



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI

ISPARTA İL MERKEZİNDE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK
ÇALIŞANLARINDA SAĞLIKLI BESLENME TAKINTISI
(ORTOREKSIYA NERVOZA) VE DİYET KALİTESİ İLE
İLİŞKİSİ

Maide Nur DÜZGÜN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ersin USKUN

ISPARTA - 2022

KABUL ve ONAY

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;

Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı** Çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 01/02/2022

Danışman : Prof. Dr. Ersin USKUN
Süleyman Demirel Üniversitesi
Tıp Fakültesi – Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı

Üye : Doç. Dr. Özgür ÖNAL
Süleyman Demirel Üniversitesi
Tıp Fakültesi – Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Murat DEMİREZEN
Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Tıp Fakültesi – Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı

ONAY: Bu yüksek lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'na belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ebru ÇUBUK DEMİRALAY
Enstitü Müdürü

BEYAN

“Isparta İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya Nervosa) ve Diyet Kalitesi ile İlişkisi” adlı Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ ne uygun olarak hazırlanmıştır.

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 çalışmayla 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 olmadığını beyan ederim.

Hazırlayan

Maide Nur DÜZGÜN

Danışman

Prof. Dr. Ersin USKUN

TEŞEKKÜR

Tez çalışma sürecimde bana değerli vaktini ayıran, bilgi ve tecrübeleriyle bana her zaman yol gösteren, sabrını, anlayışını ve ilgisini her zaman hissettiren değerli tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Ersin USKUN'a

Uzmanlık eğitimim boyunca, öğrencisi olma fırsatı bulduğum değerli hocalarım Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Ahmet Nesimi KİŞİOĞLU'na, Sayın Doç. Dr. Özgür ÖNAL'a

Çalışmamın veri toplama aşamasında desteğini hissettiğim, beraber çalıştığım sevgili arkadaşım Dyt. Mürüvet ÇIRAK'a

Yaşamım boyunca bana güç veren, maddi manevi her zaman bana destek olan, her konuda sonsuz sevgisini hissettiğim aileme sonsuz teşekkür ediyorum.

Maide Nur DÜZGÜN

Isparta, 2022

ÖZET

Isparta İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya Nervoz) ve Diyet Kalitesi ile İlişkisi

Amaç: Bu araştırma Isparta il merkezinde birinci basamak sağlık çalışanlarında sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya nervoz) ve diyet kalitesi ile ilişkisinin değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma Isparta il merkezinde bulunan 28 aile sağlığı merkezinde çalışan sağlık personeli ile kesitsel tipte yapıldı. Örneklem yapılmaksızın tüm evrene (aile sağlığı merkezinde çalışan sağlık çalışanlarının tamamına) gidilerek (n=170), araştırmaya katılmayı kabul eden 137 kişiye yüzyüze görüşme yöntemiyle anket uygulandı. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktiviteleri ve besin tüketimleri anket formu ile sorgulandı. Katılımcıların sağlıklı beslenme takıntısı eğilimlerini belirlemek için Ortoreksiya Nervoz Değerlendirme Ölçeği (ORTO-11), diyet kalitesinin değerlendirilmesi için Sağlıklı Yeme İndeksi-2015 (SYİ-2015) ve besin tüketim durumlarının belirlenmesinde Üç Günlük Besin Tüketim Kaydı Formu kullanıldı. Tüketilen besinlerin enerjisi ve besin ögesi değerleri Beslenme Bilgi Sistemleri Paket Programı (BEBİS 8.2) ile hesaplandı. Veriler, IMB SPSS Statistic 22.0 paket programı kullanılarak analiz edildi.

Analizlerde tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, sayı ve yüzde dağılımları) ve hipotez testleri ile veriler analiz edildi. İki nominal değişken arası farklılık ki kare testi ile, sayısal bir değişkenle iki gruplu kategorik değişkenin karşılaştırılacağı durumlarda t testi kullanıldı. İleri analizlerde lojistik regresyon analizi yapıldı. İstatistik anlamlılık değeri $p<0,05$ olarak alındı.

Bulgular: Araştırma grubunun %24,1’inde sağlıklı beslenme takıntısı olduğu görüldü. Grubun %65,0’ı geliştirilmesi gereken, %35,0’ı kötü diyet kalitesine sahipti. Sağlıklı beslenme takıntısına göre diyet kalitesi farklılık göstermemekteydi. Kötü diyet kalitesi ile ilişkili bulunan değişkenler: (cinsiyet [risk: erkek olmak], eğitim durumu [risk: yüksek lisans ve üzerinde mezun], meslek [risk: doktor olmak], alkol tüketimi [risk: alkol tüketmek], ara öğün tüketimi [risk: ara öğün tüketmemek]. Kötü diyet kalitesi, doktor olanlarda hekim dışı personele göre 2,90 kat (%95 GA=1,35-6,24; $p=0,006$); ara öğün tüketmeyenlerde tüketenlere göre 4,28 kat (%95 GA=1,81-10,17; $p=0,001$) daha fazla görüldüğü belirlendi.

Sonuç: Sağlıklı yeme takıntısı, artan prevalansı dikkate alındığında bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmeli ve multidisipliner bir çalışma ile teşhis ve tedavisi planlanmalıdır. Daha kaliteli bir diyet için günde en az bir ara öğün yapmaya dikkat edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Diyet Kalitesi, Sağlıklı Yeme Takıntısı, Beslenme ve Diyetetik, (ORTO-11), SYİ-2015

ABSTRACT

Healthy Nutrition Obsession (Orthorexia Nervosa) and Its Relationship with Diet Quality in Primary Health Care Workers in Isparta City Center

Objective: This research was carried out with the aim of evaluating the relationship between healthy nutrition obsession (orthorexia nervosa) and diet quality in primary health care workers in Isparta.

Materials and Methods: The study was conducted in a cross-sectional type with 137 health care providers working in 28 family health centers in Isparta. The sociodemographic characteristics, dietary habits, physical activities and food consumption of the participants were questioned with a questionnaire form applied by face-to-face interview method. Orthorexia Nervosa Rating Scale (ORTO-11) was used to determine the healthy eating obsession tendencies of the participants, Healthy Eating Index-2015 (SYI-2015) was used to determine diet quality and A 3-day food consumption record was taken to determine the nutritional status. The energy and nutritional calculated with the "Nutrition Information Systems Package Program (BEBİS 8.2)". The data were analyzed using the IMB SPSS Statistic 22.0 package program. In the analyses, data were analyzed with descriptive statistics and hypothesis tests. Chi-square test and t test were used. For further analysis, logistic regression analysis was performed. Statistical significance value was taken as $p < 0.05$

Results: In this study, 24.1% of the participants showed orthorexic tendency. Diet quality grouping, there were 89 (%65,0) participants in the bad diet quality group, while 48 (%35,0) have a diet quality which should be improved. No significant relationship was detected between orthorexic status and diet quality. Variables associated with poor diet quality: (gender [risk: being male], education [risk: postgraduate], occupation [risk: being a doctor], alcohol consumption, snacking [risk: not consuming snacks]. Poor diet quality was seen 2.90 times (95% CI=1.35-6.24; $p=0.006$) more in physicians compared to non-physicians. It was determined that it was seen 4.28 times more (95% CI=1.81-10.17; $p=0.001$) in those who did not consume snacks compared to those who did.

Conclusion: Considering the increasing prevalence of orthorexia nervosa, it should be considered as a public health problem and its diagnosis and treatment should be planned with a multidisciplinary study. For a better quality diet, care should be taken to have at least one snack a day.

Keywords: Diet Quality, Orthorexia Nervosa, Nutrition and Dietetics, (ORTO-11), SYI-2015

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Yeme Bozuklukları	3
2.2. Yeme Bozukluklarının Tanımı ve Sınıflandırılması	3
2.2.1. Pika.....	4
2.2.2. Geviş Getirme Bozukluğu (Ruminasyon).....	4
2.2.3. Kaçınan/Kısıtlı Yeme Bozukluğu	5
2.2.4. Anoreksiya Nervosa.....	6
2.2.5. Bulimiya Nervosa	8
2.2.6. Tıkanırcasına Yeme bozukluğu	9
2.2.7. Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları	10
2.2.7.1. Atipik Anoreksiya Nervosa.....	10
2.2.7.2. Eşik Altı Bulimiya Nervosa (Düşük Sıklık, Kısıtlı Süreklilik)	10
2.2.7.3. Eşik Altı Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu (Düşük Sıklık, Kısıtlı Süreklilik)	10
2.2.7.4. Çıkarma Bozukluğu (Purging Disorder)	10
2.2.7.5. Gece Yeme Sendromu.....	10
2.2.8. Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu	11
2.2.9. Diğer Yeme Bozuklukları	11
2.2.10. Ortoreksiya Nervosa	11
2.2.10.1. Ortoreksiya Nervosa'nın Tanımı ve Özellikleri	11
2.2.10.2. Ortoreksiya Nervosa'nın Sınıflandırılması ve Tanı Kriterleri	12
2.2.10.3. Ortoreksiya Nervozanın Tedavisi	14

2.3. Diyet Kalitesi	15
2.3.1. Sağlıklı Yeme İndeksi-2015.....	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	18
3.2. Evren ve Örneklem	18
3.3. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	18
3.4. Veri Toplama Yöntemi	18
3.4.1. Kişisel Bilgiler	18
3.4.2. Sağlık Bilgileri	19
3.4.3. Beslenme Alışkanlıkları.....	19
3.4.4. Fiziksel Aktivite Bilgileri.....	19
3.4.5. ORTO-11 Ölçeği.....	19
3.4.6. Besin Tüketim Kayıt Formu	20
3.4.7. Antropometrik Ölçümler.....	20
3.5. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi ve İstatiksel Analizler	21
3.6. Etik Kurul ve Kurum İzinleri	23
4. BULGULAR	24
5. TARTIŞMA	46
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	53
KAYNAKLAR	57
EKLER.....	66
Ek 1. Gönüllü Katılım Formu	66
Ek 2. Katılım Sonrası Bilgilendirme Formu	67
Ek 3. Anket Formu	68
Ek 4. Etik Kurul Onayı.....	74
ÖZGEÇMİŞ.....	76

TABLolar DİZİNİ

Sayfa

Tablo 2.1. DSM-5'e göre pika tanı kriterleri.....	4
Tablo 2.2. DSM-5'e göre ruminasyon bozukluğu tanı kriterleri.....	5
Tablo 2.3. DSM-5'e göre Kaçınan/Kısıtlı yeme bozukluğu tanı kriterleri.....	6
Tablo 2.4. DSM-5'e göre anoreksiya nervoza yeme bozukluğu tanı kriterleri.....	7
Tablo 2.5. DSM-5'e göre bulimiya nervoza yeme bozukluğu tanı kriterleri.....	8
Tablo 2.6. Bulimiya nervoza sınıflandırılması.....	8
Tablo 2.7. DSM-5'e göre tikanırcasına yeme bozukluğu tanı kriterleri.....	9
Tablo 2.8. Yeniden geliştirilmiş ON tanı kriterleri.....	14
Tablo 2.9. Sağlıklı yeme indeksi yeterlilik bileşenleri ve puanlaması.....	17
Tablo 2.10. Sağlıklı yeme indeksi sınırlı tüketilmesi gereken bileşenler ve puanlaması.....	17
Tablo 3.1. BKİ sınıflaması.....	21
Tablo 3.2. Bel çevresi sınıflaması.....	21
Tablo 3.3. Bel/boy sınıflaması.....	21
Tablo 4.1. Araştırma grubunun tanımlayıcı özellikleri.....	25
Tablo 4.2. Araştırma grubunun yaş ve meslekte çalışma süresi ile ilgili özellikleri.....	25
Tablo 4.3. Hekim tarafından tanısı konulmuş kronik hastalık varlığı ve dağılımı....	26
Tablo 4.4. Araştırma grubunun beslenme alışkanlıkları ile ilgili özellikler.....	28
Tablo 4.5. Araştırma grubunun antropometrik ölçümleri.....	29
Tablo 4.6. Araştırma grubunun günlük enerji ve makro besin ögesi alımlarının ortalama, standart sapma ve minimum, maksimum değerleri.....	30
Tablo 4.7. Araştırma grubunun günlük mikro besin ögesi alımlarının ortalama, standart sapma ve minimum ve maksimum değerleri.....	31
Tablo 4.8. Araştırma grubunun cinsiyete göre enerji ve besin ögesi dağılımı, önerilen miktarları karşılama yüzdesi.....	33
Tablo 4.9. Araştırma grubunun cinsiyete göre mikro besin öğeleri öğeleri dağılımı ve önerilen miktarları karşılama yüzdesi.....	34
Tablo 4.10. Araştırma grubunun Orto-11 ölçeğine göre sağlıklı beslenme takıntısı olma durumu ve tanımlayıcı özelliklere göre dağılımı.....	35
Tablo 4.11. Araştırma grubunun yaş ve meslekte çalışma süresi ortalamalarının Orto-11 ölçeğine göre sağlıklı beslenme takıntısı olma durumuna göre dağılımı.....	36

Tablo 4.12. Araştırma grubunun Orto-11 ölçeğine göre sağlıklı beslenme takıntısı olma durumu ve beslenme ile ilgili özelliklere göre dağılımı .	37
Tablo 4.13. Araştırma grubunun Orto-11 ölçeğine göre sağlıklı beslenme takıntısı olma durumu ve günlük alınan enerji ve makro besin ögesine göre dağılımı	38
Tablo 4.14. Araştırma grubunun Orto-11 ölçeğine göre sağlıklı beslenme takıntısı olma durumu ve günlük alınan mikro besin ögesine göre dağılımı	39
Tablo 4.15. Araştırma grubunun sağlıklı yeme indeksi bileşenleri ve toplam puanına ilişkin dağılımlar	40
Tablo 4.16. Araştırma grubunun SYİ-2015'e göre diyet kalitesi ve tanımlayıcı özelliklere göre dağılımı.	41
Tablo 4.17. Araştırma grubunun yaş ve meslekte çalışma süresi ortalamalarının SYİ-2015'e göre diyet kalitesi dağılımı	42
Tablo 4.18. Araştırma grubunun SYİ-2015'e göre diyet kalitesi ve diyet kalitesinin beslenme ile ilgili özelliklere göre dağılımı.....	42
Tablo 4.19. Araştırma grubunun SYİ-2015'e göre diyet kalitesi ve günlük alınan enerji ve makro besin öğelerinin diyet kalitesine göre dağılımı.....	43
Tablo 4.20. Araştırma grubunun SYİ-2015'e göre diyet kalitesi ve günlük alınan mikro besin öğelerinin diyet kalitesine göre dağılımı.	44
Tablo 4.21. Araştırma grubunun sağlıklı beslenme takıntısı olma durumlarına göre diyet kalitesine göre dağılımı	45
Tablo 4.22. Araştırma Grubunun Diyet Kalitesini Etkileyen Etmenleri İnceleyen Geriye Doğru Eleme (<i>backward stepwise</i>) Yöntemiyle Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları	45

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

AN	: Anoreksiya Nervosa
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
BEBİS	: Beslenme Bilgi Sistemleri Paket Programı
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
BN	: Bulimiya Nervosa
BOT	: Bratman's Orthorexia Test
cm	: Santimetre
DKİ-U	: Diyet Kalite İndeksi-Uluslararası
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
g	: Gram
ICD-10	: International Classification of Disease-10
kg	: Kilogram
KKYAB	: Kaçınan/Kısıtlı Besin Alım Bozukluğu
mg	: miligram
µg	: Mikrogram
Min-Max	: Minimum-maksimum
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
ON	: Ortoreksiya Nervosa
ORTO-15,	: Ortoreksiya Nervosa Değerlendirme Ölçeği
ORTO-11	
SS	: Standart Sapma
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistiki Paket)
SYİ	: Sağlıklı Yeme İndeksi
TDBY	: Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozukluklar
TÜBER	: Türkiye Beslenme Rehberi
TYB	: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
USDA	: Amerika Birleşik Devletleri Tarım Bakanlığı
$\bar{x}$	: Ortalama

1. GİRİŞ

Beslenme; büyüme, hayatın sürdürülmesi ve sağlığın korunması ve geliştirilmesi için vücudun gereksinimi olan besin öğelerinin alınması ve vücutta kullanılmasıdır. Beslenme, insan gereksinimleri arasında ilk sırada yer alır. İhtiyacımız olan besin öğelerinin ve enerjinin, kişilerin cinsiyet, yaş ve fizyolojik durumuna göre gereksinim duyduğu düzeyde alması ‘yeterli ve dengeli beslenme’ kavramı ile açıklanmaktadır. Sağlıklı bir yaşam sürmek yeterli ve dengeli beslenerek mümkündür (1).

Diyet kalite indeksleri, bir popülasyondaki besin öğelerinin ya da besin gruplarının asıl alımları ile ulusal beslenme kılavuzlarında önerilen referans alımlar arasındaki yeterlilik düzeyini ölçmeyi amaçlamaktadır (2).

Son zamanlarda birçok bilimsel disiplin, sağlık ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarına giderek artan bir ilgiye tanık olmaktadır. Yeme alışkanlıklarımız sadece büyümemiz ve fiziksel gelişimimiz üzerinde değil, aynı zamanda zindeliğimiz ve refahımız üzerinde de etkilidir. Sağlıklı bir diyet, sağlığın ön koşuludur; sağlıklı bağışıklık sistemini destekler ve hızlı iyileşmeyi teşvik eder. Bununla birlikte, gıda kalitesi üzerinde aşırı konsantrasyon, paradoksal olarak sağlıksız olabilmektedir (3).

Sağlıklı yemek yeme arzusunda yanlış bir şey yoktur. Günümüzde insanlar yiyecek seçimleri konusunda giderek daha seçici hale gelmektedir. Ancak sağlıklı besinler yeme dürtüsü daha çok bir saplantı haline geldiğinde ve kişi kendini çok özel bir diyet rejimiyle sınırladığında, kişinin ortorektik eğilim gösterdiği varsayılmaktadır. Ortoreksiya nervoza (ON)’da olduğu gibi belirli bir tür gıdaya yönelik bu tür zorlayıcı takıntı, etkilenen kişinin psiko-fiziksel sağlığını etkilemekle kalmaz, aynı zamanda önemli sosyal sonuçları da olmaktadır. Bu çarpık algı, başkaları hakkındaki görüşlerini etkileyebilir ve yeme alışkanlığı konusunda kendileriyle aynı öz disipline sahip olmayan herkesi küçük görmelerine neden olabilmektedir. ON’dan muzdarip bir kişi, sosyal grubun geri kalanıyla aynı yeme alışkanlığını paylaşmadığı için sosyal olarak izole olur ve özel yiyeceklerini gittikleri her yere taşımaktadırlar.

Ortorektikler, yapay renkler, tatlar, koruyucu maddeler, pestisit kalıntıları veya genetiği değiştirilmiş bileşenler, sağlıksız yağlar, çok fazla tuz veya çok fazla şeker içeren yiyecekler ve diğer bileşenleri içerebilen gıdalardan saplantılı bir şekilde kaçınırlar. ON’de bu kadar katı bir diyetle bağımlılık, diyetten birçok temel besin maddesini ortadan kaldırır ve bireylerin sağlığına zararlı olabilecek ve nihayetinde yaşam kalitesini bozabilecek çeşitli beslenme ve mineral eksikliklerine yol açabilmektedir (4).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), ON’yi henüz yeme bozukluğu olarak kabul etmemektedir. ON, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-V’te (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) yer almamaktadır. Bilim insanlarının ON’nin yeme bozukluğuna dahil edilmesi yönündeki tartışmaları sürmektedir. Artan prevelans ve tartışmalar nedeniyle son zamanlarda ON konusunda çalışmalar ivme kazanmıştır.

Sağlıklı yeme takıntısı bakımından değerlendirildiğinde kadınlar, adölesanlar, spor ile ilgilenen bireyler, sağlık alanında eğitim gören öğrenciler, hekimler, diyetisyenler riskli gruplar olarak belirtilmektedir. (5,6,7,8,9,10).

Riskli grupta yer alan birinci basamak sağlık çalışanlarının sağlıklı beslenme takıntısını saptama, tedavi etme ve önleme bakımından önemli rol oynadığı düşünülmüştür. Bu nedenle bu çalışmada birinci basamak sağlık çalışanlarında sağlıklı beslenme takıntısının değerlendirilmesi ve araştırma grubunun ne kadar yeterli ve dengeli beslendiğinin ölçüsü olan diyet kalitesinin değerlendirilmesi, sağlıklı yeme takıntısı ve diyet kalitesi ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları, fiziksel sağlığı ve psikososyal işlevi ciddi derecede bozan; hasar verici, ölümcül ve maliyeti yüksek olan ruhsal bozukluklardır. Yeme bozuklukları anormal yeme ve kilo kontrolüne yönelik davranışlarda bozulma ile karakterizedir. Vücut ağırlığı, vücut şekli ve besin alımına yönelik rahatsız edici tutumlar, yeme bozukluklarının etiolojisinde ve sürdürülmesinde anahtar rol oynar (11).

2.2. Yeme Bozukluklarının Tanımı ve Sınıflandırılması

Sıklıkla kullanılan sınıflamalar International Classification of Disease (ICD-10) ve DSM ölçütleridir (12). APA tarafından 1980'de yayımlanan DSM-III'te anoreksiya nervoza (AN) ve bulimiya için tanı ölçütleri belirtilmiştir (13). DSM-III-R 'de bulimiya, bulimiya nervoza (BN) olarak tanımlanmıştır (14). DSM-IV'te yeme bozuklukları AN ve BN olarak sınıflandırılmıştır. İlaveten tikanırcasına yeme bozukluğu (TYB) tanı ölçütleri belirtilmiştir (15). DSM-5'te yeme bozuklukları başlığı değiştirilerek beslenme ve yeme bozuklukları olarak ifade edilmiştir. İlk defa bebeklik, çocukluk ya da ergenlikte teşhis edilen kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu (KKYAB), pika ve geviş getirme (ruminasyon) bozuklukları DSM-5'te beslenme ve yeme bozukluklarına dahil edilmiştir. Böylece ergenlik sonrası dönemde de bu bozuklukların görülebileceği belirtilmiştir (16).

DSM-5'te yeme bozuklukları 8 gruba ayrılmıştır (17).

- 1) Pika
- 2) Ruminasyon Bozukluğu
- 3) Kaçınan/Kısıtlı Yeme Bozukluğu
- 4) Anoreksiya Nervosa
- 5) Bulimiya Nervosa
- 6) Tikanırcasına Yeme Bozukluğu

- 7) Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları (TDB-YB)
- a) Atipik anoreksiya nervroza
 - b) Düşük sıklıkta ve/veya sınırlı sürede bulimiya nervroza
 - c) Düşük sıklıkta ve/veya sınırlı sürede tıknırcasına yeme bozukluğu
 - d) Çıkarma bozukluğu ve gece yeme sendromu
- 8) Tanımlanmamış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları

2.2.1. Pika

Tüketmeye uygun olmayan maddeleri yeme isteği, tat alma duyusundaki değişiklik sonucu gelişen ve gıda dışı maddelere karşı şiddetli istek veya aşırı derecede yeme meyili olarak ifade edilen yeme davranışı bozukluğu “pika” olarak tanımlanmaktadır (18).

Potansiyel olarak toksik, zararlı ve tam olarak sindirilemeyen madde veya öğelerin vücuda alınması ile sindirim sistemimizde biriken maddeler ciddi tıbbi sonuçlara neden olabilir. Bu sonuçlar arasında zehirlenme, abdominal perforasyon, tıkanıklık yer almaktadır. Bazı durumlarda pika ölümcül sonuçlar doğurabilir (19).

Tablo 2.1. DSM-5’e göre pika tanı kriterleri

A. En az 1 ay boyunca besleyici özelliği olmayan, gıda dışı maddeleri devamlı tüketmek.
B. Besleyici özelliği olmayan, gıda dışı maddeleri yeme davranışı, bireyin gelişim düzeyine uygun değildir.
C. Bu yeme davranışı, kültürel olarak desteklenen veya toplumsal olarak olağan kabul edilebilecek bir uygulamanın parçası değildir.
D. Bu yeme davranışı, başka bir zihinsel bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa (anlık gelişimsel bozukluk, anlık yeti yitimi, otizm spektrum bozukluğu, şizofreni), ayrıca klinik değerlendirmeyi gerektirecek kadar ciddi bir durumdur.

2.2.2. Geviş Getirme Bozukluğu (Ruminasyon)

Ruminasyon sendromu, besin alımı sırasında veya hemen sonrasında istem dışı gerçekleşen yineleyici gıda regürjitasyonu ile karakterize yeme bozukluğudur. Ağız boşluğuna gelen besin tekrar çiğnenerek yutulur veya dışarı atılır (20,21).

Regürjitasyon genellikle yemeklerden 10 -15 dakika sonra ortaya çıkar, 1 ila 2 saate kadar devam edebilir. Yalnızca sıvı alımından sonra bile ortaya çıkabilir. Klinik tanıda ruminasyonu kusmadan ayırmak önemlidir. Ruminasyonda regürjitasyon öğürme olmadan meydana gelir. Genellikle mide bulantısı, kayda değer bir mide ekşimesi veya karın ağrısı yoktur. Hastalar erken tokluk, dolgunluk ile başvurmaktadırlar (22).

Ruminasyon en sık bebeklerde, psikiyatrik ve nörolojik bozuklukları olan bireylerde, özellikle gelişme geriliği olan bireylerde ve sağlıklı yetişkinlerde görülmektedir (23).

Ruminasyon sendromu, tıbbi komplikasyonlar (örneğin diş hasarı, vücut ağırlığı kaybı, elektrolit dengesi bozuklukları) ve psikososyal rahatsızlıklar (örneğin, iş veya sosyal ortamda yemek yemekten kaçınma) dahil olmak üzere ciddi sağlık sorunlarına neden olabilmektedir (20).

Tablo 2.2. DSM-5'e göre ruminasyon bozukluğu tanı kriterleri.

A. En az 1 aylık bir süre boyunca tekrarlayan regürjitasyon. Çıkarılan besin yeniden çiğnenebilir, yeniden yutulabilir veya tükürülebilir.
B. Tekrarlayıcı regürjitasyonun gastrointestinal sistem hastalıkları veya başka bir tıbbi durum (örn gastroözofageal reflü, pilorik darlık) ile ilişkili olmaması.
C. Bu yeme bozukluğu sadece AN, BN, TYB ya da KKYAB'nin seyri esnasında ortaya çıkmamaktadır
D. Bu semptomlar başka bir ruhsal bozukluk bağlamında görülüyorsa [örn, entelektüel yeti-yitimi (entelektüel gelişimsel bozukluk) veya başka bir nörogelişimsel bozukluk) ayrıca klinik değerlendirmeyi gerektirecek kadar önemlidir.

2.2.3. Kaçınan/Kısıtlı Yeme Bozukluğu

KKYAB, bireylerin belirli gıdalardan veya besin gruplarından kaçınması sonucu çeşitlilik açısından sınırlı bir diyet tüketimi ve/veya gıda alımının kısıtlanması ile karakterize heterojen psikiyatrik bir bozukluktur. Gıdanın duyuşal özelliklerine (örneğin, tat, doku, görünüm, koku) karşı artan duyarlılık nedeniyle besin alımı kısıtlanması görülmektedir. KKYAB'li bireyler yeme ile ilgili travmalara bağlı olarak boğulma, kusma veya gastrointestinal ağrı gibi yeme ile ilişkili olumsuz sonuçlardan korktukları için gıdalardan kaçınma veya besin alımında kısıtlama davranışı sergileyebilirler. Bir diğer etken de besinlere ve yemeye karşı ilgi eksikliğidir (24).

Bu yeme bozukluğunda ağırlık kazanımı ve vücut şekli endişesi görülmediği için AN ve BN'den ayrılmaktadır. (25)

Tablo 2.3. DSM-5'e göre Kaçınan/Kısıtlı yeme bozukluğu tanı kriterleri.

A. Aşağıdaki durumlardan birinin veya çoğunun eşlik ettiği, gereksinimlere uygun beslenme ve/ya da enerji ihtiyacının devamlı karşılanamaması ile ortaya çıkan bir yeme ya da beslenme bozukluğu (örneğin: Yemeye ya da yiyeceklerle karşı bariz bir şekilde ilgi duymama, yiyeceklerin duyuşsal özelliklerinden kaçınma, yemek yemenin tiksindirici sonuçlarıyla ilgili olarak endişe duyma. 1. Belirgin şekilde kilo kaybı (ya da çocuklarda beklenen kilo kazanımının olmaması ya da çocuklarda büyümede duraksama görülmesi). 2. Belirgin beslenme yetersizliği. 3. Enteral beslemeye veya oral besin takviyelerine bağımlılık. 4. Psikososyal işlevselliğin belirgin olarak azalması.
B. Bu bozukluk, ulaşılabilir yiyecek olmaması ya da kültürel bir uygulama ile daha iyi açıklanamaz.
C. Bu yeme bozukluğu, sadece AN ya da BN'nin seyri sırasında ortaya çıkmamaktadır ve kişinin vücut ağırlığını veya şeklini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk olduğuna dair bir kanıt yoktur.
D. Bu yeme bozukluğu, eşzamanlı bir sağlık durumuna atfedilemez ya da başka bir zihinsel bozuklukla daha iyi açıklanamaz. Bu yeme bozukluğu, başka bir durum ya da bozukluk ile ilişkili ortaya çıkarsa; söz konusu durum ya da bozukluğunun doğurabileceği sonuçlar daha ağır olur ve ayrıca klinik değerlendirmeyi gerektirir.

2.2.4. Anoreksiya Nervoza

AN, bireyleri ciddi bir diyet kısıtlamasına veya kilo vermek amacıyla yapılan davranışlara (aşırı fiziksel aktivite ya da arınma davranışları) yönlendiren, önemli ölçüde kilo alma korkusu ve/veya beden imgesinde bozulma ile karakterize bir yeme bozukluğudur (11).

AN'li gençler yeme bozukluğu başlangıcında yemek yemeğe karşı koymakta, genellikle katı bir diyet uygulamakta ve/ya da aşırı fiziksel aktivite yaparak zayıf kalmaktadırlar. Ayrıca hastaların birçoğu, şiddetli açlığa karşın kendilerini kilolu görmektedir veya kalça ve bel gibi bazı vücut bölgelerinin diğer vücut bölgelerine göre daha kilolu olduğunu düşünmektedirler. Bazı hastalar vücutlarının zayıflamış halini fark edebilir fakat bu görünümü hoş bulmaktadırlar. AN'li bireyler genellikle besinlere karşı saplantılıdır, ritüelleştirilmiş yeme davranışı gösterirler (26). Genellikle çok yavaş yemek yerler, lokmalarını çok küçük alırlar ve yemek konusunda seçici davranırlar (27).

Kadınlarda AN görülme sıklığı erkeklere göre daha yüksektir. AN'nin başlangıç dönemi geç ergenlik ve erken yetişkinliktir. Yaşam boyu görülme sıklığı kültür, etnik köken ve ırktan bağımsız olarak %0,3 ila %1 olarak belirtilmektedir. (Avrupa çalışmaları AN görülme sıklığını %2 ila %4 olarak göstermiştir). AN risk faktörleri arasında çocukluk obezite, kadın cinsiyeti, duygu durum bozuklukları, kişilik özellikleri (dürtüsellik ve mükemmellik), cinsel istismar, aile ya da akranları tarafından ağırlık ile ilgili endişe duyma yer almaktadır (28).

AN, yüksek psikiyatrik komorbidite ve yüksek intihar riski ile ilişkilidir. En yüksek mortaliteye sahip psikiyatrik bozukluktur (29). Bu oran 0-17.8 arasında bildirilmiştir (30). 35 araştırmanın gözden geçirildiği bir meta-analiz çalışmasında AN ölüm oranı %5,1 olarak bulunmuştur. 1.3' ü intihar kaynaklıdır (31).

Tablo 2.4. DSM-5'e göre anoreksiya nervroza yeme bozukluğu tanı kriterleri.

A. Gereksinimlere göre enerji alımını kısıtlama davranışı, kişinin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve beden sağlığı açısından belirgin bir şekilde düşük bir vücut ağırlığının olmasına neden olur. Belirgin bir şekilde düşük vücut ağırlığı, normal kabul edilen en düşük ağırlığın altında ya da çocuklar ve gençler için beklenen en düşük ağırlığın altında olarak ifade edilir.
B. Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan aşırı derecede korkma ya da belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığına sahip olmasına karşın kilo almayı zorlaştıran sürekli davranışlarda bulunma
C. Kişinin vücut ağırlığını ya da şeklini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk vardır, kişi kendisini değerlendirirken vücut ağırlığı ve şekline gereksiz bir önem yükler ya da mevcut düşük vücut ağırlığının önemini hiçbir zaman kavrayamaz.
Varsa Belirtiniz: Kısıtlayıcı tip: Kişinin, son üç ay içerisinde, tekrarlayan tıknırcasına yeme ya da çıkarma (örneğin: Kendi kendini kusturma ya da laksatif ilaçlar, idrar söktürücü ilaçlar ya da lavmanın yanlış yere kullanımı) dönemleri görülmemiştir. Bu alt tip, daha çok diyet yaparak, neredeyse hiç yemek yemeyerek ve/ya da aşırı fiziksel aktivite yaparak kilo verildiği görünümü ifade eder.
Tıknırcasına yeme/çıkarma tipi: Kişinin, son üç ay içerisinde, tekrarlayan tıknırcasına yeme ya da çıkarma (örneğin: Kendi kendini kusturma ya da laksatif ilaçlar, idrar söktürücü ilaçlar ya da lavmanın yanlış yere kullanımı) dönemleri olmuştur.
Varsa belirtiniz: Tam olmayan yatışma gösteren: AN için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılandıktan sonra A tanı kriteri artık uzun bir süre boyunca karşılanmamaktadır, ancak ya B tanı ölçütü ya da C tanı ölçütü yine karşılanmaktadır.
Tam yatışma gösteren: AN tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılandıktan sonra, artık hiçbir tanı kriteri uzun bir süredir karşılanmamaktadır.
O sıradaki ağırlığını belirtiniz: Ağır olmayan: $BKİ \geq 17 \text{ kg/m}^2$ Orta seviyede: $BKİ \geq 16-16.99 \text{ kg/m}^2$ Ağır: $BKİ \geq 15-15.99 \text{ kg/m}^2$ Aşırı seviyede: $BKİ < 15 \text{ kg/m}^2$

2.2.5. Bulimiya Nervosa

BN olanlar, vücut ağırlıklarını ve vücut şekillerini aşırı düzeyde değerlendirmektedirler. Bu bilişsel bileşene ek olarak, BN'li bireyler tıkinırcasına yemenin ardından diyet kısıtlaması, aşırı egzersiz veya kilo kazanımını önlemek için kendi kendini kusturma veya müshil kullanma gibi arınma davranışları uygulamaktadırlar (32).

BN'nin fiziksel görünümü AN'den oldukça farklıdır. BN'li bireyler normal kilolu veya fazla kilolu olma eğilimindedir (17). BN'nin yaşam boyu görülme sıklığı %0,9 ile %3 arasındadır, kadın/ erkek oranı 3/10 olarak belirtilmektedir. BN ortalama başlangıç yaşı 16-17'dir (33)

Tablo 2.5. DSM-5'e göre bulimiya nervosa yeme bozukluğu tanı kriterleri.

A. Tekrarlayan tıkinırcasına yeme dönemleri. Bir tıkinırcasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisi ile karakterizedir: 1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin tüketebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, belirli bir zaman diliminde (örneğin: Herhangi iki saatlik bir sürede) yeme. 2. Bu dönem sırasında yeme kontrolünü kaybetme hissi (kişinin yemeyi durduramama, ne ya da ne kadar yediğini kontrol edememe hissi)
B. Kilo almayı önlemek için uygun olmayan telafi edici davranışlarda bulunma (kendini kusturma, laksatif, diüretik ilaçları ya da diğer ilaçları yanlış yere kullanma, neredeyse hiç yemek yememe ya da aşırı egzersiz yapma)
C. Tıkinırcasına yeme davranışının ve uygun olmayan telafi edici davranışların, ortalama, üç ay içinde, haftada en az bir kez görülmesi.
D. Öz değerlendirmenin, vücut şekli ve ağırlığından yersiz bir biçimde etkilenmesi.
E. Bu bozukluk, sadece AN dönemleri sırasında görülmez

Tablo 2.6. Bulimiya nevroza sınıflandırılması.

Hafif BN: Haftada ortalama 1-3 uygun olmayan telafi edici davranış görülmesi.
Orta BN: Haftada ortalama 4-7 uygun olmayan telafi edici davranış görülmesi.
Ağır BN: Haftada ortalama 8-13 uygun olmayan telafi edici davranış görülmesi.
Aşırı düzeyde BN: Haftada ortalama ≥ 14 uygun olmayan telafi edici davranış görülmesi.

2.2.6. Tıkanırcasına Yeme bozukluğu

Bir kişinin eş zaman diliminde ve aynı şartlar altında tüketebileceğinden daha fazla miktarda besini yeme kontrolünü kaybederek, kısa bir süre zarfında tüketmesi ile karakterize tekrarlayıcı yeme bozukluğudur. TYB'nin BN'den farkı; kendini kusturma, laksatif ve diüretik kullanımı, egzersiz gibi telafi edici davranışların görülmemesidir (34). Hastalar aşırı yeme atakları sırasında suçluluk duymaktadırlar ve rahatsızlık derecesinde tok hissedene kadar besin almaya devam etmektedirler (35). Bireyler aşırı yemeden kaynaklanan utanç duygusu nedeniyle yalnız başına yemek yerler; sonrasında tiksinti, üzüntü ve suçluluk hissi duymaktadırlar (36).

TYB, en yaygın yeme bozukluğudur. Dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunudur. 4 kıtada 14 ülkeden yetişkinleri (≥ 18 yaş) inceleyen toplum bazlı bir çalışmada TYB'nin yaşam boyu yaygınlık oranının %1,4 olduğunu belirtilmektedir. Görülme sıklığı kadınlarda erkeklere göre daha yüksektir (35). TYB çocuk ve adolesanlarda %1-3 arasında görülmektedir (37).

Tablo 2.7. DSM-5'e göre tıkanırcasına yeme bozukluğu tanı kriterleri.

A. Tekrarlayıcı tıkanırcasına yeme dönemleri. Bir tıkanırcasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisi ile karakterizedir. 1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin tüketebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, belirli bir zaman diliminde (örneğin: Herhangi iki saatlik bir sürede) yeme. 2. Bu dönem sırasında yeme kontrolünü kaybetme hissi (kişinin yemeyi durduramama, ne ya da ne kadar yediğini kontrol edememe hissi)
B. Tıkanırcasına yeme dönemlerinde aşağıdakilerden üçü veya daha fazlası yaşanmaktadır. 1. Normalden çok daha hızlı yemek yeme. 2. Rahatsızlık derecesinde tokluk hissedene kadar yeme. 3. Açlık duygusu hissetmeden aşırı miktarda yeme. 4. Aşırı yemeden kaynaklanan utanç duygusu nedeniyle yalnız başına yemek yeme. 5. Yeme atakları sonrası tiksinti, depresif hissetme ve aşırı derecede suçluluk duyma.
C. Tıkanırcasına yemeyle ilişkili olarak belirgin bir sıkıntı hissedilir.
D. Bu tıkanırcasına yeme davranışlarının, ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez görülmesi.
E. Tıkanırcasına yemede, BN'deki gibi tekrarlayıcı uygun olmayan telafi edici davranışlar görülmez. Tıkanırcasına yeme, sadece BN ya da AN'nin seyri sırasında ortaya çıkmamaktadır.

2.2.7. Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları

2.2.7.1. Atipik Anoreksiya Nervosa

Belirgin vücut ağırlığı kaybına karşın bireyin vücut ağırlığının normal kabul edilen sınırlar içinde ya da üzerinde olmasının dışında AN'nin bütün tanı kriterlerini karşılaması durumudur.

2.2.7.2. Eşik Altı Bulimiya Nervosa (Düşük Sıklık, Kısıtlı Süreklilik)

Tıkınırcasına yeme ve uygunsuz telafi edici davranışların, ortalama, haftada bir kereden daha az ve/ya da üç aydan daha kısa süre boyunca görülmesi haricinde BN'nin bütün tanı kriterlerinin karşılanması durumudur.

2.2.7.3. Eşik Altı Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (Düşük Sıklık, Kısıtlı Süreklilik)

Tıkınırcasına yeme davranışının, ortalama, haftada bir kereden daha az ve/ ya da üç aydan daha kısa süre boyunca gerçekleşmesi haricinde TYB'nin bütün tanı kriterleri karşılanır.

2.2.7.4. Çıkarma Bozukluğu (Purging Disorder)

BN'de olduğu gibi vücut ağırlığı ve şeklini etkilemek için tekrarlayıcı çıkarma davranışı görülmesidir. Bulimiyadan farkı tıkınırcasına yeme atakları görülmez. Bireyler normal miktarlarda besin almaktadırlar.

2.2.7.5. Gece Yeme Sendromu

Gece uykudan uyanarak veya akşam yemeğinden sonra aşırı miktarda ve yineleyici yeme atakları görülmesidir. Bireyler yemek yediğinin farkındadır. Gece yemek yeme ciddi derecede işlevsellikte bozulmaya yol açmaktadır.

2.2.8. Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Beslenme ve yeme bozukluğu belirtilerinin görüldüğü, işlevsellikte bozulma ile karakterize ancak beslenme ve yeme bozukluklarından herhangi birinin tanı kriterlerini tam olarak karşılamayan bozukluklardır.

2.2.9. Diğer Yeme Bozuklukları

DSM-V tanı kriterlerinde yer almayan (daha az bilinen) yeme bozukluklarıdır. ON bu bölümde ele alınacaktır. (17)

2.2.10. Ortoreksiya Nervosa

2.2.10.1. Ortoreksiya Nervosa'nın Tanımı ve Özellikleri

Ortoreksiya; “orthos” (doğru, uygun) ve “orexia” (iştah) kelimelerinden oluşan, doğru beslenme anlamına gelen Yunanca asıllı bir terimdir. İlk kez Doktor Steven Bratman tarafından 1997 yılında tanımlanmıştır (38).

Bratman’a göre ortoreksiyanın oluşumunda iki aşama rol oynamaktadır. İlk aşama, sağlıklı bir diyet tercihidir. İkincisi ise, bu arayışın sağlıklı bir saplantı haline dönüşmesidir. İkinci aşama obsesif düşünme, kompulsif davranışlar, kendini cezalandırma, artan kısıtlamaların görüldüğü patolojik bir basamaktır (39).

ON, bireyin sağlıklı beslenmeye yönelik kendisinin koyduğu kriterler (örneğin: Organik ürün ve biyolojik açıdan temiz ürün, diyet takviyeleri, işlenmemiş saf besinlerin kullanımı gibi) ile aşırı ilgilenme, sağlıklı olmakla alakalı aşırı düşünceler, katı bir diyet uygulamak, bireylerin sağlıklarına aşırı derecede özen göstermesi ve tüm bunların uzun bir sürede bireyin yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisi olarak ifade edilmektedir (40).

Ortorektik bireyler, gıdanın kaynağı (pestisit maruziyeti, süt ürünlerinin hormon takviyeleri verilmiş hayvanlardan gelip gelmediği), gıdanın işlenmesi (besin içeriğinin pişirme esnasında kaybolması, yapay tatlandırıcı/koruyucu eklenmesi), gıdanın paketlenmesi (gıdaların plastik türevi karsinojenik maddeler içerip içermediği, piyasada satılan gıdaların belirli bileşenlerinin kalitesini değerlendirmek

için gıda etiketlerinin yeterli bilgi verip vermediği) gibi konularda endişe duyup, çok fazla zaman harcamaktadırlar (41).

Bir ortorektik, sağlık bilincine sahip bir kişiden yiyeceklerle aşırı meşguliyet ile ayrılabilir. Besin seçimlerini erdem ile ilişkilendirebilir, yalnızca sağlıklı veya saf kabul edilen belirli yiyecekleri tüketmektedir. Başkalarını besin tercihlerine göre yargılayabilir, uyguladıkları diyet nedeniyle sosyal izolasyon yaşayabilir. Diyet doğru şekilde uygulanmaz ise suçluluk hissi veya kendinden nefret etme hissi yaşayabilir (42).

Sağlıklı beslenme bilinci, gelişmiş toplumlardaki bireylerin başlıca odak noktası haline gelmiştir. Büyük oranda sedanter yaşam tarzı nedeniyle hızla artan obezite insidansı; diyabet, kardiyovasküler sorunlar, hipertansiyon, osteoartrit, kanser ve diğer birçok sağlık probleminde önemli ölçüde artışa neden olmuştur. Bu sebeple, tüketilen gıdaların kalitesi, miktarı ve türü konusunda seçici davranmak, sağlıklı ve formda kalmanın anahtarı olarak görülmektedir. Ancak tüketilen gıdanın türü ve kalitesi konusunda seçici olmak ile formda kalmak için diyet konusunda psikolojik bir saplantı geliştirmek arasında fark vardır. Gıdanın miktarı veya türü hakkında psikolojik saplantıların gelişmesi çoğunlukla yeme düzeninin bozulmasına neden olur. Aşırı olması durumunda yeme bozuklukları ile sonuçlanır (4).

Sağlıklı beslenmeye olan ilgi giderek artmaktadır. Sağlıklı beslenme ile ilgili fotoğraf ve söyleşilerin sosyal medyada geniş yer tutması, kurumsal gıda pazarlama departmanlarının artık ürünlerini düşük kalorili değil, sağlıklı olarak markalaması ile sağlıklı beslenmeye olan ilgi popüler kültüre yayılmaktadır. Sağlıklı beslenmeye duyulan ilgi, ON'nin gelişmesi için gerekli bir ön koşul olduğundan dolayı görülme sıklığı giderek artmaktadır (39).

2.2.10.2. Ortoreksiya Nervoza'nın Sınıflandırılması ve Tanı Kriterleri

ON; AN veya obsesif kompulsif bozukluğun (OKB) alt sınıfı olarak mı değerlendirilmeli yoksa ayrı bir bozukluk olarak mı sınıflandırılmalı konusu tartışmalıdır (43).

AN ve BN’de niceliksel ölçüde (tütilen besin miktarı) yeme bozukluğu davranışı görölürken, ON’de niteliksel ölçüde (tütilen besinin kalitesi) yeme bozukluğu görölür (43,44).

ON ve AN’nin ortak özellikleri: Belirgin vücut ağırlığı kaybı, yüksek kaygı düzeyi, mükemmeliyetçilik ve kontrolü elinde tutma uğraşıdır. Anoreksik bireyler beden imgesi ve obezite korkusu ile meşgul olur. Kilo verme amacıyla beslenme alışkanlıklarını değiştirirler ve bu davranışlarını saklama eğilimindedirler. Ortorektik bireyler ise sağlıklı, doğal ve saf beslenme isteği ile besinler konusunda gerçeki olmayan inançlar üzerine yeme davranışı gösterirler (41, 43).

ON’nin OKB ile örtüşen özellikleri: Uygunsuz zamanlarda yiyecek ve sağlık ile alakalı tekrarlayıcı, müdahaleci düşünceler, kontaminasyon ve saf olmayan besinler konusunda artan endişe duyma ve ritüelleştirilmiş yeme davranışı sergileme. Ortorektik bireyler; OKB’li bireylerde olduğu gibi katı bir diyetle bağlılık nedeniyle diğer aktivitelere kısıtlı zaman ayırabilmektedirler. Ancak, ortoreksiyadaki obsesyonların içeriği ON’de egoya uyumlu iken OKB’de egoya yabancıdır (41).

ON, DSM-5’te tanı koymak için yeterli veri olmaması sebebiyle ayrı bir tanı kategorisinde yer almamıştır. Bu nedenle onaylanmış tanı kriterleri bulunmamaktadır (17). İlk ölçek, ON konusunda ilk çalışmaları yapanlar arasında bulunan Dr. Bratman tarafından tarama aracı olarak “Bratman’s Orthorexia Test (BOT)” ölçeği hazırlanmıştır. Ölçek 10 sorudan oluşup cevapları “evet” / “hayır” şeklinde planlanmıştır (45). Bratman’ın ölçeği geliştirilerek tanısai değerlendirme ölçeği ORTO-15 2005 yılında Donini ve arkadaşları tarafından hazırlanmıştır. ORTO-15, Bratman ölçeğinde yer alan 6 soruya ilaveten 9 soru daha eklenerek planlanan kendini değerlendirme ölçeğidir (46). Arusoğlu tarafından 2006 yılında ORTO-15’in Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (47).

Moroze ve arkadaşları tarafından ON için ilk tanı kriterleri, 2015 yılında yapılmıştır (48). Dunn ve Steve Bratman; Moroze ve arkadaşları tarafından planlanan ON tanı kriterlerinin kapsamını yetersiz ve içeriğini eksik bulmuştur. 2016 yılında yayınladıkları derleme makalede yeni tanı kriterlerini belirtmişlerdir (49).

Tablo 2.8. Yeniden geliştirilmiş ON tanı kriterleri.

A. Diyet teorileriyle ve inanışları ile alakalı düşünceler nedeniyle “sağlıklı” beslenmeyi saplantılı bir odak noktası haline getirmek ve “sağlıksız” besin seçimi durumunda buna aşırı bir tepki vermek ve yoğun stres duymak. Kilo kaybı görülebilir ama birincil amaç kilo kaybetmek değildir. 1) Bireyin sağlığını en iyi şekilde desteklediğini düşünerek yaptığı, olumlu karşıladığı kısıtlayıcı beslenme uygulamaları ile ilgili kompulsif davranışlar sergilemek ve/veya zihinsel meşguliyet olması. 2) Bireyin kendi oluşturduğu diyet kurallarının herhangi bir şekilde ihlali durumunda utanç ile birlikte abartılı hastalık korkusu yaşaması, kirlilik hissi ve/veya olumsuz fiziksel hislerin olması 3) Kısıtlayıcı beslenme davranışları giderek artmaktadır. Beslenme kısıtlamaları tüm besin gruplarının çıkarılması, arındırıcı ve detoksifiye edici, giderek sıklaşan ve şiddeti artan kısmi oruç olarak nitelendirilmektedir. Kilo verme arzusu yoktur, fakat bu durumda genellikle kilo kaybı gelişmektedir.
B. Beslenme ile bağlantılı gelişen kompulsif davranışlar ve zihinsel kaygılar aşağıdaki durumlardan herhangi birinin varlığında klinik bozukluk haline gelmektedir. 1. Malnütrisyon, ciddi vücut ağırlığı kaybı veya kısıtlı diyetin neden olduğu diğer tıbbi komplikasyonlar. 2. Sağlıklı beslenme ile alakalı inanç veya davranışlara bağlı olarak sosyal, akademik veya mesleki işlevselliğin bozulması. 3. Olumlu beden imajının, kendine duyulan değer, kişisel tatmin hissinin, bireylerin kendi tanımlamış olduğu “sağlıklı beslenme” davranışına bağımlılığı ile ölçülmesi.

2.2.10.3. Ortoreksiya Nervozanın Tedavisi

ON’li bir kişi, yeme davranışıyla ilgili bir problemi olduğunun farkına varmalı, tüketilen besinin kalitesinin sağlığı belirleyen tek etmen olmadığını anlamalı ve saplantıya dönüşmeden yemeyi öğrenmelidir. Hekimler, psikoterapistler ve diyetisyenlerden oluşan multidisipliner bir ekip ile ON tedavisi planlanmalıdır. Bazı durumlarda, seçici serotonin geri alım inhibitörleri (sertralin, fluoksetin ve paroksetin gibi) ile kombine edilmiş bilişsel davranışçı terapinin, ON tedavisine olumlu etkisi olabilir. Ayrıca diğer yeme bozukluklarının aksine, ON’de sağlık ve öz bakım ile ilgili yaşanan endişelerden dolayı ortoreksiyalı bireyler tedaviye daha iyi yanıt verme eğilimi göstermektedir. Ortorektik bireylerin yakın çevresi ile çalışmak ve beslenme eğitimini özendirmek, çözüm için gerekli faktörlerdendir (50).

Yaşamı önemli ölçüde tehdit edebilen, vücudumuzdaki sistemleri olumsuz bir şekilde etkileyen yeme bozukluklarının tedavisi diğer ruhsal bozuklukların tedavisinden oldukça farklıdır. Çok yönlü ele alınmalıdır. ON’de çeşitli tedavi yöntemlerinden oluşan bütüncül bir tedavi protokolü gereklidir. Tedavi yaklaşımlarında, hastalığın özellikleri belirlenmeli, belirtiler incelenmeli, bireyin fiziksel ve gelişimsel düzeyi değerlendirilmeli, hastanın yaşı, hastanın aile bireylerinin fiziksel ve zihinsel sağlığı incelenmelidir (33).

Ortorektik birey tarafından "yasaklanmış / sağlıklı" kabul edilen besinlerin ve "izin verilen / sağlıklı" besinlerin listesinin hazırlanması ile belirli yiyecekler ile ilgili korkuların giderilmesinde sağlıklı kabul edilen besinlerle yüzleşilmesi tedaviye yardımcı olmaktadır (51).

2.3. Diyet Kalitesi

Diyet kalitesi, enerji ve besin ögesi yeterliliği anlamına gelmektedir (52).

Gıdalar birçok besin ögesini içermektedir. Besin ögeleri birbirleriyle etkileşim içerisinde. Bu karmaşık etkileşimlerin etkilerini hesaba katmak için, beslenme modellerinin rolüne ve tüm diyetlerin sağlığı öngörmedeki etkilerine önemli bir ilgi vardır. Diyetin çok boyutlu yapısı nedeniyle hastalıkların görülme sıklığını ve semptomlarını tek bir besin veya gıda grubuna atfetmek doğru bir yaklaşım değildir. “Diyet kalitesi” terimi, bir kişinin diyetinin diyet önerilerine ne kadar iyi uyduğunu ifade etmek ve diyetin ne kadar “sağlıklı” olduğunu tanımlamak için yaygın olarak kullanılmaktadır (53,54).

Yaşlı yetişkinlerde daha yüksek beslenme kalitesi, yaşa bağlı yaygın hastalık riskinin azalması ve daha uzun ömürlülük dahil olmak üzere çeşitli sağlık sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir. Genel olarak, farklı diyet indeksleri veya sağlıklı beslenme modeli ile değerlendirilen daha kaliteli diyetler, faydalı sağlık etkileriyle ilişkilidir. Daha kaliteli diyetler, tüm nedenlere bağlı ölüm oranı, kardiyovasküler hastalık, kanser, tip 2 diyabet ve nörodejeneratif hastalık riskinin önemli ölçüde azalması ile ilişkilidir.

Diyet kalitesi iki yöntem ile ölçülmektedir. İlk olarak, faktör analizi ve cluster analizi gibi istatistiksel tekniklerin kullanılması. Diğerisi ise diyet kalitesini

değerlendiren diyet kalite indekslerinin kullanılmasıdır (54). Bununla birlikte, diyet indeksleri sadece diyet kalitesini değil, aynı zamanda diyet alışkanlıkları ile çeşitli sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için önemli araçlardır. Diyet Kalite İndeksi, Sağlıklı Yeme İndeksi (SYİ), Akdeniz Diyeti Skalası, Akdeniz diyeti skoru ve Besin Bazlı Diyet Skoru, yetişkinlerde genellikle kullanılan diyet kalitesi indeksleridir (55).

2.3.1. Sağlıklı Yeme İndeksi-2015

1995 yılında Amerika Birleşik Devletleri'ne Özgü Beslenme Rehberi doğrultusunda Amerika Birleşik Devletleri Tarım Bakanlığı (USDA) tarafından geliştirilen ölçüm yöntemidir (56).

Amerika Birleşik Devletleri'ne Özgü Beslenme Rehberi 2005-2010-2015 yıllarında güncellendiği için ölçekte de değişiklikler yapılmıştır (57,58).

SYİ-2015, 2015-2020 Amerikalılar için Beslenme Kılavuzlarının önerileri referans alınarak oluşturulmuş en güncel sağlıklı yeme indeksidir. SYİ-2015 toplam 13 bileşen içermektedir. Dokuz yeterlilik bileşeni (sağlıklı bir diyetle dahil edilmesi önerilenler), 4 kısıtlı tüketilmesi gereken bileşenleri içermektedir. 2 grubun da puanları toplanarak hesaplanmaktadır. SYİ puanlaması genellikle 1000 kcal başına diyet bileşenlerinin miktarı veya toplam enerjiden gelen diyet bileşeni enerjisi şeklindedir. SYİ skoru en az 0, en fazla 100 puan olmaktadır. Toplam puan 50 ve 50'nin altında olduğunda “kötü diyet kalitesi”, 51-80 arasında olduğunda “geliştirilmesi gereken diyet kalitesi”, 80'nin üstünde olduğunda “iyi diyet kalitesi” olarak sınıflandırılmaktadır (59). Tablo 3.1. ve 3.2'de SYİ-2015 bileşenleri ve puanlaması gösterilmiştir.

Tablo 2.9. Sağlıklı yeme indeksi yeterlilik bileşenleri ve puanlaması.

Bileşen	Maksimum puan	Maksimum puan için standartlar	Minimum puan olan “0” için standartlar
Toplam meyve	5	$\geq 1,000$ kkal başına 192 g	Hiç meyve tüketimi yok.
Tam meyve	5	$\geq 1,000$ kkal başına 96 g	Hiç tam meyve tüketimi yok.
Toplam sebze	5	$\geq 1,000$ kkal başına 264 g	Hiç toplam sebze tüketimi yok.
Koyu yeşil yapraklı sebzeler ve kurubaklagiller	5	$\geq 1,000$ kkal başına 48 g	Hiç koyu yeşil yapraklı sebze ve kurubaklagil tüketimi yok
Tam tahıllar	10	$\geq 1,000$ kkal başına 42 g	Hiç tam tahıl tüketimi yok.
Süt ve süt Ürünleri	10	$\geq 1,000$ kkal başına 312 g	Hiç süt ve süt ürünü tüketimi yok
Toplam protein Yiyecekleri	5	$\geq 1,000$ kkal başına 70 g	Hiç toplam protein tüketimi yok
Deniz ürünleri ve bitkisel proteinler	5	$\geq 1,000$ kkal başına 22,4 g	Hiç deniz ürünü ve bitkisel protein yok.
Yağ asitleri	10	$(\text{ÇDYA} + \text{TDYA})/\text{DYA} \geq 2.5$	$(\text{ÇDYA} + \text{TDYA})/\text{DYA} \leq 1.2$

DYAA: Çoklu doymamış yağ asitleri

TDYA: Tekli doymamış yağ asitleri

DYA: Doymuş yağ asitleri

Tablo 2.10. Sağlıklı yeme indeksi sınırlı tüketilmesi gereken bileşenler ve puanlaması

Bileşen	Maksimum puan	Maksimum puan için standartlar	Minimum puan olan “0” için standartlar
Rafine gıdalar	10	$\leq 1,000$ kkal başına 50,4 g	$\geq 1,000$ kkal başına 120,4 g
Sodyum	10	$\leq 1,000$ kkal başına 1,1 g	$\geq 1,000$ kkal başına 2,0 g
Eklenmiş şeker	10	$\leq$ Enerjinin %6,5	$\geq$ Enerjinin %26
Doymuş yağ	10	$\leq$ Enerjinin %8	$\geq$ Enerjinin %16

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Isparta il merkezinde birinci basamak sağlık çalışanlarında sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya nervoza) ve diyet kalitesi ile ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiş kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Evren ve Örneklem

Aralık-Mart 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilen bu araştırmanın evreni Isparta il merkezinde bulunan 28 aile sağlığı merkezinde çalışan sağlık personelinin tamamıydı (N:170). Örneklem yapılmaksızın evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi ve 31 kişiye araştırmaya katılmayı kabul etmeme, 2 kişiye izinde olma nedeniyle ulaşılamadı. Araştırma 137 katılımcı ile gerçekleştirildi (Ulaşma düzeyi %0,80)

3.3. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Birinci basamak sağlık çalışanı olmamak.

3.4. Veri Toplama Yöntemi

Çalışmada veriler; kişisel bilgiler, sağlık bilgileri, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite bilgileri, ORTO-11 ölçeği, besin tüketim kayıt formu, antropometrik ölçümler olmak üzere 7 bölümden oluşan anket formu gönüllü katılan bireylerle yüz yüze görüşme tekniği ile uygulandı.

Anketin uygulandığı her bireye çalışmanın nasıl yapılacağı ve nedeni hakkında bilgilendirme yapılmış “Katılım Sonrası Bilgilendirme Formu” verildi. Gönüllü katılım formu” imzalatılarak katılımcıların çalışmaya kendi istekleri ile katıldıkları belgelendi.

3.4.1. Kişisel Bilgiler

Ad- soy ad, iletişim bilgileri, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, meslekte çalışma süresi gibi genel özellikler sorgulandı. Bireylerin ad soy ad bilgisi

besin tüketim kayıtları ile ilgili eksik kalan bilgilerin daha sonra düzenlenmesi için gerekliydi ve bu nedenle alındı.

3.4.2. Sağlık Bilgileri

Doktor tarafında tanısı konulmuş hastalık varlığı, sigara ve alkol tüketim durumu, vitamin mineral desteği kullanımı gibi bilgiler sorgulandı.

3.4.3. Beslenme Alışkanlıkları

Diyet uygulama durumu, ana ve ara öğün tüketim sayısı, ana ve ara öğün atlama durumu, öğün atlama nedeni, ara öğün tercihi, ev dışı besin tüketim sıklığı, ev dışında tüketilen besinin tercihi gibi beslenme ile ilgili genel alışkanlıklar sorgulandı.

3.4.4. Fiziksel Aktivite Bilgileri

Düzenli egzersiz yapma durumu, sıklığı ve türü sorgulandı.

3.4.5. ORTO-11 Ölçeği

ORTO-15, Bireylerin sağlıklı beslenme takıntısına olan yatkınlığı değerlendirmek amacıyla Donini tarafından düzenlenmiş 15 sorudan oluşan bir kendini değerlendirme testidir (46). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Arusoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (47). ORTO-15 ölçeğinin Türkçe'ye uyarlama çalışmasında, 4 madde çıkartılmış, ORTO-11 olarak kullanılmasına karar verilmiştir. Uyarlanan ölçek; ORTO-15 ölçeğindeki 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13 ve 14 numaralı maddeleri içermektedir. Yalnızca 8. madde ters yönde puanlanmaktadır. Ortorektik eğilim gösteren cevapların "1", normal yeme davranışı eğilimlerini gösteren cevapların "4" puan aldığı ölçekte tüm maddelerin toplanması ile ölçek toplam puanı elde edilmekte ve ölçekten alınan düşük puanlar ON' ye olan yatkınlığı göstermektedir (47).

Bu çalışmada, ORTO-11 ölçeği ile sağlık çalışanlarının sağlıklı beslenme takıntısı durumları değerlendirildi. ORTO-11 ölçeğinin kesim noktası olarak, Arusoğlu'nun referans aldığı kesim noktası olan %25 dilime karşılık gelen puan değeri 25 olarak belirlendi. Bu çalışmada ORTO-11 puanı 25'in altında kalan

bireyler ortorektik olarak değerlendirildi. Arusoğlu'nun çalışmasında cronbach alfa değeri 0,62' idi (47). Bu çalışmanın cronbach alfa değeri 0.68' idi.

3.4.6. Besin Tüketim Kayıt Formu

Besin tüketim durumlarının saptanmasında bir gün hafta sonu, iki gün hafta içi olmak üzere toplam üç günlük 24 saatlik “besin tüketim kaydı” yöntemi araştırmaya katılan bireylere uygulandı. Kişilere, besin tüketim kayıtlarını nasıl doldurmaları gerektiğine dair eğitim verildi. Kayıtlarını tamamlayan bireyler ile tekrar görüşülerek eksik veriler dolduruldu. Porsiyon ölçüleri belirlenirken Yemek ve Besin Fotoğraf Kataloğu'ndan (60) yararlanıldı. Katılımcılara yemeklerin birer porsiyonlarına giren besinlerin miktarları soruldu. Ev dışında tükettikleri yemeklerin birer porsiyonlarına giren besinlerin miktarları ise Standart Yemek Tarifeleri (61) ve Türk Mutfağından Örnekler (62) kitapları kullanılarak hesaplandı. Tüketilen besinlerin 3 günlük ortalama enerjisi, makro ve mikro besin öğeleri miktarları Türkiye için geliştirilen bilgisayar destekli beslenme programı “Beslenme Bilgi Sistemleri Paket Programı (BEBİS) 8.2” ile hesaplandı.

Günlük ortalama enerji ve besin ögesi alım miktarlarının, yaşa ve cinsiyete göre önerilen miktarları karşılama yüzdesi (%) Türkiye İçin Enerji ve Besin Öğeleri Referans Değerleri dikkate alınarak hesaplandı (63).

Besin tüketim kaydına göre SYİ puanı hesaplandı. Toplam puan 50 ve 50'nin altında olduğunda “kötü diyet kalitesi”, 51-80 arasında olduğunda “geliştirilmesi gereken diyet kalitesi”, 80'nin üstünde olduğunda “iyi diyet kalitesi” olarak sınıflandırıldı. Bu araştırmada 80 puanın üzerinde puan alan birey bulunmadığından araştırma grubu diyet kalitesi bakımından “kötü diyet” ve “geliştirilmesi gereken diyet” kalitesi olarak gruplandı.

3.4.7. Antropometrik Ölçümler

Bireylerin; vücut ağırlığı (kg), boy uzunluğu (cm), bel çevresi (cm), beden kütle indeksi (kg/m^2), bel/boy oranı bireylerin beyanına göre kaydedildi, ölçüm yapılmadı. BKİ ve bel/boy oranı araştırmaya katılan her kişi için araştırmacı

tarafından hesaplandı. Bel çevresi ölçümleri cinsiyete göre kesim noktalarının farklı olması nedeniyle kadın ve erkekler için ayrı gruplandırıldı.

DSÖ'nün BKİ sınıflaması Tablo 3.1'de belirtilmiştir (64). Bel çevresi Tablo 3.2'de gösterilmiştir (65). Bel/ boy oranı Tablo 3.3'te belirtilmiştir (66).

Tablo 3.1. BKİ sınıflaması.

BKİ (kg/m²)	Ağırlık Durumu
<18,5	Zayıf
18,5-24,9	Normal veya Sağlıklı Vücut Ağırlığı
25,0-29,9	Fazla Kilolu
≥30,0	Obez

Tablo 3.2. Bel çevresi sınıflaması.

	Kadın	Erkek	Sınıflama
Bel çevresi	<80 cm	<94 cm	Normal
Bel çevresi	80- 87	94- 101	Riskli
Bel çevresi	≥ 88	≥ 102	Artmış risk

Tablo 3.3. Bel/boy sınıflaması.

Bel/ boy oranı	Sınıflama
< 0,4	Risk (dikkat edilmeli)
0,4- 0,5	Normal
0,5- 0,6	Riskli
>0,6	Tedavi gerektirir

3.5. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi ve İstatiksel Analizler

Veriler İstatistiksel değerlendirme SPSS 22.0 for Windows paket program ile değerlendirildi.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri:

Sağlıklı Yeme İndeksi Puanına göre belirlenen “Diyet Kalitesi”

Sağlıklı Beslenme Takıntısı Ölçeği (ORTO-11) Puanına göre belirlenen “Sağlıklı Beslenme Takıntısı Olma Durumu”

Araştırmanın bağımsız değişkenleri

Sosyodemografik Özellikler (Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, meslekte çalışma süresi)

Sağlıkla ilgili değişkenler (sigara içme durumu, alkol kullanma durumu, egzersiz yapma durumu, kronik hastalığa sahip olma durumu vb., BMI, Bel/boy oranı)

Sağlıklı Beslenme Takıntısı Ölçeği (ORTO-11) Puanı Sağlıklı Beslenme Takıntısı Ölçeği (ORTO-11) Puanına göre belirlenen “Sağlıklı Beslenme Takıntısı Olma Durumu” (Bu değişken “diyet kalitesi” bağımlı değişkeni için bağımsız değişken olarak da değerlendirildi.)

Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, sayı ve yüzde dağılımları) ve hipotez testleri kullanıldı. İki nominal değişken arası farklılık ki kare testi ile analiz edildi. İkili kategorilere sahip iki değişken arası analiz yapılırken, her bir göze için hesaplanan teorik frekanslar içinde 5’den küçük olanların yüzdesi %20’den küçükse, Pearson ki-kare testi, eğer %20’den büyükse Fisher’in exact testi kullanıldı. Yine her bir göze için hesaplanan teorik frekanslara göre kullanılan yönteme karar verildi. En küçük teorik frekansa göre;

- En küçük teorik frekans > 25 ise Pearson Kikare Test,
- $5 < \text{En küçük teorik frekans} < 25$ ise Yates’ Kikare Test ,
- En küçük teorik frekans < 5 ise Fisher Exact Test kullanıldı.

Sayısal bir değişkenle iki gruplu kategorik değişkenin karşılaştırıldığı durumlarda, parametrik koşullar olması nedeniyle t testi kullanıldı. Sayısal verilerin (yaş, meslekte çalışma süresi) normal dağılıma uygunluğu değerlendirildi. Değerlendirme, Kolmogorow-Smirnov testi, çarpıklık/simetrikli (*skewness*) ve basıklık (*cutosis*) indekslerine bakılarak yapıldı, Kolmogrow Smirnov testi $p > 0.05$ olan karşılaştırmalar ve çarpıklık/simetrikli (*skewness*) ve basıklık (*cutosis*) indeks değerlerinin kendi standart hatalarının iki katından az olduğu durumlar normal dağılıma uygun kabul edildi. Değerlendirmelerin sonucunda çalışmadaki tüm sayısal

değişkenlerin normal dağılıma uygun oldukları belirlendi. İleri analizlerde; diyet kalitesi ile tek değişkenli analizlerde anlamlı ilişkili bulunan değişkenler lojistik regresyon modeline alındı. Model uyumu için model uyumuna karar vermede kullanılan Hosmer-Lemeshow testi kullanıldı. Bu testin istatistik anlamlılık bakımından $p>0,05$ olduğu durumlar prediksyon durumu yüksek olan modellere işaret etmektedir (67). Sağlıklı yeme takıntısı ile tek değişkenli analizlerde anlamlı ilişkili bir değişken belirlenmediğinden, bu değişken için lojistik regresyon modeli oluşturulmadı. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir. Lojistik modele tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan değişkenler alındı. Model uyumu için Hosmer-Lemeshow testi kullanıldı. Bu testin istatistik anlamlılık bakımından $p>0,05$ olduğu durumlar öngörü durumu yüksek olan modeller olarak kabul edilmiştir. Sonuçlar Odds Oranı (Odds Ratio, OR) ve %95 GA ile verilmiştir.

3.6. Etik Kurul ve Kurum İzinleri

Bu araştırma, Süleyman Demirel Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 27/11/2020 tarih ve 378 sayılı izni ve İl Sağlık Müdürlüğü'nün 25/01/2021 tarih ve 799 sayılı onayı ile Şubat-Mart 2021 tarihleri arasında Isparta il merkezinde bulunan 28 aile sağlığı merkezinde çalışan 137 katılımcı ile gerçekleştirildi.

4. BULGULAR

Bu çalışma Isparta il merkezinde bulunan birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan 137 sağlık personelinin katılımı ile gerçekleştirildi. Araştırma grubunun tanımlayıcı özellikleri Tablo 4.1’de görülmektedir.

Araştırma grubunun %29,2’si erkek, %70,8’i kadındı. Grubun %86,9’u evli, %13,1’i bekar. Bireylerin eğitim durumuna bakıldığında; %5,1’i lise, 46,7’si üniversite ve %48,2’si yüksek lisans ve üzeri mezunuydu. Araştırma grubunun meslek dağılımı incelendiğinde; %9,5’i uzman hekim, %35,0’ı hekim, %27,7’si hemşire, %24,8’i ebe, %2,9’u sağlık memuruydu. Grubun %21,8’i sigara içmekteydi. Bir haftada içilen ortalama sigara miktarı, $88,55 \pm 45,25$ adetti. Sigara içme süresi ortalama $15,44 \pm 9,24$ yıld. Sigara içmeyen gruba dahil olan sigarayı bırakan bireylerin ortalama sigara bırakma süresi $8,92 \pm 5,04$ yıld. Grubun %10,9’u alkol almaktaydı. Bir haftada tüketilen ortalama alkol miktarı $593,0 \pm 554,35$ ml’idi. Alkol alanların %46,7’si bira, %33,3’ü rakı, %6,7’si votka, %13,3’ü şarap tercih ettiğini belirtti. Grubun %19,0’ı düzenli egzersiz yapmaktaydı. Düzenli egzersiz yapan bireylerin %69,2’si yürüyüş, 23,1’i pilates/aerobik, %3,8’i yürüyüş ve futbol, 3,8’i yürüyüş ve fitness yapmaktaydı. Bir haftada yapılan egzersiz ortalaması $48,26 \pm 29,93$ dakikaydı. Düzenli egzersiz yapan bireylerin %3,8’i haftada 1 gün, %38,5’i haftada 2 gün, %19,2’si haftada 3 gün, %7,7’si haftada 4 gün, %15,4’ü haftada 5 gün, %15,4’ü haftada 7 gün egzersiz yapmaktaydı.

Araştırma grubunun yaş ve meslekte çalışma süresi ile ilgili özellikleri Tablo 4.2’de görülmektedir. Araştırmaya grubunun yaş ortalaması $42,02 \pm 8,82$ idi (minimum 22, maksimum 63). Grubun meslekte çalışma süresi ortalaması $18,71 \pm 8,24$ tü (minimum 1, maksimum 40).

Tablo 4.1. Araştırma grubunun tanımlayıcı özellikleri

ÖZELLİKLER		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Erkek	40	29,2
	Kadın	97	70,8
Medeni durum	Evli	119	86,9
	Bekar	18	13,1
Eğitim Durumu	Lise	7	5,1
	Üniversite	64	46,7
	Yüksek lisans ve üzeri	66	48,2
Meslek	Uzman hekim	13	9,5
	Hekim	48	35,0
	Hemşire	38	27,7
	Ebe	34	24,8
	Diğer-Sağlık memuru	4	3,0
Sigara içme durumu	Evet (halen içiyor)	29	21,2
	Hayır (hiç içmemiş-bırakmış)	108	78,8
Sigara adet/hafta ($\bar{X} \pm SS$)		88,55 $\pm$ 45,25	
Sigara içme süresi ($\bar{X} \pm SS$)		15,44 $\pm$ 9,24	
Alkol tüketme durumu	Evet	15	10,9
	Hayır	122	89,1
Alkol ml/ hafta ($\bar{X} \pm SS$)		593,0 $\pm$ 554,35	
Düzenli egzersiz yapma durumu	Evet	26	19,0
	Hayır	111	81,0
Toplam		137	100,0

$\bar{X}$ = Ortalama, SS= Standart Sapma

Tablo 4.2. Araştırma grubunun yaş ve meslekte çalışma süresi ile ilgili özellikleri

Özellikler	$\bar{X} \pm SS$	Min-Maks
Yaş (yıl)	42,02 $\pm$ 8,82	22-63
Meslekte çalışma süresi (yıl)	18,71 $\pm$ 8,24	1-40

$\bar{X}$ = Ortalama, SS= Standart Sapma, Min: Minimum, Maks: Maksimum.

Hekim tarafından tanısı konulmuş kronik hastalık varlığı ve dağılımı Tablo 4.3'te görülmektedir. Grubun %38,0'ı hekim tarafından tanısı konulmuş kronik hastalığı olduğunu belirtti. Grubun %9,5'inde kalp-damar hastalıkları, %5,1'inde diyabet, %9,5'inde tiroit hastalıkları, %10,2'sinde yüksek tansiyon, %6,6'sında vitamin ve mineral yetersizliği, %5,1'inde sindirim sistemi rahatsızlıkları, %4,4'ünde polikistik over sendromu, %1,5'inde ruhsal sorunlar, %5,8'inde kas iskelet sistemi problemleri, %8,0'ında solunum sistemi hastalıkları bulunmaktaydı.

Tablo 4.3. Hekim tarafından tanısı konulmuş kronik hastalık varlığı ve dağılımı

Tanısı konmuş hastalık		Sayı	Yüzde
Var		52	38,0
Yok		85	62,0
Kronik Hastalık Türü (n=91)*	Kalp-damar hastalıkları	13	9,5
	Diyabet	7	5,1
	Tiroit hastalıkları	13	9,5
	Yüksek tansiyon	14	10,2
	Vitamin ve mineral yetersizlikleri (Demir, B ₁₂ , çinko, mg vb.)	9	6,6
	Kanser	1	0,7
	Sindirim sistemi hastalıkları (karaciğer, safra kesesi, mide vb.)	7	5,1
	Polikistik Over Sendromu	6	4,4
	Ruhsal sorunlar	2	1,5
	Kas iskelet sistemi problemleri	8	5,8
	Solunum sistemi hastalıkları (Alerji, astım, KOAH vb.)	11	8,0
Toplam		137	100,0

* Kronik hastalığı olanlar(n=52) cevapladı. Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırma grubunun beslenme alışkanlıkları ile ilgili özellikler Tablo 4.4'te görülmektedir.

Yeterli ve dengeli besleniyor musunuz sorusuna grubun %56,2'si evet, %31,4'ü bazen, %12,4'ü hayır yanıtını verdi. Grubun %64,2'si 3 ana öğünden herhangi birini atlamadığını, %35,8'i en az bir ana öğün atladığını belirtti. En sık atlanan ana öğün (%59,2) öğle ana öğünüydü. Ana öğün atlayan bireylerin %8,2'si zayıflamak istediği için, %28,6'sı zamanı olmadığı için, %40,8'i alışkanlığı olmadığı için, %10,2'si iştahsız olduğu için, %2,0'ı yemek hazırlanmadığı için, %6,1'i işte yemek yiyecek ortamı olmadığı için, %2'si tüketip tüketmeme konusunda kararsız

hissettiği için, %2'si yeme gereği duymadığı için ana öğün atlamaktaydı. Grubun %76,6'sı üç ara öğünden en az birini tükettiğini, %23,4'ü ara öğün yapmadığını belirtti. En sık yapılan ara öğün (%52,6) ikinci ara öğünüydü. Ara öğün atlayan bireylerin %8,0'ı zayıflamak istediği için, %18,2'si zamanı olmadığı için, %57,7'si alışkanlığı olmadığı için, %5,8'si iştahı olmadığı için, %1,5'i ara öğün hazırlanmadığı için, %0,7'si işte yemek yiyecek ortamı olmadığı için en az bir ara öğün yapmamaktaydı. Grubun %90,5'i dışarda yemek yeme alışkanlığı olduğunu ifade etti. Dışarıda en sık tercih edilen yemek (%74,2) kebab/lahmacun/pide'idi. Araştırma grubunun %13,9'u diyet uygulamaktaydı. Diyet yapan bireylerin %7,3'ü zayıflama diyeti, %2,9'u kolesterol ve yağdan kısıtlı bir diyet, %4,4'ü tuzsuz diyet, %2,2'si diyabetik diyet, %0,7'si ketojenik, %0,7'si aralıklı oruç diyeti uygulamaktaydı (birden fazla cevap verilmiştir). Diyet uygulayanların %52,6'sı kendisi, %31,6'sı diyetisyen önerisi, %5,3'ü doktor önerisi, %10,5'i kitle iletişim araçları yoluyla diyet yaptığını belirtti.

Tablo 4.4. Araştırma grubunun beslenme alışkanlıkları ile ilgili özellikler

Özellikler		Sayı	Yüzde
Yeterli ve dengeli beslendiğini düşünme	Evet	77	56,2
	Bazen	43	31,4
	Hayır	17	12,4
Ana öğün tüketimi	Öğün atlamadan 3 öğün	88	64,2
	Öğün atlar	49	35,8
Atlanan ana öğün (n=49)*	Sabah	19	38,8
	Öğle	29	59,2
	Akşam	1	2,0
Ana öğün atlama nedeni (n=49)**	Zayıflamak istemek	4	8,2
	Zamanı olmamak	14	28,6
	Alışkanlığı olmamak	20	40,8
	İştahsızlık	5	10,2
	Hazırlanmaması	1	2,0
	İşte yemek yiyecek yer olmaması	3	6,1
	Diğer †	2	4,1
Ara öğün tüketimi	Ara öğün tüketmez	32	23,4
	En az bir ara öğün tüketir	105	76,6
Gün içinde yapılan ara öğün sayısı	Ara öğün tüketmez	32	23,4
	1 ara öğün	47	34,3
	2 ara öğün	45	32,8
	3 ara öğün	13	9,5
Ara öğün tercihi(n=105)***	Kuşluk	32	35,3
	İkinci	72	52,6
	Gece	70	51,1
Ara öğün atlama nedeni (n=124)****	Zayıflamak istemek	10	8,1
	Zamanı olmamak	25	20,2
	Alışkanlığı olmamak	78	62,9
	İştahsızlık	8	6,5
	Hazırlanmaması	2	1,6
	İşte yemek yiyecek yer olmaması	1	0,7
Dışarıda yemek yeme alışkanlığı	Var	124	90,5
	Yok	13	9,5
Dışarıda yemek yeme sıklığı (n=124)*****	Her gün	4	3,2
	Haftada 1-3 arası	58	46,8
	Ayda 1-3 arası	47	38,0
	İki üç ayda bir	11	8,8
	Çok daha nadir	4	3,2
Dışarıda yemek için en sık tercih edilen (n=124)*****	Ev yemekleri	7	5,6
	Fast-food (hamburger/pizza vb.)	12	9,7
	Hamur işleri (poğaç/simit vb.)	13	10,5
	Kebap/lahmacun/pide	92	74,2
Diyet uygulama	Evet	19	13,9
	Hayır	118	86,1
Diyeti öneren (n=19)*****	Doktor	1	5,3
	Diyetisyen	6	31,6
	Kendim	10	52,6
	Kitle iletişim araçları (Televizyon, internet, dergi, gazete vb.)	2	10,5
Toplam		137	100,0

* Ana öğün atlayanlar (n=49) cevapladı. Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. ** Ana öğün atlayanlar (n=49) cevapladı. *** Ara öğün yapanlar(n=105) cevapladı. Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. **** Günde 3 ara öğün tüketen 13 kişi dışında (n=124), *****Dışarıda yemek yiyenler cevapladı (n=124), ***** Diyet yapanlar (n=19) cevapladı. † Öğün tüketimi konusunda kararsızlık hissi, yeme gereği duymamak.

Araştırma grubunun antropometrik ölçümleri Tablo 4.5'te görülmektedir. DSÖ'nün BKİ sınıflamasına göre, grubun %39,4'ü normal ağırlıkta, %45,3'ü kilolu, %15,3'ünün obez olduğu saptandı. Bel çevresi sınıflamasına göre grubun %29,9'u normal, %70,1'i riskli/artmış risk grubundaydı. Bel/ boy oranı sınıflamasına göre bireylerin %26,3'ünün normal, %73,7'si riskli grupta olduğu belirlendi. Araştırma grubunda zayıf bireylerin bulunmaması ve katılımcıların çoğunluğunun kilolu ve obez sınıfında olması dikkat çekicidir.

Tablo 4.5. Araştırma grubunun antropometrik ölçümleri

Antropometrik ölçümler		Sayı	Yüzde
BKİ (kg/m²)	Zayıf (<18,5)	0	0,0
	Normal (18,5-24,9)	54	39,4
	Kilolu ($\geq$ 25-29,9)	62	45,3
	Obez ($\geq$ 30)	21	15,3
Bel çevresi (cm)	Normal	41	29,9
	Riskli/ artmış risk	96	70,1
Bel/ boy oranı	Normal	36	26,3
	Riskli	101	73,7
Toplam		137	100,0

Araştırma grubunun enerji ve makro besin ögesi alımlarının minimum, maximum, ortalama, standart sapma değerleri Tablo 4.6'da görülmektedir.

Araştırma grubunun 3 günlük besin tüketim kayıtlarından elde edilen verilere göre; ortalama enerji alımı $1592,79 \pm 337,33$ kkal olarak saptandı. Diyetle alınan ortalama karbonhidrat miktarı $154,15 \pm 43,31$ g, enerjinin karbonhidrattan gelen yüzdesi ortalama $\%39,56 \pm 6,16$ ' idi. Diyetle alınan ortalama protein miktarı $59,20 \pm 15,30$ g, enerjinin proteinden gelen yüzdesi ortalama $\%15,33 \pm 3,07$ ' idi. Diyetle alınan ortalama yağ miktarı $79,61 \pm 18,13$ g, enerjinin yağdan gelen yüzdesi ortalama $\%44,80 \pm 5,11$ ' di. Grubun doymuş yağ asidi, tekli doymamış yağ asidi ve çoklu doymamış yağ asidi tüketimleri sırasıyla $30,59 \pm 7,27$ g, $31,12 \pm 7,49$ g ve $12,65 \pm 5,29$ g'dı. Grubun omega-3 ve omega 6 tüketimleri sırasıyla $2,24 \pm 1,16$, $9,51 \pm 4,48$ g'dı. Bireylerin ortalama lif alımları $20,97 \pm 6,48$ g'dı. Çözünür ve çözünmez lif tüketimleri sırasıyla $6,88 \pm 2,27$, $13,41 \pm 4,38$ g'dı. Grubun diyetle alınan ortalama kolesterol miktarının $304,40 \pm 114,89$ mg olduğu saptandı.

Tablo 4.6. Araştırma grubunun günlük enerji ve makro besin ögesi alımlarının ortalama, standart sapma ve minimum, maksimum değerleri

Enerji ve makro besin ögeleri	Min	Maks	$\bar{X} \pm SS$
Enerji (kcal)	740,01	2446,24	1592,79 $\pm$ 337,33
Karbonhidrat (g)	40,94	263,74	154,15 $\pm$ 43,31
Karbonhidrat (%)	16,0	54,0	39,56 $\pm$ 6,16
Protein (g)	21,63	132,10	59,20 $\pm$ 15,30
Protein (%)	11,0	33,0	15,33 $\pm$ 3,07
Yağ (g)	35,57	123,91	79,61 $\pm$ 18,13
Yağ (%)	28,00	57,0	44,80 $\pm$ 5,11
Doymuş yağ asitleri (g)	14,71	48,05	30,59 $\pm$ 7,27
Tekli doymamış yağ asitleri (g)	13,08	48,83	31,12 $\pm$ 7,49
Çoklu doymamış yağ asitleri (g)	4,33	34,63	12,65 $\pm$ 5,29
Omega 3 yağ asidi (g)	0,71	8,46	2,24 $\pm$ 1,16
Omega 6 yağ asidi (g)	3,20	30,82	9,51 $\pm$ 4,48
Lif (g)	6,38	46,27	20,97 $\pm$ 6,48
Çözünür lif (g)	2,19	15,30	6,88 $\pm$ 2,27
Çözünmez lif (g)	3,87	35,71	13,41 $\pm$ 4,38
Kolesterol (mg)	71,88	790,55	304,40 $\pm$ 114,89

Min= minimum, Maks= maksimum, $\bar{X}$ = Ortalama, SS= Standart Sapma

Araştırma grubunun mikro besin ögesi alımlarının minimum, maksimum, ortalama, standart sapma değerleri Tablo 4.7’de görülmektedir.

Araştırma grubunun üç günlük besin tüketim kayıtlarından elde edilen verilere göre; günlük ortalama B1 vitamini alımı 0,81 $\pm$ 0,20 mg, B2 vitamini alımı 1,32 $\pm$ 0,33 mg, B6 vitamini alımı 1,20 $\pm$ 0,35 mg, niasin alımı 10,94 $\pm$ 5,16 mg, folat alımı 328,99 $\pm$ 79,81 μ g, B12 vitamini alımı 4,30 $\pm$ 2,20 μ g, K vitamini alımı 156,45 $\pm$ 127,47 μ g, E vitamini alımı 10,55 $\pm$ 5,11 mg, A vitamini alımı 1152,84 $\pm$ 433,02 μ g, D vitamini alımı 3,20 $\pm$ 5,08 μ g, C vitamini alımı 99,02 $\pm$ 46,46 mg, biotin alımı 46,23 $\pm$ 13,58 μ g olarak saptandı. Araştırma grubunun günlük alınan ortalama mineral miktarı değerlendirildiğinde; grubun ortalama sodyum alımı 3989,07 $\pm$ 1096,99 mg, potasyum alımı 2372,76 $\pm$ 570,52 mg, kalsiyum alımı 737,66 $\pm$ 195,38 mg, magnezyum alımı 256,59 $\pm$ 62,40 mg, fosfor alımı 1006,29 $\pm$ 242,73 mg, demir alımı 9,21 $\pm$ 2,39 mg, çinko alımı 8,76 $\pm$ 2,04 mg olarak belirlendi.

Tablo 4.7. Araştırma grubunun günlük mikro besin ögesi alımlarının ortalama, standart sapma ve minimum ve maksimum değerleri.

Mikro besin ögeleri	Min	Maks	$\bar{X} \pm SS$
B1 Vitamini (mg)	,28	1,40	$0,81 \pm 0,20$
B2 Vitamini (mg)	,49	2,50	$1,32 \pm 0,33$
B6 Vitamini (mg)	,32	2,64	$1,20 \pm 0,35$
Niasin (mg)	2,89	39,07	$10,94 \pm 5,16$
Folat (μg)	104,99	594,52	$328,99 \pm 79,81$
B12 Vitamini (μg)	,80	17,43	$4,30 \pm 2,20$
K Vitamini (μg)	14,43	648,52	$156,45 \pm 127,47$
E Vitamini (mg)	2,82	35,07	$10,55 \pm 5,11$
A Vitamini (μg)	382,27	2259,09	$1152,84 \pm 433,02$
D Vitamini (μg)	,43	29,51	$3,20 \pm 5,08$
C Vitamini (mg)	14,71	257,11	$99,02 \pm 46,46$
Sodyum (mg)	1803,91	7603,08	$3989,07 \pm 1096,99$
Potasyum (mg)	761,22	3560,37	$2372,76 \pm 570,52$
Kalsiyum (mg)	304,85	1300,43	$737,66 \pm 195,38$
Magnezyum (mg)	101,90	462,30	$256,59 \pm 62,40$
Fosfor (mg)	377,59	1952,25	$1006,29 \pm 242,73$
Demir (mg)	3,17	16,71	$9,21 \pm 2,39$
Çinko (mg)	3,71	15,37	$8,76 \pm 2,04$
Biotin (μg)	10,64	79,97	$46,23 \pm 13,58$

Min= minimum, Maks= maksimum, $\bar{X}$ = Ortalama, SS= Standart Sapma

Araştırma grubunun cinsiyete göre enerji ve besin ögesi dağılımı, önerilen miktarları karşılama yüzdesi Tablo 4.8’de görülmektedir.

Erkeklerin günde ortalama enerji alımının $1680,43 \pm 412,45$ kkal, kadınların günlük ortalama enerji alımının $1556,65 \pm 295,93$ kkal olduğu belirlendi. Erkek ve kadınlarda günlük ortalama enerji alımı, önerilenin altındaydı. Erkeklerin günlük aldıkları ortalama karbonhidrat miktarı $162,30 \pm 56,96$ g, kadınların $150,78 \pm 36,25$ g’dı. Erkek ve kadınlarda diyetle günlük alınan ortalama karbonhidrat miktarı önerilen miktarın altındaydı. Erkeklerin günlük aldıkları ortalama protein miktarı $15,62 \pm 2,81$ g, kadınların $15,21 \pm 3,18$ g’dı. Erkek ve kadınlarda diyetle günlük alınan ortalama protein miktarı önerilen miktarın altındaydı.

Araştırma grubunun cinsiyete göre mikro besin ögesi dağılımı, önerilen miktarları karşılama yüzdesi Tablo 4.9’da görülmektedir.

Erkeklerin günlük ortalama B2 vitamini, niasin, B12 vitamini, K vitamini, A vitamini, sodyum, fosfor, biotin alımı günlük önerilen miktarı karşılamaktaydı. Erkeklerin günlük ortalama B1 vitamini, B6 vitamini, folat, E vitamini, D vitamini, C vitamini, potasyum, kalsiyum, magnezyum, demir, çinko alımı günlük önerilen miktarın altındaydı.

Kadınların günlük ortalama B2 vitamini, niasin, folat, B12 vitamini, K vitamini, A vitamini, C vitamini, sodyum, fosfor, çinko, biotin alımı günlük önerilen miktarı karşılamaktaydı. Kadınların günlük ortalama B1 vitamini, B6 vitamini, E vitamini, potasyum, kalsiyum, magnezyum, demir, alımı günlük önerilen miktarın altındaydı.

Tablo 4.8. Araştırma grubunun cinsiyete göre enerji ve besin ögesi dağılımı, önerilen miktarları karşılama yüzdesi.

	Erkek						Kadın					
Enerji ve makro besin öğeleri	Min	Maks	$\bar{X}$	SS	Önerilen *	Karşılama %	Min	Maks	$\bar{X}$	SS	Önerilen	Karşılama %
Enerji (kcal)	740,01	2446,24	1680,43	412,45	2126,00	79,04	930,43	2208,08	1556,65	295,93	1693,00	91,94
Karbonhidrat (g)	40,94	263,74	162,30	56,96	130,00	124,84	66,94	248,70	150,78	36,05	130,00	115,98
Karbonhidrat (%)	25,00	49,00	39,25	6,12	45-60		16,00	54,00	39,70	6,21	45-60	
Protein (g)	21,63	94,13	62,94	15,35	82,20	76,56	32,83	132,10	57,66	15,09	77,0	74,88
Protein (%)	12,00	27,00	15,62	2,81	10-20		11,00	33,00	15,21	3,18	10-20	
Yağ (g)	38,34	123,91	83,86	19,93	-		35,57	122,65	77,86	17,14	-	
Yağ (%)	36,00	57,00	45,05	5,12	20-35		29,00	57,00	44,70	5,12	20-35	
Doymuş yağ asitleri (g)	15,32	46,37	32,91	7,59	-		14,71	48,05	29,63	6,95	-	
Tekli doymamış yağ asitleri(g)	15,12	48,83	31,62	8,12	-		13,08	47,14	30,91	7,25	-	
Çoklu doymamış yağ asitleri (g)	4,62	34,63	13,83	6,06	-		4,33	33,11	12,16	4,89	-	
Omega 3 yağ asidi (g)	0,90	5,52	2,10	0,97	-		0,71	8,46	2,30	1,23	-	
Omega 6 yağ asidi (g)	3,68	19,04	9,11	3,87	-		3,20	30,82	9,67	4,72	-	
Lif (g)	7,28	46,27	20,98	7,86	25		6,38	37,35	20,96	5,87	25	
Çözünür lif (g)	3,30	15,30	7,24	2,74	-		2,19	11,93	6,73	2,04	-	
Çözünmez lif (g)	6,65	35,71	13,24	5,36	-		3,87	25,07	13,47	3,93	-	
Kolesterol (mg)	109,03	579,53	309,96	122,34	-		71,88	790,55	302,11	112,25	-	

*TÜBER 2015 (63).

Min= minimum, Maks= maksimum, $\bar{X}$ = Ortalama, SS= Standart Sapma

Tablo 4.9. Araştırma grubunun cinsiyete göre mikro besin öğeleri öğeleri dağılımı ve önerilen miktarları karşılama yüzdesi

	Erkek						Kadın					
Mikro besin öğeleri	Min	Maks	$\bar{X}$	SS	Önerilen*	Karşılama %	Min	Maks	$\bar{X}$	SS	Önerilen	Karşılama %
B1 Vitamini (mg)	0,28	1,26	0,82	0,22	1,2	68,33	0,46	1,40	0,80	0,19	1,1	72,72
B2 Vitamini (mg)	0,49	2,04	1,32	0,38	1,3	101,53	0,69	2,50	1,32	0,31	1,1	120,00
B6 Vitamini (mg)	0,32	1,97	1,21	0,38	1,3	93,07	0,60	2,64	1,20	0,34	1,3	92,30
Niasin (mg)	2,89	26,85	11,84	5,18	6,7	176,71	4,32	39,07	10,57	5,13	6,7	157,76
Folat (µg)	104,99	594,52	320,47	92,39	330	97,11	149,07	510,39	332,50	74,25	330	100,75
B12 Vitamini (µg)	0,80	12,82	4,71	2,19	4	117,75	0,87	17,43	4,13	2,20	4	103,25
K Vitamini (µg)	14,43	620,32	127,81	118,93	120	106,50	27,55	648,52	168,27	129,57	90	186,96
E Vitamini (mg)	2,82	35,07	10,95	5,92	13	84,23	2,89	29,98	10,39	4,76	11	94,45
A Vitamini (µg)	382,27	2146,48	1188,73	494,14	750	158,49	433,34	2259,09	1138,04	407,04	650	175,08
D Vitamini (µg)	0,68	28,89	3,12	4,87	15	20,8	0,43	29,51	3,23	5,19	15	21,53
C Vitamini (mg)	14,71	214,07	86,49	46,00	110	78,62	39,86	257,11	104,19	45,88	95	109,67
Sodyum (mg)	1845,18	7603,08	4184,52	1293,58	1500	278,96	1803,91	6906,65	3908,48	1001,26	1500	260,56
Potasyum (mg)	761,22	3560,37	2375,08	668,51	4700	50,53	1005,63	3486,60	2371,80	528,73	4700	50,46
Kalsiyum (mg)	319,12	1300,43	742,01	218,16	950-1000	78,10	304,85	1282,33	735,86	186,37	950-1000	77,45
Magnezyum (mg)	101,90	462,30	260,24	79,32	350	74,35	133,84	380,77	255,08	54,33	300	85,02
Fosfor (mg)	377,59	1702,64	1046,44	276,62	550	190,26	543,75	1952,25	989,74	226,79	550	179,95
Demir (mg)	3,17	16,71	9,40	2,93	11	85,45	4,83	16,23	9,13	2,14	11-16	83,00
Çinko (mg)	3,71	15,37	9,24	2,30	9,4-16,3	98,9	3,95	13,33	8,57	1,90	7,5-12,7	114,26
Biotin (µg)	10,64	69,86	44,67	15,90	40	111,67	19,63	79,97	46,88	12,54	40	101,91

**TÜBER 2015 (63).

Min= minimum, Maks= maksimum, $\bar{X}$ = Ortalama, SS= Standart Sapma

Araştırma grubunun Orto-11 ölçeğine göre sağlıklı beslenme takıntısı olma durumu ve tanımlayıcı özelliklere göre dağılımı Tablo 4.10’da görülmektedir.

Cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, kronik hastalık varlığı, sigara içme durumu, alkol tüketme durumu, düzenli egzersiz yapma durumu, antropometrik ölçümler ve sağlıklı yeme takıntısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi (sırasıyla p=0,618; p=0,768; p=1,000; p=0,746; p=0,673; p=0,468; p=0,356; p=0,904; p=0,542; p=0,407; p=0,114).

Tablo 4.10. Araştırma grubunun Orto-11 ölçeğine göre sağlıklı beslenme takıntısı olma durumu ve tanımlayıcı özelliklere göre dağılımı

Özellikler		Sağlıklı Beslenme Takıntısı				p*
		Var		Yok		
		Sayı	Yüzde**	Sayı	Yüzde**	
Cinsiyet	Erkek	8	20,0	32	80.0	0,618
	Kadın	72	74,2	25	25.8	
Medeni durum	Evli	28	23,5	91	76,5	0,768
	Bekar	5	27,8	13	72,2	
Eğitim Durumu	Lise ve üniversite	17	23,9	54	76,1	1,000
	Yüksek lisans ve üzeri	16	24,2	50	75,8	
Meslek	Hekimler	16	26,2	45	73,8	0,746
	Diğerleri	17	22,4	59	77,6	
Kronik hastalık	Var	11	21,4	41	78,8	0,673
	Yok	22	25,9	63	74,1	
Sigara içme Durumu	Evet (halen içiyor)	5	17,2	24	82,8	0,468
	Hayır (hiç -bırakmış)	28	25,9	80	74,1	
Alkol tüketme Durumu	Evet	5	33,3	10	66,7	0,356
	Hayır	28	23,0	94	77,0	
Düzenli egzersiz yapma durumu	Evet	7	26,9	19	73,1	0,904
	Hayır	26	23,4	85	76,6	
BKİ (kg/m²)	Normal	15	27,8	39	72,2	0,542
	Kilolu/obez	18	21,7	65	78,3	
Bel/boy	Risk yok	11	30,6	25	69,4	0,407
	Riskli	22	21,8	79	78,2	
Bel çevresi (cm)	Normal	14	34,1	27	65,9	0,114
	Riskli/ artmış risk	19	19,8	77	80,2	
Toplam		33	24,1	104	75,9	

* Ki-kare testi, ** Satır yüzdesi

Araştırma grubunun yaş ve meslekte çalışma süresi ortalamalarının Orto-11 ölçeğine göre sağlıklı beslenme takıntısı olma durumuna göre dağılımı Tablo 4.11’de görülmektedir. Sağlıklı beslenme takıntısı olma durumuna göre araştırma grubunun yaş ve meslekte çalışma süresi ortalamaları anlamlı farklılık göstermemektedir (sırasıyla $p=0,470$, $p=0,239$).

Tablo 4.11. Araştırma grubunun yaş ve meslekte çalışma süresi ortalamalarının Orto-11 ölçeğine göre sağlıklı beslenme takıntısı olma durumuna göre dağılımı

Özellikler	Sağlıklı Beslenme Takıntısı		p^*
	Var	Yok	
Yaş (yıl) ($\bar{X} \pm SS$)	41,72 $\pm$ 9,12	41,72 $\pm$ 9,12	0,470
Meslekte çalışma süresi (yıl) ($\bar{X} \pm SS$)	43,0 $\pm$ 7,82	18,25 $\pm$ 8,53	0,239

* t-testi

$\bar{X}$ = Ortalama, SS= Standart Sapma

Araştırma grubunun Orto-11 ölçeğine göre sağlıklı beslenme takıntısı olma durumu ve beslenme ile ilgili özelliklere göre dağılımı Tablo 4.12’de görülmektedir.

Kişinin beslenme şeklini yeterli ve dengeli olarak değerlendirmesi, ana öğün, ara öğün tüketimi, dışarda yemek yeme, diyet uygulama ve sağlıklı yeme takıntısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi (sırasıyla $p=0,759$, $p=1,000$, $p=0,568$, $p=0,513$, $p=0,399$).

Tablo 4.12. Araştırma grubunun Orto-11 ölçeğine göre sağlıklı beslenme takıntısı olma durumu ve beslenme ile ilgili özelliklere göre dağılımı

Özellikler		Sağlıklı Beslenme Takıntısı				p*
		Var**		Yok**		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Yeterli ve dengeli beslendiğini düşünme	Evet	20	26,0	57	74,0	0,759
	Bazen	10	23,3	33	76,7	
	Hayır	3	17,6	14	82,4	
Ana öğün tüketimi	Öğün atlamadan 3 öğün	21	23,9	67	76,1	1,000
	Öğün atlar	12	24,5	37	75,5	
Ara öğün tüketimi	Ara öğün tüketmez	6	18,8	26	81,3	0,568
	En az bir ara öğün var	27	25,7	78	74,3	
Dışarda yemek yeme	Var	29	23,4	95	76,6	0,513
	Yok	4	30,8	9	69,2	
Diyet uygulama	Evet	6	31,6	13	68,4	0,399
	Hayır	27	22,9	91	77,1	
Toplam		33	24,1	104	75,9	

*Ki-kare testi, **Satır yüzdesi

Araştırma grubunun Orto-11 ölçeğine göre sağlıklı beslenme takıntısı olma durumu ve günlük alınan enerji ve makro besin öğelerinin sağlıklı beslenme takıntısı olma durumuna göre dağılımı tablo 4.13'te görülmektedir. Araştırma grubunun Orto-11 ölçeğine göre sağlıklı beslenme takıntısı olma durumu ve günlük alınan mikro besin öğelerinin sağlıklı beslenme takıntısı olma durumuna göre dağılımı tablo 4.14'te görülmektedir.

Sağlıklı beslenme takıntısı olanlarda olmayanlara göre günlük tüketilen ortalama yağ ve tekli doymamış yağ asit, kolesterol miktarları daha düşük bulundu (sırasıyla $p=0,016$, $p=0,010$, $p=0,004$). Diğer enerji ve makro besin öğelerinin günlük tüketilen miktar ortalamaları sağlıklı beslenme takıntısı olma durumuna göre farklılık göstermemekteydi (p değerleri için bakınız Tablo 4.13).

Sağlıklı beslenme takıntısı olanlarda olmayanlara göre günlük tüketilen ortalama B12, D vitamini miktarları daha düşüktü (sırasıyla $p=0,038$, $p=0,044$). Diğer mikro besin öğelerinin günlük tüketilen miktar ortalamaları, sağlıklı beslenme

takıntı olma durumuna göre farklılık göstermemekteydi (p değerleri için bakınız Tablo 4.14).

Tablo 4.13. Araştırma grubunun Orto-11 ölçeğine göre sağlıklı beslenme takıntısı olma durumu ve günlük alınan enerji ve makro besin ögesine göre dağılımı

Enerji ve makro besin ögeleri	Sağlıklı beslenme takıntısı		<i>p</i> *
	Var	Yok	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Enerji (kcal)	1515,23 $\pm$ 319,21	1617,40 $\pm$ 340,66	0,130
Karbonhidrat (g)	153,19 $\pm$ 46,49	154,45 $\pm$ 42,48	0,885
Karbonhidrat (%)	38,69 $\pm$ 7,88	39,84 $\pm$ 5,52	0,353
Protein (g)	54,74 $\pm$ 11,89	60,62 $\pm$ 16,02	0,054
Protein (%)	16,00 $\pm$ 3,67	15,12 $\pm$ 2,84	0,155
Yağ (g)	73,04 $\pm$ 16,46	81,70 $\pm$ 18,21	0,016
Yağ (%)	45,03 $\pm$ 5,80	44,73 $\pm$ 4,89	0,770
Doymuş yağ asitleri (g)	28,52 $\pm$ 7,44	31,24 $\pm$ 7,13	0,061
Tekli doymamış yağ asitleri (g)	28,21 $\pm$ 6,1	32,04 $\pm$ 7,67	0,010
Çoklu doymamış yağ asitleri (g)	11,67 $\pm$ 4,77	12,96 $\pm$ 5,43	0,227
Omega 3 yağ asidi (g)	2,29 $\pm$ 1,34	2,23 $\pm$ 1,10	0,788
Omega 6 yağ asidi (g)	8,59 $\pm$ 3,35	9,80 $\pm$ 4,76	0,176
Lif (g)	20,94 $\pm$ 5,98	20,98 $\pm$ 6,66	0,979
Çözünür lif (g)	6,97 $\pm$ 2,53	6,85 $\pm$ 2,19	0,798
Çözünmez lif (g)	12,99 $\pm$ 3,79	13,54 $\pm$ 4,56	0,537
Kolesterol (mg)	254,16 $\pm$ 80,31	320,35 $\pm$ 119,83	0,004

* t-testi

$\bar{X}$ = Ortalama, SS= Standart Sapma

Tablo 4.14. Araştırma grubunun Orto-11 ölçeğine göre sağlıklı beslenme takıntısı olma durumu ve günlük alınan mikro besin ögesine göre dağılımı

Mikro besin ögeleri	Sağlıklı beslenme takıntısı		<i>p</i> *
	Var	Yok	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
B1 Vitamini (mg)	0,76 ± 0,19	0,82 ± 0,20	0,136
B2 Vitamini (mg)	1,22 ± 0,28	1,35 ± 0,34	0,061
B6 Vitamini (mg)	1,15 ± 0,30	1,22 ± 0,37	0,344
Niasin (mg)	10,36 ± 4,18	11,13 ± 5,44	0,456
Folat (µg)	319,49 ± 82,25	332,00 ± 79,19	0,435
B12 Vitamini (µg)	3,61 ± 1,30	4,52 ± 2,38	0,038
K Vitamini (µg)	162,64 ± 138,18	154,49 ± 124,52	0,750
E Vitamini (mg)	9,06 ± 3,31	11,03 ± 5,48	0,054
A Vitamini (µg)	1046,05 ± 450,01	1186,73 ± 424,09	0,104
D Vitamini (µg)	1,64 ± 0,56	3,69 ± 5,74	0,044
C Vitamini (mg)	100,04 ± 45,91	98,70 ± 46,84	0,886
Sodyum (mg)	3758,22 ± 871,80	4062,32 ± 1153,39	0,166
Potasyum (mg)	2262,96 ± 580,20	2407,60 ± 565,77	0,206
Kalsiyum (mg)	704,73 ± 160,88	748,11 ± 204,71	0,268
Magnezyum (mg)	249,78 ± 58,13	258,75 ± 63,81	0,474
Fosfor (mg)	934,37 ± 211,55	1029,12 ± 248,41	0,050
Demir (mg)	9,04 ± 2,67	9,26 ± 2,31	0,650
Çinko (mg)	8,29 ± 1,87	8,91 ± 2,08	0,127
Biotin (µg)	43,70 ± 12,94	47,04 ± 13,75	0,221

* t-testi

$\bar{X}$ = Ortalama, SS= Standart Sapma

Araştırma grubunun sağlıklı yeme indeksi bileşenleri ve toplam puanına ilişkin dağılımları Tablo 4.15'te görülmektedir.

Üç günlük besin tüketim kayıtlarından elde edilen verilere göre SYİ bileşenleri hesaplandı. Araştırma grubunun toplam meyve puan ortalamasının 3,55 ± 2,10, tam meyve puan ortalamasının 3,74 ± 2,11, toplam sebze puan ortalamasının 4,91 ± 0,43, kurubaklagil ve koyu yeşil yapraklı sebze puan ortalamasının 4,82 ± 0,66, tam tahıl puan ortalamasının 5,14 ± 4,46, süt ve süt ürünleri puan ortalamasının 9,41 ± 1,70, toplam protein puan ortalamasının 5,0 ± 0,0, deniz ürünü ve bitkisel protein puan ortalamasının 4,41 ± 1,44, yağ asitleri puan ortalamasının 4,41 ± 1,44,

eklenmiş şeker puan ortalamasının $8,14 \pm 3,36$, doymuş yağ asidi puan ortalamasının $0,56 \pm 1,16$, SYİ toplam puan ortalamasının $52,66 \pm 9,30$ olduğu görüldü.

Tablo 4.15. Araştırma grubunun sağlıklı yeme indeksi bileşenleri ve toplam puanına ilişkin dağılımlar

SYİ-2015 alt bileşenleri	Min	Maks	$\bar{X} \pm SS$
Toplam meyve	0,00	5,00	$3,55 \pm 2,10$
Tam meyve	0,00	5,00	$3,74 \pm 2,11$
Toplam sebze	0,69	5,00	$4,91 \pm 0,43$
Kurubaklagiller ve koyu yeşil yapraklı sebzeler	0,00	5,00	$4,82 \pm 0,66$
Tam tahıllar	0,00	10,00	$5,14 \pm 4,46$
Süt ve süt ürünleri	0,93	10,00	$9,41 \pm 1,70$
Toplam protein	5,00	5,00	$5,0 \pm 0,0$
Deniz ürünleri ve bitkisel proteinler	0,00	5,00	$4,41 \pm 1,44$
Yağ asitleri	0,00	10,00	$2,10 \pm 2,41$
Rafine tahıllar	0,00	10,00	$0,43 \pm 1,64$
Sodyum	0,00	9,22	$0,39 \pm 1,30$
Eklenmiş şeker	0,00	10,00	$8,14 \pm 3,36$
Doymuş yağ asidi	0,00	8,12	$0,56 \pm 1,16$
Toplam puan	28,10	77,13	$52,66 \pm 9,30$

Min= Minimum, Maks= Maksimum, $\bar{X}$ = Ortalama, SS= Standart Sapma

Araştırma grubunun SYİ-2015'e göre diyet kalitesi ve tanımlayıcı özelliklere göre dağılımı tablo 4.16'da görülmektedir.

Geliştirilmesi gereken diyet kalitesine sahip kadınların oranı (%72,2) erkeklerden (%47,5) anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,011$). Diyet kalitesi ve bireylerin eğitim durumu arasında anlamlı bir fark tespit edildi ($p= 0,022$). Lise ve üniversite mezunu olanlar daha iyi diyet kalitesine sahipti. Araştırma grubunun mesleği ve diyet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi ($p=0,003$). Hekimler daha kötü diyet kalitesine sahipti. Alkol tüketmeyen bireyler anlamlı olarak daha iyi diyet kalitesine sahipti ($p=0,015$). Medeni durum, kronik hastalık varlığı, sigara içme durumu, düzenli egzersiz yapma durumu ve araştırma grubunun antropometrik ölçümleri ile diyet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (sırasıyla $p=0,137$, $p=0,791$, $p=0,557$, $p=0,525$, $p=0,375$, $p=0,205$, $p=0,466$).

Tablo 4.16. Araştırma grubunun SYİ-2015’e göre diyet kalitesi ve tanımlayıcı özelliklere göre dağılımı.

Özellikler		Diyet kalitesi				P
		Geliştirilmesi gereken		Kötü		
		Sayı	Yüzde**	Sayı	Yüzde**	
Cinsiyet	Erkek	19	47,5	21	52,5	0,011
	Kadın	70	72,2	27	27.8	
Medeni durum	Evli	74	62,2	45	37,8	0,137
	Bekar	15	83,3	3	16,7	
Eğitim Durumu	Lise ve üniversite	53	74,6	18	25,4	0,022
	Yüksek lisans ve üzeri	36	54,5	30	45,5	
Meslek	Hekimler	31	50,8	30	49,2	0,003
	Diğerleri	58	76,3	18	23,7	
Kronik hastalık	Var	35	67,3	17	32,7	0,791
	Yok	54	63,5	31	36,5	
Sigara içme Durumu	Evet (halen içiyor)	17	58,6	12	41,4	0,557
	Hayır (hiç -bırakmış)	72	66,7	36	33,3	
Alkol tüketme Durumu	Evet	5	33,3	10	66,7	0,015
	Hayır	84	68,9	38	31,1	
Düzenli egzersiz yapma durumu	Evet	15	57,7	11	42,3	0,525
	Hayır	74	66,7	37	33,1	
BKİ (kg/m²)	Normal	38	70,4	16	29,6	0,375
	Kilolu/obez	51	61,4	32	38,6	
Bel/boy	Risk yok	27	75,0	9	25,0	0,205
	Riskli	62	61,4	39	38,6	
Bel çevresi (cm)	Normal	29	70,7	12	29,3	0,466
	Riskli/ artmış risk	60	62,5	36	37,5	
Toplam		89	65,0	48	35,0	

* Ki-kare testi, ** Satır yüzdesi

Araştırma grubunun yaş ve meslekte çalışma süresi ortalamalarının SYİ-2015’e göre diyet kalitesi dağılımı Tablo 4.17’de görülmektedir. Diyet kalitesine göre, araştırma grubunun yaş ve meslekte çalışma süresi ortalamaları anlamlı farklılık göstermemekteydi (sırasıyla p=0,098, p=0,097).

Tablo 4.17. Araştırma grubunun yaş ve meslekte çalışma süresi ortalamalarının SYİ-2015'e göre diyet kalitesi dağılımı

Özellikler	Diyet kalitesi		p*
	Geliştirilmesi gereken	Kötü	
Yaş (yıl) ($\bar{X} \pm SS$)	41,11 $\pm$ 8,43	43,72 $\pm$ 48	0,098
Meslekte çalışma süresi (yıl) ($\bar{X} \pm SS$)	17,85 $\pm$ 8,11	20,31 $\pm$ 8,33	0,097

* t-testi

$\bar{X}$ = Ortalama, SS= Standart Sapma

Araştırma grubunun SYİ-2015'e göre diyet kalitesi ve diyet kalitesinin beslenme ile ilgili özelliklere göre dağılımı Tablo 4.18'de görülmektedir. Ara öğün tüketimi ve diyet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlendi ($p < 0,00$). Kötü diyet kalitesine sahip olanlar, ara öğün tüketmeyenlerde (%81,3), en az bir ara öğün tüketenlerdekine göre (%74,3) daha yüksekti ($p < 0,001$)

Kişinin beslenme şeklini yeterli ve dengeli olarak değerlendirmesi, ana öğün tüketimi, dışarda yemek yeme, diyet uygulama durumuna göre diyet kalitesi dağılımı arasında farklılık belirlenmedi (sırasıyla $p = 0,845$, $p = 0,213$, $p = 0,769$, $p = 1,000$)

Tablo 4.18. Araştırma grubunun SYİ-2015'e göre diyet kalitesi ve diyet kalitesinin beslenme ile ilgili özelliklere göre dağılımı

Özellikler		Diyet kalitesi				p*
		Geliştirilmesi gereken		Kötü		
		Sayı	Yüzde**	Sayı	Yüzde**	
Yeterli ve dengeli beslendiğini düşünme	Evet	51	66,2	26	33,8	0,845
	Bazen	28	65,1	15	34,9	
	Hayır	10	58,8	7	41,2	
Ana öğün tüketimi	Öğün atlamadan 3 öğün	21	23,9	67	76,1	0,213
	Öğün atlar	12	24,5	37	75,5	
Ara öğün tüketimi	Ara öğün tüketmez	6	18,8	26	81,3	p <0,001
	En az bir ara öğün var	27	25,7	78	74,3	
Dışarda yemek yeme	Var	29	23,4	95	76,6	0,769
	Yok	4	30,8	9	69,2	
Diyet uygulama	Evet	6	31,6	13	68,4	1,000
	Hayır	27	22,9	91	77,1	
Toplam		89	65,0	48	35,0	

* Ki-kare testi, ** Satır yüzdesi

Araştırma grubunun SYİ-2015'e göre diyet kalitesi ve günlük alınan enerji ve makro besin öğelerinin diyet kalitesine göre dağılımı Tablo 4.19'da görülmektedir.

Araştırma grubunun SYİ-2015'e göre diyet kalitesi ve günlük alınan mikro besin öğelerinin diyet kalitesine göre dağılımı Tablo 4.20'de görülmektedir.

Diyet kalitesi kötü olanlarda geliştirilmesi gerekenlere göre günlük tüketilen ortalama omega 6 yağ asit, lif miktarları daha düşük, enerjinin proteinden gelen yüzdesi daha yüksek bulundu (sırasıyla $p=0,023$, $p=0,012$, $p<0,001$). Diğer enerji ve makro besin öğelerinin günlük tüketilen miktar ortalamaları diyet kalitesine göre farklılık göstermemektedir (p değerleri için bakınız Tablo 4.19).

Diyet kalitesi kötü olanlarda geliştirilmesi gerekenlere göre günlük tüketilen ortalama B1, B2, B6 Vitamini, Folat, E Vitamini, Potasyum, Magnezyum, Fosfor, Demir ve Biotin miktarları daha düşüktü (sırasıyla $p=0,001$; $p=0,024$; $p=0,005$; $p=0,017$; $p=0,009$; $p<0,001$; $p<0,001$, $p=0,001$; $p=0,001$ ve $p<0,001$). Diğer mikro besin öğelerinin günlük tüketilen miktar ortalamaları, diyet kalitesine göre farklılık göstermemektedir (p değerleri için bakınız Tablo 4.20).

Tablo 4.19. Araştırma grubunun SYİ-2015'e göre diyet kalitesi ve günlük alınan enerji ve makro besin öğelerinin diyet kalitesine göre dağılımı.

Enerji ve makro besin öğeleri	Diyet kalitesi		p^*
	Geliştirilmesi gereken	Kötü	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Enerji (kcal)	1612,90 $\pm$ 321,58	1555,50 $\pm$ 365,32	0,344
Karbonhidrat (g)	155,44 $\pm$ 39,11	151,75 $\pm$ 50,53	0,636
Karbonhidrat (%)	39,86 $\pm$ 5,67	39,02 $\pm$ 7,02	0,447
Protein (g)	60,31 $\pm$ 15,35	57,15 $\pm$ 15,15	0,251
Protein (%)	14,89 $\pm$ 2,57	16,14 $\pm$ 3,73	0,023
Yağ (g)	80,78 $\pm$ 18,32	77,45 $\pm$ 17,77	0,307
Yağ (%)	45,07 $\pm$ 4,85	44,29 $\pm$ 5,57	0,392
Doymuş yağ asitleri (g)	30,33 $\pm$ 7,41	31,07 $\pm$ 7,05	0,572
Tekli doymamış yağ asitleri(g)	31,97 $\pm$ 7,69	29,54 $\pm$ 6,90	0,070
Çoklu doymamış yağ asitleri (g)	13,18 $\pm$ 5,15	11,66 $\pm$ 5,45	0,109
Omega 3 yağ asidi (g)	2,25 $\pm$ 1,09	2,22 $\pm$ 1,29	0,852
Omega 6 yağ asidi (g)	10,22 $\pm$ 4,92	8,20 $\pm$ 3,20	0,012
Lif (g)	22,79 $\pm$ 6,07	17,59 $\pm$ 5,90	p<0,001
Çözünür lif (g)	6,92 $\pm$ 2,19	6,81 $\pm$ 2,44	0,794
Çözünmez lif (g)	13,90 $\pm$ 4,34	12,49 $\pm$ 4,34	0,071
Kolesterol (mg)	311,56 $\pm$ 118,41	291,14 $\pm$ 108,01	0,323

*t-testi

$\bar{X}$ = Ortalama, SS= Standart Sapma

Tablo 4.20. Araştırma grubunun SYİ-2015’e göre diyet kalitesi ve günlük alınan mikro besin öğelerinin diyet kalitesine göre dağılımı.

Mikro besin öğeleri	Diyet kalitesi		<i>p</i> *
	Geliştirilmesi gereken	Kötü	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
B1 Vitamini (mg)	0,85 ± 0,17	0,73 ± 0,21	0,001
B2 Vitamini (mg)	1,37 ± 0,33	1,23 ± 0,33	0,024
B6 Vitamini (mg)	1,26 ± 0,34	1,08 ± 0,35	0,005
Niasin (mg)	11,20 ± 4,99	10,47 ± 5,49	0,433
Folat (µg)	340,90 ± 68,00	306,89 ± 94,90	0,017
B12 Vitamini (µg)	4,22 ± 1,87	4,45 ± 2,73	0,576
K Vitamini (µg)	156,24 ± 112,34	156,85 ± 152,93	0,979
E Vitamini (mg)	11,38 ± 4,99	9,02 ± 5,02	0,009
A Vitamini (µg)	1155,06 ± 396,55	1148,72 ± 498,11	0,935
D Vitamini (µg)	3,59 ± 5,90	2,48 ± 2,94	0,223
C Vitamini (mg)	104,61 ± 45,03	88,64 ± 47,74	0,055
Sodyum (mg)	4087,83 ± 1180,22	3805,95 ± 906,33	0,152
Potasyum (mg)	2517,55 ± 519,71	2104,29 ± 568,17	p<0,001
Kalsiyum (mg)	753,77 ± 189,75	707,79 ± 204,06	0,190
Magnezyum (mg)	275,25 ± 58,73	221,99 ± 54,09	p<0,001
Fosfor (mg)	1055,95 ± 245,78	914,23 ± 209,90	0,001
Demir (mg)	9,71 ± 2,22	8,29 ± 2,45	0,001
Çinko (mg)	8,94 ± 2,08	8,43 ± 1,94	0,160
Biotin (µg)	49,94 ± 12,09	39,35 ± 13,64	p<0,001

* t-testi

$\bar{X}$ = Ortalama, SS= Standart Sapma

Araştırma grubunun sağlıklı beslenme takıntısı olma durumlarına göre diyet kalitesinin dağılımı Tablo 4.21’de görülmektedir. Sağlıklı beslenme takıntısına göre diyet kalitesi farklılık göstermemekteydi (p=0,69).

Tablo 4.21. Araştırma grubunun sağlıklı beslenme takıntısı olma durumlarına göre diyet kalitesine göre dağılımı

	Diyet Kalitesi				<i>p</i> *
	Geliştirilmesi gereken		Kötü diyet		
Orto-11'e göre sağlıklı beslenme takıntısı	Sayı	Yüzde**	Sayı	Yüzde**	
Olan	20	60,6	13	39,4	0,694
Olmayan	69	66,3	35	33,7	
Toplam	89	65,0	48	35,0	

*Ki-kare testi, ** Satır yüzdesi

Tek değişkenli analizlerde kötü diyet kalitesi ile ilişkili bulunan değişkenler (cinsiyet [risk: erkek olmak], eğitim durumu [risk: yüksek lisans ve üzerinde mezun], meslek [risk: doktor olmak], alkol tüketimi [risk: alkol tüketmek], ara öğün tüketimi [risk: ara öğün tüketmemek] için oluşturulan çoklu regresyon modeli geriye doğru eleme (*backward stepwise*) yöntemiyle elde edilen sonuçlar Tablo 4.22'de sunulmuştur. Kötü diyet kalitesi, doktor olanlarda hekim dışı personele göre 2,90 kat (%95 GA=1,35-6,24; $p=0,006$); ara öğün tüketmeyenlerde tüketenlere göre 4,28 kat (%95 GA=1,81-10,17; $p=0,001$) daha fazla görüldüğü belirlendi.

Tablo 4.22. Araştırma Grubunun Diyet Kalitesini Etkileyen Etmenleri İnceleyen Geriye Doğru Eleme (*backward stepwise*) Yöntemiyle Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Modelde kalan değişkenler ^a	Kötü diyet kalitesine sahip olmak	
	Odds Oranı (%95 Güven Aralığı)	<i>P</i>
Meslek (referans: hekim dışı personel olmak, risk: doktor olmak)	2,90 (1,35-6,24)	0,006
Ara öğün tüketimi (referans: ara öğün tüketmek, risk: ara öğün tüketmemek)	4,28 (1,81-10,17)	0,001
Sabit	0,220	<0,001
Uyarlanmış R ² (Nagelkerke)	0,196	
Model Uyumu (Hosmer-Lemeshow) <i>p</i> değeri		0,985

a Tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan değişkenler modele alındı. Modele alınan değişkenler: Cinsiyet (referans: kadın olmak, risk: erkek olmak); Eğitim durumu (referans: lise/üniversite mezunu, risk: yüksek lisans ve üstü mezun); Meslek (referans: hekim dışı personel olmak, risk: doktor olmak); Alkol kullanımı (alkol kullanmamak: referans, risk: alkol kullanmak); Ara öğün tüketimi (referans: ara öğün tüketmek, risk: ara öğün tüketmemek)

* $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$

5. TARTIŞMA

Bu çalışma Isparta il merkezinde bulunan 28 aile sağılığı merkezinde çalışan 137 sağılık personelinin katılımı ile gerçekleştirildi. Araştırma grubuna; kişisel bilgileri, sağılık bilgilerini, beslenme alışkanlıklarını, fiziksel aktivite bilgilerini, üç günlük besin tüketim kayıt formunu, antropometrik ölçümlerini içeren anket soruları ile ORTO-11 ölçek soruları yöneltildi. ORTO-11 ölçeğinin kesim noktası olarak, Arusoğlu'nun (47) referans aldığı kesim noktası olan %25 dilime karşılık gelen puan değerine göre araştırma grubunun %24,1'i sağılıklı yeme takıntısı eğilimi gösterdi. Varga ve arkadaşları; 11 çalışmayı dahil ettikleri sistematik bir derlemede ON yaygınlık oranının genel popülasyonda %6,9 olduğunu, yüksek riskli gruplarda (sanatçılar, sağılık profesyonelleri) bu oranın %35-%57,8 arasında değiştiğini bildirmişlerdir (68). Strahler ve arkadaşlarının 713 alman katılımcı ile gerçekleştirdikleri bir çalışmada, ON yaygınlık oranını %3,8 olarak belirtmektedirler (69).

Bu çalışmada cinsiyet ve sağılıklı yeme takıntısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi. Benzer şekilde yapılan birçok çalışmada da cinsiyet ve sağılıklı yeme takıntısı arasında istatistiksel açıdan bir farklılık görülmemiştir (43,70,71,72). Bazı çalışmalar erkeklerin, kadınlara göre daha fazla ortoreksiya nervoza eğiliminde olduğunu göstermektedir (73,74,75), Diğer çalışmalar kadınların erkeklere göre daha fazla ortoreksiya nervoza eğiliminde olduğunu bildirmektedir (76,77,78,79) Bu bağlamda; sağılıklı yeme takıntısı ve cinsiyet arasında literatürde çelişkili sonuçlar mevcuttur.

Bu çalışmada uzman ve pratisyen hekimlerde %26,2 oranında, diğer sağılık personeline (hemşire, ebe, sağılık memuru, paramedik ve acil tıp teknisyeni) %22,4 oranında sağılıklı beslenme takıntısı olduğu saptandı. Sağılıklı beslenme takıntısı ve meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi. Sağılık profesyonellerinde sağılıklı yeme takıntısının değerlendirildiği bir çalışmada, diyetisyen, hemşire, ebe, fizyoterapist ve sağılık memuru 132 kadın birey ile çalışma planlanmıştır. Çalışmaya göre, kadın sağılık profesyonellerinin %75,8' i ON eğilimi göstermektedir. Özellikle hemşire (%35,0) ve ebelerde (%30,0) ortoreksiya eğiliminin daha fazla olduğu görülmektedir. Fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı

bulunmamıştır (78). Beslenme ve Diyetetik, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Hemşirelik, Görsel İletişim ve Tasarım, Hukuk Fakültesi Eğitim Bilimleri Fakültesi öğrencilerinde yapılan yüksek lisans tez çalışmasında, ON görülme sıklığı; en az %72,7 ile Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencilerinde iken, en fazla %89,1 ile Eğitim Bilimleri, %87,2 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon öğrencilerinde görülmektedir. Fakat ON ve üniversite bölümleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (80). Bağcı Bosi'nin ON görülme sıklığını araştırdığı bir çalışmada, 318 tıp doktoru ile Orto-15 ölçeğini kullanılarak çalışma planlanmıştır. Araştırma grubunun %45,5'inin Orto-15 puanının 40'ın altında olduğu, beslenme ile ilgili yüksek hassasiyet veya ortorektik davranış sergileme eğiliminde olduğu bildirilmiştir (8). Sağlık personeli olan (doktor, hemşire, ebe) 206 kişi ve sağlık personeli olmayan 206 kişi ile yapılan ON görülme sıklığının araştırıldığı yüksek lisans tez çalışmasında, sağlık çalışanlarında ON görülme sıklığının %61,1, sağlık çalışanı olmayan grupta %60,2 olduğu belirtilmiştir. İki grup arasında ON bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (81). Kinzl ve arkadaşlarının 283 kadın diyetisyen ile gerçekleştirdiği çalışmada, diyetisyenlerin %52,3'ünde ON belirtilerinin gözlenmediği %34,9'unun ortorektik davranış gösterdiği ve %12,8'inin ON olduğu belirtilmiştir (82). Fidan ve arkadaşları, tıp öğrencilerinde yaptıkları çalışmada ON görülme sıklığını %43,6 olarak bildirmişlerdir (77). Hemşirelik öğrencilerinin yeme davranışları ve ortoreksiya ile ilişkisinin değerlendirildiği kesitsel bir çalışmada, katılımcıların yaklaşık yarısının ON açısından riskli olduğu ifade edilmektedir (83).

Bu çalışmada, kronik hastalık varlığı, sigara içme durumu, alkol tüketme durumu, düzenli egzersiz yapma durumu, antropometrik ölçümler ve sağlıklı yeme takıntısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi. Portekiz'de yapılan bir çalışmada; sigara içme, alkol tüketme durumu ve ON arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı gösterilmiştir (84). Karakuş ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; benzer şekilde, kronik hastalık varlığı, sigara içme durumu, alkol tüketme durumu ve sağlıklı yeme takıntısı arasında istatistiksel açıdan bir farklılık görülmemiştir (85).

Türk performans sanatçıları arasında yapılan bir çalışmada, alkol ve sigara kullanımı, BKİ ve ON arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (86). Astangha yoga

uygulayıcıları ile yapılan bir çalışmada, BKİ ve ON arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (87).

810 katılımcı ile yürütülen bir çalışmada, Daha fazla spor yapan katılımcılar, hiç spor yapmayan kişilere kıyasla ON için daha yüksek bir eğilim göstermekte, hiç alkol almayan katılımcılar, alkol tüketenlere göre daha yüksek ON eğilimine sahipti. Sigara içme durumu ve ON arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (88).

Asil ve arkadaşlarının 117 diyetisyen ile yaptıkları bir çalışmada, BKİ değeri 25 ve üzeri olanlar ORTO-15 testinde en düşük puanı aldılar ve bu da yeme bozukluğu sergileme riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. BKİ değerleri ile ortorektik eğilim artışı arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Kronik hastalık ve ON arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (89). İtalya’da 2130 üniversite öğrencisinde yapılan bir çalışmada, BKİ <18.5 olduğunda “Düşük”, 18.5 ile 25 arasında “Normal”; ≥ 25 olduğunda "Yüksek" olarak sınıflandırılmıştır. Normal veya yüksek BKİ' li bireylere kıyasla düşük BKİ' si olan bireyler arasında ON prevelansının anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (90). Bağcı Bosi'nin çalışmasında BKİ değerleri arttıkça orto-15 puanın arttığını, ON riskinin azaldığı belirtilmiştir. Fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (8). Gezer ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, BKİ değerleri arttıkça ON riskinin arttığı belirtilmektedir (91).

Bu çalışmada yaş ve sağlıklı yeme takıntısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi. Benzer şekilde, yapılan 2 farklı çalışmada da yaş ve sağlıklı yeme takıntısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (87,92). İtalya’da yapılan bir çalışmada, 29 yaşından küçük katılımcılarda artan ON eğilimi görülmüştür (93). Bu çalışmaların aksine yapılan bir çalışmada ON’li bireylerin yaşlarının daha büyük olduğu belirtilmiştir (76).

Bu çalışmada kişinin beslenme şeklini yeterli ve dengeli olarak değerlendirmesi, ana öğün, ara öğün tüketimi, dışarda yemek yeme, diyet uygulama ve sağlıklı yeme takıntısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi. Arusoğlu’nun beslenme ve diyetetik öğrencilerinde yaptığı bir çalışmada, öğün atlama ve ON eğilimi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (94). Yeşil ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, ON ve öğün sayısı arasında pozitif anlamda bir

ilişki olduğu bildirilmiştir. Fakat bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (95). Ertürk'ün çalışmasında ortorektik eğilim göstermenin öğün atlama ile bağlantılı olmadığı belirtilmiştir. (96). Hemşirelik öğrencilerinde sosyal medya kullanımı ve ON ilişkisinin incelendiği 339 öğrenci ile yapılan yüksek lisans tez çalışmasında, öğrencilerin günlük tüketilen ana öğün sayısı ile ON puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (97)

Bu çalışmada sağlıklı beslenme takıntısı olanlarda olmayanlara göre günlük tüketilen ortalama yağ ve tekli doymamış yağ asit, kolesterol miktarları daha düşük bulundu. Diğer enerji ve makro besin öğelerinin günlük tüketilen miktar ortalamaları sağlıklı beslenme takıntısı olma durumuna göre farklılık göstermemekteydi. Sağlıklı beslenme takıntısı olanlarda olmayanlara göre günlük tüketilen ortalama B12, D vitamini miktarları daha düşüktü. Diğer mikro besin öğelerinin günlük tüketilen miktar ortalamaları, sağlıklı beslenme takıntısı olma durumuna göre farklılık göstermemekteydi. Yapılan bir çalışmada, ortorektik olanlarda olmayanlara göre günlük tüketilen ortalama yağ, doymuş yağ asidi, tekli doymamış yağ asit ve kolesterol miktarları anlamlı daha yüksek bulunmuştur (98). Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada, ortorektik olanlarda olmayanlara göre enerji alımı ve doymuş yağ miktarı daha düşük bulunmuştur (99).

Aldemir'in çalışmasında ortorektik eğilim gösteren grubun; harcanan enerji, yağ (%) alım değerleri ortorektik eğilim göstermeyen gruba göre anlamlı düzeyde düşük, karbonhidrat (%) daha yüksek bulunmuştur (100).

Üç günlük besin tüketim kayıtlarından elde edilen verilere göre SYİ-2015 bileşenleri hesaplandı. Araştırma grubunun toplam meyve puan ortalamasının $3,55 \pm 2,10$, tam meyve puan ortalamasının $3,74 \pm 2,11$, toplam sebze puan ortalamasının $4,91 \pm 0,43$, kurubaklagil ve koyu yeşil yapraklı sebze puan ortalamasının $4,82 \pm 0,66$, tam tahıl puan ortalamasının $5,14 \pm 4,46$, süt ve süt ürünleri puan ortalamasının $9,41 \pm 1,70$, toplam protein puan ortalamasının $5,0 \pm 0,0$, deniz ürünü ve bitkisel protein puan ortalamasının $4,41 \pm 1,44$, yağ asitleri puan ortalamasının $4,41 \pm 1,44$, eklenmiş şeker puan ortalamasının $8,14 \pm 3,36$, doymuş yağ asidi puan ortalamasının $0,56 \pm 1,16$, SYİ toplam puan ortalamasının $52,66 \pm 9,30$ olduğu görüldü.

Bu çalışmada SYİ-2015 ortalama puanı 55,66 olarak bulundu. Lojistik regresyon analizinde anlamlılık kaybolmakla birlikte tek değişkenli analizlerde geliştirilmesi gereken diyet kalitesine sahip kadınların oranı (%72,2) erkeklerden (%47,5) anlamlı olarak daha yüksekti. 187 ülkeyi kapsayan erkek ve kadınların diyet kalitesinin sistematik bir değerlendirmesinde, kadınların erkeklere nazaran beslenme düzeninin daha iyi olduğu bildirilmiştir (101). Amerika’ da 11181 yetişkin ile yapılan bir çalışmada ABD’li yetişkinlerin ortalama SYİ-2010 puanı 55.9 olarak bulunmuştur (102). Yapılan bir başka çalışmada SYİ-2015 puan ortalaması 54,4 olarak belirtilmiştir (103).

Bu çalışmada lojistik regresyon analizinde anlamlılık kaybolmakla birlikte tek değişkenli analizlerde alkol tüketim durumu, eğitim durumu ve diyet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Lise ve üniversite mezunu olanlar daha iyi diyet kalitesine sahipti. Alkol tüketmeyen bireyler anlamlı olarak daha iyi diyet kalitesine sahipti. Medeni durum, kronik hastalık varlığı, sigara içme durumu, düzenli egzersiz yapma durumu ve araştırma grubunun antropometrik ölçümleri ile diyet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Araştırma grubunun mesleği, ara öğün tüketimi ve diyet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi. Lojistik regresyon analizine göre; kötü diyet kalitesi, doktor olanlarda hekim dışı personele göre 2,90 kat (%95 GA=1,35-6,24; p=0,006); ara öğün tüketmeyenlerde tüketenlere göre 4,28 kat (%95 GA=1,81-10,17; p=0,001) daha fazla görüldüğü belirlendi.

Diyet kalitesi kötü olanlarda geliştirilmesi gerekenlere göre günlük tüketilen ortalama omega 6 yağ asit, lif miktarları daha düşük, enerjinin proteinden gelen yüzdesi daha yüksek bulundu. Diğer enerji ve makro besin öğelerinin günlük tüketilen miktar ortalamaları diyet kalitesine göre farklılık göstermemektedir.

Diyet kalitesi kötü olanlarda geliştirilmesi gerekenlere göre günlük tüketilen ortalama B1, B2, B6 Vitamini, Folat, E Vitamini, Potasyum, Magnezyum, Fosfor, Demir ve Biotin miktarları daha düşüktü. Diğer mikro besin öğelerinin günlük tüketilen miktar ortalamaları, diyet kalitesine göre farklılık göstermemektedir.

350 sağlık çalışanı ile yürütülen bir çalışmada, sağlık çalışanlarının meslek dağılımı ve SYİ-2005 puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark belirtilmiştir.

Hekimlerin SYİ-2005 puan ortalamasının 64,46 olduğu ifade edilmiştir (104). Yüksek lisans tez çalışmasında eğitim durumu ve SYİ-2010 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür. SYİ-2010 ortalaması, eğitim seviyesi yüksek lisans olanlarda 52,80, üniversite mezunlarında 57,37, lise mezunlarında 53,91, ortaokul mezunlarında 46,67, ilkokul mezunlarında 47,70 olarak belirtilmiştir (105). Türkiye’de enerji ve besin ögesi alımları ve SYİ-2005 arasındaki ilişkiyi incelemek için 1104 genç yetişkin ile çalışma planlanmıştır. Araştırma grubunun diyet kalitesi puanları 23,7 ile 77,5 arasında olup ortalaması $51,5 \pm 9,07$ olarak hesaplanmıştır. Diyet kalite sınıflamasına göre araştırma grubunun %42,8’i kötü, %57,2’si geliştirilmesi gereken diyet kalitesine dahil olmuştur. Araştırma grubunda İyi diyet kalitesine dahil olan kimseye rastlanmamıştır. Diyet kalitesi kötü olanlarda geliştirilmesi gerekenlere göre günlük tüketilen ortalama protein miktarı, lif, enerjinin protein, karbonhidrattan gelen yüzdesi daha düşük, yağ ve enerjinin yağdan gelen yüzdesi daha yüksek bulunmuştur. Diğer enerji ve makro besin öğelerinin günlük tüketilen miktar ortalamaları diyet kalitesine göre farklılık göstermemiştir (106). Yapılan bir çalışmada BKİ, bel çevresi ve bel/boy oranı ve SYİ-2015 skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (107). Erkut’un çalışmasında diyet kalitesi kötü olanlarda geliştirilmesi gerekenlere göre günlük tüketilen ortalama C vitamini, enerjinin proteinden gelen yüzdesi daha yüksek, yağ daha yüksek bulunmuştur. Diyet kalite sınıflamasına göre bireylerin %76,1’inin kötü, %23,9’unun ise geliştirilmesi gerekli diyet kalitesine dahil olduğu belirtilmiştir. Öğün sayısı ve diyet kalitesi ilişkisi incelendiğinde; ≤ 2 sayıda ana öğün tüketenlerin diyet kalite sınıflamasına göre %84,1’i kötü diyet kalitesine, %15,9’u geliştirilmesi gereken diyet kalitesine dahil olup >2 ’den fazla ana öğün tüketenlerde bu değerlerin daha düşük olduğu rapor edilmiştir. Ara öğün sayısı ve diyet kalitesi arasında anlamlı bir ilişki gözlemlenmemiştir (108). Evans ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada her bir ek ana öğün sayısı SYİ-2015 puanını 2,73 puan azaltırken, her bir ilave ara öğün sayısı SYİ-2005’i 5,40 puan artırmıştır (109). Breslow ve arkadaşlarının 3729 kişi ile yaptığı bir çalışmada, alkol miktarı arttıkça diyet kalitesinin kötüleştiği, alkol sıklığı arttıkça diyet kalitesinin iyileştiği tespit edilmiştir. Diyet kalitesinin, en yüksek miktarda, en düşük sıklıkta içenler arasında en kötü ve en düşük miktarda, yüksek sıklıkta içenler arasında en iyi olduğu ifade edilmiştir (110).

Araştırma grubunun sağlıklı beslenme takıntısına göre diyet kalitesi farklılık göstermemekteydi. Yapılan 2 farklı çalışmada da ORTO-11 puanları ve Diyet Kalite İndeksi-Uluslararası (DKİ-U) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (91,111).

Bu çalışmanın güçlü yönleri: Katılımcıların 2 gün hafta içi, 1 gün hafta sonu olmak üzere geriye dönük 24 saatlik besin tüketim kayıtlarının sorgulanması ve SYİ-2015 bileşenlerinin hesaplanması.

Bu çalışmanın kısıtlı yönleri: Araştırmaya katılım oranı daha yüksek olabilirdi. Fakat covid-19 salgın oranı attığı dönemde tez çalışması yürütüldü. Bulaş riskine karşı tüm önlemlerin alınmasına rağmen bazı katılımcılar araştırmaya katılmayı kabul etmedi. Covid-19'a karşı aşılama çalışmaları başladığı için aile sağlığı merkezlerinde yoğunluk vardı. Antropometrik ölçümler araştırmacı tarafından alınabilirdi. Pandemi dönemimde olduğumuz için teması azaltmak adına ölçüm alınamadı.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışma Isparta İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya Nervoza) ve Diyet Kalitesi ile ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirildi. Çalışmaya Isparta il merkezinde bulunan birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan 137 sağlık personeli katıldı. Buna göre şu sonuçlara ulaşıldı:

1. Araştırma grubunun %29,2'si erkek, %70,8'i kadındı. Grubun %86,9'u evli, %13,1'i bekarı. Bireylerin eğitim durumuna bakıldığında; %5,1'i lise, 46,7'si üniversite ve %48,2'si yüksek lisans ve üzeri mezunuydu. Araştırma grubunun meslek dağılımı incelendiğinde; %9,5'i uzman hekim, %35,0'ı hekim, %27,7'si hemşire, %24,8'i ebe, %2,9'u sağlık memuruydu. Grubun %21,8'i sigara içmekteydi. Bir haftada içilen ortalama sigara miktarı, $88,55 \pm 45,25$ adetti. Sigara içme süresi ortalama $15,44 \pm 9,24$ yıld. Grubun %10,9'u alkol almaktaydı. Bir haftada tüketilen ortalama alkol miktarı $593,0 \pm 554,35$ ml'idi. Grubun %19,0'ı düzenli egzersiz yapmaktaydı.
2. Araştırmaya grubunun yaş ortalaması $42,02 \pm 8$. Grubun meslekte çalışma süresi ortalaması $18,71 \pm 8,24$ tü.
3. Grubun %38,0'ı hekim tarafından tanısı konulmuş kronik hastalığı olduğunu belirtti.
4. Yeterli ve dengeli besleniyor musunuz sorusuna grubun %56,2'si evet, %31,4'ü bazen, %12,4'ü hayır yanıtını verdi. Grubun %64,2'si 3 ana öğünden herhangi birini atlamadığını, %35,8'i en az bir ana öğün atladığını belirtti. En sık atlanan ana öğün (%21,2) öğle ana öğünüydü. Grubun %76,6'sı üç ara öğünden en az birini tükettiğini, %23,4'ü ara öğün yapmadığını belirtti. En sık yapılan ara öğün (%52,6) ikinci ara öğünüydü. Grubun %90,5'i dışarda yemek yeme alışkanlığı olduğunu ifade etti. Dışarıda en sık tercih edilen yemek (%74,2) kebab/lahmacun/pide'idi. Araştırma grubunun %13,9'u diyet uygulamaktaydı.
5. DSÖ'nün BKİ sınıflamasına göre, grubun %39,4'ü normal ağırlıkta, %45,3'ü kilolu, %15,3'ünün obez olduğu saptandı. Bel çevresi sınıflamasına göre grubun %29,9'u normal, %70,1'i riskli/artmış risk grubundaydı. Bel/ boy oranı

sınıflamasına göre bireylerin %26,3'ünün normal, %73,7'si riskli grupta olduğu belirlendi.

6. Araştırma grubunun 3 günlük besin tüketim kayıtlarından elde edilen verilere göre; ortalama enerji alımı $1592,79 \pm 337,33$ kkal olarak saptandı. Diyetle alınan ortalama karbonhidrat miktarı $154,15 \pm 43,31$ g, diyetle alınan ortalama protein miktarı $59,20 \pm 15,30$ g, diyetle alınan ortalama yağ miktarı $79,61 \pm 18,13$ g'dı. Erkeklerin günde ortalama enerji alımının $1680,43 \pm 412,45$ kkal, kadınların günlük ortalama enerji alımının $1556,65 \pm 295,93$ kkal olduğu belirlendi. Erkek ve kadınlarda günlük ortalama enerji alımı, önerilenin altındaydı. Erkeklerin günlük aldıkları ortalama karbonhidrat miktarı $162,30 \pm 56,96$ g, kadınların $150,78 \pm 36,25$ g'dı. Erkek ve kadınlarda diyetle günlük alınan ortalama karbonhidrat miktarı önerilen miktarın altındaydı. Erkeklerin günlük aldıkları ortalama protein miktarı $15,62 \pm 2,81$ g, kadınların $15,21 \pm 3,18$ g'dı. Erkek ve kadınlarda diyetle günlük alınan ortalama protein miktarı önerilen miktarın altındaydı.
7. Bu çalışmada %25'lik değere karşılık ORTO kesim noktası 25 olarak belirlendi.
8. Araştırma grubunun %24,1'inde sağlıklı beslenme takıntısı olduğu görüldü.
9. Cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, kronik hastalık varlığı, sigara içme durumu, alkol tüketme durumu, düzenli egzersiz yapma durumu, antropometrik ölçümler ve sağlıklı yeme takıntısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi
10. Sağlıklı beslenme takıntısı olma durumuna göre araştırma grubunun yaş ve meslekte çalışma süresi ortalamaları anlamlı farklılık göstermemekteydi
11. Kişinin beslenme şeklini yeterli ve dengeli olarak değerlendirmesi, ana öğün, ara öğün tüketimi, dışarda yemek yeme, diyet uygulama ve sağlıklı yeme takıntısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi
12. Sağlıklı beslenme takıntısı olanlarda olmayanlara göre günlük tüketilen ortalama yağ ve tekli doymamış yağ asit, kolesterol miktarları daha düşük bulundu. Diğer enerji ve makro besin öğelerinin günlük tüketilen miktar ortalamaları sağlıklı beslenme takıntısı olma durumuna göre farklılık göstermemekteydi. Sağlıklı beslenme takıntısı olanlarda olmayanlara göre günlük tüketilen ortalama B12, D vitamini miktarları daha düşüktü. Diğer mikro besin öğelerinin günlük tüketilen

miktar ortalamaları, sağlıklı beslenme takıntısı olma durumuna göre farklılık göstermemektedir.

13. Araştırma grubunun SYİ toplam puan ortalamasının $52,66 \pm 9,30$ olduğu görüldü.
14. Araştırma grubunun %65,0'ı geliştirilmesi gereken, %35,0'ı kötü diyet kalitesine sahipti.
15. Geliştirilmesi gereken diyet kalitesine sahip kadınların oranı (%72,2) erkeklerden (%47,5) anlamlı olarak daha yüksekti. Diyet kalitesi ve bireylerin eğitim durumu arasında anlamlı bir fark tespit edildi. Lise ve üniversite mezunu olanlar daha iyi diyet kalitesine sahipti. Araştırma grubunun mesleği ve diyet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi. Hekimler daha kötü diyet kalitesine sahipti. Alkol tüketmeyen bireyler anlamlı olarak daha iyi diyet kalitesine sahipti. Medeni durum, kronik hastalık varlığı, sigara içme durumu, düzenli egzersiz yapma durumu ve araştırma grubunun antropometrik ölçümleri ile diyet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı.
16. Diyet kalitesine göre, araştırma grubunun yaş ve meslekte çalışma süresi ortalamaları anlamlı farklılık göstermemektedir.
17. Ara öğün tüketimi ve diyet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlendi. Kötü diyet kalitesine sahip olanlar, ara öğün tüketmeyenlerde (%81,3), en az bir ara öğün tüketenlerdekine göre (%74,3) daha yüksekti. Kişinin beslenme şeklini yeterli ve dengeli olarak değerlendirmesi, ana öğün tüketimi, dışarda yemek yeme, diyet uygulama durumuna göre diyet kalitesi dağılımı arasında farklılık belirlenmedi.
18. Diyet kalitesi kötü olanlarda geliştirilmesi gerekenlere göre günlük tüketilen ortalama omega 6 yağ asit, lif miktarları daha düşük, enerjinin proteinden gelen yüzdesi daha yüksek bulundu. Diğer enerji ve makro besin öğelerinin günlük tüketilen miktar ortalamaları diyet kalitesine göre farklılık göstermemektedir. Diyet kalitesi kötü olanlarda geliştirilmesi gerekenlere göre günlük tüketilen ortalama B1, B2, B6 Vitamini, Folat, E Vitamini, Potasyum, Magnezyum, Fosfor, Demir ve Biotin miktarları daha düşüktü. Diğer mikro besin öğelerinin günlük tüketilen miktar ortalamaları, diyet kalitesine göre farklılık göstermemektedir.

19. Sağlıklı beslenme takıntısına göre diyet kalitesi farklılık göstermemekteydi.
20. Kötü diyet kalitesi ile ilişkili bulunan değişkenler: (cinsiyet [risk: erkek olmak], eğitim durumu [risk: yüksek lisans ve üzerinde mezun], meslek [risk: doktor olmak], alkol tüketimi [risk: alkol tüketmek], ara öğün tüketimi [risk: ara öğün tüketmemek]. Kötü diyet kalitesi, doktor olanlarda hekim dışı personele göre 2,90 kat, ara öğün tüketmeyenlerde tüketenlere göre 4,28 kat daha fazla görüldüğü belirlendi.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre şu önerilerde bulunulabilir;

- Sağlıklı beslenme takıntısı, katı ve kısıtlı bir diyet uygulayarak bireylerin yetersiz ve dengesiz beslenmesine yol açmaktadır. Görülme sıklığı giderek artmasına rağmen ON tanı kriterleri DSM-V' te yer almamaktadır. Farklı sosyo-kültürel gruplarda ve daha fazla katılımcının dahil olduğu yeni çalışmalarla tanı kriterleri belirlenebilir.
- Sağlıklı yeme takıntısı, artan prevelansı dikkate alındığında bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmeli ve ekipte multidisipliner bir çalışma ile teşhis ve tedavisi planlanmalıdır.
- Birinci basamak sağlık çalışanları farkındalık oluşturma, bireylere sağlık davranışları kazandırma, hastalıkların teşhis, tedavi ve önlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Sağlık çalışanları ve toplum sağlıklı beslenme uygulamaları ile bilgilendirilmelidir. Bu nedenle birinci basamak sağlık kuruluşlarında diyetisyenlerin yer alması ve yaygınlaştırılması hedeflenmelidir.
- En az bir ara öğün yapmanın diyet kalitesini olumlu yönde etkilediği görüldü. Ara öğün tüketimine önem verilmeli.
- Hekimlerin daha kötü diyet kalitesine sahip olduğu görüldü. Hekimler yeterli ve dengeli beslenmeye daha çok önem vermelidir.
- Çalışmada sağlıklı beslenme takıntısı olanlarda olmayanlara göre B12 ve D vitamini alımı daha düşük bulundu. Sağlıklı beslenme takıntısında artan besin kısıtlamaları görülmekte ve sınırlı bir diyet tüketimi yetersiz besin ögesi alımına neden olmaktadır. Öğün planlanırken sağlıklı tabak modeli dikkate alınmalı, çeşitli bir diyet tercih edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Baysal A. Beslenme. 15. Baskı, Ankara: Hatiboğlu Basın ve Yayım San. Tic. Ltd. Şti. 2014, s.9-18.
2. Guerrero MLP, Pérez-Rodríguez F. Diet quality indices for nutrition assessment: types and applications. In: Functional food- Improve health through adequate food. Chávarri Hueda M. London: InTech, 2017: 282-308.
3. Niedzielski A, Kaźmierczak-Wojtaś N. Prevalence of Orthorexia Nervosa and Its Diagnostic Tools-A Literature Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(10):5488. doi: 10.3390/ijerph18105488
4. Chaki B, Pal S, Bandyopadhyay A. Exploring scientific legitimacy of orthorexia nervosa: A newly emerging eating disorder. *Journal of Human Sport and Exercise*. 2013; 8(4), 1045-1053. doi: 10.4100/jhse.2013.84.14
5. Alvarenga MS, Martins MC, Sato KS, Vargas SV, Philippi ST, Scagliusi FB. Orthorexia nervosa behavior in a sample of Brazilian dietitians assessed by the Portuguese version of ORTO-15. *Eat Weight Disord*. 2012;17(1): e29-e35. doi:10.1007/BF03325325
6. Tremelling K, Sandon L, Vega GL, McAdams CJ. Orthorexia Nervosa and Eating Disorder Symptoms in Registered Dietitian Nutritionists in the United States. *J Acad Nutr Diet*. 2017;117(10):1612-1617. doi: 10.1016/j.jand.2017.05.001
7. Agopyan A, Batuhan Kenger E, Kermen S, Tuce Ulker M, Ataberk Uzsoy M, Kucuk Yetgin M. The relationship between orthorexia nervosa and body composition in female students of the nutrition and dietetics department. *Eating and Weight Disorders*. 2019; 24: 257-266. doi: 10.1007/s40519-018-0565-3.
8. Bağcı Bosi AT, Camur D, Güler C. Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite*. 2007;49(3):661-666. doi: 10.1016/j.appet.2007.04.007
9. Hyrnik J, Janas-Kozik M, Stochel M, Jelonek I, Siwiec A, Rybakowski JK. The assessment of orthorexia nervosa among 1899 Polish adolescents using the ORTO-15 questionnaire. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2016;20(3):199-203. doi:10.1080/13651501.2016.1197271
10. Segura-García C, Papaiani MC, Caglioti F, et al. Orthorexia nervosa: a frequent eating disordered behavior in athletes. *Eat Weight Disord*. 2012;17(4): 226-233. doi:10.3275/8272
11. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *The Lancet*, 2020; 395: 899–911. doi:10.1016/s0140-6736(20)30059-3
12. Yalınzoğlu Çaka S, Çınar N, Altınkaynak S. Adolesanda Yeme Bozuklukları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018; 7(1): 203-209
13. Walsh, B.T., 2019. Diagnostic Categories for Eating Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*. 42 (1), pp. 1-10.

14. Amerikan Psikiyatri Birliği (1987). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Gözden Geçirilmiş Üçüncü Baskı (DSM-III-R), (Çev. E. Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1989
15. Amerikan Psikiyatri Birliği, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı (DSM IV) (Çev. Ed: E. Köroğlu). Hekimler Yayın Birliği. Ankara 1994
16. Call, C., Walsh, B. T., & Attia, E. (2013). From DSM-IV to DSM-5: changes to eating disorder diagnoses. *Current Opinion in Psychiatry* , 26(6), 532-536
17. Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). Amerikan Psikiyatri Birliği Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
18. Ünal, R. N.; Samur, F. G. Pika Davranışının İnsan Sağlığı Üzerine Etkileri. *Bes Diy Der* 2012, 40, 155-162.
19. Bryant-Waugh, R. (2019). Feeding and Eating Disorders in Children. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(1), 157–167. doi: 10.1016/j.psc.2018.10.005
20. Murray HB, Juarascio AS, Di Lorenzo C, Drossman DA, Thomas JJ. Diagnosis and Treatment of Rumination Syndrome: A Critical Review. *Am J Gastroenterol*. 2019;114(4):562-578. doi:10.14309/ajg.0000000000000060
21. Absah I, Rishi A, Talley NJ, Katzka D, Halland M. Rumination syndrome: pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Neurogastroenterol Motil*. 2017;29(4). doi: 10.1111/nmo.12954
22. Vachhani H, Ribeiro BS, Schey R. Rumination Syndrome: Recognition and Treatment. *Curr Treat Options Gastroenterol*. 2020; 18(1):60-68. doi:10.1007/s11938-020-00272-4
23. Nicholls D, Bryant-Waugh R. Eating disorders of infancy and childhood: definition, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2009;18(1):17-30. doi: 10.1016/j.chc.2008.07.008
24. Brigham KS, Manzo LD, Eddy KT, Thomas JJ. Evaluation and Treatment of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) in Adolescents. *Curr Pediatr Rep*. 2018;6(2):107-113. doi:10.1007/s40124-018-0162-y
25. Karadere ME, Hocaoglu Ç. Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu Nedir? Tanı ve Tedavi Yaklaşımları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018; 7(4): 110-118.
26. Herpertz-Dahlmann B. Adolescent Eating Disorders—Definition, Symptomatology, and Comorbidity. In: *Eating Disorders and Obesity in Children and Adolescents*. Herpertz-Dahlmann B, Hebebrand J. Elsevier, 2019; 39–46. doi:10.1016/b978-0-323-54852-6.00007-0
27. Herpertz-Dahlmann B. Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2015;24(1):177-196. doi: 10.1016/j.chc.2014.08.003
28. Moore CA, Bokor BR. Anorexia Nervosa. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2020

29. Bulik CM, Flatt R, Abbaspour A, Carroll I. Reconceptualizing anorexia nervosa. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2019;73(9):518-525. doi:10.1111/pcn.12857
30. Önal Sönmez A. Çocuk ve Ergenlerde Yeme Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 2017; 9(3): 301-316.
31. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68(7):724-731. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.74
32. Tasca GA. Attachment and eating disorders: a research update. *Curr Opin Psychol.* 2019; 25:59-64. doi: 10.1016/j.copsyc.2018.03.003
33. Castillo M, Weiselberg E. Bulimia Nervosa/Purging Disorder. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2017;47(4):85-94. doi: 10.1016/j.cppeds.2017.02.004
34. Turan Ş, Poyraz C, Özdemir A. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 2015; 7(4): 419-435.
35. Guerdjikova AI, Mori N, Casuto LS, McElroy SL. Binge Eating Disorder. *Psychiatric Clinics of North America.* 2017; 40(2): 255–266. doi: 10.1016/j.psc.2017.01.003
36. Dingemans A, Danner U, Parks M. Emotion Regulation in Binge Eating Disorder: A Review. *Nutrients.* 2017;9(11):1274. doi: 10.3390/nu9111274
37. Bohon C. Binge Eating Disorder in Children and Adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America.* 2019; 28(4): 549–555. doi: 10.1016/j.chc.2019.05.003
38. Bratman S. Health Food Junkie: Obsession with dietary perfection can sometimes do more harm than good, says one who has been there. *Yoga Journal.* 1997; 136:42-46
39. Bratman S. Orthorexia vs. theories of healthy eating. *Eat Weight Disord.* 2017;22(3):381-385. doi:10.1007/s40519-017-0417-6
40. Brytek-Matera A. Vegetarian diet and orthorexia nervosa: a review of the literature. *Eat Weight Disord.* 2021; 26(1):1-11. doi:10.1007/s40519-019-00816-3
41. Koven NS, Abry AW. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2015; 11:385-394. doi:10.2147/NDT.S61665
42. Saddichha S, Babu GN, Chandra P. Orthorexia nervosa presenting as prodrome of schizophrenia. *Schizophr Res.* 2012;134(1):110. doi:10.1016/j.schres.2011.10.017
43. Şengül R, Hocaoglu Ç. Ortoreksiya Nervoza nedir? Tanı ve tedavi yaklaşımları. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2019; 14(2): 101-104.

44. Bratman S, Knight D. Health food junkies: overcoming the obsession with healthful eating. New York: Broadway Books, 2000
45. Missbach B, Dunn TM, König JS. We need new tools to assess Orthorexia Nervosa. A commentary on "Prevalence of Orthorexia Nervosa among College Students Based on Bratman's Test and Associated Tendencies". *Appetite*. 2017; 108:521-524. doi: 10.1016/j.appet.2016.07.010
46. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C. Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eat Weight Disord*. 2005;10(2): 28-32. doi:10.1007/BF03327537
47. Arusoğlu G. Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya) Belirtilerinin İncelenmesi, Orto-15 Ölçeğinin Uyarlanması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; Ankara, (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Gülden Köksal), 2006; 32-97.
48. Moroze RM, Dunn TM, Craig Holland J, Yager J, Weintraub P. Microthinking about micronutrients: a case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal "orthorexia nervosa" and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics*. 2015;56(4):397-403. doi: 10.1016/j.psych.2014.03.003
49. Dunn TM, Bratman S. On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eat Behav*. 2016; 21:11-17. doi: 10.1016/j.eatbeh.2015.12.006
50. Brytek-Matera, A., 2012. Orthorexia nervosa -an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 14 (2012; 1), pp (1): 55–60
51. Barthels F, Meyer F, Pietrowsky R. Orthorexic eating behavior. A new type of disordered eating. *Ernährungs Umschau*. 2015; 62(10): 156–161. doi: 10.4455/eu.2015.029
52. Ruel, MT. Is Dietary Diversity an Indicator of Food Security or Dietary Quality? A Review of Measurement Issues and Research Needs. FCND Discussion Paper No. 140. Washington, DC: International Food Policy Research Institute, 2000
53. Quirk SE, Williams LJ, O'Neil A, et al. The association between diet quality, dietary patterns and depression in adults: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2013; 13: 175. Published 2013 Jun 27. doi:10.1186/1471-244X-13-175
54. Bloom I, Shand C, Cooper C, Robinson S, Baird J. Diet Quality and Sarcopenia in Older Adults: A Systematic Review. *Nutrients*. 2018;10(3):308. Published 2018 Mar 5. doi:10.3390/nu10030308
55. Kourlaba G, Panagiotakos DB. Dietary quality indices and human health: a review. *Maturitas*. 2009;62(1):1-8. doi:10.1016/j.maturitas.2008.11.021
56. Kennedy ET, Ohls J, Carlson S, Fleming K. The Healthy Eating Index: design and applications. *J Am Diet Assoc*. 1995;95(10):1103-8. 1995 Oct;95(10):1103-8.

57. Guenther PM, Casavale KO, Reedy J, Kirkpatrick SI, Hiza HA, Kuczynski KJ, Kahle LL, Krebs-Smith SM. Update of the Healthy Eating Index: HEI-2010. *J Acad Nutr Diet* 2013; 113(4):569-80. *J Acad Nutr Diet* 2013 Apr; 113(4):569-80.
58. Krebs-Smith SM, Pannucci TE, Subar AF, Kirkpatrick SI, Lerman JL, Tooze JA, Wilson MM, Reedy J. Update of the Healthy Eating Index: HEI-2015. *J Acad Nutr Diet* 2018 ;118(9):1591-1602 *J Acad Nutr Diet* 2018 Sep;118(9):1591-1602
59. Guenther PM, Reedy J, Krebs-Smith SM, Reeve BB, Basiotis PP. Development and Evaluation of the Healthy Eating Index-2005: Technical Report. Center for Nutrition Policy and Promotion, U.S. Department of Agriculture, 2007. Erişim adresi: <http://www.cnpp.usda.gov/HealthyEatingIndex.htm>. Erişim tarihi: 02.05.2020
60. Rakıcıoğlu N, Tek Acar N, Ayaz A, Pekcan G. Yemek ve Besin Fotoğraf Kataloğu-Ölçü ve Miktarlar. 2. Baskı, Ankara: Ata Ofset Matbaacılık, 2009
61. Kutluay Merdol T. Standart yemek tarifeleri. 8.Baskı, Ankara,: Hatiboğlu Yayıncılık, 2020
62. Baysal A, Kutluay Merdol T, Başoğlu S, Sacır H, Ciğerim N. Türk Mutfağından Örnekler. 4.Baskı, Ankara,: Hatiboğlu Yayıncılık, 2005
63. T.C. Sağık Bakanlığı. Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER)-2015. T.C. Sağık Bakanlığı Yayın No: 1031, Ankara; 2016
64. World Health Organization. BMI Classification. Erişim adresi: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>. Erişim tarihi: 16.05.2020
65. WHO. Waist Circumference and Waist–Hip Ratio: Report of a WHO Expert Consultation. Geneva, 2008.
66. Ashwell M, Hsieh SD. Six reasons why the waist-to-height ratio is a rapid and effective global indicator for health risks of obesity and how its use could simplify the international public health message on obesity. *International journal of food sciences and nutrition*, 2005; 6(5),303-307. *Int J Food Sci Nutr*. 2005;56(5):303-307. doi:10.1080/09637480500195066
67. Hayran M. Sağık Araştırmaları İçin Temel İstatistik. 1. Baskı. Ankara: Omega yayınları; 2011.
68. Varga M, Dukay-Szabó S, Túry F, van Furth EF. Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa [published correction appears in *Eat Weight Disord.* Eating and weight disorders. 2013 Jun;18(2):113. van Furth Eric, F [corrected to van Furth, Eric F]]. *Eat Weight Disord*. 2013;18(2): 103–111. doi:10.1007/s40519-013-0026-y
69. Strahler J, Hermann A, Walter B, Stark R. Orthorexia nervosa: A behavioral complex or a psychological condition?. *J Behav Addict*. 2018;7(4):1143-1156. doi:10.1556/2006.7.2018.129

70. Hayes O, Wu MS, De Nadai AS, Storch EA. Orthorexia Nervosa: An Examination of the Prevalence, Correlates, and Associated Impairment in a University Sample. *J Cogn Psychother.* 2017;31(2):124-135. doi:10.1891/0889-8391.31.2.124
71. Barnes MA, Caltabiano ML. The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eat Weight Disord.* 2017;22(1):177-184. doi:10.1007/s40519-016-0280-x
72. Meister SE. The occurrence of highly sensitive attitudes and behaviors toward eating among undergraduate students at a Midwestern University. M.S. thesis, Northern Illinois University, 2010.
73. Ramacciotti CE, Perrone P, Coli E, et al. Orthorexia nervosa in the general population: a preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15). *Eat Weight Disord.* 2011;16(2): 127-130. doi:10.1007/BF03325318
74. Brytek-Matera A, Donini LM, Krupa M, Poggiogalle E, Hay P. Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students. *J Eat Disord* 2015;3(1):2. doi: 10.1186/s40337-015-0038-2
75. Özenoğlu A, Dege G. Üniversite Gençliğinde Yeme Bozukluğunun Yordayıcıları Olarak Benlik Saygısı ve Beslenme Eğitiminin Ortoreksiya Nervoza Gelişmesi Üzerine Etkisi. *Bozok Tıp Dergisi.* 2015; 5(3): 5-14.
76. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C. Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eat Weight Disord.* 2004;9(2):151-157. doi:10.1007/BF03325060
77. Fidan T, Ertekin V, Işııkay S, Kirpınar I. Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Compr Psychiatry.* 2010;51(1):49-54. doi:10.1016/j.comppsy.2009.03.001
78. Tek NA, Ermumcu MŞK. Sağlık profesyonellerinde sağlıklı beslenme kaygısı: Ortoreksiya Nervoza (ON). *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016; 1(2): 59- 71
79. Roncero M, Barrada JR, Perpiñá C. Measuring Orthorexia Nervosa: Psychometric Limitations of the ORTO-15. *Span J Psychol.* 2017;20:E41. doi:10.1017/sjp.2017.36
80. Zarifoğlu A. Farklı Fakültelerdeki Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza Görülme Sıklığı İle Yeme Tutum Davranışları ve Beden Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, (Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ÜNLÜ), 2019
81. Ergin G. Sağlık personeli olan ve olmayan bireylerde ortoreksiya nervoza sıklığı araştırması. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Emine AKSOYDAN), 2014

82. Kinzl JF, Hauer K, Traweger C, Kiefer I. Orthorexia nervosa in dieticians. *Psychother Psychosom.* 2006;75(6):395-396. doi:10.1159/000095447
83. Arslantaş H, Adana F, Öğüt S, Ayakdaş D, Korkmaz A. Hemşirelik Öğrencilerinin Yeme Davranışları ve Ortoreksiya Nervosa (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) İlişkisi: Kesitsel Bir Çalışma. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2017; 8(3): 137-144.
84. Almeida C, Vieira Borba V, Santos L. Orthorexia nervosa in a sample of Portuguese fitness participants. *Eat Weight Disord.* 2018;23(4):443-451. doi:10.1007/s40519-018-0517-y
85. Karakus B, Hidiroglu S, Keskin N, Karavus M. Orthorexia nervosa tendency among students of the department of nutrition and dietetics at a university in Istanbul. *North Clin Istanbul.* 2017;4(2):117-123. doi:10.14744/nci.2017.20082
86. Aksoydan E, Camci N. Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eat Weight Disord.* 2009;14(1):33-37. doi:10.1007/BF03327792
87. Herranz Valera J, Acuña Ruiz P, Romero Valdespino B, Visioli F. Prevalence of orthorexia nervosa among ashtanga yoga practitioners: a pilot study. *Eat Weight Disord.* 2014;19(4):469-472. doi:10.1007/s40519-014-0131-6
88. Varga M, Thege BK, Dukay-Szabó S, Túry F, van Furth EF. When eating healthy is not healthy: orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC Psychiatry.* 2014;14:59. doi:10.1186/1471-244X-14-59
89. Asil E, Sürücüoğlu MS. Orthorexia Nervosa in Turkish Dietitians. *Ecol Food Nutr.* 2015;54(4):303-313. doi:10.1080/03670244.2014.987920
90. Dell'Oso L, Carpita B, Muti D, et al. Prevalence and characteristics of orthorexia nervosa in a sample of university students in Italy. *Eat Weight Disord.* 2018;23(1):55-65. doi:10.1007/s40519-017-0460-3
91. Gezer C, Kabaran S. Beslenme ve Diyetetik Bölümü Kız Öğrencileri Arasında Görülen Ortoreksiya Nervosa Riski. *S.D.Ü Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013; 4(1), 14-22
92. Turner PG, Lefevre CE. Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eat Weight Disord.* 2017;22(2):277-284. doi:10.1007/s40519-017-0364-2
93. Dell'Oso L, Abelli M, Carpita B, Massimetti G, Pini S, Rivetti L, Gorrasi F, Tognetti R, Ricca V, Carmassi C. Orthorexia nervosa in a sample of Italian university population. *Riv Psichiatri.* 2016; 51(5):190-196. doi: 10.1708/2476.25888.
94. Arusoğlu G. Beslenme ve diyetetik bölümü erkek öğrencilerinde ortoreksiya nervosa eğiliminin belirlenmesi. *The Journal of Academic Social Science* 2018; 86:56-71.
95. Yeşil E, Turhan B, Tatan D, Şarahman C, Saka M. Yetişkin Bireylerde Cinsiyetin Ortoreksiya Nervosa Eğilimine Etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2018; 7(1): 1-9.

96. Ertürk E. Spor Merkezine Devam Eden Bireylerin Beslenme Durumları ve Yeme Davranışlarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Hülya Gökmen ÖZEL), 2018.
97. Özkefeli Hamurcu TG. Hemşirelik Öğrencilerinde Sosyal Medya Kullanımının Ortoreksiya Nevroza Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, İstanbul, (Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Sevil Yılmaz), 2019
98. Karadağ MG, Elibol E, Yıldiran H, Akbulut G, Çelik MG, Değirmenci M. Sağlıklı yetişkin bireylerde yeme tutum ve ortorektik davranışlar ile obezite arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Gazi Medical Journal. 2016;27(3):107-14.
99. Grammatikopoulou MG, Gkiouras K, Markaki A, et al. Food addiction, orthorexia, and food-related stress among dietetics students. Eat Weight Disord. 2018;23(4):459-467. doi:10.1007/s40519-018-0514-1
100. Aldemir Z, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Kadın Öğrencilerinin Yeme Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi ve Ortoreksiya Nervroza Eğilimlerinin Belirlenmesi. İstanbul Aydın Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Tez Danışmanı: Doç. Dr. İdrani Kalkan), 2021
101. Imamura F, Micha R, Khatibzadeh S, Fahimi S, Shi P, Powles J, Mozaffarian D; Global Burden of Diseases Nutrition and Chronic Diseases Expert Group (NutriCoDE). Dietary quality among men and women in 187 countries in 1990 and 2010: a systematic assessment. Lancet Glob Health 2015;3(3):132-142. doi:10.1016/S2214-109X(14)70381-X
102. Rehm CD, Monsivais P, Drewnowski A. Relation between diet cost and Healthy Eating Index 2010 scores among adults in the United States 2007-2010. Prev Med. 2015; 73:70-75. doi: 10.1016/j.ypmed.2015.01.019
103. Silveira SL, Winter LL, Clark R, Ledoux T, Robinson-Whelen S. Baseline Dietary Intake of Individuals with Spinal Cord Injury Who Are Overweight or Obese. J Acad Nutr Diet. 2019;119(2):301-309. doi: 10.1016/j.jand.2018.08.153
104. Zengin FH, Aktaş N. Sağlık Çalışanlarının Diyet Kalitesinin Sağlıklı Yeme İndeksi-2005 ile Değerlendirilmesi. Uluslararası Hakemli Beslenme Araştırmaları Dergisi. 2016; (7): 37-49 doi: 10.17362/DBHAD.2016721883
105. Sağlam EE, Gaziantep İlinde Yaşayan Farklı Sosyoekonomik Düzeydeki Yetişkin Kadınların Beslenme Durumunun Sağlıklı Yeme İndeksi ile Değerlendirilmesi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mine Yurttağül), 2018.
106. Acar Tek N, Yildiran H, Akbulut G, Bilici S, Koksall E, Gezmen Karadağ M, Sanlier N. Evaluation of dietary quality of adolescents using Healthy Eating Index. Nutr Res Pract. 2011;5(4):322-328. doi: [10.4162/nrp.2011.5.4.322](https://doi.org/10.4162/nrp.2011.5.4.322)

107. Akbulut Ş, Üniversite Öğrencilerinde Diyet Kalitesinin Sağlıklı Yeme İndeksi İle Değerlendirilmesi. İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Tez Danışmanı: Prof. Dr. M. Emel ALPHAN), 2020.
108. Erkut E, Fazla Kilolu ve Obez Kadınlarda Öğün Sıklığı İle Sağlıklı Yeme İndeksi ve Vücut Şekil İndeksi Arasındaki İlişki: Gaziantep Örneği. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Alev Keser), 2020
109. Evans EW, Jacques PF, Dallal GE, Satchek J, Must A. The role of eating frequency on total energy intake and diet quality in a low-income, racially diverse sample of schoolchildren. Public Health Nutr. 2015;18(3):474-481. doi:10.1017/S1368980014000470
110. Breslow RA, Guenther PM, Smothers BA. Alcohol drinking patterns and diet quality: the 1999-2000 National Health and Nutrition Examination Survey. Am J Epidemiol. 2006;163(4):359-366. doi:10.1093/aje/kwj050
111. Durmaz C, Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde Öğrenim Gören Kadın Öğrencilerin Sağlıklı Beslenme Takıntıları, Yeme Tutum Davranışları İle Diyet Kaliteleri ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Doğu Akdeniz Üniversitesi Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs, (Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Ceren Gezer), 2017

EKLER

Ek 1. Gönüllü Katılım Formu

GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

"Isparta İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya Nervoza) ve Diyet Kalitesi ile İlişkisi" başlıklı projeye veri toplamak amacıyla sizlere soru yöneltilmektedir. Projemizde amaç, sağlıklı beslenme takıntısı ve diyet kalitesi ilişkisinin değerlendirilmesidir.

Anket uygulanması sırasında tahminen sizden 10 dk istenmektedir. Anket soruları anketör tarafından sorulacaktır. Anket sonrasında sorular ile ilgili açıklayıcı bilgiler sorabilirsiniz.

Bu formu okuyup onaylamanız araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelmektedir.

Lütfen yazı ile okudum, onayladım yazarak imzalayınız.

İşletmeniz ile ilgili verdiğiniz her türlü bilgi gizli kalacaktır. Cevaplar araştırma amaçlı kullanılmaktadır. Bu bilgileri okumanız ve anket sorularını cevaplamanız araştırmaya katılmaya gönüllü olduğunuz anlamına gelmektedir.

Araştırmaya katıldığınız için teşekkürler.

Maide Nur DÜZGÜN

Ek 2. Katılım Sonrası Bilgilendirme Formu

KATILIM SONRASI BİLGİLENDİRME FORMU

Süleyman Demirel Üniversitesi **Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı** Anabilim dalında **Maide Nur Düzgün** tarafından yürütülen " **Isparta İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya Nervosa) ve Diyet Kalitesi ile İlişkisi** " başlıklı **yüksek lisans tezi/ doktora tezi/proje** çalışması kapsamında araştırma sorularını cevaplayarak katıldığınız için teşekkür ederiz. Araştırma sonrasında elde edilecek bilgiler sizlerle paylaşılacaktır. Araştırma kapsamında bilgi edinmek için araştırma yürütücüsüne ulaşabilirsiniz.

Maide Nur DÜZGÜN

Ek 3. Anket Formu

ISPARTA İL MERKEZİNDE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA SAĞLIKLI BESLENME TAKINTISI (ORTOREKSIYA NERVOZA) VE DİYET KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

Tarih:
No:

Anket

Sayın katılımcı,

Bu çalışma birinci basamak sağlık çalışanlarında sağlık beslenme takıntısı (ortoreksiya nervoza) ve diyet kalitesi ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla tez çalışması için yapılmaktadır. Çalışma verileri sadece bilimsel amaçlı olarak değerlendirilecektir. Katılımınız için teşekkür ederiz.

A. KİŞİSEL BİLGİLER

1. Ad- Soyad:	İletişim Bilgileri (telefon):	
2. Cinsiyet:	1. Erkek	2. Kadın
3. Yaş :	 yıl.	
4. Medeni Durum:	1. Evli	2. Bekar
5. Eğitim Durumunuz:	1. Okur yazar değil 2. Okur yazar 3. İlkokul mezunu 4. Ortaokul mezunu 5. Lise mezunu 6. Üniversite mezunu 7. Yüksek lisans ve üzeri	
6. Mesleğiniz:	1. Pratisyen hekim 2. Uzman hekim 3. Hemşire 4. Ebe 5. Sağlık memuru 6. Diğer (belirtiniz)	
7. Meslekte çalışma süreniz:	 yıl.	

B. SAĞLIK BİLGİLERİ

1. Doktor tarafından tanısı konulmuş herhangi bir hastalığınız var mı?	1.Evet 2.Hayır (cevabınız hayır ise 3.soruya geçiniz)	
2. Cevabınız evet ise teşhis edilen hastalığınız nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)	1. alp-damar hastalıkları 2. iyabet 3. iroit hastalıkları 4. üksek tansiyon 5. Vitamin ve mineral yetersizlikleri (Demir, B ₁₂ ,	7. indirim sistemi hastalıkları (karaciğer, safra kesesi, mide vb.) 8. olikistik Over Sendromu 9. uhsal sorunlar 10. as iskelet sistemi problemleri (osteoporoz, eklem ağrıları) 11.

	çinko,mg vb.) 6. kanser	olunum sistemi hastalıkları (Alerji, astım, KOAH vb) 12. iğer (belirtiniz).....
3. Sigara içiyor musunuz?	1. Evet (.....adet/haftada,yıldır) 2. Hayır 3. Bıraktım (.....yıl önce bıraktım)	
4. Alkol tüketiyor musunuz?	1. Evetml/ haftada ,içki adı 2. Hayır	
5. Düzenli olarak vitamin – mineral preparatı kullanıyor musunuz?	1. Evet (Cevabınız evet ise vitamin-mineral ismi, kullanım nedeni, sıklığı 2. Hayır	

C. BESLENME ALIŞKANLIKLARI

1. Yeterli ve dengeli beslendiğinizi düşünüyor musunuz?	1. Evet 2. Bazen 3. Hayır
2. Genellikle günde kaç öğün yemek yersiniz?	 Ana öğün (Sabah, Öğle, Akşam) Ara öğün (Kuşluk, İkinci, Gece)
3.Genellikle ana öğün atlar mısınız?	1. Evet 2. Hayır (cevabınız hayır ise 6. soruya geçiniz)
4.Cevabınız “evet” ise genelde hangi ana öğünü atlarsınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)	1. Sabah 2. Öğle 3. Akşam
5.Ana öğün atlıyorsanız atlama nedeniniz nedir? (Lütfen tek seçenek işaretleyiniz)	1) Zayıflamak istediğim için 2) Zamanım yok 3) Alışkanlığım yok 4) Canım istemiyor/iştahsızım 5) Hazırlanmadığı için 6) İşte yemek yiyecek yer yok 7) Diğer (belirtiniz)
6.Genellikle ara öğün yapar mısınız?	1. Evet 2. Hayır (cevabınız hayır ise 9. soruya geçiniz)
7.Cevabınız “evet” ise genelde hangi ara öğünü yaparsınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)	1. Kuşluk 2. İkinci 3. Gece
8. Ara öğünlerinizde genellikle ne tüketmeyi tercih edersiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)	1) Bisküvi/ kraker/ kurabiye/ kek 2) Kuruyemiş 3) Çikolata- gofret 4) Tost/ simit/ poğaça/sandviç/börek 5) Meyve 6) Çay/Kahve 7) Süt/ayran/yoğurt/ peynir 8) Sebze 9) Diğer (belirtiniz)
9. Ara öğün atlıyorsanız atlama nedeniniz nedir? (Lütfen tek seçenek işaretleyiniz)	1) Zayıflamak istediğim için 2) Zamanım yok 3) Alışkanlığım yok 4) Canım istemiyor/iştahsızım 5) Hazırlanmadığı için 6) İşte yemek yiyecek yer yok 7) Diğer (belirtiniz)
10. Dışarıda yemek yer misiniz?	1) Evet 2) Hayır (cevabınız hayır ise 13. soruya geçiniz)

11. Ne kadar sıklıkta dışarıda yemek yiyorsunuz?	1) Her gün 2) Haftada 2-3 kez 3) Haftada 1 kez 4) Ayda 2-3 kez 5) Ayda bir kez 6) 2-3 ayda bir 7) Yukarıdaki seçeneklerden daha nadir
12. Dışarıda yemek yerken daha çok ne tür besinleri tercih ediyorsunuz? (Lütfen tek seçenek işaretleyiniz)	1) Ev yemekleri 2) Fast-food yiyecekler (hamburger, patates kızartması, pizza) 3) Hamur işleri (poğaç, simit, börek) 4) Kepap, lahmacun, pide vb. 4) Diğer (belirtiniz).....
13. Herhangi bir diyet uyguluyor musunuz?	1) Evet 2) Hayır <i>(cevabınız hayır ise D bölümüne geçiniz)</i>
14. Cevabınız evet ise nasıl bir diyet uyguluyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)	1) Zayıflama diyeti 2) Düşük yağ, düşük kolesterol 3) Tuzsuz 4) Diyabetik 5) Kan grubu diyeti 6) Ketojenik diyet 7) İntermittent Fasting (Aralıklı oruç) 8) Diğer (belirtiniz).....
15. Diyeti size ilk kim önerdi?	1) Kendim 2) Diyetisyen 3) Doktor 4) Spor hocası 5) Kitle iletişim araçları (TV, internet, gazete, dergi vb.) 6) Çevre (arkadaş, aile..) 7) Diğer (belirtiniz).....

D. FİZİKSEL AKTİVİTE BİLGİLERİ

1. Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?	1) Evet (Haftada gün / dakika) 2) Hayır <i>(cevabınız hayır ise E bölümüne geçiniz)</i>
2. Yaptığınız egzersiz türü hangisidir?	1) Yüzme 2) Yürüyüş 3) Koşu 4) Futbol 5) Pilates / aerobik 6) Diğer (belirtiniz)

E. ORTO-11 ÖLÇEĞİ

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?				

F. BESİN TÜKETİM KAYIT FORMU

HAFTASONU 1 GÜN

ÖĞÜNLER	BESİN VE YEMEK ADI	İÇİNDEKİLER VE YAĞ ÇEŞİTİ	MİKTAR (Ölçü ve gram)
KAHVALTI Saat:			
KUŞLUK Saat:			
ÖĞLE Saat:			
İKİNDİ Saat:			
AKŞAM Saat :			
Akşam yemeğinden sonra ve/veya gece Saat:			

BESİN TÜKETİM KAYIT FORMU

HAFTA İÇİ 2 GÜN

1. GÜN:

ÖĞÜNLER	BESİN VE YEMEK ADI	İÇİNDEKİLER VE YAĞ ÇEŞİTİ	MİKTAR (Ölçü ve gram)
KAHVALTI Saat:			
KUŞLUK Saat:			
ÖĞLE Saat:			
İKİNDİ Saat:			
AKŞAM Saat :			
Akşam yemeğinden sonra ve/veya gece Saat:			

2. GÜN:

ÖĞÜNLER	BESİN VE YEMEK ADI	İÇİNDEKİLER VE YAĞ ÇEŞİTİ	MİKTAR (Ölçü ve gram)
KAHVALTI Saat:			
KUŞLUK Saat:			
ÖĞLE Saat:			
İKİNDİ Saat:			
AKŞAM Saat :			
Akşam yemeğinden sonra ve/veya gece Saat:			

G. ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

Vücut ağırlığı (kg)	
Boy uzunluğu (cm)	
Bel çevresi	
BKİ (kg/m ²) (cm)	
Bel/boy	



Ek 4. Etik Kurul Onayı



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 72867572-050.01.04-
Konu : Etik Kurul Kararı

04 -01- 2021

Sayın Prof.Dr. Ersin USKUN
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi
Isparta

Sorumlu araştırmacı olduğunuz "Isparta İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya Nervoza) ve Diyet Kalitesi ile İlişkisi" isimli çalışmanızın kurulumuz tarafından uygun görüldüğüne ilişkin 27.11.2020 tarih ve 378 sayılı Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Mekin SEZİK
Başkan

Eki :Etik Kurulu Kararı (2 Sayfa)

S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dekanlığı Doğu Kamposu 32260-İSPARTA
Tel :
e-Posta : İnternet Adresi

Bilgi İçin : Dilek TOLA OLGUN
Bilgisayar İşletmeni

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Araştırmanın Açık Adı		Isparta İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya Nervoza) ve Diyet Kalitesi ile İlişkisi (27.11.2020 tarih ve 26 /378 sayılı karar)		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı - (2012-KAEK-38)		
	AÇIK ADRESİ	S.D.Ü. Doğu Kampüsü Tıp Fakültesi Dekanlığı Binası – ISPARTA		
	TELEFON			
	FAKS			
	FAKS			
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr. Ersin USKUN		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ GÖREV YAPTIĞI BİRİM	Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı		
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI			
	DESTEKLEYİCİ			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	☐ FAZ1 ☐ FAZ2 ☐ FAZ3 ☐ FAZ4		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐	
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐	
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		☐		
İlaç dışı klinik araştırma		☐		
Diğer ise belirtiniz : Epidemiyolojik				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	☒ Tek Merkez ☐ Çok Merkez		☒ Ulusal ☐ Uluslararası	
DEĞERLENDİRİLEN BELGİLER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			☐ Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			☐ Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer
	OLGU RAPOR FORMU			☐ Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			☐ Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGİLER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
DİĞER	☒	Ana Bilim Dalı Akademik Kurul Kararı		

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı ve Soyadı : Maide Nur Düzgün

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Beslenme ve Diyetetik

Yüksek Lisans Öğrenimi : Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Yabancı Dil(ler) ve Düzeyi

1. İngilizce, iyi