

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS BİTİRME TEZİ

ADÖLESAN DÖNEMDEKİ KIZ ÖĞRENCİLERDE
ORTOREKSİYA (SAĞLIKLI BESLENME TAKINTISI)
GÖRÜLME SIKLIĞI

Ayşe Merve SARI ALTINTOP

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Funda ŞENSOY

İSTANBUL, 2016

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS BİTİRME TEZİ

ADÖLESAN DÖNEMDEKİ KIZ ÖĞRENCİLERDE
ORTOREKSİYA (SAĞLIKLI BESLENME TAKINTISI)
GÖRÜLME SIKLIĞI

Ayşe Merve SARI ALTINTOP

132039003

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Funda ŞENSOY

İSTANBUL, 2016

TEZ ONAYI

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

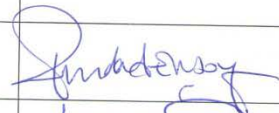
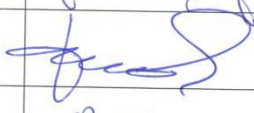

Y Ü K S E K L İ S A N S T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Ayşe Merve Altıntop Öğrenci No : 1320390036
Anabilim/Bilim Dalı : Beslenme ve Diyetetik Tez Savunma Tarihi : 20.12.2016
Danışman : Yrd. Doç. Dr. Funda Şensoy Tez Savunma Saati : 11.30

Tez Konusu : " Adölesan Dönemdeki Kız Öğrencilerde Ortoreksiya (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) Görülme Sıklığı "

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABUL 'ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Funda Şensoy	KABUL	
Yrd. Doç. Dr. Esin Şeker	KABUL	
Yrd. Doç. Dr. Esen Karaca(Acıbadem Ün.)	KABUL	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Hande Öngün Yılmaz		

ÖZET

Bu araştırmada varılmak istenen nokta, adölesan dönemdeki kızlarda sıklıkla görölen ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) belirtilerini saptamaktır. İstanbul ili Beylikdüzü ilçesinde bulunan Özel İhlas Karma Lisesi'nde öğrenim gören toplam 175 kız öğrenciye anket uygulanmıştır. Araştırmaya dâhil edilen öğrencilere uygulanan anket formu dört testten oluşmaktadır. Bu testler kullanılarak, öğrencilerin demografik bilgileri 'Kişisel Bilgi Formu' ile ortoreksiya nervoza olup olmadıklarının bilgileri 'ORTO-15 Testi' ve 'Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri' ile anoreksiya ve bulimiya nervoza teşhisi bilgileri ise 'Yeme Tutumu Testi (EAT-40)' ile elde edilmiştir.

Öğrencilerin yaş dağılımı 14 ile 18 arasında değişmektedir. Çalışmaya katılan 175 öğrenciden 30'u (%17,1) zayıf, 112'si (%64,0) normal, 33'ü (%18,9) ise fazla kiloludur. YTT ve ORTO arasında pozitif bir korelasyon bulunamıştır ($p > 0.05$). Öğrencilerin % 4'ünde ortorektik özellik bulunmuştur. Ortoreksiya nervoza ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p > 0.05$) bulunamamıştır. Uzmanlara göre ortoreksiya nervoza yeme bozukluğu olan kişilerin sayısı gün geçtikçe artmakta ve bozukluğun önümüzdeki 10 yıl içinde hızlı bir artış göstereceği beklenmektedir. Bunun önüne geçmek, ortoreksiya nervosayı bir halk sağlığı sorunu olarak görmek ve gerekli tedbirleri almayı gerektirmektedir.

Anahtar Kelimeler: ORTO-15 testi, Ortoreksiya nervoza, yeme bozuklukları, YTT-40.

ABSTRACT

DETERMINATION OF FREQUENCY ON ORTHOREXIA NERVOSA (HEALTHY NUTRITION OBSESSION) AMONG ADOLESCENT GIRL STUDENTS

The purpose of this research is to determine the symptoms of Ortorexia Nervosa (Obsession of Healthy Nutrition) on adolescent girls. 175 students have been surveyed from 'Özel İhlas Karma Lisesi' centered at Beylikdüzü in Istanbul. The form for the students that encounter the survey has been formed by 4 sections, and it has been applied in groups. These parts form consists of 'Personal Information Form' for demographic information, 'ORTO-15 test' and 'Maudsley Obsessive Compulsive Inventory to determine whether they have ortorexia nervosa or they have not and 'Eating Attitudes Test (EAT-40)' for the anorexia and bulimia diagnosis.

The age distribution of dietitians ranged from 14 to 18. In the study participated 175 adolescent girls of 30 (17,1%) low weight, 112 (64,0%) normal weight and 33 (18,9 %) were pre-obese. There wasn't a positive correlation between EAT and ORTO ($p > 0.05$). 4% were identified as having orthorexic features. Orthorexia nervosa with BMI and a statistically significant difference between chronic disease ($p > 0.05$) were found. According to experts, the eating disorder orthorexia nervosa number of people is increasing day by day and the disturbance is expected to be a rapid increase in the next 10 years. Avoid this, see orthorexia nervosa as a public health problem and requires to take the necessary measures.

Keywords: ORTO-15 test, Orthorexia nervosa, Eating disorders, EAT-40.

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca engin bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren ve yardımcı olan sevgili danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Funda ŞENSOY'a,

Hem eğitimci kimlikleri hem mesleki duayenlikleri hem de karakter güzellikleri ile bana çok şey katan diğer hocalarım Prof. Dr. Türkan KUTLUAY MERDOL ve Prof. Dr. M. Emel TÜFEKÇİ ALPHAN'a ve her konuda bana destek olan, kendisini her zaman anacağım değerli hocam Prof. Dr. Muazzez GARİPAĞAOĞLU'na,

Yardımlarını hiç eksik etmeyen, moralimi yüksek tutmamı sağlayan, desteğini ve samimiyetini en içten hissettiğim, eğitim hayatımın bana kattığı güzel insan, sevgili dostum ve meslektaşım Dyt. Merve SOFUOĞLU GERZ'e,

Bana gösterdikleri sevgi, sabır ve anlayıştan dolayı sevgili babam Mümün SARI, annem Fatma SARI ve değerli eşim Mevlüt ALTINTOP'a en içten teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Ayşe Merve SARI ALTINTOP

İstanbul-2016

BEYAN

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

Ayşe Merve SARI ALTINTOP

İstanbul-2016



İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA NO</u>
ÖZET	ii
ABSTRACT.....	iii
ÖNSÖZ.....	iv
BEYAN.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Yeme Bozuklukları.....	5
2.2. Anoreksiya Nervoza.....	6
2.2.1. DSM-V`e göre Anoreksiya Nervoza Tanı Kriterleri:.....	6
2.2.2. AN Tipleri:.....	7
2.3. Bulimiya Nervoza.....	7
2.3.1. DSM-V`e göre Bulimiya Nervoza Tanı Kriterleri:.....	7
2.3.2. BN Tipleri:.....	8
2.4. Başka Türli Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu (EDNOS).....	8
2.4.1. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu.....	8
2.4.2. DSM-V`e Göre Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Tanı Kriterleri:.....	9
2.5. Ortoreksiya Nervoza.....	10
2.5.1. Ortoreksiya Nervoza'nın Belirlenmesinde Kullanılan Kriterler.....	11
2.5.2. Ortoreksiya Nervoza'da Komplikasyon.....	12
2.5.3. Ortoreksiya İçin Risk Faktörleri.....	13
2.5.4. Ortoreksiya Nervoza Prevelansı.....	15
2.5.5. Ortoreksiya Nervoza'nın Sınıflandırılması.....	15
2.5.6. Ortoreksiya Nervoza'dan Kurtarma Yolu.....	15
2.5.7. Ortoreksiya Nervoza'nın Tedavisi.....	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	18
3.1. Araştırmanın Tipi.....	18

3.2. Evren ve Örneklem.....	18
3.3. Veri Toplama Tekniği.....	19
3.4. Kişisel Bilgi Formu.....	19
3.5. Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri (MOCI).....	19
3.6. Yeme Tutum Testi (YTT-40, The Eating Attidute Test-40).....	20
3.7. ORTO-15 Testi.....	21
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	22
3.9. Araştırmanın Sınırlılığı.....	22
4. BULGULAR.....	23
4.1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sosyodemografik Bulguları.....	23
4.2. Maudsley Obsesif Kompulsif Testi İle İlgili Bulgular.....	28
4.3. Yeme Tutum Testi (EAT-40) ile İlgili Bulgular.....	29
4.4. ORTO-15 Testi ile İlgili Bulgular.....	29
5. TARTIŞMA.....	32
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	38
KAYNAKÇA.....	41
EKLER.....	48

TABLolar LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1 BKİ Sınıflandırması.....	19
Tablo 2 Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Yaş, Boy, BKİ, Ağırlık Ve OİA	23
Tablo 3 Araştırmaya Katılan Öğrencilerin BKİ Değerleri.....	23
Tablo 4 Araştırmaya Katılan Öğrencilerin OİA'ya Göre BKİ Değerleri	24
Tablo 5 Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sosyodemografik Bulguları	24
Tablo 6 Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sağlık Durumları.....	26
Tablo 7 Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Diyet Programı Uygulama Nedenleri	26
Tablo 8 Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Uyguladıkları Diyet Programını Önerenlerin Dağılımı.....	26
Tablo 9 Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Beslenme İle İlgili Etkilendikleri Kaynakları.....	27
Tablo 10 Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Besin Reklamlarından Etkilenme Durumları.....	27
Tablo 11 Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Etiket Değerlendirme Durumları.....	27
Tablo 12 Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Duygu Durumlarına Göre Beslenme Tutumları.....	28
Tablo 13 Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Maudsley Obsesif Kompulsif Testi Sonuçlarına Göre Dağılımı	28
Tablo 14 Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Yeme Tutum Testi Sonuçlarına Göre Dağılımı.....	29
Tablo 15 Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Orto-15 Testi Sonuçlarına Göre Dağılımı.....	29
Tablo 16 Ortoreksiya Nervoza Ve BKİ İle İlgili Bulgular	29
Tablo 17 Ortoreksiya Nervoza İle BKİ Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	30
Tablo 18 Ortoreksiya Nervoza İle Yeme Tutum Testi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	30
Tablo 19 Beden Kütle İndeksi Ve Yeme Tutum Testi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	31

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ADA	American Dietetic Association
AN	Anoreksiya Nervoza -Anorexia Nervosa-
APA	Amerikan Psikiyatri Birliği
BKİ (BMI)	Beden Kütle İndeksi / Body Mass Index
BMH	Bazal Metabolizma Hızı
BN	Bulimiya Nervoza -Bulimia Nervosa-
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- V (Mental Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel El Kitabı-V)
ED	Eating Disorders /Yeme Bozuklukları
EDNOS	Eating Disorders not Otherwise Specified / Başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları
MOCI	Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri / Maudsley Obsessional Compulsive Inventory
N	Örneklem sayısı
NIH	Ulusal Sağlık Enstitüsü
OİA	Olmak İstenilen Ağırlık
OKB (OCD)	Obsesif-Kompulsif Bozukluk / Obsessive-Compulsive Disorder
ON	Ortoreksiya Nervoza -Orthorexia Nervosa-
ORTO-15	Ortoreksiya Nervoza Değerlendirme Testi
S	Standart sapma
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
YB	Yeme Bozuklukları
YTT (EAT)	Yeme Tutum Testi / Eating Attitude Test

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanların en temel biyolojik faaliyetlerinden biri yemek yemektir. Fakat yemek yemenin yaşamsal zorunluluğuyla birlikte psikolojik önemi de bulunmaktadır. Bireyler kendilerini psikolojik baskı altında hissettiklerinde (öfke ya da korku gibi) yeme davranışları değişiklik gösterebilir. İnsanların gösterdiği bu reaksiyon biyolojik ihtiyaçtan değil, psikolojik ihtiyaçtan kaynaklanmaktadır (1).

Tarih öncesi dönemlerden bu yana yeme bozuklukları farklı belirtiler ve sıklıklarla kendini göstermiştir. 'Yeme Bozuklukları' (YB) tanımı, yeme tutumlarına yönelik tüm sorunları bir başlık altında toplayan ve bu sorunları ifade etmek için kullanılan genel bir tanımlamadır. Yeme bozuklukları XXI. yüzyılın hızla artan hastalıkları arasındadır. İnsanları psikolojik açıdan etkileyen zayıflık, çekicilik ve incelik kavramı ile estetik algısının değişmesi yeme bozukluklarının artmasına neden olmuştur. Zayıf ve ince olmanın zarif, çekici ve estetik, kilolu olmanın ise olduğundan daha yaşlı ve itici görüldüğünü iddia eden moda anlayışı özellikle ergenlik dönemindeki genç kızlar üzerinde etkili olmuştur (2). Amerika Psikiyatri Birliği'nin (APA) Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'na (DSM-V, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V, 2013) göre yeme bozuklukları; anoreksiya nervoza (AN), bulimiya nervoza (BN), başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluklarını-EDNOS (Eating Disorders not Otherwise Specified) içermektedir (3).

Özellikle son yıllarda sınıflandırılmayan diğer yeme davranış bozuklukları arasında bulunan "ortoreksiya nervoza" ile ilgili yapılan araştırmalar artmaktadır. Her ne kadar DSM, anoreksiya ve bulimiya nervoza gibi ortoreksiya nervozayı bozukluk olarak tanımlamasa da araştırmacılar bu konu üzerinde çalışmaktadır. Bugünün Batı kültüründeki 'ideal kadın' modeli diğer kültürlerde de hızla yayılmaktadır. Ortoreksiya nervoza, anoreksiya ve bulimiya nervoza gibi yeme bozuklukları sınıflandırma sisteminde yer almamasına rağmen tanı kriterleri belirlenip üzerinde yapılan çalışmalar çoğaldıkça ortoreksiya nervoza ile ilgili bilgiler artmaktadır (4).

Ortoreksiya kavramı Yunanca 'orthos' (doğru, uygun) ve 'orexia' (iştah) kelimelerinin birleşmesinden oluşur ve ilk defa Dr. Steven Bratman tarafından 1997 yılında tanımlanmıştır. Bratman, konuyla ilgili yazısını Yoga Journal adlı dergide yayımladığında bahsettiği belirtilere sahip olduğunu düşünen birçok kişiden telefon ve

mail aldığını ifade etmiştir. Bu kavram daha sonra Cosmopolitan adlı dergide ve WebMD gibi ünlü web sitelerinde de yer alarak dikkati üzerine çekmiştir. Sonrasında Bratman, “www.orthorexia.com” web sitesini oluşturmuş ve “Health Food Junkies” adında bir kitap yayınlamıştır. Bratman yaptığı açıklamada kendisiyle iletişime geçen kişilerin, beslenme ile alakalı aynı düşünceleri paylaşan başka insanlarla sık sık bir araya gelmeyi tercih ederek bu durumun kendi aile bireyleri ile yemek yeme keyfinin önüne geçtiğini belirtmiştir. Bu konu hakkındaki bir yazısında bu kişilerin belirli bir düşünceyi veya teoriyi (makrobiyotik diyetler veya kan grubu diyetleri gibi) uygulamaya eğilimli olduklarını, diyet ne kadar katı ve zorlayıcı olursa diyetlerine o kadar bağlı kaldıklarını belirtmektedir (5).

Asıl amacı sağlığı korumak, hastalığı önlemek veya tedavi etmek ya da kilo vermek olan sağlıklı beslenme biçimi zamanla ortoreksiya dönüşerek takıntılı bir bağımlılık haline gelmektedir. Bu durum, sağlıklı beslenme takıntısı olan kişilerin hayatlarında birçok şeyin önüne geçmekte ve hayatlarını sınırlayarak yaşam kalitelerini düşmesine neden olmaktadır (6). Ortoreksiya eğilimi gösteren kişiler biyolojik yemek yeme algılarını yitirirler ve ne miktarda besin tüketmeye ihtiyaç duyduklarını, ne zaman acıktıklarını anlayamaz hale gelirler. Kişiler kendi kendilerine dayattıkları bu diyet sonucunda beslenme sorunları ile karşılaşp bazı sağlık sorunları yaşasalar da asıl sorunları sosyal ve psikolojiktir. Ortorektik kişiler hayatlarını yiyecek merkezli planladıkları için sosyal hayattan kendilerini soyutlamaktadırlar (7). Aynı anoreksiya nervozada görüldüğü gibi kötü beslenmeye ve ağırlık kaybına yol açabileceği, buna rağmen anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozadan daha farklı olarak tüketilen yiyecek miktarı ve zayıf görünüm yerine sağlıklı ve saf besinler tüketme konusunda takıntı halinde oldukları bildirilmektedir (8).

Zayıf olmanın güzellik kıstası olarak kabul edilmesi, zayıflık derecesi arttıkça güzelliğin de arttığı yanılgısını doğurmuş ve bu durum kişileri yanlış beslenme alışkanlıkları edinmeye sürükleyerek yeme bozukluklarının ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Yapılan çalışmalar, bu durumun özellikle Batı kültürüne bağlı sendrom olarak adlandırılmasının sebebini, Batı ülkelerinde zayıflığın ve diyet yapmanın popülerliğinden kaynaklandığını ortaya koymaktadır. Fakat yapılan başka çalışmalarda da görülmektedir ki, bu durumun diğer toplumlarda da giderek yayılmakta ve görülme sıklığı artmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan klinik çalışmalarda, 10

milyon erkekte, 20 milyon kadında; bulimiya nervoza, anoreksiya nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu dâhil olmak üzere yaşamlarının belli bir döneminde anlamlı bir yeme bozukluğu görüldüğü saptanmıştır. Türkiye’de yeme bozukluklarına dair yeterince çalışma ve veri olmamasının yanı sıra genellikle 12-18 yaş aralığındaki kız ve erkeklerde daha sık rastlandığı görülmüştür (9). NIH (Ulusal Sağlık Enstitüsü) 2011 verilerine göre ise yeme bozukluğu prevalansı 30 milyondur (10).

İnsan yaşamının devamlılığı için elliye yakın besin ögesine ihtiyacı olduğu bilimsel çalışmalarla ortaya konulmuştur. Sağlıklı büyüme, gelişme, üretken olarak uzun süre yaşamak için bu öğelerden günlük ne miktarda vücuda alınması gerektiği bu çalışmalarda belirlenmiştir. Besin öğelerinden en az birinin vücuda alınmaması ya da ihtiyaç olandan daha az veya çok alınması durumunda sağlığın bozulmasına sebep olduğu, büyüme ve gelişmeyi olumsuz yönde etkilediği bilimsel açıdan kanıtlanmıştır (11). Yukarıdaki bilgiler eşliğinde yeterli ve dengeli olarak düzenlenen beslenme şekli ile başta obezite olmak üzere kanser, kalp damar hastalıkları, hipertansiyon ve osteoporoz gibi hastalıkların önlenmesi mümkündür (12). Beslenme sadece karın doyurmak, açlık duygusunu bastırmak veya canının çektiği besinleri tüketmek olarak algılanmamalıdır. Aksine beslenme, yaşam kalitesini arttırmak ve/veya sağlık durumunun devamlılığı sağlamak için vücudun ihtiyacı olan besin öğelerini doğru zamanda doğru miktarda vücuda alınmasını sağlayan bilinçli bir faaliyettir (11). Özellikle obezite ile beraber ortaya çıkan sağlık sorunlarının giderek artması, toplum ve sağlık çalışanlarının dikkatini sağlıklı beslenmeye yoğunlaştırmaktadır. Bu durum, beslenme bilgisinin artmasıyla birlikte yeme tutum ve davranışlarının yanı sıra besin tercihlerinde değişikliklerin meydana gelmesine sebep olabilmektedir (13).

Ortoreksiya ‘Doğru beslenme’ anlamına gelerek ilk etapta masum bir izlenim verse de, bireyi kişisel ve sosyal yönden kısıtlayıp, ruh ve beden sağlığı açısından tehdit oluşturarak ölüme kadar varabilecek sonuçları düşünüldüğünde, ciddiye alınması gereken bir durum olduğu söylenebilir (14).

Sosyal yaşamın arttığı ve aşırı önem kazandığı, aynı zamanda fiziksel görünümüne fazla hassasiyet gösterildiği adölesan dönemdeki genç kızlar ise günümüzün fast food kültürü ve ideal kadın modeli kavramının arasında kalmıştır. Bu çalışma adölesan dönemdeki kızların günümüzdeki durumlarına bir ayna olma niteliği taşımaktadır.

Adölesan dönemdeki kızlarda sağlıklı beslenme takıntısı (Ortoreksiya) belirtilerinin incelenmesi ve görülme sıklığının belirlenmesi, mevcut durumları ile olmak istedikleri durumlar, bunların birbirleri ile etkileşimleri ve sonuçları değerlendirilmiştir. Araştırma, uygulanacağı yaş grubu itibariyle benzer çalışmalardan ayrılmaktadır. Bu çalışmanın amacı; Adölesan dönemdeki kızlarda (Özel İhlas Karma Lisesi'ne gitmekte olan) Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya) Belirtilerinin İncelenmesi ve Görülme Sıklığının Belirlenmesidir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yeme Bozuklukları

‘Yeme Bozuklukları’ terimi psikolojik ve biyolojik temelleri olan anormal ve uyumsuz yeme ile ilgili davranışları tanımlamak için kullanılmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri’nde, Amerikan Psikiyatri Derneği (American Psychiatric Association-APA) psikolojik koşulları tanımlamak için kriterlerin oluşmasını denetlemekte, periyodik olarak güncelleştirerek Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı’nı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM)yayınlamaktadır (15).

Amerika Birleşik Devletleri’nde yeme bozukluklarını değerlendirmek amacıyla kullanılan resmi kodlama sistemi; Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması, Onuncu Gözden Geçirme ve Klinik Uyarlama’dır (ICD-10-CM). Sınıflandırmada DSM-V bozukluklarının çoğunun bozukluğun adının öncesinde gelen sayısal ICD-10-CM kodu vardır (4).

Vücut ağırlığı yönetimi, vücut imajı ve yiyecek tüketimi ile ilgili normal davranış ve tutumlar aşırı hale geldiğinde, yeme bozuklukları gelişebilmektedir. Temel bilinen yeme bozuklukları, anoreksiya nervoza (yememe-Anorexia Nervosa), bulimiya nervoza (aşırı yeme ve kusma-BN) ve tıkanırcasına yeme bozukluğu (tıkabasa yeme nöbeti-Binge Eating Disorder)’dur (10). Sözü edilen bozuklukların oluşumu ile ilgili yapılan açıklamalar çok yönlü olmakla birlikte, diyet yapmanın yeme bozukluklarının ortaya çıkmasına neden olan ortak etken olduğu belirtilmektedir. Günümüz toplumlarında ince bir vücuda sahip olmak ilgi görmektedir. Kendi isteğiyle diyet beslenenlerin büyük bir kısmının hedefi daha çekici olmaktır. Kendi isteğiyle diyet yapanların bir kısmı ise sporcu, manken, balerin, dansçı, jokey gibi mesleki yaşamlarında rekabetin önemli olduğu kişilerdir ve bu kişilerde yeme bozuklukları gelişme riski fazladır. Özellikle kadınlar başta olmak üzere bazı insanların sosyal hayatlarında yaşadıkları sorunlarla baş edemeyip bedensel uğraşlara yönelerek diyet yaptıkları varsayılmaktadır. Yeme bozukluklarına yol açan özgün bir sebep tam olarak bilinmemektedir. Anoreksiya nervozanın karşılaşıldığı yaş grubu dikkate alındığında, ergenlik dönemi değişimleri ve bu değişimlere adapte olmaktaki yetersizlik olduğu düşünülebilir. Yeme bozukluklarının kadınlarda belirgin bir şekilde daha sık görülmesi, hastalığın oluşumunda kadınlık psikolojisinin etkili olmasından kaynaklanmaktadır.

Bulimiya nervozanın oluşumunda ise toplumsal değişimler önemli rol oynamaktadır (16).

2.2. Anoreksiya Nervoz

Anoreksiya nervozaya ilk olarak Simone Porto O. Portio tarafından 1500'lü yıllarda tanımlanmıştır. O yıllarda dini yaşam uğruna dünya zevklerini terketme eğilimi, aç kalma ve çileciliğin (asetizm) kutsallık düşüncesinin özendirici etkisi, anoreksiya olarak tanımlanan bu durumun ortaya çıkmasına neden olmuştur. Sonraki yıllarda, aşırı zayıflık, amenore, iştahsızlık ve kabızlık şikayetleri görülen kadın vakalar kayıtlara geçmiştir. Bu durum son otuz yılda psikiyatrik bozukluk olarak da kabul görmeye başlamıştır. 1992 yılında Dünya Sağlık Örgütü, anoreksiya nervozayı fizyolojik bozukluklar ve fiziksel faktörlerle ilişkili davranışsal sendromlar grubuna dahil etmesinin ardından 1994 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği, anoreksiya nervozayı bağımsız bir grup olarak ele almıştır. Tanı ölçütü olarak ise kilo alma konusunda aşırı korku ve vücut ağırlığının %15'ini kaybetme kriterlerini belirlemiştir (17). “Anoreksiya nervozaya” tanısı konması için bir kişide DSM-V kriterlerinden en az üçünün bulunması gerektiği belirtilmektedir (18).

2.2.1. DSM-V'e göre Anoreksiya Nervozaya Tanı Kriterleri:

A. İhtiyaçlara göre enerji alımını kısıtlama, kişinin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve beden sağlığı açısından belirgin biçimde düşük bir vücut ağırlığınınol olmasına neden olur. Belirgin bir biçimde normalin en altında düşük vücut ağırlığı olarak tanımlanır.

B. Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da belirgin bir şekilde düşük vücut ağırlığında olmasına rağmen kişinin, kilo almayı zorlaştıran davranışlarda bulunması.

C. Kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk vardır. Kişi, kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ve biçimine aşırı bir önem yükler ya da o sıradaki düşük vücut ağırlığının vücuduna olan zararını hiçbir zaman anlayamaz.

DSM-5'te AN ile ilgili tanı ölçütlerinde kısmi değişiklikler yapılmıştır. DSM 4'teki A ölçütü olan “reddetme” durumu DSM-5'te davranışa odaklanacak şekilde düzenlenmiştir. Aynı şekilde DSM-4'teki B ölçütü, “kilo alımını engelleyen kalıcı

davranış” ifadesini de içerecek şekilde düzenlenmiştir. C ölçütünde değişiklik yapılmamıştır. DSM-4’te yer alan D ölçütü kaldırılmıştır. D ölçütü amenore (adet görememe) durumunu kapsadığından ancak erkek olgularda görülmediğinden ve birçok kadın AN olgusunda da menstruel aktivite görülebildiğinden, bu ölçütten vazgeçilmiştir (18).

2.2.2. AN Tipleri:

a. Kısıtlama Tipi: AN’lı kişi atak sırasında tıknırcasına yemek yememiş ve kendi kendine kusmamış ya da laksatif lavman, diüretik kullanmamıştır.

b. Aşırı Yeme/Çıkartma Tipi: AN’lı kişi atak sırasında yemek yemiş ve kusturma veya laksatif lavman, diüretik kullanmıştır.

2.3. Bulimia Nervosa

Bulimiya nervosa, Latince “bous” (öküz) ve “limos” (açlık) anlamında gelen kelimelerin birleşiminden oluşmaktadır. “ Bir öküzü yiyecek kadar aç olmak” ya da “öküz kadar aç olmak” anlamına gelmektedir. Tekrarlayan tıknırcasına yeme atakları, tıknırcasına yeme sırasında yemeyi kontrol altına alamama hissi, kilo almayı engellemek için uygun olmayan telafi davranışları (aşırı diyet yapma, kusma, laksatif ve/veya idrar söktürücü kullanma, kendini aç bırakma, yoğun egzersiz yapma vb.) fiziksel görünüm ve kilosu ile zihninin sürekli meşgul olması ve üç ay içinde haftada 1 tıknırcasına yeme atağı ile karakterize yeme bozukluğu alt grubudur (19).

2.3.1. DSM-V`e göre Bulimia Nervosa Tanı Kriterleri:

A. Tekrarlayan tıknırcasına yeme dönemleri. Bir tıknırcasına yeme dönemini aşağıdakilerin her ikisi ile belirlenir:

a. Aynı koşullarda, aynı sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok besini, aynı bir zaman biriminde (Örneğin; herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.

b. Bu dönem sırasında yemek yemeyle ilgili denetiminin kalkması (Örneğin; kişinin yemek yemeyi durduramadığı, ne yediğini ve ne kadar yediğini denetleyememe duygusu.)

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.

C. Bu tıknırcasına yeme davranışlarının ve uygunsuz yön değiştiren davranışların her ikisi de, ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur.

D. Kendilik değerlendirmesi, vücut biçiminden ve ağırlığından olumsuz yönde etkilenir.

E. Bulimia nervoza, yalnızca anoreksiya nervoza dönemleri sırasında ortaya çıkmaz (19).

2.3.2. BN Tipleri:

Bulimiya Nervoza, bireyin uygun olmayan tutum ve davranış sıklığına göre 4 farklı grupta değerlendirilir (18):

- Hafif BN: Haftada 1-3 kez uygun olmayan yönde değişiklik gösteren davranışta bulunması.
- Orta BN: Haftada 4-7 kez uygun olmayan yönde değişiklik gösteren davranışta bulunması.
- Ağır BN: Ortalama haftada 8-13 kez uygun olmayan yönde değişiklik gösteren davranışta bulunması.
- Aşırı BN: Ortalama haftada 14 ya da daha çok kez uygun olmayan yönde değişiklik gösteren davranışta bulunması.

2.4. Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu (EDNOS)

Anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza kriterlerini tam olarak karşılamayan beslenme bozukluklarını, sınıflandırılmayan yeme bozukluklarını içine alan yeme bozukluğudur.

Sınırlarındaki belirsizlik nedeniyle, en az çalışılmış ancak en yaygın tanı konulan yeme bozukluğudur. AN'ye ve BN'ye benzer durumlar, Tıknırcasına Yeme Bozukluğunda da (TYB) (binge-eating syndrome) gözlenir (20).

2.4.1. Tıknırcasına Yeme Bozukluğu

Tıknırcasına yeme bozukluğu teşhis açısından bulimiya nervozayla benzerlik göstermesinden dolayı tartışmalara sebep olurken obezite ile ilişkisi olduğu için de dikkatleri üzerine toplamaktadır. Amerikan Psikiyatri Birliği tıknırcasına yeme

bozukluğunu ‘belirli bir zaman içinde, benzer koşullarda ve benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden daha fazla miktarda yemek’ olarak tanımlamıştır (21). Yemek yeme esnasında bireyin yemeyi durduramaması ve yediklerinin miktarını kontrol edememesi şeklinde ortaya çıkan kontrol kaybı duygu ve düşüncesi bu bozukluğun diğer bir özelliğidir. Bulimiya nervozaya özgü uygun olmayan telafi edici davranışlar tıknırcasına yeme bozukluğunda görülmezken, düzenli olarak tekrar eden tıknırcasına yeme atakları ile kendini gösteren bir yeme bozukluğudur. DSM-V tanı kriterlerine göre, tıknırcasına yeme ataklarının üç ay boyunca haftada en az bir kez görülmesi gerekir (22). Yapılan farklı araştırmalarda, obezite tedavisi için başvuran bireylerde tıknırcasına yeme bozukluğu görülme sıklığı ortalama %30 olarak belirtilmektedir (21).

2.4.2. DSM-V’e Göre Tıknırcasına Yeme Bozukluğu Tanı Kriterleri:

- A. Tekrarlayan tıknırcasına yeme dönemleri;
 - a. Aynı sürede, aynı koşullarda, birçok kişinin yiyebileceğinden açıkça daha fazla besini, farklı bir zaman diliminde (mesela herhangi bir iki saat süresi içinde) yeme.
 - b. Atak sırasında, yemek yemeyle alakalı kontrolün kalkması (Örneğin; kişinin yemeyi durduramaması, neyi ne miktarda yediğini kontrol edememesi)
- B. Tıknırcasına yeme dönemlerinde aşağıdakilerden üçü ya da daha fazlası görülür:
 - 1. Normalden çok daha hızlı yeme
 - 2. Rahatsız edecek seviyede tokluk hissedene kadar yeme,
 - 3. Açlık hisse duymuyorken aşırı miktarda yeme,
 - 4. Tükettiği miktarın fazlalığından utandığı için yalnız yeme,
 - 5. Sonrasında kendinden utanma, ruhsal çöküntü yaşama ya da suçluluk duyma.
- C. Tıknırcasına yeme ile alakalı olarak bariz bir rahatsızlık duyulur.

- D. Tıkınırcasına yeme davranışları üç ay içinde en az haftada bir defa tekrarlanır.
- E. Tıkınırcasına yemede, bulimiya nervozada olduğu gibi uygun olmayan telafi edici davranışlar görülmez ve tıkınırcasına yeme, yalnızca bulimiya nervoza ya da anoreksiya nervozanın seyri esnasında kendini göstermez (19).

2.5. Ortoreksiya Nervoz

Son yıllarda, beslenme uzmanları, medya ve sağlık kuruluşları “ortoreksiya nervoza” kavramını kullanmaya başlamışlardır. Aynı anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza gibi ortoreksiya nervoza araştırmacıların çalışmalarını yoğunlaştırdıkları yeni bir kategoridir (23). Uzun süre klinik bir bozukluk olup olmadığı tartışılan ve diyet arınmasının en uç örneği olarak gözlemlenen ortoreksiya nervozanın DSM kriterlerine göre tanı konulabilmesi için çalışmalar yapılmaktadır (24).

“Ortoreksiya Nervoz” kavramını ilk olarak Dr. Steven Bratman 1997 yılında bazı hastalarında gözlemlediği durumu tanımlamak için kullanmıştır. Bu tanım Yunanca doğru anlamına gelen “ortho” ve açlık anlamına gelen “orexis” kelimelerinden oluşmaktadır. Ortoreksiya kelimesinin tam karşılığı “doğru beslenme”dir. Bratman bu durumu, sağlığı korumak ve geliştirmek için doğru yemek yeme ile ilgili patolojik bir saplantı olarak açıklamaktadır. Ortoreksiya nervoza, sağlıklı beslenme takıntısı olarak tanımlanan yeme bozukluğu olup, kişinin yaşantısına müdahale eden doğal diyet tüketimidir (25).

Bu bozukluğu tanımlayan bir tıp doktoru olan Bratman, kendisini de iyileşmekte olan bir ortoreksiya hastası olarak değerlendirmektedir. Bratman ortoreksiya nervoza hastalarının asıl amacının zayıf olmak olmadığını belirtmektedir. Ortoreksiya hastaları kendilerini anoreksiyada olduğu gibi şişman görmemekte, beslenmesi mükemmel olursa sağlığının daha iyi olacağı gibi bir saplantılı düşünce taşımaktadırlar. Abartılı bir biçimde sağlıklı veya dengeli beslenmeyi kendilerine amaç edinmişlerdir (4). Biyolojik açıdan saf ve sağlıklı besinlerin tüketilmesine karşı patolojik bir saplantı olarak açıklanan ortoreksiya nervoza hastaları, pestisit, herbisit veya yapay maddeler içeren besinleri tüketmeyi kesinlikle reddeder. İlk baştaki amacı bir hastalığın tedavisi, sağlığın geliştirilmesi ya da kilo kaybetme isteği iken daha sonra bu beslenme şekli bireylerin hayatlarındaki en önemli konu haline gelmektedir. Bireyler böylece sağlığı koruma ve iyileştirme amacını sağlıklı beslenme takıntısına dönüştürmektedir (6).

Ortoreksiya nervoza hastaları yedikleri her yemeği abartılı şekilde kontrol etme eğilimindedirler. Bir ürün satın alırken, o ürünün aşırı saf ve katkısız olmasına takıntılı bir titizlik içerisinde önem vermektedirler. Ayrıca ürünlerin ambalajlarını uzun süre inceleyerek ürünün içeriğinde boya, katkı maddesi, hormon ve kanserojen madde olup olmadığına çok kafa yormaktadırlar. Bu sebepten yiyeceklerin büyük kısmını çiğ olarak tüketmeyi tercih ederler (25). Buna ek olarak, besinler hazırlanırken kullanılan yöntem ve malzemelerden şüphe ve kaygı duymalarından dolayı farklı besin maddelerinin tüketimini bileşimlerine veya hazırlanma biçimlerine göre reddetmektedirler (6).

Sağlıklı beslenme takıntısı olan ortorektik bireyler kendilerini psikolojik olarak baskı altında hissettiğinden ötürü pek çok besini tüketmekten vazgeçmektedir. Bu durum ortoreksiya nervoza hastalarına, anoreksiya nervoza hastalarında olduğu gibi kilo kaybettirmektedir (25).

Ortoreksiya nervoza hastalarının diyetlerindeki mükemmeliyetçilik gayreti besin tüketimlerinde kısıtlamaya gitmelerine neden olmaktadır. Bundan dolayı ortoreksiya nervoza hastalarının besin çeşitliliği son derece azaldığı için bu kişilerde malnutrisyon gelişebilmektedir (5,7). Malnütrisyonu ilaveten, kan basıncındaki aşırı düşmeye bağlı olarak kalpte bazı sorunlara ve adet düzeninde bozulmalara neden olabilmektedir (5).

2.5.1. Ortoreksiya Nervoza'nın Belirlenmesinde Kullanılan Kriterler

- Günde 3 saatten fazla alışveriş yapmak ve sağlıklı besin hazırlamayı düşünmekle geçirmek.
- Diğer beslenme alışkanlıklarına göre sağlıklı beslenme alışkanlığının daha üstün olduğu duygusu.
- Sağlıklı beslenmek için özel bir diyeti çok sıkı bir şekilde takip etmek ve diyete uyulmaması durumunda telafisi için kendisini sınırlandırmak.
- Diyete karşı aidiyet duygusu hissetme (diyete uyulmadığı durumlarda kendinden nefret etme ve suçluluk hissi oluşması)
- Yaşamının merkezine 'doğru beslenme'yi koyarak daha önce yapmayı sevdiği faaliyetleri, kişisel değerleri ve ilişkileri önemsememeye başlamak (26).

Ortoreksiya nervoza hastalarının, anoreksiya nervoza tanısına ilave olarak “vücuda sadece yararlı besinlerin girmesi, gereksiz ve sağlıksız besinlerin vücuda alınmaması” algısını özümstedikleri belirtilmektedir.

Ortoreksiya nervoza, kısıtlayıcı diyet, aşırı kilo kaybı, adet düzeninin bozulması gibi bulgular açısından anoreksiya nervoza ile benzerlik gösterse de, ortoreksiya nervoza hastalarının besin tercihlerinde asıl öncelik kalori değil besinin ‘sağlıklı ya da sağlıksız’ oluşudur (27). Bratman’ın teorilerinden yola çıkan Donini ve arkadaşları 2005 yılında Orto-15 Testini geliştirmişlerdir. Orto-15 testi, kişilerin ortorektik olma eğilimlerini, besin seçme, satın alma, hazırlama tercihlerini ve kendilerinin sağlıklı olarak tanımladıkları besinleri tüketme konusundaki tutumlarını saptamak amacıyla hazırlanmıştır. Test oluşturulurken kişileri hem duygusal hem rasyonel açıdan değerlendirmeye yönelik sorulardan hazırlanmıştır (28).

Ortoreksiya nervoza tanısı koyabilmek için yeterli bilgi ve kriter olmamasından dolayı Orto-15 testi tanı koyma açısından fikir elde etmeye yardımcı olmaktadır. Fakat bu test de ortoreksiya nervozanın karakteristik olmayan özelliklerini de içermesinden dolayı çıkan sonucun geçerliliği tartışmalıdır. 2014 yılında Ruth ve arkadaşları, ortoreksiya nervoza eğilimi gösteren kişilerde olduğu gibi sağlıklı besin tercih etmesinin yanı sıra alkol ve uyuşturucu kullanmayan, daha çok spor yapan ve besin takviyeleri alan kişilerin ortoreksiya nervoza eğilimi gösteren kişilerden daha fazla diyetlerinde kısıtlamaya gittiklerini iddia etmektedir. Uzmanlar psikometrik yönlerin ötesinde, ortoreksiya nervoza literatüründe kültürel farklılıklar ile ilgili büyük ölçüde eksiklik olduğunu ve bunun geliştirilmesi gerektiğini de vurgulamışlardır (29).

2.5.2. Ortoreksiya Nervoza’da Komplikasyon

Ortoreksiya nervoza, AN ve BN de olduğu gibi kilo kaybı, beslenme bozukluğu ve amenore gibi sorunlara yol açabilmektedir. Buna karşılık ON’de ne AN’de olduğu gibi ne daha az yemeye çalışma durumu ne de BN’de olduğu gibi kusma, aşırı egzersiz, diyet hapi ve müşil kullanımı gözlenir. Ortorektiklerin tüketilen yiyecek miktarı ve zayıf görünme yerine sağlıklı ve saf besinler tüketme konusu ile aşırı uğraş içinde oldukları bildirilmektedir. Kısıtlı sayıda da olsa bu gözlemler yakın gelecekte ortorektik eğilimleri olan kişilerle daha sık karşılaşılabilceğini düşündürmüştür (30).

‘Doğru beslenme’ kavramı ilk bakışta pozitif bir eğilimi temsil ediyor gibi dursa da ortoreksiya nervoza sebebiyle Kate Finn hayatını kaybeden ilk kişi olmuştur. Vegan beslenen Finn, yoga eğitmeni ve masaj terapistiydi. Yaşadığı sindirim problemleri onu farklı diyetler denemeye yöneltmiş ve birçok sağlıklı beslenme akımının etkisi altında kalmasına neden olmuştur. Süreç sonunda aşırı zayıflayan Finn durumunu ‘ne yiyeceğimi düşünmek tüm zamanını almaya başlamıştı’ sözleri ile ifade etmiştir. Anoreksiya nervoza tanısı konulan Finn bu tanıyı ve tedaviyi kabul etmemiştir. Çünkü onu bu şekilde beslenmeye iten neden daha zayıf olma, daha güzel görünme isteği değil daha sağlıklı beslenme ve vücudunu toksinlerden arındırma düşüncesidir. Kate Finn, beslenme bozukluklarının doğurduğu sonuçlardan biri olan açlığa bağlı kalp kası kütlelerinin azalmasıyla ortaya çıkan kalp yetmezliğinden hayatını kaybetmiştir (31).

Ortorektik kişilerin günlük yaşamlarında vakitlerinin çoğunda ‘doğru beslenme’ ile ve obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalar gibi katı kurallar ile meşgul oldukları hatta ‘sağlıksız’ ya da ‘kötü’ beslendiklerinde kendilerini cezalandırabildikleri belirtilmektedir (30). Sıklıkla kendilerini diğer insanlardan üstün hissettikleri, başkalarının hazırladıkları yiyecekleri tüketmekte zorlandıkları, genellikle yalnız ve toplumdan izole halde yaşamayı tercih ettikleri bilinmektedir. Depresyon, anksiyete, mükemmeliyetçi eğilimler ve stresin de diğer yeme bozukluklarında olduğu gibi ON’ye de eşlik edebilmektedir (5).

2.5.3. Ortoreksiya İçin Risk Faktörleri

I. Cinsiyet:

Yeme bozuklukları ile ilgili kapsamlı çalışmaların sonuçları ON’nın erkeklerde kadınlara göre daha yaygın olabileceğini göstermektedir.

II. Yaş:

Yapılan çalışmalarda yaş ve ON arasındaki olası ilişki de çelişkilidir. Bazı çalışmalar yaşla birlikte ON yaygınlık oranının arttığını göstermektedir. Buna karşılık başka bir çalışmada 21 yaş ve üzeri genç öğrencilerde ON oranı daha yüksek bulunmuştur (32). Sonuçlar göz önüne alındığında farklı yaş gruplarında ON yaygınlığı hakkında kesin bir sonuç şu anda tespit edilememektedir.

III. Obezite seviyesi:

Benzer şekilde BKİ ve ON arasındaki olası ilişki hakkında çalışmaların sonuçları da henüz belirsizdir. İki çalışmanın bulguları aşırı kilolu veya obez bireylerin BKİ'leri ve ON düzeyleri arasında pozitif bir korelasyon olabileceğini göstermektedir. Buna karşılık başka bir çalışmada BKİ seviyeleri ve ON riskleri arasında istatistiksel bir anlamlılık olmadığı sonucuna varılmıştır (32).

IV. Eğitim seviyesi:

Eğitim düzeyi ve ON arasındaki olası ilişki ile ilgili araştırma bulguları çelişkilidir. Donini ve arkadaşları (2005) yaptığı çalışmada ON ve düşük eğitim düzeyleri arasında ters bir ilişki bulmuşlardır. Bosi ve arkadaşları (2007) ise benzer bir çalışmada eğitim düzeyleri ve ON olası riskleri arasında istatistiksel bir anlamlılık belirlememişlerdir. Kesin sonuçlara varabilmek için ek çalışmalara ihtiyaç vardır.

V. Medeni durum ve çocuk sayısı:

Sadece bir çalışma medeni durum ya da çocuk sayısı ile ON arasındaki olası ilişkiyi değerlendirmiştir. Donini ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan bu çalışmada medeni durum ve aile içinde çocukların varlığı ile ON arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

VI. Yaşam biçimi faktörleri:

Farklı yaşam tarzları özellikle kilo yönetimi çabaları, sigara ve alkol tüketimi ile ON arasındaki ilişkiyi belirlemek için ek çalışmalar gerekmektedir. Sadece bir çalışmada kilo kontrolü ve ON arasındaki ilişki incelenmiş ve kilo kontrolü yapan kişilerde riskin daha az olduğu bulunmuştur. Performans aktrislerinde günlük alkol veya sigara tüketimi ile ON sıklığı arasında istatistiksel bir anlamlılık bulunamamıştır (32).

Özet olarak, ON ile ilişkili epidemiyolojik faktörler (cinsiyet, yaş, obezite düzeyi, eğitim, medeni durum, çocuk sayısı ve yaşam tarzı) üzerindeki güncel çalışmaların sonuçları belirsizliğini korumaktadır (32).

2.5.4. Ortoreksiya Nervoza Prevelansı

ON yaygınlığını belirlemek amacıyla az sayıda çalışma yapılmıştır. Donini ve arkadaşları (2004) Roma’ da Gıda Bilimleri Enstitüsünde 404 gönüllü (236 kadın, 168 erkek) ile bir çalışma gerçekleştirmişler. Çalışma sonucunda tüm katılımcılardan 28’ inin (%6.9) ‘ortorektik’ 64’ ünün (%15,8)’ normal beslenme alışkanlıklarına sahip olduğu saptanmıştır.

Türkiye’de Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalından Bosi ve arkadaşlarının (2007) yaptığı, tıp fakültesi doktorlarında ON’nın prevalansını inceleyen çalışmada cinsiyet, yaş ve BKİ ile ON eğilimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmama ile beraber bir ürünü satın alırken içeriğinin belirleyici olduğunu söyleyen katılımcılarla, kilolarını sık sık kontrol eden katılımcıların ON eğilimlerinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bosi ve arkadaşları (2007) beslenme alışkanlıklarında basın-yayının etkili olduğunu, yüksek eğitim seviyesindeki insanların dahi yemek seçimlerinde bundan etkilendiklerini belirtmişlerdir. Bu çalışmada ON prevalansı Donini’nin araştırmasından daha yüksek bulunmuştur, bu durum ise örneklemin tıp doktorlarından oluşması nedeniyle sağlık ve sağlıklı beslenme hakkında daha iyi bilgi sahibi olan kişilerden oluşmasıyla açıklanmıştır. Arusoğlu ve arkadaşlarının (2008) 994 katılımcıya yönelik yaptığı çalışmaya göre Türkiye’de ortoreksiya üzerinde yaş değişkeninin bir etkisi olmadığı, kadınların ortorektik eğilimlerinin erkeklerden daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Oysa Donini’nin örnekleminde erkeklerde ON prevalansı daha yüksek bulunmuştur, bu farklılığın kültürel etkenlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir (33).

2.5.5. Ortoreksiya Nervozanın Sınıflandırılması

İmaj, yeme ve kilo kaygısı bulunan insanların tedavisi üzerinde on yılı aşkın deneyimi olan uzman psikoterapist Kater, 2006 yılında, Bratman’ın ortoreksiya nervoza ile ilgili tanımına uygun belirtiler gösteren hastaları olduğunu ve bu kişilerin, diğer yeme bozukluğu hastalığı bulunan kişilerle genetik yatkınlık, mükemmeliyetçilik ve kontrol gereksinimi gibi konularda benzer tutum ve davranışlar sergileyebileceklerini belirtmiştir. Bratman’ın tanımladığı bu yeni kavramın tanı sınıflandırılmasında kendine ait ayrı bir grup oluşturmasının sorunlu olduğunu düşünen Kater, ayrı bir

sınıflandırmaya ihtiyaç varsa bile bunun zaten var olan tıknırcasına yeme bozukluğu tanımına dâhil edilebileceği, ortoreksiya nervoza gibi tümüyle yeni bir sınıflandırmaya gerek olmadığını iddia etmiştir. Ortoreksiya nervoza hastaları, mükemmeliyetçi yapılarından dolayı beslenmelerini aşırı sınırlandırdıklarından, beslenme açısından yetersizlik riski taşıyan gruba girmektedirler. Formda kalmak ve sağlıklı olmak amacı ile yapılan katı bir diyet malnütrisyon gibi olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Beslenme açısından gerekli çeşitliliği taşımayan diyetlerde, mineral, vitamin ve besin öğeleri yetersizliği oluşabilmektedir. Bir insanın uzun süre katı bir diyet uygulaması sonucu olumsuz fizyolojik ve fiziksel sonuçlar doğması kaçınılmazdır (23).

2.5.6. Ortoreksiya Nervoza'dan Kurtarma Yolu

Yeme modeli ciddi şekilde bozulmuş ve bundan muzdarip insanlar için profesyonel yardım gerekmektedir. Nolan (2013), 'eğer bir kişinin ortorektik olduğu düşünülüyorsa bir terapistle gitmesi önerilmez' demektedir.

Ortorektikler genellikle gıda tüketimi ve beslenme hakkında yanlış anlamları barındırmaktadırlar. Nolan 'yeme bozuklukları olan kişilerin gıda ve beslenme bilimi hakkında bilgili' olduklarını belirtmektedir. Ancak her zaman doğru bilgiye sahip değillerdir. Bazen kaynaklarını dergiler ve saygın olmayan bloglar oluşturmaktadır. Ortorektikler Sağlıklı bir diyet yapıyorlar gibi görünebilir, onların yanlış inançlarının ortadan kalkması için bilim tabanlı eğitim alan bir diyetisyenden yardım almalarına ihtiyaç vardır (15).

2.5.7. Ortoreksiya Nervozanın Tedavisi

Ortoreksiya nervozanın oluşumunda tek bir faktör etkili olmadığı için tedavisinin de çok yönlü ve zor olduğu belirtilmektedir. Araştırmalar, bu insanların yalnızca beslenme konusunda değil duygusal konularda da takıntılı davranışlarda bulduklarını göstermektedir. Bu takıntılı davranışı tetikleyen sebeplerin ortaya çıkarılması kişilerin normal beslenmeye geçişini kolaylaştıracaktır. Ortoreksiya nervoza hastaları 'Ya Hep Ya Hiç' fikrinde uzaklaşabilmek için uzman yardıma ihtiyaç duyabilmektedirler (23).

Miller, bu hastaların besin algılarını değiştirmek ve besin tercihlerindeki katı tutumu yıkmaya yardımcı olmak gerektiğini iddia etmektedir. Akla uygun olmayan bu düşünceleri ortadan kaldırmak, hem hasta hem de uzman açısından zordur. Bu değişimin uzun zaman alacağı gerçeği, tedavi sürecinde uzmanı ve hastayı bir nebze

rahatlatmaktadır. Sağlıklı yaşam için gerekli olan temel beslenme eğitiminin okul öncesi yaşlarda verilmeye başlanması ileriki dönemler için çok önemlidir. Sonraki adım ise normal beslenme diye bildiğimiz “sezgisel beslenme”yi, bilinç-beden bağlantısı çerçevesinde geliştirmeye çalışmaktır (4). Bratman’ın spontan yemek yeme fikrine Miller de katılmaktadır. İstenildiği zaman istenildiğini yemek olarak tanımlanan ‘spontan beslenme’, besin tüketilirken sadece sağlığa iyi geleceği amacını taşımamaktadır. Çünkü Miller’e göre de insanın ‘eğlenceli beslenme deneyimleri’ yaşaması gerekmektedir. Miller, çocukların ihtiyaçlarına ve sezgilerine göre beslendiklerini düşündüğü için “çocuklar gibi beslenmeyi” savunmaktadır. Çocukların genel olarak açlık hissettiklerinde yemek yedikleri, canları ne yemek isterse onu tercih ettikleri ve doyunluk hissettiklerinde yemek yemeyi sonlandırdıklarını bildirmektedir (23). Bunlara ek olarak, tedavi sürecinde besin kuramlarına önem verilmesi ve bireylerin yaşamlarının, öz değerlerinin yalnızca besinlerden oluşmadığını unutmamaları gerektiğini vurgulamaktadır. Bu hastalara, sağlıklı beslenmelerini ve düzenli egzersiz yapmalarını, arkadaş ve aileleriyle vakit geçirmelerini, onlarla birlikte eğlenmelerinin önemli olduğunu hatırlatmakta ve bireylerin sakin kalıp, kendileri ile barışık olmalarını tavsiye etmektedir (4).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, özel bir lisede öğrenim gören kız öğrencilerin ortoreksiya nervoza görülme sıklığını belirlenmeye çalışmak amacıyla gerçekleştirilmiş kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın çalışma evrenini, İstanbul ili (Türkiye), Beylikdüzü ilçesi sınırları içerisinde yer alan Özel İhlas Karma Lisesi oluşturmuştur. Özel İhlas Karma Lisesi, İhlas Marmara Evleri Sitesi içerisinde bulunan ve ilköğretim, ortaöğretim ve lise eğitimini aynı binada veren bir kurumdur.

Araştırmanın örnekleme, Özel İhlas Karma Lisesi'nde eğitim gören toplam 175 kız öğrencinin tamamından oluşmuştur. Araştırmaya kızların seçilme sebebi, Arusoğlu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda ortoreksiya eğiliminin erkeklere göre kızlarda daha yüksek olması ve kızların adölesan dönemle beraber imaj algısına çok önem vermeye başlamalarıdır. Ayrıca araştırmanın yapıldığı dönemde lisede öğrenim gören erkek öğrenci sayısı kızlara göre çok düşük olduğu için araştırmanın güvenilirliğini etkilememesi açısından araştırma sadece kız öğrenciler üzerinde yapılmıştır.

Araştırmada söz konusu okulun seçilmesindeki amaç Beylikdüzü ilçesinin ekonomik açıdan homojen bir dağılım göstermesidir. Böylelikle farklı gelir dağılımındaki ailelere ulaşılma düşüncesiyle seçilen evrenden elde edilecek bulguların güvenilirliğinin en doğru şekilde tespit edilmesi amaçlanmıştır. Çünkü örneklem seçimi araştırmayı kısıtlayarak güvenilir veri elde etmeyi zorlaştırmaktadır.

Bu çalışma için Okan Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 73 sayılı 25.12.2015 tarihli "Etik Kurul Onayı" alınmıştır. Ayrıca okul yönetimi ve öğretmenlerden sözlü izin, öğrencilerden ise anket formlarında bulunan gönüllü katılım onayı alınmıştır. Araştırma Mart-Nisan 2015 tarihleri arasında yürütülmüş olup tüm öğrencilere ulaşılmıştır.

3.3. Veri Toplama Tekniği

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Anket uygulaması sırasında araştırmacı bizzat öğrencilerin gözetiminde bulunmuştur ve soruları cevaplayıp, eksik kalan yerlerin tamamlanmasını sağlamıştır. Veri toplama aracının geliştirilmesi aşamasından önce, araştırmanın temellendirilmesi ve belirlenen amaçlara ulaşılabilmesi için konuyla ilgili İngilizce ve Türkçe literatürler (tez, makale, bildiri, kitap, bilimsel araştırma vb.) incelenmiştir. Literatür taramalarından elde edilen bilgiler yardımıyla veri toplama aracının kavramsal yapısı ve ana çerçevesi belirlenmiştir (4).

Anketler 4 ana bölümden oluşmuştur, bu bölümler şunlardır:

- Kişisel Bilgi Formu (Sosyodemografik Bilgiler)
- Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri (MOCI)
- Yeme Tutumu Testi (YYT-40)
- ORTO-15 Testi

3.4. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmaya katılan lise öğrencilerinin kişisel bilgi formunda genel bilgiler (yaş, boy, kilo ve kaldığı yer, aile eğitim durumu, aile gelir düzeyi vb.) yer almaktadır.

Öğrencilere kilo ve boyları sorulmuştur. Elde edilen verilerle; Beden Kitle İndeksi, WHO' nun BKİ sınıflandırması formülüne göre guruplandırılarak vücut ağırlığı değerlendirilmesi yapılmıştır (34). Hesaplımalarda $BKİ = \text{Ağırlık (kg)}/\text{Boy (m)}$ formülü kullanılmıştır.

Tablo 1 BKİ sınıflandırması

Obezite derecesi	BKİ (kg/m ²)
Zayıf	18.5 altı
Normal	18.5-24.9
Fazla kilolu	25-29.9
1. derece obez	30-34.9
2. derece obez	35-39.9
3. derece obez	40 üzeri

Tablo 1, 35. Kaynaktan uyarlanmıştır (35).

3.5. Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri (Maudsley Obsessive Compulsive Inventory –MOCI-)

Mausley Obsesif Kompulsif Envanteri (Maudsley Obsessive Compulsive Inventory –MOCI-), Hodgson ve Rachman (1977) tarafından geliştirilen ve 30 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme aracıdır. Doğru-yanlış biçiminde yanıtlanan bu ölçek, 28 obsesif kompulsif belirtilerin tümünü araştırmak ve obsesif hastaları diğer nevrotik hastalardan ayırt edebilmek amacıyla geliştirilmiştir. Klinik değerlendirmede daha ayrıntılı bilgi sağlaması yanında, sağaltım sonucu ortaya çıkan değişiklikleri de belirlemektedir.

Değerlendirme, 11. madde dışındaki diğer maddelerde yanıtlayanın işaretlediği her “doğru” seçeneğine 1 puan verilerek yapılır. Toplanan puanlar, her bir maddeden elde edilen sayısal değerlerle belirlenir. En yüksek değerler toplam obsesyon puanı için

37, kontrol etme için 9, temizlik için 11, yavaşlık 7, kuşku için 7’dir.

Kontrol etme ile ilgili maddeler: 2, 6, 8, 14, 15, 20, 22, 26, 28

Temizlik ile ilgili maddeler: 1, 4, 5, 9, 13, 17, 19, 21, 24, 26, 27

Yavaşlık ile ilgili maddeler: 2, 4, 8, 16, 23, 25, 29

Kuşku ile ilgili maddeler: 3, 7, 10, 11, 12, 18, 30 (16).

3.6. Yeme Tutum Testi (YTT-40, The Eating Attitude Test-40/ EAT-40)

Garfinkel ve Garner tarafından geliştirilen Yeme Tutum Testi, anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza belirtilerini tarafsız bir gözle ölçen ve kırk sorudan oluşan kendi kendini değerlendirme ölçeğidir. Tedavi sonrasında görülen değişiklikleri belirlediği gibi klinik çalışmalarda da daha detaylı veri elde etmeyi sağlar. Öte taraftan ölçek, ortoreksiya nervoza için yüksek risk sınıfını meydana getiren bireylerde önceden tanı konmamış anoreksiya nervoza vakalarını araştırmak için bir tarama testi olarak da kullanılmaktadır (36).

YTT-40, genç ve yetişkinlere uygulanan ve zaman kısıtlaması olmayan bir ölçektir.

Maddeler; “daima”, “çok sık”, “sık sık”, “bazen”, “nadiren” ve “hiçbir zaman” seçeneklerinden oluşan 6 noktalı çoktan seçmeli dereceli bir ölçektir.

Patoloji açısından her bir uç yanıt için 3, diğer seçenekler için 2 ve 1 puan verilerek değerlendirilmektedir.

Yeme tutum testi sonuçları:

1-18-19-23-27-39 numaralı sorular için 'bazen' 1 puan, 'nadiren' 2 puan ve 'hiçbir zaman' 3 puan, diğer seçenekler 0 puan verilerek, diğer soruların yanıtları ise 'daima' 3 puan, 'çok sık' 1 puan ve diğer seçenekler 0 puan olarak değerlendirilmiştir.

Anoreksi tanısı (YTT) için ayırım puanı 30 olarak belirlenmiştir. Testten en fazla 120 puan alınabilmektedir. EAT-40 risk profillerinde; EAT-40 toplam puanı 21`den az ise ‘düşük risk’, 21-30 arasında ise ‘orta risk’, 30`dan fazla ise ‘yüksek risk’ olarak belirlenmiştir. Sonuçta ölçeğin her bir maddesinden alınan puanlar toplanarak ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir.

3.7. ORTO-15 Testi

Bireylerin ortorektik eğilimini değerlendirmek için ORTO-15 ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek 15 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir.

ORTO-15 Test Sonuçları

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

1 ve 13 numaralı sorulara verilen yanıt 'her zaman' ise 2 puan, 'sık sık' ise 4 puan, 'bazen' ise 3 puan, 'hiçbir zaman' ise 1 puan verilerek,

2-5-8-9 numaralı sorulara verilen yanıt 'her zaman' ise 4 puan, 'sık sık' ise 3 puan, 'bazen' ise 2 puan, 'hiçbir zaman' ise 1 puan verilerek,

3-4-6-7-10-11-12-14-15 numaralı sorulara verilen yanıt 'her zaman' ise 1 puan, 'sık sık' ise 2 puan, 'bazen' ise 3 puan, 'hiçbir zaman' ise 4 puan verilerek, değerlendirilmiştir.

Maddeler, bireylerin seçme, satın alma, hazırlama ve kendilerinin sağlıklı olarak nitelendirdikleri besinleri tüketme konularındaki obsesif davranışlarını araştırmaktadır. Uygulama yapılan bireylerin hem duygusal hem de rasyonel açıdan değerlendirmeleri amacıyla, bazı maddeler "kognitif-rasyonel alanı" (1, 5, 6, 11, 12, 14), bir bölümü "klinik alanı" (3, 7, 8, 9, 15), diğer kısmı da "duygusal alanı" (2, 4, 10, 13) incelemektedir.

Orto-15 testinin sonucuna göre "33 puan" ve altında alanlar "Ortorektik" (son derece hassas yeme davranışlarına sahip) olarak tanımlanmaktadır. Skor arttıkça yeme davranışının normale yaklaşmakta olduğu anlaşılmaktadır (29).

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Anket formundan elde edilen veriler, SPSS (The Statistical Package for The Social Sciences) 15.0 programında değerlendirilmiştir.

İstatistiksel analizlerde; Örneklem hacminin yeterli olmadığı durumlarda Ki-Kare (Pearson Chi-Square) test sonuçları kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan değişkenlerde non-parametrik karşılaştırma testlerinden Mann-Whitney U testi, normal dağılıma sahip değişkenlerde ise parametrik karşılaştırma testlerinden Independent Samples T testi uygulanmıştır. Parametrik olmayan değerlerin normal dağılımda olduğunu belirlemek amacıyla Shapiro-Wilk sınaması kullanılmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılığı

- Araştırmanın sadece kız öğrenciler üzerinde yapılması,
- Araştırmada sadece tek bir lise kullanılmış olması,
- Araştırmanın yürütüldüğü lisesin özel lise olması,
- Araştırmanın örneklem sayısının küçük olması,
- Araştırma verilerinin anket yöntemi ile elde edilmesi ve cevapların doğruluğunun öğrencilerin inisiyatifinde olması

Gibi sebepler çalışmayı kısıtlamış olduğu için elde edilen sonuçlar topluma genellenemez.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma bulguları ve bulgulara dayalı olarak yapılan yorumlar yer almaktadır. Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda verilmiştir.

4.1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sosyodemografik Bulguları

Bu bölümde araştırmaya katılan öğrencileri tanıtıcı bilgiler yer almaktadır. Araştırmaya toplam 175 kız öğrenci katılmıştır, kişisel bilgileri, aile durumları ve beslenme yaklaşımları ile ilgili elde edilen veriler aşağıdaki tablolarda sırası ile gösterilmiştir.

Tablo 2 Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş, boy, BKİ, ağırlık ve OİA

Değerler	Minimum	Maksimum	Ortalama±SS
Yaş (yıl)	14	18	16,2±0,97
Boy (cm)	150	180	164,9±6,1
BKİ	15,9	36,7	22,0±3,6
Ağırlık	42	100	60,0±11,5
OİA	40	80	53,6±7,0

Araştırmaya katılan 175 öğrenci minimum 14, maksimum 18 yaşında olup, öğrencilerin yaş ortalaması 16,2±0.97'dir. Yaş açısından homojen dağılan öğrencilerin boy ortalaması ise 164,9±6,1'dir. Beden Kütle İndeksi minimum 15,9 kg/boy², maksimum 36,7 kg/boy² olarak hem zayıf hem yüksek şişman grupta bulunan öğrencilerin BKİ ortalamaları ise 22,2±3,6'dır. Öğrencilerin ağırlık ortalaması 60,0±3,6 olmasına karşılık olmak istedikleri ağırlık ortalaması ise 53,6±7,0 bulunmuştur. Öğrencilerin zayıf gruptakiler de dahil olmak üzere büyük çoğunluğu bulunduğu ağırlıktan daha düşük olmak istediğini belirtmiştir. Bu durum aşağıdaki tablolarda daha detaylı incelenmiştir.

Tablo 3 Araştırmaya katılan öğrencilerin BKİ değerleri

BKİ Değerleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
18,5 altı	30	17,1
18,5-24,9 arası	112	64,0
25 üzeri	33	18,9

Araştırmaya katılan öğrencilerin %17,1'i zayıf, %64,0'ü normal, %18,9'u ise kiloludur.

Tablo 4 Araştırmaya katılan öğrencilerin OİA'ya göre BKİ değerleri

BKİ Değerleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
18,5 altı	51	29,1
18,5-24,9 arası	120	68,5
25 üzeri	4	2,4

Araştırmaya katılan öğrencilerin BKİ dağılımları, öğrencilerin olmak istedikleri kilolara göre hesaplandığında zayıflık oranı %17,1'den %29,1'e, normallik oranı ise %64,0'ten %68,5'e artış gösterirken, kiloluk oranı %18,9'dan %2,4'e düşüş göstermektedir. Araştırmaya katılan öğrenciler kilo açısından daha düşük olma isteği eğilimi göstermektedirler. Öğrencilerin BKİ değerleri ile olmak istedikleri kilo arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$). Beden kitle değerlerinden bağımsız olarak öğrencilerin %68,5'i BKİ değerinin 25 ten az, %29,1'i BKİ değerinin 18'den az olmasını istemiştir.

Tablo 5 Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyodemografik bulguları

Sosyodemografik Bulgular	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaşadığı Yer		
Aile	167	95,4
Akraba	1	0,6
Öğrenci Evi	1	0,6
Tek Başına Evde	1	0,6
Yurt	5	2,8
Anne Eğitim Durumu		
Hiç Okula Gitmemiş	3	1,7
İlkokul	34	19,4
Orta Okul	34	19,4
Lise	71	40,6
Yüksek Okul	23	13,2
Lisans	10	5,7
Anne Çalışma Durumu		
Ev Kadını	154	88
İşçi	1	0,6
Memur	6	3,4
Serbest Meslek	11	6,3

Emekli	3	1,7
Baba Eğitim Durumu		
İlkokul	11	6,3
Orta Okul	24	13,7
Lise	57	32,6
Yüksek Okul	57	32,6
Lisans	26	14,8
Baba Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	1	0,6
İşçi	10	5,7
Memur	19	10,9
Serbest Meslek	139	79,4
Emekli	6	3,4
Aile Gelir Düzeyi		
750-1.000 TL	2	1,1
1.000-3.000TL	32	18,3
3.000-5.000TL	66	37,7
5.000TL üzeri	75	42,9

Araştırmaya katılan öğrencilerin %95,4'ü ailesi ile, %2,9'u yurttan yaşamaktadır. Öğrencilerin anne eğitim durumları %40,6 ile lise düzeyinde olup %23'ü yüksekokul, %10'u lisans mezunudur, %3'ü ise hiç okula gitmemiştir. Öğrencilerin baba eğitim durumları ise %32,6 lise, %32,6 yüksekokul ve %26 ile lisans düzeyinde olup hiç okula gitmemiş bulunmamaktadır. Öğrencilerin annelerinin %88'i ev hanımı olup yaklaşık %10'u çalışmakta iken babalarının %99,4'ü çalışmaktadır. Annelerin eğitim durumu ağırlıklı lise ve üzeri olmasına karşın çalışma oranı çok düşük bulunmuştur, babaların eğitim durumları benzer olsa da çalışma oranı tamama yakın görülmüştür. Ebeveynlerin eğitim durumları ile çalışma durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$). Öğrencilerin aile gelir düzeyleri, % 37,7'sinin 3.000-5.000 tl arası, %42,9'unun ise 5.000 tl üzeri, %1,1'inin ise 1.000 tl civarı olduğu öğrenilmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyoekonomik durumları yüksek bulunmuştur. Sonucun böyle çıkmasında araştırmanın yürütüldüğü okulun özel olmasında etkisi olabilir.

Tablo 6 Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık durumları

Sağlık Durumları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sürekli Bir Rahatsızlığı Var	29	16,6
Sürekli Bir Rahatsızlığı Yok	146	83,4
Besin Alerjisi Var	15	8,6
Besin Alerjisi Yok	160	91,4

Araştırmaya katılan öğrencilerde %16,6 oranında sürekli rahatsızlığı bulunanlar olup bu rahatsızlıklar; diyabet, migren, astım vb. olarak tespit edilmiştir, %83,4'ünün ise herhangi bir rahatsızlığı bulunmamaktadır. Öğrencilerin %8,6'sında ise besin alerjisi bulunup bu besinler; domates, çilek, kivi vb. besinlerdir, %91,4'ünde ise herhangi bir besine karşı alerji bulunmamaktadır.

Tablo 7 Araştırmaya katılan öğrencilerin diyet programı uygulama nedenleri

Diyet Yapma Nedenleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Uygulamıyor	120	68,6
Form Korumak İçin	10	5,7
Zayıflamak İçin	45	25,7
Hastalık Tedavi Amaçlı	0	0,0

Araştırmaya katılan öğrencilerin %68,6'sı herhangi bir diyet programı uygulamadığını belirtmiştir. Diyet programı uygulayanların ise %5,7'si form korumak için, %25,7'si ise zayıflamak için yaptıklarını söylemiştir. Öğrencilerin sadece %18,9'u kilolu olmasına karşın diyet uygulama oranı toplamda %31 civarı olup hiçbiri de hastalık tedavisi amaçlı değildir. Öğrencilerin beden kitle indeksleri ile zayıflama diyeti uygulamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 8 Araştırmaya katılan öğrencilerin uyguladıkları diyet programını önerenlerin dağılımı

Diyet Programını Önerenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Doktor	39	70,9
Diyetisyen	3	5,4
Arkadaş Çevresi	6	10,9
Akrabalar	2	3,6
Medya	5	9,0

Araştırmaya katılan öğrencilerden diyet programı uygulayanların %70,9'u uyguladıkları diyetleri doktorlarından aldıklarını belirtmiştir. Öğrencilerin %10,9'u

arkadaş çevresinden, %3,6'sı akrabalarından, %5'i ise medyadan edindiği diyetleri uygularken sadece %5,4'ü gibi az bir grup diyetisyen eşliğinde diyet yapmaktadır.

Tablo 9 Araştırmaya katılan öğrencilerin beslenme ile ilgili etkilendikleri kaynakları

Beslenme ile İlgili Etkilendikleri Kaynaklar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Etkilenmiyorum	59	33,7
Televizyon	62	35,4
İnternet	36	20,6
Dergi	7	4,0
Gazete	5	2,9
Kitap	6	3,4

Araştırmaya katılan öğrencilerin %33,7'si beslenme ile ilgili hiçbir kaynaktan etkilendiğini belirtirken, %35,4'ü televizyondan, %20,6'sı ise internetten etkilendiğini belirtmiştir.

Tablo 10 Araştırmaya katılan öğrencilerin besin reklamlarından etkilene durumları

Reklamlardan Etkilenme Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hiç etkilenmem, Satın Almam	77	44,0
Bazen Etkilenirim, Satın Almam	32	18,3
Bazen Etkilenirim, Satın Alırım	57	32,6
Çok Etkilenirim, Satın Alırım	9	5,2

Araştırmaya katılan öğrencilerin %44'ü reklamlardan etkilendiğini ve reklama göre ürün satın almadığını belirtirken %32,6'sı bazen reklamlardan etkilendiklerini ve reklama göre ürün satın alabildiklerini belirtmiştir.

Tablo 11 Araştırmaya katılan öğrencilerin etiket değerlendirme durumları

Ürün Satın Alırken Etiketinde Dikkat Ettikleri Bilgi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Etiket Değerlendirmem	14	8,0
Üretim Tarihi	8	4,6
Son Kullanma Tarihi	49	28,0
Firma İsmi	18	10,3
Katkı Maddeleri	7	4,0
Besin Değerleri	9	5,1
Hepsi	70	40

Araştırmaya katılan öğrenciler ürün satın alırken en çok %28 oranı ile son kullanma tarihine, ikinci olarak %10,3 oranı ile firma ismine dikkat ettiklerini belirtirken, %8'lik kısım ise etiket değerlendirmede belirtmiştir.

Tablo 12 Araştırmaya katılan öğrencilerin duygu durumlarına göre beslenme tutumları

Duygu Durumları	Hiç yemek yemem		Az Yerim		Çok Yerim		Değişmez	
	Sayı(n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde(%)
Üzüntülü	53	30,3	52	29,7	49	28,0	21	12,0
Sıkıntılı	34	19,4	57	32,6	57	32,6	27	15,4
Sevinçli	9	5,1	20	11,4	81	46,3	65	37,1
Heyecanlı	30	17,1	39	22,3	51	29,1	55	31,4
Yorgun	36	20,6	53	30,3	26	14,9	60	34,3

Araştırmaya katılan öğrenciler duygu durum değişikliklerine göre beslenme tutumlarındaki değişimi, üzüntülü iken %30,3 hiç yemek yemem, yorgun iken %30,3 daha az yemek yerim, sevinçli iken %46,3 daha çok yemek yerim, heyecanlı iken %31,4 yemek yeme durumum değişmez olarak belirtmiştir. Sıkıntılı duygu durumunda ise %32,6 oranı ile daha az yemek yerim ve daha çok yemek yerim tutumları eşit dağılım göstermiştir. Öğrencilerin duygu durumları ile beslenme durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

4.2. Maudsley Obsesif Kompulsif Testi İle İlgili Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan öğrencilerin bir kendini değerlendirme aracı olan Maudsley Obsesif Kompulsif testine verdikleri cevaplar değerlendirilmiştir. Bu test obsesif kişileri nevrotik hastalardan ayırt etmek amacı ile geliştirildiği için çalışmamızın amacı olan ortoreksiya sıklığının daha doğru belirlenmesinde yardımcı olacağı düşünülmüştür.

Tablo 13 Araştırmaya katılan öğrencilerin maudsley obsesif kompulsif testi sonuçlarına göre dağılımı

Test Sonuçları	Sayı (n)	Yüzde (%)
12 puan ve altı	64	36,5
13-18 puan arası	71	40,5
18 puan ve üzeri	40	23,0

Araştırmaya katılan öğrencilerde %36,5 ile psikiyatrik muayene ile Obsesif Kompulsif Bozukluk saptanma oranı düşük, %40,5 ile orta, %23 ile ise yüksek bulunmuştur.

4.3. Yeme Tutum Testi (EAT-40) ile İlgili Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan öğrencilerin Yeme Tutum Testine verdikleri cevaplar ile yemek yemekle ilgili davranış ve tutumlarındaki olası bozuklukların belirtilerini ölçebilmek amaçlanmıştır.

Tablo 14 Araştırmaya katılan öğrencilerin yeme tutum testi sonuçlarına göre dağılımı

Yeme Tutum Testi Risk Grupları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Düşük Risk	113	64,5
Orta Risk	43	24,5
Yüksek Risk	19	11,0

Araştırmaya katılan öğrenciler yeme bozukluklarına yakalanma olasılığında %64,5 ile düşük risk grubunda, %24,5 ile orta risk grubunda ve %11 ile yüksek risk grubunda bulunmuştur.

4.4. ORTO-15 Testi ile İlgili Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan öğrencilerin Orto-15 testine verdikleri cevaplar ile Ortoreksiya Nervoza sıklıkları ve belirtileri ile ilgili bulgular saptanmaya çalışılmıştır.

Tablo 15 Araştırmaya katılan öğrencilerin orto-15 testi sonuçlarına göre dağılımı

Orto-15 Test Puanı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Orto 15 Puanı \leq 33	168	96
Orto 15 Puanı $>$ 33	7	4

Araştırmaya katılan öğrencilerin %96'sında Ortorektik eğilim gözlemlenmez iken %4'ünde Ortoreksiya saptanmıştır.

Tablo 16 Ortoreksiya nervoza ve BKİ ile ilgili bulgular

ON ve BKİ İlişkisi	Zayıf	Normal	Kilolu	Toplam
Ortorektik Olan n(%)	1 (3,3)	5 (4,5)	1 (3,0)	7 (4,0)
Ortorektik Olmayan n(%)	29 (96,6)	107 (95,5)	32 (96,9)	168 (96,0)

Toplam n(%)	30 (17,1)	112 (64,0)	33 (18,9)	175 (100)
--------------------	-----------	------------	-----------	-----------

Araştırmaya katılan öğrencilerin %3,3'ü hem zayıf olup hem ortorektik eğilim göstermekte, %4,5'u normal kilo aralığında olduğu halde ortorektik eğilim göstermekte, %3'ü ise kilolu grubunda olmasına rağmen ortorektik eğilim göstermektedir. Ortoreksiya Nervosa tanısı alan öğrencilerin BKİ değerlerinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 17 Ortoreksiya nervosa ile BKİ arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

ON ve BKİ İlişkisi	Ortorektik olanlar	Ortorektik olmayanlar
Sayı (n)	7	168
Minimum BKİ (kg/m²)	16,9	15,9
Maksimum BKİ (kg/m²)	29,4	36,7

Araştırmaya katılan 175 öğrenciden 7sinde ortoreksiya eğilimi gözlemlenirken bu 7 öğrencinin minimum BKİ'si 16,9 kg/m², maksimum BKİ'si 29,4 kg/m² olarak hesaplanmıştır. Ortorektik eğilim göstermeyen 168 öğrencinin ise minimum BKİ'si 15,9 kg/m², maksimum BKİ'si 29,4 16,9 kg/m² olarak hesaplanmıştır. Ortorektik eğilim gösteren ve göstermeyen öğrenciler arasında BKİ bakımından anlamlı bir fark yoktur ($p > 0,05$).

Tablo 18 Ortoreksiya nervosa ile yeme tutum testi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

ON ve YTT İlişkisi	Ortorektik n(%)	Olan Ortorektik n(%)	Olmayan Toplam n(%)
YTT Düşük Risk	2 (% 28,5)	111 (% 66,0)	113 (% 64,5)
YTT Orta Risk	3 (% 43,0)	40 (% 24,0)	43 (% 24,5)
YTT Yüksek Risk	2(%28,5)	17(%10,0)	19(% 11,0)
Toplam	7 (% 4,0)	168 (% 96,0)	175 (% 100)

Araştırmaya katılan öğrencilerde ortorektik eğilim gösterenlerin %28,5'inin yeme bozukluklarına yakalanma olasılığı da yüksek risk grubunda bulunmuştur. Ortorektik eğilim göstermediği halde yemek bozukluklarına yakalanma olasılığı yüksek risk grubunda olan %10'luk bir kesim de saptanmıştır. Ortorektik eğilim gösterme ile yeme tutum bozukluğuna yakalanma risk grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 19 Beden kütle indeksi ve yeme tutum testi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

BKİ ve YTT İlişkisi	Zayıf	Normal	Kilolu	Toplam
YTT Düşük Risk	22 (% 73,3)	72 (% 64,3)	19 (% 57,5)	113 (% 64,5)
YTT Orta Risk	7 (% 23,3)	26 (% 23,2)	10 (% 30,3)	43 (% 24,5)
YTT Yüksek Risk	1 (% 3,3)	14 (% 12,5)	4 (% 12,2)	19 (% 18,9)
Toplam	30 (% 17,1)	112 (% 64,0)	19 (% 11,0)	175(% 100)

Araştırmaya katılan öğrencilerin %3,3'ü BKİ olarak zayıf grubunda olup aynı zamanda yeme bozukluğuna yakalanma olasılığı yüksek risk grubundadır. BKİ olarak normal grupta yer almasına rağmen %12,5'lik bir kısım öğrenci yeme bozukluğuna yakalanma olasılığı yüksek risk grubunda bulunmaktadır. BKİ olarak şişmam grupta olup yeme bozukluğuna yakalanma olasılığı yüksek grupta olan ise %12,2'lik bir kesim mevcuttur. Ayrıca yeme bozukluğuna yakalanma olasılığı düşük risk grubunda olmasına rağmen BKİ açısından zayıf grubunda yer alan %19,5 oranında öğrenci de saptanmıştır. Öğrencilerin Yeme tutum bozukluğuna yakalanma risk grupları ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

5. TARTIŞMA

Özellikle fiziksel yönden birçok değişikliğin meydana geldiği adölesan dönemde kişilerin kendilerinde ortaya çıkan bu fiziksel değişikliklere karşı duyarlılıkları artış göstermektedir (37,38). Adölesan dönemdeki kişi bir taraftan vücudundaki değişikliklere adapte olmaya çalışırken, diğer taraftan da beslenme şeklini düzenleyerek vücudundaki değişiklikleri control etmeyi amaçlamaktadır. Adölesan dönemdeki bireylerde ortaya çıkan fiziksel değişiklikler benlik saygıları üzerinde olumsuz etkiye yol açabilmektedir (39). Kişinin kendisini değerlendirmesi sonucu başarılı ve yeterli bulması durumunda vardığı yargıya ‘benlik saygısı’ denir (40, 41). Kişide benlik saygısının düşük olması kişinin psikolojisini olumsuz etkiler iken yüksek olması ise olumlu yönde etkilemektedir (42). Benlik saygısı oluşumu yönünden adölesan dönem riskli bir dönemdir. Çünkü bu dönemde, değişen fizik yapısı ve duygu durumları o güne kadar var olan beden imajını bozmaktadır. Adölesan birey, içsel benlik imajı ile dış görünümü arasında karmaşa yaşamaktadır (40,43). Adölesan dönemdeki bireylerde depresif duygulara ve düşük benlik algısına sıkça rastlanılmaktadır (44). Yeme tutumu; yeme şekli, yeme fiili ve beslenme biçimleri ile ilgili davranışsal durum olarak tanımlanmaktadır (45). Bu tutum, kültürel, sosyal ve demografik şartlar kadar kişinin beslenme algısı, besinle ilgili daha önceki deneyimi ve beslenme durumundan da etkilenmektedir (46). Yeme bozuklukları, kişinin vücut algısının bozulması ile birlikte yeme davranış ve tutumunda bozuklukların meydana geldiği bir hastalık şekli olup, özellikle genç kadın ve adölesan dönemdeki kızların bu bozukluğa yakalanmaya daha yatkın oldukları saptanmıştır (45,47,48). Yeme bozukluğu olan bireylerde fazla kiloya karşı takıntılı korku, beden algısına karşı ilginin yoğunlaşmasını sağlamıştır (48,49). İlk kez Bratman tarafında tanımlanan ortoreksiya nervoza, sağlıklı besin tüketme isteğine dair patolojik bir saplantıyı ifade etmektedir (50). Bilinen yeme bozukluklarından farklı olaran, ortoreksiya nervosada yalnız saf ve sağlıklı besinleri tüketme saplantısı ön plandadır (51). Obsesif kompulsif bozukluk ile benzeşen tarafı ise bu saplantının davranışsal ve zihinsel açıdan aşırı uğraşa dönüşmesidir (51,52). Ortoreksiya nervozalı bireyler, besin seçerken kalori miktarını ölçüt olarak görmemekte, besinin saf ve sağlıklı olması ile ilgilenmektedir (53). Bu sebeple, genellikle başkaları tarafından hazırlanan yemekleri yemekte zorlandıkları, çoğunlukla tek başına ve toplumdan uzak yaşamlarını sürdürdükleri bilinmektedir. Stres, depresyon, anksiyete ve mükemmeliyetçilik diğer yeme bozukluklarında da görüldüğü gibi ortoreksiya nervosa hastalarında da

bulunmaktadır (54). Bu konudaki farklı çalışmalar yeme bozukluklarıyla anksiyete, depresyon ve düşük benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir (54,55,56). Aile içi sorunlar, obezite, kilo ve yeme ile ilgili uğraşlar, düşük benlik saygısı ve adölesan dönem problemleri gibi faktörler adölesan dönemdeki bireylerin yeme tutum ve davranışlarını etkilemektedir (57,58). Olumlu beslenme tutumu ve sağlıklı beslenme alışkanlığının edinilmesi henüz çocuk iken başlaması gereken uzun bir süreçtir. Adölesan dönemdeki bireylerin beslenme tutum ve alışkanlıkları ile besin tüketimleri hakkındaki bilgi ve davranışların analiz edildiği çeşitli araştırmalarda beslenme eğitiminin beslenme bilgi seviyesinde yükselme sağladığı, fakat bu bilginin tutum ve davranışa dönüşmesi için eğitimin devamlı olması zorunluluğu vurgulanmaktadır (59,60,61,62).

Bu araştırmada adölesan dönemdeki öğrencilerin sağlıklı beslenmeyi takıntı haline getirebilecekleri ihtimali araştırılmıştır. Araştırmaya katılan 175 öğrenci minimum 14, maksimum 18 yaşında olup, öğrencilerin yaş ortalaması $16,2 \pm 0,97$ 'dir. Yaş açısından homojen dağılan öğrencilerin boy ortalaması ise $164,9 \pm 6,1$ 'dir. Beden Kütle İndeksi minimum $15,9 \text{ kg/boy}^2$, maksimum $36,7 \text{ kg/boy}^2$ olarak hem zayıf hem yüksek şişman grupta bulunan öğrencilerin BKİ ortalamaları ise $22,2 \pm 3,6$ 'dır. Öğrencilerin kilo ortalaması $60,0 \pm 3,6$ olmasına karşılık olmak istedikleri kilo ortalaması ise $53,6 \pm 7,0$ bulunmuştur. Öğrencilerin zayıf gruptakiler de dahil olmak üzere büyük çoğunluğu bulunduğu kilodan daha düşük olmak istediğini belirtmiştir.

Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalından Bosi ve arkadaşlarının yürüttüğü, tıp fakültesinde çalışmakta olan üç yüz on sekiz doktorun araştırmaya katıldığı, ortoreksiya nervoza sıklığının irdelendiği bu araştırmada, bireylerin vücut ağırlıklarını ölçtükleri sıklık, aldıkları besinlerin etiket içeriklerini inceleyip incelemedikleri ve alışverişlerini şahsen kendilerinin yapıp yapmadıkları sorgunlamış ve ORTO-15 testi uygulanmıştır. Bu çalışmadan elde edilen verilece göre yaş, cinsiyet ve beden kütle indeksi ile ortoreksiya nervoza eğilimi arasında anlamlı bir ilişki olmamasına rağmen ürün satın alırken etiket bilgisini incelediklerini belirten kişilerle, vücut ağırlıklarını sıklıkla ölçen kişilerde ortoreksiya nervoza eğiliminin yüksek olduğu bulunmuştur (27). Benzer şekilde bu çalışmada da yaş ve BKİ ile ON arasında anlamlı bir ilişki olmaması açısından paralellik görülmektedir. Bosi ve arkadaşları bu çalışmalarında ayrıca beslenme alışkanlıklarında basın-yayının etkili olduğunu, yüksek

eğitim seviyesindeki insanların dahi yemek seçimlerinde bundan etkilendiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca ORTO-15 testine göre kesim noktası '33' puan olarak alındığında 158'i kadın ve 107'si erkek olmak üzere toplam 265 kişinin (% 26.1) ortorektik belirti gösterdiği bulunmuştur (26). Çalışmamızda ORTO-15 testine göre kesim noktası '33' puan alınmıştır. Çalışmaya katılan 175 öğrenciden ortorektik özelliklere sahip olanların oranı % 4 bulunmuştur.

Arusoğlu ve arkadaşları, Donini ve arkadaşlarının geliştirdiği ORTO-15 testinin çevirisinde kültürel eşdeğerliliği göz önünde bulundurarak, on beş madde içerisinden istatistiksel gücü yüksek on bir maddeyi seçerek, iç tutarlılığı daha yüksek bir ölçek oluşturmuşlardır Türkçeye ORTO-11 olarak uyarlamış, ayrıca daha geniş bir örneklemede ON'nin Türkiye'deki prevalansını ve yeme tutumu, obsesif belirtiler, BKİ ve bazı demografik değişkenlerle olan ilişkisini araştırmışlardır. Arusoğlu ve arkadaşlarının 994 katılımcıya yönelik yaptığı araştırmaya göre Türkiye'de ortoreksiya üzerinde yaş değişkeninin bir etkisi olmadığı, yeme tutumu bozuk ve obsesif kompülsif belirtiler gösteren kişilerde ortorektik eğilimin yüksek olduğu, bununla birlikte BKİ ve ortoreksiya arasında anlamlı ilişki bulunamadığı, kadınların ortorektik eğilimlerinin erkeklerden daha yüksek olduğu gösterilmiştir (28,30). Bunlara paralel olarak bizim çalışmamızda ise, öğrencilerde ortorektik eğilim gösterenlerin %28,5'inin yeme bozukluklarına yakalanma olasılığı da yüksek risk grubunda bulunmuştur. Ortorektik eğilim göstermediği halde yemek bozukluklarına yakalanma olasılığı yüksek risk grubunda olan %10'luk bir kesim de saptanmıştır. Ortorektik eğilim gösterme ile yeme tutum bozukluğuna yakalanma risk grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 18.).

İtalya' da, Donini ve arkadaşları, farklı ırklara ait 404 birey üzerinde bir çalışma yapmış ve bu çalışmada bireylerin beslenme şekillerini ve besinler üzerindeki düşüncelerini analiz etmeyi amaçlamışlardır. Çalışmanın sonucunda, katılan kişilerin yaklaşık %7'sinde ortoreksiya nervoza yeme bozukluğu olduğu saptanmışlardır (25,52). Paralel olarak bizim çalışmamızda da 175 öğrenciden ortorektik özelliklere sahip olanların oranı % 4 olarak bulunmuştur (Tablo 15.).

Hacettepe niversitesi akademik ve idari personeli üzerinde yapılan bir yüksek lisans tezi çalışmasında, ortoreksiya nervoza belirtileri ve eğilimini, ortoreksiya nervozanın cinsiyet, yaş ve eğitim durumu gibi etkenlerle olan alakasını irdelemek için

yaş aralığı ondokuz ve altmışaltı olan toplam binikiyüzseksensekiz kişi incelenmiştir ve bu araştırmada kadınların ortoreksiya nervoza eğilimleri erkeklere göre daha yüksek ve kişilerin eğitim seviyesi arttıkça ortoreksiya eğilimi daha düşük bulunmuştur (4). Diğer taraftan Donini ve arkadaşlarının yürüttükleri araştırmada erkeklerin ortoreksiya nervoza eğilimi kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Araştırmacılar sonuçlardaki bu tezatlığın var olan kültür farklılığından ileri geldiğini bildirmektedirler (27). Ayrıca farklı bir rahatsızlığından dolayı diyet uygulamakta olan bireylerde de ortoreksiya nervoza eğilimi yüksek olarak bulunmuştur (4). Bizim çalışmamızda ise öğrencilerin %68,6'sı herhangi bir diyet programı uygulamadığını belirtmiştir. Diyet programı uygulayanların ise %5,7'si form korumak için, %25,7'si ise zayıflamak için yaptıklarını söylemiştir. Öğrencilerin sadece %18,9'u kilolu olmasına karşın diyet uygulama oranı toplamda %31 civarı olup hiçbiri de hastalık tedavisi amaçlı değildir (Tablo 7.).

Beslenme ve diyetetik bölümünde okuyan öğrencilerin sağlıklı beslenme takıntıları ile yeme tutum ve davranışlarının değerlendirildiği bir çalışma 106 öğrenci ile gerçekleştirilmiş, ortoreksiya nervosa riskindeki artış, obsesif kompulsif davranış riskindeki artış ve yeme davranış bozukluğu riskindeki azalışla ilişkili bulunmuştur (63). Yine Gezer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, vücut ağırlığı normal ve şişman olanlarla karşılaştırıldığında zayıf olan bireylerde ortalama ORTO 11 puanının daha düşük olduğu belirlenmiştir (63). Çalışmamızda ise vücut ağırlığı ile ORTO-15 testi puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin %3,3'ü hem zayıf olup hem ortorektik eğilim göstermekte, %4,5'u normal kilo aralığında olduğu halde ortorektik eğilim göstermekte, %3'ü ise kilolu grubunda olmasına rağmen ortorektik eğilim göstermektedir (Tablo 16.).

Tahiroğlu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, kızlarda kilo verme amacıyla aşırı egzersiz daha fazla iken, erkeklerde kişilerarası ilişkilerin daha fazla bozulduğu ve kendine zarar verme davranışlarının daha sık olduğu saptanmıştır. Yeme bozukluğunun özellikle genç kızlar ve adölesanlarda daha sık görüldüğü bilinmekte ve bu sıklığın da giderek arttığı bildirilmektedir. (64). Bu nedenle çalışmamız adölesan kızlar üzerinde yapılmış olup araştırmaya katılan öğrencilerde yeme bozukluklarına yakalanma olasılığında %64,5 ile düşük risk grubunda, %24,5 ile orta risk grubunda ve %11 ile yüksek risk grubunda bulunmuştur (Tablo 14.).

Taylor ve diğeri öğrenciler üzerinde yaptıkları bir çalışmada, özellikle genç kızların televizyonda veya magazin dergilerinde gördükleri kadınlar gibi olmak istedikleri, arkadaşları tarafından baskılar nedeni ile de ağırlık endişesi taşıdıkları belirlenmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgular, benzer çalışma bulguları ile örtüşmektedir (65). Araştırmaya katılan öğrencilerin %33,7'si beslenme ile ilgili hiçbir kaynaktan etkilenmediğini belirtirken, %35,4'ü televizyondan, %20,6'sı ise internetten etkilendiğini belirtmiştir (Tablo 9.). Araştırmaya katılan öğrencilerin %44'ü reklamlardan etkilenmediğini ve reklama göre ürün satın almadığını belirtirken %32,6'sı bazen reklamlardan etkilendiklerini ve reklama göre ürün satın alabildiklerini belirtmiştir (Tablo 10.).

İlhan ve diğeri tarafından yapılan çalışmada, normal kiloda olan öğrencilerin %14,0'ünde fazla kilolu olanların %3,8'inde yeme bozukluğu olabileceği belirtilmiştir (66). Bizim araştırmamızda ise öğrencilerin %3,3'ü BKİ olarak zayıf grubunda olup aynı zamanda yeme bozukluğuna yakalanma olasılığı yüksek risk grubundadır. BKİ olarak normal grupta yer almasına rağmen %12,5'lik bir kısım öğrenci yeme bozukluğuna yakalanma olasılığı yüksek risk grubunda bulunmaktadır. BKİ olarak şişmam grupta olup yeme bozukluğuna yakalanma olasılığı yüksek grupta olan ise %12,2'lik bir kesim mevcuttur. Ayrıca yeme bozukluğuna yakalanma olasılığı düşük risk grubunda olmasına rağmen BKİ açısından zayıf grubunda yer alan %19,5 oranında öğrenci de saptanmıştır. Çalışmamızda öğrencilerin Yeme tutum bozukluğuna yakalanma risk grupları ile Beden Kütle İndeksleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Yeme tutum testine göre risk grubundaki kişilerde anoreksiya nervoza eğilimi yüksek olacağı için anoreksiya nervoza eğilimlerinin de yüksek olması düşünülebilir. Anoreksiya nervoza hastalığı olan kişiler tükettikleri besinler hakkında kısıtlayıcı ve seçici davranmayı daha sağlıklı bir davranış olarak düşünürler. Ortoreksiya nervozanın teşhis edilebilmesi hastalık durumuna göre farklılık gösterebilir. Yürütülen iki ayrı araştırmanın sonucu olarak yeme tutum testi ve ortoreksiya nervoza test skoru açısından negatif kolerasyon bulunduğu iddia edilmiştir (67,63). Gezer ve Kabaran yaptıkları bu araştırmalarda, ortoreksiya nervoza riski düştükçe yeme davranış bozukluğu riskinin yükselmesini, araştırmaya seçilen kişilerin beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinden oluşmasından, yeme bozuklukları hakkında daha bilinçli ve duyarlı

olabileceklerinden ileri geldiğini bildirmişlerdir (63). Çeşitli çalışmalardaki çelişkili bulgular örneklem grubunun farklılıklarından ve yöntemsel farklılıklardan kaynaklanabilir. Bizim çalışmamızda ortorektik eğilim gösterenlerin %28,5'inin yeme bozukluklarına yakalanma olasılığı da yüksek risk grubunda bulunmuştur. Ortorektik eğilim göstermediği halde yemek bozukluklarına yakalanma olasılığı yüksek risk grubunda olan %10'luk bir kesim de saptanmıştır. Ortorektik eğilim gösterme ile yeme tutum bozukluğuna yakalanma risk grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 18.).

Ortoreksiya nervoza eğilimi yüksek olan kişilerin beslenme şekillerinde daha seçici ve özenli bir tutum sergilediklerinden daha düşük kilolara sahip oldukları düşünülebilir. Bizim çalışmamızda öğrencilerin %3,3'ü hem zayıf olup hem ortorektik eğilim göstermekte, %4,5'u normal kilo aralığında olduğu halde ortorektik eğilim göstermekte, %3'ü ise kilolu grubunda olmasına rağmen ortorektik eğilim göstermektedir (Tablo 16.). Aynı şekilde mevcut ağırlıklarına göre BKİ değerlerinin de normal olması beklenirken, ortorektik eğilimin BKİ değerlerine göre farklılık göstermediği bulunmuştur, araştırmamıza katılan 175 öğrenciden 7sinde ortoreksiya eğilimi gözlemlenirken bu 7 öğrencinin minimum BKİ'si 16,9 kg/m², maksimum BKİ'si 29,4 kg/m² olarak hesaplanmıştır. Ortorektik eğilim göstermeyen 168 öğrencinin ise minimum BKİ'si 15,9 kg/m², maksimum BKİ'si 29,4 16,9 kg/m² olarak hesaplanmıştır (Tablo 17.). Vücut ağırlığı yükseldikçe diyet uygulama eğiliminin artması, sık sık diyet uygular hale gelmesi hatta normal vücut ağırlığına sahip olduğu zamanda bile bu ağırlığı ve iyi hali sürdürebilmek için sağlıklı beslenmenin saplatı haline getirilmesi kişilerin ortoreksiya nervozaya karşı eğilim göstermelerine neden olduğu düşünülebilir. Yapılan benzer araştırmalarda kişileri beden kütle indeksi ve ortoreksiya nervoza eğilimi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (4,68,69). Fakat kayıtlarda farklı sonuçlar da bulunmaktadır. Bağcı, Çamur ve Güler'in yürüttükleri araştırmalarda, kişilerin beden kütle indeksi azaldıkça ortoreksiya nervoza eğilimlerinin de anlamlı biçimde azaldığı bulunmuştur (26). Diğer bir yapılan araştırmada ise beden kütle indeksi ve ortoreksiya nervoza eğilimi arasında negatif korelasyon olduğu farklı bir deyişle beden kütle indeksi yükseldikçe, ortoreksiya nervoza eğiliminin de yükseldiği bulunmuştur (70). Bu nedenlerle yüksek vücut ağırlığına sahip veya obez kişilerin zayıflama amacı ile sağlıklı besin tüketimlerini arttırmaları ve diyet uygulamaya başlamaları, ortoreksiya nervozaya karşı eğilimlerinin oluşmasına neden olabileceği iddia edilmiştir (71).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmada elde edilen bulgulara dayalı olarak ulaşılan sonuçlara ve bu sonuçlara dayalı olarak sunulan önerilere yer verilmektedir.

Araştırma Özel İhlas Karma Lisesi'nde öğrenim gören kız öğrenciler üzerinde yürülmüş, Ortoreksiya Nervosa prevalansını bulmayı hedefleyen kesitsel bir çalışmadır.

- Araştırmaya katılan öğrencilerin ağırlık ortalaması $60,0 \pm 3,6$ olmasına karşılık OİA ise $53,6 \pm 7,0$ bulunmuştur.

- Öğrencilerin BKİ değerleri ile olmak istedikleri kilo arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

- Çalışmaya katılan öğrencilerin sadece %18,9'u kilolu olmasına karşın diyet uygulama oranı toplamda %31 civarı olup hiçbiri de hastalık tedavisi amaçlı olmadığı bulunmuştur. Diyet programı uygulayanların %5,7'si form korumak için, %25,7'si ise zayıflamak için yaptıklarını söylemiştir.

- Araştırmaya katılan öğrencilerden diyet programı uygulayanların %70,9'u uyguladıkları diyetleri doktorlarından aldıklarını belirtmiştir. Öğrencilerin %10,9'u arkadaş çevresinden, %3,6'sı akrabalarından, %5'i ise medyadan edindiği diyetleri uygularken sadece %5,4'ü gibi az bir grup diyetisyen eşliğinde diyet yapmaktadır.

- Öğrencilerin beden kitle indeksleri ile zayıflama diyeti uygulamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p > 0,05$).

- Araştırmaya katılan öğrencilerin %33,7'si beslenme ile ilgili hiçbir kaynaktan etkilendiğini belirtirken, %35,4'ü televizyondan, %20,6'sı ise internetten etkilendiğini belirtmiştir.

- Araştırmaya katılan öğrenciler ürün satın alırken en çok %28 oranı ile son kullanma tarihine, ikinci olarak %10,3 oranı ile firma ismine dikkat ettiklerini belirtirken, %8'lik kısım ise etiket değerlendirmede belirtmiştir.

- Çalışmada değerlendirilen öğrencilerin duygu durumları ile beslenme durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

- Araştırmaya katılan öğrencilerde %36,5 ile psikiyatrik muayene ile Obsesif Kompulsif Bozukluk saptanma oranı düşük, %40,5 ile orta, %23 ile ise yüksek bulunmuştur.

- Anket sonuçlarına göre öğrenciler yeme bozukluklarına yakalanma olasılığında %64,5 ile düşük risk grubunda, %24,5 ile orta risk grubunda ve %11 ile yüksek risk grubunda bulunmuştur.

- Çalışmanın sonucunda öğrencilerin %96'sında Ortorektik eğilim gözlemlenmez iken %4'ünde Ortoreksiya saptanmıştır.

- Araştırmaya katılan öğrencilerin %3,3'ü hem zayıf olup hem ortorektik eğilim göstermekte, %4,5'u normal kilo aralığında olduğu halde ortorektik eğilim göstermekte, %3'ü ise kilolu grubunda olmasına rağmen ortorektik eğilim göstermektedir.

- Ortorektik eğilim gösteren ve göstermeyen öğrenciler arasında BKİ bakımından anlamlı bir fark yoktur ($p > 0,05$).

- Araştırmaya katılan öğrencilerde ortorektik eğilim gösterenlerin %28,5'inin yeme bozukluklarına yakalanma olasılığı da yüksek risk grubunda bulunmuştur.

- Ortorektik eğilim gösterme ile yeme tutum bozukluğuna yakalanma risk grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

- Çalışmada değerlendirilen öğrencilerin %3,3'ü BKİ olarak zayıf grubunda olup aynı zamanda yeme bozukluğuna yakalanma olasılığı yüksek risk grubundadır.

- BKİ olarak normal grupta yer almasına rağmen %12,5'lik bir kısım öğrenci yeme bozukluğuna yakalanma olasılığı yüksek risk grubunda bulunmaktadır.

- BKİ olarak şişmam grupta olup yeme bozukluğuna yakalanma olasılığı yüksek grupta olan ise %12,2'lik bir kesim mevcuttur.

- Ayrıca yeme bozukluğuna yakalanma olasılığı düşük risk grubunda olmasına rağmen BKİ açısından zayıf grubunda yer alan %19,5 oranında öğrenci de saptanmıştır.

- Öğrencilerin Yeme tutum bozukluğuna yakalanma risk grupları ile Beden Kütle İndeksleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Ortoreksiya nervoza yeme bozukluğu olan kişilerin sayısının gün geçtikçe arttığı ve bozukluğun önümüzdeki 10 yıl içinde hızlı bir artış göstereceği beklenmektedir. Bunun önüne geçmek ortoreksiya nervosayı bir halk sağlığı sorunu olarak görmek ve gerekli tedbirleri almakla mümkün görünmektedir. 'Sağlıklı beslenme' amacıyla başlasa da, insanın bireysel ve sosyal yaşantısını sınırlandırıp, ruh ve beden sağlığını tehdit ederek bireyleri ölüme kadar götürebilecek sonuçları düşünüldüğünde, ortoreksiyanın ciddiye alınması gereken bir durum olduğu söylenebilir.

Bugüne dek yapılan çalışmalar henüz yeterli olmamakla birlikte bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar ışığında toplumun daha geniş kesimini kapsayan taramaların yapılması gerekli görülmektedir. Ayrıca ortorektik eğilimin toplumun kültürüyle, bireyin sosyal yaşantısıyla yakından ilgili oluşu da geçerli tanı kriterlerini oluşturulabilmesi için daha fazla araştırma yapılmasını gerekli kılmaktadır. Benzer iki Akdeniz ülkesi olan İtalya ve Türkiye’de dahi çalışmaların sonuçlarının farklılık göstermesi de bunu destekler niteliktedir. ON, gelecekte diğer yeme bozukluklarından ayrı bir tanı kategorisi oluşturabileceği gibi AN veya BN altında da değerlendirilebilir. AN’ın beslenmenin niceliğiyle, ON’ın ise niteliğiyle ilgili olduğu göz önünde bulundurulursa ortoreksiyanın sağlıklı beslenme sınırları içerisinde kabul edilip bir bozukluk olarak düşünülmemesi gibi diğer bir ihtimal daha ortaya çıkacaktır.

Doğru ve sağlıklı beslenme konusunda uzman kişilerce yayımlanan programlarla doğru bilgilendirmenin yapılması büyük önem taşımaktadır.

Medyada yer alan yiyecek reklamları ve beslenme ile ilgili programlarda sağlıklı beslenme konusunun doğru ve yansız bir şekilde yapılması sağlanarak, medyaya önem veren özellikle genç yetişkinlik döneminde bulunan bireylerin bu konuda daha bilinçli davranmaları konusunda yol gösterici olunabilir. Ayrıca bozukukla ilgili tedavi planlamasının yapılmasına önem verilmeli ve bu tedavi planı içinde beslenme uzmanlarının yer alması sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA

1. Arlı M, Kınacı B, Özgen L, Ergenlerin Yeme Tutum ve Davranışları. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2012:1(45):229-247.
2. Hocaoğlu Ç, Toker DE, Yeme Bozuklukları ve Aile Yapısı: Bir Gözden Geçirme. Düşünen Adam, 2009:22(1-4):36-42.
3. American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Erişim: [<http://www.worldcat.org/title/diagnostic-and-statistical-manual-of-mental-disorders-DSM-V-TR/oclc/43483668/viewport>]. Erişim Tarihi: [20/03/2015].
4. Arusoğlu G, Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya) Belirtilerinin İncelenmesi, Orto-15 Ölçeğinin Uyarlanması. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006 (Danışman: Prof. Dr. Gülden Pekcan).
5. Mathieu J, What is Orthorexia? Journal of American Dietetic Association 2005.
6. Bonaechea BB, Rial BR, Sanchez GF, Zamora MLC, Orthorexia Nervosa. A New Eating Behavior Disorder? Actas Esp Psiquiatr, 2005:33(1): 666- 668.
7. Kratina K, Orthorexia Nervosa. National Eating Disorders Association 2006.
8. Bozan N, Hollanda Yeme Davranışı (DEBQ) Anketinin Türk Üniversite Öğrencilerinde Geçerlilik ve Güvenirliliğinin Sınanması, Yüksek Lisans Tezi 2009, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
9. Arlı M, Kınacı B, Özgen L, Ergenlerin Yeme Tutum ve Davranışları. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2012:1(45):229-247.
10. National Eating Disorders Association. Get The Facts On Eating Disorders. Erişim:[<http://www.nationaleatingdisorders.org/get-facts-eating-disorders>]. Erişim Tarihi:[10/04/2015].
11. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi, Ankara, 2004.
12. Aldana SG, Greenlaw RL, Diehl HA, Salberg A, Merrill RM, Ohmine S, Thomas C, Effects of an Intensive Diet and Physical Activity Modification Program on the Health Risks of Adults. J Am Diet Assoc, 2005:105(3): 371-381.

13. Aikman SN, Crites SL, Impact of Nutrition Knowledge on Food Evaluations. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2005;59(1)1191–1200.
14. Karagöz, İ, Beslenmenin “Orto” Yolu. *Hayat Sağlık Dergisi*, 2013:34-37.
15. Academy of Nutrition and Dietetics. Orthorexia: An Obsession with Eating "Pure", Erişim: [<http://www.eatright.org/Public/content.aspx?id=6442471029&terms=eating%20disorders>]. Erişim Tarihi:[15/02/2015].
16. Türk Psikiyatri Derneği, Yeme Bozuklukları, Erişim: [<http://www.psikiyatri.org.tr/pagepublic.aspx?menu=21>], Erişim Tarihi: [10/11/2015].
17. Ateşçi F, Oğuzhanoğlu NK, Özdel O, Bir Anoreksiya Nervosa Olgusu ve Bu Olguya Farmakoterapi ile Birlikte Psikodrama Teknikleri ile Yaklaşım. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003;14(2):153-159.
18. DSM-V Diagnostic Criteria for Eating Disorders, American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, United States of America: American Psychiatric Association, 2013.
19. Aydın A, Maner F, Bulimiya Nervozada Psikososyokültürel Etmenler. *Düşünen Adam*; 2007;20(1):25-37.
20. Yücel B, Estetik Bir Kaygıdan Hastalığa Uzanan Yol: Beslenme Bozuklukları. *Klinik Gelişim*, 2009;4(22):39-44.
21. Robinson A, Integrative Response Therapy for Binge Eating Disorder. *Cogn Behav Pract*. 2013;20(1):93-105.
22. Semiz M, Kavakcı Ö, Kugu N, Yağız A, Yontar G, Sivas İl Merkezinde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2013;24(3):149-57.
23. Kazkondur İ, Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoz (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) Belirtilerinin İncelenmesi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Leyla Özgen) 2010.

24. Bratman S, What is Orthorexia?. Erişim:[<http://www.orthorexia.com/>]. Erişim Tarihi: [08/10/2015].
25. Canella C, Donini M, Graziani MP, Imbriale M, Marsili D, Orthorexia Nervosa: A Preliminary Study With a Proposal for Diagnosis and an Attempt to Measure the Dimension of the Phenomenon. *Eating and Weight Disorders*, 2004;9:151-157.
26. Ambwani S, Gleaves DH, Graham EC, Measuring “Orthorexia”: Development of the Eating Habits Questionnaire. *The International Journal of Educational and Psychological Assessment*, 2013;12(2).
27. Bağcı Bosi AT, ağatay G, amur D, Prevalence of Orthorexia Nervosa in Resident Medical Doctors in the Faculty of Medicine, Ankara, 2007;49:661-666.
28. Canella C, Donini M, Graziani MP, Imbriale M, Marsili D, Orthorexia Nervosa: Validation of a Diagnosis Questionnaire. *Eating and Weight Disorders*, 2005;10:28-32.
29. Furth EF, Varga M, Szabo SD, Thege BK, Tury F, (2014) When Eating Healthy is not Healthy: Orthorexia Nervosa and Its Measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC Psychiatry* 2014;14-59.
30. Merdol TK, Arusoğlu G, Kabakı E, Kksal G, Ortoreksiya Nervoza ve Orto-11’in Trkeye Uyarlama alışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2008;19(3):283-291.
31. Bratman S, Original Orthorexia Essay, The Health Food Eating Disorder. Erişim: [<http://www.orthorexia.com/original-orthorexia-essay/>], ErişimTarihi:[05/11/2015].
32. Michelle-ernst EM, Orthorexia Nervosa: Real Construct or Newest Social Trend? (Doctoral dissertation, University of Missouri-Kansas City, Faculty of the Department of Psychology). Missouri, 2011.
33. Shah SM, Orthorexia Nervosa: Healthy Eating or Eating Disorder? (Masters Theses, University of Eastern Illinois, Department of Psychology). Charleston, Illinois, 2012.
34. WHO, Obesity and Overweight, Erişim: [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>]. Erişim Tarihi: [11/01/2015].

35. WHO, Mean Body Mass Index (BMI), Erişim: [http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/bmi_text/en/], ErişimTarihi: [11/01/2015].
36. Talwar P, Factorial Analysis of The Eating Attitude Test (EAT-40) among a group of Malaysian University Students.The Malaysian Journal of Psychiatry, 2011:20(2).
37. Kulaksızoğlu A, Ergenlik Psikolojisi, Remzi Kitabevi. İstanbul 2002:(4).
38. Oktan V, şahin M, Kız Ergenlerde Beden İmajı İle Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 2010:7(2):543-556.
39. Haran S, Ergenlerde Gelişimsel Kriz Üzerine Bir Klinik Örneğ, Kriz Dergisi 2003:12(1):47-53.
40. Yörükoğlu A, Gençlik Çağı, Özgür Yayınları, İstanbul, 2000:(11)
41. Filiz Z. Üniversite öğrencilerinin anne-baba tutumunun diskriminant analizi ile belirlenmesi ve benlik saygısı ile olan ilişkinin değerlendirilmesi. (Determining the parenting styles of university students through discriminant analysis and evaluting its relationship with self esteem). Eğitimde Kuram ve Uygulama (Journal of Theory and Practice in Education), 2011:7(1):124-141.
42. Hamarta E, Arslan C, Saygın Y ve Özyeşil Z. Benlik Saygısı ve Akılcı Olmayan İnançlar Bakımından Üniversite Öğrencilerinin Stresle Başa Çıkma Yaklaşımlarının Analizi. Değerler Eğitimi Dergisi, 2009:7(18):25-42.
43. Whelan A, Haywood P ve Galloway S. Low self-esteem: group cognitive behaviour therapy. British Journal of Learning Disabilities, 2007:35(2):125–130.
44. Çelen N, Ergenlik ve Genç Yetişkinlik, Papatya Yayıncılık, İstanbul, 2007.
45. Gonçalves JA, Moreira EAM, Trindade EB, Fiates GM. Eating disorders in childhood and adolescence. Rev Paul Pediatr, 2013:31(1):96-103.
46. Köster EP. Diversity in the determinants of food choice: A psychological perspective. Food Quality and Preference. 2009:20 (2):70-82.

47. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders, *Curr Opin Psychiatry*. 2006;19(4):389-94.
48. Özgen L, Kınacı B, Arlı M. Ergenlerin Yeme Tutum ve Davranışları. (Eating attitudes and behaviors of adolescents). *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi (Ankara University, Journal of Faculty of Educational Sciences)*, 2012; 45(1):229-247.
49. Bellodi L, Cavallini MC, Bertelli S, Chiapparino D, Riboldi C, Smeraldi E. Morbidity risk for obsessive-compulsive spectrum disorders in first-degree relatives of patients with eating disorders, *Am J Psychiatry*, 2001;58:563-569.
50. Bratman S, "Obsession with dietary perfection can sometimes do more harm than good, says one who has been there", *Yoga Journal* 1997;136:42-46.
51. Mathieu J, What Is Orthorexia? *Journal of the American Dietetic Association*, 2005;105(10):1510–1512.
52. 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.
53. Brytek-Matera A. Orthorexia Nervosa- an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2012;1:55-60.
54. Baş M, Aşçı FH, Karabudak E, Kızıltan G, Eating attitudes among Turkish Adolescents, 2004;39(155):593-99.
55. Özenoğlu A, Kumcağız H, Tokay A, Alakuş K, Can G, İnce G ve ark. Relationships of eating attitudes with sociodemographic, psychologic and nutritional factors in university students attending first classes, *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 2013;33(4):972-80.
56. Tanrıverdi D, Savaş E, Gönüllüoğlu N, Kurdal E, Balık G. Lise Öğrencilerinin Yeme Tutumları, Yeme Davranışları ve Benlik Saygılarının İncelenmesi (Determination

of High School Students' Eating Attitudes, Eating Behavior and Self-Esteem). Gaziantep Tıp Derg (Gaziantep Med J), 2011:17(1):33-39.

57. Kuğu N, Akyüz G, Doğan. Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve yeme bozukluğu olanlarda benlik saygısı, aile işlevleri, çocukluk çağı istismarı ve ihmalinin araştırılması. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi, 2002:10(3):255-66.

58. Çelikel FC, Cumurcu BE, Koç M, Etikan İ, Yücel B, Psychologic correlates of eating attitudes in Turkish female college students, Comprehensive Psychiatry, 2008:49(2):188-194.

59. Kılınç FN, Çağdaş D, Sağlık meslek lisesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının, beslenme bilgi düzeylerinin ve vücut bileşimlerinin değerlendirilmesi, Türk Ped Arş, 2012:47(3):181-188.

60. Vançelik S, Önal SG, Güraksın A, Beyhun E. Related Factors with Nutritional Habits and Nutrition Knowledge of University Students. TAF Prev Med Bull, 2007:6(4):242-248.

61. Çetin H ve Çavuşoğlu H. Yetiştirme Yurdunda ve Aileleri ile Yaşayan Adölesanların Benlik Saygıları ve Psikolojik Belirtilerinin Karşılaştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi DEUHYO ED, 2009:2(4):137-144.

62. Kocabaşoğlu N, Yeme Bozuklukları, Yeni Sempoium, 2001:39(2):95-99.

63. Gezer C, Kabaran S, Beslenme Ve Diyetetik Bölümü Öğrencileri Arasında Görülen Ortoreksiya Nervosa Riski, SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013:1(4).

64. Tahiroğlu AY, Fırat S, Diler RS, Avcı A, Erkek Çocuklarda Yeme Bozuklukları: Bir Anoreksiya Nervosa Vakası, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2005:48:151-157.

65. Taylor CB, Sharpe T, Shisslak C, Bryson S, Estes LS, Gray N, Mcknight KM, Crago M, Kraemer HC, Killen JD, Factors Associated With Weight Concerns In Adolescent Girls, International Journal of Eating Disorders, 1998:24:31-42.

66. İlhan M, Özkan S, Aksakal F, Aslan S, Durukan E, Maral I, Bir Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Olası Yeme Bozukluğu Sıklığı, Türkiye`de Psikiyatri Dergisi, 2005:8(3):152-155.
67. Ergin G, Sağlık Personeli Olan Ve Olmayan Bireylerde Ortoreksiya Nervoza Sıklığı Araştırması, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme Ve Diyetetik Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014.
68. Werne J, Yeme Bozuklukları Terapisi, Prestij Yayınları, İstanbul, 2008.
69. Varga M, Dukay-Szabó S, Túry F, Furth Eric F, Evidence And Gaps In The Literature On Orthorexia Nervosa, Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 2013:18(2):103-111.
70. Fidan T, Ertekin V, Işıkay S, Kırpınar Ş, “Prevalence Of Orthorexia Among Medical Students In Erzurum”, Comprehensive Psychiatry, Turkey, 2010:51(1): 49-54.
71. 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.

EKLER

Ek 1. Okan Üniversitesi Beslenme Ve Diyetetik Yüksek Lisans Tez Anket Formu

Araştırma ile ilgili bilgilendirme tarafıma yapılmıştır, araştırmaya gönüllü olarak katılıyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayınlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

İSİM-SOYİSİM

İMZA

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1) Yaşınız(yıl):.....

2) Boyunuz: Kilonuz:..... Olmak İstedığınız Kilo:.....

3) Öğrenim gördüğünüz süre içerisinde ikamet ettiğiniz yer

1. Ailemle 2. Akrabalarımle 3. Arkadaşlarımla 4. Tek başıma evde
5. Yurttta

4) Anne-babanızın eğitim durumu
mesleği

5) Anne-babanızın

	<u>Anne</u>	<u>Baba</u>	-	<u>Anne</u>	<u>Baba</u>
1. Hiç okula gitmemiş	()	()		1. Ev kadını	() ()
2. İlkokul	()	()		2. Çalışmıyor	() ()
3. Ortaokul	()	()		3. İşçi	() ()
4. Lise	()	()		4. Memur	() ()
5. Yüksekokul	()	()		5. Serbest meslek	() ()

6.Lisans

() ()

6. Emekli

() ()

6) Ailenin gelir düzeyi ne kadardır?

1) 750-1.000 TL arası 2) 1.000-3.000 TL arası 3) 3.000-5.000 TL 4) 5.000 TL ve üzeri

9) Sürekli bir rahatsızlığınız var mı?

1.Hayır

2.Evet

ise

belirtiniz.....

10) Herhangi bir besine karşı alerjiniz var mı?

1.Hayır

2.Evet

ise

belirtiniz.....

11) Şu anda herhangi bir diyet programı uyguluyorsanız nedeni nedir?

1.Uygulamıyorum

2.Formumu korumak için

3.Zayıflamak için

4. Hastalığımın

tedavisinde

12) Uyguladığınız diyet programını kim önerdi?

1. Doktor

2. Diyetisyen

3.Arkadaşlarım

4.Yakınlarım

5. Medya

13) Beslenme dersi aldınız mı?

1.Hayır

2.Evet ise hangi dönemde

aldınız.....

14) Beslenme dersi “beslenme alışkanlıklarını” değiştirdi mi?

1. Evet 2.

Hayır

15) Basında çıkan beslenme ile ilgili haberlerden en çok nereden etkileniyorsunuz? (tek şık işaretleyiniz)

1. Etkilenmiyorum 2. TV 3. İnternet 4. Dergi 5. Gazete 6. Kitap

16) Basında çıkan besin reklamlarının beslenme düzeninize etkisi oluyor mu?

1. Hiç etkilenmem (satın almam) 3. Bazı ürünlerden etkilenir satın alırım
2. Etkilenirim ama satın almam 4. Etkilenirim, satın alırım 5. Diğer
(belirtiniz)

17) Satın aldığınız ambalajlı ürünlerin etiketlerinden hangi bilgileri değerlendirirsiniz?

1. Etiket değerlendirmem 2. Üretim tarihi 3. Son kullanma tarihi
4. Firma ismi 5. Katkı maddeleri 6. Besin değeri 7. Hepsine

18. Aşağıdaki durumlarda beslenme davranışlarınız nasıl etkilenir?

Yeme Durumu	Üzüntülü	Sıkıntılı	Sevinçli	Heyecanlı	Yorgun
Hiç yemek yemem					
Daha az yerim					
Daha Çok Yerim					
Değişiklik olmaz					

Ek 2. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi

Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Size uygunsa “DOĞRU”yu (D) değilse “YANLIŞ”ı (Y) işaretleyiniz.

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

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

Ek 3. Yeme Tutum Testi

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen parantezin içine **X** işareti koyunuz.

YEME TUTUM TESTİ	Daima	Çok Sık	Sık Sık	Bazen	Nadir Olarak	Hiçbir Zaman
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.						
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4. Şişmanlamaktan ödüm kopar.						
5. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.						
6. Aklım fikrim yemektedir.						
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar oldu.						
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.						
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.						
12. Ailem fazla yememi bekler.						
13. Yemek yedikten sonra kusarım.						

14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz yaparım.						
17. Günde birkaç kere tartılırım.						
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.						
19. Et yemekten hoşlanırım.						
20. Sabahları erken uyanırım.						
21. Günlerce aynı yemeği yerim.						
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						
23. Adetlerim düzenlidir.						
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.						
25.Şişmanlayacağım (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
26. Yemeklerimi yemek, başkalarınınkinden daha uzun sürer.						
27. Lokantada yemek yemeyi severim.						
28. Müshil kullanırım						
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.						

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

Ek 4. ORTO-15 Testi

Bu anket sizin yeme davranışlarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen parantezin içine (x) işareti koyunuz.

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

Ek 5. Etik Kurul Kararı

Toplantı Sayısı:73

Okan Üniversitesi

Etik Kurulu

"Kurul Kararları"

Toplantı Tarihi: 25.12.2015

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Alınur Büyükaksoy	(Başkan)
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Gülliz Muğan	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nevin Karaaslan Balıkcı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nurdan Okur	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 25.12.2015 tarihinde Prof. Dr. Alınur Büyükaksoy'un Başkanlığında toplandı ve çoğunluk mevcut olduğundan gündeme geçildi.

- 1- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü - Hemşirelik Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden **Ayşe AKYILDIZ'IN "Gebelerin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum ve Uygulamaları"** başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi.
- 2- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü — Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden **Ayşe Merve SARI'NIN "Adölesan Dönemdeki Kızlarda Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya) Belirtilerinin İncelenmesi ve Görülme Sıklığının Belirlenmesi"** başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi.
- 3- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü - Sağlık Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans öğrencilerinden **Başak NERGİZ'İN "Solunum Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin İş Analizi"** başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi.
- 4- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü — Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden **Ceyda KAYGUSUZ'UN "Geleneksel Antep Muffağundan Seçilen Yemeklerin Kalori ve Besin Değerlerinin Hesaplanması ve Düşük Kalorili Yeni Tariflerin Geliştirilmesi"** başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi.
- 5- Üniversitemiz Eğitim Fakültesi — Eğitim Bilimleri Bölümünden **Yrd. Doç. Dr. Elif BENGÜ, Yrd. Doç. Dr. Miyoung NAM ve Yrd. Doç. Dr. Sue WANG'İN "Intercultural Communication in the L2 Context"** başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi.
- 6- Üniversitemiz Eğitim Fakültesi — Eğitim Bilimleri Bölümünden **Öğr. Gör. Engin BÜYÜKÖKSÜZ'ÜN "Üniversite Öğrencilerinde Kişilik: Kişilik Envanteri Üzerine Boylamsal Bir Çalışma"** başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi.
- 7- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü - Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Bölümü öğrencilerinden **Fatma ÇETİNDAG'İN "Özel Bir Hastanenin Diyet Polikliniğine Başvuran BKİ> 25 kg/m2 Üzerinde Olan Hastalarda İnsülin Direncini Etkileyen Faktörlerin Araştırılması"** başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi.



Ek 6. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı	Ayşe Merve	Soyadı	Sarı Altıntop
Doğum Yeri	Seyhan	Doğum Tarihi	11.10.1990
Uyruğu	TC	Telefon	05437380732
Email	aysemervesari@gmail.com		

EĞİTİM DÜZEYİ

	Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet Yılı
Lisans	Haliç Üniversitesi	2012
Lise	Özel İhlas Karma Lisesi	2008
Orta Öğretim	İhlas İlköğretim Okulu	2004

İŞ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Beslenme ve Diyet Uzmanı	Özel Aksa Cerrahi Tıp Merkezi	2013- Halen
Beslenme ve Diyet Uzmanı	Özel Medihaus Cerrahi Tıp Merkezi	2013- Halen

YABANCI DİL BİLGİSİ

Diller	Anlama	Yazma	Konuşma	KPDS/ÜDS YDS Puanı	Diğer Puanı
İngilizce	Çok iyi	Çok iyi	İyi	58,5	-
Almanca	Orta	Orta	Orta	-	-