



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

LİSE ÖĞRENCİLERİNİN BESLENME DAVRANIŞLARI, ORTOREKSİYA NERVOZA VE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK İLİŞKİSİ

Dr. Burcu TOKLU

UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Ersin AKPINAR**

ADANA-2019



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

LİSE ÖĞRENCİLERİNİN BESLENME DAVRANIŞLARI, ORTOREKSİYA NERVOZA VE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK İLİŞKİSİ

**Dr. Burcu TOKLU
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Ersin AKPINAR**

**Bu çalışma, Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Tarafından TTU-
2019-11172 proje numarası ile desteklenmiştir.**

ADANA-2019

TEŞEKKÜR

Tezimin; başta Gazi Mustafa Kemal Atatürk ve silah arkadaşlarının özverileriyle kurmuş olduğu bu güzel ÷lkeme ve sonra tüm insanlığa faydalı olması dileğiyle...

Uzmanlık eğitimim boyunca engin bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren ve yardımcı olan, birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum danışman hocam Prof. Dr. Ersin AKPINAR'a,

Eğitimime katkı sağlayan değerli hocalarım Prof. Dr. Esra SAATÇI, Prof. Dr. Sevgi ÖZCAN, Prof. Dr. Nafiz BOZDEMİR ve Doç. Dr. Hatice KURDAK'a,

Tez verilerinin istatistiksel analizinde yardımcı olan Araş. Gör. Nazlı TOTİK ve Burak Aksoğan'a,

Tez konusu ile ilgili İngilizce makalelerin çevirisi konusunda bana yardımcı olan kuzenim Anıl Erdem GUNT'a,

Sadece tez sürecinde değil hayatımda benim için önemli olan her olayda yanımda olan, bana destek veren, beni motive eden ve bu aşamaya gelmemi sağlayan canım aileme,

Asistanlık ve tez yazım sürecinde yanımda olan, araştırmamda değerli görüşlerini ve önerilerini aldığım ayrıca güzel anılar biriktirdiğim canım arkadaşlarım başta Dr. Melda MURAZ ve Dr. Nimet GÖK olmak üzere Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndaki tüm asistan arkadaşlarım ve bölüm personellerimize sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Burcu TOKLU

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar LİSTESİ.....	IV
KISALTMALAR LİSTESİ	V
ÖZET	VI
ABSTRACT.....	VII
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Beslenme ve Sağlıklı Beslenmenin Önemi	3
2.2. Dünyada ve Türkiye’de Beslenme Özellikleri	4
2.3. Adolesan Dönemi Genel Özellikleri	5
2.3.1. Adolesanların Beslenme Davranışları ve Besin Öğeleri Gereksinimi	6
2.3.2. Adolesan Dönemde Oluşan Sağlık Sorunları.....	8
2.4. Yeme Bozuklukları	11
2.4.1. Yeme Bozukluklarının Nörobiyolojisi.....	12
2.4.2. Yeme Bozukluklarının Tanımlanması ve Sınıflandırılması.....	13
2.4.3. Anoreksiya Nervoza.....	14
2.4.4. Bulimiya Nervoza	16
2.4.5. Pika.....	17
2.4.6. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu	18
2.4.7. Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu	19
2.4.8. Kaçınan (Kısıtlı) Yeme Alım Bozukluğu	20
2.4.9. Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu	21
2.4.10. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu.....	21
2.5. Ortoreksiya Nervoza	22
2.5.1. Ortoreksiya Nervoza Tedavisi	24
2.6. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) Tanısı ve Tedavisi	25
2.7. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) İle Yeme Bozuklukları İlişkisi	27
2.8. Adolesan Dönemde Sağlık Eğitimi	28
2.9. Birinci Basamakta Yeme Davranışının Değerlendirilmesi	29

3. GEREÇ ve YÖNTEM	31
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	31
3.2. Evren ve Örneklem Seçimi	31
3.3. Verilerin Toplanması	31
3.4. Veri Toplama Araçları	32
3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	32
3.4.2. Orto-15 Testi	32
3.4.3. Maudsley Obsesif Kompulsif Bozukluk Envanteri	33
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	34
4. BULGULAR.....	35
4.1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sosyodemografik Bulguları.....	35
4.2. Katılımcıların Beslenme Davranışı ile İlgili Bulgular	37
4.3. Düzey Bakımından Değerlendirmeye İlişkin Bulgular.....	38
4.4. Orto-15 Testi İle İlgili Bulgular	39
4.5. Maudsley Obsesif Kompulsif Bozukluk Envanteriyle İlgili Bulgular.....	45
4.6. ON ve OKB Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular.....	47
5. TARTIŞMA	49
5.1. Çalışmanın Güçlü Yönleri.....	55
5.2. Çalışmanın Kısıtlılıkları	55
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	56
7. KAYNAKLAR	60
8. EKLER.....	71
Ek 1. Araştırmada Kullanılan Kişisel Bilgi ve Onam Formu	71
Ek 2. Sosyodemografik Bilgi Formu	72
Ek 3. Orto-15 Ölçeği	76
Ek 4. Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri.....	77
Ek 5. Etik Kurul Kararı	79
Ek 6. Milli Eğitim Müdürlüğünden Alınan İzin Yazısı	80
9. ÖZGEÇMİŞ	81

TABLÖLAR LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Ortoreksiya nervoza testi yanıt puanlaması	33
Tablo 2. Katılımcıların yaş, cinsiyet, lise türü ve yılı, yaşanılan yer değişkenine göre dağılımı	35
Tablo 3. Katılımcıların sosyoekonomik düzey ve ebeveyn eğitim düzeyi değişkenine göre dağılımı	36
Tablo 4. Katılımcıların sigara ve alkol kullanımı, kronik hastalık değişkenine göre dağılımı	37
Tablo 5. Katılımcıların BKİ değişkenine göre dağılımı	37
Tablo 6. Katılımcıların sağlıklı beslenme bilgisi ve bilgi alınan kaynaklara göre dağılımı	38
Tablo 7. Katılımcıların sürekli uygulanan diyet değişkenine göre dağılımı	38
Tablo 8. Katılımcıların ortoreksiya nervoza ve obsesif kompulsif bozukluk düzeylerine ilişkin ortalama ve standart sapma dağılımları	39
Tablo 9. Katılımcıların Orto-15 test sonuçlarına ilişkin dağılımları	39
Tablo 10. Katılımcıların cinsiyetiyle ON eğilim ilişkisi	39
Tablo 11. Katılımcıların beden kitle indeksiyle ON eğilim ilişkisi	40
Tablo 12. Katılımcıların eğitim alınan lise türü ve yılıyla ON eğilim ilişkisi	41
Tablo 13. Katılımcıların yaşanılan yer değişkeniyle ON eğilim ilişkisi	41
Tablo 14. Katılımcıların sosyoekonomik düzey değişkeniyle ON eğilim ilişkisi	42
Tablo 15. Katılımcıların sigara kullanımı ile ON eğilim ilişkisi	43
Tablo 16. Katılımcıların ebeveynlerinin eğitim düzeyi ile ON eğilim ilişkisi	43
Tablo 17. Katılımcıların sağlıklı beslenme bilgi düzeyi ve sürekli uygulanan diyet varlığıyla ON eğilim ilişkisi	44
Tablo 18. Katılımcıların MOKSL puan dağılımları	45
Tablo 19. Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre OKB düzeyine ilişkin sonuçları	46
Tablo 20. Katılımcıların eğitim alınan lise türü ve yılı ile OKB ilişkisi	46
Tablo 21. Katılımcıların sağlıklı beslenme bilgi düzeyi değişkenine göre OKB düzeyine ilişkin sonuçları	47
Tablo 22. Ortoreksiya nervoza ile obsesif kompulsif bozukluk korelasyon sonuçları	48

KISALTMALAR LİSTESİ

AN	: Anoreksiya Nervoza
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
BN	: Bulimiya Nervoza
CRH	: Corticotropin releasing hormon
DSM-V	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Five
DSM-V-TR	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5) Türkçe Uyarlaması
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FAO	: Food and Agriculture Organization of The United Nations (Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü)
KCAL	: Kilogram kalori
MCG	: Mikrogram
MEM	: Milli Eğitim Müdürlüğü
MG	: Miligram
MOKSL	: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi
n	: Örneklem sayısı
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
ON	: Ortoreksiya Nervoza
ORT	: Ortalama
ORTO-15	: Ortoreksiya Nervoza Değerlendirme Ölçeği
r	: Korelasyon
SPSS	: The Statistical Package for The Social Sciences
SS	: Standart sapma
SSRI	: Selective Serotonine Reuptake Inhibitor
TBSA	: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TC	: Türkiye Cumhuriyeti
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
YB	: Yeme Bozukluğu

ÖZET

Lise Öğrencilerinin Beslenme Davranışları, Ortoreksiya Nervoza ve Obsesif Kompulsif Bozukluk İlişkisi

Amaç: Adolesan dönem beslenmesini birçok faktör etkilemekte, adolesanlar obezite ya da yeme bozukluklarıyla karşımıza gelmektedir. Bu çalışmanın amacı lise öğrencilerinin beslenme davranışları hakkında bilgi sahibi olmak, ortoreksiya nervoza ve obsesif kompulsif bozukluk düzeylerini belirlemek, ortoreksiya nervoza ile obsesif kompulsif bozukluk hastalıkları arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmamıza 1 Ekim 2018 - 1 Mayıs 2019 tarihleri arasında çalışmaya katılmayı kabul eden Adana ilinde lise ve dengi okullarda eğitim gören 755 öğrenci katılmıştır. Bu çalışma kapsamında katılımcılara Sosyodemografik Bilgi Formu, ORTO-15 Ölçeği ve Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri uygulanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya 285 (% 37,7) erkek, 470 (% 62,3) kız öğrenci katılmıştır. Çalışmamıza katılan öğrencilerin % 14,7'sinin ortorektik eğilim gösterdiği, % 44,5'inin OKB açısından yüksek risk grubunda olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda yaş, cinsiyet, lise yılı, BKİ, kronik hastalık, sigara kullanımı ve anne eğitim düzeyi değişkenleriyle kişilerin ortorektik eğilimi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Öğrenim görülen lise türü, yaşanılan yer, sosyoekonomik düzey, sağlıklı beslenme bilgisi, baba eğitim düzeyi ve uygulanan diyet varlığıyla kişilerin ortorektik eğilimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışmamızda kişilerin ortorektik belirtiler göstermeleri ile obsesif kompulsif belirtiler göstermelerini değerlendirmek için yapılan korelasyon analizinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ve analiz pozitif korelasyon göstermiştir ($r= -,158$ ve $p<0,01$).

Sonuç: Çalışmamızda ortoreksiya nervozanın obsesif kompulsif belirtilerle ilişkisi ortaya konmuş lise öğrencilerinde ortorektik belirtiler arttıkça obsesif belirtilerin de artış gösterdiği saptanmıştır. Ortoreksiya nervozayı bir halk sağlığı sorunu olarak algılamak ve buna yönelik birinci basamakta koruyucu hekimlik uygulamalarını yürütmek, gerekli tedbirleri almak gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Beslenme davranışları, Lise öğrencisi, Ortoreksiya nervoza, Obsesif kompulsif bozukluk, Aile hekimliği

ABSTRACT

Nutrition Behavior of High School Students, Relationship Between Orthorexia Nervosa and Obsessive Compulsive Disorder

Objective: Many factors affect adolescent nutrition, adolescents are faced with obesity or eating disorders. The aim of this study was to have knowledge about nutritional behaviors of high school students, to determine the levels of orthorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder (OCD), and to assess the relationship between orthorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder.

Method: Our sample was seven hundred and fifty-five high school students in Adana province. The study was performed between 1 October 2018 - 1 May 2019. Sociodemographic Information Form, ORTO-15 Scale and Maudsley Obsessive Compulsive Inventory were used.

Results: Of students two hundred and eighty-five (37.7%) were male and 470 (62.3%) were female. It was found that 14.7% of the students participating in our study had orthorectic tendency and 44.5% were in high risk group for OCD. In our study, there was no significant relationship between age, gender, school grade, BMI, chronic disease, smoking behaviour and maternal education status and orthorectic tendency of the participants ($p>0.05$). It was found that there was a status significant relationship between the type of high school, area of living, socioeconomic level, knowledge of healthy nutrition, paternal educational status and the existence of diet and orthorectic tendencies of the people ($p<0.05$). In our study, a statistically significant difference was found in the correlation analysis performed to evaluate the presence of orthorectic symptoms and obsessive compulsive symptoms of the participants and the analysis showed a positive correlation ($r= .158$ ve $p<0.01$).

Conclusion: In our study, it was found that the relationship between orthorexia nervosa and obsessive-compulsive symptoms were found to be more frequent in high school students as the orthorexic symptoms increased. It is necessary to perceive the orthorexia nervosa as a public health problem and to carry out the preventive medicine practices in primary care and consider the necessary measures.

Keywords: Nutritional behavior, High school student, Orthorexia nervosa, Obsessive compulsive disorder, Family medicine

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Yeterli ve dengeli beslenme; vücudun büyümesi, yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan enerji ve tüm besin öğelerinin kişinin yaşına, cinsiyetine, içinde bulunduğu duruma göre yeterli ölçüde ve gereken miktarlarda alınması ve vücutta uygun biçimde harcanmasıdır.¹ Sağlıklı yaşamda yeterli ve dengeli beslenme; nefes alma, uyku ve boşaltım kadar önemli bir unsurdur. Çünkü kişinin yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkilemektedir. Yapılan çalışmalar yetersiz ve dengesiz beslenmenin, fiziksel gelişim yanında mental gelişimi de olumsuz etkilediğini göstermiştir. Ayrıca davranış bozuklukları, öğrenmede güçlük ve zeka ortalamalarında düşüş yaşanmasına neden olduğu saptanmıştır. Özellikle gençlik döneminde beslenmenin yeterli ve dengeli ayrıca vücut gereksinimine uygun olmasının önemi vurgulanmaktadır.²

Adolesan dönemde beslenme davranışını birçok faktör (yaşam tarzı, sosyoekonomik düzey, gelenek görenekler, psikososyal faktörler vb.) etkilemekle birlikte okul ve sosyal çevrenin etkisiyle adolesanların beslenme davranışı değişebilmektedir. Adolesanlar çevrenin etkisiyle sık sık ev dışında fast food tarzı besinler tüketebilmekte ve sağlıksız beslenebilmektedir. Adolesanlar dış görünüşünden kaynaklanan memnuniyetsizlikten dolayı kimi zaman sıkı diyetler yapıp zayıflamaya çalışmakta ve yeme bozukluklarıyla karşımıza gelebilmektedir.

İnsan hayatında beslenme, sadece besinlerin tüketimi değildir; aynı zamanda yemek yerken haz almayı, sosyalleşmeyi, gelenek ve göreneklere göre yapılan uygulamaları da içermektedir.³ Feuerbach “İnsan ne yerse odur.” sözüyle beslenme şeklimizin hayatımız ve sağlığımız üzerindeki etkisini vurgulamıştır.⁴ Bununla birlikte son dönemlerde zayıflık fiziksel güzelliğin önemli bir unsuru olarak görülmekte, toplumdaki bu güzellik algısının değişmesiyle kişiler devamlı diyetler uygulamakta ve bu da kişilerin yeme alışkanlıklarını değiştirmektedir. Kişilerin yeme alışkanlıklarını değiştirmesi, medyada organik beslenmenin popülerliğinin artmasıyla ortoreksiya nervoza diğer adıyla sağlıklı beslenme takıntısı gibi yeme bozukluklarının oluşmasına zemin hazırlamaktadır.⁵

Obsesif kompulsif bozukluk; dış görünüşle, bedensel hastalıkla, vücut ağırlığıyla ilgili obsesif düşünce ya da uğraşlar, stereotipik, törensel ya da impulsif davranışlar ile karakterize hastalıktır. Yeme bozuklukları; vücut ağırlığı, besinlerin doğal olup

olmamasına dikkat etme, yiyeceklerinin kalorisine dikkat etme gibi takıntılar yönünden obsesif kompulsif bozuklukla benzeşmektedir.⁵

Bu çalışmada Adana ilinde okuyan lise öğrencilerinin beslenme davranışları, ortoreksiya nervosa düzeyleri ile obsesif kompulsif bozukluk düzeyleri arasındaki ilişkinin yaş, cinsiyet, yaşadıkları yer, sosyoekonomik durum, eğitim aldıkları lise türü ve yılı, kronik hastalık, sağlıklı beslenme ile ilgili bilgiye sahip olma gibi değişkenler açısından incelenmesi amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Beslenme ve Sağlıklı Beslenmenin Önemi

Sağlık; kalıtım ve çevre koşulları gibi birçok faktörden etkilenmekte olup bu faktörlerin başında beslenme gelmektedir.⁶ Yaşamın her döneminde sağlıklı bir yaşamın temel unsuru olan beslenme; metabolizma ve enerji dengesini sağlayabilme, büyüme, rejenerasyon, fiziksel ve bilişsel aktivitenin sürdürülmesi, üreme ve yaşamı devam ettirmek için ihtiyaç duyulan enerji kaynaklarının yapı taşlarının temin edilmesi amaçlı gıdaların tüketilmesi olarak tanımlanmaktadır.^{7,8}

Sağlıklı beslenme ise kişinin yaşı, cinsiyeti ve fizyolojik durumu göz önünde bulundurularak ihtiyacı olan tüm besin öğelerinin yeterli miktarda karşılanması olarak tanımlanmakla birlikte yaşamın sürdürülmesi, büyüme ve gelişme, üretkenlik, sağlık ve iyi hal için anne karnında başlayan; yaşamdan bebeklik, çocukluk, adolesan ve yetişkin çağından yaşlılığa kadar tüm yaşam sürecinde elzemdir.^{3,9} Sağlıklı bir yaşam için bireyin öncelikle yeterli ve dengeli beslenmesi ve iyi bir beslenme alışkanlığı kazanması gerekmektedir.⁷ Besin öğeleri yeterli düzeyde alınamadığında ya da gereğinden az veya çok miktarda alındığında, büyüme ve gelişmenin engellendiği, sağlığın bozulduğu bilimsel olarak ortaya konmuştur.¹⁰ Adolesan dönemde yetersiz beslenme veya düşük kilolu olmak; büyüme ve gelişme geriliği, enerji eksikliği, öğrenme güçlüğü, okul başarısında azalma, tekrarlayan ve uzun süren hastalıklara sebep olmakta dengesiz beslenme ise yetişkin dönemde obezite, koroner kalp hastalığı, diyabet gibi kronik hastalıkların ve bazı kanser türlerinin görülme riskini arttırmaktadır.¹¹ Dünyada ölümlerin yarıdan fazlasına bulaşıcı olmayan hastalıklar neden olurken; bunlar içerisinde değiştirilebilen en önemli risk faktörleri: sağlıksız beslenme, fiziksel aktivite yetersizliği, aşırı tuz tüketimi, sigara kullanımı ve alkolün zararlı kullanımıdır.¹² Halihazırda bu risk faktörleri varken, toplumda var olan ve yaşam kalitesini bozan beslenme sorunlarının (zayıflık, bodurluk, demir yetersizliğine bağlı kansızlık, iyot yetersizliği hastalıkları, folik asit ve D vitamini yetersizlikleri, diş çürükleri, şişmanlık vb.) en aza indirilmesi veya yok edilmesi, beslenmeye bağlı oluşan kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, bazı kanser türleri, diyabet, osteoporoz gibi hastalıkların önlenmesine yönelik yaşam biçiminin iyileştirilmesi, çevre koşullarının düzeltilmesi ve geliştirilmesi, sağlıklı beslenme ile sürdürülebilir.³ Bunlar sağlıklı beslenmenin önemini

ortaya koymaktadır. Küreselleşme sürecinde beklenen yaşam kalitesine ulaşmak için tüm bireylerin ve toplumun beslenme bilincinin artırılması, sağlıklı beslenmenin yaşam biçimine dönüştürülmesi gerekmektedir. Bu sebeple sağlıklı nesiller için, okul öncesi dönemden itibaren verilecek beslenme eğitimi ile çocukların her besin grubundan belirlenen ölçülerde dengeli bir şekilde tüketmesi sağlanarak sağlıklı beslenme alışkanlıklarının edinilmesi sağlanabilir.¹³

2.2. Dünyada ve Türkiye’de Beslenme Özellikleri

Kişinin yeme alışkanlıklarını genellikle hem geçmişteki hem de o anki durumu belirlemektedir.¹⁴ Bunun yanı sıra gelenekler, ekonomik, kültürel ve çevresel etmenler ile yaş, cinsiyet, genetik ve yaşam biçimi de kişilerin besin seçiminde etkilidir.¹⁴ Bugün dünyada milyonlarca insan, bir taraftan açlık ve yetersiz beslenme sonucu ortaya çıkan hastalıklarla karşı karşıya iken diğer taraftan aşırı ve yanlış beslenmenin yol açtığı bozukluklar nedeniyle de hayatını kaybeden ya da günlük aktivitelerini yerine getiremeyen kişilerden oluşan çift yönlü bir sorunla yüz yüze kalmıştır.¹⁵ Buna rağmen günümüzde çoğu insan yüksek enerjili, yağlı, şekerli ve tuzlu gıdalar tüketmekte ve pek çoğu yeterli meyve, sebze ve tam tahıllı gıdalar tüketmemektedir.¹⁶ Bu beslenme kalıplarındaki değişime hızlı kentleşme, işlenmiş gıdaların artması, hızlı yaşam temposu, yemek hazırlama süresinin kısalması, kitle iletişim araçlarının etkisi ve değişen yaşam tarzları sebep olmuştur.^{14,16} Beslenme alışkanlıklarındaki bu değişiklikler yaşam boyunca sağlık üzerinde olumlu ya da olumsuz etkilere yol açmaktadır.

Türkiye’de, yapılan beslenme ve sağlık araştırmalarının sonuçlarına göre birçok beslenme ve sağlık sorununun görüldüğü bilinmektedir. Bu sorunlar; akut ve/veya kronik beslenme yetersizliği (bodurluk, düşük kiloluluk, zayıflık), vitamin ve mineral yetersizlikleri (iyot, demir, kalsiyum, çinko, folat, D vitamini, B vitamini vb. yetersizlik hastalıkları), obezite ve beslenmeye bağlı bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar (kardiyovasküler hastalıklar, tip II diyabet, bazı kanser türleri vb.)’dır.³ Türkiye’de gelir dağılımındaki dengesizlik beslenme sorunlarının niteliği ve görülme sıklığı üzerinde etkili olmaktadır. Ayrıca beslenme konusundaki bilgisizlik de beslenme sorunlarının boyutlarının büyümesine neden olmaktadır.¹⁷

Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü (Food And Agriculture Organization Of The United Nations)’nın ulusal ve uluslararası veri tabanlarından elde edilen veriler

ışığında, Türkiye için düzenlediği raporda; 1964-1998 yılları arasında tahıl ürünleri tüketimi azalmış olsa da ülkemiz için halen temel besin kaynağı olmaya devam ettiği görülmektedir.¹⁸ Ayrıca süt, yoğurt, et ve et ürünleri, taze sebze ve meyve tüketiminin de yıllar içinde azaldığı; kuru baklagil, yumurta ve şeker tüketiminin ise arttığı görülmüştür. Toplam yağ tüketiminde kayda değer bir değişiklik olmamakla birlikte katı yağa oranla bitkisel sıvı yağ tüketiminin arttığı belirtilmiştir. Ayrıca FAO'nun 2001'de Türkiye için yaptığı beslenme profili değerlendirmesinde halkımızın iyi beslendiği ancak beslenmedeki gıda dağılımının ve kalitesinin uygun olmadığı belirtilmiştir. Yine bu değerlendirmede temel enerji kaynağı olarak ekmeğin kullanıldığı, yıl boyunca taze meyve ve sebzelerin tüketilmekte olduğu belirtilmiştir.¹⁸ Ayrıca 2010 yılı Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması ile, Türkiye'de enerji ve besin öğeleri yönünden beslenme durumuna bakılmış enerjiyi yetersiz düzeyde tüketen aile oranı düşük bulunmuştur. Kişi başına toplam protein tüketimi yeterli düzeyde ancak tüketilen proteinin çoğu bitkisel kaynaklı olup hayvansal protein tüketiminin ise yetersiz olduğu belirlenmiştir. Kalsiyum (% 13-26), A vitamini (% 3-31) ve riboflavini (% 34-40) yetersiz tüketenlerin oranı oldukça yüksek olduğu belirlenmiştir.¹⁹

2.3. Adolesan Dönemi Genel Özellikleri

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 10-19 yaş arasındaki kişileri “adolesan”, 15-24 yaş arasındakileri ise “genç” olarak tanımlar. Ayrıca DSÖ, adolesan ve gençlik dönemlerine ait yaşların kesişmesi nedeniyle 10-24 yaş grubunu “genç insanlar” olarak tanımlamaktadır.²⁰ Adolesan dönem; fiziksel, biyokimyasal, ruhsal ve sosyal yönden hızlı büyüme, gelişme ve olgunlaşma süreçleriyle birlikte çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemidir.²¹ Dünya nüfusunun yaklaşık 1,2 milyarı (her beş kişiden biri) 10-19 yaş grubundaki adolesan kişilerden oluşmaktadır.^{22,23} Bu dönem; bireyler için fizyolojik, psikolojik ve sosyal gelişimin hızlı olduğu, yaşam boyu devam edebilecek davranışların büyük ölçüde oluştuğu, bilgi almaya ve alışkanlık kazanmaya en uygun ve yetişkin hastalıklarının gelişimi açısından ise en riskli dönemdir.²¹

Adolesanlarda farklı bir birey olma, ebeveynlerden ayrışma ve bu durumu anne babaya kabul ettirme çabaları yoğunlaşmıştır.²⁴ Adolesan dönemde bireyler karşı cinse heyecan ve ilgi duymaya başlar. Toplumda cinsel kimliğine uygun tutum ve davranış biçimleri sergilerler. Gerçek kimliğin oluşmaya başladığı dönem yine adolesan

dönemdir.²⁵ Bu kişiler arkadaş gruplarına karşı çok ılımlı olurken aileleriyle çatışma içerisine girebilirler.²⁶ Bu dönemde yeni şeyleri denemeye yönelik isteğin artmasıyla birlikte riskli davranışlar ve buna bağlı alkol, madde kullanımı, gebelik, cinsel yolla geçen hastalık, öz kırım ve kazalar görülebilir.²⁷

Adolesan dönemde vücut şeklinde cinsiyet hormonlarına bağlı değişiklikler görülür. Özellikle vücuttaki yağ dokusunda, kas ve kemik yapısında değişiklikler olur. Kız çocuklarda göğüs ve belirli vücut kısımları belirginleşir. Erkeklerde ise vücut kaslı ve az yağlı bir görünüm alır. Bu dönemde kızlardaki kilo artışı yağ hücre sayısında da artışa neden olacağı için yetişkinlikte kilo problemine sebep olabilir.²⁸ Adolesanlarda çevresi tarafından beğenilmek ve kabul görmek arzusu olması sebebiyle fiziksel görünüşlerine çok dikkat etme eğilimi vardır. Bu sebeple ideal dış görünüme ulaşmak için yanlış diyetler uygulayıp yetersiz beslenebilir ve bunun sonucunda anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza gibi yeme bozukluklarıyla doktora başvurabilirler.²⁰ Ayrıca erken adolesan dönemdeki bireyler, vücudunda olan fiziksel değişikliklere karşı şaşkınlık ve endişe duyguları yaşamakta, bu değişikliklere ayak uyduramama nedeniyle de sebepsiz öfke patlamaları, sinirlilik gibi ani çıkışlar yapabilmektedirler.²⁸

2.3.1. Adolesanların Beslenme Davranışları ve Besin Ögeleri Gereksinimi

Adolesanların beslenme davranışını birçok faktör etkilemektedir:

- Yaşam tarzı, hareketsizlik veya aşırı fiziksel aktivite,
- Yetersiz ve dengesiz besin, enerji ve besin ögesi alınımı,
- Ekonomik yetersizlikler,
- Hızlı hazır yiyecekleri tercih etme,
- Psikososyal faktörler,
- Vücut şekliyle saplantı şeklinde ilgilenme,
- Sosyokültürel faktörler,
- Ailedeki birey sayısı,
- Gelenek ve görenekler, kişisel inanç ve değer yargıları
- Özel durumlar,
- Beslenme bilgisindeki yanlışlıklar ve beslenme alışkanlıkları,
- Kitle iletişim araçları,

- Öğün sayısı,
- Öğün atlama,
- Yeme bozuklukları,
- Besinlerin elde edilebilirliği, üretimi ve dağıtımı,
- Tek yönlü beslenme, sürekli karbonhidrat veya protein ağırlıklı beslenme,
- Besin tamamlayıcıların aşırı kullanımı,
- Alkol, sigara, uyuşturucu kullanımı,
- Aile içinde huzursuzluk, depresyon,
- Anemi, tip 2 diyabet vb. hastalıklar.²⁹

Beslenme davranışları oluşmasında yukarıda saydığımız gibi birçok faktör etkili olmakla birlikte besin gereksinimleri de yaş, cinsiyet, fiziksel aktivite, hastalık durumu ve genetik faktörlerden etkilenmektedir.³⁰ Günlük ihtiyaç duyulan kalori ülkelerin gelişmişlik durumları, coğrafi konumları ve iklim koşullarına göre değişebilmektedir.³¹ Türkiye’deki 14-18 yaş grubundaki kız ergenlerin günlük ortalama ihtiyaç duyduğu kalori 2260 kcal ve 11-18 yaş erkeklerin ihtiyaç duyduğu kalori ise 2500-2800 kcal olarak belirtilmiştir.^{9,32} Bu dönemde büyüme ve gelişmenin hızlı olması sebebiyle besin öğelerine ihtiyaç artmıştır. Yüksek fiziksel aktivite, hızlı büyüme, seksüel olgunluk, bunun yanında kızlarda menstruasyonun başlaması besin ihtiyacı ve enerji alımını artırmayı zorunlu kılar.³³

Yeterli ve dengeli beslenme için gereken besinlerin bileşiminde yer alan 50’ye yakın besin ögesi kimyasal yapılarına ve vücut çalışmasındaki etkinliklerine göre 6 grupta toplanmaktadır. Bunlar: yağlar, proteinler, karbonhidratlar, mineraller, vitaminler ve sudur. Bütün besin öğeleri birlikte ve dengeli alındığında vücut normal büyüme ve gelişimini sürdürür.³⁴ Günlük olarak tüketilmesi gereken besin miktarı “dört besin grubu” esas alınarak belirlenmiştir. Bu besin grupları; et-yumurta-kuru baklagiller grubu, sebze-meyve grubu, süt grubu, ekmek ve tahıl grubudur.³⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi’nde, Türkiye için önerilen günlük enerji ve besin öğeleri güvenilir alım düzeyleri bulunmaktadır. Buna rehber göre adolesan diyetinin yeterli ve dengeli olması için toplam enerjinin; % 10-20’si proteinden, % 50-60’ı karbonhidratlardan ve % 25-35’i yağdan sağlanmalıdır.³⁴ Yeterli besin alımının değerlendirilmesi için adolesanın 3 günlük beslenme listesinin baz alınması önerilmektedir.^{36,37} Bu besin öğelerinden en

az birinin vücuda alınmaması ya da vücut için gerekli olandan daha az veya çok alınmasının sağlığın bozulmasına sebep olduğu, büyüme ve gelişmeyi olumsuz yönde etkilediği bilimsel olarak kanıtlanmıştır.³⁴

Adolesan dönemde hem okul hem sosyal çevrenin etkisiyle beslenme davranışı değişebilir. Bu dönemde adolesanlar dış etkenlere açık olduklarından adolesanlarda yanlış beslenme alışkanlığı riski artmaktadır. Teknolojik gelişmeler ve televizyon izlemenin yaygınlaşmasıyla birlikte kişiler sedanter bir yaşam sürer hale gelmiştir.³⁸ Sedanter yaşamla doğrudan ilişkili olan televizyon izleme ve beraberindeki yeme alışkanlığı obezite riskini artırır.³⁹ Prospektif olarak yapılan bir çalışmada, çocukluk çağı ve adolesan dönemde televizyon izlemenin erken erişkinlik döneminde fazla kilo, artmış serum kolesterolü ve sigara kullanımı ile ilişkili olduğu rapor edilmiştir.⁴⁰ Ayrıca bilgisayar ve televizyon başında geçirilen sürenin uzunluğu, yeme alışkanlıkları, hareketsizlik ile obezite arasında doğrudan bir ilişki vardır. Ekran başında uzun süre kalan bireylerde enerji tüketimi azalır ve enerji alımı artar. Bu faktörler obezite gelişiminde rol oynar.⁴¹

Liseden üniversiteye geçiş dönemi ebeveyn yönetiminden çıkıp bireysel bağımsızlığın kazanılması ve sosyal çevre değişikliği nedeniyle sağlık davranışları üzerinde önemli bir evre olmanın yanı sıra sağlıklı beslenme ve yaşam biçimi alışkanlığının kazandırılması ve bilincinin yerleştirilmesi yetişkinlik dönemi hastalıklarının önlenmesi açısından atılacak adımlar için temeldir.⁴² Bu dönemde yeterli ve dengeli beslenme sadece sağlık için değil büyüme, kemik gelişimi, kızlarda düzenli menstruel siklus için de gereklidir.

2.3.2. Adolesan Dönemde Oluşan Sağlık Sorunları

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasının 1998 yılı sonuçlarına göre 10-19 yaş grubu nüfus toplam nüfusun % 21,6'sını oluşturmaktadır.⁴³ Adolesan yaş grubunun toplam nüfus içindeki payının fazla olması toplumdaki sağlık sorunları içinde adolesan yaş grubunun sağlık sorunlarına önem vermeyi gerektirir. Bu döneme ilişkin sağlık sorunları diğer dönemlere göre farklılık göstermekle birlikte, adolesanların kendi vücutları ile ilgili düşünceleri, algıları, yaşam tarzları, genetik faktörleri, alışkanlıkları gibi sebepler sağlıklı ya da sağlıksız davranışı seçmelerini etkileyen faktörlerden olmaktadır.⁴⁴ Gelişmekte olan ülkelerde tüberküloz, romatizmal kalp hastalığı gibi

çocukluk döneminden kalan hastalıklar, gençlerin önemli sağlık problemleri arasında yer almakla birlikte çocukluk döneminde fiziki, mental ve sosyal sağlığı olumsuz yönde etkileyen her türlü sağlık sorunu adolesan dönemde de kötü etkilere yol açabilmektedir.⁴³ Adolesan dönemde fiziksel gelişmenin psikolojik ve toplumsal olgunlaşmadan önce olmasıyla ve adolesanın kendini keşfetmesi ile birlikte cinsel yaşam başlamakta ve cinsel sağlık sorunları oluşmaktadır. Cinsel sorunların oluşmasında başlıca etken vücut işlevleri ve üreme sağlığı konusunda bilgisizliktir. Bu sebeple cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve istenmeyen gebelikler gibi üreme sağlığı sorunları ortaya çıkmaktadır.⁴³

Adolesan dönemde beslenme sorunları sık görülen sağlık problemleri arasındadır. Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde birçok erkek ve kız, adolesan döneme beslenme yetersizliği ile girmekte ve bu durum, onları daha fazla hastalığa ve erken ölüme açık hale getirmektedir.²⁰ Yetersiz beslenmenin aksine obezite hem düşük hem de yüksek gelirli ülkelerdeki gençler arasında giderek artmaktadır.²⁰ DSÖ obeziteyi vücuttaki yağ oranının sağlığı bozacak şekilde anormal ve aşırı artması şeklinde tanımlamıştır.⁴⁵⁻⁴⁷ Obezite her yaşta görülmekle birlikte fizyolojik olarak vücut yağ dokusunun hızlı arttığı dönemler olan yaşamın ilk yıllarında, 5-6 yaş arası ve adolesan dönem olmak üzere 3 önemli dönemde daha sık görülmektedir.⁴⁸ 4-11 yaşları arası dönemdeki obezite daha sonraki dönemde de devam etme eğilimi olduğu için önemlidir.⁴⁹ Adolesan dönem ise kalıcı yağlanmanın olduğu kritik dönemdir.⁵⁰ Çocuklukta yağ hücreleri oluşumu ve yağ depolanması hızlıdır. Yağ depolanması hızlandıkça yağ hücre sayısı artmaktadır ve adolesan dönemden sonra yağ hücre sayısı hayat boyu neredeyse aynı kalmaktadır. Bu sebeple çocukların aşırı ve yanlış beslenmesinin yaşam boyu obeziteye neden olabileceği bildirilmektedir.⁵¹ Adolesan kızlarda obezitenin başlama ve devam etme riski erkek adolesanlara göre daha fazladır.⁵² Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre Türkiye’de 15 yaş ve üstü bireylerin obezite oranı % 19,6’dır.⁵³ Obez adolesanların % 80’inin erişkin dönemde de obez olması, obezite ile mücadeleyi adolesan yaş grubunda yapmanın gerekliliğini ortaya koymaktadır.⁶⁰ Fiziksel aktivite azlığı, sağlıksız beslenme alışkanlıkları, fast food (hızlı hazır yemek sistemi) tüketimi, öğün atlama ve yüksek kalorili diyet obeziteye sebep olan başlıca etmenlerdir.²⁰ Fast food az zamanda çok sayıda tüketiciye hizmet veren, standart yöntemlerle hazırlanmış besinlerin üretildiği yemek sistemidir. Kentleşme, teknolojinin gelişmesi, kadının iş

hayatına katılması, yoğun iş temposu, kültürler arası etkileşim, yalnız yaşama gibi etkenler insanların beslenmeye daha az zaman ayırmasına, beslenme alışkanlıklarında değişiklikler yapmasına ve ev dışında beslenmenin artışına sebep olmuştur ve fast food tüketimi yaygınlaşmıştır.⁵⁴ Özellikle okul çağındaki çocuk ve gençler arasında fast food tarzı beslenme çok rağbet görmektedir. Gençler besine kolay ve hızlı ulaşım, ortamın atmosferi, fiyatta uygunluk gibi sebeplerle bu beslenme şeklini tercih etmektedirler.⁵⁵ Ancak bu beslenme şekli obezite riskini daha da artırmaktadır.²¹ Çünkü bu beslenme şeklinde enerjinin % 40-50'si doymuş yağdan gelmekte A ve C vitaminleri, kalsiyum, posa tüketimi yetersiz olmakta, yağ ve tuz tüketimi ise yüksek olmaktadır.²¹ Sürekli fast food tüketen gençlerin büyüme ve gelişme için besin gereksinimini yeterince karşılayamadıkları ve sağlıklarının olumsuz yönde etkilendiği bilinmektedir.⁵⁶ Ayrıca fast food tarzı besinlerin içerisindeki katkı maddelerinin uygun kullanılmaması ve bu maddeleri içeren fast food ürünlerinin sık tüketimi uzun dönemde kanser riskini artırmaktadır.⁵⁷ Obezite sebeplerinden olan öğün atlama adolesan dönemde en yaygın görülen olumsuz beslenme alışkanlıklarından biridir.^{58,59} Türkiye’de ve dünyadaki beslenme alışkanlıkları değerlendirildiğinde adolesanların en sık atladıkları öğün kahvaltıdır.³ Öğün sayısının azalması serum lipit ve insülin seviyesini arttırmakta, yüksek karbonhidrat içeren gıdalar kandaki insülin seviyesini arttırarak insüline bağımlı lipogeneze ve dolayısıyla vücuttaki yağ oranında artışa yol açmakta ve sonuçta obezite oluşmaktadır.^{58,59}

Adolesan dönemde dünyada ve Türkiye’de yaygın olarak görülen beslenme sorunları obezitenin yanı sıra D vitamini, kalsiyum ve iyot yetersizlikleri ile demir eksikliği anemisi, yeme davranış bozuklukları ile diş çürükleridir.³ Anemi nedenleri arasında demir eksikliği % 90 oranla ilk sırayı almaktadır.⁶⁰ Demir eksikliği vücutta yeterli miktarda demir bulunmaması durumudur.⁶¹ Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi’nde 10-14 yaş arası erkeklerde günlük vücut için gerekli olan demir miktarı 10 mg, kızlarda ise 18 mg olarak belirtilmiştir.³⁴ Bazı çalışmalar vücuttaki demir miktarının bilişsel fonksiyonlar ve okul başarısı ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Çok sayıda gözleme dayalı araştırma sonucunda ise, hayatlarının erken döneminde anemik olan çocuklar, okul çağı yıllarında daha düşük akademik performans göstermekte hatta tedavi edildikten sonra da durum devam edebilmektedir. Bu sebeple demir, gelişme döneminde bilişsel performans için elzem bir besin ögesidir.⁶² Anemiyi

önlemek için demir içeren (kümes hayvanları, yumurta, kuru meyveler, kuru baklagiller, pekmez, tam tahıl ve zenginleştirilmiş tahıl ürünleri) besinler C vitamininden zengin besinlerle birlikte tüketilmelidir.³ Dünya’da yaklaşık olarak 800 milyon-1 milyar kişi iyot eksikliği açısından risk altındadır.⁶³ Türkiye’de ise iyot eksikliği endemik bir problemdir ve diyetle yetersiz alıma bağlı oluşur. İyot eksikliği her yaştan bireyi etkilemekte bireyler zeka geriliği ve guatr ile karşımıza çıkmaktadır.⁶³ Adolesanların ebeveynlerine, tüm ailenin tuz tüketimlerini azaltmaları ancak kullandıkları tuzun iyotlu tuz olması konusunda bilgilendirme yapılmalıdır. Bu dönemde kemik yapımı çok hızlıdır ve kalsiyum gereksinimi artar, erkeklerde ve kızlarda günlük alınması gereken D vitamini 10 mcg, kalsiyum miktarı ise 1300 mg’dır.³⁴ Ayrıca D vitaminin deride aktifleşebilmesi için günde en az 15-20 dakika güneşlenme önerilmektedir. Dünyada adolesan dönemde sık görülen sağlık sorunlarından biri de ağız ve diş sağlığı problemleri; bunlardan ise en sık karşımıza çıkan diş çürükleridir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde beslenme, sosyoekonomik sebepler ve yetersiz ağız hijyeni nedeniyle diş çürüklerinde 5-10 kat artış saptanmıştır.⁶⁴

Adolesan dönem yeni şeyleri deneme isteğinin arttığı bir dönemdir. Bu yaş grubu kişilerde sigara, alkol ve uyuşturucu madde denemeye eğilim artmıştır. Merak, büyüdüğünü ya da bir grupta olduğunu hissedebilmek, kendisini daha mutlu edeceğini düşünmesi gibi sebeplerle adolesanlar sigara, alkol ya da madde kullanmayı denemektedirler.⁴³ Bu da karşımıza sağlık problemi olarak çıkmaktadır.

Adolesan dönemde yukarıda belirttiğimiz sağlık sorunlarının yanı sıra vücut ağırlığından ve beden imajından memnuniyetsizlik oldukça yaygındır.⁶⁵ Kızlar vücut ağırlıklarından endişe duyarken erkekler daha çok fiziksel görünüşleriyle ilgilenirler.⁶⁵ Bu endişelerden kaynaklı olarak adolesanlar vücut yapılarında meydana gelen değişiklikler nedeniyle beslenme davranışlarını değiştirerek vücutlarındaki bu değişimi kontrol altına almak istemekte ve sonuçta yeme bozukluklarıyla karşımıza gelmektedirler.²⁰ Bu dönemde karşımıza çıkan başlıca yeme bozuklukları; anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, ortoreksiya nevrozadır.⁶⁵

2.4. Yeme Bozuklukları

Yeme bozukluğu, hastalığa ya da beslenme yetersizliğine neden olabilen yeme alışkanlıklarındaki değişimler olarak tanımlanır.⁶⁶ Son yıllarda modernleşmekte olan

toplumları tehdit eden bir durum olan yeme bozuklukları; geçtiğimiz yıllara kadar sadece üst ve orta sosyoekonomik düzeyde bulunan ergen ve genç kadınlarda görüldüğü düşünülen bir sağlık sorunu olarak bilinmekteydi. Bunun oluşmasında batı kültürünün ideal kadın figürünü yaymasının etkisi olmuştur ve günümüzde, bu kültürün toplumun daha geniş bir kesimini etkilediği gözlemlenmektedir.⁶⁷

Yeme bozukluğu sıklığının gittikçe arttığı bilinmektedir. Bu artışın sebepleri olarak hastalığa karşı artan farkındalık düzeyi, tanı koyma ve değerlendirmedeki gelişmeler ve tedavi seçeneklerindeki ilerlemeler sayılabilir. Benlik saygısının düşük olması, olumsuz beden imajı, şişmanlama korkusu, kişiyi zayıf olmaya zorlayan çevre ve sosyal medya baskısı ise yeme bozuklukları için belirlenmiş risk faktörlerinden birkaçıdır.⁶⁸ Bu hastalıkların tarihçesi incelendiğinde, yeme bozukluklarının aslında uzun yıllardır var oldukları, ancak anoreksiya nervozanın (AN) ve bulimiya nervozanın (BN) resmi sınıflandırma sistemlerine daha yakın tarihlerde girmiş oldukları görülmektedir.⁶⁹ Yeme bozuklukları, kişinin yeme davranışlarını değiştirerek, fiziksel, zihinsel ve sosyal yapısını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu hastalıklarda kişinin yeme tutumu ve beden algısı bozulmaktadır. Kilo yönetimi, vücut imajı ve yiyecek tüketimi ile ilgili normal davranış ve tutumlar aşırı hale geldiğinde yeme bozuklukları gelişebilmektedir. Bu kişiler, kendilerini çok şişman görebilir, kısıtlı gıda tüketimi yapabilir, yemeği takiben kendini zorla kusturabilir, laksatif kullanıp aşırı egzersiz yapabilirler.⁷⁰ Yapılan bazı çalışmalarda yeme bozukluklarının belirli bir kiloda kalmaya çalışan manken, jimnastikçi ve dansçılarda daha fazla görüldüğü, bu kişilerin özellikle sağlıklı beslenmeye dikkat ettikleri ve sonrasında yeme bozukluklarından özellikle ortoreksiya nervozaya yöneldikleri belirtilmektedir.⁵ Türkiye’de yeme bozukluklarına dair yeterince çalışma ve veri olmamasının yanı sıra yapılan çalışmalar genellikle 12-18 yaş aralığındaki kişilerde daha sık rastlandığını göstermiştir.⁷¹ Ergenlik ve genç erişkinlikte sık görülmesi, diğer ruhsal sorunlarla beraber ya da onlardan bağımsız görülüp ölüm oranlarının artması sebebiyle erken tanı ve tedavi gerektiren hastalıklar arasına girmiştir.⁵

2.4.1. Yeme Bozukluklarının Nörobiyolojisi

AN ve BN’nin patogeneğinde nörobiyolojik bir yatkınlığın olduğu giderek kabul gören bir yaklaşımdır.⁷² Bu yatkınlığın beyin yollarında nasıl bir bozukluğa yol açtığı

henüz bilinmemektedir. Yeme bozukluklarında genetik yatkınlık olduğuna dair birçok kanıt bulunmaktadır. Tek yumurta ikizlerinde yeme bozukluğu benzerlik oranı % 50-80'dir.⁷² AN için yürütülen ilk genetik çalışmada, anoreksik hastaların akrabaları arasında AN ve BN oranları sırasıyla % 2 ve % 4,4, kontrol grubun akrabalarında ise % 0,1 ve % 1,3 olarak bulunmuştur.⁷³ Aile çalışmalarından elde edilen kanıtlar YB (yeme bozukluğu) olan hastaların akrabalarında bu bozukluğun yaygınlaştığını göstermektedir ve YB olanların akrabalarında YB görülme riski 10 kat fazladır.⁷⁴ Santral sinir sistemindeki nöropeptidlerde oluşan düzensizliğin yeme bozukluklarında görülen hormonal (gonadal hormonlar, kortizol, tiroid hormonları ve büyüme hormonu) problemlerle ilişkili olduğu düşünülmektedir.⁷⁵ Santral sinir sistemi nöropeptidleri ve/veya monoaminleri ile gıda alımını kontrol eden periferik sistem arasındaki bir etkileşim de bu duruma katkı sağlıyor olabilir.⁷⁶ CRH, leptin, endojen opioidler, nöropeptid Y gibi nöropeptidlerin hayvan çalışmalarında beslenme davranışı ve enerji metabolizmasını düzenlediği gösterilmiştir.⁷⁷ Düşük kilolu ve yetersiz beslenen anoreksiya nervozalı bireylerde CRH, leptin, beta endorfin ve nöropeptid Y düzeylerinde değişim vardır, bu değişiklikler iyileşme ile normale dönmektedir.⁷²

2.4.2. Yeme Bozukluklarının Tanımlanması ve Sınıflandırılması

Yeme bozukluklarının hem bedensel hem de psikososyal boyutu vardır. Kişinin yemek yeme alışkanlığı, vücut ağırlığı ve dış görünüşü ile ilgili düşünce ve yemek yeme davranışındaki bozukluk ile kendini gösterir.⁷⁸ Yeme bozukluklarının ilk kez 17. yüzyılda tanımlandığı gözlemlenmektedir. 20. yüzyılda ise sebepleri ve tedavisi üzerine yapılan çalışmaların arttığı dikkat çekmektedir.⁷⁹ Bu hastalıkların tarihi 17. yüzyıla dayansa da tanısız sınıflandırmada yerini alması geçen yüzyılda gerçekleşmiştir.⁸⁰ DSM-V'te yer alan yeme bozuklukları; pika, geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu, kaçınan (kısıtlı) yeme alım bozukluğu, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıkanırcasına yeme bozukluğu, tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu ve tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğudur.⁸¹ Bunun yanı sıra ortoreksiya nervoza henüz DSM-V'teki yeme bozuklukları içerisinde gösterilmemektedir. Geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu, kaçınan (kısıtlı) yiyecek alım bozukluğu, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıkanırcasına yeme bozukluğu için tanısız ölçütler

karşılıklı dışlayıcı olan sınıflama şeması ile sonuçlanır, böylece tek bir dönem boyunca bu tanılardan sadece biri konabilir.

2.4.3. Anoreksiya Nervosa

Genellikle ergenlik çağındaki kızlarda başlayan, kendisini fazla kilolu bulup diyet yaparak ileri derecede zayıflama (yaş, boya göre standart ağırlığın % 15'inin altında ya da beden kitle indeksinin 17,5'in altında olması), vücut ağırlığı ve biçimi ile aşırı zihinsel uğraş, kilo almaktan korkma, sürekli zayıf olmayı arzulama ve kadınlarda amenore ile seyreden genetik, psikolojik, ailesel nedenlerin söz konusu olduğu nörotransmitter, nöropeptid ve nöroendokrin sistemde değişikliklerin saptandığı bir bozukluktur.⁸² İlk kez 1873'te William Gull tarafından tanımlanmıştır. Anoreksik bireylerin beden imgesi bozuktur ve kendilerini aşırı şişman hissederler. Günlük alınan kalori çok düşüktür (genellikle 600-1000 kcal/gün); yağlı, şekerli, unlu gıdaları şişmanlama korkusuyla yemezler.⁸³ Hastaların % 40-80'inde aşırı egzersiz yapma durumu mevcuttur. Bazı hastalar ise kilo vermek için kusma, laksatif kullanma, diüretik kullanma gibi yöntemleri denemektedirler. Metabolizmayı hızlandırdığını düşündüğü için tiroid preparatları kullanan hastalar da vardır. Yiyecekleri küçük parçalara böler bunları yemek yerine, bunlarla tabakta çatalla oynarlar. Başkalarının yemesi için zorlamalarından hoşlanmazlar, yemekleri saklayabilir bazen de yemek biter bitmez kusarlar.⁸³ Gün içerisinde birçok kez tartılırlar. Anoreksik çoğu ergenin cinsel ve psikososyal gelişimi gecikmiştir. Anoreksiyanın gelişmesiyle beraber amenore erken dönemde gözlenir hatta olguların 1/5'inde belirgin kilo kaybından önce ortaya çıkar. Amenore şikayeti ile doktora başvuran ergenlerde yeme bozukluğu olabileceği düşünülüp mutlaka sorgulanmalıdır. Bu yeme bozukluğuna depresyon, anksiyete, obsesif kompulsif bozukluk, sosyal fobi ve cinsel istek kaybı eşlik edebilmektedir.⁸⁴⁻⁸⁶ Anorektiklerde genellikle sosyal güvensizlik, içe dönüklük, kendini yadsıma, katı ve stereotipik düşünme gibi kişilik özellikleri bulunmaktadır.⁸⁷

Anoreksiya nervozanın DSM-V-TR'deki tanı ölçütleri şunlardır:

1. Gereksinimlere göre (enerji) alımını kısıtlama tutumu, kişinin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve beden sağlığı bağlamında belirgin bir biçimde düşük bir vücut ağırlığının olmasına yol açar. Belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığı, olağan

en düşüğün altında ya da çocuklar ve gençler için beklenen en düşüğün altında olarak tanımlanır.

2. Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığında olmasına karşın kilo almayı güçleştiren sürekli davranışlarda bulunma.

3. Kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk vardır; kişi, kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ve biçimine yersiz bir önem yükler ya da o sıradaki düşük vücut ağırlığının önemini hiçbir zaman kavrayamaz.⁸⁸

Anoreksiya nervozanın 3 temel özelliği vardır: Devamlı enerji alım kısıtlaması, kilo alma ya da kilo alımını bozan devamlı davranışlar ve kendi ağırlık ve beden şeklini algılama bozukluğu. Hastaların 1/5'i tamamen iyileşmekte, 1/5'inde hastalık şiddetini korumakta, 3/5'inde ise hastalık alevlenme ve düzelme ataklarıyla devam etmektedir. Bu hastalığın daha genç yaşta başlaması iyi prognoz göstergesidir.⁸⁹ Bireyler sıklıkla belirgin kilo kaybından sonra aile üyeleri tarafından doktora getirilirler.⁸³ Çünkü hastalar doktorla görüşmek için isteksizdir. Bu aşamada hastayı dinlemek, onu anladığını belirtmek, tedavi seçeneklerini anlatmak ve uzlaşmacı olduğunuzu ifade etmek önem arz etmektedir. Hastanın güvenini kazanmak ve hastadan yeterli bilgi almak için birkaç görüşme gerekir. Fizik muayenede açlığın şiddeti, kardiyovasküler sistem, vitamin eksikliği ve elektrolit dengesizliği değerlendirilir. Bunlar değerlendirilirken zayıflamaya neden olan organik hastalıklar dışlanmalıdır. Yeme özelliklerini değerlendirmede günlük ne yediği, yeme kısıtlaması olup olmadığı, sıvı kısıtlaması olup olmadığı, zorlayarak kusup kusmadığı, laksatif, diüretik, iştah azaltıcı ilaç alıp almadığı, bir gün veya bir günden fazla tamamen aç kalıp kalmadığı sorgulanmaktadır.⁸³ Yeme durumu yanında psikolojik durumu değerlendirilmelidir. Psikolojik durumu değerlendirilirken hastanın kilosu hakkında düşünceleri, vücudunu beğenip beğenmediği, yemesini kontrol etmediğinde suçluluk duygusu hissedip hissetmediği sorgulanmaktadır.⁹⁰ Anoreksiya nervoza tedavisi zor bir hastalıktır. Tedavide başarılı olmak için hasta ile iyi iletişim kurup anlaşma sağlanmalıdır. Düşük kilolu olmanın problemin sadece bir yönü olduğu belirtilmeli, beraberindeki psikolojik sorunların da çözümlenmesi gerektiği vurgulanmalıdır. Hastayı ve ailesini bu hastalık konusunda eğitmek önemlidir. Kilo kaybı çok hızlı ise, beraberinde intihar düşüncelerinin olduğu depresyon varsa, ayaktan tedavi etkili olmamışsa hasta

yatırılarak tedavi edilmelidir.⁹¹ Günde 1300 kalorilik, dengeli bir beslenme, 3-4 öğün ve ara öğünlerden oluşan diyet ile tedaviye başlanır. Haftada 500 kalori artırılarak alınan kalori miktarı 3500-5000 kilokaloriye çıkarılır. Hastanın hedef ağırlığı yaşı, boyu, cinsiyeti için uygun ortalama ağırlığın en az % 90'ı olmalıdır.⁹² Son yıllarda özellikle genç hastalar için tedavide aile terapisi önerilmektedir. Fakat aile terapisi için aile fertlerinin gönüllü olması gerekmektedir.⁹³

2.4.4. Bulimiya Nervosa

İlk defa 1979 yılında tanımlanmış olup aşırı yeme dönemlerini ifade eder. Hastaların % 25'inde öncesinde anoreksiya nervosa öyküsü mevcuttur. Hastalığın belirgin özellikleri; aşırı yemeye karşı konulamayan istek, kilo kontrolü için fazla uğraş, vücut ağırlığı ve biçimiyle aşırı meşgul olmadır.^{94,95} Çıkartan tipinde zorla kusma, laksatif ve diüretik kullanma ile kilo alımı önlenir.⁹⁶ Çıkarma olmayan tipinde ise hastalar kilo almamak için aç kalma, aşırı egzersiz yapma gibi davranışlar sergilerler. Bulimik hastalar genelde normal kilodadır, adetleri düzenlidir ve çoğu kadın hastadır. Belirgin kilo kaybında önce akla anoreksiya gelmelidir.⁹⁷ Hastalarda yemeye karşı kontrol kaybı mevcuttur. Epizod dönemlerinde büyük miktarlarda (ortalama 2000 kcal) yemek tüketilir; bir tencere dolusu yemek, bir bütün yaş pasta gibi. Yemekten kısa süre sonra pişmanlık duygusu, kendinden nefret etme, suçluluk duyguları oluşur. Bu sebeple hastalar ya kendilerini kusmaya zorlar ya da laksatif alırlar.⁸³

Bulimiya nervozanın DSM-V-TR'deki tanı ölçütleri şunlardır:

A. Yineleyici tıknırcasına yeme dönemleri. Bir tıknırcasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisi ile belirlidir:

1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.

2. Bu dönem sırasında yemek yemeye ilgili denetiminin kalktığı duyumunun olması (örn. kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu).

B. Kilo almaktan sakınmak için, kendi kendini kusturma, iç sürdüren (laksatif) ilaçlar, idrar söktürücü (diüretik) ilaçları ya da diğer ilaçları yanlış yere kullanma, neredeyse hiç yememe ya da aşırı spor yapma gibi yineleyen, uygunsuz ödün verici davranışlarda bulunma.

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

D. Kendilik değerlendirmesi, vücut biçiminden ve ağırlığından yersiz bir biçimde etkilenir.

E. Bu bozukluk, yalnızca anoreksiya nervoza dönemleri sırasında ortaya çıkmamaktadır.⁸⁸ Ayrıca bulimiya ve anoreksiya nervozası olan ergenlerde bireyselleşme, ayrılık, cinselliğe ilişkin tamamlanmamışlık söz konusudur.⁹⁸ Depresif belirtiler anoreksiyadan daha fazladır ve % 36-70 oranında görülür.⁹⁹ Yeme bozukluğu düzeldikçe depresif belirtiler de düzelir.¹⁰⁰ Kronik ya da dalgalanan bir seyir gösterebilir. Bulimiyada erken başlangıç geç başlangıca göre daha kötü prognozludur.¹⁰¹ Tedavi sonrası hastaların yaklaşık yarısı düzelmektedir. Ölüm oranı anoreksiyaya göre daha düşük olup % 0-3'tür.^{102,103} Bulimiya nervozada hastanın iyileşme isteği fazladır ve tedavi için bu hastalarla daha çabuk ilişki kurulur. Genellikle kilo düzenlemesine gerek yoktur. Çoğunlukla ayaktan tedavi uygulanmakla birlikte hastanın antidepresan ilaç gereksinimini ve fiziksel durumunu ayrıntılı değerlendirmek gerekir.¹⁰⁴ İlaç tedavisi anoreksiyaya göre daha etkilidir; monoamin oksidaz inhibitörleri, trisiklik antidepresanlar, SSRI'lar, bupropion, trazodon, topiramat kullanılabilir. En etkili tedavi bilişsel davranışçı terapi ve ilacın kombine kullanımudur.¹⁰⁵

2.4.5. Pika

Pikanın ana özelliği besleyici değeri olmayan ya da yiyecek olmayan bir ya da daha çok maddenin en az 1 ay süreyle ciddi şekilde yenmesidir. Yutulan maddeler toprak, kağıt, sabun, boya, kil, saç gibi maddelerdir. Sıklıkla bu hastalığa organik anomaliler (çinko, demir eksikliği vb.) eşlik etmez. Görülme sıklığı bilinmemektedir.

Pikanın DSM-V-TR'deki tanı ölçütleri:

A. En az bir ay süreyle, sürekli olarak, besleyici değeri olmayan, besin 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 (örn. anlıksal yeti yitimi, otizm açılımı kapsamında bozukluk, şizofreni), ayrıca klinik değerlendirilmeyi gerektirecek denli ağırdır.⁸⁸

Pikanın başlangıcı, çocukluk, ergenlik ya da erişkinlikte olabilir ancak en sık çocukluk çağında görülür. Çocuklukta normal gelişim sürecinde de görülebilirken erişkinlikte anlıksal yetersizlik ya da diğer mental bozukluklarla (otizm, şizofreni vb.) birlikte görülebilir.⁸⁸ Pika sosyal işlevselliği çok etkilememekle birlikte fiziksel işlevselliği belirgin şekilde bozabilir. Pika ile birlikte en sık görülen hastalıklar otizm bozukluğu, entellektüel yetersizlikler ve daha az sıklıkla şizofreni ve obsesif kompulsif bozukluktur.⁸⁸

2.4.6. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

1959 yılında ilk kez tanımlanmış, 1994 yılında tanı ölçütleri belirlenmiştir. Tıkınırcasına yeme bozukluğunu çıkartmayan bulimiya nervoza ve obeziteden ayırt etmek bazen zor olabilir. Anoreksiya ve bulimiya nervozaya göre erkeklerde görülme sıklığı fazladır ve kadın/erkek oranı 70/30'dur.¹⁰⁶ Tıkınırcasına yeme bozukluğunda yenen yiyeceğin tadı, kokusu, içeriğinden haz alma belirgindir, kişi yeme sırasında rahattır ve daha az fiziki rahatsızlık hisseder. Bu yönleriyle bulimiya nervozadan ayrılır.⁸³ Bu hastalığa eşlik edebilen hastalıklar bulimiya nervoza, anoreksiya nervoza, anksiyete, duygudurum, ağrı ve dürtü kontrol bozukluklarıdır.¹⁰⁷

DSM-V-TR kriterlerine göre tıkınırcasına yeme bozukluğu ölçütleri:

A. Yineleyici tıkınırcasına yeme dönemleri. Bir tıkınırcasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisi ile belirlidir:

1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.

2. Bu dönem sırasında, yemek yemeye ilgili denetiminin kalktığı duygusunun olması (örn. kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu).

B. Tıkınırcasına yeme dönemlerine aşağıdakilerden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder:

1. Olağandan çok daha hızlı yeme.

2. Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedene dek yeme.

3. Bedensel açlık duymuyorken aşırı ölçülerde yeme.
4. Ne denli yediğinden utandığı için kendi başına yeme.
5. Daha sonra kendinden tiksime, 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 olmuştur.

E. Tıkınırcasına yemeye, bulimiya nervozada olduğu gibi yineleyen uygunsuz ödünleyici davranışlar eşlik etmez ve tıkınırcasına yeme, yalnızca bulimiya nervoza ya da anoreksiya nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.⁸⁸

Tıkınırcasına yeme bozukluğunda iştah baskılayıcılar, antidepresanlar, antikonvülsanlar kullanılmaktadır ayrıca psikoterapi de uygulanabilmektedir.¹⁰⁸

2.4.7. Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu

DSM-V-TR'deki geri çıkarma bozukluğuna ait tanı ölçütleri:

A. En az bir ay süreyle, sık sık yediği yiyeceği geri çıkarma. Çıkarılan yiyecek yeniden çiğnenebilir, yeniden yutulabilir ya da dışarı tükürülebilir.

B. Sık sık geri çıkarma, eşlik eden bir mide-bağırsak hastalığına ya da başka bir sağlık durumuna (örn. gastroözefageal reflü, pilor stenozu) bağlanamaz.

C. Bu yeme bozukluğu, yalnızca anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıkınırcasına yeme bozukluğu ya da kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğuna gidiş sırasında ortaya çıkmamaktadır.

D. Bu belirtiler, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa (örn. anlıksal yeti yitimi (anlıksal gelişimsel bozukluk) ya da başka bir nörogelişimsel bozukluk ayrıca klinik değerlendirilmeyi gerektirecek denli ağırdır.⁸⁸

Geri çıkarma bozukluğunda temel özellik en az 1 ay süreyle beslenme sonrası yiyeceğin tekrar tekrar çıkarılıp çiğnenmesidir. Regürjitasyon günlük gerçekleşecek şekilde sık olmalıdır. Geri çıkarmaya alım kısıtlılığı eklendiğinde malnütrisyon gelişebilir. Ergen ve erişkinler ağızlarını kapatarak ya da öksürerek geri çıkarma davranışını gizleyebilirler. Bu hastalığın başlangıcı bebeklikten yetişkinliğe kadar herhangi bir dönemde olabilir. Geri çıkarmaya ikincil malnütrisyon gelişimi sonrası

adolesanın büyüme ve öğrenmesi üzerinde kötü etkiler oluşabilir.⁸⁸ Ayırıcı tanıda gastroözefageal reflü ya da kusma ile giden diğer hastalıklar düşünülmelidir.

2.4.8. Kaçınan (Kısıtlı) Yeme Alım Bozukluğu

Oral yolla yiyecek alımından kaçınma ya da yiyecek alımını kısıtlamayla giden yetersiz enerji alımı karakterize hastalıktır. Bu hastalarda genellikle kilo kaybı, belirgin beslenme eksikliği, enteral ya da oral beslenme desteklerine bağımlılık, psikososyal işlevsellikte belirgin azalma gelişmektedir.

DSM-V-TR'deki kısıtlı yeme alım bozukluğu tanı ölçütleri:

A. Aşağıdakilerden birinin (ya da daha çoğunun) eşlik ettiği, uygun beslenme ve/ya da enerji gereğinin sürekli karşılanamaması ile kendini gösteren bir yeme ya da beslenme bozukluğu (örn. yemeye ya da yiyeceklerle karşı açıkça ilgi göstermeme; yiyeceklerin duyuşal özelliklerinden kaçınma; yemek yemenin tiksindirici sonuçlarıyla ilgili olarak kaygı duyma).

1. Belirgin bir kilo kaybı (ya da çocuklarda beklenen kilo alımı sağlayamama ya da büyümenin duraklaması).
2. Belirgin bir beslenme eksikliği.
3. Enteral (tüp yardımıyla) beslenmeye ya da ağızdan besin destekçilerine bağlı kalma.
4. Ruhsal-toplumsal işlevselliğin belirgin olarak düşmesi.

B. Bu bozukluk, ulaşılabilir yiyecek olmaması ya da kültürel olarak onaylanan bir uygulama ile daha iyi açıklanamaz.

C. Bu yeme bozukluğu, yalnızca anoreksiya nervoza ya da bulimiya nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk olduğuna ilişkin bir kanıt yoktur.

D. Bu yeme bozukluğu, eş zamanlı bir sağlık durumuna bağlanamaz ya da başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz. Bu yeme bozukluğu, başka bir durum ya da bozukluk bağlamında ortaya çıkarsa; söz konusu durum ya da bozukluğun yol açabileceğinden daha ağır olur ve klinik açıdan ayrıca ele almayı gerektirir.

Kısıtlı yeme alım bozukluğu en sık bebekler ve erken çocuklukta gelişir. Kaygı bozuklukları, otizm spektrum bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu bu hastalığın görülme sıklığını artıran durumlardır. Ayrıca

gastroözefageal reflü hastalığı ve kusma ile giden hastalıklar bu hastalığın görülme riskini artırmaktadır.⁸⁸

2.4.9. Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Beslenme ve yeme bozukluğu özelliklerinin baskın olduğu, toplumsal, işle ilgili alanlarda işlevsellikte düşmeye neden olan ancak beslenme ve yeme bozuklukları tanı kümesindeki hastalıklardan herhangi birinin tanı ölçütlerini karşılamadığı durumlarda kullanılan kategoridir.

2.4.10. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Bu kategori klinisyenler tarafından beslenme ve yeme bozukluklarından herhangi birinin tanı ölçütlerini karşılamamasının özel nedeni tartışılmak istendiğinde kullanılır. “Tanımlanmış diğer” adı kullanılarak yazılabilen hastalıklar, atipik anoreksiya nervoza, düşük sıklıkta ve/veya sınırlı süreli bulimiya nervoza, düşük sıklıkta ve/veya sınırlı süreli tıkanırcasına yeme bozukluğu, çıkarma bozukluğu, gece yemek yeme bozukluğudur. Bu hastalıklar için DSM-V-TR’de yapılan anlatım ise şu şekildedir:

1. Değişik tür (atipik) anoreksiya nervoza: Belirgin kilo kaybına karşın kişinin vücut ağırlığının olağan sınırlar içinde ya da olağan sınırların üzerinde olmasının dışında anoreksiya nervoza için bütün tanı ölçütleri karşılanır.

2. Bulimiya nervoza (düşük sıklıkta ve/ya da sınırlı süreli): Tıkanırcasına yemenin ve uygunsuz ödünleyici davranışların, ortalama, haftada bir defadan daha az ve/ya da üç aydan daha kısa süreli olması dışında bulimiya nervozanın bütün tanı ölçütleri karşılanır.

3. Tıkanırcasına yeme bozukluğu (düşük sıklıkta ve/ya da sınırlı süreli): Tıkanırcasına yemenin, ortalama haftada bir defadan daha az ve/ya da üç aydan daha kısa süreli olması dışında tıkanırcasına yeme bozukluğunun bütün tanı ölçütleri karşılanır.

4. Çıkarma bozukluğu: Vücut ağırlığını ya da biçimini etkilemek için, tıkanırcasına yeme olmadan, yineleyen çıkarma davranışı (örn. kendi kendini kusturma ya da laksatif ilaçların, diüretik ilaçların ya da başka ilaçların yanlış yere kullanımı).

5. Gece yemek yeme bozukluğu: Uykudan uyanarak yemek yeme ya da akşam yemeğinden sonra aşırı yiyecek tüketme ile kendini gösteren, yineleyen gece yemek

yeme dönemleri. Yemek yendiğinin ayırımında olunur ve yemek yendiği anımsanır. Gece yemek yeme, kişinin uyku-uyanıklık döngüsündeki değişiklikler ya da yerel toplumsal değerler gibi dış etkilerle daha iyi açıklanamaz. Gece yemek yeme, belirgin sıkıntıya ve/ya da işlevsellikte düşmeye neden olur. Düzensiz yeme örüntüsü, tıknırcasına yeme bozukluğu ya da madde kullanımı da içinde olmak üzere, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve başka bir sağlık durumuna ya da bir ilacın etkisine bağlanamaz.⁸⁸

2.5. Ortoreksiya Nervoz

Son dönemlerde organik beslenme, detoks, doğal hayat gibi popülist akımların yayılmasıyla “ortoreksiya nervoz” adında yeni bir beslenme bozukluğu ortaya çıkmıştır. Bu hastalığın tarihçesine baktığımızda; ilk kez 1997 yılında Dr. Steven Bratman tarafından sağlıklı beslenme ile ilgili takıntıyı ifade etmek için anoreksiya nervozanın bir alt dalı olarak kullanılmıştır.² Bratman ayrıca; kişilerin kendilerini temiz, ilahi, faziletli hissetmek için diyetlerini bu şekilde düzenlediklerini belirtmiş olup bu hastalığa ortoreksiya nervoz adını vermiştir.¹⁰⁹ Ortoreksiya nervoz henüz DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)-V’ te yer almamakla birlikte klinisyenlerin bir yeme bozukluğu olarak tanımlanıp tanımlanmaması konusunda üzerinde çalıştıkları bir hastalıktır.¹¹⁰ Ayrı bir tanı kategorisine henüz alınmamış olsa da diğer yeme bozukluklarıyla benzerlik ve ayrılıklarının olduğu belirtilmektedir.

Ortoreksiya terimi Yunanca’da doğru anlamındaki “orthos” ve açlık anlamındaki “orexis” kelimelerinden türemiştir ve saf, yapay maddeler içermeyen sağlıklı besinlerin tüketilmesi konusunda takıntı olarak tanımlanabilir. Ortoreksiya nervoz sadece; uzun dönem görüldüğü zaman ve kişinin yaşantısında belirgin bir negatif etki (günün büyük kısmını yemekleri düşünerek geçirmek vb.) yaratıyorsa tanımlanabilmektedir.⁵ İlk düşünüldüğünde doğru beslenme masum bir izlenim verse de bu hastalığın bireyi kişisel ve sosyal yönden kısıtlayıp, ruh ve beden sağlığı açısından tehdit oluşturarak ölüme kadar varabilecek sonuçları düşünüldüğünde ciddiyetle incelenmesi gereken bir problem olduğu söylenebilir.¹¹¹ Bu kişiler başlangıçta sağlıklarını korumak, hastalıkları önlemek ya da kilo vermek için sağlıklı beslenme davranışı içerisine girerler ancak bu beslenme şekli takıntı haline geldiğinde kişilerin hayatlarını sınırlayarak yaşam kalitelerinin düşmesine neden olur.¹¹² Ortoreksik bireyler yediklerini çokça kontrol

ederler, gıda maddesi alırken ürünlerin ambalajlarını uzun süre içinde hormon, katkı maddesi, kanserojen madde, boya var mı diye incelerler.⁵ İleri dönemdeki ortorektikler sağlıklarına zarar veren besinleri yemek yerine aç kalmayı tercih etmektedir.¹⁰⁹ Yiyeceklerde doğallıktan yana oldukları için çoğu yiyeceği çiğ tüketirler.⁵ Ortoreksik kişiler yedikleri yemeğin miktarından çok niteliğiyle ilgilenirler. Ayrıca bu kişiler besin hazırlamada kullanılan yöntem ve materyallere dikkat etmekte, farklı besinlerin tüketimini bileşimlerine veya hazırlama şekillerine göre reddetmektedirler. Bu da ortorektiklerin sadece sağlıklı beslenme konusunda değil belirli pişirme yöntemlerini kullanma konusunda da obsesif olduklarını göstermektedir.¹¹³ Bu obsesif durum bireyleri katı diyetler uygulamaya ve beslenmelerinden temel besin maddelerini çıkarmaya teşvik etmektedir. Böylece ortorektikler yetersiz ve dengesiz beslenmekte, bu kişilerin çevreyle olan sosyal ve kişisel ilişkileri bozulmaktadır.¹¹⁴ Uzun dönemde bu kişiler sosyal yalnızlığa itilmektedir. Çünkü ortorektiklerin tükettikleri yiyeceklerin kalitesi; kişisel değerlerden, sosyal ilişkilerden daha önemlidir.¹¹⁴ Ortorektik bireyler sağlıksız olduğunu düşündükleri pek çok gıdayı tüketmekten kaçınır ve buna bağlı kilo kaybederler.¹¹⁵ Anoreksik kişilerle amenore, kilo kaybı, kısıtlayıcı diyet uygulamaları gibi ortak özellikleri vardır. Fakat anoreksikler gibi yiyeceklerin kalitesiyle değil sağlıklı ya da sağlıksız oluşuyla ilgilenirler. Ayrıca obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalar gibi tüm zamanlarını katı kurallarla aşırı uğraş ile geçirirler.⁵

Toplumlarda zayıflığın; fiziksel güzelliğin önemli bir parçası olarak görülmesi, kitle iletişim araçlarında sık sık diyetler, kanserojen maddeler, yiyeceklerdeki katkı maddeleri ile ilgili haberlerin çıkması ortoreksiya nervozanın yaygınlığının artmasına sebep olmuştur.⁵ Kater adındaki psikoterapist Bratman'ın tanımladığı ortoreksiya nervoza tanımına uyan bireyleri saptamıştır. Bu kişilerin diğer yeme bozukluklarından tanı almış kişilerle, mükemmeliyetçiliğe genetik olarak yatkınlık ve kontrol gereksinimi gibi konularda ortak davranışlar sergileyebileceklerini belirlemiştir.⁸⁰ Kater bir çalışmada anorektik ve bulimiklerin ortorektiklerden en büyük farkının kilo kaybetme hırsının olduğunu belirtmiştir.⁸⁰ Yapılan çalışmalar doktorlar, diyetisyenler, tıp öğrencileri, obsesif kompulsif bireyler ve beden imajına düşkün meslek gruplarında ortoreksiya nervoza belirtilerinin daha sık görüldüğünü göstermiştir.¹¹³ Bu meslek gruplarını ortoreksiyaya iten en önemli sebepler ise zayıflık isteği ve sağlıklı ve doğru beslenmeye gösterdikleri özendir. Arusoğlu ve ark. 2008 yılında yaptığı çalışmada

ortorektik eğilimlerin obsesif kompulsif belirtiler ve yeme tutumlarıyla ilişkili olabileceği bulunmuştur. Bu çalışmada ayrıca ortorektik eğilimin kadınlarda erkeklerden fazla görüldüğü ve bunun sonucunda da cinsiyetin bu hastalıkta önemli bir faktör olabileceği sonucuna ulaşılmıştır.¹¹⁶ Bunun yanında ortoreksiya nervoza DSM-V tanı kriterlerinde henüz ayrı bir yeme bozukluğu olarak yer almadığından belirleyici bir tanısı bulunmamaktadır. Ancak Donini ve ark. tarafından geliştirilen ORTO ölçeği, beraberinde kullanılan yeme tutumu, depresyon gibi saptayıcı ölçeklerle desteklenerek kullanılmaktadır.

2.5.1. Ortoreksiya Nervoza Tedavisi

Ortoreksiya nervoza; fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevlerde önemli bozukluklara neden olan bir yeme bozukluğudur. Birden fazla sebebi vardır ve tedavisi zor bir hastalıktır. Ortorektikler besin dışında birçok obsesyona sahip olabilirler, bu obsesyonların altında yatan durumları saptamak normal beslenmeye geçişi kolaylaştıracaktır.¹¹⁷ Çünkü irrasyonel düşünceleri yok etmek, hasta ve hastayı tedavi eden kişi açısından zor bir eylemdir ve uzun zaman dilimi gerektirmektedir. Bu düşünceleri yok etme durumu öğrenildiğinde ise hastada rahatlatıcı bir özgürlük hissi oluşturmaktadır.¹¹⁷

Ortoreksiya nervoza gibi yeme bozukluklarının tedavisinde amaç; hastalığın tekrarlamasını önlemek, uzun dönemde bireyin kişisel, sosyal, ekonomik zararlarını azaltmaktır. Uygun bir yeme bozukluğu tedavisinde doktorlar, diyetisyenler ve psikologlar birlikte çalışmalıdır. İlk aşamada hipotansiyon, dehidratasyon gibi tıbbi sorunlar çözülmelidir, sonrasında hasta ve ailesine psikiyatrik destek verilmelidir.¹¹⁸. Miller tedavide besin kuramlarına dikkat edilmesi gerektiğini, kişilerin hayatlarının besinler etrafında dönmediğinin farkına varmaları gerektiğini vurgulamaktadır. Hastalara öncelikle kendilerini sevmeleri gerektiğini, sağlıklı bir diyet uygulamalarını ve egzersiz yapmalarını, aileleriyle ve arkadaşlarıyla bolca vakit geçirmeleri gerektiğini belirtmektedir.

Ortoreksiya nervoza tedavi yaklaşımını özetlemek istediğimizde; sağlıklı ve kişiye uygun vücut ağırlığını sağlama ve devam ettirme, yiyecek kısıtlamasını durdurma, yeme bozukluklarının belirtilerinin yerini zihinde sağlıklı düşüncelerle doldurma, fiziksel

komplikeasyonları tedavi etme, varsa eşlik eden hastalığı tedavi etme, düzelme sonrası 5 yılda gelişebilecek hastalık nüksünü önlemektir.¹¹⁹

2.6. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) Tanısı ve Tedavisi

Dış görünüşüyle, bedensel hastalıkla, vücut ağırlığıyla ilgili obsesif düşünce ya da uğraşlar, tik bozukluğu, saç yolma, patolojik kumar oynama, saatlerce duş alma gibi stereotipik, törensel ya da impulsif davranışlar ile karakterize hastalıktır. Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) kişilerin sosyal, ailesel ve mesleki ilişkilerini etkileyip günlük yaşantılarını bozar.¹²⁰ Yapılan çalışmalarda yaşam boyu görülme prevalansı % 2,5-6,2 olarak saptanmıştır.² Genellikle genç ergenlik ya da erken erişkinlikte başlar ve kronik seyirlidir. Hastaların % 65'i 25 yaş öncesi, % 35'i 35 yaş sonrası tanı almaktadır. Erkeklerde kadınlara göre daha erken yaşta başlamakta ve erkeklerde 1,5-2,5 kat fazla görülmektedir. Ayrıca OKB'si olan yetişkinlerin birinci derece yakınlarında OKB oranı, OKB'si olmayan yetişkinlerin birinci derece yakınlarına göre iki kat fazladır.¹²¹ Hastalığın kliniği yerleşmeden önce kişinin günlük hayatını çok etkilemeyen obsesif ve kompulsif semptomların olduğu bildirilmektedir.² Belirtiler aşamalı bir şekilde başlar fakat akut başlangıç da olabilmektedir.¹²¹ Obsesyon; kişinin isteği dışında ısrarlı bir şekilde aklına gelen, kişi tarafından mantıksız görülen, kişide anksiyete oluşturan, yineleyici düşünceler, dürtü ya da düşlemlerdir. Kompulsiyonlar ise bireyin obsesyonlarına cevap olarak ya da belirli kurallara göre gerçekleştirmek zorunda olduğunu hissettiği, tekrarlayan törensel davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir. Kompulsiyon obsesyonun yarattığı anksiyeteyi gidermek ve kişide korku yaratan durumu önlemek için yapılır.² OKB'de en sık kirlenme obsesyonları görülür. İkinci sıklıkta patolojik kuşku obsesyonları görülür. Bunların yanı sıra cinsel, dinsel, simetri, agresif, somatik türde obsesyonlar olabilmektedir. Kompulsiyonlar ise kontrol etme, sayma, yıkama, dua etme ve düzen gibi şekillerde karşımıza çıkmaktadır.¹²² OKB bilişsel, duygusal ve davranışsal boyutu olan çok yönlü bir hastalıktır. Ayrıca obsesif belirtiler ile yeme bozukluğu belirtileri arasında güçlü bir ilişki mevcuttur.¹²³ Anorektik ve bulimik hastalardaki kilo almaktan korkma takıntısı, zihni besinlere ve vücut hatlarına odaklı biçimde aşırı meşgul etme, oburca yemek yeme ve kusma davranışı OKB hastalarının sergilediği zihinden atılamayan düşünceler ve tekrarlayıcı kalıplaşmış davranışlara benzemektedir.¹²² Ortorektiklerin besinleri sağlıklı yeme konusundaki

obsesyona dayanan düşünceleri ve sağlıklı olmadığını düşündükleri besinleri yemekten kaçınmaları OKB'deki obsesyon ve kompulsiyonlara örnek olarak gösterilebilir. DSM-V-TR'deki obsesif kompulsif bozukluk tanı kriterleri şu şekildedir:

A. Takıntıların (obsesyonların), zorlantıların (kompulsiyonların) ya da her ikisinin birlikte varlığı:

Takıntılar (obsesyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, itkiler ya da imgeler.

2. Kişi, bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldırılmamaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirme (bir zorlantıyı yerine getirerek) girişimlerinde bulunur.

Zorlantılar (kompulsiyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kişinin takıntısına tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yinelemeli davranışlar (örn. el yıkama, düzenleme, denetleyip durma) ya da zihinsel eylemler (örn. dinsel değeri olan sözler söyleme, sayı sayma, sözcükleri sessiz bir biçimde yineleme).

2. Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma ya da bunları azaltma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yüksüzleştireceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarda gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir.

Not: Küçük çocuklar bu davranışlarının ya da zihinsel eylemlerinin amaçlarını dile getiremeyebilirler.

B. Takıntılar ya da zorlantılar kişinin zamanını alır.(örn. günde bir saatten fazla) ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Takıntı-zorlantı belirtileri, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örn. yaygın kaygı bozukluğunda olduğu gibi aşırı kuruntular; beden algısı bozukluğunda olduğu gibi dış görünümle aşırı uğraşma; biriktiricilik bozukluğunda olduğu gibi sahip olduklarını elden çıkartmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte güçlük

çekme; trikotillomanide olduğu gibi saçını yolma; deri yolma bozukluğunda olduğu gibi derisini yolma; basmakalıp davranış bozukluğunda olduğu gibi basmakalıp davranışlar; yeme bozukluğunda olduğu gibi törensel yeme davranışı; madde ile ilişkili ve bağımlılık bozukluklarında olduğu gibi maddeleri ya da kumar oynamayı düşünüp durma; cinsel sapkınlık bozukluklarında olduğu gibi cinsel itkiler ya da düşlemler; yıkıcı bozukluklarda, dürtü denetimi ve davranım bozukluklarında olduğu gibi dürtüler; yeğin depresyon bozukluğunda olduğu gibi suçlulukla ilgili düşünsel uğraşlar; şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklarda olduğu gibi düşünce sokulması ya da sanrısız uğraşlar ya da otizm açılımı kapsamında bozuklukta olduğu gibi yinelemeli davranış örüntüleri).¹²¹

Obsesif kompulsif bozukluk hastalarının sosyal ve mesleki hayatları bozulmakta, yaşam kalitesi düşmektedir. Bozulma; obsesyon ve buna karşılık oluşan kompulsiyonlara harcanan zaman kaynaklıdır. OKB'ye panik bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, özgül fobi, depresif bozukluk, bipolar bozukluk en sık eşlik eden psikiyatrik hastalıklardır ve yeme bozukluklarının da OKB'de görülme sıklığı fazladır.¹²¹ Kaye ve ark. 2004 yılında yaptığı çalışma sonuçlarında yeme bozukluğu olanların 2/3'ünün hayatlarının herhangi bir döneminde en az bir kaygı bozukluğu yaşadığı, bu bozukluklar arasında da en sık OKB'nin görüldüğü belirtilmiştir.²

OKB tedavi edilmemişse azalıp artan semptomlarla birlikte kronikleşme eğilimindedir ve yetişkinlerde remisyon oranları düşüktür.¹²¹

2.7. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) İle Yeme Bozuklukları İlişkisi

Obsesif kompulsif bozukluk ile yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok araştırma mevcuttur. Kaye anorektik belirtilerin obsesyon ve kompulsiyonlara benzediği düşüncesindedir. Araştırmacı, anorektiklerin kilo vermeye ilişkin tekrarlayıcı, inatçı düşüncelerini obsesyona; aşırı egzersiz yapmaları ve sabit yeme tutumlarını kompulsiyona benzetmiştir. Ayrıca yeme bozukluklarında görülen mükemmeliyetçilik, titizlik, aşırı denetleyici tavırların obsesif kompulsif hastalığa yakın özellikler olarak değerlendirilebilir.¹²⁴ 1995 yılında yapılan bir çalışmada OKB hastalarında vücut ağırlığı, yeme tutumu, vücut biçimine ait yanlış düşüncelerin yüksek oranda olduğu özellikle kadın obsesif kompulsif bozukluk hastalarının hayatlarının bir döneminde

yeme bozukluğu belirtileri gösterdikleri ya da yeme bozukluğu tanısını karşıladıkları gösterilmiştir.¹²⁵ 2008 yılında yapılan bir çalışmaya göre ise üniversite üstü eğitim alan bireyler diğer eğitim seviyelerine göre daha düşük ortorektik tutum sergilemiş, erkeklerin ortoreksiya nervoza eğilimleri kadınlara göre düşük bulunmuş olup ayrıca; yeme tutumu bozuk ve obsesif kompulsif belirtileri fazla olan kişilerde vücut kitle indeksi yükseldikçe ortorektik eğilimlerin arttığı saptanmıştır.¹¹⁶ Bunun yanı sıra Çelikel ve ark. yaptığı araştırma obsesif kompulsif bozukluk ve yeme bozukluğunun aynı düşünce çatısında bulunan farklı bozukluklar olduğunu göstermiştir. Bu araştırmacılar yeme bozukluğu olanlardaki kilo verme ve yeme ile aşırı uğraşın obsesyonel nitelikte olduğunu ileri sürmüş ve yeme bozukluklarına “modern obsesif kompulsif sendrom” adını vermişlerdir.¹²⁶ Bu bilgilerden anlaşılabacağı üzere yeme bozuklukları ile obsesif kompulsif bozukluk arasında yüksek oranda ilişki olduğu görülmektedir.

2.8. Adolesan Dönemde Sağlık Eğitimi

Sağlık eğitimi; kişilerin ve toplumun sağlığının geliştirilmesi, sürdürülmesi ve iyileştirilmesi ile ilgili davranış, bilgi ve tutumları kollektif olarak belirleyen etkileşimler bütünlüğüdür.¹²⁷ Sağlık eğitiminin ana amacı; bireylerin sağlıklarını korumalarını ve geliştirmelerini, tedavi olanaklarından yararlanmaları ve olumlu bir çevre yaratmalarını sağlayacak bilgi, tutum ve davranış değişikliğini oluşturmaktır.¹²⁸ DSÖ’ye göre sağlık eğitiminin amaçları ise; sağlığın önemini bireylere ve topluma anlatmak ve inandırmak, bireyi ve toplumu sağlık sorunlarını kendi kendine çözebilmeye alıştırmak, birey ve toplumun sağlık kurum ve kuruluşlarından uygun şekilde yararlanmalarını sağlamak, bireyde ve toplumda sağlıklı yaşam biçimlerini geliştirmek ve bireyi ve toplumu sağlıklı yaşamaya alıştırmak (sağlığın geliştirilmesi), bireyi ve toplumu kendi sağlığını korumaya alıştırmaktır.¹²⁷ Hastalıklardan korunma ve sağlıklı yaşam ilkelerinin uygulamaya konulabilmesi için önce bilgiye sonra iradeye gerek duyulmaktadır.¹²⁷ Hastalıkların bazıları kişilerdeki bilgi ve irade eksikliğinden kaynaklanır, sağlık eğitimi bu sebeple gereklidir.

Okullarda yapılacak sağlık eğitimi çocukların yaşına, zeka düzeyine ve gereksinimlerine göre belirlenmektedir. Sağlık eğitim programlarında kişisel hijyen ve sağlık bakımı, gıda eğitimi, sağlıklı beslenme, cinsel eğitim, tütün, alkol ve yasadışı

maddelerin kullanımı ve alışkanlığı, tüketici eğitimi, aile yaşantısı ve hastalıklardan korunma gibi konular hakkında eğitim verilmektedir.¹²⁹

Fiziksel, ruhsal, sosyal yönden değişikliklerin görüldüğü adolesan dönemde bireyler kötü alışkanlıklar kazanabilir. Adolesanların sorunlarının giderilip sağlıklı büyüme ve gelişmesini sağlayacak beslenme koşullarına kavuşturulması ve ileriki yaşamında sağlığını olumlu etkileyecek alışkanlıkların kazandırılmasında aileye, okula ve toplumun diğer kurumlarına önemli görevler düşmektedir.³ Bu dönemde uygun bir şekilde verilen sağlık eğitimiyle adolesan birçok kötü alışkanlıktan korunabilir ve mevcut hastalığı varsa bunu erken dönemde tespit etmek mümkün olabilir. Adolesan dönemde sık görülen sağlık sorunlarından biri beslenme bozukluklarıdır. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan “Sağlıklı Eğitim Atağı” projesi ile öğrencilere beslenme eğitimi seminerleri düzenlenmekte ve öğrencilerin doğru beslenme konusunda bilgilendirilmeleri amaçlanmaktadır. Ayrıca bakanlık velilere de öğrenciler aracılığıyla birer mektup göndererek yetersiz ve dengesiz beslenmenin öğrenciler açısından oluşturacağı problemlerle beslenme konusunda uyulması gereken kurallar hakkında uyarılarda bulunmaktadır.¹³⁰

Gencin yaşam koşullarına, daha önceki dönemlerde kazandığı beslenme alışkanlıklarına bağlı olarak bazı sorunlar yaşanabilir. Sağlık eğitimi sadece bilgi verme ve alışkanlıkları değiştirmeyi hedeflemelidir. Bu kapsamda lise öğrencilerinin bilinçlendirilmesi için eğitim, seminer çalışmaları yapılmalı ve broşürler hazırlanmalıdır.

Hekimler, ergenlik döneminde; biyolojik, sosyal ve psikolojik açılardan yaşanabilecek sorunları tanımalıdır ve sigara kullanımı, alkol ve madde bağımlılığı, beslenme, fiziksel travma riskleri gibi konularda gencin davranış ve alışkanlıkları sorgulanmalıdır. Her görüşme, bu riskli davranış ve alışkanlıkların önlenmesi için bir eğitim fırsatı olarak değerlendirilmelidir.

2.9. Birinci Basamakta Yeme Davranışının Değerlendirilmesi

Adolesanlar çocukluktan yetişkinlik dönemine geçişte fiziksel, sosyal ve psikolojik alanlarda büyük değişiklikler yaşamakla birlikte, kendilerini sağlıklı algılayarak dolayısıyla sağlık hizmetlerine daha düşük oranda başvururlar. Bu aşamada sosyal, fizyolojik ve psikolojik hızlı bir değişim içinde olan adolesanların sağlık problemleri

doğal değişim sürecinin bir parçası olarak kabul edilip gözden kaçabilir. Birinci basamak hekimliği bu aşamada önemini göstermektedir. Çünkü; aile hekimleri, adolesan sağlığını koruma ve iyileştirmede önemli bir role sahiptir. Bu dönemde aile hekimleri; adolesanların sosyal, psikolojik ve fiziksel olarak rahatsız oldukları durumları tespit edip onlara yardımcı olabilirler.^{22,23} Bunun yanı sıra erişkinlikte gelişebilecek hastalıklardan korunmaya yönelik önlemlerin alınabilmesi için bu dönemde izlem ve danışmanlık yapmaktadırlar. “Sağlık sistemi, adolesanların ihtiyaçlarına adapte olmalıdır ve onların ihtiyaçları, tedavi edici hizmetlerin yanında koruyucu hizmetleri de içermelidir.” sözüyle Prof. Dr. Micheal I. Cohen sağlık sisteminde adolesan dönemde koruyucu hizmetlerin, bu dönemde yapılacak izlemlerin ve danışmanlığın önemini vurgulamıştır.¹³¹ Bu dönemde adolesanın herhangi bir nedenle birinci basamak hekimine başvurması fırsat olarak değerlendirilip periyodik sağlık muayenesi yapılmalıdır. Taramalar, beslenme ve egzersiz konusunda danışmanlık, aşılar periyodik sağlık muayenesinde konuşulup uygulanabilecek konulardır. Danışmanlık kapsamında toplumdaki adolesan bireylerin sağlıklı beslenme konusunda bilinçlendirilmesi, eğitilmesi, beslenmeye bağlı oluşabilecek hastalıkların önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amaçlanmaktadır.³ Bu kapsamda adolesanlara öğünlerinin düzenli olması, meyve-sebze, tam tahıl ve düşük yağ içerikli süt ürünlerini tüketiminin artırılması, doymuş yağ ve trans yağ tüketiminin sınırlandırılması, şeker eklenmiş yiyecek ve gazlı içeceklerin sınırlandırılması önerilebilir. Ayrıca ergenliğin son döneminde kemik kitlesinin en yüksek seviyesi, ileri dönemdeki osteoporoz riski açısından temel belirleyicidir. Bu sebeple osteoporoz önleyici programları içeren koruyucu sağlık hizmetlerine adolesan dönemde başlanmalıdır.¹³²

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma, Adana ilinde okuyan lise öğrencilerinin beslenme davranışlarını belirlemek, ortoreksiya nervoza düzeyi ve obsesif kompulsif bozukluk düzeyi ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla nicel ve kesitsel tipte yapılmış bir araştırmadır.

3.2. Evren ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini; 1 Ekim 2018-1 Mayıs 2019 tarihleri arasında Adana ilinde lise ve dengi okullarda öğrenim gören 52.571'i erkek, 42.076'sı kız olmak üzere toplam 94.647 lise 1. sınıf, 2. sınıf, 3. sınıf, 4. sınıf ve hazırlık sınıfı öğrencileri oluşturmuştur.

Okullara gönderilen online ankete 1491 kişi giriş yapmış, 940 kişi ankete başlamış, 760 kişi ise anketi tamamlamıştır. Lise dönemi dışında olan ve anketi tamamlayan 5 kişi araştırma dışı bırakılmıştır. Örneklemi 755 kişi oluşturmaktadır.

3.3. Verilerin Toplanması

Araştırma, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan alınan onay ve Adana İl Milli Eğitim Müdürlüğü (MEM)'nden alınan izin sonrası milli eğitim müdürlüğü tarafından Adana'daki lise ve dengi tüm okullara <http://cukurovaale.org/> sitesindeki online anketi doldurmaları yönünde üst yazı şeklinde gönderilmiştir. Çalışma verileri, adresi verilen internet sitesi üzerinden 1 Ekim 2018 - 1 Mayıs 2019 tarihleri arasında çalışmaya katılmayı kabul eden lise ve dengi okullarda öğrenim gören lise öğrencilerinin anketimizi doldurmasıyla elde edilmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri su şekilde belirlenmiştir:

1. Okuryazar olmak,
2. Adana'daki lise ve dengi okullardan birinde öğrenim görmek,
3. Katılmak için gönüllü olmak,
4. Onam formunu onaylamış olmak.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada katılımcıların demografik özelliklerini, beslenme davranışları ve sağlıklı beslenme bilgi düzeyini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen “Sosyodemografik Bilgi Formu”, ortorektik eğilimlerin değerlendirilmesi amacıyla “Orto-15 Testi” ve obsesif kompulsif belirtilerin değerlendirilmesi amacıyla “Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri” kullanılmıştır.

3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Bu form sosyodemografik özellikleri tanımlayan ve araştırmacılar tarafından literatür taranarak elde edilen katılımcının beslenme davranışı ve sağlıklı beslenme bilgi düzeyini öğrenmenin amaçlandığı sorulardan oluşmaktadır.

3.4.2. Orto-15 Testi

ORTO-15 ölçeği, Steven Bratman tarafından bireylerde ortoreksiya nervoza belirtilerini saptamak amacıyla oluşturulmuş 10 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir.¹³³ Donini'nin ORTO-15 ölçeği, Bratman'ın 10 soruluk ortoreksiya kısa sorulardan oluşan ölçeği baz alınarak geliştirilmiştir. Bratman'ın bazı soruları çıkarılıp yerine farklı sorular eklenmiştir. ORTO-15 ölçeği son haliyle, Donini tarafından Bratman'ın kısa soru ölçeğinin uyarlanmasıyla ilk olarak İtalya'da Latinler için geliştirilmiştir. Ortoreksiya nervoza eğilimini değerlendirmek için düzenlenmiş 15 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir.¹¹⁰ Maddeler günümüzde “Çok sık” maddesi çıkarılarak 4 dereceli formatta cevaplanacak şekilde düzenlenmiştir. 2, 5, 8 ve 9. maddeler tersine puanlanmaktadır (Tablo 1). 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 besinleri tüketme konusundaki 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.

Türkiye’de Arusoğlu ve diğerleri tarafından 2008 yılında Türkçe’ye uyarlanan ORTO-15 ölçeği ORTO-11 olarak yeniden adlandırılmıştır. ORTO-11 testinin faktör ve iç tutarlılık analizi yapılmış olup yapılan faktör analizi sonucunda testin öz değeri 1.0 üstünde 3 faktör olarak belirlenmiştir. Maddelerin faktör yüklerinin -0.44 ile 0.69 arasında değiştiği belirlenmiştir. Birinci faktöre yüklenen maddelerin genellikle sağlıklı beslenme ile ilgili endişeleri ve duyguları içerdiği, ikinci faktöre besin seçimi ile ilgili davranışları içeren maddelerin yüklendiği, üçüncü faktörü ise beslenme ile ilgili bilişleri içeren maddelerin oluşturduğu tespit edilmiş olup bu sebeple faktörlere sırasıyla duygu, davranış ve biliş adları verilmiştir. Faktörlerin iç tutarlılık katsayıları da sırasıyla 0.14, 0.44 ve 0.18 olarak bulunmuştur. Bazı maddeler “kognitif rasyonel alanı” (1, 5, 6, 11, 12, 14), bir bölümü “klinik alanı” (3, 7, 8, 9,15), diğer kısmı da “duygusal alanı” (2, 4, 10, 13) incelemektedir.⁵

Tablo 1. Ortoreksiya nervoza testi yanıt puanlaması

ORTO-15 TEST YANITLARININ PUANLAMASI				
Maddeler	Yanıtlara göre alınan puanlar			
	Her zaman	Sık sık	Bazen	Hiçbir zaman
2-5-8-9	4	3	2	1
3-4-6-7-10-11-12-14-15	1	2	3	4
1-13	2	4	3	1

3.4.3. Maudsley Obsesif Kompulsif Bozukluk Envanteri

Orijinal hali Rachman ve Hodgson tarafından 1977 yılında çeşitli obsesif kompulsif belirtilerin değerlendirilmesi için geliştirilmiştir. Orijinal envanter 30 soruya verilen doğru-yanlış maddelerinden oluşmaktadır. Envanterin kontrol, temizlik, yavaşlık ve kuşkuyu içeren 4 alt skalası vardır ve toplam puanı 30’dur. Envanterin test-tekrar test güvenilirliği 0.80’dir ve yapılan çalışmalarda iç tutarlılığı 0.60 ve 0.87 arasında değişmektedir.

Envanterin Türkçe’ye uyarlaması 1988 yılında Erol ve Savaşır tarafından yapılmıştır. Uyarlamada obsesyonlarla ilgili 7 madde daha eklemiş ve toplamda 37 maddelik envanter oluşmuştur. İlk iç tutarlılık alpha katsayısı 0.44 iken, bazı maddelerin tekrar yazılmasından ve envanter üzerinde çalışmalar tamamlandıktan sonra yeni cronbach alpha değeri; 30 madde için 0.81, 37 madde için ise 0.86 olarak

bulunmuştur. Orijinal envanter için alt skalaların alpha katsayıları şu şekildedir: kontrol 0.70, yıkama 0.66, yavaşlık 0.31 ve kuşku 0.56.

Erol ve Savaşır türk örnekleme için faktör analizini hesaplamış ve temizlik, obsesyonel düşünme ve yavaşlık/kontrolden oluşan 3 faktör belirlemişlerdir. Bu faktörler için alfa katsayıları sırasıyla 0.61, 0.66 ve 0.65'tir.

Değerlendirmede işaretlenen her doğru maddesine 1 puan verilir. Yalnızca 11. madde ters puanlanır. Toplanan puanlar her maddeden elde edilen sayısal değerlerle belirlenir. En yüksek değerler toplam obsesyon puanı için 37, kontrol etme için 9, temizlik için 11, yavaşlık için 7, kuşku için 7'dir.¹⁰⁹ Bu ölçekten obsesif kompulsif bozukluk olguları ortalama 21 puan alırken, normal toplum örnekleme ortalama 12 puan almaktadır. Envanterin puan değerlerine göre tanı ve sevk durumu aşağıda özetlenmiştir:

12 puan ve altında: Psikiyatrik muayene ile obsesif kompulsif bozukluk saptanma olasılığı var ama düşük,

13-17 puan: Psikiyatrik muayene ile obsesif kompulsif bozukluk tanısı konma olasılığı var,

18 puan ve üstü: Psikiyatrik muayene ile obsesif kompulsif bozukluk saptanma olasılığı yüksek, psikiyatri uzmanına sevk edilmelidir.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Online anket formundan elde edilen verilerin istatistiksel analizinde IBM SPSS (The Statistical Package for The Social Sciences) Statistics Versiyon 20.0 paket programı kullanıldı. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sayısal ölçümlerle ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum-maksimum) olarak özetlendi. Kategorik ölçümlerin gruplar arasında karşılaştırılmasında Ki Kare test istatistiği kullanıldı. Gruplar arasında sayısal ölçümlerin karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda T testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanıldı. Sayısal ölçümlerin birbirleri arasındaki etkileşimi incelemek için pearson korelasyon katsayısı ve ilgili p değeri elde edildi. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0.05 olarak alındı.

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular ve bulgulara dayalı yapılan yorumlar aşağıda yer almaktadır.

4.1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sosyodemografik Bulguları

Araştırmamıza katılmayı kabul edip online anketimizi dolduran 755 öğrenciye ait veriler çalışmamızda değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine ait bilgiler aşağıdaki tablolarda sunulmaktadır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş, cinsiyet, lise türü ve yılı, yaşanılan yer değişkenine göre dağılımları Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2. Katılımcıların yaş, cinsiyet, lise türü ve yılı, yaşanılan yer değişkenine göre dağılımı

Sosyodemografik özellikler		Sayı	%
Yaş (n:755)	14-16 Yaş	480	63,5
	17-19 Yaş	275	36,5
Cinsiyet (n:755)	Kadın	470	62,3
	Erkek	285	37,7
Lise yılı (n:755)	Lise 1	130	17,2
	Lise 2	190	25,2
	Lise 3	283	37,5
	Lise 4	149	19,7
	Hazırlık	3	,4
Lise türü (n:755)	Fen Lisesi	55	7,3
	Anadolu Lisesi	456	60,4
	Sosyal Bilimler Lisesi	7	,9
	Güzel Sanatlar Lisesi	6	,8
	İmam Hatip Lisesi	38	5
	Spor Lisesi	1	,1
	Çok Programlı Anadolu Lisesi	14	1,9
	Mesleki ve Teknik Lise	159	21,1
	Diğer	19	2,5
Yaşanılan yer (n:755)	Aileyle	684	90,6
	Yurtta	56	7,4
	Akrabalarıyla	6	,8
	Ev Arkadaşlarıyla	5	,7
	Yalnız	4	,5

Çalışmamıza 470 (% 62,3) kadın ve 285 (% 37,7) erkek öğrenci katıldı. Tüm katılımcıların yaş ortalaması 16,01±1,14 (min:14 - max:19) olarak ölçüldü (Tablo 2).

Katılımcıların 456'sı (% 60,4) Anadolu Lisesi'nde, 159'u (% 21,1) Mesleki ve Teknik Lise'de, 55'i (% 7,3) Fen Lisesi'nde, 38'i (% 5) İmam Hatip Lisesi'nde okumaktadır (Tablo 2).

Katılımcıların 130'u (% 17,2) lise 1. sınıfta, 190'ı (% 25,2) lise 2. sınıfta, 283'ü (% 37,5) lise 3. sınıfta, 149'u (% 19,7) lise 4. sınıfta ve 3'ü (% 0,4) hazırlık sınıfında okumaktadır (Tablo 2).

Katılımcıların 684'ü (% 90,6) ailesiyle, 56'sı (% 7,4) yurttta, 5'i (% 0,7) ev arkadaşlarıyla yaşamaktadır (Tablo 2).

Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyoekonomik düzey ve ebeveyn eğitim düzeyi değişkenlerine göre dağılımları Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3. Katılımcıların sosyoekonomik düzey ve ebeveyn eğitim düzeyi değişkenine göre dağılımı

		Sayı	%
Sosyoekonomik Düzey (n:755)	0-2000 TL	231	30,6
	2001-6000 TL	394	52,2
	6001-10000 TL	104	13,8
	10001 TL ve Üstü	26	3,4
Anne Eğitim Düzeyi (n:755)	Okuryazar Değil	45	6
	İlköğretim	305	40,4
	Lise	223	29,5
	Lisans ve Üzeri	182	24,1
Baba Eğitim Düzeyi (n:755)	Okuryazar Değil	11	1,5
	İlköğretim	243	32,2
	Lise	260	34,4
	Lisans ve Üzeri	241	31,9

Katılımcıların 231'i (% 30,6) 2000 TL ve altında, 394'ü (% 52,2) 2001-6000 TL arası, 104'ü (% 13,8) 6001-10000 TL arası ve 26'sı (% 3,4) 10000 TL den fazla gelir düzeyine sahip olarak bulunmuştur (Tablo 3).

Katılımcıların annelerinin 305'i (% 40,4) ilköğretim mezunu, 223'ü (% 29,5) lise mezunu, 182'si (% 24,1) lisans ve üzeri eğitim düzeyinde, 45'i (% 6) ise okuryazar değildir (Tablo 3).

Katılımcıların babalarının 243'ü (% 32,2) ilköğretim mezunu, 260'ı (% 34,4) lise mezunu, 241'i (% 31,9) lisans ve üzeri eğitim düzeyinde, 11'i (% 1,5) ise okuryazar değildir (Tablo 3).

Araştırmaya katılan öğrencilerin sigara ve alkol kullanımı, kronik hastalık varlığı değişkenlerine göre dağılımları Tablo 4’te sunulmuştur.

Tablo 4. Katılımcıların sigara ve alkol kullanımı, kronik hastalık değişkenine göre dağılımı

		Sayı	%
Sigara İçimi (n:755)	Evet	50	6,6
	Hayır	705	93,4
Alkol Tüketimi (n:754)	Evet	133	17,6
	Hayır	621	82,4
Kronik Hastalık Varlığı (n:755)	Evet	101	13,4
	Hayır	654	86,6

Katılımcıların 50’si (% 6,6) sigara içmekte, 705’i (% 93,4) sigara içmemektedir (Tablo 4).

Katılımcıların 621’i (% 82,4) alkol tüketmekte, 133’ü (% 17,6) alkol tüketmemektedir (Tablo 4).

Katılımcıların 101’inde (% 13,4) kronik hastalık mevcuttur. Katılımcılarda en çok görülen kronik hastalıklar astım ve kalp yetmezliği olarak tespit edilmiştir (Tablo 4).

4.2. Katılımcıların Beslenme Davranışı ile İlgili Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin beslenme davranışına ait bilgileri aşağıdaki tablolarda sunulmaktadır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin BKİ değişkenine göre dağılımları Tablo 5’te sunulmuştur.

Katılımcıların Beden Kitle İndeksi (BKİ) ortalaması $20,8 \pm 3,2$ (min: 14,0 - max: 34,7) olarak ölçülmüş olup 180’i (% 23,9) zayıf, 494’ü (% 65,5) normal, 71’i (% 9,4) fazla kilolu ve 9’u (% 1,2) obezdir.

Tablo 5. Katılımcıların BKİ değişkenine göre dağılımı

		Sayı	%
BKİ (n:755)	Zayıf (<18,5)	180	23,9
	Normal (18,5-24,9)	494	65,5
	Fazla Kilolu (25-29,9)	71	9,4
	Obez (>30)	9	1,2

BKİ: Beden Kitle İndeksi

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlıklı beslenme bilgisi ve bilgi alınan kaynaklar değişkenlerine göre dağılımları Tablo 6’da sunulmuştur.

Katılımcıların 167’si (% 22,1) sağlıklı beslenme hakkında bilgisi olmadığını, 42’si (% 5,6) sağlıklı beslenme hakkında bilgiyi doktordan, 66’sı (% 8,7) diyetisyenden, 238’i (% 31,5) kitle iletişim araçlarından, 217’si (% 28,7) çevresinden, 9’u (% 1,2) ise spor salonlarından aldığını belirtmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların sağlıklı beslenme bilgisi ve bilgi alınan kaynaklara göre dağılımı

			Sayı	%
Sağlıklı Beslenme Hakkında Bilgi (n:755)	Yok		167	22,1
	Var	Doktor	42	5,6
		Diyetisyen	66	8,7
		Kitle İletişim Araçları	238	31,5
		Çevre	217	28,7
		Spor Salonu	9	1,2
		Diğer	16	2,1

Araştırmaya katılan öğrencilerin sürekli uygulanan diyetle ilgili dağılımları Tablo 7’de sunulmuştur.

Katılımcıların 739’unun (% 97,9) sürekli uyguladıkları bir diyet programı yoktur, 16’sının (% 2,1) ise sürekli uyguladıkları bir diyet programı bulunmaktadır. Diyet programlarından kilo verme amaçlı uygulanan diyetisyen diyeti ve protein ağırlıklı diyet katılımcılarda en sık rastlanan diyet programlarıdır.

Tablo 7. Katılımcıların sürekli uygulanan diyet değişkenine göre dağılımı

		Sayı	%
Sürekli Uygulanan Diyet (n:755)	Var	16	2,1
	Yok	739	97,9

4.3. Düzey Bakımından Değerlendirmeye İlişkin Bulgular

Katılımcıların ortoreksiya nervoza ve obsesif kompulsif bozukluk düzeylerine göre ortalama ve standart sapma dağılımları Tablo 8’de sunulmuştur.

Katılımcıların ORTO-15 puan ortalaması $37,7 \pm 4,03$ (min: 25-max: 50), obsesif kompulsif bozukluk puan ortalaması $16,3 \pm 6,88$ (min: 0-max: 36) olarak ölçülmüştür. Tablo 8 incelendiğinde ON puan ortalamalarının yüksek yani ortorektik eğilimlerinin düşük olduğu bulunmuştur. OKB puan ortalaması $16,3 \pm 6,88$ olmakla birlikte katılımcıların hemen hemen yarısının (% 44,5) puanı 18 ve üzerinde olup yüksek OKB

eğilimine sahiptir. Ayrıca katılımcıların ORTO-15 ve Maudsley Obsesif Kompulsif Bozukluk Envanter puan ortalamaları ortalamasının üzerinde bulunmuştur.

Tablo 8. Katılımcıların ortoreksiya nervoza ve obsesif kompulsif bozukluk düzeylerine ilişkin ortalama ve standart sapma dağılımları

	N	$\bar{X}$	Ss	Minimum	Maksimum
Ortoreksiya Nervoz	755	37,7	4,03	25	50
Obsesif Kompulsif Bozukluk	754	16,3	6,88	0	36

4.4. Orto-15 Testi İle İlgili Bulgular

Orto-15 testi kişilerin ortoreksiya nervoza eğilimini belirlemek amacıyla uygulanan 15 sorudan oluşan bir testtir. Araştırmaya katılan öğrencilerin Orto-15 testi ile farklı değişkenlere ait bulguları aşağıdaki tablolarda sunulmaktadır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin Orto-15 test sonuçlarına göre dağılımları tablo 9’da sunulmuştur.

Orto-15 testi; 33 ve altında puan alan kişilerin ortorektik eğilimi vardır, 33 üstünde puan alan kişilerin ortorektik eğilimi yoktur şeklinde yorumlanmaktadır.

Katılımcıların 111’i (% 14,7) orto-15 testinden 33 ve altında puan almış olup ortorektik eğilim göstermekte, 644’ü (% 85,3) 33 üstünde puan almış olup ortorektik eğilim göstermemektedir.

Tablo 9. Katılımcıların Orto-15 test sonuçlarına ilişkin dağılımları

Orto-15 Test Puanı	n	%
Orto-15 Test Puanı ≤33	111	14,7
Orto-15 Test Puanı >33	644	85,3

Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyet değişkenine göre ON eğilimine ilişkin dağılımları Tablo 10’da sunulmuştur.

Tablo 10. Katılımcıların cinsiyetiyle ON eğilim ilişkisi

	Kadın n (%)	Erkek n (%)	p değeri
Ortorektik Eğilimi Var	63 (13,4)	48 (16,8)	0,196*
Ortorektik Eğilimi Yok	407 (86,6)	237 (83,2)	
Toplam	470 (100)	285 (100)	

ON: Ortoreksiya Nervoz, * Pearson Ki-kare testi

Kadın katılımcıların 63’ü (% 13,4), erkek katılımcıların 48’i (% 16,8) ortorektik eğilim göstermekte, kadın katılımcıların 407’si (% 86,6), erkek katılımcıların 237’si (%

83,2) ortorektik eğilim göstermemektedir. Ortorektik eğilim gösteren ve göstermeyen öğrenciler arasında cinsiyet bakımından anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan öğrencilerin BKİ değişkenine göre ON eğilimine ilişkin dağılımları Tablo 11’de sunulmuştur.

Tablo 11. Katılımcıların beden kitle indeksiyle ON eğilim ilişkisi

		Ortorektik Eğilimi Var n (%)	Ortorektik Eğilimi Yok n (%)	p değeri
BKİ Düzeyi	Zayıf	28 (15,6)	152 (84,4)	0,953*
	Normal	70 (14,2)	424 (85,8)	
	Fazla Kilolu	11 (15,5)	60 (84,5)	
	Obez	1 (11,1)	8 (88,9)	

ON: Ortoreksiya Nervoza, *Pearson Ki-kare testi

Araştırmaya katılan öğrencilerden zayıfların % 15,6’sı, normal kilodakilerin % 14,2’si, fazla kiloluların % 15,5’i, obezlerin % 11,1’i ortorektik eğilim göstermektedir. Zayıfların % 84,4’ü, normal kilodakilerin % 85,8’i, fazla kiloluların % 84,5’i, obezlerin % 88,9’u ortorektik eğilim göstermemektedir. Ayrıca ortorektik eğilim gösteren kişilerin % 63,6’sı normal kiloda, % 10’u fazla kilodadır. Ortorektik eğilim gösteren ve göstermeyen öğrenciler arasında BKİ bakımından anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan öğrencilerin eğitim alınan lise türü ve yılıyla ON eğilimine ilişkin dağılımları Tablo 12’de sunulmuştur.

Katılımcılardan lise 1. sınıfta okuyanların % 16,9’u, lise 2. sınıfta okuyanların % 13,2’si, lise 3. sınıfta okuyanların % 13,1’i, lise 4. sınıfta okuyanların % 18,1’i ortorektik eğilim göstermektedir. Lise 1. sınıfta okuyanların % 83,1’i, lise 2. sınıfta okuyanların % 86,8’i, lise 3. sınıfta okuyanların % 86,9’u, lise 4. sınıfta okuyanların % 81,9’u ortorektik eğilim göstermemektedir.

Katılımcıların eğitim alınan lise yılı ile ortoreksiya nervoza grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Katılımcılardan fen lisesindekilerin % 7,3’ü, anadolu lisesindekilerin % 15,8’i, güzel sanatlar lisesinde okuyanların % 66,7’si ortorektik eğilim göstermektedir. Ortorektik eğilimliler incelendiğinde % 64,9’unun anadolu lisesinde öğrenim gördüğü saptanmıştır.

Ortorektik eğilim gösteren ve göstermeyen öğrencilerle eğitim alınan lise türü arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

Tablo 12. Katılımcıların eğitim alınan lise türü ve yılıyla ON eğilim ilişkisi

		Ortorektik Eğilimi Var n (%)	Ortorektik Eğilimi Yok n (%)	p değeri
Lise Yılı	Lise 1	22 (16,9)	108 (83,1)	0,497*
	Lise 2	25 (13,2)	165 (86,8)	
	Lise 3	37 (13,1)	246 (86,9)	
	Lise 4	27 (18,1)	142 (81,9)	
	Hazırlık	0 (0)	3 (100)	
Lise Türü	Fen Lisesi	4 (7,3)	51 (92,7)	0,002*
	Anadolu Lisesi	72 (15,8)	384 (84,2)	
	Sosyal Bilimler Lisesi	1 (14,3)	6 (85,7)	
	İmam Hatip Lisesi	3 (7,9)	35 (92,1)	
	Spor Lisesi	1 (100)	0 (0)	
	Çok Programlı Anadolu Lisesi	2 (14,3)	12 (85,7)	
	Mesleki ve Teknik Lise	23 (14,5)	136 (85,5)	
	Güzel Sanatlar Lisesi	4 (66,7)	2 (33,3)	
	Diğer	1 (5,3)	18 (94,7)	

ON: Ortoreksiya Nervoza, *Pearson Ki-kare testi

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaşadıkları yerle ON eğilimine ilişkin dağılımları Tablo 13'te sunulmuştur.

Yaşadıkları yer değişkenine baktığımızda katılımcıların büyük çoğunluğu ailesiyle yaşamaktadır. Katılımcılardan ailesiyle yaşayanlardan 100'ü (% 14,6), yurtda kalanlardan 5'i (% 8,9), akrabasıyla yaşayanlardan 3'ü (% 50) ortorektik eğilim göstermekte, ailesiyle kalanlardan 584'ü (% 85,4), yurtda kalanlardan 51'i (% 91,1), akrabasıyla kalanlardan 3'ü (% 50), arkadaşlarıyla kalanlardan 4'ü (% 80), yalnız yaşayanların ise 4'ü (% 50) ortorektik eğilim göstermemektedir. Ayrıca ortorektik eğilim gösterenlerin % 90,1'i ailesiyle yaşamaktadır.

Katılımcıların yaşadıkları yer ile ortoreksiya nervoza grupları arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

Tablo 13. Katılımcıların yaşadıkları yer değişkeniyle ON eğilim ilişkisi

		Ortorektik Eğilimi Var n (%)	Ortorektik Eğilimi Yok n (%)	p değeri
Yaşadıkları Yer	Aileyle	100 (14,6)	584 (85,4)	0,021*
	Yurtda	5 (8,9)	51 (91,1)	
	Akrabayla	3 (50)	3 (50)	
	Arkadaşlarıyla	1 (20)	4 (80)	
	Yalnız	2 (50)	2 (50)	

ON: Ortoreksiya Nervoza, *Pearson Ki-kare testi

Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyoekonomik düzeyiyle ON eğilimine ilişkin dağılımları Tablo 14’te sunulmuştur.

Sosyoekonomik düzey grupları incelendiğinde % 52,2’sini 2001-6000 TL alan grubun oluşturduğu belirlenmiştir. Ortorektik eğilim gösterenlerin % 48,6’sını ise yine 2001-6000 TL alan grup oluşturmaktadır.

0-2000 TL gelir düzeyine sahip olanların % 12,1’i, 2001-6000 TL gelir düzeyine olanların % 13,7’si, 6001-10000 TL gelir düzeyine sahip olanların % 20,3’ü, 10001 TL ve üzeri gelir düzeyine sahip olanların ise % 30,8’i ortorektik eğilim göstermektedir.

0-2000 TL gelir düzeyine sahip olanların % 87,9’u, 2001-6000 TL gelir düzeyine olanların % 86,3’ü, 6001-10000 TL gelir düzeyine sahip olanların % 79,7’si, 10001 TL ve üzeri gelir düzeyine sahip olanların ise % 69,2’si ortorektik eğilim göstermemektedir.

Sosyoekonomik düzey grupları ile ortoreksiya nervoza grupları arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

Tablo 14. Katılımcıların sosyoekonomik düzey değişkeniyle ON eğilim ilişkisi

		Ortorektik Eğilimi Var n (%)	Ortorektik Eğilimi Yok n (%)	p değeri
Sosyoekonomik Düzy	0-2000 TL	28 (12,1)	203 (87,9)	0,001*
	2001-6000 TL	54 (13,7)	340 (86,3)	
	6001-10000 TL	21 (20,3)	83 (79,7)	
	≥10001 TL	8 (30,8)	18 (69,2)	

ON: Ortoreksiya Nervoza, *ANOVA ile analiz edilmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sigara kullanımıyla ON eğilimine ilişkin dağılımları Tablo 15’te sunulmuştur.

Katılımcıların sigara kullanımı incelendiğinde yalnızca % 6,6’sının sigara kullandığı, ortorektik eğilim gösterenlerin ise % 9’unun sigara kullandığı belirlenmiştir.

Sigara kullananların % 20’sinin, sigara içmekte % 14,3’ünün ortorektik eğilimi olduğu, ayrıca sigara içenlerin % 80’inin, sigara içmeyenlerin % 85,7’sinin ortorektik eğiliminin olmadığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların sigara kullanımı ile ortoreksiya nervoza eğilimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 15. Katılımcıların sigara kullanımı ile ON eğilim ilişkisi

		Ortorektik Eğilimi Var n (%)	Ortorektik Eğilimi Yok n (%)	p değeri
Sigara Kullanımı	Evet	10 (20)	40 (80)	0.374*
	Hayır	101 (14,3)	604 (85,7)	

ON: Ortoreksiya Nervoz, *Pearson Ki-kare testi

Araştırmaya katılan öğrencilerin ebeveyn eğitim düzeyi ile ortoreksiya nervoz eğilimine ilişkin dağılımları Tablo 16’da sunulmuştur.

Katılımcıların annelerinin eğitim düzeyi sorgulandığında % 40,4’ünün eğitim düzeyi ilköğretim, % 29,5’inin lise, % 24,1’inin lisans ve üzeri olduğu belirlenmiştir. Babaların ise % 34,4’ü lise, % 32,2’si ilköğretim, % 31,9’u lisans ve üzeri bölümlerden mezun olmuştur. Annelerin % 6’sı, babaların ise % 1,5’i okuryazar değildir.

Tablo 16 incelendiğinde annelerin okuryazar olmayanlarının % 22,2’si, lise mezunlarının % 15,7’sinin, lisans ve üzeri bölümlerden mezun olanların % 14,8’i, ilköğretim mezunlarının % 12,8’inin orto-15 testinden 33 ve altında puan alıp ortorektik eğilim gösterdiği belirlenmiştir. Ortorektik eğilim göstermeyen annelerin eğitim düzeyi incelendiğinde ise en yüksek oran ilköğretim mezunlarında ve % 43,3 olarak bulunmuştur.

Tablo 16. Katılımcıların ebeveynlerinin eğitim düzeyi ile ON eğilim ilişkisi

		Ortorektik Eğilimi Var n (%)	Ortorektik Eğilimi Yok n (%)	p değeri
Anne Eğitim Düzeyi	Okuryazar Değil	10 (22,2)	35 (78,8)	0,377*
	İlköğretim	39 (12,8)	266 (87,2)	
	Lise	35 (15,7)	188 (84,3)	
	Lisans ve Üzeri	27 (14,8)	155 (85,2)	
Baba Eğitim Düzeyi	Okuryazar Değil	6 (54,5)	5 (45,5)	0,001*
	İlköğretim	37 (15,2)	206 (84,8)	
	Lise	27 (10,4)	233 (89,6)	
	Lisans ve Üzeri	41 (17)	200 (83)	

ON: Ortoreksiya Nervoz, *Pearson Ki-kare testi

Anne eğitim düzeyi ile ortoreksiya nervoz eğilimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 16).

Babaların okuryazar olmayanlarının % 54,5’inin, lise mezunlarının % 10,4’ünün, lisans ve üzeri bölümlerden mezun olanların % 17’si, ilköğretim mezunlarının % 15,2’sinin orto-15 testinden 33 ve altında puan alıp ortorektik eğilim gösterdiği belirlenmiştir. 33 puan üstü alıp ortorektik eğilim göstermeyen babaların ise % 36,2’sinin lise mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 16).

Baba eğitim düzeyi ile ortoreksiya nervoza eğilimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 16).

Öğrencilerin sağlıklı beslenme bilgisi ve sağlıklı beslenme hakkında bilgi alınan kaynaklar ve sürekli uygulanan diyet durumuyla ortoreksiya nervoza eğilimi arasındaki ilişki Tablo 17’de özetlenmiştir.

Tablo 17. Katılımcıların sağlıklı beslenme bilgi düzeyi ve sürekli uygulanan diyet varlığıyla ON eğilim ilişkisi

			Ortorektik Eğilimi Var n (%)	Ortorektik Eğilimi Yok n (%)	p değeri
Sağlıklı Beslenme Hakkında Bilgi Durumu	Yok		23 (13,8)	144 (86,2)	0,001*
	Var	Doktorlar	7 (16,7)	35 (83,3)	
		Diyetisyenler	12 (18,2)	54 (82,8)	
		Kitle İletişim Araçları	53 (22,3)	185 (77,7)	
		Çevre	14 (6,5)	203 (93,5)	
		Zayıflama Merkezi	1 (11,1)	8 (88,9)	
		Diğer	1 (6,2)	15 (93,8)	
Sürekli Uygulanan Diyet Durumu	Var		6 (37,5)	10 (62,5)	0,02*
	Yok		105 (14,2)	634 (85,8)	

ON: Ortoreksiya Nervoz, *Pearson Ki-kare testi

Öğrencilere beslenme davranışlarıyla ilgili bilgi sahibi olmak amacıyla sürekli uyguladıkları bir diyet olup olmadığı, sağlıklı beslenme hakkında bilgilerinin olup olmadığı, sağlıklı beslenme bilgileri varsa bilgi aldıkları kaynaklar sorgulanmıştır (Tablo 17).

Katılımcıların % 97,9’u sürekli uyguladığı bir diyet programı olmadığını belirtmiştir. Sürekli bir diyet uygulayanların % 37,5’inin ortorektik eğilim gösterdiği, diyet uygulamayanların ise % 14,2’sinin ortorektik eğilim gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 17).

Diyet yapanların uyguladıkları diyet belirtilmeleri istendiğinde ise en sık diyetisyenlerinin kilo verme amaçlı uyguladığı diyet, protein ağırlıklı diyet ve sağlıklı beslenme diyetinin uygulandığı tespit edilmiştir (Tablo 17).

Sürekli diyet uygulamayla ortoreksiya nervoza eğilimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 17).

Katılımcıların sağlıklı beslenme bilgi düzeyi ile ON arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sağlıklı beslenme hakkında bilgiyi kitle iletişim araçlarından alan öğrencilerde ON eğilimi diğer bilgi sahibi olanlara göre daha yüksektir (Tablo 17).

4.5. Maudsley Obsesif Kompulsif Bozukluk Envanteriyle İlgili Bulgular

Bu kısımda katılımcıların bir öz değerlendirme testi olan Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)'ne verdikleri yanıtlar değerlendirilmiştir. MOKSL puan dağılımına göre 12 puan ve altında psikiyatrik muayene ile obsesif kompulsif bozukluk saptanma olasılığı var ama düşük, 13-17 puan arası psikiyatrik muayene ile obsesif kompulsif bozukluk tanısı konma olasılığı var, 18 puan ve üstünde ise psikiyatrik muayene ile obsesif kompulsif bozukluk saptanma olasılığı yüksek, psikiyatri uzmanına sevk edilmeli şeklinde değerlendirme yapılır. Bu test obsesif kişileri nevrotik hastalardan ayırt etmek amacı ile geliştirilmiş olup ortoreksiya sıklığının daha doğru belirlenmesinde yardımcı olacağı düşünülmüş ve uygulanmıştır.

Katılımcıların MOKSL puan dağılımları Tablo 18'de özetlenmiştir.

Araştırmaya katılmayı kabul eden 755 kişiden 754'ü Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi'ni yanıtlamıştır. Katılımcıların 221'i (% 29,3) 12 ve altında puan almış düşük OKB tanı olasılığı mevcut, 197'si (% 26,1) 13-17 arası puan almış psikiyatrik muayene ile OKB tanı olasılığı mevcut, 336'sı (% 44,6) 18 ve üstünde puan almış olup yüksek OKB tanı olasılığı mevcuttur.

Tablo 18. Katılımcıların MOKSL puan dağılımları

		Sayı	%
MOKSL Puan Sınıflaması (n: 754)	≤12 Puan	221	29,3
	13-17 Puan	197	26,1
	≥18 Puan	336	44,6

MOKSL: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi

Katılımcıların cinsiyetiyle OKB tanısı arasındaki ilişki Tablo 19'da özetlenmiştir.

Tablo 19'a göre kadın katılımcıların 231'inde (% 49,1), erkek katılımcıların 105'inde (% 37) yüksek OKB tanı olasılığı vardır. Kadın katılımcıların 112'sinde (% 23,8), erkek katılımcıların 109'unda (% 38,4) ise düşük OKB tanı olasılığı vardır.

Yüksek OKB tanı olasılığı bulunan grupta olanların % 68,8'i kadın, % 31,2'si erkektir.

Cinsiyetle OKB olasılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

Tablo 19. Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre OKB düzeyine ilişkin sonuçları

		Kadın n (%)	Erkek n (%)	p değeri
MOKSL Puan Dağılımı	Düşük OKB Olasılığı	112 (23,8)	109 (38,4)	0,001*
	Psikiyatrik Muayene ile OKB olasılığı var	127 (27)	70 (24,6)	
	Yüksek OKB Olasılığı	231 (49,1)	105 (37)	

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, **MOKSL:** Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi, *Pearson Ki-kare testi

Katılımcıların eğitim aldıkları lise türü ve yılıyla OKB tanısı arasındaki ilişki Tablo 20’de özetlenmiştir.

Tablo 20 incelendiğinde lise 1. sınıfların % 40,8’inde, lise 2. sınıfların % 42,3’ünde, lise 3. sınıfların % 44,9’unda, lise 4. sınıfların % 49,7’sinde ve hazırlık sınıfındakilerin % 66,7’sinde yüksek OKB tanı olasılığı vardır.

Tablo 20. Katılımcıların eğitim alınan lise türü ve yılı ile OKB ilişkisi

		Düşük OKB Olasılığı n (%)	Psikiyatrik Muayene ile OKB olasılığı var n (%)	Yüksek OKB Olasılığı n (%)	p değeri
Lise Yılı	Lise 1	40 (30,8)	37 (28,5)	53 (40,8)	0,465*
	Lise 2	61 (32,3)	48 (25,4)	80 (42,3)	
	Lise 3	87 (30,7)	69 (24,4)	127 (44,9)	
	Lise 4	32 (21,5)	43 (28,9)	74 (49,7)	
	Hazırlık	1 (33,3)	0 (0)	2 (66,7)	
Lise Türü	Fen Lisesi	10 (18,2)	20 (36,4)	25 (45,5)	0,006*
	Anadolu Lisesi	145 (31,9)	118 (25,9)	192 (42,2)	
	Sosyal Bilimler Lisesi	2 (28,6)	1 (14,3)	4 (57,1)	
	İmam Hatip Lisesi	20 (52,6)	9 (23,7)	9 (23,7)	
	Spor Lisesi	0 (0)	1 (100)	0 (0)	
	Çok Programlı Anadolu Lisesi	3 (21,4)	3 (21,4)	8 (57,1)	
	Güzel Sanatlar Lisesi	1 (16,7)	0 (0)	5 (83,3)	
	Mesleki ve Teknik Lise	36 (22,6)	43 (27)	80 (50,3)	
	Diğer	4 (21,1)	2 (10,5)	13 (68,4)	

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, *Pearson Ki-kare testi

Yüksek OKB tanı olasılığı olan katılımcılar içerisinde en yüksek oranı % 37,8 ile lise 3. Sınıflar oluşturmaktadır (Tablo 20).

Eğitim alınan lise yılıyla OKB tanı olasılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$) (Tablo 20).

Katılımcılardan fen lisesinde okuyanların % 45,5'i, anadolu lisesinde okuyanların % 42,2'si, sosyal bilimler lisesinde okuyanların % 57,1'i, güzel sanatlar lisesinde okuyanların % 83,3'ünde OKB tanı olasılığı yüksektir (Tablo 20).

Yüksek OKB tanı olasılığı olan katılımcılar içerisinde en yüksek oranı % 57,1 ile anadolu lisesinde okuyanlar oluşturmaktadır (Tablo 20).

Eğitim alınan lise türüyle OKB tanı olasılığı arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$) (Tablo 20).

Katılımcıların sağlıklı beslenme bilgisiyle OKB düzey ilişkisi Tablo 21'de özetlenmiştir.

Tablo 21. Katılımcıların sağlıklı beslenme bilgi düzeyi değişkenine göre OKB düzeyine ilişkin sonuçları

		Düşük OKB Olasılığı n (%)	Psikiyatrik Muayene ile OKB olasılığı var n (%)	Yüksek OKB Olasılığı n (%)	p değeri
Sağlıklı Beslenme Bilgisi	Var	180 (30,7)	156 (26,5)	251(42,8)	0,693*
	Yok	41 (24,6)	41 (24,6)	85 (50,9)	

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, *Pearson Ki-kare testi

Katılımcılardan sağlıklı beslenme hakkında bilgisi olanların 180'i (% 30,7) düşük OKB tanı olasılığına sahip, 156'sı (% 26,5) psikiyatrik muayene ile OKB tanı olasılığına sahip, 251'i (% 42,8) ise yüksek OKB tanı olasılığı olan kişilerden oluşmaktadır.

Katılımcılardan sağlıklı beslenme hakkında bilgisi olmayanların 41'i (% 24,6) düşük OKB tanı olasılığına sahip, 41'si (% 24,6) psikiyatrik muayene ile OKB tanı olasılığına sahip, 85'i (% 50,9) yüksek OKB tanı olasılığı olan kişilerden oluşmaktadır.

Sağlıklı beslenme bilgisiyle OKB tanı olasılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

4.6. ON ve OKB Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular

Katılımcıların ortoreksiya nervoza düzeyleri ile OKB düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla korelasyon analizi yapılmış olup analize ilişkin bulgular Tablo 22'de sunulmuştur.

Tablo 22'yi incelediğimizde ortoreksiya nervoza puanı ile OKB puanları arasında ters yönlü bir ilişki vardır ($r:-0,158$ $p<0,001$).

ORTO-15 testinden alınan puanlar azaldıkça ortoreksiya nervozaya yatkınlık arttığı için korelasyon katsayıları negatif değerde olmasına karşın pozitif yorumlanmış ve değerlendirmeler buna göre yapılmıştır. Tablo 22'ye baktığımızda lise öğrencilerinin ortorektik belirtiler göstermeleri ile obsesif kompulsif belirtiler göstermeleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ve analiz pozitif korelasyon göstermiştir. Sonuç olarak lise öğrencilerinde ortorektik belirtiler arttıkça obsesif kompulsif bozukluk belirtilerin de artış gösterdiği saptanmıştır.

Tablo 22. Ortoreksiya nervoza ile obsesif kompulsif bozukluk korelasyon sonuçları

		Ortoreksiya Nervoz	Obsesif Kompulsif Bozukluk
Ortoreksiya Nervoz	Pearson Korelasyon	1	-,158**
	P	,000	
	n	755	754
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Pearson Korelasyon	-,158**	1
	P	,000	
	n	754	754

**Pearson korelasyon

5. TARTIŞMA

Bu araştırma lise öğrencilerinin beslenme davranışları, yaş, cinsiyet, sosyoekonomik düzey, diyet uygulama durumu ve diğer etmenlerin ortorektik belirtilere ve OKB eğilimine etkisi, ON ve OKB korelasyonu aralarındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapıldı, elde edilen bulgular tüm grubun verileri dikkate alınarak mevcut literatüre göre tartışıldı. Araştırmaya katılan 755 öğrenci minimum 14, maksimum 19 yaşında olup yaş ortalaması $16,0 \pm 1,14$ 'tür. Yaş açısından homojen dağılım gösteren öğrencilerin BKİ ortalamaları $20,8 \pm 3,21$ olup minimum 14,04, maksimum 34,75'tir. Öğrencilerin kilo ortalaması ise $59,4 \pm 11,8$ kg olup minimum 40, maksimum 104'tür.

Çalışmamızda ORTO-15 testine göre kesim noktası "33" puan alındığında 63'ü kadın 48'i erkek olmak üzere toplam 111 kişinin (% 14,7) ortorektik belirti gösterdiği bulunmuştur. Literatüre baktığımızda araştırma bulguları farklı gruplarda değişiklik göstermektedir. Sarı Altıntop'un adolesan dönem kız öğrencilerden oluşan 175 kişiyle yaptığı çalışmada ortoreksiya nervoza eğilimi % 4 olarak bulunmuştur.¹³⁴ Bu çalışmayla bizimkini kıyasladığımızda lise öğrencilerinde 2 yılda ON eğiliminin artmış olduğunu söyleyebiliriz. Donini ve ark. İtalya'da farklı ırklara ait 404 birey üzerinde ortoreksiya nervoza üzerine bir çalışma yapmış ve yaklaşık % 7'sinde ortoreksiya nervoza eğilimi tespit etmiştir.^{115,135} Bosi ve ark. tıp fakültesinde çalışan doktorlara uyguladığı çalışmada ortorektik eğilim gösterenlerin oranı % 26,1 olarak bulunmuştur.¹¹⁴. Arslantaş ve ark. hemşirelik öğrencilerinde ortoreksiya eğilimi üzerine yaptığı çalışmada % 45,3'ünün ON eğilimi olduğu, Aksoydan ve Camcı'nın sanatçılardaki ON eğilimini değerlendirmek için yaptıkları çalışmada sanatçıların % 56,4'ünün ON açısından riskli grupta olduğu tespit edilmiştir.^{136,137} Fidan ve ark. tıp doktorlarına yaptığı çalışmada ON eğilimi % 43,6 olarak bulunmuştur.¹¹⁰ Ergin'in yapmış olduğu çalışmada ise sağlık çalışanlarının % 60,1 oranında ON eğilimi gösterdiği belirlenmiştir.¹³⁸ Ramacciotti ve ark. İtalya genel nüfusu üzerinde ON sıklığını değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada ON sıklığını % 57,6 olarak tespit etmişlerdir.¹³⁹ Mc Inerney-Ernst'in çalışmasında üniversite öğrencilerinin % 83'ünde ON eğilimi gözlenmiştir.¹⁴⁰ Varga ve ark. ise ON ile ilgili yapılan çalışmaları incelemek amacıyla yaptıkları literatür incelemesinde genel popülasyonda ON yaygınlığını % 6,9 olarak, yüksek riskli gruplar (sağlık çalışanları, sanatçılar) için bu oranın % 35 ile %

57,8 arasında olduğunu bildirmişlerdir.¹⁴¹ Lise öğrencilerinde ON değerlendirmesi yapan çalışmaların sınırlı sayıda olması nedeniyle çalışmamızın bulgularını lise öğrencilerinin bulgularıyla karşılaştırmamız çok mümkün olmamıştır. Bu sebeple daha çok üniversite dönemindeki öğrencilerle yapılan çalışmalarla karşılaştırma yapılmıştır ve genel anlamda üniversite dönemindeki öğrencilere göre lise döneminde ON yaygınlığı daha düşük bulunmuştur.

Çalışmamızda ORTO-15 puan ortalaması $37,76 \pm 4,03$ olup kırılım puanının üzerindedir. Arslantaş ve ark. hemşirelik öğrencilerinde ON eğilimini değerlendirdiği çalışmada puan ortalaması $27,34 \pm 4,53$ olarak bulunmuştur.¹³⁶ Duran'ın 2016 yılında sağlık meslek yüksekokulu öğrencilerinde yaptığı araştırmada ortoreksiya puan ortalaması $26,95 \pm 5,11$ olarak bulunmuştur.¹⁴² Bu çalışmalarla bizim çalışmamız kıyaslandığında üniversite dönemine göre lise dönemindeki öğrencilerde ORTO-15 puan ortalaması yüksek ve dolayısıyla ortoreksiya eğilimi daha düşüktür.

Araştırma bulguları incelendiğinde erkeklerin ORTO-15 puan ortalaması $37,3 \pm 3,94$ kadınlarınki ise $38,03 \pm 4,07$ olarak hesaplanmış ve erkeklerde ortorektik eğilimin kadınlara göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Yapılan t testi sonucuna göre ise erkek ve kız öğrencilerin ortorektik durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Bu da günümüzde kadın ve erkeklerin bedenlerine yönelik beklentilerinin aynı düzeyde olduğunu düşündürmektedir. Literatüre bakıldığında ise çalışmamızla hem benzerlik gösteren çalışmalar ve hem de farklılık gösteren çalışmalar olduğunu söyleyebiliriz. Fidan ve ark. Türkiye'deki tıp öğrencileri arasında ortoreksiya yaygınlığını araştırdıkları çalışmada erkek öğrencilerde ortoreksiya yaygınlığı kız öğrencilerden yüksek bulunmuştur.¹¹⁰ Arusoğlu ve ark. 2008 yılında yaptıkları çalışmada ise erkeklerin ortoreksiya eğilimi kadınlara oranla daha düşük bulunmuştur.¹¹⁶ Donini'nin yaptığı çalışmada ise erkeklerde ortoreksiya eğilimi daha yüksek saptanmıştır.¹¹⁵ Bosi ve ark. yaptığı çalışmada ise cinsiyetle ortoreksiya eğilimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.¹¹⁴ Bu sonuçlar bize farklı zamanlarda yapılan bu çalışmalardaki uyumsuzluğun kültür farklılığından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda BKİ grupları ile ON eğilimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$). BKİ sınıflamasına göre zayıf olanların ORTO-15 puan ortalaması $37,86 \pm 4,11$, normal olanların $37,71 \pm 4$, fazla kilolu olanların ortalaması

37,68±4, obezlerin ortalaması ise 40,11±3,1 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ORTO-15 puan ortalaması en yüksek ancak ortoreksiya eğilimi en düşük grup obezlerdir. Bosi ve ark. yaptığı çalışmada ve Sarı Altıntop'un yaptığı tez çalışmasında bizim çalışmamızla paralel olarak BKİ ve ON eğilimi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.^{114,134} Bağcı, Çamur ve Güler'in yürüttükleri araştırmada kişilerin beden kitle indeksi azaldıkça ON eğilimlerinin de anlamlı bir şekilde azaldığı bulunmuştur.¹⁴³ Başka yapılan bir çalışmada ise BKİ ile ON arasında negatif bir korelasyon olduğu yani BKİ yükseldikçe ortoreksiya eğiliminin de yükseldiği bulunmuştur.⁶⁸

Araştırma bulgularına göre öğrenim görülen lise türüyle ON arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre fen lisesinde ORTO-15 puan ortalaması 37,42±3,2, anadolu lisesinde 37,7±4,1, sosyal bilimler lisesinde 35,43±3,1, spor lisesinde 32, güzel sanatlar lisesinde 32,33±5,2 olarak hesaplanmıştır. Puan ortalamalarına baktığımızda spor lisesi, güzel sanatlar lisesi ve sosyal bilimler lisesinde ORTO-15 puanı daha düşük dolayısıyla ON eğilimi daha yüksektir. Literatür incelendiğinde bu değişkenle ilgili herhangi bir çalışmaya ulaşamamıştır. Bu sonucun eğitim aldıkları lisedeki ders ve konuların farklı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Yaptığımız çalışma bulgularına göre ortorektik eğilim gösterenlerin % 90,1'i ailesiyle yaşamaktadır ve yaşanan yer değişkeniyle ON arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcılardan ailesiyle yaşayanların ortorektik olma oranı % 14,6 iken yurttan yaşayanların ortoreksiya oranı % 8,9'dur. Kazkondu'nun üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervoza belirtilerini incelemek için yaptığı çalışmada bizim çalışmamıza paralel olarak evde yaşayanların yurttan yaşayanlara göre daha fazla ortorektik eğilim gösterdiği tespit edilmiştir.⁵ 2015 yılında Yakın Doğu Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmaya göre ise yaşanan yer değişkeniyle ON arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).² Gezer ve ark. beslenme ve diyetetik bölümü kız öğrencilerinde ON riskini inceledikleri araştırmada evde tek yaşayan bireylerin ON oranı yüksek bulunmuştur.¹¹³ Bizim çalışmamızda ise sadece 4 öğrenci yalnız yaşadığını belirtmiş olup bu 4 öğrenci içerisinde ortorektiklerin oranı % 50 olarak tespit edilmiştir. ON oranının böyle sonuçlanmasında tek yaşayan öğrenci sayısının düşük olmasının belirgin bir faktör olduğu düşünülmüştür.

Ortorektik bireyler için besinlerin fiyatından çok sağlıklı olması önemlidir. Yaptığımız çalışma bulgularına göre sosyoekonomik düzeyle ON arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuç bize bireylerin ON eğilimlerinin sosyoekonomik düzeyden etkilendiğini göstermiştir. 2015 yılında üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmaya göre bizim çalışmamızın aksine katılımcıların sosyoekonomik düzeyi ile ON eğilimleri arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).²

Literatüre baktığımızda ebeveyn eğitim düzeyi arttıkça gençlerin doğru beslenme davranışları gösterdikleri ve beslenme bilgi düzeylerinin arttığı belirtilmiştir.^{144,145} Yaptığımız çalışma bulgularına göre anne eğitim düzeyi ile ON eğilimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$) ancak baba eğitim düzeyi ile ON eğilimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sonuç olarak çalışmamızda babaların eğitim düzeyi arttıkça ortorektik eğilimin arttığı belirlenmiştir. Arslantaş ve ark. hemşirelik bölümü öğrencilerinde yaptığı çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde baba eğitiminin çocuğun yeme davranışında etkili olduğu ancak anne eğitiminin etkili olmadığı bulunmuştur.¹³⁶

Sarı Altıntop'un hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptığı yüksek lisans tez çalışmasında katılımcıların % 33,7'si beslenme ile ilgili hiçbir kaynaktan etkilendiğini belirtmiş, % 35,4'ü televizyondan, % 20,6'sı da internetten etkilendiğini belirtmiştir.¹³⁴ Çalışmamızda katılımcıların sağlıklı beslenme bilgisi sorgulanmış % 22,1'inin sağlıklı beslenme hakkında bilgisinin olmadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların % 5,6'sı bilgiyi doktorlardan, % 8,7'si bilgiyi diyetisyenlerden, % 31,5'i ise kitle iletişim araçlarından almıştır. Ortorektik eğilim gösterenlerin % 44,7'si ise sağlıklı beslenme bilgisini kitle iletişim araçlarından aldıklarını belirtmişlerdir. Bilgi alınan kaynak açısından kitle iletişim araçlarını sırasıyla çevre, diyetisyen, doktor ve zayıflama merkezleri izlemektedir. Kitle iletişim araçlarından sağlıklı beslenme hakkında bilgi alanların ORTO-15 puan ortalamaları $36,7\pm3,95$ olup diğer bilgi sahibi katılımcılara göre daha düşük puan ortalamasına dolayısıyla daha yüksek ortoreksiya eğilimine sahiptir. Çalışmamızda sağlıklı beslenme bilgi düzeyi ile ON eğilimi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcıların sağlıklı beslenme bilgisi arttıkça ortorektik eğilimlerinin arttığı tespit edilmiştir. Arusoğlu'nun yaptığı çalışmada beslenme ile ilgili bilgi edinilen kaynaklar konusunda ortorektik belirti gösterenlerle göstermeyenler arasında anlamlı fark

bulunmamakla birlikte sağlıklı beslenme bilgi erişim kaynakları sırasıyla en fazla kitle iletişim araçları sonrasında çevre, diyetisyen, doktor ve diğer etkenlerin izlediği zayıflama merkezlerinin de en son bilgi alınan kaynak olduğu belirlenmiştir.¹⁰⁹. Arusoğlu'nun çalışması bu sonuçlarla bizim çalışmamızla çok benzerlik göstermektedir. Tatarlar Ercen'in üniversite öğrencileri üzerinde yapmış olduğu yüksek lisans tez çalışmasında sağlıklı beslenme hakkında bilgisi olanların ORTO-15 puan ortalamaları ($\bar{x}=36,97$), sağlıklı beslenme hakkında bilgisi olmayan üniversite öğrencilerinden ($\bar{x}=38,30$) daha düşük dolayısıyla ortoreksiya eğilimi daha yüksektir.² Katılımcıların sağlıklı beslenme ile ilgili edindikleri bilginin obsesyon haline gelmesiyle eğilimin yükseldiği tahmin edilmektedir.

Çalışmamızda öğrencilere sürekli uyguladıkları diyet olup olmadığı sorgulanmış evet yanıtını verenlerin ORTO-15 puan ortalaması ($\bar{x}=35,25$) hayır yanıtını verenlerden ($\bar{x}=37,81$) düşük bulunmuştur. Bu da bize diyet yapanlarda yapmayanlara göre ortorektik eğilimin daha fazla olduğunu göstermektedir. Literatür incelendiğinde Arusoğlu çalışmasında bireylerin diyet uygulama durumları incelemiş, bizim çalışmamızın aksine diyet uygulayanlarda ortorektik eğilim uygulamayanlara göre daha düşük bulunmuştur.¹⁰⁹

Araştırmamızda sigara kullanımı, kronik hastalık varlığı, daha önce şişmanlık ile ilgili alınan tedavi varlığı gibi değişkenlerle de ortoreksiya nervozanın ilişkisi araştırılmış yapılan analiz sonucu anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızda katılımcıların sigara kullanımı incelendiğinde yalnızca % 6,6'sının sigara kullandığı, ortorektik eğilim gösterenlerin ise % 9'unun sigara kullandığı belirlenmiştir. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012 verilerine göre Türkiye'de 18 yaşından önce sigara içmeye başlayanların oranı % 58,7 iken, 15 yaş ve altında günlük sigara içenlerin oranı %16,1'dir.¹⁴⁶ Çalışmamızda ise sigara içenlerin oranı Türkiye ortalamasının oldukça altındadır.

Çalışmamızda öğrencilerin OKB durumlarını incelemek için MOKSL uygulanmış puan ortalamaları $16,3 \pm 6,8$ olarak ortalamanın altında bulunmuş yüksek OKB (18 puan ve üstü) riskine sahip bireylerin oranı % 44,5 olarak hesaplanmıştır. Çalışmaya katılanların mevcut OKB yaygınlığı % 2,4'tür. Abay ve ark. Edirne ili merkezindeki lise öğrencileri arasında OKB yaygınlığını araştırmak ve OKB'nin belirtilerinin sıklığını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada; OKB'nin nokta yaygınlığını % 1,4 olarak

bulmuşlardır.¹⁴⁶ Selvi ve ark. Van ili lise son sınıf öğrencilerinde OKB'nin bir yıllık yaygınlığını araştırmak amacıyla yaptıkları çalışmada öğrencilerin % 5,9'u OKB olarak değerlendirilmiştir.¹⁴⁷ Akpınar'ın 2007 yılında ergenlik dönemindeki OKB sıklığını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada mevcut OKB yaygınlığı % 3,9, yaşam boyu yaygınlığı % 4,2, subklinik OKB % 3, geçmiş dönemde OKB % 0,3 olarak belirlenmiştir. Okullar arasında OKB sıklığı açısından farklılık görülmemiştir. Yine bu çalışmaya göre kız ve erkeklerde OKB oranı birbirine yakın oranlardadır.¹⁴⁸

Çalışmamızdaki sosyodemografik verilerle OKB ilişkisi incelendiğinde cinsiyet, eğitim alınan lise türü, sosyoekonomik düzey, sigara içimi, baba eğitim düzeyi, sürekli uygulanan diyet ile OKB belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Yaş, lise yılı, kronik hastalık, anne eğitim düzeyi, sağlıklı beslenme bilgisi ile OKB belirtileri arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ayrıca kadınlarda (% 49,1) yüksek OKB riski erkeklerden (% 37) fazla bulunmuştur.

Ortoreksiya nervozanın bir davranış örüntüsü olarak OKB ile ilişkisine bakıldığında, ortoreksiya eğilimleriyle obsesif kompulsif bozukluk arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Janas-Kozik ve ark. 2005 yılında adolesanlarda yaptığı bir araştırmada obsesif kompulsif bozukluğun ortoreksiya nervoza riskini artırdığı ve ortoreksiyanın doğrudan yeme bozukluklarıyla ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.¹⁴⁹ Kazkondur 2010 yılında üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada da ortoreksiya ile OKB arasında benzer ilişkiyi gözlemiştir.⁵ Duran'ın sağlık meslek yüksekokulu öğrencilerindeki ON eğilimini etkileyen faktörleri araştırdığı çalışmasında katılımcıların ortorektik eğilim durumları ile obsesif kompulsif bozukluk belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ve analiz pozitif korelasyon göstermiştir.¹⁴² Tatarlar Ercen'in yapmış olduğu çalışmada üniversite öğrencilerinin ortorektik eğilim göstermeleri ile obsesif kompulsif belirtiler göstermeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ve analiz pozitif korelasyon göstermiştir. Bu analiz sonucuna göre üniversite öğrencilerinde ortorektik eğilim arttıkça obsesif kompulsif belirtilerin de artış gösterdiği bulunmuştur.² Bizim çalışmamızda da ON puanları ile OKB puanları için korelasyon analizi yapılmış ve analiz pozitif korelasyon göstermiştir, ON ile OKB arasında anlamlı fark bulunmuştur. Çalışmamızda öğrencilerin ortorektik eğilimleri arttıkça obsesif kompulsif hastalık belirtilerinin de arttığı tespit edilmiştir. Bu sonuç

bize ortoreksiya nervozanın, sağlıklı yiyeceklere karşı duyulan aşırı zihinsel uğraş durumu olduğunu desteklemektedir.

5.1. Çalışmanın Güçlü Yönleri

- Çalışmamız lise öğrencilerinde ortoreksiya nervoza ile obsesif kompulsif bozukluk ilişkisini inceleyen nadir çalışmalardan biridir.
- Lise öğrencilerinde ON ile ilgili çalışmalar oldukça az sayıda olduğu için bu çalışmanın literatüre önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.
- Kullandığımız ölçeklerin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır.

5.2. Çalışmanın Kısıtlılıkları

- Çalışmamız anket uygulamasına bağlı kısıtlılıklar içermektedir.
- Çalışma online olarak yapıldığı için yüz yüze görüşme şansı olmamıştır.
- Ortoreksiya nervozanın henüz belirlenmiş ve DSM-V’te yer alan belirli tanı kriterleri ve tedavi şekli yoktur.
- Bu çalışma Adana ilindeki lise öğrencileriyle yapılmış olup daha geniş kitlelere hitap eden çalışmalar yapılabilir.
- Yapılan literatür taraması sonucunda yeme bozukluğu ile ilgili birçok çalışmaya rastlanırken, yeni bir yeme bozukluğu kavramı olarak ortaya çıkan ON ile ilgili çok fazla çalışmaya ulaşılamamıştır.
- ON ile ilgili araştırmalar sınırlı olduğu ve lise öğrencilerinde yapılmış çok az çalışmaya rastlandığı için giriş ve tartışma bölümünde başka gruplarda olan bilgilere ve bulgulara yer verilmek zorunda kalınmıştır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bölümde çalışmamızdan elde edilen bulgulara dayalı olarak ulaşılan sonuçlara ve bu sonuçlara göre sunulan önerilere yer verilmiştir.

- Çalışmanın sonucunda öğrencilerin % 85,3'ünde ortorektik eğilim gözlemlenmez iken % 14,7'sinde ortorektik eğilim saptanmıştır.
- Araştırmaya katılan öğrencilerden ortorektik eğilim gösterenlerin % 25,5'i zayıf, % 63,6'sı normal kiloda, % 10'u fazla kilolu, % 0,9'u obezdir. Ortorektik eğilim gösteren ve göstermeyen öğrenciler arasında beden kitle indeksi bakımından anlamlı bir fark yoktur ($p > 0,05$).
- Araştırma sonuçlarına göre; araştırmaya katılan öğrencilerin % 77,9'u sağlıklı beslenme ile ilgili bilgiye sahip olduğunu, % 22,1'i ise sağlıklı beslenme ile ilgili herhangi bir bilgiye sahip olmadığını ifade etmiştir. Öğrencilerin sağlıklı beslenme ile ilgili en fazla bilgi aldıklarını belirttikleri kaynaklar kitle iletişim araçları ve çevredir. En az bilgi edinilen kaynaklar ise doktorlar ve zayıflama merkezleridir. Çalışma sonuçlarına göre katılımcıların sağlıklı beslenme bilgi düzeyi ile ortorektik eğilimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0,05$). Sağlıklı beslenme hakkında bilgisi olanlarda ortorektik eğilim daha fazladır.
- Araştırmaya katılan öğrencilerin yaşları ve cinsiyetleri ile ortoreksiya nevroza eğilimleri arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülürken ($p > 0,05$), öğrenim görülen lise türü, baba eğitim düzeyi değişkenlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p < 0,05$). Katılımcılarda baba eğitim düzeyi arttıkça ortorektik eğilim artmaktadır.
- Çalışma sonuçlarına göre katılımcıların yaşadıkları yer, gelir düzeyi ve sürekli uygulanan diyet varlığı ile ortorektik eğilimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p < 0,05$). Diyet uygulayanların %37'sinde ortorektik eğilim gözlenirken, diyet yapmayanların % 14,2'sinde ortorektik eğilim saptanmıştır.
- Araştırmaya katılan öğrencilerin ortoreksiya nevroza düzeyleri ile kronik hastalık değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

($p<0,05$). Ayrıca çalışma grubumuzda en sık görülen kronik hastalıklar astım ve kalp yetmezliğidir.

- Araştırmaya katılan öğrencilerin % 29,3'ünde psikiyatrik muayene ile obsesif kompulsif bozukluk saptanma oranı düşük, % 26,1'inde orta, % 44,6'sında ise yüksek risk bulunmuştur.
- Çalışmaya katılanların mevcut OKB yaygınlığı % 2,4'tür.
- Çalışmamızdaki değişkenlerle OKB eğilimi değerlendirildiğinde cinsiyet, eğitim alınan lise türü, sosyoekonomik düzey, sigara kullanımı, baba eğitim düzeyi, sürekli uygulanan diyet ile OKB belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Diyet uygulayanlarda uygulamayanlara göre ve kadınlarda erkeklere göre OKB eğilimi daha fazladır. Ayrıca sigara kullanmayanların % 43,3'ü yüksek OKB riskine sahipken, sigara kullananların % 62'si yüksek OKB riskine sahiptir.
- Araştırmaya katılan öğrencilerin ortorektik belirtiler göstermeleri ile obsesif kompulsif bozukluk belirtileri göstermeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ve pozitif bir korelasyon göstermiştir ($r=-,158$ ve $p<0,01$). Buna göre; çalışmamızda üniversite öğrencilerinde ortorektik belirtiler arttıkça obsesif kompulsif bozukluk belirtilerinin de arttığı belirlenmiştir.

ON eğilimi olan kişilerin sayısının günden güne arttığı ve son 10 yıl içerisinde de hızlı bir artış göstereceği beklenmektedir. Bunun önüne geçmek için ortoreksiya nervozayı bir halk sağlığı sorunu olarak algılamak ve buna yönelik birinci basamakta koruyucu hekimlik uygulamalarını yürütmek, gerekli tedbirleri almak gerekmektedir. Başta sağlıklı beslenmenin kişilerin hayatını olumsuz etkilemeyeceği düşünülse de bu hastalık kişinin tüm sosyal yaşamını kısıtlayıp beden ve ruh sağlığını tehdit ederek kişileri ölüme kadar götürebilecek sonuçları düşünüldüğünde ortoreksiyanın ciddiye alınması gereken bir hastalık olduğu söylenebilir.

- İleride yapılacak çalışmalar için Türkiye'deki tüm lise öğrencilerinin çalışmaya dahil edilmesi önerilmektedir. Ayrıca bu konudaki çalışmaların sadece lise öğrencilerinde değil, eğitimin farklı kademelerinde de yapılması ve mevcut durumun ortaya konması önerilmektedir.

- Çalışmalarda ortoreksiya nervoza riski taşıyabilecek topluluklar da göz önüne alınarak ortoreksiya nervoza durumlarını saptayabilecek daha kapsamlı araştırmalar yapılmalıdır.
- Kişilerin ortoreksiya nervozadaki takıntı yaptıkları durumlar ya da besinleri belirlemek için kişilere besin tüketim formu hazırlanıp uygulanabilir.
- Yaptığımız çalışmada karıştırıcı faktör olan kişilerdeki psikiyatrik hastalıklar, ortoreksiya eğilimini etkileyebileceği için psikiyatrik hastalık nedeniyle tedavi görmüş ve görmekte olan bireyler çalışma dışı bırakılarak yinelenabilir.
- Bu sonuçlar doğrultusunda öğrencilerin beslenme konusunda bilinçlendirilmesi ve risk altında bulunan bireylerin destek alması gerektiği önerilmelidir.
- Toplumumuzun geleceğini oluşturan gençlerin sağlıklı beslenme konusunda bilgilerinin artırılması ve sağlıklı beslenmeye karşı tutumlarının pozitif hale getirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle; lise ve dengi okullarda, üniversitelerde sağlıklı beslenme dersinin bölüm ayrımı yapmaksızın başlatılması bu hedefe ulaşmayı kolaylaştıran bir müdahale olabilir.
- Beslenme eğitimi sadece bilgi verme amaçlı değil, alışkanlıkları değiştirmeyi hedeflemelidir. Bu kapsamda lise öğrencilerinin bilinçlendirilmesi için eğitim, seminer çalışmaları yapılmalı ve broşürler hazırlanmalıdır.
- Okullardaki psikolojik danışmanların yeme bozukluklarını önleme programı hazırlamaları ve bu programa öğrenciler ile birlikte öğretmen, aile, okul personeli ve beslenme uzmanlarını da dahil etmeleri önerilmektedir.
- Medyadaki yiyecek reklamları ve beslenme ile ilgili programlarda sağlıklı beslenme konusunun doğru ve yansız bir şekilde yapılması sağlanması, medyaya önem veren özellikle adolesan dönemde bulunan bireylerin bu konuda daha bilinçli davranmaları konusunda yol gösterici olabilir.
- Kitle iletişim araçlarındaki zorunlu reklam yayınlarına sağlıklı ve doğru beslenmeye yönelik yayınlar eklenmesi önerilmektedir.
- Ortoreksiya nervozanın tanı kriterlerinin netlik kazanması ve farklı değişkenlerle ilişkilerinin kavramsallaştırılması için daha geniş çapta ve farklı örneklem gruplarıyla da yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

- Ortorektik eğilimli bireylerdeki obsesyonel kaygıların belirlenmesi, ortoreksiyanın sınıflandırılmasında ve tanı kriterlerinin oluşturulmasında yararlı olacaktır. Ancak ortoreksiyanın tanılmasında ve sınıflandırılmasında, ORTO-15 ölçeği ile belirlenen obsesyonların hangi aşamaya kadar masum olduğu, hastalığa yaklaştığı çizginin neresi olduğunun belirlenmesi için multidisipliner klinik çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.
- Ortoreksiya nervoza yeme bozukluğu olarak yeni bir kavram olduğu için hastalığı en etkili şekilde azaltacak veya ortadan kaldıracak tedavi yöntemleri geliştirilmelidir.
- Ortoreksiya nervoza ve obsesif kompulsif bozukluk eğilimini artıran durumlar ve bunlar arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmamıza farklı değişkenler eklenerek bu konuda yeni çalışmalar yapılması önerilmektedir.
- Aile hekimliği uzmanları olarak sebebi ne olursa olsun bize gelen ergenlerin vücut ağırlıkları ve boy uzunluklarını ölçerek onları obezite, malnutrisyon ve beslenme alışkanlıkları yönünden değerlendirmeliyiz.
- Aile hekimliği polikliniğine başvuran her adolesanın her yıl vücut imajı hakkında düşünceleri sorgulanıp kilo kontrol yöntemleri ve yeme bozuklukları hakkında taramalar yapılarak, sağlıklı beslenme ve güvenli kilo kontrol yöntemleri hakkında danışmanlık verilmelidir.
- Sürekli ve kapsamlı sağlık hizmetini ilke olarak benimseyen aile hekimleri, ergenlik döneminde; biyolojik, sosyal ve psikolojik açılardan yaşanabilecek sorunları tanıma konusunda bilgi ve becerilerini geliştirmelidirler. Ayrıca ergenle yapılan her görüşmede dikkatle yapılacak fizik muayene yanında; sigara kullanımı, alkol ve madde bağımlılığı, beslenme, fiziksel travma riskleri gibi konularda gencin davranış ve alışkanlıkları sorgulanmalıdır. Ayrıca her görüşme, bu riskli davranış ve alışkanlıkların önlenmesi yolunda bir eğitim fırsatı olarak değerlendirilmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. **Baysal A, Aksoy M, Bozkurt N.** *Diyet El Kitabı*. Hatipoglu Yayınevi, Ankara, **2002**; 35-39.
2. **Ercen Tatarlar M.** Üniversite Öğrencilerinin Ortoreksiya Nervoza Düzeyleri ile Beden Algısı ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek lisans tezi, KKTC Yakınoğu Üniversitesi Eğt Bil Enstitüsü PDR Anabilim dalı, Lefkoşa. **2015**.
3. Türkiye Beslenme Rehberi TÜBER 2015. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031, Ankara **2016**.
4. **Lindlahr's Victor.** You are What You Eat by Victor Lindlahr's. NewCastle, **1971**.
5. **Kazkondur İ.** Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) Belirtilerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğit Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2010**.
6. **Cömert M.** Gençlerin fast food tüketim alışkanlıkları. *Asosjournal*, **2014**; 2:428-429.
7. Sub-Committee on Nutrition (ACC/SCN) in collaboration with International Food Policy Research Institute (IFPRI). The World Nutrition Situation: Nutrition throughout the life cycle. 4th Report. United Nations, **2000**.
8. **Booth DA.** Neurophysiology of Ingestion Books. Pergamon Press, New York, **1993**.
9. **Baysal A.** *Beslenme*. Hatipoğlu Yayınevi 7. baskı. Ankara, **2006**:9-18.
10. **Köksal O, Attila S.** Toplum Beslenmesi. Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı 3. Cilt. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, **2015**.
11. **Baysal A, Aksoy M, Bozkurt N.** *Diyet El Kitabı*. Hatipoglu Yayınevi, Ankara. **2002**:39-43.
12. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması, T.C. Sağlık Bakanlığı yayın no:909, Ankara, **2013**.
13. **Şenol S.** Çocuklarda İştahsızlık Sorunları, *STED*, **1995**.
14. **Story M, Neumark-Sztainer D, French S.** Individual and Environmental Influences on Adolescent Eating Behaviors. *JADA*, **2002**; 102(3):540-551.
15. **WHO**, Erişim: <http://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/nutrition> Erişim tarihi: 09.05.2018.

16. **WHO**, Erişim: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet> Erişim Tarihi: 06.06.2018. .
17. **Pekcan G.** *Beslenme durumunun saptanması*. Diyet El Kitabı. Hatipoglu Yayınevi, Ankara. **2008**:67-141.
18. **Pekcan G, Marcheish R.** *FAO Nutrition Country Profiles-Turkey*, **2001**.
19. T.C. Sağlık Bakanlığı. Hacettepe Üniversitesi. Türkiye beslenme ve sağlık araştırması 2010, **2014**.
20. **Yılmaz E.** Adana il merkezindeki lise öğrencilerinin beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarının değerlendirilmesi.Uzmanlık tezi, Çukurova Üniversite Tıp Fakültesi, Adana, **2013**.
21. Adölesan dönemi ve beslenme, <http://www.diyetakademi.com/>. Erişim tarihi:03.04.2019.
22. **Paulman PM, Paulman AA, Harrison JD.** *Hematologic Disorders*. Taylor's Manual of Family Medicine, Lippincott Williams Wilkins'ın çevirisi. Ankara: Güneş Kitabevi, **2010**:682-87.
23. **Elsevier S.** Health Student. Health Student and Practitioner Medical Books Philadelphia, **2007**:567.
24. **Çuhadaroğlu FÇ.** *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı*, (Child and Adolescent Mental Health) Çocuk Sağlığı Yayınları, RNE Matbaası, Ankara, **2011**.
25. **Pekcan H.** *Adölesan (Delikanlı) Sağlığı*. Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı, genişletilmiş 2. Baskı. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, **2012**:486-538.
26. **Yörükoğlu A.** *Gençlik Çağı Ruh Sağlığı ve Ruhsal Sorunları*. Özgür Yayınları; İstanbul, **1998**.
27. **Neinstein LS.** *Adolescent Health Care*. A Practical Guide, Williams&Wilkins. **1996**:40-45.
28. **Öge B.** Adölesanlarda Vücut Ağırlığının Uyku Süresi, Uyku Kalitesi ve Depresyon Durumuna Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Kayseri, **2011**.
29. **Ayvaz G.** İlköğretim 8. sınıf öğrencilerinin diyet uygulamaları ve beslenme davranışları. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara. **2008**.
30. **Saygın M, Kurtuluş Ö, Çalışkan S, Yağlı MA, Has M, Gonca T.** Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları. *SDUTFD*, **2011**; 18(2):43-7.
31. **Dölekoğlu CE, Yurdakul O.** Adana ilinde hane halkının beslenme düzeyleri ve etkili faktörlerin logit analizi ile belirlenmesi. *AUIİBFD* **2004**; (8):62-86.

32. **Erkan T.** *Ergen Beslenmesi*. Ergen sağığı II. Sempozyum Dizisi. **2008**; 68:73-77.
33. **Yiğit Serter Y.** 6. 7. 8. sınıflara devam eden öğrencilerin beslenme bilgi düzeyleri, alışkanlıkları ve obezite durumları üzerine bir araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2006**.
34. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara, **2004**.
35. **Ongan D.** Boydak ilköğretim okulunda okul beslenme programına katılan ve katılmayan öğrencilerin enerji ve besin öğeleri gereksinimii açısından değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Kayseri, **2008**.
36. **Ünal F.** İştahsız çocuklara klinik yaklaşım. *Güncel Pediatri Dergisi*, **2011**; 1(9):79-84.
37. **Temizel İ.** İştahsız çocuk. *ÇSHD*, **2008**; 51:176-81.
38. **Baysal A.** Şişman kişilerin beslenmesi, genel beslenme bilgisi. Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, **1988**.
39. **Kimm SY, Obarzanek E, Barton BA, Aston CE, Similo SL, Morrison JA.** Race, socioeconomic status, and obesity in 9-to 10-year-old girls: the NHLBI Growth and Health Study. *Annals of Epidemiology*, **1996**; 6(4):266-75.
40. **Hancox RJ, Milne BJ, Poulton R.** Association between child and adolescent television viewing and adult health: a longitudinal birth cohort study. *The Lancet*, **2004**; 364(94):257-62.
41. **Shields MK, Behrman RE.** Children and computer technology:Analysis and recommendations. *The Future of Children*, **2000**; 4-30.
42. **Keller S.** Multiple health risk behaviors in German first year university students. *Preventive Medicine*, **2008**; 46(3):189-195.
43. **Özcebe H.** Birinci Basamakta Adölesan Sorunlarına Yaklaşım. *STED*, **2002**; 11(10):374-377.
44. **Özmen D, Çetinkaya A, Ergin D, Şen N, Erbay P.** Lise öğrencilerinin yeme alışkanlıkları ve beden ağırlığını denetleme. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **2007**; 6(2):98-105.
45. **WHO.** Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index- for-age: Methods and development. Geneva: World Health Organization, **2006**.
46. **WHO.** Obesity, <http://www.who.int/topics/obesity/en/> Erişim tarihi:14.04.2018.

47. **WHO.** Technical Report Series 894, Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic, Geneva, **2000**.
48. **Cinaz P, Bideci A, Günöz G, Öcal N, Yordam S.** *Obezite*. Pediatrik Endokrinoloji, 1. Basım, Pediatrik Endokrinoloji ve Oksoloji Derneği Yayınları 1, Kalkan Matbaacılık, **2003**:487-505.
49. **Kraak VA, Liverman CT, Koplan JP.** *Preventing Childhood Obesity: Health in the Balance*. National Academies Press, **2005**.
50. **Whitaker RC, Pepe MS, Wright JA, Seidel KD, Dietz WH.** Early adiposity rebound and the risk of adult obesity. *American Academy of Pediatrics*, **1998**;101(3):3-5.
51. **Peker İ, Çiloğlu F, Buruk Ş, Burka Z.** *Egzersiz biyokimyası ve obezite*, Nobel Tıp Kitabevleri, **2000**.
52. **Armstrong J, Reilly JJ.** Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity. *The Lancet*, **2002**; 359(9322).
53. Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye Sağlık Araştırması 2016. <http://www.tuik.gov.tr/2017>. Erişim tarihi:(11.04.2018).
54. **Kıngır S, Karakaş A, Şengün Hİ.** Üniversite öğrencilerinin fast-food tercih etme sebeplerinin belirlenmesi: Dicle Üniversitesi örneği. *SOİD*, **2015**;12(3):102-119.
55. **Yazıcıoğlu İ, Işın A, Koç B.** Üniversite öğrencilerinin fast food ürünleri tercih etme nedenleri. *JOTAGS*, **2013**; 1(1):36-41.
56. **Cömert M.** Gençlerin fast food tüketim alışkanlıkları. *Asos Journal*, **2014**; 2:423-427.
57. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Saha personeli için toplum beslenmesi programı eğitim materyali. **2002**.
58. **Kristensen S.** Social and cultural perspectives on hunger, appetite and satiety. *Eur J Clin Nutr* **2000**; 54(6):473-8.
59. **Maffei C, Provera S, Filippi L, Sidoti G.** Distribution of food intake as a risk factor for childhood obesity. *International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the, International Association for the Study of Obesity*, **2000**; 24(1).
60. **Erdem Ö, Bucaktepe GE, Kara İH.** Aile hekimliği polikliniğine başvuran kadınlarda demir eksikliği anemisi ve gestasyon öyküsü ilişkisi. *Diclemedj*, **2009**; 36(2):123-126.
61. **Sanlı C, Akalın N, Koçak Ü, Hızal S.** Could Lower Bone Turnover be a Cause of Chest Pain During Childhood?, *TCH Dergisi* **2005**; (3):184-189.

62. **Köksal E.** Türkiye’de okul çağı çocuklarda beslenme, sağlık durumu ve uygulamalar. V. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi, Kongre Kitabı, 12 - 15 Nisan **2006**; 43.
63. **Barutçugil BM.** Bir ilköğretim okulu öğrencilerinde idrar iyot atımı ve guatr prevalansı. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğt ve Arasş Hastanesi Dr. Sami Hatipoğlu Çocuk Sağlığı ve Hast. Kliniği Şefi ve Aile Hekimliği. İstanbul, **2005**.
64. **Çalışkan D, Işık A, Yaşar F, Yıldırım N, Elhan A.** Park sağlık ocağı bölgesindeki bir ilkokulda dış çürükleri ve etkili faktörler. *J Ankara Univ Fac Med* **1999**; 52(2):77-82.
65. **Pekcan G.** *Nutrition for Adolescents.* Adolescence and Adolescent Reproductive Health Program. ICC, Ankara, **2004**.
66. **Lucas AR, Huse DM.** Behavioral disorders affecting food intake:anorexia nervosa and bulimia nervosa, *Modern Nutrition in Health and Disease*, **1994**; 977-983.
67. **Gyrolli V, Hafferl-Gattermayer A, Wagner G.** Eating disorders and eating problems among adolescents with type I diabetes: exploring relationships with temperament and character. *J Ped Psych*, **2005**; 30(2):197-206.
68. **Ertekin AB.** Yeme Bozukluğu Hastalarında Aile Ortamının ve Aile İşlevselliğinin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, **2010**.
69. **Andersen AE, Yager J.** *Eating disorders.* Comprehensive Textbook of Psychiatry 8th ed., **2005**.
70. **Abraham S, Llewellyn-Jones D.** *Eating Disorders the Facts.* 4.th Edition. Newyork: Oxford University Press, **1997**.
71. **Arlı M, Kınacı B, Özgen L.** Ergenlerin Yeme Tutum ve Davranışları, *AUEBFD*, **2012**; 1(45):229-247.
72. **Kaye W.** Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa, *Physiol Behav*, **2008**; 94(1):121-35.
73. **Güney E, Kuruoğlu AÇ.** Yeme Bozukluklarının Nörobiyolojisi, *Türkiye’de Psikiyatri*, **2007**; 9(2).
74. **Bulik CM, Sullivan PF, Kendler KS.** Genetic and environmental contributions to obesity and binge eating disorder. *Int J Eating Disorders*, **2003**; 33(3):293-296.
75. **Stoving RK, Hangaard J, Hansen-Nord M.** A review of endocrine changes in anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, **1999**; 33:139-152.
76. **Morton G, Cummings D, Baskin D.** Central nervous system control of food intake and body weight. *Nature*, **2006**; 443(7109):289-295.

77. **Schwartz MW, Woods SC, Porte D.** Central nervous system control of food intake. *Nature*, **2000**; 404(6778):661-71.
78. **Ünalın D, Öztıp BD, Elmalı F, Öztürk A, Konak D, Pırlak B, Güneş D.** Bir grup sağıık yüksekokulu öğırencisinin yeme tutumları ile sağııklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2009**; 16(2):75-81.
79. **Brownell KD, Fairburn CD.** Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook. The Guilford Press, Newyork, **1995**.
80. **Mathieu J.** What is orthorexia?, *Journal of the American Dietetic Associaton*, **2005**; 105 (10):1510-1512.
81. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed. Washington, **2013**.
82. **Garner M, Garfinkel E.** Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia. The Guilford Press NY, London, **1985**.
83. **Kıcalı G.** Üniversite Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlıkları ve Yeme Bağımlılığının Farklı Kişilik Özellikleri ve Psikiatrik Belirtilerle İlişkisinin İncelenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya, **2015**.
84. **Hepp U, Milos G.** Gender identity disorder and eating disorders. *Int J Eating Disorders*, **2002**; 32(4):473-478.
85. **Halmi KA, Sunday SR, Klump KL.** Obsessions and compulsions in anorexia nervosa subtypes. *Int J Eating Disorders*, **2003**; 33(3):308-319.
86. **Milos G, Spindler A, Ruggiero G.** Comorbidity of obsessive compulsive disorders and duration of eating disorders. *Int J Eating Disorders*, **2001**; 31(3):284-289.
87. **Jordan L, Joyce PR, Carter FA.** Anxiety and psychoactive substance disorder comorbidity in anorexia nervosa or depression. *Int J Eating Disorders*, **2003**; 34(2):211-219.
88. Amerikan Psikiyatri Birliğı, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, 5. Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, Hekimler Yayın Birliğı, Ankara, **2014**:441-478.
89. **Pascoll LD, Lion A, Mglazzo D.** Acute liver damage in anorexia nervosa. *Int J Eating Disorders*, **2004**; 36(1):114-117.
90. **Savaşır I, Erol N.** Yeme Tutum Testi: Anoreksiya nervoza belirtileri indeksi, *Türk Psikoloji Dergisi (TPD)*, **1989**; 7(23):19-25.

91. **Halmi K.** Eating Disorders. Comprehensive Textbook of Psychiatry Seventh Edition. Lippincott Williams &Wilkins, **2000**;1663-1676.
92. **Warde J, Watters R.** Sociocultural influences on attitudes to weight and eating: Results of a natural experiment. *Int J Eating Disorders*, **2004**; 35(4):589-596.
93. **Maner F.** Yeme bozukluklarında kognitif davranışçı kuram. *Ege Psikiyatri, Sürekli Yayınları*, **1999**; 4(2):167-173.
94. **Cooper M, Wells A, Todd G.** A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology* **2004**; 43(1):1-16.
95. **Shaw HE, Slice E, Springeri DW.** Perfectionism, body dissatisfaction and self- esteem in predicting bulimic symptomatology: Lack of replication. *Int J Eating Disorders*, **2004**; 36(1):41-47.
96. **Fernandez-Aranda F, Amor A.** Bulimia nervosa and misuse of orlistat: two case reports. *Int J Eating Disorders*, **2001**; 30(4):458-461.
97. **Fitzgibbon ML, Blackman LR.** Binge eating disorder and bulimia nervosa: differences in quality and quantity of binge eating episodes. *Int J Eating Disorders*, **2000**; 27(2):238-243.
98. **Wonderlich SA, Crosby RD, Mitchell JE.** Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. *Int J Eating Disorders*, **2001**; 30(4):401-412.
99. **Dunn EC, Larimer ME, Neighbors C.** Alcohol and drug-related negative consequences in college students with bulimia nervosa and binge eating disorder. *Int J Eating Disorders*, **2002**; 32(2):171-178.
100. **Maner F.** Yeme Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, **2001**; 5(4):130-139.
101. **Granga DL, Lock J, Dymek M.** Family- based therapy for adolescents with bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, **2003**; 57(2):237-244.
102. **Birmingham CL, Bone S.** Pancreatitis causing death in bulimia nervosa. *Int J Eating Disorders*, **2004**; 36(2):234-237.
103. **Mivva H, Nakanishi I, Kudame R.** Cerebellar atrophy in a patient with anorexia nervosa. *Int J Eating Disorders*, **2004**; 36(2):238-241.
104. **Morris JM, Tothill P.** Reduced bone mineral density in bulimia as well as anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, **2004**; 12(2):71-76.

105. **Bara- Carril N, Williams CJ, Pombo- Carril MG.** A preliminary investigation into the feasibility and efficacy of a CD- ROM- based cognitive-behavioral self-help interaction for bulimia nervosa. *Int J Eating Disorders*, **2004**; 35(4):538-548.
106. **Crow S, Kendall D, Praus B.** Binge eating and other psychopathology in patients vvith type II diabetes mellitus. *Int J Eating Disorders*, **2001**; 30(2):222-226.
107. **Lyke JA, Spinelia M.** Associations among aspects of impulsivity and eating factors in a nonclinical sample. *Int J Eating Disorders*, **2004**; 36(2):229-233.
108. **Sloan DM, Mizes JS, Helbok C.** Efficacy of sertraline for bulimia nervosa. *Int J Eating Disorders*, **2004**; 36(1):55-61.
109. **Arusoğlu G.** Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya) Belirtilerinin incelenmesi ve Orto-15 Ölçeğinin Uyarlanması. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2006**.
110. **Fidan T, Ertekin V, Işııkay S, Kırpınar G.** Prevalence of Orthorexia Among Medical Students in Erzurum, Turkey, *Comprehensive Psychiatry*, **2010**; 51(1):49-54.
111. **Karagöz İ.** Beslenmenin “Orto” Yolu. *Hayat Sağlık Dergisi*, **2013**; 34-37.
112. **Bonaechea BB, Rial BR, Sanchez GF, Zamora MLC.** Orthorexia Nervosa: A New Eating Behavior Disorder? *Actas Esp Psiquiatr*, **2005**; 33(1):666-668.
113. **Gezer C, Kabaran S.** Beslenme ve Diyetetik Bölümü Kız Öğrencileri Arasında Görülen Ortoreksiya Nervosa Riski, *S.D.Ü Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2013**; 4(1):14-22.
114. **Bosi AT, Çamur D, Çağatay G.** Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of Medicine in Ankara. *Appetite*, **2007**; 49:661-666.
115. **Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C.** Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *EWD*, **2004**;9(2):151-157.
116. **Arusoğlu G, Kabakçı E, Köksal G, Merdol TK.** Orthorexia nervosa and adaptation of ORTO-11 into Turkish, *Türk Psikiyatr Dergisi*, **2008**; 19(3):283-291.
117. **Aksoydan E.** *Beslenme Bilgi Serisi*, 1. Basım, Sağlık Bakanlığı Yayını. Ankara, **2008**.
118. **Kınık E.** Adölesanda yeme ve beslenme bozuklukları. *Katkı Pediatri Dergisi*, **1996**.
119. **Yücel B.** Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: Yeme bozuklukları, *Klinik Gelişim Dergisi*, **2009**; 22(4):39-44.

120. **Tükel R.** Obsesif kompulsif spektrum bozuklukları. *3P Dergisi*, **1997**; 5:5-12.
121. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, 5. Baskı(DSM-5),Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, **2014**:303-314.
122. **Abanoz Z.** Obsesif Kompulsif Bozukluklu Hastalarda Yeme Semptomları ile Yeme Semptomlarını Yordayan Obsesif Kompulsif Belirtilerin Araştırılması. Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi PsikiyatriAnabilim Dalı, Samsun. **2008**.
123. **Vardar E, Erzengin M.** Ergenlerde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Psikiyatrik Eş Tanıları, İki Aşamalı Toplum Merkezli Bir Çalışma, *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2011**; 22(4):205-212.
124. **Keçeli F.** Yeme bozukluğu hastalarında obsesif kompulsif bozukluk ve kişilik bozukluğu. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi, İstanbul. **2006**.
125. **Cooper PT.** Eating disorders and their relationship to mood and anxiety disorders. In: Eating Disorders and Obesity, *The Guilford Press*, **1995**; 23:159-164.
126. **Çelikel FÇ, Bingöl TY, Yıldırım D, Tel H, Erkorkmaz Ü.** Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Yeme Tutumu. *Nöropsikiyatri Arşivi*, **2009**; 46,86-90.
127. **Tabak RS.** *Sağlık Eğitimi*. Somgür Yayıncılık. Ankara, **2000**.
128. **Lee SM, Burgeson CR, Fulton JE, Spain CG.** Physical education and physical activity: results from the School Health Policies and Programs Study 2006. *J Sch Health*, **2007**; 77(8):435-63.
129. **Pekcan H, Münevver B, Çağatay G.** Okul Sağlığı. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Güneş Kitabevi, 2.Baskı, Ankara, **1997**.
130. T.C. Sağlık Bakanlığı okul sağlığı çalışmaları. (<http://www.saglik.gov.tr>) Erişim tarihi:01.03.2019.
131. **Vural Pesen Ş.** Manisa' da seçilen iki ilköğretim okulunda adölesan yaş grubundaki çocuklarda obezite hipertansiyon hiperlipidemi sıklığı ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa, **2007**.
132. **Baltacı G, Ersoy G, Karaağaoğlu N, Derman O, Kanbur N.** *Ergenlerde Sağlıklı Beslenme, Hareketli Yaşam*, 1. Baskı. Ankara. **2006**.
133. **Bratman S, Knight D.** *Health Food Junkies: Overcoming the Obsession with Healthful Eating*. Broadway Books, New York, **2000**.
134. **Sarı Altıntop M.** Adölesan dönemdeki kız öğrencilerinde ortoreksiya görülme sıklığı, yüksek lisans tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü beslenme ve diyetetik anabilim dalı, İstanbul, **2016**.

135. **Canella C, Donini M, Graziani MP, Imbriale M, Marsili D.** Orthorexia Nervosa: A Preliminary Study With a Proposal for Diagnosis and an Attempt to Measure the Dimension of the Phenomenon. *Eating and Weight Disorders*, **2004**; 9:151-157.
136. **Arslantaş H, Adana F, Ögüt S, Ayakdaş D, Korkmaz A.** Hemşirelik Öğrencilerinin Yeme Davranışları ve Ortoreksiya Nervoza İlişkisi.Araştırma makalesi. *Journal of Psychiatric Nursing*, **2017**; 8(3):137-144.
137. **Aksoydan E, Camci N.** Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *EWD*, **2009**; 14(1):33-7.
138. **Ergin G.** Sağlık personeli olan ve olmayan bireylerde ortoreksiya nervoza sıklığı araştırması. Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bil. Enst. Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Ankara, **2014**.
139. **Ramacciotti CE, Perrone P, Coli E, Burgalassi A.** Orthorexia nervosa in the general population: a preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15). *EWD*, **2011**; 16:127-30.
140. **Mc Inerney-Ernst EM.** Orthorexia nervosa: Real construct or newest social trend? Doctoral dissertation. University of Missouri-Kansas City, **2011**.
141. **Varga M, Dukay-Szabó S, Túry F, Van Furth EF.** Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *EWD*, **2013**; 18:103-11.
142. **Duran S.** Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde ortoreksiya nervoza riski ve etkileyen faktörler. *Pamukkale Tıp Dergisi*, **2016**; 9(3):220-226.
143. **Ambwani S, Gleaves DH, Graham EC.** Measuring “Orthorexia” Development of the Eating Habits Questionnaire. *TIJEPA*, **2013**; 12(2).
144. **Neumark-Sztainer D, Wall M, Story M, Fulkerson JA.** Are family meal patterns associated with disordered eating behaviors among adolescents? *Jadohealth*, **2004**; 35:350-359.
145. **Sanlier N, Yabancı N, Alyakut O.** An evaluation of eating disorders among a group of Turkish university students. *Appetite*, **2008**; 51:641-5.
146. **Global Adult Tobacco Survey Turkey Report 2012.** Ministry of Health, Publication No: 948, Ankara **2012**.
147. **Abay E, Pulular A, Öykü Ç, Süt N.** Edirne İli Merkezindeki Lise Öğrencilerinde Obsesif Kompulsif Bozukluğun Epidemiyolojisi, *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences (DAJPNS)* **2010**; 23:230-237.

148. Selvi Y, Beşiroğlu L, Akbaba AT, Aydın A, Özbebit Ö, Atlı A, Özdemir O. Van İl Merkezi Lise Son Sınıf Öğrencilerinde Obsesif Kompulsif Bozukluk Yaygınlığı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, **2010**; 13(5)-13.
149. Akpınar A. Ergenlik Döneminde Obsesif Kompulsif Bozukluğun Yaygınlığı.Yüksek Lisans Tezi. T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği. İstanbul, **2007**.
150. Janas-Kozik M, Zejda J, Stochel M, Jelonek L, Hyrnik J, Kyrsta K. Is orthorexia nervosa an eating disorder an obsessive compulsive disorder?, *European Psychiatry*, **2014**; 29(1):1-5.
151. Aldana SG, Greenlaw RL, Diehl HA, Salberg A, Merrill RM, Ohmine S, Thomas C. Effects of an Intensive Diet and Physical Activity Modification Program on the Health Risks of Adults. *J Am Diet Assoc (JADA)*, **2005**; 105(3):371-381.
152. Özsoylar G, Sayın A, Candansayar S. Panik Bozukluğu ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarının Yeme Tutumları Açısından Karşılaştırılması, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, **2008**; 11:17-24.

8. EKLER

Ek 1. Araştırmada Kullanılan Kişisel Bilgi ve Onam Formu

Lise öğrencilerinin Beslenme Davranışları Araştırması

Beslenme, insanın büyüme, gelişme, sağlıklı ve uzun süre yaşaması için gerekli olan besin öğelerini yeterli miktarda alıp vücudunda kullanmasıdır. Bu öğelerin herhangi biri alınmadığında veya gereğinden az ya da çok alındığında, büyüme ve gelişmenin engellendiği ve sağlığın bozulduğu bilimsel olarak ortaya konmuştur. Ancak beslenmenin fizyolojik olduğu kadar sosyolojik ve psikolojik bir olay olduğu da unutulmamalıdır. Ergenlik dönemi, gelişimsel açıdan birçok değişikliğin meydana geldiği bir dönem olup, bu dönemde ergenlerin özellikle bedensel açıdan kendilerinde meydana gelen değişikliklere karşı duyarlılıkları artmıştır. Bu dönemde ergen bir yandan değişikliklere uyum sağlamaya çalışırken, bir yandan da beslenmesini değiştirerek bedenini kontrol altında almaya çalışmaktadır. Lise öğrencilerinin beslenme davranışlarını araştırmak sağlıklı beslenme takıntısı olanları ve obsesif kompulsif bozukluk riski olanları tespit edip bu konuda farkındalık sağlamak amacıyla bir çalışma planladık.

Lise öğrencilerinin yeterli ve dengeli beslenmesini sağlayarak sağlığını korumayı amaçladığımız bu çalışmamızda öğrencilerle online (internet üzerinden) yapacağımız anketler mevcuttur.

Sonuçlar öncelikle bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, sorun saptanması halinde durum size bildirilecek ve alınması gereken önlemler konusunda ayrıntılı bilgilendirme yapılacaktır. Parasal bir bedel ödemenizi gerektirmeyen ve size de bir ödeme yapılması söz konusu olmayan bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul ediyorsanız, **lütfen BURAYA TIKLAYINIZ** (Anket yaklaşık 10 dakika sürecektir). Teşekkür ederiz.

Dr. Burcu TOKLU

Prof. Dr. Ersin AKPINAR

Telefon: 0322 3386060-3087 contact@cukurovaale.org

Ek 2. Sosyodemografik Bilgi Formu

Lise Öğrencilerinin Beslenme Davranışları Anketi

Anketin doldurulması yaklaşık 10 dakikanızı alacaktır. Anketin sonuçları ile ilgili bilgi almak isterseniz lütfen anketi gönderdikten sonra açılan sayfadaki alana email adresinizi yazmayı unutmayınız. İlginize teşekkür ederiz.

1. Yaş.....

2. Cinsiyet: erkek () kadın ()

3. Lise kaçınıcı sınıftasınız?

Lise 1 ()

Lise 2 ()

Lise 3 ()

Lise 4 ()

Diğer ()

4. Hangi tip lisedeniz?

Fen lisesi ()

Anadolu lisesi ()

Çok programlı anadolu lisesi ()

Mesleki ve teknik anadolu lisesi ()

Sosyal bilimler lisesi ()

Güzel sanatlar lisesi ()

Anadolu imam hatip lisesi ()

Spor lisesi ()

Diğer ()

5. Boyunuz (cm):

6. Kilonuz (kg):

7. Yaşadığınız yer?

Aileniz ile ()

Yurtta ()

Akrabanızın yanında ()

Ev arkadaş(lar)ı ile ()

Yalnız olarak evde ()

Diğer ()

8. Ailenizin ortalama gelir düzeyi:.....(TL/ay)

9. Annenizin eğitim durumu nedir?

a.Okuryazar değil ()

b.İlköğretim ()

c.Lise ()

d.Lisans ve üzeri ()

10. Babanızın eğitim durumu nedir?

a.Okuryazar değil ()

b.İlköğretim ()

c.Lise ()

d.Lisans ve üzeri ()

11. Sigara kullanıyor musunuz?

Hayır () Evet ()paket/yıl

12. Alkollü içecekleri ne sıklıkla kullanırsınız?

a.Hiçbir zaman

b.Ayda bir veya daha az

c.Haftada bir veya daha az

d.Haftada 2-4 kez

e.Haftada 5 veya daha fazla

13. Alkol kullanımınızı bir arkadaş, bir doktor veya herhangi bir sağlık çalışanı kullanımı kesmenizi önerdi mi?

Hayır ()

Alkol kullanmıyorum ()

Evet () cevabınız evet ise kim olduğunu belirtiniz.....

14. Bildiğiniz herhangi bir besin/ilaç alerjiniz var mı?

Hayır ()

Evet () lütfen belirtiniz.....

15. Tanı konmuş veya tedavi olduğunuz aşağıdaki sağlık sorunlarınız var ise lütfen işaretleyiniz.

a.Depresyon (çökkünlük) ()

b.Anksiyete bozukluğu (endişe hastalığı) ()

c.Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ()

d.Obsesif kompulsif bozukluk(takıntılı düşünce ve zorlanti bozukluğu) ()

e.Herhangi bir sağlık sorunu yok ()

f.Diğer.....

16. Bildiğiniz kronik (sürekli devam eden) hastalığınız var mı ?

Hayır ()

Evet () lütfen belirtiniz.....

17. Düzenli kullandığınız bir ilaç var mı?

Evet () Hayır ()

18.Daha önce şişmanlık ile ilgili yardım veya tedavi aldınız mı?

Evet () Hayır()

19. Sürekli uyguladığınız bir diyet /özel beslenme programı var mı?

Hayır () Evet ()lütfen belirtiniz.....

20. Sağlıklı beslenme ile ilgili bilginiz var mı ?

Hayır ()

Doktorlardan bilgi aldım ()

Diyetisyenden bilgi aldım ()

Kitle iletişim araçları (tv, internet, gazete, dergi vb) ile bilgi aldım ()

Çevremden (aile, arkadaşlar) bilgi aldım ()

Zayıflama merkezlerinden bilgi aldım ()

Diğer ()



Ek 3. Orto-15 Ölçeği

Aşağıdaki sorular sizin yeme davranışlarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun olanı işaretleyiniz.

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

Ek 4. Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri

Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Size uygunsa “DOĞRU” yu, değilse “YANLIŞ”ı işaretleyiniz.

	Doğru	Yanlış
1 Bana bir hastalık bulaşır korkusuyla herkesin kullandığı telefonları kullanmaktan kaçınırım		
2 Sık sık hoşla gitmeyen şeyler düşünür, onları zihnimden uzaklaştırmakta güçlük çekerim		
3 Dürüstlüğe herkesten çok önem veririm		
4 İşleri zamanında bitiremediğim için çoğu kez geç kalırım		
5 Bir hayvana dokununca hastalık bulaşır diye kaygılanırım		
6 Sık sık havagazını, su musluklarını ve kapıları birkaç kez kontrol ederim		
7 Değişmez kurallarım vardır		
8 Aklıma takılan nahoş düşünceler hemen hemen hergün beni rahatsız eder		
9 Kaza ile bir başkasına çarptığımda rahatsız olurum		
10 Hergün yaptığım basit günlük işlerden bile emin olamam		
11 Çocukken annem de babam da beni fazla sıkma zlardı		
12 Bazı şeyleri tekrar tekrar yaptığım için işimde geri kaldığım oluyor		
13 Çok fazla sabun kullanırım		
14 Bana göre bazı sayılar son derece uğursuzdur		
15 Mektupları postalamadan önce onları tekrar tekrar kontrol ederim		
16 Sabahları giyinmek için uzun zaman harcarım		
17 Temizliğe aşırı düşkünüm		
18 Ayrıntılara gereğinden fazla dikkat ederim		
19 Pis tuvaletlere giremem		
20 Esas sorunum bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmemdir		
21 Mikrop kapmak ve hastalanmaktan korkar ve kaygılanırım		
22 Bazı şeyleri birden fazla kontrol ederim		
23 Günlük işlerimi belirli bir programa göre yaparım		
24 Paraya dokunduktan sonra ellerimi kirli hissedirim		
25 Aldığım bir işi yaparken bile kaç kere yaptığımı sayarım		
26 Sabahları elimi yüzümü yıkamak çok zamanımı alır		
27 Çok miktarda mikrop öldürücü ilaç kullanırım		
28 Hergün bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek bana zaman kaybettirir.		
29 Geceleri giyeceklerimi katlayıp asmak uzun zamanımı alır		
30 Dikkatle yaptığım bir işin bile tam doğru olup olmadığına emin olamam		
31 Kendimi toparlayamadığım için günler, haftalar hatta aylarca hiçbirşeye el sürmediğim olur		

32 En büyük mücadelelerimi kendimle yaparım		
33 Çoğu zaman büyük bir hata yada kötülük yaptığım duygusuna kapılırım		
34 Sık sık kendime birşeyleri dert edinirim		
35 Önemsiz ufak tefek işlerde bile karar verip işe girişmeden önce durup düşünürüm		
36 Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır		
37 Bazen önemsiz düşünceler aklıma takılır ve beni günlerce rahatsız eder		

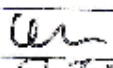
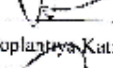
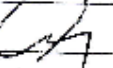
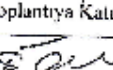
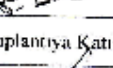
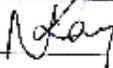


Ek 5. Etik Kurul Kararı

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı	Tarih
80	31 Ağustos 2018

KARAR NO 30- Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda, Prof. Dr. Ersin Akpınar yönetiminde, Araş. Gör. Dr. Burcu Toklu tarafından yürütülmesi öngörülen, "Lise Öğrencilerinin Beslenme Davranışları, Ortoreksiya Nervosa ve Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) ilişkisi" başlıklı tıpta uzmanlık tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Prof. Dr. Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof. Dr. Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof. Dr. Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Prof. Dr. Gülsah Seydaoğlu Biyostatistik Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof. Dr. Gürhan Salıman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Prof. Dr. Murat Gündüz Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Doç. Dr. Ezgi Özyılmaz Sarac Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	Toplantıya Katılmadı
	Dr. Nese Kayrın Kurum Dışı Üye	
		

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

Ek 6. Milli Eğitim Müdürlüğünden Alınan İzin Yazısı



T.C.
ADANA VALİLİĞİ
İl Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 98258552-605.01-E.17833497
Konu : Prof. Dr. Ersin AKPINAR'ın
Anket Çalışması

28.09.2018

.....KAYMAKAMLIĞINA
(İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü)

İlgi : a) Milli Eğitim Bakanlığı Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğü'nün
22/08/2017 tarihli ve 12607291 sayılı 2017/25 nolu genelgesi.
b) Prof. Dr. Ersin AKPINAR'ın 14/09/2018 tarihli dilekçesi

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda görevli Dr. Burcu TOKLU ve Prof. Dr. Ersin AKPINAR yönetiminde Müdürlüğümüze bağlı lise ve dengi okullardaki öğrencilerin; Beslenme Davranışları, Ortoreksiya Nervosa ve Obsesif Kompulsif Bozukluk ilişkisini ölçmeyi amaçlayan araştırma talebi Müdürlüğümüz tarafından incelenmiştir.

Müdürlüğümüze bağlı lise ve dengi okullarda internet üzerinden anket uygulamasının, 2017/25 nolu Milli Eğitim Bakanlığı Araştırma, Yarışma ve Sosyal Etkinlikler İzinleri Genelgesi'nin 2. maddesine göre, (Araştırma, veri toplama araçları, yarışma ve sosyal etkinlik başvuruları; Türkiye Cumhuriyeti Anayasası ve insan hakları alanındaki uluslararası sözleşmeler başta olmak üzere 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Hakkındaki Kanun ile yürürlükte olan tüm yasal düzenlemeler ve politika belgelerine göre uygun olarak yapılır.) yapılması gerekmektedir.

Bu kapsamda ilçenizde bulunan lise ve dengi okullardaki öğrencilere uygulanmak üzere hazırlanan www.cukurovaiaile.org web sitesinin duyurulması hususunda;

Gereğini rica ederim.

Veysel DURGUN
Vali a.
Milli Eğitim Müdürü

EK: İlgi (b) Yazı ve Ekleri

DAĞITIM:
15 İlçe Kaymakamlıklarına
(İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü)

Adres: Döğeme Mah. Mücahıdler Cad. Yeni Valilik Binası 01130 Seyhan/Adana - Ayrıntılı bilgi için: A.YAVUZASLAN/Şef Elektronik Ağ: <http://adana.meb.gov.tr> Tel: (0322)438 83 71- 1666 e-posta: arged01@meb.gov.tr Faks: (0322)438 83 92

Bu yazı güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <http://www.muhur.gov.tr> adresinden bbae-d249-32f1-8cde-ae2d kodu ile teyit edilebilir.

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Burcu TOKLU
Medeni Durumu : Bekar
Adres : Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı Sarıçam/Adana
Telefon : 0546 411 16 49
E posta : drburcutoklu@gmail.com
Mezun Olduğu Tıp Fakültesi : Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi
Görev Yerleri : 2014-2015 Pervari Devlet Hastanesi Acil Servis
Birimi, Pervari/Siirt
2016-2019 Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Yabancı Dil : İngilizce