



**İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN
ORTOREKSİYA NERVOZA BELİRTİLERİNİN VE YEME
TUTUMLARININ SAPTANMASI**

Özge EROL

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Ali ÖZER**

Yüksek Lisans Tezi – 2018

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN
ORTOREKSİYA NERVOZA BELİRTİLERİNİN VE YEME TUTUMLARININ
SAPTANMASI**

Özge EROL

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Ali ÖZER**

**MALATYA
2018**

KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Özge EROL'un "İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Ortoreksiya Nervoza Belirtilerinin ve Yeme Tutumlarının Saptanması "** konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 19/06/2018


Prof. Dr. Ali ÖZER
İnönü Üniversitesi
Tez Danışmanı
Jüri Başkanı


Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN
İnönü Üniversitesi
Üye


Prof. Dr. Edibe PİRİNÇCI
Fırat Üniversitesi
Üye


Prof. Dr. Metin Fikret GENÇ
İnönü Üniversitesi
Üye


Dr. Öğr. Üyesi Harika Gözde GÖZÜKARA BAĞ
İnönü 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/...../2018 tarih ve 2018/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Beslenme.....	3
2.2. Besin ve Besin Ögeleri	4
2.2.1. Makro Besin Ögeleri.....	4
2.2.1.1. Karbonhidratlar	4
2.2.1.2. Yağlar.....	5
2.2.1.3. Proteinler.....	5
2.2.2. Mikro Besin Ögeleri	6
2.2.2.1. Mineraller.....	6
2.2.2.2. Vitaminler	7
2.3. Besin Grupları.....	9
2.3.1. Süt ve Süt Ürünleri Grubu	9
2.3.2. Et ve Ürünleri, Yumurta, Kurubaklagiller ve Yağlı Tohumlar Grubu	9
2.3.3. Sebze ve Meyve Grubu.....	10
2.3.4. Ekmek ve Tahıl Grubu.....	11
2.4. Yeterli ve Dengeli Beslenme	11
2.5. Yeme Bozuklukları	13
2.5.1. Yeme Bozukluklarının Sınıflandırılması	14
2.5.2. Pika	14
2.5.3. Ruminasyon Bozukluğu.....	15
2.5.4. Kaçınan/Kısıtlayıcı Yiyecek Alım Bozukluğu	16
2.5.5. Anoreksiya Nervoza	17
2.5.6. Bulimiya Nervoza	19
2.5.7. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu	20
2.5.8. Tanımlanmış Diğer Beslenme veya Yeme Bozukluğu.....	21
2.6. Yeme Bozukluklarının Tedavisi	23

2.6.1. Bilişsel Davranış Terapisi	24
2.6.2. Diyalektik Davranış Terapisi	24
2.6.3. Tıbbi Beslenme Tedavisi	25
2.6.4. Kişiler Arası Psikoterapi	27
2.6.5. Psikofarmakoterapi	27
2.7. Ortoreksiya Nervoza	28
3. MATERYAL VE METOT	32
3.1. Araştırmanın Türü.....	32
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	32
3.3. Araştırmanın Evreni.....	32
3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	32
3.4.1. Genel Bilgi Formu	33
3.4.2. ORTO-15 Ölçeği.....	33
3.4.3. Yeme Tutum Testi (YTT).....	33
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	34
3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi	34
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	34
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	35
4. BULGULAR.....	36
5.TARTIŞMA	61
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	73
KAYNAKLAR	76
EKLER.....	85
EK-1. Özgeçmiş.....	85
EK-2. Anket Formu	88
EK-3. ORTO-15 Ölçeği.....	90
EK-4. Yeme Tutum Testi.....	91
EK-5. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığından Alınan İzin Belgesi	92
EK-6. Etik Kurul Onay Belgesi	93

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans öğrenimim süresince ve tez çalışmamın her anında değerli akademik bilgi ve deneyimleri ile çalışmama büyük katkılar sağlayan; sabrını ve desteğini her daim hissettirerek beni motive eden danışmanım değerli hocam sayın Prof. Dr. Ali ÖZER'e,

Yüksek Lisans öğrenimim boyunca bilgi ve destekleriyle bana katkı sağlayan değerli hocalarım sayın Prof. Dr. Metin Fikret GENÇ'e, sayın Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN'a ve sayın Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ'e,

Çalışmamın verilerinin toplanmasında emeği geçen İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesinin değerli hocalarına, Mert DOĞAN'a, Ayda AYDOĞAN'a ve Alper ZENGİN'e,

Hayatımın her anında bana destek olan, öğrenimim ve çalışmam boyunca bana büyük sabır gösteren canım annem Nazire EROL'a, babam Erkan EROL'a, kardeşlerim Mustafa Ege ve Burcu EROL'a,

Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden tüm öğrencilere en içten sevgi, saygı ve sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Özge EROL

ÖZET

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Ortoreksiya Nervoza Belirtilerinin ve Yeme Tutumlarının Saptanması

Amaç: Bu çalışmanın amacı, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin ortoreksiya nervoza belirtilerini ve yeme tutumlarını incelemektir.

Materyal ve Metot: Kesitsel tipteki bu çalışma 2017 yılında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenim gören 298 öğrenci üzerinde yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak; Genel Bilgi Formu, ORTO-15 ölçeği, YTT-40 kullanılmıştır. Verilerin analizinde 'SPSS 22.0 for Windows' programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde Pearson Kesin Ki-Kare testi, Fisher Ki-Kare testi ve Süreklilik Düzeltmeli Ki-Kare testi kullanılmıştır, anlamlılık değeri $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Öğrencilerin %76.2'sinin ortoreksiya eğiliminde olduğu ve %11.1'inde yeme bozukluğu olduğu bulunmuştur. 24 yaş grubundaki öğrencilerin diğer yaş grubundaki öğrencilere ve şişman öğrencilerin diğerlerine kıyasla daha az ortoreksiya eğiliminde olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Üçüncü sınıfta öğrenim gören öğrencilerin dördüncü, beşinci ve altıncı sınıfta okuyanlara kıyasla ortoreksiya eğilimlerinin daha fazla, beşinci sınıfta öğrenim gören öğrencilerin birinci, ikinci, üçüncü sınıfta okuyanlara kıyasla ortoreksiya eğilimlerinin daha az olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Doğru beslenme bilgilerine erişildiğinde; her zaman davranış değiştiren bireylerin nadiren davranış değiştirenlere göre ortoreksiya eğilimlerinin yüksek olduğu ve her zaman davranış değiştiren bireylerin yeme bozukluğunun, sık sık, nadiren veya hiçbir zaman değiştirmeyenlerden daha fazla olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Kitap-bilimsel yayından beslenme bilgisi alanların, almayanlara kıyasla yeme bozukluğu yüzdesinin düşük olduğu, diyetisyenden bilgi alanların almayanlara kıyasla yeme bozukluğu yüzdesinin yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Sonuç: Araştırmamızla birlikte, ortoreksiya eğilimini değerlendirilen yöntemlerin güncellenme ve geliştirilme ihtiyacı ön plana çıkarılmaktadır. Tıp fakültesi öğrencilerinin, beslenme ve ortoreksiya nervozaya farkındalık eğitimleriyle yeme bozuklukları ve ortoreksiya nervoza eğilimlerinin azaltılabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Beslenme ve diyetetik, halk sağlığı, ortoreksiya nervoza, sağlıklı beslenme takıntısı, yeme alışkanlıkları.

ABSTRACT

Determination of Orthorexia Nervosa Symptoms and Eating Attitudes in Inonu University Faculty of Medicine Students

Aim: The aim of this study is to examine orthorexia nervosa symptoms and eating attitudes of students in Inonu University Faculty of Medicine.

Material and Method: This cross-sectional study was conducted on 298 students who educated Inonu University Faculty of Medicine in 2017. Data collection tools were General Information Form, ORTO-15, EAT-40. SPSS 22.0 and Pearson Exact, Fisher's, Yate's Continuity Corrected Chi-Square tests were used for statistical analysis and significance value was accepted $p < 0.05$.

Results: %76.2 of students had orthorexia tendency, %11.1 of students had eating disorders. 24 aged students were found to less orthorexic than others and obese students tend to have less orthorexic than others ($p < 0.05$). In third grade students had more orthorexic than fourth, fifth and sixth; fifth grade students had less orthorexic than first, second and third ($p < 0.05$). It was found individuals who changed their eating behavior always had more orthorexic than changed eating behavior rarely and individuals who changed eating behavior always had more eating disorder rate than others ($p < 0.05$). It was found individuals who received information from book-scientific publications had lower percentage of eating disorders than others and individuals who received information from dietitians had higher eating disorders rate than those who did not ($p < 0.05$).

Conclusion: According to our results, methods that are evaluated for orthorexia tendency are required to be updated and developed. It thought that medical school students will be able to reduce eating disorders and orthorexia nervosa through train awareness of orthorexia nervosa.

Keywords: Nutrition and dietetics, public health, orthorexia nervosa, healthy eating obsession, eating attitudes

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AFRID	: Avoidant / Restrictive Food Intake Disorder
AN	: Anoreksiya Nervoza
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
BN	: Bulimiya Nervoza
DDT	: Diyalektik Davranış Terapisi
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EAT	: Eating Attitude Test
EDNOS	: Eating Disorder Not Otherwise Specified
KAP	: Kişiler Arası Terapi
ON	: Ortoreksiya Nervoza
TDBYB	: Tanımlanmış Diğer Beslenme veya Yeme Bozukluğu
TYB	: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
YTT	: Yeme Tutum Testi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 2.1. Beslenme ile ilişkili bilim dalları	4
Şekil 2.2. Dört yapraklı yonca modeli	9



TABLULAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.1. Mineral kaynakları ve yetersizliklerinde görülen semptomlar	6
Tablo 2.2. Yağda çözünen vitaminlerin kaynakları ve yetersizlik belirtileri	7
Tablo 2.3. Suda çözünen vitaminlerin kaynakları ve yetersizlik belirtileri	8
Tablo 2.4. Yaş gruplarına göre günlük tüketilmesi önerilen porsiyon miktarları	12
Tablo 2.5. Yeme bozukluklarında tıbbi beslenme tedavisine yönelik değerlendirme parametreleri	26
Tablo 2.6. Ortoreksiya Nervoza'nın tanı kriterleri	30
Tablo 4.1. Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımları	37
Tablo 4.2. Öğrencilerin çeşitli değişkenlerinin dağılımları	39
Tablo 4.3. Öğrencilerin beslenme bilgilerine erişim kaynaklarının dağılımları	40
Tablo 4.4. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre ORTO-15 kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.5. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre YTT kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.6. Öğrencilerin yaş gruplarına göre ORTO-15 kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.7. Öğrencilerin yaş gruplarına göre YTT kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.8. Öğrencilerin beden kütle indekslerine göre ORTO-15 kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması	45
Tablo 4.9. Öğrencilerin beden kütle indekslerine göre YTT kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması.....	45
Tablo 4.10. Öğrencilerin sınıflarına göre ORTO-15 kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.11. Öğrencilerin sınıflarına göre YTT kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.12. Öğrencilerin ikamet yerleri ve yaşadıkları yere göre ORTO-15 kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması.....	48
Tablo 4.13. Öğrencilerin ikamet yerlerine ve yaşadıkları yere göre YTT kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması	49
Tablo 4.14. Öğrencilerin ebeveynlerinin eğitim düzeyine göre ORTO-15 kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması	50
Tablo 4.15. Öğrencilerin ebeveynlerinin eğitim düzeyine göre YTT kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması	51
Tablo 4.16. Öğrencilerin çeşitli değişkenlere göre ORTO-15 kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması.....	53
Tablo 4.17. Öğrencilerin çeşitli değişkenlere göre YTT kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması.....	55

Tablo 4.18. Öğrencilerin beslenme bilgilerine erişim kaynaklarına göre ORTO-15 kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması	56
Tablo 4.19. Öğrencilerin beslenme bilgilerine erişim kaynaklarına göre YTT kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması.....	58
Tablo 4.20. Öğrencilerin ORTO-15 kesim noktası değerlerine göre YTT kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması.....	60



1. GİRİŞ

Beslenme; büyüme, gelişme, sağlığın korunması ve yaşamın devam ettirilebilmesi için hayatın her döneminde sağlığın temelini oluşturan bir ihtiyaçtır (1). Bireylerin sosyal, çalışma ve eğitim yaşantısını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmeleri için yeterli ve dengeli beslenmeleri gerekmektedir. Yeterli ve dengeli beslenmenin temel şartları arasında, sağlıklı yeme davranışı oldukça önemli bir yere sahiptir. Geçmiş yıllarda, yeme bozuklukları sosyoekonomik düzeyi yüksek veya orta seviyede olan toplumlarda genç ve ergen kadınlarda görüldüğü düşünülen bir durum iken, son yıllarda modernleşmenin etkisiyle gelişmekte olan ülkelerde de toplumun büyük bir bölümünün sağlığını etkileyen bir klinik tablo haline gelmektedir (2).

Amerikan Psikiyatri Birliği, yeme bozukluklarının tanımlanmasını ve sınıflanmasını geliştirmek amacıyla, Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM)'ni yayımlamıştır (3, 4). DSM' de, yer alan tanı ölçütlerine göre yeme bozukluğu için tanı kriterlerini tam anlamıyla karşılamayan ve olumsuz yeme davranışı gösteren bir grubun varlığından bahsedilmiştir. Bu bağlamda yeme bozukluğuna sahip bu grupların, özelliklerinin belirlenebilmesi, tanı kriterlerinin tespit edilebilmesi ve sınıflandırılabilmesi için bireylerin yeme tutumlarının değerlendirilmesine ve taranmasına ihtiyaç duyulmaktadır (2).

Yeme tutumu ve davranışlarının araştırılması, güncel literatürde birçok yönüyle değerlendirilen ve sık tartışılan bir konu olarak belirtilmektedir. Bireylerin yeme tutumlarındaki değişimler, olumsuz tıbbi ve psikiyatrik durumlarla sonuçlanabilen yeme bozukluklarının oluşmasına sebep olmaktadır. Bu durum, beslenmenin fizyolojik etkilerinin yanı sıra, psikolojik etkilerinin de araştırılma ihtiyacını ortaya çıkarmaktadır (5, 6). Yeme bozukluklarının fizyolojik ve psikolojik etkileri bütüncül olarak araştırıldığında, etiyojisinin; aile içi sorunlar, ailede yeme ve psikiyatrik bozukluklara yönelik öykünün varlığı, benlik saygısının düşük olması, obezite veya vücut ağırlığının kontrolüne yönelik abartılı uğraşlar, sosyokültürel normlar, cinsel travma, biyolojik ve genetik faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir (7). Ayrıca, literatürde yeme bozukluğuna sahip bireylerin ortak özellikleri; özgüveni olmayan, endişeli, saplantılı, çekingen, uysal, utangaç, mükemmeliyetçi olarak belirtilmiştir (8).

Güncel araştırmalar, toplum sağlığını iyileştirmeye yönelik sorunları incelemektedir ve sağlıklı beslenme de bu bağlamda önemli bir unsur haline gelmiştir. Ayrıca, gelişen bilgi teknolojileri sayesinde bireylerin beslenme ve sağlık hakkındaki bilgiye ulaşma imkanları artmaktadır. Bu doğrultuda, insanlarda beslenmenin; mortalite ve morbidite oranı yüksek olan hastalıkların üzerine etkisi, sağlıklı yaşam ve sağlığın korunmasıyla ilişkili beslenme bilgileri gibi konuların yazılı, görsel ve sosyal medyada sıkça gündeme gelmesi sebebiyle beslenmeye yönelik bir farkındalık gelişmektedir. Bu farkındalıklar çerçevesinde şekillenen bireylerin yeme davranışları sağlıklı beslenmeye yönelik katkı ve saplantılı hale geldiğinde bireyin yaşam kalitesi ve işlevselliğine etki eden bir bozukluk haline dönüşebileceği düşünölmektedir (9-12).

Ortoreksiya, kökeni Yunanca orto (doğru) ve orexis (iştah) kelimelerine dayanan ve pratikte “doğru beslenme” anlamına gelen bir kavramdır. Ortoreksiya Nervoza (ON) ise, Steve Bratman tarafından 1997 yılında “sağlıklı beslenme ve gıdalara yönelik sağlıksız bir saplantı” olarak tanımlanmaktadır (13). Gerek sosyal yaşantı gerekse günlük yaşamda sağlıklı beslenmeye yönelik oluşun bu saplantı, bireyin tükettiği gıda miktarını ve enerji alımını kısıtlanmasıyla sonuçlanmaktadır (14).

Ortoreksiya nervoza, güncel literatürde sıkça araştırılan ve klinik özellikleri bakımından yeme bozukluğu olarak kabul gören bir rahatsızlık olmasına rağmen, Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın güncel versiyonunda bir yeme bozukluğu olarak tanımlanmamıştır. Bu doğrultuda, araştırmalarda ON'nin DSM'de yer alması gerekliliği tartışılmış fakat kanıt düzeyi yüksek araştırma sayısının artırılmasına ihtiyaç duyulması sebebiyle, bu konuda fikir birliğine varılamamıştır (15). Ayrıca, ON'ye yönelik risk faktörlerinin araştırıldığı çalışmalarda; sağlık çalışanları (hekim, diyetisyen, fizyoterapist, hemşire vb.), üniversite öğrencileri (beslenme ve diyetetik bölümü öğrencileri, tıp fakóltesi öğrencileri, beden eğitimi öğrencileri), performans sanatçıları (dansçı, müzisyen) ve atletizm sporcularının risk altında olduğu belirtilmiştir (10, 16-22).

Çalışmamızın amacı, İnönü Üniversitesi Tıp Fakóltesi öğrencilerinin ortoreksiya nervoza belirtilerini ve yeme tutumlarını incelemektir.

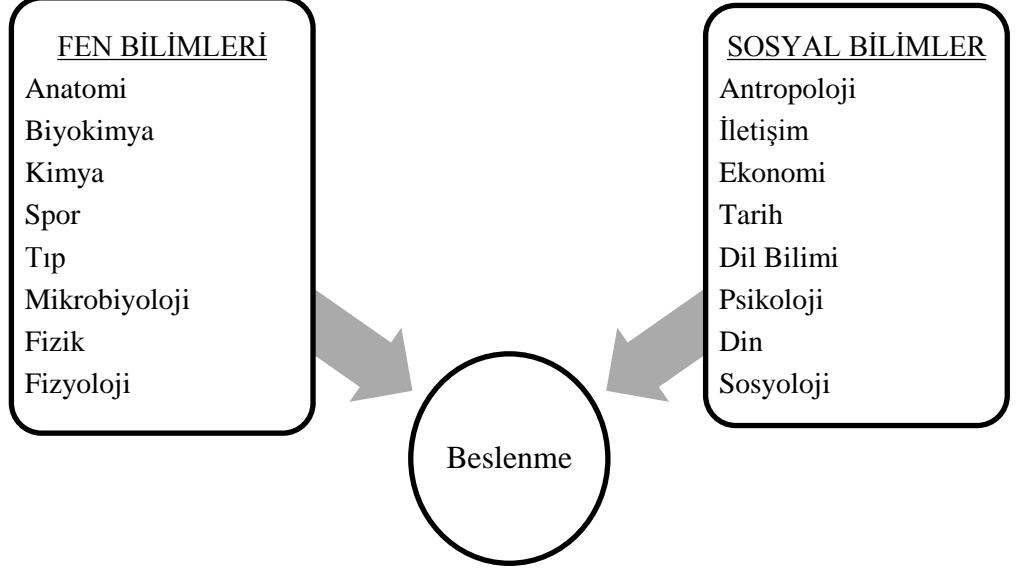
2. GENEL BİLGİLER

2.1. Beslenme

Beslenme, organizmanın; büyümesi, gelişmesi, sağlığının korunması ve yaşamını devam ettirilebilmesi için gerekli temel ihtiyaçlardandır. Dünya Sağlık Örgütü beslenmeyi vücudun gereksinimleri ile ilişkili olan gıdaların tüketilmesi işlemi olarak tanımlamaktadır. Başka bir deyişle, temel yaşam fonksiyonlarının devamlılığının sağlanabilmesi için gerekli olan besin öğeleri ile birlikte biyoaktif bileşenler içeren besinlerin tüketilmesi ve vücutta kullanılması işlemidir (23, 24).

Maslow, insan ihtiyaçlarının en temelini fizyolojik gereksinimler olduğunu, bu gereksinimlerin en önemlilerinden birinin ise beslenme olduğunu belirtmektedir (25). Hayatın her döneminde sağlığın temelini oluşturan beslenme; metabolizmanın ihtiyacı olan enerji ve besin öğelerinin yeterli miktarda sağlanması için gereklidir (26).

Beslenme bilimi; tüketilen besinlerin bileşiminin analizini, birbirleri ile etkileşimlerini ve vücuttaki fonksiyonlarını inceleyen bir bilim dalıdır (27). Beslenme bilimi tarihin tüm dönemlerinde insan yaşamı ve sağlığı için ön planda olmaktadır. Beslenme; kimya, fizik, mikrobiyoloji, biyokimya, tarım, tıp gibi bilimlerin bir sentezi olarak geliştirilmiştir. Dolayısıyla beslenme aşağıda gösterildiği gibi birçok bilim dalıyla ilgilidir (20) (Şekil 2.1.). Beslenme, insan sağlığı ve gelişimini ilgilendirdiğinden, toplumların geçirdiği politik, sosyal, ekonomik, kültürel ve teknolojik olaylardan da etkilenmektedir. Bilimsel ve teknolojik gelişmeler beslenme biliminin gelişimine ve yenilenmesine katkı sağlamaktadır (28).



Şekil 2.1. Beslenme ile ilişkili bilim dalları (29)

2.2. Besin ve Besin Ögeleri

Besin, günlük diyetimizde bulunan tükettiğimiz bitki ve hayvan dokularının yenilebilen kısımları olarak tanımlanmaktadır (30). Besinlerin yapıtaşları “besin ögeleri” olarak ifade edilmektedir. Günlük diyetle alım oranı fazla olan makro besin ögeleri karbonhidratlar, proteinler ve yağlardan oluşmaktadır. Mikro besin ögeleri ise metabolizmanın devamlılığı ve enerji üretiminde aktif olarak görev alan vitaminler ve minerallerden meydana gelmektedir (23, 29, 30).

2.2.1. Makro Besin Ögeleri

Makro besin ögeleri, beslenmemizin ve enerji ihtiyaçlarımızın büyük bir bölümü karşılayan bileşenler olan karbonhidratlar, yağlar, proteinlerden oluşmaktadır (23, 30).

2.2.1.1. Karbonhidratlar

Günlük enerji ihtiyaçlarının büyük bir bölümünü karşılamak için tüketilen karbonhidratlar, içeriğindeki glikoz molekülünün sayısına göre basit ve kompleks karbonhidratlar olarak gruplanmaktadır. Tek molekül içeren karbonhidratlar glikoz, galaktoz ve fruktozdur. İki molekül karbonhidrat içerenler ise laktoz, maltoz ve sukrozdur. Yapısında bir veya iki molekül şeker içeren karbonhidratlar basit karbonhidratlar olarak tanımlanmaktadır ve besinlere tatlı tadını vermektedir. Basit karbonhidratlar, meyve, süt, gazlı ve meyveli içecekler, şekerlemeler ve tatlılarda bulunmaktadır. Kompleks karbonhidratlar ise yapısında nişasta ve posa içermektedir.

Başlıca kompleks karbonhidrat kaynakları kurubaklagiller (kuru fasulye, mercimek, nohut), tahıllar (buğday, yulaf, arpa, çavdar, pirinç ve darı) ve kök sebzeler (patates, havuç)'dir (23, 30).

2.2.1.2. Yağlar

Erişkin insanların vücut ağırlıklarının ortalama %15-20'lik miktarı yağdan oluşmaktadır. Yağlar metabolizmamızda, gastrointestinal sistem içerisinde yapı taşları olan yağ asitlerine dönüştürülerek emilimi sağlanmaktadır. Yiyeceklerden alınan günlük enerjinin, harcanan enerjiden daha fazla olması halinde yağ asitlerinin bir bölümü, vücutta depolanmaktadır. Bedenin düzenin sağlanması için bazı hormonların ve kolesterolün yapımında kullanılmaktadır. Vücudumuzda depolanan yağlar; enerji metabolizmasının devamlılığı için önemli bir rol oynamaktadır ve yeterli miktarda enerji alınmadığında bu depo kullanılır. Ayrıca, deri altında depolanan yağ vücut ısısının düzenlenmektedir. Ayrıca, beden için önemli olan kimyasal bileşenler ve yağda eriyen vitaminlerin vücutta alınabilmesinde görev almaktadır. Besinlerin bünyesinde bulunan yağ molekülleri, enerji metabolizmasına diğer besin kaynaklarına oranla daha yavaş sindirilmekte ve bu sayede doyumluk hissi sağlamaktadır. Ayrıca yağlar, yiyeceklere lezzet ve gevreklik vermektedir (23, 30).

2.2.1.3. Proteinler

Yetişkin insan vücut ağırlığının ortalama %16'sı proteinlerden oluşmaktadır. Proteinler, gastrointestinal sistem fonksiyonu ile yapı taşları olan aminoasitlere ayrılırlar ve kan yoluyla başta karaciğer olmak üzere organlara taşınmaktadır. Aminoasitler, vücut içerisinde farklı görevlerden sorumlu olan enzim ve hormon gibi yapıların oluşturulması için vücut tarafından belirli bir düzende birleştirilmektedir. Vücudumuzda aminoasitlerin depolanması oldukça sınırlı miktarlarda yapılmaktadır ve depolanan aminoasitler ise karaciğerde saklanmaktadır. Proteinlerin insan metabolizmasında birçok görevi bulunmaktadır. Aminoasitler, büyüme ve gelişme ile birlikte doku ve organların yapısında bulunan hücrelerin yenilenmesinde ve bağışıklık sisteminin devamlılığının sağlanabilmesinde gerekli olan en temel yapıtaşı olarak görev almaktadır. Sağlıklı bir beslenme için günlük diyetin %10-20'lik bölümünün proteinlerden sağlanması önerilmektedir (23, 30).

2.2.2. Mikro Besin Öğeleri

Mikro besin öğeleri, sağlıklı bir metabolizmanın sürdürülebilmesinde büyük bir öneme sahip olan mineraller ve vitaminlerden oluşmaktadır (23, 30).

2.2.2.1. Mineraller

Erişkin insan vücut ağırlığının ortalama %6'lık bölümü minerallerden oluşmaktadır. Kalsiyum, magnezyum ve fosfor gibi mineraller kemik ve diş dokularında bulunmaktadır. Demir ve kobalt ise, kan yapımında ve çinko bağışıklık sistemi için önemlidir (23, 30). Sağlıklı bir beslenme için gerekli olan mineral kaynakları ve yetersizliklerinde görülen semptomlar Tablo 2.1'de özetlenmiştir (28).

Tablo 2.1. Mineral kaynakları ve yetersizliklerinde görülen semptomlar (Değiştirilmeden alınmıştır.) (28)

MİNERALLER	ÖNEMLİ KAYNAKLARI	YETERSİZLİK BELİRTİLERİ
Kalsiyum	Süt ve süt ürünleri, yeşil yapraklı sebzeler,	Çocuklarda büyüme geriliği ve raşitizm, yetişkinlerde kemik kaybı, sinir ileti bozukluğu, kanın pıhtılaşmaması, tetani
Fosfor	Hayvansal besinler (süt, yumurta, et), tahıllar,	Büyüme geriliği, diş ve kemik yapısı bozukluğu, tetani, sinir sistemi bozuklukları
Magnezyum	Tahıllar, kurubaklagiller, sert kabuklu yemişler, yeşil sebzeler, süt	Nörolojik bozukluklar, kardiyovasküler sorunlar, bulantı, çocuklarda büyüme geriliği
Demir	Kırmızı et ve ürünleri, tavuk, zenginleştirilmiş tahıl ürünleri, koyu yeşil yapraklı sebzeler, kuru meyveler	Demir yetersizliği anemisi, güçsüzlük, yorgunluk, bağışıklık sistemi bozukluğu
Flor	Florlu su, çay, kılçığı ile yenilen deniz balığı	Diş çürümesi
Çinko	Tam tahıllar, et, yumurta, karaciğer, deniz ürünleri	Büyüme geriliği, iştah kaybı, tat duyusu kaybı, deri belirtileri, bağışıklık sistemi bozukluğu, yara iyileşmesinde gecikme
İyot	İyotlu tuz, deniz ürünleri	Basit guatr, zekâ geriliği, kretinizm, büyüme geriliği, hipotroidi, düşükler, ölü doğum, düşük doğum ağırlığı

2.2.2.2. Vitaminler

Vitaminler, yağda ve suda çözünen vitaminler olarak iki temel grupta incelenmektedir. Yağda çözünen A, D, E ve K vitaminleri ve suda çözünen B grubu ve C vitaminleri; enerji metabolizmasında, kan hücrelerinin yapımında ve bağışıklık sisteminin optimum koşullarda çalışabilmesinde görev almaktadır. Ayrıca, büyüme ve gelişmenin önemli bir parametresi olan kemik gelişiminin sürdürülebilmesinde D vitamini elzem rol oynamaktadır. A, E ve C vitaminleri, vücuttaki serbest radikallerin etkilerinin azaltılmasında ve uzaklaştırılmasında antioksidan olarak görev yapmaktadır. Folik asit, B6, B12 ve C vitaminleri, kan hücrelerinin yapımında görev almaktadır (23, 30). Tablo 2.2’de ve Tablo 2.3’de bazı vitamin kaynakları ve yetersizlik belirtileri gösterilmiştir (28).

Tablo 2.2. Yağda çözünen vitaminlerin kaynakları ve yetersizlik belirtileri (Değiştirilmeden alınmıştır.) (28)

VİTAMİNLER	ÖNEMLİ KAYNAKLARI	YETERSİZLİK BELİRTİLERİ
YAĞDA ÇÖZÜEN VİTAMİNLER		
A vitamini	Karaciğer, süt, tereyağı, peynir, zenginleştirilmiş margarin	Gece körlüğü, göz kuruması, deri kuruluğu, infeksiyonlara duyarlılıkta artış, iştah kaybı
Beta-karoten	Havuç, ıspanak, turuncu ve koyu yapraklı besinler ve turuncu meyveler	
D vitamini	Güneş ışığı, zenginleştirilmiş besinler ve margarin, tereyağı, yumurta sarısı	Raşitizm, osteomalasi (kemik yumuşaması), osteoporoz (kemik kaybı ve kırıklar)
E vitamini	Bitkisel yağlar, tam tahıllar, fındık,badem, ceviz vb. sert kabuklu yemişler, yeşil yapraklı sebzeler	Anemi (kırmızı kan hücrelerinde parçalanma), güçsüzlük, nörolojik sorunlar, kas krampları
K vitamini	Koyu yeşil yapraklı sebzeler	Kanama

Tablo 2.3. Suda çözünen vitaminlerin kaynakları ve yetersizlik belirtileri (Değiştirilmeden alınmıştır.) (28)

VİTAMİNLER	ÖNEMLİ KAYNAKLARI	YETERSİZLİK BELİRTİLERİ
SUDA ÇÖZÜNEN VİTAMİNLER		
B₁ (tiamin)	Tam tahıllar, tahıllar (bulgur vd.), zenginleştirilmiş ekmek ve kahvaltılık tahıllar, organ etleri, sert kabuklu yemişler (findık vb.), kurubaklagiller	Beriberi, kas zayıflığı, mental karışıklık, anoreksi, kalp büyümesi, sinir sistemi bozuklukları
B₂ (riboflavin)	Süt ve ürünleri, zenginleştirilmiş ekmek ve tahıllar, yağsız et, balık, yeşil sebzeler	Ağız kenarında ve dudaklarda yarılma ve çatlaklar, deri bozuklukları, ışığa aşırı duyarlılık, kırmızı-mor dil, gözle ilgili sorunlar
Niasin	Yumurta, tavuk, balık, süt, tam tahıl, sert kabuklu yemişler (findık vb.) zenginleştirilmiş ekmek ve tahıllar, et ve ürünleri, kurubaklagiller	Pellegra, diyare, dermatit, müköz dokuda inflamasyon, sinir sistemi bozuklukları
B₆ vitamin	Yumurta, tavuk, balık, tam tahıl, sert kabuklu yemişler (findık vb.), karaciğer, böbrek	Anemi, konvülsiyon, ağız kenarlarında çatlaklar, dermatit, bulantı, kafa karışıklığı (konvüzyon)
Folat	Yeşil yapraklı sebzeler, maya, portakal, tam tahıllar, kurubaklagiller, karaciğer	Anemi, güçsüzlük, yorgunluk, huzursuzluk, solunum güçlüğü, büyük ve şişmiş dil, kalp damar hastalığı, Nöral tüp bozukluğu
B₁₂ vitamini	Tüm hayvansal besinler, zenginleştirilmiş besinler	Anemi, yorgunluk, sinir sistemi bozuklukları, ağrılı dil, sinir sisteminde bozukluk
C vitamini	Turunçgiller, çilek, domates, patates, lahana, yeşil yapraklı sebzeler	Skorbüt, anemi, hastalıklara duyarlılık, diş eti ve kılcal damar kanamaları, eklem ağrısı, yara iyileşmesinde gecikme, saç kaybı, demir emiliminde azalma

2.3. Besin Grupları

Besinler içerisinde bulunan yapıtaşlarının miktarı ve çeşitliliği bakımından benzerlik veya farklılık göstermektedir (31). Benzer içerikte olan besinler, dört gruptan oluşmaktadır. Yeterli ve dengeli beslenme için elzem olarak kabul edilen bu gruplar, ülkemizde “dört yapraklı yonca” modeli ile görsel olarak ifade edilmiştir (23) (Şekil 2.2).



Şekil 2.2. Dört yapraklı yonca modeli (Değiştirilmeden alınmıştır.) (23)

2.3.1. Süt ve Süt Ürünleri Grubu

Süt ve süt ürünleri grubu, farklı memeli hayvanlardan elde edilen süt ve sütün işlenerek üretilen yoğurt, kefir, peynir, sütlü tatlılar ve süt tozu vb. ürünlerden oluşmaktadır. Süt ve süt ürünleri, yapısında bulundurduğu yüksek kalitedeki proteinler, mineraller (kalsiyum, çinko ve fosfor) ve vitaminler (tiyamin, riboflavin, B6, B12 ve niasin) ile birlikte sağlıklı beslenme için ihtiyaç duyulan makro ve mikro besin öğeleri bakımından önemli bir kaynak olmaktadır. Ayrıca, süt yağı A, D, E ve K vitaminlerini bünyesinde bulundurmaktadır. Sütün yağ oranı azaldıkça, vitamin içeriğinin miktarı da azalmaktadır. Sağlıklı bir beslenme için gelişim çağında bulunan çocuklar ve gençler, fertilité dönemindeki kadınlar ve yaşlıların süt ve süt ürünlerini her gün tüketmesi önerilmektedir (23, 30).

2.3.2. Et ve Ürünleri, Yumurta, Kurubaklagiller ve Yağlı Tohumlar Grubu

Et ve ürünleri, yumurta, kurubaklagiller ve yağlı tohumlar grubunda; kırmızı et, beyaz et, yumurta, fasulye, mercimek, nohut, barbunya vb. gıdalar ve sert kabuklu

yemişler/yağlı tohumlar yer almaktadır. Sert kabuklu yemişler/yağlı tohumlar, içerdikleri yağ miktarının diğer besin ögelerine göre fazla olması sebebiyle tüketim miktarlarına dikkat edilmesi önerilmektedir. Bu grupta yer alan besinler, yüksek kalitede protein, mineral (demir, fosfor, çinko ve magnezyum) ve vitamin (B1, B6, B12 ve A) kaynağı içermektedir. Kan hücrelerinin üretiminde ve sinir hücrelerinin şeklinin korunmasında önemli rol oynayan B12 vitamini, sadece hayvansal kaynaklı gıdalarda bulunmaktadır. Ayrıca, kurubaklagiller, gastrointestinal sistemin sağlığında önemli rol oynamakta ve posa bakımından zengin bir içeriğe sahip olduğu bilinmektedir (23, 30).

Büyüme ve gelişmenin sağlanması, hücre yenilenmesinde, doku tamiri ve onarımında, görme fonksiyonunun sağlanması, kan hücrelerinin üretiminde, sinir ve sindirim sisteminde ve deri sağlığının korunmasında etin rol oynayan bileşenler en fazla bu grupta bulunmaktadır. Ayrıca, bağışıklık sisteminin düzenlenmesine katkı sağlayarak hastalıklara yönelik direnç geliştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır (23).

2.3.3. Sebze ve Meyve Grubu

Bitkisel kaynaklı gıdalar, sebze ve meyve grubu altında toplanmaktadır. Bu besin grubunun önemli özelliklerinden birisi içeriğinin büyük miktarının sudan oluşmasıdır. Bu sebeple, sebze ve meyve grubundaki besinlerin vücudun enerji ve protein ihtiyacına olan katkıları diğer besin gruplarına kıyasla daha az olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte, mineral ve vitamin yoğunluğu bakımından diğer besin gruplarına kıyasla daha zengindir. Özellikle folat, beta-karoten E, B2, C, K vitamini ve kalsiyum, magnezyum, potasyum, demir gibi önemli mineraller ile birlikte posa ve antioksidan özelliği bulunan bileşikler bakımından zengin bir içeriğe sahip olduğu bilinmektedir. Bu yiyecek grubu; büyüme, gelişme, doku ve hücre yenilenmesi, ağız ve diş sağlığı ile birlikte immün sistemin direncinin oluşumu için gerekli bileşenlerin sağlanması etkili bir kaynak görevi görmektedir. Ayrıca, sağlıksız ve dengesiz beslenme sonucu oluşan obezite ve kronik hastalıkların (inme, kanser, hipertansiyon ve tip 2 diyabet v.b) oluşma olasılığını azalttığı bilinmektedir. Sebze ve meyve grubu, özellikle çocuk ve erişkinlerde ideal vücut ağırlılığının sağlanması ve korunmasında, doyunluk hissi ve düşük miktarda enerji sağlamaları sebebiyle önemli bir besin kaynağıdır. Ayrıca, yapısında bulunan zengin lif içeriği ile gastrointestinal sistemin düzenli bir şekilde çalışmasına yardımcı olmaktadır (23, 30).

2.3.4. Ekmek ve Tahıl Grubu

Tahıl grubu, sosyoekonomik düzeyi düşük olan toplumların en önemli besin kaynağıdır. Buğday, pirinç, mısır, çavdar, yulaf, arpa ve darı gibi bitkisel tohumlar tahıl grubunu oluşturmaktadır. Bu tohumların işlenmesi ile elde edilen makarna, erişte, ekmek, un çeşitleri ve undan yapılan gıdalar da bu gruba dahil edilmektedir. Tahıllar, maliyetlerinin diğer besin gruplarına oranla daha düşük olması ve yeme kültüründeki alışkanlıklar sebebiyle ülkemizde kişi başına düşen günlük enerji alımının büyük bir bölümünü oluşturmaktadır (23, 30). Ülkemizde en çok tüketilen tahıl çeşitleri buğday ve buğday ürünleridir. Buğday tanelerinin içerdiği besin öğesinin dağılımı; %69-75 oranında karbonhidrat, %8-12 oranında protein, %1-5 oranında yağ ve %1-2 oranında ise mineraller şeklinde olduğu belirtilmektedir (30). Rafine edilmemiş tahıllar ve bulgurun içeriği E, B12 haricindeki B grubu vitaminleri bakımından zengindir. Ayrıca tahıllar ve tahıl ürünlerinin, B1 vitamini için önemli bir kaynak olduğu bilinmektedir. Tam tahıllar, işlem görmüş tahıl ve tahıl ürünlerine kıyasla daha fazla posa, vitamin ve mineral içermesi sebebiyle daha sık tüketilmesi önerilmektedir (23, 30).

2.4. Yeterli ve Dengeli Beslenme

Yeterli ve dengeli beslenme; vücudun ihtiyacı kadar enerji, protein, karbonhidrat, vitamin ve mineralleri karşılayacak miktarlarda besinlerin tüketilmesidir (32). Yeterli ve dengeli beslenme için alınması gereken besinlerin günlük tüketim porsiyon miktarları Tablo 2.4'de gösterilmiştir (23).

Tablo 2.4. Yaş gruplarına göre günlük tüketilmesi önerilen porsiyon miktarları (Değiştirilmeden alınmıştır.) (23)

BESİN GRUPLARI	YAŞ ve CİNSİYET GRUPLARI									
	1-3 yaş	4-6 yaş	7-9 yaş	10-18 yaş		19-65 yaş	65 yaş+	19-50 yaş	51- 65 yaş	65 yaş+
				Erkek	Kadın	Yetişkin erkek	Yaşlı erkek	Yetişkin kadın	Yaşlı kadın	
Süt grubu (Porsiyon)	4	3-4	3	4	4	3	4	3	4	4
Et ve ürünleri grubu(Porsiyon)	1- 1.5	1.5	1.5	2-3	2-3	2.5-3	2.5-3	2.5-3	2.5-3	2.5-3
Ekmek ve tahıl grubu (Porsiyon)	2	3	5	9	7	8	5	7	7	4
Sebze ve meyveler grubu (Porsiyon)	2.5	3.5	4	5	5	5	5	5	5	5

Yetersiz beslenme; herhangi bir besin ögesi veya öğeleri vücudun ihtiyacı kadar tüketilemezse, yeterli düzeyde enerji alınamadığı ve vücut dokuları üretilmediği durumda oluşmaktadır (30). Besinlerin vücudun ihtiyacından fazla tüketilmesi veya yeterli tüketildiği halde besin gruplarından orantılı seçim yapılamaması, uygun olmayan pişirme yöntemleriyle yapılması ve saklanması sonucunda besin değerlerinin kaybedilmesi durumlarında da dengesiz beslenme oluşmaktadır (30).

Yetersiz ve dengesiz beslenme, öncelikle bebek ve çocuklar olmak üzere; gençler, fertilité dönemindeki kadınlar, gebeler ve emziren anneler, yaşlılar ve işçileri etkilemektedir. Yetersiz ve dengesiz beslenmenin; beriberi, pellegra, skorbüt, malnütrisyon, raşitizm gibi birçok hastalığın doğrudan sebebi olduğu ve kızamık, boğmaca, verem vb. bulaşıcı hastalıklara daha kolay yakalanılmasına ve daha ağır seyretmesine sebep olmaktadır (30). Ayrıca, hemen her yaş grubunda görülen ve önemli bir halk sağlığı problemi olan obezitenin, dengesiz beslenme sonucunda geliştiği bilinmektedir (23).

Yetersiz ve dengesiz beslenme, toplumların yaşam kalitesini etkileyen önemli bir unsurdur. Bu doğrultuda, obezite, anemi, iyot yetersizliği rahatsızlıkları, folik asit, D vitamini yetersizlikleri gibi beslenme problemlerinin en aza indirilmesi, toplumların yaşam kalitelerindeki artışla sonuçlanmaktadır. Ayrıca, kalp damar hastalıkları, kanser,

diyabet, osteoporoz ve inme gibi kronik hastalıkların risk faktörlerinin önlenmesi, yeterli ve dengeli beslenme için gereken sağlıklı besine ulaşım imkanlarının artırılması ve tüketilmesi ile mümkün olmaktadır (23).

2.5. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları, farklı toplumlardaki görülme sıklığının her geçen gün artmasıyla; önemli bir sağlık sorunu haline gelmektedir (33). Görülme sıklığındaki bu artışın nedenleri; hastalığa karşı giderek artan farkındalık düzeyi, tanı ve değerlendirme yöntemlerindeki gelişmeler, artan toplum baskısı ve medya etkisi olarak belirtilmiştir. Beden algısının olumsuzluğu, bireylerin vücut ağırlığının artmasına yönelik korkuları, ebeveynlerin kendi vücutlarına yönelik duyduğu memnuniyetsizlik ve olumsuz yeme davranışları ve bireyin kurduğu olumsuz sosyal ilişkiler yeme bozuklukları için literatürde tanımlanan risk faktörleri olarak bilinmektedir (34, 35). Yeme bozukluğu, yeme ile ilişkili davranışlardaki olumsuz değişiklikler sonucunda, yiyeceklerin tüketilmesi ve emilmesindeki problemler ile karakterize, psikososyal ve bedensel işlevsellikteki bozukluklar olarak tanımlanmaktadır (4). Başka bir deyişle yeme bozukluğu, bireyin; beden algısı, vücut ağırlığı ve fiziksel görüntüsü ile ilişkili olumsuz düşünce ve yeme davranışının bir sonucu olarak oraya çıkan klinik bir tablodur (7). Ayrıca, yeme davranışında bozulma ve vücut ağırlığını kontrol etmeye yönelik olumsuz davranışların ısrarlı bir biçimde tekrarı sonucu görülen yeme bozuklukları, başka bir tıbbi durum veya psikiyatrik bozukluğa birincil olması ile seyreden bir klinik durum olarak nitelendirilmektedir (36).

Yeme bozukluklarının etyolojisi ve patofizyolojisi birçok farklı faktör ile açıklanmaktadır. Güncel çalışmalar, yeme ve beslenme davranışının düzenlenmesinden sorumlu olan hormon (serotonin, leptin, ghrelin) ve nörotransmitter (dopamin, nöropeptid Y, nörepinefrin) maddelerin regülasyonundan sorumlu genlerdeki anormalliklerin yeme bozukluklarına sebep olduğunu savunmaktadır (37-39). Yeme bozukluklarının psikopatolojisi incelendiğinde, bireylerin vücut algısı ve imajına yönelik kaygıları sebebiyle azalan benlik saygılarının, ağırlık kontrolüne yönelik kısıtlayıcı veya normal olmayan paternlerde davranışlar oluşturmasına sebep olduğu görülmektedir. Ayrıca, bireyler yeme bozukluğu semptomlarının şiddetinin boyutu ne kadar önemli olursa olsun, sergiledikleri yeme davranışlarının doğruluğu konusunda ısrarcı davranışlarda bulunmaktadır (40).

Yeme bozuklukları, insan sağlını tehdit eden ciddi komplikasyonlardan, morbidite ve mortaliteye varan birçok sağlık sorununa sebep olmaktadır. Yeme bozukluklarının komplikasyonları arasında; dermatolojik değişiklikler, kardiyak problemler, gastrik dilatasyon, karaciğer yetmezlikleri, osteoporoz, osteopeni, hipovolemi, hipofosfatem ve hipomagnezemi gibi elektrolit düzensizlikleri, akne, konstipasyon, böbrek yetmezlikleri, beyin ve kas atrofileri, depresyon ve anksiyete, kişilik bozuklukları yer almaktadır (41-45).

2.5.1. Yeme Bozukluklarının Sınıflandırılması

Yeme bozukluklarının tanısı ve sınıflandırılması yapılırken; uluslararası standartlarda bir rehber olarak kabul edilen Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM) kullanılmaktadır. DSM, tanımlayıcı yaklaşımı benimser ve hastalıkların etiyojisini belirlemenin aksine, kriterleri ön plana alan bir değerlendirme sistemdir. Ayrıca DSM, yeme bozukluklarının tanımlanmasında kullanılan semptom, davranış tipi, davranışın şiddeti, süresi ve etkilerini tanımlamaktadır. 1952'den günümüze, DSM' nin 7 farklı versiyonu yayınlanmış olup, en güncel versiyonu 2013'te yayınlanan DSM V' tir (4).

DSM V' e göre yeme bozuklukları toplamda 8 başlıkta sınıflandırılmıştır. Bu başlıklar şunlardır (4):

- Pika
- Ruminasyon Bozukluğu
- Kaçınan/Kısıtlayıcı Yiyecek Alım Bozukluğu
- Anoreksiya Nervoza
- Bulimiya Nervoza
- Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
- Tanımlanmış Diğer Beslenme veya Yeme Bozukluğu
- Tanımlanmamış Diğer Beslenme ve Yeme Bozukluğu

2.5.2. Pika

Pika, en az bir ay süre ile besleyici özelliği bulunmayan maddelerin tüketilmesi ile karakterize bir yeme bozukluğudur (4). Etiyojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, demir ve çinko eksikliği bulunan bireylerde görülme olasılığının daha fazla olduğu bilinmektedir (46). Pika, tüketilen maddelerin türüne göre bireylerde hayatı tehdit eden

sonuçlara sebep olmaktadır ve çocuklarda daha sık görülmesine rağmen, gelişimsel yetersizliği olan yetişkinlerde ve gebelerde de görülmektedir (47).

Literatürde Pikalı bireylerin tükettiği maddeler; kil, kum, taşlar, çakıllar, saç, dışkı, grafit, plastik, kağıt, kömür, tebeşir, ahşap, cam, iğne, ip, sigara izmaritleri, tel gibi maddeler olarak belirtilmektedir (46). Pika'nın en yaygın olumsuz sonuçları arasında kurşun zehirlenmeleri, bağırsak parazitleri, enfeksiyonlar, gastrointestinal sistem rahatsızlıkları yer almaktadır. Ayrıca, literatürde Pikalı bireylerin uyur-gezerlik, kabuslar, gece terlemeleri gibi bulgular gösterdiği de tespit edilmiştir (48). Bu doğrultuda, beslenme ile ilgili yetersizlikler sonucu birey, fiziksel özellikler ve sosyal işlevsellik bakımından olumsuz etkilenmektedir.

Pika ile ilişkili olarak görülen psikiyatrik bozukluklar; otizm spektrum bozukluğu, mental retardasyon, şizofreni ve obsesif kompulsif bozukluktur. Aynı zamanda, trikotillomani ve ekskoriyasyon gibi hastalıklar ile birlikte görüldüğünde bireylerin saç ve vücut derilerini yeme eğilimlerinin olduğu bilinmektedir (49).

Pika tanı kriterleri, DSM V'e göre şu şekilde belirtilmektedir (4):

- En az 1 aylık süre zarfında, besleyici olmayan, gıda dışı maddeler yemeye devam etmek,
- Bireyin gösterdiği yeme davranışının, kültürel olarak desteklenen veya sosyal olarak normal kabul edilebilecek bir uygulamanın parçası olmaması,
- Başka zihinsel rahatsızlık veya tıbbi durum bağlamında gerçekleşmesi durumunda bile, besleyici olmayan maddelerin ısrarla tüketilmesi,
- Bireyin en az 2 yaşında olması, (18 aydan 2 yıla kadar olan çocuklarda, besleyici olmayan maddelerin yenmesi yaygın olduğundan patolojik olarak kabul edilmemektedir.) (4).

2.5.3. Ruminasyon Bozukluğu

Ruminasyon, öğürme ya da iğrenme olmaksızın yutulan gıdaların ağıza tekrar getirilmesi, çiğnenmesi ve yutulması süreçleri ile karakterize bir yeme bozukluğudur. Genellikle, bir yaşını doldurmamış bebeklerde ve gelişim problemleri bulunan mental retardasyonlu bireylerde görülmektedir (50). Ayrıca, yaşamın ilerleyen yıllarında, depresyon ve kaygı vb. psikolojik problemleri bulunan yetişkinlerde de görülmektedir. Geviş getirme hastalığı olarak da tanımlanan ruminasyonun en sık görülen bulguları,

yetersiz beslenme, ağız kokusu, diş hasarı, elektrolit anormallikleri ve karın ağrısı olduğu bilinmektedir (48).

Ruminasyonun etiolojisini tanımlamak için farklı teoriler geliştirilmiştir. Öğrenme temelli teoriler, birey üzerinde oluşan baskı, stres ve duygusal değişimlerin pozitif uyarılar oluşturarak ruminasyona sebep olduğunu savunmaktadır. Literatürde, gastroenterit, kolesistektomi ve gastroparezi gibi diğer bulantı ve kusma semptomları görülen gastrointestinal sistem rahatsızlıklarının ruminasyon oluşumuna sebep olabileceği düşünülmektedir. Ruminasyonun patofizyolojisinde, alt özofagus sfinkterinin gevşemesi ile karın iç basıncının artması, kusma eylemi sırasında öğrenilmiş refleks aktivite, belch refleksinin adaptasyonu ve bireysel psikolojik faktörler önemli rol oynamaktadır (51).

DSM V tanı kriterlerine göre, ruminasyonun bir yeme bozukluğu olarak sınıflandırılabilmesi için gerekli kriterler aşağıda sıralanmıştır (4):

- En az 1 aylık süre zarfında tekrarlayıcı gıda regürjitasyonu (yiyeceklerin kusma olmaksızın ağıza gelmesi), çiğneme, yeniden yutma veya tükürme.
- Tekrarlanan regürjitasyonun, gastroözofageal reflü, pilorik darlık vb. gibi gastrointestinal rahatsızlıklarla ve anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, aşırı yeme bozukluğu, kaçınan/kısıtlayıcı gıda alım bozukluğu gibi yeme bozukluklarıyla ilişkili olmaması.
- Ruminasyon davranışının, başka bir mental bozukluk veya nörogelişimsel bozukluk bağlamında gerçekleşmesi halinde; bağımsız bir klinik bulgu olarak değerlendirilebilecek kadar şiddetli olması.

2.5.4. Kaçınan/Kısıtlayıcı Yiyecek Alım Bozukluğu

Kaçınan/kısıtlayıcı yiyecek alım bozukluğu (AFRID), yiyecek kıtlığı, kültürel yeme davranışları, psikolojik veya tıbbi durumlardan kaynaklanmadan gıda alımından kaçınılması veya kısıtlanması ile karakterize bir yeme bozukluğudur. Geçmişte, DSM IV-TR' ye göre, "Tanımlanmayan Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu (EDNOS) kategorisinde yer alırken, bulguların spesifikleşmesi sebebi ile DSM V'te bağımsız bir tanı kategorisi haline gelmiştir (3, 4).

Bebek ve erken çocukluk dönemi beslenme bozukluklarının tanımlanması, beslenme alışkanlıklarının çevresel faktörlere bağımlı bir şekilde gelişmesi sebebiyle zordur. Bu doğrultuda, AFRID'in prevalans ve epidemiyolojisinin tespiti zorlaşmaktadır. Literatürde 7-17 yaş arasında 173 genç bireyde yapılan bir çalışmada,

gençlerin %22,5'sinin tanı kriterlerini karşıladığı bildirilmiştir (52). 8-13 yaş arasında 1444 katılımcı üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise, bu oran %3,2 olarak bildirilmiştir (53). Bu doğrultuda, AFRID'in epidemiyolojisi ve prevalansının doğru bir şekilde belirlenebilmesi için daha çok katılımcının dahil edildiği çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

DSM V' e göre AFRID, anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza gibi yeme bozukluklarında görülen kilo alma kaygısı bulunmayan bağımsız bir hastalıktır. Bu doğrultuda tanı kriterleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir (4):

- Önemli oranda kilo kaybı veya kilo alamamak, beslenme yetersizliği, enteral beslenme veya oral besin takviyelerine bağımlılık ve psikososyal açıdan fonksiyonellikte azalma gibi faktörlerin biri veya birden fazlasına uygun beslenme ve enerji ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik kalıcı başarısızlık görülmesi,
- Mevcut beslenme yetersizliğinin veya bozukluğun, kültürel ve toplumsal normlarla açıklanamaması,
- Yeme bozukluğu, anoreksiya nervoza veya bulimia nervoza vb. ile birlikte görülmemekte ve kişinin vücut ağırlığının veya şeklinin nasıl değiştiği konusunda kesin bulguların olmaması,
- Yeme bozukluğunun, eş zamanlı başka bir tıbbi durumla veya zihinsel bozuklukla açıklanamaması ve başka bir problem kapsamında yeme bozukluğu görülse dahi yeme bozukluğunun şiddeti problemden daha ciddi semptomlar ortaya çıkarmaktadır (4).

2.5.5. Anoreksiya Nervoza

“Anoreksiya” yeme isteğinin olmaması anlamına gelen yunanca kökenli bir kelimedir. Literatürdeki anoreksiya kavramı ilk olarak 1500'lü yıllarda Simone Porto tarafından inançlar uğruna dünya nimetlerinden vazgeçme amacıyla açlık ve çile çekme eylemi olarak tanımlanmıştır (54).

Tıbbi literatürde yeme bozuklukları, ilk olarak 1870'li yıllarda “Anoreksiya Nervoza (AN)” ile tanımlanmıştır. AN, 1873 yılında Charles Laségue tarafından klinik bir patoloji olarak açıklanmaktadır (55). Günümüzde ise Anoreksiya Nervoza (AN), bireyin normal ağırlığını koruyamama, kilo alma korkusu, kilo almayı önlemeye

yönelik kısıtlayıcı beslenme davranışları gösterme eğilimi ile karakterize beden algısının etkilendiği bir yeme bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (56, 57).

AN'li bireyler, genellikle mükemmeliyetçi karakter yapısı, akademik başarı arzusu nedeniyle açlık durumunda tok olduğunu düşünerek açlık durumunu reddetmesi gibi bulgular gösterirler. Ayrıca AN'li bireylerin psikiyatrik özellikleri; aşırı bağımlılık, sosyal izolasyon, obsesif-kompulsif davranışlar ve duygusallığın azalması olarak belirtilmiştir ve pek çok hastada depresyon başta olmak üzere ölümcül duygu durum bozuklukları görülmektedir (40, 58).

AN'nin yaşam boyu prevalansının araştırıldığı bir çalışmada yüksek gelirli ülkelerde kadınlarda yaklaşık olarak %1 ve erkeklerde %0.5 olduğu bildirilmiştir (59). Çin ve Brezilya gibi gelişmekte olan ülkelerde yapılan benzer bir çalışmada ise bu oranların kadınlarda %0.3-1 ve erkeklerde %0.1-0.3 olduğu görülmüştür (40, 59).

DSM V'e göre Anoreksiya Nervoza'ya yönelik tanı aşamasında enerji alımının kısıtlanması ve ideal vücut ağırlığının %85'inden daha az bir ağırlığa sahip olma durumlarını içeren davranış bozukluklarına odaklanılmalıdır. DSM V'e göre tanı kriterleri şu şekilde belirtilmiştir (4):

- Yaş, cinsiyet, fiziksel gelişim bağlamında ihtiyaç duyulan enerji alımının kısıtlanması sebebiyle gelişen düşük vücut ağırlığı (düşük vücut ağırlığı; normal ağırlıktan minimal oranda daha az olan ağırlık miktarı ve çocuk ve adölesanlarda beklenen asgari ağırlıktan az olma durumu olarak tanımlanmaktadır.),
- Bireyin vücut ağırlığının önemli ölçüde düşük olmasına rağmen, kalıcı bir şekilde vücut ağırlığının artmasını engelleyen davranışlarla birlikte görülen kilo alma veya şişman olma korkusu,
- Bireyin vücut ağırlığı veya vücut biçimini algılamasıyla ilgili görülen bozukluklar sebebiyle kişinin öz-değerlendirmeler sırasında vücut ağırlığı ve biçimine yönelik gösterdiği aşırı önem veya içerisinde bulunduğu düşük vücut ağırlığının olası sonuçlarını kavrayamama.

DSM V'e göre, kısıtlayıcı AN ve tıknırcasına yeme/çıkarma AN olmak üzere iki farklı alt AN tipi mevcuttur. Kısıtlayıcı tip AN'de, bireylerin diyetten aldığı enerji düzeylerini kısıtlama ve aşırı enerji harcama eğilimleri mevcuttur. Tıknırcasına yeme/çıkarma tipi AN'de ise, bireyler ağırlık kaybetmek için bilinçli olarak tekrarlayan tıknırcasına yeme ve çıkarma (kendini kusturma, laksatif ilaçlar, idrar söktürücü ilaçlar ya da lavmanın yanlış yere kullanımı) davranışları uygulamaktadır (4, 60).

2.5.6. Bulimiya Nervoza

Bulimiya, “aşırı yeme” davranışını niteleyen ve kökeni Yunanca’ya dayanan bir kavramdır. Bulimiya nervozaya benzer davranışlar tarihte ilk kez Xenophon’un Anabasis adlı eserinde Yunan askerlerin Küçük Asya dağlarında kendi kendilerini kusturmasıyla yer almıştır. Antik Mısır medeniyetinde, doktorlar mideyi temizlemek amacıyla istemli kusma eylemini önererek, kusma aktivitesinin insan sağlığını koruduğunu düşünmüşlerdir. Antik Roma’da, elit toplum üyeleri tüm gün süren ziyafetlerde daha fazla yiyecek tüketebilmek için istemli bir şekilde kusma aktivitesini gerçekleştirdiği bilinmektedir. İngiliz psikiyatrist Gerald Russell 1979 yılında, Bulimiya Nervoza (BN) kavramını ilk kez tıbbi literatürde kullanmıştır (61).

BN, tıknircasına yemek yeme ve bunu takiben kusma ile karakterize bir yeme bozukluğudur. Kusma eylemi, bireyin ağırlık kontrolünü sağlayabilmek amacıyla gerçekleştirdiği girişimler olarak tanımlanmaktadır. Bireyler tıknircasına edindiği besinlerden kurtulabilmek amacıyla kusmayı uyarıcı aktivitelerde bulunur ve bazı durumlarda ise diüretikler, emetikler, laksatif ilaçlar kullanmaktadır. İstemli kusmaların kronikleşmesi durumunda, gastrointestinal sistem rahatsızlıkları (gastroparezi, peptik ülserler, reflü), ağız ve diş sağlığı problemleri, elektrolit dengesizlikleri, gastroparezi, kadınlarda düzensiz adet döngüsü, infertilite, düşük kan basıncı gibi problemler görülmektedir (59).

BN’nin görülmesine yönelik risk faktörlerinin başında çevre ve ailesel davranışlar gelmektedir. Yapılan çalışmalarla genetik faktörlerin BN için %30-80 oranında risk faktörü olduğu bulunmuştur. Tanımlanan risk faktörleri; psikolojik problemler, zayıf benlik saygısı, obezite ve bireyin fiziksel durumuna yönelik yapılan toplum baskısı ve ağırlık konusunda endişeli ebeveynlerin bireylere örnek oluşturacağı bir kültürde yaşamayı içermektedir (62). Ayrıca, Bulimiya Nervoza’nın depresyon, anksiyete ve madde-alkol bağımlılığı gibi mental bozukluklarla yakın bir ilişkiye sahip olduğu ve BN’li bireylerin kendine zarar verme ve intihar ihtimallerinin daha yüksek olduğu bilinmektedir (59).

Literatürde BN’ye yönelik yapılan çalışmalarda, hastanede yatılı durumda bulunan hastalar, lise veya üniversite öğrencileri, çeşitli meslek gruplarına yönelik örneklemler yer almaktadır. Bu çalışmalardan elde edilen veriler doğrultusunda, BN’nin görülme sıklığının erkeklerde %0.1 ile %1.4 aralığında, kadınlarda ise %0.3 ile %9.4 aralığında olduğu bulunmuştur (63). BN prevalansına yönelik yapılan bir çalışmada 15-

40 yaş arasındaki kadınların %1-2 oranında bulimiya özellikleri gösterildiği bulunmuştur (64). Ayrıca BN'nin, gelişmiş ülkelerde ve kentsel bölgelerde yaşayan bireylerde daha sık görüldüğü bilinmektedir (65).

BN tanı kriterleri, DSM V'e göre aşağıdaki maddeleri içermektedir (4):

- Tekrarlayan yemek yeme bölümleri, yemek yerken hissedilen kontrol kaybı ile birlikte 2 saatlik bir süre zarfında ortalama bir bireye kıyasla daha fazla besin tüketimi,
- Aşırı egzersiz, müşil kullanımı ve diüretik kullanımı gibi kilo alımını önlemeye yönelik uygunsuz davranışların varlığı,
- Tıkınırcasına yeme davranışının, 3 aylık bir süre içerisinde haftada minimum 1 kere gerçekleşmesi,
- Vücut algısı ve öz-değerlendirmenin bozulması,
- Sadece diğer beslenme bozukluklarıyla (AN vb.) birlikte görülmemektedir.

2.5.7. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

Tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB), psikolojik ve sosyal sorunlara eşlik eden sık sık ve tekrarlayıcı tıkınırcasına yeme atakları ile karakterize olan bir yeme bozukluğudur. TYB, Bulimiya Nervoza ile benzer bir şekilde bireyin aşırı yeme eylemi ile karakterize bir yeme bozukluğudur. BN ve TYB tanısı alan bireyler yemeğe yönelik aşırı kompulsif davranışlar göstermektedir. BN'den farklı olarak ise, TYB olan bireylerin yeme atakları sonrası kusma eğilimleri bulunmamaktadır (47) .

Bireylerde TYB'ye eşlik eden diğer mental ve fiziksel problemler literatürde; majör depresif bozukluk, kişilik bozuklukları, bipolar bozukluk, madde bağımlılığı, kleptomani, irritabl bağırsak sendromu, fibromiyalji ve anksiyete bozukluğu olarak belirtilmektedir (66). TYB olan bireylerde obezite görülme sıklığı %70'dir, dolayısıyla obezite ile ilişkili hipertansiyon, koroner arter hastalığı, diyabet, gastrointestinal problemler, yüksek kolesterol düzeyleri, kas-iskelet sistemi problemleri ve obstrüktif uyku apnesi gibi patolojilerin görülme olasılığının yüksek olduğu belirtilmiştir (66-68).

Tıkınırcasına yeme bozukluğunun prevalansı genel popülasyonda %1-3 olarak bulunmuştur (69). Literatürde TYB' nin yetişkinlerde görülen en sık yeme bozukluğu olduğu belirtilmiştir (70). Ayrıca, TYB' nin kadın ve erkeklerde benzer oranlarda görüldüğü tespit edilmiştir. Yaşam boyu görülme sıklığı erkeklerde %2, kadınlarda ise

%3,5'tür. Ek olarak, vücut ağırlığını kontrol altına almak amacıyla tedavi gören bireylerin %30 ve %40'ında TYB tanısı bulunmaktadır (66).

TYB, ilk olarak 1959 yılında Albert Stunkard tarafından tekrarlayıcı yeme ataklarıyla karakterize olan bir yeme bozukluğu olarak tanımlanmıştır (60). Daha sonraki süreçte ise BN tanı kriterlerinin önemli bir semptomu olarak kabul edilmiştir. 1994 yılında yayınlanan DSM-IV'de BN'den bağımsız bir tanı grubu olarak kabul edilmiştir, fakat tanımlanmamış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu başlığı altında kategorize edilmiştir. 2013 yılında yayınlanan DSM V'e göre ise, diğer tanı gruplarından bağımsız olarak kabul edilebilecek bir bozukluk olarak sınıflandırılmıştır (3, 4).

TYB tanı kriterleri, DSM V' e göre aşağıdaki maddeleri içermektedir (4):

- Tıkınırcasına yeme atakları; kısa zaman aralığında normal bir insanın tüketebileceğinden daha fazla miktarda besin tüketme ve tüketim miktarına yönelik kontrol eksikliğinin varlığı,
- Tıkınırcasına yeme atakları aşağıdakilerin en az üçü ile karakterizedir:
 - Normalden çok daha hızlı yeme.
 - Rahatsızlık hissi duyana kadar yeme.
 - Açlık hissinin olmadığı durumlarda bile çok fazla miktarda besin tüketimi.
 - Tüketilen yemek miktarından utanma ve bu sebeple yalnız yeme eğilimi.
 - Tıkınırcasına yeme eyleminden sonra görülen tiksinti, depresyon ve suçluluk duygusu.
- Tıkınırcasına yeme, üç ay boyunca en az haftada bir kez meydana gelmelidir.
- TYB bulguları sadece başka bir yeme bozukluğu ile meydana gelmemektedir ve BN' de görülen uygunsuz telafi edici davranışların bulunmaması gereklidir.

2.5.8. Tanımlanmış Diğer Beslenme veya Yeme Bozukluğu

Tanımlanmış Diğer Beslenme veya Yeme Bozukluğu (TDBYB) genellikle AN, BN ve TYB gibi yeme bozukluklarının herhangi biri ile karakterize edilememesine rağmen, bu yeme bozukluklarının alt semptomlarını karışık bir biçimde bünyesinde

barındıran atipik yeme davranışlarıdır (60). TDBYB, birçok yeme bozukluğunun heterojen olarak görüldüğü klinik durumları nitelemektedir (4).

1980 yılında yayımlanan DSM-III' te ilk defa AN, BN, pika kategorisinde sınıflandırılmayan yeme bozuklukları için bir kategorizasyona gidilmiştir. Bu kategoriye atipik yeme bozuklukları adı verilmiştir. Daha sonra 1987 yılında yayımlanan DSM-III-R'de atipik yeme bozukluğu, aksi belirtilemeyen yeme bozukluğu (EDNOS) olarak tekrar tanımlanmış ve kapsamı genişletilmiştir. 1994 yılında yayımlanan DSM IV' te ise, EDNOS'un kapsamı tekrar revize edilerek altı farklı klinik durumu kapsar hale getirilmiştir. Bu klinik durumlar ise; AN tanı kriterlerini karşılayan fakat menstürasyonu devam eden bireyleri, AN tanı kriterlerini karşılayan normal vücut ağırlığına sahip olan fakat önemli miktarda kilo kaybetmiş kişileri, BN tanı kriterlerini karşılayan fakat kusma veya tıknırcasına yeme davranışını yeteri kadar sıklıkta gerçekleştirmeyen kişileri, az miktarda tüketilen besini telafi etmek amacıyla uygunsuz davranışlar gösteren kişileri ve besinleri tekrarlı bir şekilde çiğneyen ve tüküren ya da çok miktarda tüketilen besini aşırı sık olmayan telafi edici davranış gösteren kişileri kapsamaktadır (60).

DSM IV' e göre düzenlenen EDNOS kategorisinin birçok dezavantajı bulunmaktaydı. Farklı sendromlara sahip olan kişilerin tek bir tanı altında kategorize edilmesi, bozukluğa özgü tedavilerin geliştirilmesine ve EDNOS kategorisinin altında birleştirilen patolojilerin çeşitliliği üzerine araştırma yapılmasını zorlaştırmaktaydı. Bu yüzden 2013 yılında yayımlanan DSM V'te EDNOS kategorisi tekrar güncellenerek; mevcut tanı kriterleri TDBYB başlığı altında revize edilmiştir (4, 60).

TDBYB kavramı, genellikle en sık görülen beş farklı yeme veya beslenme bozukluğunu ifade etmektedir (4):

- **Atipik Anoreksiya Nervoza:** Bireyler ağırlık kriteri dışında, AN için tüm kriterleri karşılarlar, önemli kilo kaybına rağmen, bireyin ağırlığı normal sınırların içerisinde.
- **Düşük Frekanslı Bulimiya Nervoza:** Bireyler frekans kriteri dışındaki bütün BN kriterlerini karşılarlar, tıknırcasına yeme davranışı ve telafi edici davranışlar ortalama üç ay boyunca haftada birden azdır.
- **Düşük Frekanslı Tıknırcasına Yeme Bozukluğu:** Bireyler frekans kriteri dışındaki bütün TYB kriterlerini karşılarlar, tıknırcasına yeme davranışı ortalama üç ay boyunca haftada birden azdır.

- **Kusma Bozukluğu:** Bireylerin, vücut ağırlıklarını ve şekillerini etkilemeyi amaçlayan kusma davranışı mevcuttur fakat yeme bozukluğu yoktur.
- **Gece Yeme Sendromu:** Bireylerin akşam öğününden sonra aşırı kalori alımı veya uykudan uyandıktan sonra yemek yeme gibi geceleri tekrarlayan dönemler halinde ataklar geçirme durumudur. DSM V'te tanı kriterleri kesin olarak belirtilmemiştir ve araştırma kriterleri olarak ise: akşam yemeğinden sonra günlük kalori ihtiyacının %25'ini ve bir hafta içerisinde en az iki kere tekrarlayan gece yeme eyleminin varlığı belirtilmiştir (4, 60).

Literatürde, TDBYB'nin prevalansı ile ilgili az sayıda çalışma bulunmaktadır. Stice ve ark.'ın 8 yıl boyunca yeme bozukluğu tanısı ile takip edilen 498 kişi üzerinde yaptığı çalışmada; TDBYB'nin başlangıç yaşının 18-20 yıl arasında olduğu ve yaşam boyu prevalansının %11.5 olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, katılımcıların %2.8'inde atipik AN, %4.4 ünde düşük frekanslı BN, %3.6'sında düşük frekanslı TYB ve %3.4'ünde ise kusma bozukluğu olduğu bulunmuştur (71). Başka bir çalışmada ise gece yeme sendromunun prevalansının genel popülasyonda %1 olduğunu tespit etmiştir (72).

2.6. Yeme Bozukluklarının Tedavisi

Uluslararası Yeme Bozuklukları Uzmanları Birliği ve Yeme Bozuklukları Akademisi'ne göre bütün tedavi yaklaşımları için, tedavinin temel bileşeni olarak multidisipliner bir ekip belirlenmiştir. Bu ekipte hekim, beslenme ve diyet uzmanı, psikolog, hemşire, sosyal hizmet uzmanları gibi birçok profesyonelin yer alması gerektiği savunulmuştur. Günümüzde çok sayıda bireyin hayatını etkileyen yeme bozukluklarının tedavisinde birçok yaklaşım mevcuttur. Literatürde yeme bozukluklarının tedavisinde sık kullanılan yaklaşımlar şunlardır (60):

- Bilişsel- Davranış Terapisi
- Diyalektik Davranış Terapisi
- Tıbbi Beslenme Tedavisi
- Kişiler Arası Psikoterapi
- Psikofarmakoterapi
- Aile Yaklaşımlarını Kapsayan Terapi Uygulamaları

2.6.1. Bilişsel Davranış Terapisi

Bilişsel teori, tüm psikolojik rahatsızlıklarda çarpık ya da işlevsiz düşünmenin bireyin ruh halini ve davranışını olumsuz etkilediğini savunmaktadır. Olumsuz duygular, belirli fizyolojik tepkileri ve işlevsiz davranışları harekete geçiren bir olayın sonucudur ve bu durum da olumsuz düşünceleri kısır bir döngü halinde güçlendirir. Kognitif-Davranışsal Terapi, Aaron Beck tarafından depresyona yönelik 1967 yılında geliştirilmiştir. Günümüze kadar yeme bozukluklarının da aralarında bulunduğu birçok mental rahatsızlık için kullanılmıştır (60). Fairborn ve ark. tarafından yeme bozukluklarına sebep olan temel patolojinin vücut ağırlığı ve şekli konusundaki aşırı endişe olduğu ileri sürülmüştür (73). Literatürde bu endişenin giderilmesine yönelik geliştirilen önemli tedavi yaklaşımlarından biri olarak kabul edilen Bilişsel-Davranış tedavisi BN, AN ve TYB için farklı modeller aracılığıyla kullanılmaktadır (60). Günümüzde Fairburn ve ark. tüm yeme bozukluklarına uygulanabilecek bir “transdiagnostik” model geliştirmiştir (74).

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından BN tedavisinde altın standart olarak kabul edilen Bilişsel Davranış Tedavisi, toplamda 20 haftayı geçen 19 oturumdan oluşan 3 aşamalı bir eğitim modelidir. Tedavinin başlangıcında bireyin düşük benlik algısı ve öz değerlendirme şeklinin belirlenmesi için diyet, egzersiz ve ağırlık kontrolüne yönelik çabaları tanımlanır. Tedavinin asıl amacı bireyin kendi fiziksel özelliklerini kabullenmesi ve sağlıklı kilo verme davranışlarını benimsemesini sağlamaktır. Vücut şekli ve ağırlığının önemi hakkında disfonksiyonel düşünmenin şeklini değiştirerek; tedavi kazanımlarının uzun vadede korunması hedeflenir (60).

2.6.2. Diyalektik Davranış Terapisi

Diyalektik Davranış Terapisi (DDT), kullanımını destekleyen ampirik araştırmalar olmadan 1990’lı yılların ortalarından beri yeme bozukluklarının tedavisinde kullanılmaktadır. DDT, Borderline kişilik bozukluğu adı verilen intihar ve kendine zarar verme eğilimleri bulunan bireyleri tedavi etmek için geliştirilmiştir. Bu doğrultuda yeme bozukluğu, bireylerin kendine zarar verebileceği davranışları içerebilmektedir (60).

DDT, 1970’li yıllarda Marsha Linehan tarafından Washington Üniversitesi’nde, belirgin duygusal düzensizlik ve kendini yıkıcı davranışları olan hastaların tedavisini iyileştirmek için geliştirilmiştir. Bu yaklaşımın ayırt edici özellikleri, hastalık

patopsikolojilerine hakim bir şekilde geliştirilen teoriler ve tedavileri kapsayan davranışsal bilim, dikkat ve diyalektik felsefenin uygulanmasıdır. Linehan, DDT'yi ayaktan uygulanabilecek bir bilişsel davranış terapisi olarak tanımlamıştır (60). Tedavinin amaçları arasında bireylere kendini denetleme, davranış analizi, beklenmedik durumların yönetimi, bilişsel beceriyi yeniden yapılandırma gibi temel davranışsal tedavi ilkeleri yer almaktadır (75).

2.6.3. Tıbbi Beslenme Tedavisi

Literatürde, yeme bozukluklarının birçoğunun temelinde yer alan ideal vücuda ulaşma gayesinin, beslenme davranışlarını etkilediği düşünülmektedir. Bu doğrultuda, Amerikan Psikiyatri Birliği, Amerika Diyetisyenler Derneği ve Ulusal Yeme Bozuklukları Derneği, olumsuz beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesinin tedavide önemli bir bileşen olduğunu savunmaktadır (60).

Tıbbi beslenme tedavisinde bireylerin; gereksinimleri, beslenme özellikleri, bireysel tercihler, gıda alım şekilleri, fiziksel aktivite, beslenme takviyeleri, tıbbi durumlar ve kullandığı ilaçlar bakımından yapılan kapsamlı bir değerlendirme önemli bir yer tutar. Tıbbi beslenme tedavisinin temel bileşenleri, tanı, beslenme bakım planına yönelik müdahale ve devam eden izlem ve değerlendirmedir. Değerlendirmeyi oluşturan parametreler Tablo 2.5'de gösterilmiştir (76). Tıbbi beslenme, bireylerin beslenmesi üzerinde büyük bir denetimden, destek ve gözleme dayalı esnekliğe doğru ilerler. Bu doğrultuda tedavi değerlendirme ile başlayıp, hasta ile güvenilir bir terapötik bir ilişki kurmayla ilerler (60).

Tablo 2.5. Yeme bozukluklarında tıbbi beslenme tedavisine yönelik değerlendirme parametreleri (60)

Antropometrik Değerlendirme	Yaşamsal Bulgular
	Vücut Ağırlığı
	Boy Uzunluğu
	Kemik Dansitesi
Davranış Değerlendirmesi	Yeme Bozukluklarının Bulguları ve Belirteçleri
	Semptomlara Uyum Sağlayabilme İşlevi
	Yürütme ve Karar Verme İşlevi (Kişilik ve mizaç özellikleri)
	Anksiyete ve Fobiler
	Obsesyonlar
	Kompulsiyonlar
	Alışkanlıklar
	Seçici Yeme
Bireysel ve İntroseptif Farkındalık	
Klinik Değerlendirme	Medikal Hikaye
	Psikolojik Hikaye
	Diyet ve Ağırlığa Yönelik Hikaye
	Fiziksel Muayene
	Kullanılan İlaç ve Gıda Takviyeleri
Diyet Değerlendirmesi	Kan, İdrar, Değerlendirmeleri
	Diyetin Niteliği, Kalitesi ve Zamanlaması
	Gıda Toleransları ve Alerji
	Uyarıcılar (Örn;Kafein)
Çevresel Değerlendirme	Laksatifler
	Su tüketimi
	Kültürel (Etnisite) Değerlendirmeleri
Çevresel Değerlendirme	Aile ve Arkadaş Değerlendirmeleri
	Stres Kaynakları

Müdahale planının geliştirilmesinde altı temel faktör göz önünde bulundurulmalıdır. Bu faktörler aşağıda sıralanmıştır (60):

1. Enerji Gereksinimleri

2. Beslenme Biçiminin Tanımlanması (Oral, Enteral, Parenteral)
3. Makro Besin Gereksinimleri (Protein, Karbonhidrat, Yağ)
4. Mikro Besin Gereksinimleri (Vitamin, Mineral)
5. Yemeğin Planlanması
6. Ağırlık Hedeflerinin Belirlenmesi.

2.6.4. Kişiler Arası Psikoterapi

Kişiler arası psikoterapi (KAP), bireyler arasında bulunan problem alanlarıyla ilişkili psikiyatrik semptomların tespit edilmesi ve giderilmesine yönelik stratejilerin geliştirilmesini temel alan kanıta dayalı uygulamalar bütünüdür. KAP, birey ve çevre arasındaki etkileşim aracılığıyla bireyin sosyal işlevselliğini iyileştirmeyi ve kişiler arası ilişkilerin bir sonucu ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukların giderilmesini amaçlamaktadır (77). Literatürde sıkça BN, TYB ve AN tedavisinde kullanılmaktadır (78, 79).

KAP, genellikle 4-5 ayda tamamlanan ve 20 seansı kapsayan üç aşamalı bir eğitim süreci olarak tanımlanmaktadır. KAP'ın ilk aşaması genellikle beş seanstan oluşmaktadır. Başlangıç evresi olarak adlandırılan bu aşamanın odağı, yeme bozukluğuna yönelik belirtilerin değerlendirilmesi ve bireyin yaşam öyküsü arasındaki ilişkilerin saptanmasıdır. Terapist, yeme bozukluklarına yönelik bulguların azaltılmasında kişiler arası sorunların etki mekanizmasını açıklayan bir gerekçeyi hastaya sunar ve hastanın mevcut ilişkilerini ve beklentilerini inceleyen 8-10 seanstan oluşan bir envanter düzenlemektedir. Bu dönemde, terapist ve hasta düzenli bir şekilde haftalık seanslar içerisinde bir araya gelmektedir. Hastalar, kişiler arası ilişkilerinin yeme bozukluğu semptomları ve düzensiz yeme davranışları üzerine etkilerini terapist ile birlikte tanımlayarak; bu bağlamda değişiklik oluşturabilmek amacıyla stratejiler geliştirmeyi öğrenmektedir. Tedavinin son aşaması ortalama olarak 4-5 seans sürmektedir. Bu süre zarfında hastaların tedaviden edindiği kazanımlar terapist yönlendirmeleriyle tekrar gözden geçirilmektedir ve tedavi sonrası hedefler planlanmaktadır (60).

2.6.5. Psikofarmakoterapi

Yeme bozukluklarının tedavisinde uygulanan yöntemlerden biri olan psikofarmakoterapi, semptomların ve komplikasyonların giderilmesine amacıyla sıkça kullanılmaktadır (80, 81). Literatürde yeme bozukluklarının tedavisinde yaygın olarak

kullanılan psikotropik medikasyonlar; antidepresanlar, antipsikotikler ve ruh hali düzenleyiciler olarak belirtilmektedir (60).

2.7. Ortoreksiya Nervozu

Ortoreksiya Nervozu (ON), Steve Bratman tarafından 1997 yılında ‘‘Sağlıklı beslenme ve gıdalara yönelik gelişen sağlıksız bir saplantı’’ olarak tanımlanmıştır (13). ON köken olarak; Yunanca orto (doğru) ve orexis (iştah) kelimelerinin birleşmesiyle, pratikte ‘‘doğru beslenme’’ anlamına gelmektedir (82). ON, literatürde başka bir tanımda ise, tatmin ve kontrol duygusu etrafında gerçekleştirilen yeme davranışının, kısıtlayıcı ve oldukça düzenli bir karakteristik özelliğe sahip olma durumu olarak nitelenmiştir (83).

ON kavramı geçmişte AN'nin önemli klinik belirteçlerinden olan iştahsızlığı tanımlamak üzerinde modellenmiştir. Başka bir deyişle bireyin sağlıklı beslenme takıntısının, yeme davranışı üzerine olumsuz etkileri ON'nin kavramsal temelini oluşturmaktadır. Fakat günümüzde ON kavramı, bireyin tükettiği gıda miktarı ve kalori kısıtlamalarından ziyade diyetin saflığının ön planda olduğu bir klinik tablo olarak nitelendirilmektedir (84). Bu bağlamda ortoreksiya nervozu, AN ve BN gibi bireyin vücut ağırlığının ve şeklinin kontrolüne yönelik gerçekleştirilen patolojik bir stratejiden ziyade, sağlıklı beslenmenin takıntı haline geldiği ve bireylerin yeme davranışlarına yönelik sergilediği katı disiplin ve alışkanlıklarının önemli bir göstergesi olduğu düşünölmektedir (14).

1970'li yıllardan itibaren yeme davranışı üzerine araştırmalarını sürdüren Steve Bratman ve David Knight bu alandaki deneyimlerini 2000 yılında yayımladıkları ‘‘*Health Food Junkies*’’ adlı kitabında derleyerek; ON' ye yönelik tanımlamalar için literatürde önemli bir kaynak oluşturmuştur. Kitabın yayınlanmasından sonra 2004 yılında, Roma La Sapienza Üniversitesi'nden bir grup araştırmacı, ORTO-15 adı verilen bir değerlendirme yöntemi ile ON'nin prevalansını tanımlamaya çalışan ilk empirik çalışmayı gerçekleştirmişlerdir (85).

Ulusal Yeme Bozuklukları Derneği ON' nin, bireyin sağlıklı beslenme ve genel sağlığını iyileştirilmesine yönelik girişimlerinin yeme davranışı üzerine zararsız kabul edilebilecek bir etkisi şeklinde başlangıç gösterdiğini belirtmektedir. Alternatif olarak, ON' nin başlangıcının; bireylerin kronik hastalıklara yakalanmamak veya mevcut kronik hastalığın üstesinden gelmeye yönelik girişimlerinin bir sonucu olduğu düşünölmektedir. Bireylerin zamanla değişen yeme davranışları, sağlıklı beslenme

üzerine katı ve kuralcı bir yaklaşım halini almaktadır ve bireylerde suçluluk ve başarısızlık duygusuna sebep olan bir saplantı haline dönüşmektedir. Bu saplantı, yiyecek seçimleri ve enerji alımı üzerinde kısıtlayıcı bir hale gelmekte ve bireyin sağlığını ve hayatını tehdit eden bir hal almaktadır. Ayrıca, bireylerin sosyal bağlamda ilgi alanlarını, aktivite ve katılımını ve aile ilişkilerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (86).

ON'nin en belirgin semptomu gıdanın seçimi, tüketimi, satın alımı ve hazırlanması aşamalarında saplantılı odakların varlığıdır. ON'li bireylerde görülen bu odaklanmalar, yiyeceklerin sadece sağlığın bir gerekçesi olarak görülmesine sebep olmaktadır. Zararlı olduğu düşünülen yiyeceklerin bulunduğu ortamlarda bireylerde iğrenme duygusu oluşmaktadır. Sağlıklı beslenme takıntısı bireylerde ciddi sağlık problemlerine sebep olabilmektedir. Öyle ki; bireyler tüketecekleri besinlerin sağlıklı olduğundan emin olamadıkları durumlarda, besin alımını kısıtlamaktadır (13, 15, 18, 19).

ON, bilimsel literatürde sıkça araştırılan ve klinik özellikleri bakımından kabul görmüş olsa da, 2013 yılında yayınlanan DSM V'te, tanı özelliklerine yönelik yeterli ampirik verinin bulunmaması sebebiyle psikiyatrik bir tanı olarak nitelendirilmemiştir. Güncel literatürde ise, ON'nin DSM V'in son sürümünde yer alma gerekliliği tartışılmıştır ve hala fikir birliği sağlanamamıştır (15). Bu doğrultuda, DSM V'te yer alan onaylanmış tanı ölçütleri bulunmamaktadır (19). Fakat; 2016 yılında Dunn ve Steve Bratman tarafından yayınlanan bir derleme makalede tanı kriterleri Tablo 2.6'da belirtilmiştir (18).

Tablo 2.6. Ortoreksiya Nervoza'nın tanı kriterleri (18)

Kriter A: Bireyler sağlıklı beslenebilmek için, sağlıksız gıda seçimleri sonucu gelişen abartılı duygusal takıntılar ve sağlıklı beslenmenin bir sonucu olan kilo kaybı vb. bulgularla karakterize ve değişken özellikteki diyeteye yönelik takıntılı düşüncelere sahiptir. “Kriter A” şu parametreleri içermektedir:

- Optimum sağlık koşullarının oluşabilmesi için bireyler tarafından olumlu olarak kabul edilen kısıtlayıcı diyet uygulamalarına ilişkin kompulsif davranış ve/veya zihinsel meşguliyetin varlığı. (Bu kriterle ilişkin dipnotlar eklenmiştir. Diyet uygulamaları, gıda takviyelerinin kullanımını içerebilir. Egzersiz performansı ve/veya fit vücut görüntüsü, bireyler tarafından sağlığın bir göstergesi olarak kabul edilebilir.)
 - Bireyin kendi kendine empoze ettiği diyet kurallarının ihlali durumunda kaygı ve utançla birlikte görülen abartılı hastalık korkusu, stres ve/veya olumsuz fiziksel hislerin varlığı.
-

Kriter B: Kompulsif davranış ve zihinsel kaygı, aşağıdakilerden kriterlerden herhangi biri ile klinik bir bozukluk haline gelir:

- Yetersiz beslenme, aşırı miktardaki kilo kaybı veya kısıtlı diyetlerden kaynaklanan tıbbi komplikasyonlar ve sağlıklı beslenme ile ilgili inançlara veya davranışlara ikincil olarak gelişen sosyal, akademik veya mesleki işlevsellik bozukluklarının varlığı.
 - Olumlu beden imajı, öz-saygınlık, bireysel tatmin duygusu bireylerin kendi tanımlamış olduğu “sağlıklı beslenme” davranışına çok fazla bağımlılık göstermektedir.
-

ON'nin tanı kriterlerinin belirlenmesi ile hastalığın tedavisi ve eşlik eden tıbbi ve psikiyatrik durumlarının tanımlanabilirliği kolaylaşmaktadır. ON; AN, obsesif kompulsif bozukluk, somatik semptom bozukluğu, hastalık anksiyetesi bozukluğu ve psikotik spektrum bozukluklarının semptomları ile benzer yapıda klinik bulgular göstermektedir (83).

ON'ye yönelik tanı ve değerlendirme kriterleri ile ilgili kanıt değeri yüksek çalışmaların artmasıyla; prevelans, risk faktörleri ve komorbid psikopatolojilerin tanımlanması ve tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesi mümkün olacaktır. Ortoreksiya ile ilişkili terapötik yaklaşımlar ile literatürde yeterli miktarda çalışma bulunmamasına rağmen, komorbid durumlar ile ortak semptomlarının bulunması sebebiyle, bilişsel

davranışçı terapi, psikoterapi ve psikotropik ilaç uygulamalarının ayaktan hasta izleminde uygulanabilecek yaklaşımlardan olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, kilo kaybı ve yetersiz beslenme durumlarında, beslenmenin yeniden düzenlenebilmesine yönelik tıbbi beslenme tedavisi ile hastanın uzman bir ekip tarafından değerlendirilerek yatılı bir biçimde tedavi edilmesi gerektiği düşünülmektedir. ON'nin tedavisinde bireylerin yeme davranışlarının düzenlenmesine ek olarak; yeme bozukluğuna sebep olan bilişsel faktörlerin ortadan kaldırılması, sağlıkla ilgili anksiyete ve obsesif-kompulsif davranışlarının giderilmesi gerekmektedir (83).

Günümüzde ON'nin prevalansı, araştırma örneklemlerine göre farklılık göstermektedir. Bu sebeple dünya genelinde yapılan araştırmalarda farklı sonuçlara varılmıştır. İtalya'da yapılan çalışmalar ON prevalansının %6.9 ile %57.6 arasında değişkenlik gösterdiği, Macaristan'da bu oranın %74.2, İspanya'da %86, Brezilya'da %81.9-%88.7, Avusturya'da %69.1, Polonya'da %59 ve Şili'de %30.7 olduğu bulunmuştur. Ülkemizde farklı örneklem gruplarında yapılan çalışmalar incelendiğinde ise, ON prevalansının %41.9 ile %56.9 arasında değişkenlik gösterdiği bulunmuştur (15-17, 21, 22, 85, 87-89) .

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin ortoreksiya nervoza belirtilerinin ve yeme tutumlarının incelenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışmanın anketi İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerine Mayıs 2017-Haziran 2017 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğrenim gören öğrencilerdir. Çalışmanın evrenindeki öğrenci sayısı 1. Sınıf 265 kişi, 2. Sınıf 313 kişi, 3. Sınıf 244 kişi, 4. Sınıf 271 kişi, 5. Sınıf 214 kişi, 6. Sınıf 180 kişi olmak üzere toplam 1487'dir. Ulaşılması gereken minimum örneklem büyüklüğü %95 güven aralığında öğrencilerin ortoreksiya eğiliminde olma oranı 41.3 (90) alındığında 298 olarak hesaplanmıştır. Öğrenciler sınıflarına göre tabakalandırılmıştır. 1. Sınıftan 53 kişi, 2. Sınıftan 63 kişi, 3. Sınıftan 49 kişi, 4. Sınıftan 54 kişi, 5. Sınıftan 43 kişi, 6. Sınıftan 36 kişi alınmasına karar verilmiştir. Sınıflardan öğrenci seçiminde basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Araştırmacı tarafından çalışmaya katılan öğrencilere sınıf ortamında araştırma hakkında gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra anketler öğrencilere toplu bir şekilde dağıtılmış, araştırmacı gözetiminde yapıldıktan sonra kontrol edilerek toplanmıştır. Veri toplama aracının geliştirilmesi aşamasından önce, araştırmanın temellendirilmesi ve belirlenen amaca ulaşılabilmesi için konuyla ilgili İngilizce ve Türkçe literatürler (tez, makale, bildiri, kitap, bilimsel araştırma vb.) incelenmiştir. Bu işlem sonucunda veri toplamada 3 kısımdan oluşan;

- Genel Bilgi Formu,

- ORTO-15 ölçeği,
- Yeme tutum testi (YTT-40) kullanılmıştır.

3.4.1. Genel Bilgi Formu

Kullanılan genel bilgi formunda öğrencilerin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, sınıf, kilo, boy, ikamet yeri, yaşanılan yer, anne-baba eğitim düzeyi) ile hastalık, ilaç tedavisi, diyet uygulama, vitamin kullanım durumları, beslenme bilgilerine erişim kaynakları ve doğru beslenme bilgilerine erişildiğinde davranış değişikliğinde bulunma durumları sorgulanmıştır.

3.4.2. ORTO-15 Ölçeği

Bireylerin ortoreksiya nevroza eğilimlerini saptamak için ilk olarak Bratman ve Knight tarafından 10 soruluk bir ölçek hazırlanmıştır (82). Daha sonra Donini tarafından 10 soruluk bu ölçek örnek alınarak İtalya’da Latinler için 15 sorudan oluşan ORTO-15 ölçeği geliştirilmiştir. Sorular bireylerin kendileri için sağlıklı, yararlı olacaklarını düşündükleri besinleri seçme, satın alma, hazırlama ve tüketme aşamalarındaki takıntılı davranışları araştırmaktadır (85). ORTO-15 ölçeğinin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik alışması Arusoğlu tarafından yapılmıştır (91).

Ortoreksiya için ayırt edici kriter olan cevaplar "1", normal yeme davranışı gösteren cevaplar "4" puanla değerlendirilmektedir. Ölçekten en az 15, en fazla 60 puan alınabilmektedir.

1. ve 13. sorulara verilen cevaplar “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.

ORTO-15 ölçeğinin toplam sonucuna göre “40 ve altında” puan alanlar ortoreksiya nevroza eğilimi gösteren bireyler olarak tanımlanmaktadır. Toplam puan arttıkça yeme davranışının normale yaklaşmakta olduğu anlaşılmaktadır (69).

3.4.3. Yeme Tutum Testi (YTT)

Yeme tutum testi, anorektik bireylerin yeme davranışlarını ve tutumlarını; tanı konmamış kişilerin ise yeme davranış ve tutumlarındaki olası bozuklukları araştırmak

için Garner ve Garfinkel tarafından 40 soruluk ölçek geliştirilmiştir. YTT'nin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışması Savaşır ve Erol (1989) tarafından yapılmıştır (92).

YTT'nin, soru şıkları “daima”, “çok sık”, “sık sık”, “bazen”, “nadiren” ve “hiçbir zaman” ifadelerinden oluşan likert biçiminde bir ölçektir. Ölçekten en az 0, en fazla 120 puan alınmaktadır. 1.-18.-19.-23.-27.-39. sorulara verilen cevaplar “bazen” ise 1, “nadiren” ise 2 ve “hiçbir zaman” ise 3 puan, diğer şıklar için 0 puan olarak, diğer soruların cevapları “daima” ise 3, “çok sık” ise 1 puan ve diğer şıklar 0 puan olarak değerlendirilmektedir (92).

YTT toplam sonucuna göre “30 ve üzeri” puan yeme bozukluğu için risk içermektedir. Toplam puan azaldıkça yeme davranışının normale yaklaşmakta olduğu anlaşılmaktadır (92).

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: ORTO-15 kesim noktası değerleri ve YTT kesim noktası değerleridir.

Bağımsız değişkenler: Cinsiyet, sınıf, yaş, BKİ değeri, ikamet yeri, yaşanılan yer, ebeveynlerin eğitim düzeyi, sağlık durumu, ilaç kullanım durumu, diyet uygulama durumu, vitamin desteği kullanma durumu, beslenme bilgilerine erişim kaynakları, beslenme bilgilerine erişildiğinde davranış değiştirme durumudur.

3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırma sonucunda elde edilen veriler ‘SPSS 22.0 for Windows’ paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde Pearson Kesin Ki-Kare testi, Süreklilik Düzeltmeli Ki-Kare testi ve Fisher Ki-Kare testi kullanılmıştır. Tüm değerlendirmelerde $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Yalnızca İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin ortoreksiya nervoza belirtilerinin ve yeme tutumlarının incelenmesi araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırmanın yürütülebilmesi için İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan ve İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan gerekli izinler alınmıştır. Etik kurul kararının tarihi 04.04.2017, numarası 2017/8-4'tür.



4. BULGULAR

Araştırmaya katılan 298 öğrencinin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1’de gösterilmiştir.

Araştırma katılan öğrencilerin %38.9’u erkek, %61.1’i kadındır. Katılanların yaşları 18-27 arasında olup, yaş ortalaması 21.9 ± 2.2 ’dir. Öğrencilerin %16.9’unun 19 yaş ve altı grubunda, %14.4’ünün 20 yaşında, %13.8’inin 21 yaşında, %14.1’inin 22 yaşında, %15.1’inin 23 yaşında, %14.4’ünün 24 yaşında, %11.4’ünün 25 yaş ve üzeri grubunda olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin BKİ sınıflamasına göre %5’inin zayıf, %72.5’inin normal, %18.8’inin hafif şişman, %3.7’sinin şişman grupta olduğu tespit edilmiştir. Öğrencilerin %17.8’inin birinci, %21.5’inin ikinci, %16.4’ünün üçüncü, %18.1’inin dördüncü, %14.1’inin beşinci, %12.1’inin altıncı sınıfta okuduğu görülmüştür.

İkamet yerine bakıldığında; öğrencilerin %97’sinin il veya ilçede, %3’ünün köyde ikamet ettiği belirlenmiştir. Öğrencilerin %50.7’sinin ailesiyle, %19.8’inin ev arkadaşıyla, %3.7’sinin evde tek başına, %1.7’sinin akrabasıyla, %15.4’ünün devlet yurdunda, %8.7’sinin özel yurttaki kaldığı bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların anne eğitim düzeyleri incelendiğinde; %9.4’ünün okur-yazar olmadığı, %37.2’sinin okur-yazar veya ilkokul, %30.2’sinin ortaokul veya lise, %23.2’sinin yüksekokul mezunu olduğu tespit edilmiştir. Baba eğitim düzeylerine bakıldığında ise; %19.5’inin okur-yazar veya ilkokul, %33.2’sinin ortaokul veya lise, %47.3’ünün yüksekokul mezunu olduğu görülmüştür (Tablo 4.1.).

Tablo 4.1. Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımları

Sosyo-demografik Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Erkek	116	38.9
Kadın	182	61.1
Yaş Grupları		
19 Yaş ve altı	50	16.8
20 Yaş	43	14.4
21 Yaş	41	13.8
22 Yaş	42	14.1
23 Yaş	45	15.1
24 Yaş	43	14.4
25 Yaş ve üzeri	34	11.4
BKİ Sınıflaması		
18,49 ve altı(Zayıf)	15	5.0
18,50-24,99(Normal)	216	72.5
25-29,99(Hafif Şişman)	56	18.8
30 ve üzeri(Şişman)	11	3.7
Sınıf		
Birinci	53	17.8
İkinci	64	21.5
Üçüncü	49	16.4
Dördüncü	54	18.1
Beşinci	42	14.1
Altıncı	36	12.1
Toplam	298	100

Tablo 4.1 (Devam). Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımları

Sosyo-demografik Özellikler	n	%
İkamet Yeri		
İl-İlçe	289	97.0
Köy	9	3.0
Yaşanılan Yer		
Ailemle	151	50.7
Ev arkadaşlarımla	59	19.8
Evde tek başına	11	3.7
Akraba yanında	5	1.7
Devlet yurdunda	46	15.4
Özel Yurtta	26	8.7
Misafirhanede	0	0.0
Anne Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar değil	28	9.4
Okur-yazar/ilkokul	111	37.2
Ortaokul-Lise	90	30.2
Yüksekokul	69	23.2
Baba Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar değil	0	0.0
Okur-yazar/ilkokul	58	19.5
Ortaokul-Lise	99	33.2
Yüksekokul	141	47.3
Toplam	298	100

Araştırmaya katılan öğrencilerin çeşitli değişkenlerinin dağılımları Tablo 4.2’de verilmiştir.

Öğrencilerin %77.9’unun sağlık sorunu olmadığı, %87.6’sının ilaç kullanmadığı, %96.6’sının sürekli uyguladığı diyet tedavisinin olmadığı tespit edilmiştir. Vitamin desteği alımı incelediğinde; %6.4’ünün kullandığı, %20.4’ünün bazen kullandığı, %73.2’sinin kullanmadığı bulunmuştur. Doğru beslenme bilgilerine erişildiğinde davranış değişikliğine bakıldığında; araştırmaya katılanların %8.4’ünün her zaman,

%39.6'sının sık sık, %48.3'ünün nadiren davranış değiştirdiği, %3.7'sinin ise hiçbir zaman davranış değiştirmediği tespit edilmiştir.

Tablo 4.2. Öğrencilerin çeşitli değişkenlerinin dağılımları

Çeşitli Değişkenler	n	%
Sağlık Sorunu		
Var	66	22.1
Yok	232	77.9
İlaç Kullanımı		
Evet	37	12.4
Hayır	261	87.6
Diyet Uygulaması		
Var	10	3.4
Yok	288	96.6
Vitamin Kullanımı		
Evet	19	6.4
Hayır	218	73.2
Bazen	61	20.4
Beslenme Bilgilerine Erişildiğinde Davranış Değişikliği		
Her zaman	25	8.4
Sık sık	118	39.6
Nadiren	144	48.3
Hiçbir zaman	11	3.7
Toplam	298	100

Araştırmaya katılan öğrencilerin beslenme bilgilerine erişim kaynaklarının dağılımları Tablo 4.3'de sunulmuştur.

Öğrencilerin beslenme bilgilerine erişim kaynakları incelendiğinde; %76.2'si internetten, %54'ü doktordan, %44'ü kitap-bilimsel yayından, %41.3'ü arkadaştan bilgi sağladığı, diğer kaynaklardan erişim sırası ile aile, televizyon, gazete, diyetisyen, dergi olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3.).

Tablo 4.3. Öğrencilerin beslenme bilgilerine erişim kaynaklarının dağılımları

Kaynaklar	n	%
Gazete		
Evet	47	15.8
Hayır	251	84.2
Dergi		
Evet	41	13.8
Hayır	257	86.2
TV		
Evet	116	38.9
Hayır	182	61.1
İnternet		
Evet	227	76.2
Hayır	71	23.8
Kitaplar, Bilimsel Yayın vs.		
Evet	131	44.0
Hayır	167	56.0
Diyetisyen		
Evet	42	14.1
Hayır	256	85.9
Doktor		
Evet	161	54.0
Hayır	137	46.0
Arkadaş		
Evet	123	41.3
Hayır	175	58.7
Aile		
Evet	118	39.6
Hayır	180	60.4
Toplam	298	100

Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyetlerine göre ORTO-15 kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması Tablo 4.4’de gösterilmiştir.

Çalışma grubundaki öğrencilerin cinsiyetlerine göre ORTO-15 kesim noktası değerleri incelendiğinde; erkeklerin %75.9’unun, kadınların %76.4’ünün ortoreksiya eğiliminde olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.4.).

Tablo 4.4. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre ORTO-15 kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması

Değişken	ORTO-15 puan				p
	≤40		>40		
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Erkek	88	75.9	28	24.1	0.919
Kadın	139	76.4	43	23.6	
Toplam	227	76.2	71	23.8	

Araştırma katılan öğrencilerin cinsiyetlerine göre YTT kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması Tablo 4.5’te verilmiştir.

Çalışma grubundaki öğrencilerin cinsiyetlerine göre YTT kesim noktası değerleri incelendiğinde; erkeklerin %10.3’ünde, kadınların %11.5’inde yeme bozukluğu olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.5.).

Tablo 4.5. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre YTT kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması

Değişken	YTT puan				p
	≥30		<30		
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Erkek	12	10.3	104	89.7	0.896
Kadın	21	11.5	161	88.5	
Toplam	33	11.1	265	88.9	

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş gruplarına göre ORTO-15 kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması Tablo 4.6’da sunulmuştur.

Çalışma grubundaki öğrencilerin yaş gruplarına göre ORTO-15 kesim noktası değerlerine bakıldığında; 19 yaş ve altı grubunun %82’sinin, 20 yaş grubunun %86’sinin, 21 yaş grubunun %85.4’ünün, 22 yaş grubunun %81’inin, 23 yaş grubunun %68.9’unun, 24 yaş grubunun %53.5’inin, 25 yaş ve üzeri grubunun %76.5’inin ortoreksiya eğiliminde olduğu bulunmuş olup, 24 yaş grubunun ortoreksiya eğilim yüzdesi diğer gruplardan anlamlı olarak düşüktür ($p<0.05$) (Tablo 4.6.).

Tablo 4.6. Öğrencilerin yaş gruplarına göre ORTO-15 kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması

ORTO-15 puan					
Değişken	≤40		>40		p
	n	%	n	%	
Yaş Grupları					
19 Yaş ve altı	41	82.0	9	18.0	
20 Yaş	37	86.0	6	14.0	
21 Yaş	35	85.4	6	14.6	
22 Yaş	34	81.0	8	19.0	
23 Yaş	31	68.9	14	31.1	0.004
24 Yaş*	23	53.5	20	46.5	
25 Yaş ve üzeri	26	76.5	8	23.5	
Toplam	227	76.2	71	23.8	

*Farkı oluşturan grup

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş gruplarına göre YTT kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması Tablo 4.7’de gösterilmiştir.

Çalışma grubundaki öğrencilerin yaş gruplarına göre YTT kesim noktası değerlerine bakıldığında; 19 yaş ve altı grubunun %12’sinde, 20 yaş grubunun %9.3’ünde, 21 yaş grubunun %22’sinde, 22 yaş grubunun %7.1’inde, 23 yaş grubunun %6.7’sinde, 24 yaş grubunun %16.3’ünde, 25 yaş ve üzeri grubunun %2.9’unda yeme bozukluğu olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.7.).

Tablo 4.7. Öğrencilerin yaş gruplarına göre YTT kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması

Değişken	YTT puan				p
	≥30		<30		
Yaş Grupları	n	%	n	%	
19 Yaş ve altı	6	12.0	44	88.0	
20 Yaş	4	9.3	39	90.7	
21 Yaş	9	22.0	32	78.0	
22 Yaş	3	7.1	39	92.9	0.117
23 Yaş	3	6.7	42	93.3	
24 Yaş	7	16.3	36	83.7	
25 Yaş ve üzeri	1	2.9	33	97.1	
Toplam	33	11.1	265	88.9	

Araştırma kapsamındaki öğrencilerin BKİ'lerine göre ORTO-15 kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması Tablo 4.8'de verilmiştir.

Çalışma grubundaki öğrencilerin BKİ'lerine göre ORTO-15 kesim noktası değerleri incelendiğinde; zayıf olanların %93.3'ünün, normal olanların %77.3'ünün, hafif şişman olanların %73.2'sinin, şişman olanların %45.5'inin ortoreksiya eğiliminde olduğu bulunmuş olup, şişman olanların ortoreksiya eğilim yüzdesi diğerlerinden anlamlı olarak düşüktür ($p<0.05$) (Tablo 4.8.).

Tablo 4.8. Öğrencilerin beden kütle indekslerine göre ORTO-15 kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması

ORTO-15 puan					
Değişken	≤40		>40		p
	n	%	n	%	
BKİ Sınıflaması					
18,49 ve altı(Zayıf)	14	93.3	1	6.7	
18,50-24,99(Normal)	167	77.3	49	22.7	
25-29,99(Hafif Şişman)	41	73.2	15	26.8	0.034
30 ve üzeri(Şişman)*	5	45.5	6	54.5	
Toplam	227	76.2	71	23.8	

*Farkı oluşturan grup

Araştırma kapsamındaki öğrencilerin BKİ'lerine YTT kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması Tablo 4.9'da sunulmuştur.

Çalışma grubundaki öğrencilerin BKİ'lerine göre YTT kesim noktası değerleri incelendiğinde; normal olanların %10.2'sinde, hafif şişman olanların %16.1'inde, şişman olanların %18.2'sinde yeme bozukluğu olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.9.).

Tablo 4.9. Öğrencilerin beden kütle indekslerine göre YTT kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması

YTT puan					
Değişken	≥30		<30		p
	n	%	n	%	
BKİ Sınıflaması					
18,49 ve altı(Zayıf)	0	0	15	100	
18,50-24,99(Normal)	22	10.2	194	89.8	
25-29,99(Hafif Şişman)	9	16.1	47	83.9	0.250
30 ve üzeri(Şişman)	2	18.2	9	81.8	
Toplam	33	11.1	265	88.9	

Araştırma kapsamındaki öğrencilerin sınıflarına göre ORTO-15 kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması Tablo 4.10’da gösterilmiştir.

Çalışma grubundaki öğrencilerin sınıflarına göre ORTO-15 kesim noktası değerlerine bakıldığında; birinci sınıfın %81.1’inin, ikinci sınıfın %81.3’ünün, üçüncü sınıfın %98’inin, dördüncü sınıfın %64.8’inin, beşinci sınıfın %52.4’ünün, altıncı sınıfın %75’inin ortoreksiya eğiliminde olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizlerde üçüncü sınıf öğrencilerinin ortoreksiya eğilimlerinin; dördüncü, beşinci ve altıncı sınıf öğrencilerine kıyasla anlamlı olarak yüksek olduğu ve beşinci sınıf öğrencilerinin ortoreksiya eğilimlerinin; birinci, ikinci ve üçüncü sınıf öğrencilerine kıyasla anlamlı olarak düşük olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.10.).

Tablo 4.10. Öğrencilerin sınıflarına göre ORTO-15 kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması

ORTO-15 puan					
Değişken	≤40		>40		p
	n	%	n	%	
Sınıf					
Birinci	43	81.1	10	18.9	
İkinci	52	81.3	12	18.8	
Üçüncü*	48	98.0	1	2.0	
Dördüncü	35	64.8	19	35.2	0.001
Beşinci*	22	52.4	20	47.6	
Altıncı	27	75.0	9	25.0	
Toplam	227	76.2	71	23.8	

*Farklı oluşturan gruplar

Araştırma kapsamındaki öğrencilerin sınıflarına göre YTT kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması Tablo 4.11’de verilmiştir.

Çalışma grubundaki öğrencilerin sınıflarına göre YTT kesim noktası değerleri incelendiğinde; birinci sınıfın %11.3’ünde, ikinci sınıfın %12.5’inde, üçüncü sınıfın %12.2’sinde, dördüncü sınıfın %11.1’inde, beşinci sınıfın %9.5’inde, altıncı sınıfın %8.3’ünde yeme bozukluğu olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.11.).

Tablo 4.11. Öğrencilerin sınıflarına göre YTT kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması

Değişken	YTT puan				p
	≥30		<30		
	n	%	n	%	
Sınıf					
Birinci	6	11.3	47	88.7	
İkinci	8	12.5	56	87.5	
Üçüncü	6	12.2	43	87.8	
Dördüncü	6	11.1	48	88.9	0.989
Beşinci	4	9.5	38	90.5	
Altıncı	3	8.3	33	91.7	
Toplam	33	11.1	265	88.9	

Araştırmaya katılan öğrencilerin ikamet yerleri ve yaşadıkları yere göre ORTO-15 kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması Tablo 4.12’de sunulmuştur.

Çalışma grubundaki öğrencilerin ikamet yerlerine göre ORTO-15 kesim noktası değerleri incelendiğinde; ikamet yeri il-ilçe olan öğrencilerin %75.8’inin, ikamet yeri köy olan öğrencilerin %88.9’unun ortoreksiya eğiliminde olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.12.).

Öğrencilerin yaşadıkları yere göre ORTO-15 kesim noktası değerlerine bakıldığında; ailesiyle yaşayanların %80.1’inin, ev arkadaşıyla yaşayanların %69.5’inin, evde tek başına yaşayanların %72.7’sinin, akraba yanında yaşayanların %80’inin, devlet yurdunda yaşayanların %67.4’ünün, özel yurttan yaşayanların %84.6’sının ortoreksiya eğiliminde olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.12.).

Tablo 4.12. Öğrencilerin ikamet yerleri ve yaşadıkları yere göre ORTO-15 kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması

Değişkenler	ORTO-15 puan				p
	≤40		>40		
	n	%	n	%	
İkamet Yeri					
İl-İlçe	219	75.8	70	24.2	0.691
Köy	8	88.9	1	11.1	
Yaşanılan Yer					
Ailemle	121	80.1	30	19.9	0.320
Ev arkadaşarımla	41	69.5	18	30.5	
Evde tek başına	8	72.7	3	27.3	
Akraba yanında	4	80.0	1	20.3	
Devlet yurdunda	31	67.4	15	32.6	
Özel yurttta	22	84.6	4	15.4	
Toplam	227	76.2	71	23.8	

Araştırmaya katılan öğrencilerin ikamet yerleri ve yaşadıkları yere göre YTT kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması Tablo 4.13’de gösterilmiştir.

Çalışma grubundaki öğrencilerin ikamet yerlerine göre YTT kesim noktası değerleri incelendiğinde; ikamet yeri il-ilçe olan öğrencilerin %10.7’sinde, ikamet yeri köy olan öğrencilerin %22.2’sinde yeme bozukluğu olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.13.).

Öğrencilerin yaşadıkları yere göre YTT kesim noktası değerlerine bakıldığında; ailesiyle yaşayanların %11.3’ünde, ev arkadaşıyla yaşayanların %8.5’inde, evde tek başına yaşayanların %27.3’ünde, devlet yurdunda yaşayanların %8.7’sinde, özel yurttta yaşayanların %15.4’ünde yeme bozukluğu olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.13.).

Tablo 4.13. Öğrencilerin ikamet yerlerine ve yaşadıkları yere göre YTT kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması

Değişkenler	YTT puan				p
	≥30		<30		
	n	%	n	%	
İkamet Yeri					
İl-İlçe	31	10.7	258	89.3	0.262
Köy	2	22.2	7	77.8	
Yaşanılan Yer					
Ailemle	17	11.3	134	88.7	0.442
Ev arkadaşlarımla	5	8.5	54	91.5	
Evde tek başına	3	27.3	8	72.7	
Akraba yanında	0	0	5	100	
Devlet yurdunda	4	8.7	42	91.3	
Özel yurttta	4	15.4	22	84.6	
Toplam	33	11.1	265	88.9	

Araştırmaya katılan öğrencilerin ebeveynlerinin eğitim düzeyine göre ORTO-15 kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması Tablo 4.14’te sunulmuştur.

Çalışma grubundaki öğrencilerin anne eğitim düzeylerine göre ORTO-15 kesim noktası değerleri incelendiğinde; okur-yazar olmayanların %67.9’unun, okur-yazar olanların veya ilkokul mezunlarının %80.2’sinin, ortaokul veya lise mezunlarının %74.4’ünün, yüksekokul mezunlarının %75.4’ünün ortoreksiya eğiliminde olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.14.).

Öğrencilerin baba eğitim düzeylerine göre ORTO-15 kesim noktası değerlerine bakıldığında; okur-yazar olanların veya ilkokul mezunlarının %75.9’unun, ortaokul veya lise mezunlarının %72.7’sinin, yüksekokul mezunlarının %78.7’sinin ortoreksiya eğiliminde olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.14.).

Tablo 4.14. Öğrencilerin ebeveynlerinin eğitim düzeyine göre ORTO-15 kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması

ORTO-15 puan					
Eğitim Düzeyi	≤40		>40		p
	n	%	n	%	
Anne Eğitimi					
Okur-yazar değil	19	67.9	9	32.1	0.528
Okur-yazar/İlkokul	89	80.2	22	19.8	
Ortaokul- Lise	67	74.4	23	25.6	
Yüksekokul	52	75.4	17	24.6	
Baba Eğitimi					
Okur-yazar değil	0	0	0	0	0.561
Okur-yazar/İlkokul	44	75.9	14	24.1	
Ortaokul- Lise	72	72.7	27	27.3	
Yüksekokul	111	78.7	30	21.3	
Toplam	227	76.2	71	23.8	

Araştırmaya katılan öğrencilerin ebeveynlerinin eğitim düzeyine göre YTT kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması Tablo 4.15'te gösterilmiştir.

Çalışma grubundaki öğrencilerin anne eğitim düzeylerine göre YTT kesim noktası değerleri incelendiğinde; okur-yazar olmayanların %14.3'ünde, okur-yazar olanların veya ilkokul mezunlarının %7.2'sinde, ortaokul veya lise mezunlarının %15.6'sında, yüksekokul mezunlarının %10.1'inde yeme bozukluğu olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.15.).

Öğrencilerin baba eğitim düzeylerine göre YTT kesim noktası değerlerine bakıldığında; okur-yazar olanların veya ilkokul mezunlarının %8.6'sında, ortaokul veya lise mezunlarının %10.1'inde, yüksekokul mezunlarının %12.8'inde yeme bozukluğu olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.15.).

Tablo 4.15. Öğrencilerin ebeveynlerinin eğitim düzeyine göre YTT kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması

Eğitim Düzeyi	YTT puan				p
	≥30		<30		
	n	%	n	%	
Anne Eğitimi					
Okur-yazar değil	4	14.3	24	85.7	0.275
Okur-yazar/İlkokul	8	7.2	103	92.8	
Ortaokul- Lise	14	15.6	76	84.4	
Yüksekokul	7	10.1	62	89.9	
Baba Eğitimi					
Okur-yazar değil	0	0	0	0	0.651
Okur-yazar/İlkokul	5	8.6	53	91.4	
Ortaokul- Lise	10	10.1	89	89.9	
Yüksekokul	18	12.8	123	87.2	
Toplam	33	11.1	265	88.9	

Tablo 4.16’da araştırmaya katılan öğrencilerin çeşitli değişkenlere göre ORTO-15 kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması verilmiştir.

Çalışma grubundaki öğrencilerin sağlık sorununa göre ORTO-15 kesim noktası değerleri incelendiğinde; hastalığı olanların %71.2’sinin, hastalığı olmayanların %77.6’sının ortoreksiya eğiliminde olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). İlaç kullanımına göre ORTO-15 kesim noktası değerlerine bakıldığında; düzenli olarak ilaç kullananların %70.3’ünün, ilaç kullanmayanların %77’sinin ortoreksiya eğiliminde olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Diyet uygulamasının ORTO-15 kesim noktası değerlerine olan etkisi incelendiğinde; diyet uygulayanların %90’ının, diyet uygulamayanların %75.7’sinin ortoreksiya eğiliminde olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Öğrencilerin vitamin desteği alımına göre ORTO-15 kesim noktası değerlerine bakıldığında; vitamin kullananların %68.4’ünün, bazen kullananların %78.7’sinin, kullanmayanların ise %76.1’inin ortoreksiya eğiliminde olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.16.).

Araştırma grubundaki öğrencilerin doğru beslenme bilgilerine erişildiğinde davranış değişikliğine göre ORTO-15 kesim noktası değerleri incelendiğinde ise; her zaman davranış değiştirenlerin %96'sının, sık sık değiştirenlerin %81.4'ünün, nadiren değiştirenlerin %68.8'inin, hiçbir zaman davranış değiştirmeyenlerin %72.7'sinin ortoreksiya eğiliminde olduğu bulunmuş olup, her zaman davranış değiştiren öğrencilerin ortoreksiya eğilim yüzdesi nadiren davranış değiştiren öğrencilerin ortoreksiya eğilim yüzdesinden anlamlı olarak yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 4.16.).



Tablo 4.16. Öğrencilerin çeşitli değişkenlere göre ORTO-15 kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması

Çeşitli Değişkenler	ORTO-15 puan				p
	≤40		>40		
	n	%	n	%	
Sağlık Sorunu					
Var	47	71.2	19	28.8	0.283
Yok	180	77.6	52	22.4	
İlaç Kullanımı					
Evet	26	70.3	11	29.7	0.368
Hayır	201	77.0	60	23.0	
Diyet Uygulaması					
Var	9	90.0	1	10.0	0.461
Yok	218	75.7	70	24.3	
Vitamin Kullanımı					
Evet	13	68.4	6	31.6	0.656
Hayır	166	76.1	52	23.9	
Bazen	48	78.7	13	21.3	
Beslenme Bilgilerine Erişildiğinde Davranış Değişikliği					
Her zaman*	24	96.0	1	4.0	0.009
Sık sık	96	81.4	22	18.6	
Nadiren*	99	68.8	45	31.3	
Hiçbir zaman	8	72.7	3	27.3	
Toplam	227	76.2	71	23.8	

*Birbirinden farklı

Tablo 4.17’de araştırmaya katılan öğrencilerin çeşitli değişkenlere göre YTT kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması gösterilmiştir.

Çalışma grubundaki öğrencilerin sağlık sorununa göre YTT kesim noktası değerleri incelendiğinde; hastalığı olanların %15.2’sinde, hastalığı olmayanların %9.9’unda yeme bozukluğu olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). İlaç kullanımına göre YTT kesim noktası değerlerine

bakıldığında; düzenli olarak ilaç kullananların %18.9'unda, ilaç kullanmayanların %10'unda yeme bozukluğu olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Diyet uygulamasının YTT kesim noktası değerlerine olan etkisi incelendiğinde; diyet uygulayanların %30'unda, diyet uygulamayanların %10.4'ünde yeme bozukluğu olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Öğrencilerin vitamin desteği alımına göre YTT kesim noktası değerlerine bakıldığında; vitamin kullananların %10.5'inde, bazen kullananların %14.8'inde, kullanmayanların ise %10.1'inde yeme bozukluğu olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.17.).

Araştırma grubundaki öğrencilerin doğru beslenme bilgilerine erişildiğinde davranış değişikliğine göre YTT kesim noktası değerleri incelendiğinde ise; her zaman davranış değiştirenlerin %36'sında, sık sık değiştirenlerin %8.5'inde, nadiren değiştirenlerin %9'unda, hiçbir zaman davranış değiştirmeyenlerin %9.1'inde yeme bozukluğu olduğu bulunmuş olup, her zaman davranış değiştirenlerde yeme bozukluğu yüzdesi diğer grupların yeme bozukluğu yüzdesinden anlamlı olarak yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 4.17.).

Tablo 4.17. Öğrencilerin çeşitli değişkenlere göre YTT kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması

Çeşitli Değişkenler	YTT puan				p
	≥30		<30		
	n	%	n	%	
Sağlık Sorunu					
Var	10	15.2	56	84.8	0.232
Yok	23	9.9	209	90.1	
İlaç Kullanımı					
Evet	7	18.9	30	81.1	0.155
Hayır	26	10.0	235	90.0	
Diyet Uygulaması					
Var	3	30.0	7	70.0	0.087
Yok	30	10.4	258	89.6	
Vitamin Kullanımı					
Evet	2	10.5	17	89.5	0.589
Hayır	22	10.1	196	89.9	
Bazen	9	14.8	52	85.2	
Beslenme Bilgilerine Erişildiğinde Davranış Değişikliği					
Her zaman*	9	36.0	16	64.0	0.002
Sık sık	10	8.5	108	91.5	
Nadiren	13	9.0	131	91	
Hiçbir zaman	1	9.1	10	90.9	
Toplam	33	11.1	265	88.9	

*Farklı oluşturan grup

Tablo 4.18’de görüldüğü gibi araştırma katılan öğrencilerin beslenme bilgilerine erişim kaynaklarına göre ORTO-15 kesim noktası değerlerine bakıldığında; gazeteden bilgi alanların %74.5’inin, dergiden bilgi alanların %70.7’sinin, televizyondan bilgi alanların %75’inin, internetten bilgi alanların %76.2’sinin, kitap ve bilimsel yayınlardan bilgi alanların %73.3’ünün, diyetisyenden bilgi alanların %73.8’inin, doktordan bilgi alanların %73.9’unun, arkadaştan bilgi alanların %71.5’inin, aileden bilgi alanların ise

%77.1'inin ortoreksiya eğiliminde olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.18. Öğrencilerin beslenme bilgilerine erişim kaynaklarına göre ORTO-15 kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması

Kaynaklar	ORTO-15 puan				p
	≤40		>40		
	n	%	n	%	
Gazete					
Evet	35	74.5	12	25.5	0.910
Hayır	192	76.5	59	23.5	
Dergi					
Evet	29	70.7	12	29.3	0.494
Hayır	198	77.0	59	23.0	
TV					
Evet	87	75.0	29	25.0	0.704
Hayır	140	76.9	42	23.1	
İnternet					
Evet	173	76.2	54	23.8	0.979
Hayır	54	76.1	17	23.9	
Kitap, Bilimsel Yayın vb.					
Evet	96	73.3	35	26.7	0.299
Hayır	131	78.4	36	21.6	
Toplam	227	76.2	71	23.8	

Tablo 4.18 (Devam). Öğrencilerin beslenme bilgilerine erişim kaynaklarına göre ORTO-15 kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması

ORTO-15 puan					
Kaynaklar	≤40		>40		p
	n	%	n	%	
Diyetisyen					
Evet	31	73.8	11	26.2	0.847
Hayır	196	76.6	60	23.4	
Doktor					
Evet	119	73.9	42	26.1	0.321
Hayır	108	78.8	29	21.2	
Arkadaş					
Evet	88	71.5	35	28.5	0.116
Hayır	139	79.4	36	20.6	
Aile					
Evet	91	77.1	27	22.9	0.757
Hayır	136	75.6	44	24.4	
Toplam	227	76.2	71	23.8	

Tablo 4.19’da görüldüğü gibi araştırma katılan öğrencilerin beslenme bilgilerine erişim kaynaklarına göre YTT kesim noktası değerleri incelendiğinde; gazeteden bilgi alanların %10.6’sında, dergiden bilgi alanların %12.2’sinde, televizyondan bilgi alanların %9.5’inde, internetten bilgi alanların %11.9’unda, doktordan bilgi alanların %9.9’unda, arkadaştan bilgi alanların %11.4’ünde, aileden bilgi alanların %10.2’sinde yeme bozukluğu olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Kitap ve bilimsel yayınlardan bilgi alan öğrencilerin %6.1’inde, almayanların %15’inde yeme bozukluğu olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Diyetisyenden bilgi alanların ise %21.4’ünde, almayanların %9.4’ünde yeme bozukluğu olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.19. Öğrencilerin beslenme bilgilerine erişim kaynaklarına göre YTT kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması

Kaynaklar	YTT puan				p
	≥30		<30		
	n	%	n	%	
Gazete					
Evet	5	10.6	42	89.4	0.917
Hayır	28	11.2	223	88.8	
Dergi					
Evet	5	12.2	36	87.8	0.790
Hayır	28	10.9	229	89.1	
TV					
Evet	11	9.5	105	90.5	0.610
Hayır	22	12.1	160	87.9	
İnternet					
Evet	27	11.9	200	88.1	0.555
Hayır	6	8.5	65	91.5	
Kitap, Bilimsel Yayın vb.					
Evet	8	6.1	123	93.9	0.025
Hayır	25	15.0	142	85.0	
Toplam	33	11.1	265	88.9	

Tablo 4.19 (Devam). Öğrencilerin beslenme bilgilerine erişim kaynaklarına göre YTT kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması

Kaynaklar	YTT puan				p
	≥30		<30		
	n	%	n	%	
Diyetisyen					
Evet	9	21.4	33	78.6	0.032
Hayır	24	9.4	232	90.6	
Doktor					
Evet	16	9.9	145	90.1	0.623
Hayır	17	12.4	120	87.6	
Arkadaş					
Evet	14	11.4	109	88.6	0.887
Hayır	19	10.9	156	89.1	
Aile					
Evet	12	10.2	106	89.8	0.830
Hayır	21	11.7	159	88.3	
Toplam	33	11.1	265	88.9	

Tablo 4.20’de görüldüğü gibi araştırma kapsamındaki öğrencilerin ORTO-15 kesim noktası değerlerine göre YTT kesim noktası değerlerine bakıldığında; ortoreksiya eğiliminde olan öğrencilerin %12.3’ünde, ortoreksiya eğiliminde olmayanların %7’sinde yeme bozukluğu olduğu, gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 4.20. Öğrencilerin ORTO-15 kesim noktası değerlerine göre YTT kesim noktası değerlerinin karşılaştırılması

		YTT puan				
		≥30		<30		
		n	%	n	%	p
ORTO-15	≤40	28	12.3	199	87.7	0.306
puan	>40	5	7.0	66	93.0	
Toplam		33	11.1	265	88.9	



5.TARTIŞMA

Beslenme, toplumların; sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesinde, sosyoekonomik açıdan ilerlemesinde ve refah düzeylerinin artmasında önemli bir unsurdur. Bireylerin sağlıklı beslenmeye yönelik davranışları, medya, aile-çevre etkileşimi ve modernleşmenin etkisiyle farklılık göstermektedir (93, 94). Toplumların, beslenmeye yönelik bilgi düzeyleri ve beslenmenin hastalıklarla ilişkileri hakkındaki farkındalıklarının artması bireylerin sağlıklı yaşam algısını şekillendiren önemli faktörlerdendir. Günümüzde morbidite ve mortalite oranı yüksek hastalıkların yaygınlığının artması, besin güvencesi ve güvenliğinin yeterli miktarlarda sağlanamaması gibi nedenlerle bireylerin sağlıklarına yönelik gösterdikleri özeni artırma ihtiyaçları açığa çıkmaktadır (28, 95). Bu durumun hasta olma korkusu ve sağlıklı olma isteğine yönelik obsesyonlarla özdeşleşmesinin, bireylerin beslenme alışkanlıklarını katı kurallar çerçevesinde şekillendirmesine ve yeme bozukluklarının oluşumuna sebep olmaktadır (7, 83). Literatürde yeme bozukluğu için tanı kriterleri tam olarak belirlenemeyen ve olumsuz yeme davranışı gösteren birçok grubun varlığından bahsedilmiştir (4). Bu gruplardan biri olan ortoreksiya nervozanın tanı kriterleri, literatürde kanıt düzeyi yüksek olan çalışmaların sayısının arttırılmasına olan ihtiyaç sebebiyle DSM vb. tanı ve sınıflama sistemleri tarafından kesinleştirilmemiştir (15). Ayrıca, literatürde yer alan ortoreksiya nervoza çalışmalarında; sağlık çalışanları (hekim, diyetisyen, fizyoterapist, hemşire vb.), üniversite öğrencileri (beslenme ve diyetetik bölümü öğrencileri, tıp fakültesi öğrencileri, beden eğitimi öğrencileri), performans sanatçıları (dansçı, müzisyen) ve atletizm sporcularının risk altında olduğu belirtilmiştir (10, 16-22). Bütün bu bilgiler ışığında çalışmamızın amacı, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin ortoreksiya nervoza belirtilerini ve yeme tutumlarını incelemektir.

Araştırmamıza katılan bireylerin %76.2'nin ortoreksiya eğiliminde oldukları bulunmuştur (Tablo 4.4.) Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde ortoreksiya nervoza görülme sıklığının %6.9 ile %88.7 arasında değişkenlik gösterdiği ve ülkemizde ise farklı örneklem gruplarında yapılan çalışmalarda, ON prevalansının %41.9 ile %56.9 arasında değişkenlik gösterdiği belirtilmiştir (15-17, 21, 22, 85, 87-89). Literatürle çalışmamız arasındaki bu farklılığın, araştırmaya dahil edilen örneklem gruplarının sosyodemografik özelliklerinden ve sağlığa yönelik bilgi düzeylerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %11.1'inde yeme bozukluğu olduğu görülmüştür (Tablo 4.5.) Literatürde üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, araştırmamızla benzer şekilde öğrencilerin %11.7'sinde yeme bozukluğu olduğu tespit edilmiştir (96). Marmara ve Boğaziçi Üniversiteleri'nde okuyan 253 üniversite öğrencisi üzerinde yürütülen bir çalışmada, katılımcıların %7.9'unun bozuk yeme tutumuna sahip olduğu tespit edilmiştir (97). Bu duruma benzer olarak, 951 üniversite öğrencisinde yeme davranışının incelendiği bir çalışmada, katılımcıların %7.5'inin yeme davranışının bozuk olduğu bulunmuştur (98). Benzer gruplarda yapılan diğer çalışmalarda ise, yeme bozukluğu sıklığının %4.0 ile %14.0 arasında değişiklik gösterdiği gözlenmektedir (7, 96, 99-101). Literatürde üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmalarda yeme bozukluğu görülme sıklığına yönelik kesin sonuçların bulunmadığı gözlenmiştir. Çalışmamız ile literatür arasındaki; benzer yönlerin, örneklem özellikleri ile açıklanabileceğini ve farklı yönlerin ise, örneklemin seçildiği bölgeye özgü kültürel davranışlar ve demografik özelliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamız kapsamında doğru beslenme bilgilerine erişildiğinde bireylerin davranış değişiklikleri incelendiğinde; öğrencilerin %8.4'ünün her zaman, %39.6'sının sık sık, %48.3'ünün nadiren davranış değiştirdiği ve %3.7'sinin ise hiçbir zaman davranış değiştirmedikleri tespit edilmiştir (Tablo 4.2.). Çalışmamız kapsamında değerlendirilen bireylerin daha çok nadiren davranış değişikliğinde bulunduğu görülmektedir. Literatürde yapılan benzer bir çalışmada beslenmeye yönelik bilgilenmenin, katılımcıların %23.3'ünün her zaman, %17.6'sının sık sık ve %49.6'sının nadiren davranışlarını değiştirdiğini ve %9.5'inin hiçbir zaman davranış değiştirmedikleri bulunmuştur (91). Ayrıca, aynı çalışmadaki bireylerin daha çok nadiren davranış değişikliğinde bulunduğu tespit edilmiştir (91). Bu doğrultuda, çalışmamız literatürle uyumludur. Her iki çalışmada da, beslenme bilgisine eriştiğinde davranış değişikliğinde bulunan bireyler, bulunmayan bireylerden daha fazladır.

Çalışmamıza katılan bireylerin beslenme bilgilerine erişim kaynakları incelendiğinde; %76.2'sinin internetten, %54'ünün doktordan, %44'ünün kitap-bilimsel yayından, %41.3'ünün arkadaşlarından bilgi sağladığı ve diğer kaynaklara erişim ise sırasıyla aile, televizyon, gazete, diyetisyen ve dergiler olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3.). Literatürde üniversitede okuyan 286 öğrenci üzerinde yapılan bir çalışmada; kız öğrencilerin %58'inin aile bireylerinden, %43.1'inin dergi/gazetelerden ve erkek öğrencilerin ise, %40'ının aile bireylerinden, %30.5'inin dergi/gazetelerden beslenme

bilgisini edindiği tespit edilmiştir (102). Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde ise; Adıyaman ilinde üniversite öğrencileri üzerinde yürütülen bir çalışmada; öğrencilerin beslenme bilgisini %65.6'sının gazete, dergi ve broşür gibi yazılı kaynaklardan edindiği bulunmuştur (103). Ankara'da üniversitede çalışan 1016 idari ve akademik personel üzerinde yürütülen bir çalışmada; katılımcıların, %71.5'inin kitle iletişim araçlarından, %42.7'sinin kitaplar ve bireysel yayınlardan, %23.5'inin diyetisyenlerden, %21.8'inin doktorlardan, %4.6'sının sağlık kulüplerinden ve %49.4'ünün ise çevreden bilgi aldığı tespit edilmiştir (91). Araştırmamız kapsamında literatür ile oluşan farklılıkların, araştırmaların yapıldığı tarihte bilgiye ulaşım imkanları ve yöntemlerindeki farklılıklardan kaynaklandığını düşünülmektedir. Ayrıca, literatürde benzer yöntemlerle yürütülen çalışmaların bulunmaması, araştırmamız kapsamında tıp fakültesi öğrencilerinin beslenme bilgi kaynağı tercihlerinin kıyaslanabilirliğini zorlaştırmaktadır.

Çalışma grubundaki öğrencilerin cinsiyetlerine göre ortoreksiya eğilimleri incelendiğinde; erkeklerin %75.9'unun, kadınların %76.4'ünün ortoreksiya eğiliminde olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.4.). Ülkemizde performans sanatçılarının ortoreksiya eğilimlerinin incelendiği bir çalışmada, cinsiyetin bireylerin ortoreksiya eğilimleri üzerine bir etkisi bulunmadığı tespit edilmiştir (22). Ayrıca literatürde yer alan çalışmaların birçoğunda, cinsiyetin ortoreksiya nervoza görülme sıklığı üzerine etkileri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (17, 20, 104-107). Bu doğrultuda; araştırmamızın sonuçları literatür ile uyumlu olup, bulgularımız literatürü destekler niteliktedir. Örneklem dahilindeki bireylerin sağlık alanında eğitim almalarının, kadın ve erkeklerin gıdaların satın alınması, hazırlanması ve tüketimine kadar olan süreçte takıntılı davranmalarına neden olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, 18-25 yaş arası üniversite öğrencileri ile yürütülen başka bir çalışmada kadınların %68.55'inin, erkeklerin %43.18'inin ortorektik olduğu görülmüştür (104). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan başka bir araştırmada ise, kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre daha çok ortorektik davranışlar gösterdiği tespit edilmiştir (108). 2010 yılında 878 tıp fakültesi öğrencisinin ortoreksiya eğilimlerinin incelendiği bir çalışmada; erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre ortoreksiya eğilimlerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (10). Bu bağlamda; literatürde çelişkili sonuçlar yer almaktadır. Bu farklılıkların, araştırmalarda yer alan bireylerin sağlık algılarının kültürel ve sosyal alışkanlıklar çerçevesinde şekillenmesinden oluşabileceği düşünülmektedir.

Çalışma grubundaki öğrencilerin cinsiyetlerine göre yeme tutumları incelendiğinde; erkeklerin %10.3'ünde, kadınların %11.5'inde yeme bozukluğu olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.5.). Bu doğrultuda çalışmamızla benzer olarak; Bitlis'te 294 üniversite öğrencisinde yapılan bir çalışmada kız öğrencilerin %11.9'unun, erkek öğrencilerin ise %14.9'unun bozuk yeme davranışı gösterdiği, gruplar arası farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur (109). Ayrıca, literatürde yer alan çalışmaların birçoğunda kız öğrencilerin, erkek öğrencilere göre daha bozuk yeme davranışı gösterdiği tespit edilmiştir (2, 110, 111). Cinsiyet bağlamında, literatür ile çalışmamız arasında görülen farklılıkların; örneklemimizde değerlendirilen erkek öğrencilerin, kız öğrenciler kadar beden imajı ve estetiğe önem vermelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışma grubundaki öğrencilerin yaş gruplarına göre ortoreksiya eğilimlerine bakıldığında; 19 yaş ve altı grubunun %82'sinin, 20 yaş grubunun %86'sının, 21 yaş grubunun %85.4'ünün, 22 yaş grubunun %81'inin, 23 yaş grubunun %68.9'unun, 24 yaş grubunun %53.5'inin, 25 yaş ve üzeri grubunun %76.5'inin ortoreksiya eğiliminde olduğu bulunmuş olup, 24 yaş grubunun ortoreksiya eğilim yüzdesi diğer gruplardan anlamlı olarak düşüktür ($p<0.05$) (Tablo 4.6.). Benzer olarak; Ankara'da üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, 17-23 yaş aralığında bulunan üniversite öğrencilerinin daha yüksek yaş grubunda bulunan öğrencilere kıyasla daha fazla ortorektik davranışlar gösterme eğiliminde oldukları bulunmuştur (2). Literatür ile araştırmamız arasındaki benzerliklerin; genç bireylerde medya maruziyetinin daha fazla olması ve öğrencilerin yaşları arttıkça akademik kazanımlar ile sağlıklı beslenmeye yönelik bilgi düzeylerinin daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca, İtalya'da yapılan bir çalışmada ise yaşla birlikte ortoreksiya görülme sıklığının arttığı belirtilmiştir (85). Literatürde, tıp fakültesi öğrencilerinin ortoreksiya nervoza ve yeme davranışlarını incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada, 21 yaş altında yer alan bireylerin, 21 yaş üstü bireylere kıyasla daha az ortorektik davranış gösterme eğiliminde olduğu tespit edilmiştir (10). Literatürde, yaşın ortoreksiya eğilimleri üzerine etkileri konusunda fikir birliğine varılamamıştır. Bu doğrultuda çalışmamız sonuçları, literatürün bir kısmını destekler niteliktedir. Literatür ile çalışmamız arasındaki farklılıkların araştırma örneğine dahil edilen bireylerin yaş aralığının daha az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışma grubundaki öğrencilerin yaş gruplarına göre yeme tutumlarına bakıldığında; 19 yaş ve altı grubunun %12'sinde, 20 yaş grubunun %9.3'ünde, 21 yaş

grubunun %22'sinde, 22 yaş grubunun %7.1'inde, 23 yaş grubunun %6.7'sinde, 24 yaş grubunun %16.3'ünde, 25 yaş ve üzeri grubunun %2.9'unda yeme bozukluğu olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.7.). Bitlis'te üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada benzer olarak yaşın yeme bozukluğuna etkisinin anlamlı olmadığı saptanmıştır (109). Literatürde, ebeveyn ilişkileri ile bireylerin yeme tutumlarının incelendiği bir çalışmada, 21-22 yaş grubundaki gençlerin 24-25 yaş grubundaki gençlere göre daha bozuk yeme davranışına sahip olduğu bulunmuştur (112). Dokuz Eylül Üniversitesi'nde 202 üniversite öğrencisinde yapılan bir çalışmada, yüksek yaş grubundaki bireylerin yeme davranışının daha olumlu olduğu bulunmuştur (113). Gazi Üniversitesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ise 17-23 yaş aralığındaki öğrencilerin, 24-29 yaş ve 30-42 yaş aralığında bulunan öğrencilere kıyasla daha bozuk yeme davranışında buldukları tespit edilmiştir (2). Bu doğrultuda literatürde, yaşın yeme davranışı üzerine etkileri konusunda çelişkiler olduğu görülmektedir. Bu bağlamda araştırmamızın sonuçları, literatürle kısmen uyumlu bir nitelik taşımaktadır. Literatür ile araştırmamız arasında oluşan farklılıkların ise, örneklemimizin yaş aralığının literatürdeki çalışmalardan daha düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışma grubundaki öğrencilerin beden kütle indekslerine göre ortoreksiya eğilimleri incelendiğinde; zayıf olanların %93.3'ünün, normal olanların %77.3'ünün, hafif şişman olanların %73.2'sinin ve şişman olanların %45.5'inin ortoreksiya eğiliminde olduğu bulunmuş olup, şişman olanların ortoreksiya eğilim yüzdesi diğerlerinden anlamlı olarak düşüktür ($p<0.05$) (Tablo 4.8.). Benzer olarak; Ankara'da 2007 yılında hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada; düşük BKİ'ye sahip olan bireylerin daha ortorektik olduğu bulunmuştur (20). Ankara'da yapılan başka bir çalışmada ise, hafif şişman olan üniversite öğrencilerinin diğer BKİ gruplarına göre daha ortorektik olduğu ve şişman öğrencilerin ise ortoreksiya eğilimlerinin en az olduğu sonucuna varılmıştır (2). Literatürde sağlık personelleri olan ve olmayan bireyler üzerinde ortoreksiya nervoza sıklığını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, BKİ grupları ile bireylerin ortoreksiya eğilimleri arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (114). Araştırmalar kapsamında değerlendirilen şişman bireylerin, tüketeceği besinlerin sağlıklı olması hakkındaki endişeleri diğer bireylere kıyasla daha az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışma grubundaki öğrencilerin beden kütle indekslerine göre yeme tutumları incelendiğinde; normal olanların %10.2'sinde, hafif şişman olanların %16.1'inde,

şışman olanların %18.2'sinde yeme bozukluğu olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.9.). Literatürde, üniversite öğrencilerinin obsesif kompulsif belirtiler ve yeme tutumlarının incelendiği bir çalışmada BKİ grupları ile yeme tutumu puanları kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (115). Bitlis'te yapılan bir çalışmada ise, benzer olarak öğrencilerin BKİ değerleri ile YTT-40 puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (109). Tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada ise, BKİ grupları arasında yeme tutumu puanları bakımından istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (10). Bu doğrultuda, araştırmamızdan elde edilen veriler literatürdeki bilgileri destekler niteliktedir. Ayrıca, araştırma örneklemelerindeki yeme bozukluğu bulunan bireylerin sayısının azlığından ve örnekteki bireylerin çoğunluğunun BKİ'sinin normal olması sebepleriyle bu konuda çıkarım yapılması zorlaşmaktadır.

Çalışma grubundaki öğrencilerin sınıflarına göre ortoreksiya eğilimlerine bakıldığında; birinci sınıfın %81.1'inin, ikinci sınıfın %81.3'ünün, üçüncü sınıfın %98'inin, dördüncü sınıfın %64.8'inin, beşinci sınıfın %52.4'ünün ve altıncı sınıfın %75'inin ortoreksiya eğiliminde olduğu bulunmuş olup, üçüncü sınıf öğrencilerinin ortoreksiya eğilimlerinin; dördüncü, beşinci ve altıncı sınıf öğrencilerine kıyasla anlamlı olarak yüksek olduğu ve beşinci sınıf öğrencilerinin ortoreksiya eğilimlerinin ise; birinci, ikinci ve üçüncü sınıf öğrencilerine kıyasla anlamlı olarak düşük olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.10.). Çalışmamızdan elde edilen veriler ışığında oluşan farklılıkların, üçüncü sınıf öğrencilerinin öğrenim gördükleri dönemde beslenmeye yönelik dersler almaları ve beşinci sınıftaki öğrencilerin ise klinik staj sürecinde beslenme davranışlarının çevresel faktörlerden daha fazla etkilenecek beslenmeye yönelik seçiciliklerinin azalması sebebiyle gerçekleştiği düşünülmektedir.

Çalışma grubundaki öğrencilerin sınıflarına göre yeme tutumları incelendiğinde; birinci sınıfın %11.3'ünde, ikinci sınıfın %12.5'inde, üçüncü sınıfın %12.2'sinde, dördüncü sınıfın %11.1'inde, beşinci sınıfın %9.5'inde, altıncı sınıfın %8.3'ünde yeme bozukluğu olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.11.). Sonuç olarak; sınıf kademesindeki artışla birlikte öğrencilerde görülen yeme bozukluğu yüzdesinin azalmaktadır. Bunun akademik bilgi birikiminin artmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

İkamet yerine bakıldığında; öğrencilerin %97'sinin il veya ilçede, %3'ünün köyde ikamet ettiği belirlenmiştir (Tablo 4.1.). Ayrıca, çalışma grubundaki öğrencilerin

ikamet yerlerine göre ortoreksiya eğilimleri incelendiğinde; ikamet yeri il-ilçe olan öğrencilerin %75.8'inin, ikamet yeri köy olan öğrencilerin %88.9'unun ortoreksiya eğiliminde olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.12.). Bu durumun, araştırma örnekleminin büyük çoğunluğunun il veya ilçede ikamet etmesi sebebiyle olduğu düşünülmektedir.

Öğrencilerin yaşadıkları yere göre ortoreksiya eğilimlerine bakıldığında; ailesiyle yaşayanların % 80.1'inin, ev arkadaşıyla yaşayanların %69.5'inin, evde tek başına yaşayanların %72.7'sinin, akraba yanında yaşayanların %80'inin, devlet yurdunda yaşayanların %67.4'ünün, özel yurttan yaşayanların %84.6'sının ortoreksiya eğiliminde olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.12.). Benzer olarak; 2010 yılında Gazi Üniversitesi'nde 338 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada, evde kalan öğrenciler ile yurttan kalan öğrencilerin ortoreksiya eğilimleri karşılaştırılmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (2).

Çalışma grubundaki öğrencilerin ikamet yerlerine göre yeme tutumları incelendiğinde; ikamet yeri il-ilçe olan öğrencilerin %10.7'sinde, ikamet yeri köy olan öğrencilerin %22.2'sinde yeme bozukluğu olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.13.). Literatürde Güney Afrika'da yapılan bir çalışmada, kentsel bölgede yaşayan gençlerin, kırsal bölgede yaşayanlara göre daha bozuk yeme davranışı gösterdiği bulunmuştur (116). Araştırmamız ile literatür arasındaki bu farklılığın, örneklemimizin büyük çoğunluğunun il-ilçe'de yaşamalarından ve ülkemiz ile Güney Afrika arasındaki kültürel ve sosyodemografik farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Öğrencilerin yaşadıkları yere göre yeme tutumları incelendiğinde; ailesiyle yaşayanların %11.3'ünde, ev arkadaşıyla yaşayanların %8.5'inde, evde tek başına yaşayanların %27.3'ünde, devlet yurdunda yaşayanların %8.7'sinde, özel yurttan yaşayanların %15.4'ünde yeme bozukluğu olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.13.). 2010 yılında yapılan bir çalışmada, yurttan kalan öğrencilerin evde kalanlara göre daha bozuk yeme davranışı gösterdiği bulunmuştur (2). Ülkemizde, sağlık yüksekokulu öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada ise yurttan kalan öğrencilerde, ailesi ile birlikte yaşayanlara oranla daha yüksek yeme bozukluğu görüldüğü bulunmuştur (7). Araştırmamız ile literatür arasındaki bu farklılığın; tıp fakültesi öğrencilerinin ders yükü sebebiyle vakitlerinin

çoğunluğunu okulda geçirmelerinden ve yemek yemeye yönelik tercihlerinin büyük bir bölümünü ise bu vakitler arasında yapmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışma grubundaki öğrencilerin anne eğitim düzeylerine göre ortoreksiya eğilimleri incelendiğinde; annesi okur-yazar olmayanların %67.9'unun, okur-yazar olanların veya ilkökul mezunlarının %80.2'sinin, ortaokul veya lise mezunlarının %74.4'ünün, yüksekokul mezunlarının %75.4'ünün ortoreksiya eğiliminde olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.14.). Öğrencilerin baba eğitim düzeylerine göre ortoreksiya eğilimlerine bakıldığında; babası okur-yazar olanların veya ilkökul mezunlarının %75.9'unun, ortaokul veya lise mezunlarının %72.7'sinin, yüksekokul mezunlarının %78.7'sinin ortoreksiya eğiliminde olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.14.). Literatürde ebevenlerin sosyodemografik özelliklerinin, bireyin ortoreksiya bulguları üzerine etkilerini inceleyen bir çalışmada, anne ve baba düzeyinin ortoreksiya nervoza bulguları üzerine bir farklılık oluşturmadığı bulunmuştur (10). Literatürle uyumlu olarak, çalışmamızın sonuçlarına göre; anne ve baba eğitim düzeyinin tıp fakültesinde okuyan öğrencilerin ortoreksiya bulguları üzerine etki etmediği bulunmuştur.

Çalışma grubundaki öğrencilerin anne eğitim düzeylerine göre yeme tutumları incelendiğinde; okur-yazar olmayanların %14.3'ünde, okur-yazar olanların veya ilkökul mezunlarının %7.2'sinde, ortaokul veya lise mezunlarının %15.6'sında, yüksekokul mezunlarının %10.1'inde yeme bozukluğu olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.15.). Öğrencilerin baba eğitim düzeylerine göre yeme tutumlarına bakıldığında; okur-yazar olanların veya ilkökul mezunlarının %8.6'sında, ortaokul veya lise mezunlarının %10.1'inde, yüksekokul mezunlarının %12.8'inde yeme bozukluğu olduğu, gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.15.). Bu durumun sebebinin, tıp fakültesinde okuyan öğrencilerin beslenme davranışlarını düzenleyebilecek bilgi düzeyine sahip olmalarından ve ebeveynlerinin beslenme davranışlarından daha az etkilenmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışma grubundaki öğrencilerin sağlık sorununa göre ortoreksiya eğilimleri incelendiğinde; hastalığı olanların %71.2'sinin, hastalığı olmayanların %77.6'sının ortoreksiya eğiliminde olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). İlaç kullanımına göre ortoreksiya eğilimleri incelendiğinde; düzenli olarak ilaç kullananların %70.3'ünün, ilaç kullanmayanların %77'sinin

ortoreksiya eğiliminde olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Öğrencilerin vitamin desteği alımına göre ise; vitamin kullananların %68.4'ünün, bazen kullananların %78.7'sinin, kullanmayanların ise %76.1'inin ortoreksiya eğiliminde olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.16.). Çalışmamız sonuçlarıyla uyumlu olarak, Hacettepe Üniversitesi personelinin ortoreksiya eğilimleri ve yeme tutulumlarının incelendiği bir çalışmada; sağlık sorunu varlığı, ilaç kullanım durumu ve vitamin desteği bakımından ortoreksiya eğilimleri arasında bir farklılık bulunmamıştır (91). Benzer olarak; 551 üniversite öğrencisi üzerinde Kıbrıs'ta yapılan başka bir çalışmada ise, kronik hastalığı olan ve kronik hastalığı olmayan öğrencilerin ortoreksiya nervoza eğilimleri arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir (117). Bu doğrultuda, araştırmamız sonuçları literatürü destekleyecek niteliktedir.

Diyet uygulamasının öğrencilerin ortoreksiya eğilimlerine olan etkisi incelendiğinde; diyet uygulayanların %90'ının, diyet uygulamayanların %75.7'sinin ortoreksiya eğiliminde olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.16.). Ankara'da yapılan bir çalışmada diyet tedavisi uygulayanların uygulamayanlara göre daha ortorektik davranış gösterdiği tespit edilmiştir (91). Çalışmamız ile literatür arasındaki farklılığın araştırma örnekleminimizin %96.6'sının sürekli uyguladığı diyet tedavisinin olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırma grubundaki öğrencilerin doğru beslenme bilgilerine erişildiğinde davranış değişikliğine göre ortoreksiya eğilimleri incelendiğinde; her zaman davranış değiştirenlerin %96'sının, sık sık değiştirenlerin %81.4'ünün, nadiren değiştirenlerin %68.8'inin, hiçbir zaman davranış değiştirmeyenlerin %72.7'sinin ortoreksiya eğiliminde olduğu bulunmuş olup ve her zaman davranış değiştiren öğrencilerin ortoreksiya eğilim yüzdesi nadiren davranış değiştiren öğrencilerin ortoreksiya eğilim yüzdesinden anlamlı olarak yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 4.16.). Çalışmamızla uyumlu olarak; literatürde yer alan beslenme bilgisine erişildiğinde yeme davranışını değiştirme durumunu sorgulayan bir çalışmada, her zaman, sık sık, nadiren ve hiçbir zaman yanıtlarını veren gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar olduğu bulunmuştur (91). Aynı çalışmada davranış değişikliğinin azalmasıyla bireylerin daha az ortorektik eğilimler gösterdiği bulunmuştur. Çalışmamız sonuçlarına göre gruplar arasında oluşan farklılığın, tıp fakültesi öğrencilerinin beslenme ve sağlıklı yaşam

arasındaki ilişkiyi değerlendirerek; doğru beslenme adına sürekli davranış değiştirme eğiliminde olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışma grubundaki öğrencilerin sağlık sorununa göre yeme tutumları incelendiğinde; hastalığı olanların %15.2'sinde, hastalığı olmayanların %9.9'unda yeme bozukluğu olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). İlaç kullanımına göre yeme tutumları incelendiğinde; düzenli olarak ilaç kullananların %18.9'unda, ilaç kullanmayanların %10'unda yeme bozukluğu olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Diyet uygulamasının yeme tutumuna olan etkisi incelendiğinde; diyet uygulayanların %30'unda, diyet uygulamayanların %10.4'ünde yeme bozukluğu olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Öğrencilerin vitamin desteği alımına göre yeme tutumları değerlerine bakıldığında; vitamin kullananların %10.5'inde, bazen kullananların %14.8'inde, kullanmayanların ise %10.1'inde yeme bozukluğu olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.17.). Araştırma kapsamında değerlendirilen sağlık sorunu, ilaç ve vitamin kullanımı ve diyet uygulama durumları bakımından yeme tutumları arasındaki farklılığın anlamlı olmamasının sebebinin kıyaslanan grup büyüklüklerinin birbirlerinden farklı olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu konularla ilgili daha doğru ve kesin bilgilerin elde edilebilmesi için, grup büyüklüğü eşit olan ve daha geniş örneklemelerin dahil edildiği yeni çalışmalara ihtiyaç duyulduğu gözlemlenmektedir.

Araştırma grubundaki öğrencilerin doğru beslenme bilgilerine erişildiğinde davranış değişikliğine göre yeme tutumları incelendiğinde ise; her zaman davranış değiştirenlerin %36'sında, sık sık değiştirenlerin %8.5'inde, nadiren değiştirenlerin %9'unda, hiçbir zaman davranış değiştirmeyenlerin %9.1'inde yeme bozukluğu olduğu bulunmuş olup ve her zaman davranış değiştirenlerde yeme bozukluğu yüzdesi diğer grupların yeme bozukluğu yüzdesinden anlamlı olarak yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 4.17.). Araştırmamızın bu sonucunun, her zaman davranış değiştiren bireylerin yeme tutumlarının edinilen bilginin doğruluğuna göre değişkenlik göstermesi ve sürekli yeme davranışı değişikliğiyle doğru yeme davranışını sergileyememesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırma katılan öğrencilerin beslenme bilgilerine erişim kaynaklarına göre ortoreksiya eğilimlerine bakıldığında; gazeteden bilgi alanların %74.5'inin, dergiden bilgi alanların %70.7'sinin, televizyondan bilgi alanların %75'inin, internetten bilgi alanların %76.2'sinin, kitap ve bilimsel yayınlardan bilgi alanların % 73.3'ünün,

diyetisyenden bilgi alanların %73.8'inin, doktordan bilgi alanların % 73.9'unun, arkadaştan bilgi alanların %71.5'inin ve aileden bilgi alanların ise %77.1'inin ortoreksiya eğiliminde olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.18.). Literatürde yer alan ve 1016 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada, beslenme ile bilgilerine erişim kaynaklarına göre, ortorektik olan ve olmayan bireyler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (91). Bu doğrultuda çalışmamızın sonuçları literatürü destekler niteliktedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin beslenme bilgilerine erişim kaynaklarına göre yeme tutumları incelendiğinde; gazeteden bilgi alanların %10.6'sında, dergiden bilgi alanların %12.2'sinde, televizyondan bilgi alanların %9.5'inde, internetten bilgi alanların %11.9'unda, doktordan bilgi alanların %9.9'unda, arkadaştan bilgi alanların %11.4'ünde ve aileden bilgi alanların %10.2'sinde yeme bozukluğu olduğu, gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.19.). Kitap ve bilimsel yayınlardan bilgi alan öğrencilerin %6.1'inde, almayanların %15'inde yeme bozukluğu olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.19.). Diyetisyenden bilgi alanların ise %21.4'ünde, almayanların %9.4'ünde yeme bozukluğu olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.19.). Ayrıca, kitap ve bilimsel yayınlardan bilgi alan ve almayan öğrenciler arasında görülen farkın; erişilen bilginin doğruluğu, anlaşılabilirliği ve bilimsel açıdan yüksek değere sahip olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Diyetisyenden bilgi alan ve almayan öğrenciler arasındaki farkı ortaya çıkaran faktörlerin; öğrencilerin diyetisyenden bilgi almalarına rağmen doğru olmayan bilgi kaynaklarını kullanmaya devam etmeleri ve diyetisyenden aldıkları bilgileri günlük yaşama uyarlayamamaları olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamındaki öğrencilerin ortorektik olma ve olmama durumlarına göre yeme tutumları incelendiğinde; ortoreksiya eğiliminde olan öğrencilerin %12.3'ünde, ortoreksiya eğiliminde olmayanların %7'sinde yeme bozukluğu olduğu, gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.20.). Araştırma kapsamındaki sonuçlara göre; ortorektik bireyler ile ortorektik olmayan bireylerde görülen yeme bozukluk oranlarının birbirinden farklı olmadığı sonucu çıkarılmıştır. Bu durumun ortoreksiya nervozanın değerlendirilmesinde kullanılan yöntemlerle, yeme bozukluğu değerlendirilen ölçeklerin uyumlu olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu yüzden, ortoreksiya nervozaya yönelik karakteristik özelliklerin daha iyi kavranabilmesi için; yeme bozukluklarını doğru ve hassas bir

biçimde değerlendirebilen, sağlıklı beslenme ve sağlıklı yaşam algısına yönelik özelliklerini bütüncül olarak değerlendirebilen yeni ölçeklerin geliştirilmesine ihtiyaç duyulduğu gözlemlenmektedir.



6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamıza, 18-27 yaş aralığında ve yaş ortalaması 21.9 ± 2.2 yıl olan, %38.9'u erkek, %61.1'i kadın 298 birey katılmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %76.2'sinin ortoreksiya eğiliminde olduğu ve %11.1'inde yeme bozukluğu olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan erkeklerin %75.9'unun, kadınların %76.4'ünün ortoreksiya eğiliminde olduğu ve erkeklerin %10.3'ünde, kadınların %11.5'inde yeme bozukluğu olduğu bulunmuştur. Cinsiyete göre ortoreksiya eğilimi ve yeme bozukluğu değerleri arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur.

24 yaş grubundaki öğrencilerin diğer yaş grubundaki öğrencilere kıyasla daha az ortoreksiya eğiliminde olduğu görülmüştür.

Öğrencilerin yaş gruplarına göre yeme bozukluğu değerleri arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Beden kütle indeksine göre zayıf olanların %93.3'ünün, normal olanların %77.3'ünün, hafif şişman olanların %73.2'sinin, şişman olanların %45.5'inin ortoreksiya eğiliminde olduğu bulunmuştur. Şişman katılımcılar diğerlerine göre daha az ortoreksiya eğilimindedir.

Öğrencilerin beden kütle indeksine göre yeme bozukluğu değerleri arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Birinci sınıf öğrencilerinin %81.1'inin, ikinci sınıfın %81.3'ünün, üçüncü sınıfın %98'inin, dördüncü sınıfın %64.8'inin, beşinci sınıfın %52.4'ünün, altıncı sınıf öğrencilerinin %75'inin ortoreksiya eğiliminde olduğu bulunmuştur. Çalışmamızın sonuçlarına göre üçüncü sınıf öğrencilerinin ortoreksiya eğilimlerinin; dördüncü, beşinci ve altıncı sınıf öğrencilerine kıyasla anlamlı olarak yüksek olduğu ve beşinci sınıf öğrencilerinin ortoreksiya eğilimlerinin; birinci, ikinci ve üçüncü sınıf öğrencilerine kıyasla anlamlı olarak düşük olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların öğrenim gördüğü sınıfın yeme bozukluğuna etki etmediği gözlenmiştir.

Öğrencilerin ebeveyn eğitim düzeylerine, ikamet ettikleri ve yaşadıkları yere göre ortoreksiya eğilimi ve yeme bozukluğu değerleri arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Öğrencilerin, hastalık durumu, ilaç ve vitamin kullanma ve diyet yapma durumlarına göre ortoreksiya eğilimi ve yeme bozukluğu değerleri arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür.

Çalışmaya katılan bireylerin, doğru beslenme bilgilerine erişildiğinde davranış değiştirme durumlarına bakıldığında; her zaman davranış değiştiren bireylerin nadiren davranış değiştirenlere göre ortoreksiya eğilim yüzdesinin yüksek olduğu ve her zaman davranış değiştiren bireylerin yeme bozukluğu yüzdesi, sık sık, nadiren veya hiçbir zaman değiştirmeyen bireylerden daha fazla olduğu saptanmıştır.

Öğrencilerin beslenme bilgisi edinme kaynakları bakımından ortoreksiya eğilimleri kıyaslandığında; gruplar arasında bir farklılık bulunamamıştır.

Kitap ve bilimsel yayınlardan bilgi alan öğrencilerin %6.1'inde, diyetisyenden bilgi alanların ise %21.4'ünde, bilgi almayanlara göre yeme bozukluğu olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya dahil edilen bireylerin ortoreksiya eğilimlerine göre yeme bozukluğu kıyaslandığında ise; gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Araştırmamız sonuçlarına göre önerilerimiz şu şekildedir:

- Yeme bozukluklarının toplumdaki görülme sıklığı gün geçtikçe artmaktadır. Sağlıklı beslenmeye yönelik gelişen takıntı olarak adlandırılan ON, bireylerin yeme davranışlarını etkileyerek, gıda alımında kısıtlamalara varan sonuçlar ortaya çıkarmaktadır. Bu duruma rağmen, ON'ye yönelik tanı kriterleri Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından tanımlanmamıştır. Bu alanda geniş katılımcı sayısıyla yapılacak yeni çalışmalarla, ON'ye yönelik karakteristik bulgular tanımlanabilir ve tedavi yöntemleri üzerine çıkarımlar yapılabilir.
- Bireylerin sağlıklı yaşam algısının göreceli olması, her bireyin kendine özgü bir beslenme davranışına sahip olması ile sonuçlanmaktadır. Bu durumda, ortoreksiya nervoza alanında yapılacak yeni araştırmalarda daha doğru ve kesin bilgilere ulaşılabilirliği arttırmak için; bireylerin sağlıklı yaşam algısı, beslenmeye yönelik kültürel normları ve beslenmeye yönelik bilgi düzeyleri sorgulanmalıdır.
- Araştırmamızla birlikte, yeme bozuklukları ve ortoreksiya eğilimini değerlendirilen yöntemlerin güncellenme ve geliştirilme ihtiyacı ön plana çıkarılmaktadır.

- Araştırma kapsamında değerlendirilen tıp fakóltesi öğrencilerinin, beslenme ve ortoreksiya nervozaya farkındalık eğitimleriyle yeme bozuklukları ve ortoreksiya nervoza eğilimleri azaltılabilir.



KAYNAKLAR

1. Vançelik S, Önal SG, Güraksın A, Beyhun E. Üniversite öğrencilerinin beslenme bilgi ve alışkanlıkları ile ilişkili faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007, 6: 242-8.
2. Kazkonda İ. Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) Belirtilerinin İncelenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Aile Ekonomisi ve Beslenme Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2010.
3. Association AP. DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000: 241-5.
4. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5): American Psychiatric Pub, 2013: 329-55.
5. Kundakcı AH. Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumları, Benlik Algısı, Vücut Algısı Ve Stres Belirtileri Açısından Karşılaştırılması. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji (Sosyal Psikoloji) Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2005.
6. Aydemir Ö, Köroğlu E. *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*, 3. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2007: 346-53.
7. Ünal D, Öztıp 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.
8. Fairburn CG, Brownell KD. *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*, 2th ed. New York, The Guilford Press, 2002: 171-7.
9. Chaki B, Pal S, Bandyopadhyay A. Exploring scientific legitimacy of orthorexia nervosa: a newly emerging eating disorder. *J Hum Sport Exerc* 2013, 8: 1045-53.
10. Fidan T, Ertekin V, Işıkay S, Kirpınar I. Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Compr Psychiatry* 2010, 51: 49-54.
11. Bartrina J. Orthorexia or when a healthy diet becomes an obsession. *Arch Latinoam Nutr* 2007, 57: 313-5.
12. Andersson I. Is Instagram an instigating factor for the development of orthorexia? Faculty of Health and Occupational Studies, Department of Occupational and Public Health Science. Bachelor thesis, Sweden: University of Gävle, 2016.
13. Bratman S. Orthorexia nervosa. *Yoga J* 1997.

14. 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.
15. 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.
16. Souza QJOVd, Rodrigues AM. Risk behavior for orthorexia nervosa in nutrition students. *J Bras Psiquiatr* 2014, 63: 200-4.
17. Ramacciotti C, Perrone P, Coli E, Buralassi A, Conversano C, Massimetti G, Dell'Osso L. Orthorexia nervosa in the general population: a preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15). *Eat Weight Disord* 2011, 16: 127-30.
18. Dunn TM, Bratman S. On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eat Behav* 2016, 21: 11-7.
19. Brytek-Matera A. Orthorexia nervosa—an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit. *Arch Psychiatr Psychother* 2012, 1: 55-60.
20. Bosi ATB, Camur D, Güler C. Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite* 2007, 49: 661-6.
21. Asil E, Sürücüoğlu MS. Orthorexia nervosa in Turkish dietitians. *Ecol Food Nutr* 2015, 54: 303-13.
22. Aksoydan E, Camci N. Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eat Weight Disord* 2009, 14: 33-7.
23. Hacettepe Üniversitesi SBF Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi, Yenilenmiş 1. Baskı, 2015: 11-33.
24. WHO J, Organization WH. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WH, 2003. whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916.pdf 8 Mart 2018.
25. Dölekoğlu CÖ, Yurdakul O. Adana ilinde hanehalkının beslenme düzeyleri ve etkili faktörlerin logit analizi ile belirlenmesi. *Akdeniz Üniversitesi İİBF Dergisi* 2004, 8: 62-86.
26. Karaağolu N, Yücecan S. Oruç tutan bireylerin ramazanda ve ramazan bayramında besin tüketim durumları. *Beslenme ve Diyet Dergisi* 1999, 28: 29-38.
27. 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.

28. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi. http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger_kitaplar/beslenme_rehberi.pdf 15 Şubat 2018.
29. Aksoy M. *Beslenme Biyokimyası*, 3. Baskı. Ankara, Hatiboğlu Yayınları, 2011: 1-4.
30. Baysal A. *Genel Beslenme*, 13. Baskı. Ankara, Hatipoğlu Yayınları, 2010: 4-62 .
31. Baysal A, Aksoy M, Besler HT, Bozkurt N, Keçecioğlu S, Mercangil SM, Merdol TK, Pekcan G, Yıldız E. *Diyet El Kitabı*, 6. Baskı. Ankara, Hatipoğlu Yayınları, 2011: 24-32.
32. Ersoy G. *Egzersiz ve Spor Yapanlar İçin Beslenme/Sorular ve Cevapları ile Açıklamalı Sözlük*. 5. Baskı. Ankara, Nobel Yayınları, 2012: 11-2.
33. Herzog DB, Eddy KT. Diagnosis, epidemiology, and clinical course of eating disorders. In: Joel Yager MD, Pauline S (eds). *Clinical manual of eating disorders*, American Psychiatric Association Publishing, 2007: 1-29.
34. Dignon A, Beardsmore A, Spain S, Kuan A. 'Why I won't eat' patient testimony from 15 anorexics concerning the causes of their disorder. *J Health Psychol* 2006, 11: 942-56.
35. Ertekin BA. Yeme bozukluğu hastalarında aile ortamının ve aile işlevselliğinin değerlendirilmesi. Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2010.
36. Kulaksızoğlu IB, Tükel R, Üçok A, Yargıç İ, Yazıcı O. *Psikiyatri*, 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi, 2009: 189-95.
37. Wang G-J, Volkow ND, Logan J, Pappas NR, Wong CT, Zhu W, Netusil N, Fowler JS. Brain dopamine and obesity. *Lancet* 2001, 357: 354-7.
38. Ferron F, Considine RV, Peino R, Lado IG, Dieguez C, Casanueva FF. Serum leptin concentrations in patients with anorexia nervosa, bulimia nervosa and non-specific eating disorders correlate with the body mass index but are independent of the respective disease. *Clin Endocrinol* 1997, 46: 289-93.
39. Bulik CM, Hebebrand J, Keski-Rahkonen A, Klump KL, Reichborn-Kjennerud T, Mazzeo SE, Wade TD. Genetic epidemiology, endophenotypes, and eating disorder classification. *Int J Eat Disord* 2007, 40: 52-60.
40. Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. *Lancet* 375: 583-93.
41. Casper RC. Depression and eating disorders. *Depress Anxiety* 1998, 8: 96-104.
42. Joyce JM, Warren DL, Humphries LL, Smith AJ, Coon JS. Osteoporosis in women with eating disorders: comparison of physical parameters, exercise, and menstrual status with SPA and DPA evaluation. *J Nucl Med* 1990, 31: 325-31.

43. Addolorato G, Taranto C, Capristo E, Gasbarrini G. A case of marked cerebellar atrophy in a woman with anorexia nervosa and cerebral atrophy and a review of the literature. *Int J Eat Disord* 1998, 24: 443-7.
44. Jagielska G, Tomaszewicz-Libudziec CE, Brzozowska A. Pellagra: a rare complication of anorexia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2007, 16: 417-20.
45. Mitchell JE, Crow S. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry* 2006, 19: 438-43.
46. Advani S, Kochhar G, Chachra S, Dhawan P. Eating everything except food (PICA): A rare case report and review. *J Int Soc Prev Community Dent* 2014, 4: 1-4.
47. Fawcett EJ, Fawcett JM, Mazmanian D. A meta-analysis of the worldwide prevalence of pica during pregnancy and the postpartum period. *Int J Gynaecol Obstet* 2016, 133: 277-83.
48. Nicholls D, Bryant-Waugh R. Eating disorders of infancy and childhood: definition, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009, 18: 17-30.
49. Khalil RB, Hachem D, Richa S. Eating disorders and schizophrenia in male patients: a review. *Eat Weight Disord* 2011, 16: 150-6.
50. Green AD, Alioto A, Mousa H, Di Lorenzo C. Severe pediatric rumination syndrome: successful interdisciplinary inpatient management. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2011, 52: 414-8.
51. Hejazi RA, McCallum RW. Rumination syndrome: a review of current concepts and treatments. *Am J Med Sci* 2014, 348: 324-9.
52. Nicely TA, Lane-Loney S, Masciulli E, Hollenbeak CS, Ornstein RM. Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *J Eat Disord* 2014, 2: 21.
53. Kurz S, Van Dyck Z, Dremmel D, Munsch S, Hilbert A. Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015, 24: 779-85.
54. Edelstein CK, Haskew P, Kramer JP. Early clues to anorexia and bulimia. *Patient Care* 1989, 23: 155-64.
55. Vandereycken W, Van Deth R. Who was the first to describe anorexia nervosa: Gull or Lasègue? *Psychol Med* 1989, 19: 837-45.

56. Katzman DK, Peebles R, Sawyer SM, Lock J, Le Grange D. The role of the pediatrician in family-based treatment for adolescent eating disorders: opportunities and challenges. *J Adolesc Health* 2013, 53: 433-40.
57. Kaplan HI, Sadock BJ. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*, 8th ed. Baltimore, Williams & Wilkins Co., 1998.
58. Hoek HW, Van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2003, 34: 383-96.
59. Smink FR, Van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep* 2012, 14: 406-14.
60. Smolak L, Levine MP. *The Wiley handbook of eating disorders*, 1th ed. John Wiley & Sons, 2015: 64-282.
61. Russell G. The history of bulimia nervosa. *Handbook of treatment for eating disorders*. Guilford Press, 1997: 11-24.
62. Hay PJ, Claudino AM. Bulimia nervosa. *BMJ Clin Evid* 2010, 2010: 1009.
63. Makino M, Tsuboi K, Dennerstein L. Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries. *Med Gen Med* 2004, 6: 49.
64. Hay PJ, Mond J, Buttner P, Darby A. Eating disorder behaviors are increasing: findings from two sequential community surveys in South Australia. *Plos One* 2008, 3: 1541.
65. Van Son GE, Van Hoeken D, Bartelds AI, Van Furth EF, Hoek HW. Urbanisation and the incidence of eating disorders. *Br J Psychiatry* 2006, 189: 562-3.
66. Andersen A, Foreyt J, Maine M, Cohn L. Eating disorders: A 25-year perspective. *Eat Disord* 2017, 25: 436-47.
67. Michalska A, Szejko N, Jakubczyk A, Wojnar M. Nonspecific eating disorders-a subjective review. *Psychiatr Pol* 2016, 50: 497-507.
68. Hilbert A, Bishop ME, Stein RI, Tanofsky-Kraff M, Swenson AK, Welch RR, Wilfley DE. Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. *Br J Psychiatry* 2012, 200: 232-7.
69. Perkins SS, Murphy RR, Schmidt UU, Williams C. Self-help and guided self-help for eating disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2006, 3: 4191.
70. Iacovino JM, Gredysa DM, Altman M, Wilfley DE. Psychological treatments for binge eating disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2012, 14: 432-46.

71. Stice E, Marti CN, Rohde P. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *J Abnorm Psychol* 2013, 122: 445.
72. Milano W, De Rosa M, Milano L, Capasso A. Night eating syndrome: an overview. *J Pharm Pharmacol* 2012, 64: 2-10.
73. Fairburn CG, Garner DM. The diagnosis of bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1986, 5: 403-19.
74. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behav Res Ther* 2003, 41: 509-28.
75. Dimeff LA, Koerner KE. *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings*, 1th ed. New York Guilford Press, 2007: 200-70.
76. Tholking MM, Mellowspring AC, Eberle SG, Lamb RP, Myers ES, Scribner C, Sloan RF, Wetherall KB. American Dietetic Association: Standards of practice and standards of professional performance for registered dietitians (competent, proficient, and expert) in disordered eating and eating disorders (DE and ED). *J Am Diet Assoc* 2011, 111: 1242-9.
77. Freeman LMY, Gil KM. Daily stress, coping, and dietary restraint in binge eating. *Int J Eat Disord* 2004, 36: 204-12.
78. Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Hope R, O'connor M. Psychotherapy and bulimia nervosa: Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1993, 50: 419-28.
79. Tanofsky-Kraff M, Wilfley DE. Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa and binge-eating disorder. In: Grilo CM, Mitchell JE (eds). *The treatment of eating disorders: A clinical handbook*, 1sted. New York, Guilford Press, 2010: 271-93.
80. Hay P. A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005–2012. *Int J Eat Disord* 2013, 46: 462-9.
81. Hay PJ, Claudino AM. Clinical psychopharmacology of eating disorders: a research update. *Int J Neuropsychopharmacol* 2012, 15: 209-22.
82. Bratman S, Knight D. *Health food junkies*. Orthorexia nervosa: overcoming the obsession with healthful eating Estados Unidos: Broadway Books, 2000: 25-38.
83. Koven NS, Abry AW. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015, 11: 385.

84. 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.
85. Donini L, Marsili D, Graziani M, Imbriale M, Cannella C. Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eat Weight Disord* 2005, 10: 28-32.
86. Koven NS, Senbonmatsu R. A neuropsychological evaluation of orthorexia nervosa. *Open J Psychiatry* 2013, 3: 214.
87. 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.
88. Jerez T, Lagos R, Valdés-Badilla P, Pacheco E, Pérez C. Prevalencia de conducta ortoréxica en estudiantes de educación media de Temuco. *Revista chilena de nutrición* 2015, 42: 41-4.
89. Missbach B, Hinterbuchinger B, Dreiseitl V, Zellhofer S, Kurz C, König J. When eating right, is measured wrong! A validation and critical examination of the ORTO-15 questionnaire in German. *Plos One* 2015, 10: 0135772.
90. Oğur S, Aksoy A, Güngör Ş. Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervoza eğiliminin belirlenmesi. *BEÜ Fen Bilimleri Dergisi* 2015, 4: 93-102.
91. Arusoğlu G. Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya) Belirtilerinin İncelenmesi, Orto-15 Ölçeğinin Uyarlanması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Diyetetik Programı. Yüksek Lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2006.
92. Savaşır I, Erol N. Yeme tutunu testi: Anoreksiya nervoza belirtileri indeksi. *Psikoloji Dergisi* 1989, 7: 19-25.
93. Littlewood R. Psychopathology and personal agency: Modernity, culture change and eating disorders in South Asian societies. *Br J Med Psychol* 1995, 68: 45-63.
94. Turan T, Ceylan SS, Çetinkaya B, Altundağ S. Meslek lisesi öğrencilerinin obesite sıklığının ve beslenme alışkanlıklarının incelenmesi. *TAF Prev Med Bull* 2009, 8: 5-12.
95. Organization WH, Organization WH. Burden: mortality, morbidity and risk factors. Global status report on noncommunicable diseases, 2010. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44579/9789240686458_eng.pdf?sequence=1 22 Mart 2018.
96. İlhan MN, Özkan S, Aksakal FN, Aslan S, Durukan E, Maral I. Bir tıp fakültesi öğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığı. *Türkiye’de Psikiyatri* 2006, 8: 151-5.

97. Altuğ A, Elal G, Slade P, Tekcan A. The Eating Attitudes Test (EAT) in Turkish university students: relationship with sociodemographic, social and individual variables. *Eat Weight Disord* 2000, 5: 152-60.
98. Kugu N, Akyuz G, Dogan O, Ersan E, Izgic F. The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *Aust N Z J Psychiatry* 2006, 40: 129-35.
99. Ulaş B, Uncu F, Üner S. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığı ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013, 2: 15-22.
100. Akdevelioglu Y, Gümüş H. Eating disorders and body image perception among university students. *Pak J Nutr* 2010, 9: 1187-91.
101. Kavas AB. Eating attitudes and depression in a Turkish sample. *Eur Eat Disord Rev* 2007, 15: 305-10.
102. Davy SR, Benes BA, Driskell JA. Sex differences in dieting trends, eating habits, and nutrition beliefs of a group of midwestern college students. *J Am Diet Assoc* 2006, 106: 1673-7.
103. Erten M. Adıyaman İlinde Eğitim Gören Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Bilgilerinin ve Alışkanlıklarının Araştırılması. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2006.
104. Brytek-Matera A, Donini LM, Krupa M, Poggiogalle E, Hay P. Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students. *J Eat Disord* 2015, 3: 2.
105. Lewis Jr DW. Understanding prevalence and attitudes: dietary and exercise behaviors among African American collegiate athletes: The University of Alabama, 2012.
106. McInerney-Ernst EM. Orthorexia nervosa: Real construct or newest social trend? University of Missouri-Kansas City, 2011.
107. 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.
108. Meister SE. The occurrence of highly sensitive attitudes and behaviors toward eating among undergraduate students at a midwestern university. Northern Illinois University, 2010.
109. Oğur S, Aksoy A. Üniversite öğrencilerinin yeme davranışı bozukluğuna yatkınlıkları: Bitlis Eren Üniversitesi örneği. *BEÜ Fen Bilimleri Dergisi* 2016, 5: 14-26.

110. Erol A, Toprak G, Yazıcı F, Erol S. Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğu belirtilerini yordayıcı olarak kontrol odağı ve benlik saygısının karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri* 2000, 3: 147-52.
111. Uskun E, Şabaplı A. Lise öğrencilerinin beden algıları ile yeme tutumları arasındaki ilişki. *TAF Prev Med Bull* 2013, 12: 519-28.
112. Calam R, Waller G, Slade P, Newton T. Eating disorders and perceived relationships with parents. *Int J Eat Disord* 1990, 9: 479-85.
113. Siyez DM, Baş AU. Bir grup üniversite öğrencisinin anoreksik yeme tutumları ile âile yapısı arasındaki ilişki. *Yeni Symposium* 2009, 47: 19-24.
114. Ergin G. Sağlık Personeli Olan ve Olmayan Bireylerde Ortoreksiya Nervosa Sıklığı Araştırması. Sağlık Bilimleri Entitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2015.
115. Aslan H, Alparslan N. Bir grup üniversite öğrencisinde yeme tutumu ile obsesif kompulsif belirtiler, aleksitimi ve cinsiyet rolleri arasındaki ilişki. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi* 1998, 5: 61-9.
116. Szabo CP, Allwood CW. A cross-cultural study of eating attitudes in adolescent South African females. *World Psychiatry* 2004, 3: 41.
117. Ercen MT. Üniversite Öğrencilerinin Ortoreksiya Nervosa Düzeyleri İle Beden Algısı ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Lefkoşa: Yakın Doğu Üniversitesi, 2015.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş

Adı Soyadı: Özge EROL

Doğum Tarihi: 09.03.1993

Telefon: 05535053683

E-posta: dyt.ozgeerol93@gmail.com

Eğitim Durumu:

2016 – Devam

(Tez aşamasında)

İnönü Üniversitesi

Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tezli Y.Lisans

2011 – 2015

(Not ortalaması: 3.47/4)

İstanbul Arel Üniversitesi

Beslenme ve Diyetetik Lisans Programı

2007 – 2011

Malatya Lisesi

Ortaöğretim / Fen Bilimleri

Yabancı Diller:

İngilizce

İş Tecrübeleri:

2015

Özel Malatya Gözde Kışla Hastanesi

Klinik, Poliklinik Diyetisyeni

Stajlar:

2014

İÜ Turgut Özal Tıp Merkezi

Toplu Beslenme Sistemleri, Klinik, Poliklinik Stajı

2014

Bakırköy Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Toplu Beslenme Sistemleri Stajı

2015

Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Toplu Beslenme Sistemleri, Klinik, Poliklinik Stajı

2015

Galatasaray Spor Kulübü

Toplu Beslenme Sistemleri, Sporcu Beslenmesi Stajı

2015	Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi Toplu Beslenme Sistemleri, Klinik, Poliklinik Stajı
2015	ÇAPA Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Spor Hekimliği Anabilim Dalı Sporcu Beslenmesi Poliklinik Stajı

Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler:

- Pehlivan E., **Erol Ö.**, “ Malatya İl Merkezindeki Bir Anadolu Lisesinde Öğrenim Gören Öğrencilerin İçme Sütü Tüketim Davranışlarının İncelenmesi”, 19. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, sayfa: 449, 15-19 Mart 2017, Antalya, Poster Bildiri.

Sertifika Bilgileri:

27/12/2011	İstanbul Arel Üniversitesi “Problem Çözme ve Karar verme” Semineri
11/05/2012	İstanbul Arel Üniversitesi “Gençlik ve Sağlık” Öğrenci Sempozyumu
02/01/2013	İstanbul Arel Üniversitesi “Sağlıkta Asit-Baz Dengesi” Semineri
15-16/03/2013	Türkiye Diyetisyenler Derneği, Trakya Üniversitesi İşbirliğiyle Yapılan “ Teorik ve Pratikte Diyetetik Yaklaşımlar” Eğitimi
28-30/03/2013	3.Ulusal Sağlıklı Yaşam Sempozyumu
28-30/03/2013	Ankara Başkent Üniversitesi Kardiyoloji Diyetisyenliği Kursu
15/04/2013	İstanbul Arel Üniversitesi “Sporcu Diyetisyenliği” Semineri
14/11/2013	İstanbul Arel Üniversitesi “Diyabet” Konulu Seminer
20-23/02/2014	Acıbadem Üniversitesi Spor Diyetisyeni Kursu
20-23/02/2014	Acıbadem Üniversitesi Sağlıklı Yaşam Günleri

18/12/2014

İstanbul Arel Üniversitesi “Bariatrik Cerrahide Beslenme ve Tedavi” Semineri

16-18/04/2015

Haliç Üniversitesi 1.İstanbul Ulusal Beslenme ve Diyetetik Kongresi

15-19/03/2017

19. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi

Başarı Belgeleri:

- **İstanbul Arel Üniversitesi 2011/2012 Akademik Yılı Güz Dönemi “Yüksek Onur Öğrencisi”**
- **İstanbul Arel Üniversitesi 2011/2012 Akademik Yılı Bahar Dönemi “Yüksek Onur Öğrencisi”**
- **İstanbul Arel Üniversitesi 2012/2013 Akademik Yılı Güz Dönemi “Onur Öğrencisi”**
- **İstanbul Arel Üniversitesi 2012/2013 Akademik Yılı Bahar Dönemi “Yüksek Onur Öğrencisi”**
- **İstanbul Arel Üniversitesi 2013/2014 Akademik Yılı Güz Dönemi “Onur Öğrencisi”**
- **İstanbul Arel Üniversitesi 2013/2014 Akademik Yılı Bahar Dönemi “Onur Öğrencisi”**
- **İstanbul Arel Üniversitesi 2014/2015 Akademik Yılı Güz Dönemi “Onur Öğrencisi”**
- **İstanbul Arel Üniversitesi 2014/2015 Akademik yılı Bahar Dönemi “Yüksek Onur Öğrencisi”**

Burslar:

Akademik başarılarımdan dolayı üniversitem tarafından başarı bursu aldım.

Bilgisayar Bilgisi:

- Microsoft Office (Word, Excel, Powerpoint)
- BeBİS
- SPSS

EK-2. Anket Formu

ANKET FORMU

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Ortoreksiya Nervoza Belirtilerinin ve Yeme Tutumlarının Saptanması

Değerli Öğrenciler;

Bu araştırma bilimsel bir nitelik taşıdığından ankete vereceğiniz yanıtlar değerlendirme için büyük önem taşımaktadır. Sorulara objektif ve samimi bir şekilde cevap vereceğinize inanıyoruz.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

İnönü Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı

Anabilim Dalı

1. Cinsiyet:

- 1) Kadın 2) Erkek

2. Kaçınıcı sınıftasınız?

- 1) Birinci 2) İkinci 3) Üçüncü
4) Dördüncü 5) Beşinci 6) Altıncı

3. Yaş:.....

4. Boy:

5. Kilo:.....

6. Olmak İstedığınız Kilo:.....

7. Sizin ortalama aylık geliriniz ne kadar?

8. Nerede ikamet ediyorsunuz ?

- 1) Köy 2) İlçe 3) İl

9. Nerede, kiminle yaşıyorsunuz?

- 1) Ailemle 5) Devlet yurdunda
2) Ev arkadaşlarımla 6) Özel yurttta
3) Evde tek başına 7) Misafirhanede
4) Akraba yanında 8) Diğer (.....)

10. Annenizin eğitim düzeyi nedir?

- 1) Okur-yazar değil 2) Okur-yazar/ İlkokul 3) Ortaokul-Lise 4) Yüksekokul

11. Babanızın eğitim düzeyi nedir?

- 1) Okur-yazar değil 2) Okur-yazar/ İlkokul 3) Ortaokul-Lise 4) Yüksekokul

12. Doktor teşhisiyle konmuş herhangi bir hastalığınız var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

13. Düzenli bir ilaç tedavisi alıyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

14. Sürekli uyguladığınız bir diyet tedaviniz var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

15. Vitamin desteği alıyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır 3) Bazen

16. Beslenme ile ilgili bilgilere nereden erişiyorsunuz? (Birden çok seçenek işaretlenebilir)

- 1) Gazete
2) Dergi
3) TV
4) İnternet
5) Kitaplar, bilimsel yayın vs.
6) Diyetisyen
7) Doktor
8) Arkadaş
9) Aile
10) Diğer(.....)

17. Doğru beslenme bilgilerine eriştiğinizde davranışlarınız değişir mi?

- 1) Her zaman 2) Sık sık 3) Nadiren 4) Hiçbir zaman

EK-3. ORTO-15 Ölçeği

ORTO-15 ÖLÇEĞİ

Anketin bu bölümü sizin yeme davranışlarınızla ilgilidir. Lütfen her soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen parantezin içine (X) işareti koyunuz.

	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. Sağlığımızla 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 oldu mu?	()	()	()	()
9. Sizce, ruhsal durumunuz yeme düzeninizi etkiler mi?	()	()	()	()
10. Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanları tüketmek kendinize olan güveninizi artırır mı?	()	()	()	()
11. Uyguladığımız beslenme tipi yaşam tarzınızı değiştirir mi? (Dışarıda yemek yeme sıklığı, arkadaşlar vb. açıdan)	()	()	()	()
12. Sağlıklı beslenmenin dış görünümünüzü daha iyi hale getirebileceğini düşünür müsünüz?	()	()	()	()
13. Sağlıksız beslendiğinizde kendinizi suçlu hisseder misiniz?	()	()	()	()
14. Piyasada sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz?	()	()	()	()
15. Son zamanlarda yemeklerinizi özellikle tek başına yemeyi mi tercih edersiniz?	()	()	()	()

EK-4. Yeme Tutum Testi

YEME TUTUM TESTİ

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

SORULAR	Daima	Çok Sık	Sık Sık	Bazen	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 yemektir.						
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 cevaplandırıcak)						
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. Müşhil 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. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığından Alınan İzin Belgesi



Sayı : 14584264-044
Konu : Anket Çalışması

REKTÖRLÜK MAKAMINA

İlgi : 01/03/2017 tarih ve 16678 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazı ekinde, Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Özge EROL'un, Fakültemiz Öğretim Üyesi Doç.Dr. Ali ÖZER'in danışmanlığında hazırlamış olduğu "İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Ortoreksiya Nervoza Belirtilerinin ve Yeme Tutumlarının Saptanması" konulu tez çalışmasını Fakültemiz öğrencilerine yapma talebinde bulunulmuş olup, adı geçen bu talebi Dekanlığımızca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve konunun Makamınız tarafından Sağlık Bilimleri Enstitüsüne iletilebilmesi hususunda gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır
Prof.Dr. Mahmut DURMUŞ
Dekan V.

EK-6. Etik Kurul Onay Belgesi

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
04.04.2017	8	2017/8-4	
<p>Karar No: 2017/8-4: Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu 04.04.2017 tarihinde Rektör Yardımcıları Toplantı odasında toplandı. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD'nin da Doç. Dr. Ali ÖZER'in sorumlu araştırmacı olduğu; Diyetisyen Özge EROL'un "İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Ortoreksiya Nervoza Belirtilerinin ve Yeme Tutumlarının Saptanması" başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde çalışmada <u>herhangi bir etik kusur olmadığına</u>; oy birliği ile karar verilmiştir.</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	KATILMADI
Prof. Dr. Behice ERCİ Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Saim YOĞLU Etik Kurul Üyesi	KATILDI