

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI
ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Galip EKUKLU

**TRAKYA ÜNİVERSİTESİ'NİN BAZI
FAKÜLTELERİNDE SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN
ORTOREKSİYA NERVOZA EĞİLİMİ VE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLER**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Yusuf ERGİN

EDİRNE-2025



TEŞEKKÜR

Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı'ndaki uzmanlık eğitim sürecinde yanımda olan, yardım ve desteklerini esirgemeyen başta Ana Bilim Dalı Başkanı ve tez danışmanım Prof. Dr. Galip EKUKLU olmak üzere Prof. Dr. Faruk YORULMAZ'a, Doç. Dr. Ülfıye ÇELİKKALP'e ve tüm çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Beni bugünlere getiren, büyüten, yetiştiren, özlemlerini her an hissettiğim anne ve babama; her zaman yanımda olduğunu bildiğim, desteğini hissettiğim, bana güç veren sevgili eşime teşekkürü bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER.....	3
YEME BOZUKLUKLARI	3
ORTOREKSİYA NERVOZA	8
ANKSİYETE BOZUKLUKLARI.....	10
SOMATİK BELİRTİ VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR	13
SAĞLIK ANKSİYETESİ	15
GIDA OKURYAZARLIĞI.....	16
GEREÇ VE YÖNTEMLER	18
BULGULAR.....	28
TARTIŞMA.....	62
SONUÇLAR.....	81
ÖZET	83
SUMMARY	85
KAYNAKLAR	87
EKLER	96

SİMGE VE KISALTMALAR

BKİ	: Beden Kitle İndeksi
BMI	: Body Mass Index (Beden Kitle İndeksi)
DSM-V	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5)
GOKF	: Gıda Okuryazarlığı Kısa Form
ICD-11	: International Classification of Diseases 11 (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 11)
İİBF	: İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
ON	: Ortoreksiya nervoza
ONE	: Ortoreksiya Nervozu Envanteri
SA	: Sağlık anksiyetesi
SAÖ	: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği
SFLQ	: The Short Food Literacy Questionnaire
TOÖ	: Teruel Ortoreksiya Ölçeği

GİRİŞ VE AMAÇ

Yeme davranış bozuklukları önemli bir sağlık sorunu olarak görülmekte olup birçok çevresel, sosyokültürel etkenle ilişkilendirilmiştir (1). Ortoreksiya Nervoza (ON) terimi “doğru beslenme kaygısının kişinin günlük işlevselliğini etkileyecek kadar patolojik saplantı boyutlarında gözlemlenmesidir” (1,2). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM-V)’te ON yeme bozuklukları sınıflandırmasında henüz ayrı bir başlık altında yer almamıştır (3). Yapılan çalışmalar ON sıklığının sağlık çalışanlarında ve sağlık eğitimi alanlarda daha fazla olduğunu göstermektedir (4).

Sağlık anksiyetesi (SA) ise “herhangi bir hastalığı olmamasına rağmen bireyin kendi bedenindeki değişiklikleri hastalık belirtileri olarak abartılı şekilde yorumlaması” olarak tarif edilmektedir. Yapılan çok merkezli bir çalışmada sağlık çalışanlarında SA düzeyleri önemli ölçüde yüksek saptanmıştır (5). Sağlık çalışanlarında SA’nın yüksek olmasının nedeni olarak hastalıklar ve semptomlar hakkında fazla bilgi sahibi olmaları gösterilmiştir (5).

Üniversite öğrenciliği dönemi kişilerin kendi beslenme alışkanlıklarını kazandığı, çevre ve öz farkındalığının arttığı bir dönemdir. Ortoreksiya nervozaya olan yatkınlık ve sağlık anksiyetesinin sağlık çalışanlarında yüksek bulunması ile birlikte sağlık eğitimi alanı öğrencilerinde de yüksek bulunduğu ve bu konuda daha fazla araştırma yapılması gerektiği literatürde geçmektedir (6).

Sağlıklı beslenme konusunda daha fazla eğitilmiş ve farkındalığı yüksek olmanın, doğru şekilde beslenmeye fazla vakit ayırıyor olmanın ortoreksiya nervozaya riskini arttırdığı düşünülmektedir ve bu konuda çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Üniversite öğrencilerinde

ayrı ayrı yapılmış ortoreksiya nervoza yatkınlığı ve gıda okuryazarlığı çalışmaları bulunmakla birlikte ikisinin birlikte değerlendirildiği literatür oldukça sınırlıdır.

Bu çalışma ile; Trakya Üniversitesi'nin bazı fakültelerinde öğrenim görmekte olan son sınıf öğrencilerinde ortoreksiya nervozaya yatkınlık ile ilişkili olabilecek sosyodemografik değişkenlerin saptanması, sağlık alan eğitimi almış olmanın ortoreksiya nervozaya yatkınlık üzerine etkisinin olup olmadığının belirlenmesi, ortoreksiya nervozaya yatkınlık ile sağlık anksiyetesi ve gıda okuryazarlığı arasında bir ilişki olup olmadığının saptanması amaçlanmaktadır. Son sınıf öğrencilerinin seçilme nedeni eğitim müfredatı içinde varsa beslenmeyle ilgili dersleri almış olma durumlarıdır.

GENEL BİLGİLER

YEME BOZUKLUKLARI

Yeme bozuklukları, bozulmuş yeme veya kilo kontrol davranışları ile karakterize ciddi ruhsal bozukluklardır (7). Kilo, beden imajı ve yemek yemeye yönelik rahatsız edici tutumlar, bu bozuklukların ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde kilit rol oynar (7). Hem Diagnostic and Statistical Manual-Teşhis ve İstatistik El Kitabı (DSM-5) hem de International Classification of Diseases-Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD-11) altı ana beslenme ve yeme bozukluğunu kapsar (8,9). Bunlar anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıkınırcasına yeme bozukluğu, kaçınan-kısıtlayıcı gıda alımı bozukluğu, pika ve ruminasyon bozukluğudur (8,9). DSM-5 ayrıca alt tip niteleyicileri, ciddiyet göstergeleri ve remisyon tanımları da sunmaktadır (8).

DSM-5'te pika, ruminasyon bozukluğu, kaçınan/kısıtlayıcı gıda alımı bozukluğu, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıkınırcasına yeme bozukluğu için tanı kriterleri sağlanmıştır. Anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıkınırcasına yeme bozukluğu için tanı kriterleri, birbirini dışlayan bir sınıflandırma şeması içerir, böylece tek bir atak sırasında bu tanılardan yalnızca biri konabilir (8).

Obezite DSM-5'te bir ruhsal bozukluk olarak yer almamaktadır. Obezite (aşırı vücut yağı), enerji harcamasına kıyasla enerji alımının uzun vadeli fazlalığından kaynaklanır. Bireyler arasında farklılık gösteren bir dizi genetik, fizyolojik, davranışsal ve çevresel faktör obezitenin gelişimine katkıda bulunur; bu nedenle obezite bir ruhsal bozukluk olarak kabul

edilmez (8). Bunun yanında obezitenin kolaylaştırıcı faktörü olan (örn. tıknırcasına yeme bozukluğu, şizofreni, depresif ve bipolar bozukluklar) ve obezitenin kolaylaştırıcı faktörü olduğu (örn. depresif bozukluklar) çeşitli ruhsal bozukluklar mevcuttur (8).

Yeme bozuklukları dünyada farklı toplumlarda sıklığı gittikçe artan bir hastalık grubu olup sıklığının bu kadar hızlı artmasının çeşitli nedenleri öngörülmektedir. Bu nedenlerden bir kısmı; gelişmiş tanı kriterleri, medya ve çevre etkisi, beden algısındaki değişiklikler ve artan farkındalık düzeyi olarak sıralanabilir (10) .

Yeme bozukluğu sıklığının cinsiyetlere göre dağılımı konusunda oldukça farklı sonuçlar içeren çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmaların büyük bir kısmında anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozanın kadınlarda daha sık görüldüğü sonucu çıksa da bu sonucun elde edilemediği çalışmalar da mevcuttur (11).

Pika

DSM-5'e göre pikanın tanı kriteri en az 1 aylık bir süre boyunca besleyici olmayan, gıda dışı maddelerin ısrarla yenmesidir (8). Alınan tipik maddeler yaşa ve bulunabilirliğe göre değişebilir. Kağıt, sabun, kumaş, saç, ip, yün, toprak, tebeşir, talk pudrası, boya, sakız, metal, çakıl taşları, odun kömürü, kömür, kül, kil, nişasta, buz gibi birçok maddenin biri veya birkaçı birlikte tüketiliyor olabilir. Her iki cinsiyette de görülebilir.

Ruminasyon (Geri Çıkarma) Bozukluğu

DSM-5'e göre ruminasyon bozukluğunun tanı kriteri en az 1 aylık bir süre boyunca bulantı, istem dışı öğürme ya da iğrenme olmaksızın tekrarlayan gıda kusması olmasıdır (8). Regürjite edilen yiyecekler tekrar çiğnenebilir, tekrar yutulabilir veya tükürülebilir.

Uyaran eksikliği, duygusal ihmal gibi psikososyal sorunlar, stresli yaşam koşulları ve ebeveyn-çocuk ilişkisindeki sorunlar ruminasyon bozukluğu için predispozan etkenler olabilmektedir (12) .

Ruminasyon başlangıç yaşı olarak genellikle bebeklik dönemi üçüncü ay gösterilmekte ve bir yaş civarında kendiliğinden düzelmektedir. Erişkinler arasında da

görülebilen bir bozukluktur. Ruminasyon bozukluğu yaşayan erişkinlerde vücut ağırlığı genellikle normaldir (13).

Kaçınan/Kısıtlı Yeme Bozuklukları

Kaçınan/kısıtlayıcı yeme bozuklukları besin ya da yemeye karşı ilgi kaybı, besinin koku, görünüm gibi duylara hitap eden özelliklerine karşı kaçınanlık, yemenin aversif sonuçlarından endişe etme özellikleri ile karakterize edilen yeme ya da beslenme bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (14).

Bu bozukluk sonucunda aşağıdaki durumlardan herhangi biri ya da birileri görülebilir (8):

- a. Belirgin kilo kaybı (ya da beklenen kilo artışının sağlanamaması - çocuklarda büyüme geriliği)
- b. Belirgin beslenme yetersizliği
- c. Enteral beslenmeye veya oral besin takviyelerine bağımlılık
- d. Psikososyal işlevsellikle belirgin bozulma

Anoreksiya Nervosa

Anoreksiya nervosa enerji alımının kısıtlanarak yaş ve cinsiyete göre ileri derecede zayıf olunması, yoğun bir şekilde vücut ağırlığı kazanma ya da şişmanlama korkusu, beden biçimi ve vücut ağırlığının algılanmasında bozukluk, ağırlık kaybetme amaçlı çeşitli davranışlar sergileme ve amenore ile seyreden beslenme ve yeme bozukluğudur (8,11) . Beden kitle indeksine göre sınıflaması aşağıda verildiği gibidir (BMI: Body Mass Index – Beden Kitle İndeksi) (8):

Hafif: BMI 17-18,5 kg/m²

Orta: BMI 16-16,99 kg/m²

Şiddetli: BMI 15-15,99 kg/m²

Aşırı: BMI < 15 kg/m²

Bulimiya Nervoza

En az 3 ay boyunca ortalama haftada bir kez tekrarlayan tıkanırcasına yeme nöbetleri ve sonrasında telafi edici davranışlar (örneğin kendi kendine kusma; laksatiflerin, diüretiklerin veya diğer ilaçların yanlış kullanımı; oruç tutma; veya aşırı egzersiz) ile karakterizedir. Kişinin öz değerlendirme yeteneği, vücut şekli ve kilosundan aşırı derecede etkilenir (8).

DSM-V'e göre ise uygunsuz telafi edici davranışların sıklığına göre hastalığın şiddeti sınıflandırılmıştır (8):

Hafif: Haftada 1-3 kez

Orta: Haftada 4-7 kez

Ağır: Haftada 8-13 kez

İleri derece: Haftada >14 kez

Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu

Tıkanırcasına yeme bozukluğu, belirli bir zaman diliminde (yaklaşık 2 saat), çoğu insanın yiyebileceğinden daha büyük bir miktardaki yiyeceğin benzer koşullar altında yenilmesi ile karakterize edilen beslenme ve yeme bozukluğudur (8). Tıkanırcasına yeme bozukluğunda bulimiya nervozadan farklı olarak aşırı yeme epizotlarından sonra uygunsuz telafi edici bir davranışın bulunmamasıdır.

DSM-V'te yeme ataklarının sıklığına göre hastalığın şiddeti aşağıdaki gibi sınıflandırılmıştır (8):

Hafif: Haftada 1-3 kez

Orta: Haftada 4-7 kez

Ağır: Haftada 8-13 kez

İleri derece: Haftada >14 kez

Diğer Tanımlanmış Beslenme veya Yeme Bozukluğu

Bu kategori, klinik olarak anlamlı sorunlara veya sosyal, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olan bir beslenme ve yeme bozukluğunun karakteristik semptomlarının baskın olduğu ancak beslenme ve yeme bozukluklarından herhangi biri için tanı kriterlerini tam karşılamayan durumlar için oluşturulmuştur. Bu kategori için DSM-5'te 5 alt grup belirtilmiştir (8):

1. Atipik Anoreksiya Nervosa: Anoreksiya nervosa için tüm kriterler karşılanır, ancak önemli kilo kaybına rağmen bireyin kilosu normal aralıkta veya üzerindedir.

2. Düşük Frekanslı ve / veya Sınırlı Süreli Bulimia Nervosa: Tıkınırcasına yeme ve uygunsuz telafi edici davranışların ortalama olarak haftada bir kereden daha az ve/veya 3 aydan daha kısa bir süre boyunca ortaya çıkması dışında bulimiya nervosa kriterlerinin tümü karşılanmaktadır.

3. Düşük Frekanslı ve / veya Sınırlı Süreli Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu: Tıkınırcasına yemenin ortalama olarak haftada bir kereden daha az ve/veya 3 aydan daha kısa bir süre boyunca gerçekleşmesi dışında tıkınırcasına yeme bozukluğu kriterlerinin tümü karşılanmaktadır.

4. Geri Çıkarma Bozukluğu: Tıkınırcasına yeme yokluğunda kilo veya şekli etkilemek için tekrarlayan boşaltma davranışıdır (örn. kendi kendine kusma; laksatiflerin, diüretiklerin veya diğer ilaçların kötüye kullanımı).

5. Gece Yeme Sendromu: Uykudan uyandıktan sonra yemek yeme veya akşam yemeğinden sonra aşırı gıda tüketimi ile kendini gösteren tekrarlayan gece yeme ataklarıdır. Yeme konusunda farkındalık ve hatırlama vardır. Bu tanıyı koyabilmek için gece yemesi, bireyin uyku-uyanıklık döngüsündeki değişiklikler veya yerel sosyal normlar gibi dış etkilere daha iyi açıklanamamalıdır, yeme bozukluğu örüntüsü tıkınırcasına yeme bozukluğu veya madde kullanımı da dahil olmak üzere başka bir ruhsal bozuklukla ilişkili olmamalıdır. Gece yemek yeme belirgin sıkıntıya ve/veya işlevsellikte bozulmaya neden olur.

Tanımlanmamış Beslenme veya Yeme Bozukluğu

Bu kategori DSM-5'te, klinik olarak anlamlı sıkıntıya veya sosyal, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olan bir beslenme ve yeme bozukluğunun

karakteristik semptomlarının baskın olduğu ancak beslenme ve yeme bozuklukları tanı sınıfındaki bozukluklardan herhangi biri için tam kriterleri karşılamayan durumlar için oluşturulmuştur (8).

ORTOREKSIYA NERVOZA

Ortoreksiya, sağlıklı beslenme ve yaşam tarzına aşırı düşkünlük veya saplantılı bir şekilde sağlıklı yiyecekler seçme durumunu tanımlayan bir kavramdır. Bu terim, ilk kez Amerikalı bir doktor olan Steven Bratman tarafından 1997 yılında ortaya atılmıştır. "Orthos" (doğru) ve "orexis" (iştah) kelimelerinin birleşiminden türetilmiştir (15).

Son yıllarda ortoreksiya nervoza (ON) üzerine daha fazla araştırma yapılmış olsa da, ortoreksiya nervozanın nasıl tanımlanması gerektiği ve ortoreksiya nervoza tanısı için spesifik kriterler konusunda hala bir fikir birliği yoktur (2) . Genel kriterler önerilmiş olsa da (16), önerilen kriterler arasında farklılıklar vardır ve hiçbirisi Teşhis ve İstatistik El Kitabında (DSM-5) veya ICD-11'de yayınlanmamıştır, bu da ortoreksiya nervoza teşhisini ve tedavisini daha zor hale getirmektedir. Ortoreksiya nervoza için önerilen mevcut tanı kriterleri, sağlıklı bir diyet sürdürme konusunda takıntı, saplantı, endişe ve bu konu için çaba göstermeyi içerir (16).

Ortoreksik kişiler, "saf olmadığını" ve dolayısıyla sağlıkları için zararlı olduğunu düşündükleri yiyecekleri yemek yerine kendilerini aç bırakmayı tercih edeceklerdir (3). Gıdaların katkısız ve saf olmasını obsesif bir biçimde önemserler. Bu takıntı nedeniyle kişiler, psikolojik olarak birçok besini tüketmekten kaçınır ve zaman içerisinde anoreksiya nervoza gibi kilo kaybetmeye başlar (3).

Ortoreksiya nervozanın psikopatolojisine potansiyel olarak kısıtlayıcı yeme dahil olmak üzere, kilo verme veya koruma motivasyonu ile yönlendirilen kısıtlı yemenin varlığı, yeme bozukluğu spektrumunda değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Bazı yazarlar ortoreksiya nervozanın kendine özgü bir tanı olmadığını, daha ziyade hali hazırda tanımlanmış bir kısıtlayıcı yeme bozukluğunun (yani anoreksiya nervoza veya bulimiya nervoza) bir tezahürü olduğunu savunmuştur (17). Ancak bazı çalışmalar, örneğin 2022 yılında yapılan bir sistematik derleme ve meta-analiz çalışması, ON semptomlarını global yeme bozukluğu semptomlarına bağlayan literatürü özetlemiş, orta düzeyde etki büyüklükleri bulmuş ve ON ile diğer yeme bozukluğu semptom ölçümleri arasındaki varyans analizlerine

dayanarak ortoreksiya nervozanın ayrı bir yeme bozukluğu olduğu sonucuna varmıştır (18). Bununla birlikte, bu derleme, ortoreksiya nervoza semptomları ile kilo kaybı için kısıtlama, aşırı yeme kontrolünün kaybı ve olumsuz beden imajı gibi belirli yeme bozukluğu semptomları ve davranışları arasındaki ilişkileri ele almamış veya diyet ve kısıtlama gibi klinik olmayan kilo ile ilgili yeme davranışlarına değinmemiştir.

Yine 2016 yılında yapılan başka bir derleme çalışmasına göre ortoreksiya nervozayı değerlendirmek için kullanılan ölçüm araçlarının kusurlu olmasına rağmen, ortoreksiya nervozanın kaçınan/kısıtlayıcı gıda alım bozukluğundan farklı bir durum olduğuna dair yeterli kanıt bulunmaktadır (2). Bu çalışmaya göre kaçınan/kısıtlayıcı gıda alım bozukluğundan farklı olarak, ortoreksiya nervozalı bireyler gıdaya karşı ilgisizlik, yediklerinin duysal özellikleri veya gıda ile ilgili daha önceki tiksindirici bir deneyim nedeniyle değil, mümkün olduğunca sağlıklı olmak için patolojik bir dürtü nedeniyle alımlarını kısıtlamayı seçerler (2). Bu kişiler, anoreksiya nervozalı birçok kişi gibi davranışları nedeniyle ciddi tıbbi sonuçlara maruz kalabilirken, ortoreksiya nervozalı kişiler kilolarını veya vücut şekillerini nasıl algıladıklarıyla ilgili sorun yaşama eğiliminde değildir ve öz değerlendirmeleri kilo veya şekilden gereksiz yere etkilenmez (2). Tüm bu ayrımlar önemlidir, çünkü anoreksiya ve kaçınan/kısıtlayıcı gıda alım bozukluğu gibi yeme bozukluklarına yönelik geleneksel tedavi yaklaşımları ON hastaları için uygun olmayabilir (2).

Ülkemizde ortoreksiya nervozaya yatkınlığı ölçmek için oluşturulan ve Türkçe geçerlilik – güvenilirlik çalışmaları yapılan birkaç ölçek mevcuttur. Bu ölçeklerden literatürde en sık kullanılanı ORTO-15'in Türkçe'ye uyarlanmış versiyonu olan ORTO-11'dir (19). ORTO-15, Bratman tarafından hazırlanan 10 soruluk Ortoreksiya kısa soru kağıdında yer alan ifadelerin, Donini ve arkadaşları tarafından geliştirilmesi ve değiştirilmesi ile oluşturulmuştur (20). Daha sonrasında Arusoğlu ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılan Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach Alfa değeri 0,44 olarak saptanınca faktör yükleri 0,50'nin altında olan 4 madde ölçekten çıkarılmış ve Cronbach Alfa değeri 0,62 olan ORTO-11 oluşturulmuştur (19). Ortoreksiya nervoza için Türkçe oluşturulan ilk ölçek olması nedeniyle değerli olan bu ölçek literatürde çokça kullanılsa da zaman içerisinde hem ORTO-15 hem de ORTO-11 geçerlilik ve güvenilirlik açısından eleştirilmiş ve yeni ortoreksiya nervoza ölçeklerine ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir (16,19,21-25) . Daha sonrasında yapılan çalışmalar incelendiğinde 2021 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan

Ortoreksiya Nervoza Envanteri (ONE) (23), Teruel Ortoreksiya Ölçeği (TOÖ) (25) ve 2023 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Ortoreksiya Nervoza Testi (TON-17) (26) görülmektedir. Her üç ölçek de yapılan çalışmalarda geçerli ve güvenilir bulunurken, tez planlamasında analiz sonuçları incelenerek 3 alt boyutu bulunan Ortoreksiya Nervoza Envanteri seçilmiştir.

ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

Kaygı, Türk Dil Kurumu güncel Türkçe sözlüğe göre “Üzücü veya kötü bir şey olacak korkusundan doğan tedirgin edici duygu; düşünce, tasa, küşüm, endişe, gam” veya “Genellikle kötü bir şey olacaktı düşünceyle ortaya çıkan ve sebebi bilinmeyen gerginlik duygusu” anlamlarına gelmektedir (27). Bir miktar kaygı, gelecekte ortaya çıkabilecek yeni durumlarla ilgili işlevsel planların yapılmasına yardımcı olduğu için yaşama uyum sağlayıcı işlev görebilirken, tehlikeli durumlara karşı önlemler alınması, ortaya çıkacak problemlerin öngörülmesi ve çözümler bulunması için kişinin motive olmasını sağlar (28). Kaygı bozukluklarında ise aşırı düzeyde ya da sık yaşanan kaygı mevcuttur. Yaygın kaygı bozukluğu dışında, özellikle fobilerde olağan dışı yoğun korku yaşanır (28). Dünya Sağlık Örgütü, tüm dünyayı etkileyen COVID-19 pandemisi dönemi sonrası anksiyete ve depresyon sıklığında % 25 gibi bir artış olduğunu duyurmuştur (29).

Anksiyete-kaygı bozuklukları, aşırı korku ve anksiyete özelliklerini ve ilgili davranış bozukluklarını paylaşan bozuklukları içerir. Korku, gerçek veya algılanan yakın tehdide karşı verilen duygusal tepkiyken, anksiyete-kaygı gelecekteki tehdit beklentisidir (8). Korku ve anksiyete birbirine benzeyen iki durumdur fakat belirgin farklılıkları vardır. Korku daha çok savaş ya da kaç için gerekli olan otonomik uyarılma dalgalanmaları, acil tehlike düşünceleri ve kaçış davranışları ile ilişkilendirilirken, anksiyete daha çok kas gerginliği ve gelecekteki tehlikeye hazırlık ve temkinli veya kaçınan davranışlarla ilişkilendirilir (8).

Anksiyete bozuklukları sınıflaması içerisinde DSM-5’te tanımlı 11 alt sınıf bulunmaktadır. Bu anksiyete bozukluğu sınıfları DSM-5’teki sırasına göre şunlardır (8);

Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu

Ayrılma kaygısı bozukluğunun temel özelliği, evden veya bağlanma figürlerinden ayrılmaya ilişkin aşırı korku veya kaygıdır. Kaygı, kişinin gelişim düzeyi göz önüne alındığında beklenenin ötesindedir.

Seçici Konuşmazlık (Selektif Mutizm)

Konuşma beklentisinin olduğu belirli sosyal durumlarda (örn. okulda) diğer durumlarda konuşmasına rağmen sürekli olarak konuşmamadır.

Özgül Fobi

Belirli bir nesne veya durumla ilgili belirgin korku veya kaygı (örn. uçmak, yükseklik, hayvanlar, enjeksiyon yaptırmak, kan görmek). Çocuklarda korku veya kaygı ağlama, öfke nöbetleri, donup kalma veya sarılma ile ifade edilebilir.

Sosyal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi)

Bireyin başkaları tarafından olası incelemeye maruz kaldığı bir veya daha fazla sosyal durumla ilgili belirgin korku veya endişedir. Örnekler arasında sosyal etkileşimler (örn. sohbet etmek, tanımadığı insanlarla tanışmak), gözlemlenmek (örn. yemek yeme veya içme sırasında) ve başkalarının önünde performans sergilemek (örn. konuşma yapmak) yer alır. Çocuklarda kaygı sadece yetişkinlerle etkileşim sırasında değil, akran ortamlarında da ortaya çıkmalıdır.

Panik Bozukluk

Tekrarlayan, beklenmedik panik atakların yaşandığı bozukluktur. Panik atak, dakikalar içinde zirveye ulaşan ve bu sırada 13 fiziksel ve bilişsel belirtiden (Bknz: DSM-5 (8)) dört veya daha fazlasının ortaya çıktığı ani bir yoğun korku veya yoğun rahatsızlık dalgasıdır. Tekrarlayan terimi, kelimenin tam anlamıyla birden fazla beklenmedik panik atak

anlamına gelir. Beklenmedik terimi, ortaya çıktığı sırada belirgin bir ipucu veya tetikleyici bulunmayan bir panik atağını ifade eder.

Agorafobi

Toplu taşıma araçlarını kullanmak (örn. otomobiller, otobüsler, trenler, gemiler, uçaklar), açık alanlarda bulunmak (örn. otoparklar, pazar yerleri, köprüler), kapalı alanlarda bulunmak (örn. mağazalar, tiyatrolar, sinemalar), sırada beklemek veya kalabalık içinde olmak, ev dışında tek başına olmak arasından en az ikisi hakkında belirgin korku veya endişe sahibi olmaktır.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Bir dizi olay veya faaliyet (iş veya okul performansı gibi) hakkında en az 6 ay boyunca her gün aşırı kaygı ve endişe duymaktır.

Madde/İlaç Kaynaklı Anksiyete Bozukluğu

Madde/ilaç kullanımı veya yoksunluğu sebebiyle panik atak veya anksiyete kliniği görülmesidir.

Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu

Başka bir tıbbi durumun fizyolojik bir etkisi olarak en iyi şekilde açıklandığına karar verilen klinik olarak anlamlı anksiyetedir (örn. hipertiroidizm, feokromositoma, hipoglisemi, konjesif kalp yetmezliği, pulmoner emboli, pnömoni, neoplazmlar, ensefalit, nöbet bozuklukları).

Diğer Tanımlanmış Anksiyete Bozukluğu

Bu başlık altında dört alt tanı bulunmaktadır:

- a. Sınırlı semptomlu ataklar.
- b. Yaygın anksiyetenin gün geçtikçe daha fazla ortaya çıkmaması

c. Khyâl cap (rüzgar atakları)

d. Ataque de nervios (sinir atağı)

Tanımlanmamış Anksiyete Bozukluğu

Bu kategori, klinik olarak anlamlı sıkıntıya veya sosyal, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olan bir anksiyete bozukluğunun karakteristik semptomlarının baskın olduğu ancak anksiyete bozuklukları tanı sınıfındaki bozukluklardan herhangi biri için tam kriterleri karşılamayan durumlar için eklenmiştir.

SOMATİK BELİRTİ VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Somatik semptom bozukluğu ve belirgin somatik semptomları olan diğer bozukluklar DSM-5'te somatik semptom ve ilişkili bozukluklar olarak adlandırılan yeni bir kategori oluşturmaktadır (8). Bu bölümdeki tüm bozuklukların ortak özelliği belirgin sıkıntı ve bozulma ile ilişkili somatik semptomların öne çıkmasıdır (8). DSM-5 bu kategori ile ilişkili 7 farklı alt tanıları içerir bu alt tanıların sırası ile şunlardır (8):

Somatik (Bedensel) Semptom Bozukluğu

Somatik semptom bozukluğu olan bireyler tipik olarak sıkıntı veren veya günlük yaşamın önemli ölçüde aksamasına neden olan birden fazla, güncel, somatik semptomlara sahiptir, ancak bazen yalnızca bir şiddetli semptom, en yaygın olarak ağrı mevcuttur. Belirtiler spesifik (örn. lokalize ağrı) veya nispeten nonspesifik (örn. yorgunluk) olabilir. Belirtiler bazen normal bedensel hisleri veya genellikle ciddi bir hastalığa işaret etmeyen rahatsızlıkları temsil eder. Belirgin bir tıbbi açıklaması olmayan somatik semptomlar bu tanıyı koymak için yeterli değildir. Tıbbi olarak açıklansa da açıklanmasa da bireyin çektiği acı gerçektir.

Hastalık Anksiyetesi Bozukluğu

Hipokondriyazisli bireylerin çoğu artık somatik belirti bozukluğu olarak sınıflandırılmaktadır; ancak vakaların az bir kısmında bunun yerine hastalık anksiyetesi

bozukluğu tanısı konulmaktadır. Hastalık anksiyetesi bozukluğu, ciddi, teşhis edilmemiş bir tıbbi hastalığa sahip olma veya bu hastalığa yakalanma ile ilgili bir meşguliyet gerektirir. Somatik semptomlar mevcut değildir veya mevcutsa bile hafif yoğunluktadır.

Konversiyon Bozukluğu (Fonksiyonel Nörolojik Semptom Bozukluğu)

Konversiyon bozukluğunda, çeşitli türlerde bir veya daha fazla semptom olabilir. Motor semptomlar arasında güçsüzlük veya felç; tremor veya distonik hareketler gibi anormal hareketler; yürüyüş anormallikleri ve anormal uzuv duruşu yer alır. Duyusal semptomlar arasında değişmiş, azalmış veya hiç olmayan cilt hissi, görme veya işitme yer alır. Belirgin bilinç bozukluğu veya kaybıyla birlikte anormal genelleşmiş uzuv titremesi epizotları epileptik nöbetlere (psikojenik veya epileptik olmayan nöbetler olarak da adlandırılır) benzeyebilir. Senkop veya komaya benzeyen tepkisizlik atakları olabilir. Diğer semptomlar arasında konuşma hacminin azalması veya hiç olmaması (disfoni/afoni), artikülasyonun değişmesi (dizartri), boğazda bir yumru hissi (globus) ve diplopi yer alır.

Diğer Tıbbi Durumları Etkileyen Psikolojik Etkenler

Diğer tıbbi durumları etkileyen psikolojik etkenlerin temel özelliği, hali hazırda kişide bir tıbbi durum varken acı çekme, ölüm veya sakatlık riskini artırarak tıbbi durumu olumsuz etkileyen klinik olarak önemli bir veya daha fazla psikolojik veya davranışsal etkenin varlığıdır. Bu etkenler, tıbbi durumun seyrini veya tedavisini etkileyerek, iyi belirlenmiş ek bir sağlık riski oluşturarak veya altta yatan patofizyolojiyi etkileyerek semptomları hızlandırmak veya şiddetlendirmek veya tıbbi müdahale gerektirmek suretiyle tıbbi durumu olumsuz etkileyebilir.

Yapay Bozukluk

Yapay bozukluğun temel özelliği, kişinin kendisinde veya başkalarında, tanımlanan aldatmacayla ilişkili tıbbi veya psikolojik belirti ve semptomları tahrif etmesidir. Yapay bozukluğu olan bireyler, yaralanma veya hastalık indüksiyonunu takiben kendileri veya başkaları için tedavi arayışına da girebilirler. Sahte hastalık yöntemleri arasında abartma, uydurma, simülasyon ve indüksiyon sayılabilir. Önceden var olan bir tıbbi durum mevcut olsa

da, aldatıcı davranış veya aldatma ile ilişkili yaralanma indüksiyonu, başkalarının bu kişileri (veya bir başkasını) daha hasta veya engelli olarak görmesine neden olur ve bu aşırı klinik müdahaleye yol açabilir.

Diğer Tanımlanmış Somatik Belirti ve İlişkili Bozukluk

Bu kategori, somatik semptomlar ve ilişkili bozukluklar tanı sınıfındaki bozukluklardan herhangi biri için tam kriterleri karşılamayan ancak klinik olarak anlamlı rahatsızlığa veya sosyal, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olan somatik semptomlar ve ilişkili bozuklukların karakteristik semptomlarının baskın olduğu durumlar için geçerlidir.

- a) Kısa somatik semptom bozukluğu: Semptomların süresi 6 aydan azdır.
- b) Kısa süreli hastalık anksiyetesi bozukluğu: Semptomların süresi 6 aydan azdır.
- c) Sağlıkla ilgili aşırı davranışlar olmaksızın hastalık anksiyetesi bozukluğu: Hastalık anksiyetesi bozukluğu için D kriteri karşılanmamaktadır.
- d) Psödosiyez: Gebeliğin nesnel belirtileri ve bildirilen semptomları ile ilişkili olan yanlış bir gebe olma inancı.

Tanımlanmamış Somatik Belirti ve İlişkili Bozukluk

Bu kategori, somatik semptomlar ve ilişkili bozukluklar tanı sınıfındaki bozukluklardan herhangi biri için tam kriterleri karşılamayan ancak klinik olarak anlamlı rahatsızlığa veya sosyal, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olan somatik semptomlar ve ilişkili bozuklukların karakteristik semptomlarının baskın olduğu durumlar için geçerlidir. Tanımlanmamış somatik semptom ve ilgili bozukluk kategorisi, daha spesifik bir tanı koymak için yeterli bilginin olmadığı kesinlikle olağandışı durumlar olmadıkça kullanılmamalıdır.

SAĞLIK ANKSİYETESİ

Literatürde sağlık anksiyetesi ile ilgili farklı tanımlar mevcut olmakla birlikte DSM-5'te sağlık anksiyetesinden “Anksiyete Bozuklukları” ana başlığı altında değil “Somatik Belirti ve İlişkili Bozukluklar” ana başlığı altında “Hastalık Anksiyetesi Bozukluğu” tanısı

içerisinde bahsedilmektedir (8). “Somatik Belirti ve İlişkili Bozukluklar” DSM-4 kılavuzunda “Somatoform Bozukluklar” olarak bahsedilen grubun tanı kriterleri ve alt kategoriler açısından geliştirilmiş hali ve yeni adıdır (8,30).

Daha önce DSM-4’e göre hipokondriyazis tanısı konmuş bireylerin yaklaşık % 75’i DSM-5’te somatik belirti bozukluğu tanısı altına girmekte iken geriye kalan hipokondriyazis tanılı bireyler (yaklaşık % 25) somatik semptomları olmadığı halde yüksek sağlık anksiyetesine sahiptir (8). DSM-5 hastalık anksiyetesi bozukluğu tanısı bu ikinci grup bireyler için oluşturulmuş olup yüksek sağlık anksiyetesi olarak tanımlanabilir. Hastalık anksiyetesi bozukluğu “Somatik Belirti ve İlişkili Bozukluklar” tanı bölümünde ya da “Anksiyete Bozuklukları” tanı bölümünde ele alınabilir olmasına rağmen somatik kaygılara güçlü bir şekilde odaklanması ve hastalık anksiyetesi bozukluğuna en sık tıbbi ortamlarda rastlanması nedeniyle somatik semptom ve ilgili bozukluklarla birlikte listelenmiştir (8,30).

GIDA OKURYAZARLIĞI

Gıda, sağlıklı büyüme ve gelişme için gereklidir ve yaşam kalitesinin artırılmasında, özellikle de birçok kronik rahatsızlığın önlenmesi ve yönetiminde önemli bir role sahiptir (31). Psikolog A.H. Maslow’un insan ihtiyaçlarını önceliklerine göre çok acı verenden en az acı verene doğru sıraladığı ve Maslow’un ihtiyaçlar hiyerarşisi olarak bilinen sıralamada gıda en alt basamakta ve fizyolojik ihtiyaçlar – temel ihtiyaçlar içerisinde bulunur (32). Diyetteki olumlu değişiklikler bireylerin sağlık durumunun korunmasını sağlarken, ileriki yaşlarda oluşabilecek kanser, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, hipertansiyon, osteoporoz vb. hastalıkların oluşum riskini de önlemektedir (33,34).

Gıda ve yemek günlük yaşamın bir parçasıdır ve bu nedenle bireysel, hane halkı, toplum, ulusal ve küresel ortamlardaki günlük değişkenlerden etkilenebilir. Beslenme davranışı diğer insan davranışları gibi çeşitli faktörlerden etkilenen oldukça karmaşık bir olgudur (35). Sosyal ve kültürel farklılıklar, çalışma şartları, eğitim düzeyi, eğitim türü, inançlar, üretim, ulaşım ve ekonomik düzey gıda tüketim alışkanlıklarındaki temel değişkenler olarak sayılabilir (36).

Yapılan çalışmalar etkin ve sürekli bir şekilde verilecek olan beslenme eğitiminin sağlığın korunması ve geliştirilmesinde önemli rol oynadığını ve insan sağlığını tehdit eden sorunların ve uygulamaların önlenmesine, hatalı alışkanlıkların, davranışların değiştirilmesini

sağlayacağını göstermektedir (37,38). Gıda ve beslenme konusunda sahip olunan bilgi, tutum, beceri ve davranışlar besin seçimi, tüketimini ve beslenme örüntüsünü etkileyebilmektedir (37).

Okuryazarlık kelimesinin sözlük anlamı okuryazar (Okuması yazması olan, öğrenim görmüş kimse) olma durumudur (27). Fakat günümüzde okuryazarlık kelimesi genellikle bir konu hakkında uygun kararları verebilme ve seçimleri yapabilme amacıyla gerekli araştırmayı yapabilme, bilgileri okuyup anlayabilme ve uygulayabilme yeteneği anlamında kullanılmaktadır (39,40).

"Gıda okuryazarlığı", beslenme önerilerine uygun düzenli gıda alımını sağlamak için gıda sisteminde gezinmek ve onu kullanmakla ilgili günlük pratikleri tanımlayan bir terim olarak ortaya çıkmıştır (41). Bir başka tanımlamaya göre gıda okuryazarlığı bir bireyin gıda ve beslenme hakkında temel bilgileri edinme, işleme ve anlama kapasitesinin yanı sıra bu bilgileri uygun sağlık kararları vermek için kullanma yeterliliğidir (42). Bu tanımların daha genişletilmiş hali "ihtiyaçları karşılamak ve gıda alımını belirlemek için gıdaları planlamak, yönetmek, seçmek, hazırlamak ve yemek için gerekli olan birbiriyle ilişkili bilgi, beceri ve davranışlar bütünü" şeklinde oluşturulmuştur (43).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırma 2023-2024 Öğretim Yılı Bahar Döneminde, Trakya Üniversitesi'nin Edirne İl merkezinde bulunan fakültelerden bazılarında öğrenim gören öğrencilerin ortoreksiya nervozaya eğilimleri ve bunu etkileyen değişkenlerin saptanması amacıyla, araştırmacılar tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilen 18 soru, Ortoreksiya Nervoza Envanteri'ne (ONE) ait 24 soru, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'ne (SAÖ) ait 18 soru, Gıda Okuryazarlığı Kısa Form'a (GOKF) ait 12 soru, olmak üzere toplam 72 sorudan oluşan anket formu uygulanması yoluyla gerçekleştirildi.

ARAŞTIRMANIN ZAMANI VE YERİ

Araştırma 2023–2024 Öğretim Yılı Bahar Döneminde, Trakya Üniversitesi'nin Edirne İl merkezinde bulunan Diş Hekimliği Fakültesi, Eğitim Fakültesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi (İİBF), Mühendislik Fakültesi, Tıp Fakültesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde yürütüldü.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ

Trakya Üniversitesi 41 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile 20 Temmuz 1982 tarihinde kurulmuş olup, 2023-2024 Eğitim Yılında 14 fakülte, 5 enstitü, 4 yüksekokul, 10

meslek yüksekokulu, 38 araştırma ve uygulama merkezi, 1768 öğretim elemanı, 2946 idari personel ve 43.196 toplam öğrencisi ile eğitimine devam etmektedir (44) .

ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın evrenini Trakya Üniversitesinin Edirne ili merkez ilçesindeki 6 Fakültede örgün eğitim alan 2986 son sınıf öğrencisi oluşturmaktadır. Söz konusu 6 fakülte Trakya Üniversitesinin eğitim müfredatında sağlık ve beslenme ile ilgili dersler olan ve en fazla öğrenci sayısına sahip 3 fakültesi ile eğitim müfredatında sağlık ve beslenme ile ilgili ders olmayan ve en fazla öğrenci sayısına sahip 3 fakültesi olarak seçilmiştir. Sağlık Bilimleri Fakültesi Odyoloji bölümü, Mühendislik Fakültesi Genetik ve Biyomühendislik Bölümü ve Gıda Mühendisliği Bölümü bu koşulları sağlamadığından evrenden çıkarılmıştır. Örnek seçiminde desen etkisi (etki büyüklüğü) $f = 0,25$, $\alpha = 0,05$, güç (power) % 95 olarak alınmış ve bu parametrelere göre minimum örnek büyüklüğü 420 olarak hesaplanmış olup, olası veri kayıpları düşünülerek bu sayı 450'ye tamamlanmıştır. İstatistiksel değerlendirmede sorun yaşamamak amacıyla her bir bölümden çalışmaya dahil edilecek öğrenci sayısı en az 30'a tamamlanarak örneklem büyüklüğü 465'e yükseltilmiş olup toplamda 467 kişiye ulaşılmıştır. Tüm okullardan araştırma kapsamına alınacak öğrenci sayıları; öğrencilerin okudukları okulun evren içindeki oranına, bölümlerdeki öğrenci sayısının fakülte içindeki oranına ve cinsiyete göre ağırlıklandırma yapılarak sınıf listelerinden rasgele örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Ziyaretler ders programlarındaki yoklama zorunluluğu olan dersler seçilerek planlanmıştır. Her fakültede her bölümden istenen sayıya ulaşılan kadar tekrar ziyarete gidilmiştir. Araştırmanın evreni ve örnekleme hakkında sayısal bilgiler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Araştırmanın evreni ve örneklemini hakkında sayısal bilgiler

FAKÜLTE	CİNSİYET	EVREN		ÖRNEKLEM	
		N	%	n	%
Tıp Fakültesi	Kadın	168	5,63	25	5,35
	Erkek	147	4,92	22	4,71
	Toplam	315	10,55	47	10,06
Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	58	1,94	18	3,85
	Erkek	41	1,38	12	2,57
	Toplam	99	3,32	30	6,42
Sağlık Bilimleri Fakültesi	Kadın	417	13,96	64	13,70
	Erkek	142	4,76	21	4,50
	Toplam	559	18,72	85	18,20
Mühendislik Fakültesi	Kadın	66	2,21	10	2,14
	Erkek	432	14,47	66	14,13
	Toplam	498	16,68	76	16,27
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	Kadın	318	10,65	48	10,28
	Erkek	468	15,67	70	14,99
	Toplam	786	26,32	118	25,27
Eğitim Fakültesi	Kadın	467	15,64	72	15,42
	Erkek	262	8,77	39	8,36
	Toplam	729	24,41	111	23,78
Toplam	Kadın	1494	50,03	237	50,75
	Erkek	1492	49,97	230	49,25
	Toplam	2986	100,00	467	100,00

Örneklemdaki öğrenci sayılarının bölümlere göre dağılımı ile evrendeki öğrenci sayılarının bölümlere göre dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=10,87$ $p=0,054$). Örneklemdaki öğrenci sayılarının cinsiyete göre dağılımı ile evrendeki öğrenci sayılarının cinsiyete göre dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=0,83$ $p=0,774$).

ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma; kesitsel nitelikte bir alan araştırmasıdır.

ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H0A: Üniversite öğrencilerinde ONE-Ölçeğinden veya ONE-Ölçeği alt boyutlarından alınan puanlar ile SAÖ puanları, gıda okuryazarlığı durumu ve GOKF puanları arasında ilişki yoktur.

H0B: Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ile ONE-Ölçeğinden veya ONE-Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında ilişki yoktur.

H0C: Sağlık ve beslenme ile ilgili ders almış olmak ile ONE-Ölçeğinden veya ONE-Ölçeği alt boyutlarından alınan puanlar arasında ilişki yoktur.

H0D: Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ile SAÖ puanları arasında ilişki yoktur.

H0E: Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ile GOKF puanları arasında ilişki yoktur.

H1A: Üniversite öğrencilerinde ONE-Ölçeğinden veya ONE-Ölçeği alt boyutlarından alınan puanlar ile SAÖ puanı, gıda okuryazarlığı durumu ve GOKF puanı arasında ilişki vardır.

H1B: Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ile ONE-Ölçeğinden veya ONE-Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında ilişki vardır.

H1C: Sağlık ve beslenme ile ilgili ders almış olmak ile ONE-Ölçeğinden veya ONE-Ölçeği alt boyutlarından alınan puanlar arasında ilişki vardır.

H1D: Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ile SAÖ puanları arasında ilişki vardır.

H1E: Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ile GOKF puanları arasında ilişki vardır.

ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı Değişkenler:

- ✓ Ortoreksiya Nervoza Envanteri Puanı
- ✓ Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Puanı
- ✓ Gıda Okuryazarlığı Kısa Form Puanı

Bağımsız Değişkenler:

- ✓ Yaş
- ✓ Cinsiyet
- ✓ Eğitim gördüğü bölüm-fakülte
- ✓ Gelir düzeyi
- ✓ Yaşanılan yer
- ✓ Kronik hastalık varlığı
- ✓ Ruhsal bozukluk varlığı
- ✓ Sigara kullanım alışkanlığı
- ✓ Alkol kullanım alışkanlığı
- ✓ Diyet uygulama durumu
- ✓ Besin/İlaç alerjisi mevcudiyeti
- ✓ Fiziksel aktivite yapma durumu
- ✓ Ortoreksiya nervoza kavramı hakkındaki bilgi durumu
- ✓ Kaldığı yerde yeme alışkanlığı
- ✓ Üniversitede yeme alışkanlığı
- ✓ Sağlık anksiyetesi ölçeği puanı
- ✓ Gıda okuryazarlığı kısa form puanı
- ✓ Gıda okuryazarlığı durumu

İZİNLER

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun 18.03.2024 tarihli TÜTF-GOBAEK 2024/100 protokol kodlu etik kurul onayının (Ek-1) ardından Trakya Üniversitesi; Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı (Ek-2),

Mühendislik Fakültesi Dekanlığı (Ek-3), İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dekanlığı (Ek-4), Diş Hekimliği Fakültesi Dekanlığı (Ek-5), Tıp Fakültesi Dekanlığı (Ek-6) ve Eğitim Fakültesi Dekanlığı'ndan(Ek-7) gerekli izinler alındıktan sonra araştırmaya başlanmış olup, onay yazıları ekte sunulmuştur. Çalışmada kullanılan her 3 ölçek için ölçeklerin Türkçe uyarlaması ve geçerlilik güvenirlik çalışmasını yapan sorumlu araştırmacılardan e-posta yolu ile ölçeklerin uygulanmasına dair izin alınmıştır.

VERİ TOPLAMA ARACI

Çalışmanın verileri dört bölümden oluşan anket formu ile toplanmıştır. Anket formu sırasıyla araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilen 18 soru, Ortoreksiya Nervoza Envanteri'ne ait 24 soru, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'ne ait 18 soru, Gıda Okuryazarlığı Kısa Form'a ait 12 soru, olmak üzere toplam 72 sorudan oluşmaktadır.

Anket Formu

Araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanmış olan anket formunda öğrencilerin yaşını, cinsiyetini, fakültesini, boy ve kilo bilgilerini, yaşadığı yer özelliğini, kronik hastalık varlığını, psikiyatrik tanı geçmişini, gelir düzeyini, sigara ve alkol kullanımını, besin ve ilaç alerji varlığını, fiziksel aktivite ve diyet alışkanlığını, günlük beslenme ihtiyacını nasıl giderdiğini ve ortoreksiya nervoza kavramını hakkındaki bilgi durumunu sorgulayan 18 soru mevcuttur.

Ortoreksiya Nervoza Envanteri(ONE)

Ortoreksiya Nervoza Envanteri (ONE), Oberle ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (45). Yeme alışkanlıkları içerikli 24 adet sorudan oluşmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Kaya ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (23).

Her bir soru 1= Hiçbir zaman 2=Bazen 3= Sıklıkla 4= Çok sık olarak belirtilmiştir. 3 alt boyutu bulunmaktadır.

Davranışlar alt boyutundaki maddeler: 2, 4, 6, 8, 11, 15, 17, 18, 22

Duygular alt boyutundaki maddeler: 1, 9, 13, 21, 23

Bozukluklar alt boyutundaki maddeler: 3, 5, 7, 10, 12, 14, 16, 19, 20, 24

Toplam puan her bir madde puanı toplanarak hesaplanmaktadır. Belirlenen puan ne kadar yüksek ise ortoreksiya nervoza semptomatoloji düzeyi o kadar fazladır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,91 olarak bulunmuştur. Alt boyutları için ise Davranışlar, bozukluklar ve duygular' için Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0,82, 0,84 ve 0,81 olarak hesaplanmıştır (23).

Gıda Okuryazarlığı Kısa Form

Gıda okuryazarlığını saptamaya yönelik geliştirilmiş 12 maddeden oluşan kısa form SFLQ (The short food literacy questionnaire -SFLQ) 4'lü ya da 5'li likert ölçeğidir. En az 7, en fazla 52 puan alınabilen ölçek, gıda okuryazarlığını ölçmek için Krause ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (46). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Durmuş ve arkadaşları tarafından yapılmış olup Cronbach alfa hesaplanarak değerlendirilmiş ve değer 0.803 olarak bulunmuştur (47) .

Gıda Okuryazarlığı Kısa Formu 12 soru içermektedir. Ölçekte yer alan 4 soruya verilen yanıtlar (2, 3, 7 ve 8.sorular) 0 ile 5 arasında puanlandırılırken diğer tüm sorulara verilen yanıtlar 0 ile 4 arasında puanlandırılmaktadır. Ölçekte alınabilecek en yüksek değer 52 puandır (47) .

Gökler ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise kesme puanı 31 olarak belirlenmiştir ve <31 puan gıda okuryazarlığı yetersiz, ≥ 31 puan gıda okuryazarlığı yeterli olarak sınıflandırılmıştır (48).

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği

Sağlık anksiyetesi ölçeği; 2002 yılında Salkovski ve arkadaşlarının 64 madde olarak düzenledikleri ilk ölçekten geliştirdikleri 18 maddelik kısa formdur (49). Aydemir ve ark. ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını 2012 yılında yapmış olup Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısını 0,918 olarak ve test-retest bağlantı katsayısını r: 0,572 olarak saptamıştır (50). Sağlık anksiyetesi ölçeği fiziksel bulgulara duyarlılığı ve kaygılı olma durumunu değerlendiren 14 soru ve ciddi bir hastalığa sahip oldukları düşünüldüğünde kişide oluşan duygu ve düşünceleri değerlendiren 4 soru olmak üzere toplam 18 sorudan

oluşmaktadır. Sorular dört seçenektir ve 0-3 puan aralığında puanlandırılır. Katılımcılar en fazla 54 en düşük 0 puan almaktadır ve yüksek puanlar sağlık anksiyetesini göstermektedir (50).

ARAŞTIRMANIN ZAMAN ÇİZELGESİ

Araştırmanın zaman çizelgesi Şekil 1’de gösterilmiştir.

2023 yılı				2024 yılı											
9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Araştırmanın planlanması ve anket formlarının oluşturulması															
					İzinlerin alınması										
								Verilerin toplanması							
									Veri girişi ve analiz						
												Rapor yazımı			
Literatür Tarama															

Şekil 1. Araştırmanın zaman çizelgesi

ARAŞTIRMANIN ÖN UYGULAMASI

Veri toplama formunun uygulanabilirliğinin belirlenmesi amacıyla anket formu 22 tıp fakültesi son sınıf öğrencisine uygulanarak anlaşılabilirliği değerlendirilmiş ve gerekli düzenlemeler yapıp anket formuna son şekli verilmiştir.

ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

Araştırmacı, öğrenciler ile bireysel olarak görüşerek araştırma ile ilgili bilgi vermiştir. Sistematiik örnekleme yöntemiyle seçilen katılımcılara ankette kişisel bilgilere yer verilmeyeceği ve sonuçların bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacağı açıklanarak onamları

alınmıştır. Öğrencilerden kimlik bilgilerini yazmaksızın formlardaki soruları eksiksiz ve düşüncelerine uygun olduğu şekilde doldurup geri vermeleri istenmiştir. Formların uygulanması 10 ile 15 dakika sürmüştür. Her uygulama sırasında araştırmacı mutlaka öğrencilerin başında bulunmuştur. Eksik doldurulan anketlerin uygulama sırasında katılımcı tarafından tamamlanması istenmiştir. Tamamlanmayan ve çalışmaya katılmasına rağmen anketi tamamlamak istemeyen katılımcıların anketleri çalışmadan çıkarılmıştır.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma sonucunda toplanan veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum, ortanca ve maksimum değerler ile sunulmuştur. Verilerin normal dağılıma uyup uymadığını belirlemek için Kolmogorov-Smirnov testi yapılmış, verilerin histogram görünümü ve Normal Q-Q Plot grafiği üzerindeki dağılımları incelenmiş, sürekli değişkenler için basıklık ve çarpıklık düzeyleri ± 2 arasında kalan değerlerin normal dağılım gösterdiği varsayılmıştır (51).

Sürekli değişkenlerin bağımsız gruplar arası karşılaştırmalarında, normal dağılıma uyanlar “Bağımsız gruplarda t testi” ve “Tek yönlü ANOVA”, normal dağılıma uymayanlar “Mann-Whitney U testi” ve “Kruskal-Wallis testi” ile analiz edilmiştir. Analiz sonrası farklılıkların kaynağı post-hoc testlerle belirlenmiştir. Ölçeklerin alt boyutları kendi aralarında bağımlı gruplarda t testi ile değerlendirilmiştir.

Kategorik değişkenlerin karşılaştırmalarında ki-kare testi uygulanmıştır. Korelasyon analizleri değerlendirilirken normal dağılıma uygun olanlar “Pearson korelasyon testi” normal dağılıma uymayanlar “Spearman korelasyon testi” ile değerlendirilmiştir. Korelasyon katsayısı +1’e yaklaştıkça güçlü pozitif ilişkiyi, -1’e yaklaştıkça güçlü negatif ilişkiyi gösterirken, 0 olmayan ilişkiyi ifade eder (51).

Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı tüm testler için $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

- Çalışma yüz yüze anket çalışması olup, verilen cevapların doğruluğu katılımcıların verdiği cevaplarla sınırlıdır.
- Araştırma Trakya Üniversitesi'nin örgün eğitim veren fakülte öğrencilerinden oluşturulan bir örneklem grubuna uygulanmış olup, sonuçlar yalnızca kendi evrenine genellenebilir.
- Anket uygulamaları devam zorunluluğu olan derslerde yapılmasına rağmen derse katılmayan öğrencilerin uygulamaya katılımı mümkün olmamıştır.
- Eğitim durumunun etkisini doğru ölçebilmek için tüm fakültelerin son sınıf öğrencilerine bahar dönemi sonu ziyaretler yapılmıştır, fakat bu etkiyi tam olarak ölçebilmek için mezuniyet sonrası uygulamaları da yapılmalıdır.
- Tıp eğitimi 6 yıl, diş hekimliği eğitimi 5 yıl olup diğer fakültelerde gidilen bölümlerin eğitimi 4 yıldır. Fakültelerde gidilen son sınıf öğrencilerinde bu sebeple yaş ortalamaları farklı olsa da eğitim durumunun etkisinin doğru ölçülebilmesi için bu yöntem seçilmiştir.
- Fakülteler ve bölümler belirlenirken Trakya Üniversitesi tarafından yayınlanan resmi ders programları ile resmi öğrenci sayıları incelenmiş ve doğru olduğu kabul edilmiştir. Uygulama sırasında gözlemlenen kaydı olmasına rağmen eğitime devam etmeyen öğrenciler, birden fazla bölüm-fakülte eğitimi olan öğrenciler çalışmadan dışlanmıştır.

BULGULAR

TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

Araştırmada toplam 467 katılımcının verileri kullanılmıştır.

Katılımcıların yaş ortalaması $22,9 \pm 1,4$ (en küçük = 21 en büyük = 27) olup medyan yaş 23 idi. Yaş ortalaması kadınlarda $22,8 \pm 1,4$ olurken erkeklerde $23,1 \pm 1,4$ ve her iki grubun en küçük değeri 21, en büyük değeri 27, medyan değeri 23 idi.

Çalışmamıza katılanların % 50,8'i (n=237) kadın, % 49,2'si (n=230) erkektir. Katılımcıların öğrenim gördüğü fakülte sorgulandığında % 10,0'u (n=47) Tıp Fakültesi, % 6,4'ü (n=30) Diş Hekimliği Fakültesi, % 18,2'si (n=85) Sağlık Bilimleri Fakültesi, % 16,3'ü (n=76) Mühendislik Fakültesi, % 23,8'i (n=111) Eğitim Fakültesi, % 25,3'ü (n=118) İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi yanıtını vermiştir. Sağlık ve beslenme ile ilgili ders alan katılımcılar tüm katılımcıların % 34,7'sini (n=162) oluştururken, sağlık ve beslenme ile ilgili ders almayan katılımcılar tüm katılımcıların % 65,3'ünü (n=305) oluşturmaktadır.

Katılımcıların gelir durumu sorgulandığında % 18,0'inin (n=84) gelirinin giderinden az, % 74,1'inin (n=346) gelirinin giderine eşit, % 7,9'unun (n=37) ise gelirinin giderinden fazla olduğu bulunmuştur. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin sayısal verileri Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Özellik	Sayı	Yüzde
Yaş Grubu		
23 yaş ve üstü	266	57,0
23 yaş altı	201	43,0
Cinsiyet		
Kadın	237	50,8
Erkek	230	49,2
Fakülte		
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	118	25,3
Eğitim Fakültesi	111	23,8
Sağlık Bilimleri Fakültesi	85	18,2
Mühendislik Fakültesi	76	16,3
Tıp Fakültesi	47	10,0
Diş Hekimliği Fakültesi	30	6,4
Fakülte Türü		
Sağlık ve beslenme ile ilgili ders almayan	305	65,3
Sağlık ve beslenme ile ilgili ders alan	162	34,7
Yaşanılan Yer		
Yurt	189	40,5
Ev arkadaşı ile	104	22,3
Evde yalnız	94	20,1
Aile yanı	73	15,6
Akraba yanında	7	1,5
Gelir Durumu		
Geliri giderinden az	84	18,0
Geliri giderine eşit	346	74,1
Geliri giderinden fazla	37	7,9

Katılımcıların % 15,6'sı (n=73) ailesinin yanında, % 40,5'i (n=189) yurttan, % 1,5'i (n=7) akrabalarının yanında, % 22,8'i (n=104) arkadaşları ile birlikte ailesinden ayrı bir evde, % 20,1'i (n=86) tek başına evde konakladığını ifade etmiştir.

Çalışmaya katılanların % 44,1'i (n=206) fiziksel aktivite yapmadığını, % 37,3'ü (n=174) haftada 1-2 kez, % 13,5'i (n=63) haftada 3-4 kez, % 5,1'i (n=24) haftada 5 veya 5'ten fazla kez fiziksel aktivite yaptığını ifade etmiştir.

Çalışmaya katılanlardan % 13,5'i (n=63) en az bir kronik hastalığa sahip olduğunu, % 86,5'i (n=404) herhangi bir kronik hastalığa sahip olmadığını ifade etmiştir. Hangi kronik hastalığa sahip olduğu sorgulandığında en sık astım (n=20) tanısı belirtilirken, diyabet, kolesterol, ailesel akdeniz ateşi vb. yanıtlar verilmiştir.

Çalışmaya katılanlara daha önce tanı ve tedavi aldığı psikiyatrik hastalıklar sorgulanmış, katılımcıların % 7,3'ü (n=34) depresyon, % 12,2'i (n=57) anksiyete bozukluğu, % 6,2'si (n=29) dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, % 2,7'si (n=11) obsesif kompulsif bozukluğu, % 2,8'i (n=13) yeme bozukluğu tanısı aldığını belirtirken % 79,0'u (n=369) daha önce hiç psikiyatrik tanı almadığını belirtmiştir. Birden fazla psikiyatrik tanıya sahip olduğunu ifade eden 32 katılımcı mevcuttur.

Katılımcıların % 9,8'u (n=46) bilinen en az bir ilaç veya besin alerjisine sahip olduğunu belirtirken, % 90,2'si (n=421) bilinen herhangi bir ilaç veya besin alerjisinin bulunmadığını belirtmiştir. Alerjisi bulunduğunu belirten katılımcıların neye alerjileri olduğu sorgulandığında en sık antibiyotik ilaç alerjisi yanıtı verilirken (n=5), gluten, fıstık, laktoz vb. yanıtlar verilmiştir.

Katılımcıların boy ortalaması $171,9 \pm 9,8$ cm (en küçük = 149 cm, en büyük = 200 cm) olup medyan boy 172 cm idi. Boy ortalaması kadınlarda $164,3 \pm 6,0$ cm (en küçük = 149 cm, en büyük = 183 cm, medyan boy 164 cm) olurken erkeklerde $179,7 \pm 6,1$ cm (en küçük = 165 cm, en büyük = 200 cm, medyan boy 180 cm) idi. Katılımcıların kilo ortalaması $70,4 \pm 16,7$ kg (en küçük = 39 kg, en büyük = 130 kg) olup medyan kilo 68 idi. Kilo ortalaması kadınlarda $59,0 \pm 9,7$ kg (en küçük = 39 kg, en büyük = 95 kg, medyan = 58 kg) olurken erkeklerde $82,1 \pm 14,1$ kg (en küçük = 53 kg, en büyük = 130 kg, medyan = 80 kg) idi.

Katılımcıların sağlık ile ilişkili sayısal verileri Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların sağlık durumları ile ilişkili sayısal verileri

Özellik	Sayı	Yüzde
Fiziksel Aktivite Durumu		
Yapmıyorum	206	44,1
Haftada 1-2 kez	174	37,3
Haftada 3-4 kez	63	13,5
Haftada 5'ten fazla	24	5,1
Kronik Hastalık		
Yok	404	86,5
Var	63	13,5
Psikiyatrik Tanı Varlığı		
Yok	369	79,0
Var	98	21,0
Psikiyatrik Tanı Türü*		
Anksiyete bozukluğu	57	12,2
Depresyon	34	7,3
Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu	29	6,2
Yeme bozukluğu	13	2,8
Obsesif kompulsif bozukluk	11	2,4
Besin veya İlaç Alerjisi		
Yok	421	90,2
Var	46	9,8
Boy		
≤172 cm	238	51,0
>172 cm	229	49,0
Kilo		
≤68 kg	234	50,1
>68 kg	233	49,9

*Birden fazla psikiyatrik tanısı olduğunu ifade eden öğrenciler mevcuttur.

Katılımcıların Beden Kitle İndekslerinin (BKİ) ortalaması $23,6 \pm 4,0 \text{ kg/m}^2$ olup (en küçük $15,8 \text{ kg/m}^2$, en büyük $38,0 \text{ kg/m}^2$) medyan BKİ $23,2 \text{ kg/m}^2$ olarak bulunmuştur. Kadınların BKİ ortalaması $21,9 \pm 3,3 \text{ kg/m}^2$ (en küçük = $16,0 \text{ kg/m}^2$, en büyük = $35,9 \text{ kg/m}^2$,

medyan BKİ 21,4 kg/m²) olup erkeklerin BKİ ortalaması 25,4 ± 3,9 kg/m² (en küçük = 15,8 kg/m², en büyük = 38,0 kg/m², medyan BKİ 25,0 kg/m²) idi.

Katılımcıların BKİ'leri Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Obezite Sınıflandırması temel alınarak sınıflandırılmış; BKİ < 18,5 olanlar zayıf, 18,5 – 24,99 arası olanlar normal kilolu, 25 – 29,99 arası olanlar fazla kilolu, BKİ ≥ 30 olanlar ise obez olarak kategorize edilmiştir (52). Bu verilere göre katılımcıların % 9,0'u (n=42) zayıf, % 58,7'si (n=274) normal kilolu, % 25,0'sı (n=117) fazla kilolu ve % 7,3'i (n=34) obez olarak saptanmıştır. Erkek katılımcıların % 3,0'ü (n=7) zayıf, % 46,5'i (n=107) normal kilolu, % 38,7'si (n=89) fazla kilolu ve % 11,8'i (n=27) obez olarak saptanmıştır. Kadın katılımcıların % 14,8'i (n=35) zayıf, % 70,5'i (n=167) normal kilolu, % 11,7'si (n=28) fazla kilolu ve % 3,0'ü (n=7) obez olarak saptanmıştır. Katılımcıların cinsiyetlerine göre BKİ'leri Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların cinsiyetlerine göre BKİ verileri

Beden Kitle İndeksi (BKİ)	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Zayıf	7	3,0	35	14,8	42	9,0
Normal kilolu	107	46,5	167	70,5	274	58,7
Fazla kilolu	89	38,7	28	11,7	117	25,0
Obez	27	11,8	7	3,0	34	7,3

Katılımcıların sigara kullanım alışkanlığı sorgulandığında % 34,5'i (n=161) sigara kullandığını, % 61,2'si (n=286) sigara kullanmadığını, % 4,3'ü (n=20) ise daha önce kullanıyorken bıraktığını belirtmiştir. Sigara kullananların günlük ortalama tüketim adedi 14,6 ± 8,5 (en az = 1 adet, en çok = 40 adet) olurken medyan tüketim adedi 15 olarak bulunmuştur.

Katılımcıların alkol tüketim alışkanlıkları sorgulandığında % 42,0'si (n=196) hiç kullanmadığını, % 37,3'ü (n=174) ayda bir veya daha az alkol tükettiğini, % 13,5'i (n=63) haftada bir veya daha az alkol tükettiğini, % 5,5'i (n=26) haftada 2-4 kez alkol tükettiğini, % 1,7'si (n=8) haftada 5 veya daha fazla alkol tükettiğini belirtmiştir.

Katılımcıların sigara ve alkol tüketim alışkanlıkları ile ilgili sayısal veriler Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların sigara ve alkol tüketim alışkanlıkları

Özellik	Sayı	Yüzde
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	161	34,5
Hayır	286	61,2
Bıraktım	20	4,3
Alkol Tüketimi		
Hiç	196	42,0
Ayda bir veya daha az	174	37,3
Haftada bir veya daha az	63	13,5
Haftada 2-4	26	5,5
Haftada 5 veya daha fazla	8	1,7

Katılımcıların yeme alışkanlıkları sorgulandığında % 42,4'ü (n=198) konakladıkları yerde yemekleri kendisinin yaptığını, % 12,2'si (n=57) konakladıkları yerde yemekleri bir yakınının yaptığını, % 35,1'i (n=164) konakladıkları yerde yemekhane yemeği yediğini, % 10,3'ü (n=48) konakladıkları yerde dışarıdan – hazır gıda tükettiklerini belirtmiştir. Katılımcılara üniversitede yemekleri nerede yediği sorulduğunda % 6,0'sı (n=28) yemeğini evden getirdiğini, % 12,8'i (n=60) kampüs dışı restoran ve kafelerde yediğini, % 10,5'i (n=49) üniversite içi kantin, kafe ve restoranlarda yediğini, % 57,0'ı (n=266) yemekhanede yediğini belirtirken % 13,7'si (n=64) öğün atladığını ifade etmiştir.

Katılımcıların % 18,2'si (n=85) özel bir diyet uyguladığını belirtirken % 81,8'i (n=382) herhangi bir özel diyet uygulamadığını belirtmiştir. Özel diyet uygulayanların uyguladığı diyet türü olarak birinci sırada kalori kısıtlama diyeti (n=44) gelirken onu aralıklı beslenme diyeti (n=31) takip etmiştir. Bunların dışında vegan diyet, vejetaryen diyet, gluten diyeti vb. yanıtlar verilmiştir.

Katılımcıların yeme alışkanlıklarına ilişkin sayısal veriler Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların yeme alışkanlıklarına ilişkin sayısal verileri

Özellik	Sayı	Yüzde
Kaldığınız yerde yemekleri kim yapıyor?		
Kendim	198	42,4
Yemekhane	164	35,1
Bir yakınım	57	12,2
Dışarıdan / Hazır gıda	48	10,3
Üniversitede yemekleri nerede yiyorsunuz?		
Yemekhane	266	57,0
Öğün atlıyorum	64	13,7
Kampüs dışı restoran, kafe	60	12,8
Üniversite içi kantin, restoran	49	10,5
Evden getiriyorum	28	6,0
Özel Diyet Uygulama		
Yok	382	81,8
Var	85	18,2

Çalışmamıza katılanlara ortoreksiya nervoza hakkındaki bilgileri olup olmadığı sorulduğunda % 59,3'si (n=277) bu kavramı hiç duymadığını, % 22,5'i (n=105) duyduğunu ama bilgisi olmadığını belirtmiştir. Ortoreksiya nervoza hakkında doktorlardan bilgi alanlar % 2,6 (n=12), diyetisyenden bilgi alanlar % 3,2 (n=15), kitle iletişim araçlarından bilgi alanlar % 9,0 (n=42), çevresinden bilgi alanlar % 1,5 (n=7), üniversite dersi ile bilgi alanlar % 1,9 (n=9) olarak bulunmuştur.

Katılımcıların ortoreksiya nervoza hakkındaki bilgi durumu hakkındaki sayısal veriler Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların ortoreksiya nervoza kavramı hakkındaki bilgi durumu

Ortoreksiya Nervozası Bilgi Durumu	Sağlık ve beslenme ile ilgili ders almayan		Sağlık ve beslenme ile ilgili ders alan		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hiç duymadım	216	70,8	61	37,7	277	59,3
Duydum ama bilgim yok	56	18,4	49	30,2	105	22,5
Kitle iletişim araçlarından bilgi aldım	28	9,2	14	8,6	42	9,0
Diyetisyenden bilgi aldım	1	0,3	14	8,6	15	3,2
Doktorlardan bilgi aldım	2	0,7	10	6,2	12	2,6
Ders aracılığıyla bilgi aldım	0	0	9	5,6	9	1,9
Çevremden (aile, arkadaş) bilgi aldım	2	0,7	5	3,1	7	1,5

Ortoreksiya Nervozası Envanteri (ONE) ve alt boyutları, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ), Gıda Okuryazarlığı Kısa Formu (GOKF) ile alınabilecek maksimum (maks) ve minimum (min.) puanlar ve öğrencilerin aldıkları puan ortalamaları (ort.), standart sapma (SS), minimum değer, medyan değer (med) ve maksimum değer Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların ölçek ve ölçek alt boyutlarından aldıkları puanlar

Ölçekler	Alınabilecek minimum ve maksimum puanlar (min. – maks)	Öğrencilerin aldıkları puan Ort. ± SS (min. – med – maks)
ONE Davranışlar Puanı	9 – 36	16,6 ± 5,2 (9 – 16 – 33)
ONE Duygular Puanı	5 – 20	8,7 ± 3,1 (5 – 8 – 20)
ONE Bozukluklar Puanı	10 – 40	14,3 ± 4,7 (10 – 13 – 33)
ONE Toplam Puanı	24 – 96	39,6 ± 11,5 (24 – 37 – 73)
SAÖ Puanı	0 – 54	15,7 ± 5,9 (0 – 15 – 33)
GOKF Puanı	0 – 52	32,9 ± 6,4 (14,4 – 33,4 – 50,0)

Ort.: Ortalama; **SS:** Standart sapma; **Min.:** Minimum; **Med:** Medyan; **Maks:** Maksimum; **ONE:** Ortoreksiya Nervozası Envanteri; **SAÖ:** Sağlık Anksiyetesi Ölçeği; **GOKF:** Gıda Okuryazarlığı Kısa Formu.

ORTOREKSİYA NERVOZA ENVANTER PUANI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Öğrencilerin cinsiyete göre ortoreksiya nervoza envanteri (ONE) toplam puan ortalamaları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9. Öğrencilerin cinsiyete göre ONE puanları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puanlar

Değişkenler (ONE)	Kadın Ort. $\pm$ SS	Erkek Ort. $\pm$ SS	p
Davranışlar	16,5 $\pm$ 4,9	16,7 $\pm$ 5,6	0,566
Duygular	8,7 $\pm$ 3,3	8,3 $\pm$ 2,9	0,964
Bozukluklar	14,1 $\pm$ 4,6	14,6 $\pm$ 4,9	0,226
Toplam Puan	39,2 $\pm$ 11,0	40,1 $\pm$ 11,9	0,438

Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma; ONE: Ortoreksiya Nervozza Envanteri.

*Bağımsız gruplarda T testi.

Öğrencilerin fakülte türüne göre ONE puan ortalamaları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 10’da verilmiştir.

Tablo 10. Öğrencilerin fakülte türüne göre ONE puanları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puanlar

Değişkenler (ONE)	Sağlık ve beslenme ile ilgili ders alan Ort. $\pm$ SS	Sağlık ve beslenme ile ilgili ders almayan Ort. $\pm$ SS	p
Davranışlar	16,6 $\pm$ 5,2	16,6 $\pm$ 5,3	0,910
Duygular	8,7 $\pm$ 3,0	8,7 $\pm$ 3,2	0,897
Bozukluklar	14,2 $\pm$ 4,5	14,4 $\pm$ 4,9	0,757
Toplam Puan	39,5 $\pm$ 10,8	39,7 $\pm$ 11,8	0,885

Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma; ONE: Ortoreksiya Nervozza Envanteri.

*Bağımsız gruplarda T testi.

Öğrencilerin beden kitle indekslerine (BKİ) göre aldıkları ONE puan ortalamaları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11. Öğrencilerin BKİ'lerine göre ONE puanları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puanlar

Değişkenler (ONE)	Zayıf Ort. $\pm$ SS	Normal kilolu Ort. $\pm$ SS	Fazla kilolu Ort. $\pm$ SS	Obez Ort. $\pm$ SS	P
Davranışlar	14,3 $\pm$ 4,0	16,3 $\pm$ 5,7	17,4 $\pm$ 5,4	18,7 $\pm$ 6,2	<0,001 *
Duygular	7,3 $\pm$ 2,7	8,6 $\pm$ 3,1	9,0 $\pm$ 3,1	10,4 $\pm$ 3,3	<0,001**
Bozukluklar	12,4 $\pm$ 4,4	14,1 $\pm$ 4,6	14,6 $\pm$ 4,8	17,9 $\pm$ 4,7	<0,001**
Toplam Puan	33,9 $\pm$ 8,8	39,0 $\pm$ 11,2	41,1 $\pm$ 11,4	47,0 $\pm$ 12,4	<0,001 *

Ort.: Ortalama; **SS:** Standart sapma; **ONE:** Ortoreksiya Nervoza Envanteri.

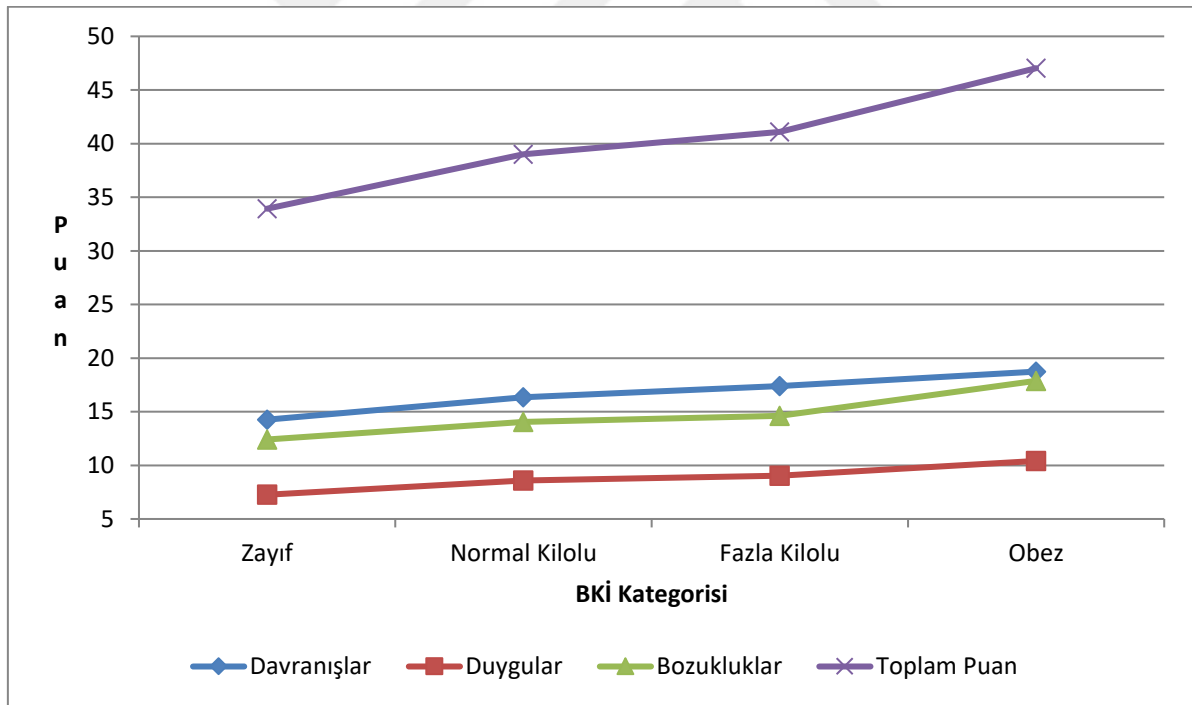
*ANOVA; ** Kruskal Wallis testi.

Tablo 11'de gösterilen analiz sonuçlarına göre öğrencilerin BKİ kategorileri ile aldıkları ONE puanları ve ONE alt boyutlarının puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,001$). Yapılan post hoc analizlerinde ortaya çıkan sonuçlar aşağıdaki gibidir:

- Zayıf öğrencilerin ONE toplam puanı, normal kilolu öğrencilerin toplam puanına göre ($p=0,032$), fazla kilolu öğrencilerin toplam puanına göre ($p=0,002$) ve obez öğrencilerin toplam puanına göre ($p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür.
- Normal kilolu öğrencilerin ONE toplam puanı, obez öğrencilerin toplam puanına göre ($p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür.
- Fazla kilolu öğrencilerin ONE toplam puanı, obez öğrencilerin toplam puanına göre ($p=0,032$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür.
- Zayıf öğrencilerin ONE davranışlar alt boyutu toplam puanı, normal kilolu öğrencilerin toplam puanına göre ($p=0,018$), fazla kilolu öğrencilerin toplam puanına göre ($p=0,001$) ve obez öğrencilerin toplam puanına göre ($p=0,003$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür.
- Zayıf öğrencilerin ONE duygular alt boyutu toplam puanı, normal kilolu öğrencilerin toplam puanına göre ($p=0,013$), fazla kilolu öğrencilerin toplam puanına göre ($p=0,001$) ve obez öğrencilerin toplam puanına göre ($p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür.
- Normal kilolu öğrencilerin ONE duygular alt boyutu toplam puanı, obez öğrencilerin toplam puanına göre ($p=0,008$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür.

- g) Zayıf öğrencilerin ONE bozukluklar alt boyutu toplam puanı, normal kilolu öğrencilerin toplam puanına göre ($p=0,049$), fazla kilolu öğrencilerin toplam puanına göre ($p=0,008$) ve obez öğrencilerin toplam puanına göre ($p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür.
- h) Normal kilolu öğrencilerin ONE bozukluklar alt boyutu toplam puanı, obez öğrencilerin toplam puanına göre ($p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür.
- i) Fazla kilolu öğrencilerin ONE bozukluklar alt boyutu toplam puanı, obez öğrencilerin toplam puanına göre ($p=0,002$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür.

Öğrencilerin BKİ kategorileri ile ONE ve ONE alt boyut puan ortalamaları grafiği Şekil 2’de gösterilmiştir.



Şekil 2. Öğrencilerin BKİ kategorileri ile ONE ve ONE alt boyut puan ortalamaları çizgi grafiği

Öğrencilerin yaşadığı yerin özelliği göre aldıkları ONE puan ortalamaları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12. Öğrencilerin yaşadığı yerin özelliğine göre ONE puanları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puanlar

Değişkenler (ONE)	Aile/Akraba yanı Ort. ± SS	Yurt Ort. ± SS	Ev arkadaşı ile Ort. ± SS	Evde yalnız Ort. ± SS	p
Davranışlar	18,1 ± 5,9	16,2 ± 5,0	15,6 ± 5,1	17,3 ± 5,0	0,004
Duygular	8,7 ± 2,8	8,7 ± 3,3	8,5 ± 2,8	9,0 ± 3,2	0,649
Bozukluklar	14,2 ± 4,4	13,8 ± 4,5	14,6 ± 5,1	15,3 ± 5,1	0,087
Toplam Puan	41,0 ± 11,3	38,6 ± 11,4	38,7 ± 11,5	39,6 ± 11,5	0,112

Ort.: Ortalama; **SS:** Standart sapma; **ONE:** Ortoreksiya Nervoza Envanteri.

*ANOVA.

Tablo 12’de verilen analiz sonuçlarına göre öğrencinin yaşadığı yer ile ONE davranışlar alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yapılan post hoc analizlerde aile/akraba yanında yaşayan öğrencilerin ONE davranışlar alt ölçeği puanı yurttan yaşayan öğrencilere göre ($p=0,031$) ve ev arkadaşları ile yaşayan öğrencilere göre ($p=0,006$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur.

Öğrencilerin kronik hastalığa sahip olma durumuna göre aldıkları ONE puan ortalamaları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 13’te verilmiştir.

Tablo 13. Öğrencilerin kronik hastalık durumuna göre ONE puanları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puanlar

Değişkenler (ONE)	Kronik hastalık yok Ort. ± SS	Kronik hastalık var Ort. ± SS	p
Davranışlar	16,4 ± 4,9	17,6 ± 6,8	0,206
Duygular	8,7 ± 3,1	9,2 ± 3,0	0,222
Bozukluklar	14,3 ± 4,7	14,9 ± 5,1	0,319
Toplam Puan	39,3 ± 11,3	41,6 ± 12,6	0,141

Ort.: Ortalama; **SS:** Standart sapma; **ONE:** Ortoreksiya Nervoza Envanteri.

*Bağımsız gruplarda T testi.

Öğrencilerin psikiyatrik tanı almış olma durumuna göre aldıkları ONE puan ortalamaları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 14’te verilmiştir.

Tablo 14. Öğrencilerin psikiyatrik tanı durumuna göre ONE puanları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puanlar

Değişkenler (ONE)	Psikiyatrik tanı yok Ort. $\pm$ SS	Psikiyatrik tanı var Ort. $\pm$ SS	P
Davranışlar	16,6 $\pm$ 5,1	16,5 $\pm$ 5,8	0,887
Duygular	8,6 $\pm$ 2,9	9,2 $\pm$ 3,7	0,157
Bozukluklar	14,1 $\pm$ 4,5	15,1 $\pm$ 5,4	0,092
Toplam Puan	39,3 $\pm$ 11,0	40,8 $\pm$ 13,1	0,304

Ort.: Ortalama; **SS:** Standart sapma.

*Bağımsız gruplarda T testi.

Kronik hastalık varlığı ve genel olarak psikiyatrik bozukluk tanısı varlığı ile ONE toplam puanı ve ONE alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken alt analizlerde yeme bozukluğu tanısı almış olma ile ONE toplam puanı, ONE duygular alt boyutu puanı ve bozukluklar alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,001$). Yeme bozukluğu tanısına sahip olma durumuna göre aldıkları ONE puan ortalamaları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 15’te verilmiştir.

Tablo 15. Öğrencilerin yeme bozukluğu tanı durumuna göre ONE puanları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puanlar

Değişkenler (ONE)	Yeme bozukluğu tanısı yok Ort. $\pm$ SS	Yeme bozukluğu tanısı var Ort. $\pm$ SS	P
Davranışlar	16,5 $\pm$ 5,2	18,7 $\pm$ 5,2	0,142
Duygular	8,6 $\pm$ 3,0	12,9 $\pm$ 3,6	<0,001
Bozukluklar	14,2 $\pm$ 4,6	20,4 $\pm$ 6,2	<0,001
Toplam Puan	39,3 $\pm$ 11,3	52,0 $\pm$ 12,0	<0,001

Ort.: Ortalama; **SS:** Standart sapma; **ONE:** Ortoreksiya Nervoza Envanteri.

*Bağımsız gruplarda T testi.

Öğrencilerin gelir durumuna göre ONE toplam puan ortalamaları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 16’da verilmiştir.

Tablo 16. Öğrencilerin gelir durumuna göre ONE toplam puanları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puanlar

Değişkenler (ONE)	Geliri giderinden az	Geliri giderine eşit veya giderinden fazla	p
	Ort. $\pm$ SS	Ort. $\pm$ SS	
Davranışlar	17,4 $\pm$ 5,1	16,4 $\pm$ 5,2	0,128
Duygular	9,9 $\pm$ 3,5	8,5 $\pm$ 2,9	0,001
Bozukluklar	15,6 $\pm$ 5,3	14,1 $\pm$ 4,6	0,015
Toplam Puan	42,9 $\pm$ 12,3	38,9 $\pm$ 11,2	0,004

Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma; ONE: Ortoreksiya Nervoza Envanteri.

*Bağımsız gruplarda T testi.

Tablo 16’da gösterilen analiz sonuçlarına göre gelirin giderinden daha az olduğunu ifade eden öğrenciler, gelirin giderine eşit veya giderinden fazla olduğunu ifade eden öğrencilere kıyasla daha yüksek ONE toplam puanlarına ($p=0,004$), daha yüksek ONE duygular ($p=0,001$) ve bozukluklar ($p=0,015$) alt boyut puanlarına sahiptir.

Öğrencilerin sigara tüketim alışkanlıklarına göre ONE puan ortalamaları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 17’de verilmiştir.

Tablo 17. Öğrencilerin sigara tüketim alışkanlıklarına göre ONE puanları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puanlar

Değişkenler (ONE)	İçmiyorum / Bıraktım	İçiyorum	p
	Ort. $\pm$ SS	Ort. $\pm$ SS	
Davranışlar	16,9 $\pm$ 5,5	16,0 $\pm$ 4,7	0,047
Duygular	8,8 $\pm$ 3,1	8,5 $\pm$ 3,2	0,377
Bozukluklar	14,2 $\pm$ 4,5	14,7 $\pm$ 5,2	0,280
Toplam Puan	39,9 $\pm$ 11,4	39,2 $\pm$ 11,6	0,528

Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma; ONE: Ortoreksiya Nervoza Envanteri.

*Bağımsız gruplarda T testi.

Tablo 17’de verilen analiz sonuçlarına göre sigara tüketen öğrencilerin ONE davranışlar alt boyutu puanı sigara tüketmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşüktür ($p=0,047$).

Öğrencilerin alkol tüketim alışkanlıklarına göre ONE toplam puan ortalamaları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 18’de verilmiştir.

Tablo 18. Öğrencilerin alkol tüketim alışkanlıklarına göre ONE puanları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puanlar

Değişkenler (ONE)	Hiç Ort. $\pm$ SS	Ayda 1 veya daha az Ort. $\pm$ SS	Haftada 1 veya daha az Ort. $\pm$ SS	Haftada 2+ Ort. $\pm$ SS	p
Davranışlar	16,8 $\pm$ 5,2	16,2 $\pm$ 4,8	16,9 $\pm$ 5,6	16,7 $\pm$ 6,6	0,666
Duygular	8,8 $\pm$ 3,0	8,5 $\pm$ 3,1	9,1 $\pm$ 3,2	8,6 $\pm$ 3,5	0,497
Bozukluklar	14,3 $\pm$ 4,9	14,1 $\pm$ 4,5	15,0 $\pm$ 5,1	14,4 $\pm$ 4,7	0,669
Toplam Puan	40,0 $\pm$ 11,6	38,8 $\pm$ 10,9	41,0 $\pm$ 11,7	39,7 $\pm$ 13,3	0,585

Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma; ONE: Ortoreksiya Nervoza Envanteri.

*ANOVA.

Öğrencilerin besin/ilaç alerjisine sahip olma durumuna göre ONE toplam puan ortalamaları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 19’da verilmiştir.

Tablo 19. Öğrencilerin besin/ilaç alerjisi durumuna göre ONE puanları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puanlar

Değişkenler (ONE)	Besin / İlaç Alerjisi Yok Ort. $\pm$ SS	Besin / İlaç Alerjisi Var Ort. $\pm$ SS	p
Davranışlar	16,5 $\pm$ 5,1	17,5 $\pm$ 6,4	0,305
Duygular	8,7 $\pm$ 3,1	8,9 $\pm$ 2,9	0,722
Bozukluklar	14,2 $\pm$ 4,7	15,3 $\pm$ 5,4	0,163
Toplam Puan	39,4 $\pm$ 11,4	41,6 $\pm$ 12,3	0,216

Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma; ONE: Ortoreksiya Nervoza Envanteri.

*Bağımsız gruplarda T testi.

Öğrencilerin özel diyet uygulama durumuna göre ONE toplam puanları ile ONE alt boyut toplam puanları Tablo 20’de gösterilmiştir.

Tablo 20. Öğrencilerin özel diyet uygulama durumuna göre ONE puanları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puanlar

Değişkenler (ONE)	Özel diyet uygulamıyor Ort. $\pm$ SS	Özel diyet uyguluyor Ort. $\pm$ SS	P
Davranışlar	15,6 $\pm$ 4,6	21,2 $\pm$ 5,4	<0,001
Duygular	8,2 $\pm$ 2,8	11,2 $\pm$ 3,2	<0,001
Bozukluklar	13,6 $\pm$ 4,3	17,6 $\pm$ 5,4	<0,001
Toplam Puan	37,3 $\pm$ 10,1	50,1 $\pm$ 11,3	<0,001

Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma; ONE: Ortoreksiya Nervoza Envanteri.

*Bağımsız gruplarda T testi.

Tablo 20’de gösterilen analiz sonuçlarına göre özel diyet uygulayan öğrenciler, özel diyet uygulamayan öğrencilere kıyasla daha yüksek ONE puanlarına ve daha yüksek ONE alt boyut puanlarına sahiptir ($p<0,001$).

Öğrencilerin ortoreksiya nervoza kavramı hakkındaki bilgi durumlarına göre ONE toplam puan ortalamaları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 21’de gösterilmiştir.

Tablo 21. Öğrencilerin ortoreksiya nervoza kavramı hakkında bilgi durumuna göre ONE puanları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puanlar

Değişkenler (ONE)	Hiç duymadım Ort. $\pm$ SS	Duydum ama bilgim yok Ort. $\pm$ SS	Doktorlardan / Diyetisyenden / Dersten bilgi aldım Ort. $\pm$ SS	Kitle iletişim araçlarından / Çevremden bilgi aldım Ort. $\pm$ SS	p
Davranışlar	16,6 $\pm$ 5,4	16,0 $\pm$ 4,5	17,6 $\pm$ 5,1	17,0 $\pm$ 5,7	0,391*
Duygular	8,6 $\pm$ 2,9	8,9 $\pm$ 3,3	8,6 $\pm$ 3,1	9,2 $\pm$ 3,7	0,813**
Bozukluklar	14,3 $\pm$ 4,6	14,1 $\pm$ 4,8	14,7 $\pm$ 5,4	14,6 $\pm$ 4,9	0,987**
Toplam Puan	39,5 $\pm$ 11,5	39,1 $\pm$ 11,3	40,9 $\pm$ 10,3	40,8 $\pm$ 12,6	0,734*

Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma; ONE: Ortoreksiya Nervoza Envanteri.

*ANOVA, **Kruskal-Wallis.

Öğrencilerin konakladıkları yerde yemekleri kimin yaptığı sorgulandığında kendi veya bir yakınının yaptığını ifade eden öğrenciler “Evde yemek yiyenler”; yemekhanede yemek yediğini veya dışarıdan yediğini ifade eden öğrenciler “Hazır yemek yiyenler” olarak kategorize edilmiş ve sonuçlar Tablo 22’de verilmiştir.

Tablo 22. Öğrencilerin kaldığı yerde beslenme alışkanlığına göre ONE puanları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puanlar

Değişkenler (ONE)	Evde yemek yiyenler Ort. $\pm$ SS	Hazır yemek yiyenler Ort. $\pm$ SS	p
Davranışlar	17,4 $\pm$ 5,5	15,6 $\pm$ 4,7	<0,001
Duygular	8,8 $\pm$ 2,9	8,6 $\pm$ 3,3	0,461
Bozukluklar	14,6 $\pm$ 4,9	14,1 $\pm$ 4,5	0,242
Toplam Puan	40,8 $\pm$ 11,5	38,3 $\pm$ 11,3	0,019

Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma; ONE: Ortoreksiya Nervoza Envanteri.

*Bağımsız gruplarda T testi.

Tablo 22’de verilen analize göre evde yemek yiyen öğrencilerin ONE toplam puanları ($p=0,019$) ve ONE davranışlar alt boyut puanları ($p<0,001$) hazır yemek yiyenlere göre daha yüksektir.

Öğrencilerin üniversitede yemekleri nerede yediği sorgulandığında verilen cevaplara göre ONE puan ortalamaları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 23’te verilmiştir.

Tablo 23. Öğrencilerin “Üniversitede yemekleri çoğunlukla nerede yiyorsunuz?” sorusuna verdiği cevaplara göre ONE puanları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puanlar

Değişkenler (ONE)	Evden getiriyorum Ort. $\pm$ SS	Kampüs dışı restoran/kafe Ort. $\pm$ SS	Üniversite içi kantin/restoran Ort. $\pm$ SS	Üniversite yemekhanesi Ort. $\pm$ SS	Öğün atıyorum Ort. $\pm$ SS	p
Davranışlar	19,5 $\pm$ 6,2	14,8 $\pm$ 3,9	16,8 $\pm$ 5,0	16,6 $\pm$ 5,2	16,9 $\pm$ 5,9	0,002 *
Duygular	8,6 $\pm$ 2,7	8,0 $\pm$ 2,6	9,6 $\pm$ 4,1	8,7 $\pm$ 3,0	8,9 $\pm$ 3,1	0,171 *
Bozukluklar	14,6 $\pm$ 4,5	13,0 $\pm$ 3,8	15,8 $\pm$ 5,3	14,1 $\pm$ 4,7	15,2 $\pm$ 4,9	0,016**
Toplam Puan	42,8 $\pm$ 11,2	35,8 $\pm$ 8,8	42,3 $\pm$ 13,5	39,4 $\pm$ 11,3	39,6 $\pm$ 11,5	0,005 *

Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma; ONE: Ortoreksiya Nervoza Envanteri.

*ANOVA, **Kruskal-Wallis.

Tablo 23'te verilen analiz sonuçlara göre öğrencilerin üniversitede yeme alışkanlıkları ile ONE toplam puanı ($p=0,005$), ONE davranışlar alt boyut puanı ($p=0,002$) ve ONE bozukluklar alt boyut puanı ($p=0,016$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Yapılan post hoc analizleri sonucu ortaya çıkan sonuçlar aşağıdaki gibidir:

- a) Yemeğini evden getirdiğini ifade eden öğrencilerin ONE davranışlar alt boyut puanı, yemeğini kampüs dışı restoran ve kafelerde yediğini ifade eden öğrencilere göre daha yüksektir ($p=0,006$).
- b) Yemeğini kampüs dışı restoran ve kafelerde yediğini ifade eden öğrencilerin ONE davranışlar alt boyut puanı, yemeğini üniversite yemeğinde yediğini ifade eden öğrencilere göre daha düşüktür ($p=0,022$).
- c) Yemeğini kampüs dışı restoran ve kafelerde yediğini ifade eden öğrencilerin ONE bozukluk alt boyut puanı, yemeğini üniversite içi kantin ve restoranlarda yediğini ifade eden öğrencilere göre daha düşüktür ($p=0,040$).
- d) Yemeğini evden getirdiğini ifade eden öğrencilerin ONE toplam puanı yemeğini kampüs dışı restoran ve kafelerde yediğini ifade eden öğrencilere göre daha yüksektir ($p=0,045$).
- e) Yemeğini kampüs dışı restoran ve kafelerde yediğini ifade eden öğrencilerin ONE toplam puanı, yemeğini üniversite içi kantin ve restoranlarda yediğini ifade eden öğrencilere göre daha düşüktür ($p=0,037$).
- f) Yemeğini kampüs dışı restoran ve kafelerde yediğini ifade eden öğrencilerin ONE toplam puanı, üniversitedeyken öğün atladığını ifade eden öğrencilere göre daha düşüktür($p=0,045$)

Öğrencilerin fiziksel aktivite yapma durumuna göre ONE toplam puan ortalamaları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 24'te gösterilmiştir.

Tablo 24. Öğrencilerin fiziksel aktivite yapma durumuna göre ONE puanları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puanlar

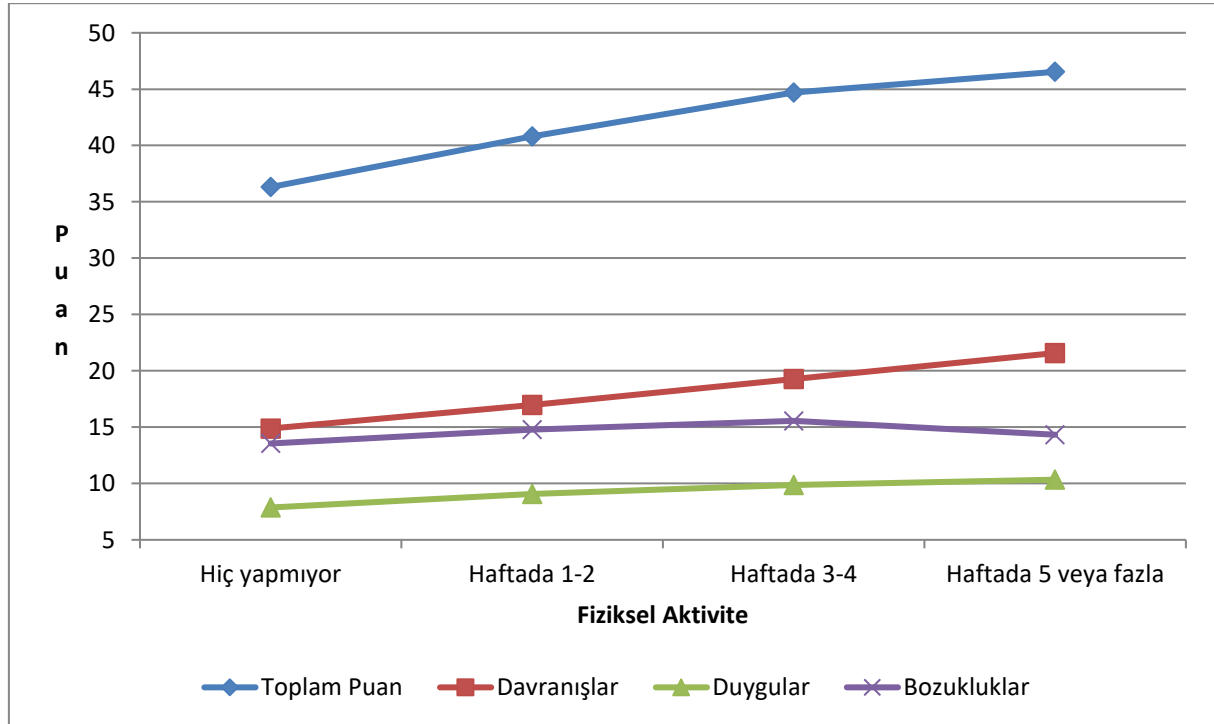
Değişkenler (ONE)	Fiziksel aktivite yapmıyor Ort. $\pm$ SS	Fiziksel aktivite yapıyor Ort. $\pm$ SS	P
Davranışlar	14,9 $\pm$ 4,3	17,9 $\pm$ 5,5	<0,001
Duygular	7,9 $\pm$ 2,5	9,38 $\pm$ 3,4	0,002
Bozukluklar	13,6 $\pm$ 4,4	15,0 $\pm$ 4,90	<0,001
Toplam Puan	36,3 $\pm$ 9,9	42,3 $\pm$ 11,9	<0,001

Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma; ONE: Ortoreksiya Nervoza Envanteri.

*Bağımsız gruplarda T testi.

Tablo 24’te gösterilen analiz sonuçlarına göre fiziksel aktivite yapan öğrenciler, fiziksel aktivite yapmayan öğrencilere kıyasla daha yüksek ONE toplam puanlarına ve daha yüksek ONE alt boyut puanlarına sahiptir ($p < 0,01$).

Öğrencilerin fiziksel aktivite yapma sıklıkları ile ONE ve ONE alt boyut puan ortalamaları grafiği Şekil 3’te gösterilmiştir.



Şekil 3. Öğrencilerin fiziksel aktivite sıklık durumları ile ONE ve ONE alt boyut puan ortalamaları çizgi grafiği

Öğrencilerin fiziksel aktivite yapma sıklıklarına göre ONE toplam puan ortalamaları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 25’te gösterilmiştir.

Tablo 25. Öğrencilerin fiziksel aktivite sıklığına göre ONE puanları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puanlar

Değişkenler (ONE)	Hiç yapmıyor Ort. $\pm$ SS	Haftada 1-2 Ort. $\pm$ SS	Haftada 3-4 Ort. $\pm$ SS	Haftada 5 veya fazla Ort. $\pm$ SS	p
Davranışlar	14,9 $\pm$ 4,3	17,0 $\pm$ 4,9	19,3 $\pm$ 6,2	21,6 $\pm$ 5,9	<0,001
Duygular	7,9 $\pm$ 2,5	9,1 $\pm$ 3,2	9,9 $\pm$ 3,7	10,3 $\pm$ 3,3	<0,001
Bozukluklar	13,6 $\pm$ 4,4	14,8 $\pm$ 4,9	15,6 $\pm$ 5,0	14,6 $\pm$ 4,6	0,010
Toplam Puan	36,3 $\pm$ 9,9	40,8 $\pm$ 11,4	44,7 $\pm$ 13,0	46,5 $\pm$ 11,6	<0,001

Ort.: Ortalama; **SS:** Standart sapma; **ONE:** Ortoresiya Nervoza Envanteri.

***ANOVA.**

Tablo 25’te gösterilen analiz sonuçlarına göre öğrencilerin fiziksel aktivite sıklığı ile ONE toplam puanları ($p<0,000$) ve ONE alt boyut puanları ($p<0,05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Yapılan post hoc analizleri ile elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir:

- Fiziksel aktivite yapmayan öğrencilerin ONE davranış alt boyutu puanı, haftada 1-2 kez fiziksel aktivite yapan öğrencilere göre ($p<0,001$), haftada 3-4 kez fiziksel aktivite yapan öğrencilere göre ($p<0,001$), haftada 5 veya fazla fiziksel aktivite yapan öğrencilere göre ($p<0,001$) daha düşüktür.
- Haftada 1-2 kez fiziksel aktivite yapan öğrencilerin ONE davranış alt boyutu puanı, haftada 3-4 kez fiziksel aktivite yapan öğrencilere göre ($p=0,045$), haftada 5 veya fazla fiziksel aktivite yapan öğrencilere göre ($p=0,005$) daha düşüktür.
- Fiziksel aktivite yapmayan öğrencilerin ONE duygular alt boyutu puanı, haftada 1-2 kez fiziksel aktivite yapan öğrencilere göre ($p<0,001$), haftada 3-4 kez fiziksel aktivite yapan öğrencilere göre ($p=0,001$), haftada 5 veya fazla fiziksel aktivite yapan öğrencilere göre ($p=0,008$) daha düşüktür.
- Fiziksel aktivite yapmayan öğrencilerin ONE bozukluk alt boyutu puanı, haftada 3-4 kez fiziksel aktivite yapan öğrencilere göre ($p=0,017$) daha düşüktür.

- e) Fiziksel aktivite yapmayan öğrencilerin ONE toplam puanı, haftada 1-2 kez fiziksel aktivite yapan öğrencilere göre ($p<0,001$), haftada 3-4 kez fiziksel aktivite yapan öğrencilere göre ($p<0,001$), haftada 5 veya fazla fiziksel aktivite yapan öğrencilere göre ($p=0,002$) daha düşüktür

Gıda okuryazarlığı durumu öğrencilerin gıda okuryazarlığı kısa formundan aldıkları puana göre belirlenmiş olup, 31 puan ve üzeri alanlar gıda okuryazarlığı yeterli olarak kabul edilirken 31 puan altında alanlar gıda okuryazarlığı yetersiz olarak kabul edilmiştir. Öğrencilerin gıda okuryazarlık durumuna göre ONE puan ortalamaları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puanlar Tablo 26’da verilmiştir.

Tablo 26. Öğrencilerin gıda okuryazarlığı durumuna göre ONE puanları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puanlar

Değişkenler (ONE)	Gıda okuryazarlığı yetersiz	Gıda okuryazarlığı yeterli	p
	Ort. $\pm$ SS	Ort. $\pm$ SS	
Davranışlar	14,9 $\pm$ 4,5	17,5 $\pm$ 5,4	<0,001
Duygular	8,1 $\pm$ 2,9	9,1 $\pm$ 3,2	<0,001
Bozukluklar	13,5 $\pm$ 4,1	14,8 $\pm$ 5,0	0,003
Toplam Puan	36,4 $\pm$ 10,1	41,3 $\pm$ 11,8	0,001

Ort.: Ortalama; **SS:** Standart sapma; **ONE:** Ortoreksiya Nervoza Envanteri.

*Bağımsız gruplarda T testi.

Tablo 26’da gösterilen analiz sonuçlarına göre gıda okuryazarlığı yeterli olan öğrenciler, gıda okuryazarlığı yetersiz olan öğrencilere kıyasla daha yüksek ONE toplam puanlarına ($p=0,001$) ve daha yüksek ONE alt boyut puanlarına sahiptir ($p<0,01$).

Tablo 27’de Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ) toplam puanı ile ONE toplam puanı ve ONE alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Pearson korelasyon testinin sonuçları verilmiştir.

Tablo 27. ONE toplam puanı ve alt boyut puanlarının SAÖ puan toplamı ile Pearson korelasyon testi sonuçları

Değişkenler	N	r	p
ONE Toplam Puanı SAÖ Puanı	467	0,107	0,021
ONE Duygular Puanı SAÖ Puanı	467	0,145	0,002
ONE Davranışlar Puanı SAÖ Puanı	467	0,048	0,300
ONE Bozukluk Puanı SAÖ Puanı	467	0,110	0,017

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ) puanı ile ONE toplam puanı ve ONE alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Pearson korelasyon testinin sonuçlarına göre; SAÖ puanı ile ONE toplam puanı ($p=0,021$), ONE duygular alt boyut puanı ($p=0,002$) ve ONE bozukluk alt boyut puanı ($p=0,017$) arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde zayıf korelasyon vardır.

Tablo 28’de öğrencilerin Gıda Okuryazarlığı Kısa Form(GOKF) puanı ile ONE toplam puanı ve ONE alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Pearson korelasyon testinin sonuçları verilmiştir.

Tablo 28. ONE toplam puanı ve alt boyut puanlarının GOKF puanı ile Pearson korelasyon testi sonuçları

Değişkenler	N	r	p
ONE Toplam Puanı GOKF Puanı	467	0,220	<0,001
ONE Duygular Puanı GOKF Puanı	467	0,156	0,001
ONE Davranışlar Puanı GOKF Puanı	467	0,304	<0,001
ONE Bozukluk Puanı GOKF Puanı	467	0,094	0,042

Öğrencilerin GOKF puanları ile ONE toplam puanı ve ONE alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Pearson korelasyon testinin sonuçlarına göre; GOKF puanı ile ONE toplam puanı ($p < 0,001$), ONE duygular alt boyut puanı ($p = 0,001$) ve bozukluk alt boyut puanı ($p = 0,042$) arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde zayıf korelasyon vardır. GOKF puanı ile ONE davranışlar alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde orta düzeyde korelasyon vardır ($p < 0,001$).

Çok değişkenli bir lineer regresyon modeli kullanılarak farklı değişkenlerin ONE toplam puanı üzerindeki bağımsız etkileri incelenmiştir.

Çok değişkenli lineer regresyon modelinde ONE toplam puanı bağımlı değişken; yaş, cinsiyet, fakülte türü, SAÖ puanı, gıda okuryazarlığı durumu, yaşanılan yer, kronik hastalık durumu, psikiyatrik tanı varlığı, gelir durumu, sigara ve alkol kullanım alışkanlıkları, özel diyet uygulama durumu, besin/ilaç alerjisi varlığı, fiziksel aktivite yapma durumu, ortoreksiya nervoza kavramı hakkında bilgi durumu, evde ve üniversitede beslenme alışkanlıkları ve beden kitle indeksi bağımsız değişkenler olarak alınmıştır.

Çok değişkenli analiz sırasında; yaş, cinsiyet, fakülte türü, yaşanılan yer, kronik hastalık durumu, sigara ve alkol kullanım alışkanlıkları, besin/ilaç alerjisi varlığı, ortoreksiya nervoza kavramı hakkında bilgi durumu, evde ve üniversitede beslenme alışkanlıkları bağımsız değişkenleri ilişkili olmadıkları için modelden atılmıştır ($p > 0.05$). Son aşamada SAÖ puanı, gıda okuryazarlığı durumu, yeme bozukluğu tanı varlığı, gelir durumu, özel diyet uygulama durumu, fiziksel aktivite yapma durumu ve beden kitle indeksinin ONE toplam puanını etkilediği ortaya çıkmıştır ($p < 0,001$).

Geriye dönük basamaklama yöntemiyle yapılan çok değişkenli lineer regresyon analizinde en uygun model Tablo 29'da sunulmuştur.

Tablo 29. ONE toplam puanı için çok değişkenli lineer regresyon modeli

Coefficients^a						
Model 13		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
Sabit		10,780	3,915		2,754	0,006
Fiziksel Aktivite	Yapıyor	3,699	0,935	0,160	3,957	<0,001
	Yapmıyor	Referans				
Özel Diyet	Yapıyor	9,426	1,226	0,318	7,686	<0,001
	Yapmıyor	Referans				
Geliri Giderine Göre	Az	2,629	1,200	0,088	2,191	0,029
	Eşit - Fazla	Referans				
Beden Kitle İndeksi	-	0,457	0,116	0,160	3,947	<0,001
SAÖ Puanı	-	0,226	0,077	0,116	2,934	0,004
GOKF Puanı	-	0,306	0,073	0,170	4,217	<0,001
Yeme Bozukluğu Tanısı	Yok	Referans				
	Var	8,058	2,764	0,116	2,916	0,004
Model: F=27,867; p<0,001; R=0,546; R ² = 0,298; Adjusted R ² =0,288 a: Bağımlı Değişken: ONE (Ortoreksiya Nervoza Envanteri) toplam puanı SAÖ: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği; GOKF: Gıda Okuryazarlığı Kısa Form						

Yapılan analiz sonucu aşağıdaki model oluşmuştur:

ONE Toplam Puan = 10,780 + (fiziksel aktivite_yapıyor x 3,699) + (özel diyet_yapıyor x 9,426) + (geliri giderinden_az x 2,629) + (beden kitle indeksi x 0,457) + (sağlık anksiyetesi ölçeği puanı x 0,226) + (gıda okuryazarlığı kısa form puanı x 0,306) + (yeme bozukluğu tanısı_var x 8,058)

Yapılan bu analize göre değişkenlerin ONE toplam puanı açıklama gücü % 28,8 bulunmuştur. ONE toplam puanını en çok etkileyen değişken özel diyet uygulama durumudur.

SAĞLIK ANKSİYETESİ ÖLÇEĞİ PUANI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ) puanları Tablo 30’da verilmiştir.

Tablo 30. Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ile SAÖ puanı

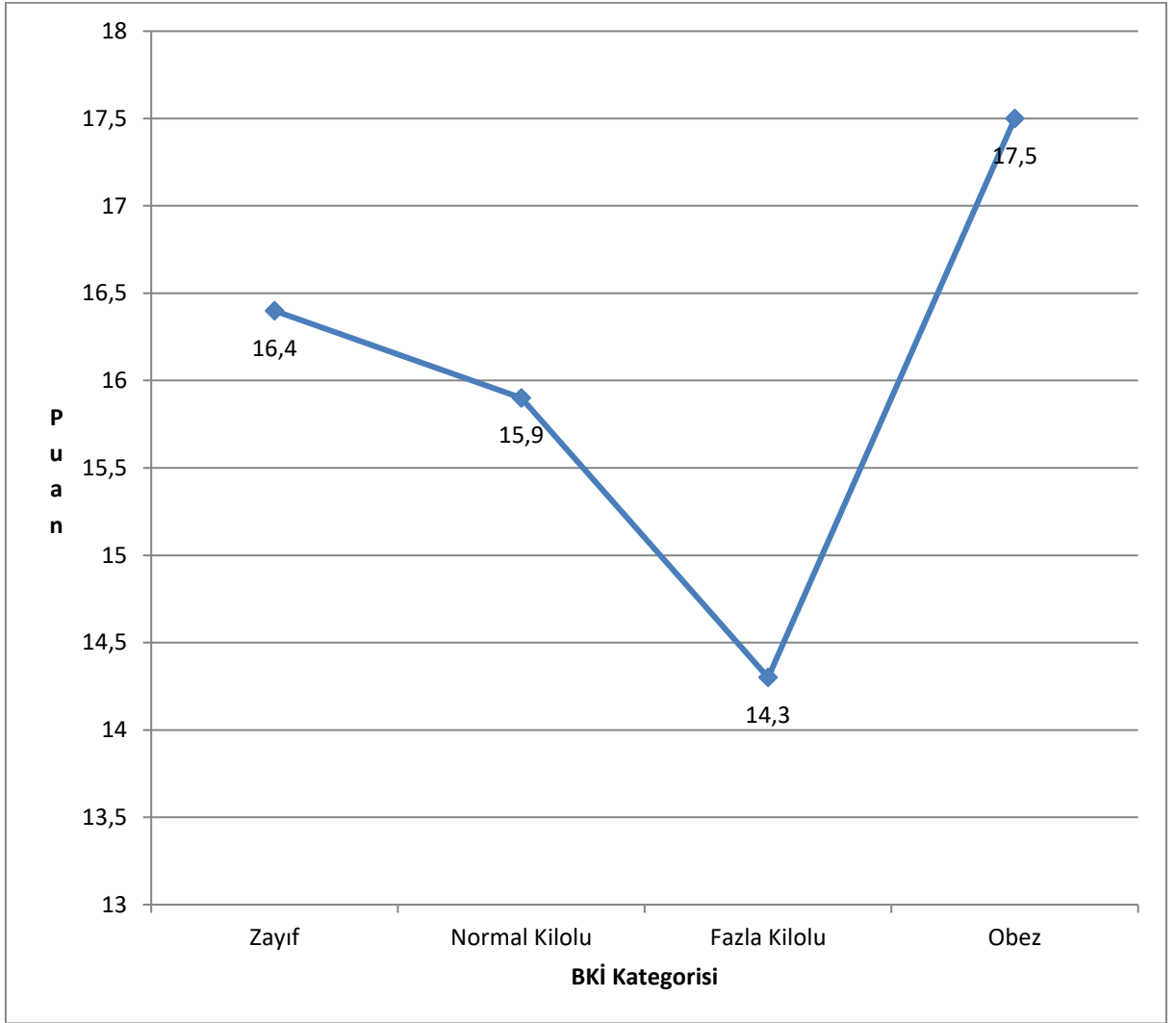
Özellik	SAÖ Puanı Ort. $\pm$ SS	p
Cinsiyet		
Kadın	16,7 $\pm$ 6,1	<0,001*
Erkek	14,6 $\pm$ 5,5	
Fakülte Türü		
Sağlık ve beslenme ile ilgili ders alan	16,7 $\pm$ 6,0	0,009*
Sağlık ve beslenme ile ilgili ders almayan	15,2 $\pm$ 5,8	
Beden Kitle İndeksi		
Zayıf	16,4 $\pm$ 5,9	0,015**
Normal kilolu	15,9 $\pm$ 6,1	
Fazla kilolu	14,3 $\pm$ 5,3	
Obez	17,5 $\pm$ 5,9	
Yaşanılan Yer		
Aile/Akraba yanı	15,1 $\pm$ 5,8	0,726**
Yurt	15,6 $\pm$ 5,7	
Ev arkadaşı ile	15,9 $\pm$ 5,8	
Evde yalnız	16,1 $\pm$ 6,5	
Gelir Durumu		
Geliri giderinden az	15,9 $\pm$ 6,0	0,656*
Geliri giderine eşit veya giderinden fazla	15,6 $\pm$ 5,9	

Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma.

*Bağımsız gruplarda T testi, **ANOVA.

Tablo 30’da verilen analiz sonuçlarına göre kadın öğrencilerin SAÖ puanları erkek öğrencilerin SAÖ puanlarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,001$). Sağlık ve beslenme ile ilgili ders alan öğrencilerin SAÖ puanları Sağlık ve beslenme ile ilgili

ders almayan öğrencilerin SAÖ puanlarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p=0,009$). Öğrencilerin beden kitle indeksleri ile SAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,015$). Yapılan post hoc analizleri ile elde edilen sonuçlara göre fazla kilolu öğrencilerin SAÖ puanları obez öğrencilerin SAÖ puanlarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p=0,027$). Öğrencilerin BKİ kategorileri ile SAÖ puan ortalamaları grafiği Şekil 4'te gösterilmiştir.



Şekil 4. Öğrencilerin BKİ kategorileri ile SAÖ puan ortalamaları çizgi grafiği

Tablo 31'de öğrencilerin sağlık verilerine göre SAÖ puanları verilmiştir.

Tablo 31. Öğrencilerin sağlık durumları ile SAÖ puanları

Özellik	SAÖ Puanı Ort. $\pm$ SS	p
Fiziksel Aktivite Durumu		
Yapmıyor	16,4 $\pm$ 6,3	0,013*
Yapıyor	15,1 $\pm$ 5,5	
Kronik Hastalık		
Var	18,0 $\pm$ 5,7	0,001*
Yok	15,3 $\pm$ 5,8	
Psikiyatrik Tanı Varlığı		
Var	17,3 $\pm$ 6,7	0,008*
Yok	15,3 $\pm$ 5,6	
Depresyon		
Var	17,7 $\pm$ 5,9	0,043*
Yok	15,5 $\pm$ 5,9	
Anksiyete Bozukluğu		
Var	17,8 $\pm$ 6,6	0,004*
Yok	15,4 $\pm$ 5,7	
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu		
Var	14,1 $\pm$ 7,0	0,218*
Yok	15,8 $\pm$ 5,8	
Obsesif Kompulsif Bozukluk		
Var	19,6 $\pm$ 8,5	0,075**
Yok	15,6 $\pm$ 5,8	
Yeme Bozukluğu		
Var	14,2 $\pm$ 5,3	0,451**
Yok	15,7 $\pm$ 5,9	
Besin Veya İlaç Alerjisi		
Var	18,1 $\pm$ 6,7	0,010*
Yok	15,4 $\pm$ 5,8	

Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma.

*Bağımsız gruplarda T testi, **Mann-Whitney U Testi.

Tablo 31’de gösterilen analiz sonuçlarına göre fiziksel aktivite yapan öğrencilerin SAÖ puanları, fiziksel aktivite yapmayan öğrencilerin SAÖ puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür ($p=0,013$). Kronik hastalığı olduğunu ifade eden öğrencilerin SAÖ puanları, kronik hastalığı olmadığını ifade eden öğrencilerin SAÖ puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ($p=0,001$). Psikiyatrik tanısı olduğunu ifade eden öğrencilerin SAÖ puanları, psikiyatrik tanısı olmadığını ifade eden öğrencilerin SAÖ puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ($p=0,008$). Depresyon tanısı olduğunu ifade eden öğrencilerin SAÖ puanları, depresyon tanısı olmadığını ifade eden öğrencilerin SAÖ puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ($p=0,043$). Anksiyete bozukluğu tanısı olduğunu ifade eden öğrencilerin SAÖ puanları, anksiyete bozukluğu tanısı olmadığını ifade eden öğrencilerin SAÖ puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ($p=0,004$).

Tablo 32’de öğrencilerin sigara ve alkol kullanım alışkanlıklarına göre SAÖ puan ortalamaları verilmiştir.

Tablo 32. Öğrencilerin sigara ve alkol tüketim alışkanlıkları ile SAÖ puanları

Özellik	SAÖ Puanı Ort. $\pm$ SS	p
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	15,8 $\pm$ 6,0	0,838*
Hayır / Bıraktım	15,6 $\pm$ 5,9	
Alkol Tüketimi		
Hiç	15,7 $\pm$ 5,8	0,798**
Ayda bir veya daha az	15,7 $\pm$ 6,3	
Haftada bir veya daha az	16,1 $\pm$ 5,5	
Haftada 2+	14,8 $\pm$ 5,9	

Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma.

*Bağımsız gruplarda T testi, **ANOVA.

Öğrencilerin yeme alışkanlıklarına göre SAÖ puan ortalamaları Tablo 33’te verilmiştir.

Tablo 33. Öğrencilerin yeme alışkanlıkları ile SAÖ puanları

Özellik	SAÖ Puanı Ort. $\pm$ SS	p
Kaldığı Yerde Yeme Alışkanlığı		
Evde yemek yiyenler	15,8 $\pm$ 6,1	0,725*
Hazır yemek yiyenler	15,6 $\pm$ 5,7	
Üniversitede Yemekleri Nerede Yiyorsunuz?		
Evden getiriyorum	15,6 $\pm$ 5,4	0,682**
Kampüs dışı restoran, kafe	16,1 $\pm$ 6,1	
Üniversite içi kantin, restoran	16,5 $\pm$ 6,0	
Yemekhane	15,6 $\pm$ 5,7	
Öğün atlıyorum	14,9 $\pm$ 6,4	
Özel Diyet Uygulama		
Var	16,4 $\pm$ 5,4	0,237*
Yok	15,5 $\pm$ 6,0	

Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma.

*Bağımsız gruplarda T testi, **ANOVA.

Öğrencilerin ortoreksiya nervoza ile ilgili bilgi durumları ile SAÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde ilişki vardır ($p=0,023$). Ortoreksiya nervoza hakkında bilgisi olan iki seçenek ile bilgisi olmayan iki seçeneğin ortalamaları birbirine çok yakın olması sebebiyle kategoriler birleştirilmiş ve analiz tekrarlanmıştır. Analiz sonuçlarına göre ortoreksiya nervoza hakkında bilgisi olan öğrencilerin SAÖ toplam puanları, ortoreksiya nervoza hakkında bilgisi olmayan öğrencilerin SAÖ toplam puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ($p=0,002$).

Tablo 34’te öğrencilerin gıda okuryazarlığı durumu ve ortoreksiya nervoza bilgi durumuna göre SAÖ puan ortalamaları verilmiştir.

Tablo 34. Öğrencilerin gıda okuryazarlık ve ortoreksiya nervoza bilgi durumuna göre SAÖ toplam puan ortalamaları

Özellik	SAÖ Puanı Ort. $\pm$ SS	p
Gıda Okuryazarlığı		
Yetersiz	15,6 $\pm$ 6,0	0,822*
Yeterli	15,7 $\pm$ 5,8	
Ortoreksiya Nervozu Bilgi Durumu		
Hiç duymadım	15,3 $\pm$ 6,0	0,023**
Duydum ama bilgim yok	15,2 $\pm$ 5,7	
Doktorlardan/ Diyetisyenden/Dersten bilgi aldım	17,6 $\pm$ 5,5	
Kitle iletişim araçlarından/Çevremden bilgi aldım	17,4 $\pm$ 5,3	
Ortoreksiya Nervozu Bilgi Durumu		
Duymamış/Bilgisi yok	15,3 $\pm$ 5,94	0,002*
Bilgi almış	17,5 $\pm$ 5,34	

Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma.

*Bağımsız gruplarda T testi, **ANOVA.

GIDA OKURYAZARLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Gıda Okuryazarlığı Kısa Form (GOKF) puanı kadın öğrencilerde, sağlık ve beslenme ile ilgili ders alan öğrencilerde, geliri giderine eşit veya giderinden fazla öğrencilerde istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ($p < 0,01$).

Tablo 35’te öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre GOKF toplam puan ortalamaları verilmiştir.

Tablo 35. Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre GOKF puanları

Özellik	GOKF Puanı Ort. $\pm$ SS	p
Cinsiyet		
Kadın	33,8 $\pm$ 6,4	0,002*
Erkek	32,0 $\pm$ 6,2	
Fakülte Türü		
Sağlık ve beslenme ile ilgili ders alan	34,8 $\pm$ 6,9	0,000*
Sağlık ve beslenme ile ilgili ders almayan	31,9 $\pm$ 5,8	
Beden Kitle İndeksi		
Zayıf	33,3 $\pm$ 6,3	0,963**
Normal kilolu	32,9 $\pm$ 6,6	
Fazla kilolu	32,9 $\pm$ 6,0	
Obez	32,9 $\pm$ 6,4	
Yaşanılan Yer		
Aile/Akraba yanı	33,5 $\pm$ 5,4	0,099**
Yurt	32,2 $\pm$ 6,5	
Ev arkadaşı ile	32,7 $\pm$ 6,7	
Evde yalnız	34,1 $\pm$ 6,3	
Gelir Durumu		
Geliri giderinden az	31,1 $\pm$ 5,9	0,004*
Geliri giderine eşit veya giderinden fazla	33,3 $\pm$ 6,4	

Ort.: Ortalama; **SS:** Standart sapma.

*Bağımsız gruplarda T testi, **ANOVA.

Fiziksel aktivite yapan öğrencilerin GOKF puanları yapmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p=0,025$).

Tablo 36’da öğrencilerin sağlık durumlarına göre GOKF puan ortalamaları verilmiştir.

Tablo 36. Öğrencilerin sağlık durum özellikleri ile GOKF puanları

Özellik	GOKF Puanı Ort. ± SS	p
Fiziksel Aktivite Durumu		
Yapmıyor	32,2 ± 6,8	0,025*
Yapıyor	33,5 ± 6,0	
Kronik Hastalık		
Var	34,3 ± 6,1	0,057*
Yok	32,7 ± 6,4	
Psikiyatrik Tanı Varlığı		
Var	32,7 ± 6,8	0,658*
Yok	33,0 ± 6,2	
Besin Veya İlaç Alerjisi		
Var	32,2 ± 6,6	0,427*
Yok	33,0 ± 6,3	

Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma.

*Bağımsız gruplarda T testi.

Tablo 37’de öğrencilerin sigara ve alkol tüketim alışkanlıklarına göre GOKF puan ortalamaları verilmiştir.

Tablo 37. Öğrencilerin sigara ve alkol tüketim alışkanlıkları ile GOKF Puanları

Özellik	GOKF Puanı Ort. ± SS	p
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	32,7 ± 6,2	0,577*
Hayır / Bıraktım	33,0 ± 6,5	
Alkol Tüketimi		
Hiç	33,2 ± 6,5	0,355**
Ayda bir veya daha az	33,0 ± 6,3	
Haftada bir veya daha az	32,8 ± 6,5	
Haftada 2+	31,1 ± 5,4	

Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma.

*Bağımsız gruplarda T testi, **ANOVA.

Öğrencilerin yeme alışkanlıklarına göre GOKF puanları Tablo 38’de gösterilmiştir.

Tablo 38. Öğrencilerin yeme alışkanlıkları ile GOKF puanları

Özellik	GOKF Puanı Ort. $\pm$ SS	P
Kaldığı Yerde Yeme Alışkanlıkları		
Evde yemek yiyenler	33,7 $\pm$ 6,21	0,004*
Hazır yemek yiyenler	32,0 $\pm$ 6,40	
Üniversitede Yemekleri Nerede Yiyorsunuz?		
Evden getiriyorum	31,7 $\pm$ 7,5	0,202**
Kampüs dışı restoran, kafe	31,7 $\pm$ 6,0	
Üniversite içi kantin, restoran	32,6 $\pm$ 6,7	
Yemekhane	33,4 $\pm$ 6,5	
Öğün atlıyorum	32,9 $\pm$ 6,4	
Özel Diyet Uygulama		
Var	35,0 $\pm$ 5,9	0,001*
Yok	32,4 $\pm$ 6,4	

Ort.: Ortalama; **SS:** Standart sapma.

*Bağımsız gruplarda T testi; **Kruskal-Wallis.

Tablo 38’de verilen analiz sonuçlarına göre GOKF puanı evde yemek yiyen öğrencilerde ($p=0,004$) ve özel diyet uygulayan öğrencilerde ($p=0,001$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 39’da öğrencilerin ortoreksiya nervoza bilgi durumuna göre GOKF puan ortalamaları verilmiştir.

Tablo 39. Öğrencilerin GOKF puanı ve ortoreksiya nervoza bilgi durumu

Özellik	GOKF Puanı Ort. $\pm$ SS	p
Ortoreksiya Nervoza Bilgi Durumu		
Hiç duymadım	31,5 $\pm$ 6,0	<0,001*
Duydum ama bilgim yok	33,6 $\pm$ 5,9	
Doktorlardan/ Diyetisyenden/Dersten bilgi aldım	39,9 $\pm$ 6,2	
Kitle iletişim araçlarından/Çevremden bilgi aldım	34,4 $\pm$ 5,4	

Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma.

*ANOVA.

Tablo 39’da verilen analiz sonuçlarına göre, öğrencilerin GOKF puanı ile ortoreksiya nervoza kavramı hakkındaki bilgi durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde ilişki vardır ($p<0,001$). Yapılan post hoc analizin sonuçları aşağıda verilmiştir:

- Ortoreksiya nervoza kavramını hiç duymadığını ifade eden öğrencilerin GOKF puanı; duyduğunu ama bilgisi olmadığını ifade eden öğrencilerden ($p=0,012$), kitle iletişim araçlarından/çevreden bilgi aldığını ifade eden öğrencilerden ($p=0,008$) ve doktor/diyetisyen/ders aracılığıyla bilgi aldığını ifade eden öğrencilerden düşüktür.
- Ortoreksiya nervoza kavramını duyduğunu ama bilgisi olmadığını ifade eden öğrencilerin GOKF puanı, doktor/diyetisyen/ders aracılığıyla bilgi aldığını ifade eden öğrencilerden düşüktür ($p<0,001$).
- Ortoreksiya nervoza kavramı hakkında doktor/diyetisyen/ders aracılığıyla bilgi aldığını ifade eden öğrencilerin GOKF puanı, kitle iletişim araçlarından/çevreden bilgi aldığını ifade eden öğrencilerden ($p<0,001$) yüksektir.

TARTIŞMA

Bu çalışma Trakya Üniversitesi'nin Edirne il merkezinde bulunan Diş Hekimliği Fakültesi, Eğitim Fakültesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi (İİBF), Mühendislik Fakültesi, Tıp Fakültesi ve Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde örgün eğitim gören toplam 467 öğrenci ile yüz yüze anket yöntemi ile yürütülmüştür. Çalışmada öğrencilerin ortoreksiya nervozaya yatkınlık durumları, sağlık anksiyetesine yatkınlık durumları ve gıda okuryazarlığı durumları ölçekler ile incelenmiş ve bağımsız değişkenler ile analiz edilmiştir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin % 21,0'i daha önce psikiyatrik tanı aldığını ifade ederken % 79,0'u herhangi bir psikiyatrik tanısı olmadığını ifade etmiştir. Dünya genelinde ruhsal bozukluk prevalansı 20-24 yaş aralığında % 16,1 iken 20-54 yaş aralığında % 16,6 olarak tahmin edilmektedir (53). Türkiye için ise bu değerler sırası ile % 20,0 ve % 18,8 olarak hesaplanmıştır (53). Çalışma bulgumuz Global Burden of Disease 2021 (GBD 2021) bulguları ile uyumludur.

Araştırmamıza katılan öğrencilerin % 12,2'si anksiyete bozukluğu tanısı, % 7,3'ü depresyon tanısı, % 6,2'si dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı, % 2,4'ü obsesif kompulsif bozukluk tanısı, % 2,8'i yeme bozukluğu tanısı aldığını ifade etmiştir. Dünya genelinde ve Türkiye'de 20-24 yaş arası için prevalans değerleri sırasıyla anksiyete bozukluğu için % 5,8 – % 7,9, depresyon için % 4,8 – % 6,4, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu için % 1,6 – % 2,0, yeme bozukluğu için % 0,6 – % 0,8 olarak hesaplanmıştır (53). Çalışmamızdaki depresyon tanısı ile GBD 2021 verileri yakınen, diğer tanımlar çalışmamızda daha yüksek bulunmuştur. Birden fazla ruhsal bozukluk tanısı olan öğrencilerin fazlalığı bu duruma yol açmış olabilir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin % 59,3'ü ortoreksiya nervoza kavramını hiç duymadığını ifade ederken, sağlık ve beslenme ile ilgili ders almayanlarda hiç duymadığını ifade edenler % 70,8 olup, sağlık ve beslenme ile ilgili ders alanlarda hiç duymadığını ifade edenler % 37,7 olarak bulunmuştur. Bu farka kişilerinin okudukları alan ile ilgili konulara eğilimi, aldıkları ders içerikleri ve takip ettikleri kaynakların farklılığı sebep olmuş olabilir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin Ortoreksiya Nervoza Envanteri (ONE) toplamından aldıkları puanların ortalaması $39,6 \pm 11,5$ olurken medyanı 37 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ölçekten alınan en düşük puan 24 iken en yüksek puan 73 olmuştur. Kaya ve arkadaşlarının (54) Türkiye'de yaşayan 206 diyetisyen katılımcı ile yaptığı çalışmada ONE toplam puan ortalaması $37,5 \pm 9,7$ olarak bulunmuştur. Faraji ve Kahraman'ın (55) 18-45 yaş aralığında bulunan, İstanbul'da yaşayan 418 gönüllü katılımcı ile gerçekleştirdiği çalışmada ise ONE toplam puan ortalaması $38,6 \pm 10,8$, en düşük puan 24, en yüksek puan 70 olarak bulunmuştur. Oberle ve arkadaşları (45) tarafından Texas'ta, lisans düzeyinde beslenme dersi alan, psikoloji dersi alan ve kontrol grubundan oluşan 847 katılımcıya yapılan çalışmada ONE toplam puan ortalaması $41,1 \pm 14,0$ olurken medyan değer 38 olarak bulunmuştur. Yung ve Tabri'nin (56) Amerika Birleşik Devletleri'nde ikamet eden 18 yaş üzeri toplam 533 katılımcıda yaptığı çalışmada ONE toplam puan ortalaması $44,5 \pm 13,5$ olarak bulunmuştur. Duradoni ve arkadaşlarının (57) İtalya'da, sosyal medya aracılığıyla, çevrimiçi anket yolu ile, 587 katılımcıda yaptığı çalışmada ONE toplam puan ortalaması $35,1 \pm 10,8$ bulunmuştur. Zagaria ve arkadaşlarının (58) İtalya'da 879 katılımcı ile yaptığı çalışmada ONE toplam puan ortalaması $37,2 \pm 10,0$ bulunmuştur. Bu sonuçlar farklı ülkelerde ONE toplam puan ortalamalarının farklı olabileceğini göstermektedir.

Araştırmamıza katılan öğrencilerin ONE davranışlar alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması $16,6 \pm 5,2$ olurken medyanı 16 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ONE davranışlar alt boyutundan alınan en düşük puan 9 iken en yüksek puan 33 olmuştur. Faraji ve Kahraman'ın (55) çalışmasında ONE davranışlar alt boyutu puan ortalaması $16,4 \pm 4,9$, en düşük puan 9, en yüksek puan 33 olarak bulunmuştur. Oberle ve arkadaşları (45) tarafından yapılan çalışmada ONE davranışlar alt boyutu puan ortalaması $17,1 \pm 6,2$ olurken medyan değer 16 olarak bulunmuştur. Duradoni ve arkadaşlarının (57) çalışmasında ONE davranışlar alt boyutu puan ortalaması $13,5 \pm 4,1$ olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar farklı ülkelerde ONE davranışlar alt boyutu puan ortalamalarının farklı olabileceğini göstermektedir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin ONE duygular alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması $8,7 \pm 3,1$ olurken medyanı 8 olarak bulunmuştur. Ortoreksiya Nervoza Envanteri duygular alt boyutundan alınan en düşük puan 5 iken en yüksek puan 20 olmuştur. Faraji ve Kahraman'ın (55) çalışmasında ONE duygular alt boyutu puan ortalaması $8,5 \pm 3,2$, en düşük puan 5, en yüksek puan 20 olarak bulunmuştur. Oberle ve arkadaşları (45) tarafından yapılan çalışmada ise ONE duygular alt boyutu puan ortalaması $10,0 \pm 4,1$ olurken medyan değer 9 olarak bulunmuştur. Duradoni ve arkadaşlarının (57) çalışmasında ONE duygular alt boyutu puan ortalaması $7,3 \pm 2,6$ olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar farklı ülkelerde ONE duygular alt boyutu puan ortalamalarının farklı olabileceğini göstermektedir.

Araştırmamıza katılan öğrencilerin ONE bozukluklar alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları $14,3 \pm 4,7$ olurken medyanı 13 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ONE bozukluklar alt boyutundan alınan en düşük puan 10 iken en yüksek puan 33 olmuştur. Faraji ve Kahraman'ın (55) çalışmasında ONE bozukluklar alt boyutu puan ortalaması $13,7 \pm 4,7$, en düşük puan 10, en yüksek puan 30 olarak bulunmuştur. Oberle ve arkadaşları (45) tarafından yapılan çalışmada ONE bozukluklar alt boyutu puan ortalaması $14,0 \pm 5,6$ olurken medyan değer 12 olarak bulunmuştur. Duradoni ve arkadaşlarının (57) çalışmasında ONE bozukluklar alt boyutu puan ortalaması $14,4 \pm 4,6$ olarak bulunmuştur. Literatürdeki ONE bozukluklar alt boyut puan ortalamaları bizim bulgumuz ile uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin cinsiyetlerine göre ONE toplam puanları karşılaştırıldığında kadınların puan ortalaması $39,2 \pm 11,0$, erkeklerin ise $40,1 \pm 11,9$ olarak bulunmuştur. Cinsiyet ile ONE toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Cinsiyet ile ONE alt ölçek puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Kaya ve arkadaşlarının (23) Türkiye'de yaşayan 18 ile 65 yaş arası 710 yetişkinde yaptığı çalışmada ONE toplam puan ortalaması kadınlarda $39,03 \pm 9,99$ iken erkeklerin ONE toplam puan ortalamaları $40,04 \pm 10,04$ olarak bulunmuş ve puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yılmaz ve Ünal'ın (59) Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne ayaktan başvuran ve DSM-5'e göre tanı kriterlerini karşılayan ruhsal hastalığı olmayan 345 katılımcı ile yaptıkları çalışmada kadınların ONE toplam puan ortalaması $39,64 \pm 11,43$ iken erkeklerin ONE toplam puan ortalaması $40,14 \pm 12,55$ olarak bulunmuş ve puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu bulgular çalışmamızdaki bulgular ile benzerdir. Duradoni ve arkadaşlarının (57) çalışmasında ONE toplam puan ortalaması kadınlarda $35,4 \pm 11,2$ iken

erkeklerde $33,3 \pm 6,9$ olarak bulunmuştur. Turan ve arkadaşlarının (60) Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı'na başvuran 12-18 yaş aralığındaki 266 ergen katılımcı üzerinde yaptığı çalışmada ve Erşahinoğlu'nun (61) 104'ü Tıp Fakültesi öğrencisi, 104'ü kontrol grubundan oluşan toplam 208 kişide yaptığı çalışmada kadın ve erkek cinsiyet arasında ONE toplam puan ortalamaları arasında, bizim sonuçlarımıza benzer şekilde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kaya ve arkadaşlarının (54) yaptığı çalışmada da cinsiyet ile ONE toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Turan ve arkadaşlarının (60) yaptığı çalışmada ONE duygular alt boyutu puan ortalaması ve ONE bozukluk alt boyutu puan ortalaması kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur. Faraji ve Kahraman'ın (55) yaptığı çalışma sonuçlarına göre ise erkeklerin ONE toplam puan ortalamasının kadınlarınkine göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Cinsiyet ile ortoreksiya eğilimi arasında bir ilişki olup olmadığını ONE kullanarak araştıran, bir çalışmada erkeklerde kadınlardan daha fazla olduğu bulunurken (55), erkekler ve kadınlar arasında ortoreksiya nervozaya eğilim açısından anlamlı bir fark bulunmayan çalışmalar (23,45,54,59-62) sıklıktaadır.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin % 65,3'ü sağlık ve beslenme ile ilgili ders verilmeyen fakültelerde öğrenim görürken; % 34,7'si sağlık ve beslenme ile ilgili ders verilen fakültelerde öğrenim görmekteydi. Öğrencilerin öğrenim gördüğü fakülte türüne göre ONE toplam puanları karşılaştırıldığında sağlık ve beslenme ile ilgili ders verilmeyen fakültelerde öğrenim gören öğrencilerin puan ortalaması $39,7 \pm 11,8$ iken, sağlık ve beslenme ile ilgili ders verilen fakültelerde öğrenim gören öğrencilerin puan ortalaması $39,5 \pm 10,8$ olarak bulunmuştur. Sağlık ve beslenme ile ilgili ders alma durumuna göre ONE toplam puan ortalamaları ve ONE alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Erşahinoğlu'nun (61) 104'ü tıp fakültesi öğrencisi, 104'ü kontrol grubundan oluşan toplam 208 kişide yaptığı çalışmada ONE toplam puan ortalaması tıp fakültesi öğrencilerinde $37,7 \pm 11,6$ iken kontrol grubunda $37,3 \pm 12,6$ olarak bulunmuş ve arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu bulgu bizim çalışma sonuçlarımız ile uyumludur. Yine aynı çalışma sonuçlarına göre ONE duygular alt boyutunda tıp fakültesi öğrencilerinde ortalama puan 8,5 olurken kontrol grubunda 8,0 bulunmuş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(61). Çalışmamızda böyle bir fark saptanmasa da söz konusu çalışmanın kontrol grubunda eğitim durumunun sorgulanmamış olması ve eğitim düzeylerinin farklılık göstermesi bu farka neden olmuş olabilir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin beden kitle indeksine göre ONE toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında zayıf kategorisindeki öğrencilerin ONE toplam puan ortalaması; normal kilolu, fazla kilolu, obez kategorisindeki öğrencilerin ONE toplam puan ortalamalarından anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Normal kilolu ve fazla kilolu kategorisinde öğrencilerin ONE toplam puan ortalamaları da obez kategorisindeki öğrencilerin toplam puan ortalamasına göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Kaya ve arkadaşlarının (54) yaptığı çalışmada kişiler zayıf, normal kilolu ve fazla kilolu olarak kategorilendirilmiş olup; zayıf kilolularda ONE toplam puan medyan değeri 33, normal kilolularda ONE toplam puan medyan değeri 35, fazla kilolularda ONE toplam puan medyan değeri 36,5 olarak verilmiş fakat istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Beden kitle indeksi ile ONE toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunan birçok çalışma mevcuttur (23,60,62). Uluslararası literatürde beden kitle indeksi ile ONE toplam puanı arasında korelasyon bulunmayan (58,63) ve zayıf negatif korelasyon bulan (45) çalışmalar da vardır. Literatürdeki mevcut çalışmaların büyük kısmında korelasyon analizleri yapılmış ve çelişkili sonuçlar bulunmuştur. Bu konuda daha ayrıntılı araştırma ve analizlere ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu çalışmaya katılan öğrencilerin beden kitle indeksine göre ONE alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde çalışmamızda zayıf kategorisindeki öğrencilerin ONE davranışlar alt boyutu puan ortalaması; normal kilolu, fazla kilolu, obez kategorisindeki öğrencilerin ONE davranışlar alt boyut puan ortalamalarına göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Zayıf kategorisindeki öğrencilerin ONE duygular alt boyutu puan ortalaması; normal kilolu, fazla kilolu, obez kategorisindeki öğrencilerin ONE davranışlar alt boyutu puan ortalamalarına göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Normal kilolu kategorisindeki öğrencilerin ONE duygular alt boyutu puan ortalaması, obez kategorisindeki öğrencilerin ONE duygular alt boyutu puan ortalamasına göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Zayıf kategorisindeki öğrencilerin ONE bozukluklar alt boyutu puan ortalaması; normal kilolu, fazla kilolu, obez kategorisindeki öğrencilerin ONE bozukluklar alt boyutu puan ortalamalarından anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Normal kilolu ve fazla kilolu kategorisinde öğrencilerin ONE bozukluklar alt boyutu puan ortalamaları da obez kategorisindeki öğrencilerin ONE bozukluklar alt boyutu puan ortalamasına göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Oberle ve arkadaşlarının (45) yaptığı çalışmada beden kitle indeksi ile ONE davranışlar ve ONE bozukluklar alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde zayıf ve negatif korelasyon bulunurken beden kitle indeksi ile ONE duygular alt boyutu arasında

korelasyon bulunmamıştır. Zagaria ve arkadaşlarının (58) yaptığı çalışmada beden kitle indeksi ile sadece ONE duygular alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı şekilde zayıf ve pozitif korelasyon bulunmuştur. Yıldırım'ın (62) Trabzon'da lise eğitimi gören 1784 katılımcı üzerinde yaptığı çalışmada beden kitle indeksi ile her üç alt boyut arasında pozitif yönde zayıf korelasyon bulunmuştur. Turan ve arkadaşlarının (60) çalışması ile Kaya ve arkadaşlarının (23) çalışmasında beden kitle indeksi ile ONE duygular ve ONE bozukluklar alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf korelasyon bulunurken ONE davranışlar alt boyutu ile beden kitle indeksi arasında korelasyon bulunamamıştır. Beden kitle indeksi ile ONE alt boyutları arasındaki ilişkiyi değerlendiren mevcut çalışmaların büyük kısmında korelasyon analizleri yapılmış ve çelişkili sonuçlar bulunmuştur. Bu konuda daha ayrıntılı araştırma ve analizlere ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin yaşadıkları yer özelliklerine göre ONE toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamışken; aile/akraba yanında yaşayan öğrencilerin ONE davranışlar alt ölçeği puan ortalaması, yurtda yaşayan öğrencilerin ve ev arkadaşları ile yaşayan öğrencilerin ONE davranışlar alt ölçeği puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur. Erşahinoğlu'nun (61) ONE kullanarak yaptığı çalışmada da bulgularımızla uyumlu şekilde yaşanan yer özelliği ile ortoreksiya nervoza belirti şiddeti arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Literatürde ONE alt boyutları ile yaşanan yer özelliği arasında yapılan bir analize rastlanılmamıştır. Yıldırım (62) çalışmasında yaşanan yer özelliğini kentsel ve kırsal olarak sınıflandırmış; kırsal bölgede yaşayanların ONE toplam puanlarının, ONE duygular alt ölçeği puanının, ONE bozukluklar alt ölçeği puanının kentsel bölgede yaşayanlarınkine göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu bulunmuş, ONE davranışlar alt ölçeği puanı ile ise anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin kronik hastalık tanısına sahip olma durumuna göre ONE toplam puan ortalamaları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yıldırım'ın (62) Trabzon'da lise eğitimi gören 1784 katılımcı üzerinde yaptığı çalışma sonuçları da bizim bulgularımızla uyumludur.

Araştırmamıza katılan öğrencilerin psikiyatrik bir tanıya sahip olma durumuna göre ONE toplam puan ortalamaları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Psikiyatrik tanı türüne

göre yapılan karşılaştırmalar sonucunda yeme bozukluğu tanısına sahip olan öğrencilerin ONE toplam puan ortalamaları, ONE duygular alt boyut puan ortalamaları, ONE bozukluklar alt boyut puan ortalamaları yeme bozukluğu tanısına sahip olmayan öğrencilerinkilere göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur. Yılmaz ve arkadaşlarının (64) anksiyete bozukluğu tanılı, majör depresif bozukluk tanılı, obsesif kompulsif bozukluk tanılı ve sağlıklı bir kontrol grubundan oluşan 387 katılımcı üzerinde yaptığı çalışmada bu tanımlarla ONE toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu bulgu bizim bulgularımızla uyumluydu. Bulgularımızdan farklı olarak Yıldırım'ın (62) yaptığı çalışma sonuçlarına göre psikiyatrik tanısı olanlarda ONE toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunurken, örneklemini lise öğrencilerinin oluşturması ve psikiyatrik tanı sahibi öğrenci oranının bizim çalışmamıza göre düşük olması (sırasıyla % 4,1 - % 21,0) bu farkı doğurmuş olabilir.

Bu çalışmaya katılan öğrencilerin gelir durumuna göre ONE toplam puan ortalamaları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında gelirinin giderinden az olduğunu ifade eden öğrencilerin ONE toplam puan ortalaması, ONE duygular alt boyutu puan ortalaması, ONE bozukluklar alt boyut puan ortalaması geliri giderine eşit veya giderinden fazla olan öğrencilerinkilere göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur. Yıldırım (62) çalışmasında aile gelir düzeyini yoksulluk sınırına göre sınıflamış olup, aile gelir düzeyi yoksulluk sınırının altında olanlarla yoksulluk sınırının üstünde olanlar arasında ONE toplam puanı açısından anlamlı bir farklılık olmadığı ancak ONE bozukluk alt boyutu puan ortalamasının aile gelir düzeyi yoksulluk sınırının altında olanlarda, yoksulluk sınırının üstünde olanlardan daha fazla olduğunu saptamıştır. Bu bulgu bizim çalışmamızdaki sonuçlarla farklılık gösterirken bu farklılığın sebebi gelir düzeyinin lise öğrencileri ile üniversite öğrencilerine etkisinin farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bayar ve Şahin'in (65) 515 tıp öğrencisi üzerinde TOÖ kullanarak yaptığı çalışma sonuçlarına göre aile gelir düzeyi yüksek olan öğrencilerin TOÖ toplam ve alt boyut puanları aile gelir düzeyi düşük ve orta olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur. Farklı ölçekle yapılan bu çalışmanın bulguları bizim bulgularımız ile çelişmekte olup bu konuda daha ayrıntılı ve araştırma ve analizlere ihtiyaç duyulmaktadır. Çalışmamızın örnekleminin öğrencilerden oluşması ve öğrencilerin gelir gider durumlarını tam olarak kendilerinin yönetmiyor olması ölçümün hatalı olmasına neden olabilir. Gelir düzeyinin ortoreksiya nervozaya yatkınlık ile ilişkisinin saptanması için erişkinlerde çalışma tekrarlanabilir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin sigara tüketim alışkanlıklarına göre ONE toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamışken sigara içen öğrencilerin ONE davranışlar alt boyutu puan ortalaması sigara içmeyen öğrencilerin puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde düşük bulunmuştur. Çalışmamızda sigara içenlerin ONE toplam puan ortalaması $39,2 \pm 11,6$ iken sigara içmeyenlerin ONE toplam puan ortalaması $39,9 \pm 11,4$ olarak bulunmuştur. Çalışmamızdaki bulgulardan farklı olarak Yılmaz ve Ünal'ın (59) yaptığı çalışma sonuçlarına göre sigara içenlerin ONE toplam puan ortalaması $41,5 \pm 12,6$ iken sigara içmeyenlerin ONE toplam puan ortalaması $38,8 \pm 11,5$ olarak bulunmuş ve sigara içenlerin ONE toplam puan ortalaması sigara içmeyenlerinkilere göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek bulunmuştur. Erşahinoğlu'nun (61) ONE kullanarak yaptığı çalışmada ise bulgularımızla uyumlu şekilde sigara tüketim alışkanlığı ile ortoreksiya nervoza belirti şiddeti arasında ilişki bulunmamıştır. Oberle ve arkadaşlarının (66) çevrimiçi uygulama yöntemi ile 471 katılımcı üzerinde yaptığı çalışma sonuçlarına göre sigara tüketimi ile ONE toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamış, ONE davranışlar alt boyutu puanı ise sigara içenlerde içmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur. Bu bulgular çalışmamızdaki bulgular ile oldukça benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin alkol tüketim alışkanlıklarına göre ONE toplam puan ortalamaları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmamızda alkol tüketenlerin ONE toplam puan ortalaması $39,4 \pm 11,4$ iken alkol tüketmeyenlerin ONE toplam puan ortalaması $40,0 \pm 11,6$ olarak bulunmuştur. Bizim sonuçlarımızla uyumlu olarak Yılmaz ve Ünal'ın (59) yaptığı çalışma sonuçlarına göre alkol tüketenlerin ONE toplam puan ortalaması $38,7 \pm 12,7$ iken tüketmeyenlerin ONE toplam puan ortalaması $40,2 \pm 11,9$ olarak bulunmuş ve arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Erşahinoğlu'nun (61) ONE kullanarak yaptığı çalışmada da bulgularımızla uyumlu şekilde alkol tüketim alışkanlığı ile ortoreksiya nervoza belirti şiddeti arasında ilişki bulunmamıştır. Oberle ve arkadaşları (45) tarafından yapılan çalışmada alkol kullanımı ile ONE toplam puanı ve ONE alt boyut puanları ile anlamlı korelasyon bulunmamıştır. Daha sonra Oberle ve arkadaşlarının (66) yaptığı başka bir çalışmada da alkol tüketimi ile ONE toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, bizim bulgularımızdan farklı olarak alkol kullananların ONE davranışlar alt boyutu puanı alkol kullanmayanlara göre anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin özel diyet uygulama durumuna göre ONE toplam puan ortalamaları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında özel diyet uygulayan öğrencilerin toplam ölçek puan ortalaması ve her üç alt boyuttan aldıkları puan ortalamaları özel diyet uygulamayan öğrencilerinkilere göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek bulunmuştur. Yılmaz ve Ünal (59) ile Yıldırım'ın (62) yaptığı çalışmaların bulguları da çalışmamızın bulguları ile uyumlu olacak şekilde olup diyet yapan katılımcıların ONE toplam puan ortalaması diyet yapmayan katılımcıların ONE toplam puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek bulunmuştur. Oberle ve arkadaşları (45) tarafından yapılan çalışmada da vejetaryen, yarı vejetaryen ve vegan diyet uygulayanların ONE toplam puan ortalamaları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları diyet uygulamayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur. Özel diyet uygulayan kişilerin sağlıklı beslenme davranışı ve ortoreksiya nervozaya yatkınlığının daha fazla olması beklenebilir bir durumdur.

Bu çalışmaya katılan öğrencilerin kaldığı yerde beslenme alışkanlığına göre ONE toplam puan ortalamaları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında evde yemek yiyen öğrencilerin ONE toplam puan ortalaması ve ONE davranışlar alt boyutu puan ortalaması hazır yemek yiyenlerin puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek bulunmuştur. Ortoreksiya nervozaya yatkınlığı daha fazla olan kişilerin hazır yemek tüketmek yerine evde yemek yemeyi tercih etmesi bu sonuca neden olmuş olabilir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin ortoreksiya nervoza kavramı hakkında bilgi durumuna göre ONE toplam puan ortalamaları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin üniversitede yemek yeme alışkanlıklarına göre ONE toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında yemeğini kampüs dışı restoran ve kafelerde yediğini ifade eden öğrencilerin ONE toplam puan ortalaması; yemeğini evden getirdiğini ifade eden öğrencilerin, yemeğini üniversite içi kantin ve restoranlarda yediğini ifade eden öğrencilerin, üniversitedeyken öğün atladığını ifade eden öğrencilerin ONE toplam puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha düşük bulunmuştur. Yemeğini kampüs dışı restoran ve kafelerde yediğini ifade eden öğrencilerin ONE davranışlar alt boyutu puan ortalaması; yemeğini evden getirdiğini ifade eden öğrencilerin, yemeğini üniversite yemekhanesinde öğrencilerin ONE davranışlar alt boyutu puan ortalamalarına göre

istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha düşük bulunmuştur. Yemeğini kampüs dışı restoran ve kafelerde yediğini ifade eden öğrencilerin ONE bozukluklar alt boyutu puan ortalaması, yemeğini üniversite içi kantin ve restoranlarda yediğini ifade eden öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha düşük bulunmuştur. Ortoreksiya nervozaya yatkınlığı fazla olan öğrencilerin kampüs dışı restoran ve kafelerden yemek yerine daha güvenilir bulduğu üniversite yemekhanesi, evden yemek getirme, öğün atlama gibi seçenekleri tercih etmesi beklenebilir bir durumdur. Çalışmamızda üniversite içi kantin ve restoranlarda yemek yemeyi tercih eden kişilerin ortoreksiya nervozaya yatkınlığının da üniversite yemekhanesi, evden yemek getirme, öğün atlama seçeneklerini kullanan öğrencilerinkilerle benzer bulunmasına ise öğrencilerin üniversite içi kantin ve restoranlara üniversite dışındakilere göre daha fazla güvenmesi neden olmuş olabilir. Bu konuda daha ayrıntılı çalışma ve analizler yapılmalıdır.

Araştırmamıza katılan öğrencilerin fiziksel aktivite yapma durumuna göre ONE toplam puan ortalamaları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında fiziksel aktivite yapan öğrencilerin toplam ölçek puan ortalaması ve her üç alt boyuttan aldıkları puan ortalamaları fiziksel aktivite yapmayan öğrencilerinkilere göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek bulunmuştur. Çalışmamıza katılan öğrencilerin fiziksel aktivite yaptığını belirtenlerin ONE toplam puan ortalaması $42,3 \pm 11,9$ iken fiziksel aktivite yapmadığını belirten öğrencilerin ONE toplam puan ortalaması $36,3 \pm 9,9$ olarak bulunmuştur. Çalışmamız sonuçları ile uyumlu olarak Yılmaz ve Ünal'ın (59) yaptığı çalışma sonuçlarına göre düzenli spor yapanların ONE toplam puan ortalaması $42,7 \pm 12,4$ iken düzenli spor yapmayanların ONE toplam puan ortalaması $38,9 \pm 11,6$ olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yıldırım'ın (62) yaptığı çalışma sonuçlarına göre de spor yapanların ONE toplam puanları spor yapmayanlarınkine göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek bulunmuştur. Oberle ve arkadaşları (45) tarafından yapılan çalışmada aerobik egzersiz ile ONE toplam puanı ile ONE alt boyut puanları arasında pozitif yönde korelasyon bulunurken, kuvvet egzersizi ile ONE toplam puanı ve ONE davranışlar alt boyutu puanı arasında pozitif yönde korelasyon bulunmuştur. Ortoreksiya nervozaya yatkınlığı olan kişilerin yeme davranışlarının kontrolünü kaybettiklerini hissettiklerinde, bunu daha da yüksek düzeyde aşırı egzersiz faaliyetleriyle telafi etmeye çalışabildiğini savunan çalışma mevcuttur (67). Aynı çalışmada ortoreksiya nervozaya yatkın kişilerin mükemmeliyetçi davranışlarının spor yapma üzerine de etkisi olabildiğinden bahsedilmektedir (67). Ortoreksik kişilerin telafi ve destek davranışı olarak

düzenli spor yapıyor olması söz konusu olabileceği gibi düzenli spor yapan kişiler de koruyucu davranış olarak ortoreksik davranışlar gösteriyor olabilir. Bu ilişkinin yönünü ve gücünü saptamak için daha detaylı analiz ve çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin gıda okuryazarlığı durumuna göre ONE toplam puan ortalamaları ve ONE alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında gıda okuryazarlığı yeterli bulunan öğrencilerin toplam ölçek puan ortalaması ve her üç alt boyuttan aldıkları puan ortalamaları gıda okuryazarlığı yetersiz bulunan öğrencilerinkilere göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek bulunmuştur. Literatürde ortoreksiya ile gıda okuryazarlığı ilişkisini ONE kullanarak araştıran çalışmaya rastlanmamıştır. Eğitim türlerine göre ortoreksiya araştırmaları tarandığında, Oberle ve arkadaşları (45) tarafından yapılan çalışmada beslenme bölümü öğrencilerinin psikoloji bölümü öğrencilerine göre daha yüksek ONE toplam puanı, ONE davranışlar alt boyutu puanı, ONE duygular alt boyutu puanına sahip olduğu bulunmuştur. Bellikci-Koyu ve arkadaşları (68) tarafından Teruel Ortoreksiya Ölçeği (TOÖ) kullanılarak yapılan çalışmada TOÖ puanı artışı ile gıda etiketi okuryazarlığı artışı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Ortoreksiya nervozaya yatkınlık ile gıda okuryazarlığı arasındaki ilişki; kişilerin gıda okuryazarlığı yüksek olduğu için mi ortoreksiya nervozaya daha yatkın olduğu, yoksa ortoreksiya nervozaya daha yatkın oldukları için mi gıda okuryazarlıklarının yüksek olduğu sorusunu ortaya çıkarmıştır ve bu sorunun cevabı için araştırmalar yapılmalıdır.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ) toplam puanına göre ONE toplam puanı ve ONE alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında SAÖ puanı ile ONE toplam puanı, ONE duygular alt boyut puanı ve ONE bozukluk alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde zayıf korelasyon bulunmuştur. Literatürde ortoreksiya ile sağlık anksiyetesi ilişkisini ONE kullanarak araştıran çalışmaya rastlanmamıştır. Chace ve Kluck (69) 304 katılımcıda yaptığı çalışmada TOÖ ortoreksiya nervoza alt boyutu puanı ile kısa sağlık anksiyete envanteri puanı orta düzeyde pozitif korelasyon bulmuş, sağlıklı ortoreksiya alt boyutu ile korelasyon bulamamıştır. İnsanların sağlıkları ve bedensel işlevleri hakkında ne kadar çok endişe duyarlarsa, sıkı bir diyet oluşturmaya, uygulamaya ve daha fazla fiziksel aktivite yapmaya o kadar çok odaklanacakları öngörülebilir (70).

Çalışmamıza katılan öğrencilerin SAÖ toplamından aldıkları puan ortalaması $15,7 \pm 5,9$ olurken medyanı 15 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ölçekten alınan en düşük puan 0

iken en yüksek puan 33 olmuştur. Özdin ve Özdin'in (71) çevrimiçi anket yoluyla 318 yetişkin katılımcı ile yaptığı çalışmada SAÖ puan ortalaması $15,1 \pm 7,0$ olarak bulunmuştur. Karaoglu ve arkadaşlarının (72) Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü öğrencisi 107 ve Tıp Fakültesi öğrencisi 238 toplamda 345 katılımcı ile yaptığı çalışmada SAÖ puan ortalaması $17,6 \pm 5,8$ olarak bulunmuştur. Yılmaz ve Dirik'in (73) 503 sağlıklı yetişkin katılımcı ile yaptığı çalışmada SAÖ puan ortalaması $16,7 \pm 7,6$ olarak bulunmuştur. Bu farklı ortalama değerlere çalışmaların yapıldığı zaman, yer, seçilen örneklem ve diğer çeşitli değişkenler etki etmiş olabilir.

Araştırmamıza katılan öğrencilerin cinsiyetlerine göre SAÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında kadınların puan ortalaması $16,7 \pm 6,1$, erkeklerin ise $14,6 \pm 5,5$ olarak bulunmuştur. Kadınların SAÖ puan ortalamaları erkeklerin SAÖ puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur. Kızılkurt ve arkadaşlarının (74) sosyal medya ve elektronik posta yoluyla 1046 yetişkin katılımcı ile yaptığı çalışmada kadınların SAÖ puan ortalaması $17,6 \pm 6,9$ iken erkeklerin $16,1 \pm 6,7$ olarak bulunmuştur. Karaçadır ve Çelik'in (75) yaptığı Isparta'da lisans eğitimi alan 353 öğrencide yapılan çalışmada kadınların SAÖ gövde boyutu puan ortalaması erkeklerinkine göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek bulunmuştur. Göde ve Öztürk'ün (76) 556 Hatay Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencisi üzerinde yaptığı çalışmada kadınların SAÖ puan ortalamasının erkeklerinkinden istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yılmaz ve Dirik'in (73) çalışmasında da cinsiyet ile SAÖ puanı arasında korelasyon saptanmış bu kadınlarda daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Kadınların SAÖ puanının erkeklerden anlamlı olarak yüksek olduğunu ifade eden literatür (71,73-80) çoğunlukta olsa da cinsiyet ile SAÖ arasında ilişki saptanmadığını belirten az sayıda çalışma mevcuttur (72,81,82).

Bu çalışmaya katılan öğrencilerin öğrenim gördüğü fakülte türüne göre SAÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında sağlık ve beslenme ile ilgili ders verilmeyen fakültelerde öğrenim gören öğrencilerin puan ortalaması $15,2 \pm 5,8$ iken, sağlık ve beslenme ile ilgili ders verilen fakültelerde öğrenim gören öğrencilerin puan ortalaması $16,7 \pm 6,0$ olarak bulunmuştur. Sağlık ve beslenme ile ilgili ders alan öğrencilerin SAÖ puan ortalaması ders almayan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur. Karaoglu ve arkadaşlarının (72) yaptığı çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinde SAÖ puan ortalaması $18,0 \pm 5,6$ iken sosyoloji öğrencilerinde $16,7 \pm 6,1$ olarak bulunmuş olsa da

aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu çalışmada tıp fakültesinin ilk üç sınıf öğrencilerinin katılımcı olarak alınmış olması bu duruma sebep olmuş olabilir. Bizim çalışmamız son sınıf öğrencilerini katılımcı olarak aldığından eğitim türünün sağlık anksiyetesi üzerine etkisini gösterme gücünün daha fazla olduğunu düşünmekteyiz. Gürçay ve arkadaşlarının (82) 75 hemşirelik öğrenci üzerinde iç hastalığı hemşireliği dersinin öncesi ve sonrasında SAÖ uygulayarak yaptığı çalışmada öğrencilerin dersi aldıktan sonra SAÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde arttığı saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin beden kitle indeksine göre SAÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında obez kategorisindeki öğrencilerin SAÖ puan ortalaması, fazla kilolu kategorisindeki öğrencilerin SAÖ puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur. Özgül ve Saatçı'nın (81) 319 tıp fakültesi öğrencisi ile yaptığı çalışma sonucunda beden kitle indeksi ile SAÖ puanı arasında ilişki saptanmamıştır. Obez bireylerde psikiyatrik bozukluk sıklığının, duygu durum bozukluklarının ve anksiyete bozukluklarının sık olduğuna dair literatür mevcuttur (83,84). Bulgularımız bu literatürle uyumlu olup obez bireylerde sağlık anksiyetesi özelinde daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin yaşadığı yer özellikleri ve gelir durumları ile SAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Karaoglu ve arkadaşlarının (72) yaptığı çalışmada katılımcıların yaşadığı yer özelliği köy – kasaba ve il olarak iki kategoriye ayrılmış ve iki grup SAÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yine aynı çalışmada öğrencilerin gelir durumu ile SAÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (72). Yılmaz ve Dirik'in (73) çalışmasında da gelir düzeyi ile SAÖ puanı arasında bir korelasyon saptanmamıştır. Yılmaz ve arkadaşları (78) hastanede yatarak tedavi gören 199 gönüllü katılımcı ile yaptığı çalışmada, katılımcıların sosyoekonomik düzeyini ifadelerine göre iyi – orta – kötü olacak şekilde 3 gruba ayırdığında sosyoekonomik düzeyi kötü olanların daha yüksek SAÖ puan ortalaması olduğunu bulmuştur. Barbek ve arkadaşlarının (85) yaptığı 37 çalışmayı içeren meta analiz çalışması sonucunda düşük sosyoekonomik düzeye sahip olanların sağlık anksiyetesi açısından daha yüksek riskli olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda gelir düzeyinin etkisinin yeterince tespit edilememesinin sebebi öğrencilerin gelir ve gider durumlarını kendilerinin yönetmiyor olması olabilir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerden fiziksel aktivite yapan öğrencilerin SAÖ puan ortalaması fiziksel aktivite yapmayan öğrencilerin SAÖ puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha düşük bulunmuştur. Nah ve Olthuis'in (86) egzersiz

yapmalarını engelleyen sağlık sorunları olmayan 65 yaş üstü 166 kadın katılımcıda çevrimiçi yolla yaptığı çalışmada daha fazla egzersiz yapanlarda sağlık anksiyetesinin daha düşük olduğunu bulmuştur. Wang ve arkadaşlarının (87) Çin’de 45-50 yaş arası 455 kadın katılımcı ile yapılan çalışmada daha fazla fiziksel egzersiz yapan, daha yüksek kişilerarası yetkinliğe ve daha yüksek duygusal zekaya sahip menopoz dönemindeki kadınların daha düşük sağlık anksiyetesi gösterdiğini bulmuştur. Farklı örneklerde yapılmış bu çalışmaların bulguları bizim bulgularımızla uyumludur. Fiziksel aktivite, eşlik eden ruh sağlığı sorunlarının semptomlarını ve zaman içinde fiziksel sağlık komplikasyonları riskini azaltmada faydalı olabilir (88). Öğrencilerde fiziksel aktivitenin teşviki sağlık anksiyetesini düşürmede fayda sağlayabilir.

Bu çalışmaya katılan öğrencilerden kronik hastalık tanısı olanların SAÖ puan ortalaması kronik hastalık tanısı olmayanların SAÖ puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur. Kronik hastalık tanısı olanların SAÖ puan ortalaması $18,0 \pm 5,7$ iken kronik hastalık tanısı olmayanların SAÖ puan ortalaması $15,3 \pm 5,8$ olarak bulunmuştur. Kalmaz ve Temel’in (89) 100 kronik hastalığı sahibi ve 105 kronik hastalığı olmayan kontrol grubu olmak üzere toplam 205 yetişkin katılımcı üzerinde yaptığı çalışmada kronik hastalığı olanların SAÖ puan ortalaması $20,9 \pm 10,0$ iken kronik hastalığı olmayanların SAÖ puan ortalaması $15,8 \pm 5,9$ olmuş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kıran ve Yılmaz’ın (90) 631 yetişkin katılımcı ile yaptığı çalışmada hastalık tanısı olanlarda SAÖ puan ortalaması $17,3 \pm 8,1$ iken hastalık tanısı olmayanlarda $15,1 \pm 7,7$ olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgular çalışmamızın bulguları ile uyumluydu. Göde ve Öztürk’ün (76), Kızılkurt ve arkadaşlarının (74) yaptığı çalışmalarda da çalışmamızın bulguları ile uyumlu olarak kronik hastalığa sahip olanların SAÖ toplam puan ortalaması kronik hastalığa sahip olmayanlarınkine göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde kronik hastalığı olanlarda sağlık anksiyetesine yatkınlığın daha yüksek olduğu literatür çoğunluktadır (71,74,76,78,79,89,90). Kronik hastalık tanısı ile SAÖ arasında ilişki bulunmayan az sayıda çalışma da vardır (77). Kronik hastalığa sahip kişilerin sağlık durumları hakkındaki kaygılarının yüksek olması beklenebilir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerden psikiyatrik tanısı olanların SAÖ puan ortalaması psikiyatrik tanısı olmayanların SAÖ puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur. Psikiyatrik tanı türüne göre karşılaştırmalar yapıldığında depresyon tanısı olan öğrencilerin ve anksiyete bozukluğu tanısı olanların SAÖ puan

ortalamaları tanısı olmayanlarınkine göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur. Yılmaz ve Dirik'in (73) çalışmasında çalışma bulgularımızla uyumlu olacak şekilde psikiyatrik tanı varlığı ile SAÖ puanı arasında korelasyon bulunmuştur. Kızılkurt ve arkadaşlarının (74), Özdin ve Özdin'in (71) yaptığı çalışmalarda psikiyatrik tanı öyküsü olanların SAÖ puan ortalaması tanı öyküsü olmayanlardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Meriç'in (91) 951 tıp fakültesi öğrencisi ile yaptığı çalışmada kısa semptom envanteri kullanarak; SAÖ puanı ile depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, anksiyete puanları arasında orta düzeyde korelasyon saptamıştır. Bulgularımız literatür ile uyumludur.

Çalışmamıza katılan öğrencilerden besin veya ilaç alerjisi olanların SAÖ puan ortalaması olmayanlarınkine göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur. Literatürde bu konuda bir çalışma bulgusuna rastlanılmamış olup, kronik hastalığa sahip olan kişilerde olduğu gibi besin veya ilaç alerjisi olan kişilerin sağlık durumları hakkındaki kaygılarının yüksek olması beklenebilir bir durumdur.

Araştırmamıza katılan öğrencilerin SAÖ toplam puan ortalamaları ile sigara ve alkol tüketim alışkanlıkları, yemek alışkanlıkları ve özel diyet uygulama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yılmaz ve Dirik'in (73) çalışmasında sigara ve alkol kullanımı ile SAÖ puanı arasında korelasyon bulunmamıştır. Esen ve arkadaşlarının (92) sigara bırakma polikliniğine başvuran 173 yetişkin katılımcı ile yaptığı çalışma sonucuna göre sigara kullanım adedi ve süresi ile SAÖ puanı arasında korelasyon bulunmamıştır. Bulgularımız literatür ile uyumludur.

Çalışmaya katılan öğrencilerin gıda okuryazarlığı durumları ile SAÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamışken ortoreksiya nervoza hakkında bilgisi olduğunu ifade eden öğrencilerin SAÖ puan ortalaması bilgisi olmadığını ifade edenlerinkine göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur. Literatürde gıda okuryazarlığı üzerine yapılmış çalışma sayısı sınırlı olup sağlık anksiyetesi ile gıda okuryazarlığı ilişkisini araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Her ne kadar bizim çalışmamızda gıda okuryazarlığı ile SAÖ puanı arasında anlamlı ilişki bulunmasa da farklı örneklemelerde bu çalışmanın tekrarlanması sonucumuzu güçlendirir. Ortoreksiya nervoza hakkında bilgi sahibi olanlarda SAÖ puanının daha yüksek olması, sağlık anksiyetesi fazla olan kişilerin bu konuda daha fazla araştırma yapmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin Gıda Okuryazarlığı Kısa Form (GOKF) toplamından aldıkları puan ortalaması $32,9 \pm 6,4$ olurken medyanı 33,4 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ölçekten alınan en düşük puan 14,4 iken en yüksek puan 50 olmuştur. Canyolu ve arkadaşlarının (93) İstanbul Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi'nde polikliniklere başvuran 245 katılımcıda yaptıkları çalışmada GOKF puan ortalaması $31,1 \pm 8,3$ olarak bulunmuştur. Koçaslan'ın (94) Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencisi toplam 204 gönüllü katılımcıda yaptığı çalışmada GOKF puan ortalaması $35,7 \pm 6,4$ olarak bulunmuştur. Zeminian ve arkadaşlarının (95) Brezilya'da 280 birinci basamak sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmada GOKF Brezilya versiyonundan alınan puan ortalaması 34,5 olarak bulunmuştur. Zwierczyk ve arkadaşlarının (96) Polonya'da 1286 katılımcı ile yaptıkları çalışma sonucunda GOKF puan ortalaması $30,9 \pm 7,7$ olurken medyan 31,6, en küçük değer 6, en büyük değer 47 bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin cinsiyetlerine göre Gıda Okuryazarlığı Kısa Form (GOKF) toplam puanları karşılaştırıldığında kadınların puan ortalaması $33,8 \pm 6,4$ erkeklerin ise $32,0 \pm 6,2$ olarak bulunmuştur. Kadınların GOKF toplam puan ortalaması erkeklerin GOKF toplam puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur. Canyolu ve arkadaşlarının (93) çalışmasında erkeklerin GOKF puan ortalaması $28,0 \pm 7,5$ iken kadınların GOKF puan ortalaması $32,3 \pm 8,2$ olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Koçaslan'ın (94) çalışmasında erkeklerde GOKF puan ortalaması $33,1 \pm 5,9$ iken kadınlarda $36,3 \pm 6,4$ olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bookari'nin (97) Suudi Arabistan'da 1845 öğrenci velisi ile GOKF kullanarak yaptığı çalışma sonucunda kadınların gıda okuryazarlığı yeterliliği erkeklerinkinden istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu üç çalışmanın bulguları bizim çalışmamızın bulgusuyla uyumludur. Gökler ve arkadaşlarının (48) 434 sağlık meslek yüksekokulu öğrencisinde yaptığı çalışmada kadınların GOKF puan ortalaması 32,2 (Q_1 : 24,3 – Q_3 : 38,3) iken erkeklerin puan ortalaması 33,1 (Q_1 : 26,2 – Q_3 : 40,0) olarak bulunmuştur ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Öztürk ve arkadaşlarının (98) 177 sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmada da cinsiyetle gıda okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Itzkovitz ve arkadaşlarının (99) Kanada'da 236 tip 1 diyabet hastası ve 191 kontrol grubu toplamda 427 katılımcıda yapılan çalışma sonucunda cinsiyet ile GOKF puanı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Cinsiyet ile gıda okuryazarlığı arasındaki ilişki açısından literatürdeki sonuçlar çelişkilidir ve bu konuda daha çok araştırmaya ihtiyaç vardır. İlişki bulunan çalışmalarda kadınların gıda okuryazarlığı erkeklerinkinden daha yüksek

bulunurken (93,94,97), istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmayan çalışmalar da mevcuttur (48,98,99).

Bu çalışmaya katılan öğrencilerin öğrenim gördüğü fakülte türüne göre GOKF toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında sağlık ve beslenme ile ilgili ders verilmeyen fakültelerde öğrenim gören öğrencilerin puan ortalaması $31,9 \pm 5,8$ iken, sağlık ve beslenme ile ilgili ders verilen fakültelerde öğrenim gören öğrencilerin puan ortalaması $34,8 \pm 6,9$ olarak bulunmuştur. Sağlık ve beslenme ile ilgili ders alan öğrencilerin GOKF toplam puan ortalaması ders almayan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur. Koçaslan'ın (94) çalışmasında beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin GOKF puan ortalaması $38,9 \pm 5,5$ olurken, fizyoterapi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinde $34,4 \pm 5,0$ ve hemşirelik bölümü öğrencilerinde $33,7 \pm 7,3$ olarak bulunmuştur. Her 3 bölüm de sağlık ve beslenme üzerine ders alan bölümler olsa da beslenme ve diyetetik bölümünün gıda okuryazarlığı ile ilişkili ders yükünün daha fazla olması muhtemeldir ve bu çalışmada beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin GOKF puanı diğer iki bölüme göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (94). Zeminian ve arkadaşlarının (95) yaptığı çalışmada doktorlar, diş hekimleri ve hemşirelerden oluşan yüksek eğitilmiş grubun GOKF puan ortalaması $35,8 \pm 6,8$ iken teknisyenler ve toplum sağlık görevlilerinden (lise mezunu) oluşan diğer grubun GOKF puan ortalaması $33,2 \pm 6,5$ olarak hesaplanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Itzkovitz ve arkadaşlarının (99) yaptığı çalışmada eğitim seviyesi ile GOKF puanı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Gıda güvenliği ve gıda okuryazarlığı kavramları ile tüketici dinamikleri arasındaki ilişkiyi inceleyen Durmuş ve arkadaşları (100), Kayseri'de 1592 katılımcı ile yaptıkları çalışma sonucunda, en önemli faktörün eğitim seviyesi olduğunu saptamıştır. Bu nedenle, sağlık ve beslenme ile ilgili ders verilmeyen fakültelerde gıda güvenliği ve gıda okuryazarlığı için eğitimler verilmelidir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin beden kitle indeksi kategorileri ve yaşadıkları yer özellikleri ile GOKF puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Öztürk ve arkadaşlarının (98) çalışmasında gıda okuryazarlığı ile beden kitle indeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş, BKİ ortalaması değeri gıda okuryazarlığı yeterli olanlarda daha yüksek bulunmuştur. Bookari'nin (97) yaptığı çalışmada zayıf katılımcıların gıda okuryazarlığı yeterliliği normal kilolu, fazla kilolu ve obez katılımcıların gıda okuryazarlığı yeterliliğine göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde

daha yüksek bulunmuştur. Koçaslan'ın (94) çalışmasında BKİ ile GOKF puanı arasında negatif yönde zayıf korelasyon bulunmuştur. BKİ ile gıda okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda literatüre rastlanılmış olup, çelişkili sonuçlar mevcuttur ve bu konuda farklı araştırmalar yapılması gerekmektedir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerden gelirinin giderinden daha az olduğunu ifade eden öğrencilerin GOKF puan ortalaması gelirinin giderine eşit veya giderinden fazla olduğunu ifade eden öğrencilerinkine göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha düşük bulunmuştur. Bookari'nin (97) çalışmasında yüksek gelirlilerin gıda okuryazarlığı yeterliliğinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuç bulgularımız ile uyumludur. Gelir durumu arttıkça bireylerin gıdalar arasında seçim yapabilme ihtimali artıyor ve bu durum kişilerin gıda okuryazarlığını geliştirip daha seçici hale gelmesini sağlıyor olabilir.

Fiziksel aktivite yapan öğrencilerin GOKF puan ortalaması fiziksel aktivite yapmayan öğrencilerin GOKF puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur. Literatür araştırmasında gıda okuryazarlığı ile fiziksel aktivite arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Fiziksel aktivite yapan bireyler fiziksel aktivitenin kazanımlarını korumaya yönelik beslenme yaklaşım gösteriyor olabilir ve bu durum bizim bulgularımızın nedeni olabilir. Fakat fiziksel aktivite ve gıda okuryazarlığı arasındaki ilişkinin yönünün ve nedeninin saptanması için daha fazla ve daha detaylı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bu çalışmaya katılan öğrencilerin kronik hastalık, psikiyatrik tanı, besin veya ilaç alerjisi sahibi olma durumları ile GOKF toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Gökler ve arkadaşlarının (48) çalışmasında kronik hastalığı sahibi olma ile GOKF ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bunun yanında sağlık durumunun çok iyi olduğunu ifade edenlerin GOKF puanları iyi, ne iyi ne kötü, kötü, çok kötü diyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur (48). Öztürk ve arkadaşlarının (98) yaptığı çalışmada gıda okuryazarlığı ile kronik hastalık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bulgularımız bu çalışmaların sonuçları ile uyumludur. Solak ve arkadaşları (101) tarafından 154 tanılı diyabet hastası ile yapılan çalışma sonucunda gıda okuryazarlığı düşük olan hastalarda HbA1c'nin daha fazla arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç özellikle beslenme ile seyri etkilenen kronik hastalıklara sahip kişilerin gıda okuryazarlığının arttırılmasının faydalı olduğunu

göstermektedir. Itzkovitz ve arkadaşlarının (99) yaptığı çalışmada tip 1 diyabet hastalarının GOKF puan ortalaması $39,1 \pm 5,4$ iken sağlıklı kontrol grubunun GOKF puan ortalaması $36,0 \pm 6,3$ olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bookari'nin (97) yaptığı çalışmada kronik hastalığı olanların gıda okuryazarlığı yeterliliğinin kronik hastalı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla olduğu bulunmuştur. Literatürde kronik hastalığın türüne göre; tanı sahibi olmanın gıda okuryazarlığı ile ilişkisinin anlamlılığına dair farklı sonuçlar bulunmuş olup, bu konuda daha detaylı çalışmalar yapılmalıdır.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin sigara ve alkol tüketim alışkanlıkları ile GOKF toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Öztürk ve arkadaşlarının (98) çalışmasında sigara ve alkol kullanımı ile gıda okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu bulgu bizim çalışmamızın bulgusu ile uyumludur.

Araştırmamıza katılan öğrencilerden evde yemek yiyenlerin GOKF toplam puan ortalamaları hazır yemek yiyenlerinkilere göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur. Literatür araştırmasında bu ilişkiyi araştıran çalışmaya rastlanılmamıştır. Gıda okuryazarlığı daha yüksek olan öğrenciler hazır yemekler tüketmek yerine kendi seçip aldığı gıdaları evde tüketmeyi tercih ediyor olabilirler. Bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamıza katılan öğrencilerden özel diyet uygulayanların GOKF toplam puan ortalamaları özel diyet uygulamayanlarınkine göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur. Jacobsen ve arkadaşlarının (102) Norveç'te 16-24 yaş arası 165 katılımcı ile farklı bir gıda okuryazarlığı soru grubu kullanarak yaptığı çalışmada, en yüksek gıda okuryazarlığı veganlarda olmak üzere, vegan, vejeteryan, yarı vejeteryan gibi diyet uygulayanların gıda okuryazarlığı puanı diyet uygulamayanlara göre yüksek bulunmuştur. Bu bulgu bizim çalışmamızın bulgusu ile uyumludur.

SONUÇLAR

Bu çalışma ile; Trakya Üniversitesi'nin bazı fakültelerinde öğrenim görmekte olan son sınıf öğrencilerinde ortoreksiya nervozaya yatkınlık ile ilişkili olabilecek sosyodemografik değişkenlerin saptanması, sağlık alan eğitimi almış olmanın ortoreksiya nervozaya yatkınlık üzerine etkisinin olup olmadığının belirlenmesi, ortoreksiya nervozaya yatkınlık ile sağlık anksiyetesi ve gıda okuryazarlığı arasında bir ilişki olup olmadığının saptanması, gıda okuryazarlığı ve sağlık anksiyetesi ile ilişkili olabilecek sosyodemografik değişkenlerin saptanması amaçlanmaktadır. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- 1) Öğrencilerin yarısından fazlası ortoreksiya nervoza kavramını hiç duymamış, beşte birinden fazlasının duysa da bilgisi olmadığı saptanmıştır.
- 2) Öğrencilerin cinsiyeti, sağlık ve beslenme dersi olan fakültede eğitim görmesi, kronik hastalık tanısı olma durumu, alkol tüketim alışkanlığı ile ortoreksiya nervozaya yatkınlıkları arasında bir ilişki bulunmamıştır.
- 3) Ortoreksiya nervozaya yatkınlık, zayıf öğrencilerde daha az, obez öğrencilerde daha fazladır.
- 4) Yeme bozukluğu tanısı olan öğrencilerin tanısı olmayanlara göre, özel diyet uygulayan öğrencilerin uygulamayanlara göre, evde yemek yiyenlerin hazır yemek yiyenlere göre, fiziksel aktivite yapan öğrencilerin yapmayanlara göre, gıda okuryazarlığı yeterli olan öğrencilerin yeterli olmayanlara göre ortoreksiya nervozaya yatkınlığı daha fazla bulunmuştur.
- 5) Gelirinin giderinden az olduğunu ifade eden öğrencilerin ortoreksiya nervozaya yatkınlığı daha fazla bulunmuştur.

- 6) Öğrencilerin üçte birinden fazlasının sigara kullandığı saptanmış, sigara içen öğrencilerin ONE davranışlar alt ölçeği puanı içmeyenlere göre daha düşük bulunmuştur.
- 7) Öğrencilerin SAÖ puanı ve ONE toplam puanı arasında pozitif yönde zayıf korelasyon bulunmuştur.
- 8) Sağlık anksiyetesine yatkınlık kadınlarda erkeklerden, sağlık ve beslenme ile ilgili ders alanlarda almayanlardan, obez olanlarda olmayanlardan, fiziksel aktivite yapmayanlarda yapanlardan, kronik hastalık tanısı olanlarda olmayanlardan, psikiyatrik tanısı olanlarda olmayanlardan, besin veya ilaç alerjisi olanlarda olmayanlardan daha fazla bulunmuştur.
- 9) Gıda okuryazarlığı kısa form puanı kadınlarda erkeklerden, sağlık ve beslenme ile ilgili ders alan öğrencilerde almayanlardan, geliri giderine eşit veya giderinden yüksek olanlarda geliri giderinden az olanlardan, fiziksel aktivite yapanlarda yapmayanlardan, evde yemek yiyenlerde hazır yemek yiyenlerden, özel diyet uygulayanlarda uygulamayanlardan daha yüksek bulunmuştur.

Sonuçlar doğrultusunda geliştirilen öneriler şu şekildedir:

- 1) Sağlık ve beslenme ile ilgili dersi olmayan öğrenciler başta olmak üzere öğrencilerin gıda okuryazarlığını arttırmaya yönelik eğitimler verilmeli, bu eğitimler içerisinde yeme bozuklukları ve ortoreksiya nervozaya yer verilmeli, erkek öğrencilerin bu eğitimlere katılımı sağlanmalıdır.
- 2) Obez kategorisindeki öğrencilerin yeme bozuklukları ve sağlık anksiyetesi açısından yakından takibi yapılmalı ve destek verilmelidir. Beden kitle indeksi ile ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkinin doğrulanması için bu konuda başka çalışmalar yapılmalıdır.
- 3) Gıda okuryazarlığı ve fiziksel aktivite ile ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkinin yönünün saptanması için boylamsal ve müdahale çalışmaları yapılmalıdır.
- 4) Ortoreksiya nervoza hakkında geçerli ve güvenilir ölçeklerle yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlar derlenerek ortoreksiya nervozanın yordayıcı faktörleri daha net olarak saptanmalıdır.
- 5) Ruh sağlığı hizmeti veren profesyoneller ortoreksiya nervozanın yordayıcıları ve ortoreksiya nervoza ile ilişkili olduğu saptanan faktörler hakkında bilgilendirilmelidir.
- 6) Öğrenciler, sağlık anksiyetesinden ve obeziteden korunmaları için, fiziksel aktiviteye teşvik edilmeli, fiziksel aktivite için uygun olanaklar ve ortamlar sağlanmalı, öğrencilerin özel diyet ihtiyacı olup olmadığı saptanmalı, ihtiyacı olanlara uygun diyet belirlenmeli ve öğrencilerin bu diyeti uygulayabilmesi için gerekli teşvikler sağlanmalıdır.

ÖZET

Yeme davranış bozuklukları önemli bir sağlık sorunu olarak görülmekte olup birçok çevresel, sosyokültürel etkenle ilişkilendirilmiştir. Ortoreksiya nervoza doğru beslenme kaygısının kişinin günlük işlevselliğini etkileyecek kadar patolojik saplantı boyutlarında gözlemlenmesidir. Sağlık anksiyetesi ise “herhangi bir hastalığı olmamasına rağmen bireyin kendi bedenindeki değişiklikleri hastalık belirtileri olarak abartılı şekilde yorumlaması” olarak tarif edilmektedir. Gıda okuryazarlığı; ihtiyaçları karşılamak ve gıda alımını belirlemek için gıdaları planlamak, yönetmek, seçmek, hazırlamak ve yemek için gerekli olan birbiriyle ilişkili bilgi, beceri ve davranışlar bütünüdür.

Çalışmamızda; Trakya Üniversitesi’nin bazı fakültelerinde öğrenim görmekte olan son sınıf öğrencilerinde ortoreksiya nervozaya yatkınlık ile ilişkili olabilecek sosyodemografik değişkenlerin saptanması, ortoreksiya nervozaya yatkınlık ile eğitim türü, sağlık anksiyetesi ve gıda okuryazarlığı arasında bir ilişki olup olmadığının saptanması amaçlanmıştır.

Araştırma 2023-2024 Öğretim Yılı Bahar Döneminde, araştırmacılar tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilen 18 soru, Ortoreksiya Nervozaya Envanteri’ne (ONE) ait 24 soru, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği’ne ait 18 soru, Gıda Okuryazarlığı Kısa Form’a ait 12 soru olmak üzere toplam 72 sorudan oluşan anket formu uygulanması yoluyla gerçekleştirildi. Toplamda 467 öğrenciye oluşturulan bu anket formu uygulandı.

Çalışmamızda öğrencilerin cinsiyeti, sağlık ve beslenme dersi olan fakültede eğitim görmesi, kronik hastalık tanısı olma durumu, alkol tüketim alışkanlığı ile ONE puanı arasında bir ilişki bulunmamıştır. Fiziksel aktivite yapanlarda, özel diyet uygulayanlarda, geliri

giderinden az olanlarda, beden kitle indeksi yüksek olanlarda, sağlık anksiyete ölçeği puanı yüksek olanlarda, gıda okuryazarlığı kısa form puanı yüksek olanlarda, başka bir yeme bozukluğu tanısı olanlarda ONE puanı daha yüksek bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: beslenme ve yeme bozuklukları, ortoreksiya nervoza, üniversite öğrencileri, gıda okuryazarlığı, sağlık anksiyetesi



THE ORTHOREXIA NERVOSA TENDENCIES AND RELATED FACTORS OF FINAL YEAR STUDENTS IN SOME FACULTIES OF TRAKYA UNIVERSITY

SUMMARY

Eating disorders are recognized as a significant health issue and have been associated with various environmental and sociocultural factors. Orthorexia nervosa refers to an obsessive concern with correct nutrition to the extent that it interferes with a person's daily functioning. Health anxiety is defined as "the exaggerated interpretation of bodily changes as symptoms of illness, despite the absence of any actual disease." Food literacy is a set of interrelated knowledge, skills, and behaviors necessary to plan, manage, select, prepare, and consume foods to meet one's needs and regulate food intake.

In our study, we aimed to identify the sociodemographic variables that may be associated with susceptibility to orthorexia nervosa among senior students at certain faculties of Trakya University. We also aimed to explore whether there is a relationship between susceptibility to orthorexia nervosa and factors such as education type, health anxiety, and food literacy.

The research was conducted in the Spring Term of the 2023-2024 Academic Year using a questionnaire consisting of 72 questions. This included 18 questions developed by the researchers based on literature, 24 questions from the Orthorexia Nervosa Inventory (ONI),

18 questions from the Health Anxiety Scale, and 12 questions from the Food Literacy Short Form. The questionnaire was administered to a total of 467 students.

In our study, no relationship was found between the students' gender, enrollment in faculties offering health and nutrition courses, having a chronic disease diagnosis, alcohol consumption habits, and their ONI score. The ONI score was found to be higher in students who engaged in physical activity, followed a special diet, had a higher body mass index, reported greater health anxiety, had higher food literacy scores, and had another eating disorder diagnosis.

Keywords: feeding and eating disorders, orthorexia nervosa, university students, food literacy, health anxiety

KAYNAKLAR

1. Schmidt U, Adan R, Böhm I, Campbell IC, Dingemans A, Ehrlich S, et al. Eating disorders: the big issue. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(4):313-5.
2. Dunn TM, Bratman S. On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*. 2016;21:11-7.
3. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C. Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2004;9(2):151-7.
4. Ergin G. Sağlık Personeli Olan Ve Olmayan Bireylerde Ortoreksiya Nervoza Sıklığı Araştırması (tez). Ankara: Başkent Üniversitesi; 2014.
5. Chen Q, Zhang Y, Zhuang D, Mao X, Mi G, Wang D, et al. Health anxiety in medical employees: A multicentre study. *J Int Med Res*. 2019;47(10):4854-61.
6. Koven NS, Abry AW. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015;11:385-94.
7. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *The Lancet*. 2020;395(10227):899-911.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013. 189 - 355 p.

9. WHO [Internet]. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11) Internet: WHO; (Erişim Tarihi 27.09.2024). Available from: <https://icd.who.int/en>.
10. Nicely TA, Lane-Loney S, Masciulli E, Hollenbeak CS, Ornstein RM. Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *J Eat Disord*. 2014;2(1):21.
11. Demirer B, Yardımcı H. Güncel DSM-V kılavuzuna göre yeme bozukluklarının incelenmesi. In: Dinç A, editor. Sağlık bilimlerinde multidisipliner araştırmalar 3. Ankara: Efe Akademi; 2020. p. 275-300.
12. Halland M, Pandolfino J, Barba E. Diagnosis and Treatment of Rumination Syndrome. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2018;16(10):1549-55.
13. Bugay A, Erdur-Baker Ö. Ruminasyon Düzeyinin Toplumsal Cinsiyet ve Yaşı Göre İncelenmesi. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*. 2011;4(36):191-9.
14. Mairs R, Nicholls D. Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Arch Dis Child*. 2016;101(12):1168-75.
15. Bratman S [Internet]. Obsession with dietary perfection can sometimes do more harm than good, says one who has been there. 1997 (Erişim Tarihi 10.12.2024). Available from: <https://www.beyondveg.com/bratman-s/hfj/hf-junkie-1a.shtml>.
16. Cena H, Barthels F, Cuzzolaro M, Bratman S, Brytek-Matera A, Dunn T, et al. Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature. *Eat Weight Disord*. 2019;24(2):209-46.
17. Depa J, Barrada JR, Roncero M. Are the Motives for Food Choices Different in Orthorexia Nervosa and Healthy Orthorexia? *Nutrients*. 2019;11(3):697.
18. Zagaria A, Vacca M, Cerolini S, Ballesio A, Lombardo C. Associations between orthorexia, disordered eating, and obsessive-compulsive symptoms: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*. 2022;55(3):295-312.
19. Arusoğlu G, Kabakçı E, Köksal G, Merdol TK. Ortoreksiya Nervosa ve Orto-11'in Türkçeye Uyarlama Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2008;19(3).
20. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C. Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2005;10:e28-e32.
21. Meule A. Assessment of eating behavior: Hogrefe Publishing GmbH; 2023.

22. Roncero M, Barrada JR, Perpiñá C. Measuring Orthorexia Nervosa: Psychometric Limitations of the ORTO-15. *The Spanish Journal of Psychology*. 2017;20:E41.
23. Kaya S, Uzdil Z, Çakıroğlu FP. Validation of the Turkish version of the Orthorexia Nervosa Inventory (ONI) in an adult population: its association with psychometric properties. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2022;27(2):729-35.
24. Atchison AE, Zickgraf HF. Orthorexia nervosa and eating disorder behaviors: A systematic review of the literature. *Appetite*. 2022;177:106134.
25. Asarkaya B, Arcan K. Teruel Ortoreksiya Ölçeği'nin (TOÖ) uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Klinik Psikoloji Dergisi*. 2021;5(2):113-27.
26. Yassıbaş E, Ayyıldız F. Turkish Version of the New Instrument for Orthorexia Nervosa—Test of Orthorexia Nervosa (TON-17): A Validity and Reliability Study. *Nutrients*. 2023;15(14):3178.
27. Türk Dil Kurumu [Internet]. Güncel Türkçe Sözlük (Erişim Tarihi 20.10.2024). Available from: <https://sozluk.gov.tr/?ara=kayg%C4%B1>.
28. Şahin M. Korku, kaygı ve kaygı (anksiyete) bozuklukları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*. 2019;6(10):117-35.
29. WHO [Internet]. COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide 2022 (Erişim Tarihi 01.09.2024). Available from: <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>.
30. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV: American Psychiatric Association; 2000.
31. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health. 2004.
32. Maslow A, Lewis KJ. Maslow's hierarchy of needs. *Salenger Incorporated*. 1987;14(17):987-90.
33. Barut Uyar B, Yücecan S. Yetişkin Bireylerin Sağlıklı Yeme İndeksleri ve Biyokimyasal Göstergeleri Arasındaki İlişki. *Beslenme ve Diyet Dergisi*. 2012;40(3):218-25.
34. Barut Uyar B. Yetişkin bireylerin sağlıklı yeme indekslerinin belirlenmesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.
35. Velardo S. The Nuances of Health Literacy, Nutrition Literacy, and Food Literacy. *J Nutr Educ Behav*. 2015;47(4):385-9.e1.

36. Chaudhary A, Gustafson D, Mathys A. Multi-indicator sustainability assessment of global food systems. *Nature Communications*. 2018;9(1):848.
37. Aktaş N, Özdoğan Y. Gıda ve beslenme okuryazarlığı. *Harran Tarım ve Gıda Bilimleri Dergisi*. 2016;20(2):146-53.
38. Şanlıer N, Konaklıoğlu E, Güçer E. Gençlerin Beslenme Bilgi, Alışkanlık ve Davranışları İle Beden Kütle İndeksleri Arasındaki İlişki. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2009;29(2):333-52.
39. Carbone ET, Zoellner JM. Nutrition and Health Literacy: A Systematic Review to Inform Nutrition Research and Practice. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2012;112(2):254-65.
40. Yıldırım M, Kızıltan G, Akçıl Ok M. Beslenme Okuryazarlığı Nedir? *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2021;6(Beslenme Özel Sayısı):1-13.
41. Vidgen HA, Gallegos D. Defining food literacy and its components. *Appetite*. 2014;76:50-9.
42. Kolasa KM, Peery A, Harris NG, Shovelin K. Food Literacy Partners Program: A Strategy To Increase Community Food Literacy. *Topics in Clinical Nutrition*. 2001;16(4):1-10.
43. Vaitkeviciute R, Ball LE, Harris N. The relationship between food literacy and dietary intake in adolescents: a systematic review. *Public Health Nutr*. 2015;18(4):649-58.
44. Trakya Üniversitesi [Internet]. Üniversite Hakkında 2024 (Erişim Tarihi 05.03.2024). Available from: <https://www.trakya.edu.tr>.
45. Oberle CD, De Nadai AS, Madrid AL. Orthorexia Nervosa Inventory (ONI): development and validation of a new measure of orthorexic symptomatology. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2021;26(2):609-22.
46. Gréa Krause C, Beer-Borst S, Sommerhalder K, Hayoz S, Abel T. A short food literacy questionnaire (SFLQ) for adults: Findings from a Swiss validation study. *Appetite*. 2018;120:275-80.
47. Durmus H, Gökler ME, Havlioğlu S. Reliability and validity of the Turkish version of the short food literacy questionnaire among university students. *Progress in Nutrition*. 2019;21(2):333-8.
48. Gökler ME, Durmuş H, Havlioğlu S. Food literacy can described adequate? Optimizing cut-off scores for the short food literacy questionnaire (SFLQ). *Mediterranean Journal of Nutrition and Metabolism*. 2020;13:119-26.

49. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HM, Clark DM. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med*. 2002;32(5):843-53.
50. Aydemir O, Kırpınar I, Sati T, Uykur B, Cengisiz C. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe için Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Nöro Psikiyatri Arşivi*. 2013;50:325-31.
51. George D. SPSS for windows step by step: A simple study guide and reference, 17.0 update, 10/e: Pearson Education India; 2011.
52. WHO Expert Committee. Physical status: the use of and interpretation of anthropometry, report of a WHO expert committee. 1995.
53. Küresel Hastalık Yüğü İş Birliği Ağı [Internet]. Küresel Hastalık Yüğü Çalışması 2021 (GBD 2021) 2024 (Erişim Tarihi 18.11.2024).
54. Kaya S, Uzdil Z, Çakıroğlu FP. Detection of Orthorexia Nervosa with the Turkish Version of ONI in Dietitians: A Pilot Study. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2024;13(1):18-24.
55. Faraji H, Kahraman M. Anneden Algılanan Narsisistik Özellikler, Borderline Kişilik Özellikleri ve Ortoreksiya Nervoza Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. 2023.
56. Yung JJ, Tabri N. The association of perfectionism, health-focused self-concept, and erroneous beliefs with orthorexia nervosa symptoms: A moderated mediation model. *International Journal of Eating Disorders*. 2022;55(7):892-901.
57. Duradoni M, Gursesli MC, Fiorenza M, Guazzini A. The Relationship between Orthorexia Nervosa and Obsessive Compulsive Disorder. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 2023;13(5):861-9.
58. Zagaria A, Barbaranelli C, Mocini E, Lombardo C. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Italian version of the Orthorexia Nervosa Inventory (ONI). *Journal of Eating Disorders*. 2023;11(1):144.
59. Yılmaz H, Ünal GA. Ortorektik Eğilimlerin Sosyal Medya Bağımlılığı, Yeme Tutumu ve Beden Algısı İle İlişkisi. *Bağımlılık Dergisi*. 25(2):203-15.
60. Turan B, Yıldırım S, Bilginer SÇ, Akıncı MA. Psychometric properties of Turkish Orthorexia Nervosa Inventory in a clinical adolescent sample. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2023;28(1):70.
61. Emre E. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza (tez). Adana: T. C. Çukurova Üniversitesi; 2023.

62. Selman Y. Adölesanlarda Ortoreksiya Nervosa Prevalansı Ve İlişkili Faktörler (tez). Trabzon: T.C. Karadeniz Teknik Üniversitesi; 2023.
63. Kalika E, Hussain M, Egan H, Mantzios M. Exploration of the Mediating Role of Self-Compassion and Mindfulness on Orthorexia Nervosa and Perfectionism. *Psychological Reports*.0(0):00332941241256886.
64. Yılmaz H, Demirkol ME, Tamam L, Yılmaz SÖ, Yeşiloğlu C. Assessing orthorexic behaviors in a clinical sample: validity and reliability study of the Turkish version of the Düsseldorf orthorexia scale. *Journal of Eating Disorders*. 2024;12(1):174.
65. Bayar B, Şahin MK. Bir tıp fakültesi öğrencilerinde ortoreksiya nervosa eğilimi ve ilişkili faktörler: Kesitsel bir çalışma. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2024;18(1):16-23.
66. Oberle CD, Marcell HS, Noebel NA. Orthorexia nervosa and substance use for the purposes of weight control, conformity, and emotional coping. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2022;27(2):553-61.
67. Oberle CD, Watkins RS, Burkot AJ. Orthorexic eating behaviors related to exercise addiction and internal motivations in a sample of university students. *Eat Weight Disord*. 2018;23(1):67-74.
68. Bellikci-Koyu E, Karaağaç Y, Yürük AA. Factors associated with food label use: focus on healthy aspects of orthorexia and orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2024;29(1):32.
69. Chace S, Kluck AS. Validation of the Teruel Orthorexia Scale and relationship to health anxiety in a U.S. sample. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2022;27(4):1437-47.
70. Tóth-Király I, Gajdos P, Román N, Vass N, Rigó A. The associations between orthorexia nervosa and the sociocultural attitudes: the mediating role of basic psychological needs and health anxiety. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2021;26(1):125-34.
71. Özdin S, Bayrak Özdin Ş. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *International journal of social psychiatry*. 2020;66(5):504-11.
72. Karaoglu N, Karaoğlu KB, Yardımcı H. Comparison of Health Perception and Health Anxiety Levels of Sociology and Medical Students. *Ankara Med J*. 2020;20(3):615-28.
73. Yılmaz Ö, Dirik G. Yetişkinlerde sağlık kaygısı ile ilişkili değişkenlerin bilişsel davranışçı model kapsamında incelemesi. *Türk Psikoloji Dergisi*. 2020;35(85):21-36.

74. Kızılkurt OK, Yılmaz A, Noyan CO, Dilbaz N. Health anxiety during the early phases of COVID-19 pandemic in Turkey and its relationship with postpandemic attitudes, hopelessness, and psychological resilience. *Perspect Psychiatr Care*. 2021;57:399-407.
75. Karaçadır V, Çelik R. Üniversite öğrencilerinin sağlık kaygı düzeylerini belirlemeye yönelik bir çalışma. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*. 2019;7(16):225-38.
76. Göde A, Öztürk YE. Üniversite öğrencilerinin siberkondri düzeylerinin sağlık kaygısı üzerine etkisinin incelenmesi. *Selçuk Sağlık Dergisi*. 2023;4(Kongre Özel):1-17.
77. Avçin E, Erkoç B. Covid-19 Pandemi Sürecinde Sağlık Anksiyetesi, Yaşam Doyumu Ve İlişkili Değişkenler. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*. 2021(17):1-13.
78. Bahadır Yılmaz E, Ayvat İ, Şiran B. Hastanede Yatan Hastalarda Sağlık Anksiyetesi ile Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları Arasındaki İlişki. *Fırat Tıp Dergisi*. 2018;23(1).
79. Chen Q, Zhang Y, Zhuang D, Mao X, Mi G, Wang D, et al. Health anxiety in medical employees: A multicentre study. *Journal of International Medical Research*. 2019;47(10):4854-61.
80. Ekiz T, İlman E, Dönmez E. Bireylerin sağlık anksiyetesi düzeyleri ile covid-19 salgını kontrol algısının karşılaştırılması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*. 2020;6(1):139-54.
81. Özgül ÖO, Saatçi E. Çukurova Üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinin sağlık anksiyete düzeyleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Türk Aile Hekimleri Dergisi*. 2021;25(3):84-90.
82. Taşkın Yılmaz F, Gürçay B, Bilgin A. İç Hastalıkları Hemşireliği Dersinin Öğrencilerde Sağlık Anksiyetesi ile Sağlığı Geliştirici ve Koruyucu Davranışlara Etkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*. 2024;7(3):825-35.
83. Oyekcin DG, Sahin EM, Aldemir E. Psychiatric co-morbidity and attachment styles in obese adults: A comparative study with healthy volunteers. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2018;21(4).
84. Özdel Oİ, Sözeri GV, Fenkçi S, Değirmenci T, Karadağ RF, Kalkan NO, et al. Obez kadınlarda psikiyatrik tanı sıklığı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2011.
85. Barbek RM, Makowski AC, von dem Knesebeck O. Social inequalities in health anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*. 2022;153:110706.
86. Nah K, Olthuis JV. Exercise and Health Anxiety in Older Women: Exploring the Mediating Role of Anxiety Sensitivity. *J Aging Phys Act*. 2023;31(6):978-86.

87. Wang H, Zhang Q, Lin Y, Liu Y, Xu Z, Yang J. Keep Moving to Retain the Healthy Self: The Influence of Physical Exercise in Health Anxiety among Chinese Menopausal Women. *Behav Sci (Basel)*. 2023;13(2).
88. Kandola A, Stubbs B. Exercise and Anxiety. *Adv Exp Med Biol*. 2020;1228:345-52.
89. Temel M, Kalmaz A. Kronik Hastalığı Olan ve Olmayan Bireylerde Akılcı İlaç Kullanımı, Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondri. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2024;8(1):42-54.
90. Kıran S, Yılmaz AE. Sağlık Kaygısı Hakkında Üstbilişsel İnanışlar Anketi (ÜBA-SK) Türkçe Formunun Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2024;35(2).
91. Meriç M. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Anksiyetesi Düzeyinin Belirlenmesi Ve Etkileyen Etmenler (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi; 2022.
92. Esen AD, Kafadar D, Arıca S. Sigara bırakma polikliniğine başvuran kişilerin sağlık anksiyetesi ölçeği ile değerlendirilmesi. *Eurasian Journal of Family Medicine*. 2018;7(1):5-13.
93. Aksoy Canyolu B, Dönmez B, Yılmaz Önal H, Güneş FE. Gıda Okuryazarlığının, Akdeniz Diyetine Uyum ve Beslenmeyle İltimli Biyokimyasal Bulgularla İlişkisi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*. 2024;11(2):404-16.
94. Koçaslan Y. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimlerifakültesi Öğrencilerinin Gıda Okuryazarlığıve Akdeniz Diyeti Kalite İndeksine Uyumdurumlarının Belirlenmesi (tez): Hasan Kalyoncu Üniversitesi; 2021.
95. Zeminian LB, Corona LP, da Silva MC, Batista IdN, da Cunha DT. Do Primary Health Professionals in Brazil Have a Misperception about Food? The Role of Food Literacy as a Positive Predictor. *Nutrients*. 2024;16(2):302.
96. Zwierczyk U, Kobryn M, Duplaga M. Validation of the Short Food Literacy Questionnaire in the Representative Sample of Polish Internet Users. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(15).
97. Bookari K. A cross-sectional exploratory study of food literacy among Saudi parents of adolescent children aged 10 to 19 years. *Front Nutr*. 2022;9:1083118.
98. Öztürk YE, Örkün SY, Samancı M, Akbaş E. Sağlık Çalışanlarında Gıda Okuryazarlığı, Hedonik Açlık, Depresyon Durumları ve Bazı Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*. 2023;51(3):7-15.

99. Itzkovitz A, Maggio V, Roy-Fleming A, Legault L, Brazeau AS. Nutrition and food literacy among young Canadian adults living with type 1 diabetes. *Diabet Med.* 2022;39(11):e14921.
100. Durmus H, Balci E, Oral B, Sonkaya Z. Knowledge of food literacy and food safety among turkish adults. *Erciyes Medical Journal.* 2018;40(2).
101. Solak Y, Durmuş H, Vural Solak GT, Altuntaş SÇ, Mustan AG. Changes in HbA1c values of patients with type 2 diabetes mellitus during the pandemic period and their relationship to food literacy. *International Journal of Diabetes in Developing Countries.* 2024;44(1):114-21.
102. Groufh-Jacobsen S, Larsson C, Van Daele W, Margerison C, Mulkerrins I, Aasland LM, et al. Food literacy and diet quality in young vegans, lacto-ovo vegetarians, pescatarians, flexitarians and omnivores. *Public Health Nutr.* 2023;26(12):3051-61.

EKLER

Ek-1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI GİRİŞİMSSEL OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye			
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-GOBAEK 2024/100	
	PROTOKOL ADI	Trakya Üniversitesinin Bazı Fakültelerinde Son Sınıf Öğrencilerinin Ortoreksiya Nevroza Eğilimi ve İlişkili Faktörler	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Galip EKUKLU	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
Tarih: 18.03.2024			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 05/09	Fakültemiz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Galip EKUKLU'nun sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Yusuf ERGİN'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödettirmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
	ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, Işı Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOBAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Doç. Dr. Fatma Gülsüm ÖNAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Selçuk KORKMAZ Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Mehmet Erdal VARDAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMIT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Semaz TOPALOĞLU Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Sezgi SARIKAYA SOLAK Üye	Deri ve Zührevi Hastalıklar	T.Ü.T.F. Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Rıdvan DURAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Doğan ALBAYRAK Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Ayşegül KURT Üye	Protetik Diş	T.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hilal KEKLİCEK Üye	Protez-Ortez ve Biyomekani	T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi	K	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye	Emekli Öğretmen	Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki

**Toplantıda Bulunma

Ek-2

Evrak Tarih Sayısı: 24.04.2024-633735



T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı
Personel İşleri Birimi



Sayı : E-89307567-020-633735
Konu : Anket-Ölçek Uygulaması Hk.

24.04.2024

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Genel Sekreterlik)

İlgi : 22.04.2024 tarihli ve 020-E.630395 sayılı yazı

Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Arş. Gör. Dr. Yusuf ERGİN'in yürütücüsü olduğu "Trakya Üniversitesi'nin Bazı Fakültelerinde Son Sınıf Öğrencilerinin Ortoreksiya Nervoza Eğilimi ve İlişkili Faktörler" başlıklı etik kurul izni alınmış bilimsel çalışmasını Fakültemizde yapması Dekanlığımızca uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.

Prof. Dr. Sedat ÜSTÜNDAĞ
Dekan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BSRA27HTB9 Pin Kodu : 40062

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/trakya-universitesi-ebys>

Adres : Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Fakültesi Balkan Yerleşkesi 22030 Edirne
Telefon : 2842133042 Faks : 2842126107
e-Posta : sbf@trakya.edu.tr Web : <https://sbf.trakya.edu.tr>
Kep Adresi : trakyauni@hs01.kep.tr

Bilgi için : Ongül DUAN
Ünvanı : Bilgisayar İşletmeni
Tel No : Bilgisayar İşletmeni



Ek-3

Evrak Tarih Sayısı: 22.04.2024-633578



T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Mühendislik Fakültesi Dekanlığı



Sayı : E-84450929-020-633578
Konu : Anket-Ölçek Uygulaması Hk.

22.04.2024

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Genel Sekreterlik)

İlgi : 22.04.2024 tarihli ve 020-E.630395 sayılı yazı

İlgili yazı konusu, Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Arş. Gör. Dr. Yusuf ERGİN'in Üniversitemizin bazı fakültelerinde son sınıf öğrencilerine "Ortoreksiya Nervoza Eğilimi ve İlişkili Faktörler" konulu tez çalışmasının Anket-Ölçek Uygulaması kapsamında yapılması Dekanlığımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Hacı Ali GÜLEÇ
Dekan V.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BSCA20SV2N Pin Kodu : 48862

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/trakya-universitesi-ebys>

Adres : Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Mühendislik Fakültesi Ahmet Karadeniz Yerleşkesi Edime

Telefon : 2842261218 Faks : 2842261225

e-Posta: muhendislik@trakya.edu.tr Web: <https://muhendislik.trakya.edu.tr>

Kep Adresi : trakyaumi@hs01.kep.tr

Bilgi için : Gülten YÜCEL
Unvanı : Bilgisayar İşletmeni



Ek-4

Evrak Tarih Sayısı: 24.04.2024-634321



T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dekanlığı



Sayı : E-26138592-020-634321
Konu : Anket-Ölçek Uygulaması Hk.

24.04.2024

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Genel Sekreterlik)

İlgi : 22.04.2024 tarihli ve 020-E.630395 sayılı yazı

İlgide kayıtlı yazı ile gönderilmiş olan, Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim elemanı Arş. Gör. Dr. Yusuf ERGİN'in "Ortoreksiya Nervoza Eğilimi ve İlişkili Faktörler" konulu tez çalışması kapsamında yapacağı anketin Fakültemiz son sınıf öğrencilerine uygulanması isteği Dekanlığımızca uygun görülmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Ayhan GENÇLER
Dekan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSLA22S26R Pin Kodu :55352

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/trakya-universitesi-ebys>

Adres : Trakya Üniversitesi Rektörlüğü İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Balkan Yerleşkesi 22030

Edirne

Telefon : 2842357151 - 2842357152 Faks : 2842357363

e-Posta: iibf@trakya.edu.tr Web: <https://iibf.trakya.edu.tr>

Kep Adresi : trakyauni@hs01.kep.tr

Bilgi için : Serkan OÇAL

Unvanı : Bilgisayar İşletmeni

Tel No : Bilgisayar İşletmeni



Ek-5

Evrak Tarih Sayısı: 06.05.2024-639452



T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Diş Hekimliği Fakültesi Dekanlığı



Sayı : E-12679951-020-639452
Konu : Anket-ölçek Uygulaması

06.05.2024

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Genel Sekreterlik)

İlgi : 22.04.2024 tarihli ve 0.020 E.630395 sayılı yazınız.

İlgi yazınız gereği; Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında görev yapan Arş. Gör. Yusuf ERGİN'in tez çalışmasında Fakültemiz son sınıf öğrencilerine yapılması planlanan anket-ölçek uygulaması yapılması talebiniz Dekanlığımızca uygun görülmüş olup gereğini bilgilerinize arz ederim

Prof. Dr. Osman Nuri HATİPOĞLU
Rektör Yardımcısı (Dekanlık Görevi
Uhdesinde)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSCAS3SEK2N Pin Kodu :97372
Adres : Trakya Üniversitesi Balıkesir Yolu 22030 Edirne
Telefon : 2842364550 Faks : 2842364550
e-Posta:dirhskfak@trakya.edu.tr Web:https://dirhskimligi.trakya.edu.tr
Kep Adresi : trakyauni@hs01.kep.tr

Belge Takip Adresi : <https://www.trakya.gov.tr/trakya-universitesi-ebys>

Bilgi için : Sergi BAYAR
Unvanı : Bilgisayar İşletmeni
Tel No : Bilgisayar İşletmeni



Ek-6

Evrak Tarih Sayısı: 08.05.2024-641261



T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
İdari İşler Birimi



Sayı : E-35727477-604.01-641261
Konu : Değerlendirme ve Onay

08.05.2024

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 05.04.2024 tarihli ve 010.99-E.629165 sayılı yazı

Anabilim Dalınız Arş. Gör. Dr. Yusuf ERGİN' in "Trakya Üniversitesi Bazı Fakültelerinde Son Sınıf Öğrencilerinin Ortoreksiya Nervoza Eğilimi ve İlişkili Faktörler" konulu tez çalışmasının Anket-Ölçek Uygulaması Dekanlığımızca uygun görülmüştür..
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Filiz AKATA
Dekan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BS5AS0J6N9 Pin Kodu :02552

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/trakya-universitesi-ebys>

Adres : Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Tıp Fakültesi Dekanlığı Balkan Yerleşkesi 22030 Edirne

Telefon : 2842357653 Faks : 2842357652

e-Posta:dekanlik@trakya.edu.tr Web:<https://tipfak.trakya.edu.tr>

Kep Adresi : trakyauni@hs01.kep.tr

Bilgi için : Selay DANACI
Ünvanı : Bilgisayar İşletmeni

Tel No : 1314



Ek-7

Evrak Tarih Sayısı: 13.05.2024-643868



T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Eğitim Fakültesi Dekanlığı



Sayı : E-14108762-020-643868
Konu : Anket-Ölçek Uygulaması Hk.

13.05.2024

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Genel Sekreterlik)

İlgi : 22.04.2024 tarihli ve 020-E.630395 sayılı yazı

Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Arş. Gör. Dr. Yusuf ERGİN'in Üniversitemizin bazı fakültelerinde son sınıf öğrencilerine "Ortoreksiya Nervoza Eğilimi ve İlişkili Faktörler" konulu tez çalışması kapsamında Anket-Ölçek uygulaması yapma isteği Dekanlığımızca uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Sevinç SAKARYA MADEN
Dekan V.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSAAU4ZJTR Pin Kodu :65703

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/trakya-universitesi-ebys>

Adres : Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Eğitim Fakültesi İsmail Hakkı Tonguç Yerleşkesi 22030

Edine

Telefon : 2842120808 Faks : 2842146279

e-Posta: egitimfak@trakya.edu.tr Web: <https://egitimfak.trakya.edu.tr>

Kep Adresi : trakyauni@hs01.kep.tr

Bilgi için : Erdiñ AKBULUT

Unvan : Bilgisayar İşletmeni

Tel No : Bilgisayar İşletmeni



Ek-8

GIDA OKURYAZARLIĞI KISA FORM

1. Sağlıklı beslenmeyle ilgili sorularım olduğunda, bu konuyla ilgili bilgiyi nereden bulabileceğimi biliyorum.

Kesinlikle katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Fikrim Yok ☐ Katılıyorum ☐ Kesinlikle katılıyorum ☐

2. Genel olarak aşağıdaki gıda bilgilendirme çeşitlerini ne kadar iyi anlayabilirsiniz?

- a. Gıda bilgi broşürü/ el ilanlarını

Çok kötü ☐ Kötü ☐ Orta ☐ İyi ☐ Çok iyi ☐ Bu bilgilendirmeleri okumuyorum ☐

- b. Gıda etiket bilgilerini

Çok kötü ☐ Kötü ☐ Orta ☐ İyi ☐ Çok iyi ☐ Bu bilgilendirmeleri okumuyorum ☐

- c. Beslenme üzerine yapılan TV, Radyo programlarını

Çok kötü ☐ Kötü ☐ Orta ☐ İyi ☐ Çok iyi ☐ Bu bilgilendirmeleri okumuyorum ☐

- d. Profesyonellerden duyduğunuz beslenme ile ilgili sözel tavsiyeleri

Çok kötü ☐ Kötü ☐ Orta ☐ İyi ☐ Çok iyi ☐ Bu bilgilendirmeleri okumuyorum ☐

- e. Aile ya da arkadaşlardan edinilmiş beslenme tavsiyelerini

Çok kötü ☐ Kötü ☐ Orta ☐ İyi ☐ Çok iyi ☐ Bu bilgilendirmeleri okumuyorum ☐

3. Sağlık bakanlığı tarafından oluşturulan, Türkiye beslenme piramidini ne kadar tanıyorsun?

Çok kötü ☐ Kötü ☐ Orta ☐ İyi ☐ Çok iyi ☐

4. Türkiye beslenme rehberinde de yer alan meyve ve sebze tüketimiyle ilgili genel sağlık uyarılarını biliyorum.

Kesinlikle katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kesinlikle katılıyorum ☐

5. Türkiye beslenme rehberinde de yer alan tuz alımıyla ilgili genel sağlık uyarılarını biliyorum.

Kesinlikle katılmıyorum ☐ Katılmıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kesinlikle katılıyorum ☐

6. Sıradan bir gününüzü düşündüğünüzde, dengeli bir öğün hazırlamak sizin için kolay mı, yoksa zor mu?

Çok zor ☐ Zor ☐ Kolay ☐ Çok kolay ☐ Öğün hazırlamıyorum ☐

Ek-8 devamı

7. Geçmişte aile üyelerinizden ya da arkadaşlarınızdan biri beslenme konularıyla ilgili sorunları olduğunda ne sıklıkla yardımcı olabildiniz?

Hiç ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman ☐ Daha önce sorunla karşılaşmadım ☐

8. Sağlıklı beslenmeyle ilgili çok sayıda bilgi bulunmaktadır, sizi ilgilendiren bilgiyi seçmekte ne kadar başarılısınız?

Çok kötü ☐ Kötü ☐ Orta ☐ İyi ☐ Çok iyi ☐ Bu bilgilendirmeleri okumuyorum ☐

9. Medyadaki beslenme üzerine bulunan bilgilerin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek sizin için ne kadar kolay?

Çok zor ☐ Zor ☐ Kolay ☐ Çok kolay ☐

10. Medyada sık sık yer verilen gıda –sağlık ilişkilerine dair bilgilerin doğru olup olmadığını değerlendirmek sizin için ne kadar kolay?

Çok zor ☐ Zor ☐ Kolay ☐ Çok kolay ☐

11. Sizin için belli bir gıdanın sağlıklı bir beslenme için önemini değerlendirmek ne kadar kolay?

Çok zor ☐ Zor ☐ Kolay ☐ Çok kolay ☐

12. Senin için beslenme alışkanlığının sağlığın üzerindeki uzun dönem etkisini değerlendirmek ne kadar kolay?

Çok zor ☐ Zor ☐ Kolay ☐ Çok kolay ☐

Ek-9

ORTOREKSİYA NERVOZA ENVANTERİ

1.	Sağlıklı beslenmeyi bıraktığımda çok fazla suçluluk hissediyorum veya kendimden nefret ediyorum.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
2.	Yediğimin sağlıklı olmasına lezzetli olmasından daha fazla önem veriyorum.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
3.	Sağlıklı beslenmeye fazla zaman ayırmamın bir sonucu olarak ailemle veya arkadaşlarımla eskiye göre daha az zaman geçiriyorum.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
4.	Sağlıklı beslenmeyi katı bir şekilde uyguluyorum, sadece diyetimin izin verdiği şeyleri yerim ve bu diyet dışına çıkmamaya çalışırım.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
5.	Uyguladığım besin kısıtlamaları, insanların benim için sağlıklı olduğunu söylediklerinden daha fazla kilo vermeme neden oldu.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
6.	Diyetimde yemekleri en sağlıklı şekilde hazırlamak çok önemlidir.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
7.	Sağlıklı beslenmem, ilişkilerimde önemli bir stress kaynağı olmaktadır.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
8.	Diyetim, zamanla sağlıksız olduğuna inandığım tüm besin gruplarının diyetten çıkarılmasını içermektedir.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
9.	Sağlıklı beslenmeden uzaklaştığım an sadece ne kadar başarısız olduğumu düşünebiliyorum.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
10.	Sağlık uzmanları, diyetimin çok kısıtlayıcı olduğu konusunda endişelerini dile getirmişlerdir.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
11.	Birçok kuralı olan sağlıklı bir diyet uyguluyorum.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
12.	Diyetten çıkardıklarım/arındıklarım ya da oruçlarım zamanla daha sıkı veya şiddetli hale geldi.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
13.	Ne zaman sağlıksız bir şey yersem büyük ölçüde kendimi kirlenmiş hissedirim.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
14.	Zamanla çok daha sağlıklı beslenmiş olmama rağmen aslında fiziksel sağlığım bozuldu.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
15.	Sağlıklı beslenme, hayatımdaki en önemli şeyler arasındadır.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
16.	Sağlıklı beslenmeye fazla zaman ayırmam işte aksaklıklara/zaman kaybına ya da okulda dersleri kaçırmama sebep olur.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık

Ek-9 Devamı

17.	Ya işlenmiş gıdaları satın almam ya da sağlıklı olduğundan ve katkı maddesi içermediğinden emin olmak için besin etiketlerini mutlaka kontrol ederim.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
18.	Uyguladığım sağlıklı beslenme kurallarının sayısı zaman içerisinde giderek arttı.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
19.	Ne zaman kendimi hasta hissetsem ailem veya arkadaşlarım, hastalığın diyetimin çok kısıtlı olmasından kaynaklanabileceğini söyler.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
20.	Ailem veya arkadaşlarımla vakit geçirirken sık sık sağlıklı beslenme ile ilgili düşüncelerimden dikkatim dağılıyor.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
21.	Sadece sağlıksız bir şey yeme düşüncesi bile beni oldukça endişelendiriyor.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
22.	Sağlıksız olduğunu düşündüğüm tüm besinlerden kesinlikle kaçınıyorum.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
23.	Fiziksel olarak iyi hissetmem tamamen benim sağlıklı beslenmemi sıkı sıkıya takip ediyor olmama bağlıdır.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
24.	Diyeti ne kadar katı bir şekilde uygularsam, o kadar yorgunluk, bayılma, kalp çarpıntısı, mide bulantısı, ishal, ağrı vb. fiziksel semptomlardan birini veya daha fazlasını yaşıyor gibi görünüyorum.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık

SAĞLIK ANKSİYETESİ ENVANTERİ (KISA VERSİYON)

Bu bölümdeki her soru dört farklı ifade içerir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve son 6 ay içindeki duygularınızı en iyi ifade eden seçin. Seçtiğiniz cümleyi yanındaki harfi daire içine alarak işaretleyin, örneğin (a) cümlesinin doğru olduğunu düşünüyorsanız (a) yı işaretleyin; birden fazla ifadenin size uygun olduğunu düşündüğünüzde size uyan ifadelerin hepsini işaretleyin.

1. (a) Sağlığım ile ilgili endişelenmem.
(b) Sağlığım ile ilgili nadiren endişelenirim.
(c) Sağlığım ile ilgili çok sık endişelenirim.
(d) Sağlığım ile ilgili hemen her zaman endişelenirim.
2. (a) Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/ acı hissedirim
(b) Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissedirim
(c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissedirim
(d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissedirim.
3. (a) Genellikle vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında değilimdir.
(b) Bazen vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında olurum.
(c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkındayım.
(d) Sürekli vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkındayım.
4. (a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiç bir zaman sorun olmamıştır.
(b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.
(c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam.
(d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı hiç koymaya çalışmıyorum.
5. (a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur.
(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
(d) Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
6. (a) Kendimi hasta olarak hayal etmem.
(b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
(c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
(d) Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
7. (a) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.
(b) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.
(c) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.
(d) Hiçbir şey zihnimden sağlığım ile ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.
8. (a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylerse tamamen rahatlarım.
(b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim.
(c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim.
(d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.
9. (a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem.
(b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.
(c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm.
(d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm.

Ek-10 Devamı

10. (a) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen nadiren ne olduğunu merak ederim.
(b) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.
(c) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen her zaman ne olduğunu merak ederim.
(d) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.
11. (a) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm.
(b) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm.
(c) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğunu düşünürüm.
(d) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.
12. (a) Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem
(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
(d) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
13. (a) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanmam.
(b) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım.
(c) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek çoğunlukla zorlanırım.
(d) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek her zaman zorlanırım.
14. (a) Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.
(b) Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğimi söyler.
(c) Ailem ve dostlarım sağlığım için fazlaca endişelendiğimi söyler.
(d) Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.
- Aşağıdaki soruları yanıtlarken, sizi özellikle rahatsız eden bir hastalığınız (kalp hastalığı, kanser, Multipl Skleroz gibi) olsaydı nasıl olurdu diye düşünün. Tabii ki tam olarak nasıl olacağını bilemezsiniz ama genelde kendiniz ve ciddi bir hastalık konusundaki bilgilerinize dayanarak nasıl olacağı konusunda en iyi tahmini yapmaya çalışın.
15. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabilirdim.
(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala biraz zevk alabilirdim.
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk alamazdım.
(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden hiç zevk alamazdım.
16. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu.
(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı orta düzeyde olurdu.
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı çok az olurdu.
(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı hiç olmazdı.
17. (a) Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı.
(b) Ciddi bir hastalık yaşamımın bir çok alanını bozardı.
(c) Ciddi bir hastalık yaşamımın neredeyse her alanını bozardı.
(d) Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.
18. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.
(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu biraz zedelenmiş hissederdim.
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim.
(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.

Ek-11

Trakya Üniversitesi'nin Bazı Fakültelerinde Son Sınıf Öğrencilerinin Ortoreksiya Nervozaya Eğilimi ve İlişkili Faktörler

Değerli katılımcı; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı olarak üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervozaya yatkınlık ile ilişkili olabilecek faktörlerin saptanması amacıyla hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır. Fikirleriniz bizim için çok önemlidir, içtenlikle yanıtlamanızı rica ediyoruz. Katkı ve katılımınız için teşekkür ederiz.

PROF. DR. GALİP EKUKLU
T.C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı ABD

ARŞ. GÖR. DR. YUSUF ERGİN
T.C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı ABD

1.Yaşınız.....

2. Cinsiyet: (a)erkek (b)kadın

3.Kaçıncı sınıftasınız?

4. Fakülteniz:.....

5. Boyunuz (cm):.....

6. Kilonuz (kg):.....

7. Yaşadığınız yer?

- (a)Aileniz ile (b)Yurtta (c) Akrabanızın yanında (d) Ev arkadaş(lar)ı ile
(e)Yalnız olarak evde (f) Diğer.....

8. Bildiğiniz kronik(sürekli devam eden) bir hastalığınız var mı?

- a. Evet (belirtiniz.....) (düzenli kullandığı ilaç.....) b. Hayır

9.Bugüne kadar tanı ve/veya tedavi aldığınız psikiyatrik sorunları lütfen işaretleyiniz.

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- (a) Depresyon (çökkünlük) (b) Anksiyete bozukluğu (endişe hastalığı)
(c) Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu
(d) Obsesif kompulsif bozukluk(takıntılı düşünce ve zorlantı bozukluğu)
(e) Yeme bozukluğu (anoreksiya, bulimiya vb.)
(f) Herhangi bir sağlık sorunu yok (g) Diğer.....

10. Gelir düzeyinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

- (a) Düşük (Gelir giderden az) (b) Orta(Gelir gidere eşit) (c) Yüksek(Gelir giderden fazla)

11. Sigara kullanıyor musunuz?

- (a)Hayır (b)Evet ise günde adet/.....paket (c)Bıraktım

12. Alkollü içecekleri ne sıklıkla kullanırsınız?

- (a)Hiçbir zaman (b)Ayda bir veya daha az (c)Haftada bir veya daha az
(d).Haftada 2-4 kez (e)Haftada 5 veya daha fazla

13. Bildiğiniz herhangi bir besin/ilaç alerjiniz var mı?

- (a)Hayır (b)Evet ise lütfen belirtiniz.....

Ek-11 Devamı

14.Uyguladığınız özel bir diyet var mı?

- (a)Vejetaryen (b) Vegan (c) Kalori kısıtlama diyeti (d) Gluten diyet
(e)Aralıklı beslenme (f)Diğer.....

15. Ortoreksiya nervoza kavramı hakkında bilgi durumunuzla ilgili en uygun seçeneği işaretleyiniz.

- (a)Hiç duymadım
(b)Duydum ama bilgim yok
(c)Doktorlardan bilgi aldım
(d)Diyetisyenden bilgi aldım
(e)Kitle iletişim araçları (tv, internet, gazete, dergi vb) ile bilgi aldım
(f)Çevremden (aile, arkadaşlar) bilgi aldım
(g) Zayıflama merkezlerinden bilgi aldım
(h)Diğer.....

16.Kaldığınız evde-yurtta yemekleri kim yapıyor?

- (a)Yemek yapmıyorum
(b)Kendim yapıyorum
(c)Başkası yapıyor(Belirtiniz)
(d)Yemekhaneden yiyorum
(e) Dışarıdan(Restoran, kafe vb...) yiyorum

17.Üniversitede yemekleri nerede yiyorsunuz?

- (a)Evden getiriyorum
(b)Kampüsün dışında restoran, kafe vb...
(c)Üniversite kantini, restoran, vb
(d)Üniversite yemekhanesi
(e)Öğün atlıyorum
(f)Diğer

18.Düzenli olarak fiziksel aktivite yapar mısınız?

- (a)Yapmıyorum (b) Haftada 1-2 kez (c) Haftada 3-4 kez (d)Haftada 5'ten fazla