

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
BESLENME VE DİYETETİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE ORTOREKSİYA NERVOZA
EĞİLİMİNİN, VÜCUT AĞIRLIĞI KONTROL ODAĞI VE
ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERİ İLE İLİŐKİŐİ**

HAZIRLAYAN

SENA TOPAL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA - 2025

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
BESLENME VE DİYETETİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE ORTOREKSİYA NERVOZA
EĞİLİMİNİN, VÜCUT AĞIRLIĞI KONTROL ODAĞI VE
ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERİ İLE İLİŞKİSİ**

HAZIRLAYAN

SENA TOPAL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

DR. ÖĞRETİM ÜYESİ MERVE ÖZDEMİR

ANKARA - 2025

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Sena TOPAL tarafından hazırlanan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:

Tez Adı: Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza Eğiliminin, Vücut Ağırlığı Kontrol Odağı ve Antropometrik Ölçümleri ile İlişkisi

Tez Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı - Soyadı, Kurumu)

İmza

ONAY

Enstitü Müdürü

Tarih: ... / ... /

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: / /

Öğrencinin Adı, Soyadı: Sena TOPAL

Öğrencinin Numarası: 22220378

Anabilim Dalı: Beslenme ve Diyetetik

Programı: Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı:

Tez Başlığı: Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza Eğiliminin, Vücut Ağırlığı Kontrol Odağı ve Antropometrik Ölçümleri ile İlişkisi

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans/Doktora tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam sayfalık kısmına ilişkin, ... / ... / tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı %'dır. Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

“Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını” inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:.....

ONAY

Tarih: ... / ... /

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad, İmza:

TEŞEKKÜR

Lisans, yüksek lisans eğitimim ve tez sürecim boyunca bana destek olan, güler yüzünü ve yardımını esirgemeyen, sabırla anlayışla bana yol gösterip mesafeler olsa da bir telefon kadar yakınımda olan çok kıymetli, sevgili tez danışmanım Sayın Dr. Öğretim Üyesi Merve Özdemir'e

Gerek yüksek lisans gerek lisans eğitimim boyunca donanımlı akademik kadrosu ve emekleriyle mesleki alanda gelişmemi sağlayan Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü hocalarıma, bana bilime yönelik heyecanı aşılayan bölüm başkanımız Sayın Prof. Dr. Gül Kızıltan'a

Tez sürecim boyunca her türlü desteğini hissettiğim, yollarımızın kesiştiği kıymetli hocam Sayın Dr. Öğretim Üyesi Ceren Şarahman Kahraman'a,

Çalışma süresince desteğini esirgemeyen sürece katkısı olan canım arkadaşlarım Ceren Torun, Beyza Er ve İrem Topal' a,

Süreçteki heyecanlarıma ortak olan mesleki hayatımın ilk ekibi olan mesai arkadaşlarıma,

En sıkıntılı ve en mutlu günlerimde hep yanıbaşımdaya olup maddi manevi en büyük destekçim olan biricik ailem; annem Nezihat Topal, babam Celil Topal, kardeşlerim Seda ve Mustafa Topal'a

Sonsuz teşekkür ederim...

ÖZET

Topal, S. Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza Eğiliminin, Vücut Ağırlığı Kontrol Odağı ve Antropometrik Ölçümleri ile İlişkisi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı, 2025.

Ortoreksiya nervoza (ON) en basit haliyle “saf, temiz yiyecek” yemeye yönelik sağlıksız bir takıntıyı ifade etmektedir. Vücut ağırlığı kontrolünde; iç odaklı ve dış odaklı olmak, birey için destek ya da engel olabilmektedir. Bu çalışma üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervoza eğiliminin, vücut ağırlığı kontrol odağı ve antropometrik ölçümleri ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Mühendislik Fakültesinde okuyan; 18-25 yaş aralığında, 115 erkek, 222 kadın olmak üzere 337 öğrenci ile 12 Mayıs- 15 Aralık 2024 tarihinde gerçekleştirilmiştir. Veriler, anket formu ile yüz yüze toplanmıştır. Anket formu dört bölümden oluşmakta olup birinci bölümde öğrencinin sosyo-demografik özellikleri irdeleyen 13 soru, ikinci bölümde antropometrik ölçümlerini tespit eden 4 ölçüm (boyun, bel, kalça, deri kıvrım kalınlığı; biceps, triceps, suprailiak, subskapular), bir hesaplama (BKİ) sorusu bulunmaktadır. Üçüncü bölüm Çok Boyutlu Vücut Ağırlığı Kontrol Odağı (T-MWLCS) Ölçeğini, dördüncü bölüm ise Ortoreksiya Nervoza (ORTO-11) Ölçeğini içermektedir. Çalışma bulgularına gelindiğinde 337 üniversite öğrencisinin, ORTO-11 puan ortalaması 25.13 ± 4.67 olarak tespit edilmiştir. Öğrencilerin %28.5’i ON eğilim göstermiştir. Öğrencilerin T-MWLCS faktör 1 (içsel) puanlarının 16.59 ± 5.98 , faktör 2 (şans) puanlarının 6.58 ± 6.52 , faktör 3 (doktorlar) puanlarının 9.41 ± 3.96 ve faktör 4 (diğer insanlar) puanlarının 4.71 ± 3.59 seviyesinde olduğu saptanmıştır. T-MWLCS faktör 1 (içsel), faktör 2 (şans), faktör 3 (doktorlar), faktör 4 (diğer insanlar) puanlarının kendi aralarında pozitif ve zayıf düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür ($p < 0.05$) ORTO-11 puanlarının faktör 1 (içsel) puanları ile negatif ve zayıf düzeyde anlamlı ilişkili olduğu görülmüştür ($r = 0.17$, $p = 0.01$). ON eğilimi gösteren öğrencilerin faktör 4 (diğer insanlar) puanları, ON eğilimi olmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($p = 0.03$). Kadınlarda; boyun çevresi ölçümlerinin ($p = 0.01$), bel/boy oranlarının ($p = 0.02$), vücut yağ oranlarının ($p = 0.01$), BKİ değerlerinin ($p = 0.03$), ON eğilimi olan grupta, olmayan gruba göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Kadınlarda, ON eğilimi olup vücut yağ oranı sınıflandırmasında, çok şişman grupta yer alanların oranı, ON eğilimi olmayıp, çok şişman grupta yer alanların oranına göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($p = 0.01$). Erkeklerde, ON eğilimi olmayıp, bel/kalça oranı sınıflandırmasında, riskli grupta yer alanların oranının, ON eğilimi olup riskli grupta yer alanların oranına göre yüksek olduğu görülmüştür ($p = 0.01$). Fakültelere göre değerlendirildiğinde sağlık bilimleri ve mühendislik

fakültesi öğrencilerinin faktör 1 (içsel), faktör 2 (doktorlar) ve faktör 3 (diğer insanlar) puanlarının anlamlı düzeyde farklı olduğu görölmüştür($p=0.01$). Sonuç olarak içsel odaklı olmakla ON eğilimi pozitif ilişkili bulunmuştur, bireyin faktör 1 puanı (içsel odağı) arttıkça ORTO-11 puanının düşeceği, ON eğiliminin artacağı görölmüştür. ON tanı ve tedavisinde birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşların dikkat çekici eğitim, seminer vb. faaliyetler düzenleyerek bu konu üzerinde çalışmalarını, eğilimi olan öğrenciler ON ile ilgili diyetisyenler tarafından bilinçlendirilmeli, doğru beslenme eğitimleri ile destek almaları sağlanmalıdır.

ANAHTAR KELİMELELER: Ortoreksiya Nervoza, ORTO-11, kontrol odağı, vücut ağırlığı kontrol odağı, sağlıklı beslenme takıntısı, yeme bozukluğu.

ABSTRACT

Topal, S. The Relationship Between Orthorexia Nervosa Tendency and Body Weight Locus of Control and Anthropometric Measurements in University Students. Başkent University Health Sciences Institute Nutrition and Dietetics Master's Program, 2025.

Orthorexia nervosa (ON) simply refers to an unhealthy obsession with eating "pure, clean food". Being internally focused and externally focused in body weight control can be either a support or an obstacle for the individual. This study was conducted with 337 students, 115 male and 222 female, between the ages of 18-25, studying at Başkent University Health Sciences and Engineering Faculty between May 12 -December 15, 2024. Data were collected face-to-face with a questionnaire. The survey form consists of four sections, the first section includes 13 questions examining the socio-demographic characteristics of the student, the second section includes 4 measurements (neck, waist, hip, skinfold thickness; biceps, triceps, suprailiac, subscapular), and a calculation (BMI) question. The third section includes the Multidimensional Body Weight Locus of Control (T-MWLCS) Scale, and the fourth section includes the Orthorexia Nervosa (ORTO-11) Scale. When it comes to the study findings, the ORTO-11 score average of 337 university students was determined as 25.13 ± 4.67 . 28.5% of the students showed ON tendency. It was found that the students' T-MWLCS factor 1 (internal) scores were 16.59 ± 5.98 , factor 2 (chance) scores were 6.58 ± 6.52 , factor 3 (doctors) scores were 9.41 ± 3.96 and factor 4 (other people) scores were 4.71 ± 3.59 . It was found that T-MWLCS factor 1 (internal), factor 2 (chance), factor 3 (doctors) and factor 4 (other people) scores were positively and weakly correlated with each other ($p < 0.05$). It was found that ORTO-11 scores were negatively and weakly significantly correlated with factor 1 (internal) scores ($r = 0.17$, $p = 0.01$). It was observed that the factor 4 (other people) scores of the students with ON tendency were higher than those without ON tendency ($p = 0.03$). In females; neck circumference measurements ($p = 0.01$), waist/height ratios ($p = 0.02$), body fat ratios ($p = 0.01$) and BMI values ($p = 0.03$) were found to be significantly higher in the group with ON tendency than in the group without. In women, it was seen that the rate of those with ON tendency and in the very obese group in the body fat ratio classification was higher than the rate of those without ON tendency and in the very obese group ($p = 0.01$). In men, it was seen that the rate of those without ON tendency and in the at-risk group in the waist/hip ratio classification was higher than the rate of those with ON tendency and in the at-risk group ($p = 0.01$). When evaluated according to faculties, it was seen that the factor 1 (internal), factor 2 (doctors) and factor 3 (other people)

scores of the students of the faculty of health sciences and engineering were significantly different ($p=0.01$). As a result, being internally focused and ON tendency were found to be positively related, it was observed that as the individual's factor 1 score (internal focus) increases, the ORTO-11 score will decrease and the ON tendency will increase. Primary health care institutions providing ON diagnosis and treatment should work on this issue by organizing remarkable training, seminars, etc. activities, and students with a tendency should be made aware of ON by dietitians, and they should be provided with support through proper nutrition training.

KEYWORDS: Orthorexia Nervosa, ORTO-11, locus of control, body weight locus of control, healthy eating obsession, eating disorder.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	x
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ	xii
1.GİRİŞ.....	1
1.1.Araştırmanın Amaçları.....	2
1.2.Araştırmanın Hipotezleri.....	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1.Üniversite Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlıkları	3
2.1.1. Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarını etkileyen faktörler.....	3
2.1.2. Üniversite öğrencilerinin beslenme bilgisi	4
2.2. Yeme Bozuklukları	4
2.2.1. Anoreksiya nervoza.....	4
2.2.2.Bulimia nervoza	6
2.2.3. Tıkınırcasına yeme bozukluğu	6
2.3. Sağlıklı Besin-Yiyecek Sağlıklılığı Algısı	7
2.4. Ortoreksiya Nervoza	9
2.4.1. Ortoreksiya nervoza risk etmenleri.....	10
2.4.1.1. Psikolojik etmenler	10
2.4.1.2. Vücut ağırlığı kaygısı	11
2.4.1.3. Sosyal medya- diyet.....	11
2.4.1.4. Sağlıkçılık.....	12
2.4.1.5. Cinsiyet, yaş, medeni hâl, obezite durumu.....	12
2.4.2. Ortoreksiya nervoza belirtileri	12

2. 4. 2. 1. Psikolojik belirtiler	12
2. 4. 2. 2. Davranışsal belirtiler	13
2. 4. 2. 3. Fiziksel belirtiler	13
2. 4. 3. Ortoreksiya nervoza eğilimli bireylerin diyetsetel davranışları	13
2. 4. 4. Adaptif ortoreksiya nervoza	14
2. 4. 5. Ortoreksiya nervozanın tanı kriterleri	14
2. 4. 5. Ortoreksiya nervozanın tedavisi.....	16
2. 5. Kontrol Odağı Kavramı	18
2. 5. 1. Beslenmede kontrol odağı	18
2. 5. 2. Üniversite öğrencilerinde ve/veya yeme bozukluğu yaşayan bireylerde kontrol odağı.....	19
2. 6. Ortoreksiya Nervoza ve Vücut Ağırlığı Kontrol Odağı	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi.....	21
3.3. Araştırmanın Genel Planı	22
3.3.1. Antropometrik ölçümler	22
3.3.1.1. Beden kütle indeksi (BKİ)	22
3. 3.1.2. Bel çevresi.....	23
3.3.1.3. Bel/ kalça oranı	23
3.3.1.4. Bel/ boy oranı.....	23
3.3.1.5. Boyun çevresi	24
3.3.1.6. Vücut yağ oranı	24
3. 3. 2. Çok boyutlu vücut ağırlığı kontrol odağı (T-MWLCS)	25
3. 3. 3. Ortoreksiya nervoza ölçeğı (ORTO-11).....	25
3. 4. Verilerin İstatiksetel Değerlendirilmesi.....	26
4. BULGULAR.....	27
4.1. Öğrencilerin Genel Özellikleri	27

4. 2 Öğrencilerin Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi	28
4. 3. Öğrencilerin ON Eğilimlerinin Saptanması.....	30
4. 5. Öğrencilerin ON Eğilim Grupları Arasında Antropometrik Ölçümlerinin Karşılaştırılması.....	32
4. 6. Antropometrik Ölçüm Sınıflandırmaları ile ORTO-11 Sınıflandırmaları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	33
4. 7. Öğrencilerin Vücut Ağırlığı Kontrol Odaklarının Belirlenmesi	34
4. 8. Öğrencilerin Vücut Ağırlığı Kontrol Odakları ile Antropometrik Ölçümlerin Arasındaki İlişkiler.....	36
4. 9. Öğrencilerin Geçmişte Diyet Yapma Durumu ve Aktif Diyet Tedavisi Varlığı ile T-MWLCS Alt Faktör Puanlarının İlişkisi.....	37
4. 10. Öğrencilerde ON Eğilimi ile Vücut Ağırlığı Kontrol Odağının İlişkisi.....	38
4. 11. Öğrencilerin Okudukları Fakülteye göre ORTO-11 ve T-MWLCS Alt Faktör Puanlarının Değerlendirilmesi	39
4. 12. Kadın Öğrencilerde Okudukları Fakülteye Göre Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi.....	40
4. 13. Erkek Öğrencilerde Okudukları Fakülteye Göre Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi.....	41
5. TARTIŞMA	43
5. 1. Öğrencilerin Genel Özellikleri	43
5. 2. Öğrencilerin Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi	44
5. 3. Öğrencilerin ON Eğilimlerinin Saptanması.....	45
5. 4. Öğrencilerin ON Eğilimleri ve Sosyo-demografik Özellikleri Arasındaki İlişki..	45
5. 5. Öğrencilerin ON Eğilim Grupları Arasında Antropometrik Ölçümlerinin Karşılaştırılması.....	47
5. 6. Öğrencilerin Vücut Ağırlığı Kontrol Odaklarının Belirlenmesi	48
5. 7. Öğrencilerde ON Eğilimi ile Vücut Ağırlığı Kontrol Odağının İlişkisi.....	48
5. 8. Öğrencilerin Okudukları Fakülteye göre ORTO-11 ve T-MWLCS Alt Faktör Puanlarının Değerlendirilmesi	49

5. 9. Öğrencilerin Fakülteye Göre Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi...	50
5. 10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri.....	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	52
6.1. Sonuç.....	52
6.2.Öneriler.....	53
KAYNAKLAR.....	55

EKLER

EK 1: Etik Kurul Onayı

EK 2: Anket Formu



TABLULAR LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 2. 1. Ortoreksiya nevroza tanı kriterleri, Moroze ve ark. (93).....	15
Tablo 3. 1. Yetişkin bireylerde beden kütle indeksi (BKİ) sınıflandırılması (115).....	23
Tablo 3. 2. Bel çevresi sınıflandırılması (115).....	23
Tablo 3. 3. Bel/kalça oranının sınıflandırılması (115).....	23
Tablo 3. 4. Bel/boy oranının sınıflandırılması (116).....	24
Tablo 3. 5. Vücut yağ yüzdesi değerlerinin sınıflandırılması (119).....	24
Tablo 4. 1. Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı.....	27
Tablo 4. 2. Öğrencilerin antropometrik ölçüm değerleri ve hesaplamaları.....	28
Tablo 4. 3. Öğrencilerin antropometrik ölçümlerinin cinsiyete ait dağılımları.....	29
Tablo 4. 4. Öğrencilerin ORTO-11 ölçek puan ortalaması ve ORTO-11 eğilimine göre dağılımları.....	30
Tablo 4.5. Öğrencilerin ON eğilimi (ORTO-11 puan) sınıflandırmasına göre sosyo-demografik özelliklerindağılımı.....	31
Tablo 4. 6. Kadın ve erkek öğrencilerde antropometrik ölçüm değerlerinin ON eğilimi gösteren ve göstermeyenlerde karşılaştırılması.....	32
Tablo 4. 7. ORTO-11 sınıflandırmaları ile antropometrik ölçüm sınıflandırmaları arasındaki ilişkiler.....	33
Tablo 4. 8. Cinsiyete göre ORTO-11 sınıflandırmaları ile antropometrik sınıflandırmalar arasındaki ilişkiler.....	34
Tablo 4. 9. Öğrencilerin T-MWLCS alt faktörler puanlarının güvenilirlik ve faktör analizleri.....	35
Tablo 4.10. Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine göre T-MWLCS alf faktör puanlarının karşılaştırılması.....	36
Tablo 4. 11. Öğrencilerin T-MWLCS alf faktör puanları ile antropometrik ölçümlerinin ilişkisi.....	37
Tablo 4. 12. Öğrencilerin aktif diyet tedavisi ve geçmişte diyet yapma durumuna göre T-MWLCS alt faktör puanlarının karşılaştırılması.....	38

Tablo 4.13. Vücut ağırlığı kontrol odaklarındaki (T-MWLCS alt faktörlerindeki) bireylerin ON eğilimlerinin (ORTO-11) ilişkilerinin incelenmesi	38
Tablo 4. 14. ORTO-11 gruplarında T-MWLCS alt faktör puanlarının karşılaştırılması.....	39
Tablo 4. 15. Öğrencilerin okudukları fakülteye göre ORTO-11 puan düzeylerinin karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.16. Öğrencilerin okudukları fakülteye göre T-MWLCS alt faktör puanlarının karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.17. Kadın öğrencilerin okudukları fakülteye göre antropometrik ölçüm sınıflandırmalarına dağılımları.....	40
Tablo 4.18. Erkek öğrencilerin okudukları fakülteye göre antropometrik ölçüm sınıflandırmalarına dağılımları.....	42

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

AN	aneroksiya nervoza
ANBP	anoreksiya nervozanın tıkanırcasında yeme/kusma tipi (an-binge/purge)
ANR	anoreksiya nervozanın kısıtlayıcı tipi (an-restricting)
BDT	bilişsel davranışçı terapi
BED	tıkanırcasına yeme bozukluğu (binge eating disorder)
BM	bulimia nervoza
BOT	Bratman'ın Ortoreksiya Testi (Bratman's Orthorexia Test)
DSM-5 TR	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
ERP	maruz bırakarak tepki önleme (exposure and response prevention)
ICD	Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (International Classification of Diseases)
KMO	Kaiser Meyer Olkin
MHLCS	Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçekleri-Duruma Özel (Multidimensional Health Locus of Control Scales-Condition Specific)
ON	ortoreksiya nervoza
OKB	obsesif kompulsif bozukluk
SYBD-II	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
T-MWLCS	Çok Boyutlu Vücut Ağırlığı Kontrol Odağı Ölçeği (Multidimensional Body Weight Locus of Control Scale)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
WLOCS	Ağırlık Kontrol Odağı Ölçeği (Weight Locus of Control Scale)

1.GİRİŞ

Öğrencilerde üniversiteye geçiş dönemi, sosyal, psikolojik ve davranışsal açıdan bir değişim dönemidir. Bu değişim çoğunlukla alışkanlığa dönüşerek yeni davranış ve tutumları beraberinde getirir. Dolayısıyla üniversite döneminde beslenme ile ilgili doğru bir bilinç ve iyi beslenme alışkanlıkları oluşturmak kritik öneme sahiptir. Çünkü bu alışkanlıklar genellikle yetişkinlik döneminde de devam etmektedir ve yaşam rutinine yerleştikten sonra değiştirilmesi güç olmaktadır (1).

Öğrenciler bu dönemde aile ortamından ayrılıp, dış etkenlere oldukça açık hale gelmekte, kendi seçimlerini net bir şekilde yapmaya başlamaktadırlar (2, 3). Aynı zamanda beslenme bilgisi daha önemli hale gelmektedir. Bu noktada öğrencilerin neyi referans aldıkları oldukça önemlidir. Vücut ağırlığını “sağlıklı” bir şekilde korumak için gereken yeterli besin kaynaklarına ve doğru bilgilere sahip değillerse beslenme zorlukları ve yetersizlikleri ortaya çıkabilmektedir (1, 2). Üniversite öğrencilerinde enerjisi yüksek fakat besleyiciliği düşük olan besinlerin tüketiminin artışı görülmektedir. Tüm bunlara ek olarak yeme bozuklukları, yanlış beslenme inançları ve beden algıları veya aşırı sağlıklı beslenme kaygısı sonucunda besin kısıtlamasına bağlı oluşan beslenme yetersizlikleri de öğrenciler için risk teşkil etmektedir (1, 3).

Bu risklerden biri olan ortoreksiya nervoza en basit haliyle “saf, temiz yiyecek” yemeye yönelik sağlıksız bir takıntıyı ifade etmektedir (4). Birey dışarıdan ne kadar “sağlıklı beslenmeye özen gösteriyor” yargısını düşündürtse de besinlere koydukları iyi-kötü, işlenmiş-doğal, güvenli-güvensiz etiketleri oldukça kişisel ve muğlak olabilmektedir. Belirgin vücut ağırlığı kaybı, yüksek kaygı, mükemmeliyetçilik ve kontrolü elinde tutmak için sarfedilen uğraş gibi belirtiler gözlemlenmektedir. Yetersiz beslenme ve/veya sosyal işlevsellikte bozulma ile sonuçlanabilmektedir (5, 6). Ortoreksiya nevrozının diğer yeme bozukluklarından farklı olarak temelinde fiziksel görünüme, zayıflığa yönelik bir arayış yoktur. Ortoreksiya nervozalı bir kişide vücut ağırlığı/şekil fobisi varsa bile bunun, örtük bir tutum olduğu ifade edilmektedir (7).

Bir bütün halinde bakıldığında beslenme ve besinle ilgili genel algının oluşması bireyin yemek yeme anından beslenme davranışı ve tutumuna kadar olgunlaşan süreci kapsar. Bu süreçteki vücut ağırlığı kontrolünün, etkilendiği psikolojik faktörlerin arasında kontrol odağı da vardır (8). Kontrol odağı kavramı 1966’da Rotter’ın (9) sosyal öğrenme teorisiyle ortaya çıkmıştır; bireyin hayatındaki olayların altında yatan nedenlere ilişkin

algısını, inançlarını ifade etmektedir (10). Kontrol odağı, iç kontrol inancı ve dış kontrol inancı etrafında şekillenmektedir (11). Vücut ağırlığı kontrolünde; iç odaklı ve dış odaklı olmak, birey için destek ya da engel olabilmektedir. Beslenmede negatif bir dış etkenle veya pozitif bir içsel yönelimle, vb. durumlarla karşılaşıldığında sergilenen davranış ve tutum kontrol odaklarıyla ilgili olmaktadır. Bireyin kontrol odağı, sağlık ve beslenmeye ilgili bilinç ve davranışlarının oluşmasında etken olmaktadır (8, 12, 13).

1.1.Araştırmanın Amaçları

1. Ortoreksiya nevroza eğiliminin saptandığı üniversite öğrencilerinde, vücut ağırlığı kontrolünde güven duydukları odaklar (içsel, şans, doktorlar, diğer insanlar) ile yetersiz beslenmeye ve/veya sosyal işlevsellikte bozulmaya kadar sebep olabilecek ON eğilimleri arasında bir ilişki olup olmadığını saptamaktır.
2. Üniversite öğrencilerinde, vücut ağırlığı kontrol odaklarının ve ortoreksiya nevroza eğilimlerinin antropometrik ölçümleri ile ilişkisini birbirlerinden bağımsız olarak irdelemektir.

1.2.Araştırmanın Hipotezleri

H1: Bireyin kontrol odakları ile ON eğilimi arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır; doktor ve diğer bireyler alt faktörleri (odakları) ile ON eğilimi arasında pozitif ilişki bulunmaktadır.

H2: Bireyin geçmişte diyet yapmış olması ON eğilimini olumsuz yönde etkilemektedir.

H3: Kontrol odaklarından doktorlar ve/veya diğer bireyler puanı yüksek olan öğrencilerin antropometrik ölçümleri, antropometrik sınıflandırmalarda diğer öğrencilere göre daha riskli grupta yer almaktadır.

H4: ON eğilimi olan bireyler eğilimi olmayanlara göre daha sık tartılmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Üniversite Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlıkları

Yeme davranışı, “yeme alışkanlıkları, yediğiniz yiyeceklerin tercihi; mutfak hazırlıkları ve tüketilen miktarlarla ilgili normal davranış” olarak tanımlanmaktadır. Uzun vadeli sağlık sonuçlarını etkileyebileceğinden yaşamın önemli bir parçası olmaktadır (14, 15). Üniversite öğrencilerinin alışkanlık haline gelen beslenme davranışları üzerine yapılmış birçok çalışma mevcuttur (16-20). Üniversite öğrencilerinin çoğu, meyve, sebze, balık, tam tahıllar ve baklagillerin düşük alımıyla karakterize edilen sağlıklı besin tüketimi yapmaktadır. Sebepleri oldukça çeşitlilik göstermekle beraber öğrencilerin yüksek oranda ana öğünlerini atladıkları, yaptıkları öğünlerde de ise yetersiz beslendikleri belirtilmektedir (17). Tatlı ve gazlı içecekleri, ayaküstü yenen karbonhidrat içerikli; simit, sandviç gibi yiyecekleri çoğunlukla tercih etmektedirler. Yetersiz ve dengesiz beslendikleri, karın doyurmak için yemek yedikleri ortaya konmaktadır (21-24). Besinleri fiziksel olarak doyurucu, ulaşılması ve yapımı kolay olanlardan seçerek hücrel beslemeyi sağlayacak besinler açısından zayıf tercihler yapmaktadırlar ve bu tutumu alışkanlık haline getirdikleri gözlemlenmektedir (25, 26).

2.1.1. Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarını etkileyen faktörler

Yetişkinlerin yiyecek seçimini etkileyen faktörler arasında sırasıyla tat, maliyet, beslenme, kolaylık, zevk ve vücut ağırlığı kontrolü yer almaktadır ve üniversite dönemindeki bireyler bu faktörlerden etkilenmeye daha açıktır. (27, 28). Öğrencilerin yeme davranışlarını cinsiyet, zaman ve uygunluk, vücut imajı, günlük ritim, ruh hali, isteksizlik, iştahsızlık, değerler, yemek kültürü, fiziksel aktivite düzeyi gibi bireysel faktörler etkileyebilmektedir (27-29). Bireysel faktörlerin dışındaki diğer faktörler ise sosyal çevre (sosyal destek, ebeveyn kontrolü), fiziksel çevre (besin fiyatları, yemek pişirme malzemelerine ve sağlıklı besinlere erişim) ve makro çevre (sosyal-kültürel normlar) ve üniversitenin özelliklerine (yurt, sınavlar) göre şekillenmektedir (30-35).

Stres de üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarıyla ilişkili bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Genellikle üniversiteye girmeleriyle başlayan bir dizi akademik, sosyal stres ve zaman eksikliği etkeniyle karşı karşıyadırlar. (27, 30, 31). Stres maruziyetine neden olanlar arasında maliyet, maliyete bağlı yiyecek tercihlerindeki bulunabilirlik ve kolay doyum da stresin dolaylı bir sonucu olarak beslenmelerinde etkili olmaktadır (29, 32, 33).

2.1.2. Üniversite öğrencilerinin beslenme bilgisi

Beslenme bilgisi, başta beslenme önerileri ve kılavuzları olmak üzere ana besin öğelerini içeren yiyecekler, diyet ve hastalık, diyet ve sağlık ilişkisine dair sağlık ve beslenme konusundaki bilgi düzeyini ifade etmektedir (36). Sağlık ve beslenme hakkında bilgi edinilen kaynaklar arasında internet, sosyal medya, doktorlar, hemşireler ve kitaplar yer almaktadır (37). Beslenme bilgisi, beslenme bilgi düzeyi normal veya yüksek öğrencilerin davranışlarının şekillenmesinde her zaman ana veya tek başına yeterli bir belirleyici olmasada (37, 38) beslenme bilgisi ile tutum- davranış geliştirme arasında pozitif korelasyonun görüldüğü çalışmalar mevcuttur (39, 40).

Öğrencilerin beslenme bilgi düzeyi okudukları bölüme, yaşadığı yere, gelir durumuna, cinsiyete göre değişkenlik gösterebilmektedir (39-42). Beslenme bilgi düzeyleri besin tüketimlerini negatif veya pozitif etkileyebilmektedir (43).

2.2. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları, psikoloji, sosyal çalışma, beslenme ve tıpta tanınan bir zihinsel bozukluk biçimidir. Yeme davranışlarında ciddi, sürekli bozukluk, bozuklukla ilişkili sıkıntılı düşünceler ve duygularla karakterize durumlardır. Yeme bozuklukları için tanı kriterleri belirlenmiş olup Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 'da (ICD) yer almaktadır (44-46). Çeşitleri vardır; anoreksiya nervoza (AN), bulimia nervoza (BM) ve tıkınırcasına yeme bozukluğu (BED) araştırma ve klinik alanlarda en çok karşılaşılan tanımlanmış çeşitleridir (44). Anoreksiya nervozanın yaşam boyu yaygınlık oranları kadınlarda %4'e kadar, erkeklerde ise %0,3'e kadar çıkabilmektedir. Bulimia nervoza da bu oran, kadınlarda %3'e kadar ve erkeklerin %1'den fazlası olarak ifade edilmektedir (47). Tıkınırcasına yeme bozukluğunun 2018-2020 yılları arasında dünya çapında yaygınlığının yetişkin kadınlarda %0,6-1,8 ve yetişkin erkeklerde %0,3-0,7 olduğu tahmin edilmektedir (48).

2.2.1. Anoreksiya nervoza

Anoreksiya nervoza (AN), kendini aç bırakma sendromu olarak tanımlanmaktadır. Sendromun en önemli belirtisi, yiyecek alımının kasıtlı olarak kısıtlanmasıyla oluşan zayıflıktır (44, 46). Anoreksiya nervozanın iki alt tipi vardır; kısıtlayıcı tip (ANR) ve tıkınırcasına yeme/kusma tipi (ANBP). Hastalığın mevcut davranışsal özellikleriyle

karakterize edilir. Anoreksiya nervozanın kısıtlayıcı tipi, hastalığın en bilinen halidir. Kısıtlayıcı tipe (ANR) sahip bireyler, çoğunlukla besin alımını kısıtlayarak vücut ağırlığı kaybetmektedirler. Tıkınırcasına yeme/kusma tipine sahip (ANBP) bireyler tıkınırcasına yeme, kusma veya her iki davranışı da yaparak diyet kısıtlamalarını bozmaktadırlar. Tıkınırcasına yeme/kusma tipine sahip (ANBP) bir kişi, bulimia nervoza (BN) için hemen hemen tüm tanı kriterlerini karşılarsa da, her iki AN alt tipindeki hastalar tıbbi olarak BN'nin aksine düşük vücut ağırlığı ile karakterize edilmektedir. Ek olarak ANBP'li kadınlar, BN'li kadınlara kıyasla tedavi yanıtı ve uzun vadeli sonuçlarda, ANR'li kadınlara daha fazla benzerlik göstermektedirler (44).

Anoreksiya nervoza için tanı kriterleri ICD-10'da aşağıdaki gibi sıralanmıştır (45).

- A. Vücut ağırlığı kaybı veya çocuklarda vücut ağırlığı kazanımının yetersizliği, yaşa ve boya göre normal veya beklenen vücut ağırlığının en az %15 altında vücut ağırlığına sahip olma durumu.
- B. Vücut ağırlığı kaybı, "şişmanlatıcı besinlerden" kaçınılmasıyla kendiliğinden gerçekleşir.
- C. Kişinin kendini aşırı şişman olarak algılaması, şişmanlığa karşı takındığı korku, kişinin kendine düşük bir vücut ağırlığı eşiği koymasına yol açar.
- D. Hipotalamus-hipofiz-gonadal eksenini içeren yaygın bir endokrin bozukluk kadınlarda amenore, erkeklerde ise cinsel ilgi ve güç kaybı olarak kendini gösterir. (Görünürdeki bir istisna, çoğunlukla doğum kontrol hapı olarak alınan replasman hormonal tedavisi gören anoreksik kadınlarda vajinal kanamaların devam etmesidir.)
- E. Bozukluk bulimia nervoza için A ve B kriterlerini karşılamıyor.

Anoreksiya nervoza tanısı için belirli bir süre kriteri olmamakla beraber düşük vücut ağırlığını tanımlamak için de evrensel olarak kabul görmüş bir eşik yoktur. Bunun yerine, hastanın düşük vücut ağırlığına ulaşmış ve ulaşmadığı, bireyin yaşı cinsiyeti, vücut ağırlığı geçmişi ve tıbbi işlevi dikkate alınarak belirlenmektedir (44).

Kendi kendine kusma, aşırı egzersiz, iştah kesici ve/veya idrar söktürücü kullanımı tanı kriterlerini destekleyen unsurlardır ancak teşhis için şart değildir. Başlangıçlı ergenlik öncesi ise, ergenlik olaylarının gecikebilmekte veya hatta durabilmektedir (büyümenin durması; kızlarda göğüsler gelişmez ve birincil amenore olur; erkeklerde genital organlar juvenil kalır). İyileşmeyle ergenlik genellikle normal şekilde tamamlanmaktadır, ancak menarş gecikmektedir (45).

2.2.2.Bulimia nervoza

Bulimia nervoza, tekrarlayan tıknırcasına yeme atakları, uygunsuz telafi edici davranış ve vücut ağırlığının veya şeklinin, öz değerlendirme üzerindeki haksız etkisi ile karakterizedir. Tıknırcasına yeme, normal yemekten farklıdır çünkü sınırlı bir zaman içinde (genellikle iki saat içinde) çok büyük miktarda yiyecek tüketmeyi ve atak sırasında yeme üzerinde kontrol kaybı yaşamayı içerir. Yemeklerden hemen sonra sık sık tuvalete gitme, kronik boğaz ağrısı, yanaklardaki tükürük bezlerinin şişmesi belirtiler arasında yer almaktadır (44, 46).

Bulimia nervoza için tanı kriterleri ICD-10'da aşağıdaki gibi sıralanmıştır (45).

- A. Kısa zaman dilimlerinde büyük miktarda yiyecek tüketildiği, tekrarlayan aşırı yeme atakları vardır (en az 3 aylık bir süre boyunca haftada iki kez).
- B. Sürekli olarak yemek yeme konusunda meşguliyet ve yemek yeme konusunda güçlü bir istek veya zorlantı hissi (aşırma) vardır.
- C. Hasta, besinin "şişmanlatıcı" etkilerini aşağıdakilerden bir veya daha fazlasıyla dengelemeye çalışır:
 - 1) kendi kendine kusma;
 - 2) kendi kendine oluşan arınma;
 - 3) dönüşümlü açlık dönemleri;
 - 4) iştah kesiciler, tiroid ilaçları veya diüretikler gibi ilaçların kullanımı; diyabetli hastalarda bulimia ortaya çıktığında insülin tedavisini ihmal etmeyi tercih edebilirler.
 - 5) kişinin kendisini çok şişman olarak algılaması ve şişmanlığa karşı takıntılı bir korku duyması (genellikle düşük vücut ağırlığına yol açar).

2.2.3. Tıknırcasına yeme bozukluğu

Tıknırcasına yeme bozukluğu (BED), uygunsuz telafi edici davranışların yokluğunda tekrarlayan tıknırcasına yeme ataklarıyla karakterizedir. BED'deki tıknırcasına yeme atakları, BN'de olduğu gibi tanımlanır ve normalden daha hızlı yemek yeme, rahatsız edici derecede tok hissedene kadar yeme, aç olmadığı halde büyük miktarda yemek yeme, yenen miktardan utandığı için tek başına yemek yeme ve aşırı yeme sonrasında iğrenme, depresyon veya çok suçluluk hissetme ile karakterizedir. Tıknırcasına yeme atakları, üç aylık bir süre boyunca ortalama olarak haftada en az bir kez meydana gelmelidir. Ayrıca BN'de olduğu gibi, AN ve BED kriterlerini aynı anda karşılayan bir kişiye yalnızca ANBP tanısı konması

şeklinde bir tanı hiyerarşisi vardır. BED tanısı uygunsuz telafi edici davranışın olmamasını gerektirdiğinden, hem BN hem de BED tanısı almak mümkün değildir (44, 46).

2.3. Sağlıklı Besin-Yiyecek Sağlıklılığı Algısı

Besinin sağlıklı olup olmadığı en genel haliyle, enerji içeriği, yağ ve şeker miktarı gibi yiyeceğin besin değerlerine göre belirlenmektedir (49). Fakat yaşamın içinde, yiyeceğin sağlıklı olup olmadığını değerlendirmek çok daha zor olabilmektedir. Besin bilgileri her zaman ulaşılabilir olmamakla beraber besin bilgisi ürünlerin üzerinde sağlansa bile, bireyler genellikle buna dikkat etme ve etiketi anlama yeteneğinden ve/veya motivasyonundan yoksun olabilmektedirler. Sonuç olarak bireyler genellikle sezgilerine veya kendi inançlarına güvenmektedirler. Bu inanç ve sezgiler çevredeki kolayca gözlemlenebilen bağlamsal etkenlere (paketlenme, fiyat, doku) göre şekillenebilmektedir (50, 51). Bu noktada ise karşımıza algılanan sağlık düşüncesi çıkmaktadır. Bireylerin besin tercihlerinde deneyimin (örneğin lezzet) yanında güveni de (örneğin sağlıklılık) önemsiyor olmaları besin sağlıklılığının da tüketici zihninde giderek daha önemli hale geldiğini ortaya koymaktadır (52, 53). Algılanan besin sağlıklılığı, sağlıklı yeme tarzı etkenleri çalışmalarda çeşitli faktörlere göre temellendirilmiştir; besin değeri, zevk, besin saflığı, görsel, doku, tat, bilişsel ipuçları kişisel sağlık ve ahlaki, ruhsal, çevresel faktörler (49, 51, 54). Sağlıklılık algısına hayvansal köken, çevre dostu üretim, beslenme ve evde yemek pişirme alışkanlıkları, diyet ve/veya hafif ürünler, işleme düzeyi (doğal veya dönüştürülmüş yiyecekler), koruma ve tazelikte yiyeceklere yönelik sağlıklılık gibi etkenler de katkı sunmaktadır (54).

Besinlerin algılanan sağlıklılığında, bireylerin yanlış anlama ve yanlış bilgi edinmeleri besin etiketlerinin anlaşılmasındaki zorluktan kaynaklanabilmektedir. Bireyler etiketteki besin bileşenlerinin anlamından ve belirli besin öğelerinin varlığından habersiz olabilmektedirler. Ek olarak benzer besin öğelerini (örneğin doymuş yağlar, çoklu doymamış yağlar, trans yağ) nasıl ayırt edeceklerine dair yeterli bilgiye ve yetiye sahip olmayabilmektedirler. Bunun yanı sıra bu yanlış anlamanın ciddiyet eksikliğinden de kaynaklı olabileceği ifade edilmektedir. Ürün değerlendirmede bireylerin sağlıklılığı yansıtan otantik ürün beklentisi oluşmaktadır. Varlığıyla zaten sağlık teşkil edilen ürünlerin (örneğin sebze, biber) çekici tasarım varlığıyla, şartıyla, sağlıklılık özelliği aranacağı; bu ürünlerin paketlenmesinin veya görüntüsünün iyileştirilmesi gerektiği tüketiciler tarafından ifade edilmiştir (54, 55).

Geleneksel besinlere güven ile yiyeceğin sağlıklı olarak değerlendirilmesi arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur; fonksiyonel besinlere kıyasla geleneksel besinlerin daha fazla tercih edilmesinde en önemli etkenin beslenme alışkanlığı olduğu belirtilmiştir. Organik besinlerin geleneksel besin ürünlerinden daha sağlıklı görmesinin başlıca nedeninin ise toksin ve ilaç kalıntılarının bulunmaması olduğu ifade edilmiştir. Besin sağlıklılığı ile olumsuz ilişkili kavramlar arasında şüphecilik veya güven eksikliği vurgulanmaktadır. Besinin kökeni hakkında bilgi eksikliği olduğu hissi, benzer ürünlerin (örneğin yoğurt ve fermente süt) yanıltıcı olduğunu hissetme, ürünün içinde aslında bulunmadığı iddia edilen içerikleri görmek bu duruma örnek teşkil etmektedir. Ek olarak deneyimlerle belirlenmiş yanıltıcı sağlık iddialarına ve reklamlara inanmama, sağlık iddialarının doğruluğuna ilişkin belirsizlik, ürünlerin tüketiminin olumsuz etkileriyle tutarsız besin iddiaları, endüstrilere güven eksikliği de besin sağlıklılığı ile olumsuz ilişkili durumlar arasında yer almaktadır. Sağlıklılığın önemi, tüketicilerin tutumları üzerindeki etkisi; sağlık bilinci, eğitim düzeyi, gelir ve zevke göre değişmektedir. Sağlık bilincine sahip tüketicilerin çoğunluğunun sağlıklarının daha sağlıklı bir besin seçimine bağlı olduğu bilincinde oldukları, sağlık konusunda düşük bilince sahip tüketicilerin ise beğenmeyi kişisel olarak önemli görme konusunda genel bir eğilimleri olduğu belirtilmiştir (53-55).

Bireyler yiyecek sağlıklılığını çıkarsamak için duyuşsal ipuçlarını (örneğin görsel, tat) ve bilişsel ipuçlarını (örneğin besin etiketi, fiyat) dikkate almaktadırlar. Duyusal ipucunda görsel, dokunsal ve tadın rolü yer almaktadır. Mavi/yeşil renkler ile güvenlik arasındaki yaygın ilişki nedeniyle, bu renk ambalajlı besinlerin kırmızı ambalajlı besinlerden (örneğin şekerlemeler) daha sağlıklı olduğuna inandıkları ifade edilmektedir (sağlıklı besinler, soluk/açık renkte paketler; sağlıksız besinler canlı renkte paketler). Mat yüzeyli ambalajlı yiyeceklerin ise parlak yüzeyli ambalajlı yiyeceklerden daha sağlıklı olduğuna inanılmaktadır. İnce bir paket şekli, ince bir gövde şeklini taklit ettiğinden bireylerin ince veya köşeli şekilli paketlerdeki yiyeceklerin geniş veya dairesel şekilli paketlerdeki yiyeceklerden daha sağlıklı olduğu yönündeki "Açısal = Sağlıklı" sezgisine inandıkları belirtilmektedir (50, 55, 56).

Dokunsal ipuçları olarak besinin sıcaklığı ve ağırlığı da besninin sağlıklı olup olmadığına ilişkin algıları etkileyebilmektedir. Bireyler soğuk (ılık) besinin daha az enerjili olduğuna inanmaktadırlar. "Sıcak = Enerji açısından zengin besin" inancının, soğuk besinin sıcak besinden daha az doyurucu ve daha az lezzetli olduğu yönündeki köklü ilişkiden kaynaklandığı ifade edilmektedir. Sıcaklığın yanı sıra, bireyler fiziksel ağırlığın dokunsal hissinden de çıkarım yapmaktadır. Hafif kelimesi iki çağrışım taşıyabildiğinden (hafif

ağırlık ve daha az enerji), bireyler fiziksel olarak hafif besinin ağır besinden daha sağlıklı olduğu sezgisini geliştirmektedir. Son olarak tat da bireylerin besinin sağlıklı olup olmadığına ilişkin yargılarını etkileyebilmektedir, sağlık gibi bir özellik için tadın feda edilmesi gerektiğine inanırlar. Sonuç olarak, bireyler "Sağlıksız = Lezzetli" şeklindeki sıradan inancı benimserler ve besin ne kadar az lezzetliyse o kadar sağlıklı olduğuna ve tam tersine inanmaktadırlar. Bireyler bilişsel olarak farklı besin bilgisi ve içerik etiketlerinden etkilenmektedirler. Bireylerin "organik" veya "kolesterol ve yağ oranı düşük" olarak etiketlenen besinlerin daha sağlıklı olduğuna inandıkları ifade edilmektedir. Fiyatın da besine oluşturulan sağlıklılık algısını etkileyebileceği belirtilip genellikle daha sağlıklı besinler için daha yüksek bir fiyat belirlendiği dikkate alındığında, bireyler "Sağlıklı = Pahalı" şeklinde sıradan bir inanç geliştirmektedirler. Normatif olarak da bireyler alakasız çevresel ipuçlarından besinin sağlıklı olup olmadığını çıkarsayabilmektedirler. Örneğin, bol bulunan besinin daha fazla enerjiye sahip olduğuna inanırlar çünkü kıt besinin daha değerli olduğu sonucuna hatalı bir şekilde vardıkları belirtilmektedir. Tüketicilerin besin sağlıklılığı algısı dış etkenler tarafından öznel olarak olumlu/olumsuz etkilenebilip içsel inançlar doğrultusunda belirlenebilmektedir (50, 52, 56).

2.4. Ortoreksiya Nervoza

Yunancada doğru anlamına gelen “orto” ve iştah anlamına gelen “orexia” kelimelerini kapsayan “ortorexia” doğru iştahı ifade etmektedir, doğru beslenme karşılığı olarak da kullanılmaktadır. Kavram literatürde ilk defa Steven Bratman (57) tarafından sağlıklı beslenmeye olan aşırı takıntıyı tanımlamak için kullanılmıştır (57). Otoreksiya “nevroza” şeklinde ne kadar sinir hastalığı olarak ifade edilse de ortoreksiya nervozanın tanı kapsamı ile ilgili net, resmi bir kabul edilirlilik yoktur. Dolayısıyla klinikte ve resmîyette “tanısı olan” yeme bozukluğu çeşidi olarak yer verilememektedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasında kodlanmamıştır ve Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabında (DSM-5-TR) tanınmadığı ifade edilmektedir (58-61). Tartışmalı olan bu konuda uzmanlar tarafından genel görüş birliği “Ortoreksiya Nervoza (ON), refahın azalmasıyla ilişkili ve DSM-5’in “Beslenme ve Yeme Bozuklukları” kategorisine giren bir zihinsel sağlık bozukluğudur” tanımında uzlaşmaktadır (% 93,3 uzman fikir birliği) (7).

Ortoreksiya nervoza sağlıklı beslenmenin ötesinde bireyin sosyal hayatından oldukça feragat etmesine sebep olmaktadır. Yeme davranışıyla aşırı meşgul olmayı, sıkı bir şekilde kontrolü, yemeği planlamak, temin etmek, hazırlamak ve/veya yemek için aşırı miktarda

zaman harcamayı gerektiren kendine koyduğu katı ve esnek olmayan kurallar, kaygı ve takıntılı çabalar ile karakterize olmaktadır (4, 7, 61).

Ortoreksiya nervozalı bireylerin yiyeceklerle ilgili iyi kötü etiketleri ne kadar öznel de olsa genellikle "sağlıklı" yiyecekler saf, temiz, organik, doğru, düzgün, doğal, güvenli olarak; "sağlıksız" yiyecekler ise işlenmiş, eklenmiş içeriklerle hazırlanmış, toksik, kirlenmiş olarak bireyler tarafından etiketlenmektedir. Ayrıca, direkt bireye, bireyin kültürüne ve diyet eğilimlerine göre sağlıklı veya sağlıksızın çeşitli tanımları da oluşabilmektedir (4, 7).

Ortoreksiya nervroza prevelansı ile ilgili çalışmalarca saptanmış, yayınlanmış çok fazla veri olmadığı ortaya konmaktadır. Niedzielski ve diğerleri (62), üzerinde çalıştıkları derleme sonucunda genel popülasyondaki ON semptomlarının oranlarının (ORTO-15 anketiyle değerlendirilmiştir) %6.9 ile %75.2 (bazı özel gruplarda %90.6) arasında değiştiği saptanmıştır. Ortoreksiya nervroza semptomlarının yaygınlığını belirlemeyi hedefleyen farklı bölgelerden 75 çalışmanın dâhil edildiği bir meta-analiz çalışması gerçekleştirilmiştir; katılımcıların yaklaşık %30'unun ON semptomları gösterdiği ifade edilmektedir (63). İtalya'da üniversite öğrencilerinde yapılan saptamada örneklemin üçte birinden fazlasında ON semptomları saptanmıştır (64). Birinci basamak sağlık çalışanlarında ON prevelansının da incelendiği başka bir çalışmada katılımcıların %58.4'nün ortorektik olduğu tespit edilmiştir (65). Almanya'da nüfusa dayalı bir telefon anketi yürütülerek yapılan çalışmada ortorektik davranışın yaygınlığı %6.9 olarak saptanmıştır. Daha az eğitilmiş, vejetaryen ve daha depresif katılımcılarda daha yüksek oranda ortorektik davranış tespit edildiği ifade edilmektedir (66). Üniversite öğrencileriyle yürütülen kesitsel bir çalışmada ise öğrencilerde ON sıklığı %12.2 olarak bulunmuştur (67). Türkiye'de yapılan araştırmalara bakıldığında ON yaygınlığının %12.2-76.4 arasında değiştiği belirlenmiştir (65). Ortoreksiya nervroza yaygınlığının sağlık çalışanlarında %60.1, diyetisyenlerde %41.9, performans sanatçılarında %56.4 ve tıp fakültesi öğrencilerinde %43.6 olarak saptandığı çalışmalar mevcuttur (68-71).

2. 4. 1. Ortoreksiya nervroza risk etmenleri

2. 4. 1. 1. Psikolojik etmenler

Ortoreksiya nervroza ile ilgili psikolojik etmenler negatif duygusallık, psikotizm, düşük disinhibisyon, yüksek sorumluluk eğilimi gibi duyarlılığı arttıran belirli kişilik özellikleri ve psikolojik ile sosyokültürel etkilerin karmaşık bir etkileşimini kapsamaktadır. Mükemmeliyetçilik (kendisinden referans alınan, başkalarına yönelik ve sosyal olarak

belirlenmiş olan), yüksek düzeyde nevroz ve obsesif-kompulsif özelliklere eğilim, bireyleri katı ve aşırı diyet davranışlarına girmeye meyilli hale getirebilmektedir (72). Görünüm yönelimi, aşırı vücut ağırlığı kaygısının, kendi kendini sınıflandıran korkulu ve reddedici bağlanma stillerinin de ON eğilimi ile önemli ölçüde ilişkili olduğu ortaya koyulmuştur (73).

2. 4. 1. 2. Vücut ağırlığı kaygısı

Ne kadar anoreksiya nevroza ile ortoreksiya nervozayı birbirinden ayırıcı bir kök faktör olarak görülse de aşırı vücut ağırlığı kaygısı, görünüm yönelimi ve yeme bozukluğu geçmişi ortoreksiya nervozanın önemli tetikleyicileri olduğu, özellikle yeme bozukluğu geçmişinin en güçlü tetikleyicisi olduğu ifade edilmektedir (73). Yaşam boyu diyet düşüncesi (beden memnuniyetsizliği), yapılan diyet türü (kısıtlayıcı veya vegan/vegetaryen diyet), işlevsiz bir zayıflık fikri, ON özellikleri bildirme olasılığında etkili bulunmuştur (74).

2. 4. 1. 3. Sosyal medya- diyet

Sosyokültürel düzende, medya tarafında idealize edilmiş vücut imajları ve "temiz beslenme" tasviri, bireyleri gerçekçi olmayan sağlık ve beslenme standartlarına uymaya zorlayabilmektedir. Sosyal medya kullanıcılarının, sağlık ve fitness hesaplarıyla etkileşiminin, daha yüksek ortorektik yeme eğilimiyle ilişkili olduğu gösterilmektedir (75, 76). Genel olarak daha yüksek Instagram kullanımı ortoreksiya nervozaya eğiliminin daha fazla olması ile ilişkilendirilip diğer sosyal medya kanallarının aynı etkiyi yaratmadığı ifade edilmiştir (77). Bir başka çalışmada daha çok sağlıklı beslenme ve spor-egzersiz önerileri içeren "web sayfaları" vurgulanıp bu tarz sayfaları takip edenlerin, etmeyenlere kıyasla artmış ON riski taşıdığı ifade edilmiştir (78). İnsanlar, klinik durumlarla ilgili olsun veya olmasın, reçeteli veya reçetesiz diyet kurallarının bir sonucu olarak ON geliştirebilmektedirler (7). Yanlış bilgi ve bilimsel olmayan sağlık iddialarının yaygın olarak bulunması, bireylerin "toksik" yiyecekler hakkındaki korkularını daha da körükleyerek kısıtlayıcı ve dar diyet seçimlerinin sürdürülmesine neden olabilmektedir. Medyada ve popüler kültürde, belirli diyet uygulamalarını yüceltmek ve diğerlerini şeytanlaştırmak, besin tüketimine yönelik her şeyi ya da hiçbir şeyi benimseme yaklaşımına bireyleri teşvik etmek, bireylerde yalnızca "saf" ve "sağlıklı" seçimlerin kabul edilebilir olduğuna dair inancı güçlendirebilmektedir (75).

2. 4. 1. 4. Sağlıkçılık

L. Hamman ve arkadaşlarının çalışmasında (79) yer alan daha çok bireysel sorumluluğa vurgu yapan 80'lerin sonunda ortaya çıkmış bir kavramdır. Bu kavram bireyi sağlığı ile ilgili doktor-uzman gözetiminden daha çok, kendi gözetimine teşvik etmektedir. Kavram (bireyin kendi sağlığı destekleyen) egzersizi ve dengeli beslenme kalıplarını içermektedir, bir diğer unsuru da disiplin-ahlaki yükümlülüktür. Bireysel sorumluluk ve ahlaki yükümlülüğe vurgu yapıldığından sağlıkçılık kavramı; sağlık, egzersiz ve beslenmeyle ilgili çok sayıda davranış ve uygulamayı şekillendirmektedir. Olumlu sonuçları olabileceği gibi bu uygulamalar risk faktörü olarak da değerlendirilebilmektedir; vücut, egzersiz ve diyetle ilgili sağlıksız düşünceleri teşvik etmeye katkıda bulunabileceğinden söz edilmektedir. Sağlıklı olmak ve algılanan sağlık risklerini azaltmak için normatif sosyal baskılara yanıt olarak kısıtlanmış davranışlar veya kendi kendini gözetleme dâhil, zararlı davranışlar veya yıkıcı çabalar ile sonuçlanabilmektedir(79-83).

2. 4. 1. 5. Cinsiyet, yaş, medeni hâl, obezite durumu

Ortoreksiya nervozanın hangi cinsiyette daha yaygın olduğu belirsizdir (84). Ortoreksiya nervozanın kadınlarda erkeklerden, erkeklerde kadınlardan daha fazla olduğunu veya cinsiyetin ayırt edici olmadığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Bu nedenle cinsiyet karşımıza direkt ayırt edici bir risk faktörü olarak çıkmaz (64, 66, 70). Aynı durum bireyin yaş, eğitim, meslek, evlilik durumu, beden kütle indeksi, sigara-alkol kullanımı faktörleri içinde geçerli olduğu belirlenmiştir (84-90).

2. 4. 2. Ortoreksiya nervoza belirtileri

2. 4. 2. 1. Psikolojik belirtiler

Psikolojik olarak ON eğilimi olan bireyler sağlıksız olduğuna inandıkları yiyeceklerle karşılaştıklarında ve bunları yediklerinde zarar görebileceklerini düşünebilmektedirler. Zarar görmeye dair korkularına veya besinin bileşimine, kökenine, işlenmesine, kişisel yüksek “saflık” standardına uyumuna dair duygusal sıkıntı ve kaygı söz konusudur. Dikkat ve konsantrasyon sorunları (kişinin gün boyu sağlıklı beslenmeyi düşünmesi sonucunda) ve “sağlıklı” beslenememenin sonucu olarak suçluluk duygusu, temizlik ihtiyacı duygusunu yaşayabilirler. Ortoreksiya nervozalı bireyler diğer insanların beslenme alışkanlıklarını

yargılama, kişisel kurallarına göre neyi yiyip neyi yiyemeyeceklerine karışma dürtüsü yaşayabilmektedirler. Sağlıklı yiyecekler yedikleri zaman ise bunu özsaygı ve duygusal refah ile içselleştirebilmektedirler. Ruh hali değişimleri, kaygı ve depresyon, moral bozukluğu ise diğer yeme bozukluklarında görülen ortak belirtiler-eşlikçiler arasında yer almaktadır (4, 5, 7, 72). Bir çalışmada zarardan kaçınma ve düşük özyönetiminin anoreksiya nervoza, bulimia nervoza ve OKB'nin ilgili faktörleri olduğu belirtilirken şimdilerde ortoreksiya nervozanın da önemli bir parametresi olabileceğinden söz edilmektedir (91).

2. 4. 2. 2. Davranışsal belirtiler

Birey kendisinin koyduğu katı kurallar çerçevesinde “sağlıksız” olduğuna inandığı yiyeceklerden tavizsiz olarak kaçınabilir, koruyucu madde, besin katkı maddesi vb. bileşimleri içeren besinleri diyetinden çıkarabilmektedir. Besinlerde algıladığı kaliteyi ve istediği bileşimlerini elde etmek için, gelirine kıyasla, aşırı miktarda para harcayabilmektedir (6). Birey yeme davranışıyla aşırı meşgul olup yiyeceği almak, yemeğini planlamak, elde etmek hazırlamak ve/veya yemek çokça zaman harcayabilmektedir (4, 7). Tüm bunlar, diyet kurallarına sıkı sıkı bağlanması, bu bireylerde sosyal izolasyon ile sonuçlanabilmektedir (4-7, 72).

2. 4. 2. 3. Fiziksel belirtiler

Ortoreksiya nervoza eğilimine bağlı yetersiz, kısıtlı diyetlerin uygulanmasının sonucu olarak vücut ağırlığı kaybı ve kendini daha halsiz hissetmek, yorgunluk, hastalıktan kurtulmanın uzun zaman alması, üşüme hissi, düşük enerji seviyeleri gözlemlenebilmektedir (4, 5).

2. 4. 3. Ortoreksiya nervoza eğilimli bireylerin diyetel davranışları

Ortoreksiya nervozalı bireylerin diyetel davranışları, bakış açıları incelendiğinde yiyeceklerin miktarından ziyade kalitesiyle ilgilendikleri saptanmaktadır. Bu kalite oldukça öznel olmakla beraber; sebzelerde pestisit kalıntısının olup olmadığı, süt ürünlerinin kaynağı olan ineklerin hormon takviyeli olup olmadığı gibi nitelikler yer almaktadır. Besinlerin işlenmesiyle ilgili pişirme sırasında besin içeriği kaybının olmaması; mikro besinler, tatlandırıcı veya koruyucu madde eklenmemesi gibi nitelikler belirtilmektedir. Ambalajlanmada ise yiyeceklerin plastikten üretilen ürünlerin kanserojen bileşenler içermemesi; etiketlerin, ürün bileşenlerinin kalitesini değerlendirmek için yeterli bilgiyi

sağlaması gibi niteliklere dikkat ettikleri, yiyecek araştırmasına önemli miktarda vakit ayırdıkları belirtilmektedir. Hangi besinlerin tek seferde veya günün hangi saatlerinde birleştirilebileceğini belirleyen içselleştirilmiş kurallar geliştirebilmektedirler. Ek olarak bir besinin maksimum sindirimini başka bir besinin tüketilmesinden belirli bir süre sonra gerçekleşmesiyle ilgili kişisel temellendirmeye dayanan inançlar ortaya çıkabilmektedir (84).

2. 4. 4. Adaptif ortoreksiya nervoza

Sağlıklı-adaptif ortoreksiya ortoreksiya nervoza ile ilgili yeni bir terimdir. Bu bireylerde beslenmeye karşı sağlıklı ilgi, diyetle ilişkin sağlıklı davranış ve kişinin kimliğinin bir parçası olarak sağlıklı beslenme gözlemlense de sağlıklı beslenmenin bilimsel bir ölçüsü olmadığı belirtilmektedir. Bireylerin sağlıklı beslenme hakkındaki inançları, sağlıklı beslenmenin nesnel veya gerçek bir tanımıyla örtüşmeyebilmektedir. Patolojik ortoreksiya nervoza ile adaptif olanı ayıran ise psikopatolojinin farklı ölçümleriyle çok farklı ilişki örüntüleri sunmaları olduğu ifade edilmektedir. Patolojik ortoreksiya nervoza olumsuz etki, yeme bozuklukları ve obsesif-kompulsif semptomlarla pozitif olarak ilişkilendirilirken adaptif ortoreksiya nervozanın zıt ilişki örüntüleri gösterdiği belirtilmektedir (72).

2. 4. 5. Ortoreksiya nervozanın tanı kriterleri

Ortoreksiya nervoza nispeten yakın zamanda tanınması ve başlıca psikiyatrik sınıflandırma sistemlerinde standart tanı kriterlerinin olmaması nedeniyle teşhiste çeşitli zorluklar ortaya çıkmaktadır. Önerilen tanı kriterleri henüz evrensel olarak kabul edilmemiştir ve bu durumun değerlendirme ve tanı konusunda tutarsızlıklara yol açtığı bildirilmektedir. Bratman'ın (61) "evet", "hayır" şeklinde yanıtlanan 10 sorudan oluşan "Bratman's Orthorexia Test (BOT)" testiyle ON teşhisi ilk kez gündeme gelmiştir (61). Sonrasında ise Donini ve arkadaşları tarafından (92) bu ölçekten yola çıkılarak 2005 yılında ON saptanmasında ORTO-15 ölçeği hazırlanmıştır. Bununla birlikte, birkaç araştırmacı ve klinisyen bu eğilimlere sahip bireylerin gözlemlenen özelliklerine dayalı tanı kriterleri önermiştir (75, 93). Hakemli, literatürde ortaya çıkan ilk tanı kriterleri Moroze ve ark. (94) yaptığı vaka çalışmasında ortaya konmuştur (Tablo 2. 1.).

Tablo 2. 1. Ortoreksiya nevroza tanı kriterleri, Moroze ve ark. (93).

Kriter A. Yemeklerin kalitesi ve bileşimiyle ilgili endişelere odaklanarak “sağlıklı yiyecekler” yeme konusunda takıntılı meşguliyet. (Aşağıdakilerden ikisi veya daha fazlası içerir.)

- Besinin "saflığı" hakkındaki saplantılı inançlar nedeniyle besinsel açıdan dengesiz bir diyet tüketmek.
- Kirli veya sağlıksız yiyecekler yeme ve yiyeceklerin kalitesi ve bileşiminin fiziksel veya ruhsal sağlık veya her ikisi üzerindeki etkileri konusunda kaygı ve endişe.
- Hastanın “sağlıksız” olduğuna inandığı yiyeceklerden katı bir şekilde kaçınmasıdır. Bunlara yağ, koruyucu madde, besin katkı maddesi, hayvansal ürün veya denek tarafından sağlıksız olduğu düşünülen diğer bileşenleri içeren yiyecekler de dâhil olabilir.
- Beslenme uzmanı olmayan kişiler için, algılanan kalite ve bileşimlerine göre belirli yiyecek türleri hakkında okumaya, edinmeye ve hazırlamaya aşırı miktarda zaman harcanması (örneğin günde 3 veya daha fazla saat).
- “Sağlıksız” veya “kirli” yiyeceklerin tüketilmesi sonucu oluşan günahlardan kaynaklanan suçluluk duygusu ve endişeler.
- Başkalarının yemek inançlarına karşı tahammülsüzlüktür.
- Algılanan kalite ve içerik nedeniyle, kişinin gelirin oranla aşırı miktarda parayı yiyeceklere harcaması.

Kriter B. Takıntılı meşguliyet aşağıdakilerden herhangi biri ile bozucu hale gelir:

- Beslenme dengesizliği nedeniyle fiziksel sağlığın bozulması, örneğin dengesiz beslenme nedeniyle yetersiz beslenme gelişmesi.
- Hastanın “sağlıklı” beslenme hakkındaki inançlarına odaklanan takıntılı düşünce ve davranışlar nedeniyle şiddetli sıkıntı veya sosyal, akademik veya mesleki işlevsellikte bozulma.

Kriter C. Bozukluk yalnızca obsesif-kompulsif bozukluk, şizofreni veya başka bir psikotik bozukluk gibi başka bir bozukluğun semptomlarının alevlenmesi değildir.

Kriter D. Davranış, yalnızca organize edilmiş ortodoks dini yemek uygulamalarının gözlenmesiyle veya özel yiyecek gereksinimleriyle ilgili endişelerin profesyonel olarak

Tablo 2. 1. Ortoreksiya nevroza tanı kriterleri, Moroze ve ark. (93) (devamı).

teşhis edilmiş besin alerjileri veya özel bir diyet gerektiren tıbbi durumlarla ilişkili olmasıyla daha iyi açıklanamaz.

Ek olarak daha önce belirtiler kısmında yer verilen uzman görüşlerinin ortaya konduğu çalışmada, Moroze ve ark. (94) kriterlerine benzerlik gösteren maddeleşmiş belirtilere süre kriteride eklenmiştir. Semptomlar son 6 aydır mevcut olması gerektiği belirtilip ciddi bir sağlık bozukluğu varsa (örneğin ciddi yetersiz beslenme), tanının 3 ayın sonunda bile konulabileceği belirtilmiştir (7).

2. 4. 5. Ortoreksiya nervozanın tedavisi

Ortoreksiya nervoza tedavisine ilişkin literatürün, tıbbi stabilizasyonun sağlanması için başvuran, aşırı düşük vücut ağırlıklı ve/veya yetersiz beslenmeye bağlı komplikasyon gelişmiş hastaları içeren tek vaka çalışmalarıyla sınırlı kaldığı ifade edilmektedir (95). Ancak en iyi uygulamalar için öneriler sunulmaktadır (84, 95). İdeal müdahalenin, hekimler, psikoterapistler ve diyetisyenleri kapsayan multidisipliner bir ekip tarafından gerçekleştirilmesi gerekmektedir. İlaç, bilişsel-davranışçı terapi, psikoeğitim ile yakın izleme ve ayaktan tedavi müdahalenin parçalarını oluşturmaktadır (84). Ortoreksiya nervoza ile ilgili psikoterapi üzerine yayınlanmış herhangi bir vaka çalışmasının olmadığı belirtilmektedir. Vaka çalışması olmamasının olası nedenleri arasında; sağlıklı beslenme takıntısı/zorlantısı olan hastalara ON, OKB, AN veya başka bir tanı konulup konulmaması gerektiğiyle ilgili devam eden kafa karışıklığının devam etmesi ve ON için geçerli klinik tarama araçlarının, tanı görüşmelerinin eksikliğinin yer aldığı ifade edilmektedir. ON tedavisine olan yaklaşımlarda ortoreksiya nevroza, OKB'nin bir alt sonucunun parçası veya OKB'nin diğer sendromlarından bağımsız birincil olarak ortaya çıkan belirgin sağlıklı beslenme takıntısı olarak değerlendirilmektedir. İlaç ve psikoterapi tedavilerinin de farklı yaklaşımlara göre uygulandığı görülmektedir. Ortoreksiya nervozanın OKB ve AN'ye olan benzerliğinden dolayı ikisinde cevap alınan tedaviler, ON tedavisinde de değerlendirilmektedir (95). Farmakolojik olarak serotonin geri alım inhibitörleri, olanzapin gibi antipsikotikler, mirtazapin, tetrasiklik antidepresan, atipik antipsikotik gibi ilaçlar önerilmektedir, yararlı olduğu bildirilmektedir, kullanılmaktadır. Fakat ortorektik bireylerin ilaçları “doğal olmayan” maddeler olarak değerlendirip reddetme eğiliminde olabileceklerinin de altı çizilmektedir (84, 95).

Psikoterapide birçok yöntemden bahsedilmektedir. Psikoeğitim bozukluğa katkıda bulunan altta yatan psikolojik faktörler hakkında bilgi sağlamaktadır. Bu bilgi, bireylere

yiyecek ve sağlık ile ilgili çarpık inançları ve bilişsel kalıpları tanıma, bunlara meydan okuma gücü vermektedir. Düzensiz yeme davranışları hakkında daha derin bir anlayış geliştirmelerini sağlamaktadır. Bilişsel davranışçı terpi (BDT) aracılığıyla bireyler yiyecek, beslenme ve beden imajı hakkındaki katı ve sağlıksız düşünceleri belirlemeyi ve yeniden çerçevelemeyi öğrenmektedirler. Diyet sapmalarıyla ilgili kaygı ve sıkıntıyı yönetmek için başa çıkma stratejileri edinmektedirler. BDT bireylerin daha önce kaçındıkları yiyecekleri diyetlerine kademeli olarak yeniden entegre etmelerine yardımcı olup, "ortorektik" davranışlara katkıda bulunan tetikleyiciler ve stres faktörleri hakkında daha fazla farkındalık oluşturmaktadır (75, 95, 96).

Beslenme danışmanlığı ve sezgisel yeme yaklaşımlarının, ortoreksiya nervozanın kapsamlı tedavisinin değerli bileşenleri olduğu belirtilmektedir. Ortoreksiya nervozalı bireyler için beslenme danışmanlığı, kısıtlayıcı yeme düzenlerinden kaynaklanan beslenme eksikliklerini ve dengesizliklerini ele almaktadır. Besin seçimlerine daha esnek ve kapsayıcı bir yaklaşımı teşvik etmektedir, bireyle iş birliği yapmaktadır (75). Bunun aksine, sezgisel yeme, içsel açlık ve tokluk ipuçlarına uyumu vurgulamaktadır (97). Bireylerin beslenme için vücutlarının doğal sinyalleriyle yeniden bağlantı kurmasını sağlar. Sezgisel yeme, bireylerin katı diyet kurallarının üstesinden gelmelerine ve yemeye karşı daha dikkatli ve yargılayıcı olmayan bir yaklaşım benimsemelerine yardımcı olup, öz şefkati ve vücut kabulünü teşvik etmektedir (70, 97).

Farkındalık ve kabul temelli tedaviler, ortoreksiya nervozalı bireyler için umut verici terapötik yaklaşımlar olarak ortaya çıkmaktadır. Farkındalık uygulamaları anlık farkındalığı, bireyin düşüncelerini, duygularını ve bedensel duyularını yargısız bir şekilde kabul etmeyi geliştirmeyi kapsamaktadır. Bu yaklaşım, bireylerin yiyeceklerle ilgili takıntılı düşüncelerini ve kaygılarını, onlara dürtüsel olarak tepki vermeden gözlemlemelerini sağlamaktadır. Bu sıkıntılı deneyimlerden uzaklaşma duygusunu teşvik etmektedir. Kabul temelli stratejiler, bireylerin öz eleştiri veya yargılama olmaksızın zayıflıklarını ve kusurlarını benimsemelerine katkı sağlamaktadır. Farkındalık ve kabul, tedaviye entegre edildiğinde bireyler yiyeceklerle daha dengeli ve esnek bir ilişki geliştirip, psikolojik dayanıklılıkta ve genel refahta bir artış gözlemleyebilmektedirler (70, 98).

Obsesif kompulsif bozuklukta altın standart olarak ifade edilen ERP'nin (maruz bırakarak tepki önleme), yeme bozukluklarında kullanılan birinci basamak tedavi olan BDT ve aile temelli terapinin de örtük bir temel bileşimi olduğundan bahsedilmektedir. ERP kaygıyı gidermek veya kaygıdan kaçmak için kompulsiyonlar kullanılmadan, kaygı uyandıran düşüncelere, durumlara veya uyaranlara tekrar tekrar maruz bırakılarak

kompulsiyonların kademeli olarak yok edilmesini ve saplantılara alışılmasını kapsamaktadır (84, 95). Zira her iki tedavinin de aynı şekilde kaçınılan yiyeceklerin ve yeme durumlarının sistematik olarak yeniden tanıtılmasını (maruz bırakma) ve kusma, müshilin kötüye kullanımı ve aşırı egzersiz gibi telafi edici davranışların ortadan kaldırılmasını (tepki önleme) içerdiği belirtilmektedir (95).

Aile ve sosyal destek de tedaviye uyumu ve sonuçları önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Besleyici ve anlayışlı bir ortam sağlanması, izolasyon ve damgalanma duygularını azaltabilir, bireylerin iyileşme sırasında mücadelelerini ve zorluklarını paylaşmaları için güvenli bir alan yaratabilmektedir (75).

Tüm bunlara ek fiziksel olarak önemli vücut ağırlığı kaybı ve yetersiz beslenmede, refeeding sendromu tedavisinde deneyimli hekimlerin yer aldığı yatılı tedavi ortamı tedavi kapsamı içinde yer almaktadır (84).

2. 5. Kontrol Odağı Kavramı

Kontrol odağı kavramı Rotter'ın (9) sosyal öğrenme teorisiyle ortaya çıkmıştır; bireyin hayatındaki olayların altında yatan nedenlere ilişkin algısını, inançlarını ifade etmektedir; bireylerin olayların nedenini veya kontrolünü kendilerine mi yoksa dış çevreye mi atfettiklerini ortaya koymaktadır. Rotter'a (9) göre, bireylerin algıladıkları ölçüde, davranış ve ödülleri arasında oluşan nedensel ilişkide, nispeten istikrarlı bir bireysel fark (yani, kontrol odağını işaret eden) zamanla ortaya çıkmaktadır. Buna istinaden de insanların yaşamda aldıkları ödülleri, kendi kişisel eylemleriyle kontrol edilebileceğine inanma derecesi olarak yorumlanmaktadır, iç ve dış kontrol odakları arasındaki bir sürekliliktir (10). Kişinin kendi davranışı ya da -göreceli olarak- kalıcı olan özellikleri ile belirli bir olay arasında nedensel bir ilişki olduğuna inanması "iç kontrol inancı" olarak adlandırılmaktadır. Olayın kişi tarafından tamamen kendi eylemine bağlı olmadığı ve dış güçlerin bir sonucu olarak algılandığı duruma "dış kontrol inancı" adı verilmektedir. Kontrol odağının çoğunlukla istikrarlı bir özellik olarak kabul edildiği belirtilmektedir (9, 11).

2. 5. 1. Beslenmede kontrol odağı

Bireyin yemek yeme anından beslenme davranışı ve tutumuna kadarki geçen süreçte, vücut ağırlığı kontrolünün etkilendiği psikolojik faktörlerin arasında kontrol odağı da vardır. Vücut ağırlığı kontrolünde odaklar içsel, şans, doktorlar sağlık uzmanları ve diğer bireyler olarak değerlendirilmektedir. Vücut ağırlığı kontrolünde iç odaklı ve dış odaklı olmak, birey

için avantaj ya da dezavantaj olabilmektedir (8, 9). Dışarıya odaklı bireylerin, diyetisyenler ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının sağladığı yardımlardan daha fazla yararlanması bu inancın destekleyici bir sonucudur. Yapıcı bir sağlık hizmeti sağlayıcısına erişimin aslında daha içsel bir kontrol odağı yaratarak ilaç rejimlerine ve/veya egzersiz ve beslenme programlarına daha iyi uyum sağlamasına katkı sağlayabilmektedir (10, 11). Tam tersi durum da söz konusudur; dışarıya odaklı bireylerde, bireyin fiziksel aktiviteye yönelik çeşitli dışsal engelleri ve sosyal desteğe, olumsuz bir bakış açısı belirtmeleri ile dış odaklı olmaları arasında pozitif bir ilişki bulunduğu ifade edilmektedir (99). Dış kontrol odağı olan bireylerin, iç kontrol odağı olan bireylerin aksine diyetisyenlerden kötü muamele görmeleri durumunda uzmanların sağlık davranışlarına daha az zaman ve sabır ayırdıklarını gösteren bazı kanıtlarda mevcuttur (13). Sağlık uzmanlarının yanı sıra dış faktörlerden “diğer insanlara” odaklanan bireylerin, orta veya kötü öz sağlık değerlendirmede buldukları ifade edilmektedir. Bu bireylerin psikolojik sıkıntı risklerinin (kaygı ve depresyona daha yatkın olduğu) ve zor şartlar altında direnmek yerine pes etme olasılıklarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Bu durum, bireylerin iştah ve vücut ağırlığı kontrolünde istikrarın sağlanamaması ile sonuçlanabilmektedir (9, 100). Vücut ağırlığı kontrolünde iç odaklılık güven, istekli olma, davranışsal niyet ve gerçek davranışla pozitif ilişkili bulunmuştur (99). Başka bir çalışmada iç odaklı bireylerin vücut ağırlığı kaybından sonraki vücut ağırlığını koruma olasılığı daha yüksek saptanmıştır. Tekrar kazananların ise koruyanlara kıyasla daha dışsal bir yönelime sahip olduğu saptanmıştır (10). Öte yandan vücut ağırlığı kaybetmeye çalışanlar için ideal olanın, vücut ağırlıklarını kontrol altına alabileceklerine inanacak kadar içsel, ancak sağlık uzmanlarının tavsiyelerine uyabilecek kadar dışsal olmaları gerektiği ifade edilmektedir (101).

2. 5. 2. Üniversite öğrencilerinde ve/veya yeme bozukluğu yaşayan bireylerde kontrol odağı

Genç bireylerde anoreksiya nervozanın belirleyicileri olarak genç bireylerde aile kalıpları ve kontrol odağının incelendiği bir çalışmada Brunch teoreminden bahsedilmektedir (102). Brunch teoremine (103) göre kendi standartlarına güvenemeyen çocuklar dış kılavuzlara (ebeveynleri gibi) ve onları memnun etmeye yönelmektedirler (103). İçsel özerkliklerini geliştirme ihtiyaçlarını dış faktörlere sürekli uyum sağlamaya çalıştıklarından dolayı karşılayamamaktadırlar. Bu ihtiyaçlarını kendi bedenlerinde öz denetim sağlayarak yapmaktadırlar ve bu denetimin ebeveynleri tarafından kabul görmeyi de sağladığını düşünmektedirler. Anorektik bireylere “model/ ideal” çocuk denmesinin de

kökünü burada yatmaktadır. Bu teoreme göre dışa dönük birey olmak beslenme bozukluğunda etken olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmanın sonucunda ise yeme bozukluğu belirtilerinin tetikleyicisi olarak düşük benlik saygısı dış kontrol odağı inancına göre daha güçlü bulunmuştur (102, 103). Anadolu Üniversitesinde öğrencilerle yapılan yeme bozukluğu belirtilerinin tetikleyicileri olarak kontrol odağı ve benlik saygısını karşılaştıran bir çalışmada da aynı sonuca varılmıştır (104). Direkt yeme bozuklukları ve genel psikolojik semptomların tahmin edici faktörlerini inceleyen benzer - konu kapsamında - bir çalışmada ise kontrol odağı yeme patolojisiyle ilişkili bulunmamıştır (105). Öte yandan ek faktörlerle beraber yeme bozukluğunun bir tetikleyicisi olarak kontrol odağının karşımıza çıktığı çalışmalar mevcuttur (106-109).

2. 6. Ortoreksiya Nevroza ve Vücut Ağırlığı Kontrol Odağı

Literatürde ortoreksiya nevroza spesifik kontrol odağı çok çalışılmamış olup direkt ortoreksiya nevroza semptomlarının besin takviyelerine, tamamlayıcı alternatif tıp tekniklerinin kullanımına, sağlık kontrol odağına ve zayıf fiziksel sağlık semptomlarına ilişkin farklılıklarla ilişkili olup olmadığı araştırılmıştır. Üniversite öğrencileriyle yapılan bu çalışmada ON semptomları, sağlıklı beslenme kontrol grubu, ve normal beslenme kontrol grubu olmak üzere üç grup yer almıştır ve grupların hiçbirinin iç veya dış sağlık kontrol odağı açısından farklılık göstermediği ifade edilmiştir (110).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Araştırma Ankara Başkent Üniversitesinde, 12 Mayıs- 15 Aralık 2024 tarihleri arasında tamamlanmıştır, anket formunun uygulanması 14-24 Ekim 2024 tarihleri arasında dersliklerde, ders saatlerinde gerçekleşmiştir. Örneklem olarak hemşirelik, beslenme ve diyetetik olmak üzere iki adet sağlık ile ilgili bölüm; bilgisayar, inşaat mühendisliği olmak üzere de iki adet sağlık ilgili olmayan bölümler tercih edilmiştir.

Araştırmada 2024-2025 eğitim-öğretim yılında, hemşirelik, beslenme ve diyetetik, bilgisayar ve inşaat mühendisliği bölümünde eğitim gören ve 18-25 yaş aralığında olan öğrenciler, araştırmanın evreni olarak kabul edilmiştir. Bu bağlamda 652 aktif öğrencinin olduğu ve evren sayısının (N=1652) olduğu tespit edilmiştir. Araştırmada basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak, %5 kabul edilebilir hata payı ve %95 güven seviyesi ile en az n=302 öğrencinin çalışmanın evrenini temsil edebileceği görülmüştür. Araştırmada ön görülen örneklem düzeyi olan n=302 katılımcının saha araştırması sonucunda, geçerli verisi olan 337 öğrencinin verileri analizlerde kullanılmıştır. Bu mevcut sayı olan 337 katılımcının evreni temsil düzeyinin $\alpha=0.95$ örnekleme güç düzeyinde temsil etme gücüne sahip olduğu görülmüştür. (araştırmalarda 0.70 ve üzerinde olan değerlerin geçerli ve yeterli olacağı ön görülür), etki büyüklüğü düzeyinin 0,47 olacağı tespit edilmiştir (0.10 az, 0.25 orta ve 0.40 büyük etki büyüklüğü olarak ifade edilir). Özetle araştırmanın yeterli güce sahip olduğu ve etki büyüklüğü düzeyinin ise oldukça yeterli olduğu görülmektedir. Bireylerin araştırma kapsamına alınma kriterleri;

- Başkent Üniversitesinde Hemşirelik, Beslenme ve Diyetetik, Bilgisayar ve İnşaat Mühendisliği Bölümü'nde okuyor olmak,
- 18 yaşından büyük 25 yaşından küçük olmak,
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmek, bu kriterlere uymayan bireyler çalışmaya dâhil edilmemiştir.

Araştırmaya 362 öğrenci ile başlanılmış olup eksik anket verisi ve hatalı antropometrik ölçümler nedeniyle 25 kişi çalışmadan dışlanıp 337 kişi ile çalışma tamamlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Genel Planı

Öncelikle araştırma önerisi için Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kuruluna başvurulmuş olup araştırma, kurul tarafından 24/106 sayılı kararla onaylanmıştır (Proje no: KA24/176) (EK 1). Veriler anket formu (EK 2) ile yüz yüze toplanmıştır. Anket formu dört bölümden oluşmaktadır birinci bölüm öğrencinin sosyodemografik özellikleri irdeleyen 13 sorudan, ikinci bölüm antropometrik ölçümlerini tespit eden 4 ölçüm (boyun, bel, kalça, deri kıvrım kalınlığı; biceps, triceps, suprailiak, subskapular) bir hesaplama (Beden Kütle İndeksi) sorusundan oluşmaktadır (111, 112, 113). Üçüncü bölüm 18 sorudan oluşan Çok Boyutlu Vücut Ağırlığı Kontrol Odağı (T-MWLCS) ölçeğini, dördüncü bölüm ise 11 sorudan oluşan Ortoreksiya Nervoza (ORTO-11) ölçeğini içermektedir (12, 114).

Yaş, cinsiyet, gelir durumu, okuduğu bölüm, güncel yaşadığı yer, sigara ve alkol kullanımı, geçmişte diyet yapma durumu ve güncel diyet tedavisi varlığı, tanı konulmuş hastalık, vücut ağırlığını ölçme sıklığı, boyun çevresi (cm), bel çevresi (cm), kalça çevresi, bel/kalça oranı (cm/cm), deri altı vücut yağı ve beden kütle indeksi gibi sosyo-demografik, yaşam tarzına, sağlık durumlarına ve beslenme alışkanlıklarına ilişkin özellikler ve antropometrik ölçümler çalışmanın değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.3.1. Antropometrik ölçümler

Bireyin vücut ağırlığı ve boy uzunluğu; beyana göre alınmıştır. Ölçümler esnemeyen mezura ve kaliper materyalleriyle araştırmacı tarafından anket cevaplanması tamamlandıktan hemen sonra gerçekleştirilmiştir. Boyun çevresi, bel çevresi, kalça çevresi; biceps, triceps, suprailiak, subskapular bölgelerden olmak üzere deri kıvrım kalınlıklarının ölçümü araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Bireylerin Beden Kütle İndeksi (BKİ), bel/boy oranı, bel/kalça oranı, yağ yüzdesi araştırmacı tarafından hesaplanmıştır.

3.3.1.1. Beden kütle indeksi (BKİ)

Araştırmaya katılan öğrencilerin beyanına göre Beden Kütle İndeksi (BKİ); vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (m) karesine bölünmesiyle araştırmacı tarafından hesaplanmıştır (112). Beden Kütle İndeksi (BKİ) = Vücut ağırlığı (kg)/ boy uzunluğu (m²)

Öğrencilerin beden kütle indeksi sonuçları Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) (115) sınıflandırmasına göre değerlendirilmiştir (113, 115) (Tablo 3. 1).

Tablo 3. 1. Yetişkin bireylerde beden kütle indeksi (BKİ) sınıflandırılması (115).

Sınıflandırma	BKİ (kg/ m ²)
Zayıf	<18.50
Normal	18.50-24.9
Hafif Şişman	25.00-29.9
Obez	≥ 30

BKİ, *Beden Kütle İndeksi*

3.3.1.2. Bel çevresi

Bel çevresi ölçümü araştırmacı tarafından kaburga kemiğinin en alt kısmı ile kalça kemiği çıkıntısının ortasında yer alan genişlikten yapılmıştır. Katılımcıların bel çevresi ölçümlerinin değerlendirilmesi Tablo 3. 2’ deki sınıflandırmaya göre yapılmıştır (115).

Tablo 3. 2. Bel çevresi sınıflandırılması (115).

Sınıflandırma	Düşük risk (Metabolik komplikasyon riski düşük)	Risk (Metabolik komplikasyon riski artmış)	Yüksek Risk (Metabolik komplikasyon riski büyük ölçüde artmış)
Erkek	<94	≥94	≥102
Kadın	<80	≥80	≥88

3.3.1.3. Bel/ kalça oranı

Katılımcıların beyanına göre alınan boy uzunluğu (cm) ve araştırmacı tarafından ölçülen kalça çevresi (cm) ile bel/kalça oranı = bel çevresi (cm) / kalça çevresi (cm) formülü kullanılarak hesaplanmıştır. Oranda kullanılan kalça çevresi ölçümü birey ayakta iken yandan bakıldığında kalçanın en geniş noktasından yapılmıştır. Katılımcıların bel/kalça oranı Tablo 3. 3’ teki Dünya Sağlık Örgütü’nün (115) sınıflandırmasına göre değerlendirilmiştir (115).

Tablo 3. 3. Bel/kalça oranının sınıflandırılması (115).

Sınıflandırma	Normal	Riskli (Metabolik komplikasyon riski büyük ölçüde artmış)
Erkek	<0.90	≥0.90
Kadın	<0.85	≥0.85

3.3.1.4. Bel/ boy oranı

Katılımcıların beyanına göre alınan boy uzunluğu (cm) ve araştırmacı tarafından ölçülen bel çevresi (cm) ile bel/boy oranı = bel çevresi (cm) / boy uzunluğu (cm) formülü kullanılarak hesaplanmıştır. Katılımcıların bel/boy oranı Tablo 3. 4.’ teki Ashwell’in (116) sınıflandırmasına göre değerlendirilmiştir (116).

Tablo 3. 4. Bel/boy oranının sınıflandırılması (116).

Sınıflandırma	Bel Çevresi/Boy Uzunluğu Oranı
Dikkat	< 0.4
Normal	0.4 - < 0.5
Riskli	≥ 0.5 - < 0.6
Tedavi Gerekli (yüksek risk)	≥ 0.6

3.3.1.5. Boyun çevresi

Boyun çevresi ölçümü gırtlak çıkıntısının (âdemelması) hemen altından, boyun ile omuzların birleşme noktasından geçen çevreden gerçekleştirilmiştir. Boyun çevresinde erkeklerde ≥ 37 değeri, kadınlarda ≥ 34 değeri üstü riskli kabul edilmiştir (117).

3.3.1.6. Vücut yağ oranı

Deri altı vücut yağı ölçümü için deri kıvrım kalınlıkları sağ kol triceps ve biceps, subskapular, suprailiak olmak üzere dört bölgeden ölçülmüştür. Triceps, sağ üst orta kolun tersinin orta noktasından; biceps, triceps ölçümünün alındığı nokta hizasında, orta kolun anterior bölümünden ölçülmüştür. Subskapular, sol omuz kenar açısının tam altından ve lateralinden, 45 derecelik açı ile omuz ve sol kol rahatlamış pozisyondayken ölçülmüştür. Suprailik ise alt kaburga ile iliak kemik arasında midaksiller çizgi üzerinde 45 derecelik açı ile ölçümü gerçekleştirilmiştir. Tüm bölgelerde bir el ile deri altı yağ kalınlığı tutulurken diğer eldeki kaliper ile doku yaklaşık 1 cm derinlikten kavranmıştır, ölçüm 2-4 saniye arasında okunup olası ölçüm farklılıkları ve olumsuzluklarda ölçüm 3 kere tekrarlanmıştır. Elde edilen ölçüm verileri toplanarak Durnin ve Womersley'in (118) tablosuna göre karşılık gelen yağ yüzdesi bulunmuştur (118). Yağ yüzdesi değerleri ise Tablo 3.5' teki Lee, Nieman (119) sınıflandırılmasına göre değerlendirilmiştir (119).

Tablo 3. 5. Vücut yağ yüzdesi değerlerinin sınıflandırılması (119).

Sınıflandırma	Erkek	Kadın
Zayıf	<8	<15
Sağlıklı	8-15	15-22
Hafif Şişman	16-20	23-26
Şişman	21-24	27-32
Çok Şişman	>25	>32

3. 3. 2. Çok boyutlu vücut ağırlığı kontrol odağı (T-MWLCS)

Vücut ağırlığı kaybıyla ilişkili kontrol odağını ölçmek geliştirilen ilk ölçek, Ağırlık Kontrol Odağı Ölçeği (WLOCS) olmaktadır (120). Çok Boyutlu Ağırlık Kontrol Odağı Ölçeği (MWLCS) ise Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçekleri-Duruma Özel (MHLCS) Form C'den özellikle diyet tedavisi uzmanları ve araştırmacılar tarafından ağırlık kontrol odağını ölçmek için İspanyolcaya uyarlanmıştır (121). Türkçeye geçerlilik ve güvenilirlik testini 2021 yılında Şarahman ve ark. (12) yaptığı, Çok Boyutlu Vücut Ağırlığı Kontrol Odağı Ölçeği, 18 maddeden oluşmaktadır. Bireylerin vücut ağırlıklarını nasıl kontrol ettiklerine ilişkin inançlarını ölçmektedir. 18 madde; içsel (faktör 1), şans (faktör 2), doktorlar (faktör 3) ve diğer bireyler (faktör 4) olmak üzere 4 alt faktörden oluşmaktadır. Ölçek 6'lı likert olarak (0= Kesinlikle katılmıyorum, 1=Oldukça katılmıyorum, 2=Biraz katılmıyorum, 3=Biraz katılıyorum, 4=Oldukça katılıyorum, 5=Kesinlikle katılıyorum) puanlanmaktadır ve ters kodlanan madde bulunmamaktadır (12).

3. 3. 3. Ortoreksiya nervoza ölçeği (ORTO-11)

Ölçeğin uyarlandığı orijinal hali ORTO-15 Donini ve arkadaşları (92) tarafından ilk kez İtalya'da geliştirilmiştir, ON eğilimini değerlendirmek için düzenlenmiş 15 maddelik ölçek bireylerin besin tercihi, satın alması, hazırlaması ve kendilerinin sağlıklı olarak belirledikleri besinleri tüketmeleriyle ilgili davranışlarını ölçmektedir. ORTO-15 ölçeğinde yer alan ifadeler kişilerin duygusal ve rasyonel açıdan değerlendirilmeleri amacıyla geliştirilmiştir (92). Arusoğlu ve ark. (114) 2008' de ölçeğin orijinal halinden 11 maddelik ORTO-11 ölçeği ile Türkçeye uyarlanmasının geçerlilik ve güvenilirlik testini gerçekleştirmişlerdir. Her bir ifade 4'lü likert tipi derecelendirme ile değerlendirilir. Ölçekte, bireylerin kendilerini ne sıklıkla maddelerde tarif edildiği şekilde hissettiklerini "her zaman", "sık sık", "bazen" ve "hiçbir zaman" seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtmeleri istenmektedir. Ortoreksiya nervoza için ayırt edici olduğu düşünülen cevaplara "1", normal yeme davranışı eğilimini gösteren cevaplara "4" puan verilmektedir. Düşük puanlar ortorektik eğilimi göstermektedir. ORTO-11 ölçeğinde, orijinal ölçekteki 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13 ve 14 numaralı maddeler yer almıştır. Sadece 8. madde ters yönde puanlanmaktadır (114). ORTO-11 ölçeğinin bir kesim noktası olmayıp puanların değerlendirilmesi Arusoğlu G'nin (114) çalışmasına benzer olarak birinci çeyreklik değeri kullanılarak belirlenmiştir. Gruplamalar 0-22 puan ve >22 puan olarak belirlenmiş olup ≤ 22

puan arasında alan öğrenciler ON eğilimi gösteren ve >22 puan alan öğrenciler ON eğilimi göstermeyen olarak ifade edilmiştir (114).

3. 4. Verilerin İstatiksel Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, alt ve üst değerleri ile sunulmuştur. T-MWLCS ölçeğine ait güvenilirlik ve geçerlilik analizlerinde Cronbach Alpha analizi ve Faktör analizi uygulanması yapılmıştır. ON eğilimi ve T-MWLCS düzeylerinin normal dağılım analizleri Kolmogrov-Smirnov (K-S) testi ile incelenmiştir. Dağılımın normal dağılıma uygun olduğu, örneklem sayısının $n=337$ düzeyinde ve yüksek olması, ölçek puanlarının eğiklik ve basıklık düzeylerinin -1.5 ve 1.5 arasında olmasından dolayı normal dağılıma uygun olduğu görülmüştür.

Çalışmada ON eğilimi ve T-MWLCS düzeylerinin katılımcıların özelliklerine göre incelenmesinde bağımsız örneklem t testi ve Varyans analizi (ANOVA) testi yapılmıştır. ON eğilimi ve T-MWLCS düzeylerinin katılımcıların ölçümleri ve birbirleriyle olan ilişkilerin incelenmesi için Pearson Korelasyon analizi uygulanmıştır. Kategorik değişkenlerin gruplardaki farklılığının belirlenmesinde Ki-Kare analizi uygulanmıştır. Grup içi sayısı yetersiz olan oranlarda Fisher düzeltmesi kullanılarak p değerleri hesaplanmıştır. Çalışmada 0.05 'den küçük p değerleri anlamlı kabul edilmiştir. Analizler SPSS 25.0 ile analiz edilmiştir. Çalışmada hesaplanan evren-örneklem, güç düzeyi ve etki büyüklüğü hesaplamaları G*Power Version 3.1.7. ile tespit edilmiştir. Tüm karşılaştırmalar için istatistik anlamlılık düzeyi $p<0.05$ alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Öğrencilerin Genel Özellikleri

Çalışmaya 115 (% 34.1) erkek, 222 (% 65.9) kadın olmak üzere toplam 337 öğrenci katılmıştır. Tablo 4. 1' de öğrencilerin gelir durumu, okuduğu bölüm, yaşadığı yer, sigara ve alkol kullanımı, hastalık, geçmişte diyet yapma durumu ve güncel diyet tedavi bilgilerinin dağılımı verilmiştir. Gelir durumları incelendiğinde öğrencilerin %15.1'inin gelirinin giderinden az, %53.7'sinin gelirinin giderine eşit, %31.2'sinin gelirinin giderinden fazla olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin 103'ü (%30.6) hemşirelik, 91'i (%27) beslenme ve diyetetik, 113'ü (% 33.5) bilgisayar, 30'u (%8.9) inşaat mühendisliği bölümünde eğitim görmektedir. Öğrenci yurdunda yaşayanların oranı %15.7 evde yalnız veya ev arkadaşıyla yaşayanların oranı %17.8, evde ailesiyle yaşayanların oranı %66.5 olarak tespit edilmiştir. Sigara içenlerin sayısı 114 (%33.8), hiç içmemiş olanların sayısı 199 (%59.1) iken bırakanların sayısı ise 24 (%7.1) olarak saptanmıştır. Öğrencilerin %43.9'unda alkol kullanımı görülürken %56.1'inde görülmemiştir. Tanı almış hastalığı olanların oranı %27 olarak görülmüştür. Çalışmaya katılan bireylerin 94'ü (%27.9) geçmişte diyet yapmışken, 16'sı (%4.7) aktif olarak diyet uygulamaktaydı. Geçmişte diyet yapmayanların sayısı 243 (%72.1) iken aktif olarak diyet uygulamayanların sayısı 321 (%95.3) olarak saptanmıştır. Grubun ortalama yaşlarının 20.15±1.64 seviyesinde olduğu görülmüştür.

Tablo 4. 1. Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı.

Sosyo-demografik Özellikler	S	%
Cinsiyet		
Kadın	222	65.9
Erkek	115	34.1
Gelir durumu		
Geliri Giderinden Az	51	15.1
Geliri Giderine Eşit	181	53.7
Geliri Giderinden Fazla	105	31.2
Bölüm		
Hemşirelik	103	30.6
Beslenme Ve Diyetetik	91	27.0
Bilgisayar	113	33.5
İnşaat Mühendisliği	30	8.9
Yaşadığı yer		
Öğrenci Yurdu	53	15.7
Evde (Yalnız/Ev arkadaşı)	60	17.8
Evde (Aile)	224	66.5

Tablo 4. 1. Öğrencilerin sosyodemografik özelliklere göre dağılımı (devamı).

Sigara kullanımı		
Hiç içmedi	199	59.1
Bıraktı	24	7.1
Aktif içici	114	33.8
Alkol kullanımı		
Kullanan	148	43.9
Kullanmayan	189	56.1
Tanıli hastalığı		
Var	246	73.0
Yok	91	27.0
Aktif diyet tedavisi		
Uygulayan	16	4.7
Uygulamayan	321	95.3
Geçmişte diyet yapma durumu		
Yapan	94	27.9
Yapmayan	243	72.1
Yaş $X \pm SS$ (Alt-Üst) (n=337)	20.15 \pm 1.64 (17-24)	

X=ortalama, SS= standart sapma,

4. 2 Öğrencilerin Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan öğrencilerin antropometrik ölçüm ortalama değerleri Tablo 4. 2' de gösterilmiştir. Çalışma grubunun vücut ağırlığı ortalaması 65.64 \pm 16.1 kg, boy uzunluğu ortalaması 170.41 \pm 10.12 cm olarak saptanmıştır, hesaplanmış BKİ ortalamasının 22.41 \pm 4.12 kg/ m² olduğu görülmüştür. Bel/boy oranlarının ortalaması 0.43 \pm 0.06 cm/cm, bel/kalça oranlarının ortalaması 0.77 \pm 0.09 cm/cm olarak saptanmıştır. Boyun çevresi ölçümlerinin ortalaması 32.47 \pm 3.54 cm, kalça çevresi ölçümleri ortalamasının 95.56 \pm 9.52 cm olduğu görülmüştür. Grubun genel vücut yağ oranı ortalamasının 27.87 \pm 5.82 (%) seviyesinde olduğu görülmüştür.

Tablo 4. 2. Öğrencilerin antropometrik ölçüm değerleri ve hesaplamaları.

Antropometrik Ölçümler	X\pmSS	Alt-Üst
Vücut ağırlığı (kg)	65.64 \pm 16.1	39-128
Boy uzunluğu (cm)	170.41 \pm 10.12	108-204
BKİ (kg/m ²)	22.41 \pm 4.12	15.23-44.58
Bel/boy oranı (cm/cm)	0.43 \pm 0.06	0.19-0.67
Boyun çevresi (cm)	32.47 \pm 3.54	21.5-43.0
Bel çevresi (cm)	0.43 \pm 0.06	0.19-0.67
Kalça çevresi (cm)	95.56 \pm 9.52	55.1-130
Bel/ kalça oranı (cm/cm)	0.77 \pm 0.09	0.35-1.21
Vücut yağ oranı (%)	27.87 \pm 5.82	12.9-41.8

X=ortalama, SS= standart sapma, BKİ, Beden Kütle İndeksi

Öğrencilerin antropometrik ölçümlerinin cinsiyete ait dağılımları Tablo 4. 3'te gösterilmektedir. Bel çevresi ölçümünde erkek öğrencilerin kadınlara göre daha yüksek oranda orta risk (%14.8) ve yüksek risk (%7.8) grubunda yer aldığı görülmüştür (p=0.01). Bel/kalça oranında erkek öğrencilerin kadınlara göre daha yüksek oranda (%18.3) risk grubunda yer aldığı görülmüştür (p=0.01). Yağ oranında kadın öğrencilerin erkeklere göre daha yüksek oranda (%49.1) şişman grubunda yer aldığı görülmüştür (p=0.01). Boyun çevresi ölçümünde erkek öğrencilerin kadın öğrencilere göre daha yüksek oranda (% 46.1) riskli grupta yer aldığı saptanmıştır (p=0.01). Bel/boy oranında erkek öğrencilerin kadınlara göre daha yüksek oranda (%31.3) risk grubunda yer aldığı görülmüştür (p=0.01). Beden kütle indeksinde erkek öğrencilerin kadınlara göre daha yüksek oranda (%33.9) hafif şişman grubunda yer aldığı; kadınlarında erkeklere göre daha yüksek oranda (%21.6) zayıf grubunda yer aldığı saptanmıştır (p=0.01).

Tablo 4. 3. Öğrencilerin antropometrik ölçümlerinin cinsiyete ait dağılımları.

Antropometrik Sınıflandırmalar	Cinsiyet						p
	Kadın (n= 222)		Erkek (n= 115)		Toplam (n=337)		
	S	%	S	%	S	%	
Bel çevresi							
Düşük risk	199	89.6	89	77.4	288	85.5	0.01*
Orta risk	18	8.1	17	14.8	35	10.4	
Yüksek risk	5	2.3	9	7.8	14	4.2	
Bel/ kalça							
Normal	216	97.3	94	81.7	310	92.0	0.01*
Riskli	6	2.7	21	18.3	27	8.0	
Yağ oranı							
Sağlıklı	3	1.4	11	9.6	14	4.2	0.01*
Hafif şişman	41	18.5	28	24.3	69	20.5	
Şişman	109	49.1	32	27.8	141	41.8	
Çok şişman	69	31.1	44	38.3	113	33.5	
Boyun çevresi							
Risksiz	206	92.8	62	53.9	268	79.5	0.01*
Riskli	16	7.2	53	46.1	69	20.5	
Bel/boy							
Dikkat	86	38.7	13	11.3	99	29.4	0.01*
Uygun	123	55.4	66	57.4	189	56.1	
Riskli	13	5.9	36	31.3	49	14.5	
BKİ							
Zayıf	48	21.6	6	5.2	54	16.0	0.01*
Normal	144	64.9	59	51.3	203	60.2	
Hafif şişman	23	10.4	39	33.9	62	18.4	
Obez	7	3.2	11	9.6	18	5.3	

** Ki-Kare test istatistiği, * 0.05 düzeyinde anlamlı farklılık, BKİ, Beeden Kütle İndeksi

4. 3. Öğrencilerin ON Eğilimlerinin Saptanması

Öğrencilerin ORTO-11 ölçek puanıyla ilgili verileri Tablo 4. 4'te gösterilmektedir. Öğrencilerin ORTO-11 puan ortalaması 25.13 ± 4.67 olarak tespit edilmiştir. ORTO-11 puanlarının kesim noktası Arusoğlu G'nin çalışmasına (114) benzer olarak birinci çeyreklik değeri kullanılarak belirlenmiş ve gruplamalar ≤ 22 puan ve > 22 puan olarak yapılmıştır. Öğrencilerin 96'sı (%28. 5) birinci çeyreklikte yer alıp ON eğilimi gösterirken 241' i (%71. 5) bu değerin üzerinde puan almıştır.

Tablo 4. 4. Öğrencilerin ORTO-11 ölçek puan ortalaması ve ORTO-11 eğilimine göre dağılımları.

	S	%
ORTO-11 Sınıflandırması		
ON eğilimi gösteren	96	28.5
ON eğilimi göstermeyen	241	71.5
Toplam	337	100.0
ORTO-11 (Alt-Üst) (X±SS)	25.13 ± 4.67 (11- 44)	

X=ortalama, SS= standart sapma,

4. 4. Öğrencilerin ON Eğilimleri ve Sosyo-demografik Özellikleri Arasındaki İlişki

ORTO-11 puan sınıflandırması ile öğrencilerin sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkiler incelendiğinde sigara kullanımı, tartı sıklığı ve geçmişte diyet yapma durumu ile ORTO-11 grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4. 5.). Sigara kullanımı aktif olan öğrencilerde ON eğilimi olanların oranı (%41.7) ON eğilimi olmayanların oranına (%30.7) göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($p = 0.04$). Sigara kullanmayanlarda ise ON eğilimi olmayanların oranı (%62.7) ON eğilimi olanların oranına (%50.0) göre daha yüksek saptanmıştır ($p = 0.04$). Tartılma sıklığı günde 1-2 kez olan grupta ON eğilimi olanların oranı (%14.6) ON eğilimi olmayanların oranına (%5.8) göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($p = 0.01$). Geçmişte diyet yapan grupta ON eğilimi olanların oranının (%41.7) ON eğilimi olmayanların oranına (%22.4) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p = 0.01$). ORTO-11 grupları cinsiyete göre anlamlı şekilde farklılık göstermemiştir ($p = 0.20$). Aktif olarak diyet yapma durumlarına göre ORTO-11 grupları farklılık göstermemiştir ($p = 0.49$). ORTO-11 gruplarının gelir durumuna ($p = 0.30$), okunanan bölüme ($p = 0.36$), yaşanılan yere ($p = 0.21$), alkol kullanımına ($p = 0.24$), tanısı olan hastalık durumuna ($p = 0.17$) göre de anlamlı şekilde farklılık göstermediği saptanmıştır.

Tablo 4. 5. Öğrencilerin ON eğilimi (ORTO-11 puan) sınıflandırmasına göre sosyo-demografik özelliklerin dağılımı.

Sosyo-demografik Özellikler	ORTO-11						p
	ON Eğilimi Olan (n=96)		ON Eğilimi Olmayan (n=241)		Toplam (n=337)		
	S	%	S	%	S	%	
Cinsiyet							
Kadın	67	69.8	155	64.3	222	65.9	0.20
Erkek	29	30.2	86	35.7	115	34.1	
Gelir durumu							
Geliri giderinden az	19	19.8	32	13.3	51	15.1	
Geliri giderine eşit	50	52.1	131	54.4	181	53.7	0.30
Geliri giderinden fazla	27	28.1	78	32.4	105	31.2	
Bölüm							
Hemşirelik	25	26.0	78	32.4	103	30.6	
Beslenme ve Diyetetik	28	29.2	63	26.1	91	27.0	0.36
Bilgisayar	37	38.5	76	31.5	113	33.5	
İnşaat Mühendisliği	6	6.3	24	10.0	30	8.9	
Yaşadığı yer							
Öğrenci Yurdu	10	10.4	43	17.8	53	15.7	
Evde (Yalnız/Ev arkadaşı)	20	20.8	40	16.6	60	17.8	0.21
Evde (Aile)	66	68.8	158	65.6	224	66.5	
Sigara kullanımı							
Hiç içmedi	48	50.0	151	62.7	199	59.1	
Bıraktı	8	8.3	16	6.6	24	7.1	0.04*
Aktif içici	40	41.7	74	30.7	114	33.8	
Alkol kullanımı							
Kullanan	47	49.0	101	41.9	148	43.9	0.24
Kullanmayan	49	51.0	140	58.1	189	56.1	
Tanılı hastalığı							
Var	65	67.7	181	75.1	246	73.0	0.17
Yok	31	32.3	60	24.9	91	27.0	
Tartı sıklığı							
Ayda 1	45	46.9	149	61.8	194	57.6	
Haftada 1	37	38.5	78	32.4	115	34.1	0.01*
Günde 1-2	14	14.6	14	5.8	28	8.3	
Aktif diyet tedavisi							
Uygulayan	5	5.2	11	4.6	16	4.7	0.49
Uygulamayan	91	94.8	230	95.4	321	95.3	
Geçmişte diyet yapma durumu							
Yapan	40	41.7	54	22.4	94	27.9	0.01*
Yapmayan	56	58.3	187	77.6	243	72.1	

** Ki-Kare test istatistiği, * 0.05 düzeyinde anlamlı farklılık

4. 5. Öğrencilerin ON Eğilim Grupları Arasında Antropometrik Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Kadın ve erkek öğrencilerde ON eğilim grupları arasında antropometrik ölçümler Tablo 4.6’da karşılaştırılmıştır.

Sonuçlara göre kadınlarda, ON eğilimine göre, ON eğilimi olan ve olmayan grupta bel çevresi, kalça çevresi, bel/kalça oranı ölçümlerinin anlamlı şekilde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$). Boyun çevresi ölçümlerinin ON eğilimi olan grupta (32.08 ± 1.94) anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.01$). Bel/boy oranlarının ON eğilimi olan grupta (0.43 ± 0.05) anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.02$). Vücut yağ oranlarının ON eğilimi olan grupta (32.02 ± 4.06) anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.01$). BKİ değerlerinin ON eğilimi olan grupta (22.11 ± 4.29) anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.03$).

Erkeklerde ise ON eğilimine göre ON eğilimi olan ve olmayan grupta öğrencilerin BKİ değerleri anlamlı şekilde farklılık göstermemiştir ($p=0.94$). Aynı şekilde boyun çevresi, bel çevresi, kalça çevresi, bel/boy oranı, bel/kalça oranı, vücut yağ oranı da erkeklerde ON eğilimine göre ON eğilimi olan ve olmayan grupta, anlamlı şekilde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4. 6. Kadın ve erkek öğrencilerde antropometrik ölçüm değerlerinin ON eğilimi gösteren ve göstermeyenlerde karşılaştırılması.

Antropometrik Ölçümler	Kadın		p	Erkek		p
	ON Eğilimi Olan (n=67)	ON Eğilimi Olmayan (n=155)		ON Eğilimi Olan (n=29)	ON Eğilimi Olmayan (n=86)	
	X±SS	X±SS		X±SS	X±SS	
Boyun çevresi (cm)	32.08±1.94	30.25±2.13	0.01*	36.05±3.17	36.35±2.26	0.58
Bel çevresi (cm)	70.07±8.23	67.78±8.54	0.07	83.04±10.78	84.38±12.71	0.61
Kalça çevresi (cm)	95.06±8.55	92.87±8.68	0.08	100.25±10.83	99.2±9.6	0.62
Bel/boy oranı (cm/cm)	0.43±0.05	0.41±0.05	0.02*	0.46±0.06	0.47±0.07	0.46
Bel/kalça oranı (cm/cm)	0.74±0.06	0.73±0.07	0.44	0.83±0.04	0.85±0.08	0.18
Vücut yağ oranı (%)	32.02±4.06	30.21±3.88	0.01*	21.53±4.74	22.57±4.57	0.30
BKİ (kg/m^2)	22.11±4.29	20.91±3.43	0.03*	24.64±4.16	24.58±3.88	0.94

**Mann Witney U testi, *0.05 düzeyinde anlamlılık, SS= standart sapma, BKİ, Beden Kütle İndeksi

4. 6. Antropometrik Ölçüm Sınıflandırmaları ile ORTO-11 Sınıflandırmaları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Bütün öğrencilerin cinsiyete bağlı olmayan antropometrik ölçüm sınıflandırmaları ile ORTO-11 sınıflandırmaları arasındaki ilişkiler tablo 4. 7.'de incelenmiştir. Bel/boy oranı sınıflandırmaları ile ORTO-11 sınıfları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmamıştır ($p=0.19$, $p>0.05$). BKİ sınıflandırmaları ile ORTO-11 sınıfları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmamıştır ($p=0.53$, $p>0.05$).

Tablo 4. 7. ORTO-11 sınıflandırmaları ile antropometrik ölçüm sınıflandırmaları arasındaki ilişkiler.

Antropometrik Sınıflandırmalar	ORTO-11 Sınıflandırma						p
	ON Eğilimi Olan (n=96)		ON Eğilimi Olmayan (n=241)		Toplam (n=337)		
	S	%	S	%	S	%	
Bel/boy oranı							
Dikkat	22	22.9	77	32.0	22	22.9	0.19
Uygun	61	63.5	128	53.1	61	63.5	
Riskli	13	13.5	36	14.9	13	13.5	
BKİ							
Zayıf	11	11.5	43	17.8	11	11.5	0.53
Normal	60	62.5	143	59.3	60	62.5	
Hafif şişman	19	19.8	43	17.8	19	19.8	
Obez	6	6.3	12	5.0	6	6.3	

** Ki-Kare test istatistiği, *0.05 düzeyinde anlamlılık, BKİ, Beden Kütle İndeksi

Antropometrik ölçüm sınıflandırmaları ile ON sınıflandırmaları arasındaki ilişkiler kadın ve erkek öğrencilerde ayrı ayrı Tablo 4.8' de incelenmiştir.

Kadınlarda, ON eğilimi olanlarda, vücut yağ oranı sınıflandırmasında, çok şişman grupta yer alanların oranı (%46.3), ON eğilimi olmayanlarda, çok şişman grupta yer alanların oranına (%25.5) göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.01$). Kadınlarda, bel ve boyun çevresi, bel/boy ve bel/kalça oranı, BKİ değerleri ON eğilim grupları arasında farklılık göstermemiştir ($p>0.05$).

Erkeklerde, ON eğilimi olmayanlarda, bel/kalça oranı sınıflandırmasında, riskli grupta yer alanların oranınının (%24.4), ON eğilimi olanlarda riskli grupta yer alanların oranına (%0.0) göre yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.01$). Erkeklerde, bel ve boyun çevresi, bel/boy ve vücut yağ oranı ve BKİ değerleri ON eğilim grupları arasında farklılık göstermemiştir ($p>0.05$).

Tablo 4. 8. Cinsiyete göre ORTO-11 sınıflandırmaları ile antropometrik sınıflandırmalar arasındaki ilişkiler.

Antropometrik Sınıflandırmalar	ORTO-11 Sınıflandırma										
	Kadın					p	Erkek				
	ON Eğilimi Olan (n=67)		ON Eğilim Olmayan (n=155)				ON Eğilimi Olan (n=29)		ON Eğilim Olmayan (n=86)		
	S	%	S	%	S		%	S	%		
Bel çevresi											
Düşük risk	58	86.6	141	91.0	0.53	23	79.3	66	76.7	0.97	
Orta risk	8	11.9	10	6.5		4	13.8	13	15.1		
Yüksek risk	1	1.5	4	2.6		2	6.9	7	8.1		
Boyun çevresi											
Risksiz	60	89.6	146	94.2	0.17	16	55.2	46	53.5	0.52	
Riskli	7	10.4	9	5.8		13	44.8	40	46.5		
Bel/boy											
Dikkat	19	28.4	67	43.2		3	10.3	10	11.6	0.53	
Uygun	42	62.7	81	52.3	0.08	19	65.5	47	54.7		
Riskli	6	9.0	7	4.5		7	24.1	29	33.7		
Bel-kalça											
Normal	65	97.0	151	97.4	0.58	29	100.0	65	75.6	0.01*	
Riskli	2	3.0	4	2.6		0	0.0	21	24.4		
Vücut yağ oranı											
Sağlıklı	0	0.0	3	1.9		3	10.3	8	9.3		
Hafif şişman	9	13.4	32	20.5	0.01*	8	27.6	20	23.3	0.94	
Şişman	27	40.3	82	52.2		7	24.1	25	29.1		
Çok şişman	31	46.3	38	25.5		11	37.9	33	38.4		
BKI											
Zayıf	10	14.9	38	24.5		1	3.4	5	5.8		
Normal	45	67.2	99	63.9	0.07	15	51.7	44	51.2	0.75	
Hafif şişman	9	13.4	14	9.0		10	34.5	29	33.7		
Obez	3	4.5	4	2.6		3	10.3	8	9.3		

** Ki-Kare test istatistiği. *0.05 düzeyinde anlamlı şekilde farklılık, BKİ, Beden Kütle İndeksi

4. 7. Öğrencilerin Vücut Ağırlığı Kontrol Odaklarının Belirlenmesi

Çok Boyutlu Vücut Ağırlığı Kontrol Odağı Ölçeğinin güvenilir ve geçerliliğini incelemek için analizler yapılmıştır. Ölçeğin genel olarak güvenilirlik düzeyinin $\alpha = 0.94$ seviyesinde olduğu görülmüştür. Yapılan faktör analizi sonucunda T-MWLCS ölçeğinin faktör 1 (işsel) faktör 2 (şans) faktör 3 (doktorlar) faktör 4 (diğer insanlar) olmak üzere 4 alt faktörden oluştuğu görülmüştür. İşsel faktörünün açıklanan varyans oranının %19 ve iç tutarlılık düzeyinin 0.84 olduğu görülmüştür. Şans faktörünün açıklanan varyans oranının %17

ve iç tutarlılık düzeyinin 0.82 olduğu görülmüştür. Doktorlar faktörünün açıklanan varyans oranının %16 ve iç tutarlılık düzeyinin 0.81 olduğu görülmüştür. Diğer insanlar faktörünün açıklanan varyans oranının %16 ve iç tutarlılık düzeyinin 0.81 olduğu görülmüştür. Total açıklanan varyans oranının %68 olduğu bu düzeyinin %65 düzeyinden yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca KMO (Kaiser Meyer Olkin) örneklem yeterlilik düzeyinin 0.92 olduğu, yapılan n=337 adet anketin, ölçeğin faktör yapısını ortaya koymakta yeterli olacağı görülmüştür.

Öğrencilerin ölçek puanları incelendiğinde faktör 1 (içsel) puanlarının 16.59 ± 5.98 , faktör 2 (şans) puanlarının 6.58 ± 6.52 , faktör 3 (doktorlar) puanlarının 9.41 ± 3.96 ve faktör 4 (diğer insanlar) puanlarının 4.71 ± 3.59 seviyesinde olduğu saptanmıştır (Tablo 4. 9.). Alt faktörlerden alınabilecek maksimum puan seviyesine göre incelendiğinde alınan faktör 1 (içsel), faktör 2 (şans), faktör 4 (diğer insanlar) puanlarının düşük düzeyde olduğu görülmüştür. Faktör 3 (doktorlar) puanlarının ise orta düzeyde olduğu görülmüştür.

Tablo 4. 9. Öğrencilerin T-MWLCS alt faktörler puanlarının güvenilirlik ve faktör analizleri.

T-MWLCS Alt Faktörleri	Faktörlere Dağılımları		Öğrencilerin Alt Faktör Puanları	
	Güvenilirlik	Açıklanan varyans	X±SS	Alt-Üst
Faktör 1 (İçsel)	0.84	%19	16.59±5.98	0-73
Faktör 2 (Şans)	0.82	%17	6.58±6.52	0-30
Faktör 3 (Doktorlar)	0.81	%16	9.41±3.96	0-20
Faktör 4 (Diğer İnsanlar)	0.80	%16	4.71±3.59	0-26
Total	0.94	%68		

**Co. alpha analizi ve Faktö analizi yapılmıştır, SS= standart sapma

Öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri ile vücut ağırlığı kontrol odağı alt faktör puanları Tablo 4. 10 ile gösterilmektedir. Öğrencilerin cinsiyetine, yaşadıkları yere, gelir düzeylerine göre T-MWLCS alf faktör puanları anlamlı şekilde farklılık göstermemiştir ($p > 0.05$). Aynı şekilde hastalık durumlarına, alkol ve sigara kullanma durumlarına göre de T-MWLCS alf faktör puanlarının anlamlı şekilde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p > 0.05$). Öğrencilerden en çok inşaat mühendisliğinde okuyan öğrencilerin faktör 1 (içsel) puanı yüksek olup bu farklılık istatistiki açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p = 0.08$). Faktör 2'den (şans) hemşirelik ($p = 0.62$), faktör 3'ten (doktorlar) beslenme ve diyetetik ($p = 0.24$), faktör 4'ten (diğer insanlar) ise bilgisayar mühendisliği ($p = 0.28$) bölümü öğrencileri en yüksek puanı almış olup bu farkların hiçbiri anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.10.).

Tablo 4.10. Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine göre T-MWLCS alf faktör puanlarının karşılaştırılması.

Sosyo-demografik Özellikler	Faktör 1 (İçsel)		Faktör 2 (Şans)		Faktör 3 (Doktorlar)		Faktör 4 (Diğer İnsanlar)	
	X±SS	p	X±SS	p	X±SS	p	X±SS	p
Cinsiyet								
Kadın	15.58±6.25	0.12	6.64±6.05	0.84	9.86±3.84	0.64	4.91±3.8	0.67
Erkek	18.53±4.9		6.49±7.38		8.53±4.07		4.34±3.15	
Gelir durumu								
Geliri giderinden az	17.73±9.44	0.35	6.61±6.27	0.68	8.8±3.4	0.53	5.06±4.42	0.62
Geliri giderine eşit	16.35±4.96		6.59±6.43		9.58±4.13		4.69±3.43	
Geliri giderinden fazla	16.44±5.44		6.56±6.86		9.41±3.93		4.58±3.46	
Bölüm								
Hemşirelik	15.79±7.76	0.08	6.81±6.52	0.62	9.67±3.81	0.24	5.28±4.25	0.28
Beslenme ve Diyetetik	15.4±4.67		6.52±6.55		10.4±4.2		5±3.68	
Bilgisayar	17.56±4.97		6.57±6.71		8.74±3.66		4.07±2.91	
İnşaat Mühendisliği	19.3±4.72		6.10±6.01		8.03±4.17		4.3±2.91	
Yaşadığı yer								
Öğrenci Yurdu	15.72±5.12	0.21	6.09±6.73	0.41	9.75±3.84	0.67	4.51±3.34	0.69
Ev (yalnız/ev arkadaşı)	18.17±8.85		6.42±7.37		9.68±3.61		4.48±4.06	
Ev (aile)	16.37±5.12		6.75±6.25		9.25±4.09		4.82±3.53	
Tanlı hastalığı								
Var	16.44±5.27	0.55	6.68±6.86	0.44	9.39±4.12	0.71	4.67±3.74	0.23
Yok	16.98±7.61		6.32±5.54		9.45±3.54		4.82±3.19	
Sigara kullanımı								
Hiç içmedi	16.4±5.17	0.49	6.27±6.28	0.16	9.43±3.88	0.49	4.55±3.5	0.38
Bıraktı	16.13±4.41		5.71±6.13		10.29±2.56		4.5±3.08	
Aktif içici	17.01±7.44		7.32±7		9.19±4.33		5.04±3.85	
Alkol kullanımı								
Kullanan	16.91±6.8	0.67	6.31±6.71	0.58	9.12±4	0.45	4.48±3.58	0.55
Kullanmayan	16.33±5.26		6.8±6.38		9.63±3.93		4.89±3.61	

**Varyans Analizi Ve Bağımsız Örneklem T Testi Analizi Yapılmıştır, SS= standart sapma

4. 8. Öğrencilerin Vücut Ağırlığı Kontrol Odakları ile Antropometrik Ölçümlerin Arasındaki İlişkiler

Öğrencilerin T-MWLCS alt faktör puanları ile antropometrik ölçümlerinin arasındaki ilişkiler Tablo 4. 11. ile incelenmiştir.

Öğrencilerin boyun çevresi ölçümlerinin, bel/boy ve bel/kalça oranlarının, BKİ değerlerinin, faktör 2 (şans), faktör 3 (doktorlar), faktör 4 (diğer insanlar) puanları ile anlamlı şekilde ilişkisi olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Öğrencilerin vücut yağ oranlarının faktör

1 (içsel), faktör 2 (şans), faktör 4 (diğer insanlar) puanları ile anlamlı şekilde ilişkisi olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Öğrencilerin faktör 1 (içsel) puanları ile boyun çevresi ölçümleri ($r=0.26$, $p=0.01$), bel/boy oranları ($r=0.27$, $p=0.01$), bel/kalça oranları ($r=0.18$, $p=0.01$), BKİ değerleri ($r=0.24$, $p=0.01$) arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür. Öğrencilerin vücut yağ yüzdesi ölçümlerinin faktör 3 (doktorlar) puanları ile pozitif yönde ve zayıf düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür ($r=0.20$, $p=0.01$). T-MWLCS alt faktörleri ile antropometrik ölçümlerinin arasında kısmi düzeyde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Bu ilişkilerin daha çok pozitif yönde faktör 1 (içsel) düzeyinde olduğu görülmüştür.

Tablo 4. 11. Öğrencilerin T-MWLCS alt faktör puanları ile antropometrik ölçümlerinin ilişkisi.

Antropometrik Ölçümler	Faktör 1 (İçsel)		Faktör 2 (Şans)		Faktör 3 (Doktorlar)		Faktör 4 (Diğer İnsanlar)	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Boyun çevresi (cm)	0.26*	0.01	0.01	0.95	-0.05	0.34	0.01	0.82
Bel/boy oranı (cm/cm)	0.27*	0.01	-0.02	0.66	0.04	0.42	0.07	0.17
Bel/kalça oranı (cm/cm)	0.18*	0.01	-0.04	0.5	-0.03	0.55	-0.01	0.91
Vücut yağ oranı (%)	0.01	0.79	0.01	0.94	0.20*	0.01	0.14*	0.01
BKİ (kg/m^2)	0.24*	0.01	0.01	0.91	0.04	0.46	0.07	0.18

**Pearson korelasyon testi yapılmıştır r: Pearson korelasyon katsayısı, *0.05 düzeyinde anlamlı farklılığı gösterir, BKİ, Beden Kütle İndeksi

4. 9. Öğrencilerin Geçmişte Diyet Yapma Durumu ve Aktif Diyet Tedavisi Varlığı ile T-MWLCS Alt Faktör Puanlarının İlişkisi

Aktif diyet tedavisi varlığına göre vücut ağırlığı kontrolü odak puanlarının (T-MWLCS alt faktör puanlarının) karşılaştırmaları Tablo 4.12 ile sunulmuştur. Geçmişte diyet yapan öğrencilerin faktör 4 (diğer insanlar) puanlarının (5.53 ± 3.8) geçmişte diyet yapmayanlara (4.4 ± 3.47) göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.01$).

Aktif diyet tedavisi varlığına göre öğrencilerin faktör 1 (içsel) ($p=0.12$), faktör 2 (şans) ($p=0.63$), faktör 3 (doktorlar) ($p=0.52$), faktör 4 (diğer insanlar) ($p=0.84$) puanlarının istatistiksel düzeyde farklı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Geçmişte diyet yapma durumuna göre faktör 1 (içsel) ($p=0.21$), faktör 2 (şans) ($p=0.08$), faktör 3 (doktorlar) ($p=0.59$), puanlarının istatistiksel düzeyde farklı olmadığı görülmüştür.

Tablo 4. 12. Öğrencilerin aktif diyet tedavisi ve geçmişte diyet yapma durumuna göre T-MWLCS alt faktör puanlarının karşılaştırılması.

T-MWLCS Alt Faktörler	Aktif Diyet Tedavisi			Geçmişte Diyet Yapma Durumu		
	Uygulayan (n=16)	Uygulamayan (n=321)	p	Yapan (n=94)	Yapmayan (n=243)	p
	X±SS	X±SS		X±SS	X±SS	
Faktör 1 (İçsel)	18.88±4.15	16.47±6.04	0.12	17.24±4.51	16.33±6.46	0.21
Faktör 2 (Şans)	5.81±8.00	6.62±6.45	0.63	7.57±7.6	6.20±6.03	0.08
Faktör 3 (Doktorlar)	8.94±2.91	9.43±4.01	0.52	9.6±4.02	9.34±3.95	0.59
Faktör 4 (Diğer İnsanlar)	4.50±3.16	4.72±3.62	0.81	5.53±3.8	4.4±3.47	0.01*

**Bağımsız Örneklem t testi, *0.05 düzeyinde anlamlı farklılık, SS= standart sapma

4. 10. Öğrencilerde ON Eğilimi ile Vücut Ağırlığı Kontrol Odağının İlişkisi

Öğrencilerin ORTO-11 puanlarının T-MWLCS alt faktörleri ile ilişkisi Tablo 4.13. ile sunulmuştur. ORTO-11 puanları ile faktör 2 (şans), faktör 3 (doktorlar), faktör 4 (diğer insanlar) puanları ile anlamlı şekilde ilişkisi olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). ORTO-11 puanlarının faktör 1 (içsel) puanları ile negatif ve zayıf düzeyde anlamlı ilişkili olduğu görülmüştür ($r=0.17$, $p=0.01$). Bireyin faktör 1 puanı (içsel odağı) arttıkça ORTO-11 puanı düşeceği ON eğiliminin artacağı görülmüştür.

Ayrıca faktör 1 (içsel), faktör 2 (şans), faktör 3 (doktorlar), faktör 4 (diğer insanlar) boyutlarının kendi aralarında pozitif ve zayıf düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür ($p<0.05$). T-MWLCS içsel, şans, doktorlar, insanlar düzeylerinin kendi aralarında düşük güç düzeyinde ve doğru orantılı olarak anlamlı şekilde ilişkisi olduğu görülmüştür.

Tablo 4.13. Vücut ağırlığı kontrol odaklarındaki (T-MWLCS alt faktörlerindeki) bireylerin ON eğilimlerinin (ORTO-11) ilişkilerinin incelenmesi.

	ON eğilim		Faktör 1 (İçsel)		Faktör 2 (Şans)		Faktör 3 (Doktorlar)		Faktör 4 (Diğer İnsanlar)	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
ON eğilim	1									
Faktör 1 (İçsel)	-0.17*	0.01	1							
Faktör 2 (Şans)	0.05	0.33	0.15*	0.01	1					
Faktör 3 (Doktorlar)	-0.1	0.08	0.11*	0.04	0.12*	0.04	1			
Faktör 4 (Diğer İnsanlar)	-0.1	0.07	0.13*	0.04	0.31*	0.01	0.36*	0.01	1	

**Pearson korelasyon testi yapılmıştır r: Pearson korelasyon katsayısı, *0.05 düzeyinde anlamlı farklılığı gösterir

Öğrencilerin, ORTO-11 grupları arasında vücut ağırlığı kontrol odağı alt faktör puan karşılaştırmaları Tablo 4. 14 ile sunulmuştur.

Ortoreksiya nervoza eğilimi olan ve olmayan grubun faktör 1 (içsel) puanlarının ($p=0.08$), faktör 2 (şans) puanlarının ($p=0.22$), faktör 3 (doktorlar) puanlarının ($p=0.70$) anlamlı şekilde farklılık göstermediği tespit edilmiştir. ON eğilimi olan grubun faktör 4 (diğer insanlar) puanlarının ON Eğilimi olmayan gruba göre anlamlı daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.03$).

Tablo 4. 14. ORTO-11 gruplarında T-MWLCS alt faktör puanlarının karşılaştırılması.

T-MWLCS Alt Faktörleri	ORTO-11		p
	ON Eğilimi Olan	ON Eğilimi Olan	
	(n=96)	(n=241)	
	X±SS	X±SS	
Faktör 1 (İçsel)	17.48±5.33	16.23±6.2	0.08
Faktör 2 (Şans)	7.28±7.98	6.31±5.84	0.22
Faktör 3 (Doktorlar)	9.54±4.09	9.36±3.92	0.70
Faktör 4 (Diğer İnsanlar)	5.39±3.91	4.44±3.43	0.03*

**Bağımsız Örneklem t testi, *0.05 düzeyinde anlamlı farklılık, SS= standart sapma

Genel olarak T-MWLCS ve ON eğilimi arasında kısmende olsa bir ilişki olduğu görülmüştür. ON ölçeği nominal puanları ve ON eğilimi gruplarına göre tüm faktörler bazında olmasa da anlamlı ilişkilerin olduğu görülmüştür. Ayrıca ON düzeylerinin katılımcıların demografik metromorfik ölçümleri ile kısmen de olsa ilişkili olduğu görülmüştür. T-MWLCS düzeylerinin ise demografik ve metromorfik ölçümler ile anlamlı şekilde ilişkili olmadığı görülmüştür.

4. 11. Öğrencilerin Okudukları Fakülteye göre ORTO-11 ve T-MWLCS Alt Faktör Puanlarının Değerlendirilmesi

Sağlık bilimleri fakültesi ve mühendislik fakültesi öğrencilerinin ORTO-11 ölçeği puan ortalamaları arasındaki istatistiksel olarak fark olmadığı görülmüştür ($p=0.58$) (Tablo 4.15.).

Tablo 4. 15. Öğrencilerin okudukları fakülteye göre ORTO-11 puan düzeylerinin karşılaştırılması.

	Fakülte		p
	Sağlık Bilimleri (n=194)	Mühendislik (n=143)	
	X±SS	X±SS	
ORTO-11 Puanı	25.01±4.55	25.29±4.85	0.58

**Bağımsız örneklem t testi. SS= standart sapma

Sağlık bilimleri fakültesi ve mühendislik fakültesi öğrencilerinin faktör 1 (içsel), faktör 2 (doktorlar) ve faktör 3 (diğer insanlar) puanlarının anlamlı düzeyde farklı olduğu görülmüştür (p=0.01) (Tablo 4.16.). İçsel alt faktör puanlarının mühendislik fakültesi öğrencilerinde daha yüksek olduğu görülmüştür (p=0.01). Doktorlar ve diğer insanlar boyut puanlarının da sağlık bilimleri grubunda anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (p=0.01). Fakültele göre şans boyutu puanları arasındaki farklar anlamlı olmadığı görülmüştür (p=0.79)

Tablo. 4.16. Okunan fakülteye göre öğrencilerin T-MWLCS alt faktör puanlarının karşılaştırılması.

T-MWLCS Alt Faktör Puanları	Fakülte		p
	Sağlık Bilimleri (n=194)	Mühendislik (n=143)	
	X±SS	X±SS	
Faktör1 (İçsel)	15.34±5.01	17.92±4.96	0.01*
Faktör2 (Şans)	6.67±6.52	6.48±6.55	0.79
Faktör3 (Doktorlar)	10.01±4.00	8.59±3.77	0.01*
Faktör4 (Diğer İnsanlar)	5.05±3.69	4.12±2.90	0.01*

***Bağımsız örneklem t testi, *0.05 düzeyinde anlamlı farklılık. SS= standart sapma*

4. 12. Kadın Öğrencilerde Okudukları Fakülteye Göre Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

Kadın öğrencilerde okudukları fakülteye göre antropometrik ölçüm sınıflamalarına dağılımı tablo 4.17’de ile gösterilmiştir. Kadın öğrencilerde, okudukları fakülteye göre bel çevresi sınıf dağılımlarında, istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık görülmemiştir (p=0.69). Okudukları fakülteye boyun çevresi sınıf dağılımlarında, istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık görülmemiştir (p=0.11). Okudukları fakülteye göre bel/boy oranı sınıf dağılımlarında istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık görülmemiştir (p=0.60). Aynı şekilde bel/kalça (p=0.24) ve yağ oranı (p= 0.15) sınıf dağılımlarında istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. BKİ değerleri sınıf dağılımlarında da okudukları fakülteye göre istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=0.09). Kadın öğrencilerde okudukları fakülte ile bel çevresi, boyun çevresi, bel/boy, bel/kalça, yağ oranı ve BKİ değerleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p>0.05).

Tablo 4. 17. Kadın öğrencilerin okudukları fakülteye göre antropometrik ölçüm sınıflandırmalarına dağılımları

Antropometrik Sınıflandırmalar	Fakülte				p
	Sağlık Bilimleri		Mühendislik		
	S	%	S	%	
Bel çevresi					
Düşük risk	157	89.7	42	89.4	0.69
Orta risk	13	7.4	5	10.6	
Yüksek risk	5	2.9	0	0.0	
Boyun çevresi					
Riskli	160	91.4	46	97.9	0.11
Risksiz	15	8.6	1	2.1	
Bel/boy					
Dikkat	65	37.1	21	44.7	0.60
Uygun	99	56.6	24	51.1	
Riskli	11	6.3	2	4.3	
Bel/kalça					
Normal	169	96.6	47	100.0	0.24
Riskli	6	3.4	0	0.0	
Yağ oranı					
Sağlıklı	1	0.6	2	4.3	0.15
Hafif Şişman	35	20.0	6	12.8	
Şişman	87	49.7	22	46.8	
Çok Şişman	52	29.7	17	36.2	
BKİ					
Zayıf	38	21.7	10	21.3	0.09
Normal	117	66.9	27	57.4	
Hafif Şişman	17	9.7	6	12.8	
Obez	3	1.7	4	8.5	

**Ki-Kare testi yapılmıştır, BKİ; Beden Kütle İndeksi

4. 13. Erkek Öğrencilerde Okudukları Fakülteye Göre Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

Erkek öğrencilerde okudukları fakülteye göre antropometrik ölçüm sınıflamalarına dağılımı tablo 4.17’de ile gösterilmiştir. Erkek öğrencilerde, okudukları fakülteye göre bel çevresi sınıf dağılımlarında, istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p=0.93$). Okudukları fakülteye boyun çevresi sınıf dağılımlarında, istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p=0.54$). Okudukları fakülteye göre bel/boy ($p=0.85$), bel/kalça ($p=0.52$) ve yağ oranı ($p=0.45$) sınıf dağılımlarında istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. BKİ değerleri sınıf dağılımlarında da okudukları fakülteye göre istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0.88$). Erkek öğrencilerde okudukları fakülte ile bel çevresi, boyun çevresi, bel/boy, bel/kalça, yağ oranı ve BKİ değerleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4. 18. Erkek öğrencilerin okudukları fakülteye göre antropometrik ölçüm sınıflandırmalarına dağılımları.

Antropometrik Sınıflandırmalar	Fakülte				p
	Sağlık Bilimleri		Mühendislik		
	S	%	S	%	
Bel çevresi					
Düşük risk	14	73.7	75	78.1	0.93
Orta risk	4	21.1	13	13.5	
Yüksek risk	1	5.3	8	8.3	
Boyun çevresi					
Riskli	10	52.6	52	54.2	0.54
Risksiz	9	47.4	44	45.8	
Bel/boy					
Dikkat	2	10.5	11	11.5	0.85
Uygun	12	63.2	54	56.3	
Riskli	5	26.3	31	32.3	
Bel/kalça					
Normal	16	84.2	78	81.3	0.52
Riskli	3	15.8	18	18.8	
Yağ oranı					
Sağlıklı	3	15.8	8	8.3	0.45
Hafif Şişman	7	36.8	21	21.9	
Şişman	0	0.0	32	33.3	
Çok Şişman	9	47.4	35	36.5	
BKİ					
Zayıf	1	5.3	5	5.2	0.88
Normal	11	57.9	48	50.0	
Hafif Şişman	6	31.6	33	34.4	
Obez	1	5.3	10	10.4	

**Ki-Kare testi yapılmıştır, BKİ; Beden Kütle İndeksi

5. TARTIŞMA

Bu çalışma üniversite de okuyan 337 lisans öğrencisiyle gerçekleştirilmiştir. Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervoza eğiliminin, vücut ağırlığı kontrol odağı ile ilişkisini saptamak amaçlanmıştır. Ek olarak ON eğilimi ve vücut ağırlığı kontrol odaklarının öğrencilerin antropometrik ölçümleri ilişkisi incelemek istenmiştir.

5. 1. Öğrencilerin Genel Özellikleri

Bu araştırmaya 115 (% 34.1) erkek, 222 (% 65.9) kadın olmak üzere toplam 337 öğrenci katılmış olup yaş ortalamaları 20.15 ± 1.64 yıldır (Tablo 4. 1.). Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinde ortoreksiya nervoza eğilim düzeyini ve eğilimi etkileyen faktörleri inceleyen bir araştırmada öğrencilerinin yaş ortalaması 21.86 ± 2.10 olup örneklemi %73.4 oranında kadın öğrencilerden oluşmaktaydı (122). Üniversite öğrencilerinin ortoreksiya nervozaya olan eğilimlerinin obsesyonla ilişkisini inceleyen bir çalışmada çalışmaya dâhil edilen öğrencilerin ise yaş ortalaması 20.04 ± 1.49 olup %66.2 'si kız, %53'ü erkek öğrencilerden oluşmaktaydı (123). Üniversite öğrencilerinin besin neofobisi ile ortoreksiya nervoza eğilimleri arasındaki ilişkisini inceleyen çalışmada katılımcıların %28.1'i erkek ve %71.9'u kadındı, katılımcıların ortalama yaşı 22.33 ± 4.96 yıldır (124). Üniversite öğrencilerinde ORTO-11 ölçeği ile ON eğiliminin saptandığı diğer çalışmalarda da yaş ortalamalarının benzer olduğu görülmüştür.

Bu araştırmada sigara içenlerin sayısı 114 (%33.8), hiç içmemiş olanların sayısı 199 (%59.1) iken bırakanların sayısı ise 24 (%7.1) olarak saptanmıştır. Öğrencilerin %43.9'unda alkol kullanımı görülürken %56.1'inde görülmemiştir (Tablo 4. 1.). Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinde ON eğilim düzeyini ve eğilimi etkileyen faktörleri inceleyen bir araştırmada, öğrencilerin %70.9 oranında sigara kullanmadıklarını ve %81.8 oranında alkol kullanmadıklarını bildirmişlerdir (122). Üniversite öğrencilerinin besin neofobisi ile ON eğilimleri arasındaki ilişkisini inceleyen çalışmada ise öğrencilerin %16.1'i sigara içtiğini öğrencilerin %77.5'i hiç sigara içmediğini ve %6.4'ü sigarayı bıraktığını; %7.1'inin ise alkol tükettiği bildirilmiştir (124). Üniversite öğrencilerinde ON yaygınlığı ve yeme davranış bozukluklarının psikopatolojik yönleriyle ilişkisini İtalyan öğrencilerinde araştıran bir çalışmada öğrencilerin %20.30' u sigara kullanımının olduğu, %79.70' inin ise olmadığı

saptanmıştır (125). Benzer çalışmalara (122, 125) göre bu araştırmada, alkol-sigara kullanan ve kullanmayan öğrencilerin sayılarının birbirine daha yakın olduğu görülmüştür.

Türkiye’de toplumun %29.6’sının her gün tütün kullandığı belirtilmiştir (126). Araştırmadaki öğrenciler %33.8 oranla bu değer üstündedir. Üniversite dönemine geçiş dönemi sigara ve alkol kullanımı içinde riskli bir dönemdir; sigara kullanımına 18 yaş ve altında başlayanlar, 15-34 yaş aralığında sigara başlayanların % 57.5’ ini oluşturmaktadır (126). Sigara ve tütün kullanımının, ilerleyen dönemde sebep olabileceği kronik akciğer hastalıklarından kanser türlerine kadar çeşitli hastalıkların önlenmesi için alışkanlığa dönmeden bırakılması gerekmektedir. Bunun için gerekli sosyal ve kişisel destek (psikolojik destek, spora başlamak, sigara bırakma destek hatları vb.) sağlanmalı ve faydalanılmalıdır.

5. 2. Öğrencilerin Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan öğrencilerin vücut ağırlığı ortalaması 65.64 ± 16.1 kg, boy uzunluğu ortalaması 170.41 ± 10.12 cm olarak saptanmıştır, hesaplanmış BKİ ortalamasının 22.41 ± 4.12 kg/ m² olduğu görülmüştür (Tablo 4. 2.) . Öğrencilerin BKİ sınıflandırmasına göre %16.0’ının zayıf, % 60.2’sinin normal, %18.4’ünün hafif şişman, %5.3’ünün obez olduğu görülmüştür (Tablo 4. 3.). Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinde ON eğilim düzeyini ve eğilimi etkileyen faktörleri inceleyen araştırmada öğrencilerin BKİ değerleri incelendiğinde ise %71.7’sinin normal vücut ağırlığında olduğu BKİ ortalamaları ise 22.01 ± 3.32 kg/m² olarak saptanmıştır (122). Üniversite öğrencilerinde ON görülme durumu ve bunun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD-II) ile ilişkisinin incelemeyi amaçlayan çalışmada öğrencilerin sadece %9.3’ü hafif şişman ve obez olup BKİ ortalamaları ise 21.2 ± 2.7 olarak hesaplanmıştır (127). Üniversite öğrencilerinde yeme davranışları ve ON eğiliminin saptanmayı amaçlayan çalışmada katılımcıların beden kütle indekslerine göre %11.7’si zayıf, %72.5’i normal, %13.6’sı hafif şişman ve %2.2’si obez olarak sınıflandırılmıştır (128). Bu araştırmaya katılan öğrencilerin BKİ değerleri, yapılmış olan benzer çalışmalardaki öğrencilerin BKİ değerleri ile benzerlik göstermektedir (122, 127, 128). Bu araştırmada Öztürk ve ark. ve Bayramoğlu ve ark. yaptığı çalışmalara (127, 128) benzer şekilde öğrencilerin çoğunluğunun normal grupta yer aldığı; zayıf gruptaki öğrencilerin ise obez gruptakilere göre daha fazla olduğu görülmektedir (127, 128).

5. 3. Öğrencilerin ON Eğilimlerinin Saptanması

Bu araştırmada öğrencilerin ORTO-11 puan ortalaması 25.13 ± 4.67 olarak tespit edilmiştir. Öğrencilerin %28.5'i ON eğilimi göstermiştir (Tablo 4.4.). Beslenme ve diyetetik bölümündeki öğrenciler arasında ON eğilimini saptamaya çalışan araştırmada, katılımcıların ORTO-11 ölçek puan ortalaması 16.5 ± 4.6 olarak hesaplanmıştır (129). Tıp fakültesi öğrencilerinde ON eğilimini değerlendiren çalışmada öğrencilerin ortalama ORTO-11 puanları 28.04 ± 4.64 idi (130). Üniversite öğrencilerinde ON eğiliminide saptayan çalışmada katılımcıların %29.3'ünün ortorektik eğilimler gösterdiği, kalan %70.7'sinin ise göstermediği belirlenmiştir (131). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin ON belirtileri ile yeme tutumu ve davranışlarını değerlendirilmeyi amaçlayan çalışmada ortorektik belirtilerini ifade eden puan ortalaması 26.95 ± 5.11 olarak saptanmıştır (132). Üniversite öğrencilerinin ortoreksiya nervoza eğilimlerinin obsesyonla ilişkisini inceleyen bir çalışmada öğrencilerin ORTO-11 toplam puanı 28.34 ± 5.48 olup %21.8'inin ortorektik eğilim gösterdiği saptanmıştır (123). Üniversite öğrencilerinin besin neofobisi ile ON eğilimleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmada ON prevalansı %47.1 olarak bulunmuştur (124). Üniversite öğrencilerinde ON yaygınlığı ve yeme davranış bozukluklarının psikopatolojik yönleriyle ilişkisini İtalyan öğrencilerinde araştıran bir çalışmada katılımcıların %17'sinin katılımcının ON geçirme riski altında olduğu ifade edilmiştir (125). Ölçek puanları farklılık göstermekle (129, 130) beraber bu araştırmaya göre ON eğiliminin daha yaygın olduğu (124, , 131) ve daha az yaygın olduğu (123, 125) çalışmalar mevcuttur. Üniversite dönemi ergenliğin bir uzantısı olarak çevresel faktörlerin daha da çeşitlendiği bireyin ise bu faktörlerden etkilenmeye açık olduğu bir dönemdir. Aynı zamanda bireyler özgünlük ve özgürlüklerini besin tercihlerinde de yansıtabilmektedirler. Bu dönemde doğru bilgilere ulaşmaları önemli olmaktadır. Üniversite öğrencilerine ON eğilimi daha geniş çapta taranmalı ve saptanmalı, ON risk grubunda bulunan öğrenciler yeme bozuklukları kapsamında, ON ile ilgili de bilinçlendirilmeli, doğru beslenme eğitimleri ile destek almaya teşvik edilmelidir.

5. 4. Öğrencilerin ON Eğilimleri ve Sosyo-demografik Özellikleri Arasındaki İlişki

Bu araştırmada geçmişte diyet yapan grupta ON eğilimi olanların oranının (%41.7) ON eğilimi olmayanların oranına (%22.4) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,01$) (Tablo 4. 5.). Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinde ON eğilim düzeyini ve eğilimi etkileyen faktörleri inceleyen araştırmada diyet yapan, öğrencilerin ortoreksiya eğiliminin daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (122). Başka bir çalışmada da vücut ağırlığı

kazanma/kaybetme için herhangi bir yöntem uygulayan bireylerin ortoreksiya puanları da vücut ağırlığı kazanma/kaybetme için herhangi bir yöntem uygulamayanlara göre, istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($p=.001$) (132). Üniversite öğrencilerinin ortoreksiya nervozaya olan eğilimlerinin obsesyonla ilişkisini inceleyen bir çalışmada mevcut diyet uygulaması yapan öğrencilerin yapmayanlara göre ORTO-11 ortalama puanlarının düşük olduğu; daha yüksek ortorektik eğilim gösterdikleri saptanmıştır ($p<0.001$) (123). Hemşirelik fakültesi öğrencilerinde ortoreksiya nervoza düzeyini ve etkili faktörleri belirlemeyi amaçlayan bir çalışmada ise kısıtlayıcı diyet yapma, vücut ağırlığı memnuniyetini, hemşirelik öğrencilerinin ON davranışlarına eğilimi üzerinde 0.14'lük bir etki büyüklüğüne sahip olduğu belirlenmiştir (133).

Bu sonuçlar Novara, C. ve arkadaşlarının (74) yaptığı öğrencilerde belirli diyet türlerinin veya diyet sıklığının ortorektik özelliklerle ilişkili olup olmadığını araştıran çalışmanın sonucunu destekler niteliktedir. Sonuca göre ON'un yaşam boyu takip edilen diyetlerin sayısı ve türüyle (kısıtlayıcı bir diyet veya vegan/vejetaryen diyet) ilişkili olduğu ifade edilmektedir (74).

Günde 1-2 kez tartılan bireylerde ON eğilimi olanların (%14.6) oranı ON eğilimi olmayanlara (%5.8) göre yüksek saptanmıştır ($p=0.01$) (Tablo 4. 5.). Bu sonuç ortoreksiya nervozanın tanımı ve tanı kriterlerine ilişkin oluşturulan uzlaşma belgesindeki “Ortoreksiya nervozalı bir kişide 'vücut ağırlığı/şekil fobisi’” varsa bile bunun “örtük bir tutumdur” ifadesini destekler nitelikte olmuştur (7).

Bu çalışmada cinsiyet ve okunan bölümler ile ON sınıfları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4. 5.). Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinde ON eğilim düzeyini ve eğilimi etkileyen faktörleri inceleyen araştırmada da öğrencilerin cinsiyeti ve ortoreksiya puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0.05$) (132). Üniversite öğrencilerinin ortoreksiya nervozaya olan eğilimlerinin obsesyonla ilişkisini inceleyen çalışmada kadınlar erkeklere göre yüksek ortorektik eğilim göstermektedir ($p<0.05$) (123). Üniversite öğrencilerinde yeme davranışları ve ON eğiliminin saptamayı amaçlayan çalışmada, istatistiksel olarak ortorektik eğilimin cinsiyetler arasında anlamlı derecede farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0.05$) (128). Üniversite öğrencilerinin besin neofobisi ile ON eğilimleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmada cinsiyetlere bakıldığında, kadınların %47.9'unun ortoreksiya nervoza riski taşırken, erkeklerin %45'inin ortoreksiya nervosa riski taşıdığı tespit edilmiştir (124). Bireyin ON eğiliminin, bu araştırmadan farklı olarak cinsiyet ve okuduğu bölümle ilişkili

olduğu (123, 124, 128) çalışmalar mevcuttur. Cinsiyetin anlamlı farklılıklara neden olduğu çalışmalarda kadın cinsiyette ON eğiliminin daha yüksek olduğu görülmüştür (123, 124).

5. 5. Öğrencilerin ON Eğilim Grupları Arasında Antropometrik Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Sonuçlara göre kadınlarda, ON eğilimine göre, boyun çevresi ölçümlerinin ON eğilimi olan grupta (32.08 ± 1.94) anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.01$). Bel/boy oranlarının ON eğilimi olan grupta (0.43 ± 0.05) anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.02$). Vücut yağ oranlarının ON eğilimi olan grupta (32.02 ± 4.06) anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.01$). BKİ değerlerinin ON eğilimi olan grupta (22.11 ± 4.29) anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.03$) (Tablo 4. 6.).

Kadınlarda, ON eğilimi olanlarda, vücut yağ oranı sınıflandırmasında, çok şişman grupta yer alanların oranı, ON eğilimi olmayanlarda, çok şişman grupta yer alanların oranına göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.01$). (Tablo 4. 8.). Bu saptama ON eğilimine bağlı yetersiz, kısıtlı diyetlerin uygulanmasının bir sonucu olarak olası beklenen belirtilere (vücut ağırlığı kaybının, zayıf halsiz, düşme) göre beklenmeyen bir sonuç olmuştur (4, 5).

Erkeklerde, ON eğilimi olmayanlarda, bel/kalça oranı sınıflandırmasında, riskli grupta yer alanların oranının, ON eğilimi olanlarda riskli grupta yer alanların oranına göre yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.01$). (Tablo 4. 8.). Üniversite öğrencilerinde ON görülme durumu ve bunun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBD-II) ile ilişkisinin incelemeyi amaçlayan çalışmada ORTO-11 puanları ile yaş ve BKİ değerleri arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Zayıf, normal ve şişman öğrencilerde, ORTO-11 puanı farklılık gösterse de istatistiki açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (127). Üniversite öğrencilerinin ortoreksiya nervozaya olan eğilimlerinin obsesyonla ilişkisini inceleyen çalışmada BKİ ile ORTO-11 puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (123). Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervoza yaygınlığı ve yeme davranış bozukluklarının psikopatolojik yönleriyle ilişkisini İtalyan öğrencilerinde araştıran çalışmada BKİ ile ORTO-11 puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (125). Bu çalışmada benzer çalışmalardan farklı olarak kadın öğrencilerde ON eğilimi sınıflandırması ile BKİ değerleri arasında anlamlı ilişkiler bulunurken erkek öğrencilerde diğer çalışmalarla benzer şekilde anlamlı ilişkiler bulunamamıştır.

5. 6. Öğrencilerin Vücut Ağırlığı Kontrol Odaklarının Belirlenmesi

Çalışmada öğrencinin vücut ağırlığı kontrol odağına ilişkin veriler Tablo 4. 9' da yer almaktadır. Öğrencilerin ölçek puanları incelendiğinde faktör 1 (içsel) puanlarının 16.59 ± 5.98 , faktör 2 (şans) puanlarının 6.58 ± 6.52 , faktör 3 (doktorlar) puanlarının 9.41 ± 3.96 ve faktör 4 (diğer insanlar) puanlarının 4.71 ± 3.59 seviyesinde olduğu saptanmıştır. Alt faktörlerden alınabilecek maksimum puan seviyesine göre incelendiğinde alınan faktör 1 (içsel), faktör 2 (şans), faktör 4 (diğer insanlar) puanlarının düşük düzeyde olduğu görülmüştür. Faktör 3 (doktorlar) puanlarının ise orta düzeyde olduğu görülmüştür.

Kontrol odağı ve sağlık davranışını inceleyen bir çalışmada, öğrencilerin iç kontrol odağı puanlarının, ortalama olarak güçlü başkaları veya şans inancı puanlarından, önemli ölçüde daha yüksek olduğu saptanmıştır. İç kontrol odağı en yüksek/en düşük dörtte birlik dilimindeki bireyler arasında, sağlıklı davranış olasılığı ise %40'tan fazla daha fazla olarak saptanırken, yüksek şans odağı puanları, altı davranış için sağlıklı seçeneklerin olasılığında %20'den fazla azalma ile ilişkilendirilmiştir (134). Bu çalışmada ise sağlık davranışı olarak nitelendirebileceğimiz geçmişte diyet yapma durumunda, yapan öğrencilerin faktör 4 (diğer insanlar) puanlarının (5.53 ± 3.8) geçmişte diyet yapmayanlara (4.4 ± 3.47) göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.01$) (Tablo 4.12.). Almanya, Kuzey Ren-Vestfalya'daki üniversite öğrencileri arasında yapılan çok merkezli kesitsel bir çalışmanın verileri kullanılarak sağlıklıla ilgili kontrol odağı ve sağlık davranışlarını inceleyen çalışmada daha baskın içsel kontrol odağı olan öğrenciler sağlıklı beslenmeye daha fazla dikkat ettikleri saptanmıştır (135). Üniversite öğrencilerinde vücut ağırlığı kontrol odağı üzerine literatür kısıtlı kalmakla beraber kontrol odağı üzerine çalışmalar mevcuttur (134,135); bu araştırma direkt vücut ağırlığı kontrol odağı üzerine gerçekleştirilmesiyle diğer çalışmalardan ayrılmaktadır.

5. 7. Öğrencilerde ON Eğilimi ile Vücut Ağırlığı Kontrol Odağının İlişkisi

Öğrencilerin ORTO-11 puanlarının T-MWLCS alt faktörleri ile ilişkisi Tablo 4.13 ile sunulmuştur. ORTO-11 puanları ile faktör 2 (şans), faktör 3 (doktorlar), faktör 4 (diğer insanlar) puanları ile anlamlı şekilde ilişkisi olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). ORTO-11 puanlarının faktör 1 (içsel) puanları ile negatif ve zayıf düzeyde anlamlı ilişkili olduğu görülmüştür ($r=0.17$, $p=0.01$). Bireyin faktör 1 puanı (içsel odağı) arttıkça ORTO-11 puanı düşeceği ON eğiliminin artacağı görülmüştür. ON eğilimi olan grubun faktör 4 (diğer insanlar) puanlarının ON eğilimi olmayan gruba göre anlamlı daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.03$) (Tablo 4.14.). Burada iki sonuç ne kadar çelişkili görünse de bireyin

içsel odağının dış kaynaklarla-diğer insanlarla ilişkili olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Dışa odaklı olmanın yeme bozukluğunda etken olduğu ifade edilen Brunch teoreminde (103) de, bireyin dış kılavuzları memnun etmeye çalışırken öz denetimini kendi bedeninde sağladığı ifade edilmektedir. Ortoreksiya nevrozada birey bu öz denetimi içsel olarak geliştirdiği kurallara uyum sağlayarak gerçekleştirebilmektedir. Kontrol odaklarının birbirini etkileyeceği düşüncesini destekler nitelikte, bu araştırmada faktör 1 (içsel), faktör 2 (şans), faktör 3 (doktorlar), faktör 4 (diğer insanlar) boyutlarının (kontrol odaklarının) kendi aralarında pozitif ve zayıf düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.13.).

Literatürde ortoreksiya nevrozaya spesifik kontrol odağı çok çalışılmamış olup direkt ortoreksiya nevroza semptomlarının; sağlık kontrol odağına, besin takviyelerine, tamamlayıcı alternatif tıp tekniklerinin kullanımına, zayıf fiziksel sağlık semptomlarına ilişkin farklılıklarla ilişkili olup olmadığı araştırılmıştır. Üniversite öğrencileriyle yapılan bu çalışmada ON semptomları, sağlıklı beslenme kontrol grubu, ve normal beslenme kontrol grubu olmak üzere üç grup yer almıştır ve grupların hiçbirinin iç veya dış sağlık kontrol odağı açısından farklılık göstermediği ifade edilmiştir (110).

5. 8. Öğrencilerin Okudukları Fakülteye göre ORTO-11 ve T-MWLCS Alt Faktör Puanlarının Değerlendirilmesi

Bu araştırmada sağlık bilimleri fakültesi ve mühendislik fakültesi öğrencilerinin ORTO-11 ölçeği puan ortalamaları arasındaki istatistiksel olarak fark olmadığı görülmüştür ($p=0.58$) (Tablo 4. 15.). Farklı fakültelerdeki üniversite öğrencilerinde ON eğiliminin incelendiği bir çalışmada ORTO-15 testinden en fazla puanı beslenme ve diyetetik öğrencileri almış olup fizik tedavi ve rehabilitasyon, hukuk ve eğitim bilimleri bölümlerinde okuyan öğrencilerden daha yüksek puan alması anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (136). Sağlık bilimleri öğrencilerinde ON eğilimini ve yeme davranışlarını inceleyen bir diğer çalışmada da, beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin ORTO-15 puanı diğer bölümlere (hemşirelik, ebelik, çocuk gelişimi, sosyal hizmet, sağlık yönetimi) göre daha yüksek saptanmıştır ($p < 0.01$) (137). Sağlık alanında öğrenim gören ve görmeyen öğrencilerin ON eğilimlerini inceleyen bir başka çalışmada ise sağlık alanında ders almayan öğrencilerin daha ortorektik olduğu görülmüştür, ancak iki grup arasındaki puan farkı anlamlı bulunmamıştır (138). Örnek çalışmalarda (136, 137, 138) bu araştırmadan farklı olarak, sağlık bilimleri fakültesinde okuyan özellikle beslenme ve diyetetik bölümünde okuyan öğrencilerin ON eğiliminin diğer öğrencilere göre daha düşük olduğu görülmektedir. Aradaki farkın örneklem gruplarındaki sayı, seçilen bölüm, kullanılan ölçek farklılıklardan kaynaklandığı

düşünülmektedir. Çalışmalarda da görüldüğü üzere beslenme eğitimi görmüş olmanın, ON eğilimi üzerinde pozitif bir etkisi bulunmaktadır (136, 137, 138). Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluklarına ilişkin eğitim ve seminer düzenlemeleri arttırılmalı öğrencileri bilinçlendirilmelidir.

Bu çalışmada içsel alt faktör puanı, mühendislik fakültesi öğrencilerinde, sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerine göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.01$). Doktorlar ve diğer insanlar alt faktör puanlarının da sağlık bilimleri grubunda anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.01$). Vücut ağırlığı kontrolünde sağlık bilimleri öğrencilerinin daha dışsal, mühendislik fakültesi öğrencilerinin ise daha içsel odaklı olduğu görülmektedir. Üniversite öğrencilerinin denetim odaklarının tespit etmeyi hedefleyen bir çalışmada ise öğrencinin kontrol odağıyla tercih edilen fakülte/bölüm arasında anlamlı bir farklılık olduğu sonucu ortaya çıkmıştır ($p<0.05$). Fen-Edebiyat ve eğitim fakültesine giden öğrencilerin özellikle mühendislik ve iktisadi ve idari bilimler fakültelerine giden öğrencilere kıyasla daha dıştan denetimli olduğu saptanmıştır (139). İki çalışmada kontrol odağıyla ilgilidir fakat bu çalışmada vücut ağırlığı kontrol odağına odaklanılmıştır, kullanılan ölçek ve dâhil edilen bölüm/fakülte kapsamında farklılıklar olması nedeniyle karşılaştırma yapılamamaktadır. Fakat iki çalışmanın sonucuna göre öğrencinin kontrol odağının okuduğu bölümden etkilenebileceğini söylemek mümkündür.

5. 9. Öğrencilerin Fakülteye Göre Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada kadın ve erkek öğrencilerde okudukları fakülteye göre antropometrik ölçümlerinin sınıflandırılmasında herhangi bir farklılık görülmemiştir. Sağlık bilimleri ve diğer fakülte de okuyan üniversite öğrencilerinde antropometrik ölçümlerinde yapıldığı çalışmada öğrencilerin boy, vücut ağırlığı ve BKİ değerleri ile okudukları fakülte arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Buna ek olarak diğer fakültelerde okuyan grubunda kadınların %11.0'ı BKİ sınıflamasında zayıf grubunda yer alırken erkeklerde bu sınıflamaya sahip katılımcının olmadığı ifade edilmiştir ($p=0.001$) (140). Öğrencilerin beden kütle indekslerinin saptandığı bir başka çalışmada, okudukları bölüm ile BKİ değerleri arasında anlamlı farklılık görülmemektedir ($p= 0.072$) (141). Antropometrik ölçümler, öğrencinin okuduğu fakülte, bölümün, beslenme ile ilgili eğitim almasının yanı sıra egzersiz durumu, yaşadığı yer, beslenme ortamı gibi birçok faktörden etkilenebilmektedir.

5. 10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri

Anrtropometrik ölçümlerin sınıf ortamında, ders saatinde kısıtlı sürede tüm sınıf mevcuduna ulaşmayı hedefleyerek yapılması araştırmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır.

Araştırmanın sağlık bilimleri ve mühendislik fakültesinde okuyan öğrencilerle gerçekleştirilmesi, sağlıkla ilgili eğitim alan ve almayan iki grubun yanyana gelmesini sağlamıştır. Bu kapsamda hem örneklemin çeşitli olması hemde bu iki grubun karşılaştırılmış olması araştırmanın güçlü bir yönüdür.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Öğrencilerin ORTO-11 puan ortalaması 25.13 ± 4.67 olarak tespit edilmiştir. ORTO-11 puanlarının kesim noktası birinci çeyreklik değeri (0-22) kullanılarak belirlenmiş ve gruplamalar ≤ 22 puan ve > 22 puan olarak yapılmıştır. Öğrencilerin %28,5'i (96) birinci çeyreklikte yer alıp ON eğilimi gösterirken %71,5'i (241) bu değerin üzerinde puan almıştır.

Sigara kullanımı aktif olan öğrencilerde ON eğilimi olanların oranı ON eğilimi olmayanların oranına göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.04$). Sigara kullanmayanlarda ise ON eğilimi olmayanların oranı ON eğilimi olanların oranına göre daha yüksek saptanmıştır ($p=0.04$). Tartılma sıklığı günde 1-2 kez olan grupta ON eğilimi olanların oranı ON eğilimi olmayanların oranına göre daha yüksek olduğu görülmüştür. ($p=0.01$). Geçmişte diyet yapan grupta ON eğilimi olanların oranının ON eğilimi olmayanların oranına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.01$).

Kadınlarda; boyun çevresi ölçümlerinin ($p=0.01$), bel/boy oranlarının ($p=0.02$), vücut yağ oranlarının ($p=0.01$), BKİ değerlerinin ($p=0.03$), ON eğilimi olan grupta ON eğilimi olmayan gruba göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Kadınlarda, ON eğilimi olanlarda, vücut yağ oranı sınıflandırmasında, çok şişman grupta yer alanların oranı (%46.3), ON eğilimi olmayanlarda, çok şişman grupta yer alanların oranına (%25.5) göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.01$). Erkeklerde, ON eğilimi olmayanlarda, bel/kalça oranı sınıflandırmasında, riskli grupta yer alanların oranının (%24.4), ON eğilimi olanlarda riskli grupta yer alanların oranına (%0.0) göre yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.01$).

Öğrencilerin T-MWLCS faktör 1 (içsel) puanlarının 16.59 ± 5.98 , faktör 2 (şans) puanlarının 6.58 ± 6.52 , faktör 3 (doktorlar) puanlarının 9.41 ± 3.96 ve faktör 4 (diğer insanlar) puanlarının 4.71 ± 3.59 seviyesinde olduğu saptanmıştır. Alt faktörlerden alınabilecek maksimum puan seviyesine göre incelendiğinde alınan faktör 1 (içsel), faktör 2 (şans), faktör 4 (diğer insanlar) puanlarının düşük düzeyde olduğu görülmüştür. Faktör 3 (doktorlar) puanlarının ise orta düzeyde olduğu görülmüştür.

Öğrencilerin faktör 1 (içsel) puanları ile boyun çevresi ölçümleri ($r=0.26$, $p=0.01$), bel/boy oranları ($r=0.27$, $p=0.01$), bel/kalça oranları ($r=0.18$, $p=0.01$), BKİ değerleri ($r=0.24$, $p=0.01$) arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür. Öğrencilerin vücut yağ yüzdesi ölçümlerinin faktör 3 (doktorlar) puanları ile pozitif yönde ve zayıf düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür ($r=0.20$, $p=0.01$). T-MWLCS alt faktörleri ile

antropometrik ölçümlerinin arasında kısmi düzeyde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Bu ilişkilerin daha çok pozitif yönde faktör 1 (içsel) düzeyinde olduğu görülmüştür.

Geçmişte diyet yapan öğrencilerin faktör 4 (diğer insanlar) puanlarının, geçmişte diyet yapmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.01$).

T-MWLCS ölçeğinin faktör 1 (içsel), faktör 2 (şans), faktör 3 (doktorlar), faktör 4 (diğer insanlar) boyutlarının kendi araların pozitif ve zayıf düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür ($p<0.05$). ORTO-11 puanlarının faktör 1 (içsel) puanları ile negatif ve zayıf düzeyde anlamlı ilişkili olduğu görülmüştür ($r=0.17$, $p=0.01$). Bireyin faktör 1 puanı (içsel odağı) arttıkça ORTO-11 puanı düşeceği, ON eğiliminin de artacağı görülmüştür. ON eğilimi olan grubun faktör 4 (diğer insanlar) puanlarının, ON eğilimi olmayan gruba göre anlamlı daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.03$).

Fakültele göre T-MWLCS ölçeği değerlendirildiğinde, sağlık bilimleri fakültesi ve mühendislik fakültesi öğrencilerinin faktör 1 (içsel), faktör 2 (doktorlar) ve faktör 3 (diğer insanlar) puanlarının anlamlı düzeyde farklı olduğu görülmüştür ($p=0.01$). İçsel alt faktör puanlarının mühendislik fakültesi öğrencilerinde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.01$). Doktorlar ve diğer insanlar boyut puanlarının da sağlık bilimleri grubunda anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.01$).

Genel olarak T-MWLCS ve ON eğilimi arasında kısmende olsa bir ilişki olduğu görülmüştür. ON ölçeği nominal puanları ve ON eğilimi gruplarına göre tüm faktörler bazında olmasa da anlamlı ilişkilerin olduğu görülmüştür. Ayrıca ON düzeylerinin katılımcıların demografik metromorfik ölçümleri ile kısmen de olsa ilişkili olduğu görülmüştür. T-MWLCS düzeylerinin ise demografik ve metromorfik ölçümler ile anlamlı şekilde ilişkili olmadığı görülmüştür.

6.2.Öneriler

- Ortoreksiya nevroza bu araştırmada içsel odaklı olmakla ilişkili bulundu, bu tarz eğilimleri, hastalıkları çözümleyebilmek için psikiyatrist, psikolog ve diyetisyen gibi alanında uzman kişilerin multidisipliner şekilde çalışabileceği iş ortamları oluşturulmalıdır.
- Tanı ve teşhisi kolaylaştırmak ve kesinleştirmek adına daha fazla ölçekler geliştirilip kapsamlı çalışmalar yaparak ortoreksiya nervozayı diğer yeme bozuklarından ayırıcı olarak DSM tanı kriterlerinde yer alması sağlanmalıdır.

- Toplumda ON eğilimi daha geniş çapta taranmalı ve saptanmalı, ON risk grubunda bulunan öğrenciler yeme bozuklukları kapsamında, ON ile ilgili de diyetisyenler tarafından bilinçlendirilmeli, doğru beslenme eğitimleri ile destek almaları sağlanmalıdır.



KAYNAKLAR

1. Abraham, S., Noriega, B. R., & Shin, J. Y. College students eating habits and knowledge of nutritional requirements. *Journal of Nutrition and Human Health*, 2018;2(1):3-17.
2. Vançelik, S., Önal, S. G., Güraksın, A., & Beyhun, E. Üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi ve alışkanlıkları ile ilişkili faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2017;6(4):242-248.
3. Arslan, S. A., Daşkapan, A., & Çakır, B. Üniversite öğrencilerinin beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarının belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2016;15(3):171-180.
4. Beat Eating Disorders “What is Orthorexia?” [İnternet]. beateatingdisorders.org.uk [Erişim tarihi: 22 Ağustos 2024]. Erişim adresi: <https://www.beateatingdisorders.org.uk/get-information-and-support/about-eating-disorders/types/other-eating-feeding-problems/orthorexia/>
5. Eating Disorders “What is Orthorexia?” [İnternet]. eatindisorders.org.au [Erişim tarihi: 22 Ağustos 2024]. Erişim adresi: <https://eatingdisorders.org.au/eating-disorders-a-z/orthorexia/#:~:text=Symptoms%20of%20orthorexia,-The%20symptoms%20of&text=Social%20isolation%20as%20a%20person,Mood%20swings%2C%20anxiety%20and%20depression>
6. Yeşilay “Bir Tür Yeme Bozukluğu: Ortoreksiya Nervosa” [İnternet]. yeşilay.org, Kasım 2020. [Erişim tarihi: 22 Ağustos 2024]. Erişim adresi: <https://www.yesilay.org.tr/tr/makaleler/bir-tur-yeme-bozuklugu-ortoreksiya-nervoza>
7. Donini , M. L, Barrada , R. J, Barthels , F. , ve ark. A consensus document on definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa. . Eating And Weight Disorders : Ewd . 2022;27(8):3965-3711.
8. Neymotin, F., & Nemzer, L. R. Locus of control and obesity. *Frontiers in endocrinology*, 2014;5(159):1-4.
9. Rotter, J. B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied* 1966;80(1):1-28.
10. Anastasiou, C. A., Fappa, E., Karfopoulou, E., ve ark. Weight loss maintenance in relation to locus of control: The MedWeight study. *Behaviour research and therapy* 2015;71:40-44.

11. Cebolla, A., Botella, C., Galiana, L., ve ark. Psychometric properties of the Weight Locus of Control Scale (MWLCS): study with Spanish individuals of different anthropometric nutritional status. *Eating and weight disorders : EWD* 2020;25(6):1533-1542. doi: [10.1007/s40519-019-00788-4](https://doi.org/10.1007/s40519-019-00788-4).
12. Kahraman, C. Ş., & Ayhan, N. Y. (2022). Investigation of the psychometric properties of the Turkish version Multidimensional Weight Locus of Control Scale (T-MWLCS) in individuals with different body mass index. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* 2022;27(5):1847-1854. doi: [10.1007/s40519-021-01328-9](https://doi.org/10.1007/s40519-021-01328-9)
13. Stone, O., & Werner, P. Israeli dietitians' professional stigma attached to obese patients. *Qualitative Health Research* 2012;22(6):768-776. doi: [10.1177/1049732311431942](https://doi.org/10.1177/1049732311431942)
14. Kabir, Ashraful et al. "Factors influencing eating behavior and dietary intake among resident students in a public university in Bangladesh: A qualitative study." *PloS one* 2018;13(6):e0198801. doi : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198801>
15. Bakanlığı S, M¼d¼rl¼đ¼ HSG, . T¼rkiye Beslenme Rehberi (T¼BER). Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No:1031; 2022.
16. Arpa Zemizmoğlu, T.E., Erem, S., Uludağ, E., Uzun, S.Sağlık bilimleri fak¼ltesi oğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının belirlenmesi. *Food and Health* 2019;5(3):185-196. doi:[10.3153/FH19020](https://doi.org/10.3153/FH19020)
17. Bakır, B., & Çalapkorur, S. Ünisersite Öğrencilerinin Beslenme Durumları, Posa T¼ketimleri ve Bağırsak Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. *İzmir Katip Çelebi Ünisersitesi Sağlık Bilimleri Fak¼ltesi Dergisi*. 2022;7(1):33-40.
18. Navarro-Prado, Silvia et al. "Need of improvement of diet and life habits among university student regardless of religion professed." *Appetite* 2017;114:6-14.
19. Onurlubaş, E., Doğan, H. G., & Demirkıran, S. Ünisersite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları. *Journal of Agricultural Faculty of Gaziosmanpaşa University (JAFAG)*, 2016;32(3):61-69.
20. Aras, H. K., & Delen, İ. (2023). Ünisersite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları ve Yeme Farkındalığı Durumlarının Değerlendirilmesi. *Celal Bayar Ünisersitesi Sağlık Bilimleri Enstit¼s¼ Dergisi* 2023;10(3):265-274. doi:10.34087/cbusbed.1213611

21. Yolcuoğlu, İ. Z., & Kızıltan, G. Effect of nutrition education on diet quality, sustainable nutrition and eating behaviors among university students. *Journal of the American Nutrition Association* 2022;41(7):713-719.
22. Batista, Rafael Carreira, et al. "Comparison of eating habits between University students." *British Journal of Medical & Health Sciences (BJMHS)* 2021;3(6):970-976.
23. El Ansari, W., Suominen, S., & Samara, A. Eating habits and dietary intake: is adherence to dietary guidelines associated with importance of healthy eating among undergraduate university students in Finland. *Central European journal of public health* 2015;23(4):306-313.
24. Ramón-Arbués, E., Martínez Abadía, B., Granada López, ve ark. Conducta alimentaria y su relación con el estrés, la ansiedad, la depresión y el insomnio en estudiantes universitarios [Eating behavior and relationships with stress, anxiety, depression and insomnia in university students.]. *Nutricion hospitalaria* 2019;36(6):1339-1345.
25. Bede, Fala et al. "Dietary habits and nutritional status of medical school students: the case of three state universities in Cameroon." *The Pan African medical journal* 2020;35(15):1-10. doi:10.11604/pamj.2020.35.15.
26. Bernardo, G. L., Jomori, M. M., Fernandes, A. C., ve ark.. Food intake of university students. *Revista de Nutrição* 2017;30(6):847-865.
27. Deshpande, S., Basil, M. D., & Basil, D. Z. Factors Influencing Healthy Eating Habits Among College Students: An Application of the Health Belief Model. *Health Marketing Quarterly* 2009;26(2):145-164.
28. Mazıcıoğlu, M. Mümtaz, and Ahmet Öztürk. "Dietary habits and influencing factors in university students at 3rd and 4th grades." *Journal of Clinical Practice and Research* 2003;24(4):172-178.
29. Ayhan, D. E., Günaydın, E., Gönlüaçık, E. ve ark. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2012;38(2):97-104.
30. Marquis, Marie, et al. "Exploring the environmental, personal and behavioural factors as determinants for university students' food behaviour." *International Journal of Consumer Studies* 2019;43(1):113-122.

31. Ganasegeran, Kurubaran, et al. "Social and psychological factors affecting eating habits among university students in a Malaysian medical school: a cross-sectional study." *Nutrition journal* 2012;11:1-7.
32. Šatalić, Z., Colić Barić, I., & Keser, I. Diet quality in Croatian university students: Energy, macronutrient and micronutrient intakes according to gender. *International Journal of Food Sciences and Nutrition* 2007;58(5):398-410.
33. Boek, S., Bianco-Simeral, S., Chan, K. ve ark. Gender and race are significant determinants of students' food choices on a college campus. *Journal of nutrition education and behavior* 2012;44(4):372-378.
34. Memiş Emel. Üniversite öğrencilerinde şişmanlık (obezite) durumu ve diyet ürünleri kullanmaları üzerinde bir araştırma [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Gazi Üniversitesi; 2004.
35. Salman S. Üniversite Son Sınıf Kız Öğrencilerin Sağlık, Spor ve Beslenme Alışkanlıkları Üzerine Bir Araştırma [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Gazi Üniversitesi; 1986.
36. Miller, L. M. S., & Cassady, D. L. The effects of nutrition knowledge on food label use. A review of the literature. *Appetite* 2015;92:207-216.
37. Yaman, Z. A., & Ünal, E. Bolu İl Merkezinde Gençlik Ve Spor Bakanlığına Bağlı Yurtlarda Kalan Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Bilgi Düzeyinin Ve Obezite/Fazla Kiloluluk Sıklığının Değerlendirilmesi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi* 2021;6(3):296-309.
38. Sacko, D., & Arslan, M. Üniversite Öğrencilerinin Besin Tüketim Sıklığının Değerlendirilmesi ve Beslenme Bilgi Düzeylerinin Beden Kütle İndeksi Üzerine Etkisinin İncelenmesi: İstanbul Aydın Üniversitesi Örneği. *Türkiye Diyabet Ve Obezite Dergisi* 2022;6(2):169-176.
39. Azizi, M., Aghaee, N., Ebrahimi, M. ve ark. Nutrition knowledge, the attitude and practices of college students. *Facta Universitatis, Series Physical Education & Sport* 2011;9(3):349-357.
40. Alves, R. F., Precioso, J., & Becoña, E. Knowledge, Attitude and Practice on Healthy Diet among University Students in Portugal, *International Journal of Nutrition Sciences* 2020;5(2):90-97.
41. Çalıştır, B., Dereli, F., & Eksen, M. Muğla Üniversitesi öğrencilerinin beslenme konusunda bilgi düzeylerinin belirlenmesi, *Journal of Human Sciences* 2005;2(2):2-8.

42. Atasoy, S., & Güngör, A. E. Üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi düzeyi ve obezite durumunun değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2022;16(2):340-349.
43. Yahia, N., Brown, C. A., Rapley, M. ve ark. Level of nutrition knowledge and its association with fat consumption among college students. *BMC public health*. 2016;16(1047):1-10.
44. Keel, Pamela K. "What Are Eating Disorders" in *Eating disorders* 2nd ed. New York, NY, United States of America : Oxford University Press, 1970;pp 1-11.
45. World Health Organization, "F50 Eating Disorders" in *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*, Switzerland, 20 Avenue Appia, 1211 Geveva 27, 1993;2:112-113. [Online] Erişim Adresi: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/37108/9241544554.pdf>
46. American Psychiatric Association "What are Eating Disorders?" [İnternet] psychiatry.org., 2023. [Erişim tarihi: 19 Ocak 2025]. Erişim adresi: <https://www.psychiatry.org/patients-families/eating-disorders/what-are-eating-disorders>
47. Van Eeden, A. E., Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current opinion in psychiatry*, 2021;34(6):515-524.
48. Giel, K. E., Bulik, C. M., Fernandez-Aranda, F., Hay, P., Keski-Rahkonen, A., Schag, K., ... & Zipfel, S. Binge eating disorder. *Nature reviews disease primers*, 2022;8(1):16.
49. U.S. Food and Drug Administration (FDA) "Use of the Term Healthy on Food Labelin" [İnternet]. fda.gov, 2024 [Erişim tarihi: 13 Eylül 2024]. Erişim adresi: <https://www.fda.gov/food/nutrition-food-labeling-and-critical-foods/use-term-healthy-food-labeling#:~:text=The%20existing%20definition%20has%20limits,%E2%80%9Chalthy%E2%80%9D%20claim%20is%20voluntary>
50. Chan, E., & Zhang, L. S. Is this food healthy? The impact of lay beliefs and contextual cues on food healthiness perception and consumption. *Current Opinion in Psychology*, 2022;46:101348
51. Yıldız, E. Yiyeceklerle ilgili kişilik özellikleri, sağlıklı yiyecek seçimi, sağlık değeri ve lezzet davranışı ilişkisi: Kayseri'deki restoranların müşterileri üzerinde bir araştırma [Yüksek Lisans Tezi] Mersin: Mersin Üniversitesi 2019.

52. Mai, R., & Hoffmann, S. How to combat the unhealthy= tasty intuition: The influencing role of health consciousness. *Journal of Public Policy & Marketing* 2015;34(1):63-83.
53. Pinto, V. R. A., Milião, G. L., Balbino, D. F. ve ark. Contemporary foods—can they become new comfort foods or simply mimic them?. *International Journal of Gastronomy and Food Science*, 2020;22:100271.
54. Pinto, V. R. A., de Abreu Campos, R. F., Rocha, F. ve ark. Perceived healthiness of foods: A systematic review of qualitative studies. *Future foods* 2021;4:100056.
55. Hagen, L. Very healthy foods: How and when aesthetics increase perceived healthiness. *Journal of Marketing*, 2021;85(2):129-145.
56. Huang, L. and Lu, J. The Effect of Package Color and Nutrition Content Labels on Food Healthiness Perception and Purchase Intention. *Journal of Food Product Marketing* 2015;22(2):191-218.
57. Dr. Hakim Saboowala, “*What Is Orthorexia Nervosa?*” in *What One Should Know About Orthorexia*, London: Saboowala, Hakim, Ed. 2020; pp 5-10.
58. World Health Organization (WHO) “International Classification of Diseases 11th Revision” [İnternet], [Erişim tarihi: 1 Kasım 2024]. Erişim adresi <https://icd.who.int/en>
59. Meule, A., & Voderholzer, U. Orthorexia nervosa—It is time to think about abandoning the concept of a distinct diagnosis. *Frontiers in Psychiatry* 2021;12:640401.
60. Strahler, J., & Stark, R. Perspective: Classifying orthorexia nervosa as a new mental illness—Much discussion, little evidence. *Advances in Nutrition* 2020;11(4):784-789.
61. Bratman, Knight, and A. Fugh-Berman. "Health food junkies: Orthorexia nervosa: Overcoming the obsession with healthful eating." *JAMA-Journal of the American Medical Association-International Edition* New York 2000; pp 283-285
62. Niedzielski, A., & Kaźmierczak-Wojtaś, N. Prevalence of orthorexia nervosa and its diagnostic tools—a literature review. *International journal of environmental research and public health* 2021;18(10):5488.
63. López-Gil, J. F., Tárraga-López, P. J., Soledad Hershey M. ve ark. Overall proportion of orthorexia nervosa symptoms: A systematic review and meta-analysis including 30 476 individuals from 18 countries. *Journal of global health* 2023;13:04087.

64. Dell’Osso, L., Carpita, B., Muti, D., Cremone, I. M. ve ark. Prevalence and characteristics of orthorexia nervosa in a sample of university students in Italy. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* 2018;23(1):55-65.
65. Tatlı, M. Birinci basamak sağlık çalışanlarında ortoreksiya nevroza prevalansı, risk faktörleri ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki [Yüksek Lisans Tezi]. Çorum: Hitit Üniversitesi, 2022.
66. Luck-Sikorski, C., Jung, F., Schlosser, K. ve ark. Is orthorexic behavior common in the general public? A large representative study in Germany. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* 2019;24(2):267-273.
67. Pehlivan E, Mete B, Fıncı B. ve ark. Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nevroza Yaygınlığı Ve Sağlık Okuryazarlığı İle İlişkisi. *Estüdam Halk Sağlığı Dergisi* 2019;4(2):166-175.
68. Arslantaş, H., Adana, F., Öğüt, S. ve ark. Hemşirelik Öğrencilerinin Yeme Davranışları ve Ortoreksiya Nevroza (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) İlişkisi: Kesitsel Bir Çalışma. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği* 2017;8(3):137-144.
69. Asil, E., & Sürücüoğlu, M. S. Orthorexia Nervosa in Turkish Dietitians. *Ecology of food and nutrition* 2015;54(4):303–313.
70. Fidan, T., Ertekin, V., Işıkay, S. ve ark. Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive psychiatry* 2010;51(1):49–54.
71. Uzdil, Z., Kayacan, A. G., Özyıldırım, C. ve ark. Adölesanlarda Ortoreksiya Nevroza Varlığı ve Yeme Tutumunun İncelenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019;4(1):8-13.
72. Roncero, M., Barrada, J. R., García-Soriano, G. ve ark. Personality profile in orthorexia nervosa and healthy orthorexia. *Frontiers in Psychology* 2021;12:710604.
73. Barnes, M.A., Caltabiano, M.L. The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eat Weight Disord* 2017;22(1):177-184.
74. Novara, Caterina et al. “Orthorexia nervosa and dieting in a non-clinical sample: a prospective study.” *Eating and weight disorders : EWD* 2022;27(6):2081-2093.
75. Horovitz, O., & Argyrides, M. Orthorexia and orthorexia nervosa: A comprehensive examination of prevalence, risk factors, diagnosis, and treatment. *Nutrients* 2023;15(17):3851.

76. Scheiber, Rebecca et al. "Socio-cultural power of social media on orthorexia nervosa: An empirical investigation on the mediating role of thin-ideal and muscular internalization, appearance comparison, and body dissatisfaction." *Appetite* 2023; 185:106522.
77. Turner, P. G., & Lefevre, C. E. Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* 2017;22(2):277-284.
78. Asil, E., Yılmaz, M. V., Ayyıldız, F., & Yalçın, T., The effect of social media use on orthorexia nervosa: a sample from Turkey. *NUTRICION HOSPITALARIA* 2023;40(2):384-390.
79. Håman, L., Barker-Ruchti, N., Patriksson, G. ve ark. Orthorexia nervosa: An integrative literature review of a lifestyle syndrome. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 2015;10(1):26799.
80. Crawford, R. Healthism and the medicalization of everyday life. *International journal of health services* 1980;10(3):365-388.
81. Crawford, R. Risk ritual and the management of control and anxiety in medical culture. *Health* 2004;8(4):505-528.
82. Barker-Ruchti, N., Barker, D., Sattler, S. ve ark. Sport—'It's Just Healthy': Locating Healthism within Discourses of Social Integration. *Journal of Ethnic and Migration Studies* 2013;39(5):759-772.
83. Rich, E., & Evans, J., Now I am NObody, see me for who I am: the paradox of performativity. *Gender and Education* 2008;21(1):1-16.
84. Koven, N. S., & Abry, A. W. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric disease and treatment* 2015;11:385-394.
85. Aksoydan, E., & Camci, N. Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* 2009;14:33-37.
86. Varga, M., Thege, B. K., Dukay-Szabó, S., ve ark. When eating healthy is not healthy: orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC psychiatry* 2014;14:1-11.
87. Ramacciotti, C. E., Perrone, P., Coli, E., ve ark. Orthorexia nervosa in the general population: a preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15). *Eating and weight disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* 2011;16(2):e127-e130.

88. Strahler, J. Trait mindfulness differentiates the interest in healthy diet from orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* 2021;26(3):993-998.
89. Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., ve ark. Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* 2004;9(2):151-157.
90. Ogut, Serdal. Hemşirelik Öğrencilerinin Yeme Davranışları ve Ortoreksiya Nervoza (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) İlişkisi: Kesitsel Bir Çalışma, *Journal of Psychiatric Nursing* 2017;8(3):137-144.
91. Kiss-Leizer, M., & Rigó, A. People behind unhealthy obsession to healthy food: the personality profile of tendency to orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* 2019;24(1):29-35.
92. Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., ve ark. Orthorexia Nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* 2005;10(2):e28-e32.
93. Dunn, T. M., & Bratman, S. On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating behaviors* 2016;21:11-17.
94. Moroze, R. M., Dunn, T. M., Holland, J. C., ve ark. 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.
95. Zickgraf, H. F. Treatment of pathologic healthy eating (orthorexia nervosa). In E. A. Storch, D. McKay, & J. S. Abramowitz (Eds.), *Advanced casebook of obsessive-compulsive and related disorders: Conceptualizations and treatment*, Elsevier Academic Press, 2020:21–40.
96. Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z., ve ark. Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatric Clinics*, 2010;33(3):611-627.
97. Koller, K. A., Thompson, K. A., Miller, A. J., Walsh, E. C., & Bardone-Cone, A. M. Body appreciation and intuitive eating in eating disorder recovery. *International Journal of Eating Disorders* 2020;53(8):1261-1269.
98. Moskowitz, R., Schecter, A., & Sala, M. Combined Mindfulness-and Acceptance-Based Therapy and Cognitive Behavioral Therapy Treatments for Eating Disorders: A Narrative Review. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 2023;53(2):125-131.

99. Holt, C. L., Clark, E. M., & Kreuter, M. W. Weight locus of control and weight-related attitudes and behaviors in an overweight population. *Addictive Behaviors* 2001;26(3):329-340.
100. Gale, C. R., Batty, G. D., & Deary, I. J. Locus of control at age 10 years and health outcomes and behaviors at age 30 years: the 1970 British Cohort Study. *Psychosomatic medicine* 2008;70(4):397-403.
101. Gierszewski, S. A. The relationship of weight loss, locus of control, and social support. *Nursing Research* 1983;31(1):43-47.
102. Harding, T. P., & Lachenmeyer, J. R. Family interaction patterns and locus of control as predictors of the presence and severity of anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychology* 1986;42(3):440-448.
103. Bruch, Hilde. "Thr Hunger Diasses" *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. First Harvard University Press, Edition, USA 2001:3-4, 5-8.
104. Erol, A., Toprak, G., YAZICI, F., ve ark Comparison of locus of control and self-esteem as predictors of severity of anorexic symptoms. *Clin Psychiatry* 2000;3:147-152.
105. Erol, A., Toprak, G., & Yazici, F. Predicting factors of eating disorders and general psychological symptoms in female college students. *Turk psikiyatri dergisi= Turkish journal of psychiatry* 2002;13(1):48-57.
106. Sarra, Sharon R, and Caitlin C Abar. "Perceptions of control and disordered eating behaviors during college transitions." *Journal of American college health : J of ACH* 2022;70(7):2091-2098.
107. Williams, G. J., Chamove, A. S., & Millar, H. R. Eating disorders, perceived control, assertiveness and hostility. *British Journal of Clinical Psychology* 1990;29(3):327-335.
108. Fouts, G., & Vaughan, K. Locus of control, television viewing, and eating disorder symptomatology in young females. *Journal of Adolescence* 2002;25(3):307-311.
109. Qi, W., & Cui, L. Eat to avoid negative self-awareness: Locus of control and core self-evaluation as serial mediators in the effect of stress on food intake. *Appetite* 2019;143:104401.
110. Oberle, Crystal D et al. "Health beliefs, behaviors, and symptoms associated with orthorexia nervosa." *Eating and weight disorders : EWD* 2019;24(3):495-506.

111. Garabed Eknayan, Adolphe Quetelet (1796–1874)—the average man and indices of obesity, *Nephrology Dialysis Transplantation* 2008;23:47-51.
112. Henry Blackburn, David Jacobs, Commentary: Origins and evolution of body mass index (BMI): continuing saga, *International Journal of Epidemiology* 2014;43:665–669.
113. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organ Technical Report Series, 2000;894(1):1-253
114. Arusoğlu, G., Kabakçı, E., Köksal, G. ve ark. Ortoreksiya Nervoza ve Ortoreksiya Nervoza'nın Türkçeye uyarılama çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008;19(3):283-291.
115. WHO. Waist Circumference and Waist-Hip Ratio. Report of a WHO Expert Consultation. 2011.
116. Ashwell M. Charts based on body mass index and waist-to-height ratio to assess the health risks of obesity: A review. *The Open Obesity Journal* 2011;3(1):78-84.
117. Ben-Noun, L et al. "Neck circumference as a simple screening measure for identifying overweight and obese patients." *Obesity research* 2001;9(8):470-477.
118. Durnin, J. V., & Womersley, J. Body fat assessed from total body density and its estimation from skinfold thickness: measurements on 481 men and women aged from 16 to 72 years. *The British journal of nutrition* 1974;32(1):77–97.
119. Lee RD, Nieman DC. "Anthropometry" in *Nutritional Assessment*. USA: Brown & Benchmark; 1993.
120. Eleanor B. Saltzer The Weight Locus of Control (WLOC) Scale: A Specific Measure for Obesity Research, *Journal of Personality Assessment* 1982;46(6):620-628.
121. Wallston, K. A., Stein, M. J., & Smith, C. A. Form C of the MHLC scales: a condition-specific measure of locus of control. *Journal of personality assessment* 1994;63(3):534-553.
122. Avcı S, Çiğdem Z, Güler S, ve ark. Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza Eğilimi ve Etkileyen Faktörler. *SABD* 2024;14(1):115-125.
123. Evcimen, Hasan, and Neşe İŞCAN AYYILDIZ. "Üniversite Öğrencilerinin Ortoreksiya Nervosaya Olan Eğilimlerinin Obsesyonla İlişkisinin Belirlenmesi." *Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, 2020;5(3):391-400.

124. Basaran AG, Ozbek YD. A Study of the Relationship between University Students' Food Neophobia and Their Tendencies towards Orthorexia Nervosa. *Behavioral Sciences* 2023;13(12):958.
125. Parra-Fernández, María-Laura, et al. "Prevalence of orthorexia nervosa in university students and its relationship with psychopathological aspects of eating behaviour disorders." *BMC psychiatry* 2018;18(1):1-8.
126. Öntaş, E. ve Aslan, D. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2016 - HÜTF Halk Sağlığı AD Toplum İçin Bilgilendirme Serisi-(2018/2019-63), 2019 [İnternet], [Erişim tarihi: 27 Ocak 2025]. Erişim adresi <https://halksagligi.hacettepe.edu.tr/duyurular/halkayonelik/kyta2016.pdf>
127. Öztürk, M.E. ve Ayhan N.Y. Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Görülme Durumu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlişkisi, *The Journal of Academic Social Science* 2017;5(55):455-465.
128. Bayramoğlu A. Koç F., ve ark. Artvin Çoruh Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Yeme Davranışları ve Ortoreksiya Nervoza Eğiliminin Saptanması, *Artvin Çoruh Üniversitesi Mühendislik ve Fen Bilimleri Dergisi* 2023;1(1):1-11.
129. Karakus, Betül, et al. "Orthorexia nervosa tendency among students of the department of nutrition and dietetics at a university in Istanbul." *Northern clinics of Istanbul* 2017;4(2):117.
130. Özkan, Aslı Nur, et al. "Evaluating orthorexia tendency among Trakya University medical school students." *Turkish Medical Student Journal* 2015;2(1):1-4.
131. Erkilic, Tugce Orkun, et al. "Investigation of the relationship between orthorexic tendencies and some anthropometric measurements and variables in university students." *Medicine Science* 2024;13(3):674-680.
132. Duran, Songül, Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) riski ve etkileyen faktörler, *Pamukkale Tıp Dergisi* 2016;9(3):220-226.
133. Aktürk, Ü., Gül, E., & Erci, B. Hemşirelik Öğrencilerinin Ortoreksiya Nervoza Düzeylerinin Diyet Davranışları ve Sosyo-Demografik Özellikleri Üzerindeki Etkisi. *Gıda ve Beslenme Ekolojisi* 2019;58(4):397-409.

134. Steptoe, Andrew, and Jane Wardle. "Locus of control and health behaviour revisited: a multivariate analysis of young adults from 18 countries." *British journal of Psychology* 2001;92(4):659-672.
135. Helmer, Stefanie M., Alexander Krämer, and Rafael T. Mikolajczyk. Health-related locus of control and health behaviour among university students in North Rhine Westphalia, Germany, *BMC research notes* 2012;5(703):1-8.
136. Zarifoğlu, A. Farklı fakültelerdeki üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervoza görülme sıklığı ile yeme tutum davranışları ve beden algısı arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Hasan Kalyoncu Üniversitesi; 2019.
137. Yılmaz, F. Ç. Orthorexia and Eating Attitudes in Health Sciences Students. *Nigerian Journal of Clinical Practice* 2023;26(4):502-507.
138. ALTUN, H. K. Keser, I., & Bozkurt, S. Comparison of eating attitudes and the susceptibility to orthorexia nervosa of students in health-related fields and those in other fields. *Iranian Journal of Public Health*. 2020;49(3):495-502.
139. Durna, U., & Şentürk, F. K. Üniversite öğrencilerinin denetim odaklarını çeşitli değişkenler yardımıyla tespit etmeye yönelik bir çalışma. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi* 2012;8(15):37-48.
140. Kahraman, M. Üniversitenin sağlık bilimleri fakültesi ve diğer fakülte öğrencilerinin beslenme bilgilerinin ve alışkanlıklarının, fiziksel aktivitelerinin, uyku kalitelerinin antropometrik ölçümleri üzerine etkilerinin karşılaştırılması [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi; 2023.
141. Öcalan, D., Ceylantekin, Y., Kunduracılar, Z., ve ark. Üniversite öğrencilerinde beden kütle indeksi, tükenmişlik düzeyi ve iyilik hâli arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi* 2020;4(3);270-278.

EKLER

EK 1: Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 09.05.2024-339695



T.C.
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : E-85878037-604.01-339695
Konu : Sena Topal'ın Proje Onayı

09.05.2024

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALINA

Anabilim Dalımız Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programı 22220378 numaralı öğrencisi Sena Topal'ın sorumluluğunda ve danışmanlığında yürütülecek olan KA24/176 nolu "Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervoza eğiliminin, vücut ağırlığı kontrol odağı ve antropometrik ölçümleri ile ilişkisi" başlıklı araştırma projesinin onayı ile ilgili Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırmalar Kurulundan gelen yazı ekte tarafınıza sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Ek:Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırmalar Kurulundan Gelen Yazı



T.C.
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu



Sayı : E-94603339-604.01-338304
Konu : Proje Onayı

08.05.2024

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümünde görev yapmakta olan danışmanlığında Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Beslenme ve Diyetetik Ana Bilim Dalı, Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Sena Topal'ın sorumluluğunda yürütülecek olan KA24/176 nolu "Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervoza eğiliminin, vücut ağırlığı kontrol odağı ve antropometrik ölçümleri ile ilişkisi" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz ve Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 17/04/2024 tarih ve 24/106 sayılı kararı ile uygun görülmüştür. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayımlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board and Ethics Committee (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

EK 1: Anket Formu

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE ORTOREKSİYA NERVOZA EĞİLİMİNİN, VÜCUT AĞIRLIĞI KONTROL ODAĞI VE ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERİ İLE İLİŞKİSİ ANKET FORMU

Bu araştırma Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme Ve Diyetetik Bölümü Yüksek Lisans tez çalışmasıdır. Bu çalışma üniversite öğrencilerinin vücut ağırlığı kontrol odağının ortoreksiya nervoza eğilimi ve antropometrik ölçümleri ile ilişkisini belirlemeyi amaçlamaktadır. Araştırmaya katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz. Verilen bütün bilgiler gizli tutulup, bilimsel amaçlı kullanılacaktır, yanıtlarınızın doğruluğu önem arz etmektedir.

Anket No:

Anketin Uygulanma Tarihi:

I. SOSYODEMOGROFİK ÖZELLİKLER

1) Cinsiyet:

.....

2) Yaş (yıl):

.....

3) Ağırlık (kilogram):

.....

4) Boy (cm):

.....

5) Aktif diyet tedavisi uyguluyor musunuz?

.....

6) Daha önce diyet tedavisi uyguladınız mı?

.....

7) Hangi Bölümde okuyorsunuz?

.....

8) Şu anda nerede yaşıyorsunuz?

1. Öğrenci Yurdunda
2. Evde (yalnız-ev arkadaşı ile)
3. Evde ailemle beraber

9) Aşağıdakilerden hangisi gelir düzeyinizi en iyi şekilde tanımlar?

1. Gelirim giderimden az
2. Gelirim giderime eşit
3. Gelirim giderimden fazla

10) Tanı aldığınız herhangi bir hastalığınız var mıdır? Yazınız... (fizyolojik, genetik, ruhsal)

1. Diyabet
2. Migren
3. Diğer

11) Ne sıklıkla vücut ağırlığınızı ölçersiniz?

1. Ayda bir
2. Haftada bir
3. Günde 1
4. Sabah ve akşam

12) Sigara kullanıyor musunuz?

1. Hiç içmedim
2. Bıraktım
3. Halen içiyorum

13) Alkol kullanıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

II. ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER (Araştırmacı tarafından gerçekleştirilecektir)

14) Boyun çevresi:

.....

15) Bel Çevresi:

.....

16) Kalça Çevresi (bel/kalça):

.....

17) Deri altı vücut yağı:

Biceps..... Triceps..... Subskapular..... Suprailiak.....

18) Beden Kütle İndeksi:

.....

III. ÇOK BOYUTLU VÜCUT AĞIRLIĞI KONTROL ODAĞI ÖLÇEĞİ (T-MWLCS)

Bireylerin vücut ağırlıklarını nasıl değerlendirdikleri ve hangi faktörlerin vücut ağırlığını daha iyi veya daha kötü etkilediği ile ilgileniyoruz. Aşağıda yer alan cümlelerin her birine ne kadar katıldığınızı veya katılmadığınızı belirtmenizi istiyoruz. Seçeneklerden yalnızca birini seçmelisiniz. İfadeler doğru veya yanlış değildir yalnızca fikirlerinizi ifade etmeye yardımcı olacaktır. Her cümleyi bağımsız olarak yanıtlamaya çalışın yani bir cümleyi cevaplarırken daha önce cevapladığımız şeyden etkilenmeyin. Kendi kriterlerinize göre, gerçekten neye inanıyorsanız ona göre cevap vermeniz önemlidir.

	Kesinlikle katılmıyorum (0)	Oldukça katılmıyorum (1)	Biraz katılmıyorum (2)	Biraz katılıyorum (3)	Oldukça katılıyorum (4)	Kesinlikle katılıyorum (5)
1. Vücut ağırlığım artarsa, tekrardan ağırlık kaybetme hızımı belirleyecek şey kendi davranışımıdır.						
2. Vücut ağırlığım ile ilgili ne yaparsam yapayım, olması gereken şey olacaktır.						
3. Sağlık profesyonellerini (diyetisyen/doktor) düzenli olarak ziyaret edersem, vücut ağırlığım ile ilgili sorun yaşama olasılığım azalır.						
4. Vücut ağırlığımı etkileyen şeylerin çoğu şans eserdir.						
5. Vücut ağırlığım her arttığında konunun uzmanına danışmalıyım.						
6. Vücut ağırlığının artıp azalmasından doğrudan ben sorumluyum.						
7. Diğer insanlar vücut ağırlığının azalmasında, ağırlığımı korumamda veya ağırlığının artmasında önemli bir rol oynuyor.						
8. Vücut ağırlığım artarsa bu benim hatamdır.						
9. Vücut ağırlığının azalmasında şans önemli bir rol oynamaktadır.						
10. Vücut ağırlığının azalması için, diğer insanların işlerin doğru gittiğinden emin olması gerekir.						
11. Vücut ağırlığım ile ilgili herhangi bir gelişme şans ile ilgilidir.						
12. Vücut ağırlığının azalması için en önemli şey yaptığım şeydir.						
13. Vücut ağırlığım azaldığında desteklenmeyi, arttığında sitemleri hak ediyorum.						
14. Sağlık profesyonellerinin (diyetisyen/doktor) önerilerini nokta nokta takip etmek vücut ağırlığının artmaması için en iyi yoldur.						
15. Vücut ağırlığının artması kader meselesidir.						
16. Şanslıysam vücut ağırlığım azalır.						
17. Vücut ağırlığımda önemli derecede artış olursa, bunun nedeni kendime iyi bakmadığımdan kaynaklanmaktadır.						
18. Başkalarından aldığım yardım, vücut ağırlığının ne kadar hızlı azaldığını belirlemektedir.						

I. ORTOREKSİYA NERVOZA ÖLÇEĞİ (Orto-11)

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

	Her Zaman	Sık Sık	Bazen	Hiçbir Zaman
1. Son üç ay içerisinde besinler konusunda endişelendiğiniz oldu mu?				
2. Sağlığınızla ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi?				
3. Besinlerinizi seçerken lezzet sizin için besin değerinden daha mı önemlidir?				
4. Daha sağlıklı, daha taze besinler satın almak için daha fazla para harcamak ister misiniz?				
5. 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. Sağlıklı beslenmek yaşam tarzınızı değiştirir mi? (Dışarıda yeme sıklığı, arkadaşlar vb. açıdan)				
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?				