

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

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

**ONLİNE DİYET ALAN YETİŞKİN BİREYLERDE  
ORTOREKSİYA NERVOZA VE İLİŞKİLİ  
PARAMETRELERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Kamuran Diğdem ÖZKAHYA**

**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Emel TÜFEKÇİ ALPHAN**

**İSTANBUL, 2015**

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

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

**ONLİNE DİYET ALAN YETİŞKİN BİREYLERDE  
ORTOREKSİYA NERVOZA VE İLİŞKİLİ  
PARAMETRELERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Kamuran Diğdem ÖZKAHYA  
122039013**

**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Emel TÜFEKÇİ ALPHAN**

**İSTANBUL, 2015**

T.C.  
OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

**YÜKSEK LİSANS  
TEZ ONAYI**

**ÖĞRENCİNİN**

Adı ve Soyadı : Kamuran Dığdem Özkahya Öğrenci No : 122039013  
Anabilim/Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi Tez Savunma Tarihi : 06.10.2015  
Danışman : Prof. Dr. M. Emel Tüfekçi Alphan Tez Savunma Saati : 17.00

**Tez Konusu** : Online Diyet Alınan Yetişkin Bireylerde Oritareksiya Nervosa Ve İlişkili Parametrelerin  
**Değerlendirilmesi**

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

JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)
Yrd. Doç. Dr. Funda Şensoy		KABUL
Prof. Dr. M. Emel TÜFEKÇİ ALPHAN		KABUL
Prof. Dr. Murat BAŞ		KABUL

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)
Prof. Dr. Mithat KIYAK		

## ÖZET

Ortoreksiya nervoza'nın (sağlıklı beslenme takıntısı) henüz Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda bir tanı kriteri olmasa da gelişen ve değişen teknoloji ile birlikte daha da yaygınlık göstermeye başladığı söylenebilir. Bireyler normal ağırlıklarında olsun olmasın sağlıklı beslenme takıntısı eğiliminde olabilmektedir.

Bu araştırmanın amacı; bireylerin sağlıklı beslenme takıntısı durumlarının ağırlıkları ve yeme tutumları ile arasındaki ilişkinin saptanmasıdır. Araştırmaya 1972 kişi alınmıştır. Katılımcıların 1637'si kadın 335'i erkektir. Araştırmaya katılanlara anket, online gönderilerek doldurmaları istenmiştir. Anket 3 kısımdan oluşmaktadır. Genel bilgiler, Yeme Tutumu Testi (YTT) ve ORTO-15 testi.

Araştırmada Yeme tutumu testi sonucuna göre yüksek risk grubunda bulunan bireylerin %44,1'i (n=144) Ortoreksiya tanısı da almıştır. Yeme tutumu ve Ortoreksiya arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Araştırmaya katılanların Ortoreksiya olup olmama durumuna göre ağırlık ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>001$ ).

**Anahtar Kelimeler:** ORTO-15 testi, Ortoreksiya nervoza, Yeme bozuklukları, Sağlıklı beslenme takıntısı.

## **ABSTRACT**

### **IDENTIFICATION OF ORTHOREXIA NERVOSA IN ADULTS APPLYING FOR ONLINE DIET AND DETERMINATION OF THE CORRELATION WITH OTHER PARAMETERS**

Orthorexia nervosa is not indicated in The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). But it is more frequent between people who are affected by technology. People who are at normal weight or not, show symptoms of orthorexia nervosa.

This study aims that find the relationship between orthorexia nervosa, eating habits and body weight. This study was conducted on 1972 randomly selected people were contain 1637 female and 335 male. 3-part online questionnaire was sent these people via online. These parts were; general information, eating attitude test and ORTO-15 test.

Statistical analyses revealed that people who are in high risk group, was made orthorexia diagnosis (n=144). When all the findings were evaluated it was concluded that there are no meaningful differences between body wight and orthorexia nervosa.

**Keywords:** ORTO-15 test, Orthorexia nervosa, Eating disorders, Healthy eating obsession

## ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca ilminden faydalandığım, insani ve ahlaki değerleri ile de örnek edindiğim, tecrübelerinden yararlanırken göstermiş olduğu hoşgörü ve sabırdan dolayı değerli hocam Sayın Prof. Dr. M. Emel TÜFEKÇİ ALPHAN'a teşekkür ederim.

Tezimin hazırlık döneminde sağladıkları destek ve imkanlar için başta diyetkolik.com ailesine ve yazılım ekibine. Desteklerinden ötürü Özgür YORBİK, Emre AKÇA ve Sena TUVANÇ'a içtenlikle teşekkürlerimi sunarım.

**Kamuran Diğdem ÖZKAHYA**

**İSTANBUL, 2015**

## BEYAN

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı hiçbir davranışımın olmadığını, tezimdeki 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 haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

14.09.2015

**Kamuran Diğdem ÖZKAHYA**



# İÇİNDEKİLER

## SAYFA NO

ÖZET .....	ii
ABSTRACT.....	iii
ÖNSÖZ .....	iv
BEYAN .....	v
İÇİNDEKİLER .....	vi
TABLolar LİSTESİ .....	ixx
SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ .....	x
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Beslenme .....	2
2.1.1. Tanım .....	2
2.1.2. Besin ve Besin Grupları.....	2
2.1.3. Yeterli ve Dengeli Beslenme.....	3
2.2. Obezite .....	4
2.2.1. Tanım .....	4
2.2.2. Obezitenin Nedenleri .....	5
2.2.2.1. Beslenme Alışkanlıkları.....	5
2.2.2.2. Fiziksel Aktivite.....	6
2.2.2.3. Çevresel Etmenler .....	7
2.2.2.4. Sosyoekonomik-Kültürel Etmenler .....	8
2.2.2.5. Genetik Nedenler .....	8
2.2.2.6. İlaçlar ve Sigara .....	9
2.2.2.7. Psikolojik Etmenler .....	10



2.2.3. Obezite Prevelansı.....	10
2.2.4. Obezitenin Neden Olduğu Sağlık Sorunları.....	12
2.2.5. Obezitenin Tedavisi .....	12
2.3. Yeme Bozuklukları .....	14
2.3.1. Yeme Bozukluklarının Tanımlanması ve Sınıflandırılması.....	14
2.3.1.1. Anoreksiya Nervoz.....	16
2.3.1.1.1. Anoreksiya Nervoz Tanımı .....	16
2.3.1.1.2. Anoreksiya Nervoz Tanısı .....	16
2.3.1.1.3. Anoreksiya Nervoz Türleri .....	17
2.3.1.2. Bulimia Nervoz.....	17
2.3.1.2.1. Bulimia Nervoz Tanımı .....	17
2.3.1.2.2. Bulimia Nervoz Tanısı .....	18
2.3.1.2.3. Bulimia Nervoz Türleri .....	18
2.3.1.3. Ortoreksiya Nervoz (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) .....	19
2.3.1.3.1. Ortoreksiya Nervoz Tanısı.....	21
2.3.1.3.2. Ortoreksiya Nervozanın Oluşum Nedenleri.....	21
2.3.1.4. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB) .....	22
2.3.1.4.1. TYB Tanımı.....	22
2.3.1.4.2. TYB Tanısı.....	22
2.3.1.5. Diğer Yeme Bozuklukları.....	23
2.3.1.5.1. Pika.....	23
2.3.1.5.2. Gece Yeme Sendromu (GYS).....	23
2.3.1.5.3. Bigoreksiya .....	24
2.3.2. Yeme Bozukluklarının Oluşum Nedenleri .....	25
2.3.2.1. Cinsiyet Faktörü .....	25
2.3.2.2. Aile Faktörü.....	25
2.3.2.3. Genetik ve Biyolojik Faktörler .....	26

2.3.2.4. Sosyokültürel Faktörler .....	27
2.3.2.5. Kişilik ve Psikolojik Faktörler .....	27
2.3.3. Yeme Bozukluklarının Sonuçları .....	28
2.3.4. Yeme Bozukluklarının Tedavisi .....	28
2.3.5. Ortoreksiya Nervozanın Tedavisi.....	30
2.4. Online Diyet ve Danışmanlık .....	31
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>33</b>
3.1. Araştırma Modeli.....	33
3.2. Evren ve Örneklem .....	33
3.3. Veri Toplama Tekniği .....	33
3.4. Veri Toplama Araçları .....	33
3.4.1. Genel Bilgiler .....	34
3.4.2. Yeme Tutumu Testi (The Eating Attitude Test-40/ EAT-40) .....	34
3.4.3. Sağlıklı Yeme Takıntısı Testi (Orto-15).....	34
3.4.4. Beden Kütle İndeksi (BKİ).....	35
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi .....	36
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>37</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>49</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>55</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>64</b>

## TABLolar LİSTESİ

### SAYFA NO

<b>Tablo 1. Ortoreksi Ortoreksiya Nervoza Testi Yanıt Puanlaması.....</b>	<b>35</b>
<b>Tablo 2. Araştırmaya Katılan Bireylerin Cinsiyet Ve Yaş Dağılımları.....</b>	<b>37</b>
<b>Tablo 3. Araştırmaya Katılan Bireylerin Eğitim Düzeylerinin Dağılımı .....</b>	<b>38</b>
<b>Tablo 4. Araştırmaya Katılan Bireylerin Mesleki Dağılımı .....</b>	<b>39</b>
<b>Tablo 5. Araştırmaya Katılanların Boy Ve Ağırlıkları .....</b>	<b>40</b>
<b>Tablo 6. Araştırmaya Katılanların Mevcut BKİ'lerin Gruplarına Göre Dağılımları</b>	<b>41</b>
<b>Tablo 7. Araştırmaya Katılanların Mevcut BKİ Gruplarına Göre Dağılımları.....</b>	<b>41</b>
<b>Tablo 8. Araştırmaya Katılanların Mevcut BKİ Değerlerinin Kendilerini Tanımladıkları Vücut Yapısına Göre Dağılımları.....</b>	<b>42</b>
<b>Tablo 9. Araştırmaya Katılanların Mevcut BKİ Değerlerinin Diyet Yapma Sıklıklarına Göre Dağılımları .....</b>	<b>43</b>
<b>Tablo 10. Araştırmaya Katılanların Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Dağılımı .....</b>	<b>44</b>
<b>Tablo 11. Araştırmaya Katılanların Mevcut BKİ Aralıklarının Fiziksel Aktivite Durumlarına Göre Dağılımı .....</b>	<b>45</b>
<b>Tablo 12. Cinsiyete Göre Yeme Tutumu Risk Dağılımı.....</b>	<b>45</b>
<b>Tablo 13. Ortorektik Eğilim Gösterenler Ve Göstermeyenlerin Cinsiyet Açısından Durumları.....</b>	<b>46</b>
<b>Tablo 14. Araştırmaya Katılanların Ortoreksiya Eğilimlerine Göre Ağırlıkları.....</b>	<b>46</b>
<b>Tablo 15. Ortorektik Eğilim Olan Ve Olmayanlarda YTT Riskinin Karşılaştırılması .....</b>	<b>47</b>
<b>Tablo 16. Ortorektik Eğilim Gösterenler Ve Göstermeyenlerin Fiziksel Aktivite Açısından Durumları.....</b>	<b>48</b>

## SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ

<b>DSÖ</b>	:Dünya Sağlık Örgütü
<b>BKİ</b>	:Beden Kütle İndeksi
<b>TSH</b>	:Tiroid Stimulan Hormon
<b>ABD</b>	:Amerika Birleşik Devletleri
<b>TURDEP</b>	:Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi
<b>CDC</b>	:Kronik Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi
<b>AN</b>	: Anoreksiya Nervoza
<b>BN</b>	:Bulimiya Nervoza
<b>BTA-YB</b>	:Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları
<b>ON</b>	: Ortoreksiya Nervoza
<b>TYB</b>	: Tıkınırcasına yeme bozukluğunun

## 1. GİRİŞ

Değişen ve gelişen teknoloji kültürel alışkanlıkların ve yaşam biçiminin de değişmesine neden olur. Alışkanlıklar ve kültürel yapıdaki bu değişiklikler yeme davranışı üzerinde de değişikliklere sebep olur. Değişen yeme davranışlarının patolojik sayıl sayılmayacağı bir takım tartışmalara neden olurken, yakın geçmişte daha uzun zamandan beri var olduğu bilinen Anoreksiya nervoza ve Bulimia nervoza Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'na alınırken aynı durum henüz daha yeni dikkatleri çeken Ortoreksiya nervoza için gerçekleştirilmemiştir.

Ortoreksiya nervoza ilk defa 1997 yılında Steven Bratman tarafından Anoreksiya nervoza'yı çeşitlendirmek için tanımlanmıştır. Ortoreksiya nervoza; besin seçimi ve tüketiminde çılgınlık düzeyinde zihinsel yönden takıntı ve uğraşmayı tanımlar.

Besin teknolojisinin gelişmesi ile birlikte besinlerin raf ömrünü uzatmak ve daha seri üretimini sağlamak için başvurulan taklit/tağşiş, koruyucu madde kullanımı gibi pek çok faktör besin alırken ve tüketirken bireylerin takıntı derecesinde besin içerik kontrolü yapmalarına neden olur. Bireylerin daha uzun ve sağlıklı yaşamak için zararlı besin tüketmek yerine "aç kalmayı yeğlemelerine" sebep olur.

Ortoreksiya nervozanın, sadece besin içeriğinin sağlıklı olması yönünde değil aynı zamanda besinlerin kalorilerinin de birey tarafından sağlık kriteri olarak görülmesine neden olabilir. Günümüzde bireylerin akıllı cihazlarından rahatlıkla pek çok diyet listesine ulaşabilmesi nedeniyle, diyeti sürekli takıntı haline getirmeleri mümkün olabilir. Pek çok bireyin yemek yemeden önce, akıllı cihazından yiyeceği yemek veya besinin önce ne kadar enerji içerdiğine ve karbonhidrat, protein ve yağ içeriği gibi besinsel değerlerine baktığı ve sonra tükettiği söylenebilir.

Ortoreksiya nervoza için Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda henüz bir tanı kriteri olmasa da ortoreksiya nervoza gibi yeme bozuklukları bireyin yeme davranışları ile beraber fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden de yapısını olumsuz yönde etkiler.

Bu çalışmanın amacı; internetten online diyet almak için başvuran bireylerdeki ortoreksiya nervoza belirtilerinin görülme durumlarını saptayarak yeme tutumları ve ağırlıkları ile ilişkilerinin değerlendirilmesidir.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Beslenme**

#### **2.1.1. Tanım**

Beslenme anne karnında başlar ve yaşam boyu devam eder. Yaşamın sonlanmasına kadar ki her süreçte vazgeçilmez bir ihtiyaçtır. Bireylerin yeterli, dengeli ve sağlıklı beslenmesi ve bu doğru beslenme düzenini alışkanlık haline getirmeleri, obezite, kalp-damar hastalıkları, diyabet, kanser gibi hastalıkların görülme riskinin azaltılmasında, protein enerji malnütrisyonun, vitamin-mineral yetersizliklerinin önlenmesi gibi beslenme eksikliğine bağlı sağlık sorunlarının en aza indirilmesinde rol oynayan koruyucu etmenlerden biridir (1).

Beslenme; yaşamsal fonksiyonlarımızı devam ettirebilmemiz, büyüme, gelişme, üreme ve fiziksel aktivitelerde bulunabilmemiz ve aynı zamanda da sağlığımızı koruyabilmemiz için kısaca yaşamımızı sürdürülebilmemiz için dışarıdan besinlerin alınıp tüketilmesidir (2).

#### **2.1.2. Besin ve Besin Grupları**

Besin; yenilebilen ve yenildiği zaman yaşam için gerekli besin öğelerini vücuda sağlayan bitki ve hayvan dokuları olarak tanımlanır. Besin ögesi ise; bu dokuların yani besinlerin içinde bulunan karbonhidrat, protein, yağ, vitamin ve minerallere denir (1).

İnsan, yavrusunun büyümesi ve gelişmesi, vücudun verimli çalışabilmesi, dış etkenlere ve hastalıklara karşı dirençli olabilmesi için bir takım besin öğelerine ihtiyaç duyar. İnsanın ihtiyacı olan besinlerin bileşiminde yer alan yaklaşık elli besin ögesi bulunur. Yaşamsal fonksiyonlarımızı sürdürebilmemiz için gerekli olan besin öğelerini altı grupta toplamak mümkündür (3). Bu besin öğeleri aşağıdaki gibi sınıflandırılır.

- Karbonhidrat
- Protein
- Yağ
- Vitamin
- Mineral
- Su

Her besin, içinde bulunan besin öğeleri açısından farklılık gösterir. Ancak bazı besinler, içerik açısından birbirine benzeyebilir ve birbiri yerine geçebilirler. Ülkemizin besin üretimi, kültürel yapısı ve beslenme durumunu dikkate alarak günlük alınması gereken temel besinlerin planlanmasında dört besin grubunun da kullanılmasına karar verilmiştir. Bu dört besin grubunun şekil ile ifadesinde ise dört yapraklı yonca kullanılmıştır (1). Bu dört besin grubu aşağıdaki gibi sınıflandırılır.

- 1.Grup: Süt ve süt ürünleri
- 2.Grup: Et, yumurta, kuru baklagiller
- 3.Grup: Sebze ve meyveler
- 4.Grup: Ekmek ve tahıllar

### **2.1.3. Yeterli ve Dengeli Beslenme**

Yeterli ve dengeli beslenme; sağlığın korunması, büyüme ve gelişmenin sürdürülebilmesi için gerekli olan enerji ile besin öğelerinin bireyin yaşına, cinsiyetine, fiziksel aktivite durumuna ve özel durumlarına göre ihtiyacı kadar almasıdır. Yeterli ve dengeli beslenmede bireyin yeterli ve dengeli beslenmeyi sürdürebilmesi için beslenmenin ekonomik, çeşitli, kaliteli ve sürekli olması gerekir. Her öğünde mutlaka dört besin grubundan besinlere yer verilmelidir (4).

Yetersiz beslenme; bireyin besin öğelerini, günlük ihtiyaç duyduğu düzeyde alamaması ile gelişir. Dengesiz beslenme ise; doğru olmayan besin tercihleri, besinleri alınması gereken miktarda alınmaması, her besin öğesinin alınmaması ya da doğru olmayan pişirme yöntemlerinin kullanılması sonucu ise gelişebilir (5).

Yetersiz ve dengesiz beslenme sonucunda aşırı kilo kaybı veya artışı, besin öğesi eksikliklerine bağlı metabolik hastalıklar ile beraber yaşam kalitesinin düşmesi kişilerde yeme bozukluklarının oluşmasına da neden olabilir.

Yeterli ve dengeli beslenmenin temel ilkeleri (4);

- Yeterli ve dengeli beslenmede bireyin yaşı, cinsiyeti, fiziksel aktivite durumu ile beraber varsa gebelik, emzicilik, hastalık gibi özel durumları dikkate alınmalı.
- Yeterli ve dengeli beslenmede bireyin tüketeceği besinler günlük alması gereken enerji ihtiyacına bağlı olarak öğünlere dengeli bir şekilde paylaştırılarak tüketilmesi sağlanmalı.
- Yeterli ve dengeli beslenmede tüketilecek besinler uygun pişirme teknikleri kullanılarak hazırlanmalı ve tüketilmeli.
- Yeterli ve dengeli beslenmede besinlerin taze, doğal ve ekonomik olmasına da dikkat edilmeli.

Yeterli miktarda doğru besin tercihleri ile dengeli bir beslenmeyi alışkanlık haline getirmek vücudumuzu pek çok hastalıktan koruyacak ve yaşam kalitemizi arttıracaktır. Yetersiz ve dengesiz beslenme ile oluşacak vitamin ve mineral kayıpları da vücudun işleyişini bozarak yeme bozukluklarına neden olabilir.

## **2.2. Obezite**

### **2.2.1. Tanım**

Obezite, Latince "obezus" şişman olarak kullanılan iyi beslenmiş kişi anlamına gelir. İngilizcede ise, "obesity, obese, overweight" şişman, çok şişman anlamlarında kullanılmakta. Obezite; bireyin günlük alması gereken enerjinin harcadığı enerjiden daha fazla olması halinde gelişen yağ dokunun artmasıyla karakterize bir hastalıktır (6).

Latince "obezus" sözcüğünden türetilmiş olan obezite sözcüğü; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından "Sağlığı bozacak ölçüde vücutta anormal veya aşırı yağ birikmesi" olarak tanımlanan multi-faktöriyel bir hastalıktır (7).

Obezite, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için de önemli bir sağlık sorunu olduğu kadar gelişmemiş ülkelerde de sorun olmaya başlamıştır. Obezite, vücuttaki yağ kütlesinin yağsız kütleye oranının aşırı artması sonucu oluşur. Bireylerin boylarına



oranla mevcut ağırlıkları hesaplandığında ideal beden kütle aralığının üzerinde kalması ile değerlendirilir.

Yetişkin bireylerde vücut ağırlığı sinirsel, hormonal, kimyasal ve fiziksel mekanizmalarla belirli bir düzeyde tutulur. Bu mekanizmaların bir veya birkaçındaki bozukluk bu dengeyi olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Dengenin bozulması beden ağırlığının değişmesiyle sonuçlanır ve bu durumda obezite gelişir (8).

Obezite pek çok bireyin yaşam kalitesinin düşmesi ve beraberinde pek çok hastalığın gelişmesi ile kendini gösterir. Obezite de tek başına bir hastalıktır ve bu hastalık uzman kişiler tarafından bireye özgü yaklaşımlar ile tedavi edilmelidir.

### **2.2.2. Obezitenin Nedenleri**

Obezite sadece beslenme alışkanlıklarının sağlıksız ve fiziksel aktivite düzeyinin yetersiz olmasına bağlı oluşmaz. Bunun haricinde bireysel ve toplumsal pek çok faktörün de etkisi altında kalabilir. Yapılan pek çok epidemiyolojik çalışmada yaş, cinsiyet, sosyo-kültürel faktörler, etnik köken gibi pek çok etkenin de obezite oluşumunda etkisi olduğu söylenebilir. Bu faktörlerin bazılarını aşağıdaki alt başlıklar şeklinde tek tek ele alınacaktır.

- Beslenme Alışkanlıkları
- Fiziksel Aktivite
- Çevresel Etmenler
- Sosyoekonomik-Kültürel Etmenler
- Genetik Nedenler
- İlaç ve Sigara
- Psikolojik Etmenler

#### **2.2.2.1. Beslenme Alışkanlıkları**

Bireyin beslenme alışkanlığı anne karnından itibaren oluşmaya başlar. Annenin bu dönemdeki beslenme şeklinin bireyin yaşamının daha sonraki dönemlerindeki beslenme alışkanlığını etkilediği söylenebilir. Süt çocukluğu dönemindeki karışık ya da yapay beslenme obezite riskini artırırken, anne sütüyle beslenme obeziteye karşı koruyucu etki gösterebilir. Öğün sıklığı ve öğün düzeni bireyin beden ağırlığını

etkileyen önemli faktörlerdendir. Günde üç öğün veya daha fazla öğün beslenen ve öğünlerini düzenli tüketen kişilerde, günde bir veya iki öğün ve düzensiz beslenen kişilerden daha az sıklıkta obeziteye rastlandığı görülmüştür (9).

Pek çok bilim dalında olduğu gibi beslenme biliminde de farklı yaklaşımlar mevcuttur. Ancak düzenli, sık sık ve az beslenme alışkanlığı obezite riskini azaltarak normal vücut ağırlığında olmayan bireylerinde normal vücut ağırlığına gelmelerine yardımcı olacaktır.

Fisher ve arkadaşları anne ve babaların kendi beslenme alışkanlıkları ve çocuklarının beslenmelerine baskı uygulamaları gibi faktörlerin 5 yaşındaki kız çocuklarının sebze ve meyve tüketimleri üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla bir araştırma yapmışlardır. Bu araştırmada 191 aile incelenmiştir. Sonuçta anne ve babaların sebze ve meyve tüketmelerinin çocuklarında da benzer tüketim alışkanlığı kazandırdığını, ebeveyn baskısının ise çocukların sebze ve meyve tüketimini azaltıcı etki gösterdiğini saptamışlardır (10).

Genetik geçişin yanı sıra aynı beslenme düzenine sahip aile bireylerinin aynı beslenme alışkanlığına sahip olacağı da göz ardı edilmemelidir.

Sonuç olarak; bireylerin anne karnından itibaren çocukluk döneminde kazandıkları yeme alışkanlıkları obezite oluşumunda ve gelişiminde önemli rol oynar. Bunun yanı sıra yaşamları boyu sahip oldukları aile yapısı ve tutumu da bireylerin beslenme alışkanlıklarını doğrudan etkileyebilir.

#### **2.2.2.2. Fiziksel Aktivite**

DSÖ, vücut ağırlığının korunmasında enerji dengesinin düzenli fiziksel aktivite ile dengelendiğini ve fiziksel aktivitenin, enerji döngüsünün önemli bir parçası olduğu belirtilmiştir (11).

Fiziksel inaktivite, obezite gelişmesinin en önemli nedenidir. Günlük alınan enerjinin harcanan enerjiden fazla olması fiziksel inaktivite ile de açıklanabilir. Gelişmiş modern toplumlarda daha az enerji harcanarak işlerin yürütülmesi, televizyon ve bilgisayar karşısında daha fazla vakit geçirilmesi vücudun harcayamadığı ancak dışarıdan besinler ile aldığı bu enerjiyi yağ olarak depolamasına neden olur. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de özellikle son 25-30 yıldan beri fiziksel inaktivite ve sağlıksız

beslenme alışkanlıklarının obezitenin daha da yaygınlaşmasına neden olduğu söylenebilir. Obezite prevalansında fiziksel inaktivitenin sorumluluk payı % 67,5 olarak rapor edilmiştir (12).

Sonuç olarak; sağlıklı bir yaşam standardı ve kaliteli bir yaşam için toplumların düzenli fiziksel aktivite ve sporu benimsedikleri bir hayat şeklini sürdürmeleri, optimal vücut ağırlıklarını korumaları açısından gereklidir.

### **2.2.2.3. Çevresel Etmenler**

Çevre, obeziteye neden olan davranışları etkileyen ve obezitenin giderek artmasına neden olan önemli bir etkidir. Bazı çevresel faktörlerin obeziteyi artırdığı oldukça açıktır. Örneğin; günümüzde çevremizde kolaylıkla bulabildiğimiz ucuz, lezzetli ve enerji içeriği yüksek besinler oldukça fazladır. Porsiyonların büyük olması, fast food tarzı beslenme şeklinin giderek yaygınlaşması çevresel faktörlerin obezite üzerindeki etkisini kanıtlar niteliktedir.

Yeme davranışı konusunda yapılan bir araştırmada, obezlerin zayıf olan kişilere kıyasla enerji içeriği yüksek ve yağdan zengin besinleri tüketme eğilimlerinin daha fazla olduğu görülmüştür (13).

Obezite gelişiminde ekonomik faktörler çok önemlidir. Yağ ve şeker miktarı yüksek olan kalorili besinler baklagil ve sebzelere göre daha ucuz olmaları nedeniyle süper market ve restoranlarda daha fazla tercih edilir (14).

Bu beslenme şekline bir de düşük fiziksel aktivite eklendiğinde yüksek enerji alımına karşın düşük enerji harcanması obezitenin oluşumunu tetikler. Ancak akla gelen bir başka soru; aynı çevresel koşullara rağmen neden bazı bireylerin kilo almaya daha yatkın olduklarıdır. Burayı düzelttiğimi hatırlıyorum Bu noktada her ne kadar genetik faktörler rol oynasa da yeme davranışlarımızın etkisi de azımsanmayacak kadar büyüktür. Bazı yeme davranışları ve tutumları kilo alımını kolaylaştırır veya kaybedilen ağırlığın tekrar alınmasına neden olur. Obezite tedavisini sürdürürken bazen tedaviyi bırakmaya neden olabilecek davranış biçimleriyle bile karşılaşılır (13).

Sonuç olarak genetik faktörlerin yanı sıra çevresel faktörlerin de obezite üzerinde etkili olduğu pratik ve ucuz besin seçiminin kilo artışını etkilediği söylenebilir. Metropollerde zamanın sınırlı ve değerli olması, bireyi daha hızlı ve ucuz yemek

alternatiflerine yönlendirir. Gelişen teknoloji ile beraber sağlıklı ve düşük yağ içerikli pratik yemek alternatifleri her ne kadar artmış olsa da, büyük porsiyonlardaki fast food tüketiminin yerini alamadığı için obezite, hala büyük bir sağlık sorunudur.

#### **2.2.2.4. Sosyoekonomik-Kültürel Etmenler**

Bireyin sosyoekonomik durumu obezitenin oluşumunda bir etken olabilir. Ancak sosyoekonomik durumu hem yüksek hem de düşük olan ailelerin çocukları dengeli beslenme alışkanlığı kazanamadıkları yağ ve şeker içeriği yüksek fast food tarzı besinler tükettiklerinden kilo alabilirler (15).

OECD raporlarına göre; 2003 yılında 15 yaş ve üzeri nüfusun Kanada'da %49,4'u, Almanya'da %49,2'si, İtalya'da %42,6'sı Amerika Birleşik Devletleri'nde %59,7'si, Türkiye'de %43,4'ü hafif şişman ve şişmandır. 2013 verilerinde ise 15 yaş ve üzeri nüfusun Kanada'da %52,1'i, Almanya'da %52,4'ü, İtalya'da %45,8'i Amerika Birleşik Devletleri'nde %63,2'si hafif şişmen veya şişmanken 2012 verilerine göre Türkiye'de %43,4'ü hafif şişman ve şişmandır (16). Ülkelerin gelişmişlik düzeyi ve kültürel beslenme alışkanlıkları obezite prevalansları üzerinde etkilidir.

Ülkemizde obezitenin sosyoekonomik olarak orta düzeydeki ailelerde görülmesi ülkemizdeki orta sosyoekonomik düzeydeki insanların gelişmiş ülkelerdeki yoksul kesim gibi beslendiğini düşündürmektedir (17).

Alım gücünün düşük olması yetersiz ve dengesiz beslenmeye yol açarken, alım gücünün yüksek olmasının da aşırı beslenme ya da doğru besin tercihlerinin yapılamamasına neden olarak obeziteyi tetiklediği söylenebilir.

#### **2.2.2.5. Genetik Nedenler**

Obezitenin önemli bileşenlerinden biri genetik geçiştir. Pek çok obezite çalışması da bu konuya odaklanmıştır. Araştırmalarda, obezite ile ilgili kırkı aşkın genin olabileceği belirtilmiştir. Yapılan bu çalışmalarda obezitenin aile içerisinde kuşaktan kuşağa aktarıldığı söylenmiştir (14, 18).

Küçük yaşta evlatlık verilen çocukların beden kütle indeksleri (BKİ) evlat edinen ebeveynlerinden daha çok biyolojik ebeveynlerinin BKİ'leri ile uyumlu

bulunmuştur (14). Bu durum beslenme alışkanlığının değil genetik etkenlerin obeziteyi daha yakından etkilediğini göstermiştir.

Evlat edinilen ve ikiz olan çocuklar üzerinde obezitenin genetik geçişini araştıran bir çalışma yapılmıştır. Çekirdek bir ailede obezite geçişi %10-30 iken ikizlerde bu oran %50-80'dir. Evlat edinilen çocuklarda obezite geçiş oranı ise %10-30'dur. Obezitenin aktarılmasındaki önemli bir faktör aile bireylerinin obez olmasıdır. Her iki ebeveyni obez olan çocuklarda obezite görülme sıklığı %80 iken ebeveynlerden birisi obez olanlarda bu oran %40'tır. Her iki ebeveyni de obez olmayanlarda ise %7 oranında obezite olarak tespit edilmiştir (18).

Obezite her ne kadar genetik olarak anne ve babadan çocuğa aktarılsa da bu durum birey için kader olarak algılanmamalıdır. Obezite, sağlıklı, yeterli ve dengeli beslenme ve fiziksel aktivite ile üstesinden gelinebilir bir sağlık sorunudur.

#### **2.2.2.6. İlaçlar ve Sigara**

Obezitenin sigara kullanımı ve sigara kullanımının bırakılması ile de bağlantılı olduğu görülmüştür. Sigaranın bırakılması ile iştah artar. Sigara, Tiroid Stimulan Hormon (TSH) aktivitesini ve metabolizmasını artırır. Tiroid hormonunun aktivitesinin artması, metabolizmayı hızlandırarak enerji harcamasını artırır. Sigara bırakıldığında, hormon salınması normale döner ve metabolizma sigara içilen duruma göre yavaşlar. Sigara içenlerde tiroid aktivitesindeki artış enerji harcamasının artmasına, böylece obeziteden korunmaya yardımcı olabilir. Ancak sigara içmek hiçbir zaman bir zayıflama yöntemi olarak kullanılmamalıdır (19).

Psikodinamik yönden tütün bağımlılığı olanlarda bağımlılık, güvensizlik, yetersizlik, güçsüzlük, edilgenlik duyguları ile "oralite", çekingencilik, utangaçlık, suçluluk duyguları ile "ödipal" özelliklerin daha çok olduğu ileri sürülür. Sigarayı bırakanlar, oral doyum amacıyla sigara yerine kuruyemiş vb. tarzı besinleri tüketmelerinden dolayı sigara kullanırken bırakmalarının obeziteye yol açabileceği söylenebilir (19).

Ağırılık artışı, pek çok ilacın yan etkisi arasında görülebilir. İlaçların bazıları iştah merkezindeki nörotransmitterler etkileyerek, bazıları ise enerji kaybında azalmaya neden olarak obeziteye neden olabilirler (18).

Obeziteye neden olan ilaçlar Şu Şekilde zetlenebilir: Antidepresanlar, duymu durum düzenleyicileri, antipsikotikler, antimigren ve antihistaminikler, antidiyabetikler, glikokortikoidler, beta blokörler, seks hormonları, bazı antineoplastik ajanlar (20).

Kullanılacak ilacın yan etkisi olarak iştah merkezini uyararak besin alımını tetikleyecek olması, ilaç kullanımının kesilmesi için geçerli bir sebep olmamalıdır.

#### **2.2.2.7. Psikolojik Etmenler**

Obez bireyler fazla yeme eğilimine üzüntülerini gidermek, sıkıntılarına çözüm bulmak ve kendilerine olan güvenlerini yerini getirmek için baŐvurabilirler. Obezitenin duygusal uyarılara yanıt olarak oluşan aşırı yemeye tutumuna bağlı geliştiği düşünülebilir. Bireyler endişe, öfke, korku gibi durumlarda iştah artışı veya tam tersi Şekilde iştah kaybı göstererek tepki verirler. Ancak bu durum sıklıkla iştah artışı ile kendini gösterir. Anksiyeteyi azaltmak için birey yemek yemeye yönelebilir. AŞırı yeme, stres ve açlıktan kaynaklanan karıŐıklıėın sonucu olarak öğrenilen bir davranıŐtır (15).

Obezler arasında psikolojik yapı itibariyle birçok değişiklik bulunur. Yeme alışkanlığının mutlaka psikolojik bir soruna iŐaret ettiği söylenemez. Ancak obezite gelişmesi ile birlikte bireylerde psikososyal bozuklukların arttığı bilinir. Bu durum, obezlerin maruz kaldıkları önyargılar ve dıŐlanmalardan kaynaklanıyor olabilir. Obezlerde en sık grlen sorunlar aŐaėılık duygusu, kendine güvende azalma, çekingenlik, sosyal yaŐamdan izolasyon, iŐsizlik, evlilikle ilgili problemler, sıkıntı ve depresyondur. Bunlarla birlikte artan motivasyon kaybı fiziksel aktivitede azalmaya ve sonuç olarak obezite sorununun büyümesine yol açarak bir kısır döngü yaratır (21).

Yapılan çalışmada duymu durumlarından sevinç durumunda besin tüketimi ile BKİ arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur (22).

#### **2.2.3. Obezite Prevelansı**

Obezite lkemizde ve dünyada önemli bir sağlık sorunu ve tek başına bir hastalık haline gelmiŐtir. Gelişmiş ve de gelişmekte olan ülkelerde de obezite gün geçtikçe artmaktadır. DSÖ tarafından 12 yıl boyunca süren MONICA alıŐmasında Asya, Afrika ve Avrupa'nın 6 ayrı bölgesinde 10 yılda obezite sıklığı %10-30 oranında artış göstermiştir (23, 24).

NHANES (Amerika Birleşik Devletleri'nde-ABD, Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması) çalışmasına göre, obezitenin en sık görüldüğü ABD'de de 2003-2004 yılları arasında obezite ( $BKİ \geq 30$ ) sıklığı erkeklerde %31,1 kadınlarda ise %33,2 iken bu oranlar 2005-2006 yılları arasında erkeklerde %33,3 kadınlarda %35,3'e yükselmiştir. Bu oranlardan da anlaşılacağı gibi obezite sıklığı artış göstermektedir (25).

Yapılan araştırmada Avrupa'daki yetişkinlerde fazla kilolu olma prevalansı erkeklerde %32-79, kadınlarda ise %28-78 arasında değişmektedir. DSÖ verilerine göre, Avrupa'daki yetişkin bireylerdeki Tip 2 Diyabetlilerin %80'i, kalp hastalıklarının %35'i, hipertansiyon hastalarının % 55'i obezite ile ilişkili bulunurken, obezite, her yıl 1 milyondan fazla ölüme neden olmaktadır (23).

Obezite sıklığı ile ilgili çalışmalar ülkemizde çok sınırlı sayıda olmakla birlikte, Türkiye Obezite Derneğinin 1998-2002 yıllarında yaptığı araştırmada, Ülkemizde obezite sıklığının %22,3 olduğu saptanmıştır. Büyük şehirlerde okul çağında olan çocuklarda ve adölesan bireylerde obezite sıklığı %10-15 oranında olduğu saptanmıştır. (26).

TURDEP-1 Çalışması 1997-1998 yıllarında Türkiye'de 270 köy ve 270 mahalle merkezinde rastgele olarak seçilmiş 20 yaş üstü 24.788 kişi taranmıştır. Araştırmaya katılanların %22'sinin BKİ'si 30'un üstündeyken %34'ünde santral tipte obezite (bel çevresi kadınlarda  $\geq 88$  cm, erkeklerde  $\geq 102$  cm) görülmüştür (27).

TURDEP-II Çalışması Ocak 2010 ve Haziran 2010 tarihleri arasında 15 ilde 540 merkezde tamamlanmıştır. Çalışmaya rastgele 20 yaş ve üzerinde 26.499 kişi katılmıştır. Bu çalışma, 1997-98 yıllarında yapılan TURDEP-I çalışmasının tekrarı niteliğindedir. TURDEP-1 çalışmasında kadınların %32,9'u obezken TURDEP-II çalışmasında kadınların %44,2'si obezdir. Erkeklerde ise bu oranlar sırasıyla %13,2 ve %27,3 olarak bulunmuştur. TURDEP II çalışmasına göre Türkiye'de obezite sıklığı %32 olarak saptanmıştır (27).

TURDEP-I çalışmasına göre 12 yıllık süreçte kadınlarda ağırlık 6 kg, bel çevresi 6 cm, kalça çevresi 7 cm; erkeklerde ise ağırlık 8 kg, bel çevresi 7 cm, kalça çevresi 2 cm artmıştır (27).

#### **2.2.4. Obezitenin Neden Olduğu Sağlık Sorunları**

Obezite sağlık harcamalarını tehdit eden ve beraberinde diyabet, kalp, tansiyon gibi pek çok hastalığın oluşumuna neden olan yaygın bir sağlık sorunu ve ciddi bir hastalıktır (28).

Obezite hipertansiyon ve kalp hastalığı riskini artırır. Kan hacminin ve damarlardaki kasılmanın artması ve kalp atışındaki artış hipertansiyonun gelişmesine neden olur. Serbest yağ asitlerinin damarlardaki kasılmayı arttırdığı ve nitrik okside bağlı vazokonstriksiyonu azalttığı görülmüştür. Obezlerdeki yağ miktarının fazlalığı kalp hastalığının riskini de artırır. Obezitede pankreastan salınan aşırı insüline bağlı böbrek sodyum emiliminin artması da bireylerde kan basıncının yükselmesine sebep olur (29, 30).

Obezite ile gelişen insülin direnci nedeniyle hücrelerin insülini kullanamaması durumunda Tip 2 diyabet riskini artırır. Tip 2 diyabet, insülin direnci, hiperinsülinemi ve pankreatik beta hücrelerinin harabiyeti sonucu gelişir. Obezitede artan yağ asidi konsantrasyonu hem iskelet kasında hem de karaciğerde insülin direncine neden olur. Aynı zamanda yağ dokusundan salgılanan hormonların salınımının bozulması da insülin direncinin artmasına neden olur (30).

#### **2.2.5. Obezitenin Tedavisi**

Obeziteyi oluşmadan önlemek, oluşuktan sonra tedavi etmekten çok daha kolaydır. Obezite ancak yaşam tarzı değişikliği ile sağlanacak doğru beslenme alışkanlıkları ile önlenir (31).

Gerek çocukluk çağı ve adölesan dönemde, gerekse erişkinlerde aşırı kilolu ve obez bireylerin tedavisinde öncelikli olarak bireye özgü diyet tedavisi sonra fiziksel aktivite ve egzersizin yine bireye özgü olarak planlanması ve televizyon, bilgisayar gibi aktivite düzeyini kısıtlayan alışkanlıklardan uzaklaşarak bireyin enerji harcamasını sağlayacak aktivitelere yönelmesi sağlanmalıdır (32).

Erişkin hastalarda kilo kaybına yönelik enerji kısıtlayıcı programı uygulamaya karar verildiğinde, hedef kilo kaybı planlaması yapılmalıdır. İlk 6 ay boyunca birey vücut ağırlığını %5-10 oranında kaybedebilir. Bu ağırlık kaybı 500-1000 gram/hafta olacak şekilde gerçekçi bir hedef olarak belirlenmelidir (33).



Obezite tedavisinde kullanılan 5 farklı metot;

- Diyet,
- Psikoterapi,
- Fiziksel aktivitenin modifiye edilmesi,
- Farmakoterapi,
- Cerrahi müdahale.

İlk 3 metot herhangi bir kilo verme programının temel taşlarıdır. Ağırlık kaybı tedavisinde, alınan enerjinin harcanandan daha az olması ya da harcanan enerjinin alınandan daha fazla olması yönünde yol izlenir. Bu girişimler (32):

**Besin alımının düzenli olması;** günlük besin tüketim sıklığı 3-6 öğüne bölünmelidir. Günlük besin alımı bireyin günlük alması gerektiği kalori üzerinden besin öğelerinin günlük alım düzeylerine göre uygun şekilde bölünmesi ve bu besinlerinde öğünlere dengeli bir şekilde dağıtılması ile gerçekleştirilmelidir. Çeşitlilik ve besin öğesi açısından yeterli olmalıdır.

**Yağ alımının azaltılması;** obezlerin vücutlarındaki yağ miktarının normalin üzerinde olması, ağırlık kaybı sürecinde bireye özgü izlenen programların yağ içeriği düşük programlar olmasını sağlar. Obezler diyet süresince diyet hakkında oldukça geniş bilgi almalarına rağmen sıklıkla yağ alımının önemini dikkate almazlar.

**Yaşam tarzı değişikliği;** psikoterapi ile vurgulanarak, boş zaman aralıklarındaki alışkanlıkların değiştirilmesi ve tüm fiziksel aktivitenin arttırılmasını içerir. Bazı besinlerin yasaklanması genel beslenme alışkanlıklarını değiştirilmesini sağlayamadığı için başarıya nadiren ulaşılır.

**Diyet davranışını pekiştirme;** Diyet yanlışlarının önlenmesi, yeni yaşam tarzı ile desteklenmelidir. En sık görülen hatalardan birisi; hastanın bir kez bile diyetinin dışına çıkmasından sonra utanması ve diyetini tamamen bırakmasıdır.

Obezite tedavisinde alkol alımı azaltılmalıdır. 1 gram alkol 7 kalori enerji içerir. Alınan kalenin azaltılması yaşam boyu sürdürülmelidir. Aynı zamanda tüm yaşam düzeni, yeme ve egzersiz düzeni de dahil olmak üzere değiştirmek gerekir. Birkaç gün ya da bir kaç hafta süren kısa dönemli diyet önlemleri ya da düşük kalori diyetler olarak

da bildiğimiz ketojenik diyetler uzun vadede fayda sağlamayacağı gibi yalnızca çok özel durumlarda (Pick-vick sendromu, diyabetin akut dekompanseasyonu, cerrahiye hazırlık) endikedir. Bu diyet uygulamaları genellikle 7-30 gün sürer ve eşlik eden hastalıkları olanlarda tehlikeli olabileceğinden işin uzmanı tarafından gözetilerek yapılmalıdır. Kısa veya uzun dönem bütün diyet önlemlerinde motivasyon kaybolduğunda yeniden kilo alma süreci başlar. Bu kısır döngüye girmemek için doktor, diyetisyen ve psikolog multidisipliner yaklaşım ile bireyi tedavi sürecine almalıdır. Hasta uzun süreli eğitim ve gözetim sürecinde tutulmalıdır. Obezite de farmakolojik tedavi de olabilir ve yıllarca aralıklı veya sürekli olarak uygulanabilir. Enterik lipaz inhibitörü olan orlistat, alınmış olan yağların %30'unun emilimini engelleyerek aşırı yemenin indüklediği insülin direncini anlamlı olarak azaltır. Santral anoreksik sibutramine iyi tolere edilir ve ilk santral anoreksiklerin yan etkilerini göstermez. Orlistat uzun dönem, aylar boyunca veya yıllarca kullanılabilir, fakat genellikle bir seferde birkaç aylık olarak reçete edilir. Sibutramin kullanımını Avrupa'da yapılan bir çalışmadaki hastaların bazı gruplarında görülen kardiyovasküler yan etkilere bağlı olarak durdurulmuştur. Yeni antidiyabetik ilaçlar inkretin analogları (GLP-1 agonisti) ile de oldukça etkili kilo kaybı sağlandığı bildirilmiştir (34-36).

### **2.3. Yeme Bozuklukları**

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

Yeme bozuklukları, hem bedensel hem de psikososyal bir durumdur. Yeme bozukluğu, yemek yeme alışkanlığı, vücut ağırlığı ve fiziksel görüntü ile ilgili düşünce ve yemek yeme davranışlarında bozuklukla kendini belli eder (37). Yeme bozuklukları, besin alımında sağlıklı düzeyde azalma veya artma veya vücut ağırlığı ve görünümünde aşırı endişeli olma gibi, yeme davranışında oluşan ciddi bozuklukları içerir (38).

Yeme bozuklukları tıbbi yönden, sosyal açıdan ve psikolojik olarak sorunlara yol açan ve bununla beraber yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olan bozukluklardır (39).

Yeme bozukluklarının tarihçesine bakıldığında, bu bozuklukların günümüzdeki anlamıyla ilk kez 17. yy. da tanımlandığı gösterilmesine rağmen daha sonraki iki yüzyıl boyunca yeme bozuklukları ile ilgili çalışmalar oldukça sınırlı sayıda kalmıştır. Yeme

bozukluklarının 20. yy. da doğası, tanımlanması ve tedavisi ile ilgili araştırmaların sayısında dikkati çeken bir artış olmuştur (37). Yeme bozukluklarının tarihçesi uzun bir dönemi kapsasa da bu bozuklukların tanısız olarak sınıflandırılması geçen yüzyılın yarısında gerçekleşmiştir (40).

Bu bozuklukların ortaya çıkmasındaki ilk basamaklardan biri, farkındalık artışlarıdır. Yeme bozukluğun başlamasının, sıklıkla stres yaratan bir yaşam olayı ile ilişkili olduğu görölmüştür (41).

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

- Anoreksiya nervoza (AN),
- Bulimiya nervoza (BN) ,
- Başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları (BTA-YB)

Yapılan son çalışmalarda tıkanırcasına yeme bozukluğundan ve yeni bir yeme bozukluğu olarak görölen sağlıklı beslenme takıntısı olarak isimlendirilen ortoreksiya nervoza da sınıflamaya alınmıştır (42).

DSM-5 sınıflandırılmasına göre Beslenme ve Yeme Bozuklukları (43);

- Pika,
- Geri ıkarma (Geviş Getirme) Bozuklukları,
- Kaçıngan/Kısıtlı Besin Alım Bozukluğu,
- Anoreksiya Nervoza,
- Bulimiya Nervoza,
- Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu ve
- Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu olmak üzere 7 alt başlığa ayrılmıştır.

### **2.3.1.1. Anoreksiya Nervoza**

#### **2.3.1.1.1. Anoreksiya Nervoza Tanımı**

Anoreksiya Nervoza (AN) yeme bozukluğunda birey, olması gereken ağırlığının çok altında olmak ister. AN yeme bozukluğu olan birey aşırı incelik arzusu içindedir. Düşük vücut ağırlığı, aşırı ve seçici besin kısıtlaması ve aşırı egzersizin bir sonucudur (44).

AN, zayıf bir bedene sahip olma arzusu, şişman olmaya karşı duyulan aşırı korku, kilo vermek amacıyla yapılan özgün davranışlarla karakterize bir yeme bozukluğu tablosudur. Başlıca özelliği, bireyin olağan sayılan en az vücut ağırlığına sahip olmayı reddetmesidir. Anorektik vücut biçimini ya da boyutunu algılamada belirgin bozukluk yaşar (45).

#### **2.3.1.1.2. Anoreksiya Nervoza Tanısı**

DSM-5 kriterlerine göre AN için tanı kriterleri (43);

- A. İhtiyaçlara göre enerji alımını kısıtlama, kişinin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve beden sağlığı açısından belirgin biçimde düşük bir vücut ağırlığının 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 (46).

### 2.1.1.1.3. Anoreksiya Nervoza Türleri

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

**Tıkanırcasına yeme/çıkarma tipinde AN:** Bireyin son üç ay içinde tekrarlayan tıkanırcasına yeme ya da çıkarma durumu söz konusudur (43, 47).

Anorektik hastaların %20-30'u kroniktir. %30-40'u ise tedavi edilerek eski yaşamına dönüp hayatını devam ettirebilir. Her yıl tedavi edilen 200 hastadan 1'i ölür. Mortalite oranı %5-10'dur. 15-25 yaş arasındaki genç popülasyonda ise ölüm oranı %14- 20'lere ulaşır. Ölümlerin çoğunluğu, kardiovasküler komplikasyonlar, açlık ve intihar yüzünden oluşur (48).

AN, kişinin BKİ'sine göre 4 gruba ayrılır (41);

- Ağır olmayan AN:  $BKİ \geq 17 \text{ kg/m}^2$
- Orta derecede AN:  $BKİ 16-16.99 \text{ kg/m}^2$
- Ağır AN:  $BKİ 15-15.99 \text{ kg/m}^2$
- Aşırı düzeyde AN:  $BKİ < 15 \text{ kg/m}^2$

### 2.3.1.2. Bulimia Nervoza

#### 2.3.1.2.1. Bulimia Nervoza Tanımı

Bulimiya Nervoza (BN), kişinin yemek yemenin kontrolünü kaybettiği tıkanırcasına yeme ataklarının yaşandığı ve daha sonrasında aşırı suçluluk duygusu ile beraber isteyerek kusma, laksatif veya diüretik ilaç kullanma durumunun geliştiği veya aşırı egzersiz yaparak önceki yeme atağının dengelenmeye çalışıldığı bir yeme bozukluğudur (49).

Bulimiya nervoza çoğunlukla 16-24 yaşlarındaki genç kızlarda ve kadınlarda görülen, dönem dönem gelen aşırı yemek yeme, kilo alma ve bir yandan da kilo almayı durdurma çabaları şeklinde ortaya çıkan yeme davranışı bozuklukları ile karakterize bir yeme bozukluğudur. Bulimiya nervozalı hastalar ya normal ağırlıkta ya da normal ağırlıklarının üstündedirler (50).

Temel patoloji yemeyi durduramama doğrudur. Zayıflamak için kusma, aşırı egzersiz yapma ve çeşitli ilaçlar kullanma görülür. Bulimiya nervoza'sı olan normal ağırlıktaki kadınların %7-40'ında amenore (adet görememe) görülürken %37-64'ünde menstruasyon düzensizlikleri görülmüştür. AN'de yüksek düzeyde genetik bir geçiş söz konusudur. Ayrıca özgeçmişlerinde çocukluk çağı cinsel travma öyküsü ve aile içi sorunları bulunur (50, 51).

#### **2.3.1.2.2. Bulimia Nervosa Tanısı**

2013 yılında oluşturulan DSM-5 kriterlerine göre BN Tanısı (43);

- A. Tekrarlayan tıknırcasına yeme dönemleri. Bir tıknırcasına yeme dönemini aşağıdakilerin her ikisi ile belirlenir:
- Aynı koşullarda, aynı sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok besini, ayrı bir zaman biriminde (Örneğin; herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.
  - 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.

#### **2.3.1.2.3. Bulimia Nervosa Türleri**

BN, kişinin uygunsuz davranış sıklığına göre 4 gruba ayrılır (43):

- Ağır olmayan BN: Ortalama haftada 1-3 kez uygunsuz yön değiştiren davranış olması.

- Orta derecede BN: Ortalama haftada 4-7 kez uygunsuz yön değiştiren davranış olması.
- Ağır BN: Ortalama haftada 8-13 kez uygunsuz yön değiştiren davranış olması.
- Aşırı düzeyde BN: Ortalama haftada 14 ya da daha çok kez uygunsuz yön değiştiren davranış olması.

### **2.3.1.1. Ortoreksiya Nervoza (Sağlıklı Beslenme Takıntısı)**

Sağlıklı yemek yeme kişinin sağlıklı olmak için geliştirdiği bir saplantıdır. Kiřiler kendilerini şişman hissetmedikleri için amaçları zayıflamak değildir. Diyetlerinin sağlıklı olması ile her şeyin yoluna gireceğini dūřünürler.

Ortoreksiya nervoza, sağlıklı bir diyet yapmak değil, diyeti hayatın temel hedefi haline getirmektir. Kişi diyeti bıraktığında ya da diyetin dışına çıktığında kendinden nefret eder ve ciddi boyutta suçluluk hisseder.

Kısa süre önce bilimsel topluluklar, beslenme uzmanları ve görsel basın “ortoreksiya nervoza” (ON) adında yeni bir kavram kullanmaya başlamışlardır. Ancak tıpkı anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza tarihçesinde olduğu gibi ortoreksiya nervoza henüz DSM`de yer almamakla birlikte, araştırmacıların dikkatini yoğunlaştırdıkları ve bir bozukluk olarak tanımlayıp tanımlanamayacağı üzerinde durdukları yeni bir kategoridir (52). 2013`te yayımlanan DSM-V`te de ayrı bir yeme bozukluğu tanımlanmıştır.

ON sağlıklı besinlere karşı duyulan aşırı zihinsel uğraşıyı tanımlayan yeme bozukluğudur (53, 54). Ortorektik bireylerin beslenme alışkanlıklarındaki bu takıntının, yenilen yemeğin miktarıyla değil kalitesi ile ilgili olduğu ifade edilmiştir (55).

Ortoreksiya nervoza, kişinin yaşantısına müdahale eden “saf” diyet tüketme obsesyonudur. Hasta obsesif hale geldiğinde ON`den söz edilebilir (54, 55).

ON, ilk kez Steven Bratman tarafından 1997`de anoreksiya nervozayı çeşitlendirmek üzere tanımlanmıştır. “Orto” kelime olarak “doğru”, “gerçek” anlamına gelir. Bratman, ON`yi uygun, sağlıklı yiyeceğin tüketilmesi ile ilgili patolojik olarak tanımlar. Bratman, ortoreksiya nervoza ile ilgili ilk yazısında uluslararası düzeyde güçlü

bir tepki almıştır. Bazı geri bildirimler ve istekler doğrultusunda Bratman bu konuya yönelme ve konuyla ilgili bir kitap yazma kararı almıştır. Sonuçta “Health Food Junkies” adlı kitabı yazmıştır. Buna rağmen ortoreksiya nervoza, İngilizce diline girip tüm dünyayı etkilemiştir. Bratman, “Health Food Junkies” adlı kitabında ortoreksiyayı; insanların diyetlerini erdemli saf ve ruhani hissetmek için bir yol olarak gördükleri bir çeşit hastalık olarak tanımlanmıştır (54).

Bratman ortoreksiya nervoza’yı tanımlayan bir tıp doktoru olarak kendini de iyileşmekte olan bir ortoreksiyalı olarak görmektedir. Bratman'a göre ON’li hastalarının amacı zayıf olmak değildir, çünkü kendilerini şişman hissetmezler. Diyet mükemmel olursa her şeyin iyi olacağı gibi bir zihinsel uğraşı içindedirler. Gerçek veya abartılı bir şekilde sağlıklı veya dengede olmayı amaç edinmişlerdir (54).

Ortorektik birey her yediği yemeği abartılı şekilde kontrol eder. Ortorektik bireyler alışverişte satın alacakları ürünlerin ambalajlarını çok uzun süre incelerler. Ürünlerin içerisinde katkı maddesi, kanserojen madde, hormon vb. olup olmadığını kontrol ederler. Tüketecekleri besinlerin katkısız ve sağlıklı olmasına aşırı derecede takıntı geliştirirler. Bu yüzden tüketecekleri pek çok besinin çiğ olmasına özen gösterirler. Sağlıklı beslenme takıntısı gelişen bireyler psikolojik olarak pek çok besini tüketmekten vazgeçerler. Bu nedenle ortorektik bireyler anoreksiya nervoza yeme bozukluğundaki gibi kilo kaybetmeye başlarlar (53).

Bu bozukluk için herhangi bir klinik kılavuz mevcut olmadığından doktorların tanı kriterlerine göre tanı koyamazlar. Diyet arınmasının en uç örneği olarak ifade edilir.

Çok iyi bilinen iki yeme bozukluğu olan anoreksiya ve bulimiya ile birçok benzerlikleri vardır. Ancak bulimia nervoza ve anoreksiya nervozalı bireyler yiyeceğin miktarına hedeflenirken, ortoreksiya nervozalı bireyler besinlerinin kalitesine, içeriğine ve doğallığına hedeflenirler. Her üçü de yaşam planlarında besinlere son derece uç değerler yüklerler (53). Diğer yeme bozuklukları ile bu yönde bir benzerlik gösterir.

Birey eğer, doğal besin tüketme düşünceleriyle besleniyorsa ve bu bireye verilen değer, uyguladıkları diyetin saflık düzeyiyle ölçülüyorsa, uygulanan sağlıklı diyet şüpheli hale gelebilir. Ortoreksiya nervozanın görülme yaygınlığının artmasında özellikle güzellik kavramının zayıflığa dayandırılması, medyada sürekli olarak çıkan diyet ve ürünlerin içerikleriyle ilgili bilgiler, bazı ürünlerin kanserojen madde, katkı



maddesi, boya ve hormon gibi maddeler içerdiği ile ilgili haberlerin çıkması etilidir. Sosyal medyada ve basında beslenme konusunun sürekli olarak işlenmesi, bireylerin yeme üzerinde obsesyon geliştirmelerine neden olur.

Ortoreksiya nervoza, birkaç hafta için sağlıklı besinlere verilen dikkat obsesyonun üzerinde olmadığı sürece bozukluk olarak tanımlanamaz. Sadece uzun dönem görüldüğü zaman eğer bireyin yaşantısında anlamlı oranda negatif bir etki yaratıyorsa örneğin; yaşam stresini önlemek için besinleri düşünmek, negatif duyguları önlemek için besinlerin nasıl hazırlandığını düşünmek, her günün büyük bir çoğunluğunu besinleri düşünerek geçirmek gibi durumlarda ortoreksiya nervoza olarak tanımlanabilecektir.

#### **2.3.1.1.1. Ortoreksiya Nervoza Tanısı**

Ortoreksiya nervozalı insanlar beslenme takıntısı kavramının arkasına sığınır. Sağlıklı diyetleri bir takıntı haline getirmemeleri koşuluyla normal kabul edilebilirler. Ortoreksiya nervoza DSM-V tanı kriterlerinde de ayrı bir yeme bozukluğu olarak yer almadığından henüz belirleyici bir tanısı bulunmamaktadır. Ancak Donini ve arkadaşları tarafından geliştirilen ORTO ölçeği beraberinde kullanılan yeme tutumu, depresyon gibi saptayıcı ölçeklerle desteklenerek kullanılmaktadır.

#### **2.3.1.1.2. Ortoreksiya Nervozanın Oluşum Nedenleri**

Ortorektikler için, diyet planları son derece önemlidir. Dünyada sayısız sağlık profesyoneli olan hekim vardır ve her birinin verdiği bir diyet planı sağlıksız bir beslenme obsesyonuna yol açabilir (57).

Bazı diyet yaklaşımları bir veya birden fazla besin veya besin grubunun alımını sınırlandırır. Diyeti uygulayanlar ise bu diyet yaklaşımının ön gördüğü beslenme şeklini takıntı haline getirerek sürdürebilirler. Bu noktada diyet planlarının online olarak da daha kolay ulaşılabilir olması, doğru ve yanlış bilgi analizi yapılmaksızın kişinin ulaşabildiği diyet planlarının kendine uygunluğunu sorgulamadan, hayatına geçirmesi, belli bir noktada bu alışkanlığı sürekli olarak sürdürerek obsesyon geliştirmesine de neden olabilir.

- Vegan Diyetler
- Çiğ Beslenme
- Likit Beslenme
- Atkins Diyeti

gibi diyet yaklaşımlarının uygulanması ve popülerliğinin artması, ortoreksiya nervozaya eğilimi arttırmıştır. Bu noktada sosyal medyanın etkisi göz ardı edilemeyecek kadar büyüktür.

### **2.3.1.2. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB)**

#### **2.3.1.2.1. TYB Tanımı**

TYB bireyin aşırı miktarlarda besin tüketmesi ve aşırı yeme davranışı üzerinde kontrol sağlayamaması ve tekrarlayan aşırı yeme atakları ile kendini gösterir. Bulimiya Nervozalı bireylerden farklı olarak, TYB'si olan bireyler, tıkanırçasına yeme ataklarını telafi etmek için uzun süre hiç yemek yememe veya aşırı egzersiz yapma gibi davranışlar yerine, kendilerini kustururlar, laksatif veya diüretik kullanırlar (58).

#### **2.3.1.2.2. TYB Tanısı**

TYB ilk defa Stunkard tarafından 1959 yılında tanımlanmıştır. TYB psikiyatri dalında tartışmalı ve yavaş ilerleyen bir alt dal olduğu için tanımlayıcı kriterleri ancak 1994 yılında DSM IV ile belirlenebilmiştir (59-61).

2013 yılında oluşturulan DSM-5 kriterlerine göre TYB Tanısı (43);

- A. Tekrarlayan tıkanırçasına yeme dönemleri. Bir tıkanırçasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisi ile belirlidir:
- a. Aynı koşullarda, aynı sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok besini, ayrı bir zaman biriminde (Örneğin; herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.
  - b. Bu dönem sırasında, yemek yemeyle ilgili denetiminin kalkması (Örneğin; kişinin yemek yemeyi durduramaması, neyi ne kadar yediğini denetleyememesi)
- B. Tıkanırçasına yeme dönemlerine aşağıdakilerden üçü ya da daha fazlası eşlik eder:
1. Olağandan çok daha hızlı yeme,
  2. Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedene dek yeme,
  3. Bedensel açlık duymuyorken aşırı ölçülerde yeme,
  4. Yediği miktardan utandığı için kendi başına yeme,

5. Daha sonra kendinden tikslenme, çökkünlük yaşama ya da büyük bir suçluluk duyma.
- C. Tıkınırcasına yeme ile ilgili olarak belirgin bir sıkıntı duyulur.
- D. Bu tıkınırcasına yeme davranışları, ortalama, üç ay içinde en az haftada bir kez tekrarlanmıştır.
- E. Tıkınırcasına yemeye, bulimiya nervozada olduğu gibi yenileyen uygunsuz tekrarlayan davranışlar eşlik etmez ve tıkınırcasına yeme, yalnızca bulimiya nervosa ya da anoreksiya nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmaz.

### **2.3.1.3. Diğer Yeme Bozuklukları**

Diğer yeme bozuklukları arasında:

- Pika
- Gece yeme sendromu
- Bigoreksiya vb. yeme bozuklukları yer alır.

#### **2.3.1.3.1. Pika**

Toprak, kağıt, buz, ip, kireç, kum, boya gibi besin dışı maddelerin tüketimlerinin sürekli olması “pika” olarak adlandırılır. Pika, demir, bakır ve çinko eksikliği sonucu oluşabilir. Pika sıklıkla çocuklarda görülür (62).

DSM-V’ e gör pika için tanı kriterleri aşağıdaki gibidir.

- A.** En az bir ay süreyle sürekli olarak, besleyici değeri olmayan maddeleri yeme.
- B.** Besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddeleri yeme tutumu, kişinin gelişimsel düzeyi ile uyumlu değildir.
- C.** Bu yeme davranışı, kültürel dayanağı olan ya da toplumsal olarak olağan kabul edilebilecek bir uygulama değildir.
- D.** Bu yeme davranışı, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa (Örneğin; anlık yeti kaybı, otizm açılımı kapsamında bozukluk, şizofreni), ayrıca klinik değerlendirmeyi gerektirecek denli ağırdır (43).

#### **2.3.1.3.2. Gece Yeme Sendromu (GYS)**

Gece yeme sendromu (GYS) 1955 yılında Stunkard, Grace ve Wolff tarafından tanımlanmış ve henüz resmi olarak yeme bozukluğu olarak kabul edilmemiştir. Şişmanların %10’unda gece yeme sendromu olduğu düşünülmektedir. Bu kişilerde

- Sabahları anoreksi,
- Uyandıktan sonra ilk öğünü birkaç saat sonra yapma,
- Gece yemelerinden dolayı mide ekşimesi,
- Akşam hiperfajisi,
- Günlük kalorisinin en azından %50'sinin son akşam yemeğinden sonra atıştırmalar ile alınması,
- Akşam kalori alımının gündüzden fazla olması,
- Yenilen besinlerin şeker ve nişasta gibi basit karbonhidrattan zengin olması,
- Haftada 3 gece en az bir kez uyanma ve uyku sorunları,
- Geceleri uykudan uyanarak enerji yoğunluğu yüksek besinlerin tüketilmesi,
- Bu durumun en az 3 ay devam etmesi,
- Yemek yedikten sonra suçluluk, sıkıntı, gerginlik ve sinir, özellikle gece sinir, gerginlik, karamsarlık ve sıkıntı, diğer yeme bozukluğu kriterlerine uymama gibi özellikler taşır (63).

Araştırmalarda, GYS için farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi yöntemlerinin etkinlikleri gösterilmiştir. Bunlar; serotonin geri alım inhibitörleri (SSGI), topiramet, bilişsel davranışçı terapi, relaksasyon eğitimi ve ışık terapisi (65).

### **2.3.1.3.3. Bigoreksiya**

Bigoreksiya; kas geliştirmeye ilgili takıntılı olmak ve sürekli bunu düşünmektir. Bireyler kaslarıyla ilgili yetersiz olduğu takıntısındadırlar. Genellikle kas geliştirmeye ilgilenen erkeklerde görülür. Bu bireyler kas gelişimini sağlamak ve daha kaslı bir vücut görünümüne ulaşmak için genellikle proteinli besinleri tercih ederler. Vakitlerinin büyük çoğunluğunu egzersiz ve spor merkezlerinde geçirirler (65).

24 bigoreksiyalı birey, 30 bigoreksiya problemi olmayan birey olmak üzere toplam 54 birey üzerinde yapılan bir çalışmada; bigoreksiyalı bireylerin beden algılarının daha düşük, vücut memnuniyetsizliklerinin daha yüksek olduğu sonuçlarına varılmıştır (66).

### **2.3.2. Yeme Bozukluklarının Oluşum Nedenleri**

Diğer bozukluklarda olduğu gibi, tek bir faktörün yeme bozukluğuna yol açtığını söylemek imkansızdır. Çeşitli alanlarda yürütülmekte olan araştırmalar (kalıtım, beynin rolü, ince olmaya yönelik sosyokültürel baskılar, ailenin rolü ve çeşitli baskıların rolü gibi) yeme bozukluklarının bir kişinin yaşamındaki pek çok etkenin kesişmesi sonucunda ortaya çıktığını göstermiştir (67).

525 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan bir araştırmada ebeveynlerin eğitim düzeyi düşük olmasının öğrencilerinin yeme bozuklukları ile karşılaşma riski arttırdığı bulunmuştur (68).

Lise öğrencilerinin yeme tutumları, yeme davranışları ve benlik saygılarını inceleyen bir araştırmada 446 öğrenci incelenmiştir. Aile tutumunun benlik saygısı üzerinde etki yarattığını ve benlik saygısı ile de yeme tutumu arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir (69).

Yeme bozukluklarının etiyojisi tam olarak anlaşılmiş olmamakla beraber; genetik, sosyo - kültürel ve psikolojik faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir (70).

Yemek bozukluklarının oluşum nedenlerini alt başlıklar halinde incelendiğinde aşağıdaki şekilde gösterilebilir.

- Cinsiyet faktörü
- Aile faktörü
- Genetik ve biyolojik faktörler
- Sosyo-kültürel faktörler
- Kişilik ve psikolojik faktörler

#### **2.3.2.1. Cinsiyet Faktörü**

Yeme bozuklukları cinsiyet faktörü açısından ele alındığında kadınlarda erkeklere oranla 8-12 kez daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (71).

#### **2.3.2.2. Aile Faktörü**

Kadınların, erkeklere göre ince beden imgesine sahip olmalarının diyet yapmayla daha fazla ilgili olmalarına bunların sonucunda da yeme bozukluğu riskine

daha yatkın olmalarına bağlanabilir. Yeme bozuklukları riskinin, özellikle belirli ağırlıkta kalmaya dikkat etmeleri gereken mankenler, dansçılar ve jimnastikçiler arasında daha fazla olduğu da bilinir (67).

Pek çok psikiyatrik sorunu incelerken ailenin yadsınamayacak etkileri karşımıza çıkar. Kişiliği, yaşam görünüşünü, davranışları etkileyen en önemli çevre elbette ki ailedir. Aile içi ilişkiler, paylaşımlar, anne ve babanın karakter özellikleri ile çocuklarına yaklaşımları çocukların geleceğini etkilemeleri kaçınılmazdır.

BN tanısı almış hastaların pek çoğunun aile öykülerinde, sorunlu aile ilişkileri olduğu görülür. BN tanısı almış bireyler anne babalarını “uzak ve reddediciler” olarak tanımlarlar. Bazı bulgular, hastaların ailelerine yakın fakat sorunlu ilişkilerin olduğunu göstermektedir (72).

Rastam ve Gillberg, AN’li çocuk ve ergenlerin ailelerinde kontrol grubundakilere oranla daha fazla ölüm ve ayrılma, ruhsal bozukluk, alkol kullanımı ve kumar oynama gibi sorunların olduğunu görmüşlerdir (73).

### **2.3.2.3. Genetik ve Biyolojik Faktörler**

Yeme bozukluklarındaki genetik çalışmalar uzun yıllardan beri devam etmektedir. Bu konudaki ilk sistematik araştırma Gershon ve arkadaşlarından tarafından yapılmıştır. Gershon, anorektik bireylerin birinci derece akrabalarında %2 oranında anoreksiya nervoza, %4,4 oranında ise bulimia nervoza olduğunu belirlemiştir. Aynı çalışmadaki kontrol grubunda ise anoreksiya ve bulimia oranları ise sırasıyla %0 ve %1,3’tür (74).

Kassett ise çalışmasında bulimiklerin birinci derece yakınlarında kontrol grubuna göre üç kat daha fazla bulimik olduğunu saptamıştır (sırasıyla %9,6 ve %3,5). Aynı çalışmada, yine bulimik hastaların ailelerinde %2,2 oranında anoreksiya nervoza belirlenmiş, ancak kontrol grubundan BN hiç bulunamamıştır (75).

Bu konuda yapılan en kapsamlı araştırmalardan birini Strober ve arkadaşları gerçekleştirmiştir. Bu araştırmanın sonuçları Gershon'un sonuçlarıyla çelişmektedir. Strober bu çalışmasında, anorektiklerin birinci derece yakınlarında % 4,1 oranında AN saptarken, kontrol grubunda ise AN bulamamıştır. Aynı çalışmada anorektiklerin birinci

derece akrabalarında %2,6 BN tespit edilmiştir ki bu oran genel popülasyondaki oranlardan farklı değildir (76).

Gerek anoreksiya nervozalı gerekse bulimiya nervozalı bireylerin ailelerinde her iki bozukluğun da görülebilmesi, bu iki bozukluk için ortak geçiş gösteren yatkınlık olduğunu düşündürmekle birlikte bu görüşü desteklemeyen aile çalışması da vardır.

#### **2.3.2.4. Sosyokültürel Faktörler**

Sosyokültürel faktörlerin, yeme bozuklukları gelişiminde etkili olduğu bilinir. Toplumun zayıflığa önem vermesi, aileden, arkadaşlardan ve kitle iletişim araçlarından gelen baskıların yeme bozukluklarının gelişiminde önemli bir rolü olduğunu düşündürmektedir (77).

Hastalık orta ve yüksek gelir düzeyinden olan gruplarda daha siktir. Batılı kültür ile karışan doğulu genç kızlarda prevalans yüksektir. Zayıf kadın bedenine değer verilen toplumlarda daha sık görülür (78).

#### **2.3.2.5. Kişilik ve Psikolojik Faktörler**

Yeme bozukluklarının gelişiminde özgüven azlığının, sürekli olarak olumsuz duyguların ifade edilmesinin ve sorunları çözümede güçlüğü, suçluluk hissinin, endişe duygusunun, mükemmeliyetçilik arzusunun, yüksek başarı beklentisinin ve vücut görünümünden aşırı memnuniyetsizliğin ve bunun gibi bazı kişilik ve psikolojik faktörlerin etkisinin olabileceği düşünülmektedir. Anoreksiya nervozalı bireyler genellikle sinirli, obsesif, depresif olarak tanımlanırlar, yeme bozukluğu olan hastaların %50'sinden fazlasında depresyon tanısı bulunur (79).

Anoreksiya nervozanın özellikle kendi hayatı üzerinde kontrol sahibi olmayan kişilerde daha sık görüldüğü belirtilmiştir. Kişi kendisine kontrol edebileceği alan olarak bedenini ve kilosunu seçer. Bu durum ilk başlarda kişiyi memnun etse de birkaç kilo verildikten sonra tatmin duygusu daha da artar. Sonrasında kilo vermek başlı başına bir amaç haline gelir (80).

### **2.3.3. Yeme Bozukluklarının Sonuçları**

Anoreksiya nervoza da sıvı elektrolit dengesindeki bozukluk hayati riskin artmasına neden olabilmektedir (82)

Bulimia nervoza olan kişilerin vücut ağırlıkları ideal kiloda olduğundan sonuçta hayati bir risk oluşturmaz. Ancak anoreksiya nervozalı kişiler vücut ağırlıkları düşük olduğundan hayati risk ile karşı karşıyadırlar. Bulimik yeme bozukluğu olanlarda diş sağlığı, ilaçlara bağlı şişkinlik ve ödem, aşırı kusmaya bağlı sıvı ve elektrolit kayıpları, halsizlik, mide problemleri görülebilir. Bunların yanı sıra aşırı kusmaya bağlı yemek borusunda tahribatlar, aşırı ishale bağlı rektumda incelme görülebilir (81).

Metabolik sistem, yeme bozukluklarından doğrudan etkilenir. Zayıf bir bedene sahip olma isteği, bedende ciddi hasarlar oluşturur. Bu hasarlar (48, 81);

- Kalp ve damar sağlığında sorunlar,
- Erken yaştaki vakalarda büyüme ve gelişme geriliği
- Kemik erimesi ve kemik kütlesinde azalma, diş minesinde erozyonlar,
- Sıvı ve elektrolit dengesizliğine bağlı bozukluklar,
- Kusmaya bağlı özefagus ve mide de hasar
- Amenore, infertilite
- Hormonal bozukluklar, görülebilir.

Anorektiklerde gebelikte düşük riski, bebeklerinde gelişme geriliği ve anomali riski artar. Anoreksiya nervoza durumu, uzun süre devam ettiğinde beyinde ve sinir sisteminin diğer kısımlarında kalıcı hasarlara neden olabilir (81, 83).

### **2.3.4. Yeme Bozukluklarının Tedavisi**

Yeme bozuklukları; fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevlerde önemli bozukluklara neden olan ciddi hastalıklardır. Yeme bozukluğu olan birçok hastanın teşhis edilmeyip, tedaviye başvurmamalarına rağmen son yıllarda tedavi şekilleri önemli ölçüde gelişmiştir (78).

Uygun bir tedavi, çeşitli branşlardaki hekimlerin (psikiyatrist, pediatrist, gastroenterolog, jinekolog ve endokrinolog), psikologlar ve diyetisyenler ile ortak bir işbirliği içinde çalışmalarını gerektirir. Hastalık belirtileri ortaya çıkar çıkmaz birey ve



ailesinin psikolojik tedaviye başlaması gerekir. Hastalığın ilerlemesi, hastanede psikiyatrik tedaviyi de gerektirir (84).

Tedavinin hangi ortamda yapılacağına dair ne bir görüş birliği yoktur. Ağırlıklı olarak desteklenen görüş, acil durumlarda hastane tedavisinin tercih edilmesidir. Hastaneye yatışı gerektiren durumlar aşağıdaki gibi sıralanabilir.

- Olması gereken ağırlıktan % 30 ve üzerinde kayıp,
- Ayaktan tedavinin başarısızlığı,
- Sürekli olarak besin reddi,
- Kusma,
- Ciddi depresyon,
- İntihara eğilim,
- Akut psikotik durumlar ve
- Fiziksel komplikasyonların varlığı.

Yatarak tedavide amaç; genel durumun iyileştirilmesi, ağırlık kazanımı ve bunun korunması, yeme alışkanlığının değiştirilmesine yönelik değişik tekniklerin uygulanması ve bir yandan da psikoterapi uygulamalarının başlatılmasıdır. Tedavideki güçlüklerden en önemlisi, ağırlık artışı nedeni ile ortaya çıkan bir bozukluk olduğundan tedavinin ilk hedefi hastaya hemen ağırlık kazandırmak değil beden algı bozukluğunun düzeltilmesi olmalıdır.

Tedavinin başarısını belirleyen temel ölçüt, beden algı bozukluğunun giderilmesidir. Beden imgesi düzelmemiş anoreksiya nervozalı bireyler, tedavi sonlandıktan sonra yeni beden ağırlığını kabullenmeyip, çok daha hızlı zayıflama sürecine girebilir. Bu nedenle tedavide algıyı düzeltmek oldukça önemlidir (85).

Birey kendi bedenini objektif bir şekilde algılayamaz. Birey bedenini subjektif olarak algılar. Bireyin beden algısı diğer bireylerin bakışları ve değerlendirmeleri ile uyum sağlamayabilir. Beden algısı bozulmuş bireylerin, yargıları diğer bireylerden çok daha sert ve olumsuzdur. Beden algısını değiştirmek için terapistler bireylere, beden algısıyla hissettikleri ve gördükleri kişinin gerçek (objektif) fiziksel görünüşünün olmadığını, daha çok bedeni hakkında kendisinin görüşü veya “zihinsel resmi” olduğunu açıklayarak beden algısı düzeltilmeye çalışılmalıdır (86).

Yeme bozuklukları tedavisinde, özellikle ailesiyle yaşayan genç hastalarda, bireysel terapiden ziyade aile terapilerinin etkinliği daha sık önerilir. Bireyin ayrılma, bireyleşme ve kendi kontrolünü kazanma süreçlerini hızlandırmak ve sağlamak için aile ile çalışmak daha faydalı olacaktır. Anorektik hasta hem bireyleşmek isterken aynı zamanda da diğer aile bireyleri gibi aileden kopmaktan korkmaktadır. Aileden uzaklaştırma yani tecrit, Lasegue'den beri uygulanan en temel yöntemdir. Bu yaklaşım terapötik bir ilişki için elverişli bir ortam oluşturur. Bu süreçte erişkin olmayı reddederek çocuk bedenine kaçan anorektiğe kendi kontrolünü ve erişkin kimliğinin iadesi kazandırılabilir (85).

Yeme bozukluğu olan bir hastayı tedaviye altına almak zordur. Hasta, öncelikle bir hastalığı olduğunu kabullenemez ve kabullenmek istemez. Bu nedenle hastaların %90'nı tedaviyi reddeder ve tedavi edilemezler. Bu sebeple tedavi yaklaşımlarının hastaya en uygun şekilde uygulanması gerekir. Yeme bozukluklarının tedavi yaklaşımındaki aşamalar en temel adımlar ile şu şekilde özetlenebilir (49):

- Bireyin yaşı, boyu ve cinsiyeti gibi durumlar gözetilerek en uygun ideal ağırlığa ulaşmasını ve sürdürülmesini sağlamak,
- Bireyin besin alımının kısıtlamasını veya uygunsuz dengeleyici davranışlarını sonlandırmak,
- Bireydeki yeme bozukluklarının temel belirtilerini değiştirerek yerine sağlıklı olanlarını koymak,
- Bireydeki fiziksel komplikasyonları tedavi etmek,
- Bireydeki varsa eğer eşlik eden hastalıkları da tedavi etmek,
- Bireyde akut düzelme sonrası 5 yılda atakları önlemek

### **2.3.5. Ortoreksiya Nervozanın Tedavisi**

Ortoreksiyanın altında yatan takıntı ile ilgili motivasyon çok yönlü olduğu için tedavisi zordur. Ortorektiklerin obsesif davrandıkları konuları kesinleştirme ihtiyaçları olduğu bildirilmiştir. Ortorektikler sadece besinler konusunda değil, derin duygusal konular dahil olmak üzere pek çok konuda da saplantısı olan kişilerdir (87).

Besinlerle ilgili algıları değiştirmek ve besin seçimindeki katı davranış tutumunu da değiştirir. Tedavi sürecinde algı değişikliği esastır. İrrasyonel düşünceleri yok etmek, hem eğitici hem de ortorektik için oldukça zordur. Bu öğrenileni kabullenerek harekete

çevirmek zaman alıcıdır. Harekete geçirildiği zaman bireye rahatlatıcı bir özgürlük hissi verecektir. Bu nedenle yaşamın temel gereksinimlerinden olan beslenme eğitiminin erken yaşlarda, özellikle okul öncesi dönemde alınması, bireyin yaşam boyu sağlığı açısından büyük önem taşır. Sonraki hedef, “sezgisel beslenme” yi (normal beslenme) geliştirmede önemli olan bilinç-beden arasındaki bağlantı üzerinde çalışmaktır (87).

#### **2.4. Online Diyet ve Danışmanlık**

Gelişen teknoloji ile beraber metropollerde, zamanı en tasarruflu şekilde kullanmak bireylerin kendisine ekstra zaman ayırabilmeleri ve hatta dinlenebilmeleri için oldukça gerekli bir hal almıştır. Ulaşımın zaman aldığı günümüzde bireyler diyetisyene gitmeyi zaman kaybı olarak görebiliyorlar. Teknolojik olarak da telefonlarında bulabileceklerini düşündükleri diyet ve egzersiz programlarını daha çok tercih ediyorlar. Sosyal medya kanalında, pek çok diyet ve egzersiz programı bulmak mümkün olmakla birlikte sağlık sektöründeki bireyin sağlığını riske atan diyet ve egzersiz gibi kritik konulardaki bilgi kirliliği de göz ardı edilemeyecek büyüklüktedir. Diyet ve egzersiz programının da bireye özgü olması gerektiği, online diyet tarafındaki kullanıcı tarafından unutulmamalıdır.

Online diyetin geleneksel yöntemlerden farkına bakıldığında online taraf bireye her gün her saat ulaşabiliyor ve bireyin kendi kendini kontrol edebilmesini aynı zamanda programa daha sadık kalmasını sağlayabilir. Kalori sayaçları, besin içerikleri, anında soru-cevap gibi online tarafın bireyi diyeti sürdürecekt etkileri olması başarı şansını arttırabilir. Ancak unutulmaması gereken en önemli nokta online diyet tarafının da işin ehli diyetisyenler tarafından yapılması gerekliliğidir.

Takip sürecini desteklemek amacı ile kullanılacak olan online takip sistemleri danışanı başarıya daha çabuk götürecekt ve diyetin en önemli parçası olan davranış değişikliğinin daha kolay öğrenilmesini ve hayata geçirilmesini sağlayacaktır. Yapılan çalışmalar da bunu destekler yöndedir (88, 89)

2010-2011 yılları içerisindeki 6 aylık süreç boyunca rastgele alınan 96 hafif şişman ve şişman kadın ve erkek arasında yapılan çalışmada diyet ve egzersiz için mobil uygulamalar kullanan ve kullanmayan iki grup oluşturulmuştur. 6 ay boyunca izlenen bireylerde, mobil uygulama kullananların kullanmayanlara göre daha çok

egzersiz yaptığı ve mobil uygulama kullananların kullanmayanlara göre diyetlerinde daha az kalori aldıkları tespit edilmiştir (88).

Sürekli takip ediliyormuş hissini, bireyin diyet ve egzersiz programına daha sadık kalarak başarı elde etmesine destek olduğu söylenebilir.

Bir başka çalışmada ise 21-55 yaş aralığındaki yaş ortalaması  $44.2 \pm 8.7$  ve BKİ'si  $33.7 \pm 3.6$  kg/m<sup>2</sup> olan 51 kişi 3 gruba ayrılmıştır. Bu gruplar; standart ağırlık kontrol programı, standart ağırlık kontrol programına ek teknoloji paketi (aylık telefon görüşmeleri, kalori takip eden kol bandı ve internet sitesinden takibi içerir) ve sadece teknoloji paketidir. Araştırmada en iyi sonucun standart ağırlık kontrol programına ilave edilen teknoloji paketi olduğu saptanmıştır (89).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırma Tipi ve Modeli**

Bu araştırma Online diyet alan yetişkin bireylerde ortoreksiya nervoza ve ilişkili parametreleri değerlendirmek amacıyla kesitsel tipte ve tarama modeli ile yapılmıştır.

#### **3.2. Evren ve Örneklem**

Araştırmanın evreni; 31 Ocak 2015 – 7 Şubat 2015 tarihleri arasında <https://www.diyetkolik.com/> adresli internet sitesine online diyet almak için başvuran 18-65 yaş arası 268.167 bireyden oluşmaktadır.

Bu kişilerden 12.472 kişi elektronik postayı okumuştur. 4149 kişi anketi açmıştır. 2589 kişi ise anketi doldurmuştur. Anket içerikleri ve ölçüm yapılan anketler incelenmiş, verileri eksik dolduranlar çalışma dışı tutulmuşlardır. Katılımcıların 548'i veri setlerinde ve ölçeklerde yanılmayı arttıracak düzeyde ölçekleri eksik doldurduğundan çalışma dışı tutulmuştur. 18-65 yaş aralığının dışında olan 65 kişi de araştırma dışı bırakılmıştır. Örneklemi 1.972 kişi oluşturmaktadır.

#### **3.3. Veri Toplama Tekniği**

Araştırma, diyetkolik.com'dan gerekli izinlerin alınması ve Okan Üniversitesi Etik Kurulu'ndan alınan onay ile başlamıştır. Onay formu EK-1'dedir. Anket formları katılımcılara e-posta yolu ile gönderilmiş, çalışmaya katılmayı kabul eden kişiler online olarak formu doldurmuştur.

Çalışma verileri <https://www.diyetkolik.com/> adresli internet sitesi üzerinden 31 Ocak 2015 – 7 Şubat 2015 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışma verileri, adresi verilen internet sitesine üye olan kişilere EK-2 de gönderilen elektronik posta üzerinden site üzerindeki elektronik anketi doldurması ile elde edilmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri şu şekilde belirlenmiştir;

- 18-65 yaş aralığında olmak,
- Katılmak için gönüllü olmak
- Onam formunu onaylamış olmak,
- Okur yazar olmak.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Çalışmada iki farklı veri toplama aracı kullanılmıştır. Veri toplama aracı olarak kullanılan Yeme Tutumu Testi (The Eating Attitude Test-40/ EAT-40), Sağlıklı Yeme Takıntısı Testi (Orto-15) ile ilgili detaylı bilgiler aşağıda verilmiştir.

#### **3.4.1. Demografik Bilgiler**

Demografik bilgiler anketi araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Demografik bilgilerde online olarak diyet almak için başvuran kişilerin kişisel bilgilerini (boy, kilo, yaş, cinsiyet vb) toplamak için hazırlanan bir anket yer almaktadır.

#### **3.4.2. Yeme Tutumu Testi (The Eating Attitude Test-40/ EAT-40)**

Yeme Tutum Testi (EAT-40), anoreksiya belirtilerinin objektif olarak değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş, 40 maddeden oluşan bir kendi kendine bildirim ölçeğidir. Maddeler 6`lı likert tipi bir ölçek üzerinde işaretlenmektedir. Maddeler; “her zaman”, “sık sık”, “genellikle”, “bazen”, “nadiren” ve “hiçbir zaman” seçeneklerinden oluşan 6 noktalı çoktan seçmeli dereceli bir ölçek şeklini ikinci düzenlemesinde almıştır. Patoloji açısından her bir uç yanıt için 3, diğer seçenekler için 2 ve 1 puan verilerek değerlendirilmektedir. Derecelendirmenin puanlanmasıyla toplam puan elde edilmektedir. Otuz puan ve üzeri anlamlı olup toplam puan düzeyi psikopatoloji düzeyiyle doğrudan ilişkilidir. Anoreksiya için ayırım puanı 30 olarak belirlenmiştir, testten en fazla 120 puan alınabilir. EAT-40 risk profillerinde; EAT-40 toplam puanı 21`den düşük ise düşük risk, 21-30 arasında ise orta risk, 30`dan yüksek ise yüksek risk olarak belirlenmiştir (90). EAT-40, pek çok çalışmada yeme bozuklukları olan hastaların, yemek yemekle ilgili davranış ve tutumları ile normal bireylerdeki yeme davranışında olası bozuklukların belirtilerini ölçmek üzere yapılandırılmıştır.

#### **3.4.3. Sağlıklı Yeme Takıntısı Testi (Orto-15)**

ORTO-15 ölçeği, Steven Bratman (54) tarafından bireylerde ortoreksiya nervoza belirtilerini saptamak amacıyla geliştirilmiş 10 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeği olarak hazırlanmıştır. Donini`nin ORTO-15 ölçeği, Bratman`in 10 soruluk ortoreksiya kısa soru kağıdı baz alınarak geliştirilmiştir. Bratman`in bazı soruları çıkarılıp yerlerine farklı sorular eklenmiştir. Son haliyle ORTO-15 ölçeği, Donini (53) tarafından Bratman`in kısa soru kağıdı uyarlanarak ilk olarak İtalya`da

Latinler için geliştirilmiş ve ortoreksiya nervoza eğilimini değerlendirmek için düzenlenmiş 15 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir.

Maddeler şimdiki zamanda, 4 dereceli formatta cevaplanacak biçimde yazılmıştır. “Çok sık” maddesi kapsam dâhiline alınmamıştır. Maddelerden 2, 5, 8 ve 9. maddeler (3, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 15 maddelerinin) tersine puanlanmaktadır. Ölçeğin kritik maddeleri 3, 5, 6, 7, 11, 13 ve 15’tir. Ölçekte, bireylerin kendilerini ne sıklıkla maddelerde tarif edildiği şekilde hissettiklerini “her zaman”, “sık sık”, “bazen” ve “hiçbir zaman” seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtmeleri istenmiştir. Her madde en çok 1, 2, 3 ve 4 puandan biriyle derecelendirilmiştir..

Maddeler, bireylerin seçme, satın alma, hazırlama ve kendilerinin sağlıklı olarak nitelendirdikleri besinleri tüketme konularındaki obsesif davranışlarını araştırmaktadır.

Ortoreksiya için ayırt edici kriter olan cevaplara “1”, normal yeme davranışı eğilimi gösteren cevaplara “4” puanı verilmiştir. Ölçekten en az 15, en fazla 60 puan alınabilmektedir. Sağlıklı yeme davranışında olanlar (ortorektikler) anlaşıldığı üzere bu ölçekten daha düşük puan almaktadırlar. Kırılım puanı 33 olarak alınır. 33 ve altında puan alanlar daha yüksek ortorektik eğilim gösteren kişilerdir.

**Tablo 1. Ortoreksi ortoreksiya nervoza testi yanıt puanlaması**

<b>ORTO-15 TEST YANITLARININ PUANLAMASI</b>				
<b>Maddeler</b>	<b>YANITLAR</b>			
	<b>Her zaman</b>	<b>Sık sık</b>	<b>Bazen</b>	<b>Hiçbir zaman</b>
<b>2-5-8-9</b>	4	3	2	1
<b>3-4-6-7-10-11-12-14-15</b>	1	2	3	4
<b>1-13</b>	2	4	3	1

#### **3.4.4. Beden Kütle İndeksi (BKİ)**

BKİ, vücut ağırlığının, boyun karesine oranı olup en pratik vücut ağırlığını değerlendirme yöntemidir.

$$BKİ (kg/m^2) = \text{Vücut Ağırlığı (kg)} / \text{Boy}^2 (m)$$

BKİ'nin hesaplanmasıyla bulunan değer, aşağıda yer alan sınıflandırmaya göre gruplandırılarak vücut ağırlığı değerlendirilmesi yapılır.

<b><u>BKİ Değeri</u></b>	<b><u>Sınıflandırma</u></b>
18.5 altı	Zayıf
18.5-24.9	Normal
25.0-29.9	Hafif Şişman
30.0 ve üstü	Şişman

### **3.5. Verilerin Değerlendirilmesi**

Analizlerde tanımlayıcı ölçütlerden frekans, yüzde; merkezi yaygınlık ölçütlerinden standart sapma ve en büyük – en küçük değer kullanılmıştır. İki değişkenin ortalamaları arasındaki farkın anlamı için bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Ayrıca sayımla belirlenen verilerin karşılaştırılmasında  $X^2$  testi kullanılmıştır. İki'den fazla grubun ortalamaları arasındaki farkın anlamlılık değerlendirilmesinde; normal dağılım koşullarında, tek yönlü ANOVA ve ardından post hoc test olarak; Scheffe testi kullanılmıştır. Non-parametrik verilerin ilişkisinin araştırılmasında Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. P değerleri 0,001 altında olan değerler anlamlı olarak kabul edilmiştir.



#### 4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan bir internet sitesine online diyet almak için başvuran 18-65 yaş aralığında yetişkin bireylerin demografik bilgileri yer almaktadır. Çalışmaya toplam 1.972 kişi alınmıştır.

**Tablo 2. Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyet ve yaş dağılımları**

	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	1637	83.0
Erkek	335	17.0
<b>Yaş (yıl)*</b>		
18-24	518	26.3
25-34	829	42.0
35-44	445	22.6
45+	180	9.1
Toplam	1972	100.0

\* $p=0,035$

Katılımcıların %83'ü (1637 kişi) kadın, %17'si (335 kişi) erkektir. Yaş yoğunluğu 25-34 yaş aralığında olmak ile beraber yaş ortalaması 31,34 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılanların %26.3'ü (518 kişi) 18-24 yaş aralığında, %42'si (829 kişi) 25-34 yaş aralığında, %22.6'sı (445 kişi) 35-44 yaş aralığında ve %9.1'i (180 kişi) 45 yaş ve üstündedir.

Araştırmada ortoreksiya eğilimi yüksek olanlar (Ort: 31,8 ± 9,8 yıl) ve ortoreksiya eğilimi düşük olanlar (Ort: 31,3 ± 8,8 yıl) arasında istatistiksel olarak yaş farkı gözlenmedi ( $p>0,001$ ).

**Tablo 3. Araştırmaya katılan bireylerin eğitim düzeylerinin dağılımı**

	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>p</b>
<b>Eğitim Düzeyi*</b>				
İlkokul	12	0,6	8,33	0,139
Ortaokul	14	0,7		
Lise	288	14,6		
Ön Lisans	257	13,0		
Lisans	1083	54,9		
Lisansüstü	318	16,1		
Toplam	1972	100,0		

Araştırmaya katılan bireylerin % 0,6'sı (12 kişi) ilkokul, %0,7'si (14 kişi) ortaokul, %14,6'sı (288 kişi) lise, %13'ü (257 kişi) ön lisans, %54,9'u (1083 kişi) lisans ve %16,1'i (318 kişi) lisansüstü eğitimi almıştır.

Ortorektik eğilimi yüksek olanlar ile düşük olanlar arasında eğitim düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,001$ )

**Tablo 4. Araştırmaya katılan bireylerin mesleki dağılımı**

	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>p</b>
<b>Meslek</b>				
Sağlık Personeli	102	5,2	17,721	0,023
Öğretmen	206	10,4		
Mühendis	132	6,7		
Öğrenci	332	16,8		
İşsiz/Çalışmıyor	26	1,3		
Memur	86	4,4		
Ev Hanımı	74	3,8		
Emekli	32	1,6		
Diğer	982	49,8		
Toplam	1972	100,0		

Araştırmaya katılanların %5,2'si (102 kişi) sağlık personelidir. Diğer meslek grubu “Yönetici, muhasebeci, grafik tasarım, satış pazarlama, mimar, avukat, reklam, halkala ilişkiler, bankacı, sigortacı, serbest meslek, sekreter, mali müşavir, turizm, işletmeci, danışman, ticaret ve tekstil” meslek gruplarını kapsamaktadır.

Katılımcıların ortorektik eğilimi yüksek olanlar ile düşük olanlar arasında mesleki açıdan istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0,001$ ).

**Tablo 5. Araştırmaya katılanların boy ve ağırlıkları**

	<b>En Düşük</b>	<b>En Yüksek</b>	<b><math>\bar{x}\pm SS</math></b>
<b>Mevcut Ağırlık</b>	38	179	72,65±0,374
<b>Hedef Ağırlık</b>	37	120	60,45±0,235
<b>Boy (cm)</b>	146	195	166±0,173
<b>Mevcut BKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>	14	61,7	26,1±0,115
<b>Olmak İstenilen BKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>	15	37,5	21,7±0,06

Katılımcıların mevcut ağırlıkları ortalamaları 72,65±0,374 kg'dır. Hedef ağırlık ortalamaları ise 60,45±0,235 kg'dır. Katılımcıların en düşük mevcut ağırlığı 38 kg, en yüksek 179 kg iken en düşük mevcut BKİ'si 14, en yüksek 61,7'dir. Mevcut BKİ ortalaması 26,1±0,115 kg/m<sup>2</sup> dir. Olmak istenilen en düşük ağırlık 37, en yüksek 120 iken en düşük olmak istenilen BKİ, 15 kg/m<sup>2</sup>, en yüksek 37,5 kg/m<sup>2</sup>'dir. Olmak istenilen BKİ ortalaması 21,7±0,06 kg/m<sup>2</sup> dir.

**Tablo 6. Araştırmaya katılanların mevcut BKİ'lerin gruplarına göre dağılımları**

	n	%
<b>Mevcut BKİ grupları</b>		
Zayıf	32	1,6
Normal	898	45,5
Hafif Şişman	650	33
Şişman	392	19,9
<b>Toplam</b>	<b>1972</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya katılanların mevcut BKİ'sine göre %1,6'sının (32 kişi) zayıf, %45,5'inin (898 kişi) normal, %33'ünün (650 kişi) hafif şişman, %19,9'unun (392 kişi) şişman olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılanların mevcut kilolarına göre BKİ değerleri zayıf, normal, hafif şişman ve üzeri olarak gruplandırıldığında, bu gruplar arasında ortorektik eğilim gösterme durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur. Yapılan Post Hoc (Scheffe) testine göre anlamlılık hiçbir grup arasında gözlenmemiştir (tümü için;  $p>0,001$ ).

**Tablo 7. Araştırmaya katılanların mevcut BKİ gruplarına göre dağılımları**

	n	%
<b>Olmak İstenilen BKİ grupları</b>		
Zayıf	155	7,9
Normal	1574	79,8
Hafif Şişman	227	11,5
Şişman	16	0,8
<b>Toplam</b>	<b>1972</b>	<b>100,0</b>

Katılımcıların olmak istedikleri ağırlığa göre BKİ 'ne göre %7,9'unun (155 kişi) zayıf, %79,8'inin (1574 kişi) normal, %11,5'inin (227 kişi) hafif şişman ve %0,8'inin (16 kişi) şişman olmak istediği saptanmıştır.

**Tablo 8. Araştırmaya katılanların mevcut BKİ değerlerinin kendilerini tanımladıkları vücut yapısına göre dağılımları**

	Zayıf		Normal		Hafif Şişman		Şişman		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Çok zayıfım</b>	7	0,4	0	0	0	0	1	0,1	8	0,4
<b>Biraz zayıfım</b>	11	0,6	11	0,6	1	0,1	1	0,1	24	1,2
<b>Normal kilodayım</b>	13	0,7	315	16,0	26	1,3	0	0	354	18,0
<b>Biraz kiloluyum</b>	1	0,1	557	28,2	500	25,4	115	5,8	1173	59,5
<b>Çok kiloluyum</b>	0	0	15	0,8	123	6,2	275	13,9	413	20,9
<b>Toplam</b>	32	1,6	898	45,5	650	33,0	392	19,9	1972	100,0

Katılımcılardan zayıf olup kendini çok zayıf olarak tanımlayan 7 kişi, biraz zayıf olarak tanımlayan 11 kişi, normal kilolu olarak tanımlayan 13 kişi, biraz kilolu olarak tanımlayan 1 kişi bulunmaktadır. Aynı şekilde normal ağırlıkta olup kendini biraz zayıf olarak tanımlayan 11 kişi, normal ağırlıkta olduğun belirten 315 kişi, biraz kilolu olarak tanımlayan 557 kişi, çok kilolu olarak tanımlayan 15 kişi saptanmıştır. Kendini olduğu ağırlıktan daha kilolu gören kişi sayısı 695'tir.

**Tablo 9. Araştırmaya katılanların mevcut BKİ değerlerinin diyet yapma sıklıklarına göre dağılımları**

	Hiç yapmadım		1-4 kez yaptım		5-10 kez yaptım		10'dan fazla yaptım		Sürekli diyeteyim		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Zayıf</b>	16	0,8	12	0,6	1	0,1	0	0	3	0,2	32	1,6
<b>Normal</b>	243	12,3	490	24,8	69	3,5	29	1,5	67	3,4	898	45,5
<b>Hafif Şişman</b>	146	7,4	353	17,9	74	3,8	31	1,6	46	2,3	650	33,0
<b>Şişman</b>	80	4,1	194	9,8	66	3,3	21	1,1	31	1,6	392	19,9
<b>Toplam</b>	485	24,6	1049	53,2	210	10,6	81	4,1	147	7,5	1972	100,0

Araştırmaya katılanların zayıf olup hiç diyet yapmayan 16 kişi, 1-4 kez diyet yapan 12 kişi, 5-10 kez diyet yapan 1 kişi, sürekli diyet yapan 3 kişi vardır. Katılımcılardan normal ağırlıkta olup hiç diyet yapmayan 243 kişi, 1-4 kez diyet yapan 490 kişi, 5-10 kez diyet yapan 69 kişi, 10'dan fazla diyet yapan 29 kişi ve sürekli diyet yapan 67 kişi vardır. Zayıf ve normal kiloda olup kendini kilolu gördüğü için diyet yapanların sayısı 671'dir.

Ortorektik eğilim gösterenler ve göstermeyenlerin diyet yapma durumları yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur ( $X^2 = 0,47, p > 0.001$ ).

**Tablo 10. Araştırmaya katılanların fiziksel aktivite düzeylerinin dağılımı**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Fiziksel Aktivite Düzeyi</b>		
Çok az aktivite	870	44,1
Az aktivite	498	25,3
Orta aktivite	515	26,1
Ağır aktivite	89	4,5
Toplam	1972	100,0

Araştırmaya katılanların %69,4'ünün (1368 kişi) fiziksel aktivite seviyesi az veya çok az iken katılımcıların %30,6'sının (604 kişi) fiziksel aktivite düzeyi orta ve ortanın üzerindedir.



**Tablo 11. Araştırmaya katılanların mevcut BKİ aralıklarının fiziksel aktivite durumlarına göre dağılımı**

	Çok az aktivite		Az aktivite		Orta aktivite		Ağır aktivite		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Zayıf</b>	10	0,5	11	0,6	7	0,4	4	0,2	32	1,6
<b>Normal</b>	353	17,9	259	13,1	245	12,4	41	2,1	898	45,5
<b>Hafif Şişman</b>	300	15,2	152	7,7	163	8,3	35	1,8	650	33,0
<b>Şişman</b>	207	10,5	76	3,9	100	5,1	9	0,5	392	19,9
<b>Toplam</b>	870	44,1	498	25,3	515	26,1	89	4,5	1972	100,0

Katılımcılardan zayıf olup orta ve üzeri düzeyde aktivite yapanların sayısı 11 kişi iken, normal kiloda olup orta ve üzeri düzeyde aktivite yapan 286 kişi saptanmıştır.

Araştırmaya katılanların %69,4'ünün (1368 kişi) fiziksel aktivite seviyesi az veya çok az iken katılımcıların %30,6'sının (604 kişi) fiziksel aktivite düzeyi orta ve ortanın üzerindedir.

**Tablo 12. Cinsiyete göre yeme tutumu risk dağılımı**

	<21 Düşük risk		21-30 Orta risk		>30 Yüksek risk		$X^2$	$p$	Toplam	
	n	%	n	%	n	%			n	%
<b>Kadın</b>	694	35,2	604	30,6	339	17,2	20,385	0,000	1637	83,0
<b>Erkek</b>	187	9,5	97	4,9	51	2,6			335	17,0
<b>Toplam</b>	881	44,7	701	35,5	390	19,8			1972	100,0

Araştırmada düşük risk taşıyanların 234'ü kadın, 6'sı erkektir. Orta risk taşıyanların 1140'ı kadın, 200'ü erkektir. Yüksek risk taşıyanların 263'ü kadın, 129'u erkektir. Kadınların yeme tutumu puanları, erkeklerin yeme tutumu puanlarına göre daha yüksek olup kadınlar erkeklere göre daha yüksek yeme tutumu riski altındadırlar ( $p<0,001$ ).

**Tablo 13. Ortorektik eğilim gösterenler ve göstermeyenlerin cinsiyet açısından durumları**

	ORTO 15 Puanı ≤ 33		ORTO 15 Puanı >33		$X^2$	<i>p</i>	Toplam	
	n	%	n	%			n	%
<b>Kadın</b>	1354	68,7	283	14,4	0,856	0,355	1637	83,1
<b>Erkek</b>	270	13,7	65	3,3			335	17,0
<b>Toplam</b>	1624	82,4	348	17,7			1972	100,0

Katılımcıların %68,7'si (1354 kişi) kadın olup ORTO-15 puanları 33 ve altında çıkarken katılımcıların %14,4'ü (283 kişi) yine kadın olup ORTO-15 puanları 33'ün üzerinde çıkmıştır. Katılımcıların %13,7'si (270 kişi) erkek olup ORTO-15 puanları 33'ün altında çıkarken katılımcıların %3,3'ü (65 kişi) erkek olup ORTO-15 puanları 33'ün üstünde çıkmıştır.

Araştırmada ortorektik eğilim gösterenler ile ortorektik eğilim göstermeyenler arasında cinsiyet faktörü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,001$ ).

**Tablo 14. Araştırmaya katılanların ortoreksiya eğilimlerine göre ağırlıkları**

	Ağırlık Ort. (SS)	t değeri	P değeri
<b>ORTO 15 Puanı ≤ 33</b>	72,49 ± 16.57 kg	-925	0,35
<b>ORTO 15 Puanı &gt;33</b>	73,40 ± 16.66 kg		

Araştırmaya katılan ve ortorektik eğilim yüksek alan bireylerin ağırlıklarının ortalaması 72,49 ± 16.57 kg iken, ortorektik eğilimi düşük olanların ağırlık ortalaması 73,40 ± 16.66 kg olarak bulunmuştur. Araştırmaya Ortoreksiya eğilimi gösteren ve göstermeyen gruplar arasında ağırlıkları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,001$ ).

**Tablo 15. Ortorektik eğilim olan ve olmayanlarda YTT riskinin karşılaştırılması**

	<21 Düşük risk*		21-30 Orta risk*		>30 Yüksek risk*	
	n	%	n	%	n	%
<b>ORTO 15 Puanı &gt;33</b>	797	40,4	581	29,5	246	12,5
<b>ORTO 15 Puanı ≤ 33</b>	84	4,3	120	6,1	144	7,3

\*Tümü için  $p<0,001$

Ortorektik eğilim gösterenlerin göstermeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek YTT puanları vardır. Yapılan Post Hoc (Scheffe) testine göre anlamlılık düşük, orta ve yüksek risklerin hepsinde gözlenmiştir (Tümü için;  $p<0,001$ ).

**Tablo 16. Ortorektik eğilim gösterenler ve göstermeyenlerin fiziksel aktivite açısından durumları**

	Çok az aktivite		Az aktivite		Orta aktivite		Ağır aktivite		$X^2$	$p$	Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%			n	%
<b>ORTO 15 Puanı &gt;33</b>	732	37,1	410	20,8	417	21,1	65	3,3			1624	82,4
									7,903	0,048		
<b>ORTO 15 Puanı ≤ 33</b>	138	7,0	88	4,5	98	5,0	24	1,2			348	17,6
<b>Toplam</b>	870	44,1	498	25,3	515	26,1	89	4,5			1972	100,0

Ortorektik eğilim gösterme durumunun fiziksel aktivite düzeyleri ile arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.001$ ).

Karıştırıcı faktör olarak yaş alınarak yapılan parsiyel korelasyon testi sonucuna göre tüm örneklemin ağırlığı ve ORTO-15 skoru arasında istatistiksel olarak bir korelasyon bulunmamıştır (korelasyon kat sayısı=-0,3;  $p>0,001$ ). Benzer sonuç örneklemin sadece kadınlar grubu seçildiğinde (korelasyon kat sayısı=-0,29;  $p>0,001$ ) veya sadece erkekler grubu seçildiğinde (korelasyon kat sayısı: 0,051;  $p>0,001$ ) de devam etmiştir.

Karıştırıcı faktör olarak yaş alınarak yapılan parsiyel korelasyon testi sonucuna göre tüm örneklemin ağırlığı ve YTT skoru arasında istatistiksel olarak bir korelasyon bulunmamıştır (korelasyon kat sayısı=-0,052;  $p>0,001$ ). Benzer sonuç örneklemin sadece kadınlar grubu seçildiğinde (korelasyon kat sayısı: 0,009;  $p>0,001$ ) veya sadece erkekler grubu seçildiğinde (korelasyon kat sayısı=-0,035;  $p>0,001$ ) de devam etmiştir.

## 5. TARTIŞMA

Ortoreksiya nervoza ilk defa 1997 yılında Steven Bratman tarafından Anoreksiya nervoza'yı çeşitlendirmek için tanımlanmıştır (54). Ortoreksiya nervoza; besin seçimi ve tüketiminde çılgınlık düzeyinde zihinsel yönden takıntı ve uğraşmayı tanımlar.

Besin teknolojisinin gelişmesi ile birlikte besinlerin raf ömrünü uzatmak ve daha seri üretimini sağlamak için başvurulan taklit/tağşiş, koruyucu madde kullanımı gibi pek çok faktör, besin alırken ve tüketirken bireylerin takıntı derecesinde besin içerik kontrolü yapmalarına neden olur. Bireylerin daha uzun ve sağlıklı yaşamak için zararlı besin tüketmek yerine “aç kalmayı yeğlemelerine” sebep olur.

Sadece besin içeriğinin sağlıklı olması değil aynı zamanda besinlerin kalorileri de Ortoreksiya nervozalı kişi tarafından sağlık kriteri olarak görülebilir. Ortoreksiya nervoza için Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda henüz bir tanı kriteri olmasa da ON gibi yeme bozuklukları, bireyin yeme davranışları ile fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden yapısını da olumsuz yönde etkiler.

YTT riskinin artması bireyde daha fazla anorektik eğilimin oluşmasına sebep olacağı için sağlıklı beslenme takıntısı geliştirmesi de beklenebilir. Bizim çalışmamızda ortorektik eğilim gösterenlerin göstermeyenlere göre YTT puanları daha yüksek olarak bulunmuştur (Post Hoc tümü için;  $p < 0,001$ ). YTT riskinin yüksek olması nedeniyle, AN eğilimi gösterdikleri için bu kişilerde aynı zamanda ON gelişme riski de yüksektir. AN olan bireyler seçici ve kısıtlı besin tüketimini kendileri için sağlıklı olarak görürler. Bu durumda ON tanı kriterleri hastalık durumuna göre değişiklik gösterebilir. Araştırmamızda bulunan bu sonuç daha önce yapılan bir çalışma ile de uyumludur (91). Ancak diğer iki çalışmanın sonucunda, YTT ve ortoreksiya skoru arasında negatif korelasyon olduğu ileri sürülmüştür (57,92). Gezer ve Kabaran yapmış oldukları çalışmada, yeme davranış bozukluğu riski arttıkça ortoreksiya nervoza riskinin azalmasını, seçilen grubun beslenme ve diyetetik öğrencileri olmasından dolayı konuya daha duyarlı ve bilinçli yaklaşabileceklerinden kaynaklanabileceğini ileri sürmüşlerdir (92). Çeşitli çalışmalardaki çelişkili bulgular örneklem grubunun farklılıklarından ve yöntemsel farklılıklardan kaynaklanabilir.

Kadınların dış görünüşüne erkeklerden daha fazla özen göstermeleri ve dikkat etmeleri nedeni ile ortorektik eğilimin cinsiyete göre kadınlarda daha sık görülmesi beklenebilir. Aynı zamanda kadınların yağ dokularının kas dokularına oranının daha

fazla olması ve erkeklere oranla daha inaktif olmaları nedeniyle kilo almaya daha yatkınlardır. Bu durum da kadınlarda daha fazla ortorektik eğilime neden olabilir. Bununla birlikte bu alanda yapılan çalışmaların sonuçları çelişkili bulgular vermiştir. Bizim çalışmamızda cinsiyet faktörünün ortorektik durum üzerinde etkisi olmadığı gösterilmiştir. Cinsiyet faktörü ile ortorektik eğilim arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ( $X^2=0,856$ ,  $p=0,355$ ). Erkeklerin günümüzde atletik bir vücuda ulaşmak için düzenli egzersiz ve diyet yapma alışkanlığını sürdürdükleri ve bu alışkanlıkları en az kadınlar kadar takıntı haline getirebilecekleri düşünülebilir. Daha önce yapılan bazı çalışmaların sonucu da bizim çalışmamızla uyumludur (93-95). Varga ve arkadaşları cinsiyet faktörünün ortorektik durum üzerinde etkisi olmamasının sınırlılıklarından biri olarak erkek sayısının kadın sayısından daha az olmasından kaynaklandığını belirtmişlerdir (93). Ancak bazı çalışmalarda erkeklerin ortorektik eğilimlerinin kadınlara göre daha yüksek olduğu (52), diğerlerinde ise kadınların daha yüksek ortorektik eğilim gösterdiği saptanmıştır (56).

18-25 yaş aralığında bireyin bedeninin ve dış görünüşünün farkındalığına varması ile daha sağlıklı beslenmek için daha fazla çaba göstereceğinden ortorektik eğilimlerinin daha yüksek olması beklenebilir. Bizim araştırmamızda ortoreksiya eğilimi yüksek olanlar ve ortoreksiya eğilimi düşük olanlar arasında istatistiksel olarak yaş farkı gözlenmedi ( $p=0,035$ ). Yaş ile artan deneyim ve bilgi, sağlıklı beslenmeye eğilimi takıntı haline dönüştürerek arttırabilir. Bu alanda yapılan önceki bir çalışmanın sonucu da bizim çalışmamızla uyumludur (57). Ancak daha önceki birkaç çalışmada ise yaş ilerledikçe ortorektik eğilimin de arttığı saptanmıştır (53, 56, 94). Bu durum ise sağlık ve beslenmeye olan hassasiyetin yaş ile artış göstermesi olarak açıklanmıştır.

Bireylerin ortorektik eğilimlerinin olması durumu ile beslenmelerinde daha özenli ve seçici davranacaklarından daha düşük ağırlıkta olması beklenebilir. Bizim çalışmamızda ağırlık ile ortorektik eğilim arasında bir korelasyon olmadığı gösterilmiştir ( $p=0,35$ ). Aynı şekilde mevcut ağırlıklarına göre BKİ değerlerinin de normal olması beklenirken, ortorektik eğilimin BKİ değerlerine göre farklılık göstermediği bulunmuştur (Post Hoc tümü için;  $p>0,001$ ). Bu durum, ağırlık arttıkça diyet yapma eğiliminin artması, hatta sürekli diyetle olma durumunun oluşması ile ve aynı zamanda normal ağırlıkta olduklarında da mevcut ağırlığı ve sağlıklı iyi hali korumak için sağlıklı beslenme takıntısı olan ortorektik eğilimin paralellik göstermesi ile açıklanabilir. Daha önce benzer yönde yapılan çalışmalarda da BKİ ile ortorektik

eğilim arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (56, 58, 93). Ancak literatürde farklı bulgular da mevcuttur. Bağcı, Çamur ve Güler'in yaptıkları araştırmada BKİ değerinin azalması ile ortorektik eğilimin de anlamlı yönde azaldığı saptanmıştır (94). Farklı bir çalışmada ise BKİ ile Ortorektik eğilim arasında negatif korelasyon olduğu ve bu duruma göre BKİ değeri arttıkça ortoreksiya eğiliminin de arttığı saptanmıştır (52). Buna göre aşırı kilolu veya obez olan bireylerin zayıflamaya yönelik diyet uygulamalarının ve sağlıklı besin tüketimini arttırmalarının ortorektik eğilimlerinin oluşmasına sebep olabileceği ileri sürülmüştür (52).

Eğitim düzeyinin artması ile bireylerin beslenmeleri hakkında daha fazla bilgi sahibi olmaları ve/veya bilgi sahibi olmak istemelerinin, sağlıklı beslenme yönünde eğilim geliştirecekleri düşünülmüştür. Bizim araştırmamızda eğitim düzeyi arttıkça ortorektik eğilimde artış gözlenmemiştir ( $X^2=8,33$ ,  $p=0,319$ ). Bu durumun eğitim düzeyinin düşük olması durumunda, bireylerin sosyal medya kanalları ile aldıkları beslenme bilgisini doğru olup olmadığını ayırt edemeyeceklerinden kaynaklanacağı düşünülebilir. Aynı şekilde eğitim düzeyinin artmasıyla da faydalı olduğu düşünülen beslenme metotlarının hayata geçirilmeye çalışılması ile de ortorektik eğilimde artış oluşabilir. Donini eğitim düzeyinin artmasıyla ortorektik eğilim sıklığının azaldığını, ancak yeme tutumu, OKB ve BKİ ile değerlendirildiğinde ortorektik eğilimlerde eğitim düzeyinin önemini kaybettiğini bulmuştur (53). Performans sanatçıları üzerinde yapılan bir diğer çalışmada ise eğitim düzeyi ile ortorektik eğilim arasında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (96). Arusoğlu, araştırmasında eğitim düzeyinin azalmasıyla ortorektik eğilimin artış gösterdiğini bulmuştur (56). Literatürdeki bu sonuçlar doğrultusunda eğitim düzeyinin düşük olmasının ortorektik eğilimi arttırması şu şekilde açıklanabilir; beslenme ile ilgili televizyon, internet gibi sosyal medya kanallarından duyulan veya okunan her bilginin doğru sanılarak kendilerine iyi geleceği düşüncesiyle hayatlarına geçirmeye çalışmaları, bireylerde bir süre sonra ortorektik eğilimin artmasına sebep olabilir.

Sağlık çalışanlarında günün daha fazla saati sağlıkla ilgi düşüncelerini gerektirdiğinden sağlıklı beslenme takıntısı gelişme riski daha yüksek olması beklenebilir. Çalışmamızda ortorektik eğilimi yüksek olanlar ile düşük olanlar arasında mesleki açıdan fark olmadığı bulunmuştur ( $X^2=17,721$ ,  $p=0,023$ ). Daha önce yapılan bir çalışmanın sonucu da çalışmamızla uyumludur (57). Benzer yönde yapılan bir diğer çalışmada ise öğretim görevlilerinin diğer meslek gruplarına göre daha fazla ortorektik belirti gösterdikleri bulunmuştur (56).

Ortoreksiya tanısı alanların dış görünüşlerine daha fazla dikkat edeceği ve sağlıklı olmak için daha fazla fiziksel aktivite yapacağı düşünülmüştür. Bizim araştırmamızda ortorektik eğilim ile beraber fiziksel aktivite düzeylerinin daha yüksek olması beklenirken ortorektik eğilim ile fiziksel aktivite düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır ( $X^2=7,903$ ,  $p=0,048$ ). Sağlıklı beslenme takıntısı gelişen bireylerde, fiziksel aktivite de sağlığın bir göstergesi olacağından ortorektik eğilim gösterme durumunda daha çok fiziksel aktivite yapılacağı düşünülmüştür. Ancak ağırlık ile ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkiye benzer olarak şişman olan bireyin sağlıklı olarak gördüğü hedef ağırlığına ulaşmak için ve normal olan bireyin mevcut sağlıklı olarak gördüğü durumunu sürdürebilmesi için benzer düzeylerde egzersiz yaptıkları düşünülebilir. Sağlık personeli olan ve olmayan bireylerin ortorektik eğilimlerini araştıran bir başka çalışmada da fiziksel aktivite düzeyleri ile ortorektik eğilimleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (57). Segura-Garcia'nın çalışmasında ise kadın atletlerde, kontrol grubu olan sedanter kadınlara göre düşük Orto-15 skoru aldıkları görülmüştür (91). Vücut geliştiren bireylerin ortorektik olma durumları üzerine yapılan çalışmada, ortorektik eğiliminin ağırlık ve vücut şekli gerektiren spor dallarındaki bireyler arasında daha yaygın olduğu görülmüştür. Vücut geliştirmek isteyen erkeklerin zayıf ve kaslı bir vücuda ulaşmak için kendilerini baskı altında hissettiklerini belirtmişlerdir (97).

Ortorektik eğilim gösterenlerin daha sağlıklı olmak için diyet yapacakları düşünülmüştür. Çalışmamızda, ortorektik eğilim gösterenlerin diyet yapma sıklıkları ile ortorektik eğilim göstermeyenlerin ortorektik eğilim gösterme durumları arasında fark saptanamamıştır ( $X^2 = 0,47$ ,  $p>0.001$ ). Ancak diyet yapma sıklığı ve ortorektik eğilim arasında daha önce yapılan bir çalışmaya ulaşılamamıştır.

Bu çalışmanın kısıtlılığı; öncelikle internet ortamında yapılması nedeniyle katılımcılarla yüz yüze görüşebilme şansının olmamasıdır. Yapılan bu çalışmada karıştırıcı faktör olan bireylerdeki hastalık durumları da ortoreksiyaya eğilimi etkileyebileceği için ele alınması gerekirdi. Ortoreksiya nervoza, psikolojik bir yeme bozukluğu olduğundan bu çalışma, psikolojik olarak tedavi görmüş ve görmekte olan bireyler çalışma dışı bırakılarak yinelenabilir. Ortoreksiya nervozadaki beslenme ile ilgili takıntı yaptıkları durumları/besinleri belirlemek için, besin tüketimi formu ve bu konu ile ilgili sorular sorulabilir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ortoreksiya nervosa yeme bozukluğu yeme davranışıyla ilgili yeni bir çalışma alanıdır. Bir internet sitesine diyet almak için başvuran yetişkin kişilerde sağlıklı beslenme takıntısı olup olmadığının saptanması ve bunun yemek yeme tutumu ve ağırlıkları ile ilişkilerinin değerlendirilmesine yönelik sürdürdüğümüz çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar ve öneriler aşağıdaki gibidir. Araştırmamıza katılan bireylerin:

- %83'ü kadın, %17'si erkektir. Katılımcıları cinsiyet durumları ile ortorektik eğilimleri arasında farklılık bulunmamıştır.
- Farklı yaş gruplarında yer alan bireylerin ortorektik eğilimleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.
- Ağırlık durumlarına göre ortorektik eğilimleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.
- YTT riski yüksek olan bireylerin ortorektik eğilimleri anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. YTT puanları düşük, orta ve yüksek risklerin hepsinde ortorektik eğilimleri ile ilişkilidir.
- Fiziksel aktivite durumları ile ortorektik eğilimleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.
- Diyet yapma sıklıkları ile ortorektik eğilimleri arasında fark saptanmamıştır.
- Eğitim düzeyi ile ortorektik eğilim arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Bu araştırmadan elde ettiğimiz sonuçlara göre önerilerimiz:

- ORTO-15 testinin geçerlilik ve güvenilirliğini yapan Arusoğlu ORTO-15 ölçeğinin geçerliğinin iç tutarlılık katsayısını 0,44 olarak bulduklarını ve ölçeğin güvenilir bir araç olarak kabul edilebilmesi için yeniden değerlendirilmesi gerektiğini ifade etmiştir (56). Buradan da yapılan çıkarımla ORTO-15 testi yeteri olmamakla beraber ortorektik tanının konması için yeterli ayırım ve kapsamda soru içermemektedir. Beslenme kültürümüz göz önüne alınarak daha kapsamlı ve detaylı bir test geliştirilebilir.

- Supleman kullanımına dayalı beslenme Avrupa ülkelerinde oldukça yaygındır. Ülkemizde de bireylerin sağlıklı, kaliteli ve daha uzun bir yaşam için kendi kendilerine supleman kullanma durumlarının artış gösterdiği düşünülürse gelecekte pek çok bireyin ortorektik eğilim göstermesi olasıdır. Bu durumlar da göz önüne alınarak ortoreksiya nervoza tanı kriterleri ve tedavi yöntemleri üzerine yoğunlaşılmalı ve daha fazla araştırma yapılmalıdır.
- Ortoreksiya olumlu ve olumsuz bir ayrım içermez. Ancak kişilerin bireysel olarak geliştirdikleri sağlıklı beslenme takıntılarındaki “sağlıklı gördükleri durumlar” ve “sağlıklı kabul edilen besinler” in tespit edilmesi durumunda hastalığın tedavisinde yol alınabilmesi mümkün olabilecektir.

## KAYNAKÇA

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. “Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi”. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2004.
2. Güneş Z. Spor ve Beslenme Antrenör ve Sporcu El Kitabı, 6. Baskı, Nobel Yayınevi, Ankara, 2013
3. Baysal A, Kutluay T. Toplu Beslenme Yapılan Kurumlar İçin Yemek Planlama Kuralları ve Yıllık Yemek Listeleri, 4. Baskı, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara. (İlk Baskı 1982).
4. T.C. Mili Eğitim Bakanlığı. Yiyecek İçecek Hizmetleri Besin Öğeleri-1, Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2007.
5. Baysal A. Beslenme, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 1993.
6. Koç S. Obes Adolesanlarda Metabolik Sendrom ve Alkolik Olmayan Karaciğer Yağlanması Araştırılması, Aralarındaki İlişkinin Değerlendirilmesi (Tez). T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Uzmanlık Tezi; İstanbul, 2006.
7. Kazma E. Üniversite Öğrencileri Arasında Obezite Prevalansı ve Oluşum Nedenlerinin Saptanması (Tez). İstanbul Aydın Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Gıda Mühendisliği Bölümü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013.
8. Akbulut Çıtak G, Özmen M, Besler T. “Obezite”, Bilim ve Teknik, Yeni Ufuklara. Mart 2007.
9. Kabalak T. Obezitenin Diyetle Tedavisi, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 1995.
10. Fisher J, Mitchell D, Smiciklas Wright H, Brich L. “Parental influences on young girls fruit and vegetable, micronutrient, and fat intakes” J Am Diet Assoc. 2002,102:58–64.
11. Atkinson RL. “The Management of Eating Disorders and Obesity”, Ed: Goldstein DJ, Totowa NJ. Etiologies of Obesity, Humana Press Inc, 2005.

12. Arslan C, Ceviz D. “Ev Hanımı ve Çalışan Kadınların Obezite Prevalansı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi”, Fırat Üniversitesi, 2007, 21 (5): 211 – 220
13. Annagür BB. “Risk Factors and Impulsivity in Obesity” Current Approaches in Psychiatry 2010, 2(4):572582.
14. Köse O, Çanakçı V, Arabacı T, Sağlam E. “Obezite ve Periodontitis”, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi,2012,(2)2.
15. Koç S. “Obes Adolesanlarda Metabolik Sendromun ve Alkolik Olmayan Karaciğer Yağlanması Araştırılması, Aralarındaki İlişkinin Değerlendirilmesi” (Tez). T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Uzmanlık Tezi; 2006.
16. OECD “Multilingual Summaries Health at a Glance” 2013. <https://data.oecd.org/healthrisk/overweight-or-obese-population.htm> Erişim: 21 Eylül 2015.
17. Yücel N. “Kilolu ve Obez Kadınlarda Obezite ve Benlik Saygısı İlişkisinin Değerlendirilmesi” (Tez). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008.
18. Şarbat G, Demirkol M. “Obezite”. Ed: Ekşi A. Ben Hasta Değilim, Nobel tıp Kitapevi, 1999: 441-450.
19. Sims EA. “Storage and Expenditure of Energy in Obesity and Their Implications for Management”, The Medical Clinics of North America, 1989;73:1;97-110.
20. Björntorp P. International Textbook of Obesity. Türkçe, 1. baskı, And Yayıncılık, İstanbul, 2002.
21. Serter R. Obezite Atlası, Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği, 2003.
22. Metinoğlu İ, Pekol S, Metinoğlu Y. “Kastamonu’da 10-12 Yaş Grubu Öğrencilerde Obezite Prevalansı ve Etkileyen Faktörler” Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012, 2(3).

23. T.C. Sağlık Bakanlığı “Dünyada Obezitenin Görülme Sıklığı” ,<http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=39>, Erişim:10.08.2015.
24. WHO, MONICA The world health organization monica project (monitoring trends and determinants in cardiovascular disease): A major international collaboration. *Journal of Clinical Epidemiology* Volume,1988,2(4): 105-114
25. National Health and Nutrition Examination Survey, Antropometry procedures manual. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2004.
26. Neyzi O, Ertuğrul T. *Pediatri* 1, Nobel Tıp Kitapevi, 1989: 378-382.
27. Türkiye Diyabet Önleme Ve Kontrol Programı (2011-2014), T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2011.
28. Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu. “Obezite Tanı Ve Tedavi Kılavuzu” 1. Baskı: Mayıs 2014: 15-16.
29. Bray GA. Medical consequences of obesity. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2004; 89:2583-9
30. Jensen MD. *Cecil Medicine*, Editors: Goldman L, Ausiello D, Elsevier PA. Obesity, 23rd Edition USA: 1643- 1652, 2008
31. Falkenberg M. “Steps towards the prevention of obesity and associated complications”, *International Journal of Obesity*, 1999.
32. Proimos, J, Sawyer S. “Obesity in childhood and adolescence”, *Australian Family Physician*, 29, 321-327, 2000.
33. Lau D, Douketis J.D, Morrison K.M, Hramiak I.M, Sharma A.M, Ehad U. “Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children”. *CMAJ*. 176, 1-13, 2007.
34. Weeke P, Andersson C, Fosböl L, ve ark. “The weight lowering effect of sibutramine and its impact on serum lipids in cardiovascular high risk patients with and without type 2 diabetes mellitus-an analysis from the SCOUT lead-in period”, *BMC Endocr Disord* 2010. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6823-10-3>.

35. Aygün N. “Obezite Tanımı, Komplikasyonları, Endokrin Kontrolü ve Beslenme Tedavisi” Okmeydanı Tıp Dergisi 30 (Ek sayı 1):45-49, 2014.
36. Yavuz R, Tontuş Ö. “Erişkin, adölesan ve çocukluk yaş grubunda obeziteye klinik yaklaşım” Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi - Journal of Experimental and Clinical Medicine 30 S69-S74, 2013.
37. Ünalın D, Öztıp B D, Elmalı F, Öztürk A, Konak D, Pırlak B, Güneş D. “Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki”. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 16 (2): 75-81, 2009.
38. American Psychiatric Association (APA) Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (4th Ed.), Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
39. Fairburn CD, Harrison PJ. Eating disorders. Lancet 2003; 361:407-16.
40. Mathieu J. “What is orthorexia?”, Journal of the American Dietetic Association, 105 (10): 1510-1512, 2005.
41. Graham Y. The Ohio State University Extension Fact Sheet, Introduction: “Eating disorders awareness”. <http://ohioline.ag.ohio-state.edu>.2015.
42. Güney E, Kuruoğlu AÇ. “Yeme bozukluklarında beyin görüntüleme yöntemleri”. Klinik Psikiyatri, 10: 93-101, 2007.
43. DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Köroğlu E, editor: Amerikan Psikiyatri Birliği; 2013.
44. Özenoğlu A. Yeme Bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Komorbidite. Ankara: Başkent Üniversitesi, 2011.
45. APA, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed.-Text Revision (DSM-IV-TR). Washington D.C., American Psychiatric Association, 2000.
46. APA, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-IV). Washington D.C., American Psychiatric Association, 2013
47. Ercan A. Yeme Bozuklukları. ALPHAN E, Hatiboğlu Yayınları, Ankara, 2013.

48. Garfinkel P.E, Lin E, Goering P, Spegg C, Goldbloom, D.S, Kennedy S. "Should amenorrhea be necessary for diagnosis of anorexia nervosa?" Evidence from a Canadian community sample. *British Journal of Psychiatry*. 168:500-506, 1996.
49. Yücel B. "Estetik Bir Kaygıdan Hastalığa Uzanan Yol- Yeme Bozuklukları". *Klinik Gelişim Dergisi*. 2009; 22(4):39-44.
50. Öztürk O, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 11. Baskı, Ankara, 2008.
51. Halmi KA. "In Comprehensive Textbook of Psychiatry" BJ, VA. Volume II Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
52. Fidan T, Ertekin V, Işıkyay S, Kırpınar Ş. "Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum", Turkey, *Comprehensive Psychiatry*, 51 (1): 49-54, 2010.
53. Donini L.M, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Canella C. "Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon", *Eating and Weight Disorders*, 2004, 9:151-157.
54. Bratman S, Knight D. "Health Food Junkies: Overcoming the Obsession with Healthful Eating", Broadway Books, New York, 2000.
55. Cartwright MM. "Eating disorder emergencies: understanding the medical complexities of the hospitalized eating disordered patients" *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 2004,16 (4):515-30.
56. Arusoğlu, G. Sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya) belirtilerinin incelenmesi ve orto-15 ölçeğinin uyarlanması (Tez). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Diyetetik Programı Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 2006.
57. Ergin G. Sağlık Personeli Olan Ve Olmayan Bireylerde Ortoreksiya Nervosa Sıklığı Araştırması (Tez). Ankara, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme Ve Diyetetik Yüksek Lisans Tezi; 2014.
58. Werne J. *Yeme Bozuklukları Terapisi*, Y I. İstanbul: Prestij Yayınları; 2008.
59. Bayraktar F. Aşırı Yeme Bozuklukları. *Türkiye Klinikleri J Endocrin*. 2009, 2(3):25-9.

60. Orlist SRJ RPM. Helping Children With Eating Disorders: Quintessential Research on Etiology, Prevention, Assesment, and Treatment. Santa Barbara: University of California; 2002.
61. Uskun E, Sabapli A. The relationship between body image and eating attitudes of secondary school students. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013.
62. Young S, Wilson M, Miller D, Hillier S. Toward a comprehensive approach to the collection and analysis of pica substances, with emphasis on geophagic materials. Plos One. 2008, 3(9):3147.
63. Baş M. Diyetel yaklaşım ve ağırlık yönetimi ilişkisi. Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi. Editör, Baysal A, BAŞ M. 1'inci baskı. İstanbul. 2008, 202-232.
64. Orhan FÖ, Tuncel D. Gece Yeme Bozuklukları Night Eating Disorders Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2009, 1: 132-154.
65. Allison KC, Lundgren JD, O'Reardon JP. The night eating questionnaire (NEQ):psychometric properties of a measure of severity of the night eating syndrome. Eat Behav 2008, 9: 62-72.
66. Choi P, Pope H, Olivardia R. Muscle dysmorphia: a new syndrome in weightlifters. British Journal of Sports Medicine. 2002, 36:375-377.
67. Davison G C, Neale J M. Anormal Psikolojisi, Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:29, 2004.
68. Kadioğlu M, Ergün A. Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumu, Öz-Etkililik ve Etkileyen Faktörler, MÜSBED 2015, 5(2):96-104.
69. Tanrıverdi D, Savaş E, Gönüllüoğlu N, Kurdal E, Balık G. Lise Öğrencilerinin Yeme Tutumları, Yeme Davranışları ve Benlik Saygılarının İncelenmesi Gaziantep Tıp Dergisi 2011, 17(1):33-39.
70. Göktürk Ü. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi. İstanbul Üniversitesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2000.



71. Son G, Hoeken D, Bartelds A, Furth E, Hoek H. Urbanisation and the incidence of eating disorders. *British Journal of Psychiatry*. 2006, 189;562-563.
72. Ertaş HS. Yeme bozuklukları, Anoreksiya, Bulimia ve Diğerleri, İstanbul, Timaş Yayınları, 2006.
73. Rastam M, Gillber C. The family background in anorexia nervosa: a population-based study, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1991, 30(2):283-289.
74. Gershon ES, Schreiber JL, Hamovit JR, Dibble ED, Kaye W, Nurnberger JI Jr; Andersen AE; Ebert M. Clinical findings in patients with anorexia nervosa and affective illness in their relatives, *Am J Psychiatry* 1984; 141:1419-1422.
75. Kasset JA, Gershon ES, Maxwell ME, Guroff JJ, Kazuba DM, Smith AL, Brandt HA, Jimerson DC. Psychiatric disorders in the relatives of probands with bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1989, 146:1468-1471.
76. Strober M, Lampert C, Morell W. A Controlled family study of anorexia nervosa: evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders. *Int J Eat Disorders* 1990, 9:239-253.
77. Satman İ, Yılmaz T, Sargın M. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey, *Diabetes Care*, 2002, 25 (9): 1551-1556.
78. Kocabaşoğlu N. Yeme Bozuklukları. *Yeni Symposium* 2001, 39 (2): 95-99.
79. Hasbay S A. “Balerinlerde yeme bozuklukları, amenore ve osteoporozis görülme durumunun saptanması” (Tez). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara, 2005.
80. Jimerson S R , Pavelski R, Orlist M. Helping children with eating disorders: quessential research on etiology, prevention, assesment and treatment. *Handbook of Crisis Counseling, İntervention and Prevention in the Schools*, 2nd Edition, Lawrence Erlbaum Associates, Publisher, 2002.

81. Dönmez N. “Tip I diabetes mellituslu bireylerde yeme davranışı bozuklukları ve etkileyen etmenleri saptamaya yönelik bir çalışma” (Tez). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Diyetetik Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara , 2005.
82. Tahiroğlu A, Fırat S, Diler R, Avcı A. Erkek çocuklarda yeme bozuklukları; bir anoreksiya nervosa vakası, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2005; 48: 151-157.
83. Stunkard A, Stellar E. Eating and Its Disorders. Raven Pres, New York, 1984.
84. Cinemre B. Yeme bozuklukları: epidemiyoloji ve eşlik eden hastalıklar. Yeme Bozuklukları. İzmir: Ege Psikiyatri Süreli Yayınları 1999, 4 (2):137-154.
85. Keçeli F. “Yeme Bozukluğu Hastalarında Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Kişilik Bozukluğunu saptamaya yönelik bir çalışma” (Tez). Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.
86. Cooper Z, Fairburn C, Hawker D. Obezitenin Bilişsel Davranışçı Tedavisi, Çetin M, Sabancıoğlu F. Yılmaz Matbaası, İstanbul, 2007.
87. Sinton S. Healthy eating may be hazardous to your health, 2005.
88. Turner-McGrievy GM, Beets MW, Moore JB, Kaczynski AT, Barr-Anderson DJ, Tate DF. Comparison of traditional versus mobile app self-monitoring of physical activity and dietary intake among overweight adults participating in an Health weight loss program. Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA. 2013, 20(3):513-8.
89. Pellegrini CA, Verba SD, Otto AD, Helsel DL, Davis KK, Jakicic JM. The comparison of a technology-based system and an in-person behavioral weight loss intervention. Obesity. 2012;20(2):356-63.
90. Garner D M, Garfinkel P E. The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 1979, 9:273-279.
91. Garcia C, Papanianni MC, Caglioti F, Procopio L, Nisticò CG, Bombardiere L, ve ark. Orthorexia nervosa: a frequent eating disordered behavior in athletes. Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity.2012, 17(4): 226-233.

92. Gezer C, Kabaran S. Beslenme ve diyetetik bölümü kız öğrencileri arasında görülen ortoreksiya nervosa riski, SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt 4/ Sayı 1/ 2013.
93. Varga M, Dukay-Szabó S, Túry F, van 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.
94. Bağcı Bosi AT, Çamur D, Güler Ç. Prevalence of Orthorexia Nervosa in Resident Medical Doctors in the Faculty of Medicine, Ankara, *Appetite*. 2007, 49(3): 661-666.
95. Kazkondur İ. "Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervosa (sağlıklı beslenme takıntısı) belirtilerinin incelenmesi" (Tez). Yüksek Lisans tezi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2010.
96. Aksoydan E, Camci N. Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eating and Weight disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2009, 14(1): 33-37.
97. Eriksson L, Baigi A, Marklund B, Lindgren E C. Social physique anxiety and sociocultural attitudes toward appearance impact on orthorexia test in fitness participants. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 2008, 18: 389-394.

## EKLER

### Ek 1. Etik Kurul Onay Formu

Toplantı Sayısı:40

Okan Üniversitesi  
Etik Kurulu  
"Kurul Kararları"  
Toplantı Tarihi: 12.06.2014  
Toplantıya Katılanlar:  
Prof. Dr. Alınur Büyükaksoy (Başkan)  
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen (Üye)  
Prof. Dr. Mithat Kıyak (Üye)  
Prof. Dr. Serap Keskin Kızıroğlu (Üye)  
Yrd. Doç. Dr. Güliz Muğan (Üye)  
Yrd. Doç. Dr. Uğur Cevdet Panayırıcı (Üye)  
Yrd. Doç. Dr. Nevin Karaaslan Balıkcı (Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 12.06.2014 tarihinde Prof. Dr. Alınur Büyükaksoy'un Başkanlığında toplandı ve çoğunluk mevcut olduğundan gündeme geçildi.

- 1-Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencisi **Kamuran Didem ÖZKAHYA'nın "Online Diyet alan Yetişkin Bireylerde Ortoreksiya Nevroza ve İlişkili Parametrelerin Değerlendirilmesi"** başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 2-Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencisi **Nuh BAYRAM'ın "Kamu Hastanelerinde Hemşirelik Mesleğine Bakış Açısının Değerlendirilmesi, Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği"** başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 3-Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencisi **Sabiha KESKİN'in "Kistik Fibrozlu Çocuklara Verilen Beslenme Eğitiminin Besin Alımına, Yeme Davranışlarına ve Solunum Fonksiyonlarına Etkisi"** başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 4-Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü – Klinik Psikoloji-Yetişkin Odaklı Bölümü öğrencisi **Sevde BULDUK'un "Postpartum Depresyona Bir İntervasyon Yöntemi Olarak Yoganın Etkisi"** başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 5- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencisi **Zehra Margot ÇELİK'in "Online Diyet Alan Yetişkin Bireylerin Obezite, Yeme Tutum ve Depresyon İlişkilerinin Değerlendirilmesi"** başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi.

**ASLI GİBİDİR**



Yapılan görüşmeler sonucunda;

- Karar 1.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencisi **Kamuran Didem ÖZKAHYA**'nın “**Online Diyet alan Yetişkin Bireylerde Ortoreksiya Nevroza ve İlişkili Parametrelerin Değerlendirilmesi**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 2.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencisi **Nuh BAYRAM**'ın “**Kamu Hastanelerinde Hemşirelik Mesleğine Bakış Açısının Değerlendirilmesi, Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 3.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencisi **Sabiha KESKİN**'in “**Kistik Fibrozlu Çocuklara Verilen Beslenme Eğitiminin Besin Alımına, Yeme Davranışlarına ve Solunum Fonksiyonlarına Etkisi**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 4.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Klinik Psikoloji-Yetişkin Odaklı Bölümü öğrencisi **Sevde BULDUK**'un “**Postpartum Depresyona Bir İntervasyon Yöntemi Olarak Yoganın Etkisi**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 5.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencisi **Zehra Margot ÇELİK**'in “**Online Diyet Alan Yetişkin Bireylerin Obezite, Yeme Tutum ve Depresyon İlişkilerinin Değerlendirilmesi**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Mihir Büyükkaksoy  
(Başkan)

Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen  
(Üye)

Prof. Dr. Mithat Kıyak  
(Üye)

Prof. Dr. Serap Keskin Kızıroğlu  
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Nevin Karaaslan Balıkcı  
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Güliz Muğan  
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Uğur Cevdet Panayırıcı  
(Üye)

**ASLİ GİBİDİR**



## Ek 2. Bilgilendirici E-posta İçeriği

### Sevgili Diğdem,

Beslenme konusunda kendi tutumlarının ne kadar doğru veya hatalı olduğunu biliyor musun?

Testimizi çözerek yeme tutumunla ilgili sonuçları öğren; bir haftalık ücretsiz üyelik\* sana hediye ederiz!

Yeter ki sen sağlıklı beslenme alışkanlıklarını daha fazla benimse ;)

Testimizi özdüğünde Bireylerin Yeme Tutumları ile ilgili bilimsel araştırma projesine katkıda bulunmuş olacak ve de testin sonunda alacağın sonuçlara göre beslenme konusunda ne kadar doğru veya hatalı tutumlara sahip olduğunu görebileceksin.

Yaklaşık 10 dakikanı alacak testi çözerek bir haftalık ücretsiz üyelik kazanmak için [hemen tıkla](#).

\*Bir haftalık ücretsiz Standart Paket üyeliğidir.

## Ek 3. Online Anket Formu



### Genel Bilgiler

**1** Cinsiyet

- Kadın  
 Erkek

**2** Doğum Yılı (Ör:1988)

**3** Mevcut Kilo

**4** Olmak İstediğin Kilo

**5** Boy (cm)

**6** Medeni Hal

- Evli  
 Bekar  
 Dul

**7** Eğitim Düzeyi

- İlkokul  
 Ortaokul  
 Lise  
 Önlisans  
 Lisans

Lisansüstü

## 8 Meslek

## 9 Sigara Kullanıyor Musunuz?

- Evet  
 Hayır  
 Bazen

## 10 Alkol Kullanıyor Musunuz?

- Evet  
 Hayır  
 Bazen

## 11 Kiminle Birlikte Yaşıyorsunuz

- Yalnız  
 Aile ile birlikte  
 Arkadaşlar ile birlikte  
 Yurtta vb.

## 12 Doktor teşhisi ile konmuş herhangi bir hastalığınız var ise işaretleyin.

- Yok  
 Barsak Hastalıkları  
 Böbrek Hastalıkları  
 Çölyak  
 Depresyon  
 Gut  
 Hipertiroidi  
 Hipotroidi  
 İnsülin Direnci  
 Kabızlık (konstipasyon)  
 Kalp Hastalıkları  
 Kanser  
 Kansızlık (Demir Eksikliği Anemisi)  
 Mide Hastalıkları (Reflü, Ülser, Gastrit)  
 Polikistik Over (Pcos)  
 Reaktif Hipoglisemi  
 Şeker Hastalığı (Tip1 ve Tip2 Diyabet)  
 Tansiyon  
 Yüksek Kolesterol

## 13 Düzenli bir ilaç tedavisi alıyor musunuz?



- Evet
- Hayır

**14** Aşağıdaki seçeneklerden hangisi seni tanımlıyor?

- Çok zayıfım
- Biraz zayıfım
- Normal kilodayım
- Biraz kiloluym
- Çok kiloluym

**15** Geçen 1 yıl süresince kilo vermek için kaç kez diyet yaptın?

- Hiç yapmadım
- 1-4 kez yaptım
- 5-10 kez yaptım
- 10 kezden fazla yaptım
- Sürekli diyet yaparım

**16** Sık kilo alıp verir misiniz?

- Evet
- Hayır
- Bazı dönemlerde

**17** Gebelik durumu ( erkekler yok şikkını işaretlemeli)

- Yok
- Var
- Emziriyorum
- Menepozdayım

**18** Öğün atlar mısın?

- Evet
- Hayır

**19** Hangi öğün/öğünleri sık atlarsınız (birden fazla şık işaretlenebilir)

- Atlamam
- Kahvaltı
- Öğle yemeği
- akşam yemeği
- Ara öğünler

**20** Üzüntülü/stresli olduğumda;

- Daha az yerim
- Değişmez
- Daha çok yerim

**21** Mutlu/heyecanlı olduğumda;

- Daha az yerim
- değişmez
- daha çok yerim

**22** Tatlı krizleriniz olur mu?

- Evet
- Bazen
- Hayır

**23** Uykun düzenli mi?

- Evet
- Hayır

**24** Günde kaç saat uyursun?

- 5 saat ve daha az
- 5-8 saat
- 8-10 saat
- 10 saat ve daha fazla

**25** Kaçta kalkarsın?

**26** Kaçta yatarsın?

**27** Gece uykudan kalkıp yemek yeme alışkanlığınız var mı?

- Evet
- Bazen
- Hayır

**28** Aktivite düzeyin nasıl?

- Çok az aktivite: Gün boyu oturuyorum, egzersiz yapmıyorum
- Az aktivite: Gün boyu oturuyorum, egzersiz yapıyorum

- Orta aktivite:Gün boyu aktifim, egzersiz yapmıyorum
- Ağır aktivite: Gün boyu aktifim, egzersiz yapıyorum

## 29 Bir günde ne kadar su tüketirsin?

- 2 su bardağı ve daha az
- 3-5 su bardağı
- 6-8 su bardağı
- 9-12 su bardağı
- 12 su bardağı ve daha fazlası

## Yeme Tutumu Testi

Anketin bu bölümü sizin yeme alışkanlıklarınız ile ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen şıkla işaretleyiniz.

### 1 Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

### 2 Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

### 3 Yemekten önce sıkıntılı olurum

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

### 4 Şişmanlamaktan ödüm kopar

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık

- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

**5** Açıktağında yemek yememeye çalışırım

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

**6** Aklım fikrim yemektir

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

**7** Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar oldu

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

**8** Yiyeceğı küçük küçük parçalara bölerim

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

**9** Yediğim yiyeceğim kalorisi bilirim

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

**10** Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

**11** Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

**12** Ailem fazla yememi bekler

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

**13** Yemek yedikten sonra kusanım

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

**14** Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

**15** Tek düşüncem daha zayıf olmaktır

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

**16** Aldığım kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz yaparım

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

**17** Günde birkaç kere tartılırım

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

**18** Vücutumu saran dar elbiselerden hoşlanırım

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

**19** Et yemekten hoşlanırım

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

**20** Sabahları erken uyanırım

- Dalma
- Çok Sık
- Sık Sık

- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir Zaman

**21** Günlerce aynı yemeği yerim

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

**22** Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

**23** Adetlerim düzenlidir (yalnızca kadınlar cevaplandırarak)

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

**24** Başkaları zayıf olduğumu düşünür

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

**25** Şişmanlayacağım (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

**26** Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden daha uzun sürer

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

**27** Lokantada yemek yemeyi severim

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

**28** Müshil (bağırsakları çalıştıran ilaç) kullanırım

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

**29** Şekerli yiyeceklerden kaçınırım

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

**30** Diyet yemekleri yerim

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

**31** Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm



- Dalma
- Çok sık
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

**32** Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

**33** Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını düşünürüm

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

**34** Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

**35** Kabızlıktan yakınırım

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

**36** Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık

- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

**37** Diyet yaparım

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

**38** Midemin boş olmasından hoşlanırım

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

**39** Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

**40** Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir

- Dalma
- Çok sık
- Sık sık
- Bazen
- Nadiren
- Hiçbir zaman

## Yeme Atakları Testi (Binge Eating)

Anketin bu bölümü yeme ataklarınız ile ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size en uygun gelen şıkı işaretleyiniz.

**1** Günün herhangi bir zamanında, belli bir sürede (2 saatten daha az bir süre gibi) çevredeki pek çok insandan daha fazla yemek yiyebilirim

- Evet

- Bazen  
 Hayır

**2** Yemek yerken kontrolü kaybettiğimi hissedirim (yemeyi durduramamak veya ne kadar yediğini kontrol edememek)

- Evet  
 Bazen  
 Hayır

**3** Olağandan daha hızlı yemek yerim

- Evet  
 Bazen  
 Hayır

**4** Rahatsız olana kadar yemek yerim

- Evet  
 Bazen  
 Hayır

**5** Aç olmasam bile yemek yemeye devam edebilirim

- Evet  
 Bazen  
 Hayır

**6** Aşırı yemek yediğim zamanlarda yalnız yemek yemeyi tercih ederim

- Evet  
 Bazen  
 Hayır

**7** Aşırı yemek yedikten sonra mutsuzluk ve suçluluk duygusu hissedirim

- Evet  
 Bazen  
 Hayır

**8** Yemek yerken kontrol kaybını ne sıklıkla yaşarsınız?

- Hiç  
 Ayda 1 kereden daha az  
 Ayda 1  
 İki haftada 1  
 Haftada 1  
 Haftada 2 veya daha sık

## Sağlıklı Yeme Takıntısı Testi (OTRO-15)

Anketin bu bölümü sizin yeme davranışlarınız ile ilgilidir. Lütfen her soruyu dikkatlice okuyunuz ve size en uygun gelen şıkki işaretleyiniz.

### 1 Yemek yerken yediklerinizin kalorisine dikkat eder misiniz?

- Her zaman
- Sık sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

### 2 Çeşitli yiyeceklerin olduğu bir yerde yiyecek seçmek durumunda kalırsanız kararsızlık yaşar mısınız?

- Her zaman
- Sık sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

### 3 Son üç ay içerisinde besinler konusunda endişelendiğiniz oldu mu?

- Her zaman
- Sık sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

### 4 Sağlığınız ile ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi?

- Her zaman
- Sık sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

### 5 Yemeğinizin sağlıklı olması sizin için lezzetli olmasından daha mı önemlidir?

- Her zaman
- Sık sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

### 6 Daha sağlıklı, daha taze besinler almak için daha fazla para harcamak ister misiniz?

- Her zaman
- Sık sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

**7** Sağlıklı beslenme ile ilgili düşünceler sizi günde 3 saatten fazla meşgul eder mi?

- Her zaman
- Sık sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

**8** Sağlıksız olduğunu düşündüğünüz besinleri yediğiniz oldu mu?

- Her zaman
- Sık sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

**9** Sizde ruhsal durumunuz yeme düzeninizi etkiler mi?

- Her zaman
- Sık sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

**10** Besinlerin içerisinde sadece sağlıklı olanları tüketmek kendinize olan güveninizi arttırır mı?

- Her zaman
- Sık sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

**11** Uyguladığınız beslenme tipi yaşam tarzınızı değiştirir mi? (dışarda yeme sıklığı, arkadaşlar vb)

- Her zaman
- Sık sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

**12** Sağlıklı beslenmenin dış görünüşünüzü daha iyi bir hale getirebileceğini düşünür müsünüz?

- Her zaman
- Sık sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

**13** Sağlıksız beslendiğinizde kendinizi suçlu hisseder misiniz?

- Her zaman
- Sık sık

- Bazen  
 Hiçbir zaman

**14** Piyasada sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz?

- Her zaman  
 Sık sık  
 Bazen  
 Hiçbir zaman

**15** Son zamanlarda yemeklerinizi özellikle tek başınıza yemeyi tercih eder misiniz?

- Her zaman  
 Sık sık  
 Bazen  
 Hiçbir zaman

## Beck Depresyon Ölçeği

Anketin bu bölümünde yer alan her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DAHİL, GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hisettiğinizi en iyi anlatan cümleyi işaretleyiniz.

### 1

- Özgün ve sıkıntılı değilim  
 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum  
 Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.  
 O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum

### 2

- Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim  
 Gelecek için karamsarım  
 Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok  
 Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor

### 3

- Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum  
 Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum  
 Geçmişe baktığımda başarısızlıklara dolu olduğunu görüyorum  
 Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum

### 4

- Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum  
 Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum

- Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor
- Her şeyden sıkılıyorum

**5**

- Kendime herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum
- Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum
- Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum
- Kendimi her zaman suçlu hissediyorum

**6**

- Kendimden memnunum
- Kendimden pek memnun değilim
- Kendime kızgınım
- Kendimden nefret ediyorum

**7**

- Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum
- Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünüyorum
- Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum
- Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimde kabahat buluyorum

**8**

- Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok
- Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama yapmıyorum
- Kendimi öldürmek isterdim
- Fırsat bulsam kendimi öldürürüm

**9**

- İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor
- Zaman zaman içimden ağlamak geliyor
- Çoğu zaman ağlıyorum
- Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum

**10**

- Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim
- Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum
- Her şeye canım sıkılıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum
- Canımı sıkan şeylere bile artık kızamıyorum

**11**

- Başkaları ile görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim
- Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum
- Birileri ile görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor
- Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum

## 12

- Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum
- Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum
- Eskiyse kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum
- Artık hiçbir konuda karar veremiyorum

## 13

- Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
- Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
- Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum
- Kendimi çok çirkin buluyorum.

## 14

- Eskisi kadar iyi iş güç yapabilirim.
- Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
- Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabilirim.
- Artık hiçbir iş yapamıyorum.

## 15

- Uykum her zamanki gibi
- Eskisi gibi uyuyamıyorum
- Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
- Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

## 16

- Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
- Eskiyse oranla daha çabuk yoruluyorum.
- Her şey beni yoruyor.
- Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

## 17

- İştahım her zamanki gibi
- Eskisinden daha iştahsızım.
- İştahım çok azaldı.
- Hiçbir şey yiyemiyorum.



## 18

- Son zamanlarda zayıflamadım.
- Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
- Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
- Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

## 19

- Sağlığım ile ilgili kaygıları yok.
- Ağrılar, mide sancuları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
- Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
- Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünmüyorum.

## 20

- Cinsel konulara olan ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
- Eskişine oranla cinsel konulara ilgim az.
- Cinsel isteğim çok azaldı.
- Hiç cinsel istek duymuyorum.

## 21

- Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
- Yaptıklarından dolayı cezalandırılabileceğimi düşünüyorum.
- Cezamı çekmeyi bekliyorum.
- Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Gönder

## Ek 4.

### ÖZGEÇMİŞ

#### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Kamuran Diğdem	<b>Soyadı</b>	Özkahya
<b>Doğum Yeri</b>	İskenderun/HATAY	<b>Doğum Tarihi</b>	22.07.1990
<b>Uyruğu</b>	T.C.	<b>Telefon</b>	0532 705 66 59
<b>e- mail</b>	<a href="mailto:dozkahya@gmail.com">dozkahya@gmail.com</a>		

#### Eğitim Düzeyi

Derece	Alan	Okul	Yıl
Lise	Fen- Matematik	Bandırma Anadolu Lisesi	2008
Lisans	Beslenme ve Diyet	İstanbul Bilim Üniversitesi	2012

#### İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Beslenme ve Diyet Uzmanı	Acıbadem Sağlık Grubu	09.2015-halen
Beslenme ve Diyet Uzmanı ve Danışmanlık	Diyetkolik.com	05.2013-09.2015
Beslenme ve Diyet Uzmanı	PNP Eğitim ve Danışmanlık Merkezi	10.2014-09.2015
Beslenme ve Diyet Uzmanı	Marmara Tıp Merkezi	06.2013-05.2015
Beslenme ve Diyet Uzmanı	Dermamed Poliklinikleri	04.2013-07.2013
Kurum Diyetisyeni	Sofra Grup- Eyüpoğlu Koleji Projesi	12.2012-02.2013

#### Yabancı Diller

Yabancı Diller	Okuduğunu anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	Orta	Orta
Almanca	Orta	Zayıf	Zayıf