



**SOSYAL MEDYA ÜZERİNDEN DİYET YAPAN
BİREYLERİN ORTOREKSİYA NERVOZA VE YEME
TUTUMLARININ SAPTANMASI: İNSTAGRAM
ÖRNEĞİ**

Sıla Özgül TEPE

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Metin GENÇ
Yüksek Lisans Tezi- 2019**

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SOSYAL MEDYA ÜZERİNDEN DİYET YAPAN BİREYLERİN
ORTOREKSİYA NERVOZA VE YEME TUTUMLARININ SAPTANMASI:
İNSTAGRAM ÖRNEĞİ

Sıla Özgül TEPE

Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Metin GENÇ

MALATYA

2019


KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Sıla Özgül TEPE'nin " Sosyal Medya Üzerinden Diyet Yapan Bireylerin Ororeksiya Nervoza ve Yeme Tutumlarının Saptanması: Instagram Örneği "** konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 21/08/2019

Prof. Dr. Ali ÖZER
İnönü Üniversitesi
Jüri Başkanı


Prof. Dr. Erkan PEHLIVAN
İnönü Üniversitesi
Üye


Prof. Dr. Ayşe F. OĞUZÖNCÜL
Fırat Üniversitesi
Üye

ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../2019 tarih ve 2019/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGE VE KISALTMALAR	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Yeme Bozuklukları	4
2.1.1. Anoreksiya Nervoza	5
2.1.2. Bulimiya Nervoza	7
2.1.3. Tıkanırçasına Yeme (EDNOS)	8
2.1.4. Diğer Yeme Bozuklukları	9
2.1.4.1. Pika	9
2.1.4.2. Gece Yeme Sendromu (Night Eating)	10
2.1.4.3. Kas Dismorfizmi (Bigoreksiya).....	11
2.1.4.4. Kuş Gibi Beslenme... ..	11
2.1.4.5. Geri Çıkarma (Geviş Getirme)	11
2.2. Ortoreksiya Nervoza Tanımı	12
2.3. Ortoreksiya Nervoza Prevalansı	14
2.4. Ortoreksiya Nervoza Belirtileri	15
2.5. Ortoreksiya Nervoza'nın Belirlenmesindeki Kriterler	16
2.6. Ortoreksiya Nervoza'nın Sınıflandırılması	18
2.7. Ortoreksiya Nervoza'nın Gelişimiyle İlişkili Faktörler	19
2.7.1. Cinsiyet... ..	19
2.7.2. Genetik ve Aile	20
2.7.3. Sosyokültürel Etki.....	21
2.7.4. Medya ve Sosyal Medya etkisi... ..	22

2.7.4.1. İnternet ve Sosyal Medyada Dünden Bugüne.....	24
2.7.4.2. Türkiye'de Sosyal Medya Kullanımı	25
2.7.4.3. Youtube.....	26
2.7.4.4. Facebook.....	27
2.7.4.5. İnstagram	27
2.7.5. Popüler Diyetlerin Etkisi	28
2.7.5.1. Vejetaryenlik ve Vegan Beslenme.....	29
2.7.5.2. Hollywood Diyeti	29
2.7.5.3. İsveç Diyeti	30
2.7.5.4. Detoks Diyetleri	30
2.7.5.5. Aralıklı Açlık	30
2.7.5.6. Düşük Karbonhidratlı, Yüksek Yağlı Diyetler(Karatay, Dukan)	31
2.7.5.7. Temiz Beslenme (Clean Eating)	32
2.8. Ortoreksiya Nervoza Kurtarma Tedavisi	33
3. MATERYAL VE METOD	36
3.1. Araştırma Modeli	36
3.2. Evren ve Örneklem	36
3.3. Veri Toplama Tekniği.....	36
3.4. Kişisel Bilgi Formu.....	37
3.5. Sağlık ve Alışkanlık Bilgi Formu	37
3.6. Uluslar arası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA).....	37
3.7. Yeme Tutum Testi (EAT-40)	38
3.8. ORTO-15 Ölçeği.....	38
3.9. Beden Kitle İndeksi	39
3.10. Veri Değerlendirmesi.....	40
4. BULGULAR.....	41
5. TARTIŞMA.....	60
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	72
KAYNAKLAR	75
EKLER	95

- Ek-1. Özgeçmiş
- Ek-2. Genel Bilgiler Anket Formu
- Ek-3. ORTO-15 Ölçeği
- Ek-4. Yeme Tutum Testi
- Ek-5. Etik Kurul Onayı



TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans sürecinin her aşamasında, tez çalışmamın en çıkmaz dönemlerinde akademik bilgi ve tecrübesiyle olduğu kadar anlayışı, sabrı ve manevi desteğiyle de yanımda olan çok değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Metin Fikret GENÇ'e

Öğrenim sürecime bilimsel ve manevi destekleriyle katkı sağlayan değerli hocalarım sayın Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN' a, sayın Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ' e ve sayın Prof.Dr. Ali ÖZER' e,

Çalışma sürecinde destekleriyle katkı sağlayan yardımcı danışmanım Araştırma görevlisi Dr. Ayşe Gökçe' ye,

Çalışma sürecimde beni güdüleyen çok değerli arkadaşım Öğr. Gör. Hülya Yılmaz'a

Çalışmanın istatistiksel değerlendirmesindeki katkılarıyla destek veren Uzm. Dr. Yasin Sağlam'a

Bugünlere gelmemi sağlayan, hayatımın her anında bana destek olan, sevgili aileme: öncelikle en değerlim olan kardeşim Betül Öznur Tepe' ye, annem Meliha Dikgöz' e, babam Ramazan Tepe' ye

Ve bilime katkı sağlayan tüm katılımcılara en içten sevgi, saygı ve sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Sıla Özgül Tepe

ÖZET

Sosyal Medya Üzerinden Diyet Yapan Bireylerin Ortoreksiya Nervozaya ve Yeme Tutumlarının Saptanması: Instagram Örneği

Amaç: Çalışmamızın amacı: sosyal medya alanlarından olan instagramı kullanarak diyet yapan bireylerin ortoreksiya nervozaya belirtilerini ve yeme tutumlarını incelemektir.

Materyal ve Metot: Araştırmamız tanımlayıcı çalışma olup Instagram kullanıcısı olan, diyet yapan (kilo vermeyi, kilo korumayı hedefleyen) 421 kişiyle yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak; SurveyMonkey anket sitesinden oluşturulan: sosyo demografik özellikleri, sağlık ve alışkanlık durumu, Uluslar arası Fiziksel Aktivite Anketi(UFAA), sosyal medya kullanımını sorgulayan, ORTO-15, Yeme Tutum Testinin bulunduğu anket linki kullanılmıştır. Verilerin analizinde 'SPSS 22.0 for Windows' programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde Spearman Korelasyon Analizi, Pearson Kesin Ki-Kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Tüm değerlendirmelerde $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların %85.5'inin ortoreksiya eğiliminde olduğu ve %29.7'sinin yeme bozukluğu olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, kronik hastalık, beden kitle indeksi, diyet yapma şekli ile ortoreksiya eğilimleri arasında istatistiksel bir fark saptanmamıştır. Fiziksel aktivite ve ortoreksiya eğilimleri karşılaştırıldığında ortorektik eğilimler arttıkça fiziksel aktivite derecesinin arttığı saptanmıştır ($p < 0.05$). Günlük instagram kullanım süresi arttıkça ortoreksiya eğilimleri artmaktadır ($p < 0.05$). Yeme tutumlarını etkileyen faktörlere bakıldığında cinsiyet, eğitim seviyesi, diyet yapma şekli, beden kitle indeksi, günlük instagram kullanım süresinin yeme bozukluğunda istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). ORTO-15 ve YTT karşılaştırılmasında: yeme bozukluğu arttıkça bireyin ortorektik olma eğilimleri istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artmaktadır ($p < 0.05$).

Sonuç: Araştırmamız gün geçtikçe artan ortoreksiya prevalansının ve bu durumla ilişkili faktörlerin incelenmesinde daha kapsamlı çalışmaların yapılmasına katkı sağlayacaktır. Ortoreksiya nervozaya kriterlerinin belirlenmesi, değerlendirilme yöntemlerinin geliştirilmesi sosyal medya kullanıcılarının bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yeme bozuklukları, ortoreksiya nervozaya, yeme tutum davranışları, sosyal medya.

ABSTRACT

Determination of Orthorexia Nervosa and Eating Attitudes of Individuals Who Make Diet on Social Media: Instagram Example

Objectives: The aim of our study is to examine the symptoms of orthorexia nervosa and eating attitudes of individuals who are dieting using social media.

Material and Method: Our research is a descriptive study with 421 people who are in Instagram, who are dieting (aiming to lose weight, aiming weight protect). As a data collection tool; SurveyMonkey survey site: General Information Form, International Physical Activity Questionnaire(IPAQ), ORTO-15, EAT-40 was used. SPSS 22.0, Spearman Correlation Analysis and PearsonExact Chi-Square tests were used for statistical analysis and significance value was accepted $p < 0.05$.

Results: %85.5 of the participants tend to have orthorexia and %29.7 of the participants have eating disorders. There was not means significantly between gender, marital status, education level, chronic disease, body mass index, the way of dieting and orthorexia. When the physical activity and orthorexia trends were compared, as the orthorexic tendencies increased, the degree of physical activity increased. ($p < 0.05$). Orthorexia tendencies increased as daily Instagram usage time increased ($p < 0.05$). When the factors affecting eating attitudes were examined, gender, education level, diet, body mass index, daily Instagram usage time were found to be statistically significant in eating disorder ($p < 0.05$). The tendency of the individual to have orthorectic increases as eating disorder increases ($p < 0.05$).

Conclusion: Our research will contribute to more comprehensive studies to examine the prevalence of orthorexia and the factors associated with this condition. Ortoreksiya Nervosa criteria should be determined, evaluation methods should be raised to raise awareness of social media users.

Keywords: Eating disorders, orthorexia nervosa, eating attitude behavior, social media.

SİMGE VE KISALTMALAR

AN	: Anoreksiya Nervoza
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
BKI	: Beden Ktle İndeksi
BN	: Bulimiya Nervoza
BTAYB	: Başka Trl Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu
DSM	: Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders
DS	: Dünya Sağlık rgt
EAT	: Eating Attitude Test
EDNOS	: Eating Disorder Not Otherwise Specified
ICD	: International Classification of Diseases
NES	: Gece Yeme Sendromu
ON	: Ortoreksiya Nervoza
TYB	: Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu
YTT	: Yeme Tutum Testi

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. Ortoreksiya nevroza hesaplama tablosu	39
Tablo 4.1. Araştırmaya katılanların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımları.....	41
Tablo 4.2. Araştırmaya katılanların sağlık ve alışkanlık değişkenlerinin dağılımları ...	43
Tablo 4.3. Araştırmaya katılanların çeşitli değişkenlerinin frekans tablosu.....	44
Tablo 4.4. Araştırmaya katılanların ORTO-15 kesim noktasına göre dağılımı	45
Tablo 4.5. Araştırmaya katılanların cinsiyetlerine göre ORTO-15 kesim değerlerinin karşılaştırılması	45
Tablo 4.6. Araştırmaya katılanların yaş gruplarına göre ORTO-15 kesim değerlerinin karşılaştırılması	46
Tablo 4.7. Araştırmaya katılanların medeni durumlarına göre ORTO-15 kesim değerlerinin karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.8. Araştırmaya katılanların eğitim seviyelerine göre ORTO-15 kesim değerlerinin karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.9. Araştırmaya katılanların sağlık durumlarına ve BKİ göre ORTO-15 kesim değerlerinin karşılaştırılması	48
Tablo 4.10. Araştırmaya katılanların alışkanlıklarına göre ORTO-15 kesim değerlerinin karşılaştırılması	49
Tablo 4.11. Araştırmaya katılanların YTT kesim noktasına göre dağılımı	50
Tablo 4.12. Araştırmaya katılanların cinsiyetlerine göre YTT kesim değerlerinin karşılaştırılması	51
Tablo 4.13. Araştırmaya katılanların yaş gruplarına göre YTT kesim değerlerinin karşılaştırılması	51
Tablo 4.14. Araştırmaya katılanların medeni durumlarına göre YTT kesim değerlerinin karşılaştırılması	52

Tablo 4.15. Araştırmaya eğitim seviyelerine göre YTT kesim değerlerinin karşılaştırılması	52
Tablo 4.16. Araştırmaya katılanların sağlık durumlarına ve BKİ göre YTT kesim değerlerinin karşılaştırılması.....	53
Tablo 4.17. Araştırmaya katılanların alışkanlıklarına göre YTT kesim değerlerinin karşılaştırılması.....	54
Tablo 4.18. Araştırmaya katılanların YTT kesim noktası değerlerine göre ORTO-15 kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması.....	55
Tablo 4.19. Araştırmaya katılanların YTT puanlarına göre ORTO-15 puanlarının korelasyonu.....	56
Tablo 4.20. Araştırmaya katılanların İnstagram kullanım süresine, Takipçi sayılarına göre YTT puanlarının ve ORTO-15 puanlarının karşılaştırılması	56
Tablo 4.21. Araştırmaya katılanların bazı değişkenlerinin ORTO-15 puanı kesim noktası ve YTT puanı kesim noktası gruplara göre dağılımı	58

1. GİRİŞ

Toplumun sağlık düzeyinin göstergelerinden ve temel gereksinimlerde biri olan beslenme eylemi: sağlığı korumak, geliştirmek, yaşam standartlarını arttırmak amacıyla bireyin gereksinimlerini karşılayacak besin öğelerinin yeterli şekilde, doğru zamanda, doğru bir tutum sergileyerek alınması demektir. Beslenme bireyin ve toplumun yaşamını biyolojik, sosyo kültürel, ekonomik etkileyen çoklu bir yapıya sahiptir. Beslenmenin fizyolojik gereksinim dışında biyo-psiko-sosyal olarak tanımlanan sosyolojik ve psikolojik yönlerinin olması, beslenmeyi halk sağlığı açısından daha da önemli kılmaktadır (1).

Beslenmenin yanlış alışkanlıklar doğrultusunda gerçekleştirilmesi doğrudan veya dolaylı olarak bir çok kronik ve psikopatolojik hastalığa sebep olarak toplumun sağlık sorunu haline gelebilir. Sağlıklı yaşam kalitesini düşüren 10 hastalıktan 7'si yanlış beslenmeyle ilgili bulunmaktadır (2,3).

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre alınan enerjinin harcanan enerjiden fazla olmasıyla kilo alımı gerçekleşmektedir. Aşırı kilo alımı, yanlış beslenmenin sebep olduğu durumlardan biri de obezitedir. Obezite prevalansının gün geçtikçe artmasıyla toplumsal sorun haline gelen obeziteyi azaltmak için ulusal, bireysel çözümler üretilmektedir. Dünya genelinde birçok kişinin kilo vermek, kilo korumak amaçlı çeşitli diyetler yaptığı gözlenmektedir (4).

Estetik kaygıların artması, toplumun zayıflığı çekici hale getirmesi, inceliğin beğenilme anlayışıyla özdeşleştirilmesi bireylerde zayıf ve ince kalma isteği oluşturmaktadır (5).

Yeme eyleminin madalyonunun bir yüzünde biyolojik gereklilikler bulunurken; diğer yüzünde psikolojik etmenler bulunmaktadır. Kişi herhangi bir baskı hissettiğinde, duygusal durumuyla yeme davranışı etkilenebilmekte, değişebilmektedir (6).

Değişen yeme düzeni, diyet yapma, yetersiz, yanlış beslenme davranışları, zayıf görünme isteği ve bedeninden memnun olmamıyla birleştiğinde yeme bozukluklarına sebep olabilmektedir (7).

Gelişen ve değişen dünyada bireylerin, sağlık ve hastalıklarla ilgili, tıp uzmanları kadar bilgi arayışında olmaları, bedenlerini yaşamlarının merkezine koyma derecesinde izlemeleri, beslenme şekillerine, fiziksel aktivitelerine, sağlık durumlarına dikkat

etmeleri söz konusudur. Yeme bozukluklarının artmasında etken olan bu durumda bilim ve teknolojinin gelişmesinde payı olduğu belirtilmektedir (8).

Yeme bozukluklarının temel özelliği kilo, beden imgesindeki aşırı hassasiyet ve endişedir(9).

Teknolojinin kullanımıyla, cihazlardan diyet listelerine ulaşılabilirliğin artması, gıdanın tüketilmeden önce akıllı cihazları kullanarak içerdiği besin öğelerinin, kalorilerin incelenmesi, diyetin obsesif bir hal almasına sebep olmuştur (10).

Beslenme ve diyetle yoğun ilgi ilerleyen zamanlarda kendi beslenme biçiminin oluşturulması, kendi yöntemlerince yemek hazırlama, yemek tarifi araştırma ve geliştirme gibi süreçleri beraberinde getirmektedir (11).

Sağlıklı beslenmenin bu derece takıntı haline gelmesi durumuna ortoreksiya nervoza denilmektedir. Ortoreksiyanervoza, ilk olarak Steven Bratman tarafından hastalarındaki gözlemlere dayanarak 1997'de anoreksiyanervozayı çeşitlendirmek üzere tanımlanmıştır. Yunancadaki "Orto" kelimesinin karşılığı "doğru", "orexis" ise "açlık, beslenme" anlamına gelmektedir, böylelikle 'ortoreksiya' terimi literatüre "Doğru beslenme" olarak geçmiştir. Bratman, ON'yi uygun, sağlıklı yiyeceğin tüketilmesi ile ilgili patoloji, takıntı olarak tanımlar (12).

Ortorektik kişilerde uyguladıkları beslenme şeklinde mükemmel olma fikri ağır basmaktadır, bu nedenle tüketilecek besinleri sürekli düşünme, araştırma, planlama ve bu besinler üzerine kaygılanma gibi davranışlar sergilemektedirler. Ortorektik kişiler sürekli olarak sağlıklı beslenmeyle ilgili yayınları, kitapları, web sitelerinde yayınlanan yazıları okurlar (13).

21.yy 'Dijital çağ' olarak adlandırılmaktadır. İletişim teknolojilerinin gelişmesi, yaşamın birçok alanını etkilediği gibi kişilerin iletişim kurma yöntemlerini ve sosyal çevre oluşturma alışkanlıklarını da değiştirmiştir. Bireyler yüz yüze iletişim kurmak yerine; çevrimiçi ortamda iletişimi kurmayı tercih etmektedirler (14).

Sosyal çevre oluşturma yani sosyalleşme, bireyler için bir öğrenme süreci, normlara göre ait olma gereksinimidir. Teknolojinin etkisiyle sosyalleşme mekanları değişmiş bulunmaktadır. Bireyler sosyal paylaşım ağlarıyla zaman ve mekankavramlarından bağımsız olarak iletişim kurabilmekte ve etkileşim gerçekleştirebilmektedir. Instagram bu sosyal paylaşım ağlarından biridir (15).

Sosyal medya: diyet, fiziksel aktivite, kilo kontrolü, bilgi paylaşımı için destek kaynağı olmakla beraber sağlığın teşviki ve geliştirilebilmesi için kolay bir uygulamadır. Çalışmadaki amacımız: sosyal medya üzerinden diyet yapan bireylerin

Ortoreksiya Nervoza ve yeme tutumlarının saptanması: İnstagram örneği ile açıklamaktır. Bu araştırmanın sonucuyla konunun önemine dikkat çekmektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları, biyolojik, ruhsal ve psiko-sosyal bir durum olmakla beraber sağlığın tanımında olan tam bir iyilik halinin sağlanamadığı, yaşam kalitesini negatif yönde etkileyen bozukluklardır (16).

Yeme bozukluklarının etiyojisi tam olarak açıklanmamış olup (17) temel özelliği kilo, beden imgesindeki aşırı hassasiyet ve endişedir (9). Bu hassasiyet ve endişe kişinin beslenme alışkanlıklarında sağlıksız sayılabilecek düzeyde artmayla veya azalmayla yeme tutum davranışlarında yadsınamayacak bozukluklara sebep olur (18).

Yeme bozukluğunun tarihçesine bakıldığında, kaynaklarda ilk rastlanan hastalığın anoreksiyanervoza olduğu gözlemlenmiştir. Helenistik döneme kadar uzandığı düşünülen (19) anoreksiyanervozanın tanımı 17.yy'da yapılmış olup (18) ilk kez 1873 yılında, Kraliçe Victoria'nın da hekimi olan Sir William Gull tarafından kullanılmıştır ve 1874 yılında da tıbbi literatüre girmiştir (19).

Yeme bozukluğuyla ilgili çalışmalar ise 1970' te başlamıştır (20). Yeme bozuklukları “ Yeme alışkanlıklarındaki sapmaların, hastalığa ya da beslenme yetersizliğine sebep olabilmesi” olarak 20.yy sonunda yılında Lucas ve Huse tarafından tanımlanmıştır (21).

Yeme bozukluklarının tarihin sayfalarındaki yeri oldukça uzun bir zaman diliminden beridir var olsa da, bu bozuklukların tanısal sınıflandırmada yerini alması yakın zamanda 20.yy'da gerçekleştirilmiştir (22).

Yeme bozukluklarının ortaya çıkmasında biyolojik, psikolojik, çevresel kompleks faktörler rol oynar (23). Asıl sebep farkındalık artışlarıyla, genellikle stres yaratan yaşamsal olaylarla ilişkilendirilmiştir (24).

Modern toplumlarda başarı ve mutluluk hislerinin kadında ince ve zayıf bedene sahip olma ile ilişkilendirilmesinden dolayı, beden imajının olumsuz, benlik saygısının düşük olması, kilo alma korkusu, sürekli diyet yapma ve zayıf olmaya yönelen sosyal baskılar, yeme bozuklukları için belirlenmiş risk faktörlerinin arasındadır. Özellikle medyanın (televizyon, sinema, magazin ve internet yayınları) güzellikle zayıf olmayı bağdaştırmasının, ince bedenle ilgili imajların sık yayınlamasının bireylerin dış görünüşlerinden huzursuz olmasına yol açtığı ileri sürülmektedir (25).

Yeme bozukluğu belirtileri; beden görünümünü gerçekte olduğundan şişman ve şekilsiz bulma, gıda tüketimini gerekenden çok daha az alma, beslenmeden sonra kusma veya kusturma, laksatif kullanma ve fiziksel aktiviteyi abartılı şekilde yapma olarak karşımıza çıkmaktadır (26).

Dünyada psikiyatrik bozuklukların sınıflandırılması için yaygın olarak kullanılan iki sınıflandırma sistemi vardır, bunlardan biri diğer hastalıkları da kapsayan DSÖ' nün ICD (International Classification of Diseases) sınıflandırmasıdır. Bir diğeri ise ilk uyarlaması 1952 yılında yapılmış Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (American Psychiatric Association) DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sınıflandırmasıdır. 2013'te ise DSM-5 yeni sürümüyle kullanıma girmiştir (9).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın eski sürümü DSM 4 (DSM-IV) kriterlerine göre yeme bozuklukları şu şekilde sınıflandırılmıştır; Anoreksiyanervoza (AN), Bulimiyanervoza (BN) , Başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları (BTA-YB). Yakın zamanda yayımlanan DSM-5'te ise "Beslenme ve Yeme Bozuklukları" şu şekilde sınıflandırılmıştır:

- Pika,
- Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozuklukları,
- Kaçınan/Kısıtlı Besin Alım Bozukluğu
- AnoreksiyaNervoza,
- BulimiyaNervoza,
- Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
- Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ya da Yeme Bozukluğu
- Tanımlanmamış Diğer Beslenme ve Yeme Bozukluğu (9).

AN ve BN' nin yanı sıra son yıllarda tikanırcasına yeme bozukluğu ve yeni bir yeme bozukluğu olarak görülen OrtoreksiyaNervoza (ON) kavramı öne çıkmış ve ON'nin yeni bir yeme bozukluğu olup olmadığı tartışılmaya başlanmıştır (27, 28).

2.1.1. Anoreksiya Nervoza

"Anorexia" Yunanca asıllı olup, kelime anlamı yeme isteğinin olmamasıdır. İlk olarak 1500'lü yıllarda Simone Porto O. Portio tarafından tanımlanmıştır. Bu dönemde açlık ve çile çekmenin dinsel olarak kutsallığına inanılması, özendirilmesiyle dünya zevklerinden vazgeçme uğruna anoreksiyaya benzeyen davranışlar sergilenmiştir (29, 30).

1873'te klinik bir patoloji olarak Charles Laségue tarafından ve hemen ardından 1874'te de William Gull tarafından gündeme getirilerek, tıbbi literatüre kazandırılmıştır (31).

AN kilo almaya karşı aşırı bir korku durumu, zayıf bir bedene sahip olma amacıyla yiyecek tüketimini kısıtlama, aşırı egzersiz yapma, diüretik, laksatif, iştah azaltıcılar kullanma ve bedeni uyarma ya da spontan kusmalar gibi yollarla kilo vermeyi hedefleme, olması gereken kilodan en az %15 daha düşük ağırlıkta olma çabası, bireyin sağlıklı sınırdaki beden kitle indeksinin getirdiği vücut ağırlığına sahip olmayı reddetmesi demektir. Anorektik bireylerde bedensel görünüm algıları gerçek dışıdır (18).

DSM-4 te bazı değişiklikler yapılarak DSM-5 kriterleri oluşturulmuştur. DSM-5 e göre AN için tanı kriterleri ;

- A. Kişinin (yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve beden sağlığı yönünden belirgin biçimde düşük bir vücut ağırlığına sahip olmasıyla sonuçlanan) ihtiyaçlarını göz ardı edecek şekilde enerji alımını kısıtlaması. Belirgin bir biçimde normalin en altında düşük vücut ağırlığı olarak tanımlanır. (DSM-4 te bireyin düşük vücut ağırlığına sahip olmayı kabul etmeme, reddetme durumu düzeltilerek davranışsal bağlamda düzeltilmiştir.)
- B. Belirgin bir şekilde düşük vücut ağırlığına sahip olmasına rağmen kişinin, kilo almaktan yada şişmanlamaktan aşırı derecede korkması ya da kilo almayı zorlaştıran davranışlarda bulunması. (DSM-4' de korkuya 'kilo almayı zorlaştıran davranışlar sergilenmesi' eklenmiştir.
- C. Bireyin vücut ağırlığını ya da biçimini algılamasıyla ilgili bir bozukluk vardır. Birey, kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ve biçimine anlamsız bir önem yükler ya da o andaki vücut ağırlığının düşük olmasının sağlığa negatif önemini hiçbir zaman anlayamaz. (DSM -4' de bu maddeyle ilgili her hangi bir değişiklik yoktur.)
- D. DSM-5' te bu madde bulunmamaktadır çünkü DSM-4' de ki amenore (yani en az üç ardışık adet görememe olmaması) durumunu içeren bu madde erkek vakalarda görülmediğinden ve de kadın vakaların çoğunda da menstrualsiklus sağlandığından çıkarılmıştır (9, 18).

AN sınıflandırması;

a. Kısıtlayıcı Tipte AN'lı kişi son üç ay içerisinde atak sırasında tıkmırcasına yeme, kusturma veya laksatif lavman, diüretik kullanma davranışı olmamıştır. Yalnız bu

tür çok sık diyet, aşırı düzeyde fiziksel aktivite yapar ve neredeyse hiç yemek tüketmeyerek kilo kaybetme eğilimindedir.

b. Aşırı Derecede (tıkanırcasına) Yeme/Çıkartma Tipi: AN'lı kişi üç ay içerisindeki atak esnasında tıkanırcasına yemek yemiş ve kusturma veya laksatif lavman, diüretik kullanmıştır(18).

Kısıtlayıcı tipte AN: AN'nin bu alt türü, çok sık diyet yapılan, neredeyse hiç yemeyerek ve/veya normalden daha fazla spor yaparak kilo kaybedilen durumları tanımlar. Bireyin son üç ay içinde tekrarlayan tıkanırcasına yeme ya da çıkarma durumu söz konusu değildir.

Tıkanırcasına yeme/çıkarma tipinde AN: Bireyin son üç ay içinde tekrarlayan tıkanırcasına yeme ya da çıkarma durumu söz konusudur.

AN, kişinin beden kitle indeksine(BKİ) göre 4 gruba ayrılır

- Ağır olmayan AN: BKİ ≥ 17 kg /m²
- Orta derecede AN: BKİ 16-16.99 kg/ m²
- Ağır AN: BKİ 15-15.99 kg/ m²
- Aşırı düzeyde AN: BKİ < 15 kg/ m² (18).

2.1.2. Bulimiya Nervoza

“Aşırı (gözü dönmüş derecede) ve dayanılmaz açlık” ifadesi ilk kez Yunan hekimler Karystos, Aristoteles (M.Ö. 4. yy.), Erasistratos (M.Ö. 3. yy.) tarafından bildirilmiştir (32). Crichton 1996 yılında Roma İmparatorlarının bulimik davranışlarıyla ilgili bir çalışma yapmıştır. Crichton, bu çalışmasında tarihin sayfalarında İmparator Claudius ve Vitellus'un bulimiyaya benzer tıkanırcasına yeme ve kusma davranışını sergilediğini fakat bu davranışların bulimiyadan ayıran tek farkın “kilo almaya karşı duyulan yoğun korku” olduğunu açıklamıştır. Roma İmparatorluğu'nda yemek salonlarında kontrolsüzce ve tıkanırcasına yeme sonrasında “vomitorium” olarak adlandırılan kusma davranışının gerçekleştirilebileceği özel bölümler de bulunmaktaydı (33).

Günlük hayatımızda kullandığımız ‘öküz gibi açım’ cümlesinde olduğu gibi bulimiya terimi ‘bous’ (öküz) ve ‘limos’ (açlık) kelimelerinden türetilmiştir. Literatüre ise ‘Öküz kadar aç olmak’ ya da ‘bir öküzü yiyecek kadar aç olmak’ anlamlarıyla girmiştir (34).

Bulimiya nevroza (BN), nöbet şeklinde yaşanan aşırı yemek yeme, sonrasında ise kilo almayı kontrol etme çabalarının eylemsel haliyle karakterize edilmiş psikiyatrik bir bozukluktur (35).

Bulimiyada nöbet şeklinde yaşanan kontrol edilmeksizin, aşırı düzeydeki açlık hissiyle tıka basa yeme eylemi gerçekleşir, bu esnada yemek yemeyi durduramama korkusu yaşanır, sonrasında ise gıdaların kilo aldırıcı etkisi engelleyebilmek amaçlı kusma, laksatif -diüretik kullanımı veya aşırı egzersiz yapma gibi yöntemlere başvurulur. Bir bulimik nöbet esnasında var olan dürtü tıkanırçasına yemek yemek, nöbet sonrasındaki psikolojik baskı ise çıkarma dürtüsüdür (19, 36). Yaşam boyu prevalansı %1 ile %3 arasındadır (37, 38).

BN ile AN birçok yönden benzerlik gösteren klinik tablolara sahiptir. Yaş ve cinsiyet demografik yönden benzerliklerine örnek gösterilebilir. Fakat BN başlama yaşı AN başlama yaşından sonra gelmektedir bu durum BN öncesinde sıklıkla AN olduğu fikrini getirir. Hastalarda temel patolojik düşünce ince bedene sahip olma, besin tüketimini minimuma indirme çabasıdır vardır. Bu kısıtlanmalarla yapılan katı diyet dürtüsel düşünceleri ve yeme davranışlarını beraberinde getirir. Tıkanırçasına yeme dürtüsü eyleme dönüşür ve sonrasında da kusmalar, laksatif kullanımları davranış halini alır. Kişi kusma refleksini uyarır ve planlı kusmayı öğrenir. Kriz aşamasında kalorisi yüksek yer ve kusması kolay besinleri tercih eder (39).

Bireye BN tanısı koyulabilmesi için tıkanırçasına yemek yeme ardından bahsi geçen sağlıksız telafi edici davranışlarını veya abartılı egzersizi en az 3 ay süre ile ve en az haftada 2 kez tekrarlamış olması gerekmektedir (40).

Bulimiklerin anoreksiklerden farkı, normal kiloda ya da kilolu olabilmeleridir (33).

AN ve BN arasındaki en önemli farklılıklardan biri de anoreksiklerin davranışlarının normal olmadığını reddetmeleri bulimiklerin ise davranışlarının yanlışlığını bilmeleri ve bu davranışlarından utanç duymalarıdır (41).

2.1.3. Tıkanırçasına Yeme (EDNOS)

Tıkanırçasına yeme bozukluğu(TYB) ilk kez Alber J. Skundard tarafından 1959 yılında literatüre kazandırılmıştır (42). DSM-IV'e kadar resmi bir tanı kazanmamış sadece araştırılması gereken bir başlık olarak literatürde yer almıştır.1994 yılında tanımlayıcı kriterleri belirlenmiş başka türlü tanımlanamayan yeme bozukluklar başlığı altında DSM IV te yer almıştır (43, 44).

2013'te başka türlü tanımlanamayan yeme bozuklukları başlığından çıkartılarak kendi kriterlerini kazanmış Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu olarak APA DSM -V'te yer almıştır. TYB'nin tanımlanabilmesi için son üç ayda haftada en az bir defa kontrolsüz ve fazla miktarda besin alımının olması gerekmektedir, tıkanırcasına yeme bozukluğunun BN farkı bireylerin tıkanırcasına beslenmelerini dengelemek maksadıyla yapılan aşırı egzersiz, uzun süreli açlık ve kusma gibi eylemlerin görülmemesidir (9).

Fazla miktarda yiyecek tüketilmesi normalden çok daha hızlı ve fiziksel açlık olmaksızın bile gerçekleşebilir, rahatsızlık duyuncaya kadar tıkinma eyleminde bireyler kontrol kaybı yaşamakta ve bunu takiben huzursuzluk, suçluluk, iğrenme hissetmektedir. Tıkanırcasına yemeden sonra suçluluk duygusu ve kendinden iğrenmenin olması sebebiyle tıkanırcasına yeme davranışı birey yalnızken gerçekleşmektedir (45).

Araştırmaların kısıtlılığına rağmen TYB prevalansının toplum örnekleminde %0,7- %4 arasında olduğu, AN veya BN ye göre daha fazla gözlemlendiği belirtilmiştir. Son çalışmalara bakıldığında kadınlarda(%3,5), erkeklere(%2) oranla daha sık görüldüğü ileri sürülmüştür (46). TYB görülen bireyler genellikle aşırı kilolu veya obezdirler, kilo alış verişlerde dalgalanmalar ve tekrar tekrar başlanıp bırakılan başarısız diyet öyküleri mevcuttur (47). Başka bir araştırma da ise yukarıdaki tezin tam aksine TYB'nin gelişmesinde diyet öyküsünün etken olmadığı düşünülmektedir çünkü hastaların çoğunluğunun diyetten önce tıkanırcasına yemeye sahip olduğu, azınlığın diyet sonrası başladığı belirtilmiştir (48).

Tıkanırcasına yeme bozukluğunun başka bağlantılı bulunduğu noktalar: iş ve sosyal yaşamda fonksiyonların azalması, bağımlılık yapan madde kullanımı, depresyon ve beden algısı, anksiyete (33), fiziksel ve cinsel istismar, ailesel tıkanırcasına yeme bozukluğuna sahip birinin bulunması, ailesel başka faktörler (uyuşmazlık, yüksek beklenti) ile bağlantılı olduğu tespit edilmiştir (49).

Her ne kadar nadir de olsa TYB bireylerinin bazılarında AN, BN hikayesi (50) veya tam tersi TYB' den AN, BN'ye geçiş vardır (48).

2.1.4. Diğer Yeme Bozuklukları

2.1.4.1.Pika

Yeme bozukluklarından biri olan pika: son ay süresi boyunca gıda olarak düşünülmeyen veya besin içeriği değerli olmayan ürünlerin tüketilmesidir. Besleyici olmayan ürünlere sabun, bez, saç, tel, yün, tutkal, böcek, hayvan dışkısı, toprak, tebeşir,

talk pudrası, çamaşır deterjanı, boya, sakız, metal, çakıl, odun kömürü, kül, kil, nişasta veya buz örnek olarak gösterilebilir (51). Pikada bu ürünlerin tercih edilmesinin altta yatan fizyolojik açıklaması vitamin veya mineral eksikliğinin olabileceği ihtimaliyle açıklanmaktadır (52).

Pika her yaşta her cinsiyette gözlemlenebilir; fakat iki yaş altında çocukların oral dönemi pikada dışlanma kriteridir. Pika: anlık yeti kaybı, otizm, şizofreni gibi ruhsal bir durumla veya ağır demir anemileri, gebelik gibi tıbbi durumlarla tanımlanabilir. Pika gastrointestinal komplikasyonlar, bezoar oluşumu ile tıkanıklık, mide veya bağırsakların delinmesi, ağır metal zehirlenmesi, metal bazlı maddelerin yutulması, toksoplazmoz, toxocariasis gibi enfeksiyonlarla ciddi tıbbi sonuçlar doğurabilir (53,54).

Genel popülasyondaki prevalansı tam olarak bilinmese de hamile kadınlarda ve çocuklarda yaygın olduğu saptanmıştır (55).

DSM-V' e göre pika için tanı kriterleri aşağıdaki gibidir.

A. En az bir ay süresi boyunca sürekli olarak, besleyici değeri olmayan maddeleri yeme.

B. Besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddeleri yeme tutumu, kişinin gelişimsel düzeyi ile uyumlu değildir.

C. Bu yeme davranışı, kültürel dayanağı olan ya da toplumsal olarak olağan görülen bir uygulama değildir.

D. Bu yeme davranışı, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa (Örneğin; anlık yeti kaybı, otizm açılımı kapsamında bozukluk, şizofreni), ayrıca klinik değerlendirmeyi gerektirecek denli ağırdır (9).

2.1.4.2. Gece Yeme Sendromu(Night Eating)

DSM 5 te başka türlü belirtilen başka türlü belirtilen, tanımlanan yeme ve beslenme bozukluğu başlığı altındadır. Gece yeme sendromu (NES) ilk kez Stunkard, Grace ve Wolff (1955) tarafından obez hastalarda sabahanoreksiya, akşam hiperfaji ve uyku bozukluklarıyla ilişkilendirilerek tanımlanmıştır (56).

Gece yeme sendromu sabah iştah kaybı akşam ise hiperfaji, gece beslenmeleri, uyku ve ruh hali rahatsızlıklarıyla karakterizedir (57). Gece yemeleri sadece obeziteyle ilişkili olmayıp (58) davranışsal ve psikolojik bozukluklarla, duygusal açlıkla, kötü uyku kalitesiyle (59), madde kullanımıyla, fonksiyonel bozukluklarla bağlantılı bulunmuştur (60). Psikolojik sıkıntı ile gece yeme arasındaki yakın ilişki açıkça önceki çalışmalarda öne sürülmüştür (61).

DSM 5 e dahil edilen NES şöyle tanımlanır: akşam yemeğinden veya akşamdan sonra günlük kalori alımının en az% 25'inin tüketimi ve haftada en az iki kez beslenmeyle uyanişlar. Buna ek olarak, kişiler gece boyunca aldıkları besinlerin, işlevsellikle ilgili sıkıntı ya da bozukluğun semptomların (belirtilerin) farkında olmaları ve bu durumun en az üç ay sürmesi (62).

Prevalansı ile kesin bir görüş olmamakla beraber NES'in genel nüfusun% 1.5' inden daha azında görüldüğü düşünülmektedir (63). Bu oranlar obez bireylerde %9 ile %14 arasında, bariatrik çalışmaların adaylarında %9 ile %42, ayakta tedavi edilen psikiyatrik popülasyonda %12 ile %22arasında olarak bulunmuştur (64).

2.4.1.3. Bigoreksiya (Kas Dismorfizmi)

Ters anoreksiya olarak tanımlanır, sporcuların kendi kas kütlelerinin yetersiz olduğu fikrine takıntılı olmasıdır. Daha çok kashipertrofisiyle ilgilenen erkeklerde görülür bu kişiler zamanlarının çoğunu spor salonlarında kas geliştirmeye harcar. Bireyler uzmanlara danışmaksızın, özel beslenme bilgisi olmadan, internetteki bilgileri, arkadaş çevresindeki gözlemleri baz alarak kendi diyetlerini hazırlar. Daha kaslı bir görünüş için anabolik diyetlere başvurma, streoid kullanımına eğilim, protein ağırlıklı beslenme, protein veya diyet takviyeleri kullanımı gözlemlenebilir (65).

2.4.1.4. Kuş Gibi Beslenme

Çocuklardaki besin tüketiminden kaçınmaya ve yiyecekleri çok küçük miktarlarda tüketmeye 'pickyeating' denmektedir. Bazı bebekler de ek gıdalara geçiş sürecindeki yanlışıklar, ebeveynlerin zorlanmaları karşısında az miktarda, kuş gibi bir iki lokma yeme (pickyeating) yolunu seçerler. Çocukların acıkma duygusu baskılanmasıyla her seferinde daha az miktarda gıda tüketmeye başlarlar. Bu durum kilo kaybına sebep olur ve yeme bozukluğu oluşur. Pickyeating, büyüme atılımında duraksamaya ve yetersiz beslenmeden kaynaklı enfeksiyonlara yatkınlığın artmasına neden olmaktadır. Ebeveynlerinçocuklarının beslenmeleriyle gereğinden fazla ilgilenmelerinden dolayı çocukların en az % 45'inden pickyeating olduğu tahmin edilmektedir (66).

2.4.1.5. Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu

Yiyecek yutulduktan ve kısmen hazmedildikten sonra, tikslenme veya bulantı olmaksızın yemeğin tekrar ağza getirilmesi ve yeniden çiğnenmesi olarak tarif edilen

durumdur. Tekrarlayan geri çıkarma durumu, eşlik eden mide bağırsak hastalığı ya da başka bir hastalık bağlamında değerlendirilmez. Bu durum yalnızca anoreksiyanervoza, bulimiyannervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu ya da kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu dönemleri sırasında ortaya çıkmaz (9).

2.2. Ortoreksiya Nervoza Tanımı

Ortoreksiyanervoza, ilk olarak Steven Bratman tarafından hastalarındaki gözlemlere dayanarak 1997`de anoreksiyanervozayı çeşitlendirmek üzere tanımlanmıştır. Yunancadaki “Orto” kelimesinin karşılığı “doğru”, “orexis” ise “açlık, beslenme” anlamına gelmektedir, böylelikle Ortoreksiya terimi literatüre “Doğru beslenme” olarak geçmiştir. Bratman, ON`yi uygun, sağlıklı yiyeceğin tüketilmesi ile ilgili patoloji, takıntı olarak tanımlar (12).

Bratman`a göre gözlemlendiği durum, yeme bozukluğuna benzeyen bir zihinsel uğraşdır (takıntıdır). Bratman, ortoreksiyanervoza ile ilgili ilk yazısını The Alternative Medicine Sourcebook`ta yazmış, daha sonrasında Yoga Journal`ın Ekim 1997 sayısında yayımlamıştır. Bu yazı “Utne Reader” magazininde de yer almış, Cosmopolitan dergisinde ve WebMD popüler web sitelerinde bu terimin popülerliği dikkat çekmiştir (67). Uluslararası düzeydeki bu güçlü reaksiyonlar, alınan geri bildirimler ve istekler doğrultusunda Bratman ON ile ilgili bir kitap yazma kararı almıştır. Sonuçta “HealthFoodJunkies” (sağlıklı gıda bağımlılığı) adlı kitabı yazmıştır. İngilizce dilinde olan basılan bu kitap tüm dünyayı etkilemiştir. Bratman, “Health Food Junkies” adlı kitabında ortoreksiyayı; insanların diyetlerini erdemli, saf ve manevi arınmada uhrevi yol olarak görmelerini bir çeşit hastalık olarak tanımlamıştır (12).

Ortoreksiya olgusu bilimsel literatürde tanımlanmış olsa da psikiyatrik vaka anlamında resmi olarak tanımlanmamıştır. Şu anda, ortoreksiyanın kabul edilmiş bir tanımı yoktur ve onaylanmış tanı ölçütlerine sahip değildir (68). ON, henüz DSM`de yer almamakla birlikte, araştırmacıların bir bozukluk olarak tanımlayıp tanımlanamayacağı üzerinde durdukları, dikkat çeken, yeni bir kategoridir (69).

Yakın zamanda yayınlanan ve Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-V) yayınında ortoreksinin yer alması gerekip gerekmediği tartışıldı. Ne yazık ki hiçbir profesyonel fikir birliğine ulaşılammıştır. Bu yüzden literatürde farklı yaklaşımlar, tanımlamalar mevcuttur (70).

Ortoreksiyanın bu davranışlara katılanlar tarafından tanımlanan “temiz yeme” bir tür “öz-doğru yeme” olarak belirtildiğini raporlamıştır (71, 72), ortoreksiya olan

kişilerin son derece düzenli olarak sağlıklı beslenmeleri ile tatmin ve kontrol duygusu hissettikleri gerçeğinden dolayı ortoreksiyayı “erdem olarak gizlenmiş bir hastalık” olarak tanımlamışlardır. Ortoksiya, aşırı kalori, diyet miktarı ile bağlantılı olan anoreksia ve bulimiadan farklı olarak ‘diyette sağlığı’ hedeflemektedir (72).

Ulusal Yeme Bozuklukları Derneği'ne (2016) göre, ortoreksiya genel olarak sağlığın iyileştirilmesi, geliştirilmesi (daha fazla sağlık) için masum bir girişim olarak başlamaktadır. Ağırlık kaybetme amacıyla (73) ya da farkında olmadan kronik hastalığın üstesinden gelmek için alternatif bir istek olarak başlayabilir. Fakat bazen, ne yiyeceğini kesin olarak belirlemede, gıda hazırlama kurallarında, seçilen beslenme sitillerinde, gıdaların içeriklerini incelemekte şiddetli bir düşkünlüğe dönüşür ve seçilen keskin yeme sitilinde başarısızlıktan duyulan suçlulukla başa çıkmaya sebep olur (74).

Ortorektik bireyin bu düşkünlüğü: her yediği yemeği abartılı şekilde kontrol etme eğilimine, satın alınan gıda ürünlerinin ambalajlarını çok uzun süre incelemesine, ürünlerin içerisinde katkı maddesi, kanserojen madde, hormon vb. olup olmadığını araştırmasına, tüketecekleri besinlerin katkısız, sağlıklı olmasına patolojik derecede önem vermesine sebep olur. Ortorektik birey bu sebepten birçok besinin çiğ olarak tercih eder (75). Yiyecekleri hazırlamada kullanılan yöntem hakkında aşırı endişe duyması, hazırlanma metodlarına göre besini reddetmesinin veya çiğ tüketmesinin sebeplerinden biridir. Bu beslenme sitili ortorektik bireylerin hayatlarındaki en önemli amaç halini alır ve sağlıklı beslenme takıntısı oluşur (73). Öyle ki bu takıntı bazen belli bir renkte yeme konusunda ısrarcı olmaya bile dayanabilmektedir (76). Yiyecek seçimleri bu şekilde yukarıda bahsi geçen birçok faktörden dolayı kısıtlanır (77).

Ortorektik bireyler sağlıklı beslenme takıntısıyla psikolojik olarak baskı altında olduğundan birçok üründen vazgeçerek, bu ürünleri tüketmemeye başlar ve bu yüzden ortorektik birey, AN'da olduğu gibi kilo kaybeder (75); elzem besin öğelerinde yetersizlik oluşur (78). Kilo kaybı ileri düzeyde olur ise malnutrisyon gelişebilmektedir (22). Malnutrisyona ek olarak, menstrüasyonsiklusunda bozulma ve kan basıncındaki aşırı düşmeye bağlı kalp sorunları da oluşabilmektedir (22). (En uç ortorektik vakalar, “saf olmayan” ve sağlıklarına zarar veren besinleri tüketmektense aç kalmayı tercih ettiklerini ifade etmektedirler) (79). Dolayısıyla hem yiyecek seçeneklerinin hem de kalorilerin çok kısıtlı hale gelmesindeki bu durum, bireyin sağlığını ölüm noktasına götürebilecek kadar tehlikeye sokabilir. Sosyal anlamda bakılacak olursa, sağlıklı beslenmeye aşırı düşkünlük bireyin ilgi alanlarını, aktivitelerini, arkadaş ve aile ortamlarına katılımını engelleyebilir (74).

Medyanın isimlendirdiği deli dana hastalığı, bozulmuş tavuk etleri, balık etindeciva zehirlenmesi gibi besinler ile ilgili aşırı miktarda yapılan medya uyarıları, bireylerin besinleri sadece “sağlığı” temel alarak değerlendirmelerine neden olmakta, bu da bireylerin tüm besin sınıflarını dışlayan sıkı diyetler yapmalarına neden olabilmektedir(78). Günümüzde, medyadaki gıda reklamlarının önemli ölçüde etkisiyle, toplumda besin seçimlerini yalnızca yeterince sağlıklı olup olmadıklarına göre yapan uyumsuz karakter özelliklerine sahip “ortorektik” bireylerin oluştuğu ileri sürülmektedir. Bu takıntılı durum, bireyleri katı diyetler uygulamaya veya beslenmelerinden temel besin maddelerini çıkarmaya itmektedir ve bu nedenle bu özelliklere sahip bireyler yetersiz ve dengesiz beslenmektedirler (80).

2.3. Ortoreksiya Nervoza Prevalansı

ON yaygınlığını bir çok çalışmada görebilmekteyiz. Fakat kesin bir prevalanstan söz etmek mümkün olmamakla beraber son zamanlarda genel popülasyonda ON prevalansının % 1'den az olduğu tahmin edilmektedir(81,82).

Bu genellemeden bir yıl önce aynı bilim insanları Donini ve ark. tarafından İtalya’da Gıda Bilimleri Enstitüsünde 404 gönüllüde, Orto15 ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada ON prevalansı %6.9 olarak bulunmuştur (75).

ON henüz DSM-V de yer almasa da prevalansı gittikçe artmaktadır ve belli başlı meslek gruplarında beslenme davranışı takıntısından dolayı ON nın görülme sıklığı genel popülasyona göre daha fazladır. ON nın BMI ile belirgin bir ilişkisi bulunmamakla birlikte (27, 70), kadınlarda, adolesanlarda, spor yapan bireylerde (27, 78, 83), tıp öğrencilerinde (84) %43.6 (68),beslenme diyetetik öğrencilerinde %35.9 (85), spor akademisi öğrencilerinde%84.5 (86), doktorlarda %45.5 (80), sağlık çalışanlarında (87), diyetisyenlerde (88) %41.9 (89), yoga eğitmenlerinde %86 (90) ve performans sanatçılarında%56,4 (91) genel popülasyona nazaran daha sık rastlanmaktadır.

Yapılan başka bir araştırmada AN ve BN vakalarının iyileşen hastalarında ON prevalansı %58 bulunmuştur (92). Günümüzde özellikle batılı toplumlarda zayıf olanın idealize edildiği görülmektedir. Zayıflığın idealleştirilmesi ‘yeme bozukluğunu beraberinde getirir’ gibi bir yargıyı kesinleştirmez fakat hastalığın gelişiminde rol oynar. Zayıf ve ideal vücudun özümsemesi, içselleştirilmesiyle yeme bozukluğu meydana gelebilmektedir (92).

Ortoreksiya nervozanın görülme sıklığının artmasında güzellik kavramının zayıflığa dayandırılması da etkindir. İçselleştirme sürecinde bireysel faktörlerle beraber, medya kanalları vasıtasıyla kadınlara zayıflığın güzellik, başarı ve çekiciliği temsil ettiği mesajlarının verilmesi, kadınları ideal vücuda ulaşmak amaçlı diyet yapmaya sevk etmekte, bu da yeme bozukluklarını tetikleyebilmektedir(93). Medyada sürekli diyet programlarının, yeni çıkan diyet ürünlerinin ve içerikleriyle ilgili bilgilerin, sağlıklı beslenme programlarının, gıda katkı maddelerinin, gıda ürünlerinin içerdikleri kanserojen, boya ve hormon gibi maddeler ile ilgili haberlerin yer alması, sosyal medya, kitap, gazete, dergiler ve televizyonda beslenme konusunun sürekli olarak işlenmesi, bireylerin yeme üzerinde obsesyon geliştirmelerine ve ON prevalansının artmasına neden olabilmektedir (10).

2.4. Ortoreksiya Nervozaya Belirtileri

Ortoksiya nervozanın aşağıdaki tanısal kriterlerini öneriyoruz:

- Katı diyet alışkanlıkları tarafından ifade edilen gıda kalitesi ile belirgin bir şekilde belirgin bir ilişki.

- Bir kişinin hayatına hükmeden yeme, sağlık ve sağlığın sağlık üzerindeki etkisi ile ilgili obsesif düşünceler ve zorlamalar.

- Beslenme alışkanlıkları, tanı konulan sağlıkla ilgili bir problemin ya da tıbbi bir tavsiyenin tedavisinin bir parçası değildir, ya da çok fazla ve katı bir şekilde uygulanıyorsa.

- Beden imgesi bozukluğu yoktur.

- Yiyecek miktarı önemli değil.

- Şişman olma korkusu yoktur.

- Davranışlar 6 ay veya daha fazla süre için ortaya çıkar.

- Semptomlar yalnızca başka bir psikiyatrik bozukluğun (örneğin obsesifkompulsif bozukluk, anoreksiyanervozaya, psikoz, hipokondri) atakları sırasında ortaya çıkmaz.

- Semptomlar, sağlıkla ilgili sorunlara ve / veya sosyal, mesleki veya diğer önemli işlev alanlarına zarar verir.

Ayrıntılı tanı için tavsiye

- Anoreksiya nervozaya, bulimiya nervozaya, yeme bozukluğu NOS.

- Obsesif kompulsif bozukluk.

- Şizofreni.

- Paranoya (zehirlenme).

- Hipokondri.

- Sağlıklı anksiyete.

- Somatizasyon(Herhangi bir organik neden olmadan tekrarlayan ve çoklu tıbbi semptomların üretimi) (94).

“Ortoksia” terimi, tam anlamıyla “doğruluk, doğru, geçerli veya doğru” ve “açlık” anlamına gelen “ortos” kelimesinden üretilmiştir. Bu terim “sağlıklı ve doğru beslenme ile takıntı” için kullanılmaktadır (77). Steven Bratmanbu konsepti 1997’de ilk kez tanımlamıştır (95). Ortoreksisi olan insanlar, pestisit kalıntıları ya da genetik olarak değiştirilmiş bileşenler, çok fazla tuz ya da çok fazla şeker ve diğer bileşenlere sahip sağlıksız yağlı gıdalar ihtiva edebilecek gıdaları kesebilirler. Hazırlık yöntemleri (sebzeleri kesmenin belirli bir yolu) ve materyalleri (sadece seramik veya sadece ağaç) obsesif ritüellerin bir parçasıdır (96).

Çok fazla zaman alan gündelik diyetin yapılandırması dört aşamaya bölünebilir. İlk bölüm endişe ile düşünmeye ve o gün ya da ertesi gün yenen şey hakkında ihtiyatlı davranmaya ayrılmıştır; her bir terkip maddesinin tam ve hiperkritik edinimi ile ilgili ikinci bir aşama; sağlıkla ilgili tehlikelerle bağlantılı olmayan teknik ve prosedürlerden oluşması gereken bu bileşenlerin mutfak hazırlığına atıfta bulunan üçüncü bir aşama; dördüncü aşama, önceki üç aşamanın uygun şekilde uygulanmasına dayalı bir memnuniyet, rahatlık veya suçluluk aşamasıdır. Bu aşamalardan herhangi biri erişilebilir değilse veya bu ritüellere uymak mümkün değilse, ihlal için bir suçluluk ve endişe duygusu ortaya çıkacaktır (22,73).

2.5. Ortoreksiya Nervozanın Belirlenmesinde Kullanılan Kriterler

ON; Amerika Psikiyatri Birliği’nin (APA) yayını DSM-5’te yer alan diğer hastalıklarda olduğu gibi net tanı kriterlerine sahip olmadığından(97), tanısal tanımı için gerekli olan sağlam ampirik verilerin bulunmaması nedeniyle psikiyatrik hastalık olarak gösterilmemiştir (98).

Ortorektik bireyi saptamak amacıyla, ilk kez tanı koymayı gündeme getiren kişi Bratman olup, Bratman’s Orthorexia Test (BOT) olarak bilinen, “evet”, “hayır” şeklinde iki şıklı 10 soruluk bir ölçek hazırlamıştır (12). 10 soruluk ölçek örnek alınarak 2005’te Donini ve arkadaşları tarafından geliştirilip, ON saptanmasında kullanılan bir ölçek olan ORTO-15 haline getirilmiştir (81). ORTO ölçeği tek başına kullanılmamakta olup, beraberinde yeme tutum testi, depresyon, obsesifkompulsif davranışları saptayıcı

ölçekler kullanılarak desteklenmektedir (87).Konuya ilginin son yıllarda artmasıyla tanı kriterlerini oluşturmak amaçlı birçok çalışma yapılmaktadır. 2015 yılında Moroze ve arkadaşları tarafından oluşturulan ON tanı kriterleri literatürde yer almıştır (71). Makaleden bir yıl sonra Dunn ve ortoreksiyanın isim babası Bratman tarafından bir çalışma yapılmış, birçok ülkeden uzman görüşlere dayanılarak tanı kriterlerinde bazı değişiklikler yapılması önerisi sunulmuştur. Tanı kriterlerinde netliğin olmaması farklı çalışmalara gereksinim olduğunu göstermektedir (99).

2015 yılında Moroze ve arkadaşlarının ON için kriterler yaygınlığı söz konusuysen bu kriterler pek kapsamlı bulunmamı, kilo kaybına değinmediği gerekçesiyle Dunn ve Bratman 2016 yılında kendi tanı kriterlerini önermişlerdir. Tanı kriterlerinde 2 ölçüt mevcuttur: Ölçüt A, açılış paragrafı olarak durumun anlatısal tanımını olarak tasarlanmıştır:

Ölçüt A1 ortoreksiyanın temel karakteristik özelliğini yakalamak: Sağlıklı beslenme teorisi üzerine aşırı odak, obsesiflik.

Ölçüt A2 potansiyel bir hastalıktan ayrı sıradan bir diyet ihlalinde abartılı duygusal ve fiziksel tepkileri anlatmaktadır.

Ölçüt A3 hafif derecede yeme bozukluğunun önemli patalojiye dönüşümünün tipik gerginlik modelini gösterir.

Ölçüt B ise hayatı tehdit eden durumla ilişkili olabilecek bozuklukları kapsamaktadır.

ON için önerilen teşhis kriterleri

Ölçüt A

Herhangi bir diyet teorisi veya kişisel yeme davranışıyla ilgili spesifik detayları değişebilen inançların “sağlıklı” yemek yeme üzerine obsesif derecede olması, olası “sağlıksız” seçimlerde gıdayla ilgili duygusal sıkıntının yaşanması. Diyet seçimi sonrası amaç dışı kilo kaybı gözlemlenebilmesi söz konusudur, bu bireyin birincil amacı değildir.

1.Daha fazla sağlık için olumluluğuna inandığı kısıtlı, doğru diyete ilişkin zihinsel kaygı ve kompulsif takıntılı davranış,

2. Kendi kendine uygulanan diyet kurallarının ihlali sonrasında hastalıklara karşı abartılı korku, kişisel kirlilik hissi veya olumsuz fiziksel duyuların eşlik etmesi (suçluluk, anksiyete ve utanç)

3.Diyet kısıtlamaları zamanla artarak tüm gıda gruplarının ortadan kaldırılması ve bunların yerini sık sık ‘arındırıcı, temizlik’ olarak görülen: oruç, kısmi açlıklar ve detoks yöntemlerinin alması. Bu artış genellikle kilo kaybına yol açar, yalnız kişide kilo verme arzusu değil sağlıklı beslenme fikrine itaat duygusu hakimdir.

Ölçüt B

Zorlayıcı davranış ve zihinsel meşguliyet aşağıdaki klinik bozukluklardan birine dönüşerek, bireye zarar verir.

1. Yetersiz beslenme, ağır kilo kaybı veya kısıtlı diyetlerden kaynaklanan diğer tıbbi komplikasyonlar.
2. Sağlıklı beslenme ile ilgili inançlarının ya da davranışlarının sosyal, akademik ya da mesleki işlevselliği ikinci plana atmasından kaynaklı kişiler arası sıkıntı ya da sosyal bozukluğa sebep olması
3. Kendi kendine tanımlanmış “sağlıklı” yeme davranışına aşırı bağımlı hale gelmesiyle yaşanan pozitif beden imajı, öz değer, kimlik ve kişisel memnuniyet (99).

2.6. Ortoreksiya Nervoza Sınıflandırılması

Ortoreksi fenomeni (olgusu) bilimsel literatürde tanımlanmış olsa da, resmi bir psikiyatrik tanı olarak resmi olarak tanınmamıştır. Şu anda, ortoreksiyanın kabul edilmiş, onaylanmış tanı ölçütlerine sahip bir tanımı yoktur (68).En son yayınlanan ve Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-V) yayınında ortoreksiyanın yer alması gerekip gerekmediği tartışılmıştır (70). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5), uygun tanısal tanıma için gerekli olan sağlam ampirik verilerin bulunmaması nedeniyle bunu psikiyatrik tanı olarak içermemiştir (98). Ne yazık ki hiçbir profesyonel fikir birliğine ulaşamamıştır (70).

Uzmanların görüşüne dayanılarak Amerikan Diyetisyenler Derneğinin(ADA) dergisi için bir makale derlendiğinde: Bratman’ın tanımladığı ortoreksiya teriminin sınıflandırılması konusunda fikir birliğine ulaşamamıştır. Ortorektik bireylerin diğer yeme bozukluklarıyla mücadele eden bireylerle ortak yanı mükemmeliyetçi diyet anlayışı ve mükemmeliyetçiliğe olan genetik yatkınlık, aşırı kontrol arzusudur. Ağırılık kaybetme hırsı konusunda bulimik veya anorektiklerden ayrılan ortoreksiya, tamamen farklı bir sınıflandırmaya ihtiyaç duymaksızın herhangi bir sınıfa ait olacak yeme bozukluğu ise bu sınıfın tıkanırcasına yeme bozukluğu olabileceği belirtilmiştir (22).

2011 de Vardereycken tarafından yapılan bir araştırmada, sağlık dalındaki profesyonel çalışanlardan medyada bahsi geçen popüler hastalıkların (Night Eating, Bigoreksiya, Emetophobia, ON) görülme sıklığı ile ilgili fikir alınmıştır. Bu dört bozukluk için araştırma, tedbir ve tedavi ile ilgili kriterler bahsi geçen profesyonellere gönderilmiştir. Araştırmanın sonucunda ON'nın en çok bilinen ve pratikte en sık rastlanan bozukluk olmasına rağmen literatürde en az yere sahip olduğu gözlemlenmiştir (100).

Ortoreksiyanın kendi içinde sınıflandırılmasına bakılacak olursa ORTO-15 testini kullanılarak puanlama yapıldığında kırılma noktası 40 olarak alınır, 40 puan ve aşağısı ortorektik eğilim gösteren bireyleri verir. Bosi ve arkadaşlarının 2007 de yaptığı çalışmada 33 puanı kırılım noktası olarak almış, 33 ve altında puan alanlar daha yüksek ortorektik eğilim gösteren kişilerdir diye belirtmiştir (80).

2.7. Ortoreksiya Nervoza Gelişimiyle İlişkili Faktörler

ON ile ilişkili durumlar kesin bir veri sunmaksızın, hala belirsizliğini korumaktadır. Epidemiyolojik faktörlerle (cinsiyet, yaş, eğitim seviyesi, sosyoekonomik durum, obezite, medeni durum, yaşam biçimi, sosyal baskı, sosyal medya kullanımı vb.) ilgili çalışmalara bakıldığında farklı sonuçlara ulaşıldığı görülmüştür.ON ile ilişkili olabilecek durumlar aşağıda yer almaktadır (101).

2.7.1. Cinsiyet

Psikiyatrik hastalıklara bakıldığında cinsiyet farklılığının hastalık oluşumuna etkisinin en belirgin olduğu hastalık grubu yeme bozukluklarıdır (102). Çünkü kadınlara beden imgesiyle bağdaştırılan güzelliğin değerli olduğu, erkeklere ise gücün ve yeteneklerin değerli olduğu öğretilmektedir (103).

Kadınlarda altta yatan öncül amaç genel olarak kilo kaybetmekken, erkeklerde ideal vücut anlayışı “iyi görünme isteği” daha ön plandadır ve “ağırlık kaybetme” ikinci plandadır (27, 104).

Yapılan araştırmalarda, yeme bozukluklarının günümüzde erkeklerde görülme sıklığı artıyor olsa da kadınların erkeklere oranı 10/6'dır (102). Farklı kaynaklarda bu oranın kadınlarda görülme olasılığı erkeklerde görülme olasılığından 8-12 kez daha fazla olduğu belirtilmektedir(105). Bu oranların bu kadar yüksek olmasının nedeni kadınların erkeklere nazaran, ince beden imgesine sahip olmaları ve diyet yapmaya daha fazla önem göstermelerinden kaynaklı yeme bozukluğu riskini artırmalarıdır (106).

Yukarıdaki görüşlerin aksine yeni dönemdeki araştırmalarda çağımız moda anlayışının, beden algısının toplumsal dayatması sonucunda erkeklerin sağlıklı beslenme bağnazlarına dönüşmesinden kaynaklı erkeklerde kadınlara oranla daha sıklıkla ortorektik davranış gözlemlendiği bulunmuştur(81).

Cinsiyet faktörünün bir risk etmeni olup olmadığını tartışabilmek için mevcut verilerin kısıtlandığı yaş aralığından uzaklaşıp çeşitli yaş aralıklarındaki erkek ve kadınların verilerini bir araya getirerek daha fazla araştırma yapılmalıdır (107).

2.7.2. Genetik ve Ailesel Faktörler

Genetik, biyokimyasal ve psikolojik etkenlerin de yeme bozukluklarının gelişmesinde önemli rolü olduğu düşünülmektedir (13).

Genetik yatkınlığa ek olarak aile beslenme alışkanlığı oluşumunda göz ardı edilemez, kişinin aile fertlerinin beslenme alışkanlıklarından etkilenmesi kaçınılmazdır. Hayatları süresince sahip oldukları aile baskısı ve tutumu kişilerin beslenme alışkanlıklarını doğrudan etkilemektedir. Psikolojik sorunlarda yadsınamayan etkisi olan çevresel faktör denildiğinde ilk akla gelen ailedir. Aile içi ilişkiler, paylaşımlar, ebeveynlerin karakteristik özellikleri ve çocuklarına karşı tutumlarıyla (yedirme için ısrarları, ödüllendirme, ceza verme vb. çocukları etkilemeleri kaçınılmazdır (108, 109). Özellikle oyun çağı dediğimiz dönemi içeren bir beş yaşları arasındaki gelişim ve değişim evresinde çocuğun beslenme alışkanlıkları aileden veya aile bireylerinden etkilenmektedir (108).

Öyle ki aileden edinilen davranışların yanı sıra, aileden birinin yakın dönemde geçirdiği hastalık, bir besine karşı intolerans veya besin hakkındaki olumsuz yaklaşım ortoreksia oluşumunu etkileyebilecek bir faktördür (13). Ortoreksiya nervoza ile ilişkili belki de en endişe verici eğilimlerden biri, çocukların ebeveynlerinden ortorektik eğilimleri topladıklarıdır. Anne-babalarının bazı gıda türlerine takıntılı olmalarını izleyen çocuklar bu davranışı taklit edebilir. Çoğu durumda ebeveynler çocuklarının şeker alımını kesinlikle sınırlandırır ya da sadece organik yiyecekleri beslemeye çalışırlar. Bu kısıtlamalar, çocukların zihninde, belirli yiyeceklerin “kötü” olduğu ve bu tür gıdaların tüketilmesinin zarar verebileceği korkusu yaşayabilir (110).

Aile baskısı, iletişim sorunları, duygusal ifade edişlerde sorun yaşayan, aile bireyleri tarafından destek göremeyen kişilerde yeme bozukluğu daha fazla görülebilmektedir. Eleştirel tutumlara veya alay edilmeye maruz kalan bireyler yeme bozukluğu yaşayabilmektedir (111).

Ebeveynler tarafından yapılan eleştirilerin kilolarla ilgili olmasının kişileri diyet yapmaya yönelttiği ortaya çıkmıştır. Bedenle ilgili kaygıyı arttıran bu durum daha çok kız çocuklarında gözlenmiştir. ‘incelik’ konusundaki tutum baskıyla beraber yeme bozukluğuna zemin hazırlamakta ve bu konuda büyük rol oynamaktadır (103).

2.7.3. Sosyokültürel Etki

Sosyokültürel faktörlerin, yeme bozukluklarında etken olduğu bilinmektedir. Toplumun değer yargıları, inançları, yaşayış biçimi bireyin algılarına yön verir. Sosyokültürel çevreden (aile, arkadaş, kitle iletişim araçları, sosyal medya) gelen baskılar yeme bozukluklarına etken oluşturmaktadır (112).

Güzellik ve estetik kavramları tarihten bugüne ulaşırken değişime uğramıştır. 14. ve 17. yüzyıllar arasında kadın figürleri balık etli olarak resmedilirken (113) özellikle sanayileşmiş batılı toplumlarda, yeme endüstrisinin gelişmiş olduğu, zayıf olanın idealleştirildiği görülmektedir (114).

Zayıflığın idealize edildiği kültürlerde yaşamanın, yeme bozukluğugeliştireceği anlamına gelmez; fakat yeme bozukluğu hastalıklarının oluşumunda önemli rol oynadığı söylemek mümkündür (115).

Batılı kültür ve zayıflığın idealize edildiği toplumlarda yeme bozukluğu prevalansı daha yüksektir (116). İsveç`te 915.250 kişi üzerinde yapılan bir incelemede, AN etiolojisinde sosyokültürel faktörlerin en önemli etken olduğu saptanmıştır (117). Sanayileşmiş toplumlarda BN prevalansının artmış olması, sosyokültürel faktörlerin yemek bozukluğu patogenezinde etkisinin olduğunu destekler niteliktedir (118). Genel fikir birliği gerçekçi olmayan ince beden idealizmi ve imajlarının hem diyet hem de bulimik semptomlarla beden memnuniyetsizliği oluşturduğu kanısındadır (119).

Batı kültüründe,yağ bir kötülüktür.Onu yemek ya da bedeninde taşımak, beslemek ya da ona katlanmak ahlaki bir kusur göstergesidir.Şişmanlık estetik, fiziksel ve ahlaki açıdan bir utanç kaynağıdır (120). James Oliver yiyeceği neredeyse tüm toplumsal ve kişisel bozuklukları düzeltecek bir tür ahlaki müdahale aracına dönüştürmüş İngiliz mutfağının ünlü şefi ve yazarı, kendisi günümüzde yaygın olarak benimsenen şu görüşün başlıca savunucusu: ‘sağlıklı beslenmek sizi ahlaki açıdan iyi bir yapar- hatta siz bunu istemeseniz bile (121). Görüldüğü üzere günümüzde toplumsal baskı medya kanalıyla da artmıştır (122).

Bireylerin, toplumun dayattığı ideal vücut imajı ve ağırlığını içselleştirilmesiyle: erkeklerin fitness dergilerine, kadınların ise güzellik dergilerine yönelmesine, bu dergilerin yeme problemlerini arttırdığına dair bulgular elde edilmiştir (123).

Sosyal çevreden yaşanılmış travmalar, cinsel istismar, fiziksel şiddet, alkolizm ve madde bağımlılığı da yeme bozukluğu gelişimine sebep olabilen sosyal faktörler içerisinde almaktadır (124).

Sosyoekonomik duruma bakılacak olunursa; orta ve yüksek gelir düzeyi olan gruplarda yeme bozukluğuna daha sık rastlanmaktadır (116).

2.7.4. Medya ve Sosyalmedya Etkisi

Günümüzdesosyal medya ve basında beslenme konusunun devamlı olarak gündeme getirilmesi bireyler üzerinde strese ve obsesif davranışların oluşumuna neden olabilmektedir. Kitle iletişim araçları vasıtasıyla, özellikle medya ve sosyal medya mecralarında, sağlıklı beslenme ve sağlıklı yaşam içerikli bir çok program sunulmakta bu durum bireyleri sağlık hastası (sağlıklı yaşam bağımlıları) haline getirmektedir (12, 125).

Öyle ki bireyler medyadaki gıda reklamlarının etkisinde kalarak, besin seçimlerini sağlıklı veya sağlıksız ayrımı yaparak obsesiflikboyutunda sağlıklıları tercih etmeye çalışmakta bir nevi 'ortorektik' davranış sergilemektedir (80). Çalışmalar tıp öğrencilerinin, yüksek eğitim ve kültürdeki bireylerin dahi kitle iletişim araçlarının etkisinde kalarak besin seçiminde bulunduğunu göstermektedir (126).

Geleneksel medya kişilerin sağlık davranışlarının oluşumunda derin etkiye sahiptir. 1970 ile 1990 yılları arasında sağlıklı beslenme menülerinin, sağlık için yemek yemeyi ve egzersiz yapmayı konu alan yazıların yüksek okur sayısına ulaştığı ve bu okurların çoğunun genç kızlar olduğu görülmüştür. 1994' te hazırlanan bir rapora göre beslenme ve egzersizle ilgili haberler, kilo kontrolü ve egzersize daha fazla önem verilmesini beraberinde getirmiştir (127).

Medya sağlıklı beslenme haberlerinin yanı sıra, fiziksel görünüş yönünden yaptığı baskıyla da bireyleri etkilemektedir. İletişim araçlarında dayatılan 'zayıfolma' fikir ve baskısının, bireyin bedensel memnuniyetsizliğini arttırdığı ve yeme bozukluğunda önemli bir rol oynadığı gösterilmiştir (128). Beden algısı ve yeme bozuklukları birbirine eşlik eden konulardır beden algısının oluşumunun en önemli sebeplerinden biri de medyada sunulan bilgisayar destekli neredeyse kusursuz fotoğraflar olup bireylerin algısını etkilemektedir (129).

Çeşitli medya kanallarıyla zayıflığın güzellik, başarı, çekicilikle bağdaştırılma fikri kadınlara sunulmakta, diyet yapmaya sevk etmekte ve yanlış yeme alışkanlıklarıyla yeme bozukluklarına yol açmaktadır (93, 114).

Yapılan bir araştırmada bireylerin % 63.8 i diyete başlama kararında medyadan etkilendiğini belirtmiştir. Aynı bilim adamlarının adölesan kız ve erkekler üzerinde yaptığı çalışmada medyanın belirlediği vücut ideallerine doğru olarak bakan kişi oranı %88.2 olarak bulunmuştur (127). Geleneksel medyadan günümüz medyasına durumu iletişim çağındaki teknolojik ilerlemelerle biraz daha farklılaşmıştır.

Sosyal teknolojinin yeme kültürü üzerine darbesini araştıran bir çalışmada sosyal medyanın gerçek gıda seçeneklerini bildirmek için kullanıldığını, tüketicilerin% 54'ünün sosyal medyayı kullanarak yemek deneyimlerini keşfetmek ve paylaşmak,% 42'sinin de sosyal medyayı yemek konusunda tavsiye almak için kullandığını göstermektedir (130).

Instagram ve sosyal medya daha geniş olarak zihinsel,sağlıkproblemleriyle ilişkilendirilmiştir. Örneğin, sosyal medya kullanımı genç erişkinlerde depresyon düzeyleriyleayrıca yeme bozuklukları ve ilgili davranışlarla ilişkilendirilmiştir(131).

İnsanın fit ve sağlıklı olması için ilham vermeyi amaçlayan görüntüleri ifade etmek için kullanılan bir etiket olan Instagram' daki '#fitspiration' etiketinin bir analizinde: kadınların görüntülerinin bir çoğunun olumsuz etkilere sahip olabilecek nesneleştirici öğelerle ince ve canlı bir vücut tipi gösterdiği tespit edilmiştir, bu durum beden imgesi ve özsaygı üzerine negatif etkiye sebep olabilir (132).

Instagram, resim tabanlı bir platform olduğu için, kullanıcılara metin tabanlı bir platformdan daha kişisel bir bağlantı hissettikleri için tavsiyeye uyma veya Instagram ünlülerinin diyetlerini taklit etme olasılıkları daha yüksek olabilir. Genellikle bilimsel kanıtlara dayanmamakla birlikte, bireyler diyetlerinden çeşitli gıda gruplarını kesmeye, potansiyel olarak dengesiz beslenme ve eksikliklere yol açmaya teşvik edilir. Dahası, bu tavsiye yiyecekler etrafındaki psikolojik sorunları teşvik edebilir ve bazı durumlarda anoreksiyanervoza (AN) veya ON gibi yeme bozukluklarına yol açabilir (133).

AN'li hastalarda, yaygın Facebook kullanımı daha fazla semptom düzeyi ile ilişkilidir ve pro-anoreksiyalı bireylerde web sitelerinin takibi psikolojik açıdan seyri kötüleştirmiştir (133, 134).

2.7.4.1. İnternet ve Sosyal Medyada Dünden Bugüne

İnternet Web1.0 ile başladı, bu başlangıç web siteleri ile sadece internette var olmak demektir. Web1.0 zamanında, internet kullanıcıları geri dönüt olmaksızın yalnızca tüketici olarak üretici tarafından oluşturulmuş içerikleri okuyabiliyorlardı. Kullanıcıların daha fazla internette zaman harcaması, içerik paylaşma isteği Web1.0 olanaklarını yetersiz kıldı. Bu durum paylaşımsal alan oluşturma çabalarını beraberinde getirerek paylaşımcı web olan Web 2.0 kavramını hayatımıza sundu. Web 2.0 ile kullanıcılar hem üreten hem tüketen bireyler haline geldi (135).

Web 2.0 öncelikle amacı: topluluklar oluşturmak ve bu toplulukların birbiriyle iletişim kurmalarını etkileşim sağlamalarıdır. Web2.0 sosyal medyanın bir nevi teknik ismini yansıtmaktadır. Web2.0'ın uygulama karşılığı sosyal medya kavramını betimler. Web 2.0 üzerinde kurulu olan çevrim içi uygulamalar ve alanlar içerik paylaşımı, etkileşimi gerçekleştirir ve sosyal medya olarak adlandırılır (136).

Sosyal medya bireylerin, toplulukların internet üzerinden diyalog ve paylaşımlarla tek taraflı iletişim veya bilgi sisteminden ziyade çift taraflı ve eş zamanlı iletişim bilgi paylaşımını sağlayan medya sistemidir. Sosyal medyada ekonomiden, sağlığa, eğitimden, eğlenceye geniş yelpazesi olan bilgi ve fikir paylaşımını sağlayan ortamlar bulunmaktadır, bu durum sosyal medyanın gücünün kullanıcılarından aldığını göstermektedir (137).

Akıllı cihazların 3G teknolojisiyle hayatımıza girdiği dönem ilk olarak 2007 yılında dünyaca ünlü bir markanın piyasaya sunduğu telefonlarla gerçekleşmiştir. Böylece sosyal medya kullanımı artmış ve evle sınırlı kalmayıp anında ulaşabileceğimiz yakınlıkta ceplerimize kadar inmiştir (138).

Geleneksel medya araçları (radyo, gazete, tv) yerini bilgisayar, tablet, akıllı telefonlara bırakmıştır. İnternet kullanımını kolaylaştıran bu araçlar 'yeni medya' olarak tanımlanmıştır (139).

Yeni medya araçları sosyal medya kullanımını arttırsa da geleneksel medyadan yararlanmakta olduğundan sosyal medya geleneksel medyanın tamamlayıcısıdır demek daha doğru olabilir (140).

Yalnız belirtmek gerekir ki iletişim araçlarından olan internet ve sosyal medya geleneksel kitle iletişim araçlarından çok daha kapsamlı, bir o kadar farklı, daha da ayrıntılı bir yapıdır. Radyo ses, düzeni, gazete, resim, metin, grafik, görüntü, video içeriği ile internet, sosyal medya çok yönlü bir kitle iletişim aracıdır (141).

Sosyal medya uygulamalarının konusunu bireylerin belirlemesi ve bireylerin sürekli uygulamalar yoluyla iletişim halinde olması zaman mekan olmaksızın paylaşım, etkileşimde ve tartışmada bulunabilmesi sosyal medyanın özellikleri arasındadır (142).

Sosyal medya platformları yapısal özellikleri literatürde farklı bakış açılarıyla ele alınmıştır:

- *Konuyla ilgili herkese iletişim ortamı sağlar
- *Erişilebilir teknolojiler kullanılır ve yüksek derecede ölçeklenebilir
- *Etkileşim sağlar ve gerçek etki alanını kestirebilmek mümkün değildir
- *Sosyal medya ile alakalı olan her bireyi teşvik eder
- *Yorum, paylaşım, değerlendirmeye ve geri dönüşlere açıktır (143).

Sosyal medya olarak tanımlayabileceğimiz alanlara genel olarak; dosya paylaşım siteleri, sosyal ağ araçları, anı paylaşımı yapılan web siteleri (blog ve mikrobloglar),kişi belirtme(etiketleme) araçları, içerik üretme araçları (sözlükler, kütüphane), podcastler(cihazlara yüklenebilir uygulamalar) ve forum sitelerini örnek verebiliriz (135).

Dünyada en çok kullanılan sosyal medya platformlarına bakıldığında liste başında Facebook bulunmaktadır, bu sırayı WhatsApp, Tencent QQ, Facebook Messenger, Ozone, WeChat, Tumblr, Instagram, Twitter, Skype, BaiduTieba, Viber, Line, Snapchat, Pinterest ve LinkedIn gibi platformları izlemektedir (144).

2.7.4.2. Türkiye 'de Sosyal Medya Kullanımı

Sosyalleşme toplumda bir öğrenme sürecidir. Öğrenmenin gerçekleştiği ortam zamanla ve teknolojinin etkisiyle değişmiştir. Bireyler bir mekan içerisinde somut halde olmaktan soyut hale taşımış sosyal paylaşım ağlarının etkisiyle sanal ortamda iletişim kurma olanağı bulmuştur (145). İletişim teknolojilerinin gün geçtikçe gelişmesiyle, dünyaya damga vuran yenilik internet olmuştur.1990 dan bugüne, internet dünyanın farklı yerlerinden insanların bağlanıp, veri paylaştığı, alış veriş yaptığı, sohbet ettiği, iletişim halinde olduğu bir alan olarak yeni medya da üst bir noktaya ulaşmıştır (146).

1990lı yıllardan sonra hayatımızda yer alan internet günümüzde kitle iletişim araçları arasında en önemlisi haline gelmiştir (147).

Sosyal medyanın işlevselliğine baktığımızda kullanıcılara isim, yaş, cinsiyet, kilo gibi kişilik özelliklerini değiştirme şansı sunmasıyla yeni bir kimlik kazandırdığını, istedikleri kişi olabilme tatminini sunduğunu görebiliriz. Sosyal medya kişilere olmak isteyip olamadığı birey olma fırsatını sunmaktadır. Sosyal medya, bireylerin amaçları

doğrultusunda belli başlık altında toplanıp iletişim halinde olabilmelerini sağlamakla birlikte araştırma, öğrenme, öğrendiklerini paylaşma davranışlarına alan oluşturmaktadır. Sosyal medyadaki iletişimlerin yoğunluğunu belirleyen faktör sosyal medya platformunun ve başlığın popülerliğidir. Başlığın popülerliğini ise bu mecrayı aktif kullanan, sosyal medyayla popülerliği yakalayan kişiler yani fenomenler belirlemektedir (148).

Türkiye internet kullanım oranı en yüksek olan ilk 20 ülke arasında kullanıcı sayısı bazında 17.sırada kendine yer bulmuştur (149).

18 Ağustos 2016 tarihinde Türkiye İstatistik Kurumu basın açıklamasındaki verilerine göre Türkiye’de internet kullananların %65,9’u sağlıkla ilgili bilgi aramak (yaralanma, hastalık, beslenme, vb.) amacıyla interneti kullanmaktadır. Bu verilerin gün geçtikçe arttığı: 2004 ve 2011 verilerinin sırasıyla %36 , %54,1 olarak açıklandığı raporlanmıştır. Türkiye’de internet kullanıcılarının arama motorlarını sağlıkla ilgili bilgi bulmak için kullanım oranı oldukça yüksektir (150).

Bu verilerin en güncel hali “WeAreSocial” tarafından Ocak 2019’da tüm ülkelerin kullanım istatistikleri yayınlanmıştır. Raporda Türkiye istatistiklerine bakılacak olursa: 82.4 milyon ülke nüfusunun 59.36 milyonu (%72) internet kullanmakta ve bu kullanıcıların 52 milyonu (%63) sosyal medya kullandığı raporlanmıştır. Ülke genelinde mobil cihaz kullanan kişi sayısının 80,75 milyon kişi olduğu; sosyal medyaya erişim aracı olarak mobil cihaz kullanan kişi sayısının ise 44 milyon (%54) olması dikkat çekmektedir. Türkiye’de en çok kullanılan sosyal medya platformları incelendiğinde ilk sırada %92 ile Youtube olurken, %84ile Instagram ikinci sırayı almaktadır, takibinde ise %83 ile WhatsApp %82 ile Facebook, %58 ile Twitter şeklinde bir sıralama mevcuttur. Türkiye’de günlük internette geçirilen süre ortalama 7 saat olmakla beraber bu sürenin 3saat 43dakikası mobil cihazların erişimiyle sağlanmakta ve bireyler gün de 2 saat 46 dakikalarını sosyal medyada geçirmekte.

2019 Türkiye sosyal medya kullanıcılarının cinsiyet, yaş dağılımına bakıldığında erkeklerin her yaş grubu için sosyal medyayı için daha fazla kullandığı görülmektedir. Genel yaş dağılımı ise 1/3 oranında 25-34 yaş grubu olarak raporlanmıştır (144).

2.7.4.3. Youtube

Bireysel, kurumsal olarak iş, günlük hayatta veya iş hayatında ki aktivitelerin video olarak yayınlanması için 2 eski arkadaş tarafından kurulan paylaşım sitesidir. Günlük video yüklenme sayısı 6500 ü geçmektedir (151).

2.7.4.4. Facebook

Mark Zuckerberg tarafından 2004 yılında başlangıçta sadece Harvard Üniversitesi öğrencilerine açık olan dünyaya daha fazla açılmak bağlantı kurmak amacıyla oluşturulan sitedir (151). Daha sonra geliştirilerek 13 yaş üstü bireylerin veya kuruluşların kullanıcı profilleri, reklamlarını ve mesajlarını paylaşabileceği etkileşim alanı haline gelmiştir (152).

2.7.4.5. Instagram

Instagram, 2010 yılında başlatılan, şu anda internet erişimi olan Amerikalı genç yetişkinlerin (18-29 yaş arası)% 53'ü tarafından kullanılan bir çevrimiçi sosyal ağ hizmetidir (153).

Ekim 2010 tarihinde kurulan kullanıcıların fotoğraf ve video paylaşımlarıyla etkileşim halinde oldukları akıllı telefonlar aracılığıyla da kullanılabilen bir sosyal paylaşım sitesidir. Özel anların, duyguların, yer bildirim yapılabilmesinin fotoğraf aracılığıyla yapıldığı diğer kullanıcılarla etkileşimin sağladığı bir sosyal medya uygulamasıdır (154).

Platform, kullanıcıların resimlerine resim ve videolar gönderebilmelerini, bir başlık ekleyebilmelerini, fotoğrafları tanımlamak için hashtag'ları (# sembolünü) ve diğer kullanıcıları (@ symbol) etiketlemelerini sağlar. Kullanıcılar, herhangi bir sayıda hesabı takip edebilir ve takip ettikleri kullanıcıların gönderilerini "beğenebileceği" veya "yorumlayabilecekleri" bir yayın içeriği içeriğini görüntüleyebilir. Instagram, kullanıcının daha önce maruz kaldığı içeriğe göre takip etmek için yeni hesaplar önerir. Paylaşımlar herhangi bir altyazı veya yorumdan ziyade görüntülerin içeriğinin hakimiyetindedir (155).

Instagram, Facebook ikinci büyük sosyal medya platformu haline gelen, dünya çapında 849.9 milyon kayıtlı kullanıcıya sahiptir ve bunların %50.3 ü kadın, %49.7 si erkektir. Türkiye'de Instagram'ın 38 milyon kullanıcısı bulunmaktadır ve erkeklerin(%59), kadınlara(%41) göre daha fazla kullandığı bir platformdur. Dünya genelinde ortalama 6 dakikada bir, Türkiye'de ise 8 dakikada bir Instagram ziyaret edilmektedir. Instagramda geçirilen süre günlük Dünya'da ortalama 5dakika 47 saniyeyken, raporda Türkiye'de bu süre ile ilgili veri bulunamamıştır. Instagramın 13 yaş üstü kullanıcı sayısına bakıldığında Türkiye Dünya genelinde birinci sırada gelmektedir (144).

Dokümantasyon, gözetleme ve yaratıcılık, yiyecek kullanımının paylaşılmasıyla iyi bir uyumun sağlanması, yemek tarifleri için ilham arayışında olanların instagram kullandığı, instagramın bu konuda motivasyon kaynağı olduğu tanımlanmıştır (156, 157).

Instagram ve sosyal medya daha geniş olarak zihinsel, sağlık problemleriyle ilişkilendirilmiştir (131). Örneğin, sosyal medya kullanımı genç erişkinlerde depresyon düzeyleriyle, ayrıca yeme bozuklukları ve ilgili davranışlarla ilişkilendirilmiştir. Örneğin, sağlık ve zindelleme ilgili içeriği sosyal medyada gören ergenlerin yeme bozukluğu yaşama olasılığı daha yüksektir (158).

2.7.5. Popüler Diyetlerin Etkisi

Günümüz güzellik anlayışının zayıflık kavramıyla bağdaştırılması sonucu insanların diyet yapma eğilimleri ve diyet ürünleriyle ilgili medyada gündeme gelen haberler ON prevalansının artmasında etkindir (159).

Aile, okul, sosyal çevre, medya etkisiyle kilo kontrolü sağlamaya veya kilo vermeye çalışılırken izlenen sağlıksız yeme tutumları (kusma, diüretik, laksatif kullanımı), zararlı ve ağır diyetler (kısıtlı besin, enerji alımı) özellikle genç kadınlarda rastlanılan halk sağlığı problemlerindedir (160). Yeme bozukluğu üzerinde yapılan çalışmalardan birinde yeme bozukluğunun prevalansının diyet yapma eğilimiyle doğru orantılı olduğu bulunmuştur, hatta üç yıllık süre boyunca diyet yapanların; hiç diyet yapmayan bireylere göre yeme bozukluğu hastası olma ihtimali 5 kat fazladır (161).

Dünyada beslenme filozoflarının, beslenme fikirlerinin artması ve sunulan sağlıksız diyet programlarının beslenme konusunda obsesyona sebep olması kaçınılmazdır. Sağlıklı veya formda kalma hedefiyle uygulanan sıkı bir diyet sağlıksız olduğu koşullarda malnütrisyona sonuçlanabilmektedir. Tek tip besin çeşidi veya yetersiz çeşitlilik fizyolojik gereksinimler karşılanmadığında vitamin, mineral kayıpların yanı sıra besin öğelerinin yetersizliği gözlenebilmektedir. Diyetlerin belirli veya tüm besin gruplarından yoksun olması bu durumu kaçınılmaz kılmaktadır(22).

Gıda alımının durdurulması, tek öğüne indirgenmesi, tek tip besin alımı, bazal metabolik veya enerji gereksinimden çok daha az alınması bireyler tarafından uygulanan diyetlerdir. Bu ve buna benzer diyetler yeme problemlerinin başlangıcının ve ilerleyen dönemlerde yeme bozukluğunun belirtileridir. Diyet hapi, diüretik veya laksatif kullanımı, oruç tutma, kusma, anksiyete diyet şiddetinin ve semptomların

arttığını göstermektedir. Klinik boyutta ilerlemesinin sonucunda AN, BN ve başka türlü adlandırılmayan (BTA) yeme bozukluğu hastalıklarına sebep olabilmektedir (3).

Ortorektiklerdeki mükemmeliyetçilik, diyetlerinin sağlıklı besinlerden uzaklaşma çabasıyla giderek kısıtlanması, beslenme yetersizliği riskini getirmektedir (104).

Ortorektiklerin medya ve sosyal medyada karıştıkları, yeme tutumlarına etkisinin olabileceği başlıca diyetler şunlardır:

2.7.5.1. Vejetaryenlik ve Vegan Beslenme

Vejetaryenlik, hayvansal tüketimin kısmi olmasıyla ilgilidir: hayvanlardan elde edilen ürünler tüketilebilirken; etin tüketilmemesi olarak tanımlanabilir. Hayvansal ürünlerin kısmi tüketimine göre vejetaryenliğin isim türü değişmektedir. Lactoovo vejetaryenlik et tüketilmezken hayvanlardan elde edilen yumurta, süt, bal gibi gıdalar tüketilebilmektedir. Lacto vejetaryenlik, lactoovo vejetaryenliğin yumurta tüketilmeyen formudur. Ovo vejetaryenlik ise yumurta tüketimi dışında hiçbir hayvansal gıdanın tüketilmediği vejetaryenliktir. Vejetaryen Derneği'nin kabul etmediği vejetaryenlikler ise semi, pesco ve polo vejetaryenliklerdir, gerekçe olarak hayvansal et tüketilmesi gösterilmektedir. Polo vejetaryenler kümes hayvanlarının etini tüketebilirler, pesco vejetaryenler polo vejetaryenlerin tersine et ve tavuk eti tüketmeyip sadece balık ve deniz canlılarının etini tüketmektedirler. Semivejetaryenlik geçiş sınıfı olarak düşünülebilir. Tavuk ve balık eti tüketiminin kısıtlı ve haftanın birkaç günüyle sınırlı kalmasını kapsamaktadır. Diğer hayvansal gıdaların (süt, yumurta) tüketiminde bir kısıtlama yoktur (162).

Veganlık ise bir yaşayış biçimi olup gıdalar dışında da hayvanların kullanımının etik bulunmadığı, tüketilen her ürün ve gıdanın hayvansal olmadığı kapsamlı vejetaryenlik olarak adlandırılmaktadır (163). Gıda olarak et, süt, yumurta, bal, yoğurt, peynir, kefir tüketilmediği gibi hayvanlardan üretilen yün, ipek, deri kullanımından da uzak durulmaktadır. Öyle ki hayvanların dermatolojik testlerde denek olarak kullanıldığı kozmetik ürünlerini bile kullanmamaktadırlar (162).

2.7.5.2. Hollywood Diyeti

Üç temel öğün bir ara öğün şeklinde bir beslenme programı olan Hollywood diyetinde öğünlerde tüketilen besinin sadece bir tabak tüketilmesi, akşam saat sekizden sonra hiçbir besin tüketilmemesi koşulu bulunmaktadır. Diyet yasaklarına listesinde

şeker, beyaz undan yapılan tüm ürünler, alkol, bal, dondurma, nişasta içeriği olan patates, havuç, muz, pirinç ve işlenmiş ürünler bulunmaktadır (164).

2.7.5.3. İsveç Diyeti

Hipokalorilik diyetlerden olan İsveç diyeti en az 6 gün en fazla 13 gün yapılması gereken ve altı aydan kısa sürede tekrar edilmemesi gereken bir diyettir. Metabolizmayı hızlandırıcı etkisi olduğu idda edilen besinlerden oluştuğu, diyetle yazanlardan başka bir besin alımını reddetmesi(diyette şekersiz kahve içimi serbestken çay kesinlikle yasaklardan), alınan besin içeriğine bakıldığında protein içeriğinin yüksek olması diğer özelliklerindedir (165).

2.7.5.4. Detoks Diyetleri

Kısa zaman içerisinde vücudu zararlı bileşenlerden, toksinlerden arındırdığına, cildi tazelediğine, hızlı kilo kaybı ve sağlığa yarar sağladığına inanılan detoks diyetleri günümüzde popülerliğini sürdürmektedir. Bu tür diyetler kimi zaman açlıkla bağdaştırılırken kimi zaman sadece bir sebze veya meyvenin tüketilmesine yönelik olabiliyor (örneğin lahana, kabak, kiraz detoksu). Arınma dönemi olarak görülen detoks diyetlerinde şeker veya kafein gibi zararlı olduğuna inanılan besinler tüketimi sınırlanıyor, daha çok organik sebze ve meyveler tercih ediliyor. Diyetlerin bir kısmında ise diüretik etki gösteren çaylar, müshil kullanımı gözlemlenebiliyor. Tüm bu yapılan programlara rağmen toksinlerin uzaklaştırıldığına dair kanıtlar belirsizliğini korumaktadır (166).

2.7.5.5. Aralıklı Açlık

Rutin aralıklarla açlık günlerini veya saatlerini ifade eden bir diyet olup: 1:1, 5:2, 16:8 gibi değişik formları bulunmaktadır. Bireylerin 'açlık' günlerinde kalori alımını ciddi bir şekilde azalttığı kimi zaman ise hiç yemek yemediği gözlemlenmiştir. 16:8 günün yirmi dört saatinin on altı saati 'açlık' sekiz saatlik kesimde ise yemek yemek olarak adlandırılmaktadır. 5:2olarak tanımlanan haftanın beş gününün kısıtlama olmaksızın yemek tüketimi ardışık olmayan iki günün ise 'açlık' günü olarak geçirilmesini kapsamaktadır. 1:1olarak ifade edilen ise enerji kısıtlaması olmaksızın 'ziyafet günü' adıyla besinlerin tüketilmesi ve bunu takiben enerji alımını ciddi şekilde kısıtladıkları 'oruç günü' geçirmesi olarak tanımlanıyor. Araştırmalar aralıklı açlığın kilo kaybı için etkili bir strateji olabileceğini fakat açlığın yönetilemediği durumlarda

sağlığınıza, gün içindeki modunuza olumsuz yan etki gösterebileceğini belirtmektedir (167).

2.7.5.6. Düşük Karbonhidratlı, Yüksek Yağlı Diyetler

Karbonhidratların sindirim sonucunda glikoz olarak emilimi ve insülin salınımını uyarması fazla enerjinin yağ olarak depolanması bunun da kilo kazanımına etkisinin olduğu inancı bireyleri düşük karbonhidratlı diyetlere yönlendiriyor. Unutulan nokta ise proteinlerine ve yağların da insülin salınımını artırması (168).

Herhangi bir besinin gereksinimden fazla alımı enerji kazanımıyla kişinin kilo almasına sebep olacaktır. Bu diyetler içerik olarak birbirine benzemekle beraber karşımıza Atkins, Dukan, Karatay ve başka isimlerle çıkabilmektedir. Genel olarak diyetlerde yüksek düzeyde yağ alımı, orta düzeyde protein, 20-50 g/gün gibi düşük düzeyde karbonhidrat içeriği oluyor. Diyetle alınan düşük düzeydeki karbonhidratın kaynağı kuruyemişler, yağlı tohumlar olurken; tahıllar, baklagiller, basit şeker kaynakları (süt ürünleri, seker, meyve) ve nişastalı sebzeler yasak veya sınırlı olabiliyor (169).

Karatay Diyeti

Düşük karbonhidrat, yüksek yağ ve protein içeriği olan bu diyetle İnsülin ve leptin direncini kırmak ve karaciğer yağlanmasını engellemek amaçlı, beslenme uzmanlarının savundukları ‘az az ama sık sık yiyin’ cümlesinin tersine 4-5 saatlik arayla besin alımının savunan popüler bir diyet yaklaşımıdır (170).

Basit şekerlerin tamamı ve bunlarla hazırlanmış gıdalar, işlenmiş ürünler(sucuk, salam, sosis), besi yeri tavuğu veya yumurtası, tatlandırıcılar, glisemik indeksi yüksek meyve(üzüm, karpuz, incir) ve nişasta içerikli sebzeler(havuç, patates, bezelye),pirinç, tahıl unu, ayçiçek yağı, margarinler, mısırözü yağı yasak listesinde olup gezen tavuk, ev pastırması, sucuğu, doğal yumurta, ev yoğurdu ve ev yoğurduyla yapılmış ürünler, fındık yağı, doğal zeytin yağı, doğal kuruyemişler serbest tüketilebilen gıdalar arasındadır. Her ne olursa olsun ara öğün yapmak yasak ve saat akşam sekizden sonra besin tüketimi yasaktır; bu saatten sonra sadece bitki çayı, madensuyu, ayran tüketimi olabilir. Günlük su tüketimi en az 2lt olmalı ve 30-45dk/gün fiziksel aktivite önerilmektedir (171).

Dukan Diyeti

Dukan diyeti: birbirinden ayrılmaz bir bütün kabul edilen dört evreden oluşmaktadır.

Bu evreler sırasıyla

Atak evresi: saf protein diyeti

Seyir evresi: alternatif protein diyeti

Güçlendirme evresi

Uzun süreli koruma

Diyetin ilk faslı olan atak aşaması: 72 çeşit proteinin serbest olduğu ve bütün öğünlerde bu besinlerin tüketildiği hızlı bir kilo kaybının olduğu aşamadır. Hedeflenen kilo kaybına göre uygulama günün 5, 3, 1 olarak değişmektedir. Tüketilebilir besinler yağı azaltılmış proteinler tavuk, hindi eti, yağsız peynir ve yağsız süt örnek verilebilir. Bunlara ek olarak günlük iki yemek kaşığı yulaf, iki litre su tüketimi önerilmektedir. İkinci aşama ise seyir aşamasıdır: bu aşama saf proteine sebze takviyesinin yapıldığı aşama olup asıl kilo kaybı bu aşamada gerçekleşmektedir. Bazı günler sadece protein tüketilirken bazı günlerde proteine ek olarak 28 çeşit sebzeden biri sınırsız olarak tüketilebilmektedir. Üçüncü aşama güçlendirme aşamasıdır: meyve ve tam buğday ekmeğinin eklendiği aşamadır. Bu aşamada bireye haftanın 1 en fazla 2 günü karbonhidrat tüketmek serbest olup her gün protein sebze yenilmektedir. Son aşamada koruma aşaması olup istikrarlı bir şekilde haftada bir sadece protein tüketimi öngörülen aşamadır, diğer günlerde yağ içeriği haricinde istenilen besinler tüketilebilmektedir (172).

2.7.5.7. Temiz Beslenme (eatclean, cleandieting)

Uzun süredir popüler olan tam olarak bir tanımı olmayan ‘temiz beslenme hareketi’ diye adlandırılan bu diyetle işlenmemiş sebze ve meyve tüketimi ağırlıktadır; süt ve süt ürünleri, gluten içeriği olan besinler, şeker gibi gıdalardan ise uzak durulmaktadır (72).

Temiz beslenme diyetinde ulusal sağlıklı beslenme önerilerine uymayan bilgiler ve davranışlar gözlemlenebilmektedir. Diyetteki besin grupları ‘iyi’ ve ‘kötü’ olarak tanımlanmaktadır, olası bir durumda kötü besin grubundan tüketilen besinler suçluluk duygusuna sebep olabilmektedir. Bir besinin toksik olarak ölümcül etkisi duygu odaklı

bir dille, bilimselliği olmadan medyada paylaşımı ve haberlerle pekiştirilmesi bu durumun oluşumuna yol açmaktadır.

Karbonhidratlar ve proteinler içeren bazı besinlerin diyetten çıkarılması (glüten, süt ve süt ürünleri) ve yerine muadili olan besinlerin tüketilmemesi bazı rahatsızlıkları (glütensiz beslenmek sindirim sistemi sağlığını olumsuz etkileyebilir, süt ve süt ürünlerini diyetten çıkarmak yetersiz kalsiyum alımına yol açabilir) beraberinde getirip sağlığı olumsuz etkileyebilir (173, 174).

Asıl önemli olan nokta temiz beslenme diyeti gıdalara karşı bir irritasyon sebebi olup bu durumun ileri düzeyde sağlıklı beslenme saplantısı haline gelmesine ve ortoreksiyanervosa adlı yeme bozukluğuna dönüşmesine sebep olabilir. Son yıllarda giderek popülerleşen bu davranışsal beslenme düzeni sağlığa, iş ve sosyal yasama olumsuz etki ettiği gözlemlenmiştir (175).

Hiç diyet yapmamak veya katı diyet yapmak yerine uygun yöntemleri kullanıp daha ılımlı diyet yapmak, beslenme alışkanlıklarının pozitif değişimini sağlamak sağlığı olumlu etkileyecektir (176).

2.8. Ortoreksiya Nervoza Kurtarma Tedavisi

Ortorektiklerin sahip olduğunu düşündüğü donanımlarının kaynakları bilimsel doğruluğu, geçerliliği olmayan dergiler, siteler olabildiğinden kendilerini sağlıklı besleniyor sanmaları kaçınılmazdır; bu durumun saptanıp düzeltilmesi ancak bilimsel geçerliliği olan fikirler, yöntemlerle, bu konuda eğitim almış diyetisyenlerle gerçekleştirilebilir. Ortoreksiya tedavisi multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir, bir ekip işi olan tedavide yer alacak kişiler doktor, diyetisyen, psikolog olmakla beraber ekip üyelerinin ortorektik bireyin yakın çevresindeki kişilerin gruba dahil etmesi kesin sonuç için gereklidir (68).

Ortoreksiya nervoza buzdağının görünen kısmı iken görülmeyen kısmı düşünüldüğünde, altta yatan etmenleri araştırmak tedaviyi kolaylaştıracaktır. Duygusal konulara olan saplantı besinlere olan saplantıyı beraberinde getirebilir, dolayısıyla asıl saplantının kesinleştirilmesi tedavi için önem arz etmektedir(69).

Tedavide izlenecek yol besin kuramlarının uygulanmasının yanı sıra, kişilerin öz saygılarının ve hayatlarının besinlerden ibaret olmadığına, asıl önemli olanın aile ve arkadaşlarıyla geçirilen zaman ve yaşanan mutluluğun olduğu, kişilerin önce kendilerini sevmeleri vurgulanmalıdır. Ortorektikler içgüdüsel beslenmeden çok uzak bir davranış sergileyerek yiyeceklerini planlayarak, sağlıklı olanları tercih ederek beslenmektedir.

Ortorektikler “İyi besinler” ve “kötü besinler” gibi gruplar oluşturarak belirli besin gruplarından kaçındıkları için tedavi yöntemlerinden biri de besinlerin aşırı zit kutuplarını ortadan kaldırıp, besin seçimindeki bu katılığı yumuşatmaktır. Davranış değişikliğinin sağlanabilmesi kolay olmayacağı gibi bunun için takıntılı oluşturulan çok sağlıklı besinlerine olan algıyı orta düzey sağlıklı besinlere yönlendirmek, besin seçimindeki katılığı yumuşatmak gerekmektedir. Besinsel algının değişmesi, besin tercihlerindeki takıntının kırılması hem eğitici hem de ortorektik birey açısından zor ve süreç gerektiren bir eylemdir. Bu sürecin başarıyla atlatılması davranış kazanımı özgürlük hissini getirecektir (104).

Bir sonraki adım ‘Sezgisel Beslenme’ kuramını öğrenip hayata yansıtmak, fiziksel açlığın bedensel ve algısal(bilinç-beden) bağlantısını saptamak olacaktır (177).

‘Normal yeme’, ‘diyetsiz yaklaşım’, ‘Bilinçli yeme’, ‘Akıllıca yeme’ adlarıyla bilinen beslenme felsefesinin temel kavramlarından olan “Sezgisel Yeme”(intuitiveeating) ilk olarak 1995 yılında, bireyin fizyolojik açlığını, tokluğu, doyum hissini yaşayarak sağlıklı yemek yeme davranışına verilen isimdir. Kavramın fikir sahipleri Tribble ve Resch, “Intuitiveeating: A recoverybookforchronicdieter” (Sezgisel yeme: Kronik diyet uygulayan kişiler için iyileşme kitabı) adlı kitaplarında sezgisel yeme davranışını üç ana başlığa ayırmışlardır:

- 1-Arzulanan gıdaya koşulsuz izin verme,
- 2- Duygusal açlığın farkına varılarak, fizyolojik açlıktan kaynaklı yemek yeme,
- 3- yemek yeme davranışının zaman ve miktarını belirlerken fizyolojik açlık ve tokluğun sinyallerine bağlı kalmak (178)

ON nın fikir babası Bratman bireylere ‘Spontan Beslenme’ fikrini sunmuştur. Spontan beslenme kavramı bir besinin tüketilirken iyi besin veya sağlığa iyi gelmesi fikirlerinden ziyade zaman kavramına bakılmaksızın istenildiği için tüketilmesidir. ‘Spontan Beslenme’ fikriyle paralel olan başka bir fikir ise Miller tarafından ortaya konulan ‘Çocuklar gibi beslenme’ kavramıdır. Çocuklar açlık hissettiklerinde içgüdüsel olarak yemek yerler, canlarının istediği besinleri tüketirler ve doyduklarını hissettiklerinde yemek yeme eylemini sonlandırırlar (69). Fizyolojik açlık ve tokluk sinyalleri algılanması doğuştan gelir öyle ki yapılan bir araştırmada 2 ile 5 yaş arasındaki çocukların yeme tutum davranışlarının incelendiği bir araştırmada gözlemlenmiştir ki çocukların öğünlerde aldıkları kalori, besin miktarları farklı olsa da günlük toplam aldıkları kalori ve besinler arasında fark yoktur (179). Tam olarak bu sebepten dolayı, yapılan birçok araştırmada, yeme bozukluğunun oluşumunu önlemek

için küçük yaşlarda sağlıklı yeme tutum, davranış kazanımının sağlanması vurgulanmaktadır (180).

Ortoreksiya nervoza psikiyatrik açıdan bir nevi obsesifkompulsif rahatsızlığıdır, bilişsel davranışsal terapi yöntemi kullanılabileceği gibi bazı hastaların ilaçla tedavi edilebileceğine dair olumlu bakış açısı da mevcuttur. Seçici serotonin geri alım inhibitörleri etkisiyle kullanılabilecek ilaçlara bakılırsa: Prozac, Zoloft ve Paxil örnek sayılabilir (22). Yeme bozukluklarının altında yatan, ortak paydayı oluşturan en büyük etmenlerden biri serotonindir (181). Serotojenik sistemin yiyecek denetiminde, obsesifkompulsif bozukluğunda rol alması, yapılan araştırmalarda merkezi sinir sistemindeki serotonini biyolojik bir etken olarak göstermekte, serotojenik sistem genleriyle de ilişkili olduğu fikrini beraberinde getirmektedir (182). Serotojenik sistem üzerine etki eden klomipramin ve fluoksetin yeme bozukluğu olan bireylerde yeme tutumları üzerine olan obsesif davranışları azalttığı, atakların nüksetmesini önlediği için kullanılabilmektedir (183).

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırma Modeli

Bu çalışmada sosyal medya uygulamalarından Instagram kullanıcısı olan, diyet yapan (kilo vermeyi veya kilo korumayı hedefleyen) bireylerin ortoreksiya nervoza ve yeme tutumlarını saptamak amacıyla yapılan descriptive (tanımlayıcı) bir çalışmadır.

3.2. Evren ve Örneklem

Evren olarak Instagram uygulaması seçilmiş olup, örnekleme anket gönderimi için rastgele seçim yöntemi kullanılmıştır. Araştırma örnekleminin saptanmasında literatür verileri baz alınarak %80 güç ve %95 güven aralığında PASS istatistiksel paket programı kullanılarak ulaşılmamız gereken örneklem büyüklüğünün 401 kişi olduğu hesaplanmış, 564 kişi anket doldurmuş olup dışlama kriterleri, anketin eksik cevaplanması sonucunda 421 kişi üzerinden hesaplamalar yapılmıştır.

Örnekleme yapılacak bireylerin: instagram kullanıcısı olup, kilo korumaya veya kilo vermeye çalışıyor olması, 18 yaş üstü yetişkin birey olması, çalışmaya katılımda gönüllü olması gerekmektedir. Çalışmamızın dışlama kriterleri: 18 yaş altı olma, gebe ve emzicilik döneminde olma, akıl sağlığı yerinde olmama olarak belirlenmiştir.

3.3. Veri Toplama Tekniği

Gerçek kimliği temsil eden 'dytsilatez' adıyla instagram sayfası oluşturulmuştur. Instagramın arama butonuna 'diyet' kelimesi yazılıp arama yapıldığında kullanıcılar ve 'diyet' kelimesiyle etiketlenmiş fotoğraflar bulunmuştur. Böylelikle diyet yapan (kilo vermeyi veya kilo korumayı hedefleyen) gerçek kullanıcılara ulaşılmıştır. Bireylere direkt mesaj yoluyla araştırma anlatılarak onay formu sunulmuştur. Araştırma genelinde 1023 kullanıcıya ulaşılmış araştırmaya katılmak isteyen bireylere SurveyMonkey.com anket sitesi üzerinden oluşturulan anketin linki yollanmıştır. İletişime geçilen 1023 kullanıcıdan 564 tanesi anketi doldurmuştur. İnternet araştırması yaparken İnternet Araştırmaları Birliği(AoIR) etik çalışma komitesi tavsiyelerinden yararlanılmıştır. SurveyMonkey gizlilik kuralları olan bir anket sitesi olmakla beraber verilen verilerin üye dışında kullanılmaması, depolanma süresinin belirlenmesi, verilerin paylaşılmaması gibi gizlilik ilkelerine sahiptir.

Anketin bölümleri sırasıyla: sosyo demografik özellikleri, sağlık ve alışkanlık durumu, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi(UFAA), sosyal medya kullanımı, ORTO-15 ve Yeme Tutum Testi bulunmaktadır.

3.4. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmaya katılan İnstagram kullanıcılarının kişisel bilgi formunda genel bilgiler (cinsiyet, yaş, boy, ağırlık, medeni durum, eğitim durumu) yer almaktadır.

3.5. Sağlık ve Alışkanlık Bilgi Formu

Araştırmaya katılan İnstagram kullanıcılarının hastalığının varlığı, sigara kullanımı sorgulanmıştır.

3.6.Uluslar Arası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA)

UFAA; yetişkinlerin fiziksel aktivite ve monoton yaşayış biçimlerini tespit etmek için kısa ve uzun form şeklinde oluşturulmuştur. Uluslararası geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Craig ve arkadaşları, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Öztürk ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Kullandığımız anket kısa form olup son 7 gün içerisindeki; şiddetli fiziksel aktivite süresi, orta dereceli fiziksel aktivite süresi, yürüme ve bir günlük oturma sürelerinin cevabını aramaktadır. Kısa formun toplamının belirlenmesi; yürüme, orta dereceli fiziksel aktivite süresi, şiddetli fiziksel aktivite süresi dakika cinsinden ve sıklığı gün cinsinden toplanmasıyla oluşur. Bu hesaplamalardan, MET- dakika olarak bir skor elde edilmektedir. Bir Met- dakika; yapılan aktivitenin dakikası ile MET skorunun çarpımından hesaplanmaktadır. Hesaplamalar sonunda kategorisel olarak sonuçlar sınıflandırılmaktadır.

- Yürüme skoru (MET-dk/hf) =3.3 (x) Yürüme süresi (x) Yürüme günü
 - Orta şiddetli aktivite skoru (METdk/ hf) = 4.0 (x) Orta şiddetli aktivite süresi (x) Orta şiddetli aktivite günü
 - Şiddetli aktivite skoru (MET-dk/hf) = 8.0 (x) Şiddetli aktivite süresi (x) Şiddetli aktivite günü
 - Toplam Fiziksel Aktivite Skoru (TFAS) =Yürüme (+) Orta şiddetli aktivite (+) Şiddetli aktivite skoru
- Sonuç olarak fiziksel aktivite düzeyi;
- TFAS <600 MET ise 'Fiziksel olarak aktif değil'

- TFAS = 600- 3000 MET ise ‘Düşük fiziksel aktivite düzeyi’
- TFAS >3000 MET ise ‘Yeterli fiziksel aktivite düzeyi’ olarak tanımlandı (184).

3.7. Yeme Tutumu Testi (The Eating Attitude Test-40/ EAT-40)

Yeme Tutum Testi (EAT-40):anoreksiya nervoza belirtilerini değerlendirmek, anorektik bireylerin veya yeme bozukluğu tanısı konmamış bireylerin yeme davranışlarını, tutumlarını, yeme bozukluğu ihtimallerini tespit amaçlı geliştirilmiş 6’lı likert tipi bir ölçektir. İlk olarak Garner ve Garfinkel tarafından 40 soruluk bir ölçek olarak hazırlanmış, Türkçeversiyonu olan Yeme Tutum Testi’nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1989 yılında Savaşır ve Erol tarafından yapılmıştır. YTT’nin 6’lı likert ölçek formunda yer alan maddeler; “daima”, “çok sık”, “sık sık”, “bazen”, “nadiren” ve “hiçbir zaman” ifadelerinden oluşmaktadır, değerlendirilmesi kendi kendine bildirim şeklinde uygulanmaktadır. Patoloji açısından uç yanıt için 3, bir sonraki seçenek 2, diğer sonraki seçenek 1 puan verilerek değerlendirilmektedir. Test sonucunda minimum 0, maksimum 120 puan alınmaktadır ve kesim noktası 30 puandır.

1.-18.-19.-23.-27.-39. sorulara verilen cevaplar “bazen” ise 1, “nadiren” ise 2 ve “hiçbir zaman” ise 3 puan ve diğer seçenekler 0 puan olarak değerlendirilmektedir. Geri kalan sorular için “daima” 3, “çok sık” 2, “sık sık” 1, diğer seçenekler 0 puan verilerek toplam puan bulunmaktadır (185).

3.8. ORTO-15 Ölçeği

İlk formu Ortoreksiya Nervozanın fikir babası olan Bratman tarafından, Amerikan toplumuna uygun olarak 10 soruluk bir ölçek olarak hazırlanmıştır. Bratman’ın hazırladığı form baz alınarak, Donini tarafından geliştirilmiş, bazı soruların değiştirilmesi, çıkarılması, yeni soruların eklenmesiyle ölçeğin ORTO-15 hali İtalyan Latinlere uyarlanmıştır. ORTO-15 bir kendini değerlendirme ölçeği olup: besinlerin seçimi, satın alımı, hazırlanımı, tüketimi süreçlerinde besinin sağlıklı veya yararlı olma fikrine obsesyonunu incelemek için kullanılmaktadır.

2006 yılında Arusoğlu tarafından Türkçe uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Uygulanan bireylerde hem duygusal hem de rasyonel açıdan ölçümlerin yapılması için: “kognitif-rasyonel”, “klinik alanı”, “duygusal alanı” olarak 3 bölüm incelenmektedir.

Ölçekte soruların cevaplarına ‘1’ ile ‘4’ puan verilmektedir, ‘1’ puan alımı ortorektik davranışı temsil ederken, ‘4’ normal davranışı göstermektedir, toplam puan

minimum 15 puan, maksimum 60 puandır. Puanlama sisteminden anlaşıldığı üzere yüksek puan alımı normal davranışların göstergesiyken, Ortorektik davranışları olan bireyler daha düşük puan almaktadır. Aşağıda hesaplaması belirtilen ölçeğin kesim noktası ise 40 olarak belirtilmiş olup, “40 ve altında” puan alanlar ortoreksiya nevroza eğilimini göstermektedir (186).

Tablo 3.1. Ortoreksiya nevroza hesaplama tablosu

Sorular	Her zaman	Sık sık	Bazen	Hiçbir zaman
1. ve 13.	2	4	3	1
2.-5.-8.-9.	4	3	2	1
3.-4.-6.-7.-10.- 11.-12.-14.-15.	1	2	3	4

1. ve 13. Soruları için “her zaman” ise 2 , “sık sık” ise 4 , “bazen” ise 3, “hiçbir zaman” ise 1 puan olarak,
2.-5.-8.-9. sorulara verilen cevaplar “her zaman” ise 4, “sık sık” ise 3, “bazen” ise 2, “hiçbir zaman” ise 1 puan olarak,
3.-4.-6.-7.-10.-11.-12.-14.-15. sorulara verilen cevaplar “her zaman” ise 1, “sık sık” ise 2, “bazen” ise 3, “hiçbir zaman” ise 4 puan olarak değerlendirilmektedir (186).

3.9. Beden Kitle İndeksi (BKİ)

Beden Kitle İndeksi (BKİ),pratik vücut ağırlığı değerlendirme yöntemi olarak kullanılır ve vücut ağırlığının, boyun karesine oranıdır.

$$BKİ (kg/m^2)= VA (kg)/ Boy^2 (m)$$

Vücut ağırlığı birimi kg, boy ise metre olarak alınarak Beden kitle indeksi hesaplanır, sonuçbireyin yer aldığı sınıfı gösterir, değerlendirme aşağıda belirtilen sınıfa göre yapılmaktadır.

BKİ Değeri Sınıflandırma

18.5 altı Zayıf

18.5- 24.9 Normal

25.0- 29.9 Hafif Şişman

30.0 ve üstü Şişman (187).

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Anket formundan elde edilen veriler, SPSS (The Statistical Package for The Social Sciences) 22.0 programında değerlendirilmiştir. Verilerimiz nonparametrik dağılım göstermektedir. TT ve ORTO-15 puanları kesim noktası ve bunları etkileyen faktörler arasındaki ilişki Pearson Kesin Ki-Kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uymayan nicel verilerin karşılaştırılmasında Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Tüm değerlendirmelerde $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir



4. BULGULAR

Tablo4.1.Araştırmaya katılanların bazı sosyodemografik özellikleri

	n (%)
Cinsiyet	
Kadın	328 (77.9)
Erkek	93 (22.1)
Yaş Grupları	
18-24	197(46.8)
25-34	168 (39.9)
35-44	39 (9.3)
45 üstü	17 (4)
Medeni Durum	
Evli	143 (34.0)
Bekar	264 (62.7)
Ayrı. Boşanmış	14 (3.3)
Eğitim durumu	
İlkokul	5 (1.2)
Ortaokul	7 (1.7)
Lise	54 (12.8)
Üniversite	295 (70.1)
Yükseklisans/Doktora	60 (14.3)
BKİ grupları	
Zayıf	21 (5.0)
Normal	196 (46.6)
Kilolu	121 (28.7)
Obez	83 (19.7)
BKİ grupları	
Zayıf	21 (5.0)
Normal	196 (46.6)
Kilolu	121 (28.7)
1. Derece Obez	50 (11.9)
2. Derece Obez	25 (5.9)
MorbidObez	8 (1.9)

Araştırmaya 421 kişi katılmış olup, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.'de gösterilmiştir. Araştırma katılan kişilerin %22.1'i erkek, %77.9'u kadındır. Katılanların yaşları 18-54 arasında olup, %46.8'inin 18-24 yaş aralığında, %39.9'unun 25-34 yaş aralığında, %9.3'ünün 35-44 yaş aralığında, %4'ünün 45 yaş üstü olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin % 1.2'si (5 kişi) ilkokul, %1,7'si (7 kişi) ortaokul, %12,8'i (54 kişi) lise, %70.1'i (295 kişi) üniversite, %14,3'ü (60 kişi) lisansüstü eğitimi almıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin %34'ü (143 kişi) evli, %62.7' si (264 kişi) bekar, %3.3'ü (14kişi) ayrı olduğunu belirtmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin BKİ sınıflamasına göre %5'inin zayıf, %46.6'ının normal, %28.7'sinin kilolu, %19.7'sinin obez grupta olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %11.9' unun birinci derece obez, %5.9'unun ikinci derece obez, %1.9'unun morbid obez olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2. Araştırmaya katılanların sağlık ve alışkanlık değişkenlerinin dağılımları

	n (%)
Sigara içme durumu	
Sigara kullananlar	101 (24.0)
Sigara kullanmayanlar	320 (76.0)
Düzenli Fiziksel Aktivite	
Evet	197 (46.8)
Hayır	224 (53.2)
UFAA egzersiz katagorisi	
İnaktif	71 (16.9)
Düşük fiziksel aktivite	233 (55.3)
Yeterli fiziksel aktivite	117 (27.8)
Sağlıklı olduğunu düşünme	
Evet	300 (71.3)
Hayır	121 (28.7)
Tanısı Konulmuş Hastalık	
Var	116 (27.6)
Yok	305 (72.4)
Toplam	421 (%100)
Hastalıklar (+ olanlar)	
Kalp	13 (3.1)
Anemi	22 (5.2)
Diyabet	14 (3.3)
GİS	23 (5.5)
Karaciğer	8 (1.9)
Böbrek	3 (0.7)
Eklemler	10 (2.4)
Göğüs	11 (2.6)
Solunum	16 (3.8)
Deri	13 (3.1)
Diğer hastalık	40 (9.5)

Katılımcıların alışkanlıklarına bakıldığında %24'nün (101 kişi) sigara içme alışkanlığı varken, %76'sının (320 kişi) sigara içme alışkanlığı yoktur.

Bireylerin %46.8'i (197 kişi) düzenli fiziksel aktivite yapıyorken, düzenli fiziksel aktivite yapmayanların oranı daha fazla olup %53.2'dir (224 kişi). UFFA puanlarına göre kategori edildiğinde %16.9'u (71 kişi) inaktif (fiziksel olarak aktif değil), %55.3'ü (233 kişi) düşük fiziksel aktivite, %27.8'i (117 kişi) yeterli derecede fiziksel aktivite yapmaktadır.

Sağlıklı olduğunu düşünenler örneklemin % 71.3'ü (300 kişi) olup, sağlıksız olduğunu düşünenlerin oranı %27.7 (121kişi) dir.

Tanısı konulmuş hastalığı olanlar %27.6 ile 116 kişi olup, hastalığı olmayanlar%72.4 ile 305 kişidir.

Tablo 4.3.Araştırmaya katılanların çeşitli değişkenlerinin frekans tablosu

	n	Ortanca	Min	max	Ort±SS
Yaş	421	25.00	18	54	26.5±7.4
Ağırlık	421	70	39	140	72.9±16.4
BKİ	421	24.8	16.2	47.9	25.8±5.5
Günlük	421	2.00	.00	20	2.7±2.2
İnstagramda					
Harcanan Saat					
Takipçi Sayısı	421	416	.00	410000	2805.5 ±20555.5
Günlük Kalori	421	1500	120	3500	1587.7±531.8
Alımları					

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 26.5±7.4 olarak bulunmuştur. Ağırlıkları sorgulandığında minimum 39 kilo, maksimum kiloya sahip bireyin ağırlığı ise 140 kilo olarak tespit edilmiştir. Ağırlıklarının boylarının karesine oranı ise ortalama 25.8±5.5'dir. BKİ en düşük olan birey 16.2'iken, en yüksek BKİ değeri 47.9'dur.

Bireylerin bazıları instagramda zaman geçirmezken bazıları instagramda geçirdiği sürenin 20 saat olduğunu belirtmiştir, ortalama instagramda geçirdikleri süre 2.7±2.2 saat/gündür.

Bireylere aldıkları kalori sorulduğunda verilen cevaplarda en düşük kalori alan birey 120kkal alırken, en yüksek kaloriyi alan birey 3500kkal almaktadır. Günlük kalori alımının ortalaması 1587kkal'dir.

Tablo 4.4. Araştırmaya katılanların ORTO-15 kesim noktasına göre dağılımı

	n (%)	Ort±SS (min-max)
ORTO-15 puanı ≤40	360 (85.5)	
ORTO-15 puanı >40	61 (14.5)	
Orto Puan		35.5±4.1 (22-45)

Instagram kullanan diyet yapan bireylerin ORTO-15 kesim noktasına göre ortoreksiyanervoza eğilimlerine bakıldığında %85.5 (360 kişi) gibi yüksek bir oranda bireylerin ON eğilimi gösterdiği, ON eğilimi göstermeyen bireylerin %14.5'ü (61 kişi) oluşturduğu bulunmuştur.

Tablo 4.5. Araştırmaya katılanların cinsiyetlerine göre ORTO-15 kesim değerlerinin karşılaştırılması

	ORTO-15 puanı ≤40 n (%)	ORTO-15 puanı >40 n (%)	P değeri	X ²
Cinsiyet			0.623	0.242
Kadın	279 (85.1)	49 (14.9)		
Erkek	81 (87.1)	12 (12.9)		
Pearson Ki Kare				

Cinsiyetin ortoreksiya eğilimine etkisi için ORTO-15 kesim noktasına göre karşılaştırma yapıldığında: kadınların %85.1'i erkeklerin ise %87.1'i ortorektik olup cinsiyet arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanmamıştır.(p>0.05)

Tablo 4.6. Araştırmaya katılanların yaş gruplarına göre ORTO-15 kesim değerlerinin karşılaştırılması

	ORTO-15 puanı ≤ 40 n (%)	ORTO-15 puanı > 40 n (%)	P değeri	X ²
Yaş Grupları			0.56	2.051
18-24	164 (83.2)	33(16.8)		
25-34	147(87.5)	21(12.5)		
35-44	35 (89.7)	4(10.3)		
45 üstü	14 (82.4)	3 (17.6)		

Pearson Ki Kare

Yaş gruplarına göre ORTO-15 puanlarının kesin noktası karşılaştırılmasına bakıldığında 18-24 yaş grubunun %83.2' si, 25-34 yaş grubunun %87.5'i, 35-44 yaş grubunun %89.7' si, 45 yaş üstü bireylerin %82.4' ü ortoreksiya eğilimi göstermektedir. Kişi sayısı olarak en fazla ortorektik eğilim gösteren grup ise 164 kişiyle 18-24 arası yaş grubudur. Yaş grupları arasında ortoreksiya eğilimi gösterme oranları arasında istatistiksel bir fark bulunmamaktadır.($p>0.05$)

Tablo 4.7. Araştırmaya katılanların medeni durumlarına göre ORTO-15 kesim değerlerinin karşılaştırılması

	ORTO-15 puanı ≤ 40 n (%)	ORTO-15 puanı > 40 n (%)	P değeri	X ²
Medeni Durum			0.24	2.857
Evli	128 (89.5)	15 (10.5)		
Bekar	220 (83.3)	44 (16.7)		
Ayrı. Boşanmış	12 (85.7)	2 (14.3)		

Pearson Ki Kare

Katılımcıların medeni durumları ORTO-15 kesim noktasına göre incelendiğinde evli olanların %89.5'i, bekarların %83.3'ü eşlerinden boşanmış, ayrı veya dul olanların %85.7'si ON olduğu bulunmuştur. Ki kare testiyle analiz yapıldığında bireylerin medeni durumlarıyla ON eğilimleri göstermeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$)

Tablo 4.8. Araştırmaya katılanların eğitim seviyelerine göre ORTO-15 kesim değerlerinin karşılaştırılması

	ORTO-15 puanı	ORTO-15 puanı	P değeri	X ²
	≤40 n (%)	>40 n (%)		
Eğitim Seviyesi			0.13	4,06
Lise ve öncesi	61 (92.4)	5 (7.6)		
Üniversite	251 (85.1)	44 (14.9)		
Y.lisans/Doktora	48 (80)	12 (20.0)		

Pearson Ki Kare

İnstagram kullanan diyet yapan bireylerin ortoreksiyanervoza durumları: eğitim durumu bağımsız değişkeni ve ORTO-15 kesim noktası açısından incelendiğinde lise ve öncesi eğitimi almış olan bireylerin %92.4'ü (61 kişi), üniversite mezunlarının%85.1'inin(251 kişi sayı olarak en fazla olan grup olmakla beraber), yüksek lisans/ doktora eğitimi almış bireylerin ise %80'inin (48 kişinin) ortorektik olduğu bulunmuştur. Veriler arasında analiz sonucu farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur. ($p>0.05$)

Tablo 4.9. Araştırmaya katılanların sağlık durumlarına ve BKİ göre ORTO-15 kesim değerlerinin karşılaştırılması

	ORTO-15 puanı ≤40 n (%)	ORTO-15 puanı >40 n (%)	P değeri	X2
			0.95	0.004
Kronik Hastalık(+)	99 (85.3)	17 (14.7)		
Kronik Hastalık(-)	261 (85.6)	44 (14.4)		
BKİ grupları			0.762	1.161
Zayıf	17 (81)	4 (19.0)		
Normal	165 (84.2)	31 (15.8)		
Kilolu	106 (87.6)	15 (12.4)		
Obez	72 (86.7)	11 (13.3)		
Pearson Ki Kare				

Katılımcıların kronik hastalık varlığı ile ORTO-15 kesim noktası karşılaştırıldığında: kronik hastalığın varlığının ON tutumuna sebep olduğuna dair bir fark bulunamamıştır. ($p>0.05$)

BKİ değerlerinin ORTO-15 kesim noktasına göre ortoreksiya eğilimi incelendiğinde: beden kitle indeksi gruplarından kilolu olan bireylerin % 87.6'sı ortorektik olduğu, en yüksek oranın kilolu bireylerde olduğu gözlemlenmiştir. Bir sonraki yüksek oran obez bireylerde gözlemlenirken diğer gruplardaki oranların yakınlığı gruplar arası istatistiksel anlamlılığı engellemiştir. ($p>0.05$)

Tablo 4.10. Araştırmaya katılanların alışkanlıklarına göre ORTO-15 kesim değerlerinin karşılaştırılması

	ORTO-15 puanı ≤40 n (%)	ORTO-15 puanı >40 n (%)	P değeri	X2
Sigara kullananlar	88 (87.1)	13 (12.9)	0.59	0.281
Sigara kullanmayanlar	272 (85.0)	48 (15.0)		
Düzenli Fiziksel Aktivite			0.069	3.297
Yapanlar	175 (88.8)	22(11.2)		
Yapmayanlar	185 (82.6)	39 (17.4)		
UFAA egzersiz kategorisi			0.003	11.658
İnaktif	57 (80.3)	14(19.7)		
Düşük fiziksel aktivite	192 (82.4)	41 (17.6)		
Yeterli fiziksel aktivite	111 (94.9)	6 (5.1)		
Diyet Yapma Şekli			0.36	5.442
Sadece Diyet Yaparak	38 (80.9)	9 (19.1)		
Diyet + Spor	75 (88.2)	10 (11.8)		
Kendi yöntem ve P-popüler diyetler	140 (82.8)	29 (17.2)		
Sadece Spor	76 (88.4)	10 (11.6)		
Besin takviyeleri/ Shake	16 (84.2)	3 (15.8)		
Cerrahi Müdahale	15 (100)	0 (0)		

Pearson Ki Kare

Katılımcıların %76'sı sigara kullanmamaktadır. Sigara kullanan ve kullanmaya bireylerin ORTO-15 kesim noktası kullanılarak, ortoreksiya eğilimleri incelendiğinde kullanan bireylerde %87.1, kullanmayan bireylerde %85 oranında ortoreksiya görülmektedir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Düzenli fiziksel aktivite yapma alışkanlığının ortoreksiya eğilimine etkisi ORTO-15 kesim noktasına göre incelendiğinde düzenli fiziksel aktivite yapanların %88.8'i, düzenli fiziksel aktivite yapmayanların %82.6'sı ortoreksiya eğilimi göstermiştir. Düzenli fiziksel aktivite yapanların daha fazla eğilimleri olsa da; istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

UFAA egzersiz kategorisinin ORTO-15 kesim noktasına göre incelenmesinde inaktif bireylerin %80.3'ü, düşük fiziksel aktivite düzeyi olan bireylerin %82.4'ü, yeterli fiziksel aktivite düzeyi olan bireylerin %94.9'u ortoreksiya eğilimi göstermektedir. Fiziksel aktivite düzeyi yükseldikçe ortoreksiya görülme oranı artmıştır, bu artış istatistiksel olarak anlamlıdır($p=0.003$)

Instagram kullanıcılarının diyet yapma şekilleri sorgulanmıştır. Diyet yapma şekillerinin ON tutumlarına etkisinin olup olmadığına bakıldığında cerrahi müdahale geçirenlerin %100'ünün (15 kişi) ortorektik olduğu, ikinci yüksek oranın sadece spor yaparak zayıflayan bireylerde olduğu %88.4 oranla (76 kişi) bulunmuştur. En düşük orana diyetisyen eşliğinde diyet yapan bireyler sahip olmasına rağmen bu oran %80.9'dur. Analiz sonucu diyet yapma şekilleriyle ON tutumlarının arasında istatistiksel bir anlamlılık gözlemlenmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.11. Araştırmaya katılanların YTT kesim noktasına göre dağılımı

	n (%)	Ort±SS (min-max)
YTT puanı <30	296 (70.3)	
YTT puanı ≥30	125 (29.7)	
YTT puanı		24.52 ± 14.06 (3-90)

Katılımcıların aldıkları ortalama puana bakıldığında 24.52±14.06'dir. Bulgularımız YTT-40 testinin kesim noktasına göre hesaplanmış olup katılımcıların %29.7' si (125 kişi) yeme bozukluğuna sahiptir.

Tablo 4.12. Araştırmaya katılanların cinsiyetlerine göre YTT kesim değerlerinin karşılaştırılması

	YTT<30 n (%)	YTT≥30 n (%)	P değeri	X2
Cinsiyet			0.003	8.916
Kadın	219 (66.8)	109 (33.2)		
Erkek	77 (82.8)	16 (17.2)		

Pearson Ki Kare

Cinsiyete göre YTT kesim noktasına bakıldığında kadınların %33.2 si (109 kişi), erkeklerin %17.2' si (16 kişi) YTT'den 30 puana eşit veya 30 puandan yüksek puan alarak yeme bozukluğu eğilimi göstermişlerdir. Bu farkın istatistiksel anlamlılığı mevcuttur. Kadınlar erkeklere oranla daha bozuk yeme tutum davranışlarına sahiplerdirler (p=0.003).

Tablo 4.13. Araştırmaya katılanların yaş gruplarına göre YTT kesim değerlerinin karşılaştırılması

	YTT<30 n (%)	YTT≥30 n (%)	P değeri	X2
Yaş Grupları			0.052	7.736
18-24	131 (66.5)	66 (33.5)		
25-34	128 (76.2)	40 (23.8)		
35-44	23 (59.0)	16 (41.0)		
45 üstü	14 (82.4)	3 (17.6)		

Pearson Ki Kare

Yaş gruplarına göre YTT kesin noktası incelendiğinde 18-24 yaş grubun %33.5'i, 25-34 yaş grubunun %23.8'i, 35-44 yaş grubunun %41'i, 45 yaş üstü bireylerin %17.6'sı yeme bozukluğuna sahiptir.35-44 yaş aralığındaki bireylerin %41'inin YTT puanlarının 30 üstü olduğu yeme bozukluğu eğiliminin diğer yaş gruplarındaki oranlardan yüksek olduğu gözlemlenmiştir fakat yaş grupları yeme bozukluğu risk faktörü olarak anlamlı bir istatistiğe sahip değildir. (p>0.05)

Tablo 4.14 Araştırmaya katılanların medeni durumlarına göre YTT kesim değerlerinin karşılaştırılması

	YTT<30 n (%)	YTT≥30 n (%)	P değeri	X2
Medeni Durum			0.299	2.417
Evli	94 (65.7)	49 (34.3)		
Bekar	191 (72.3)	73 (27.7)		
Ayrı / Boşanmış	11 (78.6)	3 (21.4)		

Pearson Ki Kare

Instagram kullanan diyet yapan bireylerin medeni durumları ve YTT kesim noktasına göre karşılaştırıldığında evli olanların %34.3'ünün yeme tutum davranış bozukluğuna sahip olduğunu, %65.7'sinin yeme tutum davranış bozukluğu göstermediği; bekar bireylerde %27.7'sinin yeme tutum davranış bozukluğu gösterdiği, ayrılmış veya dul olan bireylerde en düşük orana sahip olup yeme tutum davranış bozukluğu gösterenlerin oranı %21.4' tür. Grupların karşılaştırılmasında medeni durum ve yeme tutum davranış bozukluğunun istatistiksel bir anlamlılığı bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.15. Araştırmaya eğitim seviyelerine göre YTT kesim değerlerinin karşılaştırılması

	YTT<30 n (%)	YTT≥30 n (%)	P değeri	X2
Eğitim Seviyesi			0.001	23,26
Lise ve öncesi	30 (45.5)	36 (54.5)		
Üniversite	220 (74.6)	75 (25.4)		
Y.lisans/Doktora	46 (76.7)	14 (23.3)		

Pearson Ki Kare

Eğitim seviyeleri YTT puanları karşılaştırıldığında lise ve öncesi eğitimi almış bireylerin %54.5'inin, üniversite mezunlarının %25.4'ünün yüksek lisans/doktora eğitimi almış bireylerin %23.3'ünde yeme bozukluğu gözlemlenmiştir. Eğitim seviyesi

yükseldikçeyeme bozukluğu görülme oranı düşmüş olup, istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azaltmıştır (p=0.001).

Tablo 4.16. Araştırmaya katılanların sağlık durumlarına ve BKİ göre YTT kesim değerlerinin karşılaştırılması

	YTT<30 n (%)	YTT≥30 n (%)	P değeri	X2
Kronik Hastalık(+)	75 (64.7)	41 (35.3)	0.117	2.452
Kronik Hastalık(-)	221 (72.5)	84 (27.5)		
BKİ grupları			0.001	15.552
Zayıf	16 (76.2)	5 (23.8)		
Normal*	155 (79.1)	41 (20.9)		
Kilolu	74 (61.2)	47 (38.8)		
Obez	51 (61.4)	32 (38.6)		
Pearson Ki Kare				

Kronik hastalık varlığının YTT kesim noktasına göre yeme bozukluğuna etkisi incelendiğinde bireylerin, hastalığının yeme tutumlarının istatistiksel anlamda bozukluğa ittiğine dair bir istatistiksel fark bulunamamıştır (p>0.005).Kronik hastalık YTT kesim noktasına göre değerlendirildiğinde kronik hastalığı olan bireylerin %35.3'ünde, kronik hastalığı olmayan bireylerin %27.5'inde yeme bozukluğu gözlenmiştir.

BKİ gruplandırılmasıyla YTT puanı kesim noktasına göre karşılaştırılması yapıldığında kilolu bireylerin %38.8'i, obez bireylerin %38.6'sı, zayıf bireylerin %23.8'i yeme bozukluğuna sahipken; normal BKİye sahip bireylerden %20.9'unda yeme bozukluğu gözlemlenmiştir. Yeme bozukluğunun en az normal beden kitle indeksi olan bireylerde gözlemleniyor olması durumun karşılaştırmasını anlamlı kılmış olup beden kitle indeksi normalin dışına çıktığında bireylerde yeme bozukluğu görme olasılığı artmaktadır. (p=0.001)

Tablo 4.17. Araştırmaya katılanların alışkanlıklarına göre YTT kesim değerlerinin karşılaştırılması

	YTT<30 n (%)	YTT≥30 n (%)	P değeri	X2
Sigara kullananlar	76 (75.2)	25 (24.8)	0.213	1.553
Sigara kullanmayanlar	220 (68.8)	100 (31.3)		
Düzenli Fiziksel Aktivite			0.069	3.308
Evet	130 (66.0)	67 (34.0)		
Hayır	166 (74.1)	58 (25.9)		
UFAA egzersiz kategorisi			0.082	5.002
İnaktif	57 (80.3)	14 (19.7)		
Düşük fiziksel aktivite	163 (70)	70 (30)		
Yeterli fiziksel aktivite	76 (65)	41 (35)		
Diyet Yapma Şekli			0.015	14.175
Sadece Diyet Yaparak	33 (70.2)	14 (29.8)		
Diyet + Spor	61 (71.8)	24 (28.2)		
Kendi yöntem ve popüler diyetler	116 (68.6)	53 (31.4)		
Sadece Spor	64 (74.4)	22 (25.6)		
Besin takviyeleri ve shake *	17 (89.5)	2 (10.5)		
Cerrahi Müdahale*	5 (33.3)	10 (66.7)		

Pearson Ki Kare

Sigara kullanımına göre YTT kesin noktası ile yeme bozukluğuna etkisi incelendiğinde: sigara kullananların % 24.8'i sigara kullanmayanların % 31.3'ü yeme bozukluğuna sahiptir. Oranlar arasında istatistiksel bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Katılımcıların düzenli fiziksel aktivite yapmasıyla yeme tutum davranış bozukluğu ilişkisi incelendiğinde düzenli fiziksel aktivite yapanların % 66'sının yeme bozukluğuna sahip olmadığı, düzenli fiziksel aktivite yapmayanların %74.1' inin yeme bozukluğu olmadığı gözlemlenmiştir. Düzenli fiziksel aktivite yapan veya

yapmayanların yeme tutum davranış bozukluğu gösterme eğilimleri arasında istatistiksel olarak bir fark yoktur($p>0.05$).

UFAA egzersiz kategorisine YTT puanı kesim noktası kullanılarak yeme bozukluğu oluşumuna etkisi incelendiğinde inaktif bireylerin %19.7'si, aktivite düzeyi düşük olan bireylerin %30'u, fiziksel aktivite düzeyi yeterli olan bireylerin %35'i yeme bozukluğuna sahiptir. Fiziksel aktivite düzeyi arttıkça yeme bozukluğu görülme oranı artmasına rağmen gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Instagram kullanan diyet yapan bireylerin diyet yapma şekilleriyle yeme tutum davranışlarının değişip değişmediğini ölçmek amaçlı yapılan karşılaştırmada cerrahi müdahale geçiren bireylerin %66.7' si YTT puanı 30 puanı geçenler arasında olup yeme bozukluğuna sahiptir. Kendi yöntem ve popüler diyetlerle zayıflayan bireylerin %31.4'ünün; diyetisyen eşliğinde diyet yaparak zayıflayanların %29.8'inin, diyetle birlikte spor yapanların %28.2'sinin, sadece spor yapanların %25.6'sının yeme bozukluğunun olduğu bulunmuştur. En düşük oran besin takviyeleri, shakelerle zayıflayan bireylerde gözlemlenmiş olup %10.5 i yeme bozukluğuna sahiptir. Karşılaştırmada anlamlılığı belirleyen grup shake kullananlar olurken diyet şeklinin yeme tutum davranışlarına etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bunun bireylerin sadece shake tüketmelerinden kaynaklı olduğu düşünülebilir. ($p=0.015$)

Tablo 4.18. Araştırmaya katılanların YTT kesim noktası değerlerine göre ORTO-15 kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması

	ORTO-15 puanı >40 n (%)	ORTO-15 puanı ≤40 n (%)	P değeri	X ²
YTT<30	54 (18.2)	242 (81.8)	0.001	14.91
YTT≥30	7 (5.6)	118 (94.4)		

Pearson Ki Kare

ORTO-15 kesim puanı ve YTT kesim puanına göre gruplar incelendiğinde yeme bozukluğu olan bireylerin %94.4 ortorektik olup; yeme bozukluğu olmayan bireylerin %18.2 si ortorektik değildir. Ortoreksiya eğilimi olan bireylerde yeme bozukluğunun da olduğu bulunmuştur. Bu karşılaştırma istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.001$).

Tablo 4.19. Araştırmaya katılanların YTT puanlarına göre ORTO-15 puanlarının korelasyonu

ORTO-15 Puanı	
Yeme Tutum Testi Puanı	
r	-,398
P	0,000
N	421
Spearman Korelasyon Analizi	

Yeme tutum testi ile Orto-15 arasında negatif baz da bir ilişki bulunmuştur. YTT puanı arttıkça Orto-15 puanı azalmaktadır: yani yeme bozukluğu arttıkça bireyin ortorektik olma olasılığı da artmaktadır.

Tablo 4.20. Araştırmaya katılanların İnstagram kullanım süresine, Takipçi sayılarına göre YTT puanlarının ve ORTO-15 puanlarının karşılaştırılması

	Yeme Tutum Testi Puanı	ORTO-15
Günlük İnstagram Kullanım Süresi		
r	.293	-.292
P	0.000	0.000
N	421	421
İnstagram Takipçi Sayısı		
r	0.069	-.204
P	0.155	0.000
N	421	421
Günlük Kalori Alımı		
r	-.132	0.096
P	0.007	0.05
N	421	421
Spearman Korelasyon Analizi		

Bireylere tahmini olarak instagramda günlük geçirdikleri süre sorulmuş olup (saat bazında), ON ile anlamlılığı sorgulanmıştır. ORTO-15 puanı ile instagramda geçirilen süre arasında ters orantılı bir ilişki bulunmaktadır, günlük geçirilen süre arttıkça ORTO-15 puanı azaltmakta, ortoreksiya eğilimi istatistiksel olarak artmaktadır ($p=0.001$). ORTO-15 puanı ile takipçi sayısı korelasyonunda da takipçi sayısı arttıkça ORTO puanı azalış göstermiş, bireylerin ortoreksiya nevroza tutumları artmıştır($p=0.000$). ORTO-15 puanı ve günlük kalori alımının korelasyonu ufak nüansla istatistiksel bir anlamlılığa sahip değildir.

YTT puanıyla çeşitli değişkenlerin korelasyon analizinde bulduğumuz sonuçlar: Instagram kullanım süresiyle YTT puanı arasında doğru orantılı(pozitif); günlük kalori alımı ve YTT puanı arasında ters orantılı(negatif) bir ilişki bulunmuştur. Takipçi sayısı ile YTT puanı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Araştırmaya katılan bireylerin instagramda geçirdiği süre arttıkça yeme bozukluğu artmaktadır($p=0.001$). Günlük kalori alımı azaldıkça YTT puanı artmakta ve yeme bozukluğu gözlenmektedir($p=0.007$).

Tablo 4.21. Araştırmaya katılanların bazı değişkenlerinin ORTO-15 puanı kesim noktası ve YTT puanı kesim noktası gruplara göre dağılımı

	ORTO-15 puanı		Yeme Tutum Testi puanı	
	≤40 n=360	>40 n=61	<30 n =296	≥30 n =125
Günlük				
İnstagram				
Kullanım				
Süresi				
Ort±SS	2.85±2.3	1.8±1.5	2.43±2.1	3.32±2.4
Medyan	2.0	1.5	2.00	3.00
Min	0	0.5	.00	0.50
Max	20	10	20.00	15.00
Takipçi Sayısı				
Ort±SS	3071±22069	1237±6360	3157±24301	1972.1±5020
Medyan	424.00	349	418.00	412.00
Min	5.0	.00	5.00	.00
Max	410000.00	50000.00	410000.00	34700.00
Günlük Kalori				
Alımı				
Ort±SS	1580±530	1628±544	1627±529	1464±527
Medyan	1500.00	1500.00	1500.00	1500.00
Min	120.00	500.00	120.00	300.00
Max	3500.00	3000.00	3500.00	3000.00

Bireylere tahmini olarak instagramda günlük geçirdikleri süre sorulmuş olup (saat bazında): ON tutumu sergileyen bireyler günlük ortalama 2.85 ± 2.3 saat instagramda geçirdiklerini; ON tutumu sergilemeyen bireyler günlük ortalama 1.8 ± 1.5 saatlerini instagramda geçirdiklerini belirtmiştir.

Takipçi sayısının sorgulandığında ortorektik grubun takipçi sayısı ortalama 3071 ± 22069 , ortorektik olmayan grubun takipçi sayısı ortalama 1237 ± 6360 'dir.

Günlük kalori alımlarının ortalamaları incelediğinde: ON tutumu sergileyen bireyler günlük ortalama 1580 ± 530 kkal; ON tutumu sergilemeyen bireyler günlük ortalama 1628 ± 544 kkal aldığı bulunmuştur.

Instagram kullanıcılarının tahmini instagramda geçirdikleri süre ortalaması (saat/gün) yeme bozukluğu görülen ($YTT \geq 30$ olan) bireylerin günlük ortalama 3.32 ± 2.4 saatlerini instagramda geçirdiği, yeme bozukluğu görülmeyen ($YTT < 30$ olan) bireylerin günlük ortalama 2.43 ± 2.1 saatlerini instagramda geçirdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Instagram takipçi sayısı sorgulandığında YTT puanı kesim noktalarına göre yeme bozukluğu görülen bireylerin ortalama takipçi sayısı 1972.1 ± 5020 iken; yeme bozukluğu görülmeyen bireylerin ortalama takipçi sayısı 3157 ± 24301 olarak bulunmuştur.

Günlük ortalama kalori alımları YTT kesim noktasına göre kategorize edilmiş gruplara bakıldığında yeme bozukluğu olan bireylerin ortalama 1464 ± 527 kkal/gün yeme bozukluğu olmayan bireylerin ortalama 1627 ± 529 kkal/gün aldığı bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Ortoreksiya nevroza prevalansına bakıldığında günbe gün artmakta olduğu gözlenmektedir, literatür verilerien düşük prevalansın Donini ve ark. tarafından 2004 yılında İtalya'da 404 gönüllüde yapılan çalışmada %6.9 olarak bulunduğunu (75),en yüksek prevalansın Souza ve ark. tarafından 2014 yılında Vale Üniversitesi'nde 150 kadın öğrenciye yapılan çalışmada %88.7 oranında bulunduğunu göstermektedir (188).

Bazı meslek gruplarının, spor yapan bireylerin ortorektik tutuma etkisinin olduğunu ve prevalansın bu gruplarda yüksek olduğunu göstermektedir.

2015 yılında online diyet alan 1972 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada ON prevalansı %82.4 olarak bulunmuştur (10).

Çalışmamızda Instagram kullanan diyet yapan bireyler ortoreksiya nervoza yönünden bakıldığında %85.5 (360 kişi) gibi yüksek bir oranda bireylerin ON eğilimi gösterdiği bulunmuştur. Bulunan bu prevalansın günümüze kadar yapılan çalışmaların prevalans aralığındadır.

Kadınlarda, adolesanlarda, spor yapan bireylerde (27), tıp öğrencilerinde %43.6 (68), beslenme diyetetik öğrencilerinde %35.9 (85), spor akademisi öğrencilerinde %84.5 (86), doktorlarda %45.5 (80), sağlık çalışanlarında (87), diyetisyenlerde %41.9 (88), yoga eğitmenlerinde %86 (90) ve performans sanatçılarında %56,4 (91) genel popülasyona nazaran daha sık rastlanmaktadır.

Ortoreksiya nervoza ve cinsiyet ilişkisi birçok çalışmada yer edinmiş yalnız ortak bir çıkarımda bulunulamamıştır. Bazı çalışmalarda istatistiksel olarak anlamlılık yokken (10, 80, 189) bazı çalışmalar ortoreksiyanın kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görüldüğünü (27,94), bazıları ise erkeklerde görülme oranının daha fazla olduğunu savunmaktadır (75, 69, 126).

Literatürde yeme bozukluğu oranlarının kadınlarda erkeklere oranla 8-12 kat daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (190).

Çalışmamızda kadınların %85.1'i erkeklerin ise %87.1'i ortorektik olup cinsiyet arasında istatistiksel bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

2018 yılında 1014 İnönü Üniversitesi öğrencisi ile yapılan çalışmada toplam ortoreksiya prevelansı %12.2 bulunmuş olup: kız öğrencilerde %12, erkek öğrencilerde bu değer %12.6 dır. (191)

2014 yılında 75 diyetisyen üzerinde yapılan bir çalışmada kadınların %61'i, erkeklerin %75'i ortorektik bulunmuştur, yalnız bulunan bu sonuçta cinsiyet ve ortoreksiya arasındaki bağlam istatistiksel olarak anlamlı değildir (192).

2016 yılında Ankara'da 618 kişi (399 kadın ve 219 erkek) baz alınarak cinsiyetin ortoreksiya eğilimine etkisini araştırmak amaçlı yapılan bir çalışmada kadınların %71,4'ü, erkeklerin ise %28,6'sı ortorektik eğilim göstermiştir. Kadınların erkeklere göre daha fazla ortorektik eğilim gösterdiği bulunmuş olup, istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmıştır (193).

2010 yılında Erzurum'da 878 tıp fakültesi öğrencisiyle yapılan bir çalışmada erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre daha fazla ortoreksiya eğilimlerinin olduğu bulunmuştur (126).

YTT kullanılan çalışmalarda farklı gözlemlense de: çoğu çalışma kadınların erkeklere göre daha yüksek puan aldıklarını bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğunu söylemektedir (69, 194-6).

Online diyet alan 1972 kişinin yeme tutum davranışlarını saptamak için yapılan bir çalışma da kadınların %20.7'si, erkeklerin %15.2'si yeme bozukluğuna sahiptir, araştırmada cinsiyet ve yeme bozuklukları arasında bir anlamlılık saptanmış ve kadınların yeme bozukluğu anlamında daha büyük risk altında olduğu bulunmuştur (197).

Bu durumun tersine sonuçların olduğu bir çalışma da literatürde yerini almıştır: yapılan bu çalışmada YTT puan ortalamaları erkeklerde 91.71 ± 11.81 , kadınlarda ise 87.56 ± 11.10 olarak bulunmuş ve iki grup ortalaması arasındaki farkın istatistiksel anlamlılığının olduğu tespit edilmiştir.(27) Literatürdeki cinsiyete göre farklılıkların kadın ve erkeklerin vücutlarından beklentilerin, ilgilendikleri alanlara göre beden algılarının farklı olmasından kaynaklanabildiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda YTT, cinsiyete göre dağılımı bakıldığında kadınların %33.2 si (109 kişi), erkeklerin %17.2' si (16 kişi) YTT'den yüksek puan alarak yeme bozukluğu eğilimi göstermişlerdir. Bu farkın istatistiksel anlamlılığı mevcuttur. Kadınlar erkeklere oranla daha bozuk yeme tutum davranışlarına sahiplerdirler. ($p=0.003$)

ON, yeme bozukluklarının vücut gelişimiyle ilgilenen erkeklerde daha yaygın görülmesi, kas oranı ve vücut kütlesi için erkeklerin baskı hissettiklerini düşündürürken, kadınlarda yüksek çıkan çalışmalarda sosyal çevrenin beden imgesi baskısını akla getirmektedir. Literatürdeki değişken sonuçlar, bireylerin algısal, kültürel ve sosyal alışkanlıklarının farklılığından kaynaklanabildiğini düşündürmektedir.

Yapılan araştırmalar incelendiğinde yaş faktörüyle ON eğilimi arasında çelişkili veriler bulunmaktadır anlamlı bir ilişkinin olmadığını savunan çalışmaların varlığı kadar (10,80) anlamlı olduğunu savunan çalışmalar da mevcuttur (94). Öyle ki bu anlamlılık yaş ilerledikçe ortorektik eğilimlerin arttığını belirten çalışmaların varlığından kaynaklanmaktadır (75).

Ankara'da 318 hekim katılımcıyla ON yaygınlığını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada yaş ile ortoreksiya arasında bir ilişki bulunamamıştır (80).

İtalya'da 525 kişiyle yapılan çalışmada ise yaşla birlikte ortoreksiya görülmeprevalansının arttığı bulunmuştur (75).

Erzurum'da 878 tıp fakültesi öğrencisinin ON eğilimlerinin incelendiği bir çalışmada, 21 yaş üstü bireylerin, 21 yaş altında yer alan bireylerden daha fazla ortorektik davranış gösterme eğiliminde olduğu tespit edilmiştir (126).

Ankara'da 337 üniversite öğrencisinde yapılan bir çalışmada, 17-23 yaş aralığında bulunan üniversite öğrencilerinin diğer yüksek yaş gruplarından daha fazla ortorektik davranışlara sahip olduğu bulunmuştur (69).

Bizim çalışmamızda kişi sayısı olarak en fazla ortorektik eğilim gösteren grup ise 164 kişiyle %83.2 oranıyla 18-24 arası yaş grubudur. Yaş grupları arasında ortoreksiya eğilimi gösterme oranları arasında istatistiksel bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

YTT puanının yaşla ters orantılı olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır, bireyin yaşı arttikça yeme tutum testinden aldığı puan azalmakta davranışsal olarak yeme bozukluğu görülmeye durumu azalmaktadır (69).

Ankara'da 1989 yılında 11-70 yaş aralığında 745 bayan katılımcıyla bir çalışmada 20 yaş üstü bireylerle 20 yaş altı bireylerin karşılaştırılması sonucu 20 yaş üstü bireylerin daha düşük yeme bozukluğu riski taşıdıkları saptanmıştır (185).

Online diyet alan 1972 kişinin yeme tutum davranışlarını saptamak için yapılan bir çalışma da ise katılımcıların yaşları ile YTT puan dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadığı belirtilmiştir (197).

Bizim çalışmamızda bu çalışmaya paralel bir durum saptanmış olup ayrıntılı olarak yaş grupları arasındaki incelemede ki kare testi kullanılmış olup: 35-44 yaş aralığındaki bireylerin %41'inin YTT puanlarının 30 üstü olduğu yeme bozukluğu eğiliminin diğer yaş gruplarındaki oranlardan yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bir

sonraki yüksek oran % 33.5 ile 18-24 yaş aralığındaki gruba, en düşük oran %17.6 ile 45 yaş üstü bireylerde aittir. Yaş grupları, yeme bozukluğu risk faktörü olarak anlamlı bir istatistiğe sahip değildir. ($p>0.005$)

Ortorektik eğilimlerin BKİ arttıkça arttığını belirten çalışmaların yanı sıra (198) bu artışın anlamlılık derecesinin olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur (189).

Çalışmamızda BKİ değerlerinin ortoreksiyanervoza durumları ilişkisi karşılaştırıldığında: beden kitle indeksi gruplarından kilolu olan bireylerin % 87.6'sı ortorektik olduğu, en yüksek oranın kilolu bireylerde olduğu gözlemlenmiştir. Bir sonraki yüksek oran obez bireylerde gözlemlenirken diğer gruplardaki oranların yakınlığı gruplar arası istatistiksel anlamlılığı engellemiştir. ($p>0.05$)

Benzer bir çalışmada Edirne'de 125 öğrenci üzerinde yapılan bir çalışmada zayıf olan bireyler, normal olan bireyler, kilolu(overweight) olan bireyler diye gruplandırılarak yapılan karşılaştırmada BKİ arttıkça ortoreksiya puan ortalamalarının arttığı (ortorektik eğilim azalmasını gösterir) bu artımın arasında istatistiksel anlamlılığın olmadığı belirtilmiştir (199).

Yakın Doğu Üniversitesi beslenme ve diyetetik bölümünde eğitim gören 106 kız öğrenci ile gerçekleştirilmiş bir çalışmada ON puan ortalaması zayıf olan bireylerde, vücut ağırlığı normal ve şişman olanlara göre daha düşük olup(ortorektik eğilimin arttığı göstergesidir) bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır (76).

Yeme tutum ve BKİ arasındaki ilişki diğer faktörlerdeki gibi farklı sonuçlar gösterebilmektedir öyle ki literatür verileri incelendiğinde bazı çalışmalar BKİ arttıkça YTT puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığını belirtirken (122, 200-1); bazı çalışmalar BKİ ile yeme tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlılık olmadığını savunmaktadır (199).

Beslenme ve diyetetik okuyan 205 öğrenciye yapılan bir çalışmada BKİ değeri ile YTT puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur (189).

Sağlık yüksekokulunda öğrenim gören 272 öğrencinin yeme tutumlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada normal kilolu olanların olası yeme bozukluğu oranları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur(202).

Obez öğrencilerin YTT-40 puanlarının daha yüksek olduğunu belirten çalışmaların yanı sıra (203) Bitlis'te 294 üniversite öğrencisinin yeme davranışı bozukluğuna yatkınlıklarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada YTT-40 puanlarının zayıf öğrencilerin %7.8'inin, normal öğrencilerin %13.6'sının ve kilolu

(pre-obez) öğrencilerin %15. yeme davranışı bozukluğuna yatkın oldukları belirlenmiştir. BKI arttıkça yeme bozukluğu oranı artmış olsa da bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (203).

Çalışmamız da bulunan sonuç: BKI gruplandırılmasıyla YTT puanı karşılaştırılması yapıldığında kilolu bireylerin %38.8'i, obez bireylerin %38.6'sı , zayıf bireylerin %23.8'i yeme bozukluğuna sahipken; normal BKI' ye sahip bireylerden % 20.9'unda yeme bozukluğu gözlemlenmiştir. Yeme bozukluğunun en az normal beden kitle indeksi olan bireylerde gözlemleniyor olması durumun karşılaştırmasını anlamlı kılmış olup beden kitle indeksi normalin dışına çıktığında bireylerde yeme bozukluğu görme olasılığı artmaktadır. (p=0.002)

Ortorektik eğilimlerde sadece eğitim durumunun etkili olduğunu düşünmek yanlış olacaktır (94).Çalışmalarda eğitim durumuna ve ortoreksiya nervoza incelendiğinde: eğitim düzeyi düşük olan bireylerde ortorektik eğilim yüksek bulunmuştur (75, 159).

Performans sanatçıları (91), sağlık profesyonellerinin (205), online diyet alan bireyleri (10) konu alan çalışmalarda eğitim düzeyi ile ortorektik eğilim arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

20-54 yaş arasında, gönüllü 132 kadın sağlık profesyonelinin ortoreksiyanervoza eğilimini değerlendirmek için yapılan çalışmada eğitim süresi karşılaştırılmıştır. Ortorektik bireylerde normal bireylere göre eğitim seviyesi daha düşük olmasına rağmen aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (204).

Senfoni orkestrasında çalışan yaş ortalamaları 33 olan toplam 94 (39 erkek, 55 kadın) performans sanatçısını (opera sanatçıları, balerin, baletler, senfoni orkestrası müzisyenleri) konu alan çalışmada da eğitim seviyesiyle ortoreksiya arasında bir bağlam bulunamamıştır (91).

Artan eğitim düzeyiyle sağlık bilgisinin, sağlıklı beslenme eğilimin artması beklenebilir, bu durumun patolojik bir boyuta gelmesi ve sağlıklı beslenme takıntısı haline alması bilinçsiz bir bilgi birikiminden kaynaklanabileceği gibi bilginin doğru kaynaktan edinilmemesi yanlış bilginin doğru kabul ediminden de kaynaklanabilir. Eğitim düzeyi arttıkça doğru bilgiye ulaşım ve kendin olma gerçeği sağlanabileceğinden, artan eğitim düzeyiyle sağlıklı beslenme takıntısının psikolojik olarak sağlıksız olduğu anlaşılacaktır ve saplantı haline almayacaktır.

Beklentiler bu yönde iken çalışmamızda da performans sanatçıları, sağlık profesyonellerinin, onlinediyet alan bireyleri konu alan çalışmalara benzer olarak eğitim

düzeyi ile ON tutumu arasında anlamlı bir bağlam bulunamamıştır. Instagram kullanan diyet yapan bireylerin ortoreksiyanervoza durumları eğitim durumu değişkeni açısından incelendiğinde lise ve öncesi eğitimi almış olan bireylerin %92.4'ü (61 kişi), üniversite mezunlarının %85.1'inin(251 kişi sayı olarak en fazla olan grup olmakla beraber), yüksek lisans/ doktora eğitimi almış bireylerin ise %80'inin (48 kişinin) ortorektik olduğu bulunmuştur. Veriler arasında analiz sonucu fark anlamlı değildir. ($p>0.05$)

Literatürde eğitim ve YTT karşılaştırılmasına pek rastlanmamış olup olan kaynaklar incelendiğinde: online diyet alan 1972 kişinin yeme tutum davranışlarını saptamak için yapılan bir çalışmada eğitim seviyesi yükseldikçe özellikle lise ve üstü eğitimlerde YTT puan ortalamasının azaldığı gözlemlenmiştir (197).

2516 adolesanın 5 sene boyunca gözlemlendiği bir çalışmada eğitim seviyesi düşük olan ebeveynlerin çocuklarında YTT puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır (206). Aynı bağlamda İstanbul'da 525 üniversite öğrencisini konu alan çalışmada da ebeveynlerin eğitim seviyesi düşük olan öğrencilerin yeme bozuklukları ile karşılaşma riski daha fazla bulunmuştur(127).

Bireyin eğitim seviyesi yükseldikçe doğru beslenme modülleri geliştirmesi, sağlıksız yeme tutum davranışlarından uzaklaşması beklenir. Bizim bulgularımız bu fikri destekler nitelikte olup eğitim seviyeleri YTT puanları karşılaştırıldığında lise ve öncesi eğitimi almış bireylerin %54.5'inin, üniversite mezunlarının %25.4'ünün yüksek lisans/doktora eğitimi almış bireylerin %23.3'ünde yeme bozukluğu gözlemlenmiştir. Eğitim seviyesi yükseldikçeyeme bozukluğu görülme oranı düşmüş olup, istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azaltmıştır. ($p=0.001$ $p<0.05$)

Kronik hastalığı olan bireylerin sağlığı için daha dikkatli beslenmesi gerektiği düşünülebilir yalnız bu durum bilinçli bireylerde olma ihtimalini beraberinde getirir ve Ortoreksiyayı tetikleyen tek faktör olamaz.

Literatürde bu konuyla ilgili fazla çalışma bulunmamakla beraber doktor tarafından tanı konulmuş kronik hastalığı olan bireyler ve kronik rahatsızlığı olmayan bireylerin ON eğilimleri karşılaştırıldığında herhangi bir fark görülememiştir (159).

Bulgularımızda belirtildiği üzere Katılımcıların kronik hastalık varlığı ile ON tutumları karşılaştırıldığında: kronik hastalığın varlığının ON tutumuna sebep olduğuna dair bir fark bulunamamıştır. ($p>0.05$)

Üniversite öğrencilerini baz alan bir çalışmada kronik hastalığı olan öğrencilerin, kronik hastalığı olmayan öğrencilere nazaran daha düşük puan ortalamasına sahip

olduğu yani daha yüksek ortorektik eğilimde olduğu bulunulmuştur. Fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (111).

Sağlık personeli olan 206 kişi ve sağlık personeli olmayan 206 kişinin ortoreksiyasıklığı ve ilişkili faktörlerin karşılaştırılmasını konu alan bir çalışmada ortoreksiya eğilimlerinin ve yeme tutumlarının kronik hastalıktan etkilenme durumları incelendiğinde her iki grupta da kronik hastalıkların ortorektik davranışı veya yeme bozukluğunu arttırdığına dair bir anlamlılık saptanmamıştır (207).

Sağlık beslenme takıntısı olan bireylerin beslenmelerinin yanında fiziksel aktivite yönünden aktif olması beklenebilir. Literatür çalışmalarından bazılarına bakılacak olursa:

İtalya'da 577 atlele, sedanter yaşayan 217 kişi karşılaştırıldığında atletlerin ortorektik eğilimlerinin(%28'nin), yeme bozukluklarının (%14'nn) kontrol grubuna göre daha yüksek oranda olduğu gözlemlenmiştir (208). Buna benzer bir sonuç İsvette 251 fitness merkezinde yer alan bireyler üzerinde gerekleştirilmişbir çalışmada vücut geliştiren bireylerde de gözlemlenmiş olup, kuvvet antremanı yapan bireylerde ortoreksiyanın yaygın olduğu raporlanmıştır(87).

Farklı çalışmalarda: sağlık personeli olan 206 kişi ve sağlık personeli olmayan 206 kişinin ortoreksiya sıklığı ve ilişkili faktörlerin karşılaştırılmasını konu alan bir çalışmada (207) ve 2015 yılında online diyet alan 1972 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada(10) ortoreksiya eğilimlerinin ve yeme tutumlarının, fiziksel aktivite düzeyi arasında istatistiksel anlamlılık bulunamamıştır.

Afyonkarahisar'da düzenli fiziksel aktivite yapan 375 bireyin egzersiz bağımlılıkları ve yeme tutum davranışları arasındaki durumun saptanması amaçlı yapılan bir çalışmada düzenli fiziksel aktivite yapan bireylerin egzersiz bağımlılıkları ile toplam yeme tutum ve davranışları arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır (201).

Çalışmamızda katılımcıların düzenli fiziksel aktivite yapmasıyla yeme tutum davranış bozukluğu ilişkisi incelendiğinde düzenli fiziksel aktivite yapanların % 66'sının yeme bozukluğuna sahip olmadığı, düzenli fiziksel aktivite yapmayanların %74.1' inin yeme bozukluğu olmadığı gözlemlenmiştir. Düzenli fiziksel aktivite yapan veya yapmayanların yeme tutum davranış bozukluğu gösterme eğilimleri arasında istatistiksel olarak bir fark yoktur. ($p>0.005$)

UFAA egzersiz kategorisinin ORTO-15 kesim noktasına göre incelenmesinde yeterli fiziksel aktivite düzeyi olan bireylerin %94.9'u ortoreksiya eğilimi gösterdiği, Fiziksel aktivite düzeyi yükseldikçe ortoreksiya görülme oranı artmıştır.(p=0.003)

2015 yılında Kıbrıs'ta eğitim fakültesinde 551 öğrenciyle yapılan bir çalışmada sağlıklı beslenme ile ilgili bilgilerin edinim kaynaklarına göre ON arasında bağlantıya bakıldığında: internetten bilgi edinen öğrenciler ile diğer kaynaklardan bilgi edinen öğrenciler arasında ortoreksiya nervoza puanları açısından anlamlı fark bulunmuştur (111). Örneğin, sağlık ve fitness ile ilgili içeriği sosyal medyada gören ergenlerin yeme bozukluğuna sahip olma olasılığı daha yüksektir (158).

İnsanın fit ve sağlıklı olması için ilham vermeyi amaçlayan görüntüleri ifade etmek için kullanılan bir etiket olan instagram'daki #fitspiration etiketinin bir analizi, kadınların görüntülerinin çoğunun nesneleştirici öğelerle zayıf ve tonlanmış bir vücut tipi gösterdiğini ve bununvücut imajı ve benlik saygısında olumsuz etkilere neden olabileceğini tespit etti (132).

Çin' de 2018 yılında çevrim içi yeme bozukluğu topluluklarında sosyal etkileşimi inceleyen bir çalışmada twitterda iletişim ağı içinde olan bireylerin kendilerini ifade etmeye eğilim gösterdiklerini, kullandıkları kelimelerle, duygusal etkileşimleriyle yeme bozukluğu riskini arttırdığı gözlemlenmiştir (209).

Kore'de 2018 yılında 141 kişiyle yapılan instagram üzerinde paylaşılan yemek fotoğraflarının, videoların sosyal karşılaştırma teorisi, parasosyal etkileşim teorisi ve kıskançlık literatürlerinden yararlanılarak incelendiği randomize bir çalışmada: instagram kullanıcısının vücut tipine göre zayıf grubunun paylaştığı fotoğraflara maruz kalan katılımcılarda anoreksiya ve sosyal medya kıskançlığı arasında istatistiksel anlamlılık bulunmuştur (210).

Lübnan'da 16-21 yaşları arasında 244 üniversite öğrencisiyle medya ve teknoloji kullanımının yeme tutumuna, beden imajına, anksiyeteye etkisinin incelendiği bir çalışmada cep telefonu, multimedya kullanımı (müzik, resimler ve videolar) sağlıksızlık beslenme ile ilişkili bulunmuştur. Sosyal medya kullanımının beden imajına memnuniyetsizliği, yeme bozukluğu riskini arttırdığı gözlemlenmiştir (211).

1983 ten 2006 ya kadar olan çalışmaların incelendiği bir meta analiz çalışmasında medyaya maruz kalan kadınlar da beden memnuniyetinin azalması ve medya kullanımının yüksek yeme bozukluğu semptomları ile ilişkili olduğu raporlanmıştır (212).

Instagram, resim tabanlı bir platform olduğu için, kullanıcılara metin tabanlı bir platformdan daha kişisel bir bağlantı hissettikleri için tavsiyeye uyma veya Instagram ünlülerinin diyetlerini taklit etme olasılıkları daha yüksek olabilir. Genellikle bilimsel kanıtlara dayanmamakla birlikte, bireyler diyetlerinden çeşitli gıda gruplarını kesmeye, potansiyel olarak dengesiz beslenme ve eksikliklere yol açmaya teşvik edilir. Dahası, bu tavsiye yiyecekler etrafındaki psikolojik sorunları teşvik edebilir ve bazı durumlarda anoreksiya nervoza (AN) veya ON gibi yeme bozukluklarına yol açabilir (133). AN'li hastalarda, yaygın Facebook kullanımı daha fazla semptom düzeyi ile ilişkilidir ve pro-anoreksiyalı bireylerde web sitelerinin takibi psikolojik açıdan seyri kötüleştirmiştir (133,134).

İsviçre'de instagramda çevrimiçi konuşma topluluğunda #orthoreksiya etiketinin etkisini Netlytic programıyla açıklayan deskriptif bir çalışmada 145 fotoğraf incelenmiştir. Bu fotoğrafların tamamı yaşama şeklini yansıttığının yanında 4 ana başlıkla bağdaştırılıyordu: temiz beslenme terminolojisi(organik,çiğ, temiz beslenme,genetiği değiştirilmemiş organizmalar, bitki destekli) (%26) , diyet (vegan, ketojenik, Atkins, diyetisyen) (%28), fitness (#Fitfam, #fitspo, #girlswholift, spor salonu, egzersiz) (%32) ve yeme bozukluğu (yeme bozukluğu ve yeme bozukluğu kurtarma) (%92) (213).

Katılımcıların % 44,6'sının İngiltere, % 26,7'sinin ABD'den , geri kalan kısmın 40 farklı ülkeden gerçekleştirildiği 18-75 yaş arası 680 kişiye yapılan bir çalışmada instagram'da sağlıklı beslenme topluluğunun ortoreksiya semptomlarının yüksek prevalansına (%49) sahip olduğunu ve yüksek instagram kullanımının artmış semptomlarla bağlantılı olduğunu göstermektedir. ORTO-15 puanı ile instagram kullanım süresi arasında negatif bir korelasyon bulunmuştur. Sadece Instagram'ın ON ile bir ilişkisi olduğu tahmin edilse de, diğer sosyal medya kanallarına yönelik keşif analizi, twitter'ın ON semptomları ile pozitif bir ilişkisi olduğunu raporlanmıştır. Literatürde instagram üzerine yapılan çalışmada ON prevalansı daha önce çalışılmış olan herhangi bir popülasyonlardan daha yüksekti (214).

Çalışmamızda prevalansın diğer genel popülasyondan yüksek çıkması yukarıdaki fikirlere kanıtlar oluşturmaktadır. Bireylere tahmini olarak instagramda günlük geçirdikleri süre sorgulandığında(saat bazında): ON tutumu sergileyen bireyler günlük ortalama 2.85±2.3 saat instagramda geçirdiklerini; ON tutumu sergilemeyen bireyler günlük ortalama 1.8±1.5 saatlerini instagramda geçirdiklerini belirtmiştir. Instagramda geçirilen süre ile ORTO-15 puanı korelasyon analizi sonucu geçirilen süre arttıkça

ortorektik tutumun arttığı bu ilişkinin çift yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.001$).

ORTO-15 puanı ile takipçi sayısı korelasyonunda da takipçi sayısı arttıkça ORTO puanı azalış göstermiş, bireylerin ortoreksiya nevroza tutumları artmıştır($p=0.001$).

Yukarıda bulunan sonuçların insanların sağlıklı beslenmek, instagramda bulunan zayıflama gruplarına katılmak için araştırmalarını instagram üzerinden gerçekleştirirken, instagramda geçirdikleri süre zarfında maruz kaldıkları görsel, işitsel temalardan kaynaklı ortoreksiya eğilimlerinin arttığını, ortoreksiya eğilimleri arttıkça da daha sağlıklı beslenmek için instagramda geçirdikleri zamanın da arttığı düşünülmektedir. Bireylerin takipçi sayısının fazlalığıyla ortorektik eğilimlerinin artması: takipçilerine rol model olmak maksadıyla tükettikleri besinleri paylaşırken besinler üzerine obsesiflik sergilemesinden kaynaklanmakta olduğu şüphesini getirmektedir.

Çalışmamızda instagram kullanıcılarının tahmini instagramda geçirdikleri süre ortalaması (saat/gün) sorgulandığında yeme bozukluğu görülen ($YTT \geq 30$ olan) bireylerin günlük ortalama 3.32 ± 2.4 saatlerini instagramda geçirdiği, yeme bozukluğu görülmeyen ($YTT < 30$ olan) bireylerin günlük ortalama 2.43 ± 2.1 saatlerini instagramda geçirdiği bulunmuştur.

YTT puanıyla çeşitli değişkenlerin korelasyon analizinde bulduğumuz sonuçlar: Instagram kullanım süresiyle YTT puanı arasında doğru orantılı (pozitif) bir ilişki bulunmuştur. Takipçi sayısı ile YTT puanı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Araştırmaya katılan bireylerin instagramda geçirdiği süre arttıkça yeme bozukluğu artmaktadır($p=0.001$).

Diyet yapanların sağlıklı beslenme takıntısının daha fazla olacağı düşünülmüştür ki bu çalışmada bulunan ortoreksiya prevalansının, literatürde ki prevalanslardan yüksek çıkması bunu kanıtlar niteliktedir.

Son yıllarda giderek popülerleşen bu davranışsal beslenme düzeni sağlığa, iş ve sosyal yasama olumsuz etki ettiği gözlemlenmiştir (175).

Malatya' da tıp fakültesi öğrencilerinin ortoreksiya eğilimlerini inceleyen bir çalışmada diyet yapanlarda %90 oranında, diyet yapmayanlarda %75.7 oranında ortoreksiya eğilimi bulunmuş olup gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır (215).

2015 yılında online diyet alan 1972 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada bir diğer çalışmada diyet yapma sıklıkları ve ortoreksiya arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (10).

Vejetaryan, veganlar, diyet yapan bireylerde ortoreksiya ve kısıtlı yeme davranışlarının araştırıldığı bir çalışmada veganların ve vejetaryanların et tüketenlere göre daha fazla ortorektik davranışları olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada 104 kişiden oluşan diyet yaparak kilo kaybetmeyi hedefleyen grup, 37 kişiden oluşan diyetsiz zayıflamayı hedefleyen grup ve 258 kişiden oluşan kontrol grubu arasındaki ortorektik davranış prevalansı incelenmiş: diyet yaparak zayıflamak isteyen grupta %6.7 ;diyetsiz zayıflamak isteyen grupta %2.7 kontrol grubunda ise %1.5 olarak bulunmuştur.Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (216).

Instagram kullanıcılarının, saf yeme alışkanlıkları üzerinde saplantılı kontrol ihtiyacını karşılamak için çeşitli diyetler (örneğin paleo, vegan) kullanabileceğini öne sürüyor (213).

680 kişiyle instagram kullanımı ve ortoreksiya ilişkisini inceleyen bir çalışmada %28,4'ün vegan,% 24,7'sinin hepçil, % 12,2'sinin vejetaryen,% 34,7'sinin diğer beslenme şekline sahip olduğunu ve beslenme şekilleri ve ORTO-15 puanları arasında bir anlamlılığın olmadığını belirtmişlerdi (214).

İstanbul'da 525 üniversite öğrencisinin yeme bozukluğu ve ilişkili faktörlerin incelendiği bir çalışmada diyet yapma sıklıklarıyla yeme bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Çoğunlukla diyet yapan öğrencilerin bazen ve hiçbir zaman diyet yapmayanlara göre yeme bozukluğu görülme durumu daha fazla bulunmuştur (127).

Çalışmamızda en düşük oran grupların kendi içindeki yüzdelerde diyetisyen eşliğinde diyet yapan bireylerde gözlemlenmiştir (ON %80.9), çalışmanın genel popülasyonunun ON tutumlarının yüksek olması sonucu analiz diyet yapma şekilleriyle ON tutumlarının arasında istatistiksel bir anlamlılık olmadığı şeklinde sonuçlanmıştır.

Instagram kullanan diyet yapan bireylerin diyet yapma şekilleriyle yeme tutum davranışlarının değişip değişmediğini ölçmek amaçlı yapılan karşılaştırmada cerrahi müdahale geçiren bireylerin %66.7' si YTT puanı otuzu gecenler arasında olup yeme bozukluğuna sahiptir. Kendi yöntem ve popüler diyetlerle zayıflayan bireylerin %31.4'ünün; diyetisyen eşliğinde diyet yaparak zayıflayanların %29.8'inin, diyetle birlikte spor yapanların%28.2'sinin, sadece spor yapanların %25.6'sının yeme bozukluğunun olduğu bulunmuştur. En düşük oran besin takviyeleri, shakelerler zayıflayan bireylerde gözlemlenmiş olup %10.5 i yeme bozukluğuna sahiptir.

Karşılaştırmada anlamlılığı belirleyen grup shake kullananlar olurken diyet şeklinin yeme tutum davranışlarına etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bunun bireylerin sadece shake tüketmelerinden kaynaklı olduğu düşünülebilir. (p=0.015)

Çalışmamızda günlük ortalama kalori alımları ORTO-15 puanı ve YTT puanına göre korelasyon analizi sonucu ORTO-15 puanı ve günlük kalori alımının korelasyonu ufak nüansla istatistiksel bir anlamlılığa sahip değildir (p=0.05)

Günlük kalori YTT puanı arasında ters orantılı(negatif) bir ilişki bulunmuştur: kalori alımı azaldıkça YTT puanı artmakta ve yeme bozukluğu gözlenmektedir(p=0.007). Sonuçlarımızın böyle bulunması ortorektik bireylerin kaloriden ziyade besinin sağlığa yararıyla ilgilendiğini kanıtlar niteliktedir. YTT testinin anoreksiya tanısında kullanıldığı düşünüldüğünde YTT puanı arttıkça yeme bozukluğu arttıkça kalorinin azalması litaretürle aynı paralelliktedir.

Literatür verileri baz alındığında ORTO-15 ile YTT arasında negatif anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir, YTT puanı arttıkça ORTO puanı azalmakta yani yeme bozuklukları arttıkça, ortorektik davranışlara olan eğilim de artmaktadır.

Bizim bulduğumuz sonuçta Yeme bozukluğu olan bireylerin %94.4 ortorektik olup; yeme bozukluğu olmayan bireylerin %18.2 si ortorektik değildir. Bu karşılaştırma istatistiksel olarak anlamlı olup YTT puanı arttıkça Orto-15 puanı azalmaktadır: yani yeme bozukluğu arttıkça bireyin ortorektik olma olasılığı da artmaktadır. (p=0.001)

31 vegan / vejetaryen ve 31 vegan olmayan / vejetaryen olmayan toplam 62 kişiyle yapılan çalışmada ORTO-11 puanları ve YTT puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir bağ bulunmuştur (217).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamıza, 18-54 yaş aralığında ve yaş ortalaması 26.5 ± 7.4 yıl olan, %22.1'i erkek, %77.9'u kadın 421 birey katılmıştır.

Araştırmaya katılanların %85.5' inin ortoreksiya eğiliminde olduğu ve %29.7'sinin yeme bozukluğu olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan kadınların %85.1' inin, erkeklerin ise %87.1'inin ortoreksiya eğilimi olduğu ve kadınların %33.2'sinde, erkeklerin %17.2' sinde yeme bozukluğu olduğu bulunmuştur.

Cinsiyete göre ortoreksiya eğilimi anlamlı bir sonuç vermezken yeme bozukluğu değerleri arasındaki farkın anlamlı bulunmuştur($p=0.003$ $p<0.05$).

Yaş gruplarına ve medeni duruma göre ortoreksiya eğilimi ve yeme bozukluğu değerleri arasındaki farkın anlamlı olmadığı sonucuna varılmıştır.

Eğitim seviyesinin ortoreksiya eğilimine etkisi anlamlı bir sonuç vermezken yeme bozukluğu değerleri arasındaki farkın anlamlı olduğu eğitim seviyesi arttıkça yeme bozukluğu görülme oranının düştüğü bulunmuştur.

Kronik hastalık, sigara kullanımı ve düzenli fiziksel aktivite yapma durumuna göre ortoreksiya eğilimi ve yeme bozukluğu değerleri arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Fiziksel aktivite yapma seviyesi arttıkça ortoreksiya görülme oranı anlamlı bir şekilde artmıştır fakat fiziksel aktivite yapma seviyesi ile yeme bozukluğu değerleri arasında anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir

Diyet yapma şekillerine göre ortoreksiya eğilimi arasında anlamlı bir fark bulunmazken, diyet yapma şekillerine göre yeme bozukluğu incelendiğinde cerrahi müdahale ile zayıflayan bireylerde yeme bozukluğu görülme oranı %66.7 ile en yüksek oranı alarak, besin takviyeleri ve shake tüketenlerde yeme bozukluğu oranı %10.5 ile en az oran alarak diğer gruplarla karşılaştırılmasında anlamlı bir fark oluşturmuştur.

Beden kütle indeksine göre ortoreksiya eğilimleri arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Kilolu bireylerin %38.8'i, obez bireylerin %38.6'sı , zayıf bireylerin %23.8'i yeme bozukluğuna sahipken; normal BKİ' ye sahip bireylerden %20.9'unda yeme bozukluğu gözlemlenmiştir. Beden kitle indeksi normalin dışına çıktığında bireylerde yeme bozukluğu görme oranı istatistiksel olarak artmaktadır.

Günlük Instagramda geçirilen süreyle ortoreksiya eğilimi ve yeme bozukluğu değerleri incelendiğinde, instagramda geçirdikleri süre arttıkça ortoreksiya eğilimi,

yeme tutum bozukluğu istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artmaktadır.($p=0.000$ $p<0.05$).

Takipçi sayısı ile etkileşim miktarı ölçülmeye çalışılmış olan çalışmamızda takipçi sayısı ile ortoreksiya eğilimi arasındaki korelasyon istatistiksel olarak anlamlıdır($p=0.000$ $p<0.05$). Takipçi sayısı ile yeme bozukluğu puanları karşılaştırılmasında istatistiksel bir fark bulunamamıştır.

Günlük kalori alımlarına göre ortorektik eğilimi gösteren ORTO-15 puanı karşılaştırılmasında istatistiksel bir fark bulunamamışken; yeme bozukluğu görülen bireylerin günlük ortalama 1464 ± 527 kkal, yeme bozukluğu olmayan bireylerin günlük ortalama 1627 ± 529 kkal aldığı bulunmuştur. YTT puanı ile günlük kalori alımı arasında ters orantılı (negatif) bir ilişki bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin yeme bozukluğuna göre ortoreksiya eğilimleri kıyaslandığında: gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Yeme bozukluğu arttıkça bireyin ortorektik olma olasılığı da artmaktadır. ($p=0.001$ $p<0.05$)

Çalışmamızın sonucunda bizim önerilerimiz:

Gün geçtikçe artan ortoreksiya prevalansının ve bu durumla ilişkili faktörlerin incelenmesi, risk faktörlerinin belirlenmesi için daha kapsamlı çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Henüz bir yeme bozukluğu tanımlamasına sahip olmayan ortoreksiya nervoza kriterlerinin belirlenmesi, değerlendirilme yöntemlerinin geliştirilmesi, bu durumun oluşumunda etmen olan faktörlerin aydınlığı kavuşturulması sağlanmalıdır.

ON'li bireylerde sağlıklı beslenme konusundaki obsesifliğe varan aşırı hassasiyet bireylerin beslenme modüllerini etkileyerek tek çeşit beslenmesine sebep olabilmektedir. Bireylerin beslenme şekli özgün olmakla beraber bireyi sağlıklı beslenmeye yönelten faktör kimi zaman sağlığın geliştirilmesiyken kimi zaman sosyal baskı, beden imgesi, sosyal medya etkileşimde olduğu bireylerden kaynaklanabilmektedir. Sağlıksız bir şekilde sağlıklı beslenmeye iten faktörlerin tespiti bireylerin bu konuda bilinçlendirilmesi önem arz etmektedir.

Özellikle sosyal medya mecrasında her bireyin beslenme konusundaki farklı söylemleri kişilerin aklını karıştırmakta, bilimsel geçerliliği olmayan öneriler bilgi kirliliğini beraberinde getirmektedir. Doğru kaynaklar tarafından bilgi edinimin sağlanmasının, sosyal medya kullanıcılarının uygulamalardaki reklamlarla

farkındalığının artırılması, yeme bozuklukları ve ON eğilimlerini azaltılabileceği düşünülmektedir.



KAYNAKLAR

1. Nola JP, Carolyn LM, Parsons AM. Diet, nutrition, prevention, and health promotion. *Health Promotion in Nursing Practice* 2002, 1: 1102-20.
2. Açıkgöz S. Üniversite Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlıkları ile Özyetkinlik ve İyimsizlik İlişkisi Ankara Üniversite Örneği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Eğitimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversite,2006.
3. Ruffolo JS, Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg RB. Comorbidity of body dysmorphic disorder and eating disorders. *Int J Eat Disord* 2006, 39(1): 11-9.
4. Navruz S, Acar N. Yüksek proteinli diyet akımlarının vücut ağırlığının korunması ve sağlık üzerine kısa ve uzun dönem etkileri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014, 3: 656-73
5. Hocaoğlu Ç, Toker DE. Yeme bozuklukları ve aile yapısı: bir gözden geçirme. *Düşünen Adam* 2009, 22(1-4):36-42.
6. Arlı M, Kınacı B, Özgen L. Ergenlerin yeme tutum ve davranışları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2012, 45(1): 229-47.
7. Çiftçi FS. Üniversite Öğrencilerinin Beden Algısı ve Yeme Tutumları Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi, 2012.
8. Giddens A. Sosyoloji. Özel H, Güzel C, (Çeviri editörleri).Ankara: Ayraç Yayınları, 2000.
9. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5): *American Psychiatric Pub*, 2013: 329-55.
10. Özkahya KD. Online Diyet Alan Yetişkin Bireylerde Ortoreksiya Nervoza Ve İlişkili Parametrelerin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Okan Üniversitesi, 2015.

11. Aytaç HM, Hocaoglu Ç. Bulimiya nervoza ile birlikte yaşamak: bir vaka sunumu. *JMOOD* 2016, 6(3): 158-63.
12. Bratman S, Knight D. Health food junkies. *Orthorexia nervosa: overcoming the obsession with healthful eating* Estados Unidos: Broadway Books, 2000: 25-38.
13. İkinci Ö. Sağlıklı beslenme saplantı olursa? *Tübitak Bilim ve Teknik Dergisi* 2010, 516: 38-41.
14. Erkoç MF, Erkoç Ç. Değerler Eğitiminde Etkinlik Ortamı Olarak Sosyal Ağ Sitelerinin Kullanımı: Facebook Grupları. 5th. International Computer & Instructional Technologies Symposium, Elazığ: 2011.
15. Tekayak HV. Ak-Tek Sağlıkta Sosyal Medya Kullanımı Ölçeği Geliştirilmesi ve Aile Hekimlerinin Sosyal Medya Kullanımlarının Kişisel ve Mesleki Gelişimlerine Etkilerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2017.
16. Fairburn CD, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet* 2003; 361:407-16.
17. Lilenfeld LR, Kaye HK, Strober M. Genetics and family studies of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Baillière's Clinical Psychiatry* 1997, 3: 177-97.
18. Association AP. DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000: 241-5.
19. Oğlağı Z. Yeme Bozukluklarında Çocukluk Çağı Travmalarının Benlik Saygısı ve Beden Algısı Değişkenleri Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2012.
20. Brownell KD, Fairburn CD. *Eating disorders and obesity: A comprehensive hand book*. New York, The Guilford Press, 1995
21. Huse DM, Lucas AR. Dietary patterns in anorexia nervosa. *Am J Clin Nutr* 1984, 40(2): 251-254.
22. Mathieu J. What is orthorexia? *J Am Diet Assoc* 2005, 105(10): 1510-2.

23. Janes J, Bennetts S, Olmsted M. Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a school based study. *CMAJ Open* 2001, 165(5): 194-201.
24. Graham Y. Eating disorders awareness: introduction, <https://ohioline.osu.edu/factsheet/ED-1001> 6 Mayıs 2017
25. Ertekin BA. Yeme bozukluğu hastalarında aile ortamının ve aile işlevselliğinin değerlendirilmesi. Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2010.
26. Abraham S. *Eating Disorders: The facts*. Oxford University Press, Oxford, 2008: 5-240.
27. Arusoğlu G, Kabakci E, Köksal G, Merdol TK. Orthorexia nervosa and adaptation of ORTO-11 into Turkish. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008, 19(3): 283-92.
28. Aydın C. Yeme Tutumu, Ortorektik Belirtiler ve Ana Babaya Bağlanma Arasındaki İlişkiler. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2010.
29. Özdel O, Ateşçi F, Oguzhanoglu N. Bir anoreksiya nervosa olgusu ve bu olguya farmakoterapi ile birlikte psikodrama teknikleri ile yaklaşım. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003, 14 (2): 153-9.
30. Costin C. (1996). The Eating Disorder Source Book, <https://www.amazon.com/Eating-Disorders-Sourcebook-Comprehensive-Sourcebooks/dp/0071476857> 30 Mayıs 2019.
31. Vandereycken W, Van Deth R. Who was the first to describe anorexia nervosa: Gull or Lasègue? *Psychol Med* 1989, 19: 837-45.
32. Ziolko HU. Bulimia: A historical outline, *Int J Eat Disord* 1996, 20 (4):345-58.
33. Yücel B. Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol. *Klinik Gelişim* 2009, 22(4):39-44.
34. Halmi K, Lopez IJJ, Sartorius N. Classification, diagnosis and comorbidities of eating disorders: a review. *Eating Disorders* 2003, 6: 133.

35. Kontbay E. Yeme Tutum ve Davranışları ile Anne-Babaya Bağlanma ve Mükemmeliyetçilik Arasındaki İlişkiler. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi, 2010.
36. Yarock S. Understanding chronic bulimia: a four psychologies approach. *Am J Psychoanal* 1993, 53: 3-17.
37. Trace SE. Effects of reducing the frequency and duration criteria for binge eating on life time prevalence of bulimia nervosa and binge eating disorder: implications for DSM-5. *Int J Eat Disord* 2012, 45: 531–36.
38. Smink FR, Van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep* 2012, 14: 406-14
39. Işık B. Uludağ Üniversitesi Öğrencilerinde Yeme Bozukluklarının Araştırılması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Fakültesi. Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Bursa: Uludağ Üniversitesi, 2009.
40. Dönmez N. Tip I Diabetes Mellituslu Bireylerde Yeme Davranışı Bozuklukları ve Etkileyen Etmenleri Saptamaya Yönelik Bir Çalışma. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Diyetetik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2005.
41. Korkut F. *Okul Temelli Önleyici Rehberlik ve Psikolojik Danışma*. 1. Baskı. Ankara, Anı Yayıncılık, 2004: 10-450.
42. Bulik CM, Sullivan PF, Kendler KS. An empirical study of the classification of eating disorders. *Am J Psychiatry* 2000, 157(6): 886-95.
43. Bayraktar F. Aşırı yeme bozuklukları. *Türkiye Klinikleri Endocrin* 2009, 2(3):25-9.
44. Uskun E, Şabaplı A. Lise öğrencilerinin beden algıları ile yeme tutumları arasındaki ilişki. *TAF Prev Med Bull* 2013, 12: 519-28.

45. Ergüney ET. Yeme Bozukluğu Hastalarında Tedavi Motivasyonu, Beden İmgesi ve Depresyonun Değerlendirilmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2012.
46. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG. The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry* 2007, 61: 348–58.
47. Bulik CM, Sullivan PF, Kendler KS. Genetic and environmental contributions to obesity and binge eating. *Int J Eat Disord* 2003, 33: 293–8.
48. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA. The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Arch Gen Psychiatry* 2000, 57: 659–65.
49. Striegel Moore RH, Fairburn CG, Wilfley DE. Toward an understanding of risk factors for binge-eating disorder in black and white women: a community-based case-control study. *Psychol Med* 2005, 35: 907–17.
50. Wilfley DE, Schwartz MB, Spurrell EB. Using the Eating Disorder Examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2000, 27: 259–69.
51. Sacco B, Kelley U. Diagnosis and evaluation of eating disorders in the pediatric patient, *Cedspediatric Annals* 2018, 47: 6.
52. Bayraktar F. Pika, <http://www.yemebozuklugu.info/43-Diyet-Zayiflama-YemeBozuklugu-Pika-Nedir?-Kusma-Obezite-Sismanlik.html> 18 Haziran 2017
53. Sanneerappa PB, Hayes HM, Daly E, Moodley V. Tricho bezoar: a diagnosis which is hard to swallow and harder to digest. *BMJ Case Rep* 2014, 1-3.
54. Al-Rmalli SW, Jenkins RO, Watts MJ, Haris PI. Risk of human exposure to arsenic and other toxic elements from geophagy: trace element analysis of baked clay using inductively coupled plasma mass spectrometry. *Environ Health* 2010, 23(9):79.
55. Kelly NR, Shank LM, Bakalar JL, Tanofsky KM. Pediatric feeding and eating disorders: current state of diagnosis and treatment. *Curr Psychiatry Rep* 2014, 16(5): 446-58.

56. Vander Wal JS. Night eating syndrome: a critical review of the literature. *Clin Psychol Rev.*2012, 32: 49-59.
57. Runfola CD, Allison KC, Hardy KK, Lock J, Peebles R. Prevalence and clinical significance of night eating syndrome in university students. *J Adolesc Health* 2014, 55(1): 41–8.
58. Lundgren JD, Allison KC, Crow S, O’Reardon JP, Berg KC, Galbraith J, Stunkard AJ. Prevalence of the night eating syndrome in a psychiatric population. *Am J Psychiatry* 2006, 163(1): 156–8.
59. Nolan LJ, Geliebter A. Night eating is associated with emotional and external eating in college students. *Eating Behaviors* 2012, 13(3): 202-6.
60. Striegel-Moore RH, Rosselli F, Wilson GT, Perrin N, Harvey K, DeBar L. Nocturnal eating: association with binge eating, obesity, and psychological distress. *Int J Eat Disord* 2010, 43(6): 520–6.
61. Sevincer GM, Ince E, Taymur I, Konuk N. Night eating syndrome frequency in university students: association with impulsivity, depression, and anxiety. *Klinik Psikofarmakol Bülteni* 2016, 26(3): 238–47.
62. Allison KC, Lundgren JD, O’Reardon JP, Geliebter A, Gluck ME, Vinai P, Stunkard AJ. Proposed diagnostic criteria for night eating syndrome. *Int J Eat Disord* 2010, 43(3): 241-7.
63. Zwaan M, Muller A, Allison KC, Braehler E, Hilbert A. Prevalence and correlates of night eating in the German general population. *Plos One* 2014, 9(5): 97667.
64. Shillito JA, Lea J, Tierney S, Cleator J, Tai S, Wilding JPH. Why I eat at night: a qualitative exploration of the development, maintenance and consequences of night eating syndrome. *Appetite* 2018, 1(125): 270-7.
65. Martínez Segura A, Cortés Castell E, Rizo Baeza MM, Gil Guillén VF. Valoración de la dieta de usuarios de sala de musculación con dismorfia muscular (vigorexia). *Nutr Hosp.* 2015, 32(1):324-9.

66. Alarcon PA, Lin LH, Noche M, Hernandez VC, Cimafranca L, Lam W. Effect of oral supplementation on catch-up growth in picky eaters. *Clin Pediatr (Phila)* 2003, 42(3): 209-17.
67. Lerche DJ. Orthorexia: Good Diets Gone Bad, <https://www.webmd.com/mental-health/eating-disorders/news/20001117/orthorexia-good-diets-gone-bad> 1 Haziran 2019
68. Brytek-Matera A. Orthorexia nervosa—an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit. *Arch Psychiatr Psychother* 2012, 1: 55-60.
69. Kazkondur İ. Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervosa (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) Belirtilerinin İncelenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Aile Ekonomisi ve Beslenme Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2010.
70. Varga M, Thege BK, Dukay-Szabó S, Túry F, van Furth EF. When eating healthy is not healthy: orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC Psychiatry* 2014, 14: 59.
71. Moroze RM, Dunn TM, Holland JC, Yager J, Weintraub P. Microthinking about micronutrients: a case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal “orthorexia nervosa” and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics* 2015, 56: 397- 403.
72. Koven NS, Abry AW. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015, 11: 385.
73. Zamora MLC, Bonaecha BB, Sanchez FG. Orthorexia nervosa: a new eating behavior disorder?. *Actas Esp Psiquiatr* 2005, 33(1): 66-8.
74. Koven NS, Senbonmatsu R. A neuropsychological evaluation of orthorexia nervosa. *Open J Psychiatry* 2013, 3: 214.
75. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Canella C. Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eat Weight Disord* 2004, 9:151-7.

76. Gezer C, Kabaran S. Beslenme ve diyetetik bölümü kız öğrencileri arasında görülen ortoreksiya nervoza riski. *S.D.Ü. Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013, 4:1.
77. Mac Evilly C. The price of perfection. *Nutr Bull* 2001, 26(4): 275-6.
78. The Something Fishy Website on Eating Disorders, Other Types of Eating Disorders. <http://www.something-fishy.org/whatarethey/other.php> 1 Haziran 2019
79. Nymah HA. Direct question: is orthorexia a correct word for a wrong concept?. *Lakardtningen* 2002, 99(3):433-4.
80. Bağcı Bosi AT, Çamur D, Güler Ç. Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine. *Appetite* 2007, 49(3): 661-6.
81. Donini L, Marsili D, Graziani M, Imbriale M, Cannella C. Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eat Weight Disord* 2005, 10: 28-32.
82. Dunn TM, Gibbs J, Whitney N, Starosta A. Prevalence of orthorexia nervosa is less than 1%: data from a US sample. *Eat Weight Disord* 2016, 1-8.
83. Kinzl JF, Hauer K, Traweger C, Kiefer I. Orthorexia nervosa in dieticians. *Psychother Psychosom* 2006, 75(6): 395-6.
84. Strand E. A new eating disorder. *Psychol Today* 2004, 37(5): 16.
85. Bo S, Zoccali R, Ponzio V, Soldati L, De Carli L, Benso A, Fea E, Rainoldi A, Durazzo M, Fassino S. University courses, eating problems and muscle dysmorphia: are there any associations? *J TranslMed* 2014, 12(1):1.
86. Malmberg J, Bremander A, Olsson MC, Bergman S. Health status, physical activity, and orthorexia nervosa: a comparison between exercise science students and business students. *Appetite* 2017, 109:137-43.
87. Eriksson L, Baigi A, Marklund B, Lindgren E-C. Social physique anxiety and sociocultural attitudes toward appearance impact on orthorexia test in fitness participants. *Scand J Med Sci Sports* 2008, 18: 389-94.

88. Alvarenga M, Martins M, Sato K, Vargas S, Philippi ST, Scagliusi F. Orthorexia nervosa behavior in a sample of Brazilian dietitians assessed by the Portuguese version of ORTO-15. *Eat Weight Disord* 2012, 17: 29-35.
89. Asil E, Sürücüoğlu MS. Orthorexia nervosa in Turkish dietitians. *Ecol Food Nutr* 2015, 54: 303-13.
90. Valera JH, Ruiz PA, Valdespino BR, Visioli F. Prevalence of orthorexia nervosa among ashtanga yoga practitioners: a pilot study. *Eat Weight Disord* 2014, 19: 469-72.
91. Aksoydan E, Camci N. Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eat Weight Disord* 2009, 14: 33-7.
92. Segura-Garcia C, Ramacciotti C, Rania M, Aloï M, Caroleo M, Bruni A, Gazzarrini D, Sinopoli F, De Fazio P. The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder patients after treatment. *Eat Weight Disord* 2015, 20: 161-6.
93. Fitzsimmons E. Social psychological theories of disordered eating in college women: review and integration. *Clin Psychol Rev* 2011, 31: 1224-37.
94. Varga M, Dukay-Szabó S, Túry F, Van FEF. Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eat Weight Disord* 2013, 18(2): 103-11.
95. Bratman S. Orthorexia nervosa. *Yoga J* 1997.
96. Bartrina J. Orthorexia or when a healthy diet becomes an obsession. *Arch Latinoam Nutr* 2007, 57: 313-5.
97. Haman L, Barker-Ruchti N, Patriksson G, Lindgren EC. Orthorexia nervosa: an integrative literature review of a life style syndrome. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2015, 14(10):1-15.
98. Borgida A. In sickness and in health: orthorexia nervosa, the study of obsessive healthy eating, <https://alitronecone.wordpress.com/2014/04/18/in-sickness-and-in-health-orthorexia-nervosa-the-study-of-obsessive-healthy-eating/> 10 Mayıs 2019.

99. Dunn TM, Bratman S. On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eat Behav* 2016, 21: 11-7
100. Vandereycken W. Media hype, diagnostic fador genuine disorder? Professionals' opinions about night eating syndrome, orthorexia, muscle dysmorphia, and emetophobia. *Eating Disorders* 2011, 19(2): 145-55.
101. McInerney EEM. Orthorexia nervosa: Real construct or newest social trend? University of Missouri-Kansas City, 2011.
102. Hoek HW, Van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2003, 34: 383-96.
103. Oğuz GY. Bir güzellik miti olarak incelik ve kadınlarla ilgili beden imgesinin televizyonda sunumu. *Selçuk İletişim Dergisi* 2005; 4(1):31-37.
104. Sinton S. Healthy eating may be hazardous to your health.,<http://www.dolfzine.com/page1.htm> 10 Ocak 2019
105. Göktürk  . * ocuk ve Ergen Psikiyatrisi*. İstanbul Üniversitesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2000
106. Davison GC, Neale JM. Anormal Psikolojisi. Dağ İ ( eviren). 7.Baskı, Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2004.
107. Christine B, Hardan CK. Orthorexia nervosa: a review of the literature, *Issues Ment Health Nurs* 2017, 38(12):980-8.
108. Köksal G, Gökmen H. * ocuk Hastalıklarında Beslenme*, Ankara, Hatiboğlu Yayınları, 2000: 13-135
109. Ertaş HS. *Yeme bozuklukları, Anoreksiya, Bulimia ve Diğerleri*, İstanbul, Timaş Yayınları, 2006.
110. Getz L. Orthorexia: when eating healthy becomes an unhealthy obsession. *Today's Dietitian* 2009, 11(6): 40.
111. Tatarlar M. Ercen  niversite  ğrencilerinin Ortoreksiya Nervoza Düzeyleri İle Beden Algısı ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin

- İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa: KKTC Yakınoğu Üniversitesi, 2015.
112. Satman İ, Yılmaz T, Sargın M. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey, *Diabetes Care* 2002, 25 (9): 1551-6.
 113. Morais L. Eating Disorders: a bond between medicine, culture and psychoanalysis. *International Forum Psychoanalysis* 2002, 11: 135-40.
 114. Polivy J, Herman CP. Sociocultural idealization of thin female body shapes: an introduction to the special issue on body image and eating disorders. *J Soc Clin Psychol* 2004, 23(1): 1-6.
 115. Polivy J, Herman CP. Causes of eating disorders. *Annu Rev Psychol* 2002, 53(1): 187-213.
 116. Kocabaşoğlu N. Yeme Bozuklukları. Yeni Symposium 2001, 39 (2): 95-99.
 117. Lindberg L, Hjern A. Risk factors for anorexia nervosa: a notional cohort study. *Int J Eat Disord* 2003, 34: 397-408.
 118. Fairburn CG, Welch SL, Doll HA. Risk factors for bulimia nervosa: a community based case-control study. *Arch Gen Psychiatry* 1997, 54: 509-17.
 119. Stice E. Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychol Bull* 2002, 128:825-48
 120. Klein R. *Eat Fat*, New York, Pantheon Books, 1996: 22.
 121. Cederström C, Spicer A, Sağlık Hastalığı, Yapı Kredi Yayınları 2017: 67.
 122. Erol A, Toprak G, Yazıcı F. Üniversite öğrencisi kadınlarda yeme bozukluğu ve genel psikolojik belirtileri yordayan etkenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002, 13(1): 4857.
 123. Morry MM, Staska SL. Magazine exposure: internalization, self objectification, eating attitudes and body satisfaction in male and female university students. *Can J Behav Sci* 2001, 33(4): 269-79.

124. Fasting K, Brackenridge C, Borgen JS. Experience of sexual harassment and abuse among Norwegian elite female athletes and nonathletes. *Res Q Exerc Sport* 2003, 74(1): 84-97.
125. Rangel C, Dukeshire S, MacDonald L. Diet and anxiety: an exploration into the orthorexic society. *Appetite* 2012, 58(1): 124-32.
126. Fidan T, Ertekin V, Işıkay S, Kirpınar I. Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Compr Psychiatry* 2010, 51: 49-54.
127. Kadioğlu M. Üniversite Öğrencilerinde Yeme Bozuklukları ve Öz-Etkililik. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2009
128. Byely L, Archibald AB, Graber J, Brooks-Gunn J. A prospective study of familial and social influences on girls' body image and dieting. *Int J Eat Disord* 2000, 28(2): 155-64.
129. Lyddon WJ, Slaton KD. Adolescence. In: Luntunen CL, Atkinson DR(eds). *Counseling Across the Lifespan Prevention and Treatment*, 1st ed. London, Sage Publications, 2002: 91.
130. The Hartman Group, Clicks and cravings: the impact of social technology on food culture, <http://store.hartman-group.com/content/social-media-2012-overview.pdf> 10 Mayıs 2019
131. Sidani JE, Shensa A, Radovic A, Miller E, Colditz JB, Hoffman BL, Giles LM, Primack BA. Association between social media use and depression among US young adults. *Depress Anxiety* 2016, 33(4): 323–331.
132. Tiggemann M, Zaccardo M. Strong is the new skinny: a content analysis of #fitspiration images on Instagram. *J Health Psychol* 2018, 23(8): 1003–11.
133. Marsh S, Campbell D. Clean eating trend can be dangerous for young people, experts warn. <https://www.theguardian.com/society/2016/oct/01/clean-eating-trend-dangerous-young-people-food-obsession-mental-health-experts> 10 Mayıs 2019.

134. Mabe AG, Forney KJ, Keel PK. Do you “like” my photo? Facebook use maintains eating disorder risk. *Int J Eat Disord* 2014, 47(5): 516–523.
135. İşlek M. Sosyal Medyanın Tüketici Davranışlarına Etkileri: Türkiye'deki Sosyal Medya Kullanıcıları Üzerine Bir Araştırma. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Karaman: Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi, 2012.
136. Tosun NB, İletişim Temelli Marka Yönetimi, İstanbul, Beta Yayınları, 2010: 388.
137. Wikipedia. Erişim: (https://tr.wikipedia.org/wiki/Sosyal_medya) 12 Ocak 2017
138. Anonim. Sosyal Medyanın ABC' si, İstanbul, Alfa Yayıncılık, 2014: 52-61.
139. Tekvar SO, Yeni medya ve kurumsal kültür: Avrupa ve Türkiye'deki farklı kurumsal yapıların karşılaştırılması. *Atılım Sosyal Bilimler Dergisi* 2012, 2: 81-103.
140. Erdem HA, Yeni Medya Hizmetleri ve Düzenlemeleri, Ankara, TC Radyo ve Televizyon Üst Kurulu, 2011: 110
141. Bila C. Bireysel ve Kitle İletişim Aracı Olarak İnternet ve Toplumsal Etkileri. Yüksek Lisans tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2001.
142. Büyüksener E. Türkiye'de sosyal ağların yeri ve sosyal medyaya bakış. 14.Türkiye'de İnternet Konferansı, İstanbul Türkiye, 2010: 39.
143. Gilbert E, Karahalios K. Predicting tiestrength with social media. 27th International Conference of Human Factors in Computing Systems, New Jersey USA, 2009.
144. We Are Social. Sosyal Medya Kullanımı Verileri. <https://wearesocial.com/uk/digital-2019> 2 Şubat 2019.
145. Dilmen NE, Öğüt S. Sosyalleşmenin yeni yüzü: Sosyal paylaşım ağları. Marmara Üniversitesi Yeni Medya ve Etkileşim Konferansı, İstanbul Türkiye, 2010: 237-42.

146. Özkaşıkçı I. Sosyal Medya ve Pazarlama, İstanbul, LeColor Yayıncılık, 2012: 53-78
147. Vural BA, Bat M. Yeni bir iletişim ortamı olarak sosyal medya: Ege Üniversitesi iletişim fakültesine yönelik bir araştırma. *Journal of Yasar University* 2010, 20: 3348-3382.
148. Kietzmann JH. Understanding the functional building blocks of socialmedia. *New Jersey Science* 2012, 54: 235-256.
149. İnternet World Stats. Erişim:(<http://internetworldstats.com/top20.htm>) 4 Ocak 2017
150. Ipsos KMG ve Gemius. İnternet Ölçümleme Araştırma Raporu, 2012.
151. Modeus G, Olsson H, Paulsonand R. Crisis Management in Social Media, Business and Economics Marketing, Degree of Master, Kalmar: Linnaeus University: 2012.
152. Taprial, Varinderand P. Kanwar. (2012). "Understanding Social Media". Ventus Publising, (E-Book).
153. Duggan M, Ellison NB, Lampe C, Lenhart A, Madden M. Social media update 2014. *Pew Research Center* 2015, 1: 1-18.
154. Kuyucu M. Yeni İletişim Aracı olarak Sosyal Medya ve Sosyal Ağlar Üzerine Bir Güncelleme, Yeni İletişim Teknolojileri ve Yeni Medya, İstanbul, Zinde Yayıncılık, 2013: 114-50.
155. Instagram Blog (2016) Instagram today: 500 million Windows to the world. <http://blog.instagram.com/post/146255204757/160621-news>.
156. Lee E, Lee JA, Moon JH, Sung Y. Pictures speak louderthan words: motivations for using instagram. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2015, 18(9): 552–56.
157. Sheldon P, Bryant K. Instagram: Motives for its use and relationship to narcissism and contextual age. *Comput Hum Behav* 2016, 58: 89–97.

158. Carrotte ER, Vella AM, Lim MS. Predictors of “liking” three types of health and fitness-related content on social media: a cross-sectional study. *J Med Internet Res* 2015, 17(8): 205.
159. Arusoğlu G. Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya) Belirtilerinin İncelenmesi, Orto-15 Ölçeğinin Uyarlanması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Diyetetik Programı. Yüksek Lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2006.
160. Pekcan G, Özkızıklı E. Gençlik Döneminde Beslenme, www.sagmer.hacettepe.edu.tr24/07/2006
161. Bredbenner CB, Abbot JM, Wheatley V, Schaffner D, Bruhn C, Blalock L. Risky eating behaviors of young adults – implications for food safety education. *J Am Diet Assoc* 2008, 108(3): 549-52.
162. Çetin Z, Vegetarian and vegan nutrition (Vejetaryen ve vegan beslenmesi), <http://www.medikalakademi.com.tr/vejetaryen-ve-veganbeslenmesi/> 1 Ocak 2017.
163. Sharon G, Aydınlatma Diyeti. İçinde: *Yoga ve Vejetaryenlik*, Konca YU (Çeviren). 1.Baskı, İstanbul, Paloma Yayınevi,2015: 31-6.
164. Douglas K, Pearlman C. Hollywood Diyet Sırları, İstanbul, Dinozor Yayınları 2008 (1-128)
165. Livaneli A. Ayna Ayna Söyle Bana Mucize İsveç Diyeti, 6. Baskı. İstanbul, Remzi Kitabevi, 2000: 53-90.
166. Allen J. Detoxification in naturopathic medicine: a survey. *J Altern Complement Med* 2011,17: 1175–80.
167. Headland M. Weight-loss outcomes: A systematic review and meta-analysis of intermittent energy restriction trials lasting a minimum of 6 months. *Nutrients* 2016, 8(6): 354.
168. Holt SH. An insülin index of foods: the insülin demand generated by 1000-kJ portions of common foods. *Am J Clin Nutr* 1997, 66(5): 1264.

169. Freeman JM, Kosso EH, Hartman AL. The ketogenic diet: one decade later. *Pediatrics* 2007, 119(3): 535-43.
170. Prof. Dr. Karatay C. *Karatay Diyeti'yle Yaşam Boyu Sağlık*, 12.Baskı. İstanbul, Hayy Kitap, 2011: 28.
171. Prof. Dr. Karatay C. *Bilimsel Gerçeklerle Kilo Vermenin ABC'Sİ*, İstanbul, Hayy Kitap, 2012: 1-160.
172. Dr. Dukan P. *Dukan Diyeti*. Kumruluoğlu Z(Çeviren).1.Baskı İstanbul: Pegasus Yayınları, 2012: 1-320.
173. Nevin SM, Vartanian LR. The stigma of clean dieting and orthorexia nervosa. *J Eat Disord* 2017, 5(37): 5-17.
174. Craig WJ. Health effects of vegan diets. *Am J Clin Nutr* 2009, 89(5): 1627-33.
175. Tremelling K. Orthorexia nervosa and eating disorder symptoms in registered dietitian nutritionists in the United States. *J Acad Nutr Diet* 2017, 117(10): 1612-17.
176. Spear HJ, Kulbok P. Adolescent health behaviors and related factor: a review. *Public Health Nursing* 2001, 18(2): 82-93
177. Aksoy M. Beslenme Biyokimyası, 3. Baskı. Ankara, Hatiboğlu Yayınları, 2011: 1-4.
178. Tribole E, Resch E. *Intuitive Eating: A Recovery Book For The Chronic Dieter*. New York, St. Martin's Press, 1995: 120-56.
179. Birch LL, Johnson SL, Andresen G, Petersen J C, Schulte MC. The variability of young children's energy intake. *N Engl J Med* 1991,324(4): 232-5.
180. Tylka TL. Development and psychometric evaluation of a measure of intuitive eating. *J Couns Psycho* 2006, 53(2): 226-40.
181. Pichika R, Buchsbaum MS, Bailer U, Hoh C, Decastro A, Buchsbaum BR. Serotonin transporter binding after recovery from bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2012, 45: 345-52.

182. Klein DA, Walsh BT. Eating disorders: clinical features and pathophysiology. *Physiol Behav* 2004, 81(2): 359-73.
183. Halmi K. Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. In: Lewia, *Child and Adolescent Psychiatry: A comprehensive Textbook*, 4rd ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins Publishers, 2007:
184. Öztürk M. Üniversitede Eğitim-Öğretim Gören Öğrencilerde Uluslar Arası Fiziksel Aktivite Anketinin Geçerliliği ve Güvenirliliği ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, FTR Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2005.
185. Savaşır I, Erol N. Yeme tutunu testi: Anoreksiya nervoza belirtileri indeksi. *Psikoloji Dergisi* 1989, 7: 19-25.
186. Perkins SS, Murphy RR, Schmidt UU, Williams C. Self- help and guided self- help for eating disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2006, 3: 4191.
187. Şanlı E. Öğretmenlerde Fiziksel Aktivite Düzeyi-Yaş, Cinsiyet ve Beden Kütle İndeksi İlişkisi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2008
188. Souza QJOVd, Rodrigues AM. Risk behavior for orthorexia nervosa in nutrition students. *J Bras Psiquiatr* 2014, 63: 200-4.
189. Kaya Z. Beslenme ve Diyetetik bölümü Öğrencilerinde Sağlıklı Yeme Takıntısının (OrtoreksiyaNervozanın) Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Okan Üniversitesi, 2018
190. Morris MN, Clark C, Silliman K. Prevalence of orthorexia nervosa among students at a rural university, *The FASEB Journal* 2014, 28(1): Supplement1021.10.
191. Pehlivan E, Mete B, Fırıncı B, Doğan E. Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervoza yaygınlığı ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi* 2019; 4(2): 166-175.

192. Baş Y. Diyetisyenlerde Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya Nervoza) ve Yeme Tutumlarının Saptanması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniveristesi, 2014
193. Sanlier N, Yassibas E, Bilici S, Sahin G, Celik B. Does therise in eating disorders lead to increasing risk of orthorexia nervosa? Correlations with gender, education, and body mass index. *Ecol Food Nutr* 2016, 15: 1-13.
194. Semiz M, Kavakci O, Yagiz A, Yontar G, Kugu N. The Prevalence of Eating Disorders (EDs) and Comorbid Psychiatric Disorders in Sivas Province, *Turk Psikiyatri Derg* 2013, 24(3):149-5.
195. Batıgün A, Utku Ç. Bir grup gençte yeme tutumu ve öfke arasındaki ilişkinin incelenmesi, *Türk Psikoloji Dergisi*, 2006, 21(57): 65-78.
196. Erol A, Toprak G, Yazıcı F. Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğu belirtilerini yordayıcı olarak kontrol odağı ve benlik saygısının karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri* 2000, 3: 147-152.
197. Çelik ZM. Bir İnternet Sitesinden Diyet Almak İçin Başvuran Yetişkin Kişilerde Yemek Yeme Tutum Ve Davranış Bozukluğunun Olup Olmadığının Saptanması Ve Bunun Ağlıkları İle İlişkinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Okan Üniversitesi, 2015
198. Dalmaz M. Spor Salonunda Spor Yapanlarda Ortoreksiya Nervoza Belirtilerinin İncelenmesi. Sosyal Blimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Arel Üniversitesi, 2014
199. Dege G. Beslenme ve Diyetetik Öğrencilerinde OrtoreksiyaNervozanın Saptanması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Okan Üniversitesi, 2017
200. Moore F, Keek PK. Influence of sexual orientation and age on disordered eating attitudes and behaviors in women. *Int J Eat Dis* 2003, 34(3): 370-94.

201. Yıldırım P. Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza'nın Obsesif Kompulsif Bozukluğu İle İlişkisi. Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi, 2018
202. Ünalın D, Öztop DB, Elmalı F, Öztürk A, Konak D, Pırlak B, Güneş D. Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi* 2009, 16: 75-81
203. Tekyaprak N. Correlation of Self- steem eating attitudes and obesity among adolescents. Social Sciences Applied, Psychology Master Program. Master Thesis, North Cyprus: Near East University, 2013
204. Oğur S, Aksoy A. Üniversite öğrencilerinin yeme davranışı bozukluğuna yatkınlıkları: Bitlis Eren Üniversitesi örneği. *BEÜ Fen Bilimleri Dergisi* 2016, 5: 14-26.
205. Acar Tek N, Ermumcu Karaçıl MŞ. Sağlık profesyonellerinde sağlıklı beslenme kaygısı: ortoreksiya nervoza (On), *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016, 1(2): 59-71.
206. Neumark-Sztainer D, Wall M, Story M, Fulkerson JA. Are Family Terms Associated With Disordered Eating Behaviors Among Adolescents?. *J Adolesc Health* 2004, 35: 350-9.
207. Ergin G. Sağlık Personeli Olan Ve Olmayan Bireylerde Ortoreksiya Nervoza Sıklığı Araştırması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme Ve Diyetetik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2014.
208. García C, Papaiani MC, Caglioti F, Procopio L, Nisticò CG Bombardiere L. Orthorexia nervosa: a frequent eating disordered behavior in athletes. *Eat Weight Disord* 2012, 17(4): 226-233.
209. Wang T, Brede M, Ianni A, Mentzakis E. Social interactions in online eating disorder communities: A network perspective. *Plos ONE* 2018, 13(7): e0200800.

210. Jin SV. Interactive effects of Instagram foodies' hashtagged #foodporn and peer users' eating disorder on eating intention, envy, parasocial interaction and online friendship. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2018, 21: 3.
211. Zeeni N, Doumi R, Kharma JA, Sanchez-Ruiz MJ. Media, technology use and attitudes: associations with physical and mental well being in youth with implications for evidence-based practice. *Worldviews Evid Based Nurs* 2018, 0: 1–8.
212. Grabe S, Ward LM, Hyde JS. The role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychol Bull* 2008, 134: 460-76.
213. Santarossa S, Lacasse J, Larocque J, Woodruff SJ. #Orthorexiaon Instagram: a descriptive study exploring the online conversation and community using the Netlytic software. *Eat Weight Disord* 2019, 24(2): 283-90.
214. Turner PG, Lefevre CE. Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eat Weight Disord* 2017, 22(2): 277-84.
215. Erol Ö. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Ortoreksiya Nervoza Belirtilerinin ve Yeme Tutumlarının Saptanması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Malatyal: İnönü Üniversitesi, 2018
216. Barthels F, Meyer F, Pietrowsky R. Orthorexic and restrained eating behaviour in vegans, vegetarians and individuals on a diet. *Eat Weight Disord* 2018, 23(2): 159–66.
217. Çiçekoğlu P, Tunçay GY. A comparison of eating attitudes between vegans/vegetarians and nonvegans/nonvegetarians in terms of orthorexia nervosa. *Arch Psychiatr Nurs* 2018, 32(2): 200-5.

EKLER

Ek-1. Özgeçmiş

Adı Soyadı: Sıla Özgül Tepe

Doğum Tarihi: 06.11.1991

Telefon:05071922424

E-posta: dyt_sila@hotmail.com

Eğitim Durumu:

•2015- Devam İnönü Üniversitesi Tıp Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tezli Y. Lisans

•2009-2013 Atatürk Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Lisans Programı

•2004-2008 Adıyaman Merkez Anadolu Lisesi

Yabancı Diller:

•İngilizce

•Almanca (başlangıç seviyesinde)

•Fransızca (başlangıç seviyesinde)

İş Tecrübeleri:

•2018- Devam etmek olan Karasu İlçe Sağlık Müdürlüğünde Toplum Beslenmesi, Poliklinik Diyetisyenliği

•2015-2018 Darende Hulusi Efendi Devlet Hastanesi'nde Toplu Beslenme Sistemleri, Klinik, Poliklinik Diyetisyenliği

•2013-2015 Cizre Selahattin Cizrelioğlu Devlet Hastanesi'nde Toplu Beslenme Sistemleri, Klinik, Poliklinik Diyetisyenliği

• 2013 Atatürk Üniversitesi Mediko Mutfağı' nda Toplu Beslenme Sistemleri Stajı

•2012-2013 Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Klinik, Poliklinik Stajı

•2012 Atatürk Üniversitesi Kredi Yurtlar Kurumu Merkezi Yemekhanesi' nde Toplu Beslenme Sistemleri Stajı

•2011 Adıyaman Kadın Doğum Hastanesi'nde Toplu Beslenme Sistemleri, Klinik, Poliklinik Stajı

Bilimsel Bildiriler:

•Tepe SÖ, Pehlivan E, Genç MF, Yılmaz H, Özer A. ‘Bir Diyet Polikliniğine Başvuran Bireylerin Beslenme Bilgi Düzeyleri, Tutumları ve İlişkili Faktörler’. Hacettepe Beslenme ve Diyetetik Günleri V. Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu, s88, 11-13 Mayıs 2017, Ankara, Poster Bildiri.

•Kril Yağı ve İnsan Sağlığına Olumlu Etkileri: Literatür Taraması, Hacettepe Beslenme ve Diyetetik Günleri V. Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu, ANKARA

•Tepe SÖ, Güneş G, Pehlivan E, Genç MF. “ The relationship between body mass index and Pittsburgh sleep quality index’. 10th European Public Health Conference, 1-4 Kasım 2017, Stockholm, Özet Bildiri

Sertifika Bilgileri:

•11-13/05/2017 Hacettepe Beslenme ve Diyetetik Günleri 6. Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu

•13/08/2016 Rotary, Rotaract Arama Konferansı- Malatya

•24-27/03/2016 ‘102. Rotary Yarımın Liderlerini Arıyor’ programı- Kayseri

•15-17/10/2014 Sağlık Bilimlerinde Beslenme Ve Gıda Zirvesi- Ankara

•08-09/11/2013 Çocuk Hastalıklarında Beslenme Sempozyumu- Ankara

•2012-2013 Gençlik ve Spor Bakanlığı Akademisi Yurtkur Kişisel Gelişim Seminerleri- Erzurum

•2011-2012 Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu Kariyer Eğitimi- Erzurum

•2010 Anadolu Jet /Jet Genç ‘Açılmamış Kanatların Büyüklüğü Bilinmez’ Kariyer Semineri- Erzurum

•2010 TTNET ‘TTNET’le Geleceğini Netleştir’ Kariyer ve NLP Semineri- Erzurum

Proje Üyelikleri:

•Konya Akören Belediyesi Avrupa Rüyası Projesi 2015

•Avrupa Birliği Comenius Multilateral Project 2014

•Gençlik ve Spor Bakanlığı Seyyah Projesi 2013

•Erzurum Valiliği ÇODEM (Çocuk Danışma ve Eğitim Merkezi) Projesi 2010

Bilgisayar Bilgisi: • Microsoft Office (Word, Excel, Powerpoint)

• BeBİS • SPSS

Ek-2. Genel Bilgiler Anket Formu

Kişisel Bilgiler

1-Yaş:.....

2-Cinsiyet : 1-Erkek 2-Kadın

3-Eğitim durumu : 1-İlkokul 2-ortaokul 3-lise 4-Üniversite 5-

Yüksek lisans/doktora

4-Medeni durumu : 1-Evli 2-Bekar 3-Ayrı,boşanmış veya dul

5-Varsa çocuk sayısı:.....

Antropometrik Ölçümler

6-Boy(cm)

7-Ağırlık(kg)

Sağlık Durumu

8-Sağlıklı olduğunuzu düşünüyor musunuz? 1-Evet 2-Hayır

9-Tanısı konulmuş bir hastalığınız var mı? 1-Evet 2-Hayır

10-Cevap evet ise bu hastalığınız nedir? Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz

a)Kalp-damar hastalıkları

b)Anemi

c)Şeker Hastalığı

d)Sindirim sistemi ile ilgili hastalıklar

e)Karaciğer, safra kesesi hastalığı

f)Böbrek hastalığı

g)Kemik-eklem hastalığı

h)Göğüs hastalıkları

ı)Solunum ile ilgili hastalıklar

i)Deri hastalıkları

j)Diğer.....

11-Sigara içiyor musunuz? 1-Evet 2-Hayır

12-Cevabınız evet ise kaç tane? Günde.....adet

13-Düzenli olarak fiziksel aktivite yapıyor musunuz? 1-Evet 2-Hayır

14- ULUSLARARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ

Bu bölümdeki sorular son 7 gün içerisinde fiziksel aktivitede harcanan zamanla ilgilidir.

14.1- Lütfen son 7 günde yaptığınız şiddetli fiziksel aktiviteleri düşünün. (işte, evde, bir yerden bir yere giderken, boş zamanlarınızda yaptığınız spor, egzersiz veya eğlence vb.) Şiddetli fiziksel aktiviteler yoğun fiziksel efor gerektiren ve nefes alıp

verme temposunun normalden çok daha fazla olduğu aktivitelerdir. Sadece herhangi bir zamanda en az 10 dakika süre ile yaptığınız aktiviteleri düşünün.

A)Geçen 7 gün içerisinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol, veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli fiziksel aktivitelerden yaptınız? Haftada ___gün Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. → (2.soruya gidin.)

B)Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız? Günde ___saat Günde ___dakika Bilmiyorum/Emin değilim.

14.2- Geçen 7 günde yaptığınız orta dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Orta dereceli aktivite orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir. Yalnız bir seferde en az 10 dakika boyunca yaptığınız fiziksel aktiviteleri düşünün.

A)Geçen 7 gün içerisinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya çiftler tenis oyunu gibi orta dereceli fiziksel aktivitelerden yaptınız? Yürüme hariç. Haftada ___gün Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. → (3.soruya gidin.)

B) Bu günlerin birinde orta dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız? Günde ___saat Günde ___dakika Bilmiyorum/Emin değilim.

14.3- Geçen 7 günde yürüyerek geçirdiğiniz zamanı düşünün. Bu işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığınız yürüyüş olabilir.

A)Geçen 7 gün, bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır? Haftada ___gün Yürümedim. → (4.soruya gidin.)

B)Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz? Günde ___saat Günde ___dakika Bilmiyorum/Emin değilim.

14.4- Son soru, geçen 7 günde hafta içinde oturarak geçirdiğiniz zamanlarla ilgilidir. İşte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dâhildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde oturarak geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır.

A)Geçen 7 gün içerisinde, günde oturarak ne kadar zaman harcadınız? Günde ___saat Günde ___dakika Bilmiyorum/Emin değilim

Sosyal Medya Kullanımı

15-Takipçi sayınız.....

16-Günlük Instagramda geçirdiğiniz süre.....

17-Başlangıç kilonuz.....

18-Kilo vermek için kullandığınız yöntem nedir?

1-Diyetisyen takibinde sadece diyet yaparak	
2-Diyetisyen takibinde diyet + spor yaparak	
3-Farklı metodlarda diyet yaparak(kendi başıma,sosyal medya diyetleri)	
4-Sadece spor yaparak	
5-Besin takviyeleri kullanarak	
6-Cerrahi müdahale(mide bandı,tüp mide,liposuction,lipoliz vb)	

19-Bu kiloları vermeniz ne kadar zamanınızı aldı? (ay bazında)

20-Günlük aldığınız Kalori miktarı nedir? Kkal



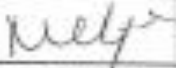
Ek-3. ORTO-15 Ölçeği

ORTO-15	Her zaman	Sık sık	Bazen	Hiçbir zaman
1- Yemek yerken yediklerinizin kalorisine dikkat eder misiniz?				
2- Çeşitli yiyeceklerin olduğu bir yerde yiyecek seçmek durumunda kalırsanız kararsızlık yaşar mısınız?				
3- Son üç ay içerisinde besinler konusunda endişelendiğiniz oldu mu?				
4- Sağlığınızla ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi?				
5- Yemeğinizin sağlıklı olması sizin için lezzetli olmasından daha mı önemlidir?				
6- Daha sağlıklı, daha taze besinler satın almak için daha fazla para harcamak ister misiniz?				
7- Sağlıklı beslenme ile ilgili düşünceler sizi günde üç saatten fazla meşgul eder mi?				
8- Sağlıksız olduğunu düşündüğünüz besinleri yediğiniz olur mu?				
9- Sizce, ruhsal durumunuz yeme düzeninizi etkiler mi?				
10- Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanlarını tüketmek kendinize olan güveninizi arttırır mı?				
11- Uyguladığınız beslenme tipi yaşam tarzınızı değiştirir mi? (dışarıda yeme sıklığı, arkadaşlar vb. açısından)				
12- Sağlıklı beslenmenin dış görünümünüzü daha iyi hale getirebileceğini düşünür müsünüz?				
13- Sağlıksız beslendiğinizde kendinizi suçlu hissedersiniz mi?				
14- Piyasada sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz?				
15- Son zamanlarda yemeklerinizi özellikle tek başına yemeği tercih eder misiniz?				

Ek-4. Yeme Tutum Testi

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

Ek-5. Etik Kurul Onayı

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
02.05.2017	10	2017/10-6	
<p>Karar No: 2017/10-6: Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu 02.05.2017 tarihinde Rektör Yardımcıları Toplantı odasında toplandı. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD'n de Prof. Dr. Metin Fikret GENÇ'in sorumlu araştırmacı olduğu; Darende Hulusi Efendi Devlet Hastanesinde Diyetisyen Sıla Özgül TEPE'nin "Sosyal Medya Üzerinden Diyet Yapan Bireylerin Ortoreksiya Nervoza ve Yeme Tutumlarının Saptanması: Instagram Örneği" başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin rapörtör raporu görüştüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde çalışmada <u>herhangi bir etik kusur olmadığına</u>; oy birliği ile karar verilmiştir.</p> <p style="text-align: center;">ASLI GİBİDİR</p> <p style="text-align: center;">ETİK KURUL SEKRETERYASI</p> <p style="text-align: center;">Seda HAKAN Memur</p>			
Prof. Dr. Metin Fikret GENÇ Etik Kurul Başkan Yardımcısı		Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. İbrahim ŞAHİN Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Behice ERCİ Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Saim YOĞLU Etik Kurul Üyesi	KATILDI