

T.C
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
AİLE EKONOMİSİ VE BESLENME EĞİTİMİ ANABİLİM DALI
AİLE EKONOMİSİ VE BESLENME BİLİM DALI

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE ORTOREKSİYA NERVOZA
(SAĞLIKLI BESLENME TAKINTISI) BELİRTİLERİNİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
İhsan KAZKONDU

ANKARA
EYLÜL-2010

T.C
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
AİLE EKONOMİSİ VE BESLENME EĞİTİMİ ANABİLİM DALI
AİLE EKONOMİSİ VE BESLENME BİLİM DALI

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE ORTOREKSİYA NERVOZA
(SAĞLIKLI BESLENME TAKINTISI) BELİRTİLERİNİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İhsan KAZKONDU

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Leyla ÖZGEN

ANKARA
EYLÜL-2010

Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

İhsan KAZKONU'ya ait "Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) Belirtilerinin İncelenmesi" adlı çalışma, jürimiz tarafından Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Ana Bilim Dalı, Aile Ekonomisi ve Beslenme Bilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Adı Soyadı

İmza

Başkan: Yrd. Doç. Dr. İbrahim KISAÇ

.....

Üye (Tez Danışmanı): Yrd. Doç Dr. Leyla ÖZGEN

.....

Üye : Yrd. Doç. Dr. Yasemin ERSOY

.....

ÖN SÖZ

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. Ancak günümüzde, toplumun daha geniş bir kesimini etkilediği gözlemlenmektedir. Ayrıca, ortoreksiya nervoza gibi yeni yeme bozukluklarının ortaya çıkması bireylerin yeme alışkanlıklarını değiştirmesine sebep olmaktadır. Ortoreksiya nervoza, sağlıklı beslenme takıntısı olarak tanımlanan yeme bozukluğu olup, kişinin yaşantısına müdahale eden doğal diyet tüketme takıntısıdır. Ortoreksiya nervoza sadece; uzun dönem görüldüğü zaman ve eğer bireyin yaşantısında anlamlı oranda negatif etki yaratıyorsa (yaşam stresini önlemek için yiyecekleri düşünmek, her günün büyük bir çoğunluğunu yiyecekleri düşünerek geçirmek) tanımlanabilmektedir.

Bu çalışmada, araştırmanın planlanması, yürütülmesi ve yazımına kadar geçen süreçte bana her türlü desteği ve yardımı sağlayan tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Leyla ÖZGEN'e, Tez İnceleme Komitesinde bulunan Sayın Yrd. Doç. Dr. Yasemin ERSOY'a, hem Tez İnceleme Komitesinde bulunan hem de araştırmanın istatistiksel analiz aşamaları başta olmak üzere her aşamasında bilgi ve desteğini esirgemeyen Sayın Yrd. Doç. Dr. İbrahim KISAÇ'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tezim ile ilgili verilerin toplanmasında anket sorularına cevap veren Bilkent, Başkent ve TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi öğrencilerine teşekkür ederim.

Tezimi bitireceğime dair inancımın zayıfladığı anlarda bile beni motive etmeyi başaran ve uzakta da olsa hep yanımda olan arkadaşım Aynur YÜKSEL'e, konu ile ilgili İngilizce makalelerin çevirisi konusunda bana yardımcı olan kuzenim Seval MALA'ya, çalışmamda değerli görüşlerini ve önerilerini aldığım arkadaşlarım Ayşegül KESKİN'e ve Betül KAVALCI'ya, araştırmanın her aşamasında maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, beni bu günlere getiren ve daima bana güç veren aileme sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE ORTOREKSİYA NERVOZA (SAĞLIKLI BESLENME TAKINTISI) BELİRTİLERİNİN İNCELENMESİ

KAZKONDU, İhsan

Yüksek Lisans, Aile Ekonomisi ve Beslenme Bilim Dalı

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Leyla ÖZGEN

Eylül–2010, 92 sayfa

Bu araştırmanın amacı, üniversite öğrencilerinde yaygın olarak görülen anoreksiya nervoza yeme bozukluğuna bağlı olarak ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) belirtilerinin görülme durumunu saptamaktır.

Ankara ili merkezinde bulunan yüksek sosyo-ekonomik düzeyi tanımlayıcı; Bilkent, Başkent ve Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği Ekonomi ve Teknoloji (TOBB ETÜ) Üniversitesi olmak üzere toplam üç üniversitede öğrenim gören toplam 338 üniversite öğrencisine anket uygulanmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilere yönelik görüşme formu dört bölümden oluşarak, gruplar halinde uygulanmıştır. Bunlar; öğrencilerin demografik bilgileri “kişisel bilgi formu” ile, ortoreksiya nervoza olup olmadıklarının bilgileri “ORTO-15 testi ve Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri “ ile, anoreksiya ve bulimiya nervoza teşhisi bilgileri ise “Yeme Tutumu Testi (EAT-40)” kullanılarak veriler toplanmıştır.

Üniversite öğrencilerinin büyük çoğunluğu evde ikamet etmektedir. Beden Kitle İndeksi dağılımlarına göre, üniversite öğrencilerinin 2/3’ü normal ağırlıkta bulunmaktadır. Kız üniversite öğrencileri, erkek öğrencilere göre daha fazla oranda yeme bozukluğu belirtilerine sahiptir. Kız üniversite öğrencilerinde, erkeklere göre daha fazla obsesif- kompulsif belirtiler görüldüğü saptanmıştır. Yüksek riskte yeme bozukluğu bulunan öğrencilerin toplam obsesyon puanları, düşük ve orta riskte bulunan öğrencilere göre daha yüksektir. Risk düzeyi arttıkça obsesif kompulsif bozukluk belirtileri de artmaktadır.

Kız ve erkek öğrencilerin ortoreksiya nervoza durumları değerlendirildiğinde, erkek öğrencilerin kızlara göre daha fazla ortorektik eğilimler gösterdiği saptanmıştır. Yüksek yeme bozukluğu riskinde yer alan öğrenciler diğer risk gruplarına göre daha fazla ortorektik eğilimler göstermektedir. Yaş ilerledikçe ortorektik eğilim gösterme durumu da artmaktadır. Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğu riski arttıkça

ortoreksiya nervoza belirtileri; obsesif kompulsif bozukluk belirtileri arttıkça ortoreksiya nervoza belirtilerinin de artış gösterdiği saptanmıştır.

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

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE ORTHOREXIA NERVOSA (HEALTHY NUTRITION OBSESSION) SYMPTOMS AMONG UNIVERSITY STUDENTS

KAZKONDU, İhsan

Master, Department of Home Economics ve Nutrition Education

Supervisor: Assist. Prof. Dr. Leyla ÖZGEN

September–2010, 92 pages.

This research planned and conducted to determine the frequency of the indicators of ortorexia nervosa (healthy eating obsession) in association with anorexia nervosa eating disorder among university students, especially female students.

A survey is carried out among the 338 students of three universities in Ankara; Bilkent, Başkent and Economics and Technology University of Union of Chambers and Commodity Exchanges of Turkey (TOBB ETU) which represent the high socio-economic level. A four-part interview form is conducted in groups on the students participated in the research. These four-part form consists of “personal information form” for demographic information, “ORTO-15 test” and Maudsley Obsessive Compulsive Inventory to determine whether they have ortorexia nervosa or not and “Eating Attitudes Test (EAT-40)” for the anorexia and blumia diagnosis.

The majority of these students lives in house. 2/3 of students have normal body weights with regards to Boddy Mass Index distribution. Female university students show more eating disorder indicators than male students. It has been determined that female students have more obsessive compulsive indicators than male students. Obsession scores of the students who are at high risk of eating disorder are greater than the scores of the students which are at low and medium risk. As the risk level inreases obsessive compulsive indicators increase too.

When the ortorexia nervosa conditions of female and male students is assessed it has been determined that male students show more orthorexic tendencies than females. The students with risk of eating disorder show more orthorexic tendencies than the other risk groups. Also orthorexic tendency condition severes as the age increases. As eating disorder risk increases orthorexia nervosa indicators increase and as obsessive compulsive disorder indicators increase, orthorexia nervosa indicators increase too among university students.

Key Words: Orthorexia nervosa, eating disorders, ORTO-15 test.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
JÜRİ ÜYELERİNİN ONAY SAYFASI	i
ÖNSÖZ.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ	x

BÖLÜM I

1. GİRİŞ	1
1.1. Amaç	3
1.2. Çalışmanın Alt Amaçları.....	4
1.3. Önem	4
1.4. Sayıtlılar	5
1.5. Kapsam ve Sınırlılıklar.....	6
1.6. Tanımlar	6

BÖLÜM II

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE	8
2.1. Yeme Bozukluklarının Tanımlanması ve Sınıflandırılması.....	8
2.1.1. Anoreksiya Nervosa	9
2.1.2. Bulimiya Nervosa	12
2.1.3. Başka Türlü Tanımlanmayan Yeme Bozuklukları	17
2.1.4. Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu	18
2.2. Ortoreksiya Nervozanın Tanımı.....	19
2.3. Ortoreksiya Nervozanın Sınıflandırması.....	21
2.4. Ortoreksiya Nervozanın Belirtileri.....	22
2.5. Yeme Bozukluklarının Oluşum Nedenleri	23
2.5.1. Cinsiyet Faktörü	24
2.5.2. Aile Faktörü.....	24
2.5.3. Genetik ve Biyolojik Faktörler	25
2.5.4. Sosyokültürel Faktörler	25

2.5.5. Kişilik ve Psikolojik Faktörler	26
2.6. Yeme Bozukluklarının Görülme Sıklığı	27
2.7. Yeme Bozukluklarının Sonuçları	28
2.8. Yeme Bozukluklarının Tedavisi	28
2.9. Ortoreksiya Nervozanın Tedavisi	30
2.10. Obsesif Kompulsif Bozukluklar ile Yeme Bozukluklarının İlişkisi	32
2.11. Konuyla İlgili Araştırmalar	33

BÖLÜM III

3. YÖNTEM.....	37
3.1. Araştırmanın Modeli	37
3.2. Evren ve Örneklem.....	37
3.3. Veri Toplama Tekniği	37
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu	38
3.3.2. Yeme Tutum Testi (EAT-40).....	38
3.3.3. Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri	40
3.3.4. ORTO-15 Ölçeği	41
3.3.5. Beden Kitle İndeksi	42
3.4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	42

BÖLÜM IV

4. BULGULAR ve YORUM	44
4.1.Araştırmaya Katılan Üniversite Öğrencilerinin Demografik Özellikleri.....	44
4.2.Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumu Testine İlişkin Bulguları.....	45
4.3.Üniversite Öğrencilerinin Obsesif Kompulsif Bozukluk Durumları İle İlgili Bulgular	50
4.4.Üniversite Öğrencilerinin Ortoreksiya Nervozaya Durumları İle İlgili Bulgular.....	55

BÖLÜM V

5. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	61
---------------------------	----

KAYNAKÇA	66
----------------	----

EKLER	75
-------------	----

Ek 1. Araştırmada Kullanılan Anket Formu	75
--	----

Ek 2. Üniversite Rektörlüklerinden Alınan İzin Yazıları.....	79
--	----

TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa

2.1. Anoreksiya ve Bulimiya Nervoza Arasındaki Farklılıklar.....	15
4.1. Araştırmaya Katılan Üniversite Öğrencilerinin Demografik Bilgilerinin Dağılımı	44
4.2. Üniversite Öğrencilerinin Cinsiyete Göre Yeme Tutumu Durumlarının Karşılaştırılmasına Yönelik t-Testi Değerleri	45
4.3. Üniversite Öğrencilerinin BKİ Gruplarına Göre Yeme Tutumu Durumlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Tek Yönlü Varyans Analizi	47
4.4. Cinsiyete Göre Öğrencilerin BKİ Gruplarına Göre Yeme Tutumu Durumlarının Ortalamaları, Standart Sapmaları ve F Değerleri	48
4.5. Üniversite Öğrencilerinin Yaş Gruplarına Göre Yeme Tutumu Durumlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Tek-Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	49
4.6. Üniversite Öğrencilerinin Yaşadıkları Yere Göre Yeme Tutumu Durumlarının Karşılaştırılmasına Yönelik t-Testi Değerleri	49
4.7. Üniversite Öğrencilerinin Cinsiyete Göre Obsesif- Kompulsif Bozukluk Durumlarının Karşılaştırılmasının t-Testi Değerleri.....	51
4.8. Üniversite Öğrencilerinin BKİ Gruplarına Göre Obsesif- Kompulsif Bozukluk Durumlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Varyans Analizi Sonuçları.....	52
4.9. Üniversite Öğrencilerinin Yaş Gruplarına Göre Obsesif- Kompulsif Bozukluk Durumlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Varyans Analizi Sonuçları.....	52
4.10. Üniversite Öğrencilerinin Yaşadıkları Yere Göre Obsesif- Kompulsif Bozukluk Durumlarının Karşılaştırılmasının t-Testi Değerleri	53
4.11. Üniversite Öğrencilerinin Risk Gruplarına Göre Obsesif Kompulsif Bozukluk Durumlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Varyans Analizi Sonuçları.....	54
4.12. Üniversite Öğrencilerinin Cinsiyete Göre Ortoreksiya Nervoza Durumlarının Karşılaştırılmasının t-Testi Değerleri.....	55
4.13. Üniversite Öğrencilerinin BKİ Gruplarına Göre Ortoreksiya Nervoza Durumlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Varyans Analizi Sonuçları	56
4.14. Üniversite Öğrencilerinin Yaş Gruplarına Göre Ortoreksiya Nervoza Durumlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Varyans Analizi Sonuçları	57
4.15. Üniversite Öğrencilerinin Yaşadıkları Yere Ortoreksiya Nervoza Durumlarının Karşılaştırılmasının t-Testi Değerleri.....	57

4.16. Üniversite Öğrencilerinin Risk Gruplarına Göre Ortoreksiya Nervoza Durumlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Varyans Analizi Sonuçları	58
4.17. Üniversite Öğrencilerinin Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Ortoreksiya Nervoza ve Yeme Tutumu Durumları Arasındaki Korelasyon Değerleri	59

SİMGELER VE KISALTMALAR

ADA	American Dietetic Association
AN	Anoreksiya Nervoza
APA	Amerikan Psikiyatri Birliği
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BN	Bulimiya Nervoza
BTA-YB	Başka Türölü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (Mental Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel El Kitabı-IV)
MMPI	Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri
MOCI	Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri
ON	Ortoreksiya Nervoza
ORTO-15	Ortoreksiya Nervoza Değerlendirme Ölçeği
TOBB ETÜ	Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
YB	Yeme Bozuklukları
YTT (EAT-40)	Yeme Tutum Testi

BÖLÜM I

1. GİRİŞ

Kültürler, alışkanlıklar, günlük yaşantı biçimi ve yeme alışkanlıkları hızla değişim göstermektedir. Bu değişim, şimdiye kadar fark edilmeyen ya da dikkate alınmayan bazı davranış örüntülerinin patolojik sayılıp sayılmayacağı ya da var olan patolojilerden hangisine yakın olabileceği ile ilgili bir dizi araştırma veya tartışmaya zemin oluşturmaktadır. Yeme bozukluklarının tarihçesine bakıldığında, değişik şekillerde yeme bozukluklarının aslında uzun yıllar öncesinden beri var oldukları, ancak anoreksiya nervozanın (AN) ve bulimiya nervozanın (BN) resmi sınıflandırma sistemlerine daha yakın tarihlerde girmiş oldukları görülmektedir (Andersen ve Yager,2005). Benzer şekilde yeme bozuklukları önceleri sadece endüstrileşmiş kültürle ait bozukluklar olarak değerlendirilirken, günümüzde Batı'nın “ideal kadın” figürünün tüm kültürlerde ortaya çıktığı ve yeme bozukluklarının yaygınlık oranının hızla arttığı bilinmektedir. Bu örnekten de anlaşılabilceği gibi önceleri sınıflandırma sistemlerinde bile yer almazken, bir bozukluğun tanı kriterleri belirlendikten sonra o bozuklukla ilgili yapılan araştırmalar arttıkça, bu konudaki bilgi birikimi de çoğalmaktadır (Koptagel, 2000).

Tıpkı AN ve BN tarihçesinde olduğu gibi, ortoreksiya nervoza (ON) henüz Amerika Psikiyatri Birliği'nin (APA) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV,1994) yer almamakla birlikte, araştırmacıların dikkatlerini yoğunlaştırdıkları ve bir bozukluk olarak tanımlanıp tanımlanamayacağı üzerinde durdukları yeni bir kategoridir (Mathieu, 2005).

Ortoreksiya nervoza, diğer bir ismiyle “sağlıklı beslenme takıntısı”, son zamanlarda dünyadaki klinik tedavi uzmanlarının araştırma konusu olmuştur (Donini ve diğerleri, 2004). Amerika'da, obezite kliniklerinin önde geldiği ve bireylerin diyetlerine dikkat etmeleri zor görünürken, son zamanlarda, bireylerin sağlıklı ve daha uzun yaşamak istemeleri üzerine bireylerde sağlıklı beslenme takıntısının başladığı belirtilmiştir (Mathieu, 2005).

Medyanın isimlendirdiği deli dana hastalığı, bozulmuş tavuk etleri, balık etinde cıva zehirlenmesi gibi besinler ile ilgili aşırı miktarda yapılan medya uyarıları, bireylerin besinleri sadece “sağlığı” temel alarak değerlendirmelerine neden olmakta, bu da bireylerin tüm besin sınıflarını dışlayan sıkı diyetler yapmalarına neden olabilmektedir. Böylelikle, elzem besin öğelerinde yetersizlik, sosyal ve kişisel ilişkilerde değişim ve genel psiko-fiziksel durumlarda farklılaşma gözlenebilmektedir (Billings, 2009). Bu durumlardan dolayıdır ki bireylerin sağlıklı beslenme alışkanlığı denilen ortoreksiya nervozanın oluşumuna yol açmış olabilir.

Ortoreksiya nervoza, ilk kez Steven Bratman tarafından 1997’de AN’yı çeşitlendirmek üzere tanımlanmıştır. “Orto” kelime olarak “doğru”, “gerçek” anlamına geldiği için Bratman uygun, sağlıklı yiyeceğin tüketilmesi ile ilgili patolojik saplantıyı tanımlamak için ortoreksiya nervoza terimini kullanmıştır (Mathieu, 2005). Ayrı bir tanı kategorisi olarak resmen kabul edilmemiş olmakla birlikte, ciddi sonuçları olan diğer yeme bozuklukları ile benzerlik ve ayrılıklarının olduğu ileri sürülmektedir. AN gibi kötü beslenmeye veya kilo kaybına yol açabileceği, buna karşılık AN ve BN’den farklı olarak kişilerin tüketilen yiyecek miktarı ve zayıf görünüm yerine sağlıklı ve saf besinler tüketme konusu ile aşırı uğraş içinde oldukları bildirilmektedir (Arusoğlu, 2006). Ortoreksiya nervoza, anoreksiya ve bulimiya nervoza’daki gibi “nicel” bir durumu değil, “nitel” bir durumu sergilemektedir (Bratman, 2000).

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

Ortoreksiya nervoza, yeme bozukluğu uzun dönem devam ettiğinde, geçici olmadığında ve bu davranışlar bireyin yaşam biçiminde anlamlı oranda olumsuz etki yarattığında düşünülebilmektedir. Sağlıklı beslenme takıntısı olan hastaların obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalar gibi vakitlerinin çoğunu katı kurallar ile ilgili aşırı uğraş içinde geçirdikleri ve zamanla sosyal işlevlerinin bu yüzden zarar görebileceği ifade edilmektedir (Strand, 2004). Uç durumdaki ortorektik olgular, “saf olmayan” ve sağlıklarına zarar veren besinleri tüketmek yerine kendilerini aç bırakmayı tercih ettiklerini ifade etmektedirler (Billings, 2009).

Günümüzde medyadaki ticari gıda reklamlarının önemli ölçüde etkisiyle toplumun besin seçimlerini yalnızca yeterince sağlıklı olup olmadıklarına göre yapan uyumsuz karakter özelliklerine sahip “ortorektik” bireylerin oluşturduğu ileri sürülmektedir. Bu takıntılı durum, bireyleri katı diyetler uygulamaya veya beslenmelerinden temel besin maddelerini çıkarmaya itmektedir ve bu nedenle bu özelliklere sahip bireyler yetersiz ve dengesiz beslenmektedirler (Bosi, 2007). Bu davranış, sonuç olarak temel besin değerlerinin eksikliğine, sosyal ve kişisel ilişkilerin değişmesine ve bireyin genel psiko-sosyal durumunda değişmeye yol açmaktadır. Bazı ortorektik bireylerin saf ve doğal olduğuna inanmadıkları gıdaları tüketmektense ölmeyi tercih ettikleri belirtilmiştir. Ortorektik bireylerin sahip olduğu bu takıntı, zamanla bu bireyleri sosyal olarak yalnızlığa itmektedir. Ortoreksiya nervozaya sahip bireyler belirli gıdaları veya belirli bir gıda grubunun tamamını sağlık açısından tehlikeli gördükleri için tüketmekten kaçınmaktadırlar. Tükettikleri yiyeceklerin kalitesi; kişisel değerleri, insanlar arası ilişkileri, kariyer planları ve sosyal ilişkiler gibi durumlardan daha önemli olmaktadır (Bosi, 2007).

Yeme bozuklukları, kişinin yeme davranışlarını değiştirerek, kişinin fiziksel, zihinsel ve sosyal yapısını olumsuz yönde değiştirmektedir. Son yıllarda özellikle görülme sıklığı yüksek olan ergenlik ve genç yetişkinlik dönemindeki kişilerde artış olduğu gözlenmektedir. Gençler arasında kilo alma korkusu, beden imgesi, daha güzel görünme isteği gibi psikolojik nedenlerle Amerika ve Avrupa’da ortoreksiya nervoza rahatsızlığına sahip birçok bireyin olduğu varsayılmaktadır. Ülkemizde de özellikle, üniversite öğrencileri arasında; ortoreksiya nervoza alışkanlıklarının yaygın olabileceği düşünülerek, “üniversite öğrencileri arasında ortoreksiya nervoza durumlarının araştırılması gerektiği düşünülmüştür”.

1.1. Amaç

Bu çalışmada, “Üniversite öğrencileri arasında özellikle kız öğrencilerde yaygın olarak görülen anoreksiya nervoza yeme bozukluğuna bağlı olarak ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) belirtilerinin görülme durumunu saptamak amaçlanmıştır.

1.2. Çalışmanın Alt Amaçları

Bu çalışmada şu sorulara cevap aranmıştır:

1. Üniversite öğrencileri içerisinde hangi yeme tutumu risk grupları çoğunluk içerisinde?
2. Üniversite öğrencilerinin göstermiş oldukları obsesif- kompulsif belirtiler nelerdir?
3. Üniversite öğrencilerinin, sosyo-ekonomik durumu yemek yeme davranışları üzerinde etkili midir?
4. Yeme bozukluğu, ortoreksiya nervoza ve obsesif kompulsif bozukluklar arasında ilişki bulunmakta mıdır?
5. Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervoza belirtileri nelerdir ve ortoreksiya nervoza durumları ile yaş, BKİ, yaşadıkları yer ve cinsiyet durumlarına göre farklılık taşımakta mıdır?

1.3. Önem

Üniversite öğrencileri, öğrenmeye ve gelişmeye oldukça açıktırlar. Eğitimcilerin görevi, bu bireyleri sağlıklı ve bilgili olarak yetiştirmektir. Bilgiyi öğrenciye verebilmek için, öğrencilerin öğrenmeye hazır bulunuşluk düzeylerinin yüksek olması gerekir. Bu düzeye ulaşmak için, öğrencilerin öncelikle, yeterli ve dengeli beslenmeleri gerekmektedir. Çünkü bu durumun bireyin, eğitimini, çalışma hayatını ve sosyal yaşantısını etkileyeceği düşünülerek, özellikle üniversite döneminde, sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazanımları ile yaşam süresi ve kalitesi arasında doğru orantı olduğu yapılan bilimsel çalışmalarla tespit edilmiştir.

Son yıllarda modernleşmekte olan toplumları tehdit eden bir durum olan yeme bozuklukları; geçtiğimiz yıllara kadar, sadece üst ve orta sosyo-ekonomik düzeyde bulunan ergen ve genç kadınlarda görüldüğü düşünülen bir sağlık sorunu olarak bilinmektedir. Ancak günümüzde, toplumun daha geniş bir kesimini etkilediği gözlemlenmektedir (Gyrilli ve diğerleri, 2005). Özellikle bazı toplumlarda “zayıflık”; fiziksel güzelliğin en önemli parçası olarak görülmektedir. Toplumdaki güzellik ve çekicilik standartlarındaki değişimi, normal yeme alışkanlıklarındaki değişiklikler

izlemiştir. Normal yeme alışkanlığı; günümüzde sürekli olarak diyet yapma olarak tanımlanmaya başlamıştır. Toplumdaki “ideal vücut” ölçülerine kavuşma isteği, diyet yapan birey sayısındaki artışı ve hatta yeme bozukluklarının yaygınlaşmasıyla açıklanabilir (Erol, Toprak ve Yazıcı, 2002). Psikiyatrik sınıflama sistemlerindeki ölçütlere göre yeme bozukluğu tanısını tam karşılamayan ancak yeme tutumları açısından farklılıklar gösteren ve sıkıntı çeken bir grubun olduğu bildirilmektedir (Bunnel ve diğerleri, 1990). Bu açıdan bakıldığında tanı konmamış veya gizli kalmış hafif seyirli yeme bozukluklarının özellikle genç grupta taranması, koruyucu önlemler alınması ve hastalıkların tanınması açısından önemlidir.

Üniversiteye başlayan pek çok genç şehir değişikliği, maddi durumun elverişsizliği, bağımsız yaşam arzusu gibi nedenlerle ailesinden ve evinden ayrılmaktadır. Tek başına ya da arkadaşlarıyla öğrenci yurtlarında, apartman dairelerinde, başka ailelerin yanlarında yaşamak gençlerin yaşam biçimlerinde önemli değişikliklere yol açmaktadır. Bu değişiklik, yiyecek alışverişinde deneyimi olmayan ve sınırlı olanaklarla yemek pişirmek durumunda kalan öğrencilere zor gelebilmektedir. Bu yüzden de özellikle üniversite öğrencileri arasında yeme bozukluklarının artış gösterdiği gözlenmektedir. Bu nedenle üniversite öğrencilerine sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazandırılması ve sonuç olarak yaşam kalitelerinin artırılması gerekmektedir.

Bu çalışma ile üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) durumları tespit edilmeye ve özel üniversitelerdeki öğrencilerin durumları değerlendirilmeye çalışılmıştır. Bu değerlendirme ile üniversite öğrencilerine özgü beslenme önerileri geliştirilmiştir. Ayrıca, bu araştırmanın gelecek çalışmalara kaynak teşkil edebileceği düşünülmektedir.

1.4. Sayıtlar

Bu araştırmanın temelinde aşağıdaki varsayımlar yer almaktadır:

1. Örneklemenin evreni temsil edecek nitelikte olduğu varsayılmaktadır.
2. Araştırmada durum saptamak üzere hazırlanan görüşme formunun içeriği yeterlidir ve amaca hizmet edecek niteliktedir.
3. Görüşme formlarının güvenilirliği ve geçerliğinde uzmanların tespitleri yeterlidir.

4. Öğrencilerin, görüşme formlarındaki soruları objektif olarak cevaplandırıdıkları varsayılmıştır.

1.5. Sınırlılıklar

1. Bu araştırma, Ankara ili (Türkiye) merkez sınırları içerisinde yer alan Bilkent, Başkent ve TOBB Ekonomi ve Teknoloji üniversitelerinde öğrenim gören lisans öğrencileri ile sınırlıdır.
2. Araştırma, konu ile ilgili hazırlanan anket soruları ile sınırlıdır.
3. Bu çalışmada, üniversite öğrencilerinin ortoreksiya nervoza olma durumlarının tespiti, yaş, cinsiyet, BKİ, yeme tutumu risk grupları, yaşadıkları yer gibi değişkenlerle sınırlıdır.

1.6. Tanımlar

Araştırmada sıklıkla geçen terimler aşağıdaki şekilde tanımlanmıştır.

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

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

Ortoreksiya Nervoza: Sağlıklı beslenme takıntısı olarak tanımlanan yeme bozukluğu olup, kişinin yaşantısına müdahale eden doğal diyet tüketme takıntısıdır. Ortoreksiya nervoza sadece; uzun dönem görüldüğü zaman ve eğer bireyin yaşantısında anlamlı oranda negatif etki yaratıyorsa (yaşam stresini önlemek için yiyecekleri düşünmek, her günün büyük bir çoğunluğunu yiyecekleri düşünerek geçirmek) tanımlanabilmektedir (Cartwright, 2004).

Anoreksiya Nervoza: Yaş ve boy uzunluğu için olağan sayılan bir vücut ağırlığına sahip olmayı kabul etmeme, kilo almaktan aşırı korkma, beden imgesinde bozukluk ve

mensturasyonların kesilmesi belirtilerinin gözlemlendiği bir yeme bozukluğu olarak tanımlanmaktadır.

Bulimiya Nervosa: Yineleyen tıkanırcasına yeme dönemlerinin olduğu, fazla miktarda yemeyi durduramama, kilo almaktan sakınmak için kusma, laksatif vb. kullanma, yemek yememe, egzersiz yapmak gibi uygunsuz dengeleyici davranışlarda tekrar tekrar bulunma, kendini değerlendirirken anlamsız bir biçimde vücudun biçimi ve ağırlığından etkilenme belirtilerinin görüldüğü bir yeme bozukluğu olarak sınıflandırılmaktadır (Soygüt, 2003).

ORTO-15: Donini tarafından Bratman`in kısa soru kağıdı uyarlanarak ilk olarak İtalya`da Latinler için geliştirilmiş ve ortoreksiya nervosa eğilimini değerlendirmek için düzenlenmiş 15 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir.

Beden İmgesi: Bireyin kendi vücudu ve görünümü konusundaki, toplumsal olarak tanımlanan fiziki görünüm standartlarına dayalı tutum ve duygularıdır (Budak, 2000).

Beden Kitle İndeksi: Vücut ağırlığının, boyun karesine oranı olup en pratik vücut ağırlığını değerlendirme yöntemidir (Aksoydan, 2008).

Obsesif- Kompulsif Bozukluk: Beden görünümüyle, bedensel hastalıkla, beden ağırlığıyla ilgili obsesif düşünce ya da uğraşlar, tik bozukluğu, saç yolma, patolojik kumar oynama gibi stereotipik, törensel ya da impulsif davranışlar ile karakterize rahatsızlıktır. Süreğen gidişli ve kişilerin akademik, mesleki, sosyal ve aile işlevlerini olumsuz etkileyerek yeti yitimine yol açmaktadır (Tükel, 1997).

BÖLÜM II

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Bu bölümde konu ile ilgili literatür taraması yapılarak yeme bozuklukları ile ilgili kuramsal açıklamalara ve ortoreksiya nervoza adlı yeme bozukluğunu konu alan araştırmalara yer verilmiştir.

2.1. Yeme Bozukluklarının Tanımlanması ve Sınıflandırılması

Yeme bozuklukları, hem bedensel hem de psikososyal boyutu olan; kişinin yemek yeme alışkanlığı, vücut ağırlığı ve fiziksel görüntüsü ile ilgili düşünce ve yemek yeme davranışındaki bozukluklarla kendini gösteren bir durumdur (Ünalın ve diğerleri, 2009). Yeme bozukluklarında, kişinin yeme tutumu ve beden algısı bozulmaktadır. Vücut ağırlığı yönetimi, vücut imajı ve yiyecek tüketimi ile ilgili normal davranış ve tutumlar aşırı hale geldiğinde, yeme bozuklukları gelişebilmektedir.

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

Yeme bozukluklarının tarihçesine bakıldığında, bu bozuklukların günümüzdeki anlamıyla ilk kez 17. yy.'da tanımlandığı gözlemlenmektedir. Buna karşın daha sonraki iki yüzyıl boyunca, yeme bozuklukları ile ilgili çalışmalar oldukça sınırlı sayıdadır. Yeme bozukluklarının 20. yy.'da doğası, tanımlanması ve tedavisi ile ilgili araştırmaların sayısındaki artış dikkat çekicidir (Brownell ve Fairburn, 1995). Yeme bozukluklarının tarihçesi oldukça uzun bir dönem içerir de, bu bozuklukların tanınması sınıflandırmada yerini alması, ancak geçen yüzyılın yarısında gerçekleşebilmiştir (Mathieu, 2005).

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

2.1.1. Anoreksiya Nervoza

Anoreksiya nervoza, sıklıkla ergenlik ve genç erişkinlik döneminde başlayan, beden algısı bozukluğu ile ilgili, kişinin fiziksel bütünlüğünü tehdit edecek şekilde yememesi ve kilo vermeye çalışması ile tanımlanan yeme bozukluğudur (Tahiroğlu, Fırat, Diler ve Avcı, 2005). Anoreksiya nervoza, yaş ve boy uzunluğu için normal sayılan bir vücut ağırlığına sahip olmayı kabul etmeme, kilo almaktan aşırı korkma, beden imgesinde bozukluk ve kızlarda menstrüasyon döneminin kesilmesi gibi belirtileri içermektedir (Siyez, 2006).

Anoreksiya nervoza, birbirinden bağımsız iki ayrı bildiri ile tanımlanarak psikiyatrik literatürde yerini almıştır (Laseque,1973; Gull, 1974). Anoreksiya nervozanın tarihçesini iki dönemde incelemek mümkündür. “Holy Anoreksiya” yani kutsal anoreksiya olarak bilinen ilk dönem, daha çok dini yayınlarda izlenmektedir. Bugünkü terminolojiyle anoreksiya nervoza olarak tanımlanabilecek durum, koyu sofuluk, çilecilik, din uğruna dünya zevklerinden vazgeçme anlamındadır ve aç kalmaya özenildiği görülmektedir. İkinci dönemdeyse anoreksiya nervoza öncelikle bir tıbbi durum olarak ele alınmaya başlanmıştır (Akt: Kuruoğlu ve Arıkan, 1995).

Londra'da Richard Morton 1689 yılında “phthisiologia, or a treatise of consumptions” adlı yazısı ile 18 yaşında hastalanan, bütün gıdaları ve ilaçları reddederek 3 ay sonra ölen hastası ile literatüre geçen “nervous consumption” adı verdiği ilk vakayı yayınlamıştır. Hastalık bugünkü anlamıyla anoreksiya nervozayı karşılamaktadır. Morton, bugüne kadar çok az değişerek gelen yorumları nedeniyle anoreksiya nervozanın kliniğinin tanımlanmasında öncelikli isimlerden biridir (Silverman ve Halmi, 1992).

Son yıllarda ise anoreksiya nervoza konusuna artan ilgi bu konuda birçok yorumun yapılmasına neden olmuş ve bu hastalığı histeri, kompulsiyon nevrozu, fobi, duygu durum bozukluğu, şizofreni, kişilik bozukluğu gibi farklı tanı gruplarıyla ilişkilendirme eğilimi ortaya çıkmıştır (Kuruoğlu ve Arıkan, 1995).

Anoreksiya nervoza, bir yeme bozukluğudur. Birçok kişinin ilk dikkatini çeken şey bu tür rahatsızlığı olan gençlerin, genellikle genç kızların gittikçe az yemek yemesi, yeme alışkanlıklarını değiştirmesi veya kilo kaybetmesidir. Fakat anoreksiya nervoza yemeye ilgili sıradan bir problem olmaktan öte, ciddi bir hastalıktır. Bu durumdaki genç kızların kilosu fazla değişmeyebilir, fakat yemek yeme alışkanlıkları normal değildir Aynı gün içinde diyet yapabilirler, içebilirler ve kusabilirler. Aynı zamanda öğün atlama veya aşırı diyet yapma gibi davranışlar da görülebilir. Zararlı yemek yeme alışkanlıkları veya aşırı derecede egzersiz yapma artık genç erkeklerde de daha sık görülmektedir (Houtkooper, 2000).

Bir kişiye “anoreksiya nervoza” tanısı konması için hastada DSM-IV kriterlerinden en az dördünü karşılaması gerektiği belirtilmektedir (APA, 1994).

DSM-IV'e göre Anoreksiya Nervoza Tanı Ölçütleri

1. Yaş ve boya göre olağan sayılan en az kiloda olma ya da bunun üzerinde bir vücut ağırlığına sahip olmayı kabul etmeme (beklenenin %85'inin altında vücut ağırlığına sahip olmaya yol açan kilo kaybı),
2. Beklenenin altında vücut ağırlığına sahip olmasına rağmen kilo almaktan ya da aşırı kilolu olmaktan korkma,
3. Vücut ağırlığı ya da biçimini algılamada bozukluk olması, kendini değerlendirmede vücut ağırlığı ya da biçiminin anlamsız bir etkisinin olması veya o sırada vücut ağırlığının düşük olmasının önemini inkar etme,
4. Menstrual siklus sonrası adet görmeme durumunun ortaya çıkması, yani en az üç ardışık menstrüel siklusun olmaması (hormon verilmesi sonrası menstruasyon dönemleri oluyorsa, o kadının amenoresi olduğu düşünülür).

Anoreksiya nervoza hastalarının en dikkat çeken özelliği aşırı zayıflıklarıdır. Yaş grubu ve boya göre beklenenden oldukça zayıf olmalarına rağmen kilo almaya karşı büyük bir direnç içindedirler. Şiddetli kilo alma korkuları; kiloyu koruma ve hatta daha da verme, kendileri için belirledikleri en az kiloya ulaşma ve tekrar kilo almayı engelleme planlarına yönelik tutumlara yol açar. Anoreksiya nervoza hastalarının, besin kısıtlanması, aşırı fiziksel egzersizler yapma, laksatif, diüretik, iştah azaltıcı maddeler kullanma ve bedeni uyarma ya da kendiliğinden kusmalar ile beden ağırlığını kontrol etmek için değişik yöntemlere başvurdukları söylenebilir (Siyez, 2006). Ayrıca düşük kalorili ve enerjisi azaltılmış yiyecekleri tercih etme, lokmalarını küçük bezeler halinde yeme, yediklerinin kalorisini hesaplama, başkaları ile birlikte yemeden kaçınma, başkaları için yiyecek satın alma ve özel yemek yapma, yiyeceklerinden saklayarak kurtulma gibi gıda ile ilgili aşırı uğraşlar içindedirler (Öztürk, 1994).

Çoğu anoreksiya nervoza hastası, ileri derecede zayıf olmalarına rağmen kalori harcamak ve ağırlık kaybını artırmak amacıyla aşırı hareketlidir. Aşırı aktivite durumu irade denetiminin ötesinde görülmektedir. Fiziksel durumları kötüleşip çok halsiz ve yatağa bağlı olana kadar hareketlilik devam eder (Koptagel, 2000). Bazı anorektik hastalarda yeme üzerindeki kontrol kaybı ve aşırı yeme atakları görülür. Bunun sonrasında kusma, laksatif ve diüretik kullanımı ya da aşırı egzersiz ile kiloyu koruma çabaları görülür. Yeme üzerindeki kontrolün kaybedileceği korkusu ile yüksek kalorili gıdalardan kaçınma artar. Yeme bozukluklarında kısır döngünün oluşumu da kısmen bunlarla ilgilidir (Kuruoğlu ve Arıkan, 1995).

Anoreksiya nervoza, ergenlik döneminde ve genç kızlarda sık görülmektedir. Yaygınlığı, %0.1-1, genelde yoğun olarak görüldüğü yaş aralığı 10-19 olarak bildirilmektedir. Türkiye’de yapılan epidemiyolojik çalışmalarda da, benzer sonuçlar bildirilmektedir (Rosen, 2003). AN, batı toplumlarındaki genç kadınların yaklaşık olarak %0.5’inde ve %0.2-0.7’sinde görülmektedir. Ülkemizde ise Yeşilbursa’nın (2000) lise öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, 14-19 yaş kız öğrencilerde anoreksiya nervoza yaygınlığı %0.3 olarak bulunmuştur. Anstine ve Grinenko’nun (2000) üniversite öğrencisi üzerinde yaptıkları çalışmaya göre anoreksiya nervoza yaygınlığı %0.1-4.0 arasında bulunmuştur. Ayrıca rahatsızlığın en fazla 15-19 yaş grubunda başlasa da ergenlik öncesinde ya da orta ve üstü yaşlarda başlama sıklığının arttığı saptanmıştır. Yapılan araştırmalara göre anoreksiya nervoza görülme sıklığının

toplumda giderek arttığı ve rahatsızlığın daha çok ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde görüldüğü yorumlanabilmektedir.

Anoreksiya nervozanın iki farklı türü bulunmaktadır. Bunlar; kısıtlayıcı ve aşırı yeme/çıkarma türüdür. Kısıtlayıcı türde; enerji ve bazı besinler aşırı kısıtlanmakta, diğer grupta ise düzenli olarak aşırı yeme veya çıkarma alışkanlıkları olduğu, yapılan çalışmalarda görülmüştür (Houtkooper, 2000).

Anoreksiya nervoza tedavisi uzun ve zorlu bir süreç olup, hastalığın yaşamı tehdit edici özelliklerini akılda tutarak, ağırlaşabilen ve karmaşık olabilen ciddi bir ruhsal bozukluk olarak değerlendirmesi tedavide temel ilkedir. Bu rahatsızlığın tedavisi, iki yönlü bir süreçte olmaktadır. Böyle durumlarda önde gelen 1. amaç, tıbbi komplikasyonları ve ölüm düşüncesinden uzaklaştırmak için hastaya kilo alması konusunda yardımcı olabilmektir. Hasta genellikle çok zayıftır ve fizyolojik işlevselliği, beslenmenin düzenlenmesi sürecine ek olarak, hastane tedavisini zorunlu kılacak düzeyde bozulmuştur. Hastanede yatarak tedavi gören anorektik hastalar için düzenlenen davranışçı tedavi programlarında, hastanın kendisine yemek sırasında eşlik edilir. Hastanın yemek yemesi ve kilo alması sonrasında, televizyon izleme, müzik dinleme, mektuplar ve ziyaretçiler ödül olarak sunulur. Bu programlar belirli bir düzeyde başarı ile uygulanmaktadır (Gerald ve Davison, 2004). Ancak 2. amaç olan, alınan kilonun uzun süreli korunması, henüz tıbbi, davranışçı ya da geleneksel psikodinamik müdahaleler ile tam olarak başarılamamıştır Ayrıca aile terapisi de tedavi için ayrı bir yöntemdir, fakat aile terapisinin de uzun süreli etkilerinin olmadığı saptanmıştır (Elliot, 1998).

2.1.2. Bulimiya Nervoz

Bulimiya nervoza, tekrarlayan aşırı yemek yeme, kilo alma ve bir yandan da kilo almayı durdurma çalışmaları ile belirtilen bir yeme bozukluğudur. Bu nöbetler esnasında hastaların, tüm çabalarına ve korkularına rağmen yemek yemeyi durduramadıkları belirtilmiştir.

Bulimiya nervoza, “bous” (öküz) ve “limos” (açlık) sözcüklerinden köken almaktadır. “Öküz kadar aç olmak” veya “bir öküzü yiyecek kadar aç olmak anlamlarını

içerir. Bulimiya nervroza, modern bir yeme bozukluğu olarak kabul edilmekle birlikte ilginç bir tarihi vardır. Bulimik davranışlardan, Roma döneminde de söz edilmektedir. (Halmi, 2003). Refah içinde yaşayan dönemin zenginlerinin kontrolsüzce, tıknıma şeklinde yedikleri ve haz yaşantısını devam ettirebilmek için, kusup yemeye devam ettikleri bilinmektedir. Hatta kusmaların gerçekleştiği özelleşmiş yerler bulunmaktadır. Günümüzde, bir psikiyatrik bozukluk olarak kullanılışında “nervoza” takısı ise, onun anoreksiya nervroza ile bağlantısını ve yeme bozukluklarının diğer elemanı olduğunu vurgulamaktadır (Yücel, 2009).

Bulimiya nervroza yeme bozukluğunda, anoreksiya nervroza gibi benzer koşullarda ve sürede çoğu kişinin yediğinden daha fazla tıkanırcasına yemek yeme eşliğinde yoğun olarak kontrolünü kaybetme duygusu vardır. Tıkanırcasına yeme, beden biçimi ve ağırlığı ile aşırı ilgilenen ve tıknımalar sırasında aldığı kaloriyi kaybetmeye yönelik düzenli davranışları olan, görece normal ağırlıkta veya kilolu kişilerde görüldüğünde bulimiya nervroza olarak değerlendirilmektedir (Maner, 2001).

Bulimiya nervroza, tüm toplumlarda yaklaşık %1.0-2.5 oranında görülmekte ve genç kadınlarda erkeklerden on kat fazla rastlanmaktadır. Bu yeme bozukluğunun ergenlik ve genç erişkinlik dönemindeki erkeklerin %0.2'sini etkilediği, erkeklerde yıllık insidansının yüz binde 0.8 olduğu bildirilmiştir. Erkeklerde bulimiya nervrozanın başlangıcının, kadınlardakine göre daha genç yaşlarda olduğu ve hastalık öncesinde obezite, homoseksüellik, aseksüellik oranlarının yükseldiği bulunmuştur. Ayrıca bulimik erkeklerin kilo kontrolüyle ilgili daha az katı oldukları da saptanmıştır (Cinemre, 1999). Yeşilbursa'nın (2000) 14-19 yaş arası toplam 1978 öğrencide yaptığı çalışmada, bulimiya nervroza kızlarda %4.3, erkeklerde %0.6 oranında bulunmuştur. Büyükkal da (1990) 15-18 yaş grubu 800 öğrencide DSM-IV kriterlerine göre yaptığı araştırmada %3.0 oranında yeme bozukluğu saptanmıştır. Bunların %70'i bulimiya nervroza olup, tümünü kız öğrenciler oluşturmuştur.

Bulimiya nervroza yeme bozukluğunda birey; isteyerek kusma, bağırsak hareketlerini artırıcı ya da idrar söktürücü, yan etki olarak zayıflama yapabilecek ilaçları kullanır. Yemek yemeyi kendine yasaklayıcı tutumlar, normalden daha çok fiziksel aktivite ya da yoğun kültürfizik hareketleri gibi uygun olmayan telafi edici davranışlar içine girer. Bireye bulimiya nervroza tanısı konması için bireyin tıkanırcasına yemek

yeme ve uygun olmayan telafi edici davranışlarını en az 3 ay süre ile ve en az haftada 2 kez tekrarlamış olması gerekmektedir. Bu bozukluğun bulunduğu bireyin kendini tanımasında ve değerlendirmesinde, vücut şekli ve vücut ağırlığının önemli bir yer tuttuğu çalışmalarla tespit edilmiştir (Dönmez, 2005).

Kişilerde bulimiya nervoza tanısı için kullanılan DSM-IV tanı kriterleri aşağıda belirtilmiştir:

Bulimiya Nervozası İçin DSM-IV Tanı Kriterleri

- A. Tekrarlayan tıkanırcasına yeme olayı.
 - 1. Örneğin 2 saat gibi herhangi bir zaman periyodunda tüketilen besin miktarının, birçok kişinin benzer şartlar altında benzer sürede yediğinden belirgin bir şekilde daha fazla olması,
 - 2. Atak esnasında kontrol hissinin kaybının (yemeyi durduramama hissi veya ne kadar yediğini kontrol edememesi) olması,
- B. Kilo artışını önlemek için tekrarlayan uygunsuz davranışlar; kendini kusturma, laksatif, diüretik, lavman veya diğer ilaçların kötüye kullanımı, açlık veya aşırı egzersiz yapılması,
- C. Tıkanırcasına yeme ve uygunsuz dengeleyici davranışların ortalama olarak 3 ayda en az haftada 2 kez olması,
- D. Kendini değerlendirirken vücut şekli ve kilosundan etkilenme durumu,
- E. Vücut imajının anoreksiya nervozadaki gibi bozulmaması (Rodin ve diğerleri, 2002).

Bulimiya nervozası yeme bozukluğu, yediği yiyeceği çıkarma ve çıkarmama şeklinde olmak üzere 2 alt başlıkta incelenmektedir (Houtkooper, 2000). Yediği yiyeceği çıkarma türünde, kendi kendini kusturma veya aşırı laksatif veya diüretik kullanılmakta, çıkarma olmayan türde ise bu alışkanlıklar düzenli yapılmayıp, daha çok açlık veya aşırı egzersiz gibi diğer hatalı dengeleyici davranışlar gözlenmektedir (APA, 2002).

Anorektiklerden farklı olarak bulimiya nervozalı hastalar, normal kiloda ya da kilolu olabilirler. Tıkanırcasına yeme nöbetleri sırasında sıklıkla önceden planladıkları

ve rutin yeme düzenlerinde yasaklı olan yüksek kalorili yiyecekleri (pasta, dondurma, çikolata vb.) “gözü dönmüş” biçimde yedikleri belirtilmiştir. Genellikle gün içinde uzun süre, bu yeme töreninin hayalini kurarlar, nöbet öncesi yiyecekleri için alışveriş yapabilirler. Atak sonrasında ise pişmanlık ve suçluluk duyguları yaşar, kendilerini acımasızca eleştirirler. Bu atakları, genellikle yukarıda sayılan, uygun olmayan ve zararlı dengeleyici davranışların izlediği tespit edilmiştir (Yücel, 2009).

Bulimiya nervoza sonucunda bireylerde; dış problemleri, kullanılan ilaçlara bağlı olarak şişkinlik, sıvı elektrolit kayıpları, halsizlik, mide problemleri, yemek borusunda aşırı kusmaya bağlı fitikleşme ve yara, aşırı ishale bağlı rektumda incelleme görülürken, anoreksiya nervozada durum daha ciddidir ve ölüm riski %4-20 arasında değişmektedir (Kaya ve Çilli, 1997). Ölüm riski dışında hastalarda, kalp rahatsızlıkları, hipotansiyon, böbrek anormallikleri, anemi, ülser ve pankreatit gibi rahatsızlıklar da görülmektedir (Elliot, 1998).

Tablo 2.1. Anoreksiya ve Bulimiya Nervoza Arasındaki Farklılıklar (Nicholls ve Viner, 2005).

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

Anoreksiya ve bulimiya arasındaki en önemli farklılıklardan biri bulimiklerin genelde bir şeylerin yanlış gittiğini fark etmeleri, anorektiklerin ise davranışlarının normal olmadığını kabul etmemeleridir. Anorektiklerde belirgin olarak aşırı zayıflık dikkati çekerken, bulimikler genellikle normal kilodadırlar veya normal kilonun çok az altındadırlar. Diğer bir farklılık ise bulimikler bu davranışlarından utanç duyarlarken, anorektikler ise yiyecek miktarını veya kilolarını kontrol ettikleri için kendileri ile gurur duymaktadırlar (Korkut, 2004).

Bulimiyanın tedavisi birkaç boyuta yönelik olarak düzenlenmektedir. Bilişsel davranışçı tedavide, bulimik hasta, toplumun fiziksel çekiciliğe ilişkin standartlarını sorgulamaya cesaretlendirilir. Hastalar şişmanlamaktan kaçınmak için, kendilerini açlığa yönlendiren inançlarını açığa çıkarmalı ve bunları değiştirmelidir; yani bu hastaların yoğun diyet yapmadan da normal vücut ağırlığının korunabileceğini ve sınırlı yemenin tıkanırcasına yemeyi nasıl tetiklediğini görmeleri sağlanmalıdır. Hastalara, yüksek kalorili bir yiyecekten bir lokma almanın hiçbir şey kaybettirmeyeceği; böyle bir atıştırmanın, yasak yiyeceklerden mümkün olan en kısa sürede kurtulmak için yapılan, kusma ve müshil kullanımı durumlarının izlediği tıkanırcasına yemeyi tetiklemeyeceği öğretilir (Gerald ve Neale, 2004). “Ya hep, ya da hiç” düşünce biçiminin seçeneklere dönüştürülmesi süreci, hastaya tükettiği besin miktarını daha orta düzeye indirebilmesinde yardımcı olabilirler. Hem bilişsel- davranışçı hem de kişiler arası terapiler, bulimiyanın iyileşmesinde bazı başarılar göstermişlerdir. Fakat bu yöntemler, çıkarma işlemlerini (kusma, müshil vb. kullanımı) dikkate değer düzeyde azaltabilseler de, toplam başarı oranı %50’den daha azdır (Wilson, 1995). Dolayısıyla bu oran, anoreksiyada olduğu gibi, bulimiyanın da tedavisinin başarılı bir biçimde yürütülmesinin zor olduğunu göstermektedir.

Bulimiya nervozanın tedavisinde temel amaç, normal yeme örüntüsünü geliştirebilmektir. Hastaların günde 3 öğün yemeleri, aralarda atıştırmalar olsa da, bunların tıkanırcasına yemeye ve çıkarmaya kaymamasını öğrenmeleri gerekmektedir.

Bulimiya nervozanın tedavisinde en çok kullanılan yöntem bilişsel-davranışçı terapidir (Striegel ve Smolak, 2001).

Bilişsel davranışçı terapi;

- a. Hastanın bulimik ataklar öncesinde ve sırasındaki düşünceleri, hissettikleri ve sonuçları anlamasına, tıkanırcasına yeme ve çıkarma olaylarını nasıl yatıştıracağını, duygularını nasıl kontrol edeceğini anlamasına olanak sağlar.
- b. Bulimik davranışlarını devam ettiren inançlarını tanımlayıp bunları değiştirmesine olanak sağlar.
- c. Tıkanırcasına yeme ve kusma dürtülerine karşı davranış teknikleri geliştirir, bu düşünceleri ve hisleri bozmak için bulimik yeme örneğine seçenekler geliştirir.
- d. Genel olarak problemleri çözme becerisi sağlar (Sundgot ve diğerleri, 2002).

Bilişsel-davranış terapisinde önce hastalar hastalıkları konusunda eğitilmeli, tedavi için motivasyon sağlanmalıdır. Hasta kendi yediklerinin farkına varmalı, normal yeme düzeni sağlanmalı, en son olarak da hastalığın yeniden ortaya çıkması önlenmelidir (Striegel ve Smolak, 2001).

2.1.3. Başka Türlü Tanımlanamayan Yeme Bozuklukları

Bu grupta, anoreksiya ve bulimiya nervozanın tüm teşhis kriterlerini göstermeyen, fakat önemli yeme tutum ve davranış bozukluğu gösteren bireylerden oluşmaktadır (Rodin ve diğerleri, 2002).

Başka Türlü Tanımlanamayan Yeme Bozukluğu İçin DSM-IV Tanı Kriterleri (Köroğlu, 1994).

Bu gruba giren belirtilerden örnekler:

1. Kadınlarda; menstruasyon döngüleri düzenli olup, anoreksiya nervozanın diğer bütün kriterlerine rastlananlar,
2. Önemli kilo kaybına rağmen vücut ağırlığı normal sınırlar içinde olup anoreksiya nervozanın diğer bütün kriterlerine uyanlar,
3. Tıkanırcasına yeme ve sonraki uygunsuz davranışların haftada ikiden daha az veya üç aylık sürelerden daha az olması haricinde, bulimiya nervozanın diğer bütün kriterlerini gösterenler,

4. Normal vücut ağırlığındaki bir bireyin az miktarlarda yedikten sonra düzenli olarak uygunsuz davranışları yapması (örneğin iki bisküvi yedikten sonra kendini kusturması),
5. Büyük miktardaki besinleri yutmadan tekrar tekrar çiğneme ve tükürme davranışının varlığı,
6. Tıkanırcasına yeme bozukluğu: Tekrarlayan tıkanırcasına yeme sonrası bulimiya nervozanın özelliği olan uygunsuz davranışları yapmayanlar.

Başka türlü tanımlanamayan yeme bozukluğu, anoreksiya nervoza veya bulimiya nervozaya göre daha az ciddi bir sendrom olarak görülmektedir. Fakat bunlar ile vücut hoşnutsuzluğunun derecesi ve diğer zihinsel semptomlar arasında bir fark bulunmamıştır. Bazı araştırmacılar ise başka türlü tanımlanamayan yeme bozukluğu sonrasında anoreksiya ve bulimiya nervozanın geliştiğini göstermiştir (Kocabaşoğlu, 2001).

2.1.4. Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu

Tıkanırcasına yeme bozukluğu, DSM-IV'de resmi bir tanı olmaktan çok araştırılması gereken bir kategori olarak yer almaktadır. Bu bozukluk, Alber J. Skundard tarafından 1959 yılında tarif edilen bir yeme davranışı bozukluğudur.

Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu Tanı Kriterleri

- A. Tekrarlayan tıkanırcasına yeme atakları. Bu belirtiler, aşağıdaki şöyle tanımlanmıştır:
 1. Örneğin; 2 saat gibi herhangi bir zaman periyodunda alınan gıda miktarı, birçok kişinin benzer şartlar altında benzer sürede yediğinden belirgin bir şekilde daha fazladır.
 2. Atak esnasında kontrol hissinin kaybı (yemeyi durduramama hissi veya ne kadar yediğini kontrol edememe) görülür.
- B. Atakların çoğunda aşağıdaki davranışsal kontrol kaybı göstergelerinden en az üçünün bulunması gerekmektedir:
 1. Olağandan daha hızlı yemek,
 2. Rahatsız olana kadar yemek,

3. Aç olunmamasına rağmen aşırı miktarda yemek,
 4. Çok aşırı yemek yediği için yalnız yemek yemeyi tercih etmek,
 5. Aşırı yemek yedikten sonra depresyon ve suçluluk hissinin varlığı,
- C. Ataklardan sonra belirgin bir suçluluk duygusu gelişir.
- D. Ataklar altı aylık bir süre zarfında ortalama haftada iki gün görülür.
- E. Anoreksiya nervoza veya bulimiya nervozanın kısıtlı (restricting) veya tıkanırcasına yeme (binge eating)/ çıkarma (purging) tip kriterlerine uymama durumudur (Dönmez, 2005).

Tıkanırcasına yeme bozukluğu, yineleyen tıkanırcasına yeme örüntüsü, bu sırada kendini kontrol etmede güçlük çekmek, tıkanırcasına yeme örüntüsünden rahatsızlık duymak, hızlı ve tek başına yeme gibi diğer özellikleri de içermektedir. Kilo kaybının olmaması nedeniyle anoreksiyadan, çıkarma işleminin olmamasından dolayı da bulimiyadan ayrılır. Bu kategori, anoreksiya ve bulimiya nervozadan daha yaygın bir kategori olarak görülmektedir. Genel örnekleme, başarılı diyet yapanlar (kilosunu bir yıldan daha fazla koruyanlar) arasında %6 ve diyet yapmakta başarısız olanlar arasında %9 oranında tıkanırcasına yeme bozukluğu görülmektedir (Davison ve Neale, 2004). Bu durumun bir tanı kategorisi olarak avantajı, anoreksiya ya da bulimiya ölçütlerini karşılamadıkları için “başka türlü tanımlanamayan yeme bozukluğu” gibi belirsiz bir tanı alan çoğu vakayı kapsayabilmesidir.

Tıkanırcasına bozukluğunun, kadınlarda erkeklere göre daha sık görüldüğü, obezite ve aşırı kilo alıp verme öyküsüyle bir arada olduğu, iş yaşamı ve sosyal ilişkilerde işlevselliğin azaldığı, depresyon, bağımlılık yapan maddelerin kullanımı ve beden imgesiyle ilgili aşırı endişe duyma ile bağlantılı olduğu tespit edilmiştir (Yücel, 2009).

2.2. Ortoreksiya Nervozanın Tanımı

Kısa süre önce bilimsel topluluklar, beslenme uzmanları ve görsel basın “ortoreksiya nervoza” (ON) adında yeni bir kavram kullanmaya başlamışlardır. Ancak tıpkı anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza tarihçesinde olduğu gibi ortoreksiya nervoza henüz DSM’de yer almamakla birlikte, araştırmacıların dikkatini

yoğunlaştırdıkları ve bir bozukluk olarak tanımlayıp tanımlanamayacağı üzerinde durdukları yeni bir kategoridir (Fidan ve diğerleri, 2009).

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

Ortoreksiya nervoza, ilk kez Steven Bratman tarafından 1997’de anoreksiya nervozayı çeşitlendirmek üzere tanımlanmıştır. “Orto” kelime olarak “doğru”, “gerçek” anlamına geldiği için Bratman, uygun, sağlıklı yiyeceğin tüketilmesi ile ilgili patolojik saplantıyı tanımlamak için ortoreksiya nervoza terimini kullanmıştır. Bratman, ortoreksiya nervoza ile ilgili ilk yazısını “The Alternative Medicine Sourcebook”ta yazmış, daha sonra “Yoga Journal”ın Ekim 1997 sayısında yayımlamıştır. “Utne Reader” magazini de bu yazıyı yeniden basmıştır. Daha sonra bu terim Cosmopolitan dergisinde ve WebMD gibi popüler web sitelerinde dikkati çekmiş ve S. Sinton gibi editörler de konuya sayfalarca yer vererek diyetisyenlerin görüş ve deneyimlerini aktarmışlardır. Yazı, uluslararası düzeyde güçlü bir tepki alınca, alınan geri bildirimler ve istekler doğrultusunda Bratman bu konuya eğilme ve konuyla ilgili bir kitap yazma kararı almıştır. Sonuçta “Health Food Junkies” adlı kitap ortaya çıkmıştır. Kitap yüzlerce magazin dergisi ve gazetede tartışılmasına karşın istenen reklamsal başarıya ulaşamayınca basımdan kaldırılmış ve www.amazon.com’dan sipariş edilebilir hale getirilmiştir. Buna karşın ortoreksiya nervoza, İngilizce diline girip tüm dünyayı etkilemiştir. Bratman, “Health Food Junkies” adlı kitabında ortoreksiyayı; insanların diyetlerini faziletli, temiz ve hatta ruhani hissetmek için bir yol olarak gördükleri bir hastalık şeklinde tanımlamaktadır (Arusoğlu, 2006).

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

pek çok ürünü tüketmekten vazgeçme eğilimi göstermelerine sebep olmakta ve bu yüzden ortorektik birey, anoreksiya nervoza yeme bozukluğundaki gibi kilo kaybetmeye başlamaktadır (Donini, 2004).

Ortoreksiya prevelansı ile ilgili istatistiklere, davranış çoğu zaman pozitif olarak görüldüğünden, çok az rastlanmaktadır. Obezlerin sayısının giderek artmasıyla birlikte toplum ve tıp profesyonellerinin sağlıklı yemeyi ideal olarak varsaymaları şüphe uyandırmamaktadır. Birey eğer, doğal besin tüketme düşünceleriyle besleniyorsa ve bu bireye verilen değer, uyguladıkları diyetin saflık düzeyiyle ölçülüyorsa, uygulanan sağlıklı diyet şüpheli hale gelebilmektedir. Ortoreksiya nervozanın görülme yaygınlığının artmasında özellikle güzellik kavramının zayıflığa dayandırılması, medyada sürekli olarak çıkan diyet ve ürünlerin içerikleriyle ilgili bilgiler, bazı ürünlerin kanserojen madde, katkı maddesi, boya ve hormon gibi maddeler içerdiği ile ilgili haberlerin çıkması etken olmaktadır.

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

2.3. Ortoreksiya Nervozanın Sınıflandırılması

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

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

Kater (Mathieu, 2005) Bratman'in tanımladığı terimin tanı sınıflamasında kendine özgü sınıflandırılacağı konusunda şüpheler taşımakta, eğer farklı bir sınıfa ait olması gereken bir bozukluk varsa bile, bunun tikanırcasına yeme bozukluğu olduğunu, ortoreksiya için tamamiyle farklı bir sınıflandırmanın gerekli olmadığını savunmaktadır.

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

Kısa dönem uygulanan bu diyetler çoğunlukla zarar vermektedir. Ancak, değişmeyen, bir insanın uzun dönemde kontrollü bir diyet uygulaması sonucu olumsuz fiziksel ve fizyolojik sonuçların kaçınılmaz olduğudur. Ortorektik bireyler, mükemmelliğe ulaşma çabalarından ötürü diyetlerini giderek kısıtlama eğilimine girdiklerinden, özellikle beslenme yetersizlikleri riski taşıyan gruba girmektedirler (Sinton, 2005).

2.4. Ortoreksiya Nervozası'nın Belirtileri

Ortoreksiya nervozası yeme bozukluğunda klinik gözlemler henüz sayıca fazla olmamakla birlikte, ortorektik bireylerin AN tanılarına ek olarak “vücuda sadece yararlı besinlerin girmesi, gereksiz ve sağlıklı besinlerin vücuda alınmaması” düşüncesi taşıdıkları belirtilmektedir. Ortorektik bireyler; kilo kayıpları, amenore, kısıtlayıcı diyet uygulamaları açısından AN hastalarına benzemekle beraber, yiyecek seçimlerindeki kriteri kalori olarak almamakta, besinlerin “sağlıklı ya da sağlıklı” oluşuna dikkat etmektedirler. Ortorektik hastalar, sağlıklı beslenme gayretinin bir sonucu olarak kilo verdiklerini, aslında kilo ile bir uğraşlarının olmadığını belirtmektedirler (Bosi ve diğerleri, 2006).

Ayrı bir tanı kategorisi olarak resmen kabul edilmemiş olmakla birlikte, ortoreksiya nervozanın ciddi sonuçları olan diğer yeme bozuklukları ile benzerlik ve ayrılıklarının olduğu ileri sürülmektedir. Tıpkı anoreksiya nervoza gibi kötü beslenmeye veya kilo kaybına yol açabileceği, buna karşılık anoreksiya ve bulimiya nervozadan farklı olarak kişilerin tüketilen yiyecek miktarı ve zayıf görünüm yerine sağlıklı ve saf besinler tüketme konusu ile aşırı uğraş içinde oldukları bildirilmektedir. Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalar gibi vakitlerinin çoğunu katı kurallar ile ilgili aşırı uğraşı ile geçirdikleri ve zamanla sosyal işlevlerin bu yüzden zarar görebileceği ifade edilmektedir. Ancak aşırı uğraşı alanının yeme bozukluklarındaki gibi, ayrı bir kategoride tanımlamayı hak edecek kadar belirgin ve sadece tüketilen yiyeceğin niteliği ile ilgili olduğu ileri sürülmektedir.

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

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

2.5. Yeme Bozukluklarının Oluşum Nedenleri

Diğer bozukluklarda olduğu gibi, tek bir faktörün yeme bozukluğuna yol açtığını söylemek imkansız görünmektedir. Çeşitli alanlarda yürütülmekte olan araştırmalar, (kalıtım, beynin rolü, ince olmaya yönelik sosyokültürel baskılar, ailenin rolü ve çeşitli baskıların rolü vb.) yeme bozukluklarının bir kişinin yaşamındaki pek çok etkenin kesişmesi sonucunda ortaya çıktığını göstermektedir (Davison ve Neale, 2004).

2.5.1. Cinsiyet Faktörü

Cinsiyet faktörü açısından ele alındığında yeme bozuklukları kızlarda erkeklere oranla 8-12 kez daha fazla görülmektedir (Göktürk, 2000). Bunun sebebi olarak genç kızların özellikle ergenlik döneminde yaşadıkları bedensel değişim gösterilebilir. Bu dönemde vücuttaki yağ oranı artarak, göğüsler belirginleşir ve kalçalar genişler, bunlara bağlı olarak da birçok kadın bu dönemde kilo almaya başlar. Bu durum kişiyi toplumun belirlediği ideal ölçülerden uzaklaştırır (Jimerson, Pavelski ve Orliss, 2002).

Kadınlar, erkeklere göre, ince beden imgesine sahip olma ve diyet yapmayla belirgin düzeyde daha fazla ilgilidir ve bunların sonucunda da yeme bozukluğu riskine daha yatkındırlar. Yeme bozuklukları riskinin, özellikle belirli bir kiloda kalmaya dikkat etmeleri gereken mankenler, dansçılar ve jimnastikçiler arasında daha fazla olduğu görülmektedir (Davison ve Neale, 2004). Ayrıca beden imgelerine ve sağlıklı beslenmelerine dikkat eden manken, dansçı ve jimnastikçi gibi meslek gruplarının günümüzde özellikle ortoreksiya nervoza yeme bozukluğuna yöneldikleri belirtilmektedir.

2.5.2. Aile Faktörü

Fonseca, Ireland ve Resnick (2002) tarafından toplam 1996 çocuk ve ergen üzerinde yapılan bir araştırmada erkeklerde yeme bozukluklarıyla ilgili en önemli risk faktörü olarak ebeveyn tarafından aşırı derecede kontrol edilme ve geçmişte cinsel istismar bulunurken; kızlardaki en önemli risk faktörünün ise çocukluk dönemindeki cinsel istismar olduğu belirtilmiştir. Aile yapıları itibarıyla hareket özgürlüğünün verilmemesi ve aile işleyişi açısından yeterli doyum sağlanamayan ilişkilerin varlığının, kişiyi bu bozuklukları göstermeye eğilimli hale getirebileceği belirtilmektedir (Strumia, 2002). Yeme bozukluğu olan çocukların, ailelerini daha az sepatik, daha az destekleyici ve daha sorunlu olarak buldukları gözlemlenmiştir. Ayrıca bu ailelerin çocuklarından başarı beklentisinin yeme bozukluğu olmayan çocukların ailelerine göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Yeme bozukluğu olan çocuklar ve ergenlerin ailelerinde aile içi problem ve tartışmalara, depresyon, anksiyete, alkolizm ve diğer psikiyatrik

bozukluklarla şişmanlık veya herhangi bir yeme bozukluğuna daha çok rastlanmaktadır (Siyez, 2006).

2.5.3. Genetik ve Biyolojik Faktörler

Son dönemde, hastalığın kalıtsal yönüne işaret eden çalışmaların sayısı artmaktadır. Yeme bozukluklarının gelişiminde genetik yatkınlığın olabileceği belirtilmekte, ancak özel bir genin etkisinin olup olmadığı bilinmemektedir (Yücel, 2009).

Yapılan genetik çalışmalarda; Theander (1990) 94 tek yumurta ikizi anoreksiya nervoza hastasıyla yaptığı çalışmada, anorektik hastaların kız kardeşlerinde anoreksiya nervoza durumunu %6.6 olarak bildirmiştir. Tek ve farklı yumurta ikizleri üzerinde yapılan çalışmalarda, kardeşlerin herhangi birinde yeme bozukluğunun olmasının, diğer kardeşte yeme bozukluğunun görülme riskini 10-20 kat artırdığı belirtilmektedir. Anoreksiya nervoza hasta anneleriyle yapılan çalışmalarda %27'ye varan oranlarda yeme alışkanlıklarında bozukluklar, adölesanlarda düşük kilo ve anoreksiya nervoza riski bildirilmiştir (Keçeli, 2006). Kasset'in (1989) 40 kişilik bulimiya nervoza çalışmasında, ailelerinde bulimiya nervoza oranının 3 kat fazla (% 9.6), anoreksiya nervoza oranının ise % 2.2 olduğunu bildirmiştir. Yapılan çalışmalar yeme bozukluklarının ortaya çıkışında genetik ve biyolojik faktörlerin büyük bir etkisinin olduğu ifade edilebilir.

2.5.4. Sosyokültürel Faktörler

Sosyokültürel faktörlerin, yeme bozuklukları gelişiminde etkili olduğu bilinmekte, toplumun zayıflığa önem vermesi, aileden, arkadaşlardan ve kitle iletişim araçlarından gelen baskılar yeme bozukluklarının gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır (Satman ve diğerleri, 2002).

Günümüzde özellikle batı kültüründe ince beden imgesine sahip olma (kadının güzel olduğu düşüncesinin yaygın olması) konusunda sosyal baskı ve uygulamalar (aerobik, fitness, jogging) abartılı düzeydedir. Kadın haklarında büyük gelişmelere karşın cinsiyetlerin toplumsal varoluşlarının tanımlanmasında büyük değişiklik

olmadığı, toplumsal varoluşun tanımlanmasında kadın için “güzellik”, erkek için ise “akıl” ve “güç”ün daha önemli olduğu görülmektedir. Modern toplumda kadının değerinin daima genç, ince, çekici kalmasına bağlı olduğu vurgulanmaktadır. Günümüzde toplumsal baskı medya kanalıyla da artmıştır (Erol, Toprak ve Yazıcı, 2002). İsveç’te toplam 915.250 bireyin incelendiği bir çalışmada, anoreksiya nervoza etiyolojisinde sosyokültürel faktörlerin en önemli etken olduğu belirlenmiştir (Lindberg ve Hjern, 2003). Taylor ve diğerleri (1998) öğrenciler üzerinde yaptıkları bir çalışmada, özellikle genç kızların televizyonda veya magazin dergilerinde gördükleri kadınlar gibi olmak istedikleri, arkadaşları tarafından yapılan baskılar nedeni ile de ağırlık endişesi taşıdıkları belirlenmiştir (Strumia, 2002). Cinsel istismar, fiziksel şiddet, aile yaşamındaki bozukluklar, ailesel alkolizm ve madde bağımlılığı hikayeleri yeme bozukluğu gelişiminde etkili olan diğer sosyal faktörler içerisinde almaktadır (Fasting, Brackenringe ve Borgen, 2003). Ayrıca ailelerin beslenme alışkanlıkları ve öğün sayısının da çocuklarda yeme bozukluğunun gelişiminde önemli bir etken olduğu belirlenmiş, öğün sayısı az olan ailelerin çocuklarında, yeme bozukluklarının daha fazla olduğu görülmüştür (Sztainer ve diğerleri, 2004).

2.5.5. Kişilik ve Psikolojik Faktörler

Yeme bozukluklarının gelişiminde kendine güven azlığı, olumsuz duyguları ifade etme ve anlaşmazlıkları çözme güçlüğü, suçluluk, endişe duygusu, mükemmeliyetçilik, yüksek başarı beklentisi ve vücut görünümünden aşırı memnuniyetsizlik gibi bazı kişilik ve psikolojik faktörlerin önemli olabileceği düşünülmektedir. Anoreksiya nervozalı bireyler genellikle sinirli, obsesif depresif olarak tanımlanmakta ve yeme bozukluğu olan hastaların %50’sinden fazlasında depresyon tanısı bulunmaktadır (Hasbay, 2005).

Anoreksiya nervozanın özellikle kendi hayatı üzerinde kontrol sahibi olmayan kişilerde daha sık görüldüğü belirtilmektedir. Kişi kendisine kontrol edebileceği alan olarak kendi bedenini ve kilosunu seçer. Bu durum ilk başlarda kişiyi çok memnun eder. İlk birkaç kilo verildikten sonra tatmin daha da artar, ancak sonrasında kilo vermek başlı başına bir amaç haline gelebilir (Jimerson, Pavelski ve Orliss, 2002).

Araştırmalar anoreksiya ve bulimiya hastalarının benlik değerlerinin diğer kişilere göre daha düşük olduğunu göstermektedir. Bunun nedeni, bireyin benlik değerini dış görünüşüne endekslemiş olması olabilir. Dış görünüşünün toplumsal ideallere uymaması halinde birey kendisini önemsiz hisseder ve önemini artırmak için de ağırlık kaybetme olduğunu ve ağırlık kaybı oldukça benlik değerinin artacağını düşünmektedir (Gual ve diğerleri, 2002).

2.6. Yeme Bozukluklarının Görülme Sıklığı

Yeme bozukluklarının görülme sıklığını saptamaya yönelik birçok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalardaki sonuçlar yaş, cinsiyet, meslek grubu, kullanılan yöntem gibi pek çok etkene bağlı olarak değişmekte ve hastaların yarısından fazlasında da saptanamadığı düşünülmektedir (Smolak ve diğerleri, 2000).

Yeme bozuklukları daha çok genç kız ve kadınları etkileyen ve günümüzde çok yaygın olarak rastlanan psikiyatrik bir hastalık olarak değerlendirilmektedir. Genellikle orta sosyoekonomik düzeyde, beyaz ırkta ve çekiciliğin zayıflıkla bağlantılı olduğu kabul edilen endüstrileşmiş toplumlarda görülmektedir (Houtkooper, 2000). Yeme bozuklukları vakalarının %90'dan fazlasını, 25 yaş altı bireyler oluşturmakta, anoreksiya nervoza genellikle 13-15, bulimiya nervoza ise 17-25 yaşlarında başlamaktadır. Kadınlarda erkeklere göre 5-20 kat görülmekte ve tüm vakaların sadece %5-10'unu erkekler oluşturmaktadır (Deering, 2001). Yeme bozukluğu yaygınlığının incelendiği bir çalışmada 2509 birey üzerinde 13-22 yaş arası genç kız ve kadınların %0.3'ünde anoreksiya nervoza, %0.3'ünde bulimiya nervoza ve %4.2'sinde spesifik olmayan yeme bozuklukları belirlenmiştir (Ramos ve diğerleri, 2005).

724 kız, 557 erkek adolesan üzerinde yapılan diğer bir çalışmada ise, kızlarda %4.7, erkeklerde %0.9 oranında yeme bozuklukları saptanmıştır (Morande, Celada ve Casas, 1999).

Türkiye'de 783 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan çalışmada, kız öğrencilerin % 13.1'inde, erkeklerin ise % 9.2'sinde anormal yeme davranışları olduğu belirlenmiştir (Baş ve diğerleri, 2004).

Trans-kültürel çalışmalar anoreksiyanın gelişmekte olan ve batılı olmayan ülkelerde seyrek olduğunu göstermektedir. Batılı olmayan toplumlar, batılının zayıflık ideallerinin etkisinde kaldığında oran artmaktadır. Örneğin; Almanya'da yaşayan Yunan ve Türk kızlarında yaygınlık, ülkelerinde yaşayanlara göre iki kat fazla bulunmuştur. Amerikan etnik grupları ile beyaz kadınlar karşılaştırıldığında yeme bozukluğu, İspanyollarda eşit, yerli Amerikalılarda daha sık, siyah ve Asyalı kadınlarda daha seyrek bulunmuştur. Azınlık çalışmaları, daha genç, daha eğitilmiş, beyaz ve orta sınıf değerleri ile daha özdeşleşmiş kadınlarda yeme bozukluğu gelişme riskinin daha fazla olduğunu göstermiştir (Maner, 2001).

2.7. Yeme Bozukluklarının Sonuçları

Bulimik olan kişiler normal ağırlığında oldukları sürece yaşamlarını tehdit edici sonuçların ortaya çıkma riski düşüktür. Ancak anoreksiya nervoza ölümle sonuçlanabilen ciddi bir durumdur. Bulimik yeme bozukluğunda dış sağlığında sorunlar, kullanılan ilaçlara bağlı olarak şişkinlik, su tutulması ve vücutta ödemlere sık rastlanır. Aşırı kusmaya bağlı olarak sıvı ve elektrolit kayıpları, halsizlik, mide problemleri, yemek borusunda aşırı kusmaya bağlı olarak fıtıklaşma ve yara, aşırı ishale bağlı rektumda incelme sık görülür. Kalpte ritm düzensizlikleri ve kalp yetmezliği aşırı boyutlara vardığında ölüme neden olabilir. Anorektik hastalarda stres hormonlarındaki artış, östrojen hormonunun azalması ve tiroid hormonu salgısındaki bozukluklar, amenore (adet görememe), infertilite (kısırlık), osteoporoz (kemik kaybı) nedeni olabilir. Anorektik hastalar gebe kaldıklarında da düşük riski, bebeklerinde gelişme geriliği ve anomali riskinde artış ile risk altındadırlar. Anoreksiya nervoza durumu, uzun süre devam ettiğinde beyinde ve sinir sisteminin diğer kısımlarında kalıcı hasarlara neden olabildiği ifade edilmektedir (Dönmez, 2005).

2.8. Yeme Bozukluklarının Tedavisi

Yeme bozuklukları; fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevlerde önemli bozukluklara neden olan ciddi rahatsızlıklardır. Yeme bozukluğu olan birçok hastanın teşhis edilmeyip, tedaviye başvurmamalarına rağmen son on beş yılda tedavi şekilleri önemli ölçüde gelişmiştir (Kocabaşoğlu, 2001).

Yeme bozukluklarının tedavisi genellikle üç ana hedefe yönelik olmakta, öncelikle hipokalemi başta olmak üzere, kardiyak düzensizlikler, hipotansiyon ve dehidrasyon gibi tıbbi sorunların çözümü yer almakta, üçüncü olarak da hasta ve ailesinin psikiyatrik tedavi gereksinimlerinin karşılanması gerekmektedir (Kınık, 1996).

Yeme bozukluklarının tedavisinde amaç; hastalığın tekrarlanmasını önlemek, uzun vadede kişisel, sosyal ve ekonomik zararları azaltmaktır. Tedavi; psikolojik, beslenme ve tıbbi yaklaşımları içermektedir (Kınık,2001). Uygun bir tedavide doktorların (psikiyatrist, pediatrist, gastroenterolog, jinekolog ve endokrinolog), psikologlar ve diyetisyenler ile ortak bir işbirliği gerekmektedir. Hastalık belirtileri ortaya çıkar çıkmaz birey ve ailesinin psikolojik tedaviye başlaması gerekmektedir. Hastalığın ilerlemesi, hastanede psikiyatrik tedaviyi de gerektirebilir (Chial, McAlpine ve Camileri, 2002).

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

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

Yeme bozukluğu olan bir hastayı tedaviye almak çok zordur. Hasta, genellikle bir rahatsızlığı olduğunu inkar eder. Bundan dolayı hastaların çoğunluğu (%90'a kadar varan bir oranı) tedavi görmemektedir (Fairburn ve diğerleri, 1996). Bu yüzden tedavi yaklaşımlarının en iyi şekilde hastaya uygulanması gerekmektedir. Yeme bozukluklarının tedavi yaklaşımlarında temel adımlar şu şekilde özetlenebilir:

- i. Normal, sağlıklı ve kişiye uygun ağırlık kazanımını sağlama ve devam ettirme,
- ii. Yiyecek kısıtlaması veya uygunsuz dengeleyici davranışları durdurma,
- iii. Yeme bozukluklarının temel belirtilerini (aşırı değer verilmiş düşünce, bozuk bilimsel şemalar vb.) değiştirme, yerine sağlıklı olanları koyma,
- iv. Fiziksel komplikasyonları tedavi etme,
- v. Eş- tanı durumlarını tedavi etme,
- vi. Akut düzelme sonrası 5 yılda nüksleri önleme (Yücel, 2009).

APA, anoreksiya nervozalı hastaların tedavisinde en önemli amacı, ağırlık kazanımı veya ağırlık kaybının önlenmesi olarak belirtmektedir. Genel olarak anoreksiya nervozalı bireyler günlük 500-1000 kkal arasında enerji tüketmektedirler. Ağırlık kazanımı için pozitif enerji dengesi gerektiğinden tedavide enerjinin 1200 kkal'nin altında olmamasına çalışılmalı, ayakta tedavide 30-40 kkal/kg (1000-1600 kkal/gün) den başlanarak 70-100 kkal/kg'a (2600-3700 kkal/gün) çıkarılması önerilmektedir. Ağırlık kazanımında, enerji artışı haftada 100 kkal olmak üzere haftada 0.23-0.45 kg alınması gerekmektedir. Yeme bozukluğu olan hastaların ideal ağırlıkları (kadınlar için), 150 cm boy için 45 kg ve her 2.5. cm ilave için 2.3. kg eklenerek hesaplanmaktadır. Bireyin yiyecek alımı yeterli olmadığı zaman, enteral yüksek enerjili takviyelerle oral veya nazogastrik tüple destek yapılması gerekmektedir (Hasbay, 2005).

Hastaların, yeme alışkanlıkları ve duygusal konularda baş edebilecek hale gelmesini sağlamak için, yoğun bir şekilde grup, bireysel veya aile terapisinin yapılması, özellikle genç bireylerde ve sporcularda ailenin tedavide daha fazla yer alması önerilmektedir. Psikoterapi ile birlikte bazı hastalarda antidepresan kullanımının tedaviyi desteklediği ve ilaç tedavisinin anoreksiya nervozalı hastalara göre bulimiya nervozalı hastalarda daha etkin olarak kullanıldığı belirlenmiştir (Hasbay, 2005).

2.9. Ortoreksiya Nervozanın Tedavisi

Ortoreksiyanın arkasında yatan motivasyon çok yönlü olduğundan tedavisi zordur. Miller, ortorektiklerin obsesyonlarıyla ilgili rotayı kesinleştirmeye gereksinimleri olduğunu belirtmektedir. İnsanlar sadece besinler konusunda değil, derinlemesine araştırıldığında derin duygusal konular dahil olmak üzere birçok konuda

saplantıya sahiptirler. Altta yatan konuları araştırmak normal beslenmeye geçişi kolaylaştırabilecektir (Sinton, 2005).

Ortorektikler “Ya Hep Ya Hiç” düşünce biçimi ile mücadele etmek için profesyonel yardıma gereksinim duyabilmekte ve normal beslenmeye geçmeyi taahhüt edebilmektedirler. Miller, Bratman’ın spontan yemek yeme önerisiyle hemfikirdir. “Spontan beslenme”, istenildiği zaman istenildiğini yemektir ve o besini sadece kişiye iyi geleceği için tüketmek anlamına gelmemektedir. Miller, “Eğlenceli beslenme deneyimleri” ne de sahip olunması gerektiğini belirtmektedir. Çocuklar içgüdülerine ve gereksinimlerine göre yemek yedikleri için Miller, “çocuklar gibi beslenmeyi” önermektedir. Onların tipik olarak acıktıklarında yemek yedikleri, tamamiyle canlarının istediği besinleri seçtikleri ve doyduklarında da durmayı bildiklerini belirtmektedir.

Ortorektik yeme davranışı, sezgilere karşıt bir davranış biçimidir. Ortorektikler, besinlerini, tadını beğendikleri besinleri içeren veya içermeyebilen, reçete edilmiş diyet planına göre seçmekte, konuştukları konular ise memnuniyetten yoksun konular olabilmektedir. Onlara göre, yiyecek planlama, hazırlama ve tüketme zor ya da zevksiz bir iş haline gelebilmektedir (Sinton, 2005).

Miller (Sinton, 2005), besinlerle ilgili algılamaları değiştirmek ve besin seçimlerindeki katılığı kaybetmeye yardımcı olmak düşüncesindedir. İrrasyonel düşünceleri yok etmek, hem eğitici açısından hem de ortoreksiyalı açısından çok zor bir eylemdir ve zaman istemekte, öğrenildiği zaman da rahatlatıcı bir özgürlük hissi gelişecektir. Bu nedenle yaşamın temel gereksinimlerinden olan beslenme eğitiminin erken yaşlarda, özellikle okul öncesi dönemde alınması, bireyin yaşam boyu sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Sonraki hedef, “sezgisel beslenme”yi (normal beslenme) geliştirmede önemli olan bilinç-beden arasındaki bağlantı üzerinde çalışmaktır (Aksoy, 2000).

Miller (Sinton, 2005), tedavide, besin kuramlarına dikkat edilmesi gerektiğini, kişilerin öz değerlerinin ve yaşantılarının sadece besinler etrafında dönmediğinin farkına varmaları gerektiğinin önemi üzerinde durmaktadır. Bu tip olgulara, sağlıklı bir diyet ve egzersiz yapmalarını, aile ve arkadaşlarla zaman geçirmeleri ve eğlenmeleri

gerektiğini önemle vurgulamakta, kişilerin kendilerini sevmelerini ve sakin olmaları gerektiğini hatırlatmaktadır (Sinton, 2005).

2.10. Obsesif Kompulsif Bozukluklar ile Yeme Bozukluklarının İlişkisi

Obsesif kompulsif bozukluk, süregelen gidişli ve kişilerin akademik, mesleki, sosyal ve aile işlevlerini olumsuz etkileyerek yeti yitimine yol açan bir bozukluktur. (Akdede ve diğerleri, 2005). Bu bozukluk %1.9-3.3 olduğu tahmin edilen yaşam boyu prevalans oranına sahiptir. Tipik olarak genç ergenlikte ya da erken erişkinlikte başlar ve sıklıklı kronik seyir göstermektedir. Obsesif kompulsif bozukluk; beden görünümüyle, bedensel hastalıkla, beden ağırlığıyla ilgili obsesif düşünce ya da uğraşlar, tik bozukluğu, saç yolma, patolojik kumar oynama gibi stereotipik, törensel ya da impulsif davranışlar ile karakterizedir (Tükel, 1997).

Bilimsel çalışmalar incelendiğinde obsesif kompulsif bozukluklar ile yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok araştırma sonuçları mevcuttur. Obsesif kompulsif bozukluk ve yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi irdeleyen Kaye, bunların ne birbirinin bir formu olduğunu, ne de birbirlerinden tamamen farklı olduklarının söylenebileceğini düşünmektedir. Bununla birlikte araştırmacı, yeme bozukluğu hastalarının yeme düzensizliğiyle ilgili ya da bunun dışında obsesif semptomoloji gösterdiğini vurgulamıştır. Kaye, anorektik belirtilerin obsesyon ve kompulsiyonlara benzediği görüşündedir. Araştırmacı, anoreksiya nervozalı hastaların beden imeleri ve zayıflama arzularına ilişkin tekrarlayıcı, inatçı düşüncelerini obsesyona; aşırı egzersiz yapmalarını ve ritüelleşmiş yeme tutumlarını kompulsiyona benzetmiştir. Bu tip hastalarda görülen egzersiz düşkünlüğünün, yeme tutumu bozukluğunun tekrarlayıcı, amaçlı ve iradi olmasının, obsesyona cevap olarak gerçekleştirilmesinin belirtileri kompulsiyona yaklaştırdığını belirtmiştir. Ayrıca bu hastalardaki obsesif kalori enerji hesaplamasının, gıda ile ilgili sonu gelmeyen ruminasyonların (geviş getirme), bedenle ilgili aşırı düşünsel uğraşların, anoreksiya nervozanın obsesif niteliğini vurguladığını ileri sürmüştür. Kaye, anorektik belirtilerin obsesif kompulsif belirtilere benzerliğinin yanı sıra, kimi anorektik hastalarda anoreksiya nervoza belirtileri ile obsesif belirtilerin de görülebileceğini düşünmektedir. Ayrıca, anoreksiya nervozada görülen mükemmeliyetçilik, denetleme gereksinimi, titizlik, aşırı dürüstlük, katı şekilde obsesif

örgütlenmeye yakın özellikler olarak değerlendirilebileceğini belirtmiştir (Keçeli, 2006).

Yeme bozukluklarından anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozalı olan 13-19 yaşlarındaki 30 kız çocuğu üzerinde yapılan bir çalışmada, bireylerin 1/3'ünün anoreksiya nervozalı ve obsesif kompulsif bozukluk gösterdiği, 1/10'unun da obsesif kompulsif bozukluk ve depresif bozukluklar sergilediği, yeme bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluğun hastalık ilişkisinin giderek kötüleştiği gözlemlenmiştir (Rabe-Jablonska, 1996).

Yapılan başka bir çalışmada (Cooper, 1995), obsesif kompulsif hastalarında yeme tutumu, kilo ve beden biçimine ait karmaşıklıkların yüksek oranlarda olduğu, özellikle kadın obsesif kompulsif bozukluğa sahip hastaların hayatlarının bir dönemde bazı yeme bozukluğu belirtilerini gösterdikleri yada yeme bozukluğu tanısını karşıladıkları, yeme bozukluğu görülme prevalansı %0-12.9 arasında değiştiği bildirilmiştir. Yine kadın obsesif kompulsif bozukluk hastalarının, yeme bozukluğu envanteri parametrelerinin bazılarında yeme bozukluğu hastalarına benzer puanlar aldıkları bildirilmiştir (mükemmeliyetçilik ve beden memnuniyetsizliği gibi).

Milos ve diğerleri (2002) yaptıkları bir çalışmada, obsesif kompulsif bozukluk ve yeme bozukluklarının hastalık ilişkisi gösterdiği sonucuna varmış ve obsesif kompulsif bozukluk hastalık ilişkisiyle yeme bozukluklarının süresi arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Sonuçta tüm örneklem %29.5 oranında obsesif kompulsif bozukluk prevalansı göstermiş, anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza olguları arasında obsesif kompulsif bozukluk prevalansı açısından farklılık görülmemiştir. Bu çalışma sonucu da daha önce yapılan çalışmaların verdiği sonuçlarda olduğu gibi yeme bozukluğu ile obsesif kompulsif arasında yüksek oranda bir ilişki olduğunu göstermiştir.

2.11. Konuyla İlgili Araştırmalar

Donini ve diğerleri (2004), ortoreksiya tanı önerisi geliştirmek ve İtalyan örneklemde ortoreksiya nervoza görülme yaygınlığını incelemek amacıyla 525 birey üzerinde araştırma yapmışlardır. Katılımcılar hem besin seçimleri hem de obsesif kompulsif ve fobik özellikler açısından değerlendirilmiştir. Sağlıklı besin seçimi

değerlendirmesinde, dağılımın uçta yer alan %25`lik kısmına girenler “sağlık fanatikleri olarak tanımlanmıştır. Bu tanıma uyanların örneklemdaki yüzdelерinin % 6.9 olduğunu, erkeklerde ve düşük eğitim düzeyinde yaygınlığın kadınlara ve yüksek eğitim düzeylerine oranla daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

İlhan ve diğerleri (2005) tarafından yapılan çalışmada ise, kız öğrencilerin %11.9`unda, erkek öğrencilerin ise %20.5`inde yeme bozukluğu bulunma olasılığı olduğunu, normal kilolu erkek öğrencilerin YTT skoru ortalamasının normal kilolu kızlardan daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir.

Bosi ve diğerleri (2006), ORTO-15 testini kullanarak 318 birey ile tanımlayıcı tipte araştırma yapmış ve bireylerin %45.5`inin yeme alışkanlıkları konusunda aşırı duyarlı tutum sergilediklerini bildirmişlerdir.

Arusoğlu (2006), ortoreksiya nervoza belirtilerini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada, eğitim düzeyi azaldıkça ortorektik belirtilerin artış gösterdiğini, yaş ortalaması ve toplam eğitim süresi düşükçe ortorektik eğilimlerin artış gösterdiğini, evli çiftlerin bekarlara göre daha yüksek oranda ortorektik risk taşıdıklarını ve çocuk sahibi olmanın ortorektik eğilimleri artırdığını ve çocuk sayısındaki artışın ortorektik belirtilerdeki artışla paralellik gösterdiğini tespit etmiştir. Ayrıca yapılan çalışmada bireylerin beslenme konusunda bilgilenmenin davranış değişikliğine etkisi araştırılmış ve bireylerde davranış değişikliği arttıkça ortorektik belirtilere de eğilimin arttığı bulunmuştur. Bireylerin diyet uygulama durumları açısından incelendiğinde ise diyet uygulayan bireylerin uygulamayanlara göre daha düşük ortorektik eğilim içerisinde bulundukları tespit edilmiştir.

Bosi ve diğerleri (2007) stajyer doktorlar arasında ortoreksiya nervozanın yaygınlığını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, ortoreksiya nervozanın erkeklerde kadınlara göre daha yüksek yaygınlık gösterdiğini, stajyer doktorlar arasında genel olarak yaygınlık oranının yüksek olduğunu, bunun nedeninin araştırma grubunun sağlıklı ve düzgün beslenmeye yönelik fazla duyarlı davranışları olan tıp doktorlarından oluşmasından kaynaklandığını belirtmişlerdir. ORTO-15 testi uygulanan stajyer doktorlardan ortorektik eğilimi olanların kendi alışverişlerini daima kendilerinin yapmak istediklerini, sürekli kilo kontrolü yaptıklarını, dışarıdan yemenin sağlıksız

olduğunu, satın alınan ürünlerin içeriğinin okunmasının ve ürünün kalitesinin önemli olduğunu belirtmişlerdir. Bunun yanında bireylerin BKİ değerlerinin arttıkça ORTO-15 puanlarının arttığı ve ortoreksiya nervoza risk durumlarının azaldığı tespit edilmiştir. Bu sonuç, BKİ değerleri yüksek olan bireylerin, BKİ değerleri düşük olan bireylere göre yiyecek seçimi yapma, satın aldıkları ürünlerin içeriğine önem verme gibi konularda daha serbest ve özgür olduklarını ortaya koymaktadır.

Erikson ve diğerlerinin (2007) vücut geliştiren bireylerin ortorektik olma durumları üzerine yaptıkları çalışmada, ortoreksiya nervoza gibi yeme bozukluklarının belirli bir kilo ve vücut şekli gerektiren sporlara katılan bireyler arasında daha yaygın görüldüğü bulunmuştur. Özellikle vücut geliştiren erkeklerin zayıf ve kaslı bir vücut geliştirmek için kendilerini baskı altında hissettiklerini belirtmişlerdir.

Arusoglu ve diğerleri (2008), ortoreksiya nervoza ve ORTO-11'in Türkçe'ye uyarlama çalışmalarında, üniversite üstü eğitim alanların diğer eğitim seviyelerindekilere göre daha düşük ortorektik eğilimler gösterdiğini, erkeklerin ortorektik eğilimlerinin kadınlara oranla daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir. Araştırma bulgularına göre, yeme tutumu bozuk ve obsesif kompulsif belirtileri fazla olan bireylerde BKİ yükseldikçe ortorektik eğilimlerin arttığı saptanmıştır.

Kummer ve diğerleri (2008), yaptıkları çalışmada ortorektik fenomenin görülebildiği sürekli durumları, kilo verme amacı olmayan normal beslenenler, semptomatik beslenenler ve ortorektik özelliklere sahip anoreksiya hastaları olarak sınıflandırmışlardır.

Ünalan ve diğerlerinin (2009) sağlık yüksekokulunda öğrenim gören 272 öğrencinin yeme tutumlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada kız öğrencilerin olası yeme bozukluğu oranları, erkek öğrencilere göre anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur.

Fidan ve diğerleri (2010), Türkiye'deki tıp öğrencileri arasında ortoreksiya nervozanın yaygınlığını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, tıp öğrencileri arasında ortoreksiya nervozanın yaygınlığının yüksek olduğu (%43.6), yaygınlığın erkek öğrencilerde kız öğrencilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. 818 tıp

fakóltesi öğrencisi üzerinde yapılan çalışmaya göre öğrencilerin %1.9'u ORTO-11 testinden düşük puan almışlardır. Bu sonuca göre ORTO-11 testinden düşük puan alan öğrencilerin, daha yüksek ortorektik eğilimler gösterebilecekleri ifade edilebilir. Yapılan çalışmada, ORTO-11 testinden yüksek puan alan öğrencilerin yarıdan biraz fazlası erkek olduğu, büyük çoğunluğunun normal BKİ değerlerinde bulunduğu ve sigara kullanmadığı bulunmuştur.

BÖLÜM III

3. YÖNTEM

Bu bölümde, araştırma modeli, araştırmanın evren ve örnekleme, veri toplama aracı ve geliştirilmesi, verilerin toplanması, verilerin çözümlenmesi ve yorumlanması konularına yer verilmiştir.

3.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma, betimsel bir çalışma olup araştırmanın yürütülmesinde tarama modeli kullanılmıştır. Araştırmada, özel üniversitede öğrenim gören öğrencilerin ortoreksiya nervoza durumlarını belirlenmeye çalışılmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın çalışma evrenini, Ankara ili (Türkiye) merkez sınırları içerisinde yer alan Bilkent, Başkent ve TOBB Ekonomi ve Teknoloji üniversitelerinde eğitim gören üniversite öğrencileri oluşturmaktadır. Araştırma, genişgüzel örneklem seçilerek yürütülmüştür. Araştırmanın örnekleme ise, Ankara ili merkezinde bulunan yüksek sosyo-ekonomik düzeyi tanımlayıcı; Bilkent, Başkent ve Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği Ekonomi ve Teknoloji (TOBB ETÜ) Üniversitesi olmak üzere toplam üç üniversitede eğitim gören toplam 338 üniversite öğrencisinden oluşmuştur.

3.3. Veri Toplama Tekniği

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

Veri toplama aracı, Bilkent, Başkent ve Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği Ekonomi ve Teknoloji (TOBB ETÜ) üniversitesi olmak üzere toplam 338 üniversite öğrencisine araştırmacı tarafından yüz yüze görüşmeler yoluyla 13.04.2009- 03.07.2009 tarihlerinde uygulanmıştır. Veri toplama aracının uygulanmasında, eğitim gören ve araştırmaya katılmaya istekli üniversite öğrencileri katılmıştır. Verilerin, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmış olması sebebiyle anketlerin geri dönüşüm oranları %100'dür.

Araştırmaya katılan öğrencilere yönelik görüşme formu dört bölümden oluşarak, gruplar halinde uygulanmıştır. Bunlar; öğrencilerin demografik bilgileri “kişisel bilgi formu” ile, ortoreksiya nervoza olup olmadıklarının bilgileri “ORTO-15 testi ve Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri “ ile, anoreksiya ve bulimiya nervoza teşhisi bilgileri ise “Yeme Tutumu Testi (EAT-40)” kullanılarak veriler toplanmıştır. Bireylere anketin nasıl doldurulacağı hakkında öncelikle bilgi verilmiştir.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin kişisel bilgi formunda genel bilgiler (cinsiyet, yaş, boy, ağırlık ve kaldığı yer) yer almaktadır.

3.3.2. Yeme Tutumu Testi (The Eating Attitude Test-40/ EAT-40)

Yeme Tutum Testi (EAT-40), anoreksiya belirtilerinin objektif olarak değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş, 40 maddeden oluşan bir kendi kendine bildirim ölçeğidir. Maddeler 6'lı likert tipi bir ölçek üzerinde işaretlenmektedir. Maddeler; “her zaman”, “sık sık”, “genellikle”, “bazen”, “nadiren” ve “hiçbir zaman” seçeneklerinden oluşan 6 noktalı çoktan seçmeli dereceli bir ölçek şeklini ikinci düzenlemesinde almıştır. Patoloji açısından her bir uç yanıt için 3, diğer seçenekler için 2 ve 1 puan verilerek değerlendirilmektedir. Derecelendirmenin puanlanmasıyla toplam puan elde edilmektedir. Otuz puan ve üzeri anlamlı olup toplam puan düzeyi psikopatoloji düzeyiyle doğrudan ilişkilidir. Anoreksiya için ayırım puanı 30 olarak belirlenmiştir, testten en fazla 120 puan alınabilmektedir. EAT-40 risk profillerinde; EAT-40 toplam puanı 21'den düşük ise düşük risk, 21-30 arasında ise orta risk, 30'dan yüksek ise yüksek risk olarak belirlenmiştir (Garner ve Garfinkel, 1979).

EAT-40, pek çok çalışmada yeme bozuklukları olan hastaların, yemek yemekle ilgili davranış ve tutumları ile normal bireylerdeki yeme davranışında olası bozuklukların belirtilerini ölçmek üzere yapılandırılmıştır.

Ölçek, ülkemizde ilk defa Doğan (1985) tarafından 11 anorektik ve 11 normal denekte denenmiş, ancak psikometrik özellikleri araştırılmamıştır. Ölçeğin faktör yapısı ve güvenirlik çalışması daha sonra Savaşır ve Erol (1989) tarafından incelenmiş ve yapılan faktör analizi sonucunda 4 faktör bulunmuştur. Bunlar; “şişmanlık kaygısı-şişmanlıkla uğraş”, “diyet- rejim”, “sosyal baskı ve zayıflıkla aşırı uğraş” faktörleridir. Elal ve diğerlerinin (2000) üniversite öğrencileriyle yaptıkları çalışmada ise ölçeğin faktör yapısı yeniden incelenmiştir. Bu çalışmada, “diyet”, “bulimiya ve yiyeceklerle uğraşma”, “oral kontrol”, “yiyeceklerle ilgili ambivalans” olmak üzere 4 faktör bulunmuştur.

Batur (2004) tarafından yapılan çalışmada ise ölçeğin psikometrik özellikleri incelenmiştir. EAT-40 için kızlarda yapılan faktör analizinde maddeler 4 faktöre yüklenmiştir. Bunlar; “diyet”, “kontrol ve sosyal baskı”, “ince olma” ve “yeme ile ilgili çelişkiler” faktörleridir. EAT-40'nin erkek lise ve üniversite öğrencileri üzerinde yapılan faktör analizinde de 4 faktöre yüklendiği görülmüştür. Bunlar, kızlarda yapılan faktör analizine benzer olarak “diyet” ve “kontrol ve baskı”, farklı olarak da “yeme ile ilgili sıkıntı” ve “yemeden hoşlanma” faktörleridir. EAT-40, yeme bozukluklarını tarama amacıyla yaygın olarak kullanılan, Türkçe'ye çevrilmiş ve psikometrik incelemeleri yapılmış geçerli ve güvenilir bir ölçektir.

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

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

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

Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri'nin Türk toplumu için adaptasyon ve standardizasyon, iç tutarlılık, test tekrar test, güvenirlik ve geçerlilik çalışması Erol ve Savaşır (1988) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin kontrol etme, temizlik, yavaşlık ve kararsızlık olmak üzere 4 skaladan oluştuğu, ayrıca ruminasyon olarak isimlendirilen beşinci bir bileşen daha olduğu, analizler sonunda 5 alt ölçek ve 5 puan elde edildiği bildirilmiştir. Türk toplumu için yapılan uyarlama çalışmasında da, eksikliği belirtilen obsesif düşünce boyutuna MMPI testinden 7 madde eklenerek soru listesi 37 maddeye çıkarılmıştır. Sonuçlar, ölçeğin ülkemizde güvenilir biçimde kullanılabileceğini göstermiştir. Ancak, Türk örnekleminde erkek, kadın ve genel gruptan 3 faktör elde edilmiş, Türk skalasının 4 yerine 3 alt ölçekten oluşmasının daha uygun olacağı belirlenmiştir. Bunlar “temizlik-titizlik”, “obsesif düşünce”, “kontrol etme” ve “yavaşlık” faktörleridir. Bu faktörler için alfa katsayıları sırasıyla 0.61, 0.66 ve 0.65'tir.

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

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

3.3.4. ORTO-15 Ölçeği

ORTO-15 ölçeği, Steven Bratman tarafından bireylerde ortoreksiya nervoza belirtilerini saptamak amacıyla geliştirilmiş 10 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeği olarak hazırlanmıştır. Donini'nin ORTO-15 ölçeği, Bratman'ın 10 soruluk ortoreksiya kısa soru kağıdı baz alınarak geliştirilmiştir. Bratman'ın bazı soruları çıkarılıp yerlerine farklı sorular eklenmiştir. Son haliyle ORTO-15 ölçeği, Donini tarafından Bratman'ın kısa soru kağıdı uyarlanarak ilk olarak İtalya'da Latinler için geliştirilmiş ve ortoreksiya nervoza eğilimini değerlendirmek için içn düzenlenmiş 15 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir.

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

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

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

Donini'ye göre, bu tarzdaki değişimler verilen yanıtları daha doğru kılmaktadır. Anglo-saksonlarda uygulanan evet/hayır cevaplarındaki katılık, Latin örneğine göre Amerikan örneğinde olduğu gibi kullanışlı varsayılmamaktadır. Bu nedenle derecelendirme, sosyal olarak daha diyalektik ve bu nedenle davranışları “her zaman”dan “hiçbir zaman”a kadar değerlendirmek için daha geçerli varsayılmaktadır.

Türkiye'de Arusoğlu ve diğerleri (2008) tarafından ORTO-15 testinin faktör ve iç tutarlılık analizi yapılmış olup yapılan faktör analizi sonucunda testin özdeğeri 1.0

üstünde 3 faktör olarak belirlenmiştir. Maddelerin faktör yüklerinin -0.44 ile 0.69 arasında değiştiği belirlenmiştir. Birinci faktöre yüklenen maddelerin genellikle sağlıklı beslenme ile ilgili endişeleri ve duyguları içerdiği, ikinci faktöre besin seçimi ile ilgili davranışları içeren maddelerin yüklendiği, üçüncü faktörü ise beslenme ile ilgili bilişleri içeren maddelerin oluşturduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle faktörlere sırasıyla duygu, davranış ve biliş adları verilmiştir. Faktörlerin iç tutarlılık katsayıları da sırasıyla 0.14, 0.44 ve 0.18 olarak bulunmuştur.

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

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.

3.3.5. Beden Kitle İndeksi (BKİ)

Beden Kitle İndeksi (BKİ), vücut ağırlığının, boyun karesine oranı olup en pratik vücut ağırlığını değerlendirme yöntemidir.

$$BKİ (kg/m^2) = VA (kg) / Boy^2 (m)$$

BKİ ölçülürken vücut ağırlığı birimi kg, boy ise metre olarak alınır. Beden kitle indeksi hesaplanarak ortaya çıkan değer, aşağıda yer alan sınıflandırmaya göre gruplandırılarak vücut ağırlığı değerlendirmesi yapılır.

BKİ Değeri	Sınıflandırma
18.5 altı	Zayıf
18.5-24.9	Normal
25.0-29.9	Hafif Şişman
30.0 ve üstü	Şişman

Beden Kitle İndeksi 18.5 altında olan bireyler, zayıflamalarına neden olan herhangi bir sağlık problemleri yoksa besin tüketimlerini artırarak uygun sağlığa ulaşılmalıdır. Beden Kitle İndeksi 25.0 ve üzerinde olanlar ise normal değerlere diyet ve egzersiz yardımı ile inebilirler (Aksoydan, 2008).

3.4. Verilerin Değerlendirilmesi

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

İkiden fazla veya daha çok grup ortalamaları arasında farklılık olup olmadığını test etmek için ANOVA (tek-yönlü varyans analizi) kullanılmıştır. Grup ortalamaları arasında frekans farklılıkları olduğunda, farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu saptamak amacıyla PostHoc analiz yöntemi olarak Tukey HSD testi kullanılmıştır. İki grup ortalamaları arasındaki farklılığın saptanmasında t-testi kullanılmıştır. Obsesif-kompulsif bozukluk, yeme tutumu ve ortoreksiya nervoza değişkenleri arasındaki ilişki Pearson korelasyonu katsayısı ile incelenmiştir.

BÖLÜM IV

4. BULGULAR VE YORUM

Bu bölümde, araştırma bulguları ve bulgulara dayalı olarak yapılan yorumlar yer almaktadır. Araştırmadan elde edilen bulgular ve tartışma, araştırmanın alt problemleri doğrultusunda aşağıda verilmiştir. Okuyucuya kolaylık sağlaması ve bütünlük oluşturmaya amacıyla araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin demografik özellikleri; yeme tutumları, obsesif- kompulsif bozukluk ve ortoreksiya nervoza durumları ile ilişkili değişkenler açısından ayrı gruplanmış ve yorumlanmıştır.

4.1. Araştırmaya Katılan Üniversite Öğrencilerinin Demografik Özellikleri

Bu bölümde, araştırma kapsamındaki üniversite öğrencilerini tanıttıcı bilgiler yer almaktadır. Katılımcıların cinsiyetleri, yaşları, Beden Kitle İndeksi (BKİ) gruplamaları ve yaşadıkları yerler Tablo 4.1’de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Araştırmaya Katılan Üniversite Öğrencilerinin Demografik Bilgilerinin Dağılımı (n:338)

Demografik Bilgiler		
Cinsiyet	S	%
Kız	179	53.0
Erkek	159	47.0
Yaş (Yıl)		
17-23	268	79.3
24-29	62	18.3
30-42	8	2.4
Beden Kitle İndeksi (BKİ)		
Zayıf (<18.5)	24	7.1
Normal (18.5-24.9)	235	69.5
Hafif Şişman (25.0-29.9)	71	21.0
Şişman (30>)	8	2.4
Yaşadığı Yer		
Ev	281	83.1
Yurt	57	16.9
Genel Toplam	338	100.0

Tablo 4.1'de görüldüğü gibi araştırmaya alınan öğrencilerin %53.0'ü kız, %47.0'si ise erkektir. Buna göre araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin cinsiyet dağılımları yaklaşık olarak eşit durumdadır. Üniversite öğrencileri, seçilirken cinsiyet değişkeni açısından özel bir seçime tabi tutulmamıştır. Bu nedenle, üniversite öğrencilerinin cinsiyet dağılımı, tesadüfi bir dağılımı yansıtmaktadır. Araştırmaya katılan öğrencilerin %79.3'ü 17-23, %18.3'ü 24-29 yaş ve %2.4'ü 30-42 yaş aralığında yer almaktadır. Üniversiteye gitme yaşının genç yetişkinlik döneminde yoğun olmasından dolayı araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin büyük çoğunluğu (%73.9) 17-23 yaş aralığında bulunmaktadır. Beden Kitle İndeksi (BKİ) dağılımlarına göre ise öğrencilerin %7.1'i zayıf, %69.5'i normal ağırlıkta, %21.0'i hafif şişman ve %2.4'ü şişman grupta yer almaktadır. Araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin yaklaşık olarak 2/3'ü (%69.5) normal ağırlıkta bulunmaktadır. Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu (%83.1) evde ikamet etmekte iken %16.9'u ise yurttadır.

4.2. Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumu Testine İlişkin Bulguları

Bu bölümde üniversite öğrencilerinin yeme tutumları, 4 değişken açısından incelenerek, farklılık olup olmadığı ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Üniversite öğrencilerinin yeme tutumu testi (EAT-40) puan durumları cinsiyet değişkeni açısından incelenmiş, kız ve erkeklerin yeme bozukluğu riski taşıyıp taşıyamama durumları karşılaştırılmıştır. Tablo 4.2'de üniversite öğrencilerinin cinsiyete göre yeme tutumu durumlarının karşılaştırılmasına yönelik t-testi sonuçları verilmektedir.

Tablo 4.2. Üniversite Öğrencilerinin Cinsiyete Göre Yeme Tutumu Durumlarının Karşılaştırılmasına Yönelik t-Testi Değerleri

	Cinsiyet	n	$\bar{X}$	SS	t	p
Yeme Tutumu	Erkek	158	13.55	8.74	2.876	.004*
	Kız	179	16.42	9.51		

*p<0.01

Tablo 4.2'nin incelenmesinden anlaşılabileceği kız ve erkek üniversite öğrencilerinin yeme tutumu testine ilişkin görüşlerinde farklılıklar bulunmaktadır. Kız öğrencilerin ($\bar{X}=16.42\pm9.51$) erkek öğrencilere göre ($\bar{X}=13.55\pm8.74$) daha bozuk yeme tutumu sergiledikleri gözlenmiştir. Diğer taraftan kız ve erkek üniversite öğrenciler arasındaki bu farklılıkların anlamlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucuna göre, kız ve erkeklerin yeme tutumları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=2.876$, $p<0.01$). Bu sonuç, kızların ince beden imgesine sahip olma isteği nedeniyle erkeklere göre daha yüksek düzeyde yeme bozukluğu davranışları gösterdiklerini ifade etmektedir.

Ünalın ve diğerlerinin (2009) sağlık yüksekokulunda öğrenim gören 272 öğrencinin yeme tutumlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada kız öğrencilerin olası yeme bozukluğu oranlarının, erkek öğrencilere daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur.

İlhan ve diğerleri (2005) tarafından yapılan çalışmada ise, kız öğrencilerin %11.9'unda, erkek öğrencilerin ise %20.5'inde yeme bozukluğu bulunma olasılığı olduğu belirtilmiştir. Baş ve diğerleri (2004) 783 üniversite öğrencisi üzerinde yaptıkları çalışmada, kız öğrencilerin %13.1'inde, erkek öğrencilerin ise %9.2'sinde anormal beslenme davranışları belirlemişlerdir. Başka bir çalışmada, yeme bozukluklarının kızlarda erkeklere göre 8-12 kez daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (Göktürk, 2000). Tahiroğlu ve diğerlerinin (2005) yaptıkları çalışmada, kızlarda kilo verme amacıyla aşırı egzersiz daha fazla iken, erkeklerde kişilerarası ilişkilerin daha fazla bozulduğu ve kendine zarar verme davranışlarının daha sık olduğu saptanmıştır. Yeme bozukluğunun özellikle genç kızlar ve ergenlerde daha sık görüldüğü bilinmekte ve bu sıklığın da giderek arttığı bildirilmektedir. Taylor ve diğerleri (1998) öğrenciler üzerinde yaptıkları bir çalışmada, özellikle genç kızların televizyonda veya magazin dergilerinde gördükleri kadınlar gibi olmak istedikleri, arkadaşları tarafından baskılar nedeni ile de ağırlık endişesi taşıdıkları belirlenmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgular, benzer çalışma bulguları ile örtüşmektedir.

Üniversite öğrencilerinin yeme tutumu durumları, BKİ gruplarına göre incelenmiş, farklı BKİ'ne sahip üniversite öğrencilerinin yeme tutumu durumları karşılaştırılmıştır. Tablo 4.3'te üniversite öğrencilerinin BKİ gruplarına göre yeme

tutumlarının karşılaştırılmasına yönelik tek-yönlü varyans analizi sonuçları verilmektedir.

Tablo 4.3. Üniversite Öğrencilerinin BKİ Gruplarına Göre Yeme Tutumu Durumlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

	BKİ Grupları	n	$\bar{X}$	SS	F	p
Yeme Tutumu	Zayıf	24	15.70	8.91	.053	.984
	Normal	234	15.08	9.60		
	Hafif Şişman	71	14.84	8.30		
	Şişman	8	14.87	9.68		

Tablo 4.3`de de görüldüğü gibi farklı BKİ`ne sahip üniversite öğrencilerinin yeme tutumları puanları arasında farklılıklar bulunmaktadır. BKİ`ne göre zayıf grupta yer alan üniversite öğrencilerinin diğer BKİ gruplarında yer alan öğrencilere göre daha yüksek yeme bozukluğu riski taşıdıkları bulunmuştur. En düşük yeme bozukluğu riski bulunan grup, hafif şişman grupta bulunan öğrencilerdir ($\bar{X}=14.84\pm 8.30$). Ortalamalar arasındaki bu farklılıkların anlamlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan tek-yönlü varyans analizi sonucuna göre, farklı BKİ`ne sahip üniversite öğrencilerinin yeme tutumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($F=.053$ $p>0.05$). BKİ değerleri düşük olan üniversite öğrencilerinin, olumsuz yeme davranışları içerisinde bulundukları ortaya çıkmaktadır. Gerçekte BKİ değerleri yüksek olan üniversite öğrencilerinin de BKİ düşük öğrenciler gibi yüksek yeme bozukluğu riski taşınması beklenmektedir. Bunun nedeni olarak, BKİ yüksek öğrencilerin, değerleri düşük olan üniversite öğrencileri kadar şişmanlık kaygısı taşımadıkları, diyet yapma eğilimde olmadıkları, daha ince olma isteği içerisinde bulunmadıkları ve bu yüzden anoreksiya nervoza olma riskini diğerleri kadar dikkate almadıkları düşünülmektedir.

İlhan ve diğerleri (2005) tarafından yapılan çalışmada, normal kiloda olan öğrencilerin %14.0`ünde fazla kilolu olanların %3.8`inde yeme bozukluğu olabileceği belirtilmiştir.

Kız ve erkek üniversite öğrencilerinin BKİ gruplarına göre yeme tutumu durumlarının ortalamaları, standart sapmaları ve f değerleri Tablo 4.4 `te gösterilmiştir.

Tablo 4.4. Cinsiyete Göre Öğrencilerin BKİ Gruplarına Göre Yeme Tutumu Durumlarının Ortalamaları, Standart Sapmaları ve F Değerleri

Ölçek Alt Testleri	BKİ Grupları	n	$\bar{X}$	SS	F	p
Erkek	Zayıf	4	21.00	8.75	1.257	.291
	Normal	96	13.01	9.17		
	Hafif Şişman	55	14.10	7.91		
	Şişman	3	11.00	7.21		
Kız	Zayıf	20	14.65	8.77	.300	.826
	Normal	138	16.54	9.65		
	Hafif Şişman	16	17.37	9.35		
	Şişman	5	17.20	10.96		

Tablo 4.4'deki kız ve erkek üniversite öğrencilerinin BKİ gruplarına göre yeme tutumu durumları karşılaştırıldığında, aritmetik ortalamalar arasında farklılıklar bulunmaktadır. Erkek öğrencilerin BKİ'i zayıf grubunda yer alanların aritmetik ortalaması $\bar{X} = 21.00$ iken, farklı BKİ'i gruplarındaki öğrencilere göre aritmetik ortalamalar arasında daha yüksek yeme bozukluğu risk grubunda olduğu saptanmıştır. Kız öğrencilerde ise en yüksek yeme bozukluğu, BKİ'i hafif şişman grubunun aritmetik ortalaması $\bar{X} = 17.37$ iken, en düşük zayıf gruptakilerin aritmetik ortalaması $\bar{X} = 14.65$ olarak bulunmuştur. Kızların erkek öğrencilere göre daha yüksek yeme bozukluğu riski içinde olduğu görülmektedir. Cinsiyete göre BKİ gruplamaları ile yeme tutum durumları arasında anlamlı fark olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan Varyans analizi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p > 0.05$). Bu sonuç, BKİ değerlerine göre cinsiyetler açısından ters orantılı bir ilişkinin olduğunu ifade etmektedir. Bu sonuç, erkeklerde BKİ değerleri yükseldikçe, kızlarda ise BKİ değerleri düştükçe yeme bozukluğu riskinin azalmakta olduğunu ifade etmektedir.

İlhan ve diğerleri (2005) tarafından yapılan çalışmada, normal kilolu erkek öğrencilerin YTT skoru ortalamasının normal kilolu kızlarınkinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Üniversite öğrencilerinin yeme tutumu durumları, yaş gruplarına göre incelenmiş, farklı yaş gruplarındaki öğrencilerin yeme tutumu durumları karşılaştırılmıştır. Üniversite öğrencilerinin farklı yaş gruplarına göre yeme tutumu durumlarının karşılaştırılmasına yönelik tek-yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 4.5'te verilmektedir.

Tablo 4.6'nın incelendiğinde, öğrencilerin yaşadığı yer ile yeme tutum durumları karşılaştırıldığında aritmetik ortalamalar arasında farklılıklar bulunmuştur. Yurtta kalan üniversite öğrencileri evde kalanlara göre daha yüksek yeme bozukluğu riskine sahip olduğu tespit edilmiştir ($\bar{x}=16.89\pm10.28$, $\bar{x}=14.70\pm9.01$). Öğrencilerin yaşadığı yer ile yeme tutum durumlarının aritmetik ortalamaları arasındaki bu farklılıkların anlamlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($t=1.632$, $p>0.05$).

Ünalan ve diğerleri (2009) tarafından yapılan çalışmada da, yurtta kalan öğrencilerin YTT puan ortalamaları, evde kalanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Yurtta kalan üniversite öğrencilerinin düzenli beslenebilme olasılığı evde kalanlara göre daha düşüktür. Yurtta kalan üniversite öğrencileri ya kısıtlı imkanlar çerçevesinde yurt içerisinde kendi çabaları ile beslenmeye çalışmakta ya da yeme ihtiyaçlarını yemek kuruluşlarından sağlamaya çalışmaktadırlar. Yurtta kalanlara göre evde yaşayan öğrencilerde gerek düzenli beslenme imkânının daha fazla olması, gerekse maddi sorunların daha az olması gibi nedenlerle yeme bozukluğunun daha az görülmesi beklenebilecek bir durumdur.

4.3. Üniversite Öğrencilerinin Obsesif-Kompulsif Bozukluk Durumları İle İlgili Bulgular

Bu bölümde üniversite öğrencilerinin obsesif kompulsif bozukluk durumları, 5 değişken açısından incelenerek, değişkenlere göre obsesif kompulsif bozukluk durumları arasında farklılık olup olmadığı ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Üniversite öğrencilerinin obsesif kompulsif bozukluk durumları cinsiyet değişkeni açısından incelenmiş, kız ve erkeklerin obsesif kompulsif bozukluk riski taşıyıp taşımadıkları durumları karşılaştırılmıştır. Tablo 4.7'de üniversite öğrencilerinin cinsiyete göre obsesif kompulsif bozukluk durumlarının karşılaştırılmasına yönelik t-testi sonuçları verilmektedir.

Tablo 4.7. Üniversite Öğrencilerinin Cinsiyete Göre Obsesif- Kompulsif Bozukluk Durumlarının Karşılaştırılmasının t-Testi Değerleri

	Cinsiyet	n	$\bar{X}$	SS	t	p
Toplam	Erkek	158	14.96	6.75	3.442	.001***
Obsesyon	Kız	179	17.31	5.77		
*p<0.05	** p<0.01	*** p<0.001				

Tablo 4.7’de erkek ve kız üniversite öğrencilerinde obsesif kompulsif bozukluk durumunun karşılaştırılması sonucu aritmetik ortalamalar arasında farklılıklar bulunmuştur. Toplam obsesyon puanı ortalamasının kız ($\bar{X}=17.31\pm5.77$) üniversite öğrencilerinde erkeklere ($\bar{X}=14.96\pm6.75$) göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Cinsiyet ile toplam obsesyon puan ortalamaları arasındaki bu farklılıkların anlamlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucuna göre erkek ve kız öğrenciler arasındaki toplam obsesyon puanının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($t=3.442$, $p<0.001$). Buna göre kız öğrencilerin obsesif davranışlar gösterme durumunun erkek öğrencilere göre daha fazla olduğu söylenebilir. Kız öğrenciler, erkek öğrencilere göre daha fazla bedensel görünüşleri ve beden ağırlıkları ile ilgili obsesif düşünce ve uğraşı içerisinde bulunmaktadırlar. Tablo 4.1.’de de üniversite öğrencilerinin cinsiyete göre yeme tutumu durumları karşılaştırılmış ve kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre daha yüksek yeme bozukluğu riski içerisinde bulundukları saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada (Cooper, 1995), obsesif kompulsif hastalarında yeme tutumu, kilo ve beden biçimine ait karmaşıklıkların yüksek oranlarda olduğu, özellikle obsesif kompulsif bozukluğa sahip kadın hastaların hayatlarının bir döneminde bazı yeme bozukluğu belirtilerini gösterdikleri ya da yeme bozukluğu tanısını karşıladıkları bildirilmiştir.

Üniversite öğrencilerinin obsesif-kompulsif bozukluk durumları, üniversite öğrencilerinin BKİ grupları açısından incelenmiş ve BKİ’ne göre obsesif kompulsif bozukluk riski taşıyıp taşımadıkları karşılaştırılmıştır. Tablo 4.8’de karşılaştırmalara yönelik tek-yönlü varyans analiz sonuçları verilmektedir.

Tablo 4.8. Üniversite Öğrencilerinin BKİ Gruplarına Göre Obsesif- Kompulsif Bozukluk Durumlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Varyans Analizi Sonuçları

	BKİ Grupları	n	$\bar{X}$	SS	F	p
Toplam Obsesyon	Zayıf	24	17.25	5.56	.967	.409
	Normal	234	16.29	6.46		
	Hafif Şişman	71	15.35	6.20		
	Şişman	8	18.37	6.61		

Tablo 4.8`de BKİ`i gruplamalarına göre üniversite öğrencilerinin obsesif kompulsif bozukluk durumlarına ilişkin aritmetik ortalamalar arasında farklılıklar bulunmaktadır. BKİ`i ne göre toplam obsesyon puanları incelendiğinde en yüksek obsesif kompulsif bozukluk riskini taşıyan şişman gruptakilerin aritmetik ortalaması ($\bar{X}$ =18.37±6.61) iken, en düşük obsesif kompulsif bozukluk riskini taşıyan hafif şişman gruptaki öğrencilerin aritmetik ortalamasının ($\bar{X}$ =15.35±6.20) olduğu tespit edilmiştir. BKİ gruplarına göre obsesif kompulsif bozukluk durumlarının karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (f=.967, p>0.05). Bu sonuç BKİ`ne göre şişman grupta yer alan üniversite öğrencilerinin daha fazla obsesif kompulsif bozukluk belirtileri gösterdiğini ifade etmektedir.

Üniversite öğrencilerinin obsesif kompulsif bozukluk durumları yaş grupları değişkenine göre incelenmiş, farklı yaş gruplarındaki öğrencilerin obsesif kompulsif bozukluk risk durumları karşılaştırılmıştır. Tablo 4.9`da üniversite öğrencilerinin yaş gruplarına göre obsesif- kompulsif bozukluk durumlarının karşılaştırılmasına yönelik tek-yönlü varyans analizi sonuçları verilmektedir.

Tablo 4.9.Üniversite Öğrencilerinin Yaş Gruplarına Göre Obsesif- Kompulsif Bozukluk Durumlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Varyans Analizi Sonuçları

	Yaş Grupları	n	$\bar{X}$	SS	F	p
Toplam Obsesyon	17-23	267	16.37	6.34	.456	.635
	24-29	62	15.53	6.39		
	30-42	8	15.87	7.05		

Tablo 4.9`un incelenmesinden de anlaşılabileceği gibi üniversite öğrencilerinin yaş grupları değişkenine göre obsesif-kompulsif bozukluk durumları arasında farklılıklar bulunmaktadır. Toplam obsesyon puanı en yüksek grup, 17-23 yaş grubudur

($\bar{X}=16.37\pm6.34$). Buna göre 17-23 yaş aralığındaki üniversite öğrencilerinin 24-29 ($\bar{X}=15.53\pm6.39$) ve 30-42 ($\bar{X}=15.87\pm7.05$) yaş gruplarına göre daha yüksek obsesif-kompulsif bozukluk riski taşıdıkları söylenebilir. Yaş gruplarına göre toplam obsesyon puanının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($F=.456$, $p>0.05$). Ölçeğin alt testlerine bakıldığında, kontrol obsesyon puanı sırasıyla 17-23 ($\bar{X}=3.23\pm2.18$), 24-29 ($\bar{X}=3.12\pm2.25$) ve 30-42 ($\bar{X}=3.00\pm2.32$) yaş grupları şeklinde dağılmıştır. Buna göre kontrol obsesyon risk durumunun yaş ilerledikçe azaldığı söylenebilir. Yaş gruplarına göre kontrol obsesyon durumları karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($F=.944$, $p>0.05$). 17-23 yaş aralığında bulunan üniversite öğrencileri, en yüksek yeme bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk riski taşıyan grup olarak bulunmuştur. Bu sonuç, 17-23 yaş aralığında bulunan üniversite öğrencilerinin yeme ve kişilik bozukluğu riskinin diğer yaş aralığında bulunan öğrencilerden daha yüksek olduğunu ifade etmektedir.

Üniversite öğrencilerinin obsesif kompulsif bozukluk durumları yaşadıkları yer değişkeni açısından incelenmiş, yurttan kalan ve evde kalan üniversite öğrencilerinin obsesif-kompulsif bozukluk riski taşıyıp taşımadıkları durumları karşılaştırılmıştır. Tablo 4.10'da üniversite öğrencilerinin yaşadıkları yere göre obsesif-kompulsif bozukluk durumlarının karşılaştırılmasına yönelik t-testi sonuçları verilmektedir.

Tablo 4.10. Üniversite Öğrencilerinin Yaşadıkları Yere Göre Obsesif- Kompulsif Bozukluk Durumlarının Karşılaştırılmasının t-Testi Değerleri

	Yaşadığı Yer	n	$\bar{X}$	SS	t	p
Toplam Obsesyon	Yurtta	57	17.31	6.02	1.442	.150
	Evde	281	15.98	6.40		

Tablo 4.10 incelendiğinde, üniversite öğrencilerinin yaşadıkları yere göre obsesif kompulsif bozukluk durumları arasında farklılık bulunmaktadır. Yurttan kalan öğrencilerin toplam obsesyon, kontrol puanları evde kalan öğrencilere göre daha yüksektir. Buna göre yurttan kalan üniversite öğrencileri, evde kalanlara göre daha fazla obsesif kompulsif bozukluk riski taşımaktadır. Bununla birlikte aritmetik ortalamalar arasındaki bu farklılıkların anlamlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Buna göre, yurttan kalan üniversite öğrencilerinde diğer öğrenciler ile ortak bir yaşam alanında

yanılmasından dolayı temizlik, mükemmeliyetçilik, denetleme gereksinimi ve kuşku gibi obsesyonların daha yüksek oranda görülebileceği düşünülmektedir.

Üniversite öğrencilerinin obsesif kompulsif bozukluk durumları, risk grupları değişkeni açısından incelenmiş, düşük, orta ve yüksek yeme bozukluğu riski taşıyan öğrencilerin obsesif kompulsif bozukluk riski taşıyıp taşımadığı durumları karşılaştırılmıştır. Tablo 4.11`de üniversite öğrencilerinin risk gruplarına göre obsesif kompulsif bozukluk durumlarının karşılaştırılmasına yönelik tek-yönlü varyans analizi sonuçları verilmektedir.

Tablo 4.11. Üniversite Öğrencilerinin Risk Gruplarına Göre Obsesif-Kompulsif Bozukluk Durumlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Varyans Analizi Sonuçları

	Risk Grupları	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Tukey
Toplam Obsesyon	Düşük Risk	263	15.53	6.48	7.172	.001***	(1-2) (1-3)
	Orta Risk	49	18.38	5.61			
	Yüksek Risk	25	19.08	4.56			
	Orta Risk	49	3.71	1.52			
	Yüksek Risk	25	3.52	1.15			

*** p<0.001

Tablo 4.11`in incelenmesinden de anlaşılabileceği gibi üniversite öğrencilerinin yeme bozukluğu risk gruplarına göre obsesif kompulsif bozukluk durumları karşılaştırıldığında, aritmetik ortalamalar arasında farklılıklar görülmektedir. Yüksek riskte yeme bozukluğu gösteren üniversite öğrencileri diğer risk gruplarına göre daha fazla obsesif- kompulsif bozukluk riski taşımaktadır. Aritmetik ortalamalar arasındaki bu farklılıkların anlamlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan varyans analizi sonucuna göre risk gruplarına göre obsesif kompulsif bozukluk durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (F=7.172, p<0.001). Tukey testi analizi sonuçlarına göre, düşük risk yeme bozukluğu bulunan üniversite öğrencilerinin toplam obsesyon ortalama puanları ile orta risk ve yüksek risk yeme bozukluğu bulunan üniversite öğrencilerinin toplam obsesyon ortalama puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu sonuç, üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğu riski arttıkça, obsesif kompulsif bozukluk riskinin de arttığını ifade etmektedir.

4.4. Üniversite Öğrencilerinin Ortoreksiya Nervoza Durumları İle İlgili Bulgular

Bu bölümde üniversite öğrencilerinin ortoreksiya nervoza durumları 5 değişken açısından incelenerek, değişkenlere göre üniversite öğrencilerinin ortoreksiya nervoza durumları arasında farklılık olup olmadığı ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Üniversite öğrencilerinin ortoreksiya nervoza durumları cinsiyet değişkeni açısından incelenmiş, kız ve erkek öğrencilerin ortoreksiya nervoza riski taşıyıp taşıyamama durumları karşılaştırılmıştır. Tablo 4.12’de üniversite öğrencilerinin cinsiyete göre ortoreksiya nervoza durumlarının karşılaştırılmasına yönelik t- testi sonuçları verilmektedir.

Tablo 4.12. Üniversite Öğrencilerinin Cinsiyete Göre Ortoreksiya Nervoza Durumlarının Karşılaştırılmasının t-Testi Değerleri

	Cinsiyet	n	$\bar{X}$	SS	t	p
Toplam Ortoreksiya	Erkek	158	34.75	2.94	.174	.862
	Kız	179	34.81	2.97		
*p<0.05	** p<0.01	*** p<0.001				

Tablo 4.12’nin incelenmesinden de anlaşılacağı gibi kız ve erkek üniversite öğrencilerinin ortoreksiya nervoza durumları arasında fark görülmektedir. Erkek öğrencilerin puan ortalamaları ($\bar{X}=34.75\pm2.94$), kız öğrencilerden ($\bar{X}=34.81\pm2.97$) daha düşüktür. Buna göre erkek öğrenciler, kız öğrencilere göre daha yüksek ortorektik eğilimler göstermektedir. Yapılan t-testi sonucuna göre, kız ve erkeklerin ortoreksiya nervoza durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=.174, p>0.05$).

Fidan ve diğerleri (2010) tarafından Türkiye’deki tıp öğrencileri arasında ortoreksiya nervozanın yaygınlığını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada da, ortoreksiya nervoza yaygınlığının erkek öğrencilerde kız öğrencilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Arusoğlu ve diğerleri (2008) tarafından yapılan çalışmada ise, erkeklerin ortorektik eğilimlerinin kadınlara oranla daha düşük olduğunu belirtmişlerdir. Erikson ve diğerlerinin (2007) vücut geliştiren bireylerin ortorektik olma durumları üzerine yaptıkları çalışmada, ortoreksiya nervoza gibi yeme bozukluklarının belirli bir kilo ve vücut şekli gerektiren sporlara katılan bireyler arasında daha yaygın

görüldüğünü, özellikle vücut geliştiren erkeklerin zayıf ve kaslı bir vücut geliştirmek için kendilerini baskı altında hissettiklerini belirtmişlerdir.

Üniversite öğrencilerinin ortoreksiya nervoza durumları BKİ değişkeni açısından incelenmiş, zayıf, normal, hafif şişman ve şişman üniversite öğrencilerinin ortorektik eğilimler gösterip göstermeme durumları karşılaştırılmıştır. Tablo 4.13`de üniversite öğrencilerinin BKİ gruplarına göre ortoreksiya nervoza durumlarının karşılaştırılmasına yönelik tek-yönlü varyans analizi sonuçları verilmiştir.

Tablo 4.13. Üniversite Öğrencilerinin BKİ Gruplarına Göre Ortoreksiya Nervoza Durumlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Varyans Analizi Sonuçları

	BKİ Grupları	N	$\bar{X}$	SS	F	p
Toplam Ortoreksiya	Zayıf	24	35.04	3.12	.561	.641
	Normal	234	34.86	2.99		
	Hafif Şişman	71	34.40	2.89		
	Şişman	8	35.25	1.90		

Tablo 4.13`de görüldüğü gibi farklı BKİ`ne sahip üniversite öğrencilerinin ortoreksiya nervoza durumları arasında fark bulunmaktadır. Toplam ortoreksiya puan ortalamasına göre, hafif şişman ($\bar{X}=34.40\pm2.89$) üniversite öğrencilerinin puan ortalamaları diğer BKİ grubundaki öğrencilere göre daha düşüktür. Buna göre hafif şişman üniversite öğrencileri, diğer gruptaki öğrencilere göre daha fazla ortorektik eğilimler göstermektedir. En düşük ortorektik eğilimler gösteren grup şişman üniversite öğrencileridir ($\bar{X}=35.25\pm1.90$). Aritmetik ortalamalar arasındaki bu farklılıkların anlamlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan varyans analizi sonucuna göre BKİ gruplarına göre ortoreksiya nervoza durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($F=.561$, $p>0.05$). Bu sonuç, BKİ değerleri yüksek olan üniversite öğrencilerinin, BKİ düşük olan üniversite öğrencilerine göre yiyecek seçimi yapma, satın aldıkları ürünlerin içeriğine önem verme gibi ortorektik belirti olarak görülen konularda daha serbest ve özgür olduklarını ortaya koymaktadır.

Üniversite öğrencilerinin ortoreksiya nervoza durumları yaş grupları değişkeni açısından incelenmiş, farklı yaş gruplarındaki öğrencilerin ortorektik eğilim risk durumları karşılaştırılmıştır. Tablo 4.14`te üniversite öğrencilerinin yaş gruplarına göre

ortoreksiya nervoza durumlarının karşılaştırılmasına yönelik tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır.

Tablo 4.14. Üniversite Öğrencilerinin Yaş Gruplarına Göre Ortoreksiya Nervoza Durumlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Varyans Analizi Sonuçları

	Yaş Grupları	n	$\bar{X}$	SS	F	p
Toplam Ortoreksiya	17-23	267	34.77	2.90	.015	.985
	24-29	62	34.83	3.29		
	30-42	8	34.87	2.47		

Tablo 4.14`ün incelenmesinden de anlaşılabileceği gibi 17-23, 24-29 ve 30-42 yaş gruplarında yer alan üniversite öğrencilerinin ortoreksiya nervoza durumlarının karşılaştırılması sonucu aritmetik ortalamalar arasında farklılıklar bulunmaktadır. Toplam ortoreksiya puan ortalamaları 17-23 yaş grubunda yer alan üniversite öğrencilerinde ($\bar{X}=34.77\pm2.90$) diğer gruplara göre daha düşük bulunmuştur. Buna göre 17-23 yaş aralığında bulunan üniversite öğrencilerinin diğer yaş grubundaki öğrencilere göre daha fazla ortorektik eğilimler gösterdiği saptanmıştır. Ortalamalar arasındaki bu farklılıkların anlamlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan tek-yönlü varyans analizi sonucuna göre, farklı yaş grubundaki üniversite öğrencilerinin ortoreksiya nervoza durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($F=0.15$, $p>0.05$). Arusoğlu`nun (2006) ortoreksiya nervoza belirtilerini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada, yaş ortalamasının düştükçe ortorektik eğilimlerin artış gösterdiği bulunmuştur.

Tablo 4.15`te üniversite öğrencilerinin yaşadıkları yere göre ortoreksiya nervoza durumlarının karşılaştırılmasına yönelik t-testi sonuçları verilmektedir.

Tablo 4.15. Üniversite Öğrencilerinin Yaşadıkları Yere Ortoreksiya Nervoza Durumlarının Karşılaştırılmasının t-Testi Değerleri

	Yaşadığı Yer	n	$\bar{X}$	SS	t	p
Toplam Ortoreksiya	Yurtta	57	34.96	2.95	.491	.624
	Evde	281	34.75	2.96		

Tablo 4.15`e göre yurttan veya evde kalan üniversite öğrencilerinin ortoreksiya nervoza durumlarına ilişkin aritmetik ortalamalar arasında farklılıklar bulunmaktadır.

Evde kalan öğrencilerin toplam ortoreksiya ortalama puanları ($\bar{X}=34.75\pm2.96$) yurttan kalanlara göre ($\bar{X}=34.96\pm2.95$) daha düşük bulunmuştur. Buna göre evde kalan öğrenciler yurttan kalan öğrencilere göre daha fazla ortorektik eğilimler göstermektedir. Yaşadığı yere göre ortoreksiya nervoza durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($F=.491$, $p>0.05$). Bu sonuca göre; evde kalan üniversite öğrencilerinin dışarıda yemek yemenin sağlıklı olduğunu düşünme ve kendi yemeklerini kendilerinin hazırlamak istemeleri gibi sebeplerden dolayı da evde kalmayı tercih ettikleri söylenebilir.

Üniversite öğrencilerinin ortoreksiya nervoza durumları, risk grupları değişkeni açısından incelenmiş, düşük, orta ve yüksek yeme bozukluğu riski taşıyan öğrencilerin ortorektik eğilim riski taşıyıp taşıyamama durumları karşılaştırılmıştır. Tablo 16'de üniversite öğrencilerinin risk gruplarına göre ortoreksiya nervoza durumlarının karşılaştırılmasına yönelik tek yönlü varyans analizi sonuçları verilmektedir.

Tablo 4.16. Üniversite Öğrencilerinin Risk Gruplarına Göre Ortoreksiya Nervoza Durumlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Varyans Analizi Sonuçları

	Risk Grupları	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Tukey
Toplam Ortoreksiya	Düşük Risk	263	35.16	2.85	10.372	.000***	(1-2)
	Orta Risk	49	33.63	2.64			(1-3)
	Yüksek Risk	25	33.12	3.49			

*** $p<0.001$

Tablo 4.16'dan da anlaşılabileceği gibi düşük, orta ve yüksek yeme bozukluğu riski bulunan öğrenciler ile ortoreksiya nervoza durumları karşılaştırıldığında, aritmetik ortalamalar arasında farklılıklar görülmektedir. Yüksek yeme bozukluğu risk grubunda bulunan öğrencilerin toplam ortoreksiya ortalama puanları ($\bar{X}=33.12\pm3.49$), diğer risk gruplarına göre daha düşük bulunmuştur. Yüksek yeme bozukluğu risk grubunda yer alan öğrenciler orta ve düşük risk grubuna göre daha yüksek ortorektik eğilimler göstermektedir. Toplam ortalama ortoreksiya puanı en yüksek olan grup ise düşük yeme bozukluğu riski bulunan öğrencilerde olup ($\bar{X}=35.16\pm2.85$), diğer gruplara göre daha düşük ortorektik eğilimler göstermektedirler. Risk gruplarına göre ortoreksiya nervoza durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=10.372$, $p<0.001$). Tukey testi analizi sonuçlarına göre, düşük risk yeme bozukluğu

bulunan üniversite öğrencilerinin toplam ortoreksiya ortalama puanları ile orta risk ve yüksek risk yeme bozukluğu bulunan üniversite öğrencilerinin toplam ortoreksiya ortalama puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Orta riskteki öğrencilerin toplam ortoreksiya ortalama puanları ile düşük riskteki öğrencilerin toplam ortoreksiya ortalama puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Üniversite öğrencilerinin obsesif-kompulsif bozukluk, ortoreksiya nervoza ve yeme tutumu durumları arasındaki korelasyon değerleri Tablo 4.17`de verilmiştir.

Tablo 4.17. Üniversite Öğrencilerinin Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Ortoreksiya Nervoza ve Yeme Tutumu Durumları Arasındaki Korelasyon Değerleri

Ölçekler	Yeme Bozukluğu	Obsesyon-Kompülsiyon	Ortoreksiya
Yeme Bozukluğu			-.206
p			.000
Obsesyon	.218		
p	.000		
Ortoreksiya		-.250	
p		.000	

n= 338

Tablo 4.17`de üniversite öğrencilerinde; obsesif-kompulsif bozukluk, tutumu ve ortoreksiya nervoza durumlarının arasındaki korelasyona bakılmıştır. ORTO-15 ölçeğinden alınan puanlar azaldıkça bozukluğa olan yatkınlık arttığından korelasyon katsayıları eksi değerde olmasına karşın pozitif yorumlanmış ve değerlendirmeler bu esasa göre alınmıştır. Tablo 17`nin incelenmesinden de anlaşılabileceği gibi yeme bozukluğu belirtileri olan üniversite öğrencilerinin ortorektik belirtiler göstermeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ve pozitif bir korelasyon göstermiştir ($r=-.206$, $p<0.001$). Buna göre, üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğu riski arttıkça ortoreksiya nervoza belirtileri arasında düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Obsesif kompulsif bozukluk belirtileri olan üniversite öğrencilerinin yeme bozukluğu belirtileri gösterme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuş ve pozitif bir korelasyon göstermiştir ($r=.218$, $p<0.001$). Obsesif kompulsif bozukluk belirtisi arttıkça yeme bozukluğu belirtileri de artış göstermektedir. Üniversite öğrencilerinin ortorektik eğilim durumları ile obsesif kompulsif bozukluk belirti göstermeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ve pozitif bir

korelasyon göstermiştir ($r=-.250$, $p<0.001$). Obsesif kompulsif bozukluk belirtileri arttıkça ortoreksiya nervoza belirtilerinin de artış gösterdiği bulunmuştur.

BÖLÜM V

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

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

Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) belirtilerini belirlemek amacıyla yapılan anket çalışmasında elde edilen sonuçlar ana noktaları itibariyle aşağıda özetlenmiştir.

- Araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin cinsiyete göre yeme davranışları değerlendirildiğinde, YTT'nin puan ortalamaları kız öğrencilerde $x=16.42\pm9.51$, erkek öğrencilerde ise $x=13.55\pm8.74$ bulunmuş ve iki grup ortalaması arasındaki fark istatistiksel önemlilik göstermiştir. Bu çalışmada, kız üniversite öğrencilerinin erkek öğrencilere göre daha fazla oranda yeme bozukluğu belirtilerine sahip oldukları bulunmuştur.
- Farklı yaş gruplarında yer alan üniversite öğrencilerinin yeme tutumu ve davranışları değerlendirildiğinde, zayıf grupta yer alan öğrencilerin diğer grupta yer alan öğrencilere göre daha fazla yeme bozukluğu riski taşıdıkları saptanmıştır. En düşük yeme bozukluğu riskinin hafif şişman üniversite öğrencilerinde görüldüğü tespit edilmiştir. Farklı BKİ'ne sahip üniversite öğrencilerinin yeme tutumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.
- Cinsiyetler açısından zayıf grupta yer alan erkek öğrencilerin, diğer grupta yer alan erkek öğrencilere göre daha yüksek yeme bozukluğu riski içerisinde oldukları tespit edilmiştir. Kız öğrencilerde ise en yüksek yeme bozukluğu riskinin hafif şişman grupta görüldüğü bulunmuş ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

- Araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin yeme davranışları farklı yaş gruplarına göre karşılaştırılmış ve 17-23, 24-29 ve 30-42 yaş grubunda yer alan üniversite öğrencilerinin yeme tutumu durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.
- Yurtta ve evde kalan üniversite öğrencilerinin yeme tutum ve davranışları değerlendirildiğinde, yurttan kalan üniversite öğrencilerinin evde kalanlara göre daha yüksek yeme bozukluğu belirtilerine sahip oldukları bulunmuş ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.
- Araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin cinsiyete göre obsesif- kompulsif bozukluk durumları değerlendirildiğinde, kız üniversite öğrencilerinde, erkeklere daha fazla obsesif- kompulsif belirtiler görüldüğü saptanmış ve aralarındaki farklılık anlamlı kabul edilmiştir.
- Üniversite öğrencilerinin BKİ açısından obsesif kompulsif bozukluk durumlarına bakıldığında, şişman grupta yer alan üniversite öğrencilerinin daha yüksek obsesif davranışlar sergiledikleri saptanmıştır. Ayrıca şişman öğrencilerin obsesif kompulsif bozukluğun alt faktörlerinden kontrol, kuşku, yavaşlık ve temizliğe daha eğilimli oldukları gözlenmiştir Gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.
- 17-23 yaş aralığında bulunan öğrencilerin diğer yaş aralığında bulunan öğrencilere göre daha yüksek obsesif- kompulsif bozukluk belirtileri sergiledikleri saptanmıştır. En düşük obsesif kompulsif bozukluk riski taşıyan yaş aralığı 24-29 yaş grubudur.

- Yurtta kalan üniversite öğrencilerinin evde kalanlara göre daha yüksek obsesif davranışlar sergiledikleri saptanmış ve iki grup arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.
- Yeme bozukluğu risk gruplarına göre obsesif kompulsif durumları değerlendirildiğinde, yüksek riskte yeme bozukluğu bulunan öğrencilerin toplam obsesyon puanları, düşük ve orta riskte bulunan öğrencilere göre daha yüksektir. Risk düzeyi arttıkça obsesif kompulsif bozukluk belirtileri de artmaktadır. Risk gruplarına göre obsesif kompulsif bozukluk durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Tukey testi analizine göre, düşük risk yeme bozukluğu bulunan üniversite öğrencilerinin toplam obsesyon ortalama puanları ile orta risk ve yüksek risk yeme bozukluğu bulunan üniversite öğrencilerinin toplam obsesyon ortalama puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.
- Kız ve erkek öğrencilerin ortoreksiya nervoza durumları değerlendirildiğinde, erkek öğrencilerin kızlara göre daha fazla ortorektik eğilimler gösterdiği saptanmıştır. Kız ve erkek öğrencilerin ortoreksiya nervoza durumları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.
- Hafif şişman üniversite öğrencileri, diğer gruplarda yer alan üniversite öğrencilerine göre daha fazla ortorektik eğilimler göstermektedir.
- Yaş gruplarına göre ortoreksiya nervoza durumlarına bakıldığında, 17-23 yaş grubunda yer alan öğrencilerin 24-29 ve 30-42 yaş grubunda yer alan öğrencilere göre ortorektik davranışlara daha yatkın oldukları görülmektedir. Yaş ilerledikçe ortorektik eğilimler de artmaktadır. Gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

- Evde kalan üniversite öğrencilerin ORTO-15 puan ortalamaları yurttaki kalanlara göre daha düşük bulunmuştur. Buna göre evde kalan üniversite öğrencileri yurttaki kalan öğrencilere göre ortorektik davranış göstermeye daha fazla yatkındırlar. Yurttaki ve evde kalan öğrencilere göre ortoreksiya durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.
- Risk gruplarına göre ortoreksiya nervoza durumları değerlendirildiğinde, yüksek yeme bozukluğu riskinde yer alan öğrencilerinin diğer risk gruplarına göre daha fazla ortorektik eğilimler gösterdikleri saptanmış ve gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Yaş ilerledikçe ortorektik eğilim gösterme durumu da artmaktadır.
- Üniversite öğrencilerinin yeme tutumu testi, obsesif kompulsif bozukluk ve ORTO-15 testi puanları arasındaki ilişki durumuna bakılmıştır. Yeme tutumu testi puan ortalamaları ile ORTO-15 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ve pozitif bir korelasyon göstermiştir. Buna göre, üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğu riski arttıkça ortoreksiya nervoza belirtileri de artmaktadır.
- Obsesif kompulsif bozukluk puan ortalamaları ile yeme tutumu testi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ve pozitif bir korelasyon göstermiştir. Obsesif kompulsif bozukluk belirtisi arttıkça yeme bozukluğu belirtileri de artış göstermektedir.
- Üniversite öğrencilerinin ORTO-15 puanları ile obsesif kompulsif bozukluk puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuş ve pozitif bir korelasyon göstermiştir. Obsesif kompulsif bozukluk belirtileri arttıkça ortoreksiya nervoza belirtilerinin de artış gösterdiği bulunmuştur.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda şunlar önerilebilir:

1. Bu araştırma, sınırlı bir alanda yapılmış olup daha geniş bir alanda çalışma yapılabilir. Sadece üniversite öğrencileri değil, ortoreksiya nervoza riski taşıyabilecek topluluklar da göz önüne alınarak ortoreksiya nervoza belirti durumlarını saptayabilecek kapsamlı bir araştırma yapılabilir.
2. Yeni bir kavram olan ortoreksiya nervoza ile ilgili kısıtlı çalışmaların olması, konunun daha fazla araştırılması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bunun için ortoreksiya nervoza konusunda daha geniş çapta ve fazla çalışma yapılması gerekmektedir.
3. Ortoreksiya nervoza yeme bozukluğu konusunda üniversite öğrencilerinin bilinçlendirilmesi için bu konuda konferans, seminer çalışmaları yapılmalı ve broşürler hazırlanmalıdır.
4. Medyada yer alan yiyecek reklamları ve beslenme ile ilgili programlarda sağlıklı beslenme konusunun doğru ve yansız bir şekilde yapılması sağlanarak, medyaya önem veren özellikle üniversite öğrencileri gibi genç yetişkinlik döneminde bulunan bireylerin bu konuda daha bilinçli davranmaları sağlanabilir.
5. Özellikle yurttan kalan üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve ortoreksiya nervoza riski yüksek bulunmuştur. Bunun için yurttan kalan üniversite öğrencilerine beslenmelerini sağlıklı bir şekilde yapabilmeleri için çalışmalar yapılmalıdır. Yurttan kalan öğrencilerde bu rahatsızlıkları tespit etmek için öğrencilere bu alanda uzman kişiler tarafından destek verilmeli ve rahatsızlıkları bulunan öğrenciler uygun olan sağlık kuruluşlarına yönlendirilmelidir. Ayrıca bu konuda yurtlarda öğrencilerin yemeleri için hazırlanan yemeklerin ücretleri öğrencinin bütçesine daha uygun hale getirilerek öğrencilerin dışarıda yemek yememeleri sağlanabilir.

6. Ortoreksiya nervoza yeme bozukluğu yeni bir kavram olduğundan dolayı rahatsızlığı en etkin şekilde azaltacak veya ortadan kaldıracak etkin tedavi yöntemleri geliştirilmeli ve ülkemizde ortoreksiya nervoza yeme bozukluğu yaygınlığının azalması için ortoreksiya nervoza riski bulunan bireylere tedavi yöntemlerinin uygulanması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- Abraham, S., and Llewellyn-Jones D. (1997). **Eating Disorders the Facts**. 4.th Edition. Newyork: Oxford University Press.
- Akdede, B.B., Alptekin, K., Akvardar, Y., ve Kitiş, A. (2005). Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi: bilişsel işlevler ve klinik bulgular ile ilişkisi. **Türk Psikiyatri Dergisi**, 16 (1): 13-19.
- Aksoydan, E. (2008). **Beslenme Bilgi Serisi** (1. Basım). Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara.
- American Psychatric Association. **Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders**, Washington D.C., 2nd edition.
- Andersen, A.E., and Yager, J. (2005). Eating disorders. **Comprehensive Textbook and Psychiatry**, 8.baskı, cilt 1. B Sadock, V Sadock (Ed), Philadelphia,Lippincott Williams and Wilkins.
- Anstine, D., and Grinenko, D. (2000). Rapid screening for disordered eating in college- aged females in the primary care setting. **Journal of Adolescent Health**, 26: 338-342.
- Arusoğlu, G. (2006). Sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya) belirtilerinin incelenmesi ve orto-15 ölçeğinin uyarlanması. **Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Diyetetik Programı Bilim Uzmanlığı Tezi**, Ankara.
- Arusoğlu, G., Kabakçı, E., Köksal, G., ve Merdol, T.K. (2008). Orthorexia nervosa and adaptation of ORTO-11 into Turkish, **Turkish Journal of Psychiatry**, 19(3): 283-291.
- Baş, M., Aşçı, F.H., Karabudak, E., ve Kızıltan, G. (2004). Eating attitudes and their psychological correlates among turkish adolescents. **Adolsecence**, 39 (155): 593-599.

- Billings, T. (2008). **Obsession with dietary purity as an eating disorder**, erişim tarihi: 10.08.2009, <http://beyondveg.com>.
- Billings, T. (2008). **Other types of eating disorders**, erişim tarihi 10.08.2009, <http://www.something-fishy.org>.
- Bosi, A.T., Çamur, D., and Çağatay, G. (2007). Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of Medicine in Ankara, Turkey. **Appetite**, 49 (2007): 661-666.
- Bratman, S., and Knight, D. (2000). **Health Food Junkies: Overcoming the Obsession with Healthful Eating**, Broadway Books, Newyork.
- Brownell, K.D., and Fairburn, C.D. (1995). **Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook**. Newyork: The Guilford Press.
- Budak, S. (2000). **Psikoloji Sözlüğü**. Bilim Sanat Yayınları, Ankara.
- Bunel, D.W., Shenker, I.R., and Nussbaum, P.M. (1990). Subclimical versus formal eating disorders: differentiating psychological features. **International Journal of Eating Disorders**, 9, 357-362.
- Büyükkal, M.B. (1990). Duygudurum Spektrumunda Yeme Bozukluklarının Yeri. **Uzmanlık Tezi**, İstanbul.
- Chial, H.J., McAlpine, D.E., and Camileri, M. (2002). Anorexia nervosa: manifestations and management fort he gastroenterologist. **American Journal of Gastroenterology**, 97 (2): 255-269.
- Cinemre, B. (1999). Yeme bozuklukları: epidemiyoloji ve eşlik eden hastalıklar. **Yeme Bozuklukları**. İzmir: Ege Psikiyatri Süreli Yayınları 4 (2):137-154.

- Cooper, P.T. (1995). Eating disorders and their relationship to mood and anxiety disorders. In: **Eating Disorders and Obesity**, The Guilford Press, 23: 159-164.
- Davison, G.C., and Neale, J.M. (2004). **Anormal Psikolojisi**. (Çev. Dağ, İ) Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:29.
- Deering, S. (2001). Eating disorders: recognition, evaluation and implications for obstetrician/ gynecologists. **Primary Care Update Obtetricians/ Gynrcologists**. 8: 31,35.
- Donini, L.M., Marsili, D., Graziani, M.P., and İmbriale Canella, C. (2004). Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension og the phenomenon, **Eating and Weight Disorders**, 9:151-157.
- Dönmez, N. (2005). Tip I diabetes mellituslu bireylerde yeme davranışı bozuklukları ve etkileyen etmenleri saptamaya yönelik bir çalışma. **Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Diyetetik Programı Yüksek Lisans Tezi**, Ankara.
- Elliot, J. (1998). Children in difficult: a guide to understanding and helping. **Routledge** 32 (4): 441-448.
- Erol, A., Toprak, G., ve Yazıcı, F. (2002) Üniversite öğrencisi kadınlarda yeme bozukluğu ve genel psikolojik belirtileri yordayan etkenler. **Türk Psikiyatri Dergisi**, 13 (1), 48-57.
- Eriksson, L., Baigi, A., Marklund, B., and Lindgren, E.C. (2008). Social physique anxiety and sociocultural attitudes toward appearance impact on orthorexia test in fitness participants. **Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports**, 18: 389-394.
- Fasting, K., Brackenridge, C., and Borgen, J.S. (2003). Experience of sexual harassment anda buse among norwegian elite female athletes and noathletes. **Research Quallification of Exercise Sport**, 74 (1): 84-97.

- Fidan, T., Ertekin, V., Işıkyay, S., and Kırpınar, İ. (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey, **Comprehensive Psychiatry**, 51 (1): 49-54.
- Fonseca, H., Ireland, M., and Resnick, M.D. (2002). Familial correlates of extreme weight control behaviors among adolescents. **International Journal of Eating Disorders**, 32 (4): 441-448.
- Garner, D.M., and Garfinkel P.E. (1979). The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. **Psychological Medicine**, 9:273-279.
- Göktürk, Ü. (2000). **Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi**. İstanbul Üniversitesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- Gual, P., Perez, M., Martinez, M.A., Lahortiga, F., Irala, J., and Cervera, S. (2002). Self-esteem, personality and eating disorders: baseline assesment of a prospective population-based cohort. **International Journal of Eating Disorders**, 31 (3): 261-273.
- Gull, W. W. (1974). Anorexia nervosa. **Trans. Clin. Soc.**, 7 (8): 22-25.
- Güney, E., ve Kuruoğlu A.Ç. (2007). Yeme bozukluklarında beyin görüntüleme yöntemleri. **Klinik Psikiyatri**, 10: 93-101.
- Gyrilli, V., Hafferl-Gattermayer, A., and Wagner, G. (2005). Eating disorders and eating problems among adolescents with type I diabetes: exploring relationships with temperament and character. **Journal of Pediatric Psychology**, 30 (2), 197-206.
- Halmi, K.A. (2003). Classification, diagnosis and comorbidites of eating disorders: a review. **Eating Disorders**. WPA Series. West Sussex: John Wiley and Sons, 1-33.

- Hasbay, S.A. (2005). Balerinlerde yeme bozuklukları, amenore ve osteoporozis görülme durumunun saptanması. **Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi**, Ankara.
- Hodgson, R.J., and Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. **Behavior Research and Therapy**, 15, 389-395.
- Houtkooper, L. (2000). Eating disorders and disordered athletes. **Clinical Sport Nutrition**, The McGraw- Hill Companies, 210-135.
- İlhan, M., Özkan, S., Aksakal, F., Aslan, S., Durukan, E., ve Maral, I. (2005). Bir tıp fakültesi öğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığı. **Türkiye’de Psikiyatri Dergisi**, 8 (3): 152-155.
- Janout, V., and Janoutova, G. (2004). Eating disorders risk groups in the Czech republic-cross- sectional epidemiologic pilot study. **Biomed Papers**, 148 (2): 189-193.
- Jimerson, S.R., Pavelski, R., and Orliss, M. (2002). Helping children with eating disorders: quessential research on etiology, prevention, assesment and treatment. **Handbook of Crisis Counseling**, Intervention and Prevention in the Schools, 2nd Edition, Lawrence Erlbaum Associates, Publisher.
- Kabakçı, E., ve Demir, B. (2001). Yeme bozuklukları. **Hacettepe Tıp Dergisi**, 32 (2): 125-131.
- Kaya, N., ve Çilli, A.S. (1997). Anoreksiya nervoza. **Genel Tıp Dergisi**, 7 (2): 107-110.
- Keçeli, F. (2006). Yeme bozukluğu hastalarında obsesif kompulsif bozukluk ve kişilik bozukluğu. **Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi**, İstanbul.

- Kınık, E. (1996) Adölesanda yeme ve beslenme bozuklukları. **Katkı Pediatri Dergisi**, 2, 454-478.
- Kocabaşoğlu, N. (2001). Yeme bozuklukları. **Yeni Symposium**, 39 (2): 95-99.
- Koptagel, G. (2000). Psikonevroz psikomatik terapi. **Yeme Bozuklukları**. İstanbul Üniversitesi Yayın No: 4211, AB Ofset Basım Yayın Matbaacılık, İstanbul, 99-109).
- Korkut, F. (2004). **Okul Temelli Önleyici Rehberlik ve Psikolojik Danışma**. Anı Yayıncılık, Ankara.
- Köroğlu, E. (1994). **DSM-IV Tanı Ölçütleri Kitabı**, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Kummer, F., Dias, M.V., and Teixeira A. (2008). On the concept of orthorexia nervosa. **Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports**, 18: 395-396.
- Kuruoğlu, A.Ç., ve Arıkan, Z. (1995). Yeme bozukluklarında genel bir gözden geçiri, **3P Dergisi**, 2 (4): 7-22.
- Laseque, C. (1973). On hysterical anorexia. **Med. Times Gaz.**, 2:265-266.
- Lee, S. (1990). Anorexia nervosa and obsessive Compulsive Disorder. **British Journal of Psychiatry**, 157: 778-779.
- Lindberg, L., and Hjern, A. (2003). Risk factors for anorexia nervosa: a notional cohort study. **International Journal of Eating Disorders**, 34: 397-408.
- Lucas, A.R., and Huse, D.M. (1994). Behavioral disorders affecting food intake: anorexia nervosa and bulimia nervosa. İçinde: Shils, M., Olsan J.A. and Shike, M. (Ed) **Modern Nutrition in Health and Disease**. 977-983, USA.

- Maner, F. (2001). Yeme bozukluklar. **Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Dünyası Dergisi**, 14: 153-159.
- Mathieu, J. (2005). What is orthorexia?. **Journal of the American Dietetic Associaton**, 105 (10): 1510-1512.
- Milos, G., Spindler, A., Ruggiero, G., Klaghofer, R., and Schnyder, U. (2002). Comorbidity of Obsessive-Compulsive Disorders and duration of eating disorders. **International Journal of Eating Disorders**, 31: 284-289.
- Morande, G., Celada, J., and Casas, J.J. (1999). Prevelance of eating disorders in a Spanish school-age population. **Journal of Adolescents Health**, 24: 212-219.
- Nicholls, D., and Viner, R. (2005). Eating disorders and weight problems. **Clinical Review, BMJ**, 330: 950-953.
- Öztürk, O. (1994). **Ruhsal Etkenlere Bağlı Olan Fizyolojik İşlev veya Yapı Bozuklukları. II. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Hekimler Yayın Birliği**, Ankara, 354-363.
- Rabe-Jablonska, J. (1996). Obsessive-compulsive disorder in girls with eating disorders. **Psychiatria Polska**, 30 (2): 187-200.
- Ramos, F.L., Estevez, J.D., Prous, A.C., Garcia, P.G., Gonzales, M.A.M., and Enguix, S.C. (2005). Incidence of eating disorders in Navarra (Spain). **Europe Psychiarty**, 20 (2): 179-185.
- Rodin, G., Olmsted, M.P., and Rydall, A.C. (2002). Eating disorders in young women with type I DM. **Journal of Psychosomatic Research**, 53, 943-949.
- Rosen, D.S. (2003). Eating disorders in children and young adolescents: etiology, classification, clinical features and treatment. **Adolescent Medicine**, 14: 14-49.

- Satman, İ., Yılmaz, T., ve Sargın, M. (2002). Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey. **Diabetes Care**, 25 (9): 1551-1556.
- Savaşır, İ., ve Erol, N. (1989). Yeme Tutum Testi: Anoreksiya Nervoza Belirtileri İndeksi. **Psikoloji Dergisi**, 7(23): 19-25.
- Silverman, J.A., ve Halmi, K. (1992). **Psychobiology and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa**. Washington: American Psychiarty Press, 3-17.
- Sinirlioğlu Ertaş, H. (2006). **Yeme Bozuklukları: Anoreksiya, Bulimiya ve Diğerleri**. Tınış Yayınları, İstanbul.
- Siyez, D.M. (2006). Yeme bozukluğu olan çocuklar ve ergenler etiyolojisi ile ilgili çalışmalar, mücadele, değerlendirme ve tedavi. **Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi**, 20:21-27.
- Strand, E. (2004). A new eating disorders. **Psychol Today**, 37 (5): 16-19.
- Striegel, R.H., and Smolak, L. (2001). Eating disorders. **Innovative Directions in Research and Practice**, American Psychological Association, Wahington D.C.
- Strumia, R. (2003). Bulimia and anorexia nervosa: cutaneous manifestations. **Journal of Cosmetic Dermatology**, 1: 30-34.
- Sundgot, B.J., Rosenvinge, J., and Bahr, R. (2002). The effect of exercise, cognitive therapy and nutritional counselling in treating bulimia nervosa. **Medical Science Sports Exercises**, 34 (2): 190-195.
- Sztainer, D.N., Wall, M., Story, M., and Fulkerson, J.A. (2004). Are family meal patterns associated with disordered eating behaviors among adolescents. **Journal of Adolescents Health**, 35: 350- 359.

- Tahiroğlu, A.Y., Fırat, S., Diler, R.S., ve Avcı, A. (2005). Erkek çocuklarda yeme bozuklukları: Bir anoreksiya nervroza vakası. **Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi**, 48: 151-157.
- Taylor, C.B., Sharpe, T., Shisslak, C., Bryson, S., Estes, L.S., Gray, N., Mcknight, K.M., Crago, M., Kraemer, H.C., and Killen, J.D. (1998) Factors associated with weight concerns in adolescent girls, **International Journal of Eating Disorders**, 24: 31-42.
- The Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) Research Group. (2001). Influence of intensive diabetes treatment on body weight and composition of adults with Type I DM in diabetes control and complications trial. **Diabetes Care**, 24 (10), 1711-1721.
- Thiel, A., Brooks, A., Ohlmeier, M., Jacoby, G.E., and Schüßler, G. (1995). Obsessive compulsive disorder among patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. **American Journal of Psychiatry**, 152:72-75.
- Tükel, R. (1997). Obsesif kompulsif spektrum bozuklukları. **3 P Dergisi**, 5: 5-12.
- Ünalan, D., Öztop, B.D., Elmalı, F., Öztürk, A., Konak, D., Pırlak, B., and Güneş, D. (2009). Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. **İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, 16 (2): 75-81.
- Vandereckeyn, W. (2002). History of anorexia and bulimia nervosa. **A Comprehensive Handbook**, 2nd edition. Newyork: The Guilford Press: 151-154.
- Yeşilbursa, D. (2000). Lise öğrencilerinde anoreksiya nervroza- bulimiya nervroza sıklığı ve beden imgesi değerlendirilmesi. **Uzmanlık Tezi**, İstanbul.
- Yücel, B. (2009). Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: Yeme bozuklukları. **Klinik Gelişim Dergisi**, 22 (4): 39-44.

EK-1

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE ORTOREKSİYA NERVOSA (SAĞLIKLI
BESLENME TAKINTISI) BELİRTİLERİNİN İNCELENMESİ
ANKET SORULARI**

1.Demografik Bilgiler

- 1.Cinsiyetiniz: Erkek () Kız ()
- 2.Yaşınız: -----
- 3.Boyunuz: ----- 4.Kilonuz: -----
- 5.Nerede yaşıyorsunuz?
- (1) Yurtta
- (2) Evde

2. Yeme Tutum Ölçeği

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

- | | <i>Her Zaman</i> | <i>Sık Sık</i> | <i>Genellikle</i> | <i>Bazen</i> | <i>Nadiren</i> | <i>Hiçbir Zaman</i> |
|---|------------------|----------------|-------------------|--------------|----------------|---------------------|
| 1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| 2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim
yemeği yemem | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| 3. Yemekten önce sıkıntılı olurum | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| 4. Şişmanlamaktan ödüm kopar. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| 5. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| 6. Aklım fikrim yemektedir..... | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| 7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| 8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim..... | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| 9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| 10. Ekmek, patates, pirinç, makarna vb. gibi yüksek kalorili
yiyeceklerden kaçınırım | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |

	<i>Her Zaman</i>	<i>Sık Sık</i>	<i>Genellikle</i>	<i>Bazen</i>	<i>Nadiren</i>	<i>Hiçbir Zaman</i>
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
12. Ailem fazla yememi bekler	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
13. Yemek yedikten sonra kusarım	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz yaparım.....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
17. Günde birkaç kez tartılırım	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
19. Et yemekten hoşlanırım.....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
20. Sabahları erken uyanırım	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
21. Günlerce aynı yemeği yerim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
23. Adetlerim düzenlidir (Yalnızca kızlar cevaplandıracak)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
25. Şişmanlayacağım düşüncesi zihnimi meşgul eder	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
26. Yemeklerimi yemek, başkalarınıninkinden daha uzum sürer ..	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
27. Lokantada yemek yemeyi severim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
28. Müshil kullanırım.....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını düşünürüm.....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
34. Yiyecekler ile ilgili düşünceler çok zamanımı alır.....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
35. Kabızlıktan yakınırım.....	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
37. Diyet (perhiz) yaparım	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
39. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

		Evet	Hayır
1	Alışveriş esnasında organik sebze ve meyveleri alırım		
2	Yemeklere katılan besinlerin doğal olmasına dikkat ederim		
3	Tek kullanımlık çatal, kaşık, tabak, bardak vb. kullanmayı daha çok severim		
4	Yemek hazırlarken malzemeleri gramajı gramajına tam uygun şekilde eklerim		
5	Yemek hazırlarken alüminyum kapları tercih etmem		
6	Mutfağımda en küçük bir çöp dahi olsa kendimi huzursuz hissedirim		
7	Gıda alışverişlerinde kendime göre sağlıklı olanları satın almayı tercih ederim		
8	Mutfakta yemek hazırlarken etrafın kirli ve dağınık olmasını istemem		
9	Mutfağımda masanın üzerinde veya etrafında en küçük çöp bile beni rahatsız eder		
10	Günlük beslenme alışkanlığında yeterli ve dengeli beslenmeye dikkat ederim		
11	Öğünlerdeki yemeklerin belirli bir renkte yeme konusunda ısrar ederim		
12	Yemekleri hazırlamada (hazırlarken) “sağlıklı beslenme” konusuna özen gösteririm		

3. Orto-15 Testi

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

Her Zaman	Sık Sık	Bazen	Hiçbir Zaman
-----------	---------	-------	--------------

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

4. OBSESİF BELİRTİ TESTİ

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

	BİLGİLER	Doğru	Yanlış
1.	Bana bir hastalık bulaşır korkusuyla herkesin kullandığı telefonları kullanmaktan kaçınırım.	Doğru	Yanlış
2.	Sık sık hoşla gitmeyen şeyler düşünür, onları zihnimden uzaklaştırmakta güçlük çekerim.	Doğru	Yanlış
3.	Dürüstlüğe herkesten çok önem veririm.	Doğru	Yanlış
4.	İşleri zamanında bitiremediğim için çoğu kez geç kalırım.	Doğru	Yanlış
5.	Bir hayvana dokununca hastalık bulaşır diye kaygılanırım.	Doğru	Yanlış
6.	Sık sık havagazını, su musluklarını ve kapıları birkaç kez kontrol ederim.	Doğru	Yanlış
7.	Değişmez kurallarım vardır.	Doğru	Yanlış
8.	Aklıma takılan nahoş düşünceler hemen hemen her gün beni rahatsız eder.	Doğru	Yanlış
9.	Kaza ile başkasına çarptığımda rahatsız olurum.	Doğru	Yanlış
10.	Hergün yaptığım basit günlük işlerden bile emin olamam.	Doğru	Yanlış
11.	Çocukken annem de babam da beni fazla sıkmazlardı.	Doğru	Yanlış
12.	Bazı şeyleri tekrar tekrar yaptığım için işimde geri kaldığım oluyor.	Doğru	Yanlış
13.	Çok fazla sabun kullanırım.	Doğru	Yanlış
14.	Bana göre bazı sayılar son derece uğursuzdur.	Doğru	Yanlış
15.	Mektupları postalamadan önce onları tekrar tekrar kontrol ederim.	Doğru	Yanlış
16.	Sabahları giyinmek için uzun zaman harcarım.	Doğru	Yanlış
17.	Temizliğe aşırı düşkünüm.	Doğru	Yanlış
18.	Ayrıntılara gereğinden fazla dikkat ederim.	Doğru	Yanlış
19.	Pis tuvaletlere giremem.	Doğru	Yanlış
20.	Esas sorunum bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmemdir.	Doğru	Yanlış
21.	Mikrop kapmak ve hastalanmaktan korkar ve kaygılanırım.	Doğru	Yanlış
22.	Bazı şeyleri birden fazla kontrol ederim.	Doğru	Yanlış
23.	Günlük işlerimi belirli bir programa göre yaparım.	Doğru	Yanlış
24.	Paraya dokunduktan sonra ellerimi kirli hissedirim.	Doğru	Yanlış
25.	Aldığım bir işi yaparken bile kaç kere yaptığımı sayarım.	Doğru	Yanlış
26.	Sabahları elimi yüzümü yıkamak çok zamanımı alır.	Doğru	Yanlış
27.	Çok miktarda mikrop öldürücü ilaç kullanırım.	Doğru	Yanlış
28.	Her gün bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek bana zaman kaybettirir.	Doğru	Yanlış
29.	Geceleri giyecekleri katlayıp asmak uzun zamanımı alır.	Doğru	Yanlış
30.	Dikkatle yaptığım bir işin bile tam doğru olup olmadığına emin olamam.	Doğru	Yanlış
31.	Kendimi toparlayamadığım için günler, haftalar hatta aylarca hiçbir şeye el sürmediğim olur.	Doğru	Yanlış
32.	En büyük mücadelelerimi kendimle yaparım.	Doğru	Yanlış
33.	Çoğu zaman büyük bir hata ya da kötülük yaptığım duygusuna kapılırım.	Doğru	Yanlış
34.	Sık sık kendime bir şeyleri dert edinirim.	Doğru	Yanlış
35.	Önemsiz ufak tefek işlerde bile karar verip işe girişmeden önce düşünürüm.	Doğru	Yanlış
36.	Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır.	Doğru	Yanlış
37.	Bazen önemsiz düşünceler aklıma takılır ve beni günlerce rahatsız eder.	Doğru	Yanlış



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Öğrenci İşleri Dairesi Başkanlığı)

SAYI : B.30.2.GÜN.0.72.01.38/1453 - 4881
KONU: İzin

..../..../2009

24 Mart 2009

EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İLGİ : 28/01/2009 tarih ve B.30.2.GÜN.0.44.72.00/458 sayılı yazınız.

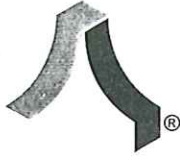
Enstitünüz Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Bilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi İhsan KAZKONDU, Yrd.Doç.Dr.Leyla ÖZGEN'in danışmanlığında yürüttüğü "Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervosa (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) Belirtilerinin İncelenmesi " konulu tez çalışmasının anket uygulamasını yapabilmesine izin verilmesi hakkındaki ilgi yazınız, anket çalışması yapılacak Üniversite Rektörlüklerine iletilmiş olup; alınan cevabi yazılar ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. Duran ALTIPARMAK
Rektör Yardımcısı

Ek :

-Cevabi yazılar (3 adet)



TOBB EKONOMİ VE TEKNOLOJİ ÜNİVERSİTESİ

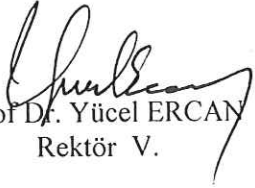
Sayı: B.30.2.ETÜ.0 79 00 00 / 952.99.001
Konu: Tez ile ilgili anket uygulaması hk.

26.02.2009* 0750

GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Dairesi Başkanlığı)

İlgi: 16.02.2009 tarih ve B.30.2.GÜN.0.72.01.38/ 607- 2651 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Eğitim Bilimleri Enstitüsü Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Dalı, Yüksek Lisans öğrencisi, İhsan KAZKONDU'nun Yrd. Doç Dr. Leyla ÖZGEN'in danışmanlığında yürüttüğü "Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervosa (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) Belirtilerinin İncelenmesi" konulu tez ile ilgili olarak uygulamak istediği anket çalışmasını Üniversitemiz öğrencilerine uygulayabileceği hususunu bilgilerinize arz ederim.


Prof. Dr. Yücel ERCAN
Rektör V.



1993

**BAŞKENT
ÜNİVERSİTESİ**



**TS-EN-ISO 9001
KALİTE SİSTEM BELGESİ**

Sayı: B.30.2.BŞK.0.00-262

27 Şubat 2009

T.C.
Gazi Üniversitesi Rektörlüğüne,
ANKARA

İlgi: 16 Şubat 2009 tarih ve B.30.2.GÜN.0.72.01.38/607-2651 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınızda sözü edilen Üniversiteniz Eğitim Bilimleri Enstitüsü Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Dalı, yüksek lisans öğrencisi İhsan Kazkondü'nün Yrd. Doç. Dr. Leyla Özgen'in danışmanlığında yürüttüğü "Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervosa (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) Belirtilerinin İncelenmesi" konulu anket çalışmasını Üniversitemiz öğrencilerine uygulaması tarafımızca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Korkut Ersoy
Rektör Yardımcısı