

**T.C.**  
**İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**BESLENME VE DİYETETİK ÖĞRENCİLERİNDE YEME**  
**BOZUKLUKLARI VE OBSESİF KOMPULSİF**  
**BELİRTİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Cem NEVŞİOĞULLARI**

**Tez Danışmanı**  
**Dr. Öğr. Üyesi Funda ŞENSOY**

**İSTANBUL, 2018**



**T.C.**  
**İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**BESLENME VE DİYETETİK ÖĞRENCİLERİNDE YEME**  
**BOZUKLUKLARI VE OBSESİF KOMPULSİF**  
**BELİRTİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Cem NEVŞİOĞULLARI**  
**152039016**

**Tez Danışmanı**  
**Dr. Öğr. Üyesi Funda ŞENSOY**

**İSTANBUL, 2018**

# TEZ ONAYI

T.C  
OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

## Y Ü K S E K L İ S A N S T E Z O N A Y I

### ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Cem Nevşoğulları Öğrenci No : 152039016  
Anabilim/Bilim Dalı : Beslenme ve Diyetetik Tez Savunma Tarihi : 28.06.2018  
Danışman : Dr.Öğr.Üyesi Funda Şensoy Tez Savunma Saati : 12.00

Tez Konusu : Beslenme ve Diyetetik Öğrencilerinde Yeme Bozuklukları ve Obsesif Kompulsif Belirtilerin Değerlendirilmesi

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 28.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABUL ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr. Üyesi Funda Şensoy (Fenerbahçe Üniversitesi)	KABUL	
Dr. Öğr. Üyesi Aylin Seylam Küşümler	KABUL	
Dr. Öğr. Üyesi Hande Öngün Yılmaz	Kabul	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Akman		
Dr. Öğr. Üyesi Şule Şakar (Arel Üniversitesi)		

## ÖZET

Bu çalışma, İstanbul Bilim Üniversitesi'nde öğrenim gören Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencilerinde ortoreksiya nervoza (ON) eğiliminin, cinsiyet, yaş ve beden kitle indeksi (BKİ) değişkenlerine göre değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışmaya lisans eğitimini aktif sürdüren 115 öğrenci (5 erkek, 110 kadın) katılmıştır. Araştırma verileri, araştırmacı tarafından "anket yöntemi" kullanılarak, katılımcılarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, kalınan yer vb.) sorgulanmış ve antropometrik ölçümleri alınmıştır. Ayrıca, yeme bozukluklarının değerlendirilebilmesinde "Yeme Tutum Testi (YTT-40)", ON'nin tanımlanabilmesi için "ORTO-15" testi ve obsesif belirtilerin değerlendirilmesinde ise "Obsesif Belirti Testi" kullanılmıştır. Öğrencilerin çoğunluğu (%95,5) kadındır. Erkeklerin tamamı, kadınların ise %67,3'ü normal BKİ değerlerine sahiptir. Erkeklerin YTT-40 puanı ve obsesif puanı kadınlardan yüksek bulunurken, kadınların ise ORTO-15 puanı erkeklerden yüksek bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Bireylerin sigara kullanımı ile obsesif puanı arasında anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Bireylerin BKİ grupları, alkol kullanım durumu ve kalınan yere göre ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Ölçekler ile yapılan korelasyon analizinde, ORTO-15 ve obsesif puanı arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Sonuç olarak, ON ve ON ile ilişkili faktörlerin değerlendirildiği daha geniş kapsamlı çalışmaların yapılması yararlı olacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Üniversite öğrencileri, Ortoreksiya nervoza, Obsesif belirti, Yeme puanı

## ABSTRACT

### FREQUENCY OF THE ORTHOREXIA NERVOSA IN NUTRITION AND DIETETICS STUDENTS

The aim of this Study is; to assess the tendency of people to orthorexia nervosa (ON ) disorder according to gender, age and body mass index variability. This study was conducted with the participation of 115 students (5 males, 110 females) who continue their undergraduate education at Department of Nutrition and Dietetics at İstanbul Bilim University. The data were collected using the "questionnaire method" and interviewed face-to-face with the participants. Socio-demographic characteristics (sex, age, accommodation etc.) of the participants were questioned and anthropometric measurements were registered. In addition , "Eating Attitude Test ( YTT-40)" was used to evaluate eating disorders, "ORTO-15 Test " was used to identify ON and " Obsessive Symptom Test" was used to evaluate obsessive symptoms. 95.5% of the individuals were female and 0.5% were male. 67.3% of female individuals and all male individuals had normal body mass index (BMI) values. Male individuals' YTT-40 scores and obsessive scores were higher than female subjects. Whereas women's ORTO-15 scores were higher than men's ( $p>0,05$ ). It has been determined that there is a significant difference between individuals' smoking and obsessive score ( $p<0,05$ ). There was no statistically significant difference between their BMI groups, their accommodation and alcohol use status ( $p>0,05$ ). In the analysis of the correlations made with scales; there was a negative directional, statistically significant correlation between ORTO-15 and obsessive scores ( $p<0,05$ ). As a result; it would be beneficial toundertake more extensive studies in which ON and related factors are assessed.

**Key words:** College students, Orthorexia nervosa, Obsessive symptoms, Eating score

## ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca deneyim ve bilgilerinden faydalanma olanağı bulduğum, bu tez çalışmasının belirlenmesi, hazırlanması ve gerçekleştirilmesinde değerli katkıları olan Tez Danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Funda ŞENSOY'a.

Bugüne kadar benden hiçbir yardımlarını esirgemeyen ve en zor günlerimde desteğini hep hissettiğim sevgili aileme sonsuz şükranlarımı sunarım.

**Cem NEVŞİOĞULLARI**

## BEYAN

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, tezin planlamasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı hiçbir davranışımın olmadığını, tezimdaki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, çalışma sonucu elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlar için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakların da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

01/06/2018

Cem NEVŞİOĞULLARI





# İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI .....	i
ÖZET .....	ii
ABSTRACT.....	iii
ÖNSÖZ .....	iv
İÇİNDEKİLER .....	vi
TABLolar LİSTESİ .....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR .....	ix
1. GİRİŞ .....	10
2. GENEL BİLGİLER.....	12
2.1. Beslenme .....	12
2.1.1. Sağlıklı Beslenme.....	12
2.1.2. Yeterli ve Dengeli Beslenme .....	13
2.2. Adolesan ve Yetişkin Dönemde Beslenme .....	14
2.2.1. Adolesan Dönemde Beslenme.....	15
2.2.2. Yetişkin Döneminde Beslenme .....	16
2.2.3. Adolesan ve Yetişkin Dönemde Yetersiz ve Dengesiz Beslenmenin Sakıncaları.....	18
2.3. Yeme Bozuklukları .....	19
2.3.1. Yeme Bozukluklarının Tanımlanması ve Sınıflandırılması .....	19
2.4. Yeme Bozukluklarının Oluşum Nedenleri.....	34
2.4.1. Cinsiyet Faktörü .....	34
2.4.2. Açlık Sendromu .....	34
2.4.3. Sosyokültürel Risk Faktörleri .....	35
2.4.4. Beden imgesi .....	35
2.4.5. Aile İle İlgili Faktörler .....	36
2.4.6. Genetik faktörler .....	37
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	38
3.1. Araştırmanın Tipi .....	38
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	38
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	38
3.3.1. Araştırmanın Evreni .....	38

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi .....	38
3.4. Verilerin Toplama Tekniği .....	39
3.5. Verilerin Toplanması .....	39
3.5.1. Anket Formu .....	39
3.5.2. Antropometrik Ölçümler .....	39
3.5.3. Yeme Tutumu Testi(YTT) .....	40
3.5.4. Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri.....	41
3.5.5. ORTO-15 Ölçeği .....	41
3.6. Verilerin Analizi .....	42
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	42
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	43
4. BULGULAR.....	44
5. TARTIŞMA .....	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	59
KAYNAKÇA .....	61
EKLER .....	73
EK 1. Etik Kurul Kararı .....	73
Ek 2. Anket Çalışması Uygunluk Yazısı .....	74
Ek 3. Onam Formu .....	75
Ek 4. Anket Formu.....	76
Ek 5. Yeme Tutum Testi.....	77
Ek 6. Obsesif Belirti Testi.....	80
Ek 7. Orto-15 Testi.....	82
Ek 8. Özgeçmiş .....	83

## TABLolar LİSTESİ

### SAYFA NO

Tablo 1. Enerji ve Besin Ögeleri Öğrencilerin Yaş Grupları (14-30 yaş).....	17
Tablo 2. DSM-V Kriterlerine Göre Anoreksiya Nervoza Tanı Ölçütleri .....	22
Tablo 3. Anoreksiya ve Bulimiya Nervoza Arasındaki Farklılıklar .....	24
Tablo 4. 2013 Yılında Oluşturulan DSM-V Kriterlerine Göre BN Tanısı .....	25
Tablo 5. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Şiddetlilik Düzeyleri .....	27
Tablo 6. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu DSM-V Tanı Ölçütleri.....	27
Tablo 7. Gece Yemek Yeme Bozukluğu .....	32
Tablo 8. DSM-V' e Göre Pika İçin Tanı Kriterleri.....	33
Tablo 9. BKİ Sınıflandırması .....	40
Tablo 10. Öğrencilerin Genel Özelliklerinin Cinsiyetlerine Göre Dağılımı.....	44
Tablo 11. Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre YTT-40, Orto-15 ve MOCI Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	45
Tablo 12. Öğrencilerin Yaş Gruplarına Göre YTT-40, Orto-15 ve MOCI Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	46
Tablo 13. Öğrencilerin Beden Kütle İndekslerine Göre YTT-40, Orto-15 ve MOCI Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	47
Tablo 14. Öğrencilerin Kaldıkları Yere Göre YTT-40, Orto-15 ve MOCI Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	48
Tablo 15. Öğrencilerin Sigara Kullanımına Göre YTT-40, Orto-15 ve MOCI Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	48
Tablo 16. Öğrencilerin Alkol Kullanımına Göre YTT-40, Orto-15 ve MOCI Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	49
Tablo 17. Öğrencilerin Alkol Kullanımına Göre YTT-40, Orto-15 ve MOCI Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	50
Tablo 18. Bireylerin YTT-40 Puanı ile Orto-15 ve MOCI Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi .....	51

## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>AN</b>	: Anoreksiya Nervoza
<b>APA</b>	: Amerikan Psikiyatri Birliği
<b>BKI</b>	: Beden Kitle İndeksi
<b>BN</b>	: Bulimiya Nervoza
<b>DSM-IV</b>	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV(Mental Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel El Kitabı-IV)
<b>DSM-V</b>	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V (Mental Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel El Kitabı-V)
<b>GYS</b>	: Gece Yeme Sendromu
<b>IGF-1</b>	: İnsülin Benzeri Büyüme Faktörü-1
<b>MOCI</b>	: Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri
<b>OKB</b>	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
<b>ON</b>	: Ortoreksiya Nervoza
<b>ORTO-15</b>	: Ortoreksiya Nervoza Değerlendirme Ölçeği-15
<b>PEM</b>	: Protein Enerji Malnütrisyonu
<b>TYB</b>	: Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu
<b>UİYB</b>	: Uyku ile İlişkili Yeme Bozukluğu
<b>WHO</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>YTT</b>	: Yeme Tutum Testi

# 1. GİRİŞ

Beslenme, sağlığın korunması, büyüme ve yaşamın devam ettirilmesi için besinlerin vücuda alınmasıdır. Beslenme, insan ihtiyaçlarının başında gelir. Toplumun, ailelerin ve bireylerin ilk amacı üretken ve sağlıklı olmaktır. Üretken ve sağlıklı olmanın göstergesi, ruhen, sosyal ve beden yönünden gelişmiş bir vücut yapısı ve vücut yapısının bozulmadan yıllar boyunca çalışmasıdır. İnsan sağlığı; çevre, kalıtım, beslenme, iklim koşulları gibi etmenlerin etkisindedir (1).

*“Yeterli ve dengeli beslenme; dokuların yenilenmesi, büyüme-gelişme ve metabolizmanın sağlıklı çalışması için ihtiyaç duyulan besin öğelerinin yeterli miktarda vücuda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılmasıdır (2).”*

Günümüz şartlarında küreselleşme, şehirleşme, ekonomik anlamdaki gelişmeler ve diyetteki hızlı değişimler beslenme şekillerinde de değişikliklere neden olmuştur. Bu durumlar gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde obezite gibi önemli beslenme ve halk sağlığı sorunlarının görülmesine neden olmuştur. Beslenme şekillerindeki değişiklikler, fazla besinlerin tüketimi, sedanter yaşam, fiziksel aktivitenin düşük olması ve enerji yoğunluğu ile ilgilidir (3).

Özellikle Adolesan dönemde beslenme yeterli ve ihtiyaca uygun olmalıdır. Ayrıca üniversitede eğitim gören gençlerin sağlıklı beslenme alışkanlıklarına sahip olmaları; hem kendi sağlıkları hem de topluma örnek model olmaları açısından da büyük önem taşımaktadır. Bu grupta aileden bağımsız beslenme alışkanlıkları gelişmektedir ve özellikle yurtda ikamet eden öğrencilerde beslenme büyük bir sorundur. Gençlerin yeme davranışlarını etkileyen diğer bir etmen de beslenme eğitiminin yetersizliğidir. Beslenme eğitiminin yetersizliği ve ekonomik koşullar gençlerin yetersiz beslenmesine neden olmaktadır. Yaşam kalitesi ve sağlığı belirleyen birçok alışkanlık için temeller bu dönemde atılır. Ergenlerin yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam şeklini belirleyen faktörlerden biri de yeme davranışdır (4).

Popüler diyetlerde bazı besinlere ağırlık verilmesinden dolayı tüketilmeyen ve yasaklanan besinlere yönelik fazla istek oluşmakta ve diyet sona erince bu besinlere hücum edilmekte, bu durum ise ağırlık artışına neden olmaktadır. Kısa zamanda

zayıflatmayı hedefleyen medyatik diyetler, bireyleri fiziksel aktiviteden uzaklaştırdığı için tekrar kilo alınmaktadır. Popüler diyetler yeme bozukluğuna yol açabildiği için uygulanması tehlikeli diyetlerdir. Günümüzde tüm dünyada birçok birey kilosunu korumak veya azaltmak için çeşitli diyetler uygulamaktadır ve bu amaçla tasarlanan diyetlerin hipotalamusta çeşitli mekanizmaları uyararak tokluk sağlayacağı, böylece ağırlık azalmasına sebep olacağı ileri sürülmektedir. Bu diyetler arasında en çok uygulanan diyetler karbonhidrat alımının sınırlandırıldığı uygulamalardır. Avrupa toplumlarında gözlemlenen; yüksek yağlı beslenmeden kaçınmayı amaçlayan diyetler, bireyleri yüksek oranda protein alımına teşvik etmektedir (5).

Popüler diyetlere Atkin's Diyet, Protein Power, The Zone Diyet'lerini örnek verebiliriz. Atkin's Diyeti yüksek yağ, düşük karbonhidratlı beslenmeyi, The Zone Diet ise orta düzey yağ ve yüksek proteinli beslenmeyi içermektedir (6).

Yeme bozuklukları her yaş grubunda görülmesine rağmen önemli risk grubundan biri de ergenlerdir. Bu dönemdeki bazı risk faktörleri, yaşanan sosyal ve psikolojik olaylar adolesan beslenmesini olumsuz yönde etkilemekte ve yanlış yeme davranışlarının görülmesine sebep olmaktadır. Lise ve üniversite yıllarında önemli sağlık sorunu olarak görülen yanlış yeme tutum davranışlarının, yeme bozukluklarının oluşmasına neden olduğu görülmektedir (7).

Yeme bozuklukları; besin tüketimi ve ağırlıkla ilgili aşırı duygular, davranış ve tutumlar ile kendini gösteren karmaşık rahatsızlıklardır (8). Yeme bozukluğu olan fiziksel ve duygusal problemler, her iki cinsten de görülmesine rağmen kadınlarda görülme oranı daha yüksektir. Yeme bozuklukları kilo veya vücut şekli ile ilgili uyumsuz gayretler, algılanan beden ölçüsü veya algısı, olağan olmayan yeme davranışları gösteren psikiyatrik rahatsızlıklardır (9).

Bu kapsamda İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde öğrenim gören öğrencilerde ON görülme sıklığının cinsiyet, sigara ve alkol tüketimi, BKİ (Beden Kitle İndeksi) ve yaş değişkenlerine göre belirlenmesi amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Beslenme

*“Beslenme; sağlığı korumak geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda almak için bilinçli yapılması gereken bir eylemdir (10).”*

#### 2.1.1. Sağlıklı Beslenme

Beslenme bilimi insanın doğumundan ölümüne kadar olan süreçte psikolojik, fiziksel ve davranışsal kavramları kapsamaktadır. Bireylerin sağlıklı bir yaşam sürdürmeleri için beslenmeyi bir yaşam tarzı haline getirmeleri, yeterli ve dengeli beslenmeleri gerekmektedir (11).

Bireylerin beslenme tarzı; yiyeceklerin satın alınımından servise kadar olan hazırlama, pişirme ayrıca ana ve ara öğünlerde tüketilen yiyeceklerin çeşit, porsiyon ölçüsü gibi davranış biçimlerini içerir (12).

Sağlıklı büyüme ve gelişme için beslenme çok önemli bir yer tutar. Burada iyi ve kötü beslenme kavramları sağlık durumunu belirlemektedir. Günümüzde yetersiz beslenme ve obezite gelişmekte olan ülkeler açısından ciddi bir problemdir. İyi beslenme; risk grubundaki bireylerin (0-5 yaş arası çocuklar, gebeler, emzikli anneler, yaşlılar ve işçiler) gelişim ve sağlığının korunması, güçlü immün sistemin sağlanması, kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diabetes mellitus, respiratuar hastalıkların önlenmesi ve riskin azaltılmasında etkilidir. Kötü beslenme ise bu hastalıkların riskini artırır (13).

*“TURDEP-I Çalışması 1997-1998 yıllarında Türkiye’de 270 köy ve 270 mahalle merkezinde rastgele olarak seçilmiş 20 yaş üstü 24.788 kişi taranmıştır. Araştırmaya katılanların %22’sinin BKİ’si 30’un üstündeyken %34’ünde santral tipte obezite (bel çevresi kadınlarda  $\geq 88$  cm, erkeklerde  $\geq 102$  cm) görülmüştür (14).”*

*“TURDEP-II Çalışması Ocak 2010 ve Haziran 2010 tarihleri arasında 15 ilde 540 merkezde tamamlanmıştır. Çalışmaya rastgele 20 yaş ve üzerinde 26.499 kişi katılmıştır. Bu çalışma, 1997-98 yıllarında yapılan TURDEP-I çalışmasının tekrarı niteliğindedir. TURDEP-I*

*çalışmasında kadınların %32,9'u obezken TURDEP-II çalışmasında kadınların %44,2'si obezdir. Erkeklerde ise bu oranlar sırasıyla %13,2 ve %27,3 olarak bulunmuştur. TURDEP II çalışmasına göre Türkiye'de obezite sıklığı %32 olarak saptanmıştır (14).”*

Sağlık Bakanlığı tarafından hastalıklara yakalanma riskini azaltmak ve sağlıklı bir hayat sürmek için beslenme önerileri geliştirilmiştir. Bunlar;

- Besin çeşitliliğinin sağlanması
- Besin tüketimi ve fiziksel aktivite düzenini sağlayarak uygun vücut ağırlığının sürdürülmesi
- Temiz su tüketilmesi
- Günde 3-5 porsiyon taze meyve sebze tüketilmesi
- Demir eksikliği anemisini engellemek için demir içeriği yüksek besinlerin tüketilmesi
- Rafine şeker tüketimini en aza indirerek vücut ağırlığını koruyup diş çürüklerinin önlenmesi
- Sağlıklı yağları tercih edilip, trans yağ içermeyen besinlerin tüketilmesi
- Protein alımının RDA'da belirtilen kadar olması
- Posadan zengin beslenilmesi
- Günlük tuz miktarı 5 gramı geçmemesi ve sodyum miktarının 2 gram, potasyum miktarının ise 3,5 gramdan fazla olmaması (15).

### **2.1.2. Yeterli ve Dengeli Beslenme**

İnsan yaşamında 50' ye yakın besin ögesi ihtiyacı olduğu yapılan bilimsel araştırmalarda saptanmıştır ve bu besin öğelerinin hiç tüketilmemesi fazla veya eksik alınması sonucunda büyüme ve gelişmede eksiklik görülmektedir (16).

*“Sağlığın korunması, 'büyüme ve gelişmenin sağlanabilmesi için; bireyin yaşı, cinsiyeti ve içinde bulunduğu fizyolojik ortama göre ihtiyaç duyulan besin öğeleri ve enerjinin gerekli olan miktar, kalite ve çeşitte, düzenli, sürekli ve ekonomik olarak vücuda sağlanmasıdır'(17).”*

Verimli bir hayatın sürdürülmesi, sağlığın korunması, büyüme ve gelişmenin sağlanabilmesi için vücudun ihtiyaç duyduğu enerji ve besinlerin düzenli ve sürekli olarak karşılanması yeterli beslenmedir (18).



*“Dengeli beslenme; psikolojik sosyal ve fiziksel anlamda iyilik hali sağlayan, bağışıklık sistemini güçlendiren, büyüme ve gelişmeyi sağlayan, kuvveti arttıran ve enerji veren önemli bir faktördür. Besin gruplarının dengeli ve birbirine uygun tüketilmesidir (19).”*

Yapılan bir çalışmada besin öğelerinin gereksinimden az ya da çok vücuda alınması bireylerin sağlığını bozacağı kanıtlanmıştır. Yeterli ve dengeli beslenmeye gereken önem verildiği takdirde ilerleyen zamanlarda oluşabilecek bazı hastalıkların komplikasyonlarını azaltacağını hatta bazı hastalıkları engellediği görülmüştür (1).

Yeterli ve dengeli beslenildiğinde iş gücünün arttığı, meslek hastalıklarının görülme sayısının azaldığı huzurlu ve zihinsel yönden güçlü bir iş ortamı sağlanır. Fakat yetersiz ve dengesiz beslenildiğinde bağışıklık sisteminin zayıfladığı ayrıca iş gücünün ve işe devamlılığın azaldığı saptanmıştır (20).

Yeterli ve dengeli beslenmenin temelleri;

- Yeterli ve dengeli beslenme sağlanırken bireylerin hareket durumu, yaşı, cinsiyeti ayrıca risk grupları (hastalık, emzicilik, gebelik, çocukluk, yaşlılık) göz ardı edilmemelidir.
- Bireylerin ihtiyaç duyduğu günlük alınması gereken kalori miktarına göre besin öğeleri ana ve ara öğünlere paylaştırılarak dengeli olarak tüketilmelidir.
- Besinler sağlıklı pişirme teknikleri uygulanarak hazırlanmalı ve tüketilmelidir.
- Besinler ekonomik, katkı maddesi içermeyen ve taze olmalıdır (21).

## **2.2. Adolesan ve Yetişkin Dönemde Beslenme**

Sağlıklı yeme davranışlarının adolesan dönemde edinilmesi, kişilerin sonraki dönemlerinde de sağlıklı yeme davranışlarını sürdürme olasılıklarını artırmaktadır. Sağlıklı olmayı ve yaşam tarzını belirleyen birçok değişken ile ilgili temeller adolesan dönemde atılmaktadır (22). Ülkemizde yetişkin bireylerin beslenme konusunda bilgi seviyesinin düşük olması ve ekonomik durumlarının iyi olmaması gibi nedenlerle makro ve mikro besin öğelerini yeterince tüketilmemektedir. Bu durum yetişkinlikte çeşitli komplikasyonlara neden olmaktadır (23).

### 2.2.1. Adolesan Dönemde Beslenme

Adolesan dönemde büyüme ve gelişme hızlanmaktadır. Psikolojik, bedensel, sosyal ve fizyolojik gelişmeler nedeniyle bu dönemde, yaşamın diğer dönemlerine göre besin ögesi gereksinmesi daha fazladır (24).

Bu dönemde beslenmede yetersizlik olması sonucunda lineer büyüme geriliği, düşük vücut ağırlığı, boy kısalığı veya kronik malnütrisyon olan nütrisyonel büyüme geriliği oluşur (“stunting”-“stunted growth”) (25).

Adolesan dönemde görülen akut veya kronik beslenme eksikliği, IGF-1 ve growth hormonun etkisinde azalma oluşturmakta hatta büyüme hormonu miktarı kanda yüksek olsa bile etkisini tam olarak gösterememektedir. Ayrıca kötü beslenme optimal kemik mineralizasyonunu sağlanmasını, matürasyon sürecinin tamamlanması, pubertenin başlama yaşını ve hedef boy uzunluğuna ulaşılmasını etkilemektedir (26). Bu etkilerin olup olmamasının anlaşılmasında kullanılan en pratik yol olan antropometrik ölçümler ve vücut kompozisyonu değişimi yakından takip edilmelidir (24).

Erişkinlik döneminde görülen boy uzunluğunun %15-20’si ve vücut ağırlığının %45-50’si bu dönemde kazanılır. Kızların antropometrik değişimlerinde kas ve yağ dokuları artar, kas dokusu erkek adolesanların üçte ikisi kadar olur. Erkeklerin subkutan yağ dokusu %12 oranında azalırken, kızların tam tersine %23 artar. Fiziksel büyüme ve gelişmede genlerin de etkisi azımsanmamalıdır (27).

Çocukların fiziki görünüşleri ve hareketleri bütün bireylerde olduğu gibi yeterli ve dengeli beslenmeleri hakkında fikir verir. Yetersiz beslenenlerde baş ağrısının sık olması, iştahta azalma, isteksizlik, deride çeşitli yaraların oluşması, pasiflik, şiş bir karın görülebilmekte ayrıca yetersiz ve dengesiz beslenenlerde algılamanın azaldığı, öğrenmenin güçleştiği, dikkat süresinde kısalma olması gibi durumlar da ortaya çıkar. Bu faktörler öğrencilerin okul performansını düşürdüğü gibi okula devamsızlığı da arttırmaktadır.

Aile yaşantısı, okul programları, sosyal çevre, bağımsızlık isteği, medyanın yanlış bilgilendirmesi ve fast-food beslenme gençleri beslenme konusunda hatalı

davranmaya itmektedir ve bu hatalar gençlerde obezite, olması gerekenden düşük kilo, boyda kısalık gibi sıkıntıların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (28).

Kişinin ileri yaşlarda karşılaşılabileceği kronik hastalıklar açısından adolesan dönem beslenmesi büyük önem taşır. Bu dönemde büyüme geriliği, protein-enerji malnütriyonu (PEM) ve adolesan dönemin gecikmesi görülürken sağlıklı beslenilmesi erişkin yaşlarda sık görülen tansiyon, kalp hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, diyabet, metabolik sendrom gibi sakatlık ve ölüme neden olan hastalıkların altyapısını oluşturmaktadır (29).

Sekonder cinsiyet gelişimiyle beraber adolesanlar da fiziksel görünüm ön plana çıkmaktadır. Bu dönemde genç erkekler vücut gelişimi ve kas yapısıyla ilgilenirken genç kızlar ise vücut ağırlığıyla meşgul olurlar. Yapılan araştırmalar kızların daha az besin tükettiğini, erkeklerin ise daha fazla tükettiğini göstermektedir. Bu dönemde süt ve süt ürünleri, meyve ve sebze tüketiminin çok azaldığı, aksine doymuş yağ asitlerinden zengin tuzlu besinlerin arttığı bir diyet profili gözlenmektedir (27).

Günümüzde beslenmeye bağlı görülen kronik hastalıkların %46'sının ölümlerin ise % 60'ının oluşumuna neden olarak, adolesan döneminde edinilmiş olan beslenme hataları gösterilmektedir. Erişkinlikteki kronik hastalıkların morbiditesinin düşürülmesinde ve mortalitenin önlenmesinde en büyük etken bu dönemde verilen beslenme eğitimleriyle beraber adolesanların sağlıklı beslenme alışkanlığı kazanmalarıdır. İstanbul ilinde 510 katılımcı ile yapılan bir çalışmada % 16'sının zayıf, %11'inin fazla kilolu, % 2'sinin ise obez olduğu gözlenmiştir (30).

Adolesan döneminde beslenme gençlerin genetik kodları, beden algıları, yaşam tarzları, arkadaş çevresi gibi birçok faktörden etkilenir ve özellikle genç kızların zayıf olma isteği de yeme bozukluğu oluşma sebeplerinden biridir (31).

### **2.2.2. Yetişkin Döneminde Beslenme**

Erikson'a göre yetişkinlik dönemi iki kısımda incelenir ve ilk yetişkinlik dönemi 19-25 yaşlarını, yetişkinlik dönemi ise 26-40 yaşlarını kapsamaktadır (32).

Sağlıklı beslenmenin her yaş için önemli olduğu açıktır ancak üniversite yıllarının oluşturduğu ilk yetişkinlik dönemi için farklı bir yeri vardır. Bu dönemde öğrencilerin aile yaşantısından uzaklaşması, kendi başına yaşamaları, besinleri satın alma, hazırlama ve pişirme teknikleri onların çeşitli beslenme alışkanlıkları edinmelerine yol açar. Şüphesiz edinilen bu beslenme alışkanlıkları üniversite öğrencilerinin okul performansını, devamsızlıklarını, psikolojik ve sosyal durumlarını etkiler. Bu nedenlerden öğrencilerin beslenme durumunun saptanmasıyla birlikte onları sağlıklı beslenme konusunda bilgilendirmek gerekmektedir (33).

Yetersiz ve dengesiz beslenme sonucunda yetişkinlik döneminde; hipertansiyon, yüksek kolesterol, obezite, Tip II diyabet, uyku apnesi, karaciğer yağlanması ve diş çürükleri en çok görülen hastalıklar arasındadır. Bu dönemdeki beslenme hataları bağışıklık sistemini zayıflatarak enfeksiyonlara neden olmakta, hastalık prognozunu olumsuz etkilemekte ve mortaliteye sebep olan komplikasyonların oluşmasına zemin hazırlamaktadır (34). Yaş gruplarına göre gerekli olan enerji ve besin öğeleri alım düzeyi Tablo 1.'de belirtilmiştir (9).

**Tablo 1. Enerji ve Besin Öğeleri Öğrencilerin Yaş Grupları (14-30 yaş)**

	ERKEK		KADIN	
	14-18 yaş	19-30 yaş	14-18 yaş	19-30 yaş
Enerji (kcal)	2860	2850	2260	2180
Kkal/kg	44	40	41	37
Protein(g/gün)	54-71	58-72	43-66	47-59
Lif (g)	29	29	26	25
A vit (RE)	900	900	700	700
D vit (mcg)	10	10	10	10
E vit (mg)	15	15	15	15
Ca (mg)	1300	1000	1300	1000
Fe (mg)	10	10	18	18
n-3 yağ a.	1,6	1,6	1,1	1,1
n-6 yağ a.	12	17	11	12
C vit (mg)	75	90	75	90
Tiamin(mg)	1,2	1,2	1	1,1
B6 vit (mg)	1,3	1,3	1,2	1,3
B12 vit(mcg)	2,4	2,4	2,4	2,4

**Kaynak** 9'dan uyarlanmıştır.

### **2.2.3. Adolesan ve Yetişkin Dönemde Yetersiz ve Dengesiz Beslenmenin Sakıncaları**

Gelişmiş ve gelişmekte olan birçok ülkede, yetersiz ve dengesiz beslenme bir halk sağlığı sorunu olarak gittikçe önemini arttırarak karşımıza çıkmaktadır. İnsanların fiziksel aktivitelerinin azalması bunun yerine sedanter yaşam ve yağ oranı yüksek olan fast-food tarzı beslenme, obezite insidans hızının artışına neden olur (35).

Beslenme hatalarına bağlı kronik hastalıklar; her geçen gün artmakta ayrıca ülkemizde son yıllarda çocuklarda görülen kardiovasküler hastalıklar, diyabet, sindirim sistemi hastalıkları, kanser ve şişmanlık da önemli bir boyut kazanmış ve yapılan araştırmalara göre önlem alınmadığı takdirde yakın gelecekte vaka sayısındaki artış çok daha fazla olacaktır (36).

Gelişmiş ülkelerde çocuklar üzerinde yapılan çalışmalara göre; çocuk ve adolesanların %20-25'inin, erişkinlerin %35'inin obez olduğu, 1976 ve sonraki yıllarda 6 ve 12 yaş obezitesinin %54 oranında, 12-25 yaşlarındaki obezitenin ise %65 oranında artış gösterdiği bildirilmiştir (37).

Türkiye'de gebeler, emzikli kadınlar, yaşlılar, büyüme dönemindeki çocuklar ve ağır iş çalışanları gibi risk gruplarında yetersiz ve dengesiz beslenme önemli bir sorundur. Ulusal beslenme araştırmalarında ailelerin %8-17'sinde enerji açığı gözlenmiştir. WHO 2006 raporunda gelişmekte olan ülkelerde; vitamin ve mineral yetersizliğinin her 3 kişiden birinde olduğu, bu sorunun kişilerde doğum anomalileri, büyüme ve gelişme geriliği ve enfeksiyon hastalıklarına yatkınlığı arttırdığı bildirilmiştir (1).

Yetersiz ve dengesiz beslenen bireyler, psikolojik ve fiziksel yönden zayıf, hasta ve isteksiz olurlar ve bu durum toplum için yük teşkil eder. Sağlıksız beslenen bireylerde; iştah azlığı, ciltte yara ve döküntüler, sıklıkla görülen baş ağrısı, şişkin batın bölgesi görülür (9).

Gençler günümüzde bedensel ve ruhsal sağlık problemleri ile karşı karşıyadır. İlk sıralarda ise düzensiz ve sağlıksız beslenme tarzı ve buna bağlı oluşan hastalıklar yer almaktadır. Ülkemizde demir eksikliğine bağlı anemi, diş ve diş eti hastalıkları, obezite,

olması gerekenden düşük vücut ağırlığı, vitamin ve mineral eksiklikleri çocuk ve genç bireylerde görülen beslenme ile ilgili hastalıklardır (2).

Kötü alışkanlıklar arasında olan alkol ve sigara beslenme yetersizliğine yol açmaktadır. Yapılan araştırmalara göre sigara içenlerin antioksidan vitaminler arasında olan A ve C vitaminlerinden zengin olan meyve ve sebzeleri yetersiz tükettikleri sonucuna varılmıştır. Bu durum ise sigara içenlerde oluşan olumsuz etkilerin daha ağır görülmesine neden olmaktadır (38).

Alkolün uzun süreli tüketiminin etkilerinin araştırıldığı çalışmada; alkol içiciliğinin neden olduğu hastalıkların kullanılan miktara bağlı olduğu sonucuna varılmıştır. Bu sonuçlara göre; aşırı alkol tüketimi kardiyovasküler hastalıklar, diyabet riskini ve mortaliteyi erkeklerde arttırırken, sosyal içiciliğin ise kardiyovasküler hastalık oranını sınırdan anlamlı, mortaliteyi ise düşürdüğü görülmüştür ayrıca sosyal içiciliğin kadınlarda metabolik sendrom ve diyabete yakalanma riskini azalttığı bulunmuştur (39).

## **2.3. Yeme Bozuklukları**

### **2.3.1. Yeme Bozukluklarının Tanımlanması ve Sınıflandırılması**

Yeme bozuklukları, psikolojik bedensel ve sosyal bir durumdur. Yeme bozukluğu, fiziksel görüntü, beden ağırlığı ve beslenme alışkanlığındaki düşünce ve davranış bozukluklarıyla kendini gösterir (40). Bu bozukluklar, besin tüketiminde sağlığı bozacak düzeyde kısıtlama veya artırma, vücut görünümü ve ağırlığıyla ilgili aşırı endişe duyma gibi sorunların yeme davranışına yansımaları ile oluşan ciddi ve tıbbi, psikolojik ve sosyal açıdan sıkıntılar yaratan bozukluklardır. Yeme bozukluklarının oluşmasıyla beraber yaşam kalitesi de büyük ölçüde azalır (41).

Günümüzdeki anlamıyla yeme bozukluklarının tanımlanması ilk kez 17. yy da yapılmıştır, ancak ardından geçen iki yüzyıllık zamanda yapılan literatür çalışmaları sınırlı sayıda kalmıştır. 20. yy da ise bu bozuklukların tanımlanması, tanı ölçütleri ve tedavisi ile ilgili araştırmalarda ciddi artış olmuş ve sınıflandırmaları çokça çalışma olmasına rağmen geçen yüzyılın yarısında yapılmıştır (40). Farkındalığın artması bu rahatsızlıkların sayısının artmasına da sebep olmuş ve yeme bozukluklarının başlamasında bireyde stres yaratan bir olayın etkili olduğu görülmüştür (42).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV) DSM 4 kriterlerine göre yeme bozuklukları şu şekilde sınıflandırılmıştır;

- Anoreksiya Nervoz,
- Bulimiya Nervoz,
- Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları,

Yapılan son çalışmalarda ON olarak adlandırılan sağlıklı yeme takıntısı ve tıkanırcasına yeme bozukluğu da sınıflandırmaya dahil edilmiştir (43). DSM-V' e göre yeme bozukluklarının sınıflandırılması şu şekildedir;

- Pika,
- Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozuklukları,
- Kaçınan/Kısıtlı Besin Alım Bozukluğu,
- Anoreksiya Nervoz,
- Bulimiya Nervoz,
- Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu ve
- Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu (44).

### **2.3.1.1. Anoreksiya Nervoz (AN)**

AN, genellikle ergenlik ve erişkinliğin ilk dönemlerinde başlayan, sağlığı ve fiziksel bütünlüğü tehdit edecek şekilde yememe ve kilo vermeye çalışma ile kendini gösteren beden algısı ile ilgili bir yeme bozukluğudur (45).

AN beden imgesi bozukluğu, kilo almaktan aşırı derecede korkma, yaş, cinsiyet ve boy uzunluğu için normal olan vücut ağırlığını kabul etmeme ve kızlarda menstrüasyonun kesilmesi gibi semptomları içermektedir (46).

AN ilk olarak 1873 yılında William W. Gull tarafından sinirsel iştahsızlık olarak tanımlanmıştır ve tıp alanında uzun süre bu şekildeki anlamını korumuştur. Fakat bugünkü bilgilerimize göre hastalarda iştahsızlık söz konusu değildir. Pek çoğu yememesine rağmen başkalarına yedirmek amacıyla güzel yemekler yaparlar, zihinleri kalori hesabı ve yemek tarifleriyle meşguldür, uzun açlık süresi nedeniyle yeme istekleri oldukça fazladır. Kilolarını kontrol etmek ve azaltmak için çaba sarfederler, bu amaçla; yemeyi oldukça kısıtlarlar, reddederler veya aşırı egzersiz yapma, kendini kusturma, laksatif, diüretik gibi ilaçları kullanma gibi telafi edici davranışlara başvururlar (47).

AN hastalarının vücut biçimleri ve ağırlıklarına bakış açıları çarpık olmakla beraber, bu hastalardan bazıları kendilerinin aşırı şişman olduğu duygusu içerisinde, bazıları ise ince olduklarını fakat kalça, bacak, karın gibi belirli beden bölgelerinin çok şişman olduğunu düşünürler. Bu kişiler sürekli vücut biçimlerini ve ağırlıklarını kestirebilmek adına, çok şişman olduğunu düşündükleri beden bölgelerini ölçme, gün içinde aşırı sayıda tartılma ve ayna karşısında çok fazla zaman geçirirler. Çok ince oldukları ve tıbbi endikasyon gereken durumda olmalarına rağmen tıbbi müdahaleye karşı koyarlar. AN'nin görülme sıklığı %1 olmakla beraber vakaların %90-95 ini kızlar ve kadınlar oluşturmaktadır. 13-14 ve 16-18 yaşları arasında görülme sıklığı doruğa ulaşır (48).

AN'nin ergenlik dönemindeki genç kızlarda daha çok görülmesine yönelik Türkiye'de yapılmış olan epidemiyolojik çalışmalarda da sonuçlar benzerlik göstermiştir (47).

AN, iki tipte görülmektedir,

**Kısıtlı Tip;** AN'nin bu tipinde hastalar sürekli tıkanırcasına yeme-çıkarma (kendi kendine kusma, diüretiklerin, laksatiflerin veya lavmanların gereksiz yere kullanılması) davranışını göstermezler.

**Tıkanırcasına Yeme-Çıkarma Tipi;** AN'nin bu tipinde hastalar sürekli tıkanırcasına yeme-çıkarma (kendi kendine kusma, diüretiklerin, laksatiflerin veya lavmanların gereksiz yere kullanılması) davranışını gösterirler (49).

AN'nin DSM-V kriterlerine göre tanı ölçütleri Tablo 2'de özetlenmiştir (50).



**Tablo 2. DSM-V Kriterlerine Göre Anoreksiya Nervoza Tanı Ölçütleri**

<p><b>A.</b> Gereksinimlere göre enerji alımını kısıtlama tutumu, kişinin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve beden sağlığı bağlamında belirgin bir biçimde düşük bir vücut ağırlığının olmasına yol açar. Belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığı, olağan en düşüğün altında ya da çocuklar ve gençler için beklenen en düşüğün altında olarak tanımlanır.</p>	<p><b>B.</b> Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığında olmasına karşın kilo almayı güçleştiren sürekli davranışlarda bulunma.</p>	<p><b>C.</b> Kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk vardır, kişi, kendini değerlendirirken, vücut ağırlığı ve biçimine yersiz bir önem yükler ya da o sıradaki düşük vücut ağırlığının önemini hiçbir zaman kavrayamaz.</p>
--	--	--

**Kaynak** 50'den uyarlanmıştır.

AN tedavi süreci zorlu ve uzundur, bu hastalığın ağırlaşabilen, kompleks olabilen ve hayatı tehdit eden durumlarını göz önünde bulundurarak ciddi bir ruhsal hastalık olarak değerlendirmek tedavinin temel ilkesidir. Bu tedavide iki amaç vardır,

**Birinci amaç;** hastalığın prognozunda görülen tıbbi komplikasyonları tedavi etmek ve hastayı ölüm düşüncesinden uzaklaştırmak için kilo alması konusunda destek olunmasıdır. Bu hastaların genellikle vücut ağırlıkları çok düşüktür ve vücut fonksiyonları hastanede yatarak tedavisi zorunlu kılacak kadar bozulmuştur. Yatarak tedavi gören hastalara kilo almasının sağlanması için yemek yerken baskı yapmadan eşlik edilir. Yemek yedikten ve kilo aldıktan sonra, müzik dinleme, tv programları, filmler ve ziyaretçiler ödül olarak sunulur. Bu süreç başarılı bir şekilde uygulanmaktadır (51).

Yataklı servis tedavilerinin amaçları;

- Önemli tıbbi komplikasyonların tedavisine başlanması,
- Sağlıklı kilo ve sağlıklı vücut kompozisyonuna ulaşılması,

- Normal zaman, içerik ve biçimde sağlıklı yeme davranışının geliştirilmesi,
- Tıkanırçasına yeme atakları, kusma, laksatif kullanımı, aşırı egzersiz ve kilokaybını amaçlayan diğer sağlıksız davranışların kesilmesi,
- Sosyal rahatlık, kişisel güven, dengeli beslenme bilgisinin sağlanması ve öğünlerin farklı durumlarda ve çeşitlilikte uygulanabilir olması,
- Eşlik eden psikiyatrik hastalıkların tedavisi,
- Tedavi sonrası planların yapılması,
- Depreşme önleyici planlar ve tekrar yatış ölçütleri olarak özetlenebilir (52).

**İkinci amaç;** tedavi sonrası alınan kilonun korunmasıdır. Aile terapisi de etkili bir yöntemdir, ancak AN tedavisinde davranışçı, geleneksel psikodinamik veya tıbbi tedavi yöntemlerinin hangisinin en etkili olduğu halen tartışmalıdır (53).

Tedavide etkili bir yöntem olan aile terapisinde, zor aile ilişkilerinin ve aile içindeki sınırların ve kuralların net olarak belirlenmesi önemlidir (54).

### **2.3.1.2. Bulimia Nervosa (BN)**

BN çoğunlukla 15-23 yaş arasındaki genç kızlarda görülen, çeşitli dönemlerde oluşan aşırı yemek yeme ve buna bağlı olarak kilo alma, diğer yandan kilo almayı önleme uğraşları biçiminde meydana gelen yeme davranışındaki bozukluklar ile karakterize olan bir yeme bozukluğudur (55).

BN, günümüzde modern bir yeme bozukluğu olmasına rağmen Roma dönemine uzanan ilginç bir tarihi vardır. Roma İmparatorluğu'nda refah içerisinde yaşayan zengin ve soyluların aşırı yedikten sonra yemek yeme hazzının ve eğlencenin devam etmesi için kusup yemeye devam ettikleri bilinmektedir (56).

Bu hastalığın temel kriteri olarak doldur-boşalt davranışı olmasına rağmen asıl kriter kişinin besin kısıtlamasıdır. Besin kısıtlaması fizyolojik ya da psikolojik tetiklenmeyle artış gösterir. Boşaltma yöntemleri arasında laksatif kullanma, ipeka şurubu kullanma, kendini kusturma ve aşırı egzersiz görülür. Boşaltma yöntemlerini uygulayan hasta önce rahatlar, fakat ardından utanma ve suçluluk hisseder. Aşırı yemek yeme ise beraberinde kabızlık, diare, gaz, şişkinlik gibi mide-barsak şikayetlerine ve suçluluk duygusunun oluşmasına neden olur (57).

BN'nin görülme sıklığı tüm popülasyonda %1-%2,5 oranındadır ve genç kızlarda görülme sıklığı erkeklerden on kat daha fazladır. Bu hastalık genç erişkin ve ergenlik dönemindeki erkeklerin %0,2'sini etkilemektedir (58).

BN iki tipte görülmektedir,

**Çıkartma Olan Tür;** Bu türde hasta atak dönemlerinde düzenli bir şekilde kendini kusturmuş, diüretikler, lavmanlar veya laksatifleri yanlış ve gereksiz yere kullanmıştır.

**Çıkartma Olmayan Tür;** Bu türde hasta atak dönemlerinde aşırı spor yapma, hiç yemek yememe gibi uygunsuz davranışlarda bulunmuş, fakat kendini kusturmamış, diüretikler, lavmanlar veya laksatifleri yanlış ve gereksiz yere kullanmamıştır (57).

BN'de, AN yeme bozukluğunda olduğu gibi benzer süre ve koşullarda hastanın normalde yediğinden çok daha fazla besini tıkanırçasına yediği görülür. Tıkanırçasına yeme, vücut ağırlığı ve biçimi ile aşırı ilgilenen ve aşırı yeme sırasında aldığı enerjiyi harcamaya yönelik yanlış davranışları olan, normal ağırlıkta ya da kilolu bireylerde görüldüğünde BN olarak adlandırılmaktadır (59). Anoreksiya ve bulimiya nevroza arasındaki farklılıklar Tablo 3'de gösterilmiştir (60).

**Tablo 3. Anoreksiya ve Bulimiya Nervozası Arasındaki Farklılıklar**

<b>Anoreksiya Nervozası</b>	<b>Bulimiya Nervozası</b>
Vücut ağırlığı	Vücut ağırlığı
Erken ortaya çıkar	Geç ortaya çıkar
Hasta nadiren yardıma ihtiyaç duyar	Hasta yardıma ihtiyaç duyabilir
Erken adolesan dönemde başlayıp orta adolesan döneme kadar sürer	Geç adolesan dönemde başlar
Menarş dönemi öncesi olabilir	Nadiren menarş öncesidir
Erkekleri de etkileyebilir	Genellikle kızları etkiler
Akut ve kronik olabilir	Dalgalandıran gıda tüketimi gösterir
Öncesinde hastalık mevcut değildir	Öncesinde AN vardır
Anksiyete, obsesif kompulsif bozukluk ilişkilidir.	Depresyon, kendine zarar verme, veya depresyonla madde kullanımıyla ilişkilidir
Erken teşhis konulmazsa tedavisi zordur	%60 kadarı özel tedavilere yanıt vermektedir

**Kaynak** 60'dan uyarlanmıştır.

Bu iki yeme bozukluğu arasındaki en önemli farklardan biri, bulimiklerin yapmış olduğu davranışların farkında olmaları ve bir şeylerin yanlış gittiğini düşünmeleri, anorektiklerin ise bunun farkında olamamaları ve normal olduğunu düşünmeleridir (44). DSM-V kriterlerine göre tanı kriterleri Tablo 4’de gösterilmiştir (44).

**Tablo 4. 2013 Yılında Oluşturulan DSM-V Kriterlerine Göre BN Tanısı**

<b>A.</b> Tekrarlayan tıknırcasına yeme dönemleri. Bir tıknırcasına yeme dönemini aşağıdakilerin her ikisi ile belirlenir: <b>a.</b> Aynı koşullarda, aynı sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok besini, ayrı bir zaman biriminde (Örneğin; herhangi iki saatlik bir sürede) yeme. <b>b.</b> Bu dönem sırasında yemek yemeye ilgili denetiminin kalkması (Örneğin; kişinin yemek yemeyi durduramadığı, ne yediğini ve ne kadar yediğini denetleyememe duygusu.)
<b>B.</b> Kilo almaktan sakınmak için, kendi kendini kusturma, laksatif ilaçları, idrar söktürücü ilaçları ya da diğer ilaçları yanlış yere kullanma. Neredeyse hiç yememe ya da aşırı spor yapma gibi yineleyen, uygunsuz yön değiştiren davranışlarda bulunma.
<b>C.</b> Bu tıknırcasına yeme davranışlarının ve uygunsuz yön değiştiren davranışların her ikisi de, ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur.
<b>D.</b> Kendilik değerlendirmesi, vücut biçiminden ve ağırlığından olumsuz yönde etkilenir.
<b>E.</b> Bulimia nervoza, yalnızca anoreksiya nervoza dönemleri sırasında ortaya çıkmaz.

**Kaynak** 44’den uyarlanmıştır.

BN’de en çok kullanılan tedavi yöntemi bilişsel-davranışçı terapi yöntemidir (61). Bilişsel davranışçı terapi;

- a.** Hastanın ataklar sırasındaki ve ataklardan önceki hissettikleri, düşünceleri ve sonuçlar kavramasına, kontrolsüz yeme ve çıkarma ataklarını nasıl önleyeceğini, duygularını nasıl yönetmesi gerektiğini kavramasına yardımcı olur.
- b.** Hastanın uygulamaması gereken davranışları tanımlamasına ve bunları değiştirmesine olanak sağlar.
- c.** Hastanın tıknırcasına yeme ataklarını ve çıkarma davranışlarını önlemeye karşı teknik geliştirmesine yardımcı olur, ataklar sırasında seçenek geliştirmeye imkan sağlar.
- d.** Problemleri çözmeye yönelik beceri geliştirme olanağı sağlar (62).

Bilişsel davranışçı terapi sürecinde odak noktası beslenme eğitimi ve beslenme tedavisidir.

Beslenme eğitimi, enerji dengesi, diyet ve ağırlık kontrolü konusunda yanlış bilinenler, ağırlık kontrolünün öğretilmesi, açlığın etkileri ve çıkarma davranışlarının fiziksel sonuçlarını içerir. Öğün planlamada istenilen günde 3 ana öğün ile birlikte 2-3 kez ara öğün yapılmasıdır. Başlangıç olarak 1000-1500 kcal enerji ile başlanabilir. Karbonhidrat oranı %50-55, protein %15-20 ve yağdan gelen oran ise enerjinin %25-30'u kadar olmalıdır. Besin desteği olarak multivitamin tabletleri kullanılabilir (63).

### **2.3.1.3. Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu (TYB)**

TYB, tıkanırcasına yeme ataklarının tekrarlandığı, fakat BN'de olduğu gibi, pişmanlıkla beraber düzenli bir şekilde alınan fazla kaloriyi, kusma gibi uygunsuz biçimde dengeleme davranışlarının olmadığı bir yeme bozukluğudur. Kişinin yeme kontrolünü kaybetmesiyle beraber aşırı miktarda besini kısa bir sürede tüketilmesiyle karakterizedir (64).

Yeme sırasında tercih edilen besinlerin türü değişse de, bu besinler genelde yüksek karbonhidrat ve şeker içerikli, yüksek kalori içeren yiyeceklerdir (65).

Erişkinlerin yiyeceklere erişimi ve yiyecek kontrolünün çocuklarıkinden daha fazla olması, TYB'nin yeme ataklarının erişkinlerde daha fazla olmasına neden olur (66).

TBY'nin kadınlarda görülme sıklığı yaşam boyu %3,5 ve erkeklerde %2,5'tir. Genetik faktörlerin etkili olmasının yanında, erkeklerde görülme sıklığının kadınlara yakın olması, tedaviye cevabın daha fazla ve geç yaşlarda görülme oranının daha yüksek olması gibi diğer yeme bozukluklarından farklı özellikler TYB'yi özgül bir yeme bozukluğu yapmaktadır (67).

Tıkanırcasına yeme bozukluğunun, kadınlarda erkeklere göre daha fazla görüldüğü, aşırı kilo alıp verme ve obezite öyküsüyle beraber olduğu, depresyon, bağımlılık yapıcı madde kullanımı, sosyal ilişkiler ve iş yaşamında işlevselliğinin azaldığı ve beden imgesi ve vücut ağırlığıyla ilgili aşırı derecede endişe duyma ile bağlantısının olduğu yapılan çalışmalarda tespit edilmiştir. Yeme ataklarının en sık nedeni olumsuz duyguların olmasıdır. Diyet kısıtlamalarının olması, beden imgesi ile ilgili olumsuz düşünceler, sıkılma hissinin olması, sosyal ilişkilerdeki stresler de ayrıca

yeme ataklarının tetiklenmesine neden olur. Bu yeme atakları, kısa dönem için gerileyebilir, fakat disforik ruh hali ve kendini değerlendirmedeki olumsuzluklar sıklıkla ataklara neden olur. Tıkınırcasına yemenin sıklığına bağlı olarak hastalığın şiddetlilik düzeyleri belirlenir (47). Tıkınırcasına yeme bozukluğu şiddetlilik düzeyleri Tablo 5’de gösterilmiştir (44).

**Tablo 5. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Şiddetlilik Düzeyleri**

<b>Ağır olmayan TYB:</b> Ortalama olarak haftada bir-üç kez tıkınırcasına yemenin görülmesi.
<b>Orta derecede TYB:</b> Ortalama olarak haftada dört-yedi kez uygunsuz tıkınırcasına yeme davranışının görülmesi.
<b>Ağır derecede TYB:</b> Ortalama olarak haftada sekiz-on iki kez tıkınırcasına yemenin görülmesi.
<b>Aşırı düzeyde TYB:</b> Ortalama haftada on dört ya da daha çok kez tıkınırcasına yeme davranışının görülmesi.

**Kaynak** 44’den uyarlanmıştır.

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu DSM-V Tanı Ölçütleri Tablo 6’da gösterilmiştir (44).

**Tablo 6. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu DSM-V Tanı Ölçütleri**

<b>A.</b> Yineleyici tıkınırcasına yeme atakları. Bir tıkınırcasına yeme atağı aşağıdakilerden her ikisi ile belirlidir: <b>1.</b> Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. herhangi iki saatlik bir sürede) yeme. <b>2.</b> Bu atak sırasında, yemek yemeye ilgili denetimin kalktığı duyumunun olması (örn: kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu).
<b>B.</b> Tıkınırcasına yeme ataklarına aşağıdakilerden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder: <b>1.</b> Olağandan çok daha hızlı yeme. <b>2.</b> Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedene dek yeme. <b>3.</b> Bedensel açlık duymuyorken aşırı ölçüde yeme. <b>4.</b> Nedenli yediğinden utandığı için kendi başına yeme. <b>5.</b> Daha sonra kendinden tikslenme, çökkünlük yaşama ya da büyük bir suçluluk duyma
<b>C.</b> Tıkınırcasına yeme ile ilgili belirgin bir sıkıntı duyulur.
<b>D.</b> Bu tıkınırcasına yeme davranışları, ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez oluşur.
<b>E.</b> Tıkınırcasına yemeye, BN’de olduğu gibi yineleyen uygunsuz dengeleyici davranışlar eşlik etmez ve tıkınırcasına yeme, yalnızca BN ya da AN’nin gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

**Kaynak** 44’den uyarlanmıştır.

TYB'nin tedavisinde, beslenme ve diyet tedavisine başlamadan önce terapist tarafından psikolojik olarak yeme ataklarına neden olan nedenlerin ortadan kaldırılması gereklidir. Etmenler ortadan kalktıktan sonra tıbbi beslenme tedavisine başlanmalıdır. Beslenme eğitimi bu tedavi sürecinin önemli bir parçasıdır (63).

#### **2.3.1.4. Ortoreksiya Nervoz (ON)**

Sağlıklı besinleri tüketmeye yönelik takıntı olarak tanımlanan bir yeme bozukluğudur. Kişilerin yaşam kalitesini etkileyen bir sağlıklı beslenme obsesyonu olan ortoreksiya nervozanın tanımlanabilmesi için; hayat stresinin önüne geçebilmek için sürekli besinleri düşünmek, tüketeceği besinler için günün büyük bir kısmını harcamak gibi bireylerin hayatına uzun vadede olumsuz yönde etki eden faktörlerin var olması gerekmektedir (68).

Ortoreksiya nervozaya, anoreksiya nervozayı çeşitlendirmek adına ilk defa 1997'de Steven Bratman tarafından tanımlanmıştır. "Orto" kelimesi "gerçek", "doğru" anlamında olduğu için, sağlıklı, uygun besinlerin tüketilmesiyle ilgili obsesyonu tanımlamak için ortoreksiya nervozaya terimini kullanmıştır (69).

Bratman bu yeme bozukluğuyla ilgili ilk yazıyı "The Alternative Medicine Sourcebook"ta, sonrasında "Yoga Journal"ın 1997 Ekim ayı sayısında yayımlamıştır. Bratman'ın bu yazısı uluslararası alanda çok beğenilmiş, gelen geribildirim ve isteklere yönelik Bratman bu konuyu daha çok araştırma ve bir kitap yazma kararı almıştır. Sonrasında "Health Food Junkies" adlı kitabı yazmış, ortoreksiya nervozaya İngilizceye girmiş ve tüm dünyayı etkilemiştir (70).

Bratman ortoreksiyayı; bireylerin beslenmelerini temiz, faziletli ve hatta ruhani boyutta hissetmek için izlenecek yol olarak gördükleri bir hastalık olarak tanımlamıştır (70).

Ortoreksiya nervozada, kişiler beslenmelerini abartı derecesinde kontrol altında tutmaktadırlar. Bireyler satın alacakları ürünlerin ambalaj ve içeriklerini çok uzun süreler boyunca inceler ve ürünlerin içerisinde hormon, katkı maddesi, boyar madde ve kanserojen madde bulunmadığına aşırı kafa yorar. Besinlerin katkısız ve aşırı saf olmasına büyük bir titizlikle önem vermekteler. Bu nedenle yiyecekleri çiğ

tüketmeye özen gösterirler. Sağlıklı yeme takıntısı, bireyleri psikolojik yönden baskı altına aldığından dolayı ortorektikler pek çok besini tüketmekten kaçınırlar ve belli bir zaman sonra anoreksiya nevroza yeme bozukluğunda olduğu gibi kilo kaybederler (71).

Davranış çoğunlukla pozitif olduğundan ortoreksiya nevroza ile ilgili istatistiki bilgilere çok az rastlanmaktadır. Obezitenin son yıllarda sürekli artış göstermesiyle birlikte sağlık profesyonellerinin sağlıklı besin tüketimini ideal olarak göstermeleri şüphe uyandırmaktadır. Bireyler eğer sürekli saf ve doğal besin tüketme düşüncesiyle besleniyorsa ve kendilerine verdikleri değer diyetlerinin sağlıklı olmasıyla ölçülüyorsa, uyguladıkları sağlıklı diyetler şüpheli hale gelmektedir (72).

Ortoreksiya nervozanın yaygınlığının artmasına, medyada yer alan diyet ve besin ürünlerinin içerikleriyle ilgili verilen bilgiler, bazı ürünlerde bulunan katkı maddesi, boya, kanserojen madde ve hormon gibi zararlı maddeler içermesi, güzellik kavramının zayıf olmaya dayandırılması gibi haberler etken olmaktadır (72).

Dünyada çok fazla sağlık profesyoneli bulunmakta ve her birinin ayrı ayrı verdiği diyet planları sağlıksız beslenme obsesyonuna neden olabilir, diyet planları ortorektikler için son derece önemlidir. Bu diyet planları bazı besin ya da besin gruplarının alımını yasaklar veya sınırlandırır. Diyeti uygulayan bireyler ise bu diyetlerin önerdiği beslenme tarzını bir obsesyon haline getirerek sürdürebilir. Diyet planlarının yanlış ve doğru bilgi içerdiği konusunda analiz yapılmadan ulaşılabilirliği ve kişilerin kendilerine uygunluğunu sorgulamadan uygulaması, online olarak daha kolay elde edilebilir olmaları da ayrıca bireylerin bu diyet yaklaşımlarını obsesyon halinde sürdürmelerine neden olabilir (72).

Ortoreksiyanın nedenleri çok yönlü olduğundan tedavisi güçtür. İnsanlar sadece besinler konusunda değil, sebepleri araştırıldığında duygusal konular dahil olmak üzere birçok konuda takıntıya sahiptirler. Özünde yatan nedenleri araştırmak normal beslenmeye geçişi kolaylaştırabilecektir (70).

Ortorektikler “Ya Hep Ya Hiç” düşüncesi ile baş etmek adına profesyonel yardıma ihtiyaç duymakta, normal beslenmeye geçişi taahhüt etmektedirler. Miller, Bratman’in spontan yemek yeme önerisiyle hemfikirdir. “Spontan beslenme”, istenildiği zaman istenildiğini yemektir ve o besini sadece kişiye iyi geleceği için tüketmek



anlamına gelmemektedir. Miller, “Eğlenceli beslenme deneyimleri” ne de sahip olunması gerektiğini belirtmektedir. Çocuklar içgüdülerine ve gereksinimlerine göre yemek yedikleri için Miller, “çocuklar gibi beslenmeyi” önermektedir. Hastaların açlık hissettiklerinde yemek yedikleri, tamamıyla istedikleri besinleri tercih ettikleri ve doyduklarında da durduklarını belirtmektedir (70).

### **2.3.1.5. Başka Türü Tanımlanamayan Yeme Bozukluğu**

Bu sınıflamadaki hastalarda, BN ve AN'nin tanı kriterlerinin hepsi bulunmamakla birlikte önemli ölçüde yeme davranış ve tutum bozukluğu vardır. Başka türlü tanımlanamayan yeme bozukluğu olan hastaların daha ilerdeki dönemlerde BN ve AN tanısı aldığı belirtilmektedir. Bu üç yeme bozukluğunda da psikolojik semptomlar ve beden imgesi bozukluğu açısından benzerlik bulunmaktadır.

Zihinsel bir hastalık olan başka türlü tanımlanamayan yeme bozukluğu adolesan, yetişkin ve çocuklarda görülebilmekte ayrıca bu hastalık kadın ve erkekleri eşit oranda etkilemektedir. Hastalarda önemli düzeyde ağırlık kaybı olmasına rağmen normal vücut ağırlığına ve normal BKİ' ye sahiptirler. Bu gruptaki bireyler az miktarda besin tüketmelerine rağmen uygunsuz dengeleme davranışlarında bulunurlar (73).

#### *Fiziksel Belirtiler;*

- Vücut ağırlığında kayıp ya da artış olması,
- Erkeklerde libido azalması, kadınlarda menstrüel düzensizlik,
- İmmün sistemde bozulma görülmesi,
- Ağız çevresinde ve yanaklarda kusmadan dolayı iritasyon olması, ağız kokusu ve dişlerde hasar meydana gelmesi,
- Dehidrasyon sonucu bayılma, baş dönmesi olması.

#### *Psikolojik belirtiler;*

- Besinler, yemek yeme, vücut ağırlığı ve şekliyle meşgul olma,
- Aşırı derecede beden memnuniyetsizliği,
- Vücut ağırlığı, vücut şekli, besin veya egzersiz ile ilgili yapılan yorumlara karşı duyarlı olma,

- Yemek zamanlarında artış gösteren sinirlilik ve/veya anksiyete,
- Sinirlilik, depresyon ve anksiyete,
- Suçluluk duygusu, kendine karşı nefret ve düşük benlik saygısı.

*Davranışsal belirtiler;*

- Tıkanırçasına yeme atakları,
- Diyetle ilgili olan davranışlar (besinlerin kalori değerini hesaplama, açlık vb.),
- Aşırı derecede egzersiz yapma,
- Besin seçiminde değişiklik,
- Besin hazırlamaya ilginin artması,
- Besinleri hazırlama ve tüketme ile ilgili takıntılı davranışlar,
- Besin tüketimi sırasında veya hemen ardından sık sık lavaboya gitme (laksatif kullanımı, kusmadan dolayı)
- Yemek saatleri başta olmak üzere toplumdan izole yaşama ve anti sosyal davranışlar olması (74).

### **2.3.1.6. Gece Yeme Sendromu**

Açlık uykusu ile alakalı biyolojik bir dürtüdür. Acıkma ve uyku arasındaki bağ da, homeostatik uyarıların kontrol mekanizması ile düzenlenir. Hastalarda beslenme ve uykunun ritimleri, birbirleriyle senkronizedir. Bu sebeple enerji dengesi; yemek yenmemesine rağmen, kan şekeri regülasyonu ve iştahın düzenlenmesiyle devam ettirilmektedir (74).

Hastalarda kahvaltının yapılmamasına rağmen sabahları anoreksi, uykudan sonraki ilk öğünü geciktirme, gece tükettiklerinden dolayı mide rahatsızlığı, akşam oluşan hiperfaji, günlük ihtiyaç duyulan kalori miktarının en az %50'sinin akşam yemeğinden sonraki atıştırmalarla alınması, akşam besin tüketiminin gündüzdən fazla olması, tüketilen besinlerin içeriğinin nişasta ve basit şeker gibi karbonhidrat kaynaklarından oluşması, haftada 3 gecede en az bir kez uykudan uyanma ve uyku bozukluğu, gece sık uyanmalar sırasında yüksek kalori içerikli atıştırmalar, bu durumların en az 3 ay devam

etmesi, yedikten sonra suçluluk duygusu, gerginlik, özellikle gece sinir, sıkıntı, diğer yeme bozuklukları tanı kriterlerine uymama gibi özellikleri barındırır (63).

Erişkin popülasyondaki GYS yaygınlığı %1-1,5 oranında bildirilmiştir. GYS ilk olarak obezite hastalarında araştırılmış, bugüne kadar yapılan çalışmalarda obez hastalarda GYS'ye rastlanma oranı %6 ile %16 arasında bildirilmiştir. Normal kilolu kişilerde yapılan bir çalışmada GYS sıklığı %0,4 bulunurken, kilo vermek amaçlı tedavi arayışında olan kişilerde GYS sıklığı %4,3 ile %14 arasında değiştiği bulunmuştur. GYS, obez olmayanlarda da görülmesine rağmen, obez kişilerde özellikle zayıflama tedavisi için başvuranlarda (%6-42) daha yaygındır (75).

Gece Yemek Yeme Bozukluğu DSM-V tanı kriterleri Tablo 7'de gösterilmiştir (44).

**Tablo 7. Gece Yemek Yeme Bozukluğu**

Uykudan uyanarak yemek yeme ya da akşam yemeğinden sonra aşırı yiyecek tüketme ile kendini gösteren, yineleyen gece yemek yeme dönemleri
Yemek yendiğinin ayırımında olunur ve yemek yendiği anımsanır
Gece yemek yeme, kişinin uyku -uyanıklık döngüsündeki değişiklikler ya da yerel toplumsal değerler gibi dış etkilerle daha iyi açıklanamaz
Gece yemek yeme, belirgin sıkıntıya ve/veya işlevsellikte düşmeye neden olur

**Kaynak** 44'den uyarlanmıştır.

Düzensiz yeme, medde kullanımı ve tıkanırcasına yeme bozukluğu da içinde olmak üzere başka ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamamakta ve başka hastalığa bağlanmamaktadır (44). Gece yeme bozukluğunun tedavisi tam anlamıyla açıklanamamıştır. Çalışmalar, GYS için farmakolojik olmayan ve farmakolojik tedavilerin olduğunu göstermiştir. Bunlar; serotonin geri alım inhibitörleri (SSGI), biliş sel davranışçı terapi, ışık terapisi ve relaksasyon eğitimidir (76).

### 2.3.1.7. Pika

Besin olmayan veya yenmeyecek türde maddelerin tüketilmesiyle görülen bozukluktur. Genellikle zihinsel özürlü ve otistik çocuklarda en fazla görülen yeme bozukluğudur. Beslenme bozuklukları, kurşun zehirlenmesi, barsak parazit hastalıkları, anemi veya barsak tıkanması gibi sorunlar görülebilir. Ayrıca dışkı yemenin de bir çeşit pika olduğu, ileri derece psikoz, demans ve deliriyumda görülebildiği bildirilmiştir (77).

Toprak, kağıt, kireç, kum, ip, boya gibi besin dışı maddelerin tüketimlerinin sürekli olması “pika” olarak adlandırılır. Pika, bakır, çinko ve demir eksikliği sonucu görülebilir (78). DSM-V’e göre pika için tanı kriterleri Tablo 8’de gösterilmiştir (44).

**Tablo 8. DSM-V’ e Göre Pika İçin Tanı Kriterleri**

<b>A.</b> En az bir ay süreyle sürekli olarak, besleyici değeri olmayan maddeleri yeme.
<b>B.</b> Besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddeleri yeme tutumu, kişinin gelişimsel düzeyi ile uyumlu değildir.
<b>C.</b> Bu yeme davranışı, kültürel dayanağı olan ya da toplumsal olarak olağan kabul edilebilecek bir uygulama değildir.
<b>D.</b> Bu yeme davranışı, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa (Örneğin; anlık yeti kaybı, otizm açılımı kapsamında bozukluk, şizofreni), ayrıca klinik değerlendirmeyi gerektirecek denli ağırdır.

**Kaynak** 44’den uyarlanmıştır.

### 2.3.1.8. Uyku ile İlişkili Yeme Bozukluğu (UİYB)

UİYB bir tür parasomniyadır. Yeme atakları sırasında hatırlama ve tam uyanıklık hali genellikle gözlenmez. GYS’de ise, gece yeme ataklarının farkında olunması ve hatırlanıyor olunması tanı için gereklidir. UİYB’de, toksik maddelerin ve garip yiyeceklerin yenmesi veya garip yeme atakları görülebilmektedir. UİYB hastalarının hiçbirinde, akşam yemeği ile yatma vakti arasında aşırı besin tüketimi yoktur (79).

## **2.4. Yeme Bozukluklarının Oluşum Nedenleri**

### **2.4.1. Cinsiyet Faktörü**

Yeme bozuklukları kadınlarda, erkeklere oranla cinsiyet açısından ele alındığında 8-12 kat daha fazla görülmektedir (80).

Kadınlarda yeme bozukluklarının daha fazla görülmesinin sebebi olarak ergenlik döneminde bedenlerinde yaşadıkları değişiklikler gösterilebilir. Ergenlik döneminde kızlar kilo almaya başlayabilir, göğüslerde hacim artışı olur, kalçalar genişler. Bu durumlar kadınları toplumun estetik ve güzellik anlayışı olan ölçülerden uzaklaştırır (81).

Erkeklere oranla kadınlarda ince beden imgesi, zayıflık anlayışı daha yüksek görülür. Bu durum kadınların diyetler konusunda daha hassas olmalarına ve yeme bozukluklarının daha fazla görülmesine neden olur. Meslek ve hobi açısından belirli kiloda kalmaları gereken dansçılar, mankenler, jokeyler ve jimnastikçilerde yeme bozukluğu riski daha yüksek görülür. Ayrıca sağlıklı beslenme ve beden imgelerine çok dikkat eden bu gruplar günümüzde özellikle ortoreksiya nervozaya yönelmektedir (82).

### **2.4.2. Açlık Sendromu**

Yeme bozukluğu olan hastalar, kilo verme çabaları sırasında meydana gelen emosyonel gerginliklerini, sosyal izolasyonlarını, yeme ataklarını, bilişsel kusurlarını ve besinler konusundaki düşünce uğraşlarını sağlıklı olarak değerlendiremezler (83).

Yapılan çalışmalara göre yeme bozuklukları ve diyet yapma arasında azımsanamaz ilişkiler olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca yeme bozukluğu davranışları ortaya çıkmadan önce, yeme bozukluğu olan hastaların daha önceden diyete başlamış oldukları klinik birçok çalışmada rapor edilmiştir (63).

Psikolojik ve tıbbi anlamda durumu en iyi olan askerlerde yapılan bir çalışmada, altı ay boyunca normal öğünlerinin yarısı yedirilen askerlerde AN belirtileri gözlemlenmiştir. Ayrıca sekonder olarak kronik açlığın yanı sıra fizyolojik komplikasyonlar meydana gelmiştir. Kronik açlık durumu kişileri karakteristik olarak

etkiler ve bu kişilerde sıklıkla aile bireylerine yabancılaşma, kendilerini başkalarından ayırma ve gizlilik vardır (84).

### **2.4.3. Sosyokültürel Risk Faktörleri**

Sosyokültürel risk faktörlerinde, temel olarak kadınlarda zayıflık ideali ile ilişkilendirilen faktörler üzerinde durulmaktadır. Dört temel unsur üzerinde odaklanılmıştır ve bunlardan birincisi 1950 yılı öncesinde kilolu olan ideal kadın imajı 1950 yılı sonrasında daha ince çizilmeye başlanmıştır. İkinci temel unsur ise güzellik ve başarının sembolü olarak zayıf beden şekli öne sürülmüştür. Ergen kızların egzersiz ve sağlıksız zayıflama diyetleri ile görünümünün zayıf olacağına inandırılmaları da diğer bir unsurdur. Son olarak incelik ve beden şekliyle ilgili subkültürel mesajlar gösterilmektedir. Bütün bu durumlar yeme bozuklukları ve sağlıksız zayıflama davranışlarının artmasına sebep olmaktadır (85).

Sosyokültürel etkenlerin AN ve BN için diğer yeme bozukluklarından daha etkili olduğu düşünülmektedir. Kültürel, tarihsel insidans ve prevalans istatistiklerine bakıldığında ise bu düşünce desteklenmektedir. Batı ülkelerinde zayıflığın idealizasyonu AN ve BN insidanslarının artmasına neden olmuş ve zayıflık idealizasyonunun yeme bozukluklarını arttırdığı gözlemlenmiştir (86). Ayrıca zayıflığın güzel olduğunu teşvik eden sosyal normların kadınlarda erkeklerden daha etkili olduğu da yapılan çalışmada gözlenmiştir (87).

Günümüzde giderek artış gösteren sanayileşme, kentleşme ve küreselleşmeyle beraber Arap Yarımadası ve Asya kıtasında yeme bozuklukları da artış göstermiştir (88). Sosyal çevre ve aile içinde şişman olduğu için alay edilmiş ve dışlanmış kişilerde yeme bozukluklarının arttığı vurgulanmaktadır (89). Yaşanılan saldırı, istismar gibi travmaların yeme bozuklukları için hem erkek hem kadınlarda risk faktörü olduğu saptanmıştır (90).

### **2.4.4. Beden imgesi**

Beden imgesi bozukluğu AN hastalarında, bedenlerini olduğundan farklı görmeleri ve mevcut durumlarını farklı algılamaları nedeniyle klinik tablonun devam

etmesine sebep olur. Hastanın vücut ağırlığını, biçimini veya büyüklüğünü algılamadaki bozukluk ve kendisini aynada daha şişman görmesi AN için alışılmış semptomlardandır. Hasta kaşektik derecede zayıf olmasına rağmen kendisini şişman olarak tanımlar, hisseder ve öyle görür, fakat kendisi gibi olan başka bir AN hastasının çok zayıf olduğunu söyler ve anlar (83).

#### **2.4.5. Aile İle İlgili Faktörler**

1996 ergen ve çocuk üzerinde yapılan bir çalışmaya göre kadınlarda yeme bozukluğunun en önemli nedeninin çocuk yaşlarda yaşamış olduğu cinsel istismar, erkeklerde aile yapısının baskıcı olması, hareket özgürlüğünün kısıtlanması ve ebeveynlerin söz hakkı tanımaması, ayrıca küçük yaşlarda yaşamış oldukları cinsel istismar yeme bozukluklarının temel risk faktörleri arasındadır. Aile yaşamında iyi eğitim alamama, dağınık aile yapısı ve sağlam temellere oturtulmayan aile ilişkileri bu kişilerin yeme bozukluklarına yatkın hale gelmesine neden olmaktadır (91).

Bu konuda yapılmış pek çok çalışmaya göre yeme bozukluğu olan çocukların aile yapısının yeme bozukluğu olmayan çocukların ailelerine ailesel işlevsellik, ailesel organizasyon, planlama güçlükleri ve üyeler arası güvensizliğin daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Genel olarak çocuklarında yeme bozukluğu olan ailelerde sorunlar daha fazla görülmektedir (92).

Güvensiz bağlanma şekillerinin klinik anlamda daha fazla yeme bozuklukları psikopatolojisinin sebebi olduğunu gösteren çalışmalar da vardır (93).

Yapılmış olan bir kohort çalışmasında yeme bozukluğu olan kadınların ailelerinin daha eğitilmiş olduğu ancak erkeklerde öyle bir farkın olmadığı, daha fazla kardeş sayısına sahip olmanın ise yeme bozukluğu riskini azalttığı bildirilmiştir (94).

Bir diğer çalışmada ise annenin eğitim seviyesinin düşük olması beden algısı bozukluğu, kilo alma korkusu ve emosyonel yeme gibi yeme bozukluğu semptomları için bir risk faktörü olduğu sonucuna varılmıştır (95).

#### 2.4.6. Genetik faktörler

AN görülen hastaların ailelerinde %6,6 oranında yatkınlık vardır. Tek yumurta ikizlerinde %67 oranında AN konkordansına olmasına rağmen çift yumurta ikizlerinde bu oran%0'dır. Yüksek örnekleme yapılan bir çalışmaya göre ise BN konkordansı tek yumurta ikizlerinde, çift yumurta ikizlerine göre çok daha yüksek bulunmuştur. Birkaç çalışmada da yeme AN ve BN gibi yeme bozukluğuna sahip bireylerin birinci derece akrabalarında bu hastalıkların görülme riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (96).

Genetik olarak yeme bozukluğuna sebep olan hangi genin aktarıldığı konusu belirsiz ve tartışmalıdır. Bu hastalıklara neden olan genleri belirleme çalışmaları son derece karmaşıktır. Günümüzde basit türlerde, kilo düzenleme ve yeme davranışına katkıda bulunan, sıkça bahsedilen Daf-2 düzenleyici genine benzer yapıda iki yüzden fazla genin bulunduğu belirlenmiştir (83).



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Araştırma, Beslenme ve Diyetetik öğrencilerinde yeme bozuklukları ve obsesif kompulsif belirtilerin değerlendirilmesi amacıyla yürütülmüş kesitsel bir çalışmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma, 2017 yılının Mart-Mayıs aylarında, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıfta lisans eğitimi sürdüren öğrencilerde uygulanmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

##### **3.3.1. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evreni, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde lisans eğitimini sürdüren, araştırmanın yürütüldüğü süre içerisinde üniversiteye devam eden toplam 183 öğrenciden oluşmaktadır.

##### **3.3.2. Araştırmanın Örneklemi**

Araştırmanın örneklemini, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde lisans eğitimini sürdüren 115 öğrenciden oluşmaktadır. Anketler incelendiğinde, eksiksiz dolduran öğrenciler çalışmaya dahil edilmiş, fakat yanılmaya neden olabilecek şekilde anketleri eksik dolduran öğrenciler çalışma dışında tutulmuştur. İstatistiksel olarak bakıldığında örneklem evreni yansıtıcı niteliktedir.

### **3.4. Verilerin Toplama Tekniği**

Araştırma Okan Üniversitesi Etik Kurulu'ndan alınan onay (Ek-1) ve İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü'nden alınan izin ile yapılmıştır (Ek-2). Araştırmaya katılan öğrenciler kendilerine verilen anket formlarını doldurmuştur.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri şu şekilde belirlenmiştir;

1. Araştırmaya gönüllü olarak katılmak ve onam formunu imzalamak,
2. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde lisans eğitime devam ediyor olmak,
3. Anket formlarını eksiksiz olarak doldurmak

### **3.5. Verilerin Toplanması**

Araştırmada üç farklı veri toplama aracı uygulanmıştır. Anket 4 kısımdan oluşmaktadır. Testlerle ilgili detaylı bilgi aşağıda verilmiştir.

#### **3.5.1. Anket Formu**

Araştırmaya katılan öğrencilere4 bölümden oluşan anket formu uygulanmıştır. Anketin içeriği aşağıdaki gibidir.

- Genel Bilgiler (cinsiyet, yaş, sigara ve alkol kullanım durumu, sporla ilgilenme durumu ve kalınan yer)
- Antropometrik Ölçümler
- Yeme Tutum Testi
- Obsesif Belirti Testi
- Orto 15 Testi

#### **3.5.2. Antropometrik Ölçümler**

Çalışmaya katılan öğrencilerin antropometrik ölçümleri; boy uzunluğu (cm), vücut ağırlığı (kg), araştırmacı tarafından gerçeleştirilmiştir.

Vücut ağırlığı, bireylerin üzerinde en az giysi olacak şekilde sabah aç karnına Tanita BC 532 marka biyoelektrik impedans cihazı kullanılarak analiz edilmiştir.

Boy uzunluğu, bireyler ayaklar bitişik, baş Frankfurt düzleminde (göz üçgeni ve kulak kepçesi üstü aynı hizada, yere paralel) olacak şekilde duruş sağlanarak, esnemeyen mezura ile ölçülmüştür.

Beden kitle indeksi katılan bütün bireyler için hesaplanmış ve BKİ  $(\text{kg}/\text{m}^2)=\text{Vücut Ağırlığı (kg)}/\text{Boy}^2 (\text{m})$  denklemi kullanılmıştır. Sınıflandırmada Dünya Sağlık Örgütü'nün verileri baz alınmıştır. BKİ sınıflandırması Tablo 9'da gösterilmiştir (97).

**Tablo 9. BKİ Sınıflandırması**

<i>BKİ Değeri</i>	<i>Obezite Derecesi</i>
18.5 altı	Zayıf
18.5-24.9	Normal aralık
25.0-29.9	Fazla Kilolu
30.0-34.9	1. derece obez
35-39.9	2. derece obez
40 üzeri	3. derece obez

**Kaynak** 97'den uyarlanmıştır.

### 3.5.3. Yeme Tutumu Testi(YTT)

YTT-40, BN ve AN'yi objektif olarak değerlendiren 40 madde ve her maddede 6 seçenekten oluşan bir kendi kendini ölçme testidir. Test ikinci düzenlemede son şeklini almıştır. YTT-40 tedavi sonrası var olan değişiklikleri belirleyebilme, klinikte detaylı bilgi alma, AN yeme bozukluğunun yüksek risk grubunda tanı konmamış olguları tarama testi olarak kullanılabilir. Test BN ve AN'yi karşılaştıramamakta fakat BN ve AN'yi tikanırcasına yeme sendromundan ayırabilmektedir (98).

Testin Türkçe uyarlaması Tekcan, Altuğ, Elal ve Slade tarafından 2000 yılında yapılmıştır (99).

YTT-40 puanlamasında sonuç olarak en fazla 120 puan alınmaktadır. Puanlama; 39-27-23-19-18-1 soruları için hiçbir zaman 3 puan, nadiren 2 ve bazen 1 puan şeklindedir. Bunların dışındaki sorular için ise daima 3 puan ve çok sık 1 puandır. Her sorudan elde edilen puanlar toplanarak toplam puan oluşmaktadır (100).

#### **3.5.4. Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri**

Orijinal envanter doğru-yanlış şeklinde 2 seçenekten oluşan 30 sorudan oluşmaktadır. Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri (Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory-MOCI) Hodgson ve Rachman tarafından obsesif-kompulsif değerlendirme için geliştirilmiştir (101).

Çalışmada uygulanan envanterin 7 madde eklenmiş 37 maddelik hali Erol ve Savaşır tarafından yapılmıştır, 3 faktör belirlenmiştir bunlar; yavaşlık-kontrol, temizlik ve obsesyonel düşünmedir. Envanterin değerlendirmesinde her bir doğru için 1 puan ancak 11. soruda yanlış için 1 puan ve doğru için 0 puan verilmektedir. Toplam 37 puan alınabilmektedir. Tükçe uyarlamada kesme puanı oluşturulmamıştır ancak kontrol grubu olan araştırmalarda kesme puanının olması önerilmektedir (102).

#### **3.5.5. ORTO-15 Ölçeği**

10 maddeden oluşan ORTO-15 ölçeği ortoreksiya nevroza eğilimini değerlendirmek için Bratman tarafından hazırlanmıştır (103). Bu çalışmada kullanılan ölçek ise Bratman'ın ölçeğinden bazı sorular çıkarılıp, bazı soruların eklenmesi ile 15 soruluk haline Donini tarafından getirilmiştir (104).

Puanlamada her sorunun hiçbir zaman, bazen, sık sık ve her zaman olmak üzere 4 farklı cevabı vardır ve her soruda en yüksek 4 en düşük 1 puan alınabilmektedir.

2, 5, 8 ve 9. sorularda hiçbir zaman 1 puan, bazen 2 puan, sık sık 3 puan ve her zaman 4 puan verilmektedir.

3, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 14 ve 15. Sorular ise 2, 5, 8 ve 9. Soruların tersine puanlanmaktadır.

Sorular öğrencilerin sağlıklı olarak tanımladıkları besinleri tüketme, besinleri seçme, seçtikleri besinleri satın alma ve hazırlama konusundaki obsesif davranışları değerlendirmektedir. Ölçeğin sonucu ters orantılıdır, toplam puan yükseldikçe ortorektik eğilim azalmakta ve puan düştükçe ortorektik eğilim artmaktadır. Bu testte toplamda en az 15, en fazla 60 puan alınabilmektedir (105).

### **3.6. Verilerin Analizi**

Anket formlarından elde edilen veriler, SPSS (The Statistical Package for The Social Sciences) 21,0 programıyla değerlendirilmiştir. Ölçümsel değişkenlerin dağılımı Kolmogrov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Sayısal olarak değerlendirilen verilerde ortalama ve standart sapma, gruplar halinde sınıflandırılmış verilerde ise sayı ve yüzde kullanılmıştır. Bağımsız iki grupta normal dağılım göstermeyenler için non-parametrik Mann Whitney U testi, bağımsız ikiden fazla gruplarda normal dağılım göstermeyenler için non-parametrik Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Korelasyon testlerinde veriler normal dağılım göstermediğinden dolayı “Spearman” korelasyon katsayıları kullanılmıştır. Sonuçlar %95’lik güven aralığında,  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

### **3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri**

03.02.2017 tarihinde tez danışmanı Doktor Öğretim Üyesi Funda Şensoy’un İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Beslenme ve Diyetetik öğrencilerinde çalışma yapılabilmesi için yazdığı yazıyla birlikte, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Yüksekokul Müdürlüğü’ne başvuruda bulunulmuştur. 08.03.2017 tarihinde başvurunun uygun görüldüğüne dair resmi yazı tarafıma tebliğ edilmiştir ( Ek-2).

22.02.2017 tarihinde Okan Üniversitesi Etik Kurul’unda çalışma başvurusu oy birliğiyle kabul edilmiştir (Ek-1).

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu’ndan alınan izin ve Okan Üniversitesi Etik Kurul onayı alındıktan sonra onam formu ile birlikte anket çalışması yapılmıştır.

### 3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmada sadece tek bir üniversitenin Beslenme ve Diyetetik Bölümünden veri toplanmıştır,
- Araştırma grubunun çoğunluğunu kadınlar oluşturmuştur,
- Araştırmanın örneklem sayısı küçüktür,
- Araştırma ve verilerin anket yöntemiyle elde edilmesi ve cevapların doğruluğunun öğrencilerin insiyatifinde olması sebepleri, çalışmayı kısıtlamış olduğu için elde edilen sonuçlar topluma genellenemez.



#### 4. BULGULAR

Öğrencilerin genel özelliklerinin cinsiyetlerine göre dağılımı Tablo 10'da gösterilmiştir.

**Tablo 10. Öğrencilerin Genel Özelliklerinin Cinsiyetlerine Göre Dağılımı**

Özellikler	n	%
<b>Kalın yer</b>		
Yurt	22	19,1
Ev	93	80,9
<b>Yaş (yıl)</b>		
18-21	66	57,4
22-25	41	35,7
26 ve üzeri	8	6,9
<b>BKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>		
<18,5	19	16,5
18,5-24,9	79	68,7
25,0-29,9	14	12,2
30,0-34,9	2	1,7
40 ve üzeri	1	0,9
<b>Sigara Kullanımı</b>		
İçiyor	21	18,3
İçmiyor	94	81,7
<b>Alkol Kullanımı</b>		
İçiyor	25	21,7
İçmiyor	90	78,3
<b>Spor</b>		
Yapıyor	56	48,7
Yapmıyor	59	51,3
<b>TOPLAM</b>	115	100,0

Öğrencilerin çoğunluğu evde ikamet etmektedir. Kadınların %80,9 u evde kalırken, erkeklerin %80'i evde kalmaktadır. Yaşı 18-21 arasında olan öğrencilerin oranı %57,4 iken, yaşı 22-25 arasında olan öğrencilerin oranı %35,7, öğrencilerin % 7'sinin ise yaşı 26 ve üzerindedir. BKİ'si 18 kg/m<sup>2</sup>'den küçük olan kadın öğrencilerin oranı %17,3, erkek öğrencilerin oranı %0'dır. Kadınların %67,3'ünün BKİ'si 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup> aralığında iken, erkeklerde ise bu oran %100'dür. BKİ'si 25,0-29,9 kg/m<sup>2</sup> aralığında olan öğrencilerin oranı sırasıyla % 12,7 ve %0'dır. Kadınların %1,8'inin BKİ'si 30,0-34,9 kg/m<sup>2</sup> aralığında, erkeklerde ise bu oran %0'dır. BKİ'si 40 ve üzerinde olan erkek öğrenci bulunmazken kadınların %0,9'unun BKİ'si 40 ve üzerindedir. Öğrencilerin %18,3'ü sigara kullanmakta, kadınlarda bu oran %15,5 iken erkeklerde %80,0'dir. Alkol kullanımına göre dağılım incelendiğinde ise; alkol kullanan kadın öğrenciler örneklemin %20'sini oluştururken erkek öğrenciler %60'ını oluşturmaktadır. Kadınların % 48,2'si spor yapmakta, erkeklerde bu oran %60'dır. Spor yapmayan öğrenciler ise örneklemin %51,3'ünü oluşturmaktadır.

Öğrencilerin cinsiyetlerine göre YTT-40, Orto-15 ve MOCI puan ortalamalarının dağılımı tablo 11'de gösterilmiştir.

**Tablo 11. Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre YTT-40, Orto-15 ve MOCI Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Cinsiyet	Erkek ( n= 5, %4,35)		Kadın ( n=110, %95,65)			
	Ort±Ss	Med	Ort±Ss	Med	z	P
YTT-40 puanı	11,80±11,86	15	11,51±9,34	19	-0,502	0,616
Orto-15 puanı	36,80±3,27	38	36,63±4,55	39	-1,172	0,241
MOCI ölçeği puanı	23,40±2,07	24	14,42±7,33	14	-2,725	0,040

\*Mann Whitney U testi

Erkeklerin yeme tutum puanı ortalamaları 11,8±11,86 kadınların ise 11,51±9,34'tür. Öğrencilerin cinsiyetleri ile yeme tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p=0,616>0,05). Erkeklerin Orto-15 puan ortalamaları 36,8±3,27, kadınların ise 38,63±4,55'dir. Öğrencilerin cinsiyetleri ile Orto-



15 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,241>0,05$ ). MOCI ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında ise; erkeklerin MOCI ölçeği puan ortalamaları  $23,4\pm 2,07$ , kadınların ise  $14,42\pm 7,33$ 'tür. Öğrencilerin cinsiyetleri ile MOCI ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p=0,04<0,05$ ).

Öğrencilerin yaş gruplarına göre YTT-40, Orto-15 ve MOCI puan ortalamalarının dağılımı tablo 12'de gösterilmiştir.

**Tablo 12. Öğrencilerin Yaş Gruplarına Göre YTT-40, Orto-15 ve MOCI Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Yaş grubu	18-21 yaş (n=66 , %57,4)		22-25 yaş (n=41 , %35,7)		26 yaş ve üzeri (n=8 , %7)			
	Ort±Ss	Med	Ort±Ss	Medyan	Ort±Ss	Med	z	p
YTT-40 puanı	12,15±9,40	9	10,68±9,73	8	10,75±8,32	7,5	0,719	0,397
Orto-15 puanı	38,22±4,28	39	38,73±5,06	39	40,37±2,97	41	1,308	0,253
MOCI ölçeği puanı	14,40±7,62	14	15,60±7,53	15	14,12±7,29	15	0,493	0,482

\*Kruskal Wallis testi

18-21 yaş aralığındaki öğrencilerin yeme tutum puan ortalamaları  $12,25\pm 9,40$ , 22-25 yaş aralığındaki öğrencilerin  $10,68\pm 9,73$ , 26 yaş ve üzerindeki ise  $10,75\pm 8,32$ 'dir. Öğrencilerin cinsiyetleri ile yeme tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,397>0,05$ ). 18-21 yaş grubu öğrencilerin Orto-15 puan ortalamaları  $38,22\pm 4,28$ , 22-25 yaş grubu öğrencilerin ise  $38,73\pm 5,06$ , 26 yaş ve üzeri öğrencilerin ise  $40,37\pm 2,97$ 'dir. Öğrencilerin yaş grupları ile Orto-15 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,253>0,05$ ). MOCI ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında ise; 18-21 yaş grubu öğrencilerin MOCI ölçeği puan ortalamaları  $14,40\pm 7,62$ , 22-25 yaş grubu öğrencilerin ise  $15,60\pm 7,53$ , 26 yaş ve üzeri öğrencilerin ise  $14,12\pm 7,29$ 'dur. Öğrencilerin yaş grupları ile MOCI ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,482>0,05$ ).

Öğrencilerin beden kütle indekslerine göre YTT-40, Orto-15 ve MOCI puan ortalamalarının dağılımı tablo 13’de gösterilmiştir.

**Tablo 13. Öğrencilerin Beden Kütle İndekslerine Göre YTT-40, Orto-15 ve MOCI Puan Ortalamalarının Dağılımı**

BKİ grubu (kg/m <sup>2</sup> )	18,5 altı (n=12 , %9,6)		18,5-24,9 (n=105 , %84)		25 -29,9 (n=8 , %6,4)			
	Ort±Ss	Med	Ort±Ss	Med	Ort±Ss	Med	z	p
YTT-40 puanı	11,15±8,40	10	10,86±8,42	8	10,78±5,67	10	0,809	0,667
Orto-15 puanı	39,66±2,74	40	39,12±3,47	40	40,25±3,10	40	0,501	0,778
MOCI ölçeği puanı	16,66±5,54	14	12,53±6,14	11	15,25±8,17	14,5	5,455	0,065

\*Kruskal Wallis testi

BKİ’si 18,5 kg/m<sup>2</sup> altı olan öğrencilerin yeme tutum puan ortalamaları 11,15±8,40, 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup> arasında olan öğrencilerin 10,86±8,42, 25-29,9 kg/m<sup>2</sup> arası olan öğrencilerin ise 10,78±5,67’dir. Öğrencilerin BKİ’leri ile yeme tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p=0,667>0,05). BKİ’si 18,5 kg/m<sup>2</sup> altında olan öğrencilerin Orto-15 puan ortalamaları 39,66±2,74, 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup> arası olan öğrencilerin 39,12±4,7, 25-29,9 kg/m<sup>2</sup> arası olan öğrencilerin ise 40,25±3,10’dur. Öğrencilerin BKİ’leri ile Orto-15 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p=0,778>0,05). MOCI ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında ise; BKİ’si 18,5 kg/m<sup>2</sup> altı olan öğrencilerin MOCI ölçeği puan ortalamaları 16,66±5,54, 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup> arası olan öğrencilerin 12,53±6,14, 25-29,9 kg/m<sup>2</sup> arası olan öğrencilerin ise 15,25±8,17’dir. Öğrencilerin BKİ’leri ile MOCI ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p=0,065>0,05).

Öğrencilerin beden kütle indekslerine göre YTT-40, Orto-15 ve MOCI puan ortalamalarının dağılımı tablo 14’de gösterilmiştir.

**Tablo 14. Öğrencilerin Kaldıkları Yere Göre YTT-40, Orto-15 ve MOCI Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Kalınan yer	Yurtta (n=22, %19,1)		Evde (n=93, %80,9)			p
	Ort±Ss	Med	Ort±Ss	Med	z	
YTT-40 puanı	14,13±10,39	11	10,91±9,10	8	-1,636	0,102
Orto-15 puanı	37,16±5,66	38	38,83±4,18	39	-1,011	0,312
MOCI ölçeği puanı	13,68±8,86	13	15,08±7,05	15	-0,918	0,359

\*Mann Whitney U testi

Yurtta kalan öğrencilerin yeme tutum puan ortalamaları 14,13±10,39, evde kalan öğrencilerin ise 10,91±9,10'dur. Öğrencilerin kaldıkları yer ile yeme tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,102>0,05$ ). Yurtta kalan öğrencilerin Orto-15 puan ortalamaları 38,16±5,66, evde kalan öğrencilerin ise 38,83±4,18'dir. Öğrencilerin kaldıkları yer ile Orto-15 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,312>0,05$ ). MOCI ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında ise; yurttan kalan öğrencilerin MOCI puan ortalamaları 13,68±8,86, evde kalan öğrencilerin ise 15,08±7,05'tir. Öğrencilerin kaldıkları yer ile MOCI puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,359>0,05$ ).

Öğrencilerin sigara kullanımına göre YTT-40, Orto-15 ve MOCI puan ortalamalarının dağılımı tablo 15'de gösterilmiştir.

**Tablo 15. Öğrencilerin Sigara Kullanımına Göre YTT-40, Orto-15 ve MOCI Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Sigara Kullanımı	İçiyor (n=21, %18,3)		İçmiyor (n=94, %81,7)			p
	Ort±Ss	Med	Ort±Ss	Med	z	
YTT-40 puanı	13,76±13,80	9	11,03±8,12	9	-0,181	0,856
Orto-15 puanı	38,61±3,48	39	38,54±4,72	39	-0,029	0,977
MOCI ölçeği puanı	18,76±8,26	20	13,93±6,95	14	-2,489	0,013

\*Mann Whitney U testi

Sigara kullanan öğrencilerin yeme tutum puan ortalamaları  $13,76 \pm 13,80$ , sigara kullanmayan öğrencilerin ise  $11,03 \pm 8,12$ 'dir. Öğrencilerin sigara kullanımı ile yeme tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,856 > 0,05$ ). Sigara kullanan öğrencilerin Orto-15 puan ortalamaları  $38,61 \pm 3,48$ , sigara kullanmayan öğrencilerin ise  $38,54 \pm 4,72$ 'dir. Öğrencilerin sigara kullanımı ile Orto-15 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,977 > 0,05$ ). MOCI ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında ise; sigara kullanan öğrencilerin MOCI ölçeği puan ortalamaları  $18,76 \pm 8,26$ , sigara kullanmayan öğrencilerin ise  $13,93 \pm 6,95$ 'tir. Öğrencilerin sigara kullanımı ile MOCI ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p=0,013 < 0,05$ ).

Öğrencilerin alkol kullanımına göre YTT-40, Orto-15 ve MOCI puan ortalamalarının dağılımı tablo 16'de gösterilmiştir.

**Tablo 16. Öğrencilerin Alkol Kullanımına Göre YTT-40, Orto-15 ve MOCI Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Alkol Kullanımı	İçiyor ( n=25, %21,7)		İçmiyor ( n=90, %78,3)			
	Ort±Ss	Med	Ort±Ss	Med	z	p
YTT-40 puanı	11,96±12,27	9	11,41±8,51	9	-0,438	0,661
Orto-15 puanı	39,28±4,25	39	38,35±4,58	39	-0,436	0,663
MOCI ölçeği puanı	15,8±7,69	16	14,54±7,35	14	-0,679	0,497

\*Mann Whitney U testi

Alkol kullanan öğrencilerin yeme tutum puan ortalamaları  $11,96 \pm 12,27$ , alkol kullanmayan öğrencilerin ise  $11,41 \pm 8,51$ 'dir. Öğrencilerin alkol kullanımı ile yeme tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,661 > 0,05$ ). Alkol kullanan öğrencilerin Orto-15 puan ortalamaları  $39,28 \pm 4,25$ , alkol kullanmayan öğrencilerin ise  $38,35 \pm 4,58$ 'dir. Öğrencilerin alkol kullanımı ile Orto-15 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,663 > 0,05$ ). MOCI ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında ise; alkol kullanan öğrencilerin MOCI ölçeği puan ortalamaları  $15,8 \pm 7,69$ , alkol kullanmayan öğrencilerin

ise  $14,54 \pm 7,35$ 'tir. Öğrencilerin alkol kullanımı ile MOCI ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,497 > 0,05$ ).

Öğrencilerin spor yapma durumuna göre YTT-40, Orto-15 ve MOCI puan ortalamalarının dağılımı tablo 17'de gösterilmiştir.

**Tablo 17. Öğrencilerin Alkol Kullanımına Göre YTT-40, Orto-15 ve MOCI Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Spor yapma durumu	Yapıyor (n=56, %48,7)		Yapmıyor (n=59, %51,3)			
	Ort±Ss	Med	Ort±Ss	Med	z	p
YTT-40 puanı	11,89±10,25	9	11,18±8,59	9	-0,202	0,840
Orto-15 puanı	38,44±4,84	39	38,66±4,20	39	-0,062	0,952
MOCI ölçeği puanı	15,62±6,91	15,5	14,05±7,84	14	-1,221	0,222

\*Mann Whitney U testi

Spor yapan öğrencilerin yeme tutum puan ortalamaları  $11,89 \pm 10,25$ , spor yapmayan öğrencilerin ise  $11,18 \pm 8,59$ 'dur. Öğrencilerin spor yapma durumları ile yeme tutum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,840 > 0,05$ ). Spor yapan öğrencilerin Orto-15 puan ortalamaları  $38,44 \pm 4,84$ , spor yapmayan öğrencilerin ise  $38,66 \pm 4,20$ 'dir. Öğrencilerin spor yapma durumları ile Orto-15 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,952 > 0,05$ ). MOCI puan ortalamalarına bakıldığında ise; spor yapan öğrencilerin MOCI ölçeği puan ortalamaları  $15,62 \pm 6,91$ , spor yapmayan öğrencilerin ise  $14,05 \pm 7,84$ 'tür. Öğrencilerin spor yapma durumları ile MOCI ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,222 > 0,05$ ).

Bireylerin YTT-40 puanı ile Orto-15 ve MOCI ölçeği puanlarının değerlendirilmesi Tablo 18’de gösterilmiştir.

**Tablo 18. Bireylerin YTT-40 Puanı ile Orto-15 ve MOCI Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi**

Değişkenler	YTT-40 puanı	Orto-15 puanı	MOCI ölçek puanı
YTT-40 puanı	r=1,000 p=-	r=-0,095 p=0,313	r=0,079 p=0,403
Orto-15 puanı	#	r=1,000 p=-	r=-0,268 p=0,004*
MOCI ölçek puanı	#	#	r=1,000 p=-

\*p<0,05, Spearman Korelasyon

Orto-15 puanı ile MOCI puanı arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (r= - 0,268; p<0,05). Orto-15 puanı arttıkça, MOCI puanı azalacak; Orto-15 puanı azaldıkça MOCI puanı artacaktır. Diğer değişkenler arasında herhangi bir anlamlı ilişki bulunmamıştır (p>0,05).

## 5. TARTIŞMA

Bu araştırmada, İstanbul il merkezli İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde eğitimine devam eden öğrencilerin sağlıklı beslenme takıntısının Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri, Yeme Tutum Testi ve Orto-15 testleri kullanılarak görülme sıklığının değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

Oğur'un 2016'da yaptığı çalışmada evren olarak Bitlis Eren Üniversitesi'nde öğrenim gören bütün ön lisans ve lisans öğrencileri belirlenmiş olup gönüllülük esasına dayalı 294 öğrenci ile çalışılmıştır. Bu çalışmada evren beslenme ve diyetetik öğrencileri olup 183 kişiden oluşmaktadır. Gönüllülük esasına bağlı olarak 115 kişiyle çalışılmıştır. Örneklem sayısının diğer çalışmadan düşük olması evreni oluşturan öğrenci sayısının düşük olmasıyla açıklanabilir. Ayrıca Oğur'un çalışmasında örnekleme oluşturan öğrencilerin 174'ü kadın 120'si erkek iken, bu çalışma 110 kadın 5 erkek öğrenci ile yapılmıştır. Erkek öğrenci sayısının düşük olması Beslenme Diyetetik Bölümü'nü tercih eden erkek öğrenci sayısının az olmasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca çalışmaya katılan bireylerin BKİ değerlendirmesinde %16,5'i 18,5 altı, %68,7'si 18,5-24,9 arası, %14,8'inde ise 25 ve üzeri sonuçlar elde edilmiştir. Oğur'un çalışmasında ise katılımcıların %12,9'i 18,5 altı, %76,2'si 18,5-24,9 arası, %10,9'u ise 25 ve üzeri bulunmuştur (106). BKİ değerlendirmeleri bu çalışmayla paralellik göstermektedir. Bunun nedeni olarak benzer yaş grupları ve öğrencilerle çalışılmış olması gösterilebilir.

Araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğu 18-25 yaş aralığındayken, Karadağ'ın 2016'da yaptığı çalışmada yaş ortalaması  $25,77 \pm 6,72$  olarak bulunmuştur (107). Tatlıses'in 2016'a yaptığı çalışmada ise spor salonunda düzenli olarak spor yapan bireylerin yaş ortalamaları  $29,52 \pm 5,75$  olduğu görülmüştür. Yaş aralıkları farklılığı örneklemin seçildiği grupların farklılığından kaynaklanmıştır (108).

Arslan'ın 2016'da üniversite öğrencileri üzerine yaptığı çalışmada öğrencilerin %47,5'inin yurttan, %41,5'inin evde kaldığı görülmüştür. Bu çalışmada ise öğrencilerin %19,1'inin yurttan, %80,9'unun ise evde kaldığı sonucuna varılmıştır. Bunun nedeni Arslan'ın çalışmasında Kırıkkale'de devlet üniversitesi öğrencileriyle İstanbul Bilim

üniversitesi öğrencileri arasındaki sosyoekonomik durum farklılıkları olabilir. Bu nedenler arasında gelir farklılığı, üniversite okunulan şehrin imkanları ve tercihler olabilir (109).

Ögel ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırma da öğrencilerin %65,1'i yaşamlarında en az bir kez sigara içtiklerini belirttiler. Kadınlar için bu oran %62,4, erkekler için %67,3 olarak bulunmuştur. Son bir yıl en az bir kez sigara içenlerin oranını %49,5 olarak bulunmuştur. Öğrenciler %32,2'si son bir ay içinde en az bir kez sigara içtiklerini belirtirken, bu oran kadınlar için %30,8, erkekler için %33,4 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise erkeklerin sigara tüketim oranı kadınların tüketim oranından çok daha fazla bulunmuştur. Sigara tüketim değerlendirmeleri paralellik göstermektedir (110).

Ögel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, son bir ay içinde en az bir kez alkol kullananlar oranı %18 olarak bulunmuştur. Bu oran kadınlar için %11,8, erkekler için %23,5'dur. Her iki cins için haftada 2 kez ve daha fazla alkol kullanan oranları %4,6 iken, bu oran erkekler için %6,7'dir. Yaşam boyu en az bir kez sarhoş olma oranı %27,8 iken, bu oran kadınlar için %23, erkekler için %32,1 bulunmuştur (110). Bu çalışmada ise erkeklerin alkol tüketim oranı kadınların tüketim oranından çok daha fazla bulunmuştur. Alkol ve sigara kullanma oranının erkeklerde daha yüksek oranda olması, toplumsal, kültürün erkeklere yüklediği "erkeklik imajı" ile örtüştüğü söylenebilir.

Şahan'ın 2008 yılında yaptığı bir araştırmada araştırmaya katılan deneklerin spor yapıp yapmama durumları ile ilgili sonuçlar görülmektedir. Çalışmaya katılanların %41,9'u amatör veya profesyonel olarak spor yaptıklarını, %58,1'i ise sadece izleyici olarak belirlenmiştir. Bu oranlar Gazi Üniversitesinde %44,7'si spor yaparken, %55,3'ü yapmamaktadırlar. Selçuk Üniversitesinde %39,4'ü spor yaparken, %60,6'sı ise izleyici olduklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmada ise spor yapmayan bireylerin oranı yapan bireylerden daha yüksek bulunmuştur. Spor yapma durumları değerlendirmeleri paralellik göstermektedir. Öğrenci gruplarında yapılan çalışma olduğu için öğrencilerin ders yüklerinin fazla olmasından dolayı spora vakit ayıramamış olabilirler (111).

Varga'nın 2014 yılında yapmış olduğu çalışmada, erkeklerin ON prevalansı kadınlara göre daha yüksek olduğuyla ilgili anlamlı bir farklılık gözlemiştir, (sırasıyla %11,3 ve %3,9 p=0;003) (112). Çalışmamızda kadınların, erkeklere göre ORTO-15



puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Ancak öğrencilerin ORTO-15 puanına göre cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. ( $p=0,241$ ). Baş'ın 75 diyetisyenle 2014 yılında yapmış olduğu çalışmada mevcut çalışmaya benzer olarak; erkek ve kadın diyetisyenlerin cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (105). Bu bilgilere göre mevcut çalışma sonuçlarının Baş'ın çalışmasına benzer olmasının nedeni Baş'ın çalışmayı diyetisyenlerle, bu çalışmada ise Beslenme ve Diyetetik öğrencileriyle çalışılmış olmasından olabilir. Ancak Varga'nın çalışmasında zıt sonuçlar elde edilmesinin nedeni örneklem grubunun farklı meslek gruplarından oluşması olarak yorumlanabilir.

Özenoğlu'nun 2015 yılında yaptığı çalışmada kalınan yere (yurt, ev) göre ortoreksiya nervoza durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (113). Bu sonuca göre; ailesinden uzak bir yerde üniversite eğitimi gören öğrencilerden evde arkadaşlarıyla kalmayı tercih edenlerin dışarıda öğün yapmanın sağlıksız olduğunu düşünmeleri ve bu nedenle kendi yemeklerini hazırlamak istemeleri gibi etkenlerin rolü olabileceği söylenebilir. Aynı şekilde bu çalışmada da yaşanan yere göre ortoreksiya nervoza durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Bu bağlamda iki çalışma birbirine paralellik göstermiştir. Yani öğrencilerin tercihlerinin birbirine benzediği ve benzer koşulların Orto-15 puanıyla anlamlı bir farklılığının olmadığı görülmüştür.

Acar ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı çalışmada, düşük ORTO-15 puanı ile yüksek yaş arasında korelasyon olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (114). Bu çalışmada ise Orto-15 puanı ve yaş arasından anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır. Çalışmamızın bu çalışmayla zıt sonuçlara varması çalışılan yaş grubuyla ilişkilendirilebilir.

Gezer'in 2013 yılında çalışmada BKİ ve ortorektik olma eğilimi arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Oğur ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı bir çalışmada zayıf öğrencilerin %46,4'ünün ( $n=25$ ) puanının  $\geq 4$  olduğu tespit edildiğinden, zayıf öğrenciler arasında ON eğiliminde olma olasılığı daha yüksek bulunmuştur. Normal kilolu öğrencilerin 40,4'ünün ( $n=149$ ) puanının  $\geq 4$  olduğu belirlenmiştir. Fazla kilolu (pre-obez) öğrencilerin %45,1'inin ( $n=23$ ) puanı  $\geq 4$  olmuştur. Normal kilolu öğrencilerden 1 kişi sekiz soruya evet yanıtı verdiği için ON eğilimi gösterme olasılığının daha yüksek olacağı düşünülmüştür. Ancak, öğrencilerin

puanları ile BKİ değerleri arasındaki farkın anlamlı olmadığı ( $p>0.05$ ) görülmüştür (115).

Gezer ve Kabaran'ın 2013 yılında yaptığı çalışmada zayıf öğrenciler arasında ON eğiliminde olma olasılığı daha yüksek bulunmuştur (115). Ayrıca Korinth'in 2009 da yaptığı çalışmada da beslenme alanında eğitim gören öğrencilerin diğer öğrencilere göre vücut ağırlığı kontrolü için besin alımlarını sınırlama eğiliminde oldukları ve sağlıklı beslenme eğilimi gösterdikleri saptanmıştır. Bu nedenle beslenme bilgisi arttıkça sağlıklı beslenme eğiliminin artabileceği düşünülmektedir. Çalışmada BKİ ve Orto-15 puanı arasında anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Çalışmadan elde edilen sonuçlar daha önce yapılmış çalışmaları destekler niteliktedir. Yani BKİ ve bilgi düzeyi arttıkça ortorektik olma eğiliminin arttığı söylenebilir. BKİ arttıkça vücut ağırlığını kontrol etme isteği arttığından ortorektik olma yönünde eğilim olduğu ifade edilebilir (116).

Kazkonda'nun 2010 yılında yaptığı bir çalışmada hafif şişman üniversite öğrencilerinin diğer gruplarda yer alan öğrencilere göre daha fazla ortoreksik eğilimler gösterdiğini saptamıştır (117). Arusoğlu ve arkadaşları tarafından yürütülen çalışmada yeme tutumu bozuk ve obsesif kompulsif belirtileri fazla olan bireylerde BKİ yükseldikçe ortorektik eğilimlerin arttığı bulunmuştur (69). Fidan ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptığı bir çalışmada fazla kilolu ve obez öğrencilerin sağlıklı besinlerin tüketimine yöneldiğinin ve ON eğiliminin fazla olduğunun görülmüştür (118). Bağcı Bosi ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptıkları çalışmada, bireylerin BKİ değerlerinin arttıkça ORTO-15 puanlarının arttığı ve ON risk durumlarının azaldığı tespit edilmiştir (119). Bu verilere bakıldığında çalışmaya zıt sonuçlar elde edilmiştir. Bu sonucun, BKİ değerleri yüksek olan bireylerin, BKİ değerleri düşük olan bireylere göre yiyecek seçimi yapma, satın aldıkları ürünlerin içeriğine önem verme gibi konularda daha serbest ve özgür olduklarını ortaya koyduğunu ifade edilebilir.

Dalmaz'ın 2015'te yaptığı bir çalışmada yapılan istatistiksel analizler sonucunda, spor yapanların, spor yapmayanlara göre anlamlı derecede ( $t=4.847$ ,  $p<0,001$ ) daha fazla ortorektik belirtiler gösterdiği tespit edilmiştir. Dolayısıyla spor yapma ile ortorektik eğilimler arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir (120).

Karakuş ve arkadaşlarının 2017 yılında 208 bireyle yaptığı bir çalışmada sigara kullanan bireylerin kullanmayan bireylere göre orto-11 puan ortalaması daha düşük bulunmuştur. Ancak sigara kullanım durumuyla orto-11 puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Çalışma bu çalışmayla paralellik göstermektedir (121).

Karakuş ve arkadaşlarının 2017 yılında 208 bireyle yaptığı bir çalışmada alkol kullanan bireylerin kullanmayan bireylere göre orto-11 puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Ancak alkol kullanım durumuyla orto-11 puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Çalışma, bu çalışmayla paralellik göstermektedir (121).

Dalmaz'ın 2015'te spor salonunda spor yapanlarla ilgili yaptığı bir çalışmada yaşa göre yeme tutum değişkenleri incelendiğinde anlamlı farklılıklar bulunmuştur (120). Ancak Ünal ve arkadaşlarının 2009 yılında sağlık yüksekokulu öğrencileriyle yaptığı çalışmada yaş ve yeme tutumu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu çalışmada da yaş ve yeme tutumu değişkenleriyle ilgili anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (40). Çalışmanın Dalmaz'ın çalışmasıyla zıt, Ünal ve arkadaşlarının çalışmasıyla paralel sonuçlara ulaşması, Ünal ve arkadaşlarının da sağlık yüksekokulu öğrencileriyle çalışmasından kaynaklı olabilir.

Kadıoğlu'nun 2015 yılında yaptığı bir çalışmaya göre kız ve erkek öğrenciler karşılaştırıldığında cinsiyet ve Yeme Tutum değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır, ancak BKİ değerleri ve Yeme Tutum Testiyle ilgili anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (7). Bu çalışmada ise BKİ ve Yeme Tutum değişkenleriyle ilgili anlamlı farklılıklar bulunmamıştır. Paralel olarak Uzdil'in 2017 yılında yayınlanan çalışmasında da BKİ ve Yeme Tutum değişkenleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (122). Bu çalışmada da Kadıoğlu'nun çalışmasında da olduğu gibi cinsiyet ve Yeme Tutum değişkenleri arasında anlamlı farklılıklar saptanamamıştır.

Avşar ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı bir çalışmada öğrencilerin cinsiyetleri ve evde ya da yurttta kalma durumları ile beslenme alışkanlıkları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (123). Çalışmadaki sonuçlara bakıldığında Yeme Tutum Testine göre YTT-40 puanları ve kalınan yer değişkenleri kıyaslandığında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Ünal ve arkadaşlarının 2009'da yaptığı çalışmada ise öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine göre YTT puanlarının dağılımı incelendiğinde; yurttta kalan öğrencilerin YTT puan ortancaları,

evde arkadaşları ile birlikte kalanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (40). Bu kıyaslamayı etkileyen etmenler, üniversitenin bulunduğu şehir, kalınan yurt koşulları veya gelir durumu olabilir.

Dalmaz'ın 2015'te yaptığı bir çalışmada spor yapanların, yapmayanlara kıyasla anlamlı derecede ( $t=3.065$ ,  $p<0,001$ ) daha bozuk yeme tutumu sergiledikleri tespit edilmiştir. Bu çalışmada ise Dalmaz'a zıt sonuçlar elde edilmiştir (120).

Ünalın ve arkadaşlarının 2009 yaptığı bir çalışmada sigara kullananların YTT test puan ortalamasının, kullanmayanlara kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuş ancak bu farklılık anlamlı bulunmamıştır ( $p<0,05$ ). Çalışmamızda Ünalın'ı destekler nitelikte sonuçlar elde edilmiştir (40).

Ergin'in 2014 yılında yaptığı bir çalışmada sağlık personeli olan ve sağlık personeli olmayan katılımcılar için, sigara içme ile YTT skorları açısından istatistiksel anlamlılık gözlenmemiştir ( $p>0.05$ ) (71).

Duran'ın 2016'da Sağlık Yüksekokulu öğrencileriyle yaptığı çalışmada cinsiyet ile Yeme bozukluğu, Obsesyon puanı ve ortoreksiya puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (124). Bu çalışmada da, Duran ile paralel olarak öğrencilerin cinsiyetleri ile Obsesyon puanları (MOCI ölçeği) arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ( $p>0.05$ ). Kazkondun'un 2010 yılında yaptığı çalışmada da cinsiyet ve toplam obsesyon puanının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (117). Bu zıt sonuçların nedeni olarak MOCI'nın Türkçe'ye uyarlanan envanterinde kesme puanının hesaplanmamış olması olabilir.

Kazkondun'un 2010 yılında üniversite öğrencileriyle yaptığı bir çalışmada BKİ'ye göre şişman grupta yer alan üniversite öğrencilerinin daha fazla obsesif kompulsif bozukluk belirtileri gösterdiği ifade edilmiştir ancak BKİ gruplarına göre obsesif kompulsif bozukluk durumlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (117). Çalışmamızda Kazkondun'u destekler nitelikte sonuçlar elde edilmiştir. BKİ gruplarına göre Obsesif Kompulsif durumları kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p<0,05$ ). Benzer örneklem gruplarının sonuçlar üzerine paralel etkileri olduğu söylenebilir.

Öğrencilerin yaş gruplarına göre MOCI ölçeğinden elde edilen ortalama puanları incelendiğinde, 22-25 yaş grubunun puan ortalamaları en yüksek bulunmuştur. Yaş grupları incelendiğinde 18-21 yaş arası puanın 22-25 yaşından düşük olması üniversite sınav hazırlığının bitmesi, bu yönde gelişen kaygının azalması ve üniversiteye yerleşmenin verdiği rahatlıkla ilişkilendirilebilir. Ancak 22-25 yaş grubunda puanın yüksek olması mezun olabilme kaygısı, staj dönemlerinin olumlu ya da olumsuz geçmesi, KPSS sınav hazırlığı ve tez bitirme projesiyle ilgili sorumlulukların etkisi olabilir.

Dalmaz'ın 2015'te yaptığı bir çalışmada spor yapanların obsesif kompulsif bozukluk test puan ortalamasının, spor yapmayanlara kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuş, ancak bu farklılık anlamlı bulunmamıştır ( $t=0.930$ ,  $p<0,05$ ). Bu çalışmada, Dalmaz'ı destekler nitelikte sonuçlar elde edilmiştir (120).

Bu çalışmada, Orto-15 puanı ile MOCI puanı arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $r=-0,268$ ;  $p<0,05$ ). Orto-15 puanı arttıkça, MOCI puanı azalacak; Orto-15 puanı azaldıkça MOCI puanı artacaktır. Bu durum, ortorektik olan hastaların aynı zamanda obsesif olmalarıyla bağlantılı olabilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde öğrenim gören öğrencilerde ON eğiliminin cinsiyet, yaş ve BKİ değişkenlerine göre belirlenmesi amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür. Bu çalışma, 5 erkek, 110 kadın olmak üzere toplam 115 öğrenci ile tamamlanmıştır. Çalışmaya katılan erkeklerin tamamı, kadınların ise %67,3'ünün normal BKİ değerlerine sahip oldukları bulunmuştur.

- Çalışmaya katılan öğrencilerin çoğunluğu, evde kalmaktadır. Genelinin yaş ortalaması 18-21 yıl arasındayken, yine çoğunluğunun BKİ'si normal olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin çoğunluğu sigara ve alkol kullanmamaktadır. Ayrıca bireylerin çoğunluğu spor yapmamaktadır.
- Erkeklerin YTT-40 puanları ve MOCI puanları, kadınlardan yüksek iken, kadınların ise Orto-15 erkeklerden daha yüksek bulunmuştur.
- Çalışmaya katılan bireylerin YTT-40 puan ortalaması 18-21 yaş aralığında en yüksek saptanmıştır. Orto-15 de ise 26 yaş ve üzeri aralığında en yüksek saptanmıştır. Ayrıca MOCI puan ortalamasında ise 22-25 yaş aralığında en yüksek saptanmıştır.
- Çalışmaya katılan bireylerin YTT-40 puan ortalaması ve MOCI puan ortalamasında 18,5 ve altı BKİ'ye sahip bireylerde saptanmıştır. Ayrıca Orto-15 de ise 25-29,9 BKİ'ye sahip bireylerde saptanmıştır.\*
- Çalışmaya katılan bireylerin Orto-15 ve MOCI puan ortalaması en yüksek evde kalan bireylerde YTT-40' da ise yurttaki kalanlarda saptanmıştır.\*
- Çalışmaya katılan bireylerde sigara ve alkol kullananlarda YTT-40, Orto-15 ve MOCI puan ortalaması daha yüksek saptanmıştır.
- Çalışmaya katılan bireylerde MOCI ve YTT-40 puan ortalaması spor yapanlarda daha yüksek, Orto-15 ise spor yapmayan bireylerde daha yüksek saptanmıştır.
- Araştırmaya konu olan öğrenciler, eğitim sürelerinde öğrendikleri sağlıklı beslenmeyle alakalı bilgileri uygulamaya başlamış olabilirler. Beslenme ve

Diyetetik öğrencileri veya Diyetisyenler, ON'ye yakın bir meslek grubu olduğu için Beslenme ve Diyetetik hocaları öğrencilere bu konuda eğitimler ve seminerler vererek öğrencilerde sağlıklı beslenme takıntısı oluşmasını engellemiş olabilirler.

- Orto-15 puanı, MOCI puanı ile negatif yönde bir ilişkiye sahiptir. Bireylerin Orto-15 puanı arttıkça obsesif puanı azalmakta, Orto-15 puanı azaldıkça obsesif puanı artmaktadır. Sağlıklı beslenme takıntısı, obsesif takıntıyla alakalı olarak değiştiği, kişilerin sağlıklı beslenmeyi takıntı haline getirmeleri aynı zamanda psikolojik takıntılı olmalarıyla bağlantılıdır. Bu durumda kişilerin tedavilerinde diyetisyenin yanında, psikolojik danışmanlık desteğinin verilmesi tedavide önem arz etmektedir. Beslenme seminerleri verilirken aynı zamanda kişilerin kaygı düzeylerinin düşürülmesi için psikolojik destek seminerlerinin de verilmesi, bu durumun önlenmesi için yardımcı olabilir.
- Bu veriler ışığında, ON yeme bozukluğu olan kişilerin sayısının gün geçtikçe arttığı ve bozukluğun önümüzdeki yıllarda artış gösterebileceği beklenmektedir. Ayrıca multidisipliner bir şekilde planlanacak tedavide diyetisyenlere mutlaka yer verilmelidir. Halk sağlığı ile Milli Eğitim'in protokoller yaparak halk sağlığında çalışan diyetisyenlerin okullarda sağlıklı beslenme konusunda eğitimler vererek, öğrencileri bu konuda bilinçlendirmesi ortoreksiya nervoza sıklığını azaltabilir.
- Bugüne kadar yapılmış olan çalışmalar yeterli olmamakla birlikte çalışmalardan elde edilen verilerle, toplumun daha geniş kesimlerini kapsayan araştırmaların yapılması gerekli görülmektedir.

## KAYNAKÇA

1. Baysal A. Beslenme, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 2011.
2. Demirezen E, Coşansu G. “Adolesan Çağı Öğrencilerde Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi”, *STED Sürekli Tıp Dergisi*, 2005, 14(8); 174-178.
3. Pekcan G. “Beslenme durumunun saptanması”. Baysal A, Aksoy M, Besler T, Bozkurt N, Keçecioğlu S, Mercanlıgil SM, Kutluay-Merdol T, Pekcan G, Yıldız E. Diyet el kitabı, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 2008.
4. Vançelik S, Önal S, Güraksın A, Beyhun E. “Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Bilgi ve Alışkanlıklarına İlişkili Faktörler”, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007, 6(4); 242-248.
5. Navruz S, Acar N. “Yüksek proteinli diyet akımlarının vücut ağırlığının korunması ve sağlık üzerine kısa ve uzun dönem etkileri”, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 2014, 3(1); 658-668.
6. Feedman MR, King J, Kennedy E. “Popular diets: scientific review”, *Obesity research*, 2001, 9 (1); 1-40.
7. Kadioğlu M. Üniversite öğrencilerinde yeme bozuklukları ve öz-etkililik (Tez). Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2009.
8. Baysal A, Aksoy M, Besler T, Bozkurt N, Keçecioğlu S, Mercanlıgil SM, Kutluay Merdol T, Pekcan G, Yıldız E. Diyet El Kitabı, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 2008.
9. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2004.
10. Kutluay MT. ve ark. Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2004.



11. Kiefer I, Rathmanner T, Kunze M. "Eating and dieting differences in men and women", *The Journal of Men's Health and Gender*, 2005, 2 (2); 194-201.
12. Sürücüoğlu MS. "Beslenme ve sağlığımız", *Standart*, 1999, 38 (448); 40-52.
13. Overweight, Erişim: [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>]. Erişim Tarihi: [15 /01 /2018].
14. Türkiye Diyabet Önleme Ve Kontrol Programı (2011-2014), T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2011.
15. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Tuz ve Sağlık, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2013.
16. Köksal G, Ilgaz Ş, Baş M, Özçelik AÖ, Köksal E, Yardımcı H, Sertel G, Türkmen G, Birinci Basamak Hekimler İçin Obezite İle Mücadele El Kitabı, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara, 2013: 63-76.
17. Baysal A. Beslenme, 12. Baskı, Hatiboğlu Yayınları, Ankara, 2012.
18. Sormaz Ü, Şanlıer N. "Yiyecek ve içecek hizmetleri bölümü çırak öğrencilerin öğün tüketimi ve sağlık sorunlarının değerlendirilmesi", *Kastamonu Üniversitesi Kastamonu Dergisi*, 2013, 23(4); 1619-1632.
19. Yılmaz E, Yılmaz İ, Uran H. "Gıda maddeleri tüketiminde medyanın rolü: Tekirdağ il örneği", *Gıda Teknolojileri Elektronik Dergisi*, 2007, 2(3); 9-14.
20. Akdevelioğlu Y. "Banka çalışanlarının beslenme durumlarının değerlendirilmesi", *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 3(1); 1-2.
21. T.C. Mili Eğitim Bakanlığı. Yiyecek İçecek Hizmetleri Besin Ögeleri-1, Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2007.
22. Özmen D, Çetinkaya A, Ergin D. Lise öğrencilerinin yeme alışkanlıkları ve beden ağırlığını denetleme davranışları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007, 6(2); 98-105.

23. Akça R, Aslan R, Demirbaş E. “Farklı Üniversiteler Eğitim Gören Çocuk Gelişimi Lisans ve Önlisans Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları”, *Akademik Bakış Dergisi*, 2013, 38; 1-2.
24. Yücecan S, Nursal B. Optimal Beslenme, T.C. Sağlık Bakanlığı, Yayın no:726, 1. Basım, Klasmat matbaacılık, Ankara, 2008: 448-453.
25. Oktar I, Şanlıer N. “İlköğretim okullarında uygulanan beslenme programları ve öğrencilerin beslenme davranışları ile ilgili öğretmen ve yöneticilerin görüşü”, *Mesleki Eğitim Dergisi*, 1999, 1: 55-63.
26. Karakoyun M, ve Yağcı RV. “Adolesan Dönemde Sağlıklı Beslenme ve Obezite”, *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 2013, 4(1): 31-35.
27. Büyükgebiz B. ” Adolesan Yaş Grubunda Beslenme”, *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci*, 2013, 9(2): 37-47.
28. Baysal A. Genel Beslenme, Ankara, 2010: 155-160.
29. Applegate L. Beslenme ve Diyet, Editör Özpınar H. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 2011.
30. Güler Y, Gönener HD, Altay B, Gönener A. “Adolesanlarda Obezite ve Hemşirelik Bakımı”, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2009, 4(10): 165-182.
31. Alanso A, Podriguez M, Alanso J. “Eating disorders Soc Psychiatry Epidemiol”,2005, 40: 980-987.
32. Özen Y. “Kişisel sorumluluk bağlamında kariyer seçimini etkileyen sosyal psikolojik faktörler”, *Eğitim ve İnsani Bilimler Dergisi*, Teori ve Uygulama, 2011, 2(3): 81-96.
33. Arslan P, Karaağaoğlu N, Duyar İ. “Yüksek Öğrenim gençlerinin beslenme alışkanlıklarının beslenme puanlama yöntemi ile değerlendirilmesi”, *Beslenme ve Diyet Dergisi*,1994, 22: 195-208.
34. Baysal A, Aksoy M, Besler T, Bozkurt N, Keçecioğlu S, Mercanlıgil SM, Kutluay-Merdol T, Pekcan G, Yıldız E. Diyet el kitabı, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 2008.

35. Aslan D, Gürtan E, Hacım A. “Ankara’da Eryaman sağlık ocağı bölgesi’nde bir lisenin ikinci sınıfında okuyan kız öğrencilerin beslenme durumlarının ve bazı antropometrik ölçümlerinin değerlendirmeleri”, *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 2003, 25 (2): 55– 62.
36. 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.
37. Babaoğlu K, Hatun ř. “ocukluk çağında obezite”, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2002, 11(1): 8-20.
38. Uçar A. Ankara niversitesi ğrencilerinin sigara kullanma durumunun beslenme alışkanlıkları ve bazı hematolojik parametreler üzerine etkisi (Tez). Ankara Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü Ev Ekonomisi (Beslenme Bilimleri) Anabilim Dalı Doktora Tezi; 2006.
39. Onat A, Hergenç G, Kkdrmaz Z. “Moderate and heavy alcohol consumption among Turks: long-term impact on mortality and cardiometabolic risk”, *Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol*, 2009, 37(2): 83-90.
40. nalın D, ztop B D, Elmalı F, Öztürk A, Konak D, Pırlak B, Gneş D. “Bir grup sağlık yüksekokulu ğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biimi davranışları arasındaki ilişki”, *İnn Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2009, 16(2); 75-81.
41. Fairburn CD, Harrison PJ. “Eating disorders” , *Lancet*, 2003; 361:407-16.
42. Graham Y. The Ohio State University Extension Fact Sheet, Introduction: “Eating disorders awareness”. <http://ohioline.ag.ohio-state.edu>.2015.
43. Güney E, Kuruoğlu A. “Yeme bozukluklarında beyin görüntüleme yöntemleri”. *Klinik Psikiyatri*, 10: 93-101, 2007.
44. DSM-V Tanı ltleri Başvuru Elkitabı. Köroğlu E, editor: Amerikan Psikiyatri Birliği; 2013.

45. Tahiroğlu A, Fırat S, Diler R, Avcı A. Erkek çocuklarda yeme bozuklukları; bir anoreksiya nervosa vakası, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2005; 48: 151-157.
46. Siyez DM. "Yeme bozukluğu olan çocuklar ve ergenler etiyolojisi ile ilgili çalışmalar, mücadele, değerlendirme ve tedavi", Dokuz Eylül Üniversitesi *Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2006, 20: 21-27.
47. Yücel B, Estetik Bir Kaygıdan Hastalığa Uzanan Yol: Beslenme Bozuklukları. *Klinik Gelişim*, 2009;4(22):39-44.
48. Köroğlu E. Klinik Uygulamada Psikiyatri Tanı Ve Tedavi Klavuzları, Hekimler Yayın Birliği, 2009: 589-596.
49. Houtkooper L. Clinical Sport Nutrition, in *Eating Disorders and Disordered Eating in Athletes*, The McGraw-Hill Companies, New York, 2000.
50. Dell'Osso L, Abelli M, Carpita B, Pini S, Castellini G, Carmassi C, Ricca V. "Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive-compulsive spectrum", *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2016, 12; 1651-1660.
51. Kring MK, Johnson SL, Davison G, Neale J. *Anormal Psikoloji*, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 2015.
52. Yücel B, Akdemir A, Küey AG, Maner F, Vardar E. *Yeme Bozuklukları Ve Obezite Tanı Ve Tedavi Kitabı*, 1'inci baskı, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 2013: 151-156.
53. Elliott J, Place M. *Children in difficult: a guide to understanding and helping*, Routledge United Kingdom, 2012.
54. Arıca SG, Arıca V, Arı M, Özer C. "Adolesanda Yeme Bozuklukları", 2011. <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/183564>, Erişim Tarihi: 23 Ocak 2018.
55. Öztürk O, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 11. Baskı, Ankara, 2008.

56. Yager J, Devlin MJ, Halmi KA, Herzog DB, Mitchell III JE, Powers P, Zerbe KJ. Practice Guideline For The Treatment of Patients With Eating Disorders, American Psychiatric Publishing, USA, 2006.
57. Stefano SC, Bacaltchuk J, Blay SL. "Self-help treatments for disorders of recurrent binge eating: a systematic review", *Acta Psychiatr Scand*, 2006, 113: 452–480.
58. Hudson JI, Coit CE, Lalonde JK. "By How Much Will the Proposed New DSM-V Criteria Increase the Prevalence of Binge Eating Disorder", *Int J Eat Disord*, 2012, 45: 139–141.
59. Maner F. "Yeme bozukluklar", *Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Dünyası Dergisi*, 14: 153-159.
60. Nicholls D, Viner R. "Eating disorders and weight problems", *Clinical Review BMJ*, 2005, 330: 950-953.
61. Striegel RH, Smolak L. Eating disorders, *Innovative Directions in Research and Practice*, American Psychological Association, Washington D.C, 2001.
62. Sundgot BJ, Rosenvinge J, Bahr R. "The effect of exercise, cognitive therapy and nutritional counselling in treating bulimia nervosa", *Medical Science Sports Exercises*, 2002, 34(2): 190-195.
63. Baş M. "Diyetsel Yaklaşım ve Ağırlık Yönetimi İlişkisi". Baysal A, Baş M. Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi, Türkiye Diyetisyenler Derneği yayını, İstanbul, 2008.
64. Grucza RA, Przybeck TR, Cloninger CR. "Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample", *Comprehensive psychiatry*, 2008, 48(2): 124-131.
65. Maayan LA, Woolston JL. "Eating Disorders Child and adolescent psychiatry: the Essentials", Editör: Cheng K, Myers KM, Philadelphia, 1. Baskı, 2005: 248-250.
66. Bravender T, Bryant-Waugh, R, Herzog D, Katzman D, Kreipe RD, Lask B, Zucker, N. "Classification of child and adolescent eating disturbances. Workgroup

- for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents (WCEDCA)”,  
The International journal of eating disorders, 2007, 40: 117-150.
67. Wonderlich SA, Gordon KH, Mitchell JE. “The validity and clinical utility of binge eating disorder”, *International Journal of Eating Disorders*, 2009, 42: 687–705.
  68. Chial HJ, McAlpine DE, Camilleri M. “Anorexia nervosa: manifestations and management for the gastroenterologist”, *American Journal of Gastroenterology*, 2002, 97(2); 255-269.
  69. Arusoğlu G, Sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya) belirtilerinin incelenmesi, Orto-15 ölçeğinin uyarlanması (Tez). Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Diyetetik Programı Yüksek Lisans Tezi; 2006.
  70. Cartwright MM. “Eating disorder emergencies: understanding the medical complexities of the hospitalized eating disordered patients” *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 2004,16 (4):515-30.
  71. Ergin G. Sağlık Personeli Olan Ve Olmayan Bireylerde Ortoreksiya Nervoza Sıklığı Araştırması (Tez). Ankara, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme Ve Diyetetik Yüksek Lisans Tezi; 2014.
  72. Mathieu J. “What is orthorexia?”, *Journal of the American Dietetic Association*, 2005, 105(10); 1510-1512.
  73. “Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS)”, 2016. [http://www.nedc.com.au/files/logos/0638\\_NEDC\\_FS\\_ENOS\\_v4.pdf](http://www.nedc.com.au/files/logos/0638_NEDC_FS_ENOS_v4.pdf). Erişim Tarihi: 25 Ocak 2018.
  74. Orhan FO, Özer UG, Özer A, Altunören O, Celik M, Karaaslan MF. “Night eating syndrome among patients with depression”, *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 2011, 48: 212-217.
  75. Fischer S, Meyer AH, Hermann E, Tuch A, Munsch S. “Night eating syndrome in young adults: delineation from othereating disorders and clinical significance”, *Psychiatry Res*, 2012, 200:494-501.

76. Allison KC, Lundgren JD, O'Reardon JP. The night eating questionnaire (NEQ): psychometric properties of a measure of severity of the night eating syndrome. *Eat Behav* 2008, 9: 62-72.
77. Yücel B, Akdemir A, Küey AG, Maner F. "Yeme Bozuklukları Ve Obezite Tanı Ve Tedavi Kitabı", Editör: Vardar E, 1. Baskı, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 2013: 281-286.
78. Young S, Wilson M, Miller D, Hillier S. Toward a comprehensive approach to the collection and analysis of pica substances, with emphasis on geophagic materials. *Plos One*. 2008, 3(9):3147.
79. Stunkard AJ, Allison KC, Geliebter A, Lundgren JD, Gluck ME, O'Reardon JP. "Development of criteria for a diagnosis: lessons from the night eating syndrome", *Compr Psychiatry*, 2008: 09-13.
80. Göktürk Ü. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi. İstanbul Üniversitesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2000.
81. Jimerson SR, Pavelski R, Orlist M. Helping children with eating disorders: quessential research on etiology, prevention, assesment and treatment. *Handbook of Crisis Counseling, İntervention and Prevention in the Schools*, 2nd Edition, Lawrence Erlbaum Associates, Publisher, 2002.
82. Kring MK, Johnson SL, Davison G, Neale J. Anormal Psikoloji, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 2015.
83. Kapudan H, Erol A. "Yeme Bozuklukları Ve Obezite Tanı Ve Tedavi Kitabı", Editör: Yücel B, Akdemir A, Küey AG, Maner F, Vardar E, 1'inci baskı, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 2013: 39-44.
84. Garner D M, Garfinkel P E. The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 1979, 9: 273-279.
85. Levine MP, Piran N, Jasper K. Eating Disorders. *Handbook of adolescent Behavioral Problems: Evidence-Based*, Springer Science Business Media, New York, 2015.

86. Keel PK, Forney KJ. "Psychosocial risk factors for eating disorders", *International Journal of Eating Disorders*, 2013, 46(5): 433-439.
87. Grogan S. *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*, Routledge, 2007.
88. Pike KM, Hoek HW, Dunne PE. "Cultural trends and eating disorders", *Current opinion in psychiatry*, 2014, 27(6): 436-442.
89. Hilbert A, Pike KM, Goldschmidt AB, Wilfley DE, Fairburn CG, Dohm, FA, Weissman RS. "Risk factors across the eating disorders", *Psychiatry research*, 2014, 220(1): 500-506.
90. Groleau P, Steiger H, Bruce K, Israel M, Sycz L, Ouellette AS, Badawi G. "Childhood emotional abuse and eating symptoms in bulimic disorders: An examination of possible mediating variables", *International Journal of Eating*, 2012.
91. Fonseca H, Ireland M, Resnick MD. "Familial correlates of extreme weight control behaviors among adolescents", *International Journal of Eating Disorders*, 2002, 32 (4): 441-448.
92. Holtom-Viesel A, Allan S. "A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families", *Clinical psychology review*, 2014, 34(1): 29-43.
93. Dakanalis A, Timko CA, Zanetti MA, Rinaldi L, Prunas A, Carrà G, Clerici M. "Attachment insecurities, maladaptive perfectionism, and eating disorder symptoms: a latent mediated and moderated structural equation modeling analysis across diagnostic groups", *Psychiatry research*, 2014, 215(1): 176-184.
94. Ahren JC, Chiesa F, Klinteberg B, Koupil I. "Psychosocial determinants and family background in anorexia nervosa—results from the Stockholm Birth Cohort Study", *International Journal of Eating Disorders*, 2012, 45(3): 362-369.
95. Allen KL, Gibson LY, McLean NJ, Davis EA, Byrne SM. "Maternal and family factors and child eating pathology: risk and protective relationships", *Journal of eating disorders*, 2014, 2: 11-25.



96. Aydın A, Maner F. “Bulimiya Nervozada Psikososyokültürel Etmenler”, *Düşünen Adam*; 2007; 20(1): 25-37.
97. WHO expert consultation. “Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies”, *The Lancet*, 2004, 363; 157-163.
98. Talwar P. “Factorial analysis of the eating attitude test (YTT-40) among a group of Malaysian University students”, *The Malaysian Journal of Psychiatry*, 2011, 20(2); 1-66.
99. Altuğ A, Elal G, Slade P, Tekcan A. “The Eating Attitudes Test (EAT) in Turkish university students: relationship with sociodemographic, social and individual variables”, *Eating and weight disorders*, 2000, 5(3); 152-160.
100. Şanlıer N, Yassıbaş E, Bilici S, Şahin G, Çelik B. “Does the rise in eating disorders lead to increasing risk of orthorexia nervosa? Correlations with gender, education, and body mass index”, *Ecol Food Nutrition*, 2016, 55(3); 266-278.
101. Hodgson RJ, Rachman S. “Obsessional-compulsive complaints”, *Behavior Research and Therapy*, 1977, 15; 389-395.
102. Erol A, Toprak G, Yazıcı F. “Üniversite öğrencisi kadınlarda yeme bozukluğu ve genel psikolojik belirtileri yordayan etkenler”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2002, 13(1); 48-57.
103. Bratman S, Knight D. “Health Food Junkies: Overcoming the Obsession with Healthful Eating”, Broadway Books, New York, 2000.
104. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C. “Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon”, *Eat Weight Disord*, 2004, 9(2); 151-157.
105. Baş Y. Diyetisyenlerde sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya nervoza) ve yeme tutumlarının saptanması (Tez). Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2014.

106. Oğur S, AKSOY A.” Üniversite Öğrencilerinin Yeme Davranışı Bozukluğuna Yatkinlıkları: Bitlis Eren Üniversitesi Örneği”, *Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 2016.
107. Karadağ MG, Elibol E, Yıldırım H, Akbulut G, Çelik MG, Değirmenci M, Söğüt M, Güneş M, Dinler MF. “Sağlıklı Yetişkin Bireylerde Yeme Tutum ve Ortorektik Davranışlar ile Obezite Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi”, *Gazi Medical Journal*, 2016, 27(3):12-36.
108. Tatlıses M. Spor Salonunda Düzenli Spor Yapan Kişilerin Ortoreksiya Nervoza Belirtileri ile Beden Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Tez). Beykent Üniversitesi, Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi 2016.
109. Arslan S, Daşkapan A, Çakır A. “Üniversite öğrencilerinin beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarının belirlenmesi”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2016, 15(3): 10-35.
110. Ögel K, Tamar D, Evren C, Çakmak D. “İstanbul'da Lise Gençleri Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı”, *Klinik Psikiyatri*, 2000, 4: 242-245.
111. Şahan H. “Üniversite Öğrencilerinin Sosyalleşme Sürecinde Spor Aktivitelerinin Rolü”, *KMU İİBF Dergisi*, 2008, 10(15): 261-273.
112. Varga M, Thege BK, Dukay-Szabo S, Tury F, Furth E. “When eating healthy is not healthy: orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary”, *BMC Psychiatry*, 2014, 14; 59.
113. Özenoğlu A, Dege G. “Üniversite gençliğinde yeme bozukluğunun yordayıcıları olarak benlik saygısı ve beslenme eğitiminin ortoreksiya nervoza gelişmesi üzerine etkisi”, *Bozok Tıp Dergisi*, 2015, 5(3): 5-14.
114. Acar Tek N , Ermumcu Karaçıl MŞ. “Sağlık profesyonellerinde sağlıklı beslenme kaygısı: ortoreksiya nervoza (On)”, *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 1(2): 59-71.
115. Gezer C, Kabaran S, Beslenme Ve Diyetetik Bölümü Öğrencileri Arasında Görülen Ortoreksiya Nervosa Riski, *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013:1(4).

116. Korinth A, Schiess S, Westenhoefer J. "Eating behaviour and eating disorders in students of nutrition sciences", *Public Health Nutr*, 2009, 13(1): 32–37.
117. Kazkondu İ. Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) Belirtilerinin İncelenmesi (Tez). Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2010.
118. Fidan T, Ertekin V, Işıkkay S, Kırpınar Ş, "Prevalence Of Orthorexia Among Medical Students İn Erzurum", *Comprehensive Psychiatry, Turkey*, 2010: 51(1): 49-54.
119. Bağcı Bosi AT, Çamur D, Güler Ç. Prevalence of Orthorexia Nervosa in Resident Medical Doctors in the Faculty of Medicine, Ankara, *Appetite*. 2007, 49(3): 661-666.
120. Dalmaz M. Tekdemir Yurtdaş G. "Spor Salonunda Spor Yapanlarda Ortoreksiya Nervoza Belirtilerinin İncelenmesi", *Uluslararası Hakemli Ortopedi Travmatoloji ve Spor Hekimliği Dergisi*, İstanbul, 2015: 24-34.
121. Karakuş B, Hıdıroğlu S, Keskin N, Karavus M, "Orthorexia nervosa tendency among students of the department of nutrition and dietetics at a university in Istanbul", *Northern Clinics of İstanbul*, 2017, 4(2): 117–123.
122. Uzdil Z, Özenoğlu A, Ünal G." Lise Öğrencilerinin Yeme Tutumlarının Beslenme Alışkanlıkları, Antropometrik ve Demografik Özellikleri İle İlişkisi", *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, Düzce, 2017, 7(1): 11-18.
123. Avşar P, Kazan EE, Pınar G, "Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ile obezite ve kronik hastalıklara ilişkin risk faktörlerinin incelenmesi", *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi*, Ankara, 2013: 39-41.
124. Duran S. "Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) riski ve etkileyen faktörler", *Pamukkale Tıp Dergisi, Balıkesir*, 2016, 9(3): 220-226.

# EKLER

## EK 1. Etik Kurul Kararı

### OKAN ÜNİVERSİTESİ Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 22.02.2017

Toplantı Sayısı: 80

Toplantıya Katılanlar:


Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nihat Özyaydın	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Gökçe Aykol Şahin	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 22.02.2017 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.


Yapılan görüşmeler sonucunda;


**Karar 10.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencilerinden **Cem NEVŞİOĞULLARI'nın "Beslenme ve Diyetetik Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervozanın Görülme Sıklığı"** başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.


  
Prof. Dr. Mithat Kıyak  
(Başkan)

  
Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan  
(Üye)


  
Prof. Dr. Dilek Öztürk  
(Üye)


  
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay  
(Üye)

  
Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı  
(Üye)

  
Yrd. Doç. Dr. Nihat Özyaydın  
(Üye)

  
Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal  
(Üye)

  
Yrd. Doç. Dr. Gökçe Aykol Şahin  
(Üye)

  
Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan  
(Üye)

## Ek 2. Anket Çalışması Uygunluk Yazısı



T.C  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü

SAYI : 77967522/167  
KONU : Anket çalışması hk.

08.02.2017

Sayın  
Yrd. Doç. Dr. Funda ŞENSOY  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekan Yardımcısı  
Beslenme ve Diyetetik Bölümü Öğretim Üyesi

Danışmanlığımı yürüttüğünüz Sağlık Bilimleri Bölümü Yüksek Lisans 152039016 numaralı öğrenciniz Cem Nevşioğulları'nın "Beslenme ve Diyetetik Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervozanın Görülme Sıklığı" konulu anket çalışmasını Yüksekokulumuz Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencilerimize uygulaması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Adnan AYDIN  
Müdür

### Ek 3. Onam Formu

**T.C.**  
**İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**BESLENME ve DİYETETİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**  
**TEZ ÇALIŞMASI İÇİN HAZIRLANAN**  
**BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

**Sayın Katılımcı,**

Bu çalışma, Okan Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Dyt. Cem NEVŞİOĞULLARI tarafından Yrd. Doç. Dr. Funda Şensoy danışmanlığında, “Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervozanın Saptanması ” amacıyla, yüksek lisans tezi kapsamında yürütülmektedir. Sizden, bu amaçla hazırlanmış olan ve yaklaşık olarak 15 dakika sürecek olan anketimizi doldurmanızı istiyoruz.

Anket genel olarak, kişisel rahatsızlık verecek sorular içermemektedir. Ancak, kendinizi rahatsız hissettiğiniz ve/veya anlamakta zorlandığınız sorularda araştırmacıdan destek alabilirsiniz. Araştırmadan elde edilen bilgiler yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacak, idari amaçla kullanılması söz konusu olmayacaktır. Elde edilen verilerle, **BİLGİLERİNİZ** üçüncü kişilerle **PAYLAŞILMAYACAKTIR.**

Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için Okan Üniversitesi'nde öğrenci olan Dyt. Cem NEVŞİOĞULLARI'na E-posta: (cem.nevsiogullari@kadikoysifa.com.tr) ile iletişim kurabilirsiniz.

Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

**Yukarıda yazılanları OKUDUM ve ANLADIM. Bu çalışmaya TAMAMEN GÖNÜLLÜ olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda bırakıp çıkabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum.**

**TARİH**

**:**

**KATILIMCI ADI SOYADI VE İMZA**

#### Ek 4. Anket Formu

### İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNDE ORTOREKSİYA NERVOSA (SAĞLIKLI BESLENME TAKINTISI) BELİRTİLERİNİN İNCELENMESİ ANKET SORULARI

**Sayın Katılımcı,**

Bu çalışma, Okan Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Dyt. Cem NEVŞİOĞULLARI tarafından Yrd. Doç. Dr. Funda Şensoy danışmanlığında, “Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervozanın Saptanması” amacıyla, yüksek lisans tezi kapsamında yürütülmektedir. Sizden, bu amaçla hazırlanmış olan ve yaklaşık olarak 15 dakika sürecek olan anketimizi doldurmanızı istiyoruz.

Bu çalışmaya katıldığınız ve sorularımızı içtenlikle yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Dyt. Cem Nevşioğulları

#### 1. Demografik Bilgiler

1. Cinsiyetiniz: (1) Erkek (2) Kız
2. Kaçınıcı sınıftasınız ( )
3. Nerede kalıyorsunuz? (1) Yurttan (2) Evde
4. Sigara kullanıyor musunuz? Evet ( ) Hayır ( )
5. Alkol kullanıyor musunuz? Evet ( ) Hayır ( )
6. Sporla ilgileniyor musunuz? Evet ( ) Hayır ( )
7. Yaşınız: (1) 17 ve altı (2) 18-21 yaş (3) 22-25 yaş (4) 26 ve üzeri
8. Boyunuz: ..... Kilonuz: ..... BKİ: .....

## Ek 5. Yeme Tutum Testi

### YEME TUTUM TESTİ

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine **X** işareti koyunuz. Örneğin "Çikolata yemek hoşuma gider" cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa, "Hiçbir zaman" seçeneğine karşı gelen "**f**" kutucuğunu **X** ile işaretleyiniz; her zaman hoşunuza gidiyorsa "Daima" seçeneğine karşı gelen "**a**" kutucuğunu **X** ile işaretleyiniz.

a: Daima

d: Bazen

b: Çok sık

e: Nadiren

c: Sık sık

f: Hiçbir zaman



	<b>a</b>	<b>b</b>	<b>c</b>	<b>d</b>	<b>e</b>
ışkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ışkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
emekten önce sıkıntılı olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
şmanlamaktan ödüm kopar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ıktığımda yemek yememeğe çalışırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ılım fikrim yemektedir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
emek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
yemeğimi küçük küçük parçalara bölerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
emeklerden sonra şişkinlik hissederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ilem fazla yememi bekler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
emek yedikten sona kusarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
emek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ek düşüncem daha zayıf olmaktır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ıdığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ünde birkaç kere tartılırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ücutumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
it yemekten hoşlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
abahları erken uyanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Günlerce aynı yemeği yerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Adetlerim düzenlidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Şişmanlama (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden daha uzun sürer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Lokantada yemek yemeyi severim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Müshil kullanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim.
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.
35. Kabızlıktan yakınırım.
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.
37. Perhiz yaparım.
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.
39. Şekerli yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.

## Ek 6. Obsesif Belirti Testi

Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Size uygunsa 'DOĞRU' ya değilse 'YANLIŞ'a (X) işareti koyunuz. Lütfen soruların hepsini cevaplandırınız.

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

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

## Ek 7. Orto-15 Testi

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

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

## Ek 8. Özgeçmiş

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	CEM	<b>Soyadı</b>	NEVŞİOĞULLARI
<b>Doğum Yeri</b>	SAMANDAĞ	<b>Doğum Tarihi</b>	19.05.1998
<b>Uyruğu</b>	T.C	<b>Telefon</b>	444 2 574
<b>e-mail</b>	Cem.nevsiogullari@hotmail.com.tr		

### Eğitim Düzeyi

<b>Derece</b>	<b>Alan</b>	<b>Okul</b>	<b>Yıl</b>
<b>Lisans</b>	BESLENME VE DİYETETİK	İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ	2010-2014
<b>Lise</b>	SAYISAL	HACI ALİ NURLU SÜPER LİSESİ	2003-2007

### İş Deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Yıl</b>
<b>Diyetisyen</b>	FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ	2017-Halen
<b>Diyetisyen</b>	KADIKÖY ŞİFA HASTANESİ	2014-2017