemenin bütün tanı kriterlerini sağlaması ancak haftada birden az ve üç aydan daha kısa süreli olması durumudur.

2.2.7.4. Çıkarma Bozukluğu (Purging Sendromu)

Çıkarma bozukluğu tıknırcasına yeme yokluğunda vücut ağırlığı veya şeklini etkilemek için tekrarlayan çıkarma davranışına denir. Örneğin; laksatif ilaç kullanımı, kendi kendini kusturma, diüretik (idrar söktürücü) veya başka ilaçların yanlış yere kullanımı. Çıkarma bozukluğunu tıknırcasına yeme ataklarının olmaması ile bulimiya nervozadan ve düşük vücut ağırlığının olmaması da anoreksiya nervozadan ayırır (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*, 2013; Forney ve ark., 2014).

2.2.7.5. Gece Yeme Sendromu (Night Eating Syndrome)

İlk olarak Stunkard tarafından 1995 yılında tanımlanan gece yeme sendromu (GYS) insomnia, sabah anoreksisi ve akşam hiperfajisinin dahil olduğu klinik bir rahatsızlıktır. Kişinin uykudan uyanarak yemek yemesi veya akşam yemeğinden sonra aşırı yiyecek tüketmesi şeklinde görülür. Kişi yemek yediğinin bilicinde olur ve yediği yiyeceği hatırlar (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013; Orhan ve Tuncel, 2009).

GYS'li bireylerde ortak özellikleri kahvaltıyı atlama, akşam veya geceleri daha yoğun miktarda yiyecek tüketme ve uykuya geçişlerdeki zorluktur Bu kişiler günlük alması gereken enerjinin %25'inden fazlasını akşam yemeğinden sonra alır (Gandhi ve Battalwar, 2019).

Toplumdaki prevalansı %1.5 olan gece yeme sendromu sadece obez bireylerde değil aynı zamanda normal ağırlıklı, hafif kilolu bireylerde görülebilen kronik bir durumdur. (Çakmak ve Demir, 2012)

2.2.8. Tanımlanmamış Beslenme ve Diğer Yeme Bozuklukları

Beslenme ve yeme bozukluğunun klinik olarak belirgin olduğu toplumda işlevselliğin düşmesine neden olan ancak tanı ölçütlerinde herhangi bir beslenme ve yeme bozukluğunu tam karşılamayan durumlar için kullanılan bir kategoridir.

2.2.9. DSM-V Tanı Kriterlerinde Yer Almayan (Daha Az Bilinen) Yeme Bozuklukları

2.2.9.1. Bigoreksiya (Kas Dismorfizmi)

Tersine anoreksiya nervoza olarak bilinen bigoreksiya, normal bireylerden daha büyük ve iri olmasına rağmen kişinin kendini yeterli kas seviyesinde ve genişlikte algılamadığı zihinsel ve davranışsal bir durumu temsil eder. Birey kas geliştirmeyi takıntı haline getirmiştir (Alves ve ark., 2016).

Bigoreksiya genellikle geç adölesan döemi ile erken yetişkinlik dönemleri arasında oluşmaktadır. Bu bozukluk daha çok kas geliştirmeye ilgili erkeklerde görülmekte ve kadınlara göre erkekleri daha yüksek oranda etkilemektedir. Bu bozukluğa sahip bireyler bedenlerinin görülmesinde rahatsız olmaktadır. Bu sebeple sıcak bir mevsim bile olsa daha yapılı görünmek için kat kat giyinmektedirler. Bigoreksiyalı bireyler yüksek kas oranına sahip olmasına rağmen düşük kas oranına sahip olduğu inancından dolayı yasal olmayan ilaçlar (androjenik steroidler) veya besin takviyeleri kullanmaktadırlar. Vakitlerinin çoğunu iş veya sosyal hayatını kısıtlamaya varana kadar egzersiz ile geçiren bu bireyler daha çok protein ağırlıklı beslenmektedir (Devrim ve Bilgiç, 2018; Tod ve ark., 2016).

2.2.9.2. Kuş gibi Beslenme (Picky Eating)

Kuş gibi beslenme, daha çok çocukluk çağındaki çocuklarda %8'i ile %50'si arasında görülen besinlerden kaçınma, yiyecekleri çok küçük miktarlarda tüketme, yiyecekleri denemede isteksiz olmadır. Ebeveynler, çocuklara ailede geri kalan herkesten farklı bir yemek sağlamaya yöneltir (Mascola ve ark., 2010).

Kuş gibi beslenmenin gelişimi yeme baskısı, kişilik faktörleri, ebeveynin beslenme tarzı, ebeveyn kontrolü ve sosyal etkiler gibi faktörlerin yanında emzirmenin

olmaması, ilk 6 aydan önce tamamlayıcı beslenmeyle tanışma ve çiğneme gıdalarının geç tanıtılması gibi özel faktörlerden de etkilenmektedir. Erken çocukluk döneminde kuş gibi beslenen çocuklarda, bu beslenmeye sahip olmayanlara göre daha az kalori alma ve düşük ağırlığa sahip olma gözlenmiştir. Bu durum beraberinde büyüme ve gelişmede yavaşlama ve enfeksiyonlara eğilimin artmasına sebep olmaktadır. Kuş gibi beslenme kız ve erkek çocuklarında eşit oranda görülmektedir (Taylor ve ark., 2015).

2.3. Ortoreksiya Nervoz

Geçtiğimiz birkaç on yıl içine birçok egzersiz ve diyet trendleri popüler hale gelmiştir. Bu trendlere katılan bireylerin sayısındaki artış ile obezite, yeme bozukluklarında artış ve sağlık krizi gibi diğer konular günümüz toplumunda daha yaygın hale gelmiştir. Sedanter yaşamın beraberinde getirdiği obezitenin sonucunda görülebilen hipertansiyon, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve kanser gibi birçok hastalık bu durumu daha önemli kılmaktadır. Tüm bu değişik konular antibiyotsiz et, süt ve organik besinler gibi gıdalara yönelik önemi artırmış ve beslenme yoluyla iyileşme fikrini daha popüler hale getirmiştir (Shah, 2012).

Steve Bratman tarafından 1997’de anoreksiya nervozayı çeşitlendirmek amacıyla oluşturulan ortoreksiya terimi Yunanca’da doğru anlamına gelen “ortho” ve iştah, açlık anlamına gelen “orexis” kelimelerinden türemiştir. Ortoreksiya nervoz “Doğru beslenme” anlamına gelmektedir. Amerikalı bir hekim olan Bratman yeme ve besinlerle olan kendi deneyimlerini tanımlamak üzere ortoreksiya terimini ilk 1997’de Yoga Journal’da dergisinde yer alan makalesiyle paylaşmıştır. Yazının, diğer popüler dergiler ve web sitelerinde yeniden paylaşılması, ortoreksiya kavramının uluslararası alanda dikkat çekmesine sebep olmuştur. Dikkat çeken bu konuya ünlü editörler sayfalarca yer vermiş; diyetisyenlerin görüş ve deneyimleri aktarılmıştır. Geri bildirimler doğrultusunda bu konuya eğilme kararı alan Bratman ortoreksiya nervoz ile ilgili Health Food Junkies (Sağlıklı Besin Bağımlıları) kitabını 2000 yılında çıkarmıştır. Bratman bu kitapta, ortoreksiya nervozayı (ON) insanların faziletli, temiz ve ruhani hissetmek amacıyla bir yol olarak gördüğü bir hastalık şeklinde tanımlamaktadır (Akt; Arusoğlu 2006).

ON halihazırda DSM-V içerisinde yer almamaktadır Bununla birlikte bilim toplulukları, medya, doktorlar, beslenme uzmanları ve psikologlar tarafından ON yeme bozukluklarının yeni bir türü olarak görülmektedir. ON birkaç farklı terimle

tanımlanmaktadır. Bunlar endişe, saplantı ve obsesiftir. Aralarından sıklıkla obsesif terimi kullanılmaktadır. Obsesyon, kalıcı ve rahatsız edici düşünceleri gösterirken; saplantı, takıntılı ve sağlıksız endişe veya bağlılık ile ilgili olarak görülen basmakalıp bir davranıştır. Bu terimler aynı probleme farklı açılardan bakması sebebiyle birbirlerinin tamamlayıcısı olarak görülmektedir. Sağlıklı beslenme üzerine endişenin olması bütün ilginin besinler üzerine odaklanılmasına sebep olmaktadır. Bu da kalıcı ve rahatsız edici bir düşünceye dönüşmektedir. Son olarak bu basmakalıp bir davranış haline gelmektedir (Cena ve ark., 2018). Ortorektik bireylerin amacı zayıflamaya bağlı bir beslenme düzeni değil, “saf” besin tüketme amacıdır. Bu bozuklukta birey bulimiya ve anoreksiyadaki gibi besinin miktarına, kalorisine veya içeriğine ilişkin takıntılı bir davranış görülmezken, besinin kalitesi ve saflık özelliklerine bağlı olan takıntılı davranışlar görülmektedir. ON’nin diğer yeme bozukluklarında farklı olduğu ve vücut imajı ile ilgili endişelerin belirgin değildir (Cena ve ark., 2019; Varga ve ark., 2013).

2.3.1. Ortoreksiya Nervozanın Tanı Kriterleri ve Sınıflandırılması

ON için henüz resmi bir tanı ölçütü bulunmamaktadır. Literatürde ON’nin ayrı bir bozukluk mu, mevcut bir yeme bozukluğunun bir çeşidi mi, obsesif bir yeme bozukluk mu yoksa sadece rahatsız edici bir yeme alışkanlığı olduğuna dair tartışmalar devam etmektedir. ON üzerine son 10 yıldan beri literatürde büyük bir hızla araştırmalar yapılmaktadır. Bu durum ON’nin tanı kriterlerinin belirlenmesi ve tanımlanması üzerine yapılan çalışmalara ivme vermiştir (Cena ve ark., 2018).

ON açısından riskli kişileri tespit etmek amacıyla Bratman’nın geliştirdiği 10 maddeli evet/hayır formatında cevaplanan ölçeği bulunmaktadır. Bu ölçek, geçerlilik, güvenilirlik, kesim puanları veya bir referans grubu ile ilgili veriler gibi temel psikometrik özelliklere sahip değildir. Tarama aleti olarak tasarlanmıştır. Ölçekte “Günde üç saatten fazla sağlıklı yiyecekleri düşünerek geçiriyor musunuz?” “Doğru olduğuna inandığınız yiyecekleri yemekten keyif aldığınız deneyimlere feda ediyor musunuz?” gibi sorular bulunmaktadır. Ölçekte bulunan 10 madde ON’yi tespit etmek için tasarlanmış bir araç olan “ORTO-15” in temelini oluşturmaktadır. ORTO-15 Bratman’nın 10 maddelik sorularından 6’sı kullanılarak ayrıca ekstra 9 madde eklenerek oluşturulmuştur. Bu ek maddeler arasında “Daha sağlıklı besinler tüketmek için daha fazla para harcamak ister misiniz?” ve “Sağlıklı yemek yeme inancının benlik saygısını artırdığını düşünüyor musunuz?” gibi sorular bulunmaktadır. Buna göre

toplamda çıkan yüksek puanlar uç noktadaki diyet alışkanlıklarının görüldüğüne işaret etmektedir. ORTO-15 yayınladıktan sonra farklı dillerde uyarlamaları ortaya çıkmıştır. Türkçe versiyonunda ORTO-15'in maddeleri ve puanlaması değiştirilmemiştir. ORTO-15 ölçeğini baz alan ORTO-11 Türkiye versiyonu, Macaristan'a ait ORTO-11 versiyonu, Polonya 'ya ait ORTO-15 ve Almanya'ya ait ORTO-9 ölçekleri bulunmaktadır (Donini ve ark., 2004; Dunn ve Bratman, 2016).

Moroze ve arkadaşları tarafından önerilen ortoreksiya nervoza tanı kriterleri; (Moroze ve ark., 2015)

A grubu kriterleri: Yemeklerin kalitesi ve bileşimi ile ilgili kaygılara odaklanarak “sağlıklı gıda” yeme ile obsesif meşguliyet.

Aşağıdakilerden iki veya daha fazlası

1. Gıda saflığı hakkında endişe verici inançlar nedeniyle besinsel değeri dengesiz yiyecek tüketimi
2. Gıda ve bileşiminin fiziksel veya duygusal sağlık (veya her ikisinin) üzerindeki etkisi ve sağlıksız ya da saf olmayan besin tüketimi hakkında kaygı ve endişeler
3. Hastanın “sağlıksız” olduğuna inandığı (herhangi bir yağ, koruyucu maddeler, gıda katkı maddeleri, hayvansal kaynaklı ürünler ya da kişinin sağlıksız olarak nitelediği diğer içerikleri bulunduran besinler) gıdalardan kaçınması
4. Gıda profesyonelleri olmayan kişilerin algıladığı kaliteye ve besin bileşimine göre belirli türdeki yiyecekleri hazırlamak ve bu yiyecekler hakkında okumak için aşırı zaman (günde 3 saat veya daha fazla) harcanması
5. “Sağlıksız” veya "saf olmayan" yiyeceklerin tüketimi sonrası suçluluk duygusu ve endişeler
6. Başkalarının gıda inançlarına hoşgörüsüzlük
7. Algılanan kalite ve bileşim nedeniyle kişinin gelirin göre gıda için aşırı miktarda para harcaması

B grubu kriterleri: Takıntılı endişe aşağıdakilerden biri ile bozulur.

1. Beslenme dengesizleri nedeniyle fiziksel sağığın bozulması (Örneğın; dengesiz beslenme sebebiyle gelişen malnütrisyon)
2. Hastanın “sağıklı beslenme” hakkındaki inançlarına dayanan takıntılı düşünce ve davranışları nedeniyle sosyal, akademik veya mesleki işlevlerde ciddi sıkıntı ve bozulma

C grubu kriterleri: Bu bozukluk sadece başka bir bozukluğın semptomlarının şiddetlenmesi değildir (Örneğın; obsesif kompulsif bozukluk veya şizofreni veya diğer psikolojik bozukluklar).

D grubu kriterleri: Bu davranış, ortodoks dininin beslenme geleneğine bağılı olarak ya da profesyonel olarak teşhis edilen gıda alerjileri veya özel bir diyet gerektiren tıbbi durumlar ile ilişkili olduğunda açıklanamaz.

ON'nin sınıflandırmasına dair farklı görüşler bulunmaktadır. Bu görüşlerden biri ON'nin DSM-V'de yer alan “Tanımlanman Diğer Yeme Bozuklukları” sınıfına dahil edilmesi gerektiğini savunurken diğer bir görüş DSM-V'de “Obsesif Kompulsif Bozukluk” grubuna dahil edilmesi yönündedir. Tüm bunların yanında ON'nin tamamıyla farklı bir grup olarak ele alınmasını gerektiğini savunan görüşler de bulunmaktadır (Olejniczak ve ark., 2017).

2.3.2. Ortoreksiya Nervozanın Belirtileri

Sağıklı beslenmemenin dünya çapında bir problem haline geldiğı günümüzde buna bağılı davranışların yeni alışkanlıkların gelişmesi olumlu olarak görölmektedir. Bu durum da sağıklı beslenmeye bağılı gelişen davranışların aşırıya kaçılmasının bir sonucu olan ortoreksiya nervozanın tanısını koymayı zorlaştırmaktadır.

Ortoreksiya nervoza, anoreksiya nervoza ile benzerlik gösteren belirtilere sahiptir. Bunlar; tıknırcasına yeme, affektif instabilite, vücut yapısından memnun olmama, diyetle kısıtlamaya bağılı olarak çeşitli tıbbi durumlarla ilişkili olma şeklinde sıralanabilir. Ayrıca fobiler, depresyon, stres, sosyal izolasyon ve anksiyete de görölebilir.

ON'li bireylerde gelecekle ilgili korku ve endişe, mükemmeliyetçilik, yüksek beklenti ve standartlara sahip olmak, saplantılı duygu, düşünce veya dürtülerin olması ortoreksik davranışları belirlemede kullanılmaktadır. Son yapılan çalışmalara göre ON'li hastalar nevrotik ve obsesif kompulsif benzer semptomların yanısıra, anksiyete,

kaçınma-bağlanma stilleri ve kontrol gereksinimi gibi davranışlarla karakterizedir (Haddad ve ark., 2019; Kiss-Leizer ve Rigó, 2019). Aynı zamanda düşük öz saygı bu davranışları üzerinde etkili olabilmektedir Benlik saygısı düşük olan kişilerin çevresinden kolayca etkilendiği ve günlük hayatında karşılaştığı stres faktörleri ile başa çıkmakta zorlandığı ve duygularını kolayca düzene sokamadığı bilinmektedir (Haddad ve ark., 2019).

ON'li bireylerde yiyecek seçimi konusunda son derece seçicidir. Tatlandırıcılar, böcek ilacı kalıntıları, genetiği değiştirilmiş bileşenler, sağlıklı yağlar ve çok fazla şeker veya tuz içeren bileşenlere sahip gıdalardan saptantılı bir şekilde kaçınılmaktadırlar. Zamanla ON'li bireyler kendilerine özgü besin kuralları üretir ve kendini bu seçimlerle kısıtlar. Bu kurallar mutfak araç-gereçleri ve diğer kullanılan malzeme ve araçları da içermektedir. Bu saplantılı durum zamanla kişinin sosyal hayatında gerilemeye sebep olurken, kişide sürecin devamında yalnızlığa ve duygusal olarak memnuniyetsizliğe yol açar (Chaki ve ark., 2013).

2.3.3. Ortoreksiya Nervoza Gelişmesinde Etkili Olan Faktörler

Günümüzde sağlıklı beslenme dünya çapında görülen bir sorundur. Kişi bilgiye erişimi ve maddi gücü doğrultusunda “daha sağlıklı” olana yönelmeyi tercih etmektedir.

Ortoreksiya nervoza oluşum ve gelişiminde multifaktöriyel sebepler yer almaktadır. Literatürde yer alan çalışmalarda ON ile bağlantılı olabilecek risk faktörleri üzerinde durulmuş ve daha çok bu alanlarda çalışmalar yapılmıştır. Risk faktörü olarak görünen ve değinilen kavramlar daha çok sağlık çalışanı olmak, sağlıkla ilişkili bir bölümün öğrencisi olmak, performans sanatçısı olmak, bir spor profesyoneli olmak, cinsiyet faktörü, sosyal medya kullanımı ve farklı diyet yaklaşımlarıdır. Bu kavramlar üzerine birçok araştırmada değinilmiştir. Fakat ON için araştırmalar halen devam etmekte olup, çalışma sayısı kısıtlıdır. Araştırmaların sonuçları birbirinden farklılık göstermektedir ve sonuçlar yönünden kıyaslama yapmak zordur (Hamurcu, 2019; Rangel ve ark., 2012).

2.3.3.1. Sağlıklı Beslenme Planları

Hastalıkları diyet vasıtasıyla iyileştirme veya korumaya yönelik teşebbüsler uzun bir geçmişe dayanır. Birçok eski düşünce günümüzde de sürmektedir. Geçmişte

yer alan yaklaşımların bazıları yeni fikirler ile birleşmekte veya yeni düşünceler ile birlikte değişmektedir (Bratman, 2017).

Sağlıklı ve fit olmak için yapılan diyetlerde kalori alımının aşırı kısıtlanması, karbonhidratlardan kaçınma gibi davranışlarda bulunan bireylerde, günlük enerji ihtiyacı karşılanamamaktadır. Ayrıca makro ve mikro besin öğelerinin yetersiz ve dengesiz alımı ile çeşitli fiziksel ve fizyolojik sonuçları ortaya çıkarmaktadır. ON'li bireylerde mükemmeliğe erişme isteği vardır. Tüm bu açılardan ON'li bireyler risk grubuna girmektedir (Arusoğlu, 2006; Mathieu, 2005).

Vegan diyeti, yaşayan veya ölü bir hayvanın vücudunun herhangi bir yerinden elde edilen veya bu maddeleri içeren gıdaları tüketmemektedir. Bazı vegan diyeti yapan kişiler sadece hayvansal kaynaklı gıdalar değil aynı zamanda arıdan elde edildiği için bal, yumurta ve kemikten elde edildiği için jelatini tüketmemektedir. Veganlar ayrıca hayvanlardan üretilen deri giysiler, sabun gibi ürünleri tüketmekten kaçınmaktadır.

Ülkeden ülkeye değişmekle birlikte genel olarak vegan prevelansı düşüktür (Barthels ve ark., 2018). Vejeteryanizm tüketilen besin içeriklerine göre sınıflandırılmaktadır. Bunlar;

- a. Lakto vejeteryan bireyler süt ürünleri tüketirken; et, yumurta veya yumurta içeren tüm gıdaları tüketmemektedir.
- b. Ova vejeteryan bireyler süt ve et ürünü tüketmemektedir. Bununla birlikte yumurta ve bitkisel kaynaklı besin tüketimi mevcuttur.
- c. Lakto-ova vejeteryanlar bitkisel besinleri tüketmektedirler. Bununla birlikte hayvansal besinlerden yalnızca yumurta ve süt ve süt ürünleri tüketmektedir. Bu tür vejeteryan diyetlerinde en çok tercih edilen beslenme türüdür.
- d. Pesko vejeteryanlar su ürünleri ve bitkisel gıdalar tüketmektedir. Kırmızı et tüketimi yoktur.
- e. Semi vejeteryanlar pesko vejeteryan bireyler gibi kırmızı et tüketmezken, kısıtlı alımı olacak şekilde balık ve tavuk tüketimi mevcuttur.

- f. Polo vejeteryan bireyler kümes hayvanları ve bitkisel besinler tüketmektedir. Kümes hayvanları dışında hayvansal besin alımı yoktur.
- g. Fruvitarian bireyler taze ve kuru meyveler, birkaç tür sebze (domates, salatalık gibi meyve olarak kabul edilen), fındık ve tohum gibi gıdaları tüketmektedir. Bu beslenme tipinde hayvansal gıda tüketimi yoktur.

Çiğ besin tüketicileri diğer bir adıyla ravistler, gıdaları pişmemiş veya işlenmemiş çiğ gıda olarak tüketmektedir. Bu beslenme tipini uygulayan bireyler besinin pişirilmesi ile besin değerini yitireceğine dair inanışa sahiptir. Bu beslenme tipinde daha çok meyveler, tahıllar, kabuklu yemişler ve tohumlar gibi besin alımı görülür (Koebnick ve ark., 2005).

Makrobiyotik beslenme Yin ve Yang prensibine dayanan besin tüketiminin tam tahıllı ürünler, meyveler ve sebzelerden sağlandığı bir beslenme tipidir. Çoğunlukla yeşil renkli kök sebzelerinin tüketimi olan bu beslenmede sebzeler az pişirilir. Çiğ sebze az miktar olması koşuluyla tüketilebilmektedir. Makrobiyotik beslenme aynı zamanda pestisitlerden ve diğer kimyasalardan kaçınmaya dayanır. Rafine şekerler, alkol ve kafeinli içecek tüketimi bu beslenmede önerilmez (Lerman, 2010).

Likiteryan beslenmede kişiler besinleri sıvılaşmış bir şekilde tüketmektedir (Arusoğlu, 2006). Tüm bunların yanında zayıflamak ve sağlığı tedavi etmek amacıyla bazı popüler beslenme şekilleri takip edilmektedir. Bunlardan biri olan laktosuz beslenme, süt ve süt ürünlerinin tüketimi ardından laktozun sindirilememesi sonucu gastorintestinal sistemde meydana gelen bozukluk sebebiyle bu ürünleri diyetten çıkarmadır. Amaç laktoza bağlı gelişen alerjik semptomların önüne geçmektir. Süt ve süt ürünleri yerine laktoz içermeyen soya sütü, badem sütü gibi besinler tüketilir. Atkins diyetinde karbonhidrat tüketimi minimum seviyededir. Daha çok protein ve yağ alımı mevcuttur. Atkins tipi beslenmede amaç vücutta yağ yakımını hızlandırmaktır. Paleolitik diyet Taş Devrindeki insanların beslenme düzenlerini takip etmek amacıyla uygulanan bir beslenme biçimidir. Temel olarak balık ve kabuklu deniz ürünleri, yumurta, fındık, meyve, sebze ve yağsız et tüketimine dayalıdır. İşlenmiş gıdaları, rafine şekerler, süt ürünleri, tuz ve tahıl tüketimi bu beslenmede az ya da hiç yer almaz (Hoffman, 2017; Whalen ve ark., 2017). Tüm bu diyetlerin yanında clean eating hareketi, purist beslenme, yağsız diyet, organik diyet ve şekersiz diyet gibi sağlıklı beslenme adı altında uygulanan farklı beslenme tipleri bulunmaktadır (Arusoğlu, 2006).

2.3.3.2. Cinsiyet Faktörü

Ortoreksiya nervoza üzerine yapılan çalışmaların neredeyse hepsinde farklı cinsiyetlerin ON gelişimi üzerinde etkisi incelenmiş olmasına rağmen halen tartışmalı bir konudur (Segura-García ve ark., 2012).

Kadınların fiziksel görünüşleri, kilo kontrolüne ve besin tüketimine daha çok önem verdiği düşüncesiyle doğru beslenmeye dair ilgilerinin daha fazla olduğu düşünülmektedir. Bu gibi faktörler araştırmacıları kadınlarda ortoreksiya nervoza prevelansının erkeklere göre daha fazla olduğu düşüncesine yöneltmiştir. Yapılan araştırmaların bazılarında bu düşüncüyü destekleyecek sonuçlar mevcuttur. (Dell’Osso ve ark., 2016; Parra-Fernández ve ark., 2018; Yeşil ve ark., 2018) Bu durumun tersi olarak ortoreksiya nervoza prevelansının erkeklerde daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalarda mevcuttur (Fidan ve ark., 2010; Segura-García ve ark., 2017).

2.3.3.3. Sağlık Eğitiminin Rolü

Ortoreksiya nervoza sıklığı üzerine yapılan çalışmalarda diyetisyen, doktor ve hemşire gibi sağlık alanında çalışanlarda ve bu alanda okuyan öğrencilerde prevelans yüksek çıkmıştır. Bunlar dışında performans sanatçıları, yoga eğitmenlerinde ve spor dalında profesyonel olarak çalışan veya bu dalda okuyan öğrencilerde genel popülasyona göre ON prevelansının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tremelling ve ark., 2017). Sağlık eğitimi alan tıp fakültesi, diyetetik ve hemşirelik fakültelerindeki öğrencilerde bu oranının biraz daha yüksek görülme sebebi olarak beslenmenin sağlık üzerindeki etkileri hakkında daha iyi bilgi sahibi olma eğiliminde olmaları bu konulara daha duyarlı olmalarına sebep olabilmektedir (Bağcı Bosi ve ark., 2007). Hastalıklardan koruma ve sağlık durumunu iyi bir şekilde sürdürmenin besin alımıyla ilişkisini bilen, bu gruplar sağlıklı besin alımı noktasında büyük bir dikkat ve öneme sahiptir (Maghetti ve ark., 2015).

2.3.3.4. Sosyal Medyanın Rolü

Sosyal medyanın, yemek bozuklukları üzerine etkilerini inceleyen çalışmalar oldukça fazla olmasına rağmen ON ile ilişkili çalışmalar az sayıdadır. Yapılan çalışmalar sosyal medya kullanımının ortoreksiya nervoza gelişimi üzerinde etkisi olduğunu göstermiştir (Hamurcu, 2019; Turner ve Lefevre, 2017).

Geçmişte etnik köken, kültür ve aile geleneklerinin etkisi ile besin hazırlama yemek kitapları, komşular ve aile bireyleri vasıtasıyla öğrenilmekteydi. Televizyon programları, web siteleri, bloglar ve videoların günlük hayattaki yeri ile birlikte eski alışkanlıkların yerine bu yeni kanallar kullanılmaya başlandı. Sosyal medya tüketicilerin düşünme biçimi, hakkında konuştukları ve yaşadıklarını etkilemektedir. Bu etki besini satın almadan başlayarak, pişirme ve sonrasında besini tüketmeye varana kadar tüm yeme ve besin döngüsünü değiştirmektedir. Ayrıca tüketiciler gıdalarla ilgili bilgileri keşfetmek, öğrenmek ve paylaşmak için sosyal medyayı kullandıkça, yeme kültüründeki değişimin bir parçası olmaktadır. Bireyler besinlerle ilgili bilgileri kendileri gibi olduğuna inandıkları kişilerin deneyimlerinden yararlanma yoluna giderek almayı tercih etmektedir (Atik ve Biricik, 2017; Vaterlaus ve ark., 2015).

Günümüzde sosyal medya aynı zamanda bir halk sağlığı problemi olan obezite sorunu yanıt bulmak amacıyla çeşitli görüş, tarifler ve resimler vasıtasıyla besin tüketimi üzerine bilgilendirme amacıyla kullanılmaktadır. Sağlıklı ve iyi olma durumuyla ilgili tavsiyelerin yer aldığı birçok site bulunmaktadır. Medyada yer alan bu bilgilere maruz kalma doğrultusunda kişilerde bir süre sonra farklı kanaatler oluşmaktadır. Sosyal medya vasıtasıyla elde edilen bilgilerin bilimsel ve güvenilir olup olmadığı bir sorundur (Cinquegrani ve Brown, 2018).

Sosyal medya kullanımının kişilerde özgüven eksikliği ve depresyon gibi ruh sağlığı sorunlarıyla ilişkilidir. Bu sağlık sorunları aynı zamanda ortoreksiya nervozada sıklıkla görülmektedir (Turner ve Lefevre, 2017).

2.3.4. Ortoreksiya Nervozada Tedavisi

ON'nin tanı ve değerlendirmesine yönelik kriterlerin tanımlanmamış olması ve ON oluşumunun altında yatan durumların multifaktöriyel olması sebebiyle tedavisi zordur. Ortoreksik eğilimi olan kişiler için klinisyenler, zayıf olma arzusuna odaklanmak yerine “saf sağlıklı besinler” tüketme arzusuna odaklanmalıdır. İyi bilinen yeme bozuklukları için geliştirilen tedavi varsayımları ortoreksik popülasyonun ihtiyaçlarına göre genişletilebilir. Ortoreksiyalı kişiler, yeme ile ilgili bir davranış problemi olduğunu anlamalı, tüketilen gıdanın kalitesinin sağlığı belirleyen tek faktör olmadığını öğrenmesi sağlanmalıdır. Bu durumu saplantıya dönüştürmeden besin ihtiyacını karşılaması gerektiği öğretilmelidir (Brytek-Matera, 2012).

Ortoreksiya nervozanın tedavisi multidisipliner bir ekip ile birlikte çalışma ihtiyacını gerektirmektedir. Bu ekip içerisinde psikoterapistler, doktorlar ve diyetisyenler yer almaktadır. Tedavinin ilk basamağı beslenme yetersizliğini karşılamaya yönelik olmaktadır. Yeterli ve dengeli bir diyet tedavinin temelini oluşturmaktadır (Olejniczak ve ark., 2017).

ON'li bazı vakalarda uzmanlar, paroksetin, fluoksetin ve sertralin gibi selektif seratonin geri alım inhibitörleri ile birlikte psikoterapiden oluşan bir tedavi önermektedir. Selektif seratonin geri alım inhibitörleri aynı zamanda obsesif kompulsif bozulukluğa ve anoreksiya nervozaya sahip kişilerde faydalı olmaktadır. Bununla birlikte mükemmel beslenme üzerine obsesiyona sahip olmalarından dolayı ON'li bireylerde doğal bulmadıkları gerekçesiyle ilaç ile tedaviye karşı direnç gözlenebileceği düşünülmektedir. Bunu aksini iddia eden Kater'a göre bu yeme bozukluğuna sahip kişiler diğer yeme bozukluklarına sahip olanlara göre tedavi almaya daha açıktır. Çünkü ortorektik davranışa sahip kişiler sağlıkları konusunda daha endişelidir. Bu durum onları tedaviye daha uyumlu hale getirmektedir (Mathieu, 2005).

Tedavi kognitif davranış terapisi, ilaç tedavisi ve psikoeğitimden oluşmaktadır. Tedavide ON'li kişilerin kendi yakın çevresiyle çalışması ve beslenme eğitiminin desteklenmesi terapinin önemli bir komponentidir. Yeme bozukluğu olan diğer hastalardan farklı olarak ortoreksiya nervozalı kişilerin sağlıkları ve kişisel bakımlarıyla ilgili endişeleri nedeniyle tedaviye daha iyi yanıt verme eğilimindedirler. (Olejniczak ve ark., 2017)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Tipi

Bu araştırma, bir aile sağlığı merkezine başvuran bireylerdeki ortoreksiya nervoza sıklığı belirlemek ve beslenme durumunu incelemek amacıyla gerçekleştirilmiş kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırma, İstanbul Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 14/06/2019 tarih ve 11 numaralı sayı nolu izni ve İl Sağlık Müdürlüğü'nün 09.10.2019 tarihli 16867222-604.01.02 sayılı onayı ile Ekim-Aralık 2019 tarihleri arasında İstanbul ilinin Gaziosmanpaşa ilçesindeki Kazım Karabekir Aile Sağlığı Merkezine başvuran 18 yaş ve üstü bireylerde gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya dahil olma ölçütü 18 yaşını doldurmuş olmak şeklinde belirlenmiştir. Araştırmadan dışlama ölçütü ise 18 yaşından küçük olmak şeklinde belirlenmiştir. Araştırma evrenini oluşturan Gaziosmanpaşa ilçesinin nüfusu 2018 TÜİK verilerine göre 487.046'dır. Örneklem büyüklüğü %95 güven aralığında, %5 hata payıyla, prevalans %40 olacağı varsayılarak hesaplanmıştır. Örnek büyüklüğü hesaplanmasında www.openepi.com web sitesinde "sample size calculation" programı kullanılmıştır. Evrenden alınacak minimum örneklem büyüklüğü bu hesaplama göre 369'dur.

3.3. Veri Toplama Yöntemi

Çalışmada veriler 4 ana bölümden oluşan anket formu kullanılarak gönüllü olarak katılan bireylerle yüz yüze görüşme şeklinde gerçekleştirilmiştir. Bu bölümler şunlardır:

- Sosyodemografik özellikler ve beslenme durumu
- Antropometrik ölçümler
- ORTO-11 testi
- Yeme tutum testi (YTT-40)

Anketin uygulandığı her bireye çalışmanın nasıl yapılacağı ve nedeni hakkında bilgilendirme amacıyla "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" kullanılmıştır.

Çalışma veri toplama süresinde 380 kişiye ulaşılarak sonlandırıldı. Anket formunu eksik dolduranlar çalışma dışı bırakılmıştır.

3.3.1. Sosyodemografik Özellikler ve Beslenme Durumu

Kişilerin sosyodemografik özellikler ve beslenme durumunun belirlenmesi yönelik olarak yaş, meslek, eğitim durumu, sigara ve alkol kullanma durumu, kronik hastalık varlığı, vitamin ve mineral kullanma durumu, daha önce diyet uygulanıp uygulanmadığı, ana öğün ve ara öğün sayısı, öğün atlama bilgileri ve nedenleri, fiziksel aktivite durumu, süresi ve çeşidini içermektedir (Ek-1).

3.3.2. Antropometrik Ölçümler

Antropometrik ölçümlerden boy uzunluğu (cm) ve vücut ağırlığı (kg) araştırmaya katılan kişilerin beyanına dayanmaktadır.

Beden kitle indeksi (BKİ) araştırmaya katılan her kişi için araştırmacı tarafından hesaplanmıştır. $BKİ = \frac{\text{Vücut ağırlığı}}{\text{Boy uzunluğu}^2}$ (kg/m²) denklemi hesaplamada kullanılmıştır. Ölçüm sonuçları Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) sınıflandırılmasına göre değerlendirilmiştir (Ek-2) (World Health Organization, 2000).

Tablo 3-1: BKİ'ye Göre Sınıflandırma

	BKİ (kg/m ²)
Zayıf	<18.5
Normal	18.5-24.9
Hafif şişman	25-29.9
Şişman	30-39
Ağır Şişman	>40

3.3.3. ORTO-11 Ölçeği

ORTO-15 testi ilk olarak 2005 yılında Donini ve ark. (2005) tarafından Bratman'nın hazırladığı Bratman's Orthorexia Test (BOT) adlı "evet" veya "hayır" seçeneklerinin yer aldığı 10 maddeden oluşan soru formundan yararlanılarak

hazırlanmıştır. Donini ve arkadaşları bu soru formunda yer alan maddeleri düzenlemiş ve bazılarının (1, 3, 7, 8, 9, 10) sözel ifadelerini değiştirerek ölçeği geliştirmiştir.

ORTO-15 ölçeği ortoreksiya nervoza eğilimini değerlendirmek amacıyla oluşturulan, kişinin besin seçimi, satın alma, ve hazırlama konularındaki davranışlarını araştırmak amacıyla hazırlanmıştır. Ölçek dördümlük likert tipte cevaplanacak biçimde hazırlanmıştır. Ölçekte, hangi sıklıkta kişilerin kendilerini maddelerde ifade edilen şekilde hissettiklerini ifade ettiğini öğrenmek üzere “her zaman”, “sık sık”, “bazen” ve “hiçbir zaman” seçeneklerinden birini işaretlenmesi beklenilmektedir. Ortoreksiyayı gösteren yanıtlara 1, normal yeme davranışı gösteren yanıtlara ise 4 puanı verilmektedir. 2, 5, 8 ve 9 numaralı maddelerin ise puanlaması ters şekilde olmaktadır. 1 ve 13 numaralı maddelerde ise “her zaman” için 2, “sık sık” için 4, “bazen için” 3 ve “hiçbir zaman” yanıtının değeri 1 şeklindedir. Toplam puan düştükçe ortorektik eğilim artmaktadır (Donini ve ark., 2005).

ORTO-15 ölçeğinin Türkçeye uyarlanmasının geçerlik ve güvenirlik çalışması Arusoğlu tarafından yapılmış olup 0.50 ve altı değerle faktörlere yüklenen maddeler elenmiştir. Ölçekte ORTO-15’de bulunan 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13 ve 14 numaralı maddeler yer almıştır ve bu haliyle 11 soruluk bir ölçek oluşturulmuştur. Ölçekte yalnızca 8. soru ters şekilde puanlanmakta ve ölçekte alınan puan en çok puan 44 en az 11 olup %25’lik dilim kesim noktası olarak belirlenmiştir. Buna göre 27 puan altı değerler ortorektik olarak değerlendirilmiştir (Arusoğlu ve ark., 2008; Merdin, 2018; Zeybekoğlu, 2019).

Çalışmamızda kesim noktası Arusoğlu’nun Türkçeye Uyarlama Çalışması’ndaki yöntemle belirlenmiştir. ORTO-11 ölçeğinin değerlendirilmesi için kullanılan kesim noktası %25’lik dilimde 23 olarak belirlenmiş ve bu değer altı ortorektik olarak değerlendirilmiştir (Ek-3).

3.3.4. Yeme Tutum Testi (YTT-40)

Garner ve Garfinkel tarafından yeme bozukluğuna sahip olan veya henüz tanısı konulmamış olan kişilerde, yeme davranış ve tutumlarındaki olası bozuklukları objektif bir biçimde değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir (Garner ve Grafinkel, 1979). Oluşan kendini değerlendirme ölçeği olan testin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirlik çalışması Savaşır ve Erol tarafından yapılmıştır. Ölçek aynı zamanda

anorektik bireylerin yüksek risk grubu oluşturduğu topluluklarda hastalığın tespiti ve taraması için kullanılmaktadır.

YTT-40 genç ve yetişkinlere uygulanan soru şıkları “daima”, “çok sık”, “sık sık”, “bazen”, “nadiren” ve “hiçbir zaman” seçeneklerinden oluşan çoktan seçmeli ve 6 noktalı likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 120, en az puan 0’dır.

Testin sonucunun değerlendirilmesi;

Testte yer alan 1-18-19-23-27-39 numaralı sorularda “bazen” 1, “nadiren” 2 ve “hiçbir zaman” 3 puana ve diğer seçenekler 0 puan olarak değerlendirilir. Ölçekteki kalan maddeler için puanlama “daima” 3 puan, “çok sık” 1 puan şeklinde iken diğer seçenekler için 0 puan olacak şekilde veriler değerlendirilmektedir. Tüm puanların toplamı ile değerlendirme yapılmaktadır. Anoreksiya nervoza tanısı için ayırım puanı 30’dur. Toplam puan 21’den az ise “düşük risk”, 21-30 arasında ise “orta risk”, 30’dan fazla ise “yüksek risk” olarak belirlenmiştir (Ek-4) (Garner ve Grafinkel, 1979; Savasir ve Erol, 1989).

3.3.5. Verilerin Analizi

Bu çalışmada, elde edilen verilerin analizi yapılırken, veriler bilgisayara sayısal ifade olarak girilmiş ve bu veriler Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Program for Social Sciences- SPSS 25.0) kullanılarak istatistiksel analizi yapılmıştır. Analizlere başlamadan önce veriler normal dağılım gösterip göstermemeleri açısından incelenmiştir. Araştırma değişkenlerinin örneklem grubunda normallik dağılımının analizi için yapılan Kolmogrov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri yapıldı. Basıklık (Kurtosis)-Çarpıklık (Skevnness) değerleri kontrolünde bütün ölçeklerin normal dağılım gösterdiği görülmüştür.

Veriler normal dağılım gösterdiğinden parametrik testler kullanılmıştır. Ölçeklerin ortalamaları ve standart sapmaları için betimsel istatistik kullanılmıştır. İki değişken arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Ki-Kare testi kullanılmıştır. Cinsiyet değişkeni açısından ölçeklerden alınan puanların farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla bağımsız örneklem t testi (independent sample t test) kullanılmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında parametrik çoklu grup arasındaki

farkı analiz etmek için ANOVA testi kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişki Pearson Korelasyon analizi ile incelenmiştir.

Verilerin sonuçları %95'lik güven aralığında $p < 0,05$ anlamlılık düzeyine göre değerlendirildi.

Cohen'nin Korelasyon gücünün referans değerleri;

- 0.10-0.29 Zayıf
- 0.30-0.49 Orta
- 0.50-1.00 Yüksek

3.3.6. Araştırma Sınırlılıkları

Araştırma Ekim-Aralık 2019 tarihleri arasında bir aile sağlığı merkezine başvuran bireylerin kendi beyanlarında elde edilen bilgilerle sınırlıdır.

4. BULGULAR

Tablo 4-1: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımları

		Kadın		Erkek		Toplam			
Demografik Değişkenler									
		n	%	n	%	n	%	X ²	p
Yaş	18-27	99	36,8	56	56,0	155	42,0	8,882	0,087
	28-37	100	37,2	23	23,0	123	33,3		
	38-47	49	18,2	14	14,0	63	17,1		
	48 ve üstü	21	7,8	7	7,0	28	7,6		
Toplam		269	100,0	100	100,0	369	100,0		
Öğrenim Durumu	Okur-Yazar	2	0,7	1	1,0	3	0,8	9,973	0,076
	İlkokul	78	29,0	16	16,0	94	25,5		
	Ortaokul	45	16,7	18	18,0	63	17,1		
	Lise	66	24,5	36	36,0	102	27,6		
	Üniversite	74	27,5	29	29,0	103	27,9		
	Lisansüstü	4	1,5	0	0,0	4	1,1		
Toplam		269	100,0	100	100,0	369	100,0		
BKI	Zayıf	13	4,9	3	3,0	16	4,3	5,641	0,130
	Normal	123	45,9	57	57,0	180	48,9		
	Hafif Şişman	79	29,5	29	29,0	108	29,3		
	Şişman	53	19,8	11	11,0	64	17,4		
Toplam		268	100,0	100	100,0	368	100,0		

Araştırmaya katılan kişilerden 28 yaş ve üstü yaşlarda kadın sayısının daha fazla olduğu bulunmuştur. Öğrenim durumuna göre erkeklerin %29.0 üniversite mezunu olup kadınlardan fazladır. Beden kitle indeksine göre kadınların %19.5'i şişman olup erkeklerden fazladır.

Tablo 4-2: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımları

		Kadın		Erkek		Toplam			
Demografik Değişkenler		n	%	n	%	n	%	X ²	p
Kronik Hastalık Varlığı	Evet	40	14,9	15	15,0	55	14,9	0,001	0,975
	Hayır	229	85,1	85	85,0	314	85,1		
	Toplam	269	100,0	100	100,0	369	100,0		
Diyabet	Evet	9	3,3	6	6,0	15	4,1	1,317	0,251
	Hayır	260	96,7	94	94,0	354	95,9		
	Toplam	269	100,0	100	100,0	369	100,0		
Kalp Hastalığı	Evet	5	1,9	3	3,0	8	2,2	0,448	0,503
	Hayır	264	98,1	97	97,0	361	97,8		
	Toplam	269	100,0	100	100,0	369	100,0		
Hipertansiyon	Evet	7	2,6	2	2,0	9	2,4	0,111	0,739
	Hayır	262	97,4	98	98,0	360	97,6		
	Toplam	269	100,0	100	100,0	369	100,0		
Ülser-Gastrit	Evet	3	1,1	1	1,0	4	1,1	0,009	0,924
	Hayır	266	98,9	99	99,0	365	98,9		
	Toplam	269	100,0	100	100,0	369	100,0		
Böbrek Problemi	Evet	2	0,7	1	1,0	3	0,8	0,064	0,801
	Hayır	267	99,3	98	99,0	365	99,2		
	Toplam	269	100,0	99	100,0	368	100,0		
Tiroid Problemi	Evet	11	4,1	2	2,0	13	3,5	0,936	0,333
	Hayır	258	95,9	98	98,0	356	96,5		
	Toplam	269	100,0	100	100,0	369	100,0		
Karaciğer Problemi	Evet	1	0,4	1	1,0	2	0,5	0,534	0,465
	Hayır	268	99,6	99	99,0	367	99,5		
	Toplam	269	100,0	100	100,0	369	100,0		
Sigara Kullanma Durumu	Evet	58	21,6	59	59,0	117	31,7	50,152	0,000
	Hayır	192	71,4	34	34,0	226	61,2		
	Bıraktım	19	7,1	7	7,0	26	7,0		
	Toplam	269	100,0	100	100,0	369	100,0		
Alkol Kullanma	Evet	12	4,5	19	19,0	31	8,4	19,795	0,000
	Hayır	255	95,5	81	81,0	336	91,6		
	Toplam	267	100,0	100	100,0	367	100,0		
Tatlandırıcı Kullanma	Evet	1	0,4	0	0,0	1	0,3	3,065	0,216
	Hayır	268	99,6	100	100,0	368	99,7		
	Toplam	269	100,0	100	100,0	369	100,0		

Araştırmaya katılan kişilerde kronik bir hastalığın varlığı kadınların %14.9'unda ve erkeklerin %15'inde olduğu belirlenmiştir. Diyabet varlığı erkek katılımcıların %6'sında, kalp hastalığı varlığı %3'ünde, böbrek hastalığı varlığı %1'inde ve karaciğer hastalığı varlığı %1'inde olup bu hastalıkların erkeklerde kadınlardan fazla olduğu belirlenmiştir. Hipertansiyon kadın katılımcıların %2.6'sında, ülser-gastrit %1.1'inde ve tiroid problemi %4.1'inde olup bu hastalıkların kadınlarda erkeklerden fazla olduğu belirlenmiştir. Sigara kullanımı erkeklerin %59'unda, alkol kullanımı %19'unda olup erkeklerde kadınlardan fazla olduğu ve ileri derecede istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Tatlandırıcı kullanımı kadınlarda %0.4 olup erkeklerden fazladır.

Tablo 4-3: Sağlıklı Olduğunu Düşünme Değişkenine Göre Cinsiyetin Karşılaştırılması

Sağlıklı Olmaya Dair İnanç					Kadın	Erkek	Toplam	X ²	p
Sağlıklı Olduğunu Düşünüyor Musun?	Evet	n	164	78	242	9,371	0.002		
		%	67,8	32,2	100				
	Hayır	n	105	22	127				
		%	82,7	17,3	100				
Toplam	n	269	100	369					
	%	72,9	27,1	100					

Araştırmaya katılan katılımcılardan sağlıklı olduğunu düşünme sorusuna evet yanıtını vermiş olanların %67.8'i kadın olup erkeklerden fazla olduğu belirlenmiştir. Erkeklerin %17.3 sağlıklı olduğunu düşünme sorusunda hayır cevabını vermiş olup kadınlardan daha az olduğu belirlenmiş ve ileri derecede istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4-4: Katılımcıların Kullandığı Vitamin Frekansı Tablosu

Alınan Vitaminler		f	%
Vitamin Adı	B12	21	5,7
	C Vitamini	1	0,3
	D Vitamini	9	2,5
	Demir İlacı	10	2,8
	Folik Asit	1	0,3
	Kullanım yok	327	88,6
	Toplam	369	100,0

Araştırmaya katılan kişilerin %5.7'si B12, %3'ü C vitamini, %2.5'i D vitamini, %2.8'i Demir ilacı ve %0.3'ü folik asit kullandığı belirlenmiştir.

Tablo 4-5: Katılımcıların Beslenme ve Egzersiz Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımı

			Kadın		Erkek		Toplam			
Beslenme ve egzersiz durumu			n	%	n	%	n	%	X ²	p
Daha Önce	Diyet Uygulama	Evet	123	45,7	23	23,0	146	39,6	15,744	0,000
		Hayır	146	54,3	77	77,0	223	60,4		
		Toplam	269	100,0	100	100,0	369	100,0		
Diyeti Önerdi	Kim	Diyetisyen	45	36,3	8	34,8	53	36,1	3,199	0,362
		Kitle İletişim Araçları	30	24,2	8	34,8	38	25,9		
		Çevre	28	23,4	2	8,7	31	21,1		
		Diğer	20	16,1	5	21,7	25	17,0		
		Toplam	123	100,0	23	100,0	147	100,0		
Doğru Beslenme Bilgileri	Her Zaman	Sık Sık	30	11,2	16	16,0	46	12,5	7,567	0,109
		Nadiren	56	20,8	10	10,0	66	17,9		
		Hiçbir Zaman	131	48,7	50	50,0	181	49,1		
			52	19,3	24	24,0	76	20,6		
		Toplam	269	100,0	100	100,0	369	100,0		
Düzenli Egzersiz Yapma		Evet	40	14,9	18	18,0	58	15,7	0,539	0,463
		Hayır	229	85,1	82	82,0	311	84,3		
		Toplam	269	100,0	100	100,0	369	100,0		
Egzersiz Türü	Yürüyüş Koşu Fitness Yüzme Zumba Futbol Bisiklet Sürmek Pilates Basketbol		21	52,5	7	38,9	28	48,3		
			1	2,5	0	0,0	1	1,7		
			4	10,0	8	44,4	12	20,7		
			6	15,0	0	0,0	6	10,3		
			3	7,5	0	0,0	3	5,2		
			0	0,0	2	11,1	2	3,4		
			1	2,5	0	0,0	1	1,7		
			4	10,0	0	0,0	4	6,9		
			0	0,0	1	5,6	1	1,7		
Toplam			40	100,0	18	100,0	58	100,0		

Araştırmaya katılan kadınların %45'i daha önce diyet yapmış olup erkeklerden fazla olduğu belirlenmiştir. Diyeti kadınların %36.3 diyetisyenlerden almış olup erkeklerden fazla olduğu tespit edilmiştir. Erkeklerin diyeti bilgisini diyetisyen ve kitle iletişim araçlarından eşit oranda aldığı belirlenmiştir. Doğru beslenme bilgilerine erişildiğinde erkeklerin %50'si, kadınların %48.7'si nadiren davranış değişikliğine gittiği belirlenmiştir. Erkeklerin %18'i, kadınların %14.9'u düzenli egzersiz

yapmaktadır. Düzenli egzersiz yapan kadınların %52.5'i yürüyüş yapmakta olup erkeklerden fazla olduğu belirlenmiştir. Erkeklerin en fazla yaptığı egzersizin fitness olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4-6: Katılımcıların Öğünlerle İlişkisinin Cinsiyete Göre Dağılımı

		Kadın		Erkek		Toplam		X²	p
Tüketilen Öğün		n	%	n	%	n	%		
Kahvaltı	Evet	241	89,6	85	85,0	326	88,3	1,493	0,222
	Hayır	28	10,4	15	15,0	43	11,7		
Toplam		269	100,0	100	100,0	369	100,0		
Öğle Öğünü	Evet	160	59,5	81	81,0	241	65,3	14,902	0,000
	Hayır	109	40,5	19	19,0	128	34,7		
Toplam		269	100,0	100	100,0	369	100,0		
Akşam Öğünü	Evet	261	97,0	97	97,0	358	97,0	0,001	0,990
	Hayır	8	3,0	3	3,0	11	3,0		
Toplam		269	100,0	100	100,0	369	100,0		
Sabah ile Öğlen Arası	Evet	30	11,2	8	8,0	38	10,3	0,784	0,376
	Hayır	239	88,8	92	92,0	331	89,7		
Toplam		269	100,0	100	100,0	369	100,0		
Öğlen ile Akşam Arası	Evet	116	43,1	29	29,0	145	39,3	6,095	0,014
	Hayır	153	56,9	71	71,0	224	60,7		
Toplam		269	100,0	100	100,0	369	100,0		
Akşam Yemeğinden Sonra	Evet	147	54,6	62	62,0	209	56,6	1,605	0,205
	Hayır	122	45,4	38	38,0	160	43,4		
Toplam		269	100,0	100	100,0	369	100,0		

Araştırmaya katılan kadınların %89.6'sı kahvaltı, sabah-öğle arası olan ara öğünü %11.2'si ve öğlen-akşam arası olan ara öğünü %43.1'i yapmakta olup erkeklerden fazla olduğu belirlenmiştir. Öğlen-akşam arası olan ara öğünü kadınların erkeklerden istatistiksel olarak anlamlılık verecek şekilde daha fazla tükettiği tespit edilmiştir. Erkeklerin %81'i öğle yemeği ve akşam yemeği sonrası ara öğünü %62'sinin yapmakta olup kadınlardan fazla olduğu belirlenmiştir. Akşam öğünü kadın ve erkeklerin %97'sinin yaptığı belirlenmiştir.

Tablo 4-7: ORTO-11 Ölçeği Puan Dağılımları

	n	Min	Max	$\bar{X}$	Ss.
ORTO-11 Ölçeği	369	12	40	25,95	5,06

Araştırmaya katılan kişilerin ORTO-11 ölçeği ortalaması 25.95 ± 5.06 olup ölçekten alınan en az puan 12, en fazla puan 40'dır.

Tablo 4-8: Katılımcıların Ortorektik Eğilime Göre Dağılımı

		f	%
Ortorektik Eğilim	Ortorektik Eğilimi Olmayan Grup	253	68,6
	Ortorektik Eğilimi Olan Grup	116	31,4
	Toplam	369	100,0

Araştırmaya katılan katılımcıların %68.6'sının ortorektik eğilimi yokken, %31.4'ünün ortorektik eğilimi vardır.

Tablo 4-9: Katılımcıların Vitamin-Mineral Kullanma Durumunun Ortorektik Eğilim Olma Durumuna Göre Dağılımı

		Ortorektik Olan Grup		Ortorektik Olmayan Grup	
Kullanılan Vitamin		f	%	%	%
Vitamin Adı	B12	4	3,4	17	6,7
	C Vitamini	1	0,9	0	0,0
	D Vitamini	4	3,5	5	2,0
	Demir	4	3,5	6	2,4
	Folik Asit	0	0	1	0,4
	Kullanım yok	103	88,8	224	88,5
	Toplam	116	100	253	100

Araştırmaya katılan katılımcıların ortorektik eğilime sahip olanların %3.4'ü B12, %0.9'u C vitamini, %3.5'i D vitamini, %3.5'i demir ilacı kullandığı belirlendi. Ortorektik eğilimi olmayanların %6.7'sinin B12, %2.0'nın D vitamini, %2.4'ünün demir ilacı ve %0.4'ünün folik asit kullandığı belirlendi.

Tablo 4-10: Katılımcıların Cinsiyet Değişkenine Göre Orto-11 Ölçeği Puanları Dağılımı

ORTO-11 Ölçeği		n	$\bar{X}$	Ss.	t	Sd.	p
Cinsiyet	Kadın	269	25,49	4,88	-2,856	367	0,005
	Erkek	100	27,17	5,36			

Araştırmaya katılan katılımcıların ORTO-11 ölçeğinden almış oldukları puanların cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız grup t testi sonucunda, erkeklerin puanları kadınların puanlarından yüksek olması sebebiyle istatistiksel açıdan $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık görülmüştür.

Tablo 4-11: Katılımcıların Eğitim Durumu Değişkenine Göre ORTO-11 Ölçeği Puanları Arasında Farkın Anlamlılığını Test Etmek İçin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

	n	$\bar{X}$	Ss.		K.T	Sd.	K.O	F	p
Okur-Yazar	3	29,33	4,73	G.Arası	120,407	5	24,081	0,940	0,455
İlkokul	94	25,71	5,06	G.İçi	9295,615	363	25,608		
Ortaokul	63	26,76	5,83	Toplam	9416,022	368			
Lise	102	25,87	4,93						
Üniversite	103	25,76	4,73						
Lisansüstü	4	23,00	2,83						
Toplam	369	25,95	5,06						

Araştırmaya katılan katılımcıların ORTO-11 puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4-12: Cinsiyet Değişkenine Göre ORTO-11 Kesme Puanlarının Karşılaştırılması

Cinsiyet Değişkeni			Ortorektik Eğilimi Olmayan Grup(>23)	Ortorektik Eğilimi Olan Grup(≤23)	X ²	p
Cinsiyet	Kadın	n	178	91	2,636	0.104
		%	66,2	33,8		
	Erkek	n	75	25		
		%	75,0	25,0		
Toplam		n	253	116		
		%	68,6	31,4		

Araştırmaya katılan kadın katılımcıların %33.8'inin ortorektik eğilimi vardır. Erkeklerin %25.0'nın ortorektik eğilimi vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4-13: Sağlıklı Olduğunu Düşünme Değişkenine Göre ORTO-11 Kesme Puanlarının Dağılımı

					Ortorektik Eğilimi Olmayan Grup(>23)	Ortorektik Eğilimi Olan Grup(≤23)	X ²	p
Sağlıklı Olduğuna Dair İnanç Değişkeni								
Sağlıklı Olduğunu Düşünüyor Musun?	Evet	n	171	71	1,435	0.231		
		%	70,7	29,3				
	Hayır	n	82	45				
		%	64,6	35,4				
Toplam			n	253	116			
			%	68,6	31,4			

Araştırmaya katılan katılımcıların “Sağlıklı olduğunuzu düşünüyor musunuz?” sorusuna “evet” şeklinde cevap verenlerin %29.3'ünün ortorektik eğilimi vardır. Sağlıklı olmadığını düşünenlerin %35.4'ünün ortorektik eğilimi vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4-14: Diyet Değişkenine Göre ORTO-11 Kesme Puanlarının Karşılaştırılması

			Ortorektik Eğilimi Olmayan Grup(>23)	Ortorektik Eğilimi Olan Grup(≤23)	p
Daha Önce Diyet Uygulama	Evet	n	89	57	0.011
		%	61,0	39,0	
	Hayır	n	164	59	
		%	73,5	26,5	
Toplam		n	253	116	
		%	68,6	31,4	

Araştırmaya katılan katılımcılardan diyet yapanların %39.0'nın ortorektik eğilimi vardır. Diyet yapmayanların 26.5'inin ortorektik eğilimi vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Diyet yapanların ortorektik eğilimi daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4-15: Diyeti Veren Değişkenine Göre ORTO-11 Kesme Puanlarının Karşılaştırılması

Diyet Bilgisi Kaynağı			Ortorektik Eğilimi Olmayan Grup(>23)	Ortorektik Eğilimi Olan Grup(≤23)	X²	p
Diyeti Kim Önerdi	Diyetisyen	n	26	27	6,735	0.081
		%	49,1	50,9		
	Kitle İletişim Araçları	n	24	14		
		%	63,2	36,8		
	Çevre	n	24	7		
		%	77,4	22,6		
	Diğer	n	15	10		
		%	60,0	40,0		
Toplam		n	89	58		
		%	60,5	39,5		

Araştırmaya katılan katılımcılardan ortorektik eğilimi olan grup diyet bilgisini diyetisyenden en fazla almaktadır. Kitle iletişim araçlarından diyet bilgisi alanların %36.8'inin ortorektik eğilimi vardır. Aile ve yakın çevresinden diyet bilgisi alanların %22.6'sında ortorektik eğilimi vardır. Diğer kaynaklardan diyet bilgisi alanların

%40.0'nın ortorektik eğilimi vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4-16: Kronik Hastalık Değişkenine Göre ORTO-11 Kesme Puanlarının Karşılaştırılması

			Ortorektik Eğilimi Olmayan Grup(>23)	Ortorektik Eğilimi Olan Grup(≤23)	X ²	p	
Kronik Hastalık Varlığı							
Kronik Bir Hastalık	Evet	n	218	96	0,728	0.394	
		%	69,4	30,6			
	Hayır	n	35	20			
		%	63,6	36,4			
Toplam		n	253	116			
		%	68,6	31,4			

Araştırmaya katılan katılımcılardan kronik hastalığı olanların %30.6'sının ortorektik eğilimi vardır. Kronik hastalığı olmayanların %36.4'ünün ortorektik eğilimi vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4-17: Yapılan Egzersiz Değişkenine Göre ORTO-11 Kesme Puanlarının Karşılaştırması

Egzersiz Durumu			Ortorektik Eğilimi Olmayan Grup(>23)	Ortorektik Eğilimi Olan Grup(≤23)	X ²	p	
Düzenli Egzersiz	Evet	n	38	20	0,296	0.586	
		%	65,5	34,5			
	Hayır	n	215	96			
		%	69,1	30,9			
Toplam		n	253	116			
		%	68,6	31,4			

Araştırmaya katılan katılımcılardan egzersiz yapanların %34.5'inin ortorektik eğilimi vardır. Egzersiz yapmayanların %30.9'unun ortorektik eğilimi vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4-18:Yapılan Egzersiz Değişkeninin ORTO-11 Eğilim Dağılımı

		Ortorektik Eğilimi Olmayan Grup(>23)		Ortorektik Eğilimi Olan Grup(≤23)	X²
Ne Tür Egzersiz	Yürüyüş	n	19	9	8,836
		%	67,9	32,1	
	Koşu	n	1	0	
		%	100,0	0,0	
	Fitness	n	9	3	
		%	75,0	25,0	
	Yüzme	n	4	2	
		%	66,7	33,3	
	Zumba	n	1	2	
		%	33,3	66,7	
	Futbol	n	2	0	
		%	100,0	0,0	
	Bisiklet Sürmek	n	0	1	
		%	0,0	100,0	
	Pilates	n	1	3	
		%	25,	75,0	
	Basketbol	n	1	0	
		%	100,0	0,0	
Toplam		n	38	20	
		%	65,5	34,5	

Araştırmaya katılan katılımcılardan yürüyüş yapanların %32.1'inde, fitness yapanların %25.0'ında, yüzme sporunu yapanların %33.2'sinde, zumba yapanların %66.7'sinde, bisiklet sürenlerin %100.0'ında ve pilates yapanların %75.0'ında ortorektik eğilim vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4-19: Ortorektik Eğilimi Olan Katılımcıların Öğünlerle İlişkisi

		Cinsiyet				Toplam	
		Kadın		Erkek			
		n	%	n	%	n	%
Kahvaltı	Evet	81	89,0	23	92,0	104	89,7
	Hayır	10	11,0	2	8,0	12	10,3
Toplam		91	100,0	25	100,0	116	100,0
Öğle Öğünü	Evet	52	57,1	19	76,0	71	61,2
	Hayır	39	42,9	6	24,0	45	38,8
Toplam		91	100,0	25	100,0	116	100,0
Akşam Öğünü	Evet	88	96,7	25	100,0	113	97,4
	Hayır	3	3,3	0	0,0	3	2,6
Toplam		91	100,0	25	100,0	116	100,0
Sabah Öğlen Arası	Evet	12	13,2	1	4,0	13	11,2
	Hayır	79	86,8	24	96,0	103	88,8
Toplam		91	100,0	25	100,0	116	100,0
Öğlen Akşam Arası	Evet	40	44,0	7	28,0	47	40,5
	Hayır	51	56,0	18	72,0	69	59,5
Toplam		91	100,0	25	100,0	116	100,0
Akşam Yemeğinden Sonra	Evet	51	56,0	15	60,0	66	56,9
	Hayır	40	44,0	10	40,0	50	43,1
Toplam		91	100,0	25	100,0	116	100,0

Araştırmaya katılan katılımcılardan, ortorektik eğilimi olan kadınların, %13.2'si sabah ile öğlen arası olan ara öğünü ve %44.0'ı öğlen ile akşam arası olan ara öğünü tüketmekte olup erkelerden fazla olduğu belirlenmiştir.

Ortorektik eğilimi olan erkeklerin %92.0'ı kahvaltı, %76.0'ı öğle öğünü, %100.0'ı akşam öğünü ve %60.0'ı akşam yemeğinden sonra olan ara öğünü tüketmekte olup kadınlardan fazla olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4-20: BKİ Değerlerine Göre ORTO-11 Kesme Puanlarının Karşılaştırılması

			Ortorektik Eğilimi Olmayan Grup(>23)	Ortorektik Eğilimi Olan Grup(≤23)	X ²	p
BKİ	Zayıf	n	11	5	3,020	0.389
		%	68,8	31,3		
	Normal	n	130	50		
		%	72,2	27,8		
	Hafif Şişman	n	72	36		
		%	66,7	33,3		
	Şişman	n	39	25		
		%	60,9	39,1		
	Toplam	n	252	116		
		%	68,5	31,5		

Araştırmaya katılan katılımcılardan zayıf olanların %31.3'ünün, normal olanların %27.8'inin, hafif şişman olanların %33.3'ünün ve şişman olanların %39.1'inin ortorektik eğilimi vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4-21: Vitamin-Mineral Kullanma Değişkenine Göre ORTO-11 Kesme Puanlarının Karşılaştırılması

			Ortorektik Eğilimi Olmayan Grup(>23)	Ortorektik Eğilimi Olan Grup(≤23)	X ²	p
Vitamin-Mineral Kullanma	Evet	n	29	13	0,005	0.943
		%	69,0	31,0		
	Hayır	n	224	103		
		%	68,5	31,5		
Toplam		n	253	116		
		%	68,6	31,4		

Araştırmaya katılan katılımcılardan vitamin ve/veya mineral kullananların %31.0'ının ortorektik eğilimi vardır. Vitamin ve/veya mineral kullanmayanların %31.5'inin ortorektik eğilimi vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4-22: Ortorektik Eğilimi Olan Grubun Sağlıklı Olduğu Düşüncesine Göre Cinsiyetin Karşılaştırılması

Sağlıklı Olduğuna Dair İnanç Değişkeni			Kadın	Erkek	X ²	p
Sağlıklı Olduğunu Düşünüyor Musun	Evet	n	52	19	2,937	0.087
		%	73,2	26,8		
	Hayır	n	39	6		
		%	86,7	13,3		
Toplam		n	91	25		
		%	78,4	21,6		

Araştırmaya katılan katılımcıların ortorektik eğilimi olan kadınların %73.2'si sağlıklı olduğunu düşünüyor, erkeklerin %26.8'i sağlıklı olduğunu düşünüyor. Kadınların %86.7'si sağlıklı olduğunu düşünmüyor. Erkeklerin %13.3'ü sağlıklı olduğunu düşünmüyor. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4-23: Yeme Tutum Ölçeği Puanlarının Dağılımı

	n	Min	Max	$\bar{X}$	Ss.
Yeme Tutumu Ölçeği	369	2	71	20,15	10,57

Araştırmaya katılan katılımcıların Yeme Tutum Ölçeği puan ortalamasının 20.15 $\pm$ 10.57 olduğu saptandı. Ölçekten en az alınan puan 2, en fazla alınan puan 71'dir.

Tablo 4-24: Katılımcıların Yeme Tutumu Risk Dağılımı

		f	%
Yeme Tutumu Risk	Düşük Risk	224	60,7
	Orta Risk	86	23,3
	Yüksek Risk	59	16,0
	Toplam	369	100,0

Araştırmaya katılan katılımcıların %60.7'si düşük risk grubunda, %23.3'ü orta risk grubunda ve %16.0'ı yüksek risk grubundadır.

Tablo 4-25: Katılımcıların Cinsiyet Değişkenine Göre Yeme Tutumu Ölçeği Puanları Arasındaki Farkın Dağılımı Bağımsız Grup T Testi Sonuçları

		n	$\bar{X}$	Ss.	t	Sd.	p
Yeme Tutumu Ölçeği	Kadın	269	20,88	10,39	2,213	367	0,027
	Erkek	100	18,16	10,83			

Araştırmaya katılan katılımcıların Yeme Tutumu Ölçeğinden almış oldukları puanların cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız grup t testi sonucunda kadınların puanları, erkeklerin puanlarından daha yüksek olduğundan istatistiksel açıdan $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık görülmüştür.

Tablo 4-26: Cinsiyet Değişkenine Göre Yeme Tutum Ölçeği Grupları Dağılımı

Cinsiyet		Düşük Risk	Orta Risk	Yüksek Risk	X²	p
Kadın	n	153	68	48	6,188	0.045
	%	56,9	25,3	17,8		
Erkek	n	71	18	11		
	%	71,0	18,0	11,0		
Toplam	n	224	86	59		
	%	60,7	23,3	16,0		

Araştırmaya katılan kadın katılımcıların %17.8'i yüksek risk grubundayken, %25.3'ü orta risk grubundadır. Erkeklerin %11.0'ı yüksek risk grubundayken, %18.0'ı orta risk grubundadır. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p < 0.05$). Kadınların yüksek risk yüzdesi erkeklerden fazladır.

Tablo 4-27: Diyet Değişkenine Göre Yeme Tutum Ölçeği Grupları Dağılımı

			Düşük Risk	Orta Risk	Yüksek Risk	p
Daha Önce Diyet Uygulama	Evet	n	70	39	37	0.000
		%	47,9	26,7	25,3	
	Hayır	n	154	47	22	
		%	69,1	21,1	9,9	
Toplam		n	224	86	59	
		%	60,7	23,3	16,0	

Araştırmaya katılan katılımcılardan daha önce diyet yapanların %25.3'ü yüksek risk grubundadır. Diyet yapmayanların %9.9'u yüksek risk grubundadır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmektedir ($p<0.05$). Daha önce diyet yapanların risk yüzdesi diyet yapmayanlardan anlamlı şekilde fazladır.

Tablo 4-28: Diyet Veren Değişkenine Göre Yeme Tutum Ölçeği Risk Grupları Dağılımı

			Düşük Risk	Orta Risk	Yüksek Risk	X ²	p
Diyeti Kim Önerdi	Diyetisyen	n	25	12	16	2,263	0.894
		%	47,2	22,6	30,2		
	Kitle İletişim Araçları	n	19	12	7		
		%	50,0	31,6	18,4		
	Çevre	n	15	8	8		
		%	48,4	25,8	25,8		
	Diğer	n	11	8	6		
		%	44,0	32,0	24,0		
	Toplam	n	70	40	37		
		%	47,6	27,2	25,2		

Araştırmaya katılan katılımcılardan diyetisyenden diyet alanların %30.2'si yüksek risk grubundadır. Kitle iletişim araçlarından diyet alanların %18.4'ü yüksek risk grubundadır. Diğer kaynaklardan diyet alanların %24.0'ı yüksek risk grubundadır. Gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4-29: BKİ Değişkenine Göre Yeme Tutum Ölçeği Risk Grupları Dağılımı

			Düşük Risk	Orta Risk	Yüksek Risk	X ²	p
BKİ	Zayıf	n	9	4	3	12,367	0.054
		%	56,3	25,0	18,8		
	Normal	n	124	33	23		
		%	68,9	18,3	12,8		
	Hafif Şişman	n	61	28	19		
		%	56,5	25,9	17,6		
	Şişman	n	29	21	14		
		%	45,3	32,8	21,9		
	Toplam	n	223	86	59		
		%	60,6	23,4	16,0		

Araştırmaya katılan katılımcılardan zayıf olanların %18.8'i yüksek risk grubundadır. BKİ değeri normal olanların %12.8, hafif şişman olanların %17.6'sı ve şişman olanların %21.9'u yüksek risk grubundadır. Gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4-30: Egzersiz Türü Değişkenine Göre Yeme Tutumu Ölçeği Risk Grupları Dağılımı

			Düşük Risk	Orta Risk	Yüksek Risk
Egzersiz Türü	Yürüyüş	n	13	8	7
		%	46,4	28,6	25,0
	Koşu	n	1	0	0
		%	100,0	0,0	0,0
	Fitness	n	10	0	2
		%	83,3	0,0	16,7
	Yüzme	n	3	3	0
		%	50,0	50,0	0,0
	Zumba	n	1	0	2
		%	33,3	0,0	66,7
	Futbol	n	2	0	0
		%	100,0	0,0	0,0
	Bisiklet Sürmek	n	0	0	1
		%	0,0	0,0	100,0
	Pilates	n	1	0	3
		%	25,0	0,0	75,0
	Basketbol	n	1	0	0
		%	100,0	0,0	0,0
Toplam	n	32	11	15	
	%	55,2	19,0	25,9	

Araştırmaya katılan katılımcılardan yürüyüş yapanların %25.0'ı, fitness yapanların %16.7'si, zumba yapanların %66.7'si, bisiklet sürenlerin %100'ü ve pilates yapanların %75.0'ı yüksek risk grubundadır.

Tablo 4-31: Sağlıklı Olduğunu Düşünme Değişkenine Göre Yeme Tutumu Ölçeği Risk Grupları Dağılımı

					Orta			
					Düşük	Risk(21-	Yüksek	
					Risk(<21)	30)	Risk(>30)	p
Sağlıklı Musun?	Olduğunu	Düşünüyor	Evet	n	161	49	32	0.007
				%	66,5	20,2	13,2	
			Hayır	N	63	37	27	
				%	49,6	29,1	21,3	
Toplam				n	224	86	59	
				%	60,7	23,3	16,0	

Araştırmaya katılan katılımcılardan sağlıklı olduğunu düşünenlerin %13.2'si yüksek risk grubundadır. Sağlıklı olduğunu düşünmeyenlerin %21.3'ü yüksek risk grubundadır. Sağlıklı olmadığını düşünenlerin yeme tutum testi yüksek risk grubu yüzdesi istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha fazla olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Tablo 4-32: Yeme Tutumu Yüksek Risk Grubunun Öğünlerle İlişkisi

		Cinsiyet				Toplam	
		Kadın		Erkek			
		n	%	n	%	n	%
Kahvaltı	Evet	41	85,4	8	72,7	49	83,1
	Hayır	7	14,6	3	27,3	10	16,9
Toplam		48	100,0	11	100,0	59	100,0
Öğle Öğünü	Evet	25	52,1	6	54,5	31	52,5
	Hayır	23	47,9	5	45,5	28	47,5
Toplam		48	100,0	11	100,0	59	100,0
Akşam Öğünü	Evet	46	95,8	10	90,9	56	94,9
	Hayır	2	4,2	1	9,1	3	5,1
Toplam		48	100,0	11	100,0	59	100,0
Sabah Öğlen Arası	Evet	9	18,8	2	18,2	11	18,6
	Hayır	39	81,3	9	81,8	48	81,4
Toplam		48	100,0	11	100,0	59	100,0
Öğlen Akşam Arası	Evet	23	47,9	3	27,3	26	44,1
	Hayır	25	52,1	8	72,7	33	55,9
Toplam		48	100,0	11	100,0	59	100,0
Akşam Yemeğinden Sonra	Evet	26	54,2	7	63,6	33	55,9
	Hayır	22	45,8	4	36,4	26	44,1
Toplam		48	100,0	11	100,0	59	100,0

Araştırmaya katılan katılımcılardan yüksek risk grubunda olan kadınların %85.4'ü kahvaltı, %95.8'i akşam öğünü, %18.8'i sabah-öğlen arası ara öğünü ve %47.9'u öğle-akşam arası olan ara öğünü yaptığı belirlenmiş olup ve erkeklerden fazla olduğu tespit edilmiştir.

Yüksek risk grubunda olan erkeklerin %54,5'ü öğle öğünü ve %63,6'sı akşam öğünüden sonra olan ara öğünü yaptığı belirlenmiş olup kadınlardan fazla olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4-33: Yaş ile Yeme Tutumu Ölçeği Puanlarıyla ORTO-11 Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkiyi Belirlemek Üzere Yapılan Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

Yeme Tutumu Ölçeği		ORTO-11 Ölçeği
Yaş	r	,202**
	p	0,000
	n	369

**p<,01,*p<,05

Araştırmaya katılan katılımcılardan yaş ile Yeme Tutum Ölçeği ve ORTO-11 ölçeği arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla yapılan Pearson Korelasyon analizi sonucunda;

Yaş ile Yeme Tutum Ölçeği puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=202$, $p<,01$). Yaş ilerledikçe yeme tutumu artmaktadır.

Yaş ile ORTO-11 ölçeği puanı arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-104$, $p<,05$). Düşük puanlar ortorektik eğilimi gösterdiğinden yaş arttıkça ortorektik eğilim artmaktadır.

Tablo 4-34: Yeme Tutumu Ölçeği Puanlarıyla ORTO-11 Puanları Arasındaki İlişkiyi Belirlemek Üzere Yapılan Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

Yeme Tutumu Ölçeği	ORTO-11 Ölçeği
r	-,332**
p	0,000
n	369

**p<,01,*p<,05

Yeme Tutum Ölçeği ile ORTO-11 ölçeği arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla yapılan Pearson Korelasyon analizi sonucunda;

Yeme Tutum Ölçeği toplam puanı ile ORTO-11 ölçeği puanı arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-332$, $p<,01$).

5. TARTIŞMA

Obezitenin prevalansı son 20 yıldır iki katına çıkacak şekilde artmaktadır. Obez birey sayısının artması ile obezite bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Sağlıksız beslenmeyle ilişkili olarak besinlerin risk ve zararları hakkında bilinç düzeyini artırmak amacıyla mesleki konferanslar düzenlenmektedir. Ayrıca bu konu medyada genişçe yer almaktadır. İnsanlar vücut ağırlıkları hakkında endişelenmeye başladığında, bazıları besinlerin faydaları üzerine daha çok okumaya başlamakta ve sağlıklı beslenme planlarını oluşturmaya çalışmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlığın temel belirleyicileri biri olarak görülen diyet ve beslenme üzerine medyanın ve kültürün etkisi ile artan bir ilgi vardır. Ayrıca sağlık eğitimi dolayısıyla artan farkındalık bu alanda çalışan bireyleri yanlış beslenme davranışlarına itebilmektedir. Doğru olmayan yeme alışkanlıklarına sebep olan tüm bu etkenler toplumda bireylerde ON'yi önemli bir sorun haline getirmeye başlamıştır (Al Kattan, 2016; Rangel ve ark., 2012).

Bazı yeme bozukluklarının tanı kriterleri ve sınıflandırılması kesin olarak tespit edilmemiştir. Bunlardan biri olan ON için literatürde yapılacak olan daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır. Literatürde daha çok sağlık çalışanları, performans sanatçıları, üniversite öğrencileri veya profesyonel sporcular üzerine yapılmış çalışmalar bulunmaktadır.

Çalışmada tüm bu değişkenlerin ON eğilimi ile ilişkisi incelenmiştir. Çalışmanın tartışma kısmı aşağıda verilen 4 başlık altında yapılacaktır:

1. Katılımcıların doğru beslenme bilgilerine erişimi sonucunda oluşan davranış değişikliğine ilişkin bulguların tartışılması
2. Katılımcıların ORTO-11 ölçeği toplam puanları ile sosyo-demografik ve beslenme durumuna ilişkin bulguların tartışılması
3. Katılımcıların YTT-40 ölçeği toplam puanları ile sosyo-demografik ve beslenme durumuna ilişkin bulguların tartışılması
4. Katılımcıların YTT-40 ölçeği toplam puanları ile ORTO-11 ölçeği puanları arasındaki ilişkiye dair bulguların tartışılması

5.1. Katılımcıların Doğru Beslenme Bilgilerine Erişimi Sonucunda Davranış Değişimine Dair Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada doğru beslenme bilgilerine erişildiğinde erkeklerin %50'sinin, kadınların %48.7'sinin nadiren davranış değişikliğine gittiği katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. Toplamda katılımcıların %12.5'i her zaman, %17.9'u sık sık, 49.1'ı nadiren ve %20.6'sının davranış değişikliğine gittiğini beyan etmiştir. Literatürde yer alan çalışmalarda benzer sonuçlar görülmektedir. Erol (2018) ON ile ilgili tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada katılımcıların doğru beslenme bilgilerine eriştiğinde %3.7'sinin hiçbir zaman, %48.3'ünün nadiren, %39,6'sının sık sık, %8.4'ünün her zaman davranış değişikliğine gittiğini belirlemiştir. Hamurcu (2019) 339 kişiden oluşan hemşirelik öğrencilerinde yaptığı çalışmada %11.5'in her zaman, %54.0'ın nadiren, %31.9'un sık sık ve %2.1'in nadiren davranış değişikliğine gittiğini belirlemiştir. Çalışmamız bu yönüyle literatürle uyumlu sonuca sahiptir.

5.2. Katılımcıların ORTO-11 Ölçeği Toplam Puanları ile Sosyo-Demografik, Beslenme ve Fiziksel Aktivite Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada ORTO-11 ölçeği toplam puanların ortalaması 25,95 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %31,4'ü ortorektik eğilim göstermektedir ve riskli grupta yer almaktadır. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında ON sıklığının %3.3 ile %88.7 arasında olduğu belirtilmiştir (Cena ve ark., 2018; Donini ve ark., 2004; Dunn ve Bratman, 2016). Bununla birlikte Türkiye'de farklı gruplarda yürütülen çalışmalarda prevalans %30,38 ile %67.3 arasındaki değerlerde farklılık göstermektedir.

Aksoydan ve Camcı (2009) 94 kişiden oluşan opera ve balet sanatçılarında yaptıkları çalışmada ON prevalansını %56.4 bulmuştur. Acar ve arkadaşları (2016) 104 sağlık çalışanında yaptıkları çalışmada ON prevalansını %67.3 bulmuştur. Fidan ve arkadaşları (2010) 878 tıp öğrencisinde yaptıkları çalışmada kesme puanını 27 olarak belirleyerek ORTO-11 ölçeğini kullanmış ve ON prevalansını %43.6 bulmuştur. Asil ve Sürücüoğlu (2015) ORTO-15 ölçeğini kullanarak 117 diyetisyen üzerinde yaptıkları çalışmada ON prevalansını %41.9 bulmuştur. Bo ve arkadaşları (2014) İtalya'da 440 diyetisyenlik bölümü öğrencilerinde yaptıkları çalışmada ON prevalansını %25.9 bulmuştur. Almeida ve arkadaşları (2018) spor salonuna üye 193 yetişkin kişide yaptıkları çalışmada ORTO-15 ölçeğini kullanmış ve ON prevalansını %51.8 bulmuştur. Dell'Osso (2018) İtalya'da Pisa Üniversitesinde 2130 öğrenciyle yaptığı çalışmada ON prevalansını %34.9 bulunmuştur. Cinosi ve arkadaşları (2018) 1453

İtalyan genç yetişkinde ORTO-15 ölçeğini kullanarak ON prevalansını %10.9 bulmuştur. Tremelling ve arkadaşları (2017) Amerikadaki 636 diyetisyen üzerinde yaptıkları çalışmada ORTO-15 ölçeğini kullanarak ON prevalansını %49.5 bulmuştur. ON prevelansının uygulanan gruba göre farklılık göstermektedir. Luck-Silkorski ve arkadaşları (2018) Alman genel nüfus örnekleminde rastgele seçilen 1007 kişide yürüttüğü çalışmada Düsseldorf Orthorexia Skala (DOS) ölçeğini kullanarak ON prevalansını %6.9 bulmuştur.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda genellikle diyetisyen, yoga eğitmeni, doktor, hemşire, spor eğitmenleri, yoga hocaları, performans sanatçıları veya üniversite öğrencileri gibi belirli gruplar üzerinde yürütülen çalışmalar mevcuttur. Diğer çalışmalar ile bizim çalışmamızdaki sonuçlar karşılaştırıldığında yüksek oranda farkın olmadığı gözlenmektedir. Ülkemizdeki literatüre bakıldığında çalışmamız dışında genel popülasyonda ON prevelansına bakılan bir çalışma mevcut değildir. Bununla birlikte ON prevelansının çalışmamızda yüksek olması ve daha da yükseleceği varsayılarak genel popülasyonda ON sıklığı üzerine daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda kadın katılımcıların %33,8'inin ortorektik eğilimi ve erkeklerin %25.0'mın ortorektik eğilimi vardır. Kadınlarda erkeklere göre ortorektik eğilim daha fazla bulunması ile birlikte cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bo ve arkadaşları (2018) diyetetik ve spor bilimleri öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada kadınların %35.9'u, erkeklerin %22.5'inde ON eğilimi olduğunu bulmuş ve cinsiyetin ON üzerinde etkisi olmadığını belirtmiştir. Barnes ve arkadaşları (2017) tarafından Avusturalya'da 318 psikoloji bölümü öğrencisi üzerinde yapılan çalışmada cinsiyet ile ON arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Ülkemizde Bağcı ve arkadaşları (2007) tarafından 318 doktor üzerinde yapılan çalışmada ON'nin kadın ve erkek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkı olmadığı belirtilmiştir. Fidan ve arkadaşlarının (2010) tıp öğrencilerinde yaptıkları çalışmada istatistiksel olarak erkeklerde ON eğiliminin yüksek olduğu bulunmuştur. Cinsiyetin ON üzerindeki etkisi olup olmadığına dair bilgiler literatürde halen tartışma konusudur. Bununla birlikte çalışmamız literatürdeki veriler ile uyumlu bir sonuca sahiptir.

Bu çalışmada yaş ile ORTO-11 Ölçeği puanı arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Yaş ilerledikçe ortorektik eğilim artmaktadır. Ertürk (2018) spor salonuna giden kişilerde beslenme durumunu değerlendirmek

amacıyla 269 kişide yaptığı çalışmada 19-64 yaş arasındaki kişileri yaş gruplarına ayırmıştır ve genç kişilerdeki ON oranının orta yaşlı kişilerden daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Arusoğlu (2006) ORTO-15 ölçeğini uyarlamak ve ortoreksiya belirtilerini bulmak amacıyla yaptığı çalışmada yaş ilerledikçe ortorektik eğilimin arttığını, kendi çalışmasında olan +41 yaş grubundakilerde ortorektik eğilimin en çok olduğunu tespit etmiştir. Özkahya (2015) 1972 kişide yaptığı çalışmada yaş ile ON arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını tespit etmiştir. Donini ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada ise tam aksine yaş ortalaması artıkça (36.00 ± 17) ON eğiliminin arttığını tespit etmiştir. Daha ileri yaş gruplarında bu riskin hangi faktörlere bağlı olarak oluştuğuna tespit etmeye yönelik yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bu çalışmada vitamin-mineral kullananların %31'inin ortorektik eğilimi olduğu bulunmuştur. Vitamin-mineral kullanım durumu ve ortorektik eğilim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Arusoğlu'nun (2006) ORTO-15 ölçeğini uyarlamak ve ortoreksiya belirtilerini bulmak amacıyla yaptığı çalışmada katılımcılardan %35.44'nün vitamin desteği aldığı, %35.75'nin vitamin desteği kullanmadığı tespit edilmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Erol (2018) İnönü Üniversitesinde ON belirtileri ve yeme tutumlarını hesaplamak amacıyla yaptığı çalışmada vitamin kullanan öğrencilerin %68.4'ü, kullanmayanların ise %76.1'nin ON eğilimine sahip olduğu bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını tespit etmiştir. Çalışmamız literatürdeki veriler ile uyumlu bir sonuca sahiptir. Ortoreksiya nervoza hastalığında vitamin-mineral eksikliği üzerine daha ayrıntılı çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Bu çalışmada katılımcıların eğitim durumu ile ORTO-11 ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Donini ve arkadaşlarının (2004) 404 kişiyle yaptığı çalışmada eğitim seviyesi daha yüksek kişilerde ortoreksiya nervoza oranının daha az olduğu bulunmuştur. Arusoğlu ve arkadaşları (2008) Hacettepe Üniversitesinde çalışan 994 kişide yaptığı çalışmada eğitim seviyesi yüksek lisans ve üstü olanların diğer eğitim seviyelerine oranla daha düşük ON eğilimine sahip olduğunu tespit etmişlerdir. Sikorski ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada eğitim seviyesi düştükçe ortoreksik davranışların görülme oranının arttığı tespit edilmiştir. Bu

durum üzerinde eğitim seviyesi düştükçe doğru bilgiye erişim noktasında doğru bir yönelime sahip olunmaması veya yanlış kaynakların seçilmesi gibi faktörlerin etkisi olabilmektedir.

Bu çalışmada “Sağlıklı olduğunu düşünüyor musunuz?” sorusuna “evet” şeklinde cevabını veren kişilerin %29.3’ünde ortorektik eğilim vardır. İstatistiksel olarak bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Literatürde bu soruyla ON arasındaki ilişkiye dair veriler kısıtlıdır. Ergin (2014) Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde sağlık çalışanı olan ve bu kişilerin sağlık çalışanı olmayan yakınları olan kişilerle yaptığı çalışmada sağlıklı olduğunu düşünme sorusuna “evet” cevabını veren sağlık çalışanlarının ORTO-11 ölçeği puanı $26,5 \pm 0,24$, soruya “hayır” cevabını verenlerin ORTO-11 ölçeği puanının $26,7 \pm 0,42$ olduğunu bulmuştur. Sağlık çalışanı olmayan grupta soruya “evet” cevabını verenlerin puanı $26,7 \pm 0,27$ ’dir. “Hayır” cevabını verenlerin puanı $24,8 \pm 0,59$ olarak bulunmuştur. Veriler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Çalışmamız literatürdeki sonuçlar ile uyumlu bir sonuca sahiptir.

Bu çalışmada daha önce diyet uygulayan kişilerin %39.0’nın ortorektik eğilime sahip olduğu bulunmuştur. Daha önce diyet yapanlarda ortorektik eğilimin istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Erol (2018) İnönü Üniversitesinde ON belirtileri ve yeme tutumlarını hesaplamak amacıyla yaptığı çalışmada diyet yapanların %90’ı, herhangi bir diyet yapmayanların %75.7’sinde ON eğilimi olduğunu tespit etmiş ve gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığını belirtmiştir. Haddad ve arkadaşları (2019) 811 katılımcı ile yaptığı çalışmada bir diyeti takip edenlerin ORTO-15 puan ortalamasının 36.67 olduğunu ve uygulamayanların ise 37.88 olduğunu bulmuştur. Diyet yapanların ON eğiliminin daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Çalışmamız literatürdeki veriler ile uyumlu sonuca sahiptir. Diyet değişkeninin sebebinin (kronik bir hastalığa bağlı olarak, zayıflama gibi) bulunması ve bu değişkenle birlikte değerlendirilerek uygun çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Bu çalışmada diyetin daha çok diyetisyenden alındığı bulunmuştur. Diyetisyenden diyet bilgisi alanların %50.9’unun, kitle iletişim araçlarından bilgi alanların %18.4’ü, çevreyi oluşturan aile, arkadaş gibi kişilerden bilgi alanların 25.8’i ve tüm bu değişkenler dışındaki faktörlerden bilgi alanların %24.0’ında ortorektik eğilim vardır. Bununla birlikte gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki

bulunamamıştır. Arusoğlu (2006) yaptığı çalışmada diyet bilgisinin daha çok hekimlerden alındığı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını tespit etmiştir. Ertürk (2018) spor salonuna giden kişilerde beslenme durumunu değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada katılımcıların %31.7'sinin diyet bilgisini diyetisyenden aldığı, %40'ının kendi geliştirdiği diyet programını uyguladığını bu sebeple günlük alınmasına gereken mikro besin öğelerinde eksik alımın olduğunu tespit etmiştir.

Bu çalışmada kronik bir hastalığa sahip kişilerin %30.6'sının ortorektik eğilimi olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ercen (2015) yaptığı çalışmada kronik bir hastalığa sahip olanların ORTO-15 puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu bulmuştur. Fakat kronik bir hastalığı olmayanlar ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye sahip olmadığını tespit etmiştir. Arusoğlu (2006) ORTO-15 ölçeğini uyarlamak ve ortoreksiya belirtilerini bulmak amacıyla yaptığı çalışmada katılımcılardan kronik bir hastalığa sahip olanlar ile olmayanlar arasında ON açısından anlamlı bir fark bulunmadığını tespit etmiştir.

Bu çalışmada katılımcılarda düzenli egzersiz yapanların %35.4'ünün ortorektik eğilimi olduğu bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Tatlıses (2016) spor salonunda spor yapan kişilerde ON belirtilerini görmek amacıyla 280 kişiyle yaptığı çalışmada spor salonunda düzenli bir şekilde egzersiz yapan bireylerin yapmayanlara göre daha fazla ON belirtisine sahip olduğunu tespit etmiştir. Dalmaz ve Yurtdaş (2015) 20-45 yaş aralığında olan 200 kişide yaptığı çalışmada ORTO-15 ölçeği puanlarına göre egzersiz yapanların, yapmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede ortorektik eğilime sahip olduğunu tespit etmiştir. Özkahya (2015) yaptığı çalışmada egzersiz ile ON eğilimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını tespit etmiştir. Rudolph (2018) ON ile egzersiz arasındaki bağlantıyı görmek amacıyla 1008 kişide yaptığı çalışmada yaş ile DOS arasında zayıf negatif yönde ilişki olduğunu bulmuştur. Literatürde bu konu üzerine elde edilen bilgiler tartışmalıdır.

Bu çalışmada egzersiz çeşidi ile ortoreksiya nervoza eğilimi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Çalışmada katılımcılardan pilates yapanların %75.0'ında, yürüyüş yapanların %32.1'inde, fitness yapanların %25.0'ında ve zumba yapanların

%66.7'sinde ortorektik eğilim olduğu tespit edilmiştir. Literatürde egzersiz çeşidi ile ON ilişkisini inceleyen bir çalışma mevcut değildir.

Bu çalışmada öğün ile ilişkili olarak ortoreksik kadınların %13.2'si sabah ile öğlen arası olan ara öğünü ve %44.0'ı öğlen ile akşam arası olan ara öğünü tüketmekte olup erkeklerden daha fazla olduğu belirlenmiştir. Ortorektik eğilimi olan erkeklerin %92.0'ı kahvaltı, %76.0'ı öğle öğünü, %24.0'ı öğle yemeği yemiyor; %100.0'ı akşam öğünü ve %60.0'ı akşam yemeğinden sonra olan ara öğünü tüketmekte olup kadınlardan daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Literatürde öğünlere göre ON ilişkisini inceleyen çalışma olmamakla birlikte günlük tüketilen toplam öğün sayısına göre veriler mevcuttur. Buna göre Yeşil ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada öğün sayısı ile ORTO-11 puanı arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Fakat veriler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Bu çalışmada BKİ değeri 30 ve üzeri olanların %39.0 ortorektik, hafif şişman olanların %33.3'ü, normal olanların %27.8'inde ve zayıf olanların %31.3'ünde ortorektik eğilim olduğu bulunmuştur. Çalışmamıza benzer olarak Plichta ve arkadaşları (2019) Polonya'da bir üniversitede 1120 kişi ile yaptıkları çalışmada BKİ ile ON eğilimi arasında ilişki bulunmadığını tespit etmiştir. Şişman kişilerde ON eğiliminin istatistiksel olarak anlamlı gelecek şekilde düşük olduğu belirtilmiştir. Donini ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada ortoreksik eğilimi olan katılımcıların BKİ'lerinin %6.5'inin normal grupta, %9.2'si hafif şişman grubunda ve %9.2'sinin şişman grubunda yer aldığı bulunmuştur. Ayrıca çalışmada BKİ ile ON eğilimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir. Çalışmamızın aksine Erol'un (2018) 580 üniversite öğrencisinde yaptığı çalışmada BKİ'si şişman olanların %45.52'sinde, hafif şişman olanların %73.2'sinde, normal sınıfında olanların %77.3'ünde ve zayıf olanların %93.3'ünde ON eğilim olduğunu tespit edilmiştir. Literatürde farklı sonuçlar yer almasına rağmen diğer çalışmalarla uyumlu olarak bu çalışmada BKİ ile ortoreksiya nervoza arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu durumun ortorektik bireylerin aldığı gıdanın kalorisinden ziyade kalitesi ile ilgilenmesi ile ilişkili olmasının bir sonucu olduğu öngörülmektedir.

5.3. Katılımcıların YTT-40 Ölçeği Toplam Puanları ile Sosyo-demografik ve Beslenme Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada YTT-40 ölçeği toplam puanların ortalaması $20,15 \pm 10,57$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların %23,3'ü düşük risk ve %16,0'ı yüksek risk grubundadır. Arslantaş (2017) hemşirelik öğrencilerinde ON ile yeme davranışı arasındaki ilişkiyi görmek amacıyla yaptığı çalışmada YTT-40 puan ortalamasını $17,76 \pm 12,34$ olarak bulmuştur. Ayrıca öğrencilerin %85,4'ünün risk grubunda olduğu tespit edilmiştir. Zeybekoğlu (2019) bir futbol kulübündeki futbolcularda yaptığı çalışmada futbolcuların %18,52'sinin yeme davranış bozukluğu eğilimine sahip olduğunu tespit etmiştir. Erol (2018) İnönü Üniversitesinde ON belirtileri ve yeme tutumlarını hesaplamak amacıyla yaptığı çalışmada öğrencilerin %23,8'inde yeme bozukluğu olduğunu tespit etmiştir.

Bu çalışmada kadın katılımcıların YTT-40 ölçeği toplam puanlarının ortalaması $20,88 \pm 10,39$, erkeklerin ise $18,16 \pm 10,83$ olarak bulunmuştur. YTT-40 ölçeği puanına göre yüksek risk grubunda kadınların %17,8'i, orta risk grubunda ise %25,3'ü bulunmaktadır. Erkeklerde ise yüksek risk grubunda %11,0'ı, orta risk grubunda ise %18,0'ı bulunmaktadır. Kadınlardaki yüksek risk ve orta risk yüzdesi erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı şekilde fazla bulunmuştur. Özkahya (2015) online diyet alan 1972 kişide yaptığı çalışmada yüksek risk grubunda olanların 263'ünün kadın, 129'unun erkek olduğunu tespit etmiştir. Kadınlardaki YTT-40 puanları erkeklerin puanına göre daha yüksek olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu bulmuştur. Zarifoğlu (2019) farklı fakültelerde eğitim gören üniversite öğrencilerinde ON sıklığını ölçmek amacıyla yaptığı çalışmada kadınlarda yeme bozukluğu sıklığı %7,9 iken erkeklerde %7,1 olduğunu tespit etmiştir. Çalışmaya göre cinsiyet ile YTT-40 ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Sünbül (2019) üniversite öğrencilerinin yeme tutumu ve ortoreksiya eğilimlerini belirlemek amacıyla 580 üniversite öğrencisiyle yürüttüğü çalışmada YTT-40 puanına göre kız öğrencilerin %20,0'ı yüksek risk, %22,1'i düşük risk grubunda erkek öğrencilerin ise %8,8'inin yüksek risk, %8,4'ünün düşük risk grubunda olduğunu bulmuştur ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmiştir. Çalışmamız literatürdeki veriler ile uyumlu bir sonuca sahiptir. Literatürdeki sonuçlara ve bizim elde ettiğimiz sonuçlara göre kadınlar yeme bozukluğuna daha yatkındır. Bunun nedeni olarak kadınlara medya yoluyla güzellik algısının belli biçimdeki fiziksel görünümü dayatması

önemli bir faktör olarak rol oynamaktadır. Yeme bozuklukları kadınlarda daha fazla görülüyor olsa da bu durum her iki grubu da tehdit eden bir hastalıktır.

Bu çalışmada daha önce diyet uygulayan kişilerin %25.3'ü YTT-40 ölçeği puanına göre yüksek risk grubundadır. Daha önce diyet uygulama ile YTT-40 ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Erol (2018) İnönü Üniversitesinde ON belirtileri ve yeme tutumlarını hesaplamak amacıyla yaptığı çalışmada diyet yapanların %30'unda, diyet yapmayanların %10.4'ünde yeme bozukluğu olduğunu belirlemiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını tespit etmiştir. Sünbül (2019) üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada daha önce diyet yapanların %49.3'ü yüksek risk sınıfında, daha önce diyet yapmayanların ise %74.3 düşük risk sınıfında olduğunu tespit etmiştir. Değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çalışmamız literatürdeki veriler ile uyumlu bir sonuca sahiptir.

Bu çalışmada diyet bilgisinin çoğunlukla diyetisyenden alındığı bulunmuştur. Diyetisyenden diyet bilgisi alanların %30.2'si, kitle iletişim araçları vasıtasıyla bilgi alanların %25.8'i, çevre (aile, arkadaşan) bilgi alanların %25.8'inin yüksek risk grubunda olduğu belirlenmiştir. Diyet veren değişkeni ile YTT-40 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Erol (2018) ON üzerine tıp fakültesi öğrencileri ile yaptığı çalışmada yeme bozukluğu olan grubun diyet bilgisine %9.9 doktor, %11.9 internet, %11.4 arkadaş ve %10.2'sinin aile vasıtasıyla eriştiğini tespit etmiştir. ON eğilimi olmayanların %7'sinde, ON eğiliminde olanların %12.3'ünde yeme bozukluğu olduğu tespit edilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Verilere göre diyet bilgisi daha çok diyetisyenden alınmış olsa da kişilerin başka kaynaklara başvurma ve bilginin uygulama noktasında ve günlük hayata uyarlama konusunda sıkıntı yaşanıldığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada BKİ değeri 30 ve üzeri olanların %21.9'u, hafif şişman olanların %17.6'sı, normal olanların %12.8'i ve zayıf olanların %18.8'inin yeme tutum ölçeğine göre yüksek risk grubunda olduğu bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Oğur ve arkadaşları (2016) üniversite öğrencilerinin yeme bozukluklarına yatkınlıklarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada öğrencilerin %7.8'inin zayıf, %13.6'sının normal ve %13.6'sının hafif şişman olduğunu belirlemiş ve gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığını tespit etmişlerdir. Arusoğlu

(2008) yaptığı çalışmada katılımcıların BKİ değeri düştükçe YTT-40 puanlarının yükseldiğini tespit etmiştir. Sünbül (2019) üniversite öğrencilerinin yeme tutumu ve ortoreksiya eğilimlerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada öğrencilerin %66.7'sinin normal BKİ değerine sahip olduğunu tespit etmiştir. Çalışmamız literatürde yer alan çalışmalar ile uyumlu bir sonuca sahiptir.

Bu çalışmada “Sağlıklı olduğunu düşünüyor musunuz” sorusu ile YTT-40 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Sağlıklı olduğunu düşünmeyenlerin %21.3'ü yüksek risk grubundadır. Literatürde bu soruyla ON arasındaki ilişkiye dair veriler kısıtlıdır. Ergin'nin (2014) Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde sağlık çalışanı olan ve bu kişilerin sağlık çalışanı olmayan yakınları ile yaptığı çalışmada sağlıklı olduğunu düşünme sorusuna “evet” cevabını veren sağlık çalışanlarının YTT-40 ölçeği puanının 10.7 ± 7.07 olduğu, soruya “hayır” cevabını verenlerin YTT-40 ölçeği puanının 15.0 ± 11.20 olduğu bulunmuştur. Sağlık çalışanı olmayan grupta soruya “evet” cevabını verenlerin puanı 11.5 ± 6.96 iken “hayır” cevabını verenlerin puanı 14.3 ± 11.48 olarak bulunmuştur. Veriler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Bu çalışmada YTT-40 açısından risk grubunda olan katılımcıların %94.9'unun akşam öğününü yaptığı ve akşam öğününün katılımcıların en çok yaptığı öğün olduğu bulunmuştur. Katılımcıların %83.1'inin kahvaltı yaptığı ve en çok yapılan ikinci öğün olduğu bulunmuştur. Ayrıca katılımcıların %55.9'unun akşam yemeği sonrasında ara öğün tüketme alışkanlığı olduğu bulunmuştur. Verilerden kadınların çoğunlukla kahvaltıyı geç saatte yaptığı bu sebeple öğle öğününü atladığı sonucu tahmin edilebilmektedir. Öğün atlama durumuna göre yeme bozukluğu durumuna çalışmada yer veren Sarıdağ (2014) öğün atlayanların %84.8'inde yeme bozukluğu, atlamayanların %15.2'sinde yeme davranış bozukluğu görüldüğünü tespit etmiştir. Literatürde öğünlere tek tek değinen çalışma bulunmamaktadır.

Bu çalışmada yaş ile Yeme Tutum Ölçeği puanı arasındaki ilişki pozitif zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Yaş ilerledikçe yeme tutum bozuklukları görülme oranı artmaktadır. Oğur ve arkadaşları (2016) üniversite öğrencilerinin yeme bozukluklarına yatkınlıklarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada öğrencilerin yaşları ile YTT-40 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Fidan ve arkadaşlarının (2010) tıp öğrencilerinde yaptıkları çalışmada yaşı

21'den küçük öğrencilerde ortoreksiya eğiliminin yaşı 21'den büyük öğrencilere göre daha yüksek olduğunu ve yaş ile YTT-40 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Kazkondur (2010) üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada 17-23 yaş grubunda olan öğrencilerin 24-29 ve 30-42 yaş aralığında bulunan öğrencilere göre yeme bozukluğu açısından daha riskli olduğunu tespit etmiştir. Çalışmamız literatürdeki sonuçlardan farklıdır. Buna bireylerin yaş ile birlikte sağlık ve beslenmeye dair endişelerinin ve hassasiyetlerinin artıyor olması bir sebep olarak görülebilir. Aynı zamanda bulunulan dönemin içinde besinlerle ilgili çıkan olumsuz haberlerinde etkisi olabileceği tahmin edilmektedir.

5.4. Katılımcıların YTT-40 Ölçeği Toplam Puanları ile ORTO-11 Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkiye Dair Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada YTT-40 ölçeği toplam puanı ile ORTO-11 toplam puanı arasında negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kaya'nın (2018) Beslenme ve Diyetetik öğrencilerinde ON'yi değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada YTT-40 puanı arttıkça ORTO-15 puanı azaldığını tespit etmiştir. YTT-40 ile ORTO-15 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ergin'nin (2014) Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde sağlık çalışanı olan ve bu kişilerin sağlık çalışanı olmayan yakınları ile yaptığı çalışmada YTT-40 puanı düşük bireylerde ORTO-15 puanı da düşük çıkmıştır. Çalışmamızın aksine bir sonuç elde edilmiştir. Erol'un (2018) üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada ORTO-15 puanları ile YTT-40 puanları arasında anlamlı bir fark olmadığını tespit etmiştir. Özkahya (2015) online diyet alan 1972 kişide yaptığı çalışmada YTT-40 ölçeği puanları ile ORTO-15 ölçeği puanları arasında tüm riskler için (düşük, orta, ve yüksek risk) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmiştir. Bu iki ölçeğin ortorektik bireyleri tespit etmede birlikte kullanılması fayda verecektir.

6. SONUÇLAR

Bir aile sağığı merkezine başvuran bireylerde ortoreksiya nervoza ve beslenme durumunu incelemek amacıyla kesitsel tipte gerçekleştirilen bu çalışmadan çıkan sonuçlara göre;

- Araştırmaya katılan katılımcıların 269'u kadın, 100'ü erkektir.
- Erkeklerin %29'u, kadınların %19.8'i BKİ gruplandırmasında şişman sınıfında olup tüm katılımcıların toplam %17.4'ü şişmandır.
- ORTO-11 ölçeğı ortalama puanlarının 25.95 ± 5.06 olduğu ve katılımcıların %31.4'ünün ortorektik eğilim olduğu bulunmuştur. Kadınların %33.8'inde, erkeklerin %25.0'ında ortorektik eğilim olduğu belirlendi.
- Ortorektik eğilime sahip olanların %3.4'ünün B12, %0.9'unun C vitamini, %3.5'inin D vitamini ve %3.5'inin demir ilacı kullandığı belirlendi. Ortorektik eğilimi olmayanların %6.7'sinin B12, %2.0'nın D vitamini, %2.4'ünün demir ilacı ve %0.4'ünün folik asit kullandığı belirlendi.
- ORTO-11 ölçeğı ile cinsiyet değişkeni arasındaki ilişkiye bakıldığında erkeklerin puanı, kadınların puanından daha yüksek olduğu tespit edilip istatistiksel açıdan $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık görülmüştür.
- ORTO-11 ölçeğı puan ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan ANOVA analizinde aritmetik ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir.
- Katılımcılardan "Sağıklı olduğunuzu düşünüyor musunuz?" sorusunu "evet" şeklinde cevaplayanların %29.3'ünün ortorektik eğilimi vardır. Sağıklı olmadığını düşünenlerin %35.4'ünün ortorektik eğilimi olduğu tespit edilmiştir. Gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

- Diyet yapanların %39.0'nın, diyet yapmayanların %26.5'inin ortorektik eğilimi vardır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Diyet yapanların ortorektik eğiliminin yapmayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Araştırmaya katılan katılımcılardan diyetisyenden diyet bilgisi alanların %50.9'unun, kitle iletişim araçlarından diyet bilgisi alanların %36.8'inin, aile veya yakın çevresinden diyet bilgisi alanların %22.6'sında ve diğer kaynaklardan diyet bilgisi alanların %40.0'nin ortorektik eğilimi vardır. Gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).
- Araştırmaya katılan katılımcılardan kronik hastalığı olanların %30.6'sının ve kronik hastalığı olmayanların %36.4'ünün ortorektik eğilimi vardır. Gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).
- Araştırmaya katılan katılımcılardan egzersiz yapanların %34.5'inin ortorektik eğilimi vardır. Egzersiz yapmayanların %30.9'unun ortorektik eğilimi vardır. Gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).
- Araştırmaya katılan katılımcılardan yürüyüş yapanların %32.1'inde, fitness yapanların %25.0'inde, yüzme yapanların %33.2'sinde, zumba yapanların %66.7'sinde, bisiklet sürenlerin %100.0'inde ve pilates yapanların %75.0'inde ortorektik eğilim vardır. Gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).
- Araştırmaya katılan katılımcılardan ortorektik eğilimi olan kadınların, %13.2'si sabah ile öğlen arası olan ara öğünü ve %44.0'ı öğlen ile akşam arası olan ara öğünü tüketmekte olup erkeklerden fazla olduğu belirlenmiştir. Ortorektik eğilimi olan erkeklerin %92.0'nın kahvaltı, %76.0'nın öğle öğünü; %100.0'nın akşam öğünü ve %60.0'nın akşam yemeğinden sonra olan ara öğünü tüketmekte olup kadınlardan fazla olduğu tespit edilmiştir.
- Araştırmaya katılan katılımcılardan zayıf olanların %31.3'ünün, normal olanların %27.8'inin, hafif şişman olanların %33.3'ünün ve şişman

olanların %39.1'inin ortorektik eğilimi vardır. Gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

- Araştırmaya katılan katılımcılardan vitamin-mineral kullananların %31.0'inin ortorektik eğilimi vardır. Vitamin-mineral kullanmayanların %31.5'inin ortorektik eğilimi vardır. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$).
- Araştırmaya katılan katılımcılardan ortorektik eğilimi olan kadınların %73.2'si sağlıklı olduğunu erkeklerin ise %26.8'i sağlıklı olduğunu düşünüyor. Kadınların %86.7'si sağlıklı olduğunu düşünmüyor. Erkeklerin %13.3'ü sağlıklı olduğunu düşünmüyor.
- Araştırmaya katılan katılımcıların Yeme Tutum Ölçeği toplam puan ortalamasının 20.15 ± 10.57 olduğu saptandı. Ölçekten en az alınan puan 2, en fazla alınan puan 71'dir.
- Araştırmaya katılan katılımcıların %60.7'si YTT-40 puanına göre düşük risk grubunda, %23.3'ü orta risk grubunda ve %16.0'ı yüksek risk grubundadır.
- Araştırmaya katılan katılımcıların Yeme Tutumu Ölçeğinden almış oldukları puanların cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan bağımsız grup t testi sonucunda kadınların puanları erkeklerin puanlarından daha yüksek olduğundan istatistiksel açıdan $p<0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık görülmüştür.
- Araştırmaya katılan kadın katılımcıların YTT-40 puanına göre %17.8'i yüksek risk grubundadır. Erkeklerin %11.0'ı yüksek risk grubundadır. Gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Kadınların yüksek risk yüzdesi erkeklerden anlamlı şekilde fazladır.
- Araştırmaya katılan katılımcılardan daha önce diyet yapanların %25.3'ü yüksek risk grubundadır. Diyet yapmayanların %9.9'u yüksek risk grubundadır. Gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Daha önce diyet yapanların risk yüzdesi diyet yapmayanlardan anlamlı şekilde fazladır.

- Araştırmaya katılan katılımcılardan diyetisyenden diyet bilgisi alanların %30.2'si, kitle iletişim araçlarından diyet alanların %18.4'ü ve diğer kaynaklardan diyet alanların %24.0'ı YTT-40 puanına göre yüksek risk grubundadır. Gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).
- Araştırmaya katılan katılımcılardan zayıf olanların %18.8'i YTT-40 puanına göre yüksek risk grubundadır. BKİ değeri normal olanların %12.8'i, hafif şişman olanların %17.6'sı ve şişman olanların %21.9'u yüksek risk grubundadır. Gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).
- Araştırmaya katılan katılımcılardan yürüyüş yapanların %25.0'ı, fitness yapanların %16.7'si, zumba yapanların %66.7'si, bisiklet sürenlerin %100'ü ve pilates yapanların %75.0'ı YTT-40 puanına göre yüksek risk grubundadır.
- Araştırmaya katılan katılımcılardan sağlıklı olduğunu düşünenlerin %13.2'si YTT-40 puanına göre yüksek risk grubundadır. Sağlıklı olduğunu düşünmeyenlerin %21.3'ü yüksek risk grubundadır. Sağlıklı olmadığını düşünenlerin yeme tutum testi yüksek risk grubu yüzdesinin daha fazla olduğu görülmektedir ($p<0.05$).
- Araştırmaya katılan katılımcılardan YTT-40 puanına göre yüksek risk grubunda olan kadınların %85.4'ü kahvaltı, %95.8'i akşam öğünü, %18.8'i sabah-öğlen arası olan ara öğünü ve %47.9'u öğle-akşam arası olan ara öğünü yaptığı belirlenmiş olup ve erkeklerden fazla olduğu tespit edilmiştir.
- YTT-40 puanına göre yüksek risk grubunda olan erkeklerin %54.5'i öğle öğünü ve %63.6'sı akşam öğünüden sonra olan ara öğünü yaptığı belirlenmiş olup kadınlardan fazla olduğu tespit edilmiştir.
- Araştırmaya katılan katılımcılardan yaş ile Yeme Tutum Ölçeği ve ORTO-11 ölçeği arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla yapılan Pearson Korelasyon analizi sonucunda; Yaş ile Yeme Tutum Ölçeği puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0.202$, $p<0.01$). Yaş ilerledikçe birlikte yeme tutumu artmaktadır.

- Yeme Tutum Ölçeği ile ORTO-11 ölçeği arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla yapılan Pearson Korelasyon analizi sonucunda; Yeme Tutum Ölçeği toplam puanı ile ORTO-11 ölçeği puanı arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.332$, $p<0.05$).



7. ÖNERİLER

1. Çalışmamız kısıtlı bir alanda ve az sayıda katılımcıyla yapılmıştır. Daha fazla kişiye ulaşıp ve farklı yerleşim yerlerinden veriler toplanarak daha kesin sonuçlar elde edilebilir.
2. Bir halk sağlığı sorunu olan ortoreksiya nervoza literatüre yeni giren bir kavramdır. Ortoreksiya nervoza ile ilgili ülkemizde yapılan çalışmalar belli meslek gruplarına veya öğrencilere yönelik olarak yapılmıştır. Genel popülasyonunda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.
3. Ortoreksiya nervoza için tanı ve değerlendirme kriterleri resmi olarak henüz mevcut değildir. Ortoreksiyanın uzun vadede kişide yaratacağı psikolojik, fiziksel ve sosyal sorunların boyutu henüz bilinmemektedir. Bu alanda daha fazla çalışmaya yapılarak yeni tedavi ve yaklaşım yöntemleri elde edilmelidir.
4. Kronik bir hastalığı olan bireylerin özel bir diyetle tabi olmaları sebebiyle bu gruplarda ayrı bir inceleme yapılması gerekmektedir.
5. Kullanılan ölçeklerden biri olan YTT-40 ölçeğinde bazı sorular cevap noktasında ikilem yaratmaktadır. Örneğin; 39. soruda yer alan “Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım” maddesi. Kişiler yağlı yiyecek tüketmeyi sevmezken, şekerli yiyecekleri denemekten hoşlanabilir. Bu iki değişkenin bir arada olması yanıtı etkilemesi sebebiyle toplam puanı değiştirmektedir. Yeme bozukluğunu tespit etmek noktasında daha belirleyici maddelere ihtiyaç vardır.
6. Özellikle medya, sağlık eğitimi, sağlıklı beslenme trendleri ve diyet gibi faktörlerin etkisi ile ortoreksik bireylerin görülme oranının artması beklenmektedir. Diyetisyenlerin bu alanda daha iyi yaklaşımlarda bulunabilmesi için ortoreksiya nervoza üzerine eğitimler düzenlenmesi gereklidir.
7. Ortoreksiya nervoza üzerine halkı bilgilendirmeye yönelik eğitim veya girişimler hazırlanmalıdır.

KAYNAKLAR

- Advani, S., Kochhar, G., Chachra, S. ve Dhawan, P. (2014). Eating Everything Except food (PICA): A rare case report and review. *J Int Soc Prevent Communit Dent*, 4(1), 2–5. doi:10.4103/2231-0762.127851
- Aksoydan, E. ve Camci, N. (2009). Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eating and Weight Disorders*, 14(1), 33–37.
- Al Kattan, M. (2016). *The prevalence of orthorexia nervosa in Lebanese university students and the relationship between orthorexia nervosa and body image, body weight and physical activity*. University of Chester, Department of Clinical Sciences and Nutrition, Master Thesis, United Kingdom.
- Almeida, C., Vieira, V. ve Santos, L. (2018). Orthorexia nervosa in a sample of Portuguese fitness participants. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(4), 443–451.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Amerikan Psikiyatri Birliği Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- 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. (2006). *Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya) Belirtilerinin İncelenmesi, ORTO-15 Ölçeğinin Uyarlanması*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Arusoğlu, G., Kabakçı, E., Köksal, G. ve Merdol, T. K. (2008). Ortoreksiya Nervoza ve Orto-11'in Türkçeye Uyarlama Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(3), 283–291.
- Asil, E. ve Sürücüoğlu, M. S. (2015). Orthorexia Nervosa in Turkish Dietitians. *Ecology of Food and Nutrition*, 54(4), 303–313.
- Atik, A. ve Biricik, Z. (2017). Sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya) kapsamında televizyon sağlık programlarının format yapılarının incelenmesi. *Atatürk İletişim Dergisi*, (13), 87–102.
- Attila, S. ve Bosi, A. T. B. (2015). Toplum Beslenmesi. Ç. Güler ve L. Akın (Ed.), *Halk Sağlığı Temel Bilgiler-3* içinde (3. bs., ss. 1210–1214). Ankara: Hacettepe

Üniversitesi Yayınları.

- Bağcı Bosı, A. T., Çamur, D. ve Güler, Ç. (2007). Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine. *Appetite*, 49(3), 661–666.
- Barnes, M. A. ve Caltabiano, M. L. (2017). The interrelationship between orthorexia nervosa , perfectionism , body image and attachment style. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(1), 177–184.
- Barthels, F., Meyer, F. ve 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.
- Bartlett, J. E. (2019). *Emotion-Focused Group Psychothreapy for Bulimia Nervosa*. Doctoral dissertation, University of Alberta.
- Baysal, A., Aksoy, M., Besler, T., Bozkurt, N., Keçecioğlu, S. ve Mercanlıgil, S. M. ve ark. (2013). *Diyet El Kitabı* (8.Baskı). Ankara: Hatipoğlu Yayınları.
- Bo, S., Zoccali, R., Ponzo, V., Soldati, L., Carli, L. De ve Benso, A. ve ark. (2014). University Courses, Eating Problems and Muscle Dysmorphia: Are There Any Associations? *Journal of Translational Medicine*, 12(221), 4–11.
- Bratman, S. (2017). Orthorexia vs. theories of healthy eating. *Eating and Weight Disorders*, 22(3), 381–385.
- Brockmeyer, T., Holtforth, M. G., Bents, H., Kämmerer, A., Herzog, W. ve Friederich, H. C. (2013). Interpersonal Motives in Anorexia Nervosa: The Fear of Losing One's Autonomy. *Journal of Clinical Psychology*, 69(3), 278–289.
- Brytek-Matera, A. (2012). Orthorexia nervosa-an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1(1), 55–60.
- Çakmak, A. ve Demir, A. (2012). Gece Yeme Sendromu. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 40(3), 259–265.
- Cena, H., Barthels, F., Cuzzolaro, M., Bratman, S., Brytek-Matera, A. ve Dunn, T. ve ark. (2018). Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(2), 209–246.
- Chaki, B., Pal, S. ve Bandyopadhyay, A. (2013). Exploring scientific legitimacy of orthorexia nervosa: a newly emerging eating disorder. *Journal of Human Sport and Exercise*, 8(4), 1045–1053.

- Cinquegrani, C. ve Brown, D. H. K. (2018). ‘Wellness’ lifts us above the Food Chaos’: a narrative exploration of the experiences and conceptualisations of Orthorexia Nervosa through online social media forums. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 10(5), 585–603.
- Costa, C. B., Hardan-Khalil, K. ve Gibbs, K. (2017). Orthorexia Nervosa: A Review of the Literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(12), 980–988.
- Dalmaz, M. ve Yurtdağ, G. (2015). Prevalence Of Orthorexia Nervosa Symptoms Among People Who Exercise In Gyms. *Uluslararası Hakemli Ortopedi Travmatoloji ve Spor Hekimliği Dergisi*, (4), 23–39.
- Dell’Osso, L., Abelli, M., Carpita, B., Massimetti, G., Pini, S. ve Rivetti, L. ve ark. (2016). Orthorexia nervosa in a sample of Italian university population. *Rivista di Psichiatria*, 51(5), 190–196.
- Devran Sarıdağ, B. (2014). *Doğu Anadolu Bölgesinde Yaşayan Adölesan ve Yetişkinlerin Beslenme Alışkanlıkları ile Yeme Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi*. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Devrim, A. ve Bilgiç, P. (2018). Bigoreksiya: Vücut Dismorfik Bozukluğu mu, Yeme Bozukluğu mu? *Journal of Health Sciences*, 27(1), 64–69.
- Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M. ve Cannella, C. (2004). Orthorexia nervosa : A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the phenomenon. *Eating and Weight Disorders*, 9(2), 151–157.
- Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M. ve Cannella, C. (2005). Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 10(2), e28–e32.
- Dos Santos Filho, C. A., Tirico, P. P., Stefano, S. C., Touyz, S. W. ve Claudino, A. M. (2016). Systematic review of the diagnostic category muscle dysmorphia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(4), 322–333.
- Dunn, T. M. ve Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa : A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, 11–17.
- Ercen, M. (2015). *Üniversite Öğrencilerinin Ortoreksiya Nervosa Düzeyleri ile Beden Algısı ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. KKTC Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa.

- Ergin, G. (2014). *Sağlık Personeli Olan ve Olmayan Bireylerde Ortoreksiya Nervoza Sıklığı Araştırması*. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Erol, Ö. (2018). *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Ortoreksiya Nervoza Belirtilerinin ve Yeme Tutumlarının Saptanması*. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans, Malatya.
- Ertürk, E. (2018). *Spor merkezine devam eden bireylerin beslenme durumları ve yeme davranışlarının değerlendirilmesi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans, Ankara.
- Fidan, T., Ertekin, V., Işııkay, S. ve Kirpınar, I. (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 51(1), 49–54.
- Forney, K. J., Haedt-Matt, A. A. ve Keel, P. K. (2014). The Role of Loss of Control Eating in Purging Disorder. *Bulimiya nervozadan*, 47(3), 244–251.
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G. ve Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, (1), 1402–1413.
- Gandhi, J. ve Battalwar, R. (2019). Eating habits and night snacking patterns of young women at risk for eating disorders. *International Journal of Physiology, Nutrition and Physical Education*, 4(1), 1136–1141.
- Garner, D. M. ve Grafinkel, P. (1979). The Eating Attitudes Test : An Index of the Symptoms of Anorexia Nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2), 273–279.
- Garnerl, D. M. ve Garfinkel, P. E. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10(4), 647–656.
- Geller, J., Johnston, C. ve Madsen, K. (1997). The Role of Shape and Weight in Self-Concept : The Shape and Weight Based Self-Esteem, 21(1), 5–24.
- Green, A. D., Alioto, A., Mousa, H. ve Di Lorenzo, C. (2011). Severe Pediatric Rumination Syndrome : Successful Interdisciplinary Inpatient Management. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 52(4), 414–418.
- Haddad, C., Obeid, S., Akel, M., Honein, K., Akiki, M. ve Azar, J. ve ark. (2019). Correlates of orthorexia nervosa among a representative sample of the Lebanese population. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(3), 481–493.
- Hamurcu, T. G. (2019). *Hemşirelik Öğrencilerinde Sosyal Medya Kullanımının*

- Ortoreksiya Nervoza Üzerine Etkisi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Hoffman, R. (2017). Maturitas Can the paleolithic diet meet the nutritional needs of older people ? *Maturitas*, 95, 63–64.
- Huse, D. M. ve Lucas, A. R. (1984). Dietary patterns in anorexia nervosa. *American Journal of Clinical Nutrition*, 40(2), 251–254.
- Karadere, M. E. ve Hocaoglu, Ç. (2018). Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu Nedir? Tanı ve Tedavi Yaklaşımları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(4), 110–118.
- Kaya, Z. (2018). *Beslenme ve Diyetetik Bölümü Öğrencilerinde Sağlıklı Yeme Takıntısının (Ortoreksiya Nervoza) Değerlendirilmesi*. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Kazkondur, İ. (2010). *Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) Belirtilerinin İncelenmesi*. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Kiss-Leizer, M. ve Rigó, A. (2019). People behind unhealthy obsession to healthy food: the personality profile of tendency to orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(1), 29–35.
- Koebnick, C., Garcia, A. L., Dagnelie, P. C., Strassner, C., Lindemans, J. ve Katz, N. ve ark. (2005). Long-Term Consumption of a Raw Food Diet Is Associated with Favorable Serum LDL Cholesterol and Triglycerides but Also with Elevated Plasma Homocysteine and Low Serum HDL Cholesterol in Humans. *The Journal of Nutrition*, 135(10), 2372–2378.
- Larsen, A., Lilja, M., Sturidsson, K., Blatny, M., Hrdlicka, M. ve Stickley, A. ve ark. (2019). Bulimia symptoms in Czech youth: prevalence and association with internalizing problems. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1–10.
- Lerman, R. H. (2010). The Macrobiotic Diet in Chronic Disease. *Nutrition in Clinical Practice*, 25(6), 621–626.
- Luck-Sikorski, C., Jung, F., Schlosser, K. ve Riedel-Heller, S. G. (2019). Is orthorexic

- behavior common in the general public? A large representative study in Germany. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(2), 267–273.
- Luck-Sikorski, C. L., Jung, F., Schlosser, K. ve Riedel Heller, S. G. (2019). Is orthorexic behavior common in the general public? A large representative study in Germany. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(2), 267–273.
- Maghetti, A., Cicero, A. F. G., D’Ignazio, E., Vincenzi, M., Paolini, B. ve Lucchin, L. (2015). Orthorexia prevalence among health care professionals involved in nutrition education: The ADI-O study. *Mediterranean Journal of Nutrition and Metabolism*, 8(2), 199–204.
- Mascola, A. J., Bryson, S. W. ve Agras, W. S. (2010). Picky eating during childhood: A longitudinal study to age 11 years. *Eating Behaviors*, 11(4), 253–257.
- Mathieu, J. (2005). What Is Orthorexia? *Journal of the American Dietetic Association*, 105(10), 1510–1512.
- Merdin, E. (2018). *Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikopatolojik Belirtilerin Ortoreksiya Nervoza Üzerindeki Rolü*. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Klinik Psikoloji Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Miao, D., Young, S. ve Golden, C. (2016). A meta-analysis of pica and micronutrient status, 27(1), 84–93.
- Moroze, R. M., Dunn, T. M., Holland, J. C., Yager, J. ve Weintraub, P. (2015). Microthinking About Micronutrients: A Case of Transition From Obsessions About Healthy Eating to Near-Fatal “ Orthorexia Nervosa ” and Proposed Diagnostic Criteria. *Psychosomatics*, 56(4), 397–403.
- Oğur, S., Aksoy, A. ve Selen, H. (2016). Üniversite Öğrencilerinin Yeme Davranışı Bozukluğuna Yatkınlıkları Bitlis Eren Üniversitesi Örneği. *Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 5(1), 14–26.
- Olejniczak, D., Bugajec, D., Panczyk, M., Brytek-Matera, A., Religioni, U. ve Czerw, A. ve ark. (2017). Analysis concerning nutritional behaviors in the context of the risk of orthorexia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 543–550.
- Orhan, F. Ö. ve Tuncel, D. (2009). Gece Yeme Bozuklukları- Night Eating Disorders. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1(2), 132–154.
- Osso, L. D., Carpita, B., Cremone, I. M., Massimetti, G., Diadema, E. ve Gesi, C. ve

- ark. (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.
- Özkahya, K. D. (2015). *Online diyet alan yetişkin bireylerde ortoreksiya nervoza ve ilişkili parametrelerin değerlendirilmesi*. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Parra-Fernández, M., Rodríguez-Cano, T., Onieva-Zafra, M.-D., Perez-Haro, M. J., Casero-Alonso, V. ve Fernández-Martinez, E. ve ark. (2018). Prevalence of orthorexia nervosa in university students and its relationship with psychopathological aspects of eating behaviour disorders. *BMC psychiatry*, 18(1), 1–8.
- Plichta, M., Jezewska-Zychowicz, M. ve Gębski, J. (2019). Orthorexic Tendency in Polish Students: Exploring Association with Dietary Patterns, Body Satisfaction and Weight. *Nutrients*, 11(1), 100.
- Ramacciotti, C. E., Perrone, P., Coli, E., Burgalassi, A., Conversano, C. ve Massimetti, G. ve ark. (2011). Orthorexia nervosa in the general population: A preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15). *Eating and Weight Disorders*, 16(2), 127–130.
- Rangel, C., Dukeshire, S. ve MacDonald, L. (2012). Diet and anxiety. An exploration into the Orthorexic Society. *Appetite*, 58(1), 124–132.
- Rudolph, S. (2018). The connection between exercise addiction and orthorexia nervosa in German fitness sports. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia*, 23(5), 581–586.
- Rusell, G. (1997). Handbook Of Treatment for Eating Disorders. *Handbook Of Treatment for Eating Disorders* içinde (Second Edi., ss. 11–23). New York: The Guilford Press.
- Savasir, I. ve Erol, N. (1989). Yeme tutum testi: anoreksia nervosa belirtiler indeksi. *Psikoloji Dergisi*, 7(23), 19–25.
- Segura-García, C., Papaiani, M. C., Caglioti, F., Procopio, L., Nisticò, C. G. ve Bombardiere, L. ve ark. (2012a). Orthorexia nervosa: A frequent eating disordered behavior in athletes. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 17(4), 226–233.
- Segura-García, C., Papaiani, M. C., Caglioti, F., Procopio, L., Nisticò, C. G. ve

- Bombardiere, L. ve ark. (2012b). Orthorexia nervosa: A frequent eating disordered behavior in athletes. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 17(4), 226–233.
- Shah, S. M. (2012). *Orthorexia nervosa: Healthy eating or eating disorder?* Eastern Illinois University Clinical Psychology, Master's Theses, Charleston.
- Smink, F. R. E., Hoeken, D. Van ve Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406–414.
- Stunkard, A. J. (1959). Eating Patterns and Obesity. *The Psychiatric Quarterly*, 33(2), 284–295.
- Sünbül, Ş. (2019). *Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumu ve Ortoreksiya Nervoza Eğilimlerinin Belirlenmesi*. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi Eğitimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya.
- Tatlises, M. (2016). *Spor Salonunda Düzenli Spor Yapan Kişilerin Ortoreksiya Nervoza Belirtileri ile Beden Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Taylor, C. M., Wernimont, S. M., Northstone, K. ve Emmett, P. M. (2015). Picky/fussy eating in children: Review of definitions, assessment, prevalence and dietary intakes. *Appetite*, 95, 349–359.
- Tek, N. A. ve Ermumcu, M. Ş. (2016). Sağlık Profesyonellerinde Sağlıklı Beslenme Kaygısı: Ortoreksiya Nervoza (ON). *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 59–71.
- Tod, D., Edwards, C. ve Cranswick, I. (2016). Muscle dysmorphia: current insights. *Psychology Research and Behavior Management*, 9(6), 179–188.
- Tremelling, K., Sandon, L., Vega, G. L. ve McAdams, C. J. (2017). Orthorexia Nervosa and Eating Disorder Symptoms in Registered Dietitian Nutritionists in the United States. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 117(10), 1612–1617.
- Turan, Ş., Poyraz, C. A. ve Özdemir, A. (2015). Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(4), 419–435.
- Türkiye Beslenme Rehberi TÜBER 2015. (2019). *T.C. Sağlık Bakanlığı*. Ankara. 10 Ağustos 2019 tarihinde https://okulsagligi.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2017_01/27102535_TYrkiye_Beslenme_Rehberi.pdf adresinden erişildi.

- Turner, P. G. ve Lefevre, C. E. (2017). Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(2), 277–284.
- Ünalın, D., Öztop, D. B., 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.
- Varga, M., Dukay-Szabó, S., Túry, F. ve Van Furth Eric, F. (2013). Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 18(2), 103–111.
- Vaterlaus, J. M., Patten, E. V, Roche, C. ve Young, J. A. (2015). #Gettinghealthy: The perceived influence of social media on young adult health behaviors. *Computers in Human Behavior*, 45, 151–157.
- Whalen, K. A., Judd, S., Mccullough, M. L., Flanders, W. D. ve Hartman, T. J. (2017). Paleolithic and Mediterranean Diet Pattern Scores Are Inversely Associated with All-Cause and Cause-Specific Mortality in Adults. *American Society for Nutrition*., 174(4), 612–620.
- World Health Organization. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on obesity*.
- Yeşil, E., Turhan, B., Tatan, D., Şarahman, C. ve Saka, M. (2018). Yetişkin bireylerde cinsiyetin ortoreksiya nervoza eğilimine etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 1–9.
- Zarifoğlu, A. (2019). *Farklı Fakültelerdeki Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza Görülme Sıklığı ile Yeme Tutum Davranışları ve Beden Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans, Gaziantep.
- Zeybekoğlu, H. E. (2019). *Muğlaspor futbol kulübü sporcularında ortoreksiya nervoza sıklığı araştırması*. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans, Edirne.

FORMLAR

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

“Bir aile sağığı merkezine başvuran bireylerde ortoreksiya nervoza sıklığı ve beslenme durumunun incelenmesi” başlıklı araştırmamıza davet edilmektesiniz. Bu çalışma toplumda yeme bozukluklarında oluşan yükseliş ve sağıklı yaşamın günümüzde daha fazla önem kazanmasıyla birlikte ortoreksiya nervoza sıklığını ölçmek ve beslenme durumunu incelemeyi amaçlamaktadır. Katılımcı olarak sizin sosyo-demografik özelliklerinizi, ortorektik davranış değerlendirmesi için ORTO-11 testini ve yemek yemekle ilgili davranış ve tutumları ölçmek için YTT-40 testini içeren anket formu uygulanacaktır. Anket formun uygulama süresi 15 dakikadır.

Araştırmaya katılımının isteğe bağı olduğu ve istediğim zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkımı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebileceğimi veya araştırmadan çekilebileceğimi biliyorum. Araştırma kapsamındaki muayene, tetkik ve testler ile tıbbi bakım için benden ya da bağı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyeceğı bana anlatıldı. İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, etik kurul, kurum ve diğer ilgili sağık otoritelerinin gönüllünün orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişimlerinin bulunabileceğı, ancak bu bilgilerin gizli tutulacağı, yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla söz konusu erişime izin vermiş olacağımı biliyorum. İlgili mevzuat gereğince kayıtların gizli tutulacağı, kamuoyuna açıklanamayacağı bana bildirildi, araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde kimliğim gizli tutulacaktır.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında kendi haklarım veya araştırmayla ilgili herhangi bir advers olay hakkında daha fazla bilgi temin edebilmem için temasa geçebileceğim yetkilinin adı ve 24 saat erişebileceğim telefon numarası bana verildi. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için gulsahcok@gmail.com e-posta adresinden Yük. Lis. Öğr. Gülşah Çok’a başvurabilirsiniz. Araştırmacı, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle onayım alınmadan beni araştırma kapsamından çıkarabilir.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı,

istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün; (el yazısı ile)

Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Gerekliyorsa Veli ya da Vasi İmzası:

Araştırmacının;

Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:



Ek 1: Kişisel Bilgi Formu ve Beslenme Durumunun Değerlendirilmesine Yönelik Bilgi Formu

Bu çalışma bir aile sağlığı merkezine başvuran bireylerde ortoreksiya nervoza sıklığı ve beslenme durumunun incelenmesi amacıyla kesitsel tipte tanımlanıp tez çalışması için yapılmaktadır. Lütfen tüm soruları dikkatle okuyarak eksiksiz bir şekilde yanıtlamaya özen gösterin. Sizin için uygun olan cevabı işaretleyiniz. Kişisel bilgileriniz hiçbir şekilde kullanılmayacaktır. Araştırmanın gerçekleştirilmesindeki katkılarınız için teşekkür ederiz.

1. Ad-Soyad:

2. Yaş:

3. Meslek:

4. Öğrenim Durumu:

☐ Okur- yazar

☐ İlkokul

☐ Ortaokul

☐ Lise

☐ Üniversite

☐ Lisansüstü

5. Sigara kullanıyor musunuz?

☐ Evet, günde..... adet. ☐ Hayır ☐ Bıraktım.

6. Alkol kullanıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

Cevap evet ise;

☐ Hergün ☐ Haftada 1-3 ☐ Haftada 3-5 ☐ 15 günde 1 ☐ Ayda 1

7. Tatlandırıcı kullanıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

Kullandığınız tatlandırıcının ismini belirtiniz:.....

8. Sağlıklı olduğunuzu düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

9. Kronik (sürekli tedavi gerektiren) bir hastalığınız var mı?

☐ Hayır ☐ Diyabet ☐ Kalp hastalığı

☐ Hipertansiyon ☐ Ülser- gastrit ☐ Böbrek problemi

☐ Tiroid problem ☐ Karaciğer problem

☐ Diğer (Yazınız)

10. Daha önce diyet uyguladınız mı?

() Evet () Hayır

(10. soruda “Hayır” şıkkını işaretlediyseniz 12. Soruya geçiniz)

11. Diyeti kim önerdi?

() Diyetisyen

() Kitle iletişim araçları (gazete, dergi, TV, internet)

() Çevre (arkadaş, aile..)

() Diğer

12. Doğru beslenme bilgilerine eriştiğinizde davranışlarınız değişir mi?

() Her zaman () Sık sık () Nadiren () Hiçbir zaman

13. Vitamin, mineral kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır

Vitamin-Minarel	Kullanım sıklığı	Kulanım Nedeni

14. Günde kaç öğün yemek yersiniz?

Hangi öğünler olduğunu işaretleyiniz:

() Kahvaltı

() Sabah- öğlen arası

() Öğlen yemeği

() Öğlen- akşam arası

() Akşam yemeği

() Akşam yemeğinden sonra

15. Öğün atlıyorsanız genellikle hangisini atlarsınız?

() Atlamam

() Kahvaltı

() Sabah- öğlen arası

() Öğlen yemeği

() Öğlen- akşam arası

() Akşam yemeği

() Akşam yemeğinden sonra

(14. soruda “atlamam” şıkkını işaretlediyseniz 16. Soruya geçiniz)

16. Neden öğün atlarsınız?

() Zayıflamak için

() Alışkanlığım yok

() Unuttuđum/Fırsat bulmadığım için

() Gereksiz

Diğer:.....

17. Düzenli egzersiz yapar mısınız? () Evet () Hayır

18. Evet ise ne sıklıkla yaparsınız?

Haftadagün saat

19. Ne tür egzersizler yaparsınız?

() Yürüyüş () Koşu () Diğer (Yazınız.....)

Ek 2: ORTO-11 Ölçeği

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

	Her zaman	Sıklıkla	Bazen	Asla
1-Son üç ay içerisinde besinler konusunda endişelendiğiniz oldu mu?				
2-Sağlığınızla ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi?				
3-Yemeğinizin sağlıklı olması sizin için lezzetli olmasından daha mı önemlidir?				
4-Daha sağlıklı, daha taze besinler satın almak için daha fazla para harcamak ister misiniz?				
5-Sağlıklı beslenme ile ilgili düşünceler sizi günde üç saatten fazla meşgul eder mi?				
6-Sağlıksız olduğunu düşündüğünüz besinleri yediğiniz olur mu?				
7-Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanlarını tüketmek kendinize olan güveninizi artırır mı?				
8-Uyguladığınız beslenme tipi yaşam tarzınızı değiştirir mi?(dışarıda yeme sıklığı, arkadaşlar vb. açısından)				
9-Sağlıklı beslenmenin dış görünümünüzü daha iyi hale getirebileceğini düşünür müsünüz?				
10-Sağlıksız beslendiğinizde kendinizi suçlu hisseder misiniz?				
11-Piyasada sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz?				

Ek 3: Yeme Tutum Testi

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine **X** işareti koyunuz. Örneğin; “**Çikolata yemek hoşuma gider**” cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa “**hiçbir zaman**” yazılı kutunun içine **X** işareti koyunuz, her zaman hoşunuza gidiyorsa “**daima**”nın altını **X** işaretleyiniz.

SORULAR	Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadire	Hiçbir zaman
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.						
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4. Şişmanlamaktan ödüm kopar.						
5. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.						
6. Aklım fikrim yemektedir.						
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar oldu.						
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.						
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissedirim.						
12. Ailem fazla yememi bekler.						
13. Yemek yedikten sonra kusarım.						
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz yaparım.						
17. Günde birkaç kere tartılırım.						
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.						
19. Et yemekten hoşlanırım.						
20. Sabahları erken uyanırım.						
21. Günlerce aynı yemeği yerim.						
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						
23. Adetlerim düzenlidir. (Yalnızca kızlar cevaplandırarak)						
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.						
25. Şişmanlayacağım (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
26. Yemeklerimi yemek, başkalarınınkinden daha uzun sürer.						
27. Lokantada yemek yemeyi severim.						
28. Müshil kullanırım						
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.						
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.						
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.						
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını düşünürüm.						
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.						
35. Kabızlıktan yakınıyorum.						
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						
37. Diyet (perhiz) yaparım.						
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
39. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						

Ek 4: Antropometrik Ölçümlere Yönelik Genel Bilgiler Formu

Ad-Soyad:

Cinsiyet:

Doğum Tarihi:

Boy	
Ağırlık	
BKİ	

ETİK KURUL KARARI

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**



Sayı : 837

Konu: Prof. Dr. Ayşe Emel ÖNAL hk.

Tarih : 28.06.2019

**Sayın Prof. Dr. Ayşe Emel ÖNAL
Halk Sağlığı Anabilim Dalı**

İlgi: Halk Sağlığı Anabilim Dalının 08/04/2019 gün ve 72455 sayılı yazısı

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz ve Gülşah ÇOK' un yürüteceği 2019/512 dosya numaralı "Bir aile sağlığı merkezine başvuran bireylerde ortoreksiya nervoza sıklığı ve beslenme durumunun incelenmesi" başlıklı çalışma kurulumuzun 14/06/2019 tarih ve 11 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. A.Yağız ÜRESİN

İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar

Etik Kurul Başkanı

Eki: İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Karar Formu

İZİNLER



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ

06/10/2019 10:31 - 16867222 - 604.01.02 - E.5152



00103047538

Sayı : 16867222-604.01.02
Konu : Gülşah ÇOK Araştırma İzni

GAZİOSMANPAŞA İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : a) 09/09/2019 tarihli ve 71211201-182482 sayılı yazısı.
b) 07/10/2019 tarihli ve 71211201-604.01.01-51979 sayılı yazısı.
c) 03/10/2019 tarihli ve 64222187-324.99-319 sayılı yazısı.

İlgi a) sayılı yazı ile İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Gülşah ÇOK'un "Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Bireylerde Ortoreksiya Nervoza Sıklığı ve Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi" başlıklı tezin saha çalışmasını, İlçeniz Kazım Karabekir Aile Sağlığı Merkezinde yapma talebi Ruh Sağlığı Birimi ve Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Birimi'nin ilgi b) ve c) sayılı yazıları ile belirtilen uygun görüşüne istinaden Müdürlüğümüzce onaylanmıştır.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Başkan

Sağlığın Geliştirilmesi Birimi Seyitmizam Mah. Mevlana Cad. No:85
Zeytinburnu/İSTANBUL
Telefon: Faks No:

e-Posta: yesim.biyik@saglik.gov.tr İnt. Adresi: yesim.biyik@saglik.gov.tr

Bilgi için: Yeşim BIYIK

MEMUR

Telefon No: (0 212) 638 33 99

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 2709e435-c9ea-4f53-9c17-e5df198d9211 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

11.08.2020



İstanbul Sağlık Müdürlüğüne,
Sağlık Hizmetleri Dairesine,
(Eğitim ve Tescil Birimi)

Tezli yüksek lisans yaptığım İstanbul Üniversitesi tarafından
tez savunma isim belgeli isim alınırken tez başlığım zehven
farklı kelimelerle yapılmıştır. Doğrusu Etik Kurul belgesinde
yer alan başlığımın etik kurul belgesiyle aynı olacak
şekilde düzeltilmesini ve düzeltilmiş belgenin tarafıma mail
yoluyla iletilmesini talep etmekteyim. Tez dopru başlığı "Bir
aile sağlığı merkezi başkanı olarak ortadoküme nöroloji sıklığı ve
belirtilerinin durumu incelenmesi" dir.
Bilgilerinize arz ederim.

Gülşah Gök

e mail: pulshayak@gmail.com
guliss_14@hotmail.com



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 15916306-604.01.02
Konu : Gülşah ÇOK Tez Konusu Düzeltme Talebi Hk.

Sayın Gülşah ÇOK

İlgi : a) 11/06/2020 tarihli ve 71211201 sayılı yazınız.
b) 09/09/2019 tarihli ve 71211201-182482 sayılı yazısı.

İlgide kayıtlı dilekçenize istinaden kayıtlarımız incelenmiş olup 09.09.2019 tarih ve E.182482 sayılı başvuruda belirtilen etik kurul onay belgesinde mezkur çalışmanın adı "*Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Bireylerde Ortoreksiya Nervoza Sıklığı ve Beslenme Durumunun İncelenmesi*" olarak belirlendiği anlaşılmıştır.

Bu kapsamda dilekçenizde belirttiğiniz araştırma konu başlığı ile etik kurul onay belgesinde yer alan konu başlığı aynı olduğu tespit edilmiş olup uygun mütalaa edilmiştir.

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Müdür a.
Başkan

İstanbul Cd. General Kani Elitez Sk. No.8/1 Yenimahalle/Bakırköy/İSTANBUL

Telefon: Faks No:

e-Posta: yesim.biyik@saglik.gov.tr İnt.Adresi: yesim.biyik@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 10bae70f-e2fd-42df-a810-38c727b48fc1 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Yeşim BIYIK

MEMUR

Telefon No: (0 212) 638 33 99

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN BİREYLERDE ORTOREKSİYA NERVOZA SIKLIĞI VE BESLENME DURUMUNUN İNCELENMESİ

ORIJINALLIK RAPORU

%8	%5	%1	%6
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Eastern Mediterranean University Öğrenci Ödevi	%1
2	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	%1
3	dspace.baskent.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
4	Submitted to Istanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi	<%1
5	burkonturizm.com İnternet Kaynağı	<%1
6	Submitted to Bartın University Öğrenci Ödevi	<%1
7	Submitted to Hacettepe University Öğrenci Ödevi	<%1
8	acikerisim.baskent.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Gülşah	Soyadı	Çok
Doğ.Yeri	Diyarbakır	Doğ.Tar.	09.05.1994
Email	gulsahcok@gmail.com	Uyruğu	T.C

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	İstanbul Arel Üniversitesi	2017
Lise	Selahaddin Eyyübi Anadolu Lisesi	2012

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.			-
2.			-
3.			-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	YÖKDİL Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	Çok iyi	İyi	İyi	83	
Diğer					

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	87,02104	75,86871	88,5367
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Programları (Word, Excel, Powerpoint)	İyi
SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)	Orta

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Tango dansı, Salsa dansı, Yoga, Gönüllük