

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DOĞUM SONU KADINLARDA BESLENME BOZUKLUKLARININ
VARLIĞININ SAPTANMASI**

Nagihan CİCİ SARAÇ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Selda BÜLBÜL

2018 – KIRIKKALE

Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Beslenme ve Metabolizma Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri üyeleri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 06 /02/2018

İmza
Ünvanı, Adı ve Soyadı
Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi
Jüri Başkanı
Prof. Dr. Selma Fatma BÜLBÜL

İmza
Ünvanı, Adı ve Soyadı
Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi
Prof. Dr. Didem ALİFENDİOĞLU
Üye

İmza
Ünvanı, Adı ve Soyadı
Avrasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Doç. Dr. Mehmet GÜNDÜZ
Üye

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	iii
ÖNSÖZ.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
TABLolar.....	vii
ŞEKİLLER	ix
ÖZET	x
1. GİRİŞ.....	1
1.1 Amaç	5
1.2 Sınırlılıklar.....	5
1.3 Tanımlar	5
1.4 Genel Bilgiler	7
1.4.1 Yeme Bozukluklarının Tanımlanması ve Sınıflandırılması	7
1.4.2 Yeme Bozukluklarında Kullanılan Tanı Yöntemleri	16
1.4.3 Gebelik Fizyolojisi.....	17
1.4.4 Gebelikte Beslenme	19
1.4.5 Postpartum Dönemin Tanımı.....	25
1.4.6 Postpartum Dönemdeki Değişiklikler.....	26
1.4.7 Postpartum Dönemdeki Kadınlarda Yaşam Kalitesi.....	27
1.4.8 Postpartum Dönemde Beslenme.....	29
2. GEREÇ VE YÖNTEM	32
2.1 Araştırma Modeli	32
2.2 Evren ve Örneklem.....	32
2.3 Veri Toplama Tekniği.....	33
2.3.1 Demografik Bilgi Formu	33
2.3.2 Yeme Tutumu Testi (YTT-40).....	34
2.3.3 Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri (MOKSL).....	36
2.3.4 ORTO-15 Ölçeği.....	37
2.4 Anket Uygulamasının Standardizasyonu.....	40
2.5 Verilerin Değerlendirilmesi	40
3. BULGULAR.....	41
3.1 Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	41
3.2 Araştırma Grubunun Beslenme Durumu ve Beslenme Özellikleri.....	43

3.3	Araştırma Grubunun Genel İyilik Hali ve Davranış Özelliklerine Göre Beslenme Durumları	53
3.4	Araştırma Grubuna Yapılan Ölçeklere İlişkin Bulgular	62
3.4.1	Araştırma Grubunun Yeme Tutum Testine İlişkin Bulguları.....	62
3.4.2	Araştırma Grubunun Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesine (MOKSL) İlişkin Bulguları	68
3.4.3	Araştırma Grubunun Orto-15 Testine İlişkin Bulguları.....	75
4.	TARTIŞMA.....	83
5.	SONUÇ.....	93
	KAYNAKLAR	95
	ÖZGEÇMİŞ.....	108
	EKLER.....	1099

ÖNSÖZ

Tezimin başlangıcından tamamlanmasına kadar ki süreçte daima yol gösteren, bilgi ve desteğini esirgemeyen, her yönüyle bana örnek olan tez danışmanım ve değerli hocam Prof. Dr. Selda Bülbül'e,

Tezimin uygulamaya geçmesini sağlayan Özel Ortadoğu Hastanesi Başhekimliği'ne ve değerli çalışma arkadaşlarıma,

Tez sürecinde hiçbir desteği benden esirgemeyen, tezimi bitireceğime dair inancımın zayıfladığı anlarda bile beni motive etmeyi başaran sevgili eşim Fecri Saraç'a ve uyumlu kişiliğiyle tezimle ilgilenmeme zaman veren biricik kızım Aden Saraç'a,

Araştırmanın her aşamasında maddi, manevi desteklerini esirgemeyen ve her daim yanımda olduğunu hissettiren, bana güvenen babam Gazi Saraç'a ve annem Nurhayat Saraç'a,

Yaşantım boyunca tüm sıkıntılı dönemlerimde olduğu gibi stresli tez dönemimde de uzakta olsa dahi beni her zaman destekleyen arkadaşım Uzm. Dr. Pınar Çay'a, Sinem Duymaz'a, Aysun Paköz Sarıkaya'ya ve konu ile ilgili İngilizce makalelerin çevirisi konusunda bana yardımcı olan arkadaşım Alican Kaya'ya, bu aşamaya gelmeme imkân veren değerli aileme sonsuz teşekkür ederim.

Nagihan CİCİ SARAÇ

Ocak 2018

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ADA	Amerikan Diyetisyenler Derneği
AN	Anoreksiya Nevroza
APA	Amerika Psikiyatri Birliği
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BN	Bulimiya Nevroza
BTAYB	Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu
CDC	Centers for Disease Control and Prevention- Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi
DSM	Diagnostic and Statistical Manual
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
MMPI	Minnesota Çok Fazlı Kişilik Envanteri
MOKSL	Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
ON	Ortoreksiya Nervoz
SPSS	The Statistical Package for The Social Sciences
SS	Standart Sapma
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TURDEP	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması
YB	Yeme Bozukluğu
YTT	Yeme Tutumu Testi

TABLULAR

Tablo 1.1 Normal Ağırlıkta, Normal Faaliyette Anneler İçin Günlük Besin Tür ve Miktarları.....	31
Tablo 2.1 Ortoreksiya Nervoza Testi Yanıt Puanlaması.....	39
Tablo 3.1 Araştırma grubunun sosyo-demografik bilgileri.....	42
Tablo 3.2 Araştırma grubunun yaş, beden kitle indeksi, boy, kilo, olmak istediği kilo değerleri.....	43
Tablo 3.3 Araştırma grubunun gün içi beslenme davranışı	45
Tablo 3.4 Araştırma grubunun gün içi beslenme davranışına göre kilo ortalamalarının karşılaştırılması	47
Tablo 3.5 Araştırma grubunun beden kitle indeksi ve beden algısı durumu	48
Tablo 3.6 Araştırma grubunun çeşitli özelliklerinin beden kitle indeksleri ile karşılaştırılması	50
Tablo 3.7 Araştırma grubunun çeşitli özelliklerinin bedenini değerlendirmesine göre (zayıf/normal/şişman) karşılaştırılması.....	52
Tablo 3.8 Araştırma grubunun çeşitli özelliklerinin beden görüntüsünden memnuniyet ile karşılaştırılması	53
Tablo 3.9 Araştırma grubunun duygusal durumu ve buna göre beslenme özellikleri.....	54
Tablo 3.10 Araştırma grubunun duygusal durumuyla (Huzurlu-Mutlu/Sinirli-Stresli) çeşitli özelliklerinin karşılaştırılması	56
Tablo 3.11 Araştırma grubunun sağlık durumu	57
Tablo 3.12 Araştırma grubunun çeşitli özelliklerinin sağlığını değerlendirme (İyi/Kötü) durumu ile karşılaştırılması.....	58
Tablo 3.13 Araştırma grubunun uyku durumu.....	59
Tablo 3.14 Araştırma grubunun uyku durumlarına göre kilo ortalamalarının karşılaştırılması	60
Tablo 3.15 Araştırma grubunun günlük aktivite durumu.....	60
Tablo 3.16 Araştırma grubunun stereotipik davranışları	61
Tablo 3.17 Araştırma grubuna yapılan ölçüklerin değerleri	62
Tablo 3.18 Araştırma grubunun Yeme Tutum Testi değerlendirmesi	63
Tablo 3.19 Yeme tutum durumlarına göre bireylerin genel özellikleri ve antropometrik ölçümleri ortalama (X), standart sapma (\pm SS) ve p değerleri.....	64
Tablo 3.20 Araştırma grubunun Beden Kitle İndeksi (BKİ) gruplarına göre yeme tutumu durumlarının karşılaştırılması	65
Tablo 3.21 Araştırma grubunun yaş gruplarına göre yeme tutumu durumlarının karşılaştırılması	66
Tablo 3.22 Araştırma grubunun ailede beslenme sorunu olma durumuna göre yeme tutumu durumlarının karşılaştırılması	66
Tablo 3.23 Araştırma grubunun Yeme Tutum Ölçeğine göre belirlenen risk ile obsesyon varlığının ilişkisi.....	67

Tablo 3.24 Araştırma grubunun Yeme Tutum Ölçeğine göre belirlenen risk ile ortoreksiya varlığının ilişkisi.....	67
Tablo 3.25 Araştırma grubunun Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) değerlendirmesi	68
Tablo 3.26 Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesine göre bireylerin genel özellikleri ve antropometrik ölçümleri ortalama (X), standart sapma (\pm SS) ve p değerleri.....	70
Tablo 3.27 Araştırma grubunun televizyonda sağlık programı izleme durumuna göre MOKSL puan ortalamalarının karşılaştırılması	71
Tablo 3.28 Araştırma grubunun ailede beslenme sorunu olma durumuna göre MOKSL puan durumlarının karşılaştırılması	71
Tablo 3.29 Araştırma grubunun Beden Kitle İndeksi (BKİ) gruplarına göre Obsesif-Kompulsif Bozukluk durumlarının karşılaştırılması.....	72
Tablo 3.30 Araştırma grubunun beden algılarına göre Obsesif Kompulsif Bozukluk durumlarının karşılaştırılması	73
Tablo 3.31 Araştırma grubunun yaş gruplarına göre Obsesif- Kompulsif Bozukluk durumlarının karşılaştırılması	73
Tablo 3.32 Araştırma grubunun Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesine göre belirlenen risk ile yeme bozukluğu varlığının ilişkisi	74
Tablo 3.33 Araştırma grubunun Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesine göre belirlenen risk ile ortoreksiya varlığının ilişkisi	74
Tablo 3.34 Araştırma grubunun Orto-15 Testi değerlendirmesi.....	75
Tablo 3.35 Normal ve ortorektik bireylerin genel özellikleri ve antropometrik ölçümleri ortalama (X), standart sapma (\pm SS) ve p değerleri.....	76
Tablo 3.36 Orto-15 Ölçeğine göre ortorektik olan ve olmayan bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması	77
Tablo 3.37 Orto-15 Ölçeğine göre ortorektik olan ve olmayan bireylerin çeşitli özellikleri.....	79
Tablo 3.38 Araştırma grubunun ailede beslenme sorunu olma durumuna göre Orto-15 Testi puan durumlarının karşılaştırılması	80
Tablo 3.39 Araştırma grubunun Beden Kitle İndeks (BKİ) gruplarına göre ortoreksiya durumlarının karşılaştırılması	80
Tablo 3.40 Araştırma grubunun beden algılarına göre ortoreksiya durumlarının karşılaştırılması	81
Tablo 3.41 Araştırma grubunun yaş gruplarına göre ortoreksiya durumlarının karşılaştırılması	81
Tablo 3.42 Araştırma grubunun Obsesif Kompulsif Bozukluk, Ortoreksiya Nervoza ve Yeme Tutumu durumları arasındaki korelasyon değerleri.....	82

ŞEKİLLER

Şekil 3.1 Araştırma grubunun yaş gruplarına göre dağılımı.....	41
Şekil 3.2 Araştırma grubunun beslenme bilgilerine ulaşımı.....	44
Şekil 3.3 Araştırma grubunun gün içi beslenme davranışı.....	46
Şekil 3.4 Araştırma grubunun beden algısı ile tanımlanan beden kitle indeksi sonucunun karşılaştırılması.....	48
Şekil 3.5 Araştırma grubunun beden algısına göre kendini gördüğü kategori.....	49
Şekil 3.6 Araştırma grubunun duygusal durumuna göre beslenme durumu.....	55
Şekil 3.7 Araştırma grubunun stereotipik davranışları ve alışkanlıkları.....	61
Şekil 3.8 Araştırma grubunun Yeme Tutum Testi değerlendirmesi.....	63
Şekil 3.9 Araştırma grubunun Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) değerlendirmesi.....	69
Şekil 3.10 Araştırma grubunun Orto-15 Testi değerlendirmesi.....	75

ÖZET

Doğum Sonu Kadınlarda Beslenme Bozukluklarının Varlığının Saptanması

Bu araştırma, doğum yapan kadınlarda yeme bozukluğu varlığını saptamak ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı. Araştırma kapsamına, Ankara ilinin Yenimahalle ilçesinde bulunan Özel Ortadoğu Hastanesi'nde doğum yapan ve doğum sonrası (lohusalık) dönemde olan 116 kadın alındı. Verilerin toplanmasında demografik bilgi formu, Yeme Tutum Testi (YTT-40), Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) ve Orto-15 Testi kullanıldı. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 29.3 ± 5.30 yılı ve %61.2'si (n:71) 25-34 yaş grubundaydı. Araştırma grubunun %19'unda (n:22) yeme bozukluğu, %32.8'inde (n:38) obsesif kompulsif bozukluk, %80.2'sinde (n:93) ortorektik eğilim saptandı. Kilosunu sıklıkla kontrol eden, kendisini stresli olarak ifade eden, beden görüntüsünden memnun olmayan ve diyet tedavisi yapan kadınlarda olası yeme bozukluğu (YTT ≥ 30) oranı diğerlerine göre yüksekti ($p < 0.05$). Araştırma grubunda beden görüntüsünden memnun olmayan, kendisini stresli olarak değerlendiren, mutlu olduğunda daha çok yediğini ifade eden ve öğün atlayan kadınlarda olası obsesif kompulsif bozukluk riskinin diğerlerine göre daha yüksek olduğu görüldü ($p < 0.05$). Ortorektik kadınların besinleri satın alma aşamasında etiket okuma alışkanlıklarının olduğu ve doğal gıda ürünü satan mağazalarda 30 dakikadan fazla zaman harcadığı, ara öğünleri atladığı ve beslenme bilgilerine kitle iletişim araçlarıyla ulaştığı saptandı ($p < 0.05$). Bu sonuçlar doğrultusunda doğum yapan kadınlara stresle baş etme yöntemleri öğretilmesi ve beslenme davranışlarının gebelik sürecinde ve doğum sonrası takiplerde sorgulanarak beslenme bozukluğu açısından riskli grupların belirlenmesi önerilebilir.

Anahtar sözcükler: doğum sonrası yeme bozuklukları, doğum sonrası yeme tutumu, yeme bozuklukları, yeme tutumu, YTT-40.

SUMMARY

Determination of the Existence of Nutrient Disorders in Postpartum Women

This research was conducted to determine the presence of eating disorders in women who gave birth and to determine the factors that affected them. 116 women who gave birth in a private Ortadoğu hospital in the Yenimahalle region of Ankara and who were in postpartum period were included in the study. Demographic information form, Eating Attitude Test (EAT-40), Maudsley Obsessive-Compulsive Question List (MOCQL) and Ortho-15 test were used in the collection of data. The average age of the women participating in the survey was 29.3 ± 5.30 . 61.2% of participants (n:71) were in the 25-34 age group. 19% of the study group (n:22) had eating disorders, 32.8% (n:38) had obsessive-compulsive disorder and 80.2% (n:93) had orthorectic tendency. The rate of possible eating disorders ($EAT \geq 30$) was higher in women who frequently control weight, who express themselves stressed, who are not satisfied with the body image and who are on diet therapy ($p < 0.05$). It was seen in the research group that the risk of obsessive compulsive disorder was higher than the other women who were not satisfied with the body image, who evaluated themselves as stressful, who expressed more when they were happy and who skipped meals ($p < 0.05$). It has been found that orthorectic women spend more than 30 minutes in stores selling natural food and they have reading habit of labels during the purchase phase, skipped meals and nutritional information reached through mass media ($p < 0.05$). These results suggest that teach women, who give birth, to methods of how to cope with stress and determine the risk factors of nutritional disorders by questioning nutritional behavior during pregnancy and postpartum follow-ups.

Key words: EAT-40, eating attitude, eating disorders, postnatal eating attitude, postnatal eating disorders.

1. GİRİŞ

Yaşamın her evresinde bedensel ve zihinsel yönden sağlıklı olmak ve sağlığı devam ettirmek yeterli ve dengeli beslenme ile mümkündür. Beslenme; büyümek, gelişmek, sağlıklı ve verimli olarak uzun süre yaşamak için gerekli olan enerji ve besin öğelerinden her birini yeterli miktarda sağlayacak olan besinleri; besin değerini yitirmeden, sağlığa zararlı hale getirmeden en ekonomik şekilde almak ve kullanmaktır (Baysal 1997).

Yiyecek seçimi ve beslenme alışkanlıklarının meydana gelmesinde rol oynayan etmenler çeşitlidir. Beslenme alışkanlıkları bu değişik etmenlerin etkisiyle yavaş yavaş oluşur ve gelişirler. Yaşanılan yerin iklimi, coğrafi ve tarımsal durumu, inanç, gelenek-görenekler, sosyoekonomik koşullar beslenme alışkanlıklarının ortaya çıkması ve gelişmesinde rol oynamaktadır (Pekcan 1999).

Yeme bozukluklarının tarihçesine bakıldığında, değişik şekillerde yeme bozukluklarının aslında uzun yıllar öncesinden beri var oldukları, ancak anoreksiya nervozanın (AN) ve bulimiya nervozanın (BN) resmi sınıflandırma sistemlerine daha yakın tarihlerde girmiş oldukları görülmektedir (Andersen ve Yager 2005).

Yeme Bozuklukları (YB) Modern Çağ'ın hastalıkları arasında, hızla artan hastalık grubunda yer almaktadır. Zayıflıkla çekiciliğin, incelik kavramının, estetik kaygıların değişmesi yeme bozukluklarını arttırmıştır (Toker ve Hocoğlu 2009). Yapılan araştırmalar, stres ve negatif duyguların, besin alımını ve yeme motivasyonunu hem artırabildiğini hem de azaltabildiğini göstermektedir (Macht 2008).

Toplum güzellik anlayışını kendi kültürel ve geleneksel değerlerine göre biçimlendirir. İçinde yaşadığımız topluluk ve zaman, güzelliğin şeklini tanımlar. Değişik kültür ve geleneklerde, kişinin psikolojik yapısının şekillenmesinde fiziksel görünümünün rolü değişir. Günümüzde güzellik, küreselleşmenin de etkisiyle, hemen he-

men bütün toplumlarda ince bir bedenle özdeşleştirilmektedir. İnce beden yapısının idealleştirilmesi batı toplumlarında Anoreksiya Nervosa gelişmesine öncülük eden olası temel etkenlerden biri olarak görülmekte, sosyo-kültürel değişmelerin Batı ve Amerikan toplumlarında yeme bozukluğu sıklığının artışına kaynaklık ettiği düşünülmektedir (Işık 2009).

Küreselleşme süreci ile birlikte bu ideal beden imgelerinin de "küreselleşmesi" yeme bozukluklarının bir dünya sorunu haline gelmesini, salt yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olanların değil tüm sosyoekonomik ve kültürel katmanların sorunu haline dönüşmesini sağlamaktadır. Bu yanı ile yeme bozuklukları, sosyo-kültürel değişimin insan ruhunda ve bedeninde yarattığı etkinin, psikopatolojik bir yansıması olarak değerlendirilebilir (Işık 2009).

Dünyada uzun bir süredir kitle iletişim araçları ve beslenme uzmanları, henüz Psikiyatri Birlikleri tarafından bir hastalık olarak tanımlanmamış olan "Ortoreksiya Nervosa" (ON) adlı yeni bir yeme bozukluğuna dikkati çekmektedirler (Donini ve ark. 2009, Billings 1995).

Ortoreksiya nervosa, diğer bir ismiyle "sağlıklı beslenme takıntısı", son zamanlarda dünyadaki klinik tedavi uzmanlarının araştırma konusu olmuştur. Amerika'da, obezite kliniklerinin önde geldiği ve bireylerin diyetlerine dikkat etmeleri zor görünürken, son zamanlarda, bireylerin sağlıklı ve daha uzun yaşamak istemeleri üzerine bireylerde sağlıklı beslenme takıntısının başladığı belirtilmiştir (Kazkondu 2010).

Ortoreksiya terimi Yunancada doğru anlamına gelen "orthos", açlık anlamına gelen "orexis" sözcüklerinden oluşturulmuştur (Kazkondu 2010). Bu sözcükler, sağlıklı ve doğru besinleri seçmek için "çılgınlık" düzeyindeki zihinsel uğraşı tanımlamaktadır. Bu bozukluk, anoreksiya nervosa (AN) ve bulimiya nervozadaki (BN) gibi "nicel" bir durumu değil, "nitel" bir durumu sergilemektedir (Bratman ve Knight 2000).

Obezite epidemisinin başı çektiği Amerika’da, diyetine son derece dikkat eden bireylerin, endişe yaratacak hal almalarını hayal etmek, oldukça zor görünmekteydi. Ancak son zamanlarda, kusursuz zannetikleri diyetlerini takıntıya dönüştüren kişileri tanımlayan bu yeni terim, yayım başlıklarında dikkati çekmeye başladı (Mathieu 2005).

Medyanın isimlendirdiği deli dana hastalığı, bozulmuş tavuk etleri, balık etinde civa zehirlenmesi gibi besinlerle ilgili aşırı miktarda yapılan medya uyarıları, bireylerin, besinleri sadece “sağlığı” temel alarak değerlendirmelerine neden olmakta, bu da kişilerin, tüm besin sınıflarını dışlayan sıkı diyetler yapmalarına yol açabilmektedir. Böylelikle, elzem besin öğelerinde yetersizlik, sosyal ve kişisel ilişkilerde değişim ve genel psiko-fiziksel durumlarda farklılaşma gözlenebilmektedir (Donini ve ark. 2004, Billings 1995).

Genel olarak ortoreksiya, yeme bozukluğu uzun dönem seyrettiğinde, geçici olmadığında ve bu davranışlar bireyin yaşam kalitesinde anlamlı oranda olumsuz bir etki yarattığında düşünülebilmektedir. Uç durumdaki ortorektik olgular, ‘saf olmayan’ ve sağlıklarına zarar veren besinleri tüketmek yerine kendilerini açlığa mahkum etmeyi tercih etmektedirler (Arusoğlu ve ark. 2008).

Ortoreksiyayı tanımlayan doktor olan S. Bratman (8), Yoga Journal’da yazısını yayımladıktan sonra bu durumdan yakınan kişilerden çok sayıda e-mail ve telefon aldığını belirtmiştir. Daha sonra bu terim Cosmopolitan dergisi ve popüler web sitelerinde dikkati çekmiştir. Bratman, onunla bağlantıya geçen kişilerin, anorektik ve bulimiklerdeki gibi ağırlık kaybetme hırsları olmadığını, ancak diyetlerinde mükemmel bir saflık düzeyine ulaşmayı amaç edindiklerini belirtmektedir (Arusoğlu ve ark. 2008).

Bratman, onunla bağlantıya geçen bireylerin, beslenme ile ilgili kendi düşüncelerini paylaşan diğer bireylerle sıklıkla bir araya gelmeyi tercih ettiğini, ancak bu zihinsel uğraşlarının kendi aile fertleriyle ve arkadaşlarıyla öğün paylaşma keyfini önlediğini belirtmektedir (Arusoğlu ve ark. 2008).

Bratman, bağlantı halinde olduğu, diyetine çok sıkı bağlı kalan bir kadın hastasının, açlık nedeniyle kalp krizi geçirdiğini ve sonunda öldüğünü de yazısında belirtmiştir. Hasta, sürekli, ağırlık kaybetme ile ilgili bir zihinsel uğraşısı olmamasına karşın anorektik olduğunu belirtmiş, ancak kendini sağlıklı, temiz ve doğal hissetmek istediğini ısrarla tekrarlamıştır. Tüm bunların sonucunda Bratman, “Health Food Junkies” adlı kitabı yayımlamış ve “www.orthorexia.com” web sitesini oluşturmuştur. Daha sonra ABD ve Avrupa’da birtakım konferanslara davet edilerek konuyla ilgili konuşmalar yapmıştır (Arusoğlu ve ark. 2008).

Sağlıklı beslenme alışkanlıkları aslında patolojik değildir. Ancak aşırı uğraşı haline dönüştüğünde, uzun süreli olduğunda, günlük yaşamda olumsuzluklara yol açtığında ortoreksiya nervozanın kişilik ve davranış boyutlarını da ilgilendiren bir bozukluk olarak değerlendirilebileceği bildirilmektedir (Fidan ve ark. 2010).

Yeme bozuklukları, kişinin yeme davranışlarını değiştirerek, kişinin fiziksel, zihinsel ve sosyal yapısını olumsuz yönde değiştirmektedir. Son yıllarda özellikle görülme sıklığı yüksek olan ergenlik dönemindeki kişilerde artış olduğu gözlenmektedir (Kazkondur 2010).

Adolesan dönemindeki genç; yaşamakta olduğu hızlı bedensel değişimi istediği yönde etkileme olanağına sahip olmadığını görerek, daha olumlu bir beden algısı kazanmak amacı ile yanlış kararlar alabilmektedir. Zayıflamak için; aç kalma, diyet ilaçları kullanma ve yediklerini kusarak çıkarma gibi sağlıksız yöntemlere başvurabilirler (Işık 2009).

Beslenme tercihlerini bilmek ve bunların ekonomik, sosyo-demografik faktörler ve sağlık ile olan ilişkilerini saptamak, beslenme alışkanlıklarının neden ve sonuçlarını anlamada yol gösterici olmaktadır (Işık 2009).

1.1 Amaç

Bu çalışmada, doğum yapan ve lohusalık döneminde olan 18-49 yaş arası kadınlar arasında yeme bozukluklarının durumlarını belirlemek amaçlanmıştır.

Çalışmanın hipotezi: Doğum yapan kadınlarda yeme bozukluğu sıklığı yüksektir.

1.2 Sınırlılıklar

- 1) Bu araştırma Ankara ili (Türkiye) merkez sınırları içerisinde yer alan Ortadoğu Hastanesinde doğum yapan ve lohusalık döneminde olan 18-49 yaş arasındaki kadınlar ile sınırlıdır.
- 2) Araştırma konu ile ilgili hazırlanan anket soruları ve ölçeklerle sınırlıdır.

1.3 Tanımlar

Araştırmada sıklıkla geçen terimler aşağıdaki şekilde tanımlanmıştır.

Yeme Tutumu: Beslenme şekli ve boya uygun kiloda olmak sağlık durumunun belirleyicilerindedir. Yeme tutumu fiziksel, ruhsal ve sosyal bileşenlerden etkilenecek bireyin beslenme alışkanlıklarını ve sağlığını etkilemektedir (Sinirlioğlu Ertaş 2006).

Yeme Bozukluğu: Hastalığa ya da beslenme yetersizliğine neden olabilen yeme alışkanlıklarındaki sapmalardır (Lucas ve Huse 1994).

Ortoreksiya Nervoza: Sağlıklı beslenme takıntısı olarak tanımlanan yeme bozukluğu olup, kişinin yaşantısına müdahale eden doğal diyet tüketme takıntısıdır. Ortoreksiya nervoza sadece; uzun dönem görüldüğü zaman ve eğer bireyin yaşantısında anlamlı oranda negatif etki yaratıyorsa (yaşam stresini önlemek için yiyecekleri düşünmek, her günün büyük bir çoğunluğunu yiyecekleri düşünerek geçirmek) tanımlanabilmektedir (Kazkondur 2010).

Anoreksiya Nervoza: Yaş ve boy uzunluğu için olağan sayılan bir vücut ağırlığına sahip olmayı kabul etmeme, kilo almaktan korkma, beden imgesinde bozukluk ve menstrasyonların kesilmesi belirtilerinin gözlemlendiği bir yeme bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (Kazkondur 2010).

Bulimiya Nervoza: Yineleyen tıkanırmasına yeme dönemlerinin olduğu, fazla miktarda yemeyi durduramama, kilo almaktan sakınmak için kusma, laksatif vb. kullanma, yemek yememe, egzersiz yapmak gibi uygunsuz dengeleyici davranışlarda tekrar tekrar bulunma, kendini değerlendirirken anlamsız bir biçimde vücudun biçimi ve ağırlığından etkilenme belirtilerinin görüldüğü bir yeme bozukluğu olarak sınıflandırılmaktadır (Kazkondur 2010).

ORTO-15: Donini tarafından Bratman'ın kısa soru kağıdı uyarlanarak ilk olarak İtalya'da Latinler için geliştirilmiş ve ortoreksiya nervoza eğilimini değerlendirmek için düzenlenmiş 15 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir (Arusoğlu ve ark. 2008).

Beden İmgesi: Bireyin kendi vücudu ve görünümü konusundaki, toplumsal olarak tanımlanan fiziki görünüm standartlarına dayalı tutum ve duygularıdır (Budak 2000).
Beden Kitle İndeksi: Vücut ağırlığının, boyun karesine oranı olup en pratik vücut ağırlığını değerlendirme yöntemidir (Aksoydan 2008).

Obsesif-Kompulsif Bozukluk: Beden görünümüyle, bedensel hastalıkla, beden ağırlığıyla ilgili obsesif düşünce ya da uğraşlar, tik bozukluğu, saç yolma, patolojik ku-

mar oynama gibi stereotipik, törensel ya da impulsif davranışlar ile karakterize rahatsızlıktır (Tükel 1997).

Genel İyilik Hali: Myers, Sweeney ve Witmer (2000) iyilik halini "bireyin sosyal ve doğal çevrede tam fonksiyonel olarak yaşaması için bedeninin, zihninin ve ruhunun birleştiği optimal sağlık yönelimli bir yaşam biçimi ve iyi olma durumu" olarak tanımlamaktadırlar (Myers ve ark. 2000).

1.4 Genel Bilgiler

1.4.1 Yeme Bozukluklarının Tanımlanması ve Sınıflandırılması

Yeme bozuklukları, hem bedensel hem de psikososyal boyutu olan; kişinin yemek yeme alışkanlığı, vücut ağırlığı ve fiziksel görüntüsü ile ilgili düşünce ve yemek yeme davranışındaki bozukluklarla kendisini gösteren bir durumdur (Ünalın ve ark. 2009).

Yeme bozukluğu olan bireyler, bedenini olduğundan şişman ve şekilsiz bulma, çok kısıtlı gıda alma, yemekleri takiben kusma veya kendini kusturma, laksatif kullanma ve aşırı egzersiz yapma gibi belirtiler gösterebilirler (Abraham ve Llewellyn-Jones 1997). Yeme bozuklukları, 1980'lerden itibaren ergenlerde ve genç erişkinlerdeki yaygınlığın diğer ruhsal ve bedensel sorunlarla diğer hastalıklardan bağımsız olarak aynı anda olması ve ölüm oranlarının artması nedeniyle erken tanı ve tedaviyi gerektiren bir durumdur (Janout ve Janoutova 2004).

Yeme bozukluklarının tarihçesine bakıldığında, bu bozuklukların günümüzdeki anlamıyla ilk kez 17. yy.'da tanımlandığı gözlemlenmektedir. Buna karşın daha son-

raki iki yüzyıl boyunca, yeme bozuklukları ile ilgili çalışmalar oldukça sınırlı sayıdadır. Yeme bozukluklarının 20. yy.`da doğası, tanımlanması ve tedavisi ile ilgili araştırmaların sayısındaki artış dikkat çekicidir (Brownell ve Fairburn 1995). Yeme bozukluklarının tarihçesi oldukça uzun bir dönemi içerse de, bu bozuklukların tanınması sınıflandırmada yerini alması, ancak geçen yüzyılın yarısında gerçekleşebilmiştir (Mathieu 2005).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı`nda (DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV,1994) yeme bozuklukları; anoreksiya nervoza (AN), bulimiya nervoza (BN) ve başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları (BTA YB) şeklinde sınıflandırılmaktadır. Son zamanlarda yapılan araştırmalarda, tikanırçasına yeme bozukluğundan yakınlar ve yeni bir yeme bozukluğu olarak görülen ortoreksiya nervoza da ele alınmıştır (Güney ve Kuruoğlu 2007).

1.4.1.1 Anoreksiya Nervoza

Anoreksiya Nervosa asıl olarak bir adolesan dönemi hastalığıdır. Hastalık genel olarak 12-25 yaş arası genç kadınları etkilemekte, başlangıcı 13-14 ve 17-18 yaşlarda olmak üzere dağılım göstermektedir (Cinemre 1999, Kınık 1997). Tüm anoreksiya nervoza olgularının yaklaşık %5-10'unu erkek hastalar oluşturmakta, insidansının 100.000'de 0.5'den düşük olduğu düşünülmektedir (Cinemre 1999, Hoek ve Hoeken 2003).

Homoseksüel erkeklerin yeme bozuklukları açısından heteroseksüel erkeklere göre daha fazla risk altında olduğu bildirilmektedir (Russell ve Keel 2002).

Anoreksiya nervoza prevalans çalışmaları ve farklı araştırmalarda ortalama prevalans %0-0.9 genç kadınlarda %0.3 insidans da 100 binde 8'den az olarak bildirilmiştir (Kınık 1997, Hoek ve Hoeken 2003). Ancak yüksek risk grubunu oluşturan ergen kızlar ve genç kadınlarda prevalansın %1'e ulaştığı tahmin edilmektedir (Kınık 1997). Anoreksiya nervoza semptomları bulunan, tanı ölçütlerini tam olarak karşılamayan genç kadınların oranıysa %5 olarak düşünülmektedir (Halmi 2000). 1990'da

Türkiye’de yapılan bir çalışmada prevalans %0.2 olarak bulunmuştur (Yeşilbursa 1999).

Hoek (2003) ve Öztürk’ün (1994) ifadelerine göre hastaların en dikkat çeken özelliği aşırı zayıflıklarıdır. Yaş grubu ve boya göre beklenenden oldukça zayıf olmalarına rağmen kilo almaya karşı büyük bir direnç içindedirler. Şiddetli kilo alma korkuları; kiloyu koruma ve hatta daha da azaltma, kendileri için belirledikleri en az kiloya ulaşma ve tekrar kilo almayı engelleme planlarına yönelik tutumlara yol açar. Besin kısıtlanması, ağır fiziksel egzersizler yapma, laksatif, diüretik, iştah azaltıcı maddeler kullanma ile veya uyardıkları ya da kendiliğinden kusmalar ile beden ağırlıklarını kontrol edici yöntemlere başvururlar. Yiyeceklerle ilgili olarak; düşük kalori, enerjisi azaltılmış yiyeceklere yönelme, küçük parçalar halinde yavaş yeme, yediklerinin kalorisini hesaplama, başkalarıyla birlikte yemeden kaçınma, başkaları için yiyecek satın alma ve özel yemek yapma, yiyeceklerinden saklayarak kurtulma gibi gıda ile ilgili aşırı uğraşlar içindedirler (Hoek ve Hoeken 2003, Öztürk 1994).

Karakteristik olarak hastalar mükemmeliyetçi, uysal, yardımsever bireyler olarak tanımlanırlar. Ancak hastalığın başlaması ve diyet yapma belirginleştikçe önceki davranışları ile çelişen, uyumsuz, güvensiz, öfkeli davranışlar göstermeye başlarlar (Öztürk 1994). Kişilik özellikleri olarak içe dönüklük, emosyonel kısıtlılık, sosyal güvensizlik, kendini yadsıma, aşağılama, otonomi eksikliği, aşırı saygı, katı ve stereotipik düşünme belirgindir (Andersen ve Yager 2005). Kimi zaman yaşamsal tehlikelere rağmen hastalıklarını ve içinde buldukları durumun önemini yadsıma eğiliminde olup, sanki kendileriyle ilgilenmiyor gibi görünürler. Emosyonel tepkilerden olabildiğince kaçınırlar. Birçok araştırmacı bu hastalarda yüksek oranlarda aleksitimiden (duygu sağırlığı) söz etmektedir (Kuruoğlu ve Arıkan 1995).

Bir anoreksiya nervoza olgusunda, tam iyileşmeden söz edebilmek için en az 5 yıllık izleme gereklidir. Ancak tam olarak iyileşmenin çok güvenilir bir kavram olmadığını, tıbbi ve psikososyal açıdan iyileşmiş hastalarda dahi beden algılarıyla ilgili bozukluğun değişmeyip, yemek yeme ile ilgili düşünce ve davranış sorunlarının de-

vam edebileceğini bildiren çalışmalar vardır. Bu da anoreksiya nervoza da düzelme sonrası yineleme riskinin yüksekliğini açıklamaktadır (Dahlmann ve ark. 2001).

Anoreksiya nervoza iyileşmeye başlarken bulimiyaya dönüşebilir. Birçok anoreksiya olgusunun bulimik özellikler ile gidiş gösterdiği bilinmektedir. Anoreksiya tedavisi sırasında, bulimik belirtiler ile kronikleşmeye gidiş oranı bazı çalışmalarda %44'e kadar yükselmiş bulunmuştur. Bulimiya'ya dönüşen anoreksiya olguları, tedaviden yararlanması zor hastalar olarak değerlendirilmektedir. Bir başka gidiş hastalığın kronikleşmesidir. Kronik düşük kilolu ve belirgin anoreksik düşünceli hastaların, tedaviden en az yararlanan hastalar olduğu bildirilmiştir (Gürdal 1999).

1.4.1.2 Bulimia Nervosa

Bir belirti olarak bulimia, anoreksiya nervoza seyri sırasında görülebileceği gibi, “normal” ya da “normalüstü” kiloya sahip kişiler arasında da görülebilir. Eğer bu durum kilo ve beden biçimi ile aşırı uğraş, enerji alımını engellemek için kusma ve/veya laksatif, diüretik ilaç kullanımı ya da aşırı egzersizlerle de ekleniyorsa ortaya çıkan sendroma bulimia nervoza adı verilir (Kabakçı ve Demir 2001).

Bulimia nervoza ile ilgili çalışmaların çoğu anoreksiya nervozaya yönelik araştırmalardan çıkmıştır. Klasik anoreksiya olgularının bulimik semptomlar gösterdikleri veya hastalık süreci içerisinde herhangi bir zamanda, bulimik ritüeller geliştirdikleri dikkati çekmiştir. Anoreksiya ve bulimia'nın bu iç içeliği aynı hastalığın farklı dışa vurumları olabilecekleri tartışmalarını başlatmıştır (Kuruoğlu ve Arıkan 1995, Parry-Jones and Parry-Jones 1995).

Bulimia, anoreksiya'ya göre daha geç yaşlarda, sıklıkla da geç ergenlik ve genç erişkinlik döneminde başlar (Andersen ve Yager 2005, Cinemre 1999).

Türkiye'de yapılan araştırmalarda ise Yeşilbursa'nın 14-19 yaş arası 1978 öğrencide yaptığı çalışmada bulimia kızlarda %4,3, erkekler de %0.6 oranında bulun-

muştur. Büyükkal ise 15-18 yaş grubu 800 öğrencide DSM-IV kriterlerine göre %3 oranında yeme bozukluğu saptamıştır. Bunların %70'i bulimia olup, tümünü kız öğrenciler oluşturmuştur (Yeşilbursa 1999, Büyükkal 1999).

Bulimia aşırı miktarda yemek yeme dönemleri (binge) ile, kilo almayı engellemeye yönelik kusma, laksatif ya da diüretik benzeri ilaçlar kullanma, aşırı egzersiz yapma gibi yöntemlerin (purge) birbirini izlediği döngülerle karakterizedir. Anoreksiya ile birçok ortak klinik ve demografik özellikleri taşır. Yaş ve cinsiyet dağılımı anoreksiya'ya benzerlik gösterir. Ancak başlama yaşı anoreksiya'dan daha geçtir. Bulimia öncesinde sıklıkla anoreksiya vardır. Bazen de anoreksiya ve bulimia nöbetleri değişkenlik içinde birbirini izlerler (Kuruoğlu ve Arıkan 1995).

Hastaların temel psikopatolojilerinden kaynaklanan incecik olmaya verilen aşırı önem, kısıtlanmış yeme çabasına neden olur. Bu nedenle kişiler daima yiyeceklerle ilgili düşünceler içindedirler. Bu yeme paterni sonucu bir yandan katı diyet, diğer yandan tıkanırmasına epizotları gelişir ve birbirini izler. Tıkanırmasına yeme dönemleri genellikle kişinin kendisinin uyardığı kusmalar ve laksatif, diüretik kullanımını neden olur. Başlangıçta kusma refleksini uyararak, sonrasında toraks ve abdominal kasları kasarak kusmayı öğrenirler. Bulimik epizotlar sıklıkla planlanır. Tipik olarak yağlı, şekerli, yüksek kalorili ve kolay yenilecek yiyecekler seçilir. Yiyecekler kısa sürede aşırı miktarda, tıkanırmasına yenilir. Tipik bir bulimik periyot çoğu hastada 30 dakika - 1 saat sürer. Tıkanırmasına yemeleri kompanse etmeye yönelik binge periyot sonrasında egzersiz yapma ya da yemeği aşırı kısıtlama izlenir. Kilo kontrolü ve sıvı kaybetmek amaçlı emetik kullanımı, aşırı miktarlarda laksatif - diüretik kullanımı görülebilir. Tıkanırmasına yemelerini durdurmak için iştah azaltıcılar kullanabilirler. Hastalar durumlarını gizleme amacıyla olduklarından, aşırı yeme ve kusma diğer aile üyeleri farkına varmadan yıllarca sürebilir (Beumont 1995).

Anorektiklerden farklı olarak bir takım zorluklarına rağmen genellikle sosyal ve iş yaşamlarında daha etkin rol oynarlar, kişiler arası ilişkiler kurabilirler. Anorektiklerin kendi fiziksel durumlarına gösterdikleri tepkisizliğe karşın, bulimikler bunu gizlemek zorunda oldukları bir sır gibi görüp, kontrol edemedikleri bu döngülerden

dolayı suçluluk ve utanç duyarlar. Anorektiklerin tipik kaşektik görünümüne karşın, bulimikler genellikle normal ya da normale yakın kilodadırlar (Kuruoğlu ve Arıkan 1995).

1.4.1.3 Obezite

Obezite, fazla vücut yağı nedeniyle yaşam süresi ve sağlığın kötü yönde etkilenmesine neden olan bir hastalık olarak tanımlanabilir. Vücut yağ oranı, yaygın olarak Beden Kitle İndeksi (BKİ) ile değerlendirilir. BKİ'lerinin değerlendirilmesinde, Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi'nin (CDC) 2000 yılında yayınladığı yaşa ve cinsiyete göre BKİ'lerinin persantil tablo ve grafikleri kullanılmıştır. Genel olarak erişkinlerde BKİ ≥ 30 kg/m² olduğunda, çocuk ve adolesanlar da ≥ 95 persantil obez olarak kabul edilmiştir (Himes ve Dietz 1994). Tüm Avrupa'da 12-17 yaş arası adolesanlar da saptanan obezite prevalansı %8-25'tir (Lobstein ve Frelut 2003).

Obezite; enerji alımı ve tüketimi arasındaki dengenin enerji alımı lehine bozulması sonucu ortaya çıkar. Obezite gelişmesinde birçok çevresel, psikolojik ve genetik faktör rol oynar (Maffei 2000). Ancak gelişmiş ülkelerde hızla artan obezite prevalansı genetik nedenlerden çok çevresel faktörler ile ilişkilendirilmektedir. Çevresel faktörlerin başında, gelişmiş ülkeler kadar gelişmekte olan ülkelerin de ortak sorunu haline gelen, sedanter yaşam ve kolay erişilebilen, enerji ve yağdan zengin beslenme gelmektedir (Deckelbaum ve Williams 2001).

Fizik aktivite ve beslenme alışkanlıklarında kültürel faktörlerin önemli rolü olduğu kabul edilmektedir (Shatenstein ve Ghadirian 1998). Kültürel yapının önemli bir ögesi olan aile yapısı ve alışkanlıkları da obezite gelişiminde önemli rol oynamaktadır. Bir çok çalışmada; yüksek enerjili diyet ve televizyon nedeniyle azalmış fizik aktivite, obezite gelişiminden sorumlu tutulmuştur (Dişçigil 2007). Obezite ge-

lişiminde, etnik köken, kültürel faktörlerin üzerindeki ciddi etkisi nedeniyle bağımsız risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (Kirchengast ve Schober 2006).

Özellikle gençler de, teknolojik gelişmeler nedeni ile fiziksel hareketliliğin azalması, karbonhidratlı besinlerin ve yağ tüketiminin fazla olması, fast food beslenme tarzının yaygın olması, öğün dışı beslenme örüntüleri gibi yanlış yeme tutumları nedeni ile gereksinimden fazla besin tüketimi obezite riskinin oluşumuna neden olmaktadır (Alantar ve Maner 2008).

Obezite çok yönlü bir hastalıktır. Obezite ile ilişkili olduğu düşünülen kronik hastalıklar, koroner kalp hastalığı, hiperlipidemi, diyabet, solunum hastalıkları, ortopedik hastalıklar olarak sıralanabilir. Kadınlarda abdominal obezitenin infertilite, hiperandrojenizm, âdet bozuklukları, polikistik over sendromu gibi ovulatuvar disfonksiyona neden olabileceği de bilinmektedir (Diamanti-Kandarakis ve Bergiele 2001, Michelmores 2000). Tıbbi sorunların yanı sıra birçok psikolojik ve sosyal sorun da obezite ile ilişkilendirilmiştir (Power ve ark. 1997).

Obeziteden korunma perinatal dönemden başlayarak tüm yaşam süresince devam etmelidir. Diyetle aşırı kalori alımının kısıtlanmasının yanı sıra hareketli bir yaşam tarzı benimsenmelidir (Von Kries ve ark. 1999). Amerikan Aile Hekimleri Birliği, fizik aktivitenin bisiklete binme, koşma, aktif takım oyunları gibi en az orta derecede ve her gün en az 30 dakika yapılmasını önermiştir (Moran 1999).

Obeziteyle mücadele sağlık politikalarının içinde yer almalıdır. Çocuk ve gençlere yönelik reklamlar, sağlıklı beslenme ve yaşam tarzına ilişkin örnekler içermelidir. Başta birinci basamak hekimleri ve hemşireleri olmak üzere tüm sağlık çalışanları, çocukların ve ailelerinin dikkatini BKİ izlemine çekmeli ve düzenli programlarla koruyucu önlemleri onlarla paylaşmalıdırlar (Dişçigil 2007).

1.4.1.4 Ortoreksiya Nervoz

Ortoreksiya nervoz, sağlıklı beslenme takıntısı olarak tanımlanan yeme bozukluğu olup, kişinin yaşantısına müdahale eden doğal diyet tüketme takıntısıdır (Donini ve ark. 2004). Ortorektik bireylerin beslenme alışkanlıklarındaki bu takıntının, yenilen yemeğin miktarıyla değil, kalitesi ile ilgili olduğu ifade edilmiştir (Kazkundu 2010).

Ortoreksiya nervoz, ilk kez Steven Bratman tarafından 1997`de anoreksiya nervozayı çeşitlendirmek üzere tanımlanmıştır. “Orto” kelime olarak “doğru”, “gerçek” anlamına geldiği için Bratman, uygun, sağlıklı yiyeceğin tüketilmesi ile ilgili patolojik saplantıyı tanımlamak için ortoreksiya nervoz terimini kullanmıştır. Bratman, ortoreksiya nervoz ile ilgili ilk yazısını “The Alternative Medicine Sourcebook”ta yazmış, daha sonra “Yoga Journal”ın Ekim 1997 sayısında yayımlamıştır. “Utne Reader” magazini de bu yazıyı yeniden basmıştır. Daha sonra bu terim Cosmopolitan dergisinde ve WebMD gibi popüler web sitelerinde dikkati çekmiş ve S. Sinton gibi editörler de konuya sayfalarca yer vererek diyetisyenlerin görüş ve deneyimlerini aktarmışlardır. Yazı, uluslararası düzeyde dikkat çekince, alınan geri bildirimler ve istekler doğrultusunda Bratman bu konuya değinme ve konuyla ilgili bir kitap yazma kararı almıştır. Ve “Health Food Junkies” adlı kitap yazmıştır. Kitap bir çok magazin dergisi ve gazetede tartışılmasına karşın istenen reklamsal başarıya ulaşamadığı için basımdan kaldırılmıştır. Bratman, kitabında ortoreksiyayı; insanların diyetlerini faziletli, temiz ve hatta ruhani hissetmek için bir yol olarak gördükleri bir hastalık şeklinde tanımlamaktadır (Arusoğlu 2006).

Ortoreksiya nervozada; kişi, her yediği yemeği abartılı şekilde kontrol etmektedir. Ortorektik bireyler satın alma esnasında ise ürünlerin ambalajlarını çok uzun süre boyunca incelemekte ve incelediği ürünün içerisinde kanserojen madde, hormon, boya, katkı maddesi olup olmadığına abartılı bir şekilde kafa yormaktadır. Yiyeceklerin aşırı saf ve katkısız olmasına takıntılı bir titizlik içerisinde önem vermektedirler. Bu yüzden pek çok yiyeceği çiğ olarak tüketmeyi tercih ederler. Sağlıklı beslenme

takıntısı, ortorektik bireyleri psikolojik olarak baskı altına aldığından dolayı pek çok ürünü tüketmekten vazgeçme eğilimi göstermelerine sebep olmakta ve bu yüzden ortorektik birey, anoreksiya nervoza yeme bozukluğundaki gibi kilo kaybetmeye başlamaktadır (Donini ve ark. 2004).

Ortoreksiya nervoza sadece; uzun dönem görüldüğü zaman ve eğer bireyin yaşantısında anlamlı oranda negatif etki yaratıyorsa (yaşam stresini önlemek için yiyecekleri düşünmek, her günün büyük bir çoğunluğunu yiyecekleri düşünerek geçirmek) tanımlanabilmektedir (Kazkondur 2010).

Kater, (beden imgesi, yeme ve kilo alma endişesi yaşayanların tedavisinde 10 yıllık Minnesota'lı uzman psikoterapist), Bratman'ın (Bratman ve Knight 2000) tanımladığı belirtileri gösteren bu sınıfa ait olabilecek hastaları olduğunu saptamıştır. Kater, bu insanların, diğer yeme bozukluğuyla mücadele eden insanlarla, mükemmeliyetçiliğe olan genetik yatkınlık ve kontrol gereksinimi gibi birtakım ortak davranışlar gösterebileceklerini belirtmiştir (Mathieu 2005).

Amerikan Diyetisyenler Derneğinin (ADA) dergisinde yayımlanmak üzere uzmanlarla birlikte araştırma yapan Kater'in çalışmasında mükemmel diyet hedefinde olan hastalarla bulimik veya anorektikler arasındaki en büyük farkın, bulimik veya anorektiklerin ağırlık kaybetme hırsları olduğunu belirtmiştir (Mathieu 2005).

Ortorektikler için, diyet planları son derece önemlidir. Dünyada sayısız beslenme uzmanı vardır ve her birinin verdiği bir diyet planı sağlıklı bir beslenme obsesyonuna yol açabilmektedir. Sağlıklı ve formda kalmak için yapılan sıkı bir diyet, olumsuz olarak malnütrisyonla sonuçlanabilmektedir. Diyet, çeşitlilik içermediği takdirde beden gerçekten çok kolaylıkla vitamin, mineral ve besin öğeleri yetersizliği yaşayabilmektedir. Birçok diyet, sağlığın sürekliliğini sağlamak ve/veya hastalığı önlemek amacıyla belirli veya tüm besin gruplarının alımını dışlamaktadır (Mathieu 2005).

Ortoreksiya nervoza yeme bozukluğunda klinik gözlemler henüz sayıca fazla olmamakla birlikte, ortorektik bireylerin anoreksiya tanılarına ek olarak “vücuda sadece yararlı besinlerin girmesi, gereksiz ve sağlıksız besinlerin vücuda alınmaması” düşüncesi taşıdıkları belirtilmektedir. Ortorektik bireyler; kilo kayıpları, amenore, kısıtlayıcı diyet uygulamaları açısından anoreksiya hastalarına benzemekle beraber, yiyecek seçimlerindeki kriteri kalori olarak almamakta, besinlerin “sağlıklı ya da sağlıksız” oluşuna dikkat etmektedirler. Ortorektik hastalar, sağlıklı beslenme gayretinin bir sonucu olarak kilo verdiklerini, aslında kilo ile bir uğraşlarının olmadığını belirtmektedirler (Bağcı Bosi ve ark. 2007).

Ortorektik bireyler için yiyeceklerin saf, katkısız ve işlenmemiş olması oldukça önemlidir. Bu yüzden ortorektikler, çoğu meyve ve sebze yiyecekleri tüketmeye gayret etmektedirler. Ortoreksiya tanısı konulan bireyler genellikle vejetaryen beslenmektedir. Zararlı maddeye duyulan korku sebebiyle tarımsal ilaçlar içermesi ve hazırlanış teknikleri sebebiyle bazı yiyecekleri diyetlerinden çıkarabilmekte ve en sonunda diyetlerinde sınırlı sayıda yiyecek grubuna yer vermektedirler. Ayrıca ortorektik bireyler, yanlış olduklarını düşündükleri belirli pişirme yöntemlerini de reddedebilmektedirler. Örneğin; alüminyum kaplar ortorektiklerin asla kullanamayacakları araç- gereçler arasında yer almaktadır (Kazkondur 2010).

1.4.2 Yeme Bozukluklarında Kullanılan Tanı Yöntemleri

Ortoreksiyalı olup olmama ile ilgili şüpheler henüz çok yeni ve tartışmalı bir durum olması dolayısıyla doktorların henüz tanı koyabilecekleri bir bozukluk olmadığı bildirilmekte ve birey Orto-15 testi uyguladıktan sonra yatkınlığı konusunda fikir geliştirilebilmektedir (Mathieu 2005).

Yeme bozukluklarının değerlendirilebilmesi için çeşitli testler bulunmaktadır. Bunlardan bazıları (Striegel ve Smolak 2001) :

- Yeme tutum testi (Eating attitudes test- EAT) (Garner D.M. ve Garfinkel P.E. 1979)
- Bulimia kognitif (bilişsel) bozukluk skalası (Bulimia cognitive distortions scale) (Schulman, Kinder, Powers, Prange ve Gleghorn 1986)
- Bulimik düşünceler ölçeği (Bulimic thoughts questionnarie) (Franco, Zuroff ve Rosenthal 1986)
- Yeme kişisel etkinlik ölçeği (Eating self-efficacy questionnarie) (Wilson, Rossiter, Kleifield ve Lindholm 1986)
- Mizes`in anorektik bilişsel sakalası (Mizes anorexics cognitions scale) (Mizes 1992)

1.4.3 Gebelik Fizyolojisi

Kadın vücudu, gebeliğe uyum sağlamak amacıyla, fertilizasyondan hemen sonra bazı önemli fizyolojik, anatomik ve biyokimyasal değişiklikler geçirir. Gebelik dışında ortaya çıkması durumunda, karşı düzenleyici mekanizmaları uyaran, ancak gebelikte ortaya çıkması durumunda ise fizyolojik kabul edilen bu değişiklikler, fetüs ve plasentanın başlattığı ve çoğu hormonal olan mekanizmalarla sağlanır. Gebelikte ortaya çıkan bu maternal fizyolojik değişiklikler uterus içinde gelişen fetüsün gereksinimlerini karşılamakla birlikte, gebenin doğum ve laktasyon dönemi için hazırlanmasını da sağlar (Erdem 2002).

Gebelikte kardiyovasküler sistemde bir takım değişiklikler olur. Gebeliğin ilerlemesine paralel olarak kalbin ekseni yukarı ve sola doğru değişir. Kalbin dakika vurum sayısı gebelik öncesine göre 10-15/dk artar. Genel olarak venöz dolaşım ve jugular venöz dolgunluk artar. Varis oluşumu artar. Kalpteki hiperdinamik değişimler gebelikte beraber başlar ve gebeliğin 28-32. haftalarında en yüksek değere ulaşır (Uludağ ve Çepni 2009).

Solunum sisteminde görülen değişiklikler, progesteron hormonunun etkisiyle bronşiyol kaslarda gevşeme ve solunum yolları mukozalarında konjesyon meydana gelmesidir. Bunun sonucunda bronşiyal sekresyon artar. Üst solunum yollarındaki konjesyon nedeniyle gebelerde burun kanamaları görülür. Gebelik süresince dakikadaki solunum sayısında artış görülür. Sürecin ilerlemesiyle tidal volüm, dakika ventilasyon volümü ve dakikada oksijen değişimi miktarı da artar (Uludağ ve Çepni 2009).

Üriner sistemde bu dönemde böbrek boyutları büyür ve böbrek kan akımı % 50-70 artar. Böbrek kaliksleri ve ureterlerde önce progesteronun kas gevşetici etkisi ve daha sonra büyüyen uterusun basısı sonucu hidronefroz ve hidroüreter gelişebilir (Uludağ ve Çepni 2009).

Gastrointestinal sistemde de birçok değişiklik meydana gelir. Diş etlerinde hipertrofi ve kanamalar görülür. Tükürük salgısı artar. Progesteronun etkisiyle tüm sindirim sistemi düz kaslarında gevşeme görülür. Özofagus kardiasfinkteri gevşemesi sonucu gastrik reflüler artar ve gebelerde mide yanmaları sık görülmeye başlar. Safra kesesi boşalma süresi uzar ve safra yollarında kısmi bir kolestaz görülür (Uludağ ve Çepni 2009).

Tiroid ve paratiroid fonksiyonda ortaya çıkan değişikliklerden gebelikte tiroid fonksiyonuna ait en önemli değişiklik, östrojen etkisiyle tiroksin bağlayan globülin seviyesindeki artıştır. Bu artışla total tiroksin, total triiyodotironin seviyelerinde artış ortaya çıkar. Tiroid bezi büyüklüğünde de glandüler hiperplazi ve vaskülarite artışına bağlı artma gözlenir (Erdem 2002).

Kalsiyum balansını düzenlemek için gebelikte ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler iyonize kalsiyum düzeylerinin düşmesini önler. Plazma kalsiyum düzeylerinde ortaya çıkan düşme paratiroid hormon seviyelerinin artmasına neden olur. Gebeliğin ilk trimesterinde parathormon düzeylerinde düşme gözlenirken, gebeliğin ilerleyen dönemlerinde yükselme ortaya çıkar (Erdem 2002).

Kas ve iskelet sistemindeki değişiklikler bazı gebelerde artan intraabdominal basıncın oluşturduğu gerilme nedeniyle rektus kaslarında ayrılmadır. Büyüyen uterusun öne doğru oluşturduğu ağırlık nedeniyle lordoz görülür. Boyunda öne doğru fleksiyon, omuzlarda düşme görülür. Hormonların etkisiyle bazı eklemlerde mobilite de artar (Erdem 2002).

Üreme organlarında gebeliğe bağlı görülen değişiklikler esas olarak uterusda görülür. Uterus volümü kapasitesi gebeliğin sonunda 500 ila 1.000 kat arasında artış gösterir. Doğum eylemi esnasında servikte dilatasyon ortaya çıkar. Gebeliğin başından itibaren kanlanmasındaki artışa bağlı olarak servikte yumuşama ve renk değişikliği oluşur. Overlerde gebeliğin korpus luteumu ve bunun oluşturduğu hormon yapımı görülür. Tuba uterinelerde ise hafif müksölar hipertrofi ve epitelde düzleşme gibi değişiklikler görülür (Erdem 2002).

1.4.4 Gebelikte Beslenme

Sağlıklı beslenme, hastalıklardan korunmanın ve sağlıklı yaşamın ön koşullarından biridir. DSÖ'nün "21. yüzyılda herkes için sağlık, 21 hedef" bildirgesinde; sağlıklı bir yaşamın ancak gıda güvencesi ve güvenliğinin sağlanması ile sürdürülebileceği belirtilerek, yeterli ve dengeli beslenmenin toplum sağlığı için önemi vurgulanmıştır (Taş ve ark. 2010).

Sağlıklı diyet bütün hayat boyunca özellikle de gebelikte çok önemlidir. Gebe kadınlar için sağlıklı beslenme önerileri birkaç istisna dışında gebe olmayan kadınların beslenme önerilerine çok benzer. Beslenme; yeterli ve dengeli bir diyete dayanır ki orta miktarda süt ve ürünlerini; yağsız et, balık, yumurta ve baklagiller gibi protein içeren yiyecekleri ve sınırlı miktarda yağ ve şekeri, sebze ve meyveyi içermesi gerekir. Gebelikte beslenme; normal seyretmiş ve komplike olmamış bir gebelik sürecini

ve termde gelişimini tamamlamış bir fetüs doğumunu, başarılı bir laktasyon dönemi ni ve azalmış bir postpartum obezite riskini amaçlamaktadır. Maternal diyet sadece fetüsün gelişimi ve laktasyon için gerekli gereksinimlerini değil annenin gereksinimlerini de karşılamalıdır (Coşkun ve Özdemir 2009).

Ülkemizde de vitamin ve mineral yetersizliği önemli bir halk sağlığı sorunudur. Özellikle okul öncesi çocukluk, ilkokul çağı çocukları, gençler, doğurganlık çağı kadınlar ve yaşlılar olmak üzere toplumun çoğunluğunda bu sorun gözlenmektedir (İrge ve ark. 2005). Ayrıca Türkiye'de doğurgan çağda kadınların ve çocukların nüfus içinde büyük yer tutması, bebek ve çocuk ölüm hızlarının hala önemsenecek düzeyde olması, her yaş grubu için beslenme eğitiminin yeterli düzeyde ve kalitede yapılamaması, ana çocuk sağlığını olumsuz etkileyen başlıca etmenlerdir (Haznedaroğlu 2001).

Ülkemizde gebelikte beslenme sorunlarının başlıca nedenleri; gebelikte artan ihtiyaçlara uygun olarak günlük beslenmeye ek yapılmaması, ekonomik yetersizlikler nedeniyle besin alımının azalması, gelenek ve göreneklerin etkisi nedeni ile yanlış besinlerin seçimi, yiyecek hazırlama ve saklamada yapılan yanlış uygulamalardır (Baysal 1988). Ek olarak gebelikte oluşan medikal problemlerde (hiperemesis gravidarum, ilaç kullanımı vb.) beslenme düzeyine etki etmektedir (Taş ve ark. 2010).

Gebelik döneminde beslenmeye verilen önem sadece bu dönemle sınırlı olmalıdır. Çünkü bir kadının gebe kalabilmesi, bu süreci sağlıklı bir şekilde tamamlayabilmesi, doğumdan sonra bebeğini emzirebilmesi için gebe kalmadan önce de sağlıklı ve dengeli beslenmelidir. Bir kadının sağlık ve beslenme durumu hem kişisel hem de ulusal düzeyde bir iyilik ve gelişmişlik göstergesidir. Çünkü kadının sağlığı ve beslenmesi ile ilgili sorunlar kendi sağlığı yanında çocukları aracılığı ile gelecek nesilleri de etkilemektedir (İrge ve ark. 2005).

1.4.4.1 Proteinler

Gebenin temel ihtiyaçlarına ilaveten fetüsün büyüme ve gelişimi, plasenta, uterus, meme ve maternal kan artışı için ilave protein gerekmektedir. Protein depolanması ve gereksinimi gebelik ilerledikçe artar. Birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü çeyreklerde günlük gereksinim 0.64, 1.84, 4.76 ve 6.10 g'dır. Gebelikte 12.5 kg alan ve 3.3 kg'lık bir bebek doğuran kadında depolanan protein miktarının yaklaşık 925-1000 gr olduğu tahmin edilir. Bu artışla göre günlük 6 gr'lık bir ek proteine ihtiyaç vardır (Coşkun ve Özdemir 2009).

1.4.4.2 Karbonhidratlar

Günde 320-380 gr karbonhidrata ihtiyaç vardır. Günlük kalorisinin % 60-65'ini oluşturur. Karbonhidrat gereksinimi genel olarak tahıllardan, sebze ve meyvelerden sağlanmalıdır. Günlük olarak 25-35 gr lifli gıdalara gereksinim vardır (Arısan 1997).

1.4.4.3 Mineraller

Gebelikte bazı vitamin ve minerallerde önemli değişiklikler meydana gelmektedir. Gebelikte serumda demir, total ve iyonize kalsiyum, magnezyum ve çinko düzeylerinde bir miktar azalma gözlenmektedir (Coşkun ve Özdemir 2009).

Gebelikte demir gereksinimi belirgin biçimde artar. Maternal eritrosit hacminin %20-30 artması eritropoez için kemik iliğinde 450 mg'lık ek bir ihtiyaç doğurmakta-

dır. Ayrıca bir 350 mg da plasenta üzerinden fetusa aktarılır. Doğumda da kanamayla birlikte 250 mg demir kaybedilmektedir (Yüzbir ve Sen 2001).

Fetusun karaciğeri özellikle gebeliğin son trimesterinde demir depolar (Taşkın 2003). Gebeliğin tümü için gereken bu ekstra 1000 mg demirin çoğu gebeliğin ileri dönemlerinde kullanılır. Bu da gebelik dışı dönemde gereken 1mg/gün'ün üstüne (ki bu normal demir dönüşümü için gereklidir ve gebelik süresince toplam 250 mg'ı bulur) 5-6 mg daha eklenmesini gerektirir. Gebelik dönemindeki demir ihtiyacını tek başına diyetle karşılamak mümkün olmadığından gebe kadınlara demir desteği verilmesi önerilmektedir (Yüzbir ve Sen 2001).

Organizmada demirden sonra en çok bulunan eser element çinkodur. Diyetle alınması gereken günlük çinko miktarı yetişkinler için, 10-15 mg'dır. Gebelik sırasında günlük ihtiyaç 20 mg'a kadar çıkmaktadır (Ülger ve Coşkun 2003).

Gebeliğin ilerlemesi ile annedeki kalsiyum miktarı düşerken, fetüsün kalsiyum düzeyleri ise gebeliğin 28. haftasından itibaren annedeki düzeylerin üzerine çıkmaktadır (Kaya 2006).

Gebelikte aşağıda belirtilen nedenlerden dolayı iyoda gereksinim artar (Tazegül ve Şimşek 2010).

- a) Tiroid hormon yapımı % 50 artar.
- b) Renal kan akımı artar, glomerüler filtrasyon hızı arttığı için iyot atılımı artar.
- c) Anneden plasental yolla fetusa iyot geçmesine bağlı olarak ihtiyaç artar.

Gebelikte annede ciddi iyot eksikliği varsa fetusta hipotiroksinemi ve fetal guatr meydana gelir. Beyin gelişiminin olduğu kritik dönemde hipotiroksinemi meydana gelirse, fetal beyin hasarı ve geriye dönüşümsüz nörolojik bozukluklar meydana gelebilir. Bu komplikasyonlardan en önemlileri endemik kretinizm ve zekâ geriliğidir. Ciddi iyot eksiliğinde IQ derecesi normale göre 13.5 puan daha azdır. Doğurgan yaşlardaki kadınların günlük ortalama iyot alımı 150 µg'dır. Gebelik esnasında ve emziren annelerde günlük iyot alımı 250 µg olmalıdır (Tazegül ve Şimşek 2010).

Magnezyum ihtiyacı yaşa ve yaşam tarzına göre değişmektedir. Erişkin bir kadın günde 300 mg, erişkin bir erkek ise günde 350 mg magnezyum almalıdır. Gebelik ve emzirme gibi özel durumlarda bu miktar 450-700 mg'ye kadar çıkabilir, aksi halde düşük veya erken doğum olabilir (Görmüş ve Ergene 2003).

1.4.4.4 Vitaminler

Gebelikte vitamin takviyesi obstetri uygulamasında standart hale gelmiştir. Fetüsün büyümesi ve gelişmesi, annenin aldığı esansiyel besinler ve vitaminlere bağlıdır. Bazı çalışmalar göstermiştir ki hamilelikte vitamin eksikliği megaloblasti, nöral tüp defektleri, plasenta ve fetüs defektleri, düşük doğum ağırlığı ve prematür doğum ile sonuçlanabilir. Fakat bu konular halen incelenmektedir. Çünkü maternal ve fetal iyilik halini desteklediği düşünülen bu takviye önerisi hakkında yapılan çalışmaların halen ciddi eksiklikleri vardır. Dahası, gebelikte artan vitamin gereksinimi uygun kalorili ve hayvansal protein içerikli diyetlerle bile tam olarak sağlanamayabilir (Erata ve Güçlü 2003).

Gebelik esnasında vitamin A, vitamin C, vitamin D, tiamin, riboflavin, piridoksin ve folat'a artan gereksinim vardır (Coşkun ve Özdemir 2009). A vitamininin başlıca fonksiyonları; epitel dokusunun normal farklılaşması, mukus sekresyonu, normal üreme için gerekli olan spermatogenezin desteklenmesi ve fetüsün rezorbsiyonunun engellenmesidir (Yavuzer 1993). Bu fonksiyonlarının yanı sıra antioksidan etki ile büyüme ve hücre proliferasyonundaki etkisi gebelikte giderek önem kazanmaktadır. Gebelik döneminde annenin beslenmesi, fetüsün büyüme ve gelişmesi üzerine etkisi olduğu gibi, doğum sonrası dönemde süt üretme yeteneğini de etkilemektedir (Kılınçer ve ark. 2002).

C vitamininin kollajen sentezinde rol aldığı, fetusun beyin gelişimini etkilediği ve antioksidan olduğu da bilinmektedir. Gebelikte C vitaminine olan ihtiyaç artmaktadır. Bu ihtiyacın karşılanamaması, C vitamininin görev aldığı birçok fonksiyonun aksamasına neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda, erken membran rüptürü ve gebelerin bulantı kusma şikayeti ile C vitamini düzeyi arasında negatif korelasyon olduğu bulunmuştur (Kılınçer ve ark. 2001). Gebelikte gereksinim duyulan bir diğer vitamin de vitamin D'dir. Vitamin D diyetten ve güneş ışığının deri üzerindeki etkisinden sağlanır. Bu nedenle vitamin D eksikliği yetersiz diyet ve kapalı ortamlarda yaşayan ya da yeterli güneş ışığı geçirmeyen kıyafetler veya güneşsiz iklimler sebebiyle olmaktadır. Gebelikte neonatal tetani, anormal diş gelişimi, fetal rikets ve postnatal riketik kemik değişikliklerine neden olabilmektedir (Erata ve Güçlü 2003).

Vitamin E'nin maternal gereksinimi gebelik sırasında fetal büyümeden dolayı artar, yaklaşık 37 hafta civarında en üst seviyeye çıkar ve doğumdan sonra gebelik öncesi seviyeye iner. Gebelerde vitamin E eksikliği ile düşük tehditi, erken membran rüptürü, intrauterin gelişme geriliği ve neonatal hemolitik anemi arasında ilişki olduğu belirtilmektedir (Kaya 2006). Vücut hücrelerinde enerji açığa çıkabilmesi içinde bazı vitaminler gereklidir. Bunlar tiamin (B1) ve riboflavin (B2)'dir. Tiamin gereksinimi enerji gereksinimine paralel olarak artar ve gebeliğin 3. trimesterinde daha fazladır (gebelik başlangıcında 0.1 mg olan gereksinim 3. trimesterde 0.9 mg'a çıkar). Ortalama riboflavin alımı da gebelik boyunca artarak 0.3 mg dan 1.4 mg'a yükselmektedir.

B6 vitamini ise; Hücrelerde pridoksal fosfat şeklinde bulunur ve aminoasit ve protein metabolizması ile ilgili birçok kimyasal reaksiyonlar için koenzim olarak görev yapar. En önemli rolü, aminoasitlerin sentezinde transaminasyon olayındaki koenzim görevidir. Daha çok hayvansal kaynaklı besinlerde bulunur (Kocabaşoğlu 2008).

B12 vitamini eritropoez ve lipid, protein, karbonhidrat metabolizması için gerekli olan bir koenzimdir. Karaciğerde sentezlenir ve ekstrensek faktör olarak isimlendirilir. Tüm hücrelerde etki göstermekle beraber kemik iliği, gastrointestinal sistem,

merkezi sinir sisteminde önemli rolü vardır. Kemik iliğinde DNA sentezinde kofaktör olarak görev yapmaktadır (Batkın 2011).

Eksikliği daha çok gebeliğin 1. trimesterinde ortaya çıkan vitaminlerden biri de folik asittir. Folik asit yardımcı enzimi nükleik asit yapımı ile ilgili tepkimelere girdiğinde hücre çoğalması ve kan hücrelerinin yapımı için gereklidir. Hücre bölünmesinin en hızlı olduğu bir dönem olan gebeliğin ilk trimesterinde folik asit eksikliğinin görülmesi konjenital anomalilerin açıklanmasına yardım etmektedir. Folik asit gereksinmesinin artmış olması megaloblastik anemi ve diğer eksiklik belirtilerinin oluşum nedenlerindedir. Metabolizma hızının arttığı hipertroidizm, gebelik, emzicilik ve büyüme-gelişme dönemlerinde folik asit gereksinmesi artar. Bu gibi durumlarda normal diyet yetersiz kalabileceği için gerekli ilaveler yapılması gerekmektedir (Demir 2008).

Folik asit eksikliği, diyetle alımının az olmasından kaynaklanabileceği gibi metabolizmadaki bir bozukluk veya besinlerin hazırlanması, pişirilmesi, saklanması aşamalarında uygulanan hatalı işlemlere de bağlı olabilmektedir. Folik asitin en yoğun olarak bulunduğu besinler karaciğer ve diğer organ etleri ile kuru baklagiller ve yeşil yapraklı sebzelerdir (Demir 2008).

1.4.5 Postpartum Dönemin Tanımı

Doğum eylemi sona erdikten, plasenta ve membranlar doğduktan sonra postpartum (puerperium, postnatal, lohusalık veya doğum sonu dönemi) baslar (Taşkın 2000). Postpartum, plasentanın doğumuyla başlayan ve gebelik sırasında kadın vücudunda oluşan değişikliklerin, gebelik öncesi fizyolojik ve psikolojik özelliklerine döndüğü 6-8 haftalık dönemdir (Vural ve Akan 1995, Phillips 1996, Eryılmaz 1999, Walker ve Wilging 2000, Arnold ve Cohen 2001, Köseli ve Akın 2001, Burroughs ve Leifer 2001, Toprak 2001, Balkaya 2002, Mucuk ve Güler 2002).

Postpartum genellikle 3 döneme ayrılır.

- Doğumdan hemen sonrası dönem; Doğum sonrası ilk 24 saati içine alır.
- Erken doğum sonrası dönem; Doğum sonrası ilk bir haftayı içine alır.
- Geç doğum sonrası dönem; Doğum sonrası 2. haftanın başlangıcıyla başlayıp 6 haftaya kadar süren ya da 3 ayı kapsayan bir dönemdir (Eryılmaz 1999).

Bu dönemde annenin organizması daha çok pelvik organlarda olmak üzere çeşitli ve hızlı fizyolojik değişikliklerin etkisi altındadır. Doğum sonrası ilk 24 saat içinde ve erken doğum sonrası dönemde çok hızlı ve potansiyel risk değişikliklerinin oluşumu söz konusudur. Geç doğum sonu dönemdeki değişiklikler ise, daha yavaş ve asama asamadır (Eryılmaz 1999, Coşkun ve Karanisoğlu 1997). Bu dönem, annede meydana gelen gerileyici (refrogressive) ve ilerleyici (progressive) değişikliklerle karakterizedir. Gerileyici değişiklikler uterus, vajina ve diğer genital organların ve sistemlerin gebelik öncesi durumlarını alma sürecidir. İlerleyici değişiklikler ise laktasyona hazırlanan göğüslerde meydana gelir (Phillips 1996, Toprak 2001, Mucuk ve Güler 2002). Bu hızlı fizyolojik değişikliklerin yanında ebeveynliğe geçişin yaşandığı, yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği zor bir dönemdir (Walker ve Wilging 2000, Mucuk ve Güler 2002).

1.4.6 Postpartum Dönemdeki Değişiklikler

Organ ve sistemlerdeki değişiklikler:

- 1) Uterus: Postapartum dönemin sonunda 50-80 gr ağırlığında olacak kadar küçülür. Endometrium normal üreme fonksiyonu için yeniden hazırlanır.
- 2) Vulva ve Vajina: Doğumdan sonra ilk bir hafta gevşek kalır. 3. haftadan sonra neredeyse gebelik öncesi hallerine dönerler.

- 3) Perine: 5. günden itibaren tonüsünün büyük bir kısmını geri kazanır ancak nullipar dönemindeki durumundan daha gevşektir.
- 4) Göğüsler: Süt salgısı başlar, genişler, sertleşir ve başlangıçta gergin olabilirler.
- 5) Üriner Sistem: Doğumu izleyen 24 saatte idrara çıkmak zor olur. Üreterler 4-6. Haftada normale döner. 2-5. günlerde idrar volümündeki artış postpartum dönemin özelliğidir.
- 6) Gastrointestinal Sistem: Barsak fonksiyonları 3-4 gün sonra normale döner.
- 7) Kardiovasküler Sistem: 5. haftadan sonra eritrosit sayısı ve hemoglobin seviyesi normale döner (Taşkın 2000).

Psikolojik değişiklikler

Uyku düzeninin bozulması, uykusuzluk, alışılmamış olaylar, bebeği, eşi ve diğer çocuklarıyla ilgili anksiyete, hafif depresyon (Taşkın 2000).

1.4.7 Postpartum Dönemdeki Kadınlarda Yaşam Kalitesi

Yeni anne olan bir kadın için postpartum dönem, yaşam kalitesini etkileyecek sosyal, duygusal ve fiziksel değişikliklerin olduğu bir süreçtir. Bu süreç birkaç hafta veya birkaç ay sürebilmektedir (Honey ve ark. 2003). Doğum sonrasında oluşabilen bazı komplikasyonlar (örneğin; anemi, inkontinans, puerperal sepsis, hemoraji) kadınların normal hayatlarına dönme süreçlerini uzatmakta ve günlük hayattaki işlerini yapmalarına engel olmaktadır. Bu durum kadınların yaşam alanlarını etkilemekte ve

yaşam kalitelerini azaltmaktadır. Sağlık önlemleri bu konuya odaklanmada yetersiz kaldığı ve de bu önlemler için gerekli çalışmalar yapılmadığı için konuya gereken önem verilememektedir (Hopkins 1992).

Doğum sonu dönem, aileye yeni bir üyenin katılmasından dolayı yeni bir düzenin kurulduğu dönemdir. Bebeğine, postpartum rahatsızlıklara, ailedeki yeni düzene ve vücudundaki değişikliklere uyum sağlamak zorunda olan anne için bu dönem oldukça zordur. Ancak ikinci günden sonra anne postpartum sürece uyum sağlamaya başlar. İlgisi bebeğe yönelir, endişeleri bebeğiyle ilgilidir (Taşkın 2000).

Doğum normal fizyolojik bir süreç olarak ele alınmasına rağmen, ailenin bütün üyelerini etkileyen yeni stresli durumları da beraberinde getirebilmektedir. Bu açıdan bakıldığında postpartum dönem, aile ünitesinde yer alan tüm bireyler için bir değişim ve bu değişimlere uyum yapma dönemi olarak düşünülmektedir (Gölbaşı 2003, Shewen ve ark. 1995).

Doğum sonu dönemin psikolojik sonuçları eğer ailede iletişim iyi ise pozitifdir. Aile bağı güçlenir. Ancak bu dönemde değişen etkileşim, stres kaynağı olabilir. Çünkü eşler arasındaki ilişkinin eski düzeni bozulmuştur (Taşkın 2000).

Diğer taraftan birçok çalışma, postpartum dönemde annelerin sıklıkla halsizlik, çarpıntı, bayılma, alt karın bölgesinde ağrı, vajinal kanama, yüksek ateş, emzireme, sütün gelmemesi, idrar yapamama, idrar yaparken yanma, loşia olmaması veya kötü kokulu loşia, konstipasyon, makatta ağrı, zonklama, memede ağrı, kızarıklık, bel ağrısı veya simfiz pubisde özellikle merdiven çıkarken artan ağrı, insizyon yerine şişlik, kızarıklık, akıntı, içe kapanma, sık sık ağlama krizleri geçirme, depresyon gibi sorunlar yaşadıklarını ortaya koymaktadır (Brodsky 1998, Brown ve Johnson 1998, Cengiz 2003, Vural ve Akan 1995, Williams ve Cooper 1993).

1.4.8 Postpartum Dönemde Beslenme

Lohusalıkta yeterli ve dengeli beslenme son derece önemlidir. Doğum eyleminde kaybedilen kan ve enerjiyi yerine koymak, iyi bir doku onarımı sağlamak ve rutin besin gereksinimini karşılamanın yanı sıra süt yapımı içinde iyi beslenmek gereklidir (Coşkun 1992, Altuntuğ 2002).

Kadının beslenme durumu fizyolojik olaylarla birlikte sosyo-ekonomik ve psikolojik durumuna bağlıdır. Bu faktörler göz önüne alınarak beslenme konusunda gerekli eğitim ve açıklamalar anneye verilmeli ve uygulaması sağlanmalıdır (Güler 1987).

Doğumdan sonra ilk birkaç hafta içinde uterusun normal ölçülerine dönmesi, doku arasındaki sıvının çekilmesi ve anne kan volümünün normale dönmesi ile hızlı kilo kaybı meydana gelir. Emzirme annenin kilo kaybını etkiler. Bu dönemden sonra annenin kilosu daha stabil hale geçer. En az 6 ay süre ile emziren annelerin kilo kaybı emzirmeyenlere göre daha fazladır (Batkın 2011, Altuntuğ 2002)

Laktasyon sırasında diyetin yeterli ve dengeli olması, gebelikteki kadar önemlidir (Taşkın 2000, Altuntuğ 2002). Doğum sonu dönemde sütün yeterli miktarda salgılanması için annenin kalorisi yüksek bir diyetle beslenmesi ve bol sıvı alması gerekir. Lohusa ilk günlerde hafif beslenmeli, bol sulu gıdalar almalıdır. Emzikli anneler 2500-3000 ml sıvı almalıdır. Bunun nedeni sütün devamlılığını sağlamak ve kabızlığı önlemektir (Altuntuğ 2002, Novak ve Broom 1999).

Emziren annelerin günlük kalori ihtiyacı gebelikteki ihtiyaçtan 200 kalori fazla yani 2500-2700 kalori olmalıdır. Protein anneler için yeterli miktarda alınması gereken önemli bir besin maddesidir. İlk 6 ayda günlük ortalama 65 gr. protein alınması önerilmektedir. Kalsiyum, süt üretimi için gereklidir ve alınması gereken miktar gebelik dönemindeki miktar (1200 mg/gün) ile aynıdır (Altuntuğ 2002).

Beslenmede günlük menüye ek olarak 1 porsiyon et, daha fazla su veya sulu gıda, 2 tane meyve (örnek: elma, muz) ya da 2 tabak sebze yemeği, 3 dilim ekmek

(kepekli) ya da 1 tabak makarna veya 1 tabak pilav, 1 bardak süt ilavesi yapılmalıdır. Oruç tutmak gün boyunca yeterli besin ve sıvı alınımını engellediği için sağlıklı değildir. Eski vücut ağırlığına dönmek için acele edilmemelidir. Bu süre 6 ay ya da daha fazla sürebilir. Anne bebeğini emziriyorsa, eski formuna daha kolay dönebilir. Bu dönemde zayıflama diyeti uygulanmamalıdır. Kadın gebelikte çok kilo aldıysa bile ayda 2 kg'dan fazla vermemelidir. Unlu ve Şekerli besinlerin aşırı yenmemesine dikkat edilmelidir. Karnı sarmanın yararı ve zararı yoktur. Lohusa kendini iyi hissettiğinde beden egzersizlerine baŐlamalıdır. Demir haplarına doğumdan sonra da devam edilmelidir (2-3 ay kadar). Bu Şekilde gebelik süresince ve doğumda kan kaybı nedeniyle kadının azalan demir depoları takviye edilir (İstanbul Tıp Fakültesi Kadın ve ocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi 2000). Birçok kadın fetal sağlığı yükseltmek için, gebelik süresince sigarayı bırakmaktadır. Doğum sonrası yeniden sigaraya başlama, ilk 6 aylık postpartumda %43 ile %65, 12. ayda ise %70 veya daha yüksektir (Walker ve Wilging 2000).

Kadının beslenme durumu fizyolojik olaylar ile birlikte sosyo-ekonomik ve psikolojik durumuna da bağlıdır. Bu faktörler göz önünde bulundurularak anneye beslenme konusunda gerekli bilgi ve açıklamalar verilmeli ve uygulanması sağlanmalıdır.

Tablo 1.1 Normal Ağırlıkta, Normal Faaliyette Anneler İçin Günlük Besin Tür ve Miktarları

Besin Grupları	Normal	Doğum Sonu Dönemdeki Anneler için Ek
Et, kurubaklagil, yumurta (her çeşit et, tavuk, balık, fasulye, nohut, mercimek, börülce vb.)	2 porsiyon (2 yumurta 1 porsiyon, 1 et veya kurubaklagil yemeği veya 2 etli sebze yemeği 1 porsiyondur.	1 porsiyon Her hangi birinden
Taze sebze ve meyveler	4-5 porsiyon. Mümkünse 1 porsiyonu yeşil yapraklı sebzelerden, 1 porsiyonu turunçgillerden veya domatesten.	1-2 porsiyon
Süt ve Süt Ürünleri (süt, yoğurt, peynir)	1-2 porsiyon.(1 su bardağı süt veya yoğurt 1 porsiyondur. 2 kibrit kutusu kadar peynir veya çökelek 1 porsiyondur.)	1 porsiyon
Tahıllar: ekmek, pirinç, bulgur, börek, tatlı	3-6 dilim Hiç veya 1 porsiyon	1-2 dilim 1 porsiyon

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1 Araştırma Modeli

Bu araştırma, kesitsel tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır. Araştırmanın amacı, doğum yapan ve doğum sonrası dönemde (lohusalık) olan 18-49 yaş arasındaki kadınların beslenme bozukluklarının durumlarını belirlemek planlanmıştır.

2.2 Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın çalışma evrenini, Ankara ili (Türkiye) merkez sınırları içerisinde yer alan Ortadoğu Hastanesinde doğum yapan ve lohusalık döneminde olan 18-49 yaş arasındaki kadınlar oluşturacaktır. Araştırmada özel bir örnekleme yöntemi kullanılmamıştır. Araştırma, gelişmiş güzel örneklem seçilerek yürütülmüştür. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde (15.10.2017-01.12.2017) toplam 143 tane doğum gerçekleşmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden 116 kadından anketleri eksiksiz doldurulmuş olarak teslim alınmıştır. Kadınların çalışmaya katılımı %81 oranındadır.

Araştırma grubunu ise teknik, maddi ve ulaşılabilirlik sınırları içinde Ankara ili (Türkiye) merkez sınırları içerisinde yer alan Ortadoğu Hastanesine 15.10.2017-01.12.2017 tarihleri arasında başvurmuş 18-49 yaş aralığında olup doğum sonrası (lohusalık) dönemde olan tüm kadınlar alınmıştır.

2.3 Veri Toplama Tekniği

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Veri toplama aracının geliştirilmesi aşamasından önce, araştırmanın temellendirilmesi ve belirlenen amaçlara ulaşabilmesi için konuyla ilgili İngilizce ve Türkçe literatürler (tez, makale, bildiri, kitap, bilimsel araştırma vb.) incelenmiştir. Literatür taramalarından elde edilen bilgiler yardımıyla veri toplama aracının kavramsal yapısı ve ana erevesi belirlenmiştir.

Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara yönelik anket formu dört bölümden oluşmuştur. Bunlar; kadınların, kişisel bilgilerini “demografik bilgiler formu” ile ortoreksiya nervoza olup olmadıklarının bilgileri “ORTO-15 testi ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)” ile, anoreksiya ve bulimiya nervoza teşhisi bilgileri ise “Yeme Tutumu Testi (YTT-40)” kullanılarak veriler toplanacaktır. Bireylere anketin nasıl doldurulacağı hakkında öncelikle bilgi verilmiştir.

2.3.1 Demografik Bilgi Formu

Araştırmaya katılan bireylerin kişisel bilgi formunda genel bilgiler (cinsiyet, yaş, boy, ağırlık, kaldığı yer, sosyal ve ekonomik durumu, spor yapma, sağlık durumu ve beslenme alışkanlıkları) ve beden kitle indeksi görsel grafiğinde kendini hangi resimde gördüğü sorusu yer almaktadır (Tamer İ.).

2.3.2 Yeme Tutumu Testi (YTT-40)

Asıl formu İngilizce olan Yeme Tutum Testi, 1979’da Garner ve Garfinkel tarafından anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza belirtilerini objektif olarak ölçen bir kendini değerlendirme ölçeği olarak geliştirilmiştir. Klinik değerlendirmede daha ayrıntılı bilgi sağladığı gibi tedavi sonucu ortaya çıkan değişiklikleri de belirlemektedir (Garner ve Garfinkel 1979). Diğer yandan ölçek, hastalık için yüksek risk grubunu oluşturan topluluklarda önceden tanı konmamış anoreksiya nervoza olgularını araştırmak amacıyla bir tarama aracı olarak da kullanılmaktadır (Keskingöz 2002).

Kağıt kalem testi olan Yeme Tutumu Testi, genç ve yetişkinlere uygulanan ve zaman kısıtlaması olmayan 40 maddelik 6’lı çoktan seçmeli dereceli bir ölçektir. Maddeler; “daima”, “çok sık”, “sık sık”, “bazen”, “nadiren” ve “hiçbir zaman” seçeneklerinden oluşan 6 noktalı çoktan seçmeli dereceli bir ölçek şeklini ikinci düzenlenmesinde almıştır (Keskingöz 2002). Patoloji açısından her bir uç yanıt için 3, diğer seçenekler için 2 ve 1 puan verilerek değerlendirilmektedir. Derecelendirmenin puanlanmasıyla toplam puan elde edilir. 30 puan ve üzeri anlamlı olup toplam puan düzeyi psikopatoloji düzeyiyle doğrudan ilişkilidir. Anoreksi tanısı için ayırım puanı 30 olarak belirlenmiştir, testten en fazla 120 puan alınabilmektedir. Yeme Tutumu Testi, risk profillerinde; toplam puanı 21`den düşük ise düşük risk, 21-30 arasında ise orta risk, 30`dan yüksek ise yüksek risk olarak belirlenmiştir (Öner 1997).

Yeme Tutum Testi pek çok çalışmada, yeme bozuklukları olan hastaların, yemek yemekle ilgili davranış ve tutumları ile normal bireylerdeki yeme davranışında olası bozuklukların belirtilerini ölçmek üzere yapılandırılmıştır (Lane ve ark. 2004).

Ölçek, ülkemizde ilk defa Doğan (1985) tarafından 11 anorektik ve 11 normal denekte denenmiş, ancak psikometrik özellikleri araştırılmamıştır. Ölçeğin faktör yapısı ve güvenilirlik çalışması daha sonra Savaşır ve Erol (1989) tarafından incelenmiş ve yapılan faktör analizi sonucunda 4 faktör bulunmuştur. Bunlar; “şişmanlık kaygısı şişmanlıkla uğraş”, “diyet- rejim”, “sosyal baskı ve zayıflıkla aşırı uğraş”

faktörleridir. Elal ve arkadaşlarının (2000) üniversite öğrencileriyle yaptıkları çalışmada ise ölçeğin faktör yapısı yeniden incelenmiştir. Bu çalışmada, “diyet”, “bulimiyaya ve yiyeceklerle uğraşma”, “oral kontrol”, “yiyeceklerle ilgili ambivalans” olmak üzere 4 faktör bulunmuştur (Kazkondur 2010).

Ölçeğin ilk geliştirilmesi sürecinde ilk çalışmada klinik yayınların taranması sonucu anorektik davranış ve tutumları yansıtan 35 madde geliştirilmiştir. Maddeler “çok sık, sık sık, bazen, nadiren ve hiçbir zaman” değerlendirmelerini içeren 5’li çoktan seçmeli ölçekte işaretlenmektedir. En uç yanıtlar 2, daha az uç yanıtlar 1 olarak puanlanırken, anorektik olmayan yanıtlar puanlanmamıştır. İkinci uygulamada ise, 23 madde dışındaki maddeler çıkartılmış; bir bölümü yeniden yazılmış ve yeni maddeler eklenmiştir. Grup farklılığını artırmak için her maddeye daima seçeneği eklenmiştir. Böylece 6’lı çoktan seçmeli likert tipi bir ölçek elde edilmiştir (Batur ve ark. 2003).

Batur (2004) tarafından yapılan çalışmada ise ölçeğin psikometrik özellikleri incelenmiştir. Yeme Tutum Testi için kızlarda yapılan faktör analizinde maddeler 4 faktöre yüklenmiştir. Bunlar; “diyet”, “kontrol ve sosyal baskı”, “ince olma” ve “yeme ile ilgili çelişkiler” faktörleridir. Yeme Tutum Testi’nin erkek lise ve üniversite öğrencileri üzerinde yapılan faktör analizinde de 4 faktöre yüklendiği görülmüştür. Bunlar, kızlarda yapılan faktör analizine benzer olarak “diyet” ve “kontrol ve baskı”, farklı olarak da “yeme ile ilgili sıkıntı” ve “yemeden hoşlanma” faktörleridir. Yeme Tutum Testi, yeme bozukluklarını tarama amacıyla yaygın olarak kullanılan, Türkçe’ye çevrilmiş ve psikometrik incelemeleri yapılmış geçerli ve güvenilir bir ölçektir (Kazkondur 2010).

Asıl formun Kuder Richardson güvenilirliği, Cronbach alfa değeri 0.79, yapı geçerliği ise 0.87 düzeyindedir. Türkçe formun test tekrar test güvenilirliği 0.65, Kuder Richardson güvenilirliği ise 0.70 alfa değeridir. Bu sonuçlar, iç tutarlığın kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermektedir (Kazkondur 2010).

Yeme tutum testi, AN'li hastaların yemek yemeyle ilgili davranış ve tutumları olduğu kadar normal bireylerde var olan yeme davranışındaki olası bozuklukları ölçmektedir (5). Ölçüt bağımlı geçerliliği, Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi ortalama puanları ile Yeme Tutum Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlara bakılmıştır ve bunlar, obsesiflik boyutunda 0.32, temizlik boyutunda 0.18, kontrol 0.16 ve kararsızlık boyutunda 0.10 olarak belirlenmiştir (Arusoğlu 2006).

Araştırma grubunun, yeme tutum testinde verdiği cevaplar Simurg psikiyatri-psikoterapi internet sayfasında tek tek girilerek puanlama yapılmıştır (Simurg Psikiyatri-Psikoterapi).

2.3.3 Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri (MOKSL)

Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL), Hodgson ve Rachman (1977) tarafından geliştirilen ve 30 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme aracıdır. Doğru-yanlış biçiminde yanıtlanan bu ölçek, obsesif kompulsif belirtilerin tümünü araştırmak ve obsesif hastaları diğer nevrotik hastalardan ayırt edebilmek amacıyla geliştirilmiştir. Klinik değerlendirmede daha ayrıntılı bilgi sağlması yanında, sağaltım sonucu ortaya çıkan değişiklikleri de belirlemektedir (Kazkondu 2010).

MOKSL'nin Türk toplumu için adaptasyon ve standardizasyon, iç tutarlılık, test tekrar test, güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Erol ve Savaşır (1988) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin kontrol etme, temizlik, yavaşlık ve kararsızlık olmak üzere 4 skaldan oluştuğu, ayrıca ruminasyon olarak isimlendirilen beşinci bir bileşen daha olduğu, analizler sonunda 5 alt ölçek ve 5 puan elde edildiği bildirilmiştir. Türk toplumu için yapılan uyarılama çalışmasında da, eksikliği belirtilen obsesif düşünce boyutuna MMPI testinden 7 madde eklenerek soru listesi 37 maddeye çıkarılmıştır. Sonuçlar, ölçeğin ülkemizde güvenilir biçimde kullanılabileceğini göstermiştir. Ancak, Türk örnekleminde erkek, kadın ve genel gruptan 3 faktör elde edilmiş, Türk skalası-

nın 4 yerine 3 alt ölçekten oluşmasının daha uygun olacağı belirlenmiştir. Bunlar “temizlik-titizlik”, “obsesif düşünce”, “kontrol etme” ve “yavaşlık” faktörleridir. Bu faktörler için alfa katsayıları sırasıyla 0.61, 0.66 ve 0.65`tir (Kazkondu 2010).

Değerlendirme, 11. madde dışındaki diğer maddelerde yanıtlayanın işaretlediği her “doğru” seçeneğine 1 puan verilerek yapılır. Toplanan puanlar, her bir maddeden elde edilen sayısal değerlerle belirlenir. En yüksek değerler toplam obsesyon puanı için 37, kontrol etme için 9, temizlik için 11, yavaşlık 7, kuşku için 7` , dir (Kazkondu 2010).

Ölçekteki maddelerin gruplandırılması şu şekildedir;

- Kontrol etme ile ilgili maddeler: 2, 6, 8, 14, 15, 20, 22, 26, 28
- Temizlik ile ilgili maddeler: 1, 4, 5, 9, 13, 17, 19, 21, 24, 26, 27
- Yavaşlık ile ilgili maddeler: 2, 4, 8, 16, 23, 25, 29
- Kuşku ile ilgili maddeler: 3, 7, 10, 11, 12, 18, 30

Araştırma grubunun, MOKSL`de verdiği cevaplar Simurg psikiyatri-psikoterapi internet sayfasında tek tek girilerek puanlama yapılmıştır (Simurg Psikiyatri-Psikoterapi). Test puanlamasında; 0-12 puan arası psikiyatrik muayene ile obsesif kompulsif bozukluk saptanma olasılığı düşük, 13-17 puan arası psikiyatrik muayene ile obsesif kompulsif bozukluk tanısı konma olasılığı var, 18 ve üzeri puan psikiyatrik muayene ile obsesif kompulsif bozukluk saptanma olasılığı yüksek olarak değerlendirildi (Simurg Psikiyatri-Psikoterapi).

2.3.4 ORTO-15 Ölçeği

ORTO-15 ölçeği, Steven Bratman tarafından bireylerde ortoreksiya nervoza belirtilerini saptamak amacıyla geliştirilmiş 10 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeği olarak hazırlanmıştır. Donini`nin ORTO-15 ölçeği, Bratman`in 10 soru-

luk ortoreksiya kısa soru kağıdı baz alınarak geliştirilmiştir. Bratman`in bazı soruları çıkarılıp yerlerine farklı sorular eklenmiştir. Son haliyle ORTO-15 ölçeği, Donini tarafından Bratman`in kısa soru kağıdı uyarlanarak ilk olarak İtalya`da Latinler için geliştirilmiş ve ortoreksiya nervoza eğilimini değerlendirmek için düzenlenmiş 15 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir (Kazkondu 2010).

Maddeler şimdiki zamanda, 4 dereceli formatta cevaplanacak biçimde yazılmıştır. “Çok sık” maddesi kapsam dâhiline alınmamıştır. Maddelerden 2, 5, 8 ve 9. maddeler (3, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 15 maddelerinin) tersine puanlanmaktadır. Ölçeğin kritik maddeleri 3, 5, 6, 7, 11, 13 ve 15`tir. Ölçekte, bireylerin kendilerini ne sıklıkla maddelerde tarif edildiği şekilde hissettiklerini “her zaman”, “sık sık”, “bazen” ve “hiçbir zaman” seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtmeleri istenmektedir. Her madde en çok 1, 2, 3 ve 4 puanlarından biriyle derecelendirilmektedir. Maddelere ilişkin puanlama Çizelge 4.3.4.1`de belirtilmektedir. Maddeler, bireylerin seçme, satın alma, hazırlama ve kendilerinin sağlıklı olarak nitelendirdikleri besinleri tüketme konularındaki obsesif davranışlarını araştırmaktadır (Donini ve ark. 2004).

Bratman`in testinden bazı maddeler (1, 3, 7, 8, 9, 10) sözel açıdan değiştirilerek alınmıştır. Kendini çok hissettiren bazı maddeler, daha net yanıt alabilmek açısından Donini ve arkadaşları tarafından değiştirilerek, ölçek orijinal kullanılabilirlik halini almıştır (Donini ve ark. 2004).

Örneğin; Bratman testindeki 10. madde “Doğru beslendiğinizde tamamıyla kontrolde olduğunuzu mu hissedersiniz?” sorusu, olumlu cevabın verilmesini veya tam tersine olumsuz bir cevabı çağırıştırabilmektedir. Donini`nin bu soru üzerinde yaptığı değişiklik, “Sağlıksız olduğunuzu düşündüğünüz besinleri yediğiniz olur mu?” şeklindedir. Çünkü bu yolla daha az katı olan bu davranışa verilen yanıt “her zaman”dan “hiçbir zaman” a kadar değişebilmektedir (Donini ve ark. 2004).

Türkiye`de Arusoğlu ve arkadaşları (2008) tarafından ORTO-15 testinin faktör ve iç tutarlılık analizi yapılmış olup yapılan faktör analizi sonucunda testin öz değeri 1.0 üstünde 3 faktör olarak belirlenmiştir. Maddelerin faktör yüklerinin -0.44 ile 0.69

arasında değiştiği belirlenmiştir. Birinci faktöre yüklenen maddelerin genellikle sağlıklı beslenme ile ilgili endişeleri ve duyguları içerdiği, ikinci faktöre besin seçimi ile ilgili davranışları içeren maddelerin yüklendiği, üçüncü faktörü ise beslenme ile ilgili bilişleri içeren maddelerin oluşturduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle faktörlere sırasıyla duygu, davranış ve biliş adları verişmiştir. Faktörlerin iç tutarlılık katsayıları da sırasıyla 0.14, 0.44 ve 0.18 olarak bulunmuştur (Arusoğlu 2006).

Uygulama yapılan bireylerin hem duygusal hem de rasyonel açıdan derecelendirmeleri yapılmak istenmiştir. Bu nedenle bazı maddeler “kognitif-rasyonel alanı” (1, 5, 6, 11, 12, 14), bir bölümü “klinik alanı” (3, 7, 8, 9,15), diğer kısmı da “duygusal alanı” (2, 4, 10, 13) incelemektedir (Kazkondur 2010).

Ortoreksiya için ayırt edici kriter olan cevaplara “1”, normal yeme davranışı eğilimi gösteren cevaplara “4” puanı verilmiştir. Ölçekten en az 15, en fazla 60 puan alınabilmektedir. Sağlıklı yeme davranışında olanlar (ortorektikler) anlaşıldığı üzere bu ölçekten daha düşük puan almaktadırlar (Kazkondur 2010).

Yaptıkları geçerlilik çalışmalarında Donini ve arkadaşları (2005) farklı kesme noktaları denemişler ve kesme noktası 40 puan alındığında, ölçeğin yordama kapasitesinin yüksek olduğunu ve ortorektik eğilimi olanları ayırt edebildiğini göstermişlerdir (Arusoğlu ve ark. 2008). ORTO-15 testi sonuçlarında 0-40 puan arası ortorektik eğilimde olan bireyler, 41 ve üzeri puan alanlar ise normal yeme alışkanlığı olan bireyler olarak değerlendirildi.

Tablo 2.1 Ortoreksiya Nervoza Testi Yanıt Puanlaması

MADDELER	YANITLAR			
	Her Zaman	Sık Sık	Bazen	Hiçbir Zaman
2-5-8-9	4	3	2	1
3-4-6-7-10-11-12-14-15	1	2	3	4
1-13	2	4	3	1

2.4 Anket Uygulamasının Standardizasyonu

Veri toplama aracı, Ankara ili (Türkiye) merkez sınırları içerisinde yer alan Ortadoğu Hastanesinde doğum yapan ve lohusalık döneminde olan 18-49 yaş arasındaki araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 116 kadına araştırmacı tarafından yüz yüze görüşmeler yoluyla 15.10.2017/ 01.12.2017 tarihleri arasında uygulanmıştır.

Çalışma için Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığından 12.12.2017 tarihinde 24/02 karar numarası ile onay alınmıştır.

2.5 Verilerin Değerlendirilmesi

Anket formundan elde edilen veriler, SPSS (The Statistical Package for The Social Sciences) 16.0 programında değerlendirilmiştir. Nicel veriler aritmetik ortalama (\bar{X}), standart sapma (SS) hesaplanarak değerlendirilmiştir. Bağımsız gruplarda parametrik koşulları sağlayıp sağlamamasına göre ortalamalar arası fark ve anlamlılığa bakılmıştır (t testi). İki'den fazla bağımsız grupta ortalamalar arasındaki fark, verilerin normal dağılıp dağılmamasına göre varyans analiziyle (One Way Anova testi) değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenlerde (sayı ve yüzde) gruplar arası farklılık ki kare testiyle değerlendirilmiştir. Değişkenler arası korelasyonların incelenmesinde "Pearson Korelasyon Katsayısı" kullanılmıştır. İstatistiksel önemlilik $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma bulguları ve bulgulara dayalı olarak yapılan yorumlar yer almaktadır. Araştırmadan elde edilen bulgular ve tartışma, araştırmanın alt problemleri doğrultusunda aşağıda verilmiştir. Okuyucuya kolaylık sağlaması ve bütünlük oluşturması amacıyla araştırmaya katılan kadınların demografik özellikleri; yeme tutumları, Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) ve Ortoreksiya Nevroza durumları ile ilişkili değişkenler açısından ayrı gruplanmış ve yorumlanmıştır.

3.1 Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırma grubunun yaş ortalaması 29.3 ± 5.30 'du (Minimum:20 Maximum:42). %61.2'si (n:71) 25-34 yaş grubundaydı (Şekil 3.1) (Tablo 3.1).



Şekil 3.1 Araştırma grubunun yaş gruplarına göre dağılımı

Araştırma grubunun %44.8'i (n:52) çalışıyordu. Eğitim durumuna bakıldığında %10.3'ü (n:12) 8 yıl altı, %44.8'i (n:52) 8-11 yıl arası, %44.8'i (n:52) 12 yıl üzeri okumuştur (Tablo 3.1.1). Araştırma grubunun eş durumuna bakıldığında ise %98.3'ü (n:114) çalışıyordu. %9.5'u (n:11) 8 yıl altı, %34.5'i (n:40) 8-11 yıl arası, %56'sı (n:65) 12 yıl ve üzeri okumuştur (Tablo 3.1).

Araştırma grubunun %32.8'inin (n:38) ekonomik durumu iyi, %57.8'inin (n:67) orta, %9.5'inin (n:11) kötüydü (Tablo 3.1).

Tablo 3.1 Araştırma grubunun sosyo-demografik bilgileri

	Toplam	
	n	%
YAŞ		
18-24 yaş	25	21.6
25-34 yaş	71	61.2
35-44 yaş	20	17.2
45 ve üzeri	-	-
MESLEK		
Çalışıyor	52	44.8
Çalışmıyor	64	55.2
EĞİTİM DURUMU		
8 yıl altı	12	10.3
8-11 yıl arası	52	44.8
12 yıl ve üzeri	52	44.8
EŞ MESLEK		
Çalışıyor	114	98.3
Çalışmıyor	2	1.7
EŞ EĞİTİM DURUMU		
8 yıl altı	11	9.5
8-11 yıl arası	40	34.5
12 yıl ve üzeri	65	56
EKONOMİK DURUM		
İyi	38	32.8
Orta	67	57.8
Kötü	11	9.5
Toplam	116	100

3.2 Araştırma Grubunun Beslenme Durumu ve Beslenme Özellikleri

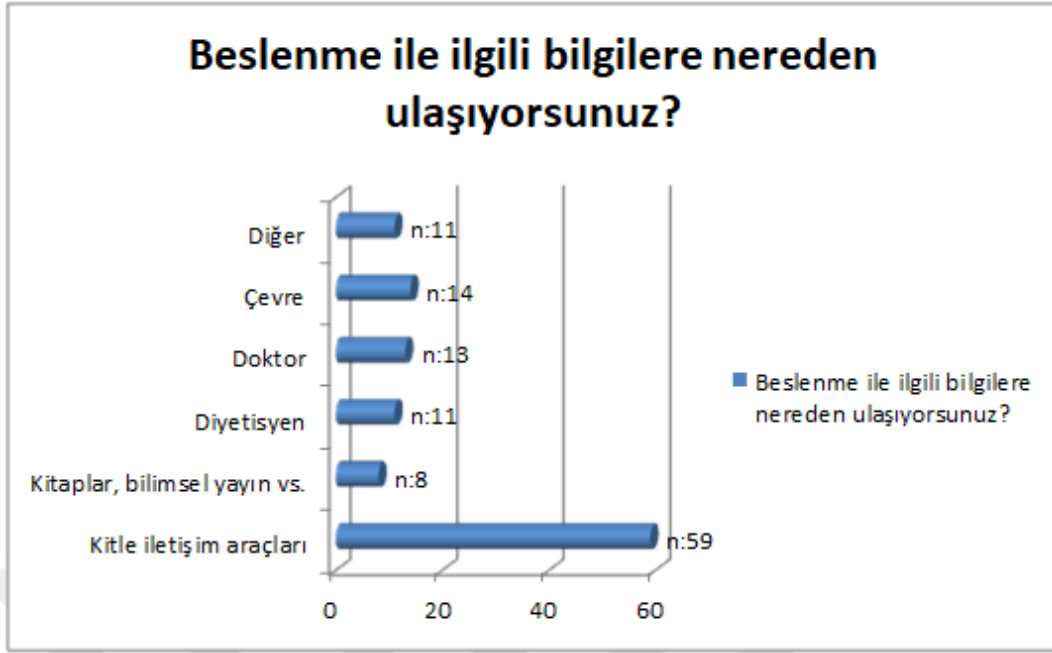
Araştırma grubunun beden kitle indeksi ortalaması 25.67 ± 4.21 kg/m², boy uzunluğu ortalaması 163.11 ± 6.14 cm, kilo ortalaması 68.76 ± 1.26 kg, olmak istediği kilo ortalaması 58.25 ± 6.63 kg'dır (Tablo 3.2).

Tablo 3.2 Araştırma grubunun yaş, beden kitle indeksi, boy, kilo, olmak istediği kilo değerleri

	Minimum	Maximum	Medyan	X [*] ±SS ^{**}
Araştırma grubunun beden kitle indeksi (kg/m ²)	15.5	38.9	25.35	25.67±4.21
Araştırma grubunun boy uzunluğu (cm)	148	180	164	163.11±6.14
Araştırma grubunun kilosu (kg)	41	120	68.2	68.76±1.26
Araştırma grubunun olmak istediği kilo (kg)	46	80	58	58.25±6.63

*X=Ortalama **SS=Standart sapma

Araştırma grubuna “Beslenme ile ilgili bilgilere nereden ulaşıyorsunuz?” diye sorulduğunda %50.9’u (n:59) kitle iletişim araçları (gazete, dergi, televizyon, internet), %6.9’u (n:8) kitaplar, bilimsel yayın vs. %9.5’i (n:11) diyetisyen, %11.2’si (n:13) doktor, %12.1’i (n:14) çevre, %9.5’i (n:11) diğer cevabını verdi (Şekil 3.2).



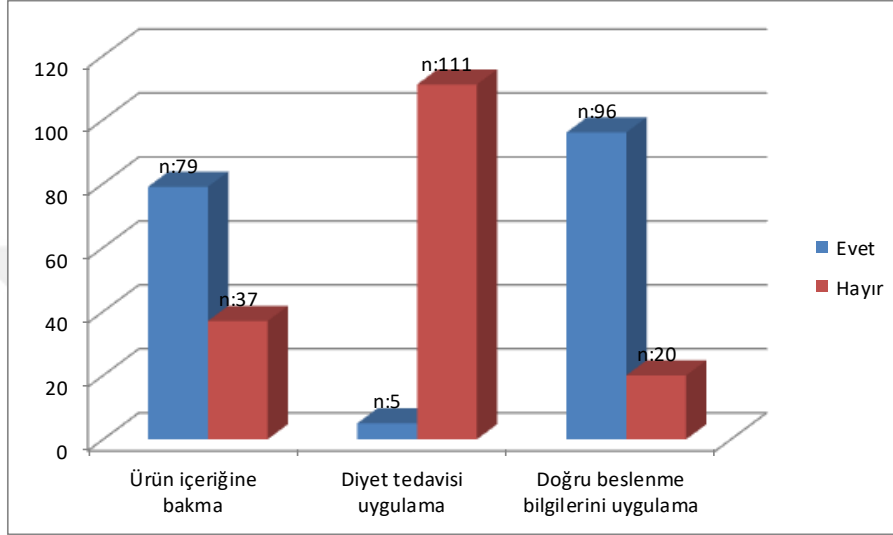
Şekil 3.2 Araştırma grubunun beslenme bilgilerine ulaşımı

Araştırma grubunun %81'i (n:94) düzenli kahvaltı yapıyor, %64.7'si (n:75) öğün atlıyordu. Hangi öğünü atladığını sorduğumuzda %16'sı (n:12) kahvaltı, %41.3'ü (n:31) öğle yemeği, %4'ü (n:3) akşam yemeği, %38.7'si (n:29) ara öğünler cevabını verdi. Araştırma grubunun günlük su tüketim durumuna bakıldığında %25.9'u (n:30) 2-6 su bardağı, %62.9'u (n:73) 7-11 su bardağı, %11.2'si (n:13) 12 su bardağı ve daha fazla su tüketiyordu. Araştırma grubunun %41.4'ü (n:48) doğal gıda ürünleri satan mağazalarda ortalama 30 dakikadan az, %31'i (n:36) 30 dakikadan fazla zaman harcıyordu (Tablo 3.2).

Tablo 3.3 Araştırma grubunun gün içi beslenme davranışı

	Toplam	
	n	%
Düzenli olarak kahvaltı yapar mısınız?		
Evet	94	81
Hayır	22	19
Öğün atlar mısınız?		
Evet	75	64.7
Hayır	41	35.3
Hangi öğünü sık atlarsınız?		
Kahvaltı	12	16
Öğle yemeği	31	41.3
Akşam yemeği	3	4
Ara öğünler	29	38.7
Bir günde ne kadar su tüketirsiniz?		
2-6 su bardağı	30	25.9
7-11 su bardağı	73	62.9
12 su bardağı ve daha fazlası	13	11.2
Gıda ürünü satın alırken pakette yazılı olan ürün içeriğine bakar mısınız?		
Evet	79	68.1
Hayır	37	31.9
Doğal gıda ürünleri satan mağazalarda ortalama ne kadar zaman geçirirsiniz?		
30 dakikadan az	48	41.4
30 dakikadan fazla	36	31
Zaman harcamam	32	27.6
Sürekli uyguladığınız bir diyet tedavisi var mı?		
Evet	5	4.3
Hayır	111	95.7
Doğru beslenme bilgilerini öğrendiğinizde uygulamaya koyar mısınız?		
Evet	96	82.8
Hayır	20	17.2
Toplam	116	100

Araştırma grubunun %68.1'i (n:79) gıda ürünü satın alırken pakette yazılı olan ürün içeriğine baktığını ifade etti. %4.3'ünün (n:5) sürekli uyguladığı diyet tedavisi vardı. Araştırma grubunun %82.8'i (n:96) doğru beslenme bilgilerini öğrendiğinde uygulamaya koyduğu saptandı (Şekil 3.3) (Tablo 3.3).



Şekil 3.3 Araştırma grubunun gün içi beslenme davranışı

Araştırma grubunun düzenli kahvaltı yapma, öğün atlama ve diyet tedavisi alması ile kilo ortalamalarının karşılaştırılmasında anlamlı farklılık görülmedi (Tablo 3.4).

Tablo 3.4 Araştırma grubunun gün içi beslenme davranışına göre kilo ortalamalarının karşılaştırılması

		n	X*	SS	t	P
Düzenli kahvaltı yapma	Evet	94	69.5	12.72	1.422	0.158
	Hayır	22	65.3	12.15		
Öğün atlama	Evet	75	68.2	14.18	-0.592	0.555
	Hayır	41	69.7	9.39		
Diyet tedavisi	Evet	5	73.8	20.87	0.908	0.366
	Hayır	111	68.5	12.28		

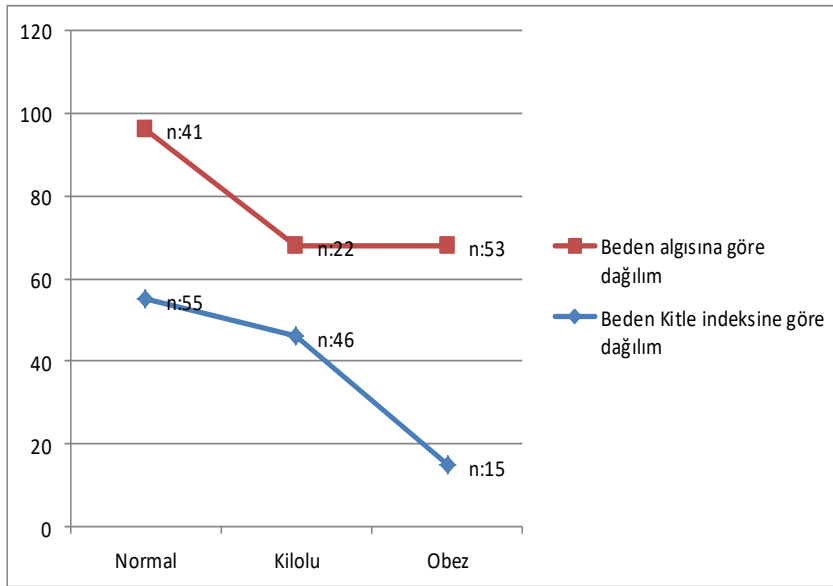
*X=Ortalama

Araştırma grubunun %6.9'u (n:8) kendini zayıf, %69'u (n:80) normal, %24.1'i (n:28) şişman olarak değerlendirdiğini ifade etti. Araştırma grubunun %66.5'i (n:76) beden görüntüsünden memnun olduğunu ifade etti (Tablo 3.5).

Araştırma grubunun ölçülen beden kitle indeksine bakıldığında %47.4'ü (n:55) normal, %39.7'si (n:46) kilolu, %12.9'u (n:15) obezdi (Tablo 3.2.4) (Şekil 3.2.4). Araştırma grubuna "Kendinizi hangi resimde görüyorsunuz?" diye sorulduğunda; %35.3'ü (n:41) normal, %19'u (n:22) kilolu, %45.7'si (n:53) obez kategorisindeki resmi seçti (Tablo 3.5) (Şekil 3.4).

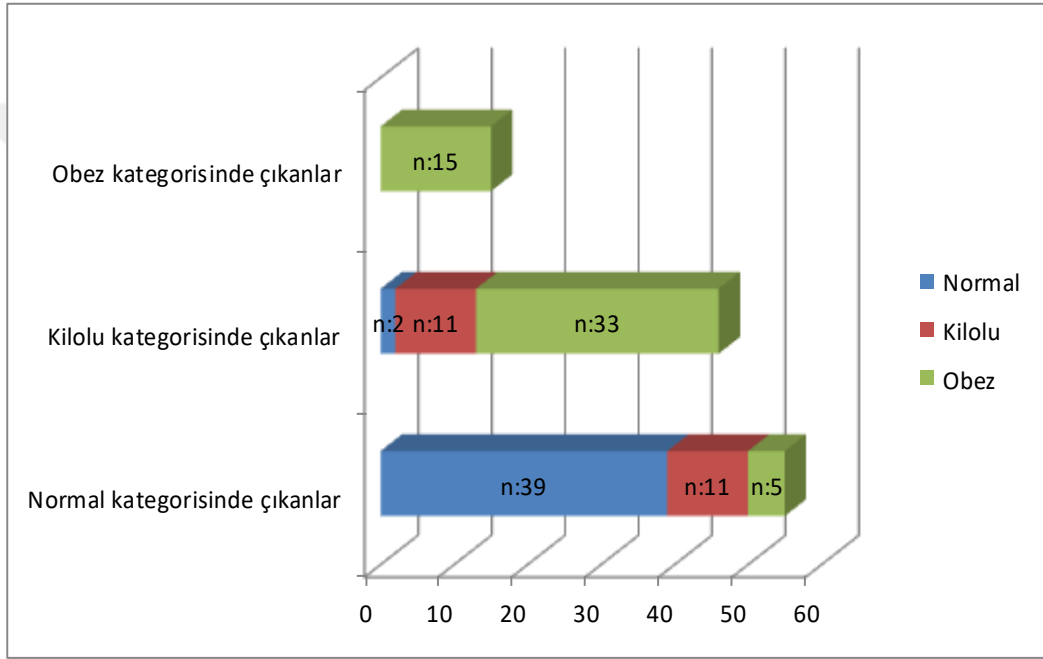
Tablo 3.5 Araştırma grubunun beden kitle indeksi ve beden algısı durumu

	Toplam	
	n	%
Beden Kitle İndeksi		
Zayıf	-	-
Normal	55	47.4
Kilolu	46	39.7
Obez	15	12.9
Aşırı obez	-	-
Hastanın kendini gördüğü resim		
Zayıf	-	-
Normal	41	35.3
Kilolu	22	19
Obez	53	45.7
Aşırı obez	-	-
Kendinizi nasıl değerlendirirsiniz?		
Zayıf	8	6.9
Normal	80	69
Şişman	28	24.1
Beden görüntünüzden memnun musunuz?		
Evet	76	66.5
Hayır	40	34.5
Toplam	116	100



Şekil 3.4 Araştırma grubunun beden algısı ile tanımlanan beden kitle indeksi sonucunun karşılaştırılması

Araştırma grubunun ölçülen beden kitle indeksine göre normal ağırlıkta olanların (n:55) %70.9'u (n:39) kendisini normal, %20'si (n:11) kilolu, %9.1'i de (n:5) beden algısına göre obez olarak değerlendirdi (Şekil 3.5). Kilolu olanların (n:46) %4.3'ü (n:2) kendisini normal, %23.9'u (n:11) kendisini kilolu, %71.7'si (n:33) kendisini obez olarak değerlendirdi. Obez olanların (n:15) hepsi beden algısına göre de kendinin obez olduğunu ifade ettiler (Şekil 3.5). Bu sonuca göre araştırma grubundaki kadınların kendini olduğundan fazla kilolu gördüğü gözlemlendi.



Şekil 3.5 Araştırma grubunun beden algısına göre kendini gördüğü kategori

Araştırma grubunun beden kitle indeksi ile beden görüntüsünden memnuniyet arasında anlamlı farklılık gözlemlendi (Tablo 3.6). Beden kitle indeks değerleri arttıkça beden görüntüsünden memnun olma düzeyi azalmıştır. Beden görüntüsünden memnun olan kadınların normal kiloda olduğu, memnun olmayan kadınların ise şişman ve obez kategorisinde olduğu saptandı. Beden kitle indeksi ile kendini nasıl hissettiği arasında da anlamlı farklılık görüldü (Tablo 3.6). Normal kiloda olan kadınların daha stresli olduğu görüldü. Bu da kilo alma kaygısından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ailede beslenme sorunu olma durumu ile de anlamlı farklılık görüldü (Tablo 3.6). Ailesinde beslenme sorunu olanların beden kitle indeksine bakıldığında %81.1'i şişman/obez, ailesinde beslenme sorunu olmayanların %56.4'ü normal kilodadır. Buradaki farklılıkta genetik yatkınlığın etkisi olduğu düşünülmektedir.

Araştırma grubunun beden kitle indeksi ile yaş, eğitim durumu, ekonomik durum, sağlığını değerlendirme, kilo kontrol sıklığı, günlük aktivite, spor yapma, ruh haline göre beslenme, gece yemek yeme, düzenli kahvaltı yapma, öğün atlama, ürün içeriğine bakma ve doğru beslenme bilgilerini uygulama arasında anlamlı farklılık görülmedi (Tablo 3.6).

Tablo 3.6 Araştırma grubunun çeşitli özelliklerinin beden kitle indeksleri ile karşılaştırılması

	X²	P
Yaş	4.158	0.385
Eğitim durumu	1.160	0.885
Ekonomik durum	4.950	0.292
Sağlığını değerlendirme	9.344	0.053
Kilo kontrol sıklığı	4.974	0.290
Beden görüntüsünden memnuniyet	9.866	0.007*
Günlük aktivite	1.442	0.486
Spor yapma	6.280	0.179
Kendini nasıl hissettiği	7.568	0.023*
Mutlu iken beslenme durumu	2.304	0.680
Üzüntülü iken beslenme durumu	1.792	0.774
Tatlı krizi olma	2.120	0.347
Gece yemek yeme	2.531	0.282
Düzenli kahvaltı yapma	1.778	0.411
Öğün atlama	1.215	0.545
Ailede beslenme sorunu olması	7.893	0.019*
Ürün içeriğine bakma	5.761	0.056
Doğru beslenme bilgilerini uygulama	2.891	0.236

Araştırma grubunun bedenini nasıl değerlendirdiği ile meslek arasında anlamlı farklılık görüldü ($X^2=6.167$ $p<0.05$). Çalışan grup kendini normal kiloda, çalışmayan grupsa kendini şişman olarak gördüğünü ifade etti. Sağlığını nasıl değerlendirdiği ile de anlamlı farklılık görüldü ($X^2=9.998$ $p<0.05$). Kendini normal kiloda görenler sağlığını iyi, kendini şişman olarak görenlerde sağlığını kötü olarak değerlendirdiği saptandı. Kilo kontrol sıklığı ve beden görüntüsünden memnuniyet ile de anlamlı farklılık görüldü (Tablo 3.7). Kendini şişman olarak görenlerde kilo kontrol sıklığı arttığı ve beden görüntüsünden memnun olmadığı saptandı.

Araştırma grubunun bedenini nasıl değerlendirdiği ile aktivite düzeyi, kendini nasıl hissettiği, öğün atlama durumu arasında anlamlı farklılık gözlemlendi (Tablo 3.7). Kendini şişman olarak değerlendirenlerde aktivite düzeyinin az olduğu, stres düzeyinin yüksek olduğu, öğün atladığı görüldü.

Araştırma grubunun bedenini nasıl değerlendirdiği ile ailede beslenme sorunu olması ve doğru beslenme bilgilerini uygulama durumu arasında anlamlı farklılık görüldü (Tablo 3.7). Ailede beslenme sorunu olanlar kendini şişman olarak, beslenme sorunu olmayanlarda kendini normal kiloda gördüğü, kendini şişman olarak değerlendirenlerinde doğru beslenme bilgilerini öğrendiklerinde uygulamadıkları saptandı.

Araştırma grubunun kendini nasıl değerlendirdiği ile yaş, eğitim durumu, ekonomik durum, spor yapma, düzenli kahvaltı yapma ve diyet tedavisi alma ile anlamlı farklılık görülmedi (Tablo 3.7).

Tablo 3.7 Araştırma grubunun çeşitli özelliklerinin bedenini değerlendirmesine göre (zayıf/normal/şişman) karşılaştırılması

	Bedeninizi nasıl değerlendirirsiniz (zayıf/normal/şişman) ?	
	X ²	P
Yaş	9.048	0.060
Eğitim durumu	6.692	0.153
Meslek	6.167	0.046*
Ekonomik durum	4.491	0.344
Sağlığını değerlendirme	9.998	0.007*
Kilo kontrol sıklığı	20.205	0.000*
Beden görüntüsünden memnuniyet	32.888	0.000*
Günlük aktivite	9.916	0.007*
Spor yapma	7.334	0.119
Kendini nasıl hissettiği	14.146	0.001*
Düzenli kahvaltı yapma	1.237	0.539
Öğün atlama	7.477	0.024*
Ailede beslenme sorunu olması	13.100	0.001*
Diyet tedavisi alma	5.902	0.052
Doğru beslenme bilgilerini uygulama	6.833	0.033*

Araştırma grubunun beden görüntüsünden memnuniyeti ile kilo kontrol sıklığı ve düzenli kahvaltı yapma arasında anlamlı farklılık görüldü (Tablo 3.8). Beden görüntüsünden memnun olmayanların kilolarını sıklıkla kontrol ettiği ve düzenli kahvaltı yapmadığı saptandı.

Araştırma grubunun beden görüntüsü memnuniyeti ile yaş, meslek, eğitim durumu, ekonomik durum, aktivite düzeyi, ruh haline göre beslenme durumu, sağlık programı izleme, diyet tedavisi alma ve doğru beslenme bilgilerini uygulama arasında anlamlı farklılık görülmedi (Tablo 3.8). Araştırma grubunun %11.2'si (n:13) kilosunu her gün, %25.9'u (n:30) her hafta, %62.9'u da (n:73) nadiren kontrol ettiği saptandı.

Tablo 3.8 Araştırma grubunun çeşitli özelliklerinin beden görüntüsünden memnuniyet ile karşılaştırılması

	Beden görüntünüzden memnun musunuz?	
	X ²	p
Yaş	1.038	0.595
Eğitim durumu	0.689	0.709
Meslek	1.325	0.250
Ekonomik durum	0.668	0.716
Kilo kontrol sıklığı	25.883	0.000*
Günlük aktivite	1.447	0.229
Spor yapma	5.457	0.065
Mutlu iken beslenme durumu	2.214	0.330
Üzüntülü iken beslenme durumu	4.662	0.097
Tatlı krizi olma	1.204	0.272
Düzenli kahvaltı yapma	10.214	0.001*
Sağlık programı izleme	0.134	0.715
Diyet tedavisi alma	1.506	0.220
Doğru beslenme bilgilerini uygulama	2.576	0.109

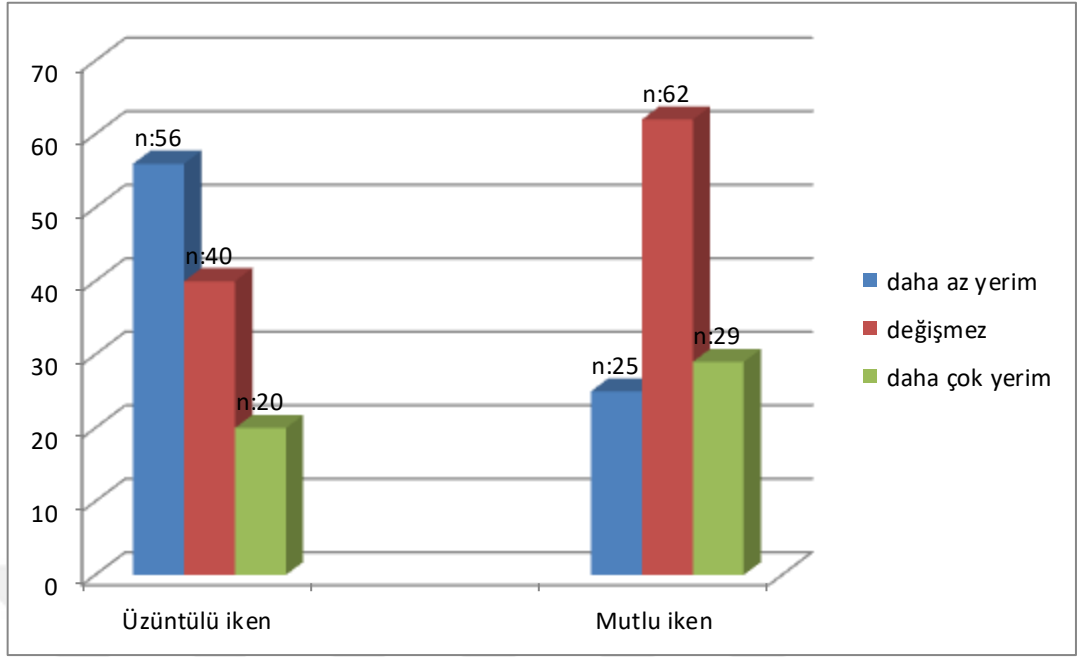
3.3 Araştırma Grubunun Genel İyilik Hali ve Davranış Özelliklerine Göre Beslenme Durumları

Araştırma grubunun %55.2'si (n:64) huzurlu ve mutlu olduğunu %44.8'i (n:52) stresli ve sinirli olduğunu ifade etti. %79.3'ünün (n:92) tatlı krizi olduğu saptandı (Tablo 3.9).

Tablo 3.9 Araştırma grubunun duygusal durumu ve buna göre beslenme özellikleri

	Toplam	
	n	%
Genellikle kendinizi nasıl hissedersiniz?		
Huzurlu ve mutluyumdur.	64	55.2
Stresli ve sinirliyimdir.	52	44.8
Üzüntülü/Stresli olduğunuzda;		
Daha az yerim	56	48.3
Değişmez	40	34.5
Daha çok yerim	20	17.2
Mutlu/Heyecanlı olduğunuzda;		
Daha az yerim	25	21.6
Değişmez	62	53.4
Daha çok yerim	29	25
Tatlı krizleriniz olur mu?		
Evet	92	79.3
Hayır	24	20.7
Toplam	116	100

Araştırma grubunun %48.3'ü (n:56) üzüntülü olduğunda daha az yediğini ifade ederken, %21.6'sının (n:25) mutlu olduğunda daha az yediği saptandı. %17.2'si (n:20) üzüntülü olduğunda daha çok yediğini ifade ederken %25'inin (n:29) mutlu olduğunda daha çok yediği saptandı (Şekil 3.6) (Tablo 3.9).



Şekil 3.6 Araştırma grubunun duygusal durumuna göre beslenme durumu

Araştırma grubunun duygusal durumuyla meslek ve tırnak yeme alışkanlığı arasında anlamlı farklılık görüldü (Tablo 3.10). Bir işte çalışmadığını ve tırnak yeme alışkanlığı olduğunu ifade edenlerin stres düzeyi yüksek olduğu saptandı. Yaş, eğitim durumu, ekonomik durum, aktivite düzeyi, ruh haline göre beslenme durumu, gece uykuya dalmakta zorluk çekme ve gece kabus görme arasında anlamlı farklılık görülmedi (Tablo 3.10).

Tablo 3.10 Araştırma grubunun duygusal durumuyla (Huzurlu-Mutlu/Sinirli-Stresli) çeşitli özelliklerinin karşılaştırılması

	Kendinizi nasıl hissedersiniz (Huzurlu-Mutlu/Sinirli-Stresli) ?	
	X ²	p
Yaş	4.574	0.102
Eğitim durumu	4.914	0.086
Meslek	3.974	0.046*
Ekonomik durum	3.826	0.148
Günlük aktivite	2.233	0.135
Spor yapma	0.786	0.675
Mutlu iken beslenme durumu	3.176	0.204
Üzüntülü iken beslenme durumu	0.305	0.859
Tatlı krizi olma	1.616	0.204
Gece uykuya dalmakta zorluk	0.321	0.571
Gece kabus görme	1.638	0.201
Tırnak yeme alışkanlığı	7.336	0.007*

Araştırma grubunun %81'i (n:94) sağlığını iyi olarak değerlendirdi. %12.9'unun (n:15) tanımlanmış sağlık problemi vardı, %10.3'ü (n:12) düzenli ilaç tedavisi alıyordu (Tablo 3.3.3). Araştırma grubunun %21.6'sının (n:25) ailesinde şişmanlık, %3.4'ünde (n:4) zayıflık, %7.8'inde (n:9) obez, %67.2'sinde (n:78) beslenme sorunu yoktu (Tablo 3.11).

Tablo 3.11 Araştırma grubunun sağlık durumu

	Toplam	
	n	%
Sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?		
İyi	94	81
Kötü	22	19
Tanımlanmış sağlık probleminiz var mı?		
Evet	15	12.9
Hayır	101	87.1
Düzenli ilaç tedavisi alıyor musunuz?		
Evet	12	10.3
Hayır	104	89.7
Ailenizde beslenme sorunu olan var mı? Varsa nedir?		
Şişmanlık	25	21.6
Zayıflık	4	3.4
Obez	9	7.8
Her yemek sonrası kusma	-	-
Yok	78	67.2
Toplam	116	100

Araştırma grubunun sağlığını nasıl değerlendirdiği ile sağlık probleminin olması ve ilaç tedavisi alması arasında anlamlı farklılık gözlemlendi (Tablo 3.12). Tanımlanmış sağlık problemi olmayan ve ilaç tedavisi almayanların genel olarak sağlığını iyi olarak değerlendirdiği saptandı. Günlük aktivite durumu ile de anlamlı farklılık gözlemlendi ($X^2=12.943$ $p<0.05$). Gün içinde daha aktif olan insanlar sağlığını iyi olarak değerlendirdiği saptandı. Ayrıca kendini nasıl hissettiği, öğün atlama, diyet tedavisi alma, doğru beslenme bilgilerini uygulama ile de anlamlı farklılık görüldü (Tablo 3.12). Kendini mutlu ve huzurlu hissedenler, öğün atlamayanlar, diyet tedavisi almayanlar ve doğru beslenme bilgilerini uygulayanların sağlığını iyi olarak değerlendirdiği saptandı.

Araştırma grubunun sağlığını ne yönde (iyi/kötü) değerlendirmesi ile yaş, meslek, eğitim durumu, ekonomik durum, kilo kontrol sıklığı, beden görüntüsünden

memnuniyet, spor yapma, stereotipik alışkanlıklar, düzenli kahvaltı yapma, sağlık programı izleme ve ürün içeriğine bakma arasında anlamlı farklılık görülmedi (Tablo 3.12).

Tablo 3.12 Araştırma grubunun çeşitli özelliklerinin sağlığını değerlendirme (İyi/Kötü) durumu ile karşılaştırılması

	Sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz (İyi/Kötü)	
	X ²	P
Yaş	6.835	0.145
Meslek	0.379	0.827
Eğitim durumu	1.692	0.792
Ekonomik durum	3.502	0.478
Sağlık problemi olması	10.450	0.005*
İlaç tedavisi alması	6.206	0.045*
Kilo kontrol sıklığı	2.377	0.667
Beden görüntüsünden memnuniyet	4.934	0.085
Günlük aktivite	12.943	0.002*
Spor yapma	4.690	0.321
Kendini nasıl hissettiği	9.629	0.008*
Tırnak yeme alışkanlığı	0.613	0.736
Sigara kullanımı	2.408	0.300
Alkol kullanımı	3.193	0.203
Düzenli kahvaltı yapma	4.128	0.127
Öğün atlama	13.116	0.001*
Sağlık programı izleme	0.379	0.827
Ürün içeriğine bakma	4.418	0.110
Diyet tedavisi alma	6.040	0.049*
Doğru beslenme bilgilerini uygulama	7.229	0.027*
Toplam	116	100

Araştırma grubunun %51.7'si (n:60) günde 3-6 saat, %48.3'ü (n:56) 7-10 saat uyuduğunu ifade etti. %31.9'u (n:37) gece uykuya dalmakta zorluk çekiyordu. %23.3'ü (n:27) gece kabus görüyordu. %65.5'i (n:76) gece 24'den önce, %34.5'i (n:40)

24'den sonra yatıyordu. Araştırma grubunun %25'inin (n:29) gece uykudan uyanıp yemek yeme alışkanlığı vardı (Tablo 3.13).

Tablo 3.13 Araştırma grubunun uyku durumu

	Toplam	
	n	%
Günde yaklaşık kaç saat uyursunuz?		
3-6 saat	60	51.7
7-10 saat	56	48.3
Gece uykuya dalmakta zorluk çeker misiniz?		
Evet	37	31.9
Hayır	79	68.1
Gece kabus görür müsünüz?		
Evet	27	23.3
Hayır	89	76.7
Gece kaçta yatıyorsunuz?		
24'den önce	76	65.5
24'den sonra	40	34.5
Gece uykudan kalkıp yemek yeme alışkanlığımız var mı?		
Evet	29	25
Hayır	87	75
Toplam	116	100

Gece uykudan uyanıp yemek yeme alışkanlığı ile beden kitle indeksi arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı fark görülmedi ($X^2=2.531$ $p=0.28$). Gece uykudan uyanıp yemek yeme alışkanlığı ile hastanın beden algısı arasındaki ilişkide de anlamlı farklılık görülmedi ($X^2=3.825$ $p=0.14$).

Araştırma grubunun gece kaçta yattığı, kaç saat uyku uyuduğu, gece uykudan kalkıp yemek yeme alışkanlığıyla kilo ortalamalarının karşılaştırılmasında anlamlı farklılık görülmedi (Tablo 3.14).

Tablo 3.14 Araştırma grubunun uyku durumlarına göre kilo ortalamalarının karşılaştırılması

		n	X*	SS	t	P
Kaç saat uyuduğu	3-6 saat	60	68.2	15.04	-0.485	0.629
	7-10 saat	56	69.3	9.61		
Kaçta yattığı	24'den önce	76	68.8	11.05	0.115	0.909
	24'den sonra	40	68.5	15.44		
Gece yemek yeme durumu	Evet	29	70.6	14.13	0.911	0.364
	Hayır	87	68.1	12.17		

*X=Ortalama

Araştırma grubuna “Günlük aktivite düzeyiniz nasıl?” diye sorulduğunda %19’u (n:22) az aktivite, %81’i (n:94) ağır aktivite cevabını verdi. Araştırma grubunun %7.8’i (n:9) spor yaptığını, %50’si de (n:58) ise ara sıra spor yaptığını söyledi (Tablo 3.15).

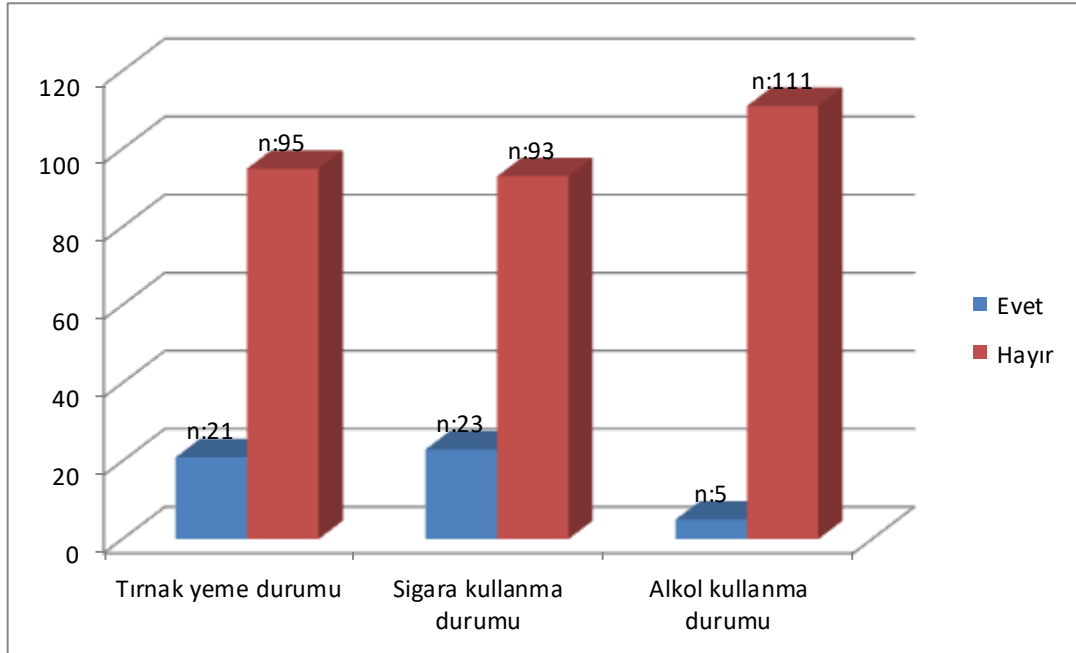
Tablo 3.15 Araştırma grubunun günlük aktivite durumu

	Toplam	
	n	%
Günlük aktivite düzeyiniz nasıl?		
Az aktivite	22	19
Ağır aktivite	94	81
Spor yapar mısınız?		
Evet	9	7.8
Hayır	49	42.2
Ara sıra	58	50
Toplam	116	100

Araştırma grubunun %18.1'inde (n:21) tırnak yeme alışkanlığı saptandı. %19.8'i (n:23) sigara içiyor, %4.3'ü de (n:5) alkol kullanıyordu (Tablo 3.16) (Şekil 3.7).

Tablo 3.16 Araştırma grubunun stereotipik davranışları

	Toplam	
	n	%
Tırnak yeme alışkanlığınız var mı?		
Evet	21	18.1
Hayır	95	81.9
Sigara kullanıyor musunuz?		
Evet	23	19.8
Hayır	93	80.2
Alkol kullanıyor musunuz?		
Evet	5	4.3
Hayır	111	95.7
Toplam	116	100



Şekil 3.7 Araştırma grubunun stereotipik davranışları ve alışkanlıkları

3.4 Araştırma Grubuna Yapılan Ölçeklere İlişkin Bulgular

Araştırma grubuna yapılan yeme tutum testi ortalaması 20.5 ± 9.85 , maudsley OKB soru listesi ortalaması 14.8 ± 7.07 , Orto-15 testi ortalaması 37.7 ± 3.5 idi (Tablo 3.17).

Tablo 3.17 Araştırma grubuna yapılan ölçeklerin değerleri

	Minimum	Maximum	Medyan	X [*] ±SS ^{**}
YTT-40 puanları	6	61	18	20.5±9.85
MOKSL puanları	0	32	14.5	14.8±7.07
Orto-15 Testi puanları	28	46	38	37.7±3.5

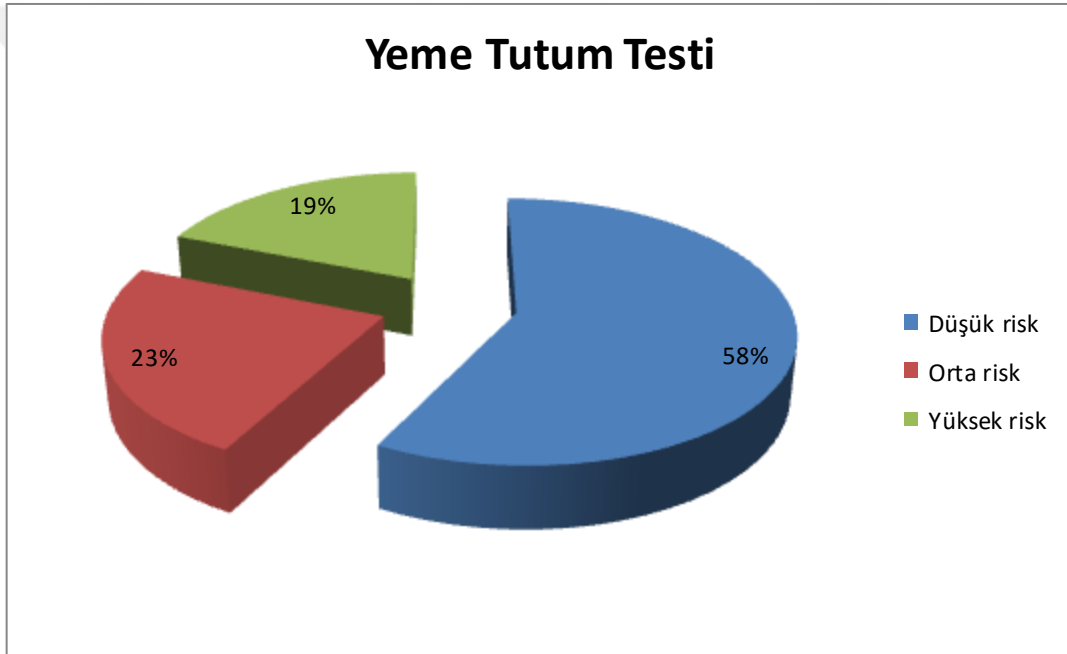
*X=Ortalama **SS=Standart sapma

3.4.1 Araştırma Grubunun Yeme Tutum Testine İlişkin Bulguları

Araştırma grubunun Yeme Tutum Testine verdiği cevaplar değerlendirildiğinde %57.8'i (n:67) düşük riskli, %23.3'ü (n:27) orta riskli, %19'u (n:22) yüksek riskli olduğu görüldü (Tablo 3.18) (Şekil 3.8).

Tablo 3.18 Araştırma grubunun Yeme Tutum Testi değerlendirilmesi

	Toplam	
	n	%
Yeme Tutum Testi		
Düşük risk (YTT puan < 21)	67	57.8
Orta risk (YTT puan= 21-30)	27	23.3
Yüksek risk (YTT puan > 30)	22	19
Toplam	116	100



Şekil 3.8 Araştırma grubunun Yeme Tutum Testi değerlendirilmesi

Araştırma grubunda yüksek risk yeme bozukluğu olanların diğer kadınlara göre yaş, boy, kilo, olmak istediği kilo ve beden kitle indeks değerleri daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 3.19).

Tablo 3.19 Yeme tutum durumlarına göre bireylerin genel özellikleri ve antropometrik ölçümleri ortalama (X), standart sapma (\pm SS) ve p değerleri

	Düşük Risk (n:67) X \pm SS	Orta Risk (n:27) X \pm SS	Yüksek Risk (n:22) X \pm SS	p Değeri
YAŞ (yıl)	29.1 \pm 5.24	28.8 \pm 5.45	30.6 \pm 5.35	0.427
BOY (cm)	163.1 \pm 6.51	162.9 \pm 6.06	163.2 \pm 5.30	0.988
KİLO (kg)	68.5 \pm 11.5	67.0 \pm 13.1	71.5 \pm 15.1	0.470
OLMAK İSTENEN KİLO (kg)	58.1 \pm 6.19	58.0 \pm 6.95	58.8 \pm 7.73	0.901
BMI (kg/m²)	25.6 \pm 3.56	25.0 \pm 4.31	26.6 \pm 5.71	0.379

*X=Ortalama

Yeme tutum testi ile kilo kontrol sıklığı arasında anlamlı farklılık görüldü ($X^2=19.794$ p=0.001). Kilo kontrol sıklığı arttıkça test puanı artmaktadır. Beden görüntüsü memnuniyetiyle anlamlı farklılık görüldü ($X^2=13.127$ p=0.001). Beden görüntüsünden memnun olanlar test puanı düşük, memnun olmayanlar ise daha yüksektir. Kendini nasıl hissettiği ile arasındaki ilişkide anlamlı farklılık görüldü ($X^2=11.358$ p=0.003). Stres düzeyi arttıkça test puanı artmaktadır. Tırnak yeme alışkanlığı ile anlamlı farklılık görüldü ($X^2=7.905$ p=0.019). Tırnak yeme alışkanlığı olan kadınlarda test puanı daha yüksektir. Televizyonda sağlık programı izleme ile olan ilişkide anlamlı farklılık gözlemlendi ($X^2=9.092$ p=0.011). Sağlık programı izleme oranı arttıkça yeme tutum testi puanı düştüğü görüldü. Diyet tedavisi uygulama ile anlamlı fark gözlemlendi ($X^2=12.769$ p=0.002). Diyet tedavisi yapanlarda test puanı daha yüksektir.

Araştırma grubunun yeme tutum testi ile yaş, eğitim, meslek, ekonomik durum, beden kitle indeksi, beden algısı, sağlık durumu, aktivite durumu, duygu durumuna göre beslenme, uyku durumu ile anlamlı farklılık gözlemlenmedi (p>0.05). Ayrıca sigara

ra, alkol kullanımı, düzenli kahvaltı yapma, öğün atlama, gıda ürünü alırken paket içeriğine bakma, doğal gıda satan mağazalarda zaman geçirme ve doğru beslenme bilgilerini öğrendiğinde uygulama ile de anlamlı farklılık görülmedi ($p>0.05$).

Farklı beden kitle indeksine sahip kadınların yeme tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0.05$). Fakat yeme tutum puanının aritmetik ortalamalarına bakıldığında beden kitle indeksine göre obez grupta yer alan kadınlarda yüksek yeme bozukluğu riski görüldü (Tablo 3.20).

Tablo 3.20 Araştırma grubunun Beden Kitle İndeksi (BKİ) gruplarına göre yeme tutumu durumlarının karşılaştırılması

		n	X*	SS	F	p
Beden Kitle İndeksi	Normal	55	20.1	9.31		
	Şişman	46	19.9	9.65	0.955	0.388
	Obez	15	23.8	12.27		

*X=Ortalama

Araştırma grubunda farklı yaş gruplarına göre yeme tutumları karşılaştırıldı, aritmetik ortalamalar arasında farklılıklar bulundu (Tablo 3.21). 35-44 yaş arasındaki kadınların daha yüksek yeme bozukluğu riski içerisinde olduğu görüldü. En düşük yeme bozukluğu riskini 18-24 yaş arasındaki kadınların taşıdıkları bulundu (Tablo 3.21). Bu sonuç, kadınların yaş ortalamasının yükseldikçe yeme bozukluğu riskinin de yükseldiğini ifade etmektedir. Ortalamalar arasındaki bu farklılıkların anlamlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan tek-yönlü varyans analizi sonucuna göre, farklı yaş grubundaki kadınların yeme tutumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 3.21 Araştırma grubunun yaş gruplarına göre yeme tutumu durumlarının karşılaştırılması

		n	X*	SS	F	p
Yaş Grupları	18-24 yaş	25	19.6	7.80		
	25-34 yaş	71	20.0	10.22	0.974	0.381
	35-44 yaş	20	23.3	10.77		

*X=Ortalama

Araştırma grubunun ailesinde beslenme sorunu olanlarda yeme bozukluğu riski yüksek olduğu saptandı, istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü ($p<0.05$) (Tablo 3.22).

Tablo 3.22 Araştırma grubunun ailede beslenme sorunu olma durumuna göre yeme tutumu durumlarının karşılaştırılması

		n	X*	SS	t	p
Ailede Beslenme Sorunu	Var	38	23.2	11.88	2.141	0.038
	Yok	78	19.1	8.46		

Araştırma grubunun düşük, orta ve yüksek yeme bozukluğu riski bulunan kadınlar ile obsesyon varlığına bakıldığında, aritmetik ortalamalar arasında farklılıklar görüldü. Yüksek riskte yeme bozukluğu gösteren kadınların diğer risk gruplarına göre daha fazla obsesif-kompulsif bozukluk riski taşıdığı görüldü (Tablo 3.23). Aritmetik ortalamalar arasındaki bu farklılıkların anlamlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan varyans analizi sonucuna göre yeme bozukluğu risk gruplarına göre obsesif kompulsif bozukluk durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 3.23 Araştırma grubunun Yeme Tutum Ölçeğine göre belirlenen risk ile obsesyon varlığının ilişkisi

	n	X*	SS	F	p
Düşük Risk	67	14.2	6.95		
Orta Risk	27	15.3	7.49	0.818	0.444
Yüksek Risk	22	16.3	6.96		

*X=Ortalama

Araştırma grubunun düşük, orta ve yüksek yeme bozukluğu riski bulunan kadınlar ile ortoreksiya varlığına bakıldığında, aritmetik ortalamalar arasında farklılıklar görüldü (Tablo 3.24). Yüksek yeme bozukluğu risk grubunda bulunan kadınların toplam ortoreksiya ortalama puanları, diğer risk gruplarına göre daha düşük bulundu. Yüksek yeme bozukluğu risk grubunda yer alan kadınlar orta ve düşük risk grubuna göre daha yüksek ortorektik eğilimler göstermektedir. Toplam ortalama ortoreksiya puanı en yüksek olan grup ise düşük yeme bozukluğu riski bulunan kadınlarda olup, diğer gruplara göre daha düşük ortorektik eğilimler göstermektedirler (Tablo 3.24). Risk gruplarına göre ortoreksiya nevroza durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 3.24 Araştırma grubunun Yeme Tutum Ölçeğine göre belirlenen risk ile ortoreksiya varlığının ilişkisi

	n	X*	SS	F	p
Düşük Risk	67	38.1	3.29		
Orta Risk	27	37.2	3.83	1.518	0.224
Yüksek Risk	22	36.8	3.61		

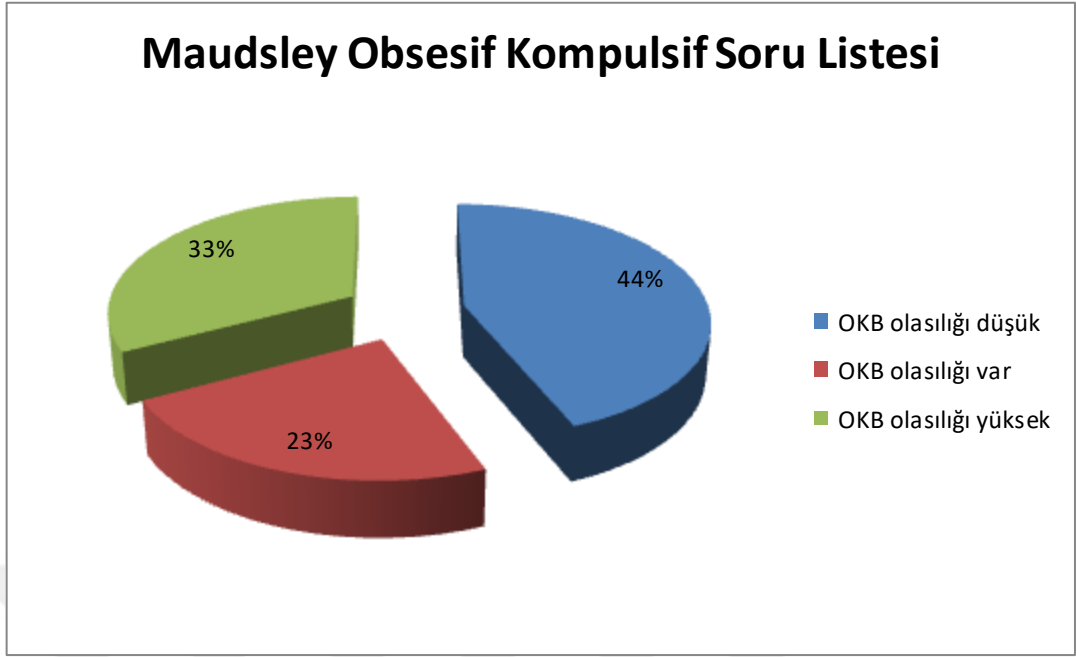
*X=Ortalama

3.4.2 Araştırma Grubunun Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesine (MOKSL) İlişkin Bulguları

Araştırma grubunun Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesine verdiği cevaplar değerlendirildiğinde %44'ü (n:51) obsesif kompulsif bozukluk olasılığı düşük, %23.3'ü (n:27) obsesif kompulsif bozukluk olasılığı var, %32.8'i (n:38) obsesif kompulsif bozukluk olasılığı yüksek çıktı (Tablo 3.25) (Şekil 3.9).

Tablo 3.25 Araştırma grubunun Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) değerlendirmesi

	Toplam	
	n	%
Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi		
Obsesif kompulsif bozukluk olasılığı düşük (0-12 puan)	51	44
Obsesif kompulsif bozukluk olasılığı var (13-17 puan)	27	23.3
Obsesif kompulsif bozukluk olasılığı yüksek (18 ve üzeri puan)	38	32.8
Toplam	116	100



Şekil 3.9 Araştırma grubunun Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) değerlendirmesi

MOKSL puanı ile yaş, boy, kilo, olmak istenen kilo ve beden kitle indeksi arasında ilişkiye bakıldığında yaş ortalaması ile anlamlı farklılık görüldü ($p < 0.05$). Kadınların yaşı küçüldükçe obsesif kompulsif bozukluk riskinin yükseldiği görüldü. Ayrıca beden kitle indeks değerlerine bakıldığında obsesif kompulsif bozukluk riski yükseldikçe kadınlarda beden kitle indeksinin aritmetik ortalamasının düştüğü görüldü (Tablo 3.26). Fakat yapılan analiz sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p > 0.05$).

Tablo 3.26 Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesine göre bireylerin genel özellikleri ve antropometrik ölçümleri ortalama (X), standart sapma (\pm SS) ve p değerleri

	Düşük Risk (n:51) X \pm SS	Orta Risk (n:27) X \pm SS	Yüksek Risk (n:38) X \pm SS	p Değeri
YAŞ (yıl)	30.9 \pm 5.89	28.8 \pm 4.20	27.6 \pm 4.63	0.011
BOY (cm)	162.7 \pm 6.05	162.1 \pm 5.66	164.3 \pm 6.55	0.320
KİLO (kg)	70.6 \pm 12.8	66.5 \pm 9.91	67.7 \pm 14.03	0.348
OLMAK İSTENEN KİLO (kg)	59.2 \pm 6.80	56.8 \pm 6.77	57.9 \pm 6.25	0.310
BKİ (kg/m²)	26.4 \pm 4.35	25.3 \pm 3.08	24.8 \pm 4.60	0.177

*X=Ortalama

MOKSL puanı ile beden görüntüsünden memnuniyet arasında anlamlı farklılık görüldü ($X^2=8.241$ p=0.016). Beden görüntüsünden memnun olmayanların %50'si MOKSL puanı yüksektir. Araştırma grubunun stres düzeyi arttıkça MOKSL puanı yükseldiği saptandı ($X^2=20.041$ p=0.001). MOKSL ile mutlu olduğunda beslenme durumu arasında anlamlı farklılık görüldü ($X^2=10.943$ p=0.027). Araştırma grubunun mutlu olduğunda daha çok yediğini ifade edenlerin MOKSL puanı yükseldiği saptandı. MOKSL ile tırnak yeme alışkanlığı ve sigara kullanımı arasında da anlamlı farklılık görüldü (sırasıyla $X^2=13.512$ p=0.001, $X^2=7.458$ p=0.024). Tırnak yeme alışkanlığı olduğunu ifade edenlerde ve sigara kullananlarda MOKSL puanı yüksek olduğu saptandı. MOKSL ile öğün atlama arasında anlamlı farklılık gözlemlendi ($X^2=7.564$ p=0.023). Öğün atladığını ifade edenlerin MOKSL puanı yüksek olduğu saptandı.

MOKSL ile beden algısı, beden kitle indeksleri, ekonomik durumu, eğitim durumu, meslek, sağlık durumu, aktivite durumu, kilo kontrol sıklığı, uyku durumu, düzenli kahvaltı yapma ile anlamlı farklılık görülmedi (p>0.05). Ayrıca gıda ürünü

satın alırken paket içeriğine bakma, doğal gıda satan mağazalarda zaman geçirme ve doğru beslenme bilgilerini öğrendiğinde uygulamaya koyma arasında da anlamlı farklılık gözlenmedi ($p>0.05$).

MOKSL puanı televizyonda sağlık programı izleme durumuyla anlamlı farklılık saptandı ($p<0.05$). Televizyonda sağlık programı izleyenlerde MOKSL puanı yüksek olduğu görüldü (Tablo 3.27).

Tablo 3.27 Araştırma grubunun televizyonda sağlık programı izleme durumuna göre MOKSL puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	X*	SS	t	p
Sağlık Programı İzleme	Evet	64	16.0	7.28	1.998	0.048
	Hayır	52	13.4	6.59		

*X=Ortalama

MOKSL puanı ile ailede beslenme sorunu olması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0.05$) (Tablo 3.28).

Tablo 3.28 Araştırma grubunun ailede beslenme sorunu olma durumuna göre MOKSL puan durumlarının karşılaştırılması

		n	X*	SS	t	p
Beslenme Sorunu	Var	38	15.9	6.33	1.137	0.236
	Yok	78	14.3	7.38		

*X=Ortalama

Araştırma grubunun beden kitle indeksi gruplamalarına göre obsesif kompulsif bozukluk durumlarına ilişkin aritmetik ortalamalar arasında farklılıklar bulunmaktadır (Tablo 3.29). Beden kitle indeksine göre toplam obsesyon puanları incelendiğinde en

yüksek obsesif kompulsif bozukluk riskini taşıyan normal gruptakilerin aritmetik ortalaması iken, en düşük obsesif kompulsif bozukluk riskini taşıyan şişman gruptakilerin aritmetik ortalamasının olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3.29). Bu sonuç beden kitle indeksine göre normal grupta yer alan kadınların daha fazla obsesif kompulsif bozukluk belirtileri gösterdiğini ifade etmektedir. Beden kitle indeksi gruplarına göre obsesif kompulsif bozukluk durumlarının karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 3.29 Araştırma grubunun Beden Kitle İndeksi (BKİ) gruplarına göre Obsesif-Kompulsif Bozukluk durumlarının karşılaştırılması

		n	X*	SS	F	p
Beden Kitle İndeksi	Normal	55	16.1	7.46		
	Şişman	46	13.7	6.26	1.597	0.207
	Obez	15	13.8	7.67		

Araştırma grubunun beden algılarına göre obsesif kompulsif bozukluk durumlarına ilişkin aritmetik ortalamalar arasında da farklılıklar bulunmaktadır (Tablo 3.30). Kendini normal kiloda gören kadınlar en yüksek obsesif kompulsif bozukluk riskini taşıdığı, kendini şişman olarak gören kadınlarında en düşük obsesif kompulsif bozukluk riskini taşıdığı görüldü (Tablo 3.30). Bu sonuç normal kiloda olduğunu düşünen kadınların daha fazla obsesif kompulsif bozukluk belirtileri gösterdiğini ifade etmektedir. Beden algılarına göre obsesif kompulsif bozukluk durumlarının karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 3.30 Araştırma grubunun beden algılarına göre Obsesif Kompulsif Bozukluk durumlarının karşılaştırılması

		N	X*	SS	F	p
Beden Algıları	Normal	41	15.9	6.50		
	Şişman	22	13.7	8.16	0.854	0.428
	Obez	53	14.5	7.04		

*X=Ortalama

Araştırma grubunun yaş gruplarına göre toplam obsesyon puanının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görüldü ($p < 0.05$). 18-24 yaş aralığındaki kadınlar 25-34 ve 35-44 yaş aralığındaki kadınlara göre daha yüksek obsesif kompulsif bozukluk riski taşıdıkları görüldü (Tablo 3.31). Kadınların yaşı küçüldükçe obsesif kompulsif bozukluk riski yükseldiği saptandı. Genç popülasyonda yüksek obsesif kompulsif bozukluk riski taşıdıkları gözlemlendi.

Tablo 3.31 Araştırma grubunun yaş gruplarına göre Obsesif- Kompulsif Bozukluk durumlarının karşılaştırılması

		n	X*	SS	F	p
Yaş grupları	18-24 yaş	25	16.8	7.84		
	25-34 yaş	71	15.2	6.73	4.071	0.020
	35-44 yaş	20	11.1	6.14		

*X=Ortalama

Araştırma grubunun düşük, orta ve yüksek risk obsesif kompulsif bozukluk grubunda olan kadınlar ile yeme bozukluğu durumları karşılaştırıldığında, aritmetik ortalamalar arasında farklılıklar görülmektedir (Tablo 3.32). Yüksek risk obsesif kompulsif bozukluk grubunda olan kadınlarda yeme bozukluğu riski daha yüksek görüldü. Orta risk obsesif kompulsif bozukluk grubunda olan kadınlarda ise yeme bozuk-

luğu riskinin daha düşük olduğu görüldü (Tablo 3.32). Risk gruplarına göre yeme bozukluğu durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 3.32 Araştırma grubunun Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesine göre belirlenen risk ile yeme bozukluğu varlığının ilişkisi

	n	X*	SS	F	P
Düşük Risk	51	19.4	10.45		
Orta Risk	27	18.4	7.92	2.507	0.086
Yüksek Risk	38	23.3	9.85		

*X=Ortalama

Araştırma grubunun düşük, orta ve yüksek risk obsesif kompulsif bozukluk grubunda olan kadınlar ile ortoreksiya durumları karşılaştırıldığında, aritmetik ortalamalar arasında farklılıklar görülmektedir (Tablo 3.33). Yüksek risk obsesif kompulsif bozukluk grubunda olan kadınlarda diğer risk gruplarına göre ortoreksiya riski daha yüksek görüldü. Obsesif kompulsif bozukluk riski arttıkça ortorektik eğilim artmaktadır (Tablo 3.33). Obsesif kompulsif bozukluk risk gruplarına göre ortoreksiya nervoza durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 3.33 Araştırma grubunun Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesine göre belirlenen risk ile ortoreksiya varlığının ilişkisi

	n	X*	SS	F	p
Düşük Risk	51	38.4	3.62		
Orta Risk	27	37.7	3.07	2.312	0.104
Yüksek Risk	38	36.8	3.50		

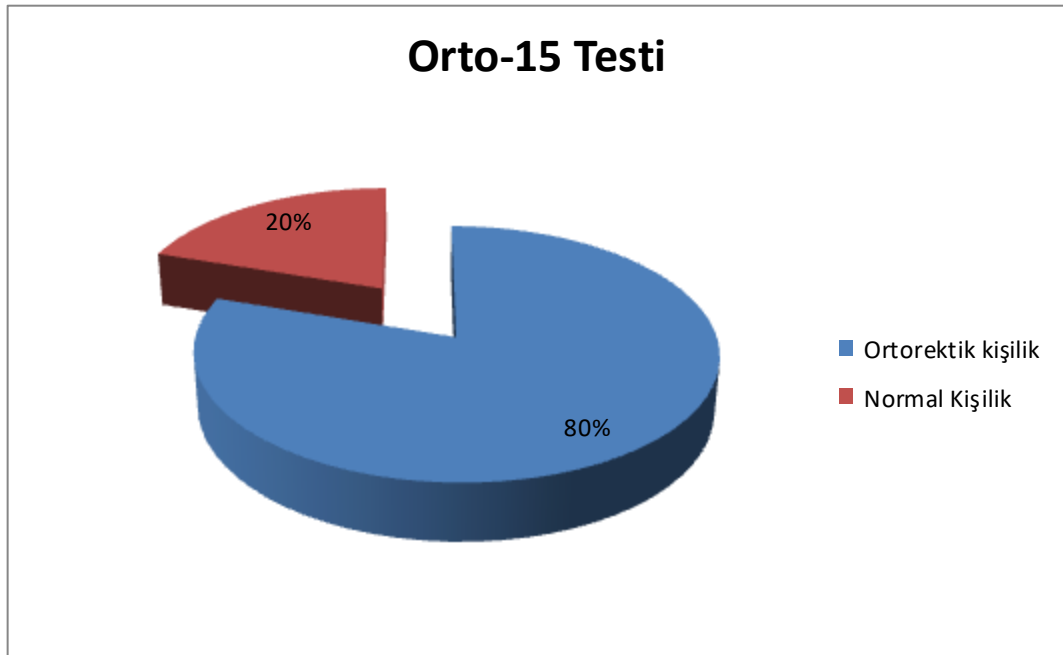
*X=Ortalama

3.4.3 Araştırma Grubunun Orto-15 Testine İlişkin Bulguları

Araştırma grubunun Orto-15 Testine verdiği cevaplar değerlendirildiğinde %80.2'si (n:93) ortorektik kişilik, %19.8'i (n:23) normal kişilik olarak çıktı (Tablo 3.34) (Şekil 3.10).

Tablo 3.34 Araştırma grubunun Orto-15 Testi değerlendirmesi

	Toplam	
	n	%
Orto-15 Testi		
Ortorektik kişilik (Orto-15 puanı \leq 40)	93	80.2
Normal kişilik (Orto-15 puanı $>$ 40)	23	19.8
Toplam	116	100



Şekil 3.10 Araştırma grubunun Orto-15 Testi değerlendirmesi

Araştırma grubunda ortorektik kadınların diğer kadınlara göre yaş, kilo ve olmak istenen kilonun diğer kadınlara göre daha yüksek olduğu görüldü fakat istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (Tablo 3.35).

Tablo 3.35 Normal ve ortorektik bireylerin genel özellikleri ve antropometrik ölçümleri ortalama (X), standart sapma (\pm SS) ve p değerleri

	Ortorektik Bireyler	Normal Bireyler	p Değeri
	(n:93)	(n:23)	
	X\pmSS	X\pmSS	
YAŞ (yıl)	29.6 \pm 5.41	28.0 \pm 4.69	0.181
BOY (cm)	163.6 \pm 5.76	160.9 \pm 7.24	0.060
KİLO (kg)	69.4 \pm 1.35	66.1 \pm 7.97	0.263
OLMAK İSTENEN KİLO (kg)	58.6 \pm 6.77	56.5 \pm 5.83	0.175
BMI (kg/m²)	25.6 \pm 4.42	25.7 \pm 3.32	0.973

*X=Ortalama

Ortorektik bireylerin %60.2'si (n:56), ortorektik olmayan bireylerin %65.2'si (n:15) 25-34 yaş aralığındaydı. Ortorektik bireylerin %40.9'u (n:38) bir işte çalıştığını ifade ederken, ortorektik olmayan bireylerin %60.9'u (n:14) bir işte çalıştığını ifade etti (Tablo 3.36).

Tablo 3.36 Orto-15 Ölçeğine göre ortorektik olan ve olmayan bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması

	Ortorektik Bireyler		Ortorektik Olmayan Bireyler	
	n	%	n	%
YAŞ				
18-24 yaş	19	20.4	6	26.1
25-34 yaş	56	60.2	15	65.2
35-44 yaş	18	19.4	2	8.7
45 ve üzeri	-	-	-	-
X²: 1.564 p: 0.457				
MESLEK				
Çalışıyor	38	40.9	14	60.9
Çalışmıyor	55	59.1	9	39.1
X²: 2.985 p: 0.084				
EĞİTİM DURUMU				
8 yıl altı	8	8.6	4	17.4
8-11 yıl arası	42	45.2	10	43.5
12 yıl ve üzeri	43	46.2	9	39.1
X²: 1.596 p: 0.450				
EKONOMİK DURUM				
İyi	30	32.3	8	34.8
Orta	56	60.2	11	47.8
Kötü	7	7.5	4	17.4
X²: 2.418 p: 0.298				
Toplam	93	100	23	100

Ortorektik bireylerin %62.4'ü (n:58) beden görüntüsünden memnunken ortorektik olmayan bireylerin %78.3'ü (n:18) beden görüntüsünden memnun olduğunu ifade etti (Tablo 3.37). Ortorektik bireylerin %14'ü (n:13) kilosunu her gün kontrol ederken ortorektik olmayan bireyler kilosunu her gün kontrol etmediğini ifade etti. Ortorektik bireylerin %5.4'ü (n:5) diyet tedavisi uyguladığı, ortorektik olmayan bireylerin ise diyet tedavisi uygulamadığı görüldü (Tablo 3.37).

Ortorektik bireylerin %67.7'si (n:63) gıda ürünü satın alırken ürün içeriğine baktığını, %32.3'ü (n:30) doğal gıda ürünü satan mağazalarda 30 dakikadan fazla zaman geçirdiğini ifade etti (Tablo 3.37).

Ortorektik bireylerde doğal gıda ürünü satan mağazalarda zaman geçirme ile gıda ürünü satın alırken paket içeriğine bakma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü ($X^2=11.074$ $p=0.004$). Doğal gıda ürünü satan mağazalarda 30 dakikadan fazla zaman geçiren ortorektik bireylerin %90'ı gıda ürünü satın alırken paket içeriğine baktığını ifade etti. Ortorektik olmayan bireylerin %47.8'i (n:11) doğal gıda ürünü satan mağazalarda 30 dakikadan az zaman geçirdiğini, %69.6'sı (n:16) gıda ürünü satın alırken paket içeriğine baktığını ifade etti (Tablo 3.37).

Orto-15 testi ile hangi öğünü atladığı ($X^2=10.919$ $p=0.012$) ve beslenme bilgilerine ulaşım ($X^2=13.899$ $p=0.016$) arasında anlamlı farklılık gözlemlendi. Ara öğünleri atlayanlarda ve beslenme bilgilerine kitle iletişim araçlarıyla ulaşanlarda ortorektik eğilimi yüksek olduğu saptandı.

Orto-15 testi ile beden algısı, beden kitle indeksleri, yaş, meslek, ekonomik durumu, eğitim durumu, sağlık durumu, ruhsal durum, kilo kontrol sıklığı, beden görüntüsü memnuniyeti arasında anlamlı farklılık görülmedi. Ayrıca aktivite durumu, duygu durumuna göre beslenme, uyku durumu, stereotipik alışkanlıklar, diyet tedavisi, gıda ürünü satın alırken paket içeriğine bakma ve doğal gıda satan mağazalarda zaman geçirme arasında da anlamlı farklılık gözlenmedi ($p>0.05$).

Tablo 3.37 Orto-15 Ölçeğine göre ortorektik olan ve olmayan bireylerin çeşitli özellikleri

	Ortorektik Bireyler		Ortorektik Olmayan Bireyler	
	n	%	n	%
Beden Kitle İndeksi	X²: 0.003		p: 0.998	
Normal	44	47.3	11	47.8
Kilolu	37	39.8	9	39.1
Obez	12	12.9	3	13
Beden görüntüsü memnuniyeti	X²: 2.062		p: 0.151	
Evet	58	62.4	18	78.3
Hayır	35	37.6	5	21.7
Kilo kontrol sıklığı	X²: 4.475		p: 0.107	
Her gün	13	14	-	-
Her hafta	25	26.9	5	21.7
Nadiren	55	59.1	18	78.3
Günlük aktivite düzeyi	X²: 0.947		p: 0.331	
Az aktivite	16	17.2	6	26.1
Ağır aktivite	77	82.8	17	73.9
Spor yapma durumu	X²: 0.669		p: 0.716	
Evet	8	8.6	1	4.3
Hayır	38	40.9	11	47.8
Ara sıra	47	50.5	11	47.8
Sürekli uygulanan diyet tedavisi	X²: 1.292		p: 0.256	
Evet	5	5.4	-	-
Hayır	88	94.6	23	100
Doğru beslenme bilgilerini uygulama	X²: 0.407		p: 0.524	
Evet	78	83.9	18	78.3
Hayır	15	16.1	5	21.7
Ürün içeriğine bakma	X²: 0.028		p: 0.867	
Evet	63	67.7	16	69.6
Hayır	30	32.3	7	30.4
Mağazada zaman geçirme	X²: 0.538		p: 0.764	
30 dakikadan az	37	39.8	11	47.8
30 dakikadan fazla	30	32.3	6	26.1
Zaman harcamam	26	28	6	26.1
Toplam	93	100	23	100

Araştırma grubunun ortoreksiya puanı ile ailede beslenme sorunu olması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0.05$) (Tablo 3.38).

Tablo 3.38 Araştırma grubunun ailede beslenme sorunu olma durumuna göre Orto-15 Testi puan durumlarının karşılaştırılması

		n	X*	SS	t	p
Beslenme Sorunu	Var	38	37.5	3.65	-0.310	0.870
	Yok	78	37.7	3.44		

*X=Ortalama

Araştırma grubunun ortoreksiya puanı ile beden kitle indeks gruplamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0.05$). ORTO-15 puanı ve BKİ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmesine de düşük ORTO-15 puanı normal ağırlıktaki kadınlarda görülmektedir (Tablo 3.39).

Tablo 3.39 Araştırma grubunun Beden Kitle İndeks (BKİ) gruplarına göre ortoreksiya durumlarının karşılaştırılması

		n	X*	SS	F	p
Beden Kitle İndeksi	Normal	55	37.43	3.57		
	Şişman	46	38.15	3.42	0.565	0.570
	Obez	15	37.46	3.58		

*X=Ortalama

Araştırma grubunun ortoreksiya puanı ile beden algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0.05$) (Tablo 3.40).

Tablo 3.40 Araştırma grubunun beden algılarına göre ortoreksiya durumlarının karşılaştırılması

		n	X*	SS	F	p
Beden Algıları	Normal	41	37.3	3.83		
	Şişman	22	38.2	2.44	0.447	0.641
	Obez	53	37.7	3.63		

*X=Ortalama

Araştırma grubunun yaş grupları ve ortoreksiya puanları aritmetik ortalamaları arasında farklılıklar görüldü (Tablo 3.41). Yaş arttıkça, Orto-15 testinden alınan puanın düştüğü görüldü. Bu sonuca göre 35-44 yaş aralığındaki kadınlar daha fazla ortorektik eğilimler göstermektedir. Aritmetik ortalamalar arasındaki bu farklılıkların anlamlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan varyans analizi sonucuna ortoreksiya puanı ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0.05$).

Tablo 3.41 Araştırma grubunun yaş gruplarına göre ortoreksiya durumlarının karşılaştırılması

		N	X*	SS	F	p
Yaş Grupları	18-24 yaş	25	38.0	3.41		
	25-34 yaş	71	37.8	3.62	0.680	0.509
	35-44 yaş	20	36.9	3.19		

*X=Ortalama

Araştırma grubunun fiziksel özellikleri ve her üç ölçeğin birbiriyle ilişkisi değerlendirildi. Tablo 3.42’de değerlendirme sonuçları verildi. Maudsley obsesif kompulsif soru listesi ile yaş arasında negatif zayıf ilişki vardır ($r=-0.249$ $p<0.01$). Yaş arttıkça obsesyon puanı düşüyor. Kilo ile beden kitle indeksi arasında pozitif güçlü ilişki vardır ($r=0.893$ $p<0.01$). Kilo arttıkça beden kitle indeksi de artıyor. Olmak istenen kilo

ile beden kitle indeksi arasında pozitif güçlü ilişki vardır ($r=0.619$ $p<0.01$). Olmak istenen kilo arttıkça beden kitle indeksi de arttığı görüldü. Olmak istenen kilo ile bireylerin kilosu arasında da pozitif güçlü ilişki vardır ($r=0.761$ $p<0.01$). Bireylerin kilosu arttıkça olmak istenen kilo da arttığı görüldü (Tablo 3.42).

Tablo 3.42 Araştırma grubunun Obsesif Kompulsif Bozukluk, Ortoreksiya Nervoza ve Yeme Tutumu durumları arasındaki korelasyon değerleri

N=116		Yeme Tutum Testi	MOKSL	Orto-15 Testi	Yaş	BMI	Kilo
Yeme Tutum Testi	r*						
	p						
MOKSL	r	0.159					
	p	0.089					
Orto-15 Testi	r	-0.154	-0.181				
	p	0.099	0.051				
Yaş	r	0.116	-0.249	-0.126			
	p	0.216	0.007	0.176			
BMI	r	0.013	-0.163	0.001	0.145		
	p	0.889	0.080	0.987	0.119		
Kilo	r	0.033	-0.079	-0.083	0.087	0.893	
	p	0.728	0.396	0.375	0.355	0.000	
Olmak istenen kilo	r	0.033	-0.046	-0.128	0.050	0.619	0.761
	p	0.721	0.625	0.172	0.592	0.000	0.000

*r=Korelasyon katsayısı

4. TARTIŞMA

Bu çalışmada Ortadoğu Hastanesinde doğum yapan ve doğum sonrası dönemde (lohusalık) olan 18-49 yaş arasındaki kadınların beslenme bozukluklarının durumlarını belirlemek amaçlandı.

Araştırma kapsamına alınan toplam 116 kadının yaş ortalaması 29.3 ± 5.30 yıl olarak bulundu. %21.6'sı (n:25) 18-24 yaş, %61.2'si (n:71) 25-34 yaş ve %17.2'si (n:20) 34-44 yaş grubundaydı. Hacıarif'in yaptığı çalışma bizim çalışmamızla uyumlu olarak yaş ortalaması 29.16 ± 9.48 yıldır (Hacıarif 2015). Ergüney'in yapmış olduğu çalışmada yaş ortalaması 25.9 ± 6.9 yıldır ve bizim çalışmamızın yaş ortalamasına yakındır (Ergüney 2012). Işık ve Kadioğlu'nun yapmış olduğu çalışmalarda yaş ortalaması daha düşük olduğu görüldü (Işık 2009, Kadioğlu 2009).

Araştırma grubunun eğitim durumuna bakıldığında %10.3'ü (n:12) 8 yıl altı, %44.8'i (n:52) 8-11 yıl arası, %44.8'i de (n:52) 12 yıl ve üzeriydi. Çalışmamızda genel olarak eğitim seviyesi yüksek olduğu bulundu. Literatüre bakıldığında bizim çalışmamızla uyumlu olarak araştırma grubunun eğitim seviyesi yüksek olduğu çalışmalar mevcuttur (Hacıarif 2015, Çelikel ve arkadaşları 2009, Ergüney 2012). Fakat Semiz ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada yüksek ve düşük eğitim seviyesinde olan bireylerin sayısı neredeyse eşit olduğu görüldü (Semiz ve arkadaşları 2012). Buradaki farklılığın araştırma gruplarındaki bireyler arasında sosyo-kültürel farklılığın etkisi olduğu düşünülmektedir. Araştırmamızın evreni özel hastane olmasından ötürü araştırma grubunun temsil yeteneği bu açıdan zayıf olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda araştırma grubunun ekonomik düzeyi sorgulandığında %9.5'i (n:11) kötü, %57.8'i (n:67) orta ve %32.8'i (n:38) iyi olarak değerlendirdi. Araştırma grubumuz ekonomik düzey olarak literatürdeki çalışmalarla uyumludur (Ergüney 2012, Semiz ve arkadaşları 2012).

Yeme bozukluklarının son yıllarda artış gösterdiği yapılan çalışmalarda görülmüştür. Bireylerin fiziksel görünümüne verdikleri önem, formda olma isteği ile kilo verme isteği yeme bozukluklarına neden olan önemli etmenler arasındadır (Ağırman ve Maner 2010). Çalışmamızda kadınların %19'unda yeme bozukluğu görüldü. Bu kadar yüksek sonuç çıkmasının sebebi, araştırma grubumuzun lohusalık döneminde olan kadınlar olarak hassas bir popülasyon olması düşünülebilir. İlhan ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmada kız öğrencilerin %11.9'unda yeme bozukluğu olduğu, Vanderlinden'in (2001) 14-25 yaş arası kız öğrencilerde yaptığı bir çalışmada da %41'inde yeme bozukluğu olduğu görülmüştür. Norveç'te yapılan Anne ve Çocuk Kohort Çalışması'nda bulimia nervozalı kadınların gebelik esnasındaki yeme bozukluğu semptomlarında önemli bir azalma olmasına rağmen, postpartum ve laktasyon dönemlerindeki yeme bozukluğu semptomlarında artış olduğu rapor edilmiştir (Hunna ve arkadaşları 2014). Başka bir çalışmada, bulimia nervoza hastalarının %57'sinin postpartum dönemde gebelik dönemlerinde olduğundan daha ciddi semptomlar gösterdiği kaydedilmiştir (Morgan ve arkadaşları 1999). Çalışmalarda yeme bozukluğuna sahip ya da geçmişinde yeme bozukluğu öyküsü olan annelerin doğum sonu dönemde önemli bir oranında yeme bozukluklarının devam ettiği ve daha çok emzirme sorunları, postpartum depresyon, maternal anksiyete yaşadıkları saptanmıştır (Hunna ve arkadaşları 2014, Knoph ve arkadaşları 2013).

Çalışmamızda araştırma grubunda farklı yaş gruplarına göre yeme tutumları karşılaştırıldı, istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmesi de aritmetik ortalamalar arasında farklılıklar bulundu. 35-44 yaş arasındaki kadınların daha yüksek yeme bozukluğu riski içerisinde olduğu görüldü. En düşük yeme bozukluğu riskini 18-24 yaş arasındaki kadınların taşıdıkları bulundu. Bu sonuç, kadınların yaş ortalamasının yükseldikçe yeme bozukluğu riskinin de yükseldiğini ifade etmektedir. Kadioğlu'nun yapmış olduğu çalışmada da yaş arttıkça yeme bozukluğu riskinin de arttığı saptanmıştır (Kadioğlu 2009). Smink ve arkadaşları 1980'ler, 1990'lar ve 2000'li yıllarda Hollanda nüfusunun %1'ini temsil eden ve DSM kriterlerine göre anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza vakalarını inceledi. Bu üç dönemin (1980, 1990 ve 2000) sonuçları birleştirildiğinde, bizim çalışmamızla uyumlu olarak yaş aralığı arttıkça anoreksiya nervoza insidansı yüksek bulunmuştur fakat bulimia nervoza da yaş arttıkça in-

sidansı daha düşük bulunmuştur (Smink ve arkadaşları 2016). Çalışmalar arası farklı sonuç bulunması kültürler arası farklılık ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Yeme tutumunu etkileyen en önemli değişkenlerden biri BKİ' dir. Araştırmamızda beden kitle indeksi ile yeme tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmesi de obez grupta yer alan kadınlarda yüksek yeme bozukluğu riski görüldü. Türkçe literatürle paralel olarak fazla kilolu ve obez olanlarda normal kilolulara göre yeme bozukluğu riski 2 kat daha fazladır (Garibağaoğlu ve arkadaşları 2006, Vançelik ve arkadaşları 2007). Bu çalışmaların aksine Forman ve Hoffman'ın (2004) lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada yeme bozukluğu riski zayıf olan kişilerde daha fazla olduğu görülmüştür (Forman ve Hoffman 2004). Çalışma sonuçları arasındaki farklılık, örneklem yaşlarının farklı olması ve kültürler arası farklılık ile ilişkilendirilebilir.

Araştırmaya katılan kadınların kilo ortalaması 68.76 ± 1.26 , beden kitle indeksi ortalaması ise 25.67 ± 4.21 idi. Beden kitle indeksi gruplamalarına bakıldığında %47.4'ü (n:55) normal, %39.7'si (n:46) kilolu ve %12.9'u (n:15) obez kategorisinde olduğu görüldü. Çalışmamıza katılan kadınların çoğunluğu normal kiloda olduğu saptandı. Literatüre bakıldığında çalışmamızla uyumlu araştırmaların olduğu görüldü (Hacıarif 2015, Çelikel ve arkadaşları 2009, Kadioğlu 2009). Fakat literatürde obez kesimin fazla olduğu çalışmalarda olduğu görüldü (Mama ve arkadaşları 2011). Türkiye'de 15 yaş ve üzeri obez bireylerin oranı 2014 yılında %19.9 iken, 2016 yılında %19.6'ya düşmüştür. Avrupa Birliği'nin (AB) en güncel verisi olan 2014 yılı incelendiğinde, bu oran AB'de ortalama olarak %1.4 olarak gerçekleşmiştir. Seçilmiş AB ülkeleri içinde, Malta %25.2 ile ilk sırada yer almaktadır. Bunu, %20.8 ile Letonya, %20.6 ile Macaristan ve %19.9 ile Türkiye izlemiştir (Türkiye İstatistik Kurumu 2017). TNSA 2008 verilerine göre Türkiye'de kadın nüfusunun %23.9'u, TURDEP II 2010 verilerine göre kadın nüfusunun %44.2'si, erkek nüfusunun %27.3'ü obezdir (TNSA 2008, TURDEP II 2010). Türkiye Sağlık Araştırması (2016) verilerine göre 2014 yılında düşük kilolu oranı %4.2 iken 2016 yılında %4'e düşmüştür (Türkiye İstatistik Kurumu 2017).

Çalışmada ele alınan ve yeme tutumunu etkileyen diğer bir değişken beden algısıdır. Bireylerin kendi vücudunu algılama şekline beden algısı denir. Bireylerin algıları ile sahip olunan vücut şekli arasında farklılıklar olabilir. Örneğin zayıf olduğu halde kendini şişman olarak algılayan bireyler vardır. Beden görüntüsünden memnun olmayanlar da yeme bozukluğu sıklığı, memnun olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Beden görüntüsünden memnun olmayanların %27.5'i (n:11) yüksek risk yeme bozukluğu göstermektedir ($p<0.05$). Yapılan araştırma sonuçları bulgumuzu desteklemektedir (Kocabasoglu 2001, O'dea ve arkadaşları 1996).

Çalışmamızda kadınların beden algısına göre %35.3'ü (n:41) normal, %19'u (n:22) kilolu, %45.7'si (n:53) obez idi. Bu sonuçlar doğrultusunda kadınlar beden kitle indekslerini gerçek değerlerinden daha yüksekte değerlendirdiği görüldü. Türkiye beden ağırlığı algısı araştırmasında (2012) BKİ sınıflamasına göre fazla kilolu olanların sadece %38,7'si kendini fazla kilolu olarak algılamakta, %5,6'sı obez, %53,4'ü normal kiloda ve %2,3'ü zayıf olarak algıladığını ifade etmiştir. Obez olanların ise sadece %25,8'i kendini obez olarak algılamakta olup %54,2'si fazla kilolu, %18,9'u normal kiloda ve %1,1'i zayıf olarak algıladığını belirtmiştir. Zayıf olanların %62,5'i kendini zayıf olarak algılamakta, normal kiloluların %71,8' i kendini normal kiloda algılamaktadır (Karakaya ve arkadaşları 2012). Bizim çalışmamızda ise bireylerin BKİ sınıflandırması ve beden algısı arasındaki ilişki incelendiğinde normal ağırlıkta olanların (n:55); %70.9'u (n:39) kendisini normal, %20'si (n:11) kilolu, %9.1'i de (n:5) beden algısına göre obez olarak değerlendirdi. Kilolu olanların (n:46); %4.3'ü (n:2) kendisini normal, %23.9'u (n:11) kendisini kilolu, %71.7'si (n:33) kendisini obez olarak değerlendirdi. Obez olanların (n:15) hepsi beden algısına göre de kendisinin obez olduğunu ifade ettiler. Mama ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada Afrikalı Amerikan kadınlarda ölçülen BKİ'ye göre normal kiloda olan kadınların çoğunluğu bizim çalışmamıza benzer olarak kendini kilolu ve obez olarak algıladığı görüldü. Bizim çalışmamızın aksine obez olan kadınların bir kısmı da kendini normal kiloda algıladığı görüldü (Mama ve arkadaşları 2011). Latin kadınlarda ise ölçülen BKİ'ye göre normal kiloda olan kadınların hepsi kendini kilolu ve obez olarak algıladıkları görüldü (Mama ve arkadaşları 2011). Dolayısıyla çalışmamız literatürle uyumlu olarak kadınların gerçek beden görüntülerinden habersiz

olduğu görüldü. Bireyler algılarındaki vücut şekline sahip olmadıkları için beden memnuniyetsizliği yaşarlar. Uğur'un yaptığı bir çalışmada, beden algısı memnuniyetsizliğinin özellikle 17-18 yaş grubunda görüldüğü saptanmıştır. Bu dönemde dış görünüşün kişiler için daha önemli olduğu, bedenleri ile ilgili daha çok kaygı duydukları, yaş ilerledikçe bu kaygının daha az olduğu saptanmıştır (Uğur 1996). Bizim çalışmamızda araştırma grubunun beden kitle indeksi ile beden görüntüsünden memnuniyet arasında anlamlı farklılık gözlemlendi ($X^2=9.866$ $p<0.05$). Beden kitle indeks değerleri arttıkça beden görüntüsünden memnun olma düzeyi azalmıştır. Beden görüntüsünden memnun olan kadınların normal kiloda olduğu, memnun olmayan kadınların ise şişman ve obez kategorisinde olduğu ve kilolarını sıklıkla kontrol ettiği saptandı. Fakat beden kitle indeksi normal olan kadınların da bir kısmının beden görüntüsünden memnun olmadığını belirtmiş olmaları beden algılarına yönelik olumsuz düşüncelerin ve davranışların sebebi olabilir. Ayrıca normal kiloda olan kadınların daha stresli olduğu görüldü. Bu da kilo alma kaygısından kaynaklandığı düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada depresyon, anksiyete ve diyet yapma gibi değişkenlerin beden memnuniyetsizliği ve yeme bozukluğunun gelişmesinde etkili olduğu öne sürülmüştür (Juarascio ve arkadaşları 2011). Çalışmamızda beden görüntüsünden memnun olmayan kadınların çoğunluğu kendini stresli ve sinirli olarak tanımladığı görüldü ($p<0.05$). Kişilerin beden imajından memnuniyetsizliğine stres mi yol açıyor, yoksa kişilerin stres durumu beden imajı tatminsizliğini mi artırıyor? Araştırmalarla bu sorulara yanıt bulunması gerekiyor. Çalışmamızda kadınların yeni doğum yapmış olmaları ve gebelikte alınan kilolar, kendilerini çirkin hissediyor olmalarına yol açabilir ve bu nedenle stresli olabilirler. Bu stresin ve gebelikte alınan kiloları hemen vermek istemenin etkisiyle kadınlarda beslenme bozukluğu ortaya çıktığını düşünmekteyiz.

Fiziksel aktivite sağlık için çok önemlidir. Beden sağlığı yanında, sosyal ve ruhsal sağlığı da etkilemektedir. Fiziksel olarak inaktif olmanın diyabetin %27'sinden, bazı kanserlerin %21-25'inden ve iskemik kalp hastalıklarının %30'undan sorumlu olduğu saptanmıştır (WHO, Physical Activity). Çalışmamızda araştırma grubunun spor yapmadığı görüldü, diğer çalışmalarda benzer sonuçları vermektedir (Işık 2009, Özger Ağaca 2012, Hacıarif 2015). Çalışmamızda gün içinde daha aktif olan kadınlara

rın sağlığını iyi olarak değerlendirdiği saptandı ($X^2=12.943$ $p<0.05$). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması Raporuna (2010) göre; Türkiye genelinde emziren kadınların %84' egzersiz yapmamaktadır (Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010). Bu da fiziksel aktivite konusunda çalışma sonucumuzu desteklemektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda kadınlara fiziksel aktivitenin önemi benimsetilmeli, fiziksel aktivite yapabilmeleri için uygun koşullar oluşturulmalı ve gebelik sürecinin başlangıcından itibaren gerekli eğitim ve uygulamalar ile desteklenmelidir. Böylece insanlara istenen beden imajına sadece beslenmeyi kırsarak değil günlük fiziksel aktivite miktarını artırarak da sağlanabileceği algısı yerleştirilmelidir.

Son yıllarda yapılan araştırmalarda modern yaşamın gerektirdiği günlük rutinlerin yoğunlaşması ve koşuşturmaların artması ile uyku sresinde azalma olduğu görülmüştür. Azalan uyku süresi ve kalitesinin obezite üzerinde bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Basner ve arkadaşları 2007). Yapılan alışmalar yetersiz uykunun, özellikle de 6 saatten az uyumanın ağırlık kazanımına neden olabileceğini göstermektedir (Peuhkuri ve arkadaşları 2012). Bizim alışmamızda uyku süresi ile beden kitle indeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmese de 6 saatten az uyuyan kadınların %35'i (n:21) fazla kilolu, %15'i (n:9) obez olduğu saptandı. Vorona ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada bizim çalışmamızla uyumlu olarak uyku sresinin azalması ile BKİ'de artış olduğu görülmüştür (Vorona ve arkadaşları 2005). Bizim çalışmamızın aksine uyku süresi azaldıkça, BKİ 'de düşüş olduğunu gösteren çalışma da literatürde mevcuttur (Tamakoshi ve arkadaşları 2004).

Öğünlerin tüketim sıklığı ve her öğün alınan besin öğelerinin miktarı ile enerjinin yeterli ve dengeli olması vücudun fizyolojik dengesinin sağlanması ve organların korunması için çok önemlidir. Bunların yanında öğünlerin düzenli bir şekilde tüketilmesi bireylerin daha sağlıklı düşünmesi, yorgunluğu giderebilmesi ve hastalıklara karşı korunması için de çok önemlidir (Hacıarif 2015). Çalışmamızda doğum yapan kadınların %64.7'sinin öğün atladığı ve bu %41.3'ünün öğle yemeğini, %38.7'sinin ara öğünleri atladığı görüldü. Çalışma sonucumuzla uyumlu olarak literatürde yapılan araştırmalarda öğün atlandığı ve atlanılan öğünün öğle yemeği olduğu görülmüştür (Ulaş ve Genç 2010, Ermiş ve arkadaşları 2015). Ayrıca Türkiye genelinde gebe

ve emziren kadınların çoğunluğu birinci sırada öğle yemeğini sonrasında kahvaltıyı atladıkları görülmüştür (Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010).

Çalışmamızda bireylerin beslenme ile ilgili bilgi edindikleri kaynaklar incelendiğinde; birinci sırada kitle iletişim araçları (gazete, dergi, televizyon, internet), ikinci sırada çevre, üçüncü sırada doktor, dördüncü sırada diyetisyen ve diğer seçenekler, son sırada ise kitaplar, bilimsel yayın vs. olduğu görüldü. Diğer çalışmalarda olduğu gibi bizim çalışmamızda da ilk kaynak yazılı ve görsel medyanın olduğu görülmektedir (Hacıarif 2015). Bu durum bilgi kirliliğine ve hatalı bilgiler ile yanlış beslenme alışkanlıklarına sebep olabilmektedir.

Duygu Durum Değişiklikleri ve Beslenme ilişkisi

Bireyde ruhsal durum ve yeme davranışı arasında karşılıklı bir etkileşim bulunduğu ve yeme davranışının anksiyete, neşe, üzüntü, öfke, depresyon gibi farklı duygulara göre değiştiği bilinmekte ve kabul edilmektedir (Eren ve Erdi 2003). Çalışmamızda yeme tutum test puanı ile kendini nasıl hissettiği (huzurlu-mutlu/stresli-sinirli) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü ($p<0.05$). Stres düzeyi arttıkça test puanının arttığı görüldü. Ayrıca araştırma grubunun %48.3'ü (n:56) üzüntülü olduğunda daha az yediğini ifade ederken, %17.2'si (n:20) üzüntülü olduğunda daha çok yediğini ifade etti. Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada; stres durumunda beslenmesinin etkileneceğini belirten öğrencilerin yeme bozuklukları oranı (%14.5), etkilenmeyeceğini belirtenlerden (%5.5) daha yüksekti (Kadıoğlu 2009). Bizim çalışmamızda da üzüntülü iken daha az yediğini belirten kadınlarda yeme bozukluğu oranı (%59.1), üzüntülü iken daha çok yediğini belirtenlerden (%18.2) daha yüksekti.

Çalışmamızda, araştırma grubunun ailesinde beslenme sorunu olanlarda yeme bozukluğu riski yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$). Literatürde Ergüney'in yaptığı

çalışma da bizim bulgumuzu destekler niteliktedir (Ergüney 2012). Bu durum yeme bozukluğunun genetik temeline vurgu yapmaktadır.

Çalışmamızda araştırma grubunun düşük, orta ve yüksek yeme bozukluğu riski bulunan kadınlar ile obsesyon varlığına bakıldığında, aritmetik ortalamalar arasında farklılıklar görüldü. Yüksek riskte yeme bozukluğu gösteren kadınların diğer risk gruplarına göre daha fazla obsesif kompulsif bozukluk riski taşıdığı görüldü. Literatüre bakıldığında Kaye ve arkadaşlarının (2004) yapmış olduğu çalışma, bizim bulgumuzu desteklediği görüldü (Kaye ve arkadaşları 2004).

Amerika Psikiyatri Birliği'nin (APA) yayını DSM-5'te (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza gibi net tanı kriterleri bulunmadığı için ortoreksiya nervoza henüz bir hastalık olarak tanımlanmamıştır (Haman ve arkadaşları 2015). Ortoreksiya nervoza konusuna ilginin artmasıyla birlikte, prevalansının saptanmasına yönelik çalışmaların sayısı giderek artış göstermektedir. Çalışmamızda araştırma grubunun %80.2'si ortorektik eğilim gösterdiği görülmüştür. Literatürdeki çalışmalara (Bağcı Bosi ve arkadaşları 2007, Asil ve Sürücüoğlu 2015, Brytek 2012) kıyasla bizim çalışmamızda ortoreksiya görülme sıklığı daha yüksek görüldü.

Çalışmamızda ortorektik bireylerin yaş ortalaması 29.6 ± 5.41 idi. Araştırma grubunun yaş grupları ve ortoreksiya puanları aritmetik ortalamaları arasında farklılıklar görüldü. Yaş arttıkça, Orto-15 testinden alınan puanın düştüğü görüldü. Bu sonuca göre 35-44 yaş aralığındaki kadınlar daha fazla ortorektik eğilimler görülse de Orto-15 puanı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmedi. Sonuç olarak Arusoğlu ve arkadaşlarının (2008) yapmış olduğu çalışmadaki gibi bizim çalışmamızda da yaşın ortorektik eğilim üzerinde etkili olmadığı görüldü (Arusoğlu ve ark. 2008). Yapılan diğer çalışmalarda Orto-15 puanı ile yaş arasında negatif ilişki görüldüğü (Donini ve ark. 2004, Fidan ve ark. 2010, Bağcı Bosi ve ark. 2007, Tek ve Ermumcu 2016) ilerleyen yaşın ortorektik eğilimlerin artmasında etkili olabileceği bildirilmektedir.

Bireylerin ortorektik eğilimi ile eğitim süreleri arasındaki ilişki araştırmalara göre çelişkili olup, Donini ve arkadaşları (2004) eğitim düzeyi düşük olanlarda ortorektik eğilimin yüksek olduğunu belirtmiştir. Ancak bazı çalışmalarda ortorektik eğilim üzerine eğitim durumunun tek başına etkili olmadığı bildirilmektedir (Donini ve arkadaşları 2005, Varga ve arkadaşları 2013). Bu çalışmada da ortorektik olanların eğitim süresi, normal bireylerden yüksek olmasına rağmen aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Ortorektik eğilim gösteren bireylerin sağlıklı beslenebilme amacıyla besin seçimlerini sınırlamalarının, ağırlık kaybına neden olduğu belirtilmektedir (Gezer ve Kabaran 2013). Bu çalışmada ortorektik eğilim gösterenlerin ortalama vücut ağırlıkları aritmetik olarak normal bireylerden daha yüksek bulunmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p > 0.05$). Ayrıca bireylerin olmak istedikleri vücut ağırlığı sorgulanmış ve ORTO-15 puanları ile korelasyon göstermese de aritmetik olarak normal bireylere göre daha yüksek olduğu saptandı. Bu da ortorektik eğilimlerin artmasında fazla kilolu ve şişman olmanın sağlıklı beslenme takıntısını tetikleyici olabileceğini düşündürmektedir. Ortorektik obsesyonlar ilerledikçe ortaya çıkan zayıflık ise bu süreçteki ilerlemenin bir sonucu olacaktır.

Bazı çalışmalarda beden kitle indeksinin ortorektik davranışları tahmin etmede bir gösterge olabileceği belirtilmektedir (Fidan ve arkadaşları 2010, Varga ve arkadaşları 2014). Özellikle yüksek BKİ değerlerinin, düşük ORTO-15 puanlarıyla ilişkili olduğu bildirilmektedir (Fidan ve arkadaşları 2010, Varga ve arkadaşları 2013, Varga ve arkadaşları 2014). Fakat ORTO-15 puanı ve BKİ değerleri arasında herhangi bir ilişki olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur (Arusoğlu ve arkadaşları 2008, Sanlier ve arkadaşları 2016). Bizim çalışmamızda da ORTO-15 puanı ve BKİ değerleri arasında anlamlı ilişki bulunmadı fakat ORTO-15 puanı düşük olanların normal ve yüksek BKİ değerlerine sahip olduğu görüldü. Kadınların yeme davranışı ve bedenleriyle ilişkileri karmaşıktır. Sosyal etkileşimler ve medya 'ince' bir bedene sahip olmayı teşvik etmekte ve bu nedenle vücut ağırlığı ve beden imajı konularında kaygılar artmaktadır. Bu nedenle normal vücut ağırlığına sahip olmak ve bunu sür-

dürmenin ortorektik eğilimi artırdığı ve vücut ağırlığı arttıkça da kilo vermek maksadıyla ortoreksiyaya eğilimin arttığını söyleyebiliriz.

Ortorektik eğilim gösterenlerin genel beslenme davranışları incelendiğinde besinin miktarından çok kalitesiyle ilgili takıntıları oldukları belirlenmiştir. Besinlerin satın alma aşamasında etiket okuma alışkanlıklarının olduğu, besinin içinde katkı ve kanserojen madde olup olmadığına dikkat ettikleri ve besinlerin saf ve katkısız olmasına kafa yordukları belirtilmektedir (Donini ve arkadaşları 2004). Bizim çalışmamızda da ortorektik kadınların besinleri satın alma aşamasında etiket okuma alışkanlıklarının olduğu ve doğal gıda ürünü satan mağazalarda 30 dakikadan fazla zaman harcadığı saptandı ($p<0.05$).

Çalışmamızda kilosunu sık kontrol edenlerde ve diyet tedavisi yapanlarda yeme tutum test puanı daha yüksek olduğu görüldü ($p<0.05$). Kadioğlu'nun yaptığı çalışmada bizi destekler nitelikte diyet yapanların bir çoğunda olası yeme bozukluğu (YTT puanı =30) saptanmıştır (Kadioğlu 2009).

Sonuç olarak; çalışmamızda doğum yapan kadınlarda beden imajından memnuniyetsizlik ve stresin yüksek olması nedeniyle yeme bozukluğu daha yüksek oranda görüldüğü düşünülebilir.

5. SONUÇ

Ortadoğu Hastanesinde doğum yapan ve doğum sonrası dönemde (lohusalık) olan 18-49 yaş arasındaki kadınların beslenme bozuklukları durumlarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmada 116 kadından elde edilen önemli bulgular ve bu bulgulara yönelik öneriler aşağıda yer almaktadır.

- Araştırma grubunun %19'unda (n:22) yeme bozukluğu saptandı. Yeme bozukluklarını önleme ve tedaviye yönelik programlar (sağlık eğitimi, danışmanlık ve izlem) yürütülmelidir. Beden algısında farkındalık yaratılmalı, beden kitle indeks kategorileri açıklanmalı ve lohusalık dönemine uygun beslenme programları hazırlanmalıdır.
- Araştırma grubunun sadece %7.8'inin (n:9) spor yaptığı saptandı. Doğum yapan kadınlara fiziksel aktivitenin önemi benimsetilmeli, fiziksel aktivite yapabilmeleri için uygun koşullar oluşturulmalı ve gerekli eğitim ve uygulamalar ile desteklenmelidir.
- Gebeliği sırasında ortaya çıkan beslenme sorunlarıyla yeme bozukluğu ile ilişkili yeme tutumu davranışları arasındaki farklılıklar saptanmalıdır.
- Araştırma grubunun yeme tutumları ile obsesif kompulsif bozukluk ve ortoreksiya nervoza varlığının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi fakat test puanlarının aritmetik ortalamasına bakıldığında yüksek risk yeme bozukluğu olan kadınlarda ortorektik eğilim ve obsesif kompulsif bozukluk riski daha yüksek olduğu görüldü. Yeme bozukluklarında temel hedefin ruhsal rahatsızlıkların tedavi edilmesi olduğu vurgulanmalıdır.
- Araştırma grubundaki kadınların kendini olduğundan fazla kilolu gördüğü gözlemlendi. Kadınlara beden algıları ve beden kitle indeks hesapları hakkında bilgilendirmeler yapılmalıdır.

- Araştırma grubunun beden algısına göre kendini şişman olarak değerlendirenlerde ve yeme bozukluğu olan kadınlarda stres düzeyinin yüksek olduğu saptandı. Anksiyete ve stresin azaltılması için doğum yapan kadınlara stresle baş etme yöntemleri öğretilmelidir.
- Çalışmamızda bireylerin beslenme ile ilgili bilgi edindikleri kaynaklar incelendiğinde; birinci sırada kitle iletişim araçları (gazete, dergi, televizyon, internet) yer almaktadır. Bireyleri bilinçlendirmeye yönelik yapılacak programların özellikle medya araçları kullanılarak ve sağlık profesyonellerinin (psikolog, diyetisyen, psikiyatrist, endokrinolog, jinekolog, gastroenterolog, pediatrist vb.) aktif görev almaları sağlanarak gerçekleştirilmelidir,
- Uzun süreli emzirmenin olumlu anne-çocuk bağlanmasını geliştirdiğine, doğum sonu kilo vermeye yardımcı olduğuna ve anneye sağlıklı yeme alışkanlıklarını yeniden kazanması için bir fırsat sağladığına dair kanıtlar bulunmaktadır. Bu nedenle lohusalara emzirmenin olumlu etkileri bu açıdan da açıklanmalıdır.
- Doğum sonrası yeme bozuklukları ile beslenme ilişkisine yönelik çalışmaların sayısı artırılmalıdır.
- Ülkemizde, doğum öncesi ve sonrası süreçte yeme bozukluklarının tanınmasına yönelik ölçekler geliştirilmelidir.
- Gebelerin yeme tutumu davranışlarının gebelik sürecinde ve doğum sonrası takiplerde sorgulanmasının riskli grupların belirlenmesi ve olası komplikasyonların önlenmesinde etkili olacağı düşünülmektedir.
- Kilosunu sıklıkla kontrol eden, beden görüntüsünden memnun olmayan, diyet tedavisi yapan ve ailesinde beslenme sorunu olan kadınlarda olası yeme bozukluğu (YTT ≥ 30) riski daha yüksek olduğu saptandı. Rutin gebelik kontrolleri sırasında belirtilen bu faktörlerin gebelere sorulması ve eğer varsa yeme bozukluğuna erken müdahale şansı sağlanması ile gebelik ve lohusalık döneminde yeme bozukluğu insidansı azaltılacaktır. Böylece anne ve bebek sağlığına olumlu bir katkı sağlanmış olacaktır.

KAYNAKLAR

1. ABRAHAM S, AND LLEWELLYN-JONES D (1997) Eating Disorders the Facts. 4.th Edition. New York: Oxford University Press.
2. AĞIRMAN A, MANER F (2010) YB ve Duygusal İstismar: Olgu Sunumu, Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 23: 121-127
3. AKSOYDAN E (2008) Beslenme Bilgi Serisi (1. Basım). Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara.
4. ALANTAR Z, MANER F (2008) Bağlanma Kuramı Açısından Yeme Bozuklukları. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 9(1):97-104.
5. ANDERSEN AE, YAGER J (2005) Eating disorders. Comprehensive textbook of psychiatry, 8. baskı, cilt 1. Sadock B, Sadock V, (Ed), Philadelphia. Lippincott Williams, Wilkins, p. 2005-2021.
6. ARISAN K (1997) Propedötik Kadın-Doğum, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.
7. ARNOLD S, COHEN D (2001) Postpartum Konular: Jinekoloji ve Obstetrik Soruları, Çeviren B Ata, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, s. 341-345.
8. ALTUNTUĞ K (2002) Doğum Sonu Dönemde Anneler ile Ebe ve Hemşirelerin Eğitim Öncelikleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Konya, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
9. ARUSOĞLU G (2006) Sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya) belirtilerinin incelenmesi ve Orto-15 ölçeğinin uyarlanması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Diyetetik Programı Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.
10. ARUSOĞLU G, KABAKÇI E, KÖKSAL G, MERDOL TK (2008) Orthorexia Nervosa and Adaption of Orto-11 into Turkish, Turkish Journal of Psychiatry, 19 (3): 283-291.
11. ASİL E, SÜRÜCÜOĞLU MS (2015) Orthorexia Nervosa in Turkish Dietitians. Ecology of Food and Nutrition. 54(4):303-13.
12. BAĞCI BOSİ AT, ÇAMUR D, ÇAĞATAY G (2007) Prevalence of Orthorexia Nervosa in Resident Medical Doctors in the Faculty of Medicine in Ankara, Turkey, Appetite, 49: 661-666.

13. BATKIN D (2011) Gebe kadınlara verilen beslenme eğitiminin aneminin önlenmesine etkisi, Doktora Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
14. BALKAYA AN (2002) Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemsirenin rolü, C.Ü. Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(2): 42-49.
15. BASNER M, FOMBERSTEİN KM, RAZAVİ FM, BANKS S, WILLİAM JH, ROSA RR, ET AL. (2007) American time use survey: sleep time and its relationship to waking activities, Sleep, 30:1085-95.
16. BATUR S, KABAKÇI E, GÜLOL Ç (2003) Eating Attitudes of Turkish Dancers: Maladaptive Eating Attitudes of Elite and Amateur Turkish Dancers: Are They at Risk?. Eating and Weight Disorders Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 8 (4), 263-267.
17. BATUR S (2004) Yeme tutum bozukluğu gösterenlerde ve göstermeyenlerde temel bilişsel şemalar. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
18. BAYSAL A (1988). The importance of nutrition in maternal health and economy in nutrition, Türk Hemşireler Dergisi, 38, 24-7.
19. BAYSAL A. (1997) Beslenme, Hatipoğlu Yayıncılık, 7. Baskı.
20. BEUMONT PJV (1995) The Clinical Presentation of Anorexia and Bulimia Nervosa. In: Eating disorders and obesity. Newyork: The Guilford Press. Vol:27:151-158.
21. BILLINGS T (1995) Other types of eating disorders, Erişim: <http://www.something-fishy.org>, 21/Ekim/2016.
22. BRATMAN S, KNIGHT D (2000) Health Food Junkies: Overcoming the Obsession with Healthful Eating, Broadway Books, New York.
23. BRODSKY PL (1998) A postpartum home follow up project by student nurses using marker model standards, Journal of Nursing Education, 37 (8): 373-7 p.
24. BROWN SG, JOHNSON BT (1998) Enhancing early discharge with home follow-up: A pilot project, JOGNN, 27(1): 33-38 p.
25. BROWNELL KD, AND FAIRBURN CD (1995) Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook. Newyork: The Guilford Press.
26. BRYTEK-MATERA A (2012) Orthorexia nervosa—an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? Arch Psychiatry Psychother; 14(1):44–60.
27. BUDAK S (2000) Psikoloji Sözlüğü. Bilim Sanat Yayınları, Ankara.

28. BURROUGHS A, LEİFER G (2001) Postpartum Period: Maternity Nursing An Introductory Text, Philadelphia, Saunders Company.
29. BÜYÜKKAL M.B (1999) Duygudurum Spektrumunda Yeme Bozukluklarının Yeri, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
30. CENGİZ SD (2003) Kadın Hastalıkları ve Doğum Kitabı, Antıp A.ğ. Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınları, 1. Baskı, Ankara, 1-215 s.
31. CİNEMRE B (1999) Yeme Bozuklukları: Epidemiyoloji ve Eşlik Eden Hastalıklar. Yeme Bozuklukları, Çelikkol A. İzmir: Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 4(2): 137-154.
32. COŞKUN A (1992) Ülkemizde ana sağlığı sorunları. 1.Ulusal Ana ve Çocuk Sağlığı Hemşireliği Sempozyumu. İstanbul. s.17-23.
33. COŞKUN A VE KARANİSOGLU H. (1997) Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir.
34. COŞKUN A, ÖZDEMİR Ö (2009). Gebelikte vitamin-mineral kullanımı ve beslenmenin irdelenmesi, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 6, 155-70.
35. ÇELİKEL FÇ, BİNGÖL TY, YILDIRIM D, TEL H, ERKORKMAZ Ü (2009) Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Yeme Tutumu. Nöropsikiyatri Arşivi 46: 86-90.
36. DAHLMANN BH, MÜLLER B, HERPERTZ S,(HEUSSEN N.), HEBERAND J, (REMSCHMİDT H.) (2001). Prospective 10-Year Follow-up in Adolescent Anorexia Nervosa: Course, Outcome, Psychiatric Comorbidity, and Psychosocial Adaptation. J. Child Psychology Psychiatry 42(5):603-612.
37. DECKELBAUM RJ, WILLIAMS CL (2001) Childhood obesity: the health issue. Obes Res 2001; 9(Suppl 4): 239-43.
38. DEMİR MB (2008) Gebelikte folik asit kullanımı ve nöral tüp defekti ilişkisi farkındalığının demografik özellikleri. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi, Samsun.
39. DİAMANTİ-KANDARAKİS E, BERGİELE A (2001) The influence of obesity on hyperandrogenism and infertility in the female. Obes Rev 2: 231-8.
40. DİŞÇİGİL G (2007) Günümüzün Çocukluk ve Adolesan Çağı Epidemisi: Obezite Türk Aile Hek Derg 11(2): 92-96.
41. DOĞAN O (1985) Anoreksiya nervozada bir izleme çalışması. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı.

42. DONİNİ LM, MARSİLİ D, GRAZIANİ MP, IMBRİALE M, CANELLA C (2004) Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon, *Eating and Weight Disorders*, 9:151-157.
43. DONİNİ LM, MARSİLİ D, GRAZIANİ MP, IMBRİALE M, CANELLA C (2005) Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eating Weight Disord.* 10 (2): 28-32.
44. ELAL G, ALTUĞ A, SLADE P, TEKCAN A (2000) Factor structure of the eating attitudes test (EAT) in a Turkish university sample. *Eating Weight Disorder*, 5 (1), 46-50.
45. ERATA YE, GÜÇLÜ S (2003) Gebelikte vitamin desteği. *Perinatoloji Dergisi*, 11, 13-19.
46. ERDEM M (2002) Normal gebelikteki fizyolojik değişiklikler. *Gebelik ve Sistemik Hastalıklar (Ed.)*, Yamaç K, Gürsoy R, Çakır N, İstanbul.
47. EREN İ, ERDİ Ö (2003) Obez hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 6(3): 152-157
48. ERGÜNEY FE (2012) Yeme bozukluğu hastalarında tedavi motivasyonu, beden imgesi ve depresyonun değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı.
49. ERMİŞ E, DOĞAN E, ERİLLİ NA, SATICI A. (2015) “Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının incelenmesi”, *Journal of Sports and Performance Researches*, 6(1); 30-40.
50. EROL N, SAVAŞIR I (1988). Maudsley Obsesif-Kompulsif Soru Listesi. 24. *Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışma Kitabı*, s 104-114.
51. ERYILMAZ YH (1999) Doğum Sonu Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesinde Ölçek Geliştirilmesi ve Uygulanan Bakım Yönteminin (Pathway) Etkilerinin Belirlenmesi. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
52. FİDAN T, ERTEKİN V, IŞIKAY S, KIRPINAR İ (2010) Prevalence of Orthorexia Among Medical Students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 51 (1): 49-54.
53. FORMAN V, HOFFMAN (2004) High Prevalence of Abnormal Eating and Weight Control Practices Among U.S. High-School Students. *Eating Behaviors*, 5(2): 325-336.

54. GARİBAĞAOĞLU M, BUDAK N, ÖNER N, SAĞLAM Ö, NİŞLİ K. (2006). Üç Farklı Üniversitede Eğitim Gören Kız Öğrencilerin Beslenme Durumları ve Vücut Ağırlıklarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi, 15(3): 47-180.
55. GARNER DM AND GARFİNKEL PE (1979) The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9:273-279.
56. GARNER DM, OLMSTED MP, BOHR Y AND GARFİNKEL PE (1982) The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
57. GEZER VE KABARAN (2013) Beslenme ve Diyetetik Bölümü Kız Öğrencileri Arasında Görülen Ortoreksiya Nervosa Riski. Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Dergisi, 4 (1): 14-22.
58. GÖLBAŞI Z (2003) Postpartum Dönemde Erken Taburculuk, Evde Bakım Hizmetleri Ve Hemşirelik, C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7(2), 15-22 s
59. GÖRMÜŞ I, ERGENE N (2003). Magnezyumun Klinik Önemi Genel Tıp Dergisi, 12, 69-75.
60. GÜLER H (1987) Lohusalıkta Anneye Verilen Sağlık Eğitiminin Annenin Doğum Sonrası Döneme İlişkin Eğitim Düzeyine Etkisinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
61. GÜNEY E VE KURUOĞLU AÇ (2007) Yeme bozukluklarında beyin görüntüleme yöntemleri. *Klinik Psikiyatri*, 10: 93-101.
62. GÜRDAL A (1999) Anoreksiya Nervosa Tedavisinde Karşılaşılan Güçlükler. Çelikkol A. İzmir: Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 4(2):243-255.
63. HACIARİF A (2015) Yetişkin bireylerin beslenme durumlarının incelenmesi ve tikanırmasına yeme bozukluğunun belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
64. HALMİ KA (2000) Eating Disorders. Kaplan H.I., Sadock B.J.: *Comprehensive Textbook of Psychiatry volume II* seventh Edition. 1663-1676.
65. HAMAN L, BARKER-RUCHTİ N, PATRİKSSON G, LİNDGREN EC (2015) Orthorexia nervosa: An integrative literature review of a lifestyle syndrome. *Int J Qual Stud Health Well-being* 14(10):1-15.
66. HAZNEDAROĞLU D (2001) Ülkemizde anne ve çocuk beslenmesinin durumu. 1.Ulusal Ana-Çocuk Sağlığı Kongresi

67. HİMES JH, DİETZ WH (1994) Guidelines for overweight in adolescent preventive services: recommendations from an expert committee. The Expert Committee on Clinical Guidelines for Overweight in adolescent Preventive Services. Am J Clin Nutr 59: 307-16.
68. HODGSON RJ AND RACHMAN S (1977) Obsessional-compulsive complaints. Behavior Research and Therapy, 15, 389-395.
69. HOEK HW, HOEKEN DV (2003) Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders. Int. J. Eating Disorders 34: 383-396.
70. HONEY KL, BENNET P, MORGAN M (2003) Predicting postnatal depression. Journal of Affective Disorders, 76(1-3), 201-210 p.
71. HOPKİNS A (1992) How might measures quality of life be useful to me as a clinician?, In: Measures of Quality of Life (Hopkins, A., Ed.) Royal Collage of Physicians, London, 1-13 p.
72. HUNNA JW, LEİLA T, STEPHANİE Z, TED RK, CECİLİE K, CAMİLLA S, ANNA MARİA SR, ANN VH, ROBERT MH, HELLE MM, ELİZABETH HF, MARGARETHA H (2014) Eating disorders, pregnancy, and the postpartum period: Findings from the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). Norsk Epidemiologi, 24 (1-2): 51- 56.
73. İŞİK B (2009) Uludağ Üniversitesi Öğrencilerinde Yeme Bozukluklarının Araştırılması, Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.
74. İLHAN MN (2006) Bir Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Olası Yeme Bozukluğu Sıklığı, Türkiye’de Psikiyatri, 8(3); 151-155.
75. İRGE E, TİMUR S, ZİNCİR H, OLTULUOĞLU H, DURSUN S (2005) Gebelikte beslenmenin değerlendirilmesi, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 14, 157-160.
76. İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KADIN VE ÇOCUK SAĞLIĞI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA BİRİMİ (2000) Doğum Sonrası Kadın Sağlığı ve Gebelikten Korunma, İstanbul
77. JANOUT V, AND JANOUTOVA G (2004) Eating disorders risk groups in the Czech republic-cross-sectional epidemiologic pilot study. Biomed Papers, 148 (2): 189-193.
78. JUARASCİO AS, PERONE J, TİMKO CA (2011) Moderators of the relationship between body image dissatisfaction and disordered eating. Eat Disord 19(4):346-54.
79. KABAKÇI E VE DEMİR B (2001) Yeme Bozuklukları. Hacettepe Tıp Dergisi, 32 (2).

80. KADIOĞLU M (2009) Üniversite öğrencilerinde yeme bozuklukları ve öz-etkililik. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı.
81. KARAKAYA K, BARAN E, TÜZÜN H, GÖÇMEN L, ERATA M, ARIKAN D, KÖKALAN YH (2012) Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması, Sağlık Bakanlığı, Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Ankara.
82. KAYA E (2006) Sigara içen ve içmeyen hemodiyaliz hastalarında eritrositlerin invitro oksidasyonuna duyarlılığı. Yüksek Lisans Tezi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
83. KAYE WH, BULIK CM, THORNTON L ET AL (2004) Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. Am J Psychiatry 161:2215-21.
84. KAZKONDU İ (2010) Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) Belirtilerinin İncelenmesi. Yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Anabilim Dalı.
85. KESKİNGÖZ B (2002) Üniversite öğrencileri ile anoreksiya nervoza tanısı alan ve almayan bireylerde bağlanma biçimleri, kişilerarası şemalar ve yeme örüntüleri arasındaki ilişkiler, Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü.
86. KILINÇER Ş, MERAM İ, BOZKURT Aİ, TARAKÇIOĞLU M (2001) Gaziantep il merkezinde bir grup gebe kadında C vitamini düzeyleri, Van Tıp Dergisi, 8, 88-92.
87. KILINÇER Ş, MERAM İ, BOZKURT Aİ (2002) Gaziantep il merkezindeki gebe kadınlarda A vitamin ve β -karoten düzeyleri. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi, 19, 32-38.
88. KINIK E (1997) Ergen Hekimliğinde Yeme Bozuklukları. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları:1 Ergenlik Döneminde Beslenme ve Yeme Bozuklukları Ankara 22-30.
89. KIRCHENGAST S, SCHOBBER E (2006) Obesity among female adolescents in Vienna, Austria-the impact of childhood weight status and ethnicity. BJOG 113:1188-94.
90. KNOPH C, VON HOLLE A, ZERWAS S, TORGERSEN L, TAMBS K, STOLTENBERG C, BULIK CM, REICHBORN-KJENNERUD T (2013) Course and Predictors of Maternal Eating Disorders in the Postpartum Period. International Journal of Eating Disorders, 46(4): 355-368.
91. KOCABAŞOĞLU A (2008) Vitaminlerin oral dokulara etkileri, Ege Diş Hekimliği Fakültesi Bitirme Tezi, İzmir.

92. KOCABASOĞLU N (2001) Yeme bozuklukları. Yeni Symposium, 39(2): 95-99.
93. KÖSELİ A, AKIN L (2001) Lohusalık Dönemi ve Bakımı: Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, s. 1377-1381.
94. KURUOĞLU AÇ, ARIKAN Z (1995) Yeme bozuklukları. Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi 3 (Ek 4):7-22.
95. LANE HJ, LANE AM, MATHESON H (2004) Validity of the eating attitude test among exercisers. Journal of Sports Science and Medicine, 3, 244-253.
96. LOBSTEİN T, FRELUT M-L (2003) Prevalence of overweight among children in Europe, Obes Rev 4: 195-200.
97. LUCAS AR, AND HUSE DM (1994) Behavioral disorders affecting food intake: anorexia nervosa and bulimia nervosa. İçinde: Shils, M., Olsan J.A. and Shike, M. (Ed) Modern Nutrition in Health and Disease. 977-983, USA.
98. MACHT M (2008) How Emotions Affect Eating: A Five-Way Model. Appetite, 50 (1), 1-11.
99. MAFFEİS C (2000) Aetiology of overweight and obesity in children and adolescents. Eur J Pediatr 159: 35-44.
100. MAMA ET AL. (2011) Body Image and Physical Activity among Latina and African American Women. Ethnicity & Disease, Volume 21.
101. MATHIEU J (2005) What is Orthorexia?, Journal of American Dietetic Association., 105 (10): 1510-1512.
102. MORAN R (1999) Evaluation and treatment of childhood obesity. Am Fam Physician. 59: 861-78.
103. MORGAN JF, LACEY JH, SEDGWICK PM (1999) Impact of Pregnancy on Bulimia Nervosa. British Journal of Psychiatry, 174: 135-140.
104. MICHELMORE KF (2000) Polycystic ovary syndrome in adolescence and early adulthood. Hum Fertil 3: 96-100.
105. MUCUK S, GÜLER N (2002) Annelerin doğum sonu dönemde bakım beklentileri ve bu beklentilerin hemşireler tarafından karşılanma durumu, Sağlık Bilimleri Dergisi, 11(1): 21-29.
106. MYERS JE, SWEENEY TJ, WITMER JM (2000) The wheel of wellness counseling for wellness: a holistic model fortreatmentplanning. Journal of Counseling and Development, 78(3), 251-266.
107. NOVAK J, BROOM B (1999) Nursing Care During Postpartum: Maternal and Child Health Nursing, Mosby, s. 337- 360.

108. O'DEA JA, JENNİFER A, ABRAHAM S (1996) Food Habits, Body Image, An Weight Control Practices Of Young Male And Female Adolescents. Australian Journal Of Nutrition And Dietetic, (53): 32-39.
109. ÖNER N (1997) Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler: Bir Başvuru Kaynağı, III. Basım, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 596-597, İstanbul.
110. ÖZGER AĞACA İ (2012) Fazla kilolu ve obez bireylerde duygu değişiklikleri ve yeme eğilimi ilişkisinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
111. ÖZTÜRK O (1994) Ruhsal Etkenlere Bağlı Olan Fizyolojik İşlev veya Yapı Bozuklukları II. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Hekimler Yayın Birliği, 354-362. 23.
112. ÖZTÜRK MC, DİCLE A, YILDIRIM SARI H (2004) Okul Dönemindeki Sağlık Durumlarını Belirlenmesi.
113. PARRY-JONES B, PARRY-JONES WL (1995) History of Bulimia and Bulimia Nervosa. In: Eating disorders and obesity. Newyork: The Guilford Press, Vol:26: 145-150.
114. PEKCAN G (1999) Beslenme Sorunlarının Önlenmesi: Besin, Beslenme Plan ve Politikalarının Önemi. Ankara İli Beslenme Alışkanlıkları ve Mutfak Kültürü Sempozyum Bildirileri ve Katalog. VEKAM, 129-134.
115. PEUHKURİ K, SİHLOVA N (2012) Diet promotes sleep duration and quality, Nutrition Research, 32; 309-319.
116. PHİLLİPS RC (1996) The Postpartum Family: Family-Centered Maternity and Newborn Care, St Louis, Mosby Year Book, s. 267-313.
117. POWER C, LAKE J, COLE T (1997) Measurement and long-term health risks of child and adolescent fatness. Inter J of Obesity 21: 507-26.
118. RUSSELL CJ, KEEL PK (2002) Homosexuality as a Spesific Risk Factor for Eating Disorders in Men. Int. J. Eating Disorders 31 (3): 300-306.
119. SAVAŞIR I, EROL N (1989) Yeme Tutumu Testi: Anoreksiya Nervosa Belirtileri İndeksi, Psikoloji Dergisi, 7; 23: 19-25.
120. SEMİZ M, KAVAKCI Ö, YAĞIZ A, YONTAR G, KUGU N (2012) Sivas İl Merkezinde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar. Türk Psikiyatri Dergisi; 23.
121. SENCER E (1991) Beslenme ve Diyet. İstanbul, s. 237,238.

122. SHEWEN LM, SCOLOVENO MA, WEİNGORTEN CT (1995) Nursing Care of the Childbearing Family, Norwalk, Appleton- Longe, 1132-1137 p.
123. SHATENSTEİN B, GHADİRİAN P (1998) Influences on diet, health behaviours and their outcome in select ethnocultural and religious groups. Nutrition 223-30.
124. STRİEGEL RH AND SMOLAK L (2001). Eating disorders. İnnovative Directions in Research and Practice, American Psychological Association, Wahington D.C.
125. SİMURG PSİKİYATRİ PSİKOTERAPİ, Psikolojik testler, Yeme tutum ölçeği. Erişim: http://www.psikiyatripsikoterapi.com/testler_7.asp Erişim Tarihi: 01.12.2017
126. SİNİRLİOĞLU ERTAŞ H (2006) Yeme Bozuklukları: Anoreksiya, Bulimiya ve Diğerleri. Tinaş Yayınları, İstanbul.
127. SMİNK FR, VAN HOEKEN D, DONKER GA, ET AL. (2016) Three decades of eating disorders in Dutch primary care: decreasing incidence of bulimia nervosa but not of anorexia nervosa. Psychol Med 46:1189–1196.
128. ŞANLIER N, YASSİBAS E, BİLİCİ S, SAHİN G, CELİK B (2016) Does the rise in eating disorders lead to increasing risk of orthorexia nervosa? Correlations with gender, education, and body mass index. Ecol Food Nutr 15:1-13.
129. TAMER İ, Herbalife Beslenme Danışma Kurulu Üyesi. Vücut kitle indeksi görsel grafiği. Erişim: [https://www.kilokontrolyolu.com/?pnun=164&pt=V%C3%BCcut+Kitle+%C4%B0ndeksi+\(VK%C4%B0\)+Y%C3%BCksek+Olanlar](https://www.kilokontrolyolu.com/?pnun=164&pt=V%C3%BCcut+Kitle+%C4%B0ndeksi+(VK%C4%B0)+Y%C3%BCksek+Olanlar). Erişim Tarihi: 02.11.2017
130. TAMAKOSHİ A, OHNO Y (2004) Self reported sleep duration as a predictor of all-cause mortality: results from the JACC study, Japan, Sleep, 27:51- 4.
131. TAŞ E, ÜSTÜNER I, ÖZDEMİR H, DİKEÇ A, AVŞAR F (2010) Gebe Kadınların Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi, Bidder Tıp Bilimleri Dergisi, 2, 7-12.
132. TAŞKIN L (2000) Doğum Sonu Dönem: Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, s. 351-409.
133. TAŞKIN L (2003) Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.
134. TAZEGÜL A, ŞİMŞEK B (2010). Gebelikte tiroid hastalıkları, Selçuk Tıp Dergisi, 26, 63-67.

135. TEK NA, ERMUMCU MŞ (2016) Healthy Eating Concern in Health Professionals: Orthorexia Nervosa (ON), Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2016:1(2): 59-71
136. TNSA 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
137. TOKER DE, HOCAOĞLU Ç (2009) Yeme Bozuklukları ve Aile Yapısı: Bir Gözden Geçirme, Düşünen Adam; 22(1-4):36-42.
138. TOPRAK B (2001) Doğum Sonrası Erken Dönemde Kanama Sonucu Gelişen Hemorajik Şokta Ebenin Rolü. Yayınlanmamış Lisans Tezi, Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
139. TURDEP II (2010) Satman İ. ve TURDEP Çalışma Grubu. "Türkiye Diyabet Prevelans Çalışmaları": TURDEP-I ve TURDEP-II, 47.Ulusal Diyabet Kongresi, Antalya, 11-15 Mayıs 2011.
140. TÜKEL R (1997) Obsesif kompulsif spektrum bozuklukları. 3 P Dergisi, 5: 5-12.
141. TÜRKİYE BESLENME VE SAĞLIK ARAŞTIRMASI (2010) Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 931, Ankara 2014
142. TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU (2017) Sayı: 31 / 2017. http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2017_31_20170607.pdf
143. UĞUR G (1996) Üniversite öğrencilerinde atılganlık ile beden algısı ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi, Psikoloji Anabilim Dalı.
144. ULAŞ B, GENÇ MF (2010) Malatya Asker Hastanesi'nde 2007 yılında görev yapan personelin sağlıklı beslenme konusundaki tutum ve davranışları, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 17(3); 187-193.
145. ULUDAĞ S, ÇEPNİ İ (2009) Kadın Hastalıkları ve Doğum Ders Kitabı. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul.

146. ÜLGER H, COŞKUN A (2003) Çinko: Temel fonksiyonları ve metabolizması, Düzce Tıp Fakültesi Dergisi, 5, 38-44.
147. ÜNALAN D, ÖZTOP BD, ELMALI F, ÖZTÜRK A, KONAK D, PIRLAK B, GÜNEŞ D (2009) Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 16 (2): 75-81.
148. VANÇELİK S, ÖNAL S, GÜRAKSIN A, BEYHU E (2007) Üniversite Öğrencilerinin Beslenme, Bilgi ve Alışkanlıkları ile İlişkili Faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(4): 242-248.
149. VANDERLİNDEN J, GRAVE RD, VANDEREYCKEN CN (2001) Which factors do provoke binge-eating? An exploratory study in female students, Eating Behaviors, 2; 79-83.
150. VARGA M, DUKAY-SZABÓ S, TÚRY F, VAN FURTH EF (2013) Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. Eat Weight Disord. 18(2):103-111.
151. VARGA M, THEGE BK, DUKAY-SZABÓ S, TÚRY F, FURTH EF (2014) When eating healthy is not healthy: orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. BMC Psychiatry 28:14:59.
152. VON KRİES R, KOLETZKO B, SAUERWALD T ET AL. (1999) Breast feeding and obesity: cross sectional study. BMJ 319: 147-50.
153. VORONA RD, WİNN MP, BABİNEAU TW (2005) Overweight and obese patients in a primary care population report less sleep than patients with a normal body mass index, Arch Intern Med, 165:25-30.
154. VURAL G, AKAN N (1995) Annelerin doğum sonu dönemde ev ortamında kendi bakımları ve bebek bakımı ile ilgili karşılaştıkları sorunlar ve bu sorunlara yönelik uygulamalar, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(1): 37-49 s.
155. WALKER LO, WİLGİNG S (2000) Rediscovering the “M” in “MCM”: Maternal health promotion after childbirth: JOGNN, 29(3): 229-235.
156. WHO, Physical Activity. Erişim: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/> Erişim Tarihi: 31 Aralık 2017.
157. WİLLİAMS LR, COOPER MK (1993) Nurse managed postpartum home care, JOGNN, 22(1): 25-31 p.
158. YAVUZER S (1993) Serbest oksijen radikallerine karşı savunma sistemleri. Türk Tabipler Birliği Tıpta temel bilimler kolu sonbahar okulu, Kızılcahamam, 7-17.

159. YEŐILBURSA D (1999) Lise Öğrencilerinde Anoreksiya Nervosa, Bulimiya Nervosa ve Beden İmgesi Değerlendirmesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul 1999._48

160. YÜZBİR N, SEN C (2001). Gebelik ve süt verme döneminde beslenme, Perinatoloji Dergisi, 9, 1-9.



ÖZGEÇMİŞ

1988 yılında Ankara’da doğdum. İlk ve ortaokul eğitimimi Ankara’da tamamladım. 2006 yılında Etimesgut Mustafa Kemal Sağlık Meslek Lisesi, Hemşirelik bölümünden mezun oldum. Sonrasında Fısıltılar ve Çıglıklar Ruh Sağlığı Kliniği’nde yönetici hemşire olarak 2 yıl görev yaptım. 2011 yılında Fatih Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’ndan mezun oldum. Hemen sonrasında Turgut Özal Üniversite Hastanesi’nde Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşiresi olarak 6 yıl görev yaptım. Şuan Özel Ortadoğu Hastanesi’nde Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşiresi olarak görev yapmaktayım.

EKLER

EK 1

DOĞUM YAPAN BAYANLARDA YEME BOZUKLUKLARININ VARLIĞI- NIN SAPTANMASI ANKET SORULARI

Sayın Katılımcı,

Size 4 bölümden oluşan bir anket uygulayacağız. Bu ankette isim ve soyisim yazılmayacak. Bu araştırmadan elde edilecek veriler tamamen bilimsel amaçla kullanılacaktır. Katkı ve katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Aşağıdaki kısım araştırmacı tarafından doldurulacaktır.

BMI : **Z skor :**

1) DEMOGRAFİK BİLGİLER

Yaşınız :

Mesleğiniz :

Boyunuz :

Kilonuz :

Olmak İsteddiğiniz Kilo :

Eşinizin Mesleği :

Kaç çocuğunuz var? :

Kaçıncı gebeliğiniz :

1-Ekonomik durumunu nasıl değerlendirirsiniz?

- a) İyi
- b) Orta
- c) Kötü

2-Eğitim durumunuz nedir?

- a) Okur-yazar değil
b) 8 yıl altı
c) 8-11 yıl arası
d) 12 yıl ve üzeri

3-Eşinizin eğitim durumu nedir?

- a) Okur-yazar değil
b) 8 yıl altı
c) 8-11 yıl arası
d) 12 yıl ve üzeri

4-Sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- a) İyi
b) Kötü

5-Tanımlanmış bir sağlık probleminiz var mı? (Var ise, yazar mısınız)

- a) Evet
b) Hayır

6-Düzenli bir ilaç tedavisi alıyor musunuz?

- a) Evet
b) Hayır

7-Bedeninizi nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Zayıf
b) Normal
c) Şişman

8-Kilonuzu ne sıklıkla kontrol edersiniz?

- a) Her gün
b) Her hafta
c) Nadiren

9-Beden görüntünüzden memnun musunuz?

- a) Evet
b) Hayır

10-Günlük aktivite düzeyiniz nasıl?

- a) Az aktivite; Gün boyu oturuyorum, egzersiz yapmıyorum
b) Ağır aktivite; Gün boyu aktifim, egzersiz yapıyorum

31-Doğal gıda ürünleri satan mağazalarda ortalama ne kadar zaman geçirirsiniz?

- a) 30 dakikadan az
- b) 30 dakikadan fazla
- c) Zaman harcamam

32-Sürekli uyguladığınız bir diyet tedavisi var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

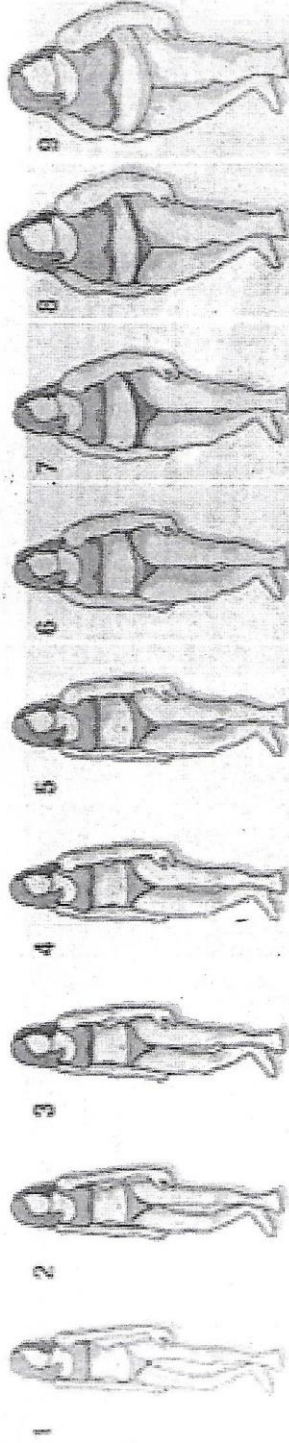
33-Beslenme ile ilgili bilgilere nereden ulaşıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- a) Kitle iletişim araçları (gazete, dergi, TV, internet)
- b) Kitaplar, bilimsel yayın vs.
- c) Diyetisyen
- d) Doktor
- e) Sağlık kulüpleri (zayıflama merkezleri vs.)
- f) Çevre (arkadaş, aile...)
- g) Diğer

34-Doğru beslenme bilgilerini öğrendiğinizde uygulamaya koyar mısınız?

- a) Evet
- b) Hayır

AŞAĞIDA 1 DEN 9 A KADAR OLAN VÜCUT TİPLERİNDEN HANGİSİ SİZİN VÜCUT TİPİNİZE EN YAKIN OLANIDIR?



EK 2

YEME TUTUM ÖLÇEĞİ

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

SORULAR	Her zaman	Sık Sık	Genellikle	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım						
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem						
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum						
4. Şişmanlamaktan ödüm kopar.						
5. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım						
6. Aklım fikrim yemektedir						
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur						
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim						
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim						
10. Ekmek, patates, pirinç, makarna vb. 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 kez tartırım						
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 cevaplandırılacak)						

SORULARIN DEVAMI	Her zaman	Sık Sık	Genellikle	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.						
25. Şişmanlayacağım düşüncesi zihnimi meşgul eder						
26. Yemeklerimi yemek, başkalarınınkinden daha uzum sürer						
27. Lokantada yemek yemeyi severim						
28. Müshil kullanırım						
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım						
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim						
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm						
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim						
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını düşünürüm						
34. Yiyecekler ile ilgili düşünceler çok zamanımı alır						
35. Kabızlıktan yakınırım						
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 3

MAUDSLEY OBSESİF KOMPULSİF SORU LİSTESİ

Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Size uygunsa “DOĞRU” yu, değilse “YANLIŞ”ı daire içine alınız. Lütfen soruların hepsini cevaplandırınız.

1.	Bana bir hastalık bulaşır korkusuyla herkesin kullandığı telefonları kullanmaktan kaçınıyorum.	Doğru	Yanlış
2.	Sık sık hoş gitmeyen şeyler düşünür, onları zihnimden uzaklaştırmakta güçlük çekerim.	Doğru	Yanlış
3.	Dürüstlüğe herkesten çok önem veririm.	Doğru	Yanlış
4.	İşleri zamanında bitiremediğim için çoğu kez geç kalırım.	Doğru	Yanlış
5.	Bir hayvana dokununca hastalık bulaşır diye kaygılanırım.	Doğru	Yanlış
6.	Sık sık havagazını, su musluklarını ve kapıları birkaç kez kontrol ederim.	Doğru	Yanlış
7.	Değişmez kurallarım vardır.	Doğru	Yanlış
8.	Aklıma takılan nahoş düşünceler hemen hemen her gün beni rahatsız eder.	Doğru	Yanlış
9.	Kaza ile başkasına çarptığımda rahatsız olurum.	Doğru	Yanlış
10.	Hergün yaptığım basit günlük işlerden bile emin olamam.	Doğru	Yanlış
11.	Çocukken annem de babam da beni fazla sıkımsızlardı.	Doğru	Yanlış
12.	Bazı şeyleri tekrar tekrar yaptığım için işimde geri kaldığım oluyor.	Doğru	Yanlış
13.	Çok fazla sabun kullanırım.	Doğru	Yanlış
14.	Bana göre bazı sayılar son derece uğursuzdur.	Doğru	Yanlış
15.	Mektupları postalamadan önce onları tekrar tekrar kontrol ederim.	Doğru	Yanlış
16.	Sabahları giyinmek için uzun zaman harcarım.	Doğru	Yanlış
17.	Temizliğe aşırı düşkünüm.	Doğru	Yanlış
18.	Ayrıntılara gereğinden fazla dikkat ederim.	Doğru	Yanlış
19.	Pis tuvaletlere giremem.	Doğru	Yanlış
20.	Esas sorunum bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmemdir.	Doğru	Yanlış
21.	Mikrop kapmak ve hastalanmaktan korkar ve kaygılanırım.	Doğru	Yanlış
22.	Bazı şeyleri birden fazla kontrol ederim.	Doğru	Yanlış
23.	Günlük işlerimi belirli bir programa göre yaparım.	Doğru	Yanlış

24.	Paraya dokunduktan sonra ellerimi kirli hissedirim.	Doğru	Yanlış
25.	Aldığım bir işi yaparken bile kaç kere yaptığımı sayarım.	Doğru	Yanlış
26.	Sabahları elimi yüzümü yıkamak çok zamanımı alır.	Doğru	Yanlış
27.	Çok miktarda mikrop öldürücü ilaç kullanırım.	Doğru	Yanlış
28.	Her gün bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek bana zaman kaybettirir.	Doğru	Yanlış
29.	Geceleri giyecekleri katlayıp asmak uzun zamanımı alır.	Doğru	Yanlış
30.	Dikkatle yaptığım bir işin bile tam doğru olup olmadığına emin olamam.	Doğru	Yanlış
31.	Kendimi toparlayamadığım için günler, haftalar hatta aylarca hiçbir şeye el sürmediğim olur.	Doğru	Yanlış
32.	En büyük mücadelelerimi kendimle yaparım.	Doğru	Yanlış
33.	Çoğu zaman büyük bir hata ya da kötülük yaptığım duygusuna kapılırım.	Doğru	Yanlış
34.	Sık sık kendime bir şeyleri dert edinirim.	Doğru	Yanlış
35.	Önemsiz ufak tefek işlerde bile karar verip işe girişmeden önce düşünürüm.	Doğru	Yanlış
36.	Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır.	Doğru	Yanlış
37.	Bazen önemsiz düşünceler aklıma takılır ve beni günlerce rahatsız eder.	Doğru	Yanlış

EK 4

ORTO-15 TESTİ

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

SORULAR	Her Zaman	Sık Sık	Bazen	Hiçbir Zaman
1. Yemek yerken yediklerinizin kalorisine dikkat eder misiniz?				
2. Çeşitli yiyeceklerin olduğu bir yerde yiyecek seçmek durumunda kalırsanız kararsızlık yaşar mısınız?				
3. Son üç ay içerisinde besinler konusunda endişelendiğiniz oldu mu?				
4. Sağlığınızla ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi?				
5. Yemeğinizin sağlıklı olması sizin için lezzetli olmasından daha mı önemlidir?				
6. Daha sağlıklı, daha taze besinler satın almak için daha fazla para harcamak ister misiniz?				
7. Sağlıklı beslenme ile ilgili düşünceler sizi günde üç saatten fazla meşgul eder mi?				
8. Sağlıksız olduğunu düşündüğünüz besinleri yediğiniz oldu mu?				
9. Sizce, ruhsal durumunuz yeme düzeninizi etkiler mi?				
10. Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanlarını tüketmek kendinize olan güveninizi artırır mı?				
11. Uyguladığınız 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?				

T.C.
K.Ü TIP FAKÜLTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI BESLENME VE METABOLİZMA
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI

SAYI : 235

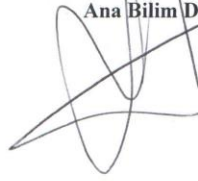
23/10/2017

KONU: Tez anket izin hk.

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NE, ANKARA

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Beslenme ve Metabolizma Anabilim Dalı Beslenme ve Metabolizma Yüksek Lisans programı öğrencisi Nagehan Cici Saraç'ın tez konusu "Özel Ortadoğu Hastanesinde Doğum Yapan Bayanlarda Ortoreksiya Nervoza (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) Varlığının saptanması" dır. Bu çalışmanın Özel Ortadoğu Hastanesinde yürütülebilmesini sağlayacak gerekli iznin verilebilmesi için gereğini müsaadelerinize arz ederim.

Saygılarımla,
Prof. Dr. Selda Bülbül
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Ana Bilim Dalı



EK 6

T.C.
ÖZEL ORTADOĞU HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ

SAYI: 1380

27.10.2017

KONU : Tez anket izin hk.

İLGİLİ MAKAMA

İlgi : Prof. Dr. Selda BÜLBÜL'ün 23.10.2017 tarihli ve 235 sayılı dilekçesi.

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Beslenme ve Metabolizma Anabilim Dalı Beslenme ve Metabolizma Yüksek Lisans programı öğrencisi Nagehan Cici Saraç'ın "Özel Ortadoğu Hastanesinde Doğum Yapan Bayanlarda Ortoreksiya Nervoza (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) Varlığının Saptanması" isimli çalışmasını Özel Ortadoğu Hastanesinde yürütebilmesi uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Op. Dr. Ali DERİNÖZ

Özel Ortadoğu Hastanesi

Mesul Müdür

ÖZEL ORTADOĞU HASTANESİ
Op. Dr. Ali DERİNÖZ
E. No: 10.10.17 / D. No: 01/33
Tic. Sic. No: 251125