



T. C.

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE ORTOREKSİYA NERVOZA

Dr. EMRE ERŞAHİNOĞLU

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. LUT TAMAM

ADANA-2023

TEŞEKKÜR

Eğitimim boyunca değerli bilgi ve tecrübeleriyle desteğini esirgemeyen, bizlere daima sabır ve hoşgörü ile yaklaşan, saygıdeğer hocam, Doç. Dr. Mehmet Emin DEMİRKOL'a,

Asistanlarının tüm sorunlarında anlayışla yol gösteren ve her konuda desteğini hissettiğimiz başta anabilim dalı başkanımız sayın Prof. Dr. Lut TAMAM olmak üzere Prof. Dr. Feridun BÜLBÜL'e, Prof. Dr. Gonca KARAKUŞ'a, Doç. Dr. Soner ÇAKMAK ve Dr. Öğr. Üy. Zeynep NAMLI'ya

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım bütün çalışma arkadaşlarıma,

Tez sürecinin en başından beri desteğini esirgemeyen dostum Uzm. Dr. Burak KAMIŞ'a,

Her zaman koşulsuz güveni hissettiren ve desteğini esirgemeyen annem, babam, kardeşlerim ve sevgili eşim Şule'ye ve biricik kızım Beste'ye sonsuz teşekkür ederim...

Haziran 2023

Dr. Emre ERŞAHİNOĞLU

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLO LİSTESİ.....	V
ŞEKİL LİSTESİ.....	VI
GRAFİK LİSTESİ	VII
KISALTMA LİSTESİ	VIII
ÖZET	IX
ABSTRACT.....	X
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Yeme Davranışı	6
2.2. Sağlıklı Yeme Davranışı	6
2.3. Bozulmuş Yeme Davranışı	7
2.4. Yeme Davranışına Etki eden Psikososyokültürel Etkenler	8
2.5. Yazılı, Görsel, Sosyal Medya ve Etkisi	9
2.6. Yeme Bozuklukları	11
2.7. Yeme Bozukluklarında Epidemiyoloji	11
2.8. Türkiye’de Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi.....	12
2.9. Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi	14
2.10. Biyolojik Faktörler.....	14
2.11. Yeme bozuklukları sınıflandırma.....	19
2.11.1. Anoreksiya Nervoza	19
2.12. Epidemiyoloji.....	20
2.13. Etiyolojisi.....	20
2.13.1. Bulimiya nervoza	23
2.14. Epidemiyolojisi	23
2.15. Etiyoloji	24
2.15.1. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu.....	26
2.16. Epidemiyoloji.....	27
2.17. Pika	27
2.17.1. Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu.....	28

2.17.2. Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu	29
2.17.3. Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozuklukları	30
2.17.4. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu	32
2.18. Ortoreksiya.....	32
2.19. Sağlıklı Ortoreksiya	33
2.20. Ortoreksiya Nervoza	34
2.21. Ortoreksiya Nervoza'nın Belirtileri	35
2.22. Ortoreksiya Nervoza ve Sağlıklı Ortoreksiya Ayrımı	36
2.23. Ortoreksiya Nervoza ve Yeme Bozuklukları İlişkisi	37
2.24. Kişilik Özellikleri ve Ortoreksiya Nervoza İlişkisi	37
2.25. Ortoreksiya Nervoza ve Obsesif Kompulsif Bozukluk	38
2.26. Ortoreksiya Nervoza Bir Yeme Bozukluğu Mudur?	39
2.27. Ortoreksiya nervoza gelişmesinde etkili faktörler	39
2.28. Sosyal Medyanın Rolü.....	40
2.29. Beden Kitle Endeksi	40
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	41
3.1. Verilerin Toplanması.....	41
4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	42
4.1. Sosyodemografik Veri Formu	42
4.2. Kullanılan Ölçekler.....	42
4.2.1. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)	42
4.3. Orto-11 Ölçeği	43
4.4. Ortoreksiya Nervoza Envanteri (ONE).....	43
4.5. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D).....	44
4.6. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A).....	44
4.7. İstatistiksel Analiz.....	44
5. BULGULAR.....	46
5.1. Sosyodemografik Veriler	46
5.2. Beslenme ve Egzersize İlişkin Veriler	50
5.3. Uygulanan Ölçeklere İlişkin Veriler	52
6. TARTIŞMA	55
6.1. Çalışmanın Kısıtlılıkları.....	60

6.2. Çalışmanın Güçlü Yanları	60
7. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	61
KAYNAKLAR	62
EKLER.....	71
Ek-1: Sosyodemografik Veri Formu.....	71
Ek-2: Hamilton Depresyon Ölçeği	72
Ek-3: Ortoreksiya Nervoza Envanteri (ONE) Ölçeği	74
Ek-4: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi	76
Ek-5: Hamilton Anksiyete Ölçeği.....	79
Ek-6: Akademik Kurul Kararı	81
ÖZGEÇMİŞ	82

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Sosyodemografik veriler.....	48
Tablo 2. Öğrenci Grubun Cinsiyetlere göre Alkol, Sigara ve Madde Kullanımı	49
Tablo 3. Kontrol Grubun Cinsiyetlere göre Alkol, Sigara ve Madde Kullanımı	49
Tablo 4. Katılımcılarda Beslenme ve Egzersize İlişkin Veriler.....	50
Tablo 5. Öğrenci Grubun Cinsiyetlere göre Egzersiz, Diyet ve Sosyal Medya Kullanımı Verileri.....	51
Tablo 6. Kontrol Grubun Cinsiyetlere göre Egzersiz, Diyet ve Sosyal Medya Kullanımı Verileri.....	52
Tablo 7. Katılımcılara Uygulanan Ölçeklere İlişkin Veriler.....	52
Tablo 8. Öğrenci ve Kontrol grupları arasındaki MOKSL toplam puan ve alt ölçekleri karşılaştırması	53
Tablo 9. Öğrenci ve kontrol grupları arasındaki ONE toplam ve alt ölçekleri karşılaştırması	54

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. DSM-5'e göre Anoreksiya Nervoza tanı kriterleri.....	22
Şekil 2. Bulimiya Nervoza tanı kriterleri.....	25
Şekil 3. DSM-5'e göre Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu tanı kriterleri.....	26
Şekil 4. DSM-5'e göre Pika tanı kriterleri.....	28
Şekil 5. DSM-5'e göre Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu tanı kriterleri	29
Şekil 6. DSM-5'e göre Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu tanı kriterleri.....	30
Şekil 7. DSM-5'e göre Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozuklukları.....	31
Şekil 8. DSM-5'e göre Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu tanı kriterleri	32

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1. Öğrenci ve Kontrol grubu cinsiyet dağılımı.....	46
Grafik 2. Öğrenci ve Kontrol grubu yaş ortalaması	47



KISALTMA LİSTESİ

AN : Anoreksiya Nervosa

BKİ : Beden Kitle İndeksi

BN : Bulimiya Nervoz

DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

HAM-A : Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği

HAM-D : Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

ICD-10 : International Classification of Disease-10 (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-10)

MOKSL : Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi

OKB : Obsesif Kompulsif Bozukluk

ON : Ortoreksiya Nervosa

ONE: Ortoreksiya Nervosa Envanteri

SCID-5 : DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Klinik Versiyon

SERT : Serotonin Taşıyıcısı

SSGI : Seçisi Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

TSSB : Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TYB: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

Vb. : Ve Benzeri

YB : Yeme Bozuklukları

ÖZET

Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervosa

Amaç: Ortoreksiya nervosa terim olarak, sağlıklı besinlerin tüketimi ile alakalı patolojik fiksasyonun tanımlanması amacıyla kullanılmaktadır. Ortoreksiya nervozanın anoreksiya nervosa, obsesif kompulsif bozukluk, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, bedensel belirti bozukluğu, hastalık anksiyetesi bozukluğu ve psikotik bozukluklar gibi başka ruhsal hastalıklarla bazı fenomenolojik özelliğin paylaştıkları varsayılmaktadır. Bu çalışmada tıp fakültesinde öğretim gören öğrencilerde ortoreksiya nervosa eğilimi ve ilgili etkenlerin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem: Çalışma, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğinde ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık biriminde yürütülmüştür. Çalışma 2 örneklem grubundan oluşmaktadır: Her 2 gruba Sosyodemografik Veri Formu, ORTO-11 ölçeği, Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi, Ortoreksiya Nervosa Envanteri, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya toplam 104 öğrenci ve 104 kontrol olmak üzere 208 katılımcı dahil edildi. Katılımcılardan öğrenci grubunun 55'i kadın (% 52,9) ve 49'u erkek (%47,1) ; kontrol grubunun 59'u kadın (% 56,7) ve 45'i erkek (%43,3) şeklindeydi. Öğrenci grubunda egzersiz, diyet ve sosyal medyada sağlıklı beslenme ile ilgili program takip edilmesi verileri değerlendirildiğinde kadınların sosyal medyada sağlıklı beslenme ile ilgili program takip etmesi erkeklerle göre anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. (p:0.008) .Öğrenci grubunda Egzersiz ve diyet uygulanması değerlendirildiğinde anlamlı fark görülememiştir. (sırasıyla p:0.734, p:151). Kontrol grubunda egzersiz, diyet ve sosyal medyada sağlıklı beslenme ile ilgili program takip edilmesi verileri değerlendirildiğinde kadınların sosyal medyada sağlıklı beslenme ile ilgili program takip etmesi erkeklerle göre anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. (p:0.004) Egzersiz ve diyet uygulanması değerlendirildiğinde anlamlı fark görülememiştir. (sırasıyla p:0.072, p:302). Katılımcılara uygulanan ölçeklerin birbiri ile korelasyonu incelendi. Orto-11 ölçeği ile Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) arasındaki korelasyon anlamlı bulundu. (p:0,001) Ortoreksiya Nervosa Envanteri (ONE) ile Hamilton anksiyete ölçeği arasındaki korelasyon anlamlı bulundu. (p: 0,041) Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) Alt Ölçekler öğrenci ve kontrol gruplarında ayrı ayrı değerlendirildiğinde; öğrenciler ve kontrol grubu arasında MOKSL toplam puan ve kontrol, yavaşlık alt ölçekleri arasında anlamlı fark gözlenmemiştir. (sırasıyla p:0.381,p:0.380, 0.393) MOKSL temizlik alt ölçeği kontrol grubunda anlamlı olarak yüksek (p:0.022), kuşku alt ölçeğinde kontrol grubu anlamlı olarak yüksek (p:0.001) ; ruminasyon alt ölçeğinde ise öğrenci anlamlı olarak yüksek (p:0.001) olarak saptanmıştır.

Sonuç: Ortoreksiya nervozayı etkileyen bazı faktörler, özel bir diyet uygulama, sosyal medyada diyet programı takip etme, sosyal medyada zaman geçirme, sağlık uğraşları ve sağlıklı beslenme kaygılarıdır. Fiziksel aktivite, sigara kullanımı, ve cinsiyete göre ortoreksiya nervosa eğilimi açısından farklılık yoktu. Obsesif özelliklerin belirginliği, kadınların sosyal medyada diyet programlarının takibi ile ortoreksiya nervosa arasında pozitif yönlü bir ilişki vardı.

Anahtar Kelimeler: beslenme ve yeme bozuklukları, sosyal medya, ortoreksiya nervosa, tıp fakültesi öğrencileri,

ABSTRACT

Orthorexia nervosa in medical school students

Objective: The term orthorexia nervosa is used to define a pathological fixation related to the consumption of healthy foods. It is hypothesized that orthorexia nervosa shares certain phenomenological characteristics with other mental disorders such as anorexia nervosa, obsessive-compulsive disorder, obsessive-compulsive personality disorder, somatic symptom disorder, illness anxiety disorder, and psychotic disorders. This study aims to evaluate the tendency towards orthorexia nervosa and related factors among medical students.

Method: The study was conducted at the Psychiatry Outpatient Clinic of Çukurova University Medical Faculty and the Dean's Office unit of Çukurova University Medical Faculty. Socio-demographic Data Form, ORTO-11 Scale, Maudsley Obsessive-Compulsive Questionnaire, Orthorexia Nervosa Inventory, Hamilton Depression Rating Scale, and Hamilton Anxiety Rating Scale were administered to both groups.

Results: A total of 208 participants, including 104 students and 104 controls, were included in the study. Among the participants, 55 students were female (52.9%) and 49 were male (47.1%), while among the control group, 59 were female (56.7%) and 45 were male (43.3%). When evaluating the data on exercise, diet, and following nutrition-related programs on social media in the student group, it was found that females had a significantly higher rate of following nutrition-related programs on social media compared to males ($p: 0.008$). No significant difference was observed in exercise and diet implementation in the student group ($p: 0.734$, $p: 0.151$, respectively). In the control group, females had a significantly higher rate of following nutrition-related programs on social media compared to males ($p: 0.004$). No significant difference was observed in exercise and diet implementation in the control group ($p: 0.072$, $p: 0.302$, respectively). The correlation between the administered scales was examined. A significant correlation was found between the ORTO-11 scale and the Maudsley Obsessive-Compulsive Questionnaire (MOCQ) ($p: 0.001$). A significant correlation was found between the Orthorexia Nervosa Inventory (ONI) and the Hamilton Anxiety Scale ($p: 0.041$). When the MOCQ Subscales were separately evaluated in the student and control groups, no significant difference was observed in the total score of MOCQ and the control and slowness subscales between students and the control group ($p: 0.381$, $p: 0.380$, 0.393 , respectively). The cleanliness subscale of MOCQ was significantly higher in the control group ($p: 0.022$), the doubt subscale was significantly higher in the control group ($p: 0.001$), and the rumination subscale was significantly higher in the student group ($p: 0.001$).

Conclusion: Orthorexia nervosa was found to be influenced by factors such as following a specific diet, following diet programs on social media, spending time on social media, health concerns and preoccupations. There was no difference in orthorexia nervosa tendency based on physical activity, smoking, and gender. The prominence of obsessive traits showed a positive relationship between female individuals and the following of diet programs on social media in relation to orthorexia nervosa.

Keywords: nutrition and eating disorders, social media, orthorexia nervosa, medical students.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Geçmiş yüzyıldan beri insanlık pandemilerle, modern dünyanın getirileri olan stres, fiziksel sedanter yaşam, sağlıklı gıdaya ulaşamama ile mücadele etmektedir. Diğer yandan sağlıklı bedene sahip olma düşüncesi için çabalamak kişisel bir gereklilik olarak algılanmaktadır.¹ Bu düşünceler gereğince sağlık, hayattaki hedeflere ulaşabilmek için yaşama amacı olmuştur. Yaşadığımız çağda insanlar, sağlıklı olmak için dünyaya ilk adımını attığından beri uğraşılarda bulunmuştur.¹

Yeme bozuklukları, psikolojik, sosyal ve biyolojik faktörlerin karmaşık etkileşimi sonucu ortaya çıkan ciddi ve yaygın bir sağlık sorunudur. Bu bozukluklar, bireylerin yeme alışkanlıklarını, beslenme davranışlarını ve beden algılarını etkileyen psikopatolojik durumları ifade eder. Son yıllarda, yeme bozuklukları, özellikle üniversite öğrencileri arasında artan bir endişe kaynağı haline gelmiştir. Üniversite dönemi, birçok genç yetişkinin yaşamında önemli bir dönüm noktasıdır. Bu dönemde, öğrencilerin yeni sorumluluklarla karşılaşması, akademik ve sosyal baskılarla başa çıkması ve beden imajı konularında yoğun bir farkındalık geliştirmesi gibi zorluklarla karşılaşmaları muhtemeldir. Bu faktörler, yeme bozukluklarının üniversite öğrencileri arasında daha sık görülme olasılığını artırabilir.

Araştırmalar, üniversite öğrencileri arasında yeme bozukluklarının yaygınlığının arttığını göstermektedir. Bu bozukluklardan en yaygın olanları, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğudur. Üniversite ortamı, zayıf bir beden algısı, diyet kültürü ve sosyal medya gibi faktörlerin etkisiyle yeme bozukluklarına yatkınlığı artırabilir.²

Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluklarıyla ilişkili risk faktörleri arasında cinsiyet, yaş, öz değerlendirme, stres, akademik başarı beklentileri, toplumsal baskılar ve özgüven düzeyi sayılabilir. Öğrencilerin yaşadığı stres, sınav kaygısı, ilişki sorunları ve akademik baskılar, yeme bozukluklarının ortaya çıkma riskini artırabilir.

Üniversiteye yeni başlayan öğrencilerin yaşamlarında bir dönüm noktasıdır ve bu dönemde birçok yeni deneyim ve sorumlulukla karşılaşır. Sağlıklı beslenme alışkanlıklarının oluşturulması da bu deneyimler arasında önemli bir yere sahiptir. Üniversite yaşamı, öğrencilerin bağımsızlık, özgürlük ve zaman yönetimi becerilerini geliştirdiği bir dönemdir ve sağlıklı beslenme uğraşları da bu süreçte önem kazanır.

Sağlıklı beslenme, dengeli ve çeşitli bir beslenme düzenini içerir ve vücudun ihtiyaç duyduğu besinleri alarak optimal sağlık ve işlevsellik sağlamayı hedefler. Üniversiteye yeni başlayan öğrencilerin sağlıklı beslenmeyle ilgili bazı zorluklarla karşılaşabileceği

bilinmektedir.² Bu zorluklar arasında sınırlı bütçe, zaman kısıtlamaları, yemek seçeneklerinin çeşitliliği, yemek pişirme becerilerinin sınırlı olması ve sosyal etkileşimler yer alabilir.²

Tıp fakültesine devam eden öğrenciler, zorlu bir eğitim süreci ve yoğun akademik çalışmalarla karşı karşıyadır. Bu süreçte, sağlıklı beslenme alışkanlıklarının korunması ve geliştirilmesi önemlidir. Ancak, tıp fakültesi öğrencileri arasında sağlıksız beslenme yaygın bir sorundur ve çeşitli olumsuz etkilere neden olabilir. Tıp fakültesi eğitimi, yüksek bir akademik tempoya ve sınırlı zaman kaynaklarına sahip olma gerekliliğiyle bilinir. Bu durum, öğrencilerin ders çalışma, stajlar, laboratuvar çalışmaları ve hastane rotasyonları gibi yoğun programlarının yanı sıra sağlıklı bir beslenme düzenini sürdürmelerini zorlaştırabilir. Sağlıksız beslenme, yetersiz besin alımı, düzensiz öğünler, hızlı atıştırma ve fast food tüketimi gibi faktörleri içerir. Sağlıksız beslenme, tıp fakültesi öğrencilerinin sağlık ve performans açısından olumsuz sonuçlarla karşılaşmasına yol açabilir. Yetersiz besin alımı, vitamin ve mineral eksiklikleri, enerji düşüklüğü, bağışıklık sistemi zayıflığı ve konsantrasyon eksikliği gibi sorunlara neden olabilir. Bu durum, öğrencilerin sınav performansını, öğrenme kapasitesini ve genel sağlık durumunu etkileyebilir.

Tıp Fakültesi öğrencileri sağlıklı beslenme problemleri arasında en riskli grupların içerisinde. Ailelerinden ayrı yaşama, bireysel özgür seçimlerinin belirginleşmeye başlamaları, zorlu fakülte dönemlerinin fiziksel ve ruhsal durumlarını etkilemesiyle birlikte beslenmelerinde farklı bir sürece geçmişlerdir.

Çeşitli araştırmalarda özellikle Tıp Fakültesi öğrencilerinin yaşadıkları stresin akademik, sosyal ve duygusal uyumlarını olumsuz olarak etkilediği gösterilmiştir. Bazı çalışmalarda üniversitenin ilk senesinde şehir değiştiren Tıp Fakültesi öğrencilerinin psikolojik ve bilişsel bozulma yaşadıkları gösterilmiştir.³ Özellikle sınav kaygısı, düzensiz beslenme, sigara ve alkol alımının, yaşadıkları koşulların (kampüs-öğrenci evi, vb..) yeme bozukluğuna yol açma olasılığının arttırdığı bilinmektedir.⁴ Sağlık ve diyet arasında ilişki açısından birçok tartışma devam etmektedir. Son yıllarda sağlık beslenme konusunda farkındalık belirginleşmiştir. Özellikle Batı dünyasında öncelikli bir hal almıştır.⁵

Yeme bozukluğu (YB), fiziksel ve ruhsal sağlığı önemli derecede bozabilen, yeme tutumunun sekel bir rahatsızlığı ya da kilo kontrolünü hedefleyen ve genel bir tıbbi sebebe veya başka bir psikiyatrik hastalığa sekonder olmayan bir davranış olarak tanımlanmıştır⁶

Yeme bozuklukları, birçok fizyolojik ve çeşitli sağlık sorunlarına sebep olduğu gibi, ayrıca duygudurum ve kişilik bozuklukları gibi psikiyatrik rahatsızlıklara yol açabilir. Şiddetli olarak kısıtlayıcı, sağlıklı olmayan besin alımı modelleriyle karakterize, ciddi ve uyumlu

olmayan davranış spektrumudur.⁷

Ortoreksiya nervosa, son yıllarda artan bir ilgiyle incelenen bir beslenme bozukluğudur. Bu bozukluk, kişinin aşırı bir şekilde sağlıklı beslenmeye odaklanması ve "mükemmel" bir diyet takip etme takıntısıyla karakterizedir. ⁸Tıp fakültesi öğrencileri, sağlıkla ilgili bilgilere maruz kalmaları ve sağlıklı beslenme konularında derin bir bilgi birikimine sahip olmaları nedeniyle ortoreksiya nervosa riski altındadır. Tıp fakültesi öğrencilerinin ortoreksiya nervosa ile ilişkisi, karmaşık ve çok yönlüdür. Öğrencilerin tıp eğitimi sürecindeki yoğunluğu ve gerektirdiği yüksek performans beklentisi, sağlıklı bir yaşam tarzı ve beslenme düzeni üzerinde baskı yaratabilir. Ayrıca, tıp fakültesi öğrencileri, mesleki sorumlulukları gereği sağlığıyla ilgili bilinçli olmak ve hasta danışanlara doğru beslenme tavsiyeleri sunmak konusunda motivasyona sahip olma eğilimindedirler.⁸

Ancak, bu motivasyon zamanla takıntılı bir şekle dönüşebilir ve ortoreksiya nervosa gelişimine yol açabilir. Öğrenciler, sağlıklı beslenmeyi abartarak sosyal etkileşimlerden ve yaşamdan zevk almaktan vazgeçebilir. Aşırı kısıtlayıcı bir diyet takip etmek, obsesif düşünceler, sürekli besinleri kontrol etme ihtiyacı ve yoğun bir suçluluk duygusu ortaya çıkabilir. Bu durum, fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlık üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir. ⁹Tıp fakültesi öğrencilerinde ortoreksiya nervosa riskini azaltmak için çeşitli önlemler alınabilir. Öncelikle, tıp eğitim programlarında sağlıklı beslenme konuları ele alınırken, dengeli ve esnek bir yaklaşımın vurgulanması önemlidir. Öğrencilere, sağlıklı beslenmenin yanı sıra yaşamın diğer alanlarına da önem vermenin gerekliliği hatırlatılmalıdır. Ayrıca, tıp fakültesi öğrencilerine sağlıklı bir beslenme düzeni hakkında doğru bilgiler sağlamak ve ortoreksiya nervosa belirtilerini tanımaları konusunda destek sağlamak gerekmektedir.⁹

Ortoreksiya Nervoza (ON), ciddi fiziksel komplikasyonlara yol açabilen bir ruhsal bozukluktur. ON'nin komplikasyonları, yetersiz beslenme, vitamin ve mineral eksiklikleriyle ilişkilidir ve bazı durumlarda asit-baz dengesi ve elektrolit dengesinde bozulmalara neden olabilir. ¹⁰

Hiponatremi: Ortorektik bireylerde düşük sodyum seviyeleri görülebilir. Şiddetli hiponatremi, suyun fazla tüketilmesi veya sodyum içeren gıdaların kısıtlanması gibi faktörlerle ilişkilendirilebilir. Hiponatremi, hücre içi ve hücre dışı sıvı dengesinde bozukluklara ve ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir.¹⁰

Hipokalemi: ON'li bireylerde düşük potasyum seviyeleri gözlemlenebilir. Bu durum, beslenmedeki sınırlamalar ve düşük kalorili diyetlerle ilişkilendirilebilir. Hipokalemi, kas

zayıflığı, kalp ritim bozuklukları ve böbrek fonksiyonlarında sorunlara neden olabilir.¹⁰

Metabolik Asidoz: ON'li bireylerde asidik pH seviyeleri görülebilir. Bu durum, sağlıklı beslenme takıntısı nedeniyle alkali içeren gıdaların aşırı tüketilmesi veya asidik gıdaların kısıtlanmasıyla ilişkilendirilebilir. Metabolik asidoz, kan pH'sının düşmesine ve vücutta asidik bir ortam oluşmasına yol açarak çeşitli sistemik etkilere sahip olabilir.¹⁰

Cilt Altı Amfizem ve Mediastinal Amfizem: ON'li bireylerde nadir durumlarda cilt altı amfizem (hava birikimi) veya mediastinal amfizem (göğüs boşluğundaki hava birikimi) gelişebilir. Bu durumlar genellikle aşırı ve hızlı besin tüketimi sonucunda ortaya çıkar ve ciddi sağlık riskleri taşır.

Pansitopeni: ON'li bireylerde nadiren pansitopeni (tüm kan hücrelerinde azalma) görülebilir. Bu durum, yetersiz beslenme nedeniyle kemik iliği fonksiyonlarının bozulmasına bağlı olarak kan hücrelerinde azalmaya yol açabilir. Pansitopeni, bağışıklık sistemi sorunları, enfeksiyonlara yatkınlık ve kanama eğilimini artırabilir.¹⁰

Yeme bozukluklarının tarihçesine bakıldığında anoreksiya nervoza (AN) ve bulimiya nervoza (BN) daha erken tarihlerde yeme bozuklukları olarak DSM' de belirtilmiştir.

Günümüzde diyet merkezleri, televizyon ve internet ortamında diyet önerileri çok artmıştır. Bununla beraber eczanalarda ve sağlık kuruluşlarında kilo kontrolü açısından tedavi seçeneklerinin artması yeme bozukluklarına olan ilgiyi de arttırmış durumdadır.¹¹

Ancak önerilerin hayata geçirilmesi sırasında bazı kişilerin hassasiyeti aşırıya kaçabilmektedir. Bu nedenle de beslenme konusunda keskin düşüncelere sahip olabilmekte ve bazı besinlerden kaçınma davranışlarda bulunabilmektedirler. Sağlıklı beslenme takıntısı da bu durumlarda kendisini göstermektedir. Ortoreksiya Nervoz (ON) kavramı ilk olarak Bratman tarafından 1997 senesinde ortaya atılmıştır.¹²

Bratman'a göre Ortoreksiya Nervoz (ON) ilk olarak herhangi bir hastalığı sağaltım ya da profilaksisi için (örn: hiperkolesterolemi, astım, diyabet, kalp hastalığı vs) diyetlerinde var olan yağ, şeker, yapay takviyeler ve kimyasalları bırakmakla başlamaktadır. İlk zamanlarda sağlıklı beslenmek amacıyla başlanan bu alışkanlıklar sonrasında yemek planlanması, alışveriş yapmak, hazırlamak ve yemekte geçen zamanın fazlalaşmasıyla kişinin yaşamında sağlıklı olmayan bir saplantıya çevrilmesine başlar. Kişiler uyguladıkları diyetle üstün görürler ve kendileriyle onur duyarlar. Ancak diyet rutinlerine uymadıklarında aşırı suçluluk ve kınama duyguları olacaktır.¹³

Ortoreksiya Nervoz'nın anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozadan farkı, zayıf

kalma, daha güzel görünme ile alakalı düşüncelerin tersine, vücuda zarar veren besinleri almama ile kendini gösterir.

Kimyasal ve yapay maddeler içeren besinlerden kaçınma(örn: pestisit, herbisit vs) ve organik besinleri tüketme konusunda patolojik derecesinde obsesif olma hali ile özelliktir. Uzun zaman bu şekilde beslenmesine dikkat eden kişilerde beslenme ilgili bazı yetersizlikler gelişmektedir. Evlerinin dışında başka yerlerde beslenmekten kaçındıklarından dolayı sosyal ilişkilerinde de gerileme görülebilmektedir.¹⁴

Özgüven eksikliği bulunan, tedirgin, takıntılı, narsist kişilerde Ortoreksiya Nevroza görülme olasılığı fazla görülmektedir.¹⁵



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yeme Davranışı

Yeme davranışı, bireylerin besin alımını düzenleme ve kontrol etme sürecidir. Bu süreç, fizyolojik, psikolojik, sosyal ve çevresel faktörlerin etkileşimiyle şekillenir. Yeme davranışı, insanların besinleri seçme, miktarını belirleme, yeme hızını kontrol etme ve besinleri sindirme sürecini içerir.¹⁶

Fizyolojik olarak, yeme davranışı açlık, tokluk, iştah ve metabolik sinyallerle yakından ilişkilidir. Beyindeki açlık ve tokluk merkezleri, enerji düzeylerini izler ve uygun besin alımını sağlamak için sinyaller gönderir. Ayrıca, hormonal düzenlemeler de yeme davranışını etkiler. Örneğin, leptin ve grelin gibi hormonlar, iştahı düzenler ve besin alımını kontrol eder.¹⁷

Psikolojik olarak, yeme davranışı duygusal durumlar, stres, ödül ve motivasyonla ilişkilidir. Bireyler, mutluluk, üzüntü, sıkıntı gibi duygusal durumları yaşadıklarında besinlere başvurabilirler. Ayrıca, ödül sistemi de yeme davranışını etkiler. Tatlı veya yağlı yiyecekler gibi ödül sağlayan besinler, beyindeki ödül merkezlerini uyarak yeme isteğini artırabilir.¹⁶

Sosyal ve çevresel faktörler de yeme davranışını etkiler. Toplumun beslenme alışkanlıkları, kültürel normlar, yemek ortamı, porsiyon büyüklükleri ve reklamlar gibi faktörler, besin seçimini ve yeme davranışını etkileyebilir. Örneğin, yemekleri paylaşmak, sosyal bağları güçlendirebilir ve yeme davranışını etkileyebilir.¹⁶

Yeme davranışıyla ilgili bazı sorunlar ortaya çıkabilir. Beslenme bozuklukları, yeme davranışının anormal ve sağlıksız bir şekilde düzenlenmesiyle karakterizedir. Anoreksiya nervosa, bulimia nervosa ve tıknırcasına yeme bozukluğu gibi bozukluklar, yeme davranışının patolojik bir şekilde değiştiği durumları ifade eder.

2.2. Sağlıklı Yeme Davranışı

Sağlıklı yeme davranışı, bireylerin beslenme ihtiyaçlarını karşılamak için doğru ve dengeli besinleri seçme, miktarını kontrol etme ve besinleri uygun şekilde tüketme sürecidir. Sağlıklı yeme davranışı, bireylerin fiziksel ve psikolojik sağlığını destekler ve kronik hastalıkların riskini azaltır.¹⁸

Sağlıklı yeme davranışı, bir dizi temel prensibe dayanır. Besin çeşitliliği, dengeli bir beslenme programının önemli bir bileşenidir. Farklı besin gruplarından yeterli miktarda alınan besinler, vücudun ihtiyaç duyduğu tüm besin öğelerini sağlar.¹⁸ Protein, karbonhidrat, yağ,

vitamin, mineral ve lif gibi besin ögeleri çeşitli besin kaynaklarından elde edilmelidir.

Sağlıklı yeme davranışında porsiyon kontrolü de önemlidir. Porsiyon boyutlarının uygun şekilde ayarlanması, gereksiz kalori alımını önler ve kilo kontrolüne yardımcı olur. Doymuş yağ, şeker ve tuz gibi sağlığa zararlı bileşiklerin tüketiminde sınırlamalar yapmak da önemlidir.¹⁹

Sağlıklı yeme davranışının bir diğer önemli yönü, düzenli ve dengeli bir öğün planlamasıdır. Kahvaltı, öğle ve akşam yemekleri, enerji ve besin ögelerinin dengeli bir şekilde dağıtılmasını sağlar. Ayrıca, ara öğünlerin eklenmesi, açlık hissini önler ve kan şekeri düzeyini stabil tutar.²⁰

Sağlıklı yeme davranışı aynı zamanda yavaş ve bilinçli yeme alışkanlığına dayanır. Yiyeceğin tadını, kıvamını ve aromasını fark etmek, besinlerin sindirim sürecini iyileştirir ve doyumluk hissini artırır. Yemek sırasında dikkatli olmak, porsiyon kontrolünü sağlar ve aşırı yeme eğilimini azaltır.²⁰

Bireylerin sağlıklı yeme davranışı geliştirebilmesi için besin etiketlerini doğru bir şekilde okumaları ve besin değerlerini anlamaları önemlidir. Besin kaynaklarını doğru bir şekilde seçmek ve işlenmiş gıdaların tüketimini sınırlamak da sağlıklı yeme davranışının bir parçasıdır.

2.3. Bozulmuş Yeme Davranışı

Kişilerin beslenme düzeni ve davranışlarında sıkıntılı bir durum anında, fiziksel veya ruhsal bir rahatsızlık bulunduğu ya da kilo verilmesi ve daha sıkı görünebilmek gibi farklı bireysel sebeplere bağımlı olarak geçici değişiklik ve bozulmalar gerçekleşebilir.²¹ Bu durum, sağlıksız bir diyetin benimsendiği, besin eksikliklerinin yaşandığı ve/veya aşırı yağlı, şekerli veya işlenmiş gıdaların ağırlıklı olarak tüketildiği bir beslenme tarzını kapsar.

Düzensiz beslenme, birçok faktöre bağlı olarak ortaya çıkabilir. Bireylerin yaşam tarzı, kültürel etkiler, maddi olanaklar, zaman yönetimi zorlukları, duygusal durumlar ve besin bilinci eksikliği gibi etmenler düzensiz beslenmeyi etkileyebilir. Ayrıca, reklamlar, pazarlama stratejileri ve hızlı gıda sektörünün etkisi gibi dış faktörler de düzensiz beslenme üzerinde etkili olabilir.²²

Düzensiz beslenmenin birçok olumsuz etkisi vardır. Besin eksiklikleri, kilo problemleri, obezite, kalp-damar hastalıkları, diyabet, kanser ve osteoporoz gibi kronik hastalıkların riskini artırabilir. Ayrıca, enerji düşüklüğü, konsantrasyon bozukluğu, zihinsel performans

düşüklüğü, ruh hali dalgalanmaları ve sindirim sorunları gibi fiziksel ve psikolojik sorunlara yol açabilir.²³

Düzensiz beslenmeyle mücadele etmek için sağlıklı beslenme alışkanlıkları ve bilinçli gıda seçimleri teşvik edilmelidir. Bireylere dengeli bir diyetin önemi, besin grupları ve porsiyon kontrolü konusunda eğitim verilmelidir. Ayrıca, besin etiketlerini doğru okuma ve yiyecekleri hazırlama becerileri gibi pratik beslenme bilgileri sağlanmalıdır.

Sağlıklı bir beslenme ortamının oluşturulması da önemlidir. Okul ve işyerlerinde sağlıklı yiyecek seçeneklerinin sunulması, kantinlerde sağlıklı seçeneklerin teşvik edilmesi ve toplum düzeyinde sağlıklı beslenmeyi teşvik eden politikaların uygulanması gerekmektedir.²³

Bozulmuş Yeme	Yeme Bozukluğu
Temel Ayrım : Bir hayatsal olaya tepkisel. Alışkanlık. Problem yaratan hal ve davranışlar.	Hastalık durumu.
Psikolojik Belirtiler : Sağlık, sosyal, okul veya iş alanlarında sorunlara neden olmayan beden, yiyecekler ve yeme ile ilgili sık olmayan düşünceler ve davranışlardır.	Sağlık, sosyal, okul veya iş alanlarında sorunlara neden olan beden, yiyecekler ve yeme ile ilgili sık ve dirençli düşünce ve davranışlardır.
Bağılantılı Tıbbi Sorunlar : Nadiren önemli tıbbi komplikasyonlara neden olan geçici kilo değişiklikleri veya beslenme sorunları.	Hastanede yatış ve hatta ölüme neden olabilecek önemli tıbbi komplikasyonların varlığı olabilir.
Tedavi Ruh sağlığı uzmanları ve beslenme danışmanlığı yardımcı olabilir ancak kendiliğinden de düzelebilir.	Uygun tedavi olmadan sorun ortadan kalkmaz. Bununla birlikte bozulmuş yeme, yeme bozuklukları için ciddi bir risk faktörüdür.

Kaynak: Judd, 2011, s.18

2.4. Yeme Davranışına Etki eden Psikososyokültürel Etkenler

Yeme davranışı kompleks bir süreçtir ve birçok faktör tarafından etkilenir. Bu faktörler arasında psikolojik, sosyal ve kültürel etkenler bulunur. Yeme davranışını anlamak ve açıklamak için psikososyokültürel yaklaşım, bu faktörlerin etkileşimini incelemektedir.

Psikolojik etkenler, bireylerin düşünce, duygu ve davranışlarını içerir. Yeme davranışıyla ilişkili olan psikolojik etkenler arasında duygusal durumlar, stres, depresyon, anksiyete, öz saygı düzeyi ve beden algısı yer almaktadır. Örneğin, duygusal yeme, negatif duygularla başa çıkmak için yiyecek tüketme eğilimini ifade eder. Stresli bir durumla karşılaşan bir birey, stresi hafifletmek için abur cubur gibi yüksek kalorili yiyeceklere yönelebilir.

Sosyal etkenler, bireyin çevresindeki insanlarla etkileşimini ve sosyal normları içerir. Yeme davranışını etkileyen sosyal etkenler arasında aile, arkadaşlar, medya ve toplumsal beklentiler yer almaktadır. Aile içindeki beslenme alışkanlıkları ve örnek davranışlar, bireyin yeme tercihlerini etkileyebilir. Arkadaş gruplarının yeme davranışları ve vücut şekliyle ilgili tutumlar da bireyin yeme davranışını etkileyebilir. Medyanın sunduğu idealize edilmiş vücut görüntüleri ve diyet trendleri, bireylerin beslenme tercihlerini ve vücut algısını etkileyebilir. Ayrıca, toplumsal normlar ve kültürel değerler de bireylerin yeme davranışını şekillendirebilir.

Kültürel etkenler, bireyin ait olduğu toplumun değerleri, inançları, gelenekleri ve beslenme alışkanlıklarını içerir. Farklı kültürlerde farklı beslenme tercihleri ve ritüelleri bulunabilir. Örneğin, bazı kültürlerde yemekler sosyal bir etkinlik olarak değerlendirilirken, bazı kültürlerde yemeklerin sadece temel bir ihtiyaç olduğu düşünülebilir. Ayrıca, kültürel olarak kabul edilen ideal vücut şekli ve beslenme normları da bireylerin yeme davranışını etkileyebilir.

2.5. Yazılı, Görsel, Sosyal Medya ve Etkisi

Yeme davranışının bozulması, özellikle yeme bozukluklarının ortaya çıkmasında medyanın etkisi önemli bir faktördür. Medya, televizyon, dergi, internet ve sosyal medya gibi kanallar aracılığıyla bireylerin beslenme ve vücut algısı üzerinde büyük bir etkiye sahiptir.²⁴

Medya, idealize edilmiş vücut görüntüleri ve güzellik standartlarını yayarak bireyler üzerinde olumsuz bir etki yaratabilir. Sürekli olarak zayıf, fit ve mükemmel vücutlara sahip modeller ve ünlülerin görselleri, gençlerde ve özellikle genç kadınlarda kendilerini beğenmeme, vücutlarıyla ilgili memnuniyetsizlik ve düşük özgüven gibi sorunlarla ilişkilendirilebilir.²⁵ Bu idealize edilmiş vücut görüntülerine ulaşma arzusu, bireyleri sağlıklı beslenme yerine yeme davranışlarını bozacak olumsuz davranışlar sergilemeye yönlendirebilir. Örneğin, sıkı diyetler, açlık hissini bastırmak için kullanılan yanlış yöntemler, aşırı egzersiz yapma ve vücut ağırlığını kontrol etme amacıyla kullanılan zararlı alışkanlıklar medya etkisiyle ortaya çıkabilir.²⁵

Medyanın sunmuş olduğu diyet trendleri ve sağlıksız beslenme önerileri de yeme davranışının bozulmasında etkili olabilir. Medya, hızlı kilo verme yöntemlerini, düşük kalorili diyetleri ve takviyeleri, açlık bastırıcı ilaçları ve benzeri yanlış bilgileri yayarak bireyleri sağlıksız beslenme alışkanlıklarına yönlendirebilir.²⁶ Bu tür yanlış bilgiler, bireylerin besin

değerlerini göz ardı etmelerine, dengesiz ve yetersiz beslenmeye yol açabilir. Ayrıca, medyanın görsel olarak çekici olan yüksek kalorili yiyecekleri ve abur cuburları tanıtmaması, bireylerin sağlıksız beslenme alışkanlıklarına yönelmelerine ve aşırı tüketim yapmalarına neden olabilir.²⁷

Medyanın etkisi yalnızca görüntülerle sınırlı değildir, aynı zamanda medyanın bireylere yönelik mesajları da yeme davranışlarını etkileyebilir. Örneğin, reklamlar ve popüler kültür, bireylere sürekli olarak yemeyle ilgili olumsuz veya aşırı mesajlar iletebilir.²⁷

Sosyal medya, son yıllarda yeme davranışının bozulması üzerinde önemli bir etkiye sahip olan bir faktör olarak öne çıkmıştır. Sosyal medya platformları, internetin yaygın kullanımı ve teknolojik gelişmelerle birlikte hızla büyümüş ve insanların günlük yaşamında önemli bir yer edinmiştir.²⁸

Sosyal medya, bireyler arasında görsel paylaşımların yoğun olduğu bir ortam sunmaktadır. Kullanıcılar, yemek fotoğrafları, mükemmel sunumlar ve idealize edilmiş sağlıklı yemeklerin görüntülerini paylaşarak beslenme deneyimlerini sergilemektedirler. Bu durum, sosyal medyanın bireyler üzerindeki etkisini artırarak sağlıklı ve dengeli beslenme ideallerinin oluşturulmasına katkıda bulunabilir.²⁹ Sosyal medyada yayılan bu idealize edilmiş yemekler, özellikle gençler ve genç yetişkinler arasında kendini beğenmeme, vücut imajı sorunları ve sağlıksız beslenme alışkanlıklarının ortaya çıkmasına yol açabilir.³⁰

Sosyal medya platformları, bireyler arasında karşılaştırma yapma eğilimini körükleyebilir. Diğer kullanıcıların sağlıklı yemekleri, egzersizleri ve idealize edilmiş vücutları hakkında paylaşımlarını sürekli olarak görmek, bireylerde kendini değersiz hissetme, yetersizlik duygusu ve bedenleriyle ilgili memnuniyetsizlik gibi duygusal tepkileri tetikleyebilir.³¹ Bu durum, bireylerin kendi beslenme alışkanlıklarını sorgulamalarına ve sağlıksız davranışlara yönelmelerine neden olabilir. Örneğin, sıkı diyetler, açlık hissini bastırmak için kullanılan yanlış yöntemler, aşırı egzersiz yapma ve vücut ağırlığını kontrol etme amacıyla kullanılan zararlı alışkanlıklar sosyal medyanın etkisiyle ortaya çıkabilir.

Sosyal medyanın etkisi, yemeklerin sadece bir besin kaynağı olarak değil, aynı zamanda bir "deneyim" olarak sunulmasında da belirgin hale gelmektedir.³² Restoran ziyaretleri, özel etkinliklerdeki yemekler, trend olan yiyeceklerin paylaşımları gibi içerikler, bireylere yemek yeme deneyimini sosyal bir etkinlik ve statü göstergesi olarak algılama eğilimini artırabilir

2.6. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları Lucas ve Huse tarafından “ Hastalığa ya da beslenme yetersizliğine sebep olan yeme alışkanlıklarındaki sapmalar’ ’ olarak 1994 yılında tanımlanmıştır. Kişinin sağlığını, duygularını ve hayatını olumsuz etkileyen yeme davranışlarıyla alakalı ciddi durumlardır.³³

YB olan kişilerde, gıda çeşitliliğini azaltma (yağlı yiyeceklerden kaçınma, vegan beslenme, vb.), yiyecekleri hazırlarken çeşitli ritüel davranışlarda bulunmak, çeşitli katı kurallar (örn: belirli yemek saati, çeşitli makro besin içerikleri) gibi kısıtlayıcı uğraşlar görülmektedir.³⁴

YB tanısının oluşmasında genetik, sosyokültürel, biyolojik ve psikolojik faktörlerin etkisi çok önemlidir. Özellikle bazı belirli kişilik özelliklerinin yeme bozukluğu sürecinde etkili olduğu görülmüştür.³⁵ Örneğin, mükemmeliyetçilik yapısı yüksek olan kişilerde yeme bozukluğu riski artmıştır. Benlik algısı düşük olan kişilerde yeme bozukluğuna meyil daha fazladır. ³⁶ Stres faktörlerinden etkilenme eşiğinin düşük olanlarda ve duygularını kontrol etmekte yardıma ihtiyaç duyan kişilerde besinlere daha kolay başvurulduğu gözlenmiştir. ³⁷ Yaşamlarının erken dönemlerinde tacize ya da istismara uğrayan kişilerde yeme bozukluğu olasılıkları daha fazla olduğu bilinmektedir.³⁸

2.7. Yeme Bozukluklarında Epidemiyoloji

Yeme bozuklukları, dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Bu bozukluklar, bireylerin yeme alışkanlıklarında anormal ve zararlı davranışlar sergilemesiyle karakterizedir. Yeme bozuklukları, genellikle genç nüfusta daha sık görülürken, cinsiyet, yaş, etnik köken ve sosyoekonomik durum gibi faktörlerden etkilenebilmektedir.

Epidemiyolojik çalışmalar, yeme bozukluklarının yaygınlığını ve dağılımını anlamak amacıyla önemli bir rol oynamaktadır. Bu çalışmalar, bozuklukların sıklığını, risk faktörlerini, etiyolojilerini ve tedaviye erişimi değerlendirmek için çeşitli yöntemler kullanmaktadır.³⁹

Yeme bozukluklarının epidemiyolojisi, genellikle prevalans, insidans ve risk faktörleri gibi temel ölçümleri içermektedir. Prevalans, belirli bir dönemde bir toplumda belirli bir hastalığa sahip olan bireylerin oranını ifade eder. Yeme bozukluklarının prevalansı, farklı ülkeler ve popülasyonlar arasında önemli varyasyonlar göstermektedir. Araştırmalar, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğu gibi yeme bozukluğu

türlerinin prevalansını belirlemek için çeşitli ölçüm araçları kullanmaktadır.⁴⁰

Insidans ise belirli bir dönemde yeni teşhis edilen hastalıkların sayısını ifade eder. Yeme bozukluklarının insidansı, genellikle daha zor bir ölçüm olduğundan epidemiyolojik çalışmalarda daha sınırlı olarak değerlendirilmektedir.⁴¹

Risk faktörleri, yeme bozukluklarının gelişimine katkıda bulunan değişkenlerdir. Epidemiyolojik çalışmalar, genetik faktörler, psikososyal etkenler, aile ortamı, sosyal baskılar, medya etkisi ve toplumsal normlar gibi çeşitli risk faktörlerini incelemekte ve yeme bozukluklarının epidemiyolojik profilini anlamamıza yardımcı olmaktadır.

Yeme bozukluklarının epidemiyolojisi, sağlık politikalarının oluşturulmasında ve önleyici stratejilerin geliştirilmesinde önemli bir bilgi kaynağıdır.⁴²

Yeme bozuklukları 15-25 yaşları arasında daha sık gözlenmektedir.⁴³ Ergenlerde daha fazla görülebilen yeme bozuklukları, işlevsellik kaybıyla ilişkili ruhsal hastalıkların arasında en fazla ölüm oranına neden olur.⁴⁴

Yeme bozuklukları kadınlarda erkeklere oranla yaşam boyunca görülme sıklığı 3-8 kat daha fazladır.⁴⁵

Yeme bozukluğu tanısı alan kişilerin yaklaşık olarak %90'ı kadınlardan oluşmaktadır. Ancak son zamanlarda yeme bozukluğu tanısı alan erkek nüfusunun da sayısı oldukça artmaktadır.⁴⁶

Çeşitli araştırmalar neticesinde yeme bozuklukları içinde en sık görüleni tıkanırçasına yeme bozukluğu olarak saptanmıştır.⁴⁷

Yeme bozuklukları, mankenler, dansçılar ve jimnastik ile uğraşan insanlarda daha sık görülmektedir.⁴⁸

Sosyal medya kullanımının artması, insanların birbirlerine ve bilgiye olan ulaşımının kolaylaşması ortorektik kitlelerin artmasına neden olmuştur.⁴⁹

2.8. Türkiye’de Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi

Türkiye’de yeme bozuklukları, önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Yeme bozuklukları, bireylerin yeme alışkanlıklarında bozulma, anormal davranışlar ve beden algısıyla ilişkili sorunlarla karakterizedir. Türkiye’de yeme bozukluklarına yönelim, son yıllarda artış gösteren bir trend olarak gözlenmektedir.

Epidemiyolojik çalışmalar, Türkiye’deki yeme bozukluklarına yönelim hakkında önemli veriler sunmaktadır. Bu çalışmalar, çeşitli yöntemlerle yapılan anketler, klinik

değerlendirmeler ve ölçekler aracılığıyla yeme bozukluklarının yaygınlığını ve risk faktörlerini belirlemektedir.

Türkiye'de yapılan epidemiyolojik çalışmalar, yeme bozukluklarının prevalansının zamanla arttığını göstermektedir. Özellikle genç nüfus arasında yeme bozukluklarının yaygınlığı giderek artmaktadır. Kadınlarda yeme bozukluklarına yönelim, erkeklere kıyasla daha yüksek bir oranda gözlenmektedir. Bununla birlikte, son yıllarda erkekler arasında yeme bozukluklarının görülme sıklığında artış olduğu da rapor edilmektedir.

Yeme bozukluklarına yönelimde etkili olan çeşitli risk faktörleri Türkiye'de de geçerlidir. Genetik yatkınlık, düşük özsaygı, beden algısıyla ilgili olumsuz inançlar, psikososyal stres, sosyal baskılar, medya etkisi ve toplumsal normlar gibi faktörler, Türkiye'deki bireylerin yeme bozukluklarına yönelimini etkileyebilmektedir.

Türkiye'de yeme bozukluklarının epidemiyolojisi hakkında daha fazla araştırma yapılması ve veri toplanması önemlidir. Bu veriler, sağlık politikalarının oluşturulması, önleyici programların geliştirilmesi ve erken müdahale stratejilerinin belirlenmesi açısından değerlidir. Ayrıca, sağlık profesyonellerinin ve eğitimcilerin yeme bozukluklarına yönelim konusunda farkındalık ve eğitim düzeyinin artırılması da büyük önem taşımaktadır.

Türkiye'de yapılmış epidemiyolojik verileri incelediğimizde ilk olarak 1995 senesinde Büyükkal tarafından 15-18 yaş arası 800 öğrencinin yer aldığı çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada DSM tanı ölçütleri alındığında %3 (24 öğrencide) oranında öğrenciye YB tanısı konulduğu yer almaktadır. 2006'da yapılan başka bir çalışmada 951 üniversite öğrencisi DSM-4 tarafından taranmış ve katılanların 21'inde (%2.20) YB bulgusuna rastlanılmıştır.

Ülkemizde yapılan bir diğer önemli araştırmada ise 2013 senesinde Sivas şehrinde 18-44 yaş aralığında 1122 katılımcı ile yapılmıştır. (Semiz, Kavakcı, Yağız, Yontar ve Kuğu) Bu çalışmada SCID 1 ve 2'nin tanı görüşmeleri kullanılmıştır. %5.3'ü (59 katılımcı) risk sınıfında belirlenmiştir. Araştırmanın sonucu toplamında YB noktasal yaygınlığı %1.52 (17 katılımcı) olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan 544 kadının %2.8'sine (15 katılımcı), 578 erkeğinse %0.35'ine (2 katılımcı) YB tanısı olarak yer verilmiştir. Katılımcıların hiçbirinde AN tanısı konulmamıştır. BN tanısı almış kadınların yaygınlıkları %0.63 (7 katılımcı), TYB tanılıların ise %0.89'dur (10 kişi).

2.9. Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi

Yeme bozuklukları, karmaşık etiyolojik faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkan psikolojik, biyolojik ve sosyal etkilerle ilişkilendirilebilen bir dizi psikiyatrik hastalıktır. Yeme bozukluklarının etiyolojisi, birden çok etkenin bir araya gelmesiyle ortaya çıkan birçok teorik perspektif tarafından incelenmiştir.

Psikolojik etiyolojik faktörler arasında, düşük özsaygı, düşük benlik değeri, mükemmeliyetçilik, kontrol ihtiyacı, obsesif-kompulsif özellikler, kaygı bozuklukları, depresyon ve çocukluk çağı travmaları gibi faktörler bulunabilir. Bireylerin kendilerini bedenleriyle ilgili olumsuz algılamaları, kilo kaygısı, beden imajı bozukluğu gibi durumlar da psikolojik etiyolojiyi etkileyebilir.⁵⁰

Biyolojik etiyolojik faktörler arasında genetik yatkınlık, nörotransmitter düzenlemesindeki bozukluklar, hormonal değişiklikler ve beyin yapısındaki farklılıklar öne çıkmaktadır. Yeme bozukluklarıyla ilişkili genetik faktörler, bireylerin yeme davranışı düzenlemesinde, iştah kontrolünde ve duygusal düzenlemede rol oynayan genlerdeki varyasyonlarla bağlantılı olabilir.⁵¹

Sosyal etiyolojik faktörler ise kültürel normlar, medya etkisi, aile ve çevresel faktörler olarak sınıflandırılabilir. Toplumun güzellik idealleri, zayıf beden algısı ve mükemmeliyetçi standartlar gibi sosyal baskılar yeme bozukluklarının ortaya çıkmasında etkili olabilir. Aile ortamındaki olumsuz etkileşimler, yeme davranışının şekillenmesinde rol oynayabilir.

Yeme bozukluklarının etiyolojisi, bu karmaşık etkileşimleri anlamak amacıyla biyopsikososyal bir yaklaşım gerektirir. Psikolojik, biyolojik ve sosyal faktörlerin birleşimi, yeme bozukluklarının gelişimini ve sürdürülmesini açıklamada önemlidir. Ancak, her bireyin deneyimleri ve etiyolojik faktörleri farklılık gösterebilir, bu nedenle tek bir etiyolojik açıklama her zaman yetersiz olabilir.⁵⁰

2.10. Biyolojik Faktörler

Biyolojik faktörlerin kapsamında, genetik etki, epigenetik etki, nörobiyoloji, hormonlar ve nörobilişsel faktörler incelenecektir.

Genetik Etki: Yeme bozukluklarının etiyolojisinde genetik faktörlerin rolü göz önüne alınmaktadır. Genetik araştırmalar, yeme bozukluklarının gelişiminde genetik yatkınlığın önemli bir etken olduğunu göstermektedir. Çalışmalar, yeme bozukluklarıyla ilişkili genetik

faktörlerin, bireylerin yeme davranışı düzenlemesinde, iştah kontrolünde ve duygusal düzenlemesinde rol oynayan genlerdeki varyasyonlarla bağlantılı olabileceğini göstermektedir.⁵²

Genetik araştırmalar, yeme bozukluklarıyla ilişkili genlerin belirlenmesi ve bu genlerdeki varyasyonların yeme bozukluklarının ortaya çıkma riskini artırabileceğini göstermiştir. Örneğin, bazı çalışmalar, anoreksiya nervoza, bulimia nervoza ve tikanıklıkla karakterize edilen yeme bozuklukları ile ilişkili olabilecek serotonin, dopamin, nöropeptid Y gibi nörotransmitterleri düzenleyen genlerdeki varyasyonları incelemiştir.⁵²

Yeme bozukluklarındaki genetik yatkınlığın doğası karmaşıktır ve çoklu genlerin etkileşimi ve çevresel faktörlerle etkileşimi de dikkate alınmalıdır. Genetik yatkınlığın tek başına yeme bozukluklarının gelişiminde yeterli olmadığı, çevresel faktörlerle birlikte etkileşim halinde olduğu düşünülmektedir. Örneğin, çocukluk çağı travmaları gibi çevresel stresörler, genetik yatkınlığı olan bireylerde yeme bozukluklarının ortaya çıkma riskini artırabilir.

Genetik faktörlerin yeme bozukluklarının etiolojisindeki rolü hala tam olarak anlaşılamamış olmasına rağmen, genetik araştırmalar bu alanda önemli bir ilerleme kaydetmektedir. Yeme bozukluklarının gelişiminde genetik faktörlerin yanı sıra psikolojik ve sosyal etkenlerin de etkisi olduğu unutulmamalıdır. Etiyolojik açıklamaların tam anlamıyla anlaşılması, yeme bozukluklarının etiolojisine dair daha fazla araştırmanın yapılmasını gerektirmektedir.

Epigenetik Etki : Yeme bozuklukları, genetik yatkınlığın yanı sıra epigenetik faktörlerin de rol oynadığı karmaşık bir etiyolojiye sahip olduğu düşünülmektedir. Epigenetik araştırmalar, yeme bozukluklarının gelişiminde DNA metilasyonu, histon modifikasyonları ve mikroRNA düzenlemeleri gibi epigenetik mekanizmaların önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir.

Birçok çalışma, yeme bozukluklarıyla ilişkili epigenetik değişiklikleri araştırmak için epigenetik profillemenin kullanılmasını önermektedir. Örneğin, DNA metilasyonu analizleri, yeme bozukluklarıyla ilişkili genlerdeki metilasyon düzeylerinde farklılıkların olduğunu ortaya koymaktadır. Yeme bozukluklarıyla ilişkili olan bu genlerin metilasyon düzeylerindeki değişiklikler, gen ekspresyonunu etkileyerek yeme davranışı ve duygusal düzenlemeyi

etkileyebilir.

Ayrıca, yeme bozukluklarıyla ilişkili olan histon modifikasyonları da araştırma konusu olmuştur. Histone deasetilaz (HDAC) enzimlerinin aktivitesindeki artış veya histon metiltransferazlarının hiperaktivasyonu gibi histon modifikasyonları, yeme bozukluklarının patofizyolojisinde rol oynayabilecek gen düzenlemelerini etkileyebilir.

MikroRNA'lar da yeme bozukluklarının epigenetik mekanizmalarıyla ilişkilendirilmiştir. Yeme bozukluklarıyla ilişkili olan bazı mikroRNA'lar, gen ekspresyonunu düzenleyerek yeme davranışı üzerinde etkili olabilir. MikroRNA düzenlemeleri, nörotransmitterlerin ve beyin gelişimi ile ilişkili genlerin düzenlenmesinde rol oynayabilir ve bu da yeme bozukluklarının gelişiminde önemli bir etken olabilir.

Nörobiyoloji: Yeme bozuklukları, karmaşık bir etiyolojiye sahip olan psikiyatrik bozukluklardır ve nörobiyolojik faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Bu bozuklukların nörobiyolojik temellerini anlamak için yapılan araştırmalar, beyin bölgeleri, nörotransmitterler ve nöropeptidler gibi çeşitli nörobiyolojik bileşenlerin etkileşimini incelemektedir.⁵³

Yeme bozukluklarıyla ilişkili nörobiyolojik araştırmalar, beyin bölgelerindeki yapısal ve işlevsel değişikliklere odaklanmaktadır. Örneğin, hipotalamus, limbik sistem ve frontal korteks gibi beyin bölgelerinde anormalliklerin bulunduğu gözlenmiştir. Bu bölgeler, iştah düzenlemesi, ödül sistemi, duygusal düzenleme ve bilişsel süreçler gibi yeme davranışının düzenlenmesinde önemli roller oynar. Yapısal görüntüleme çalışmaları, yeme bozukluklarıyla ilişkili olan beyin bölgelerinde hacim ve yoğunluk değişikliklerinin olduğunu göstermiştir.⁵⁴

Nörotransmitterlerin yeme bozuklukları üzerindeki etkisi de araştırılan bir alan olmuştur. Özellikle serotonin, dopamin, norepinefrin ve gamma-aminobütirik asit (GABA) gibi nörotransmitterlerin düzensizlikleri yeme bozukluklarıyla ilişkilendirilmiştir. Bu nörotransmitterler, iştah düzenlemesi, zevk-ödül sistemi, anksiyete ve obsesif-kompulsif semptomlar gibi yeme davranışının düzenlenmesinde kritik rol oynar.

Nöropeptidlerin de yeme bozuklukları üzerinde önemli bir etkisi olduğu düşünülmektedir. Örneğin, nöropeptid Y (NPY), grelin ve leptin gibi nöropeptidlerin düzensizlikleri yeme bozukluklarıyla ilişkilendirilmiştir. Bu nöropeptidler, iştah regülasyonunda ve enerji dengesinde önemli bir rol oynar. Yeme bozukluklarıyla ilişkili olan nöropeptid düzensizlikleri, iştah düzenlemesinde bozukluklara ve beslenme davranışının

değişimlerine yol açabilir. YB’de nörobiyolojik faktörlerin çalışılması hem girişimsel hem de zaman isteyen ve maliyetli bir yöntemin bulunması sebebiyle zor yapılmaktadır. Bunlarla beraber kontrolünün edilmesi kolay olmayan başka çevresel etmenlerin ve gen-çevre etkileşmesinin YB üzerindeki etkilerinin neler olabileceğinin gözden kaçmaması açısından öneriler bulunmaktadır.⁵¹

Hormonlar: Hormonlar, yeme davranışını düzenleyen kompleks bir ağın önemli bileşenleridir ve yeme bozukluklarının patofizyolojisi üzerinde etkili olabilirler. Bu bozukluklarla ilişkili olan bazı hormonlardan bazıları ghrelin, leptin, insülin ve kortizoldür.

Ghrelin, iştah artışına ve enerji alımına neden olan bir hormondur. Yeme bozukluklarıyla ilişkili olarak, ghrelin düzeylerinde değişiklikler gözlenmiştir. Örneğin, anoreksiya nervoza hastalarında ghrelin düzeylerinde azalma, bulimia nervoza hastalarında ise artış olduğu bildirilmiştir. Ghrelinin iştah regülasyonundaki bozukluklar, yeme bozukluklarının gelişiminde rol oynayabilir.

Leptin, vücut yağ kütesinin miktarını yansıtan bir hormondur ve iştahı azaltıcı etkisi vardır. Yeme bozukluklarıyla ilişkili olarak, leptin düzeylerinde değişiklikler gözlenebilir. Örneğin, anoreksiya nervoza hastalarında düşük leptin düzeyleri saptanmıştır. Leptin direnci veya düzensizlikleri, yeme davranışının düzenlenmesinde etkili olabilir ve yeme bozukluklarının patofizyolojisine katkıda bulunabilir.

İnsülin, enerji metabolizmasının düzenlenmesinde önemli bir rol oynayan bir hormondur. Yeme bozukluklarıyla ilişkili olarak, insülin düzeylerinde değişiklikler gözlenebilir. Örneğin, anoreksiya nervoza hastalarında insülin direnci veya düşük insülin düzeyleri saptanabilir. İnsülin düzensizlikleri, iştah düzenlemesinde bozukluklara ve yeme davranışının değişimlerine katkıda bulunabilir.

Kortizol, stres yanıtının bir parçası olan bir steroid hormondur. Yeme bozukluklarıyla ilişkili olarak, kortizol düzeylerinde değişiklikler gözlenebilir. Örneğin, stresin artmasıyla kortizol düzeylerinde artış ve bu durumun yeme davranışını etkileyebileceği bildirilmiştir. Kortizol düzensizlikleri, beslenme davranışında bozukluklara ve yeme bozukluklarının gelişimine katkıda bulunabilir.

Üreme hormonları, cinsel gelişimi ve üreme fonksiyonlarını düzenleyen hormonlardır. Bu hormonlar arasında östrojen, progesteron ve testosteron gibi hormonlar yer alır. Yeme bozukluklarıyla ilişkili olarak, üreme hormonlarındaki düzensizliklerin etkili olabileceği

düşünülmektedir.

Östrojen, kadınlarda ana üreme hormonudur. Yeme bozukluklarıyla ilişkili olarak, östrojen düzeylerinde değişiklikler gözlenebilir. Örneğin, anoreksiya nervoza hastalarında düşük östrojen düzeyleri saptanmıştır.⁵⁵ Östrojenin iştahı ve enerji alımını etkileyen bir hormon olduğu bilinmektedir. Düşük östrojen düzeyleri, iştah düzenlemesinde bozukluklara ve yeme bozukluklarının gelişimine katkıda bulunabilir.⁵⁶

Progesteron, kadınlarda menstrüel döngüyü düzenleyen bir hormondur. Yeme bozukluklarıyla ilişkili olarak, progesteron düzeylerinde değişiklikler olabilir. Örneğin, bazı araştırmalar, bulimia nervoza hastalarında düşük progesteron düzeylerinin saptandığını göstermektedir. Progesteronun iştahı ve besin alımını etkileyen bir hormon olduğu düşünülmektedir. Düşük progesteron düzeyleri, yeme davranışının düzenlenmesinde bozukluklara ve yeme bozukluklarının gelişimine katkıda bulunabilir.⁵⁵

Testosteron, erkeklerde ana üreme hormonudur, ancak kadınlarda da bulunur. Yeme bozukluklarıyla ilişkili olarak, testosteron düzeylerinde değişiklikler gözlenebilir. Örneğin, anoreksiya nervoza hastalarında düşük testosteron düzeyleri saptanmıştır. Testosteronun iştah düzenlemesinde ve enerji alımında etkili olabileceği bilinmektedir. Düşük testosteron düzeyleri, yeme davranışının düzenlenmesinde bozukluklara ve yeme bozukluklarının gelişimine katkıda bulunabilir.

Nörobilişsel Faktörler: Yeme bozuklukları, bilişsel süreçlerin ve beyin fonksiyonlarının etkilendiği karmaşık psikiyatrik bozukluklardır. Bu bağlamda, nörobilişsel faktörlerin yeme bozukluğu patofizyolojisi ve semptomatolojisi üzerinde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir.

Bilişsel kontrol ve düzenleme, yeme davranışının düzenlenmesinde önemli bir faktördür. Yeme bozukluklarıyla ilişkili olarak, bilişsel kontrol eksiklikleri ve düzensizlikler gözlenebilir. Örneğin, anoreksiya nervoza hastalarında yeme ile ilgili düşüncelerde obsesif-kompulsif özellikler ve aşırı denetimciliğe yönelik bilişsel saplantılar saptanmıştır. Bu saplantılar, yeme davranışının düzenlenmesinde bozukluklara ve yetersiz enerji alımına yol açabilir.⁵⁷

Dikkat süreçleri, yeme bozukluklarıyla ilişkili bir diğer nörobilişsel faktördür. Özellikle anoreksiya nervoza hastalarında dikkat süreçlerinde bozulmalar olduğu bildirilmiştir. Yemeyle ilgili uyarıcılara yönelik dikkat eksiklikleri ve yeme ile ilgili olumsuz düşüncelerle

ilgili dikkat sapmaları gözlenebilir. Bu dikkat süreçlerindeki bozulmalar, yeme davranışının düzenlenmesini etkileyebilir ve yeme bozukluklarının sürdürülmesine katkıda bulunabilir.

Bilişsel esneklik, yeme bozuklukları açısından önemli bir nörobilişsel faktördür. Bilişsel esneklik, esnek düşünme, çeşitli perspektiflerin değerlendirilmesi ve davranışsal uyumu sağlama yeteneğini içerir. Yeme bozukluklarıyla ilişkili olarak, bilişsel esneklik eksiklikleri ve kısıtlamaları gözlenebilir. Örneğin, anoreksiya nervoza hastalarında düşük bilişsel esneklik düzeyleri saptanmıştır.⁵⁸ Bu eksiklikler, yeme davranışında sıkıntılara, beslenme kısıtlamalarına ve tekrarlayan davranış kalıplarına yol açabilir.

2. 11. Yeme bozuklukları sınıflandırma

Yeme bozuklukları tanısı Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM)'a dayanır. DSM-4'e göre yeme bozuklukları; Bulimiya Nervosa (BN), Anoreksiya Nervosa (AN) ve başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları olarak 3 ana başlığa ayrılmıştır. DSM-5 de ise Pika, Geri çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu, Kaçıngan Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu, Anoreksiya Nervosa, Bulimiya Nervosa, Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu, Tanımlanmış Diğer Bir Yeme bozukluğu, Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır.⁵⁹

2.11.1. Anoreksiya Nervosa

Yeme bozuklukları arasında klinik olarak tanımlanmış hastalıkların birincisi AN'dır. 1694 senesinde Richard Morton, AN'ye benzer semptomlarla takip ettiği hastasına 'Sinirsel Tüketim(Nervous Consumption)' kavramıyla belirtmiştir. Sir William Gull 1874'de bu bozukluğun ayrı bir klinikte belirtilmesi gerektiğini bildirmiştir.⁶⁰

1970 yılında ise AN'nin ilk tanı kriterleri belirlenmiştir. Kilo kaybına sebep olan davranışlar, kilo alımından korkulması ve endokrin problemler için erkeklerde cinsel ilgi ve güç azalması, kadınlarda amenora olarak belirtilmiştir.

AN için günümüze gelene kadar DSM'lerde çeşitli tanı kriterleri revize edilmiştir. Ancak genel olarak en spesifilik özellikleri, beslenme yetersizliğine bağlı meydana gelen ve bireyi boy kilo indeksi(BKİ) 17 ve altında bıraktıran ve kilo alımından şiddetli derece korkmak olarak gösterilebilir. AN'si bulunan kişiler boy ve kilo oranlarına göre kilosunun

normalden az olmadığını kabul ederler. Bu gerçekliğin aksine kilo almamaya çalışırlar. Vücut şekil ve boyutlarını algılamaları bozulmuştur.⁶¹

2.12. Epidemiyoloji

Anoreksiya nervoza, beslenme ve vücut algısıyla ilişkili bir psikiyatrik bozukluktur ve temelde aşırı kilo kaybı ve düşük vücut ağırlığına ulaşma isteğiyle karakterizedir. Epidemiyolojik verilere dayanarak, anoreksiya nervoza, genellikle genç kadınlarda daha yaygın olarak görülmektedir.⁶²

Anoreksiya nervoza yaygınlığı konusunda kesin bir veri olmamakla birlikte, araştırmalar bu bozukluğun toplumda önemli bir sorun olduğunu göstermektedir. Genel nüfus tabanlı çalışmalara dayanarak, anoreksiya nervoza prevalansı genellikle %0.3 ila %1 arasında değişmektedir. Ancak, bu oranlar farklı çalışmalarda ve farklı popülasyonlarda değişkenlik gösterebilir.

Anoreksiya nervoza, özellikle genç kadınlarda daha sık görülmektedir. Ergenlik dönemi ve genç yetişkinlik, anoreksiya nervoza başlangıcının en sık olduğu yaş aralığıdır. Kadınlarda erkeklere kıyasla anoreksiya nervoza görülme oranı daha yüksektir. Ancak son yıllarda erkekler arasında da anoreksiya nervoza vakalarının arttığı gözlenmektedir.⁶³

Anoreksiya nervoza, genellikle endüstriyel ülkelerde daha yaygın olarak görülmektedir. Bu, beslenme alışkanlıklarının ve toplumsal baskıların bu bozukluğun gelişiminde önemli rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, anoreksiya nervoza gelişiminde genetik, biyolojik ve çevresel faktörlerin etkileşimini içeren karmaşık bir etiyoloji söz konusudur.

Anoreksiya nervoza, yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilen ciddi bir bozukluktur. Kötü beslenme, elektrolit dengesizlikleri, hormonal bozukluklar ve diğer sağlık sorunları gibi fiziksel komplikasyonlara yol açabilir. Ayrıca, anoreksiya nervoza sıklıkla depresyon, anksiyete ve diğer psikiyatrik bozukluklarla ilişkilidir.⁶³

2.13. Etiyolojisi

Anoreksiya nervoza'nın etiyolojisi karmaşık ve çok faktörlüdür, genetik, biyolojik, psikolojik ve çevresel etkenlerin bir araya gelmesiyle oluşur. Bu bozukluğun ortaya çıkmasında etkili olan faktörler arasında aşağıda belirtilenler bulunur:⁶⁴

Genetik Faktörler: Genetik yatkınlık anoreksiya nervoza gelişiminde önemli bir rol oynar. Aile geçmişinde anoreksiya nervoza veya diğer yeme bozuklukları olan bireylerin bulunması, riskin artmasına neden olabilir. Çeşitli genler, beyin kimyasalları ve hormonlarla ilişkili olabilir ve anoreksiya nervoza riskini etkileyebilir.

Biyolojik Faktörler: Beyindeki nörotransmitterlerin (serotonin, dopamin, norepinefrin) ve hormonal düzenlemelerin anoreksiya nervoza gelişiminde önemli olduğu düşünülmektedir. Bu kimyasalların dengesizlikleri, iştah kontrolü, ruh hali ve beden algısı üzerinde etkili olabilir.

Psikolojik Faktörler: Anoreksiya nervoza genellikle düşük benlik saygısı, mükemmeliyetçilik, obsesif-kompulsif özellikler, kontrol arayışı ve stresle baş etme sorunları gibi psikolojik faktörlerle ilişkilidir. Bireylerin beden algısı ve kendine yönelik olumsuz düşünceleri, yeme alışkanlıklarını etkileyebilir ve anoreksiya nervoza riskini artırabilir.

Çevresel Faktörler: Toplumsal baskılar, medyanın etkisi, aile ve çevresel faktörler anoreksiya nervoza gelişiminde etkili olabilir. Zayıf idealize eden kültürel normlar, kilo verme ve ince olma beklentileri, bireylerde vücut imajı ve beslenme alışkanlıklarını olumsuz etkileyebilir. Ayrıca, çocuklukta travmatik olaylar, aile içi sorunlar, istismar veya ihmal gibi stres faktörleri de anoreksiya nervoza riskini artırabilir.

Sosyal Faktörler: Anoreksiya nervoza, sosyal çevredeki kabul edilebilirlik, popülerlik veya kontrol arayışı gibi sosyal etkileşimlerle ilişkilidir. İdealize edilen ince beden görüntüsüne sahip olma arzusu ve toplumun yeme alışkanlıklarına yönelik baskılar, anoreksiya nervoza gelişiminde etkili olabilir.

- A. Gerekliliklere göre enerji alımında kısıtlılık hali, bireylerin yaşı, cinsiyeti, gelişim olmak üzere izledikleri yol ve bedensel sağlıkları bakımından belirli bir şekilde az bir beden kilosuna neden olur. Etkili bir şekilde azalmış beden kilosu olanın en azının altında veya çocuk ve gençler açısından beklenen en az kilonun altı olarak belirlenir.
- B. Kilo alımından veya şişman olmaktan fazla korkma veya belli şekilde az beden kilosunda olmasına rağmen kilo almayı zorlaştıran devamlı hareketlerde olma.
- C. Bireyin beden kilosunu veya şeklini algılamasıyla alakalı problem mevcuttur, birey, kendisini değerlendirdiği zamanlarda beden kilosunu ve şekline anlamsız bir değer katar veya o andaki az olan beden kilosunun değerini kavramakta zorluk yaşar.

Şekil 1. DSM-5'e göre Anoreksiya Nervoza tanı kriterleri

Varsa belirtiniz:

(F50.01) Kısıtlayıcı tip: Bireyin son üç ayda, tekrarlayan tıknırcasına yeme veya çıkarma (örn. Laktasif, diüretik ilaçlar veya lavmanın yanlış alanda kullanımı) zamanları bulunmamıştır. Bu alt tip, genelde diyetle, hatta hiç yememeyle veya çok fazla sporla kilo verildiği görüntüleri belirtir.

(F50.02) Tıknırcasına yeme/çıkarma tipi: bireyin, üç ayda, tekrarlayan tıknırcasına yeme veya çıkarılma (örn. Laktasif, diüretik ilaçlar veya lavmanın yanlış alanda kullanımı) dönemi bulunmuştur.

AN'nin ilk zamanlarında kişiler kalorisi fazla olan besinleri öğünlerinden çıkartır. Günlük alması gerektiği gıdayı diyet yoluyla azaltır. Böylece kilo vermeyi amaçlarlar. Ancak diyet sürecinde yeterli besin almayarak uzun süre aç kalmaya çalışırlar ve ek yöntemler(laktasif, kusturma vs.) uygulamaya başlarlar. Yeterince kilo verildiği düşünülmez, kilo vermiş olsalar bile yetersiz beslenmenin yol açtığı tıbbi problemlere negativist bir tutum sergilerler.⁶¹

AN'de kişiler öz değerlerini kilo ve beden üzerinden şekillendirirler. Bedenlerinin bir kısmının kilolu göründüğünü düşünürler. Bu nedenle yüksek kaygı yaşayabilirler. Bu düşüncelere bağlı sıkça tartılma, aynanın karşısında bedenini gözlemleme, başka insanlarla vücudunu kıyaslama gibi tekrarlayan davranışları hakimdir.⁶⁵

AN'li kişilerin premorbid özelliklerine bakıldığında takıntılı, mükemmelliyetçilik, anksiyöz, değersizlik düşünceleri baskındır. Birçoğunun içe dönük kişilikte olduğu gözlemlenmiştir.⁶⁶

YB'nin farklı olarak sınıflandırılması 1980 yılında DSM-3'de gerçekleşmiştir. AN farklı hastalık olarak belirtilmiştir.⁶⁷ DSM-3'te vücut ağırlığının %25 kaybı tanı için gerekli görülmüştür. Ancak DSM-3R'de vücut ağırlığının %15 kaybı yeterli olarak kabul edilmiştir. Ayrıca amenore de tanı kriterlerine eklenmiştir. YB ilk defa DSM-4'te bağımsız farklı bir başlık içinde yer bulmuştur. AN, DSM-4'te kısıtlı tip ve tıkanırcasına yeme/çıkartma olarak 2 alt tipte incelenmiştir. Beden ağırlığı ile olan kriter "beklenen beden ağırlığının %85'inin altına neden olan kilo kaybı" olarak revize edilmiştir.⁶⁸ DSM-5'te ise Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen zayıflık kriterleri dikkate alınmıştır. Ayrıca DSM-5'te daha önce tanı kriteri olan "menarş sonrasında amenore" ve en az ardışık 3 siklusun olmaması kriterleri kaldırılmış bulunmaktadır.⁶⁹

2.13.1. Bulimiya nervoza

BN, tekrarlayan tıkanırcasına yeme epizodları, ataklar esnasında yemeyi durdurmaya engel olamama korkusu, tıkanırcasına yemekten sonrasında kusma, laktasif ve diüretik kullanmaları gibi uygun olmayan tolere etme davranışlarıyla giden yeme bozukluğu olarak belirtilmiştir.⁶⁹ Bu tıkinma davranışları, benzer durum ve sürelerde, birçok insanın yiyebileceği kapasiteden fazla miktarda herhangi bir yiyeceği yeme ile tanımlanmıştır. Tıkanırcasına yeme ve telafi edici uygun olmayan davranışların üç ayın içerisinde haftada en azından bir kez olması şartı aranmaktadır.⁷⁰ Kilolarının normal sınırlarda olması AN'den farklı bir özelliğidir.⁷¹

2.14. Epidemiyolojisi

Bulimia nervoza (BN), yaygın bir yeme bozukluğu olup genç kadınlarda daha sık görülür. BN'nin epidemiyolojisi karmaşık ve çok yönlüdür. Prevalansı, cinsiyet, yaş, etnik grup ve coğrafi bölgeler arasında farklılık gösterebilir. BN'nin epidemiyolojik özellikleri aşağıda özetlenmiştir:

Prevalans: BN'nin kesin prevalansı tam olarak bilinmemekle birlikte, genel olarak genç kadınlarda daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Literatürde rapor edilen prevalans oranları değişkenlik göstermektedir, ancak genel olarak %1 ila %3 arasında olduğu düşünülmektedir.

Cinsiyet ve Yaş: BN, kadınlarda erkeklere kıyasla daha yaygındır. Bu bozukluk genellikle ergenlik döneminde başlar, ancak erken yetişkinlik döneminde de ortaya çıkabilir.

Kadınlarda BN'nin başlangıç yaşı genellikle 15 ila 25 arasındadır.⁶⁴

Etnik ve Kültürel Farklılıklar: BN'nin prevalansı etnik ve kültürel faktörlere bağlı olarak değişebilir. Batı kültürlerinde ve gelişmiş ülkelerde daha yaygın olduğu bildirilmiştir. Ancak, son yıllarda BN'nin gelişmekte olan ülkelerde de arttığı gözlenmektedir.

Risk Faktörleri: BN'nin gelişiminde çeşitli risk faktörleri rol oynar. Bunlar arasında genetik yatkınlık, ailede yeme bozukluğu öyküsü, olumsuz beden imajı, düşük benlik saygısı, mükemmeliyetçilik, travmatik yaşam olayları, aile ve çevresel faktörler, sosyal baskılar ve medya etkileri sayılabilir. Bu faktörler, bireylerde BN riskini artırabilir.⁷²

Komorbidite: BN sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülür. Depresyon, anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozuklukları, BN ile ilişkilendirilen yaygın komorbidite örnekleridir.

Sonuç olarak, blimia nervoza'nın epidemiyolojisi kompleks bir konudur ve çeşitli faktörlerin etkileşimiyle şekillenir. Prevalansı, cinsiyet, yaş, etnik grup ve coğrafi bölgeler arasında değişebilir.⁷²

2.15. Etiyoloji

Bulimiya nervoza (BN), karmaşık bir yeme bozukluğu olup psikolojik, biyolojik ve sosyal etiyolojik faktörlerin etkileşimiyle gelişebilir. Bu bozukluğun etiyolojisi hala tam olarak anlaşılamamış olsa da, aşağıdaki faktörlerin BN'nin ortaya çıkışında önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir:⁶⁴

Genetik Faktörler: Genetik yatkınlık, BN'nin gelişiminde önemli bir etkidir. Çalışmalar, ailede BN olan bireylerde bozukluğa yatkınlığı artıran genetik bileşenlerin varlığını göstermektedir. Genetik faktörler, bilişsel ve duygusal düzenleme, dopamin ve serotonin sistemleri gibi beyin işlevleri üzerinde etkili olabilir.

Biyolojik Faktörler: BN'nin biyolojik temeli üzerine yapılan araştırmalar, nörotransmitter düzenlemesi, beyin yapısı ve fonksiyonu, hormon düzeyleri gibi faktörlerin bozukluğun gelişiminde rol oynadığını öne sürmektedir. Serotonin düzeyindeki düzensizlikler ve hipotalamus-pituitary-adrenal (HPA) aksındaki anormallikler BN ile ilişkilendirilen biyolojik faktörler arasındadır.⁷³

Psikolojik Faktörler: BN'nin psikolojik etiyolojisi, beden imajı bozukluğu, düşük benlik saygısı, mükemmeliyetçilik ve kontrol kaygısı gibi faktörlerle ilişkilidir. Bireyler, toplumsal

beklentilere uyum sağlama, duygusal düzenleme ve benlik değerini artırma amacıyla yeme ve arınma davranışlarına başvurabilirler.⁷³

Sosyal Faktörler: Toplumsal baskılar, medya etkisi, aile ve çevresel faktörler de BN'nin etiolojisinde önemli bir rol oynar. Medyanın idealize edilmiş zayıf beden görüntüleri sunması, bireylerde beden imajı bozukluğunu artırabilir. Ailedeki olumsuz aile ilişkileri, aşırı vurgulanan kilo ve görünüm üzerindeki aşırı odaklanma, BN riskini artırabilir.

Travmatik Yaşam Olayları: Çocuklukta yaşanan travmatik olaylar, istismar, ihmal veya aile içi çatışmalar BN'nin gelişiminde etkili olabilir.⁷³

- | |
|--|
| <p>A. Tekrarlayıcı tıknırcasına beslenme durumları. Bir tıknırcasına beslenme hali aşağıdaki her iki madde ile beraberdir:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Birbirine benzer şartlarda, sürede, birçok bireyin beslenebileceğinden açık olarak fazla gıdayı, farklı zamanda (örn. belirli üç saatlik süreçte) yiyebilme.2. Bu süre içinde gıda tüketimiyle alakalı denetimin ortadan kalktığı durumunun oluşması (örn. bireyin beslenmeye engel olamama duygusu, ne veya niçin beslenmesine engel olamama duygusu) <p>B. Kilo almayı engellemek amacıyla, bireyin kendisini kusturma, laksatif ve diüretik ilaçları veya başka ilaçları doğru olmadan kullanmak, neredeyse hiç beslenmeme veya fazla sporla uğraşma gibi tekrarlayan, uygun olmayan tavizkar davranışlar sergileme.</p> <p>C. Bu tıknırcasına beslenme tutumlarının ve uygun olmayan tavizkar tutumların ikisi de tahminen, üç ay içerisinde, haftada en az bir kere gerçekleşmiştir.</p> <p>D. Benlik değerlendirisi, vücudun şeklinden ve ağırlık değerinden bağımsız şekilde etkilenmiştir.</p> <p>E. Belirtilen bozukluklar, yalnızca Anoreksiya Nevroza dönemlerinde belirti vermemektedir</p> |
|--|

Şekil 2. Bulimiya Nervosa tanı kriterleri

BN'de genel olarak fazla kalorili şeker ve karbonhidrat içerikli gıdalarla tıknıma atakları gerçekleşmektedir.⁷⁴ Bu kişiler besinleri tüketirken normalden daha hızlı, kontrolsüz ve rahatsız edecek şekilde doyuncaya dek devam ederler. Aşırı derecede yedikleri için bu durumdan utanabilirler. Bu nedenle diğer insanlardan gizler ya da fark ettirmemeye çalışmaktadırlar.⁷⁵

BN'da kişilerin kilosu normal ya da fazla olabilmesinden dolayı bunun bir problem olduğu aileleri ve hekimlerince farkına varılamayabilir. Amenore gibi tıbbi destek aramaya gerek olan sağlık problemleri görülmeyebilir. Bu nedenle ayrıntılı muayene ve çeşitli ipuçları açısından hassas olmak gerekmektedir. Hasta yakınları tarafından banyoda kusmaya dair

belirtiler bulunabilir. Bazı hasta yakınlarının, yemek yedikten sonra ergenin tuvalette fazla zaman geçirdiğini söylenmiştir.⁷⁶

2.15.1. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

TYB, beslenme sırasında kontrolün kaybedildiği, tekrarlayan sık ve aşırı yeme epizodları ile görülen yeme bozukluğu durumudur. ⁷⁷ Tıkınırcasına yeme olayında besin tüketimi sırasında kontrolün azalması gerekmektedir. Bunun en iyi göstergesi, yemek yerken kaçınma davranışını yapamama ya da başlangıcı sonrası yemek yemeyi bırakmaya engel olamama halidir.

- A. Tekrarlayıcı tıkınırcasına beslenme süreçleri. Bir tıkınırcasına beslenme süreci aşağıdaki iki madde ile belirlidir:
1. Benzeyen koşulda, sürede, birçok bireyin beslenebileceğinden daha fazla gıdayı, farklı zamanda diliminde (örn. Belirli olmayan üç saatlik zamanda) beslenme.
 2. Süreç esnasında, beslenmeyle alakalı iradenin sonlandığı hissinin bulunması (örn. bireyin beslenmeye engel olamadığı hissi, ne veya nedenli beslendiğini kontrol edemediği hissi)
- B. Tıkınırcasına beslenme süreçlerine aşağıdaki üç (ya da daha çoğu) madde eşlik etmektedir:
1. Normalden hızlı beslenme.
 2. Aşırı düzeyde tokluk hissine kadar beslenme.
 3. Fiziksel açlık hissetmiyorken normalden fazla beslenme.
 4. Abartılı derecede yemekten utandığından dolayı tek başına beslenme.
 5. Sonrasında kendisinde tiksiniş duyma, depresif hissetme veya aşırı suçlu hissetme.
- C. Tıkınırcasına beslenmeyle alakalı önemli ölçüde sıkıntı hissedilir.
- D. Bu tıkınırcasına beslenme tutumları, yaklaşık, üç ay içerisinde, en az haftada bir defa yaşanmıştır.
- E. Tıkınırcasına beslenmeye, BN’de olduğu gibi tekrarlayan uygun olmayan tavizkar tavırlar refakat etmez. Tıkınırcasına beslenme, sadece Bulimiya Nevroza veya Anoreksiya Nervozanın süreci esnasında eşlik etmemektedir.

Şekil 3. DSM-5’e göre Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu tanı kriterleri

Depresyon ve anksiyete gibi disforik duygudurumlar tıkınırcasına yemeyi tetikleyebilmektedir. Ayrıca TYB’nin aşırı beden ağırlığı ve obezite ile de ilişkisi bulunmaktadır.⁷⁸

2.16. Epidemiyoloji

Yaygınlık: TYB'nin kesin yaygınlığına ilişkin veriler farklı çalışmalarda farklılık göstermektedir. Ancak, genel olarak, TYB 'nin toplumda yaygın olduğu kabul edilmektedir. Yapılan araştırmalar, TYB 'nin yaygınlık oranının yetişkinlerde %1 ila %3 arasında olduğunu göstermektedir. Kadınlarda erkeklere kıyasla TYB 'nin daha yaygın olduğu bulunmuştur.⁶⁴

Yaş Grupları: TYB genellikle erken yetişkinlik döneminde ortaya çıkar, ancak çocukluk ve ergenlik dönemlerinde de görülebilir. TYB 'nin çocukluk çağına doğru şekilde tanımlanması zor olabilir, çünkü semptomlar diğer yeme bozuklukları veya obezite ile karışabilir. Genellikle ergenlik döneminde TYB semptomlarının ortaya çıktığı ve erken yetişkinlik döneminde zirveye ulaştığı gözlenmiştir.⁷³

Cinsiyet: TYB, kadınlarda erkeklere kıyasla daha yaygın görülmektedir. Kadınların TYB riskinin daha yüksek olduğu ve kadınların TYB semptomlarıyla daha fazla mücadele ettiği bilinmektedir. Ancak erkeklerde de TYB görülebilir ve erkeklerdeki TYB vakalarının arttığına dair kanıtlar bulunmaktadır.⁷⁹

İlişkili Faktörler: TYB 'nin gelişiminde çeşitli faktörler etkili olabilir. Genetik yatkınlık, çevresel etkenler, çocukluk çağı obezitesi, beden imajı bozukluğu, düşük benlik saygısı, travmatik yaşam olayları ve psikososyal stres faktörleri TYB riskini artırabilir. Ayrıca, diğer psikiyatrik bozukluklar (ör. depresyon, anksiyete bozukluğu) ve obezite de TYB ile ilişkilidir.

İşlevsellik Kaybı: TYB, bireylerin işlevselliğini olumsuz etkileyebilir. Yeme atakları, kişinin sosyal, iş ve akademik yaşamını olumsuz etkileyebilir. TYB semptomları olan bireylerde, beslenme düzeni, uyku kalitesi, ruh hali ve işlevsellik açısından bozulma gözlemlenebilir.⁷⁹

2.17. Pika

Pika vücut sağlığı için besin değeri taşımayan maddelerin az bir ay sürece tekrarlayıcı olarak tüketilmesi durumudur.⁸⁰ Sıklık olarak en fazla çocukluk çağına görülebilmektedir. Toprak, buz, saç yenilmesi en fazla karşılaşılan durumlardandır.

Bu maddelerin tüketilmesi dişlerde yaralanma, sıvı-elektrolit dengesinin bozulması, kurşun zehirlenmesi, sindirim sisteminde tıkanıklıklar ve sindirilmeyen maddelerden oluşan kitlelere neden olabilmektedir.⁸¹

DSM-4'te pika ve ruminasyon bozukluğu, erken çocuklukta beslenme ve yeme bozukluklarının içinde sınıflandırılıyordu. DSM-5'te pika ve ruminasyon bozuklukları yeme

bozukluklarının altında yer almıştır.⁸²

- | |
|---|
| <p>A. En az bir aylık zaman diliminde, devamlı, besleyici özelliği bulunmayan, gıda dışı maddelerle beslenme.</p> <p>B. Besleyici özelliği bulunmayan, gıda dışı maddeleri yeme tavrı, bireyin gelişim düzeyiyle uyumsuzdur.</p> <p>C. Bu beslenme davranışlarının, kültürel dayanağı ve toplumsal kabülü yoktur.</p> <p>D. Bu beslenme davranışları, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında beliriyorsa (örn. anlıksal gelişimsel bozukluk, psikotik bozukluk), ayrı olarak klinik ölçme gerektirecek denli ağırdır.</p> |
|---|

Şekil 4. DSM-5'e göre Pika tanı kriterleri

2.17.1. Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu (Ruminasyon Bozukluğu)

Geri Çıkarma Bozukluğu, yutulan ya da kısmi olarak sindirilmiş gıdaların bulantı veya öğürme olmaksızın ve zorluk yaşamadan tekrardan ağıza getirilmesidir. Besinler tekrar çiğnenebilir, çıkarılabilir ya da tekrardan yutulabilmektedir. Geviş Getirme Bozukluğunda geri çıkarma sık ve bir hafta içinde en az birkaç kere ya da her gün meydana gelmesi gerekmektedir.⁸³ Beslenme yetersizliği, kilo kaybı, batın ağrısı, ağızda kokma, dişlerde çürüme ve elektrolit dengesizlikleri sık görülen bulgulardır.⁸⁴

- A. En az bir aylık sürede, sıkça yediklerini geri çıkartma. Çıkarılan gıdalar tekrardan çiğnenip, tekrar yutulabilir veya tükürük yoluyla dışarı atılır.
- B. Sıklıkla geri çıkartma, beraberinde bir mide-bağırsak rahatsızlığına veya farklı bir sağlık haline (örn. gastroözefageal reflü, hiatal herni) ilişkilendirilmez.
- C. Bu beslenme bozukluğu, sadece AN, BN, TYB veya kaçınan/kısıtlı besin alımı bozukluğunun gidişatı esnasında oluşmamaktadır.
- D. Bu beslenme davranışları, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında beliriorsa (örn. anlıksal gelişimsel bozukluk, psikotik bozukluk), ayrı olarak klinik ölçme gerektirecek denli ağırdır.

Şekil 5. DSM-5'e göre Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu tanı kriterleri

2.17.2. Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu

Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğunun besin ihtiyaçlarının karşılanmasında başarısızlık yada oral besin tüketiminde yeterli olmayan enerji ihtiyacı ile kendini belli eden besin akımı önlenmesi yada kısıtlanması olarak bilinmektedir. Besinlerden uygun olmayan şekilde kaçınma ile karakterizedir.⁸³

- A. Aşağıdaki maddelerden birisinin (veya bir çoğunun) eşlik ettiği, uygun yeme ve/veya enerji ihtiyacının devamlı karşılanmamasıyla beliren bir beslenme bozukluğu (örn. yemeğe veya gıdalara karşı belirgin düzeyle ilgisiz kalma; besinlerin duyuşsal niteliklerinden uzak durma; beslenmenin tiksindirici neticeleriyle alakalı kaygılanma durumu).
1. Bariz bir ağırlık azalması (veya çocuklarda beklenen kiloya ulaşamama veya büyümenin yavaşlaması).
 2. Belirgin derece gıda yetersizliği.
 3. Enteral beslenmeye veya oral besin takviyelerine bağımlı olma.
 4. Toplumsal ve Ruhsal fonksiyonların azalması.
- B. Bu bozukluk, ulaşılır gıdanın bulunmaması veya kültürel olarak benimsenen bir uygulamayla daha iyi açıklanamamaktadır.
- C. Bu bozukluk, sadece AN veya BN'nin gidişatı anında var olmamaktadır. Bireyin beden ağırlığını veya şeklini nasıl algılamasıyla alakalı bir bozukluk olmasıyla ilişkili kanıt bulunmamaktadır.
- D. Bu yeme bozukluğu, aynı zamanlı bir sağlık haliyle bağlanamaz veya farklı bir ruhsal bozukluklarla daha iyi belirtilemez. Bu bozukluk farklı bir hal veya bozuklukla birlikte belirirse; mevcut durum veya bozukluğun meydana getireceğinden daha şiddetli hale gelir. Klinik açısından ayrıca değerlendirmeyi gerektirmektedir.

Şekil 6. DSM-5'e göre Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu tanı kriterleri

2.17.3. Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozuklukları

Belirli semptomlar görülen beslenme ve yeme bozukluğu olan kişilerde, yeme bozukluğunun tanı kriterlerini karşılamadığı bireylerde kullanılmaktadır.

Klinik bakımdan belirgin bariz bir probleme veya toplumsal işle alakalı durumlarda veya mühim olan başka fonksiyonel alanlarında işlevsellikte azalmaya sebep olabilen, beslenme ve yeme bozukluğunun semptomlarının ağırlıkta olduğu, fakat bunların beslenme ve yeme bozuklukları tanı grubundaki herhangi birisinin tanısı için tanı ölçütlerini tamamiyle karşılayamadığı zamanlarda bu kategori kullanılmaktadır. Tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu sınıflaması, beslenme ve yeme bozukluklarından herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel sebebi klinisyenlerce belirtilmek istenilmediğinde ve daha spesifik bir tanı koyabilmek için yeteri kadar bilginin olmadığı zamanlarda (örn. acil servis şartlarında) kullanılmaktadır.

Şekil 7. DSM-5'e göre *Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozuklukları*

2.17.4. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Klinik bakımdan belli bir sıkıntıya veya toplumsal işle alakalı durumlarda veya önemli başka işlevsellik durumlarında azalmaya sebep olan, beslenme ve yeme bozukluğunun belirti özelliklerinin ağırlıkta olduğu, fakat bunların beslenme ve yeme bozuklukları tanı grubundaki herhangi birisinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılayamadığı zamanlarda bu sınıflandırma kullanılmaktadır. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu kategorisi, beslenme ve yeme bozukluklarından herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel sebebi klinisyenlerce tartışılmak istendiğinde kullanılır. Yazarken “Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu” diye yazmanın ardından özel neden yazılır (örn. “düşük sıklıkta Bulimiya Nervoza”).

“Tanımlanmış diğer” adı kullanılarak belirlenebilecek görünüm için örnekler şunlardır:

1. Değişiktür (atipik) Anoreksiya Nevroza: Belirgin kilo kaybına karşın kişinin vücut ağırlığının olağan sınırlar içinde ya da olağan sınırların üzerinde olmasının dışında Anoreksiya Nevroza için bütün tanı ölçütleri karşılanır.
2. Bulimiya Nevroza (düşük sıklıkta ve / ya da sınırlı süreli): Tıkınırcasına yemenin ve uygunsuz ödünleyici davranışların, ortalama haftada bir kezden daha az veya da üç aydan daha kısa süreli olması dışında Bulimiya Nervoza'nın bütün tanı ölçütleri karşılanır.
3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (düşük sıklıkta veya sınırlı süreli): Tıkınırcasına yemenin, ortalama, haftada bir kezden daha az ve/ ya da üç aydan daha kısa süreli olması dışında tıkınırcasına yeme bozukluğunun bütün tanı ölçütleri karşılanır.
4. Çıkarma Bozukluğu: Vücut ağırlığını ya da biçimini etkilemek için, tıkınırcasına yeme olmadan, yineleyen çıkarma davranışı (örn. kendi kendini kusturma ya da iç sürdüren [laksatif] ilaçların, idrar söktürücü [diüretik] ilaçların ya da başka ilaçların yanlış yere kullanımı).
5. Gece Yemek Yeme Bozukluğu: Uykudan uyanarak yemek yeme ya da akşam yemeğinden sonra aşırı yemek tüketme ile kendini gösteren, yineleyen gece yemek yeme dönemleri. Yemek yendiğinin ayırımında olunur ve yemek yendiği anımsanır. Gece yemek yeme, kişinin uyku-uyanıklık döngüsündeki değişiklikler ya da yerel toplumsal değerler gibi dış etkilerle daya iyi açıklanamaz. Gece yemek yeme, belirgin sıkıntıya veya işlevsellikte düşmeye neden olur. Düzensiz yeme örüntüsü, tıkınırcasına yeme bozukluğu ya da madde kullanımı da içinde olmak üzere, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve başka bir sağlık durumuna ya da ilacın etkisine bağlanamaz.

Şekil 8. DSM-5'e göre Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu tanı kriterleri

2.18. Ortoreksiya

Ortoreksiya, sağlıklı beslenme ve yaşam tarzına aşırı düşkünlük veya takıntılı bir şekilde sağlıklı yiyecekler seçme durumunu tanımlayan bir kavramdır. Bu terim, ilk kez Amerikalı bir doktor olan Steven Bratman tarafından 1997 yılında ortaya atılmıştır. "Orthos"

(doğru) ve "orexis" (iştah) kelimelerinin birleşiminden türetilmiştir.

Ortoreksiya, kişinin sağlıklı beslenme ilkelerine yoğun bir şekilde odaklanma ve bunları uygulama isteğiyle karakterizedir. Bu durumu yaşayan bireyler, genellikle organik, taze, doğal ve besin değeri yüksek gıdaları tercih etmeye yönelirler. İşlenmiş, fast food veya zararlı bileşenler içeren yiyeceklerden kaçınma eğilimi gösterirler.

Ancak, ortoreksiya farklı yönleriyle diğer yeme bozukluklarından ayrılır. Ortoreksiya olan bireyler genellikle kilo kaybetme veya beden imajı endişesi gibi semptomlarla ilişkilendirilmezler. Bunun yerine, sağlıklı beslenme ve yaşam tarzı ideallerini takip etmeye odaklanırlar.

Ortoreksiya, bazı bireylerde sağlıkla ilgili kaygılar ve bilinçli beslenme tercihlerinden kaynaklanan bir pozitif motivasyon olarak başlayabilir. Ancak, zamanla bu düşünceler ve davranışlar takıntılı bir hale gelebilir. Bireyler aşırı derecede kısıtlayıcı diyetlere başvurabilir, sosyal etkinliklerden kaçınabilir ve sağlıksız bir ilişki geliştirebilirler.⁸⁵

Ortoreksiya ile ilişkili kişisel ve psikolojik faktörler arasında mükemmeliyetçilik, kontrol kaygısı, obsesif-kompulsif özellikler ve düşük özsaygı gibi unsurlar bulunabilir. Ayrıca, medya etkisi, sağlıklı yaşam trendleri ve toplumsal normlar da ortoreksiya gelişimine katkıda bulunabilir.⁸⁶

Ortoreksiya'nın kesin nedenleri hala tam olarak anlaşılamamıştır ve konuyla ilgili araştırmalar devam etmektedir. Bu durumu tanımlamak ve anlamak için kriterler ve değerlendirme araçları geliştirilmektedir.

Yapılan son çalışmalar, ortoreksiyayı iki boyutta incelemektedir; birinci boyutu sağlıklı beslenmeye ilişkili (sağlıklı ortoreksiya) ve diğer bir boyutu sağlıklı beslenmeyle ilişkili patolojik bir uğraşının (ortoreksiya nervoza) bulunmasıdır.⁸⁷

2.19. Sağlıklı Ortoreksiya

Sağlıklı ortoreksiya (ortoreksiya olarak da bilinir) terimi, sağlıklı beslenme ve yaşam tarzı idealine aşırı düşkünlük veya takıntılı bir şekilde sağlıklı yiyecekler seçme durumunu tanımlayan bir kavramdır. Bu durum, bireylerin sağlıklı beslenme ilkelerine odaklanma eğilimini yansıtırken, yeme bozukluğu olarak kabul edilmeyen bir durumdur.⁸⁸

Sağlıklı ortoreksiya, bireylerin besin değeri yüksek yiyecekleri tercih etme, taze ve organik gıdalar tüketme, işlenmiş ve fast food gibi zararlı yiyeceklerden kaçınma, dengeli bir beslenme planına sadık kalma ve sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürme isteğini ifade eder. Bu

bireyler genellikle sağlık faydaları ve uzun vadeli sağlığa yönelik bilinçli kararlar almayı hedeflemektedir.⁸⁸

Sağlıklı ortoreksiya, bireylerin beslenme tercihlerini sağlık ve iyilik hali üzerine odaklamasını içerirken, genellikle diğer yeme bozukluklarından farklıdır. Sağlıklı ortoreksiya olan bireyler genellikle kilo kaybetme, beden imajı endişesi veya kontrol kaybı gibi semptomlarla ilişkili değildirler. Bunun yerine, sağlıklı beslenme ve sağlıklı yaşam tarzı ideallerine tutkulu bir şekilde bağlıdırlar.⁸⁹

Ancak, sağlıklı ortoreksiya da potansiyel olarak zararlı hale gelebilir. Bireyler aşırı derecede kısıtlayıcı bir diyet uygulayabilir, sosyal etkinliklerden kaçınabilir, besin eksiklikleri geliştirebilir ve psikolojik olarak stresli bir duruma girebilirler. Sağlıklı ortoreksiya ile ilgili en önemli nokta, bu davranışların normal bir yaşamı engelleyecek veya sağlığı olumsuz etkileyecek düzeye ulaşmaması gerektiğidir.⁸⁹

Sonuç olarak, sağlıklı ortoreksiya, sağlıklı beslenme ve yaşam tarzı ideallerine aşırı düşkünlük veya takıntılı bir şekilde odaklanma durumunu tanımlayan bir kavramdır. Bu durum, yeme bozukluğu olarak kabul edilmeyen, ancak potansiyel olarak zararlı hale gelebilen bir durumdur. Sağlıklı ortoreksiya, bireylerin bilinçli beslenme tercihleri yapmasını ve sağlıklı yaşam tarzı sürdürmeyi hedeflerken, dengeli bir yaklaşım ve esneklik önemlidir.⁸⁸

2.20. Ortoreksiya Nervoza

Ortoreksiya Nervoza (ON), kavramsal olarak ilk defa 1997 senesinde Bratman tarafından belirlenmiştir. Bratman, Yoga Journal Ekim 1997 sayısında yayımlanmış makalesinde, sağlıklı beslenme alışkanlığını, obsesif bir hale getiren bireylerin, bu yol ile sağlıklarına zarar verebileceklerini söylemiştir.⁹⁰ ON kavramı yunan dilinde “orthos”(doğru, uygun), “oreksis” (iştah) ve “nervoza” (obsesyon) anlamında olan kelimelerin bir araya gelmesiyle oluşturulmuştur. Böylece olası yeni bir YB’nin tanımlanması amacıyla kullanılmaya başlanmıştır.⁹¹

Bratman ON’yi; insanların beslenme şekillerinin, kendilerini ruhsal açıdan üstün, temiz ve erdemli bireyler olarak hissetmek için önemli bir amaç gördükleri bir bozukluk olarak tanımlamıştır. (Health Food Junkies: Overcoming the Obsession with Healthful Eating).⁹²

Ortoreksiya nervozanın, obsesiflik ve yeme bozukluklarının semptomlarıyla yakın ilişkisinin olduğu gözlenmiştir.⁹³

ON'de kişilerin kendisine yönelik beslenmesinde kısıtlamalar koyması önemli özelliktir. Özellikle sağlıklı olduğunu düşündüğü bir diyeti sürdürmeye çalışması ve bu yönde sağlıklı ve saf olmayan besinleri, diyetine dahil etmemesi çok karakteristiktir.⁹⁴

Bu uğraşların amacı, düşük beden kitlesine ulaşmak değildir. Bu bireyler kendilerini genel olarak "kilolu" olarak görmemektedirler. Buna rağmen sağlıklı besinlere yönelik aşırı zihinsel uğraşları mevcuttur.⁹⁵

Et, süt ürünleri, pişmiş gıdalar, mevsiminde olmayan gıdalar genel olarak bu kişilerin diyetlerinde yer almamaktadır. Tükettikleri tüm besinlerin, paketlenme biçimine, içeriğinde kanserojen madde, hormon ya da doğal olmayan madde olup olmadığına yönelik aşırı derecede kontrolcü bir davranış gösterirler. Bu nedenle genelde ev dışında gıda tüketiminden kaçınabilmektedirler.⁹⁶

ON'nin oluşmasında, herhangi bir patolojik risk olmaksızın "bütün/tam" bir sağlık haline ulaşmak gibi sosyal ve kültürel seviyede kabul görülmüş güzelliğe uygun olma arzusu vardır. Ayrıca yeme davranışına yönelik kimlik ve maneviyat arayışı ya da yeme tutumuyla alakalı kendi teorilerinin en iyisi olduğuna dair düşüncelerin olabileceği belirtilmiştir.⁹⁷

Ortorektik bireylerde, sağlık olarak mükemmeliyete ulaşmak için gıda alımında sınırlama ve aynı tipte olan gıdaların tüketilmesi sonucu beslenme yetersizliği gelişebilmektedir. Uzun süre uygulanmış kısıtlı beslenme sonucu, vitamin, mineral, besin eksikliğine neden olur. Bu yetersizlik nedeniyle ölümle sonuçlanabilen çeşitli kardiyak problemlere, menstrüel döngü düzensizlikleri gibi fiziksel problemler meydana gelebilmektedir.⁹⁸

2.21. Ortoreksiya Nervozanın Belirtileri

ON, DSM-5'te henüz bir bozukluk olarak belirtilmemiştir. Bununla beraber Avrupa'daki yeme bozukluğu alanındaki uzmanlarca uygulanmış çalışmalarda daha fazla dikkat edilmesi gereken başlık haline gelmesi söylenmektedir.

ON'nin OKB'nin veya AN'nın bir alt grubu mu, yoksa ayrı bir bozukluk olarak mı ele alınması tartışmaları devam etmektedir. Ortoreksiya nervoza ve AN'nın benzer özellikleri arasında göze çarpan kilo kaybı, mükemmeliyetçilik ve kontrole hakim olmak için belirgin çaba bulunmaktadır. AN ve BN'da yeme bozukluğu niceliksel (örn tüketilmiş yemek miktarı) iken, ON'da niteliksel düzeyde (tüketilmiş yemeğin miktarı) görülmektedir. Ayrıca ON'nin obsesif kompulsif bozuklukla birlikteliği de görülen durumlar arasındadır. Bu kişilerde kirlenmeye karşı yoğun kaygı, besin ve sağlıkla ilgili olmayacak zamanlarda tekrarlanmış

istenmeyen düşünceler olmaktadır. ON'nin OKB'den en önemli farkı ise, ortoreksiyada obsesyonların egoya uyumlu olması durumudur.⁹⁹

Sağlıklı besin ile patolojik düzeyde uğraşmayı ölçmek amacıyla 15 maddelik ORTO-15 ölçeği tasarlanmıştır.¹⁰⁰ ORTO-15'te aşırı kilo kaybı, mesleki performansta düşüklük, sosyal olarak farklılıklar gibi sağlıklı beslenmekle aşırı uğraşının sebep olduğu klinik bozukluğun ölçülmemesi en büyük sınırlamalarındandır.¹⁰¹

2.22. Ortoreksiya Nervoza ve Sağlıklı Ortoreksiya Ayrımı

Ortoreksiya nervoza, sağlıklı beslenme veya "doğru beslenme" takıntısı olarak bilinen bir yeme bozukluğudur. Bu durumda, bireyler aşırı bir şekilde sağlıklı ve temiz bir diyet takip etme çabası içerisine girerler ve bu durum yaşam kalitesi, sosyal ilişkiler ve psikolojik refah üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir.¹⁰²

Ortoreksiya nervoza ile sağlıklı ortoreksiya arasındaki temel ayrım, belirtilerin şiddeti ve kişinin yaşamını ne kadar etkilediğidir. Sağlıklı ortoreksiya, sağlıklı ve dengeli beslenme ilkelerine odaklanmayı içeren bir yaklaşımı ifade eder. Kişiler, sağlıklı besinleri tercih ederken, bunu kısıtlayıcı veya takıntılı bir şekilde yapmazlar. Beslenme tercihleri, genel sağlığı ve iyi bir yaşam kalitesini desteklemek amacıyla yapılır, ancak bu tercihler kişinin günlük yaşamını, sosyal etkileşimlerini ve psikolojik refahını sınırlamaz.¹⁰³

Öte yandan, ortoreksiya nervoza, bireylerin beslenmeyle ilgili kısıtlamaları aşırı düzeyde takıntılı hale getirmesiyle karakterizedir. Bu durumda, kişinin düşünceleri, sürekli olarak sağlıklı beslenme üzerine yoğunlaşır ve kısıtlamaları takip etmeye odaklanır. Bu takıntı, kişinin yaşamını olumsuz etkileyebilir ve besin gruplarını kısıtlayarak çeşitlilikten yoksun bir diyet oluşturabilir. Besin takıntısı ve kısıtlamalar, sosyal etkileşimleri sınırlayabilir, yeme alışkanlıklarını olumsuz etkileyebilir ve psikolojik stres yaratabilir.¹⁰⁴

Bu ayrımın yapılmasında önemli olan nokta, sağlıklı ortoreksiyanın sağlıklı bir beslenme anlayışıyla uyumlu bir şekilde yaşam kalitesini desteklerken, ortoreksiya nervozanın ise kişinin yaşamını olumsuz etkileyen takıntılı ve sınırlayıcı bir durum olduğudur. Tıbbi uzmanlar, ortoreksiya nervozanın belirtilerinin ve etkilerinin farkında olmalı ve bireyleri uygun şekilde değerlendirip tedavi etmelidir.¹⁰⁵

2.23. Ortoreksiya Nervoza ve Yeme Bozuklukları İlişkisi

Ortoreksiya nervoza, yeme bozuklukları spektrumunda yer alan bir durumdur ve genellikle sağlıklı beslenme takıntısı olarak tanımlanır. Diğer yeme bozuklukları ise anoreksiya nervoza, bulimia nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğu gibi farklı alt tipleri içerir. Bu yeme bozukluklarının ortak bir özelliği, yiyeceklerle ilgili anormal düşünce ve davranış kalıplarının bulunmasıdır.¹⁰⁵

Ortoreksiya nervoza ile diğer yeme bozuklukları arasındaki ilişki karmaşıktır. Her iki durum da beslenme ve beden imajı ile ilgili saplantılı düşünceleri içerir, ancak farklı odak noktalarına sahiptirler. Ortoreksiya nervoza, sağlıklı beslenme ve temiz yiyecekler üzerine yoğunlaşırken, diğer yeme bozuklukları genellikle kilo kontrolü, yeme alışkanlıklarının kontrolü veya besin alımının kontrolü gibi faktörlere odaklanır.¹⁰⁶

Bununla birlikte, ortoreksiya nervozanın diğer yeme bozukluklarıyla da önemli bir ilişkisi olabilir. Bazı durumlarda, ortoreksiya nervoza kişileri, aşırı sağlıklı beslenme takıntısı nedeniyle yetersiz beslenmeye veya kilo kaybına yönlendirebilir. Ayrıca, ortoreksiya nervoza olan bireylerde diğer yeme bozukluklarına (örneğin, anoreksiya nervoza veya tıknırcasına yeme bozukluğu) yatkınlık da artabilir.¹⁰⁷

Ortoreksiya nervoza ve diğer yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi anlamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Bu yeme bozukluklarının ortak etiyolojik faktörleri (örneğin, genetik yatkınlık, çevresel etkiler, psikososyal faktörler) ve bu bozuklukların birbiriyle nasıl ilişkili olduğunu belirlemek için daha fazla çalışma gerekmektedir.

Sonuç olarak, ortoreksiya nervoza ve diğer yeme bozuklukları benzer temel özelliklere sahip olsa da, farklılıklar da mevcuttur. Bu yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi anlamak, daha iyi tedavi ve müdahale stratejilerinin geliştirilmesine yardımcı olabilir.¹⁰⁸

2.24. Kişilik Özellikleri ve Ortoreksiya Nervoza İlişkisi

Ortoreksiya nervoza, beslenme ve sağlıklı yaşam tarzına aşırı düşkünlük, takıntılı bir şekilde sağlıklı yiyecekler seçme ve hastalıklı bir şekilde beslenme alışkanlıklarıyla karakterize edilen bir yeme bozukluğudur. Son yıllarda, kişilik özelliklerinin ortoreksiya nervoza ile ilişkisi üzerine yapılan araştırmalar artmıştır.¹⁰⁹

Bu araştırmalar, belirli kişilik özelliklerinin ortoreksiya nervoza riskini etkileyebileceğini göstermektedir. Örneğin, obsesif-kompulsif kişilik özelliklerine sahip bireylerde ortoreksiya nervoza gelişme olasılığı daha yüksek olabilir. Obsesif-kompulsif kişilik özellikleri,

düzenlilik, mükemmeliyetçilik, kontrol ve detaylara odaklanma gibi özellikleri içerir. Bu kişilik özellikleri, sağlıklı beslenme ve yiyecek seçiminde aşırı kontrol arayışına ve takıntılı düşüncelere katkıda bulunabilir.¹¹⁰

Ayrıca, narsistik kişilik özelliklerinin de ortoreksiya nervoza ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Narsistik kişilik özelliklerine sahip bireyler, görünüm ve kendini iyi hissetme üzerinde aşırı odaklanabilirler. Bu durum, sağlıklı beslenme ve beden imajıyla ilgili saplantılı düşüncelere ve takıntılı davranışlara yol açabilir.

Bununla birlikte, kişilik özellikleri ve ortoreksiya nervoza arasındaki ilişki karmaşıktır ve birden çok faktörün etkileşimi sonucunda ortaya çıkar. Diğer kişilik özellikleri, öz-saygı, duygusal denge, anksiyete düzeyi ve mükemmeliyetçilik gibi faktörler de ortoreksiya nervoza riskini etkileyebilir.¹¹¹

Kişilik özelliklerinin ortoreksiya nervoza ile ilişkisi hakkında daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir. Bu araştırmalar, risk faktörlerini daha iyi anlamamıza, erken tanı ve müdahale stratejilerini geliştirmemize ve etkili tedavi yaklaşımlarını belirlememize yardımcı olabilir.¹⁰⁶

2.25. Ortoreksiya Nervoza ve Obsesif Kompulsif Bozukluk

Ortoreksiya nervoza (ON) ve obsesif kompulsif bozukluk (OKB) arasında bir ilişki olduğuna dair giderek artan kanıtlar bulunmaktadır. İki bozukluk arasındaki benzerlikler, beslenme ve yiyeceklerle ilgili obsesyonlar, kaygı ve korkular, bilişsel katılık, mükemmeliyetçilik ve kontrol mekanizmaları gibi ortak semptomlarda kendini gösterir.

Araştırmalar, ON semptomlarına sahip bireylerde OKB semptomlarına ve obsesif-kompulsif özelliklere sıkça rastlandığını göstermiştir. ON ile OKB arasındaki benzerliklerin altında, obsesif düşünceler, kompulsif davranışlar ve bilişsel esneklikteki zorluklar gibi ortak nöropsikolojik faktörlerin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bununla birlikte, ON ve OKB arasındaki ilişki karmaşık olup, etiyolojik faktörler, semptom şiddeti ve diğer eşlik eden bozukluklar gibi çeşitli değişkenleri içermektedir. Bu alan üzerinde yapılan daha fazla araştırma, ON ve OKB arasındaki ilişkiyi daha iyi anlamamıza ve uygun tedavi stratejilerinin geliştirilmesine yardımcı olacaktır.

2.26. Ortoreksiya Nervosa Bir Yeme Bozukluğu Mudur?

Ortoreksiya Nervosa DSM 5’de bulunmamaktadır. Henüz resmi bir tanı kriterleri mevcut değildir. Tek başına bir yeme bozukluğu olmasını ve DSM 5 de yer almasını isteyen hekimlerin olmasıyla beraber, başta AN ve BN olmak üzere diğer YB’nin varyantı olmasını savunan, hatta hasta kişilerin YB’leri ile mücadele etme stratejileri olarak geliştirdiklerine savunanlarda bulunmaktadır. Bazı hekimler de ortoreksiyanın yalnızca bir yaşama biçimi olarak görürler ve hastalıkla değerlendirilmesini doğru bulmamaktadırlar.¹¹²

2.27. Ortoreksiya nervosa gelişmesinde etkili faktörler

Popüler Yeme akımları

Ortorektik bireyler için uygulanan diyetler çok önemlidir. Belirli bir diyetle bağlı olmak, bedenleri için aşırı çaba göstermek ve belli planların yapılması sağlık takıntılarının gerektirdiği bir arzudur.¹¹³

Bunların en önemlisi vegan beslenmedir. Vegan beslenme alışkanlıklarında gerekenden fazla posa alımı, gerektiğinden az alınmış olan kalori, D ve B12 vitamini, demir, kalsiyum, çinko gibi vitamin ve mineraller nedeniyle bazı sağlık problemleri meydana gelebilmektedir.¹¹⁴

Mevcut çalışmalarda vejeteryan olanların ON olma olasılığı, vejeteryan olmayanlara göre daha fazladır.¹¹⁵

Vejetaryen beslenme şekilleri kişisel farklılıklar gösterebilmektedir.

Lakto-ovo vejetaryenler: bitkisel gıdalar, süt ürünleri ve yumurta tüketimi olan tiplerdir.¹¹⁶

Lakto vejetaryenler: bitkisel ve hayvansal gıdalar arasından sadece süt ve süt ürünlerini tüketen tiplerdir.¹¹⁶

Ovo- vejetaryenler: bitkisel gıdaların yanında hayvansal olarak sadece yumurtayı tüketen tiplerdir.¹¹⁶

Frutaryen: Sadece meyve olan besinler tüketirler. Bu kişilere göre bitkilerin toplanılması sırasında öldürülmemeleri gerekmektedir. (örneğin, elma toplanırken ağaca hasar vermediğinden dolayı tüketilmesinde sorun yokken, havuç aynı nedenle tüketilmemektedir.)¹¹⁶

Pesketaryen: Süt, Süt ürünlerinin ve balıketiyle beslenen diğer bütün hayvansal besinleri tercih etmeyenler olarak tanımlanmıştır.¹¹⁶

2.28. Sosyal Medyanın Rolü

Günümüzde sosyal medyaya erişmenin kolaylaşması ve sosyal medyanın kullanılmasında aşırı artış nedeniyle insanlar sağlıklı beslenme, sağlıklı yaşam, tükettiği besinlerin içeriklerini ve uygulanan diyetlerle ilgili bilgiye erişimi kolaylaşmış ve artmıştır. İnsanlar zamanını daha çok bilgisayar başında hareket etmeden geçirmesi, sedanter yaşam tarzını tetiklemektedir. Böylece kas iskelet bozuklukları ya da obezite gibi problemler çoğalmaktadır. Bu sorunların ilerleyen yaşlarda pek çok sağlık sorunlarına(diyabet, hipertansiyon, hipoerkolesterolemi, kardiyovasküler hastalıklar ..) yol açabileceğini bilen günümüz insanları sağlıklı yaşam ve beslenme konusunda çeşitli araştırmalarda bulunmaktadır.¹¹⁷ Bireyler bu konuları obsesyon düzeyine getirebilmektedirler. Ortoreksiya Nervosa bu kısımda önem taşımaktadır.¹¹⁷

2.29. Beden Kitle Endeksi

Beden kitle endeksinin yüksek olması ON riskinin armasıyla ilişkilendirilebilmektedir. ON'nin ortaya çıkmasında beden kitlesi fazla olan bireylerde kilo verme girişimlerinin olduğu görülmüştür.¹¹⁸

Bu girişimler sonucunda sağlıklı gıda alımına yönelinecek ve sağlıklı beslenme giderek saplantıya dönüşebilecektir. Kilo verme isteğiyle başlanılan diyetlerin ortoreksiya nervozaya dönüşme riski fazladır. Kişilerde zamanla beslenme yetersizliği ve kilo kaybı meydana gelmektedir.¹¹⁹

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Verilerin Toplanması

Çalışmaya, etik kurulunun onayının ardından, Nisan 2023- Mayıs 2023 tarihleri arasında, araştırmayı kabul eden 18 yaşından büyük Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenim gören öğrenciler ve 18 yaşından büyük DSM-5 kriterlerine göre yapılan ruhsal görüşme sonrasında herhangi bir ruhsal bozukluk saptanmayan, ulusal sağlık sistemi taramasında son 1 yıl içerisinde psikotrop ilaç kullanımı olmayan, hastane çalışanları, psikiyatriye polikliniğine başvuran hasta yakınları ve gönüllülerle yapılmış, kontrol grubu oluşturmaktadır. Çalışmamızda 20-29 yaş aralığında 104'ü Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerine ait, 104'ü ise benzer yaş grubuna dahil kontrol grubu yer almaktadır. Çalışmaya katılan kontrol grubunda özellikli olarak bir eğitim düzeyi aranmamıştır. Öz bildirim formlarını dolduramayan okuma yazma bilmeyenlere tarafımızca destek verilmiştir. Tıp fakültesi öğrencileri ve kontrol grubunda yapılan ruhsal görüşmeler sonrasında herhangi bir anksiyete bozukluğu saptanan 7 kişi, depresif bozukluk saptanan 9 kişi , OKB saptanan 5 kişi bu hastalıkların karıştırıcı etkilerinden dolayı çalışma dışı bırakılmıştır.

Çalışmada yer alan katılımcılara 30-60 dakika süren görüşme aynı klinisyence yapılmıştır. Görüşme sırasında tarafımızca hazırlanmış Sosyodemografik Veri Formu(yaş, cinsiyet, eğitim süresi, medeni durum, yaşadığı yer) uygulanmıştır.

Araştırılan iki gruba da ortorektik semptomlarının belirlenmesi için ORTO-11 ölçeği ve Ortoreksiya Nervosa Ölçeği uygulanmıştır. Ayrıca katılımcılara Ortorektik davranışlarla obsesif semptomlar arasında bir ilişkinin olabileceği yönünden Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi de uygulanmıştır. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) ve Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A) uygulanmıştır.

4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

4.1. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmada uygulanan sosyodemografik form ile katılımcıların tanımlandığı bilgiler (cinsiyet, eğitim düzeyi, yaş, yaşadığı yer, medeni durum), sağlığı ve alışkanlıkları ile ilgili bilgiler (sigara, alkol, madde, ailede ruhsal hastalık) ve uygulanmış özel bir diyet hali, sosyal medyada takip edilen egzersiz ve diyet programları, geçmişte yapılmış diyet hakkında sorular sorulmaktadır.

4.2. Kullanılan Ölçekler

4.2.1. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)

MOKSL, 1977 senesinde takıntılı ve zorlantılı belirtileri incelemek amacıyla Hodgson ve Rachman tarafınca belirtilmiştir. Testin orijinal halinde 30 soru mevcuttur. 0 puan semptom yokluğu, 30 puan ise maksimum semptom varlığını belirtir. Orijinal halinde 4 alt ölçek mevcuttur.

Kontrol etme alt ölçeği: 9 öge

Temizlik alt ölçeği: 11 öge

Yavaşlık alt ölçeği : 7 öge

Kuşku Alt ölçeği : 7 öge

Belirtilen 4 alt ölçeğin ögelerinin toplamı 34'tür. Çünkü bu 4 öge, 2 adet alt ölçeğe dahil olmuştur.

Erol ve Savaşır (1988) MOKSL'yi türkçeye uyarlamıştır. Türkçe formunda güvenirlik çalışmasının Cronback alfa katsayısı bütün ölçeklerde 0,86 olarak bulunmuştur. Alt ölçeklerde ise 0,61-0,65 arasında hesaplanmıştır. Test-tekrar test güvenirliğinde bütün ölçeklerde $r=0,88$ olarak bulunmuştur. Alt ölçeklerde ise $r=0,59-0,84$ olarak hesaplanmıştır. Uyarlama sonucu ruminasyon(obsesyonel düşünce) ile alakalı 7 madde ilave edilmiştir. Son hali 37 maddeden oluşmaktadır. İşaretlenen her "doğru" cevap 1 puan olarak belirtilmiştir. İşaretlenen her "yanlış" 0 puan olarak belirtilmiştir. Sadece 11. Madde ters olarak hesaplanmıştır.

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

Ruminasyon ile ilgili maddeler: 2, 8, 31, 32, 33, 34, 35, 36 ve 37

4.3. Orto-11 Ölçeği

Ölçeğin orijinal hali ORTO-15 ölçeği olarak Donini ve arkadaşlarınca (2004) uygulanmıştır. ON yönelimini incelenmesi amacıyla düzenlenmiştir. Bu ölçek 15 maddeden oluşmuş kendini değerlendirme ölçeği olarak geliştirilmiştir.¹²⁰ Elde edilen düşük puanlar ortorektik eğilimi gösterebilmektedir. Orto-15'teki 15 madde , Türkçeye uygulanırken 11 madde olarak düzenlenmiştir(Arusoğlu ve arkadaşları 2008) .1, 2, 9 ve 15. Soruların istatistiksel zayıflığı nedeniyle çıkartılmıştır. Orto-11 ile kişilerin, seçme, satın alma, sağlıklı olarak görülen gıdaların tüketilmesi ve hazırlanması konusundaki davranışlarını araştırır. Ayrıca yeme tutumu, OKB ile ilgili bağı ve sosyodemografik farklılıklarla ilişkileri de aranmış olmaktadır.¹²¹ Bu ölçeğin Türkçe geçerli ve güvenilirlik araştırması Arusoğlu ve ekibi tarafınca gerçekleştirilmiştir Cronbach alfa katsayısı 0,62 olarak belirlenmiştir.¹²²

4.4. Ortoreksiya Nervoza Envanteri (ONE)

Ortoreksiya Nervoza Envanteri (ONE), 2020'de Oberle ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Yeme alışkanlıkları içerikli 24 adet sorudan oluşmaktadır. Her bir soru 1= Hiçbir zaman 2=Bazen 3= Sıklıkla 4= Çok sık olarak belirtilmiştir. 3 alt ölçeği bulunmaktadır.

Davranışlar alt ölçeğindeki maddeler: 2, 4, 6, 8, 11, 15, 17, 18, 22

Duygular alt ölçeğindeki maddeler: 1, 9, 13, 21, 23

Bozukluklar alt ölçeğindeki maddeler: 3, 5, 7, 10, 12, 14, 16, 19, 20 ,24

Toplam puan her bir madde puanı toplanarak hesaplanmaktadır. Belirlenen puan ne kadar yüksek ise ON semptomatoloji düzeyi o kadar fazladır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,91 olarak bulunmuştur. Alt ölçekleri için ise 0,81-0,84 arasında hesaplanmıştır.

4.5. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)

Max Hamilton 1960 senesinde depresyonun şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirmiştir. Klinisyenler HAM-D ile 17 madde ile son bir hafta süresince yaşanan depresif semptomları sorgular.¹²³ HAM-D, depresyonun düzeyini, şiddetinin değişimini ve semptom dağılımını ölçme amacıyla kullanılan çok yaygın bir ölçektir. Uykuya dalma güçlüğü, gece yarısı uyanma, sabah erkenden uyanmak, bedensel semptomlar, genital belirtilerde azalma ve içgörüyü alakalı maddeleri 0-2 arasında değerlendirilmektedir. Diğer maddeler ise 0-4 arasında değerlendirilmektedir. Her maddenin toplamında 0-53 arası bir puan beklenmektedir. Toplam puan artışı depresyon şiddetini arttırdığına dair önemli bir belirtidir. Ölçeğin Türkçe geçerli ve güvenilirlik araştırması 1996 yılında Akdemir ve arkadaşlarınca hazırlanmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,75 olarak belirlenmiştir.¹²⁴

4.6. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A)

Kişilerde anksiyete şiddetini ve semptom dağılımlarını belirlenmesi ve şiddet değişiminin ölçülmesi isteği ile 1959 senesinde Hamilton tarafından oluşturulmuş bir ölçektir. HAM-A'yı görüşmeci uygular. Ruhsal ve bedensel semptomları sorgulamış 14 maddeden oluşmuştur. Türkçe geçerli ve güvenilirlik araştırması Yazıcı ve arkadaşlarınca 1998 senesinde yapılmış olmaktadır. Maddelerin ayrı ayrı korelasyon katsayıları 0,72 bulunuyorken toplamda 0,94 halinde hesaplanmıştır.¹²⁵

Psişik belirtileri değerlendiren maddeler: 1, 2, 3, 5, 6

Somatik belirtileri değerlendiren maddeler: 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14

4.7. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel incelemeler; Windows için Statistical Package for the Social Sciences/Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı (SPSS) 22 sürümü, bilgisayar paket programı yardımı ile yapılmıştır. İstatistiksel Analiz Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sayısal ölçümlerse ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum - maksimum) olarak özetlendi. Kategorik ölçümlerin gruplar arasında karşılaştırılmasında Ki Kare test istatistiği kullanıldı. Gruplar arasında sayısal ölçümlerin karşılaştırılmasında varsayımların sağlanması durumunda Bağımsız gruplarda T testi, varsayımların

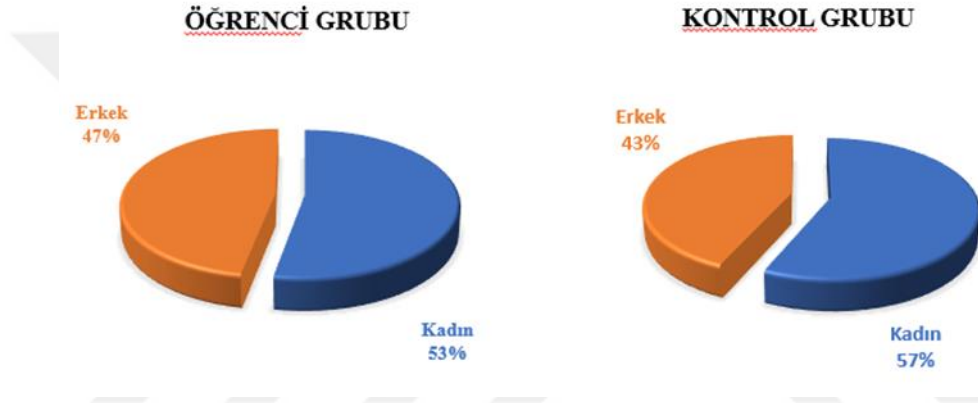
sağlanmaması durumunda ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Sayısal ölçümler arasındaki etkileşimi incelemede varsayımların sağlanması durumunda Pearson korelasyonu, varsayımların sağlanmaması durumunda ise Spearman korelasyonu kullanıldı.



5. BULGULAR

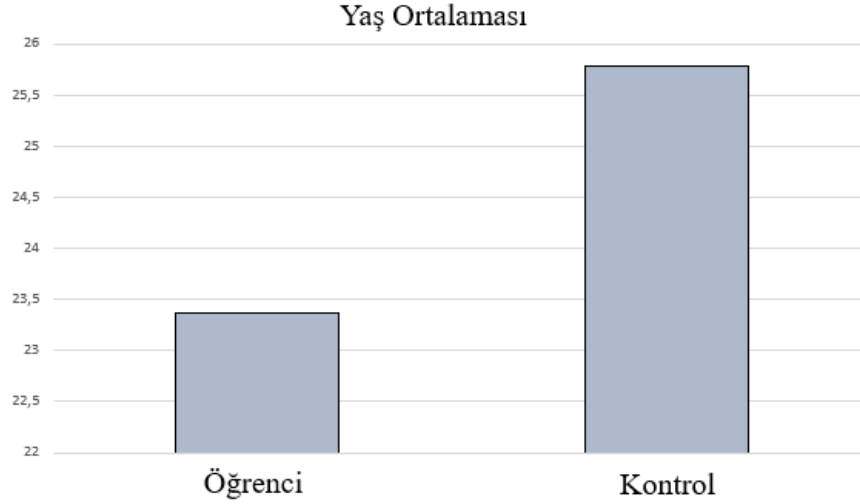
5.1. Sosyodemografik Veriler

Çalışmaya toplam 104 öğrenci ve 104 kontrol olmak üzere 208 katılımcı dahil edildi. Katılımcılardan öğrenci grubunun 55'i kadın (% 52,9) ve 49'u erkek (%47,1) ; kontrol grubunun 59'u kadın (% 56,7) ve 45'i erkek (%43,3) şeklindeydi. Grafik 1 de öğrenci ve kontrol grubun cinsiyet dağılımları gösterilmiştir.



Grafik 1. Öğrenci ve Kontrol grubu cinsiyet dağılımı

Katılımcıların yaş ortalamalarına bakıldığında öğrenci grubu için ortalama 23,37 yaş iken kontrol grubu için 25,78 yaş idi. Grafik 2 de Öğrenci ve Kontrol grubu yaş ortalaması gösterilmiştir.



Grafik 2. Öğrenci ve Kontrol grubu yaş ortalaması

Katılımcılar medeni duruma göre incelendiğinde öğrenci grubundakilerin %100 bekar (n:104); kontrol grubunun %50'si bekar (n:52) ve %50'si evli (n:52) olduğu görülmüştür. Çalışma durumuna göre dağılımlara bakıldığında, öğrenci grubundaki katılımcıların %100'ünün (n:104) çalıştığı, kontrol grubundaki katılımcıların %70,2 'sinin (n:73) çalıştığı, %29,8'inin çalışmadığı (n:31) çalışmadığı bilgisi alınmıştır.

Katılımcıların yaşadıkları yere göre dağılımı incelendiğinde öğrenci grubundaki Katılımcıların %16,3'ü (n:17) şehir merkezinden küçük yerde ve %83,7'si (n:87) şehir merkezinde yaşadığı, kontrol grubundaki katılımcıların %14,4'ü (n:15) şehir merkezinden küçük yerde ve %85,6 (n:89) şehir merkezinde yaşadığı bilgisi alınmıştır.

Katılımcıların ailelerinde ruhsal bozukluk öyküsünün olup olmadığına ilişkin yapılan incelemede öğrenci grubunun % 65,4'ünün ailesinde ruhsal bozukluk öyküsünün olmadığı (n = 68) ve %34,6'sının (n: 40) ruhsal bozukluğu olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin ailelerindeki ruhsal bozukluklara bakıldığında en yüksek oranı %13,5 (n:14) ile anksiyete bozukluğu ve ikinci en yüksek oranı %11,5 (n:12) ile depresyon oluşturmıştır. Kontrol grubunun % 65,4'ünün ailesinde ruhsal bozukluk öyküsünün olmadığı (n = 68) ve %34,6'sının (n: 36) ruhsal bozukluğu olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunun ailelerindeki ruhsal bozukluklara bakıldığında en yüksek oranı %15,4 (n:16) ile anksiyete bozukluğu oluşturmıştır.

Tablo 1. Sosyodemografik veriler

Sosyodemografik veriler	Öğrenci (n:104)		Kontrol (n:104)	
Yaş (ort.)	23,37		25,78	
Cinsiyet				
Kadın	55	%	59	%
Erkek	49	%	45	%
Medeni Durum				
Bekar	104	%	52	%
Evli	0	%	52	%
Çalışma Durumu				
Çalışmıyor	0	%	31	%
Çalışıyor	104	%	73	%
Yaşadığı Yer				
İl merkezi	87	%	89	%
İl merkezinden küçük	17	%	15	%
Ailede Ruhsal Hastalık				
Yok	68	%	68	%
Var	36	%	36	%
Sigara İçme				
Yok	68	%	79	%
Var	36	%	31	%
Alkol Tüketimi				
Yok	35	%33,3	81	%
Var	69	%66,7	23	%
Madde Kullanımı				
Yok	97	%93,3	102	%98,1
Var	7	%6,7	2	%1,9

Katılımcıların tutku ve alışkanlıkları ayrı ayrı Ki-Kare testiyle değerlendirilmiştir. Öğrenci grubunun verileri değerlendirildiğinde; öğrenci grubundaki katılımcıların % 65,4'si sigara içmemekte (n = 68), % 34,6'ü içmektedir. (n = 36). Alkol tüketimi değerlendirildiğinde; öğrenci grubunun % 66,7'si alkol tüketmemekte (n=69), %33,3'ü tüketmektedir. (n=35). Madde kullanımı verilerine bakıldığında öğrenci grubunun %93,3'si madde kullanmamakta (n = 97), % 6,7'ü kullanmaktadır (n = 7). Öğrenci Grubun Cinsiyetlere göre Alkol, Sigara ve Madde Kullanımı Tablo 2'te gösterilmiştir.

Tablo 2. Öğrenci Grubun Cinsiyetlere göre Alkol, Sigara ve Madde Kullanımı

	Öğrenci (n:104)								
	Alkol			Sigara			Madde		
	Var	Var	*	Var	Yok	*	Var	Yok	*
Kadın	17	38	0.29	18	37	0.66	3	52	0.582
Erkek	20	29	2	18	31	8	4	45	

n: Sayı *:Ki-kare testi

Kontrol grubundaki katılımcıların ise %70,2'si (n:79) sigara içmezken, %29,8'i (n:31) sigara içmektedir. Kontrol grubunun %77,9'i (n:81) alkol tüketmemekte ve %22,1 (n:23) tüketmektedir. Kontrol grubundaki katılımcıların %98,1 (n:102) madde kullanmamakta, %1.9'u (n:2) kullanmaktadır. Kontrol Grubun Cinsiyetlere göre Alkol, Sigara ve Madde Kullanımı Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Kontrol Grubun Cinsiyetlere göre Alkol, Sigara ve Madde Kullanımı

	Kontrol (n:104)								
	Alkol			Sigara			Madde		
	Var	Var	*	Var	Yok	*	Var	Yok	*
Kadın	13	46	0.982	14	45	0.121	1	58	0.846
Erkek	10	35		17	28		1	44	

n:Sayı *:Ki-kare testi

5.2. Beslenme ve Egzersize İlişkin Veriler

Egzersiz ile ilgili verilere bakıldığında; öğrenci grubundaki katılımcıların % 75'si egzersiz yapmazken (n =78), %25'ü yapmaktadır. (n = 26). Kontrol grubundaki katılımcıların %76 (n:79) egzersiz yapmazken, %24'i (n:25) egzersiz yapmaktadır. Katılımcılarda beslenme ve egzersize ilişkili veriler tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Katılımcılarda Beslenme ve Egzersize İlişkin Veriler

Değişkenler	Öğrenci		Kontrol	
	n	%	n	%
Diyet yapıyor mu?				
Hayır	55	52,9	47	45,2
Geçmişte yapmış	36	34,6	43	41,3
Evet	13	12,5	14	13,5
Düzenli spor yapıyor mu?				
Hayır	78	75	79	76
Evet	26	25	25	24
Sosyal medyada sağlıklı beslenme ile ilgili program takip ediyor mu?				
Hayır	67	64,4	71	68,3
Evet	37	35,6	33	31,7
Beslenme eğitimi almış mı?				
Hayır	95	90,5	92	94,2
Evet	9	9,5	12	5,8

n: Sayı, %: Oran

Öğrenci grubunda egzersiz, diyet ve sosyal medyada sağlıklı beslenme ile ilgili program takip edilmesi verileri değerlendirildiğinde kadınların sosyal medyada sağlıklı beslenme ile ilgili program takip etmesi erkeklere göre anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. (p:0.008). Öğrenci grubunda Egzersiz ve diyet uygulanması değerlendirildiğinde anlamlı fark görülemedi. (sırasıyla p:0.734, p:151). Öğrenci grubundaki Öğrenci Grubun Cinsiyetlere göre Egzersiz, Diyet ve Sosyal Medya Kullanımı Verileri tablo 5 'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Öğrenci Grubun Cinsiyetlere göre Egzersiz, Diyet ve Sosyal Medya Kullanımı Verileri

	Öğrenci (n:104)									
	Egzersiz			Diyet				Sosyal Medya		
	Var	Yok	*	Yapıyor	Yapmıyor	Geçmişte yapmış	*	Var	Yok	*
Kadın	13	42	0.734	11	23	21	0.151	26	29	0.008
Erkek	13	36		2	55	15		11	38	

n:Sayı *:Ki-kare testi

Sosyal medyada beslenme ile ilgili bir sayfanın takibine yönelik veriler incelendiğinde öğrenci grubunun % 64,4'si (n = 67) sosyal medyada beslenmeye yönelik sayfa takip etmemekte, %35,6'sı takip etmektedir. (n = 37). Kontrol grubundaki oranlara bakıldığında, %68,3'ü (n:71) takip etmezken; %31,7'si (n:33) takip etmektedir. Beslenme ile ilgili diğer parametreye bakıldığında öğrenci grubundaki katılımcıların % 91,3'si (n = 95) beslenme eğitimi almamış, %8,7'ü almıştır (n = 9). Kontrol grubundaki katılımcıların %94,2 (n:92) beslenme eğitimi almamışken, %5,8 (n:12) tanesi almıştır. Katılımcıların diyet yapıp yapmadıklarına ilişkin dağılımına bakıldığında, öğrenci grubunun %52,9 'unun diyet yapmadığı (n =55), %34,6'sinin geçmişte diyet yaptığı (n = 36) ve % 12,5'inin diyet yaptığı (n =13) görülmektedir. Kontrol grubunun % 45,2'i diyet yapmadığını (n = 47), % 41,3'u geçmişte diyet yaptığını (n = 43) ve % 13,5'si halen diyet yaptığını (n = 14) bildirmiştir. Beslenme ve egzersize ilişkin veriler tablo 2'de gösterilmiştir.

Kontrol grubunda egzersiz, diyet ve sosyal medyada sağlıklı beslenme ile ilgili program takip edilmesi verileri değerlendirildiğinde kadınların sosyal medyada sağlıklı beslenme ile ilgili program takip etmesi erkeklere göre anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. (p:0.004) Egzersiz ve diyet uygulanması değerlendirildiğinde anlamlı fark görülememiştir. (sırasıyla p:0.072, p:302). Kontrol Grubun Cinsiyetlere göre Egzersiz, Diyet ve Sosyal Medya Kullanımı Verileri tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Kontrol Grubun Cinsiyetlere göre Egzersiz, Diyet ve Sosyal Medya Kullanımı Verileri

	Kontrol (n:104)									
	Egzersiz			Diyet				Sosyal Medya		
	Var	Yok	*	Yapıyor	Yapmıyor	Geçmişte yapmış	*	Var	Yok	*
Kadın	18	41	0.072	8	23	28	0.302	25	34	0.004
Erkek	7	38		6	24	15		8	37	

n:Sayı *:Ki-kare testi

5.3. Uygulanan Ölçeklere İlişkin Veriler

Ölçek puanlarına bakıldığında, öğrencilerde Hamilton Anksiyete Ölçeği Puanı 10,31 Hamilton Depresyon Ölçeği Puanı 5,55, ORTO-11 ölçeği puan ortalaması 27,75 , ORTO-11 Ölçeği Puan ortalaması 27,75 Maudsley Ölçeği Puan ortalaması 12,38, ONE Ölçeği Puan ortalaması 37,66 iken; kontrol grubunda Hamilton Anksiyete Ölçeği Puanı 11,50, Hamilton Depresyon Ölçeği Puanı 6,05 , ORTO-11 ölçeği puan ortalaması 30,20 , Maudsley Ölçeği Puan ortalaması 12,98, ONE ölçeği puan ortalaması 37,32 olarak sonuçlanmıştır. Uygulanan ölçeklere ilişkin veriler tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. Katılımcılara Uygulanan Ölçeklere İlişkin Veriler

Ölçekler	Öğrenci (n:104) (±Ss)	Kontrol (n:104) (±Ss)	p
Hamilton Anksiyete Ölçeği Puan Ortalaması	10,31 ±3,0	11,50 ±3,5	0.03
Hamilton Depresyon Ölçeği Puan Ortalaması	5,55 ±1,9	6,05 ±2,4	0.224
ORTO-11 ölçeği puan ortalaması	27,75 ±4,8	30,20 ±5,2	0.126
MOKSL Puan ortalaması	12,38 ±6,4	12,98 ±7,5	0.381
ONE Puan ortalaması	37,66 ±11,6	37,32 ±12,6	0,287

MOKSL: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi ONE: Ortoreksiya Nervosa Envanteri

Katılımcılara uygulanan ölçeklerin birbiri ile korelasyonu incelendi. Orto-11 ölçeği ile Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) arasındaki korelasyon anlamlı bulundu. (p:0,001) Ortoreksiya Nervosa Envanteri (ONE) ile Hamilton anksiyete ölçeği arasındaki korelasyon anlamlı bulundu. (p: 0,041)

Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) Alt Ölçekler öğrenci ve kontrol gruplarında ayrı ayrı değerlendirildiğinde; öğrenciler ve kontrol grubu arasında MOKSL toplam puan ve kontrol, yavaşlık alt ölçekleri arasında anlamlı fark gözlenmemiştir. (sırasıyla p:0.381,p:0.380, 0.393) MOKSL temizlik alt ölçeği kontrol grubunda anlamlı olarak yüksek (p:0.022), kuşku alt ölçeğinde kontrol grubu anlamlı olarak yüksek (p:0.001) ; ruminasyon alt ölçeğinde ise öğrenci anlamlı olarak yüksek (p:0.001) olarak saptanmıştır. Alt Ölçekler öğrenci ve kontrol gruplarında ayrı ayrı değerlendirildiğinde; öğrencilerde kontrol alt ölçek puanı 2,87, temizlik alt ölçek puanı 2,94, yavaşlık alt ölçek puanı 2,20, kuşku alt ölçek puanı 2,34 ve ruminasyon alt ölçek puanı 1,33 olarak saptanmıştır. MOKSL Öğrenci ve kontrol grupları arasındaki MOKSL toplam Puan ve alt ölçekler karşılaştırılması Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8. Öğrenci ve Kontrol grupları arasındaki MOKSL toplam puan ve alt ölçekleri karşılaştırması

	Öğrenci (n:104) (±Ss)	Kontrol (n:104) (±Ss)	p
Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) Alt Ölçekler			
• Kontrol	2.87 ±2.141	2.64±2.289	0.380
• Temizlik	2.94±1.64	3.49±2.39	0.022
• Yavaşlık	2.20±1.43	2.12± 1.68	0.393
• Kuşku	2.34±1.28	3.18 ±1.80	0.001
• Ruminasyon	1.33±0.98	1.29 ±1.32	0.001
Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)	12.38±6.41	12.98±7.52	0.381

Ss: Standart Sapma p: Ki-Kare testi

Ortoreksiya Nervosa Envanteri (ONE) Alt Ölçekler öğrenci ve kontrol gruplarında ayrı ayrı değerlendirildiğinde; öğrenciler ve kontrol grubu arasında ONE toplam puan, davranışlar ve bozukluklar alt ölçekleri arasında anlamlı fark gözlenmemiştir. (sırasıyla p:0.287, p:0.148, 0.493) ONE duygular alt ölçeği öğrenci grubunda anlamlı olarak yüksek (p:0.035) olarak saptanmıştır.

Ortoreksiya Nervosa Envanteri (ONE) Alt Ölçekler öğrenci ve kontrol gruplarında ayrı ayrı değerlendirildiğinde; öğrencilerde davranışlar alt ölçek puanı 15,05, duygular alt ölçek puanı 8,50 ve bozukluklar alt ölçeği puanı 14,11 olarak saptanmıştır. Öğrenci ve kontrol grupları arasındaki ONE toplam ve alt ölçekleri karşılaştırması Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9. Öğrenci ve kontrol grupları arasındaki ONE toplam ve alt ölçekleri karşılaştırması

	Öğrenci (n:104)	Kontrol (n:104)	p
Ortoreksiya Nervosa Envanteri Alt Ölçekler			
• Davranışlar	15.05	15.36	0.148
• Duygular	8.50	8.02	0.035
• Bozukluklar	14.11	13.85	0.493
Ortoreksiya Nervosa Envanteri Toplam Puan	37.66	37.32	0.287

6. TARTIŞMA

21. yüzyıl, genel olarak tüketim yüzyılı olarak adlandırılmaktadır. Bu nedenle obezite ile mücadele önemli sağlık uğraşlarından biridir.¹²⁶ Günümüzde insanların çalışma şekilleri, beslenme düzenleri, tükettikleri gıdaların içerikleri önemli derecede değişmiştir. Gıdaların içindeki katkı maddeleri, yağ, şeker, tuz oranları, raf ömrünün uzun olması için kullanılan sağlığa zararlı yapay maddeler çeşitli sağlık problemlerine (örneğin; diyabet, hipertansiyon, hipertiroidi, hiperkolesterolemi, kalp ve damar hastalığı vb) yol açmaktadır. İnsanların bu hastalıkları önleme veya mücadele etme istekleri, bunlarla birlikte çağdaş dünyada dayatma haline gelen kadınlarda ve erkeklerde güzel fiziğe sahip olma isteği, beslenme şekline, gıda seçimi ve tüketiminde bazı değişikliklere neden olmaktadır. Bütün bu uğraşlar, çabalar ortoreksiya olma olasılığı arttırmaktadır.¹²⁷ Yapılan bazı çalışmalarda, vegan, kalori kısıtlama ya da glutensiz diyet gibi özellikli diyet programlarını uygulayan kişilerde hem ON hem de sağlıklı ortoreksiya eğilimleri fazla olarak bulunmuştur. ON riski en fazla olan diyet grubu vegan beslenenler iken, en az ilişkili grup ise glutensiz beslenenlerdir.¹²⁸

Üniversite öğrencileri ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda VKİ ile ON anlamlı fark olmasa da, benzer çalışmalarda VKİ arttıkça ON eğilimlerin arttığı gözlenmiştir.¹²⁹ Vücut Kitle İndeksi ve ortorektik beslenme eğilimi arasında ilişkinin olmamasının nedeni, ON'da takıntı şeklindeki durumun, AN ve diğer YB'lerinden farklı olarak kilo kontrolü ve beslenmenin miktarı olmayıp, besinin kalitesi ve saflığı olmasının olabileceği düşünülmüştür.

130

Araştırmaya katılanların cinsiyetlerine bakıldığında sağlıklı ortoreksiya ve ON yönelimlerinde farklılık bulunmuyordu. Benzer diğer çalışmalarda da kadın erkek arasında ON ve sağlıklı ortoreksiyanın farklılığı gözlenmemiştir.¹³¹

Çalışmamızda, katılımcıların ON belirti şiddetiyle yaş, eğitim düzeyi, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, yaşadığı yer, sigara, alkol kullanımları arasındaki ilişkiye rastlanmamıştır. Ortoreksiya Nervosa (ON) prevalansı hakkında yapılan çalışmalar, farklı popülasyonlarda ve bölgelerde farklı sonuçlar ortaya koymaktadır. Prevalans, bir belirli bir zaman diliminde belirli bir hastalığa sahip olan kişilerin oranını ifade eder. ON'nin, ilk defa 1997 senesinde tanımlanması nedeniyle, prevalansı açısından kapsam gerektiren araştırma mevcut değildir. Var olan çalışmaların genelde analiz edilmiş popülasyona ve onay almış tanı kriterlerine bağımlı çelişkili sonuçlara rastlanmaktadır.

Dunn ve ark. (2011) tarafından yürütülen bir çalışmada, ortalama bir Amerikan

yetişkin örnekleminde ortoreksiya nervoza prevalansı %6.9 olarak bulunmuştur. Arusoğlu ve ark. (2008) tarafından gerçekleştirilen bir çalışma, Türkiye'deki üniversite öğrencileri arasında ortoreksiya nervoza prevalansını %1.8 olarak rapor etmiştir. Segura-Garcia ve ark. (2012) tarafından yapılan bir çalışmada, İtalya'da genç yetişkinler arasında ortoreksiya nervoza prevalansı %7.9 olarak belirlenmiştir. Ramacciotti ve ark. (2011) tarafından yürütülen bir çalışmada, İtalya'da ortoreksiya nervoza prevalansı %57.6 olarak bulunmuştur. Bu çalışma, spesifik bir sağlık merkezine başvuran kişileri içermektedir, bu nedenle sonuçlar genel popülasyonu tam olarak temsil etmeyebilir.

Kültürler arasındaki farklılıkların olması ON gelişiminde etkili olmuştur. Türk kültürüne bakıldığında yaş faktörünün ortorektik eğilimlerde belirgin farklılık olmadığı vurgulanmaktadır.¹³² Ülkemizde yapılmış bir araştırmada, eğitim süresiyle yaş ortalaması azaldıkça ortorektik belirtilerde artış, evli 76 bireylerin evli olmayan bireylere göre ortorektik eğilimlerinde artış rastlanmıştır.¹³²

2010 senesinde Türkiye'de yapılmış, tıp fakültesi öğrencileri arasında ON sıklığını araştıran diğer bir araştırmada ise, öğrencilerin yaş, cinsiyet ve sigara alışkanlıkları arasındaki istatistiksel bağlamda önemli farklılıklara rastlanılmıştır. Erkek öğrencilerde ON açısından önemli ölçüde fazla meyil saptanmıştır. Yaş gruplarına bakıldığında ise genç öğrencilerde ON eğiliminde yükseklik görülmüştür.¹³³

Donini ve ekibince yapılan çalışmada ise ortorektik eğilimin ilerleyen yaşlarla bağlantılı olduğu belirtilmiştir.¹³⁴ 2019'da 864 katılımcıyla yapılmış bir araştırmada, çalışmamızı destekleyen biçimde ortorektik belirtiler ile cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, yaşanan yer arasındaki ilişkiye rastlanılmamıştır.¹³⁵ Eğitim düzeyiyle ON eğilimi açısından da çelişki verici çalışmalar bulunmaktadır. Bazı araştırmalarda, ortorektik eğilimlerin, düşük öğrenim seviyesiyle ilişkisi bulunmaktadır.¹³² Bazı araştırmalarda ise, ON eğilimiyle öğrenim durumunun bağlantısı olmadığı saptanmıştır.¹³⁶ Bizim çalışmamızda ise, gruplar arasındaki eğitim düzeyiyle ON eğilimi açısından bir bağ bulunmamıştır.

Çalışmamızda sigara kullanımına ilişkin ON ve sağlıklı ortoreksiya eğilimlerinde farklılıklar saptanmamıştır. Bazı çalışmalarda ise sigara kullanımıyla ortoreksiyanın arasında olumsuz olarak anlamlı bir bağ saptanmıştır.¹²⁹ Başka bir araştırmada sigara kullanmayanların, sigara kullananlara göre ON olma olasılığı daha fazla olarak belirlenmiştir.¹³¹ Günümüzde sigara kullanmamak sağlıklı yaşamın en önemli belirtisi olarak görülmektedir. Bu nedenle sigara kullanmamak ortoreksiya gelişimine zemin hazırlayabilmektedir. Ancak bu ilişkiyi inceleyen çalışmalarda tutarsızlık mevcuttur.¹³⁷

Çalışmamızda fiziksel olarak aktiflik düzeyiyle ortoreksiya eğilimi arasında bir farka rastlanmadı. Benzer bir çalışmada ise aktif fiziksel uğraşları olan bireylerin ortorektik eğilimleri olabileceği saptanmıştır. Üniversite öğrencileri arasında uygulanan başka bir çalışmada ise fiziksel aktiviteyle ortoreksiyanın ilişkisi olduğu belirtilmiştir.¹²⁷ Bir araştırmada da bu ilişkiye farklı açıdan bakılmıştır. Ortoreksiyada bulunan takıntı mekanizmasının yalnız beslenme alakalı değil, patolojik olarak fiziksel egzersizleri de kapsadığı savunulmuştur. Aynı çalışmada ortoreksiyaya meyilli bireylerin davranışlarının kontrolündeki zayıflığının, fiziksel aktiviteyle dengelemek amacının olduğu belirtilmiştir.¹³⁸

Demografik değişkenlerden eğitim durumunun ON belirtilerinin şiddeti üzerine önemli etkisinin olmadığı gözlenmiştir. Bu ilişki ile alakalı başka araştırmalara bakıldığında ortaya çıkan neticenin belirsizliği göze çarpmaktadır.¹³⁹ Avustralya’da(2017) yapılan bir çalışmada ON’nin üniversite mezunlarında, lise mezunlarına göre yaygınlığı daha fazla olarak görülmüştür. Donini ve ekibi (2004)’nin çalışmasında ise düşük eğitim seviyesindeki bireylerde ON yöneliminin daha fazla olabileceği görülmüştür.¹⁴⁰ Ülkemizde de bu konuyla alakalı kesin bir sonuca varılamamıştır. 2008’de yapılan bir çalışma sonucu eğitim seviyesi yükseldikçe ON yaygınlığında azalma sonucuna ulaşılmıştır.¹² 2016 senesinde ise başka bir araştırmada eğitim seviyesi ile ORTO-11 puanlarında farklılıklara rastlanılmamıştır.¹³⁰

Mevcut çalışmada eğitim düzeyi açısından örneklemelerin çoğunluğunu tıp fakültesi öğrencileri oluşturduğundan dolayı farklı bir sonuca varılmamasında etkili faktör sayılabilir.

Çalışmamızda medeni durum, çalışma durumu ve ortoreksiya eğilimi arasındaki ilişki istatistiksel olarak araştırıldığında belirli bir bağlam gösterilmemiştir. Literatür incelendiğinde Tatlıses’in (2016) çalışmasında, egzersiz uygulayanların ON yönelimleri, medeni durum açısından ele alındığında; bekar olanların ON puanları, diğer katılımcı puanlarına kıyasla daha anlamlı gösterilmesine karşın; istatistiksel anlamda fark bulunulmamıştır. Arusoğlu’nun (2006) bir araştırmasında medeni durum açısından fark bulunmuştur. Evli katılımcıların, evli olmayan katılımcılara oranla ortorektik risk taşımaları daha fazla olarak belirlenmiştir. Bir diğer araştırmada ise ON belirtileri belirgin olan katılımcıların, evli olmayan ve çocuk sahibi olmayan katılımcılardan oluştuğu belirtilmiştir.

Bu çalışmada ONE toplam ve alt ölçekler öğrenci ve kontrol gruplarında ayrı ayrı değerlendirildiğinde, ONE duygular alt ölçeği öğrenci grubunda anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.

Çalışmamızda öğrenci ve kontrol arasındaki MOKSL toplam puan ve kontrol, yavaşlık

alt ölçekleri arasında anlamlı fark gözlenmemiştir. Ancak MOKSL temizlik alt ölçeği kontrol grubunda anlamlı olarak yüksek (p:0.022), kuşku alt ölçeğinde ise öğrenci grubunda anlamlı olarak yüksek (p:0.001) olarak saptanmıştır. Literatürde benzer çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda Öğrenci grubunda egzersiz, diyet ve sosyal medyada sağlıklı beslenme ile ilgili program takip edilmesi verileri değerlendirildiğinde kadınların sosyal medyada sağlıklı beslenme ile ilgili program takip etmesi erkeklere göre anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. (p:0.008) .Öğrenci grubunda Egzersiz ve diyet uygulanması değerlendirildiğinde anlamlı fark görülenmemiştir. Kontrol grubunda egzersiz, diyet ve sosyal medyada sağlıklı beslenme ile ilgili program takip edilmesi verileri değerlendirildiğinde kadınların sosyal medyada sağlıklı beslenme ile ilgili program takip etmesi erkeklere göre anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. (p:0.004) Farklı bir çalışmada sosyal medyada instagram uygulamasındaki verilerinden katılan kişilerin günün kaç saati sosyal medyadaki uygulamayı kullandığının tespiti yapılmış. Günde bir saatin altında kullanım yapan bireylerde, uygulamadaki geçirilen dakikalar azaldığı taktirde ON eğilimlerinde artış gerçekleşmiştir.¹⁴¹ Literatür ile çelişkili bu hal, çalışmada bahsedilen örneklemin ortoreksiya açısından risk gruplarında bulunan diyetisyenler tarafından yapılması ve diyetisyenlerin sosyal medya platformu instagram kullanımından kaçınmaları ile belirtilmiştir.¹⁴¹ Aynı çalışmada günün 3 saati ve üzerinde zaman geçiren kişilerin ise ortoreksiya meyili fazladır. ¹⁴¹ Belirtilen araştırmada sosyal medya platformu instagramda beslenme programı takibi ile ortoreksiya nervoza meyili arasında belirli fark gerçekleşmiştir. Böyle bir sonuca varılmasında mevcut çalışmada ortoreksiya için riskli grupta bulunan tıp fakültesi öğrencilerinin yer alması neden olmuş olabilmektedir.

İnstagram'ın sosyal medyadaki payı, ruhsal sağlık üzerinde negatif etkisi, yiyecek paylaşımları ve sağlıklı yaşam hareketlerinin uygulama içindeki popülaritesi, ON ile sosyal medyada beslenme programları takibi ve instagram bağımlılıkları arasındaki pekiştirici ilişkiyi açıklamaktadır.

Yaşam sürülen ülkelere göre sosyal medya kullanımı ve sosyal medyada beslenme programı takipleri düzeylerinde belirgin ölçüde farklılıklar olan bir araştırmada, Malezyalı katılımcılardaki instagrama bağımlılıklarındaki düzey Türkiye'deki öğrencilerden daha fazladır.¹⁴² 12-15 yaş arası ergenlerde uygulanan bir araştırmada, araştırmaya katılmış ergenlerin hepsi whatsapp ve instagram kullanıyor olmalarına rağmen, uygulanan araştırmada instagram bağımlılık derecelerinin orta altı düzeyde olarak gösterilmiştir.¹⁴³

Sağlık ve kondisyon ile alakalı sayfaları sosyal medyada takip etmiş ergenlerde yeme bozukluğu tanısının konma olasılığında artış olduğu belirlenmiştir.¹⁴⁴

Ülkemizde uygulanan bir araştırmada, diyet yapan kişilerin ortorektik eğilimlerinde, diyet yapmayanlara oranla belirli artış gözlenmiştir. ¹³² AN tanısı almış hastaların yüksek düzeyde Facebook kullanımlarının daha fazla belirti düzeyi ile ilişkisi gösterilmiştir. ¹⁴⁵

Yapılan başka bir çalışmada 752 üniversite öğrencisinde (18-24 yaş aralığında) instagram bağımlılık ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçeğe bakıldığında Instagram bağımlılığında yaygınlık oranı incelendiğinde çalışmaya katılmış bireylerin %66,5'inin bağımlı olmadıkları ve katılanların yalnızca %0,9'unda ciddi ölçüde bağımlı olduğu bulunulmuştur. ¹⁴³ Sosyal medyanın olumsuz etkileri ele alındığında bu veriler umut vericidir. Topluma sosyal kanallar ile yön verilebilir, toplumda yeni akımlar oluşturulabilmektedir. Bu nedenler sosyal medya kullanımında kontrol mekanizması önem arz etmektedir. Sosyal medya kullanımında bilinç sağlanması gerekmektedir. Okulların erken dönemlerinde dijital medya okuryazarlığı eğitimleri verilmesi sağlanmalıdır.

Ortoreksiya Nervoza (ON), ruhsal bozukluklar arasındaki konumu hakkında bilim camiasında tartışmalar devam etmektedir. ON'nin tam olarak nereye konumlandırılması gerektiği konusunda farklı görüşler bulunmaktadır. ¹³⁵

Bazı araştırmalar, ON'yi ayrı bir klinik tanı olarak kabul etmektedir. Bu görüşe göre, ON, kendine özgü semptomlara, özelliklere ve klinik özelliklere sahip bir ruhsal bozukluktur. ON'nin temel özelliği, obsesif bir şekilde sağlıklı ve "doğru" beslenme üzerine takıntılı bir düşünce yapısına sahip olmak ve bu düşünceleri uygulamak için sıkı kurallar ve kısıtlamalar getirmektir. ¹⁴⁶ ON'nin, bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir rahatsızlık olduğu ve psikopatolojik bir boyut taşıdığı savunulmaktadır. ¹⁴⁷

Diğer bir görüş ise ON'nin, yeme bozuklukları spektrumunun bir parçası olduğunu öne sürmektedir. Bu yaklaşıma göre, ON ve diğer yeme bozuklukları arasında önemli benzerlikler bulunmaktadır. ON'nin, AN (Anoreksiya Nervoza) veya diğer yeme bozukluklarıyla ortak semptomlar ve özellikler paylaşması, bu görüşün temel dayanağıdır. ¹⁴⁸ Örneğin, mükemmelliyetçilik, kontrol ihtiyacı, diyet kısıtlamaları ve beden imajıyla ilgili saplantılar, hem ON hem de diğer yeme bozukluklarında gözlemlenen ortak özelliklerdir.

Bununla birlikte, bazı araştırmacılar ON'yi Obsesif Kompulsif Bozukluğun (OKB) bir tezahürü olarak değerlendirmektedir. ON ve OKB arasında benzer obsesif düşünceler ve kompulsif davranışlar bulunmaktadır. Örneğin, ON'li bireylerin yemek hazırlama sırasında titizlikle temizlik yapması veya obsesif düşüncelerle sağlıklı beslenme takıntısıyla meşgul olması, OKB'nin belirgin özellikleri arasındadır. ¹⁴⁶ Bu yaklaşıma göre, ON, OKB spektrumunda değerlendirilebilir ve OKB tedavi protokollerine yanıt verebilir.

Sonuç olarak, ON'nin ruhsal hastalıklar arasındaki konumu hala tartışmalıdır.¹⁴⁶

Ortorektik kişilerin düşünce ve davranışlarının egosintonik olması sebebiyle, özellikle sağlıklı besin tüketimi ve yaşamı teşvik eden sloganların yaygınlaşmasıyla, kendilerinin sağlıklı yaşamla alakalı düşüncelerinin olumsuz etkisi konusunda onları ikna etmekte zorlanılmaktadır.¹⁴⁹ ON tedavisini, psikiyatristleri, pratisyenleri, psikoterapistleri, diyetisyenleri ve hemşireleri de içeren multidisipliner bir yaklaşımla yapılması gerekmektedir. Belirli zamanlarda ise, SSGİ tür ilaçlarla desteklenmesi tedavinin devamı açısından yararlı olabilmektedir.¹³⁵

6.1. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızda bazı kısıtlılıklar bulunmaktadır. Bu çalışma, üzerine tartışmaların devam ettiği ve hala belirli tanı kriterlerinin olmadığı konuya değinmiştir. Çalışmaya katılanların boy uzunluğu ve beden ağırlığının ölçümüne yer verilmemiştir. Katılımcıların ailelerinde bulunan ruhsal hastalıklarının varlığı veya yokluğu kendi beyanlarıdır. Katılımcıların madde kullanımının varlığı veya yokluğu kendi beyanlarıdır ve herhangi bir madde tarama testine yer verilmemiştir. Çalışmamızda tek merkezde bulunan tıp fakültesi öğrencilerine yer verilmiştir. Mevcut çalışmamızda yaş aralığı sınırlıdır ve bu nedenle yaş ile alakalı incelemelerde kısıtlılıklara neden olmuştur. Başka örneklem grupları ile daha kapsamlı çalışmalar uygulanabilir. Gelecek yıllarda bu alanda yapılacak araştırmalar ortoreksiyanın daha sağlıklı anlaşılabilmesi ve tedavisinin farklı seçenekleri açısından önemli olacaktır.

6.2. Çalışmanın Güçlü Yanları

Çalışmamız tıp fakültesi öğrencileri arasında ortoreksiya eğilimini araştıran nadir çalışmalardandır. Araştırmanın anketlerinde ülkemizde geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış ölçekler kullanılmıştır. Anket formları araştırmacının gözleminde, bire bir uygulanmıştır. Katılımcıların, yöneltile soruları yanlış anlamasına izin verilmemiştir.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Tıp fakültesi öğrencileri arasında sigara, alkol, madde kullanımı, cinsiyet ve fiziksel aktivite düzeyi ile ortoreksiya nervoza açısından anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamıştır. Ortoreksiya nervoza ile sosyodemografik değişkenler arasında ilişki bulunmamıştır. Geniş toplum tabanlı çalışmalarla ON ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkilerin ayrıntılı incelenmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Tıp fakültesi öğrencileri arasında kadınların daha fazla sosyal medyada beslenme programları takip etmesi öne çıkmaktadır. Bununla beraber ortoreksiya nervoza eğilimi yüksek bulunmuştur. Tıp fakültesi öğrencilerinde HAM-A ölçeğinin yüksek çıkması ile Ortorektik belirtiler arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Sosyal medyanın kullanımının yaygınlaşması sonucu sağlıklı yaşam kavramına yeni anlamlar katılmaktadır. Özellikle sosyal medyada diyet programlarının giderek popülerleşmesi toplumu oldukça etkilemesinden ötürü önemsenmesi gerekmektedir. Beslenmelerinde özel diyetler uygulayan bireylerin ortoreksiya eğiliminde artış olmuş, bu nedenle tedavilerinde diyet önerilmiş hastaların ortoreksiya geliştirme bakımından değerlendirilmeli ve takipleri gerekmektedir. Öğrencilerin yaklaşık yüzde altmış fiziksel olarak inaktif olduğu, düzenli fiziksel aktivite yapmadıkları sonucuna varılmıştır. Toplumu oluşturan genç kişilerin sedanter yaşamaması, spor ve egzersiz alışkanlığının kazandırılması önem arz etmektedir. Önerilerimiz öğrencilere fiziksel aktivitenin önemini anlatılması gerekmektedir. Öğrencilere gerekli fiziksel desteğin sağlanması gerekmektedir. Çalışmaya katılan tıp fakültesi öğrencilerinde yaklaşık üçte birlik kısmının sigara kullandığını bildirmiştir. Öğrencilere sigara bağımlılığının hangi aşamasında olursa olsunlar bırakabilecekleri anlatılmalıdır. Öğrencilere Sigarayı bıraktırma polikliniklerinden destek almalarında öncelik sağlanmalı, sigarasız yaşam için destekte bulunulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. **Asarkaya B.** Sağlıklı ortoreksiya ve ortoreksiya nervoza: ebeveynden algılanan psikolojik kontrol ve uyumlu-uyumsuz mükemmeliyetçilik özellikleri ile ilişkisinin incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]: Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; **2019**.
2. **Baker, R. W., Mcneil, O. V., Sıryk, B.** “Expectation and Reality in Freshman Adjustment to College”, *Journal of Counseling Psychology*, **1985**; 32/1, 94.
3. **Bedewy, D. Gabriel, A.** “Examining Perceptions of Academic Stress and Its Sources Among University Students: The Perception of Academic Stress Scale”, *Health Psychology Open*, 2/2.; **2015**
4. **Altınsoy, S.** “Yeni Devlet Üniversitelerinin Gelişimi: Sorunlar ve Politika Önerileri”, *Journal of Higher Education & Science/Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 1/2; **2011**
5. **Brytek-Matera A, Fonte ML, Poggiogalle E, Donini LM, Cena H.** Orthorexia nervosa: relationship with obsessive-compulsive symptoms, disordered eating patterns and body uneasiness among Italian university students. *Eat Weight Disord.* **2017**; 22(4):609-617.
6. **Klein DA, Walsh BT.** Eating disorders: clinical features and pathophysiology. *Physiology & behavior.* **2004**; 81(2):359-74.
7. **Chakı B. S. Pal, A. Bandyopadhyay.** Exploring scientific legitimacy of orthorexia nervosa: anewly emerging eating disorder. *Sports and Exercise Physiology Laboratory, Department of Physiology, University of Calcutta. Journal Of Human Sport & Exercise (2013).Volume 8, Issue 4.*
8. **Alleyne, M. Alleyne, P., Greenidge, D.** “Life Satisfaction and Perceived Stress Among University Students In Barbados”, *Journal Of Psychology In Africa*, **2010**; 20/2, 291-297.
9. **Bedewy, D. Gabriel, A.** “Examining Perceptions of Academic Stress and Its Sources Among University Students: The Perception of Academic Stress Scale”, *Health Psychology Open*, **2015**; 2/2.
10. **Park SW, Kim JY, Go GJ, Jeon ES, Pyo HJ, Kwon YJ.** Orthorexia nervosa with hyponatremia, subcutaneous emphysema, pneumomediastinum, pneumothorax, and pancytopenia. *Electrolyte Blood Press.* **2011**; 9(1):32-37.
11. **Yücel B.** Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: yeme bozuklukları. *Klinik gelişim psikiyatri dergisi.* **2009**; 22(4).
12. **Arusoğlu, G., Kabakçı, E., Köksal, G., & Merdol, T. K.** Orthorexia Nervosa and Adaptation of ORTO-11 into Turkish. *Turkish journal of psychiatry*, **2008**; 19(3).
13. **Bratman S, Knight D.** Health food junkies: Overcoming the obsession with healthful eating: Broadway Books.;**2000**.
14. **Arusoğlu, G., Kabakçı, E., Köksal, G., & Merdol, T. K.** Orthorexia Nervosa and Adaptation of ORTO-11 into Turkish. *Turkish journal of psychiatry*, **2008**; 19(3).
15. **Gezer, C. ve Kabaran, S.** Beslenme ve Diyetetik Bölümü Kız Öğrencileri Arasında Görülen Ortoreksiya Nervosa Riski. *Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2013**; 4(1), 14-22.
16. **Akay, G. G.** “Yeme Bozukluklarında Fiziksel Açlığı Duygusal Açlıktan Ayırt Edebilme”, *Türkiye Klinikleri Psychology-Special Topics*, **2016**; 1/2, 17-22.
17. **Satter, E.** “What is Normal Eating?”, *Eating Disorders Sourcebook*, (Ed. by. Sandra J. Judd., (3rd Edition), US.: Omnigraphics, **2011**; p. 13-17.
18. **Ogden, J.** “Healthy Eating”, *The Psychology of Eating from Healthy to Disordered Behavior*,

(2nd Edition), US.: Wiley-Blackwell, **2010c**; p. 8-30.

19. **Ogden, J.** "Body Dissatisfaction" The Psychology of Eating from Healthy to Disordered Behavior, (2nd Edition), US.: Wiley-Blackwell, **2010b**; p. 97-115.
20. Kärkkäinen, U., Mustelin, L., Raevuori, A., Kaprio, J., Keski-Rahkonen, A. "Do Disordered Eating Behaviours Have Long- Term Health-Related Consequences?", European Eating Disorders Review, **2018**; 26/1, 22-28.
21. **Gitimu, P. N., Jameson, M. M., Turel, T., Pohlekrauz, R., Mincher, J., Rowlands, Z., Elias, J.** "Appearance Issues, Depression, and Disordered Eating Among College Females", Cogent Psychology, **2016**; 3/1.
22. **Eaton, D. K., Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S., Ross, J., Hawkins, J., ... Lim, C.** "Youth Risk Behavior Surveillance-United States", 2009, MMWR Surveill Summ, **2010**; 59/5, 1-142.
23. **Neumark-Sztamer, D., Wall, M., Larson, N.I., Eisenberg, M.E., Loth, K.** "Dieting and Disordered Eating Behaviors from Adolescence to Young Adulthood: Findings from a 10-Year Longitudinal Study", Journal of the American Dietetic Association, **2011**; 111/7, 1004- 1011.
24. **Tokgöz, O.** "Kitle İletişim Araçlarının İstenilmeden Öğrenmede Rolü ve Önemi", Eğitim ve Bilim, **1984**; 8/47.
25. **Goodman, J. R.** "Mapping the Sea of Eating Disorders: A Structural Equation Model of How Peers, Family, and Media Influence Body Image and Eating Disorders", Visual Communication Quarterly, **2005**; 12/3-4, 194- 213.
26. **Greenberg, B. S., Eastin, M., Hofschire, L., Lachlan, K., Brownell, K. D.** "Portrayals of Overweight and Obese Individuals on Commercial Television", American Journal of Public Health, **2003**; 93/8, 1342-1348.
27. **Levine, M. P., Murnen, S. K.** "Everybody Knows that Mass Media Are/Are Not [Pick One] A Cause of Eating Disorders": A Critical Review of Evidence for A Causal Link Between Media, Negative Body Image, and Disordered Eating in Females, Journal of Social and Clinical Psychology, **2009**; 28/1, 9-42.
28. **Wikipedia:** Sosyal Medya, Vikipedi Özgür Ansiklopedi, **2013**; (Çevrimiçi) https://tr.wikipedia.org/wiki/sosyal_medya, 3 Şubat 2020.
29. **Tsitsika, A.K., Tzavela, E.C., Janikian, M., Ólafsson, K., Iordache, A., Schoenmakers, T.M., ... Richardson, C.** "Online Social Networking in Adolescence: Patterns of Use in Six European Countries and Links with Psychosocial Functioning", Journal of Adolescent Health, **2014**; 55/1, 141-147.
30. **Perloff, R.M.** "Social Media Effects on Young Women's Body Image Concerns: Theoretical Perspectives and an Agenda for Research", Sex Roles, **2014**; 71/11-12, p. 363-377.
31. **Hummel, A. C., Smith, A. R.** "Ask and You Shall Receive: Desire and Receipt of Feedback via Facebook Predicts Disordered Eating Concerns", International Journal of Eating Disorders, **2015**; 48, 436- 442.
32. **Mabe, A.G., Forney, K.J., Keel, P.K.** "Do You 'Like' My Photo? Facebook Use Maintains Eating Disorder Risk", International Journal of Eating Disorders, **2014**; 47/5, 516-523.
33. **Mayo clinic. Patient Care & Health Information Diseases & Conditions Eating disorders. 2020**; [Available from: <https://www.mayoclinic.org/>].
34. **Treasure J, Claudino AM, Zucker N.** Eating disorders. Lancet (London, England). **2010**;375(9714):583-93.
35. **Bakalar, J. L., Shank, L. M., Vannucci, A., Radin, R. M., & Tanofsky-Kraff, M.** Recent advances

- in developmental and risk factor research on eating disorders. *Current psychiatry reports*, **2015**; 17(6), 42.
36. **Holland, L. A., Bodell, L. P., & Keel, P. K.** Psychological factors predict eating disorder onset and maintenance at 10-year follow-up. *European Eating Disorders Review*, **2013**; 21(5), 405-410.
37. **Yıldız, B.** Yeme tutumunun cinsiyet değişkenine göre duygusal ve bilişsel şemalarla olan ilişkisinin incelenmesi (Yüksek lisans tezi). İstanbul, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı. **2018**:
38. **Johnston, O., Startup, H., Lavender, A., Godfrey, E., & Schmidt, U.** Therapeutic writing as an intervention for symptoms of bulimia nervosa: Effects and mechanism of change. *International Journal Of Eating Disorders*, NA-NA. **2009**; doi: 10.1002/eat.20714.
39. **Polat, A. Ve Sodan Turan, H.** "Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi", Yeme Bozuklukları ve Obezite, (Ed. by. Yücel, B. Akdemir, A., Gürdal Küey, A., Maner, F. Vardar, E.), Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Çalışma Birimleri Dizisi, **2013**; 15, s. 27-38.
40. **Keel, P. K., Forney, K. J.** "Prevalence and Incidence of Eating Disorders in Western Societies" In *The Wiley Handbook of Eating Disorders*. Ed. by Linda Smolak, Michael P. Levine. John Wiley & Sons, Ltd. **2015**; pp.53-64 .
41. **Hoek, H. W., VaN Hoeken, D.** "Review of The Prevalence and Incidence of Eating Disorders", *International Journal of Eating Disorders*, **2003**; 34/4, 383-396.
42. **Neda (National Eating Disorders Association).** "Eating Disorders on the College Campus: A National Survey of Programs and Services". **2013**; (Çevrimiçi) <http://www.nationaleatingdisorders.org/collegiatesurveyproject>, 27 Ocak 2020.
43. **Schmidt U, Adan R, Böhm I, Campbell IC, Dingemans A, Ehrlich S, et al.** Eating disorders: the big issue. *The Lancet Psychiatry*. **2016**; 3(4):313-5.
44. **Herpertz-Dahlmann, B.** Adolescent eating disorders: definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, **2009**; 18(1), 31-47.
45. **Mandelli, L., Draghetti, S., Albert, U., Ronchi, D., & Atti, A.** Rates of comorbid obsessive-compulsive disorder in eating disorders: A meta-analysis of the literature. *Journal Of Affective Disorders*, **2020**; 277. doi: 927-939.
46. **Latzer, Y., & Stein, D.** Introduction: Novel perspectives on the psychology and psychotherapy of eating disorders. *Journal Of Clinical Psychology*, **2019**; 75(8), 1369-1379. doi: 10.1002/jclp.22786.
47. **Hilbert, A., Pike, K., Wilfley, D., Fairburn, C., Dohm, F., & Striegel-Moore, R.** Clarifying boundaries of binge eating disorder and psychiatric comorbidity: A latent structure analysis. *Behaviour Research And Therapy*, **2011**; 49(3), 202-211. doi: 10.1016/j.brat.2010.12.003.
48. **Kazkondur İ.** Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) Belirtilerinin İncelenmesi Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Ankara. **2010**.
49. **Rangel C, Dukeshire S, MacDonald L.** Dietand anxiety An exploration into the Orthorexic Society. *Appetite*. **2012**; 58(1): 124-132.
50. **Rıkanı, A.A., Choudhry, Z., Choudhry, A.M., Ikram, H., Asghar, M.W., Kajal, D. Mobassarrah, N.J.** "A Critique of the Literature on Etiology of Eating Disorders", *Annals of Neurosciences*, **2013**; 20/4, 157.
51. **Culbert, K. M., Racine, S. E., Klump, K. L.** "Research Review: What We Have Learned About the Causes Of Eating Disorders—A Synthesis of Sociocultural, Psychological, and Biological Research", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **2015**; 56/11, 1141-1164.

52. **Culbert, K. M., Burt, S. A., McGue, M., Iacono, W. G., Klump, K. L.** “Puberty and the Genetic Diathesis of Disordered Eating Attitudes and Behaviors”, *Journal of Abnormal Psychology*, **2009**; 118/4, 788.
53. **Avena, N. M., Bocarsly, M. E.** “Dysregulation of Brain Reward Systems in Eating Disorders: Neurochemical Information from Animal Models of Binge Eating, Bulimia Nervosa, and Anorexia Nervosa”, *Neuropharmacology*, **2012**; 63/1, 87-96.
54. **Gorwood, P., Kipman, A., Foulon, C.** “The Human Genetics of Anorexia Nervosa”, *European Journal of Pharmacology*, **2003**; 480/1-3, 163-170.
55. **Klump, K. L., Keel, P. K., Sisk, C., Burt, S. A.** “Preliminary Evidence that Estradiol Moderates Genetic Influences on Disordered Eating Attitudes and Behaviors During Puberty”. *Psychological Medicine*, **2010**; 40/10, 1745.
56. **Baker, J. H., Girdler, S. S., Bulik, C. M.** “The Role of Reproductive Hormones in The Development and Maintenance of Eating Disorders”, *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*, 7/6, 573-583.
57. **Allen, K. L., Byrne, S. M., Hu, H., Van Eekelen, A., Mattes, E., Foster, J. K.** “Neurocognitive Functioning In Adolescents With Eating Disorders: A Population-Based Study”, *Cognitive Neuropsychiatry*, **2013**; 18/5, 355- 375.
58. **Carina Gillberg, I., Råstam, M., Wentz, E., Gillberg, C.** “Cognitive and Executive Functions in Anorexia Nervosa Ten Years After Onset of Eating Disorder”, *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, **2007**; 29/2, 170-178.
59. **Association AP.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; **2013**.
60. **Walsh, B.T., Attia, E., Sysko, R.** “Classification of Eating Disorders” *Handbook of Assessment and Treatment of Eating Disorders*, (Ed. by. B Timothy Walsh, B.T., M.D., Attia, E., Glasofer, D.R., Sysko, R.), American Psychiatric Pub. **2015**;
61. **Görgülü, Y.** “Yeme Bozukluklarında Tanı ve Sınıflandırma”, Ed. by. Yücel, B. Akdemir, A., Gürdal Küey, A., Maner, F. Vardar, E., Yeme Bozuklukları ve Obezite, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Çalışma Birimleri Dizisi, 15, **2013**; 10-25.
62. **Ergüney Okumuş, F.** Anorexia Nervosa. ;**2021**.
63. **Himmerich, H., Hotopf, M., Shetty, H., Schmidt, U., Treasure, J., & Hayes, R. et al.** Psychiatric comorbidity as a risk factor for mortality in people with anorexia nervosa. *European Archives Of Psychiatry And Clinical Neuroscience*, **2021**; 269(3), 351-359. doi: 10.1007/s00406-018-0937-8.
64. **Amerikan Psikiyatri Birliği,** Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı’ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, **2013**.
65. **Garfinkel, P. E.** “Classification and Diagnosis of Eating Disorders”, *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. 2nd edition. Fairburn, C.G., Brownell, K.D. (Ed), New York. The Guilford Press, 2002; pp. 155- 161.
66. **Herpertz-Dahlmann B.** Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. **2015**; 24:177–196.
67. **Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA, Jr., Winokur G, Munoz R.** Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry*. **1972**; 26(1):57-63.
68. **Association AP.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV ed. **1994**.
69. **American Psychiatric Association** Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5):

American Psychiatric Pub; 2013.

70. **Köroğlu.** DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık, **(2014a)**; 172-180.
71. **Yüksel HH.** Edirne il merkezindeki anaokulu çocuklarının annelerinde ortoreksiya nervoza eğilimi [Yüksek Lisans Tezi]: Trakya Üniversitesi; **2019**.
72. **Pisetsky, E., Wonderlich, S., Crosby, R., Peterson, C., Mitchell, J., & Engel, S. et al.** Depression and Personality Traits Associated With Emotion Dysregulation: Correlates of Suicide Attempts in Women with Bulimia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, **(2015)**, 23(6), 537-544. doi: 10.1002/erv.2401.
73. **Gonçalves, S., Machado, B., Martins, C., Hoek, H., & Machado, P.** Retrospective Correlates for Bulimia Nervosa: A Matched Case-Control Study. *European Eating Disorders Review*, **2016**; 24(3), 197-205. doi: 10.1002/erv.2434.
74. **Cooke, E. A., Guss, J. L., Kissileff, H. R., Devlin, M. J., Walsh, B. T.** “Patterns of Food Selection During Binges in Women with Binge Eating Disorder”, *International Journal of Eating Disorders*, **1997**; 22/2, 187-194.
75. **Palmer, B.** *Helping People with Eating Disorders: A Clinical Guide to Assessment and Treatment*, (Second Edition), Wiley Blackwell, John Wiley & Sons, Ltd., **2014**; p. 2, 11, 112.
76. **Castillo M, Weiselberg E.** Bulimia Nervosa/Purging Disorder. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. **2017**; 47(4):85-94.
77. **Avena NM, Bocarsly ME.** Dysregulation of brain reward systems in eating disorders: neurochemical information from animal models of binge eating, bulimia nervosa, and anorexia nervosa. *Neuropharmacology*. **2012**; 63(1):87-96.
78. **Wilson, G.T., Wilfley, D.E., Agras, W.S., Bryson, S.W.** “Psychological Treatments of Binge Eating Disorder”, *Archives of General Psychiatry*, **2010**; 67/1, 94-101.
79. **Hilbert, A., Pike, K., Wilfley, D., Fairburn, C., Dohm, F., & Striegel-Moore, R.** Clarifying boundaries of binge eating disorder and psychiatric comorbidity: A latent structure analysis. *Behaviour Research And Therapy*, **2011**; 49(3), 202-211. doi: 10.1016/j.brat.2010.12.003.
80. **Rodrigues N, Shih S, Cohen LL.** Pica in Pediatric Sickle Cell Disease. *J Clin Psychol Med Settings*. **2021**; 28(1):6-15.
81. **Rodrigues N, Shih S, Cohen LL.** Pica in Pediatric Sickle Cell Disease. *J Clin Psychol Med Settings*. **2021**; 28(1):6-15.
82. **Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı**, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı’ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, **2013**.
83. **Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı**, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı’ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, **2013**.
84. **Raha B, Sarma S, Thilakan P, Punnoose ZM.** Rumination Disorder: An Unexplained Case of Recurrent Vomiting. *Indian J Psychol Med*. **2017**; 39(3):361-3.
85. **Duran S.** Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) riski ve etkileyen faktörler. *Pamukkale Tıp Dergisi*. **2016** ;9(3):220-6.
86. **Bishwajit G, O’Leary DP, Ghosh S, Sanni Y, Shangfeng T, Zhanchun F.** Association between depression and fruit and vegetable consumption among adults in South Asia. *BMC psychiatry*. **2017**; 17(1):1-9.

87. **Depa J, Barrada JR, Roncero M.** Are the Motives for Food Choices Different in Orthorexia Nervosa and Healthy Orthorexia? *Nutrients*. **2019**; 11(3):697.
88. **Barrada JR, Roncero M.** Estructura Bidimensional de la Ortorexia: Desarrollo y Validación Inicial de un Nuevo Instrumento. *Anales de Psicología*. **2018**; 34(2):282-90.
89. **Mañano C, Aimé A, Almenara CA, Gagnon C, Barrada JR.** Psychometric properties of the Teruel Orthorexia Scale (TOS) among a French–Canadian adult sample. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. **2022**; 27(8):3457-67.
90. **Barnes, M. A., & Caltabiano, M. L.** The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eating and weight disorders: EWD*, **2017**; 22(1), 177–184. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0280-x>.
91. **Gleaves, D. H., Graham, E. C., & Ambwani, S.** Measuring “orthorexia.” development of the eating habits questionnaire. *Time Taylor Academic Journals*, **2013**; 12(2).
92. **Arusoğlu G.** Sağlıklı beslenme takintisi (ortoreksiya) belirtilerinin incelenmesi, Orto-15 ölçeğinin uyarlanması [Uzmanlık Tezi]: Hacettepe Üniversitesi; **2006**.
93. **Barrada JR, Roncero M.** Bidimensional structure of the orthorexia: development and initial validation of a new instrument. *Anales De Psicología/Annals of Psychology*. **2018**; 34(2):283-91.
94. **Moroze, R. M., Dunn, T. M., Craig Holland, J., Yager, J., & Weintraub, P.** Microthinking about micronutrients: a case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal “orthorexia nervosa” and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics*, **2015**; 56(4), 397–403. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2014.03.003>.
95. **Bratman, S. and Knight, D.** *Health food junkies: overcoming the obsession with healthful eating*. Broadway Books. **2000**.
96. **Zamora, M., Bonaachea, B., Sánchez, F. G. and Rial, R. B.** Orthorexia nervosa: A new eating behavior disorder? *Actas Españolas de Psiquiatría*. **2005**; 33, 66–68.
97. **Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M. and Cannella, C.** Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, **2004**; 9(2), 151-157. doi: 10.1007/bf03325060.
98. **Mathieu, J.** What is orthorexia?. *Journal of the American Dietetic Association*, **2005**; 105(10), 1510-1512. doi: 10.1016/j.jada.2005.08.021.
99. **Duran S.** Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde ortoreksiya nervosa (sağlıklı beslenme takıntısı) riski ve etkileyen faktörler. *Pamukkale Tıp Dergisi* **2016**; 3: 220-6.
100. **Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C.** Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eat Weight Disord*. **2004**; 9(2):151-7.
101. **Dunn TM, Gibbs J, Whitney N, Starosta A.** Prevalence of orthorexia nervosa is less than 1%: data from a US sample. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. **2017**; 22(1):185-92.
102. **Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., & Cannella, C.** Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and weight disorders: EWD*, 2004;9(2), 151– 157. <https://doi.org/10.1007/BF03325060>.
103. **Brytek-Matera, A.** Orthorexia nervosa an eating disorder, obsessivecompulsive disorder or disturbed

eating habit? Archives of psychiatry and psychotherapy, **2012**; **14**.

- 104. Bratman, S. and Knight, D.** Health food junkies. Broadway, New York. **2000**.
- 105. Segura-Garcia, C., Ramacciotti, C., Rania, M., Aloï, M., Caroleo, M., Bruni, A., Gazzarrini, D., Sinopoli, F., & De Fazio, P.** The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder patients after treatment. Eating and weight disorders: EWD, **2015**; 20(2), 161–166. <https://doi.org/10.1007/s40519-014-0171-y>.
- 106. Barnes, M. A., & Caltabiano, M. L.** The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. Eating and weight disorders: EWD, **2017**; 22(1), 177–184. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0280-x>.
- 107. Dell’Osso, L., Carpita, B., Muti, D., Cremone, I. M., Massimetti, G., Diadema, E., ... & Carmassi, C.** Prevalence and characteristics of orthorexia nervosa in a sample of university students in Italy. Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, **2018**; 23(1), 55-65. doi: 10.1007/s40519-017-0460-3.
- 108. Tremelling, K., Sandon, L., Vega, G. L., & McAdams, C. J.** Orthorexia Nervosa and Eating Disorder Symptoms in Registered Dietitian Nutritionists in the United States. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, **2017**; 117(10), 1612–1617. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2017.05.001>.
- 109. Varga, M., Dukay-Szabó, S., Túry, F., & van Furth, E. F.** Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. Eating and weight disorders: EWD, **2013**; 18(2), 103–111. <https://doi.org/10.1007/s40519-013-0026-y>.
- 110. Bratman S, Knight D.** Health food junkie. Yoga J. 1997; 136:42–50.
- 111. Attie, I., & Brooks-Gunn, J.** Development of eating problems in adolescent girls: A longitudinal study. Developmental Psychology, **1989**; 25(1), 70–79.
- 112. McComb SE, Mills JS.** Orthorexia nervosa: A review of psychosocial risk factors. Appetite. **2019**;140:50-75.
- 113. Ergin G.** Sağlık personeli olan ve olmayan bireylerde ortoreksiya nervoza sıklığı araştırması [Yüksek Lisans Tezi]: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü; **2015**.
- 114. Gökçen M, Aksoy YÇ, Özcan BA.** Vegan beslenme tarzına genel bakış. Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi. **2019**; 1(2):50-4.
- 115. Dell’Osso L, Carpita B, Muti D, Cremone IM, Massimetti G, Diadema E, et al.** Prevalence and characteristics of orthorexia nervosa in a sample of university students in Italy. Eat Weight Disord. **2018**; 23(1):55-65.
- 116. Ayyıldız S, Sezgin AC.** Vejeteryan/Vegan bireylerin yiyecek içecek işletmeleri tercihleri ve sorunları. Journal of tourism research institute. **2021**; 2(1):1-16.
- 117. Turner PG, Lefevre CE.** Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. **2017**; 22(2):277-84.
- 118. Oberle, C. D., Samaghabadi, R. O., & Hughes, E. M.** Orthorexia nervosa: Assessment and correlates with gender, BMI, and personality. Appetite, **2017**; 108, 303–310. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.10.021>.
- 119. Arusoğlu, G., Kabakçı, E., Köksal, G. ve Merdol, T. K.** Orthorexia nervosa and adaptation of ORTO-11 in Turkish. Türk Psikiyatri Dergisi, **2008**; 19(3), 1-9.
- 120. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C.** Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. Eat Weight Disord. **2005**; 10(2).

121. **Ergin, G.** Sağlık Personeli Olan ve Olmayan Bireylerde Ortoreksiya Nervoza Araştırması (Yayınlanmış yüksek lisans tezi). Açık Erişim Başkent veritabanından erişildi. Başkent Üniversitesi, Ankara. **2014**
122. **Arusoğlu G, Kabakçı E, Köksal G, Merdol TK, Abstract Ö.** Ortoreksiya Nervoza ve Orto-11 “ in Türkçeye Uyarlama Çalışması. **2008**; 19(3):283-291.
123. **Hamilton M.** A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. **1960**; 23:56-62.
124. **Akdemir A, Örsel DS, Dağ Ğ, Türkçapar MH, GĞcan N, Özbay H.** Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)’nin geçerliliği-güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *3P Derg*. **1996**; 4(4):251-259.
125. **Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P.** Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Değerlendiriciler Arası Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatr Derg*. **1998**; 9(2):114-117.
126. **Yang YS, Han BD, Han K, Jung JH, Son JW, Taskforce Team of the Obesity Fact Sheet of the Korean Society for the Study of O.** Obesity Fact Sheet in Korea, 2021: Trends in Obesity Prevalence and Obesity-Related Comorbidity Incidence Stratified by Age from 2009 to 2019. *J Obes Metab Syndr*. **2022**; 31(2):169-77.
127. **Varga M, Dukay-Szabo S, Tury F, van Furth EF.** Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eat Weight Disord*. **2013**;18(2):103-11.
128. **Barnett MJ, Dripps WR, Blomquist KK.** Organivore or organorexic? Examining the relationship between alternative food network engagement, disordered eating, and special diets. *Appetite*. **2016**; 105:713-20.
129. **Asarkaya B.** Sağlıklı ortoreksiya ve ortoreksiya nervoza: ebeveynden algılanan psikolojik kontrol ve uyumlu-uyumsuz mükemmeliyetçilik özellikleri ile ilişkisinin incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]: Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; **2019**.
130. **Sanlier N, Yassibas E, Bilici S, Sahin G, Celik B.** Does the rise in eating disorders lead to increasing risk of orthorexia nervosa? Correlations with gender, education, and body mass index. *Ecology of food and nutrition*. **2016**; 55(3):266-78.
131. **Depa J, Barrada JR, Roncero M.** Are the Motives for Food Choices Different in Orthorexia Nervosa and Healthy Orthorexia? *Nutrients*. **2019**; 11(3):697.
132. **Arusoğlu G, Kabakçı E, Köksal G, Merdol TK, Abstract Ö.** Ortoreksiya Nervoza ve Orto-11 “ in Türkçeye Uyarlama Çalışması. **2008**; 19(3):283-291.
133. **Fidan T, Ertekin V, IĞıkay S, Kirpınar I.** Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Compr Psychiatry*. **2010**; 51(1):49-54.
134. **Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C.** Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eat Weight Disord*. **2005**; 10(2).
135. **Lucka I, Janikowska-Holoweńko D, Domarecki P, Plenikowska-Ślusarz T, Domarecka M.** Orthorexia nervosa - A separate clinical entity, a part of eating disorder spectrum or another manifestation of obsessive-compulsive disorder? *Psychiatr Pol*. **2019**; 53(2):371-382.
136. **Aksoydan E, Camci N.** Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eat Weight Disord*. **2009**; 14(1):33-37.
137. **Strahler J, Hermann A, Walter B, Stark R.** Orthorexia nervosa: A behavioral complex or a psychological condition? *J Behav Addict*. **2018**; 7(4):1143-56.

138. **Kiss-Leizer M, Tóth-Király I, Rigó A.** How the obsession to eat healthy food meets with the willingness to do sports: the motivational background of orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. **2019**; 24(3):465-72.
139. **Barnes, M. A. and Caltabiano, M. L.** The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eating and weight disorders: EWD*, **2017**; 22(1), 177–184. doi: 10.1007/s40519-016-0280-x.
140. **Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M. and Cannella, C.** Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, **2004**; 9(2), 151-157. doi: 10.1007/bf03325060.
141. **Villa M, Opawsky N, Manriquez S, Ananías N, Vergara-Barra P, LeonarioRodriguez M.** Orthorexia nervosa risk and associated factors among Chilean nutrition students: a pilot study. *Journal of Eating Disorders*. **2022**; 10(1):1-9.
142. **Balcı Ş, Karaman SY.** Social Media Usage, Self-Presentation, Narcissism, and Self-Esteem as Predictors of Instagram Addiction: An Intercultural Comparison. *Erciyes İletişim Dergisi*. **2020**; 7(2):1213 - 39.
143. **Üstündağ A.** Ergenlerin Instagram Bağımlılık Düzeyleri ile Psikolojik İhtiyaçları Arasındaki İlişki. *Bağımlılık Dergisi*. **2022**; 23(1):8-21.
144. **Carrotte ER, Vella AM, Lim MSC.** Predictors of “liking” three types of health and fitness-related content on social media: A cross-sectional study. *J Med Internet Res*. **2015**; 17(8):e205.
145. **Mabe AG, Forney KJ, Keel PK.** Do you “like” my photo? Facebook use 110 maintains eating disorder risk. *Int J Eat Disord*. **2014**; 47(5):516-523.
146. **Brytek-matera A.** Orthorexia nervosa – an eating disorder , obsessive- - compulsive disorder or disturbed eating habit ? **2012**: 55-60.
147. **Koven NS, Wabry A.** The clinical basis of orthorexia nervosa: Emerging perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat*. **2015**; 11:385-394.
148. **Martins MCT, Alvarenga MDS, Vargas SVA, Sato KSCDJ, Scagliusi FB.** Ortorexia nervosa: Reflexões sobre um novo conceito. *Rev Nutr*. **2011**; 24(2):345- 357.
149. **Bartrina JA.** [Orthorexia or when a healthy diet becomes an obsession]. *Arch 105 Latinoam Nutr*. **2007**; 57(4):313-315.

EKLER

Ek-1: Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik Veri Formu

Adı Soyadı:			Dosya No:
Doğum tarihi:			
Cinsiyet	1. Kadın	2. Erkek	
Eğitim	1. Okur-yazar değil	2. Okur-yazar	3. İlkokul
	4. Ortaokul	5. Lise	6. Yüksekokul
Eğitim süresi:yıl			
Medeni durum	1. Hiç evlenmemiş	2. Evli	3. Eşi ölmüş
	4. Boşanmış/ayrı yaşıyor		
Çocuk durumu	1. Yok	2. Var(... tane)	
Meslek	1. Çalışmıyor	2. Çalışıyor	
Yaşadığı yer	1. İliden Küçük	2. İl	
Ailede ruhsal bozukluk	1. Yok	2. Var (Belirtiniz.....)	
Sigara	1. Yok	2. Var (Miktar ve süre belirtiniz.....)	
Alkol	1. Yok	2. Var (Miktar ve süre belirtiniz.....)	
Madde	1. Yok	2. Var (Miktar ve süre belirtiniz.....)	
Diyet yaptınız mı? yapıyorum	1. Şuan	2. Geçmişte yaptım	3. Hayır
Düzenli spor yapar mısınız (Haftada en az üç gün, en az yarım saat) Evet	1.		2. Hayır
Sosyal medyada sağlıklı beslenme ile ilgili program takip eder misiniz? Evet	1.		2. Hayır
Beslenme eğitimi aldınız mı? Evet	1.		2. Hayır

Ek-2: Hamilton Depresyon Ölçeği

İsim: _____ Tarih: _____

- 1) Depresif ruh hali (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)
 - 0- Yok
 - 1- Yalnızca soruları cevaplarırken anlaşılıyor.
 - 2- Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
 - 3- Hastada bunların bulunduğu yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.
 - 4- Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu konuşma sırasında sözlü ve sözsüz olarak belirtiyor.
- 2) Suçluluk duyguları
 - 0- Yok
 - 1- Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
 - 2- Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
 - 3- Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.
 - 4- Kendisini suçlayan ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.
- 3) İntihar
 - 0- Yok
 - 1- Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
 - 2- Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzeri düşünceler besliyor.
 - 3- İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden davranışlar sergiliyor.
 - 4- İntihar girişiminde bulunmuş. (Herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)
- 4) Uykuya dalamamak
 - 0- Bu konuda zorluk çekmiyor.
 - 1- Bazen yatığında yarım saat kadar uyuyamadığından yakınıyor.
 - 2- Her gece uyuma güçlüğü çekiyor, gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.
- 5) Geceyarısı uyanmak
 - 0- Herhangi bir sorunu yok.
 - 1- Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi.
 - 2- Gece yarısı uyanıyor. (Herhangi bir neden olmaksızın yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir.)
- 6) Sabah erken uyanmak
 - 0- Herhangi bir sorunu yok.
 - 1- Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalgıyor.
 - 2- Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.
- 7) Çalışma ve aktiviteler
 - 0- Herhangi bir sorunu yok.
 - 1- Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlarındaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
 - 2- Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlarındaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor. (İşinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor.)
 - 3- Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. (Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.)
 - 4- Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. (Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yarımsız yapamayanlara 4 puan verilir.)
- 8) Reterdasyon (Düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)
 - 0- Düşünceleri ve konuşması normal.
 - 1- Görüşme sırasında hafif reterdasyon hissediliyor.
 - 2- Görüşme sırasında açıkça reterdasyon hissediliyor.
 - 3- Görüşmeyi yapabilmek çok zor.
 - 4- Tam stuporda.

- 9) Ajitasyon
- 0- Yok
 - 1- Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
 - 2- Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.
- 10) Psikik anksiyete
- 0- Herhangi bir sorunu yok.
 - 1- Subjektif gerilim ve irritabilite.
 - 2- Küçük şeylerden kaygı duyuyor.
 - 3- Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
 - 4- Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.
- 11) Somatik anksiyete
- 0- Yok
 - 1- Hafif
 - 2- İlmli
 - 3- Şiddetli
 - 4- Çok şiddetli
- Anksiyeteye eşlik eden fiziksel belirtiler:
Gastrointestinal: Ağız kuruluğu, gaz, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme
Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı
Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma, terleme.
- 12) Somatik semptomlar- Gastrointestinal
- 0- Yok
 - 1- İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.
 - 2- Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.
- 13) Somatik semptomlar- Genel
- 0- Yok
 - 1- Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
 - 2- Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.
- 14) Genital semptomlar (Libido kaybı, menstrüel bozukluklar vb.)
- 0- Yok
 - 1- Hafif
 - 2- Şiddetli
- 15) Hipokondriaklık
- 0- Yok
 - 1- Kuruntulu.
 - 2- Aklını sağlık konularına takmış durumda.
 - 3- Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
 - 4- Hipokondriak delüzyonlar.
- 16) Zayıflama (A ya da B'yi işaretleyiniz)
- A- Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)
- 0- Kilo kaybı yok.
 - 1- Önceki hastalığına bağlı olarak kilo kaybı.
 - 2- Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.
- B- Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde
- 0- Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
 - 1- Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.
- 17) Durumu hakkında görüşü
- 0- Hasta ve depresyonda olduğunu bilincinde.
 - 1- Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklerle, virüslere, aşırı çalışmaya, istirahate ihtiyacı olduğunu bağlıyor.
 - 2- Hasta olduğunu kabul etmiyor.

Toplam HAM-D skoru:

Ek-3: Ortoreksiya Nervoza Envanteri (ONE) Ölçeği

Supplementary file 2. Ortoreksiya Nervoza Envanteri (ONE)

Mevcut yeme alışkanlıklarınıza göre her bir ifade için size en uygun gelen yanıtı işaretleyiniz.

1. Sağlıklı beslenmeyi bıraktığımda çok fazla suçluluk hissediyorum veya kendimden nefret ediyorum.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
2. Yediğimin sağlıklı olmasına lezzetli olmasından daha fazla önem veriyorum.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
3. Sağlıklı beslenmeye fazla zaman ayırmamın bir sonucu olarak ailemle veya arkadaşlarımla eskiye göre daha az zaman geçiriyorum.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
4. Sağlıklı beslenmeyi katı bir şekilde uygulardım, sadece diyetimin izin verdiği şeyleri yerim ve bu diyet dışına çıkmamaya çalışırım.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
5. Uyguladığım besin kısıtlamaları, insanların benim için sağlıklı olduğunu söylediklerinden daha fazla kilo vermeme neden oldu.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
6. Diyetimde yemekleri en sağlıklı şekilde hazırlamak çok önemlidir.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
7. Sağlıklı beslenmem, ilişkilerimde önemli bir stress kaynağı olmaktadır.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
8. Diyetim, zamanla sağlıksız olduğuna inandığım tüm besin gruplarımdan diyetten çıkarılmasını içermektedir.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
9. Sağlıklı beslenmeden uzaklaştığım an sadece ne kadar başarısız olduğumu düşünebiliyorum.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
10. Sağlık uzmanları, diyetimin çok kısıtlayıcı olduğu konusunda endişelerini dile getirmişlerdir.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
11. Birçok kuralı olan sağlıklı bir diyet uyguluyorum.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
12. Diyetten çıkardıklarım/arındıklarım ya da oruçlarım zamanla daha sıkı veya şiddetli hale geldi.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
13. Ne zaman sağlıksız bir şey yersem büyük ölçüde kendimi kirlenmiş hissedirim.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
14. Zamanla çok daha sağlıklı beslenmiş olmama rağmen aslında fiziksel sağlığım bozuldu.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
15. Sağlıklı beslenme, hayatımdaki en önemli şeyler arasındadır.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
16. Sağlıklı beslenmeye fazla zaman ayırmam işte aksaklıklara/zaman kaybına ya da okulda dersleri kaçırmama sebep olur.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
17. Ya işlenmiş gıdaları satın almam ya da sağlıklı olduğundan ve katkı maddesi içermediğinden emin olmak için besin etiketlerini mutlaka kontrol ederim.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
18. Uyguladığım sağlıklı beslenme kurallarımın sayısı zaman içerisinde giderek arttı.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
19. Ne zaman kendimi hasta hissetsem ailem veya arkadaşlarım, hastalığım diyetimin çok kısıtlı olmasından kaynaklanabileceğini söyler.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
20. Ailem veya arkadaşlarımla vakit geçirirken sık sık sağlıklı beslenme ile ilgili düşüncelerimden dikkatim dağılıyor.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık

21. Sadece sağlıklı bir şey yeme düşüncesi bile beni oldukça endişelendiriyor.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
22. Sağlıksız olduğunu düşündüğüm tüm besinlerden kesinlikle kaçınıyorum.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
23. Fiziksel olarak iyi hissetmem tamamen benim sağlıklı beslenmemi sıkı sıkıya takip ediyor olmama bağlıdır.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık
24. Diyeti ne kadar katı bir şekilde uygularsam, o kadar yorgunluk, bayılma, kalp çarpıntısı, mide bulantısı, ishal, ağrı vb. fiziksel semptomlardan birini veya daha fazlasını yaşıyor gibi görünüyorum.	1 = hiçbir zaman	2 = bazen	3 = sıklıkla	4 = çok sık

Ölçek değerlendirilmesi: Ölçek “davranışlar” (2, 4, 6, 8, 11, 15, 17, 18, 22) “bozukluklar” (3, 5, 7, 10, 12, 14, 16, 19, 20, 24) ve “duygular” (1, 9, 13, 21, 23) olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır. "1= hiçbir zaman, 2= bazen, 3= sıklıkla, 4= çok sık " şeklinde puanlandırılmaktadır. Ölçek skoru arttıkça ortoreksiya nervosa eğilimi de artmaktadır şeklinde değerlendirilmektedir.

Çalışmanın adı: Validation of the Turkish version of the Orthorexia Nervosa Inventory (ONI) in an adult population: its association with psychometric properties

doi: <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01199-0>



Ek-4: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi

MAUDSLEY OBSESİF KOMPULSİF SORU LİSTESİ

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

DOĞRU YANLIŞ

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

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

Kontrol Etme Altölçeği

Temizlik Altölçeği

Yavaşlık Altölçeği

Kuşku Altölçeği

Ruminasyon Altölçeği

Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)

Özellikleri: Denekte obsesif kompulsif belirtilerin türü ve yaygınlığını ölçmek için kullanılır. Kendini değerlendirme ölçeğidir. Sağlıklı denekler ve psikiyatrik hasta gruplarına uygulanabilir. Toplam 4 alt ölçek ve 37 madde içermektedir. Doğru/yanlış türü yanıtlama ile ölçüm sağlamaktadır. Ölçeğin orijinali 30 maddeden oluşmaktadır ve Türkçe formunun çalışmasında MMPI'dan 7 madde eklenmiştir. Hastalar ölçeğin üzerine işaretleyerek yanıt verirler.

Uygulama: Anlaşılabilir ve kolay doldurulabilir olması nedeniyle uygulanması kolaydır ve denekler kendi başlarına doldururlar. Yönergesi ölçeğin başında vardır ve denekler doldururken kendilerine uyan doğru/yanlış yanıtını işaretlerler. Alt ölçeklerden:

kontrol etme alt ölçeği: 2,6,8,14,15,20,22,26 ve 28. maddeleri;

temizlik alt ölçeği: 1,4,5,9,13,17,19,21,24,26 ve 27. maddeleri;

yavaşlık alt ölçeği: 2,4,8,16,23,25, ve 29. maddeleri ve

kuşku alt ölçeği: 3,7,10,11,12,18 ve 30. maddeleri içerir. Doğru yanıtı 1 puan, yanlış yanıtı 0 puandır. Toplam her maddenin puanı toplanarak elde edilir. En yüksek puan 37'dir. Ölçeğin Türkçe formuna **ruminasyon alt ölçeği** eklenmiştir ve 2,8,31-37. maddelerden oluşmaktadır. Türkiye'de yapılan çalışmada kesme puanı hesaplanmamıştır. Karşılaştırmalı çalışmalarda kullanılması önerilmektedir. Ancak Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi'nin Obsesif-Kompulsif Bozukluğun şiddetini değerlendirmek için uygun olmadığı ileri sürülmüştür.

Özgün adı: Maudsley Obsessive Compulsive Questionnaire

Geliştirenler: Hodgson ve Rachman

Özgün makale: Hodgson RJ, Rachman S: Obsessional-Compulsive complaints. Behavioral and research Therapy 1977; 15:389-395.

Türkçe formunun adı: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi

Uyarlayanlar: Neşe Erol, Işık Savaşır.

Türkçe formunun makalesi: Erol N, Savaşır I: Maudsley Obsesif-Kompulsif Soru Listesi. 24.Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışma Kitabı. Ankara, 1988; s:107-114.

Tek C, Ulug B, Rezaki BG, Tanrıverdi N, Mercan S, Demir B, Vargel S: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale and US National Institute of Mental Health Global Obsessive Compulsive Scale in Turkish: reliability and validity. Acta Psychiatr Scand 1995; 91:410-413.

Ek-5: Hamilton Anksiyete Ölçeği

Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği

1. Anksiyeteli Mizaç: Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş, iritabilite.

0: Yok

1: Hafif (Düzensiz olarak ortaya çıkar ve kısa sürer)

2: Orta (Daha kalıcı ve uzun sürelidir, hasta başa çıkmak için çok gayret sarfeder)

3: Şiddetli (Sürekli, hastanın hayatına egemen)

4: Çok şiddetli (Kişiyi inkapasite durumuna getirici)

2. Gerilim : Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri .kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe.

0: Yok

1: Hafif

2: Orta

3: Şiddetli

4: Çok şiddetli

3. Korkular: Karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan.

0: Yok

1: Hafif

2: Orta

3: Şiddetli

4: Çok şiddetli

4.Uykusuzluk: Uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku,doyurucu olmayan uyku, uyandığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece Korkuları.

0: Yok

1: Hafif

2: Orta

3: Şiddetli

4: Çok şiddetli

5.Entellektüel(Kognitif): Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması.

0: Yok

1: Hafif

2: Orta

3: Şiddetli

4: Çok şiddetli

6.Depresif Mizaç: İlgi yitimi, hobilerden zevk alamama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar.

0: Yok

1: Hafif

2: Orta

3: Şiddetli

4: Çok şiddetli

7.Bedensel(Musküler): Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sıçramalar, diş gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu

0: Yok

1: Hafif

2: Orta

3: Şiddetli

4: Çok şiddetli

8.Somatik (Duyusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklılığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu.

0: Yok

1: Hafif

2: Orta

3: Şiddetli

4: Çok şiddetli

9. Kardiyovasküler Semptomlar: Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller.

- 0: Yok
- 1: Hafif
- 2: Orta
- 3: Şiddetli
- 4: Çok şiddetli

10. Solunum Semptomları: Göğüste baskı veya sıkışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispne.

- 0: Yok
- 1: Hafif
- 2: Orta
- 3: Şiddetli
- 4: Çok şiddetli

11. Gastrointestinal Semptomlar : Yutma güçlüğü, bağırsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyumları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı, konstipasyon.

- 0: Yok
- 1: Hafif
- 2: Orta
- 3: Şiddetli
- 4: Çok şiddetli

12.Genitoüriner Semptomlar: Sık işeme, amenore, menoraji, firijidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans.

- 0: Yok
- 1: Hafif
- 2: Orta
- 3: Şiddetli
- 4: Çok şiddetli

13. Otonomik Semptomlar: Ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması.

- 0: Yok
- 1: Hafif
- 2: Orta
- 3: Şiddetli
- 4: Çok şiddetli

14. Görüşme Sırasındaki Davranış: Yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, alında kırıma, gergin yüz, iç çekme veya hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geçirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, egzoftalmus.

- 0: Yok
- 1: Hafif
- 2: Orta
- 3: Şiddetli
- 4: Çok şiddetli

Ek-6: Akademik Kurul Kararı



ÖZGEÇMİŞ

