

**KKTC
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
REHBERLİK VE PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK ANABİLİM DALI**

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN ORTOREKSİYA NERVOSA DÜZEYLERİ İLE
BEDEN ALGISI VE OBSESİF KOMPÜLSİF BOZUKLUK DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Meryem TATARLAR ERCEN

Lefkoşa

Temmuz, 2015

**KKTC
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
REHBERLİK VE PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK ANABİLİM DALI**

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN ORTOREKSİYA NERVOSA DÜZEYLERİ İLE
BEDEN ALGISI VE OBSESİF KOMPÜLSİF BOZUKLUK DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Meryem TATARLAR ERCEN

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Yeliz AKINTUĞ

Lefkoşa

Temmuz, 2015

JÜRİ ÜYELERİNİN İMZA SAYFASI

Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Meryem Tatarlar Ercen'in "Üniversite Öğrencilerinin Ortoreksiya Nervosa Düzeyleri ile Beden Algısı ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı tezi 21.07.2015 tarihinde jürimiz tarafından Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Ana Bilim Dalı'nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Prof. Dr. Hüseyin UZUNBOYLU (Yakın Doğu Üniversitesi)

Üye: Doç. Dr. Ahmet GÜNEYLİ (Yakın Doğu Üniversitesi)

Üye: Yrd. Doç. Dr. Yeliz AKINTUĞ (Doğu Akdeniz Üniversitesi)

Onay:

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Orhan Çiftçi

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Bu araştırma ile üniversite öğrencilerinin ortoreksiya nervosa düzeyleri ile obsesif kompulsif bozukluk ve beden algısı düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Ortoreksiya nervosa gibi yeni yeme bozukluklarının ortaya çıkması bireylerin yeme alışkanlıklarını değiştirmesine sebep olmaktadır. Bu nedenle konunun önemine dikkat çekmek, yeni bir yeme bozukluğu olarak ortaya çıkan ortoreksiya nervosa ile ilgili çalışma yapabilmek ve bireyleri bu konu ile ilgili bilinçlendirmekten dolayı mutluluk duyuyorum.

Lisans ve yüksek lisans eğitim hayatım boyunca yalnızca bilimsel anlamda değil her konuda desteğini hissettiren ve güç veren, alana olan hakimiyeti, kişiliği ve duruşunu model aldığım, araştırmanın planlanması ve gerçekleştirilmesinde öneri ve yapıcı eleştirileriyle tezime bilimsel katkıda bulunan, ilgi ve fikirlerini benimle paylaşan saygı değer hocam aynı zamanda tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Yeliz AKINTUĞ'a çok teşekkür ederim.

Tezim ile ilgili verilerin toplanmasında anket sorularına cevap veren Yakın Doğu Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi öğrencilerine teşekkür ederim. Her zaman yanımda olup bana destek veren hocalarım Dr. Ayhan ÇAKICI EŞ'e, Uzm. Eşmen TATLICALI'ya, Uzm. Gizem ÖNERİ UZUN'a, Uzm. Cemaliye DİREKTÖR'e, Doç. Dr. Ahmet GÜNEYLİ'ye ve Dr. Mert BAŞTAŞ'a, veri analizlerinde bana yardımcı olan Yrd. Doç. Dr. Emre ÇETİN'e çok teşekkür ederim.

Fikirleri ve yardımları ile yanımda olan ve bana destek veren Prof. Dr. Hüseyin UZUNBOYLU'ya, Yrd. Doç. Dr. Engin BAYSEN'e, her sıkıştığımda

yardıma koşan arkadaşım Cahit NURİ'ye, tezimin çeviri kısmında bana yardımcı olan arkadaşım Uzm. Başak BAĞLAMA'ya teşekkür ederim. Görüşleri ile tezime katkı koyan Diyetisyen Gizem ADIGÜZEL ERBİLDİM'e, Diyetisyen Şöhret ERCEN'e ve Diyetisyen Gözde OKBURAN'a teşekkürü bir borç bilirim.

Tezimi bitireceğime inancımın zayıfladığı anlarda beni motive etmeyi başaran ve bana sabırla katlanan eşim Bekir ERCEN'e, her zaman yanımda olup bana destek veren annem Mucize TATARLAR'a, babam Halil TATARLAR'a, kayın validem Hülya ERCEN'e ve kayın pederim Erol ERCEN'e çok teşekkür ederim. Bu uzun ve stresli yolda destek ve sabırlarını esirgemeyen ablam Kezban TAŞBEL'e, eniştem Ömer TAŞBEL'e, kuzenlerim Mısra TAŞBEL'e ve Mira TAŞBEL'e sonsuz teşekkür ederim.

Tezim ile ilgili ölçekleri çoğaltmamda yanımda olan arkadaşlarım Asya DEMİREL'e, Faika ALKİM'a ve Hülya YILMAZ'a, her zaman yanımda olup emek veren kuzenim Kezban TATARLAR'a ve arkadaşım Seda ANADOLULU'ya çok teşekkür ederim.

Saygılarımla

Meryem TATARLAR ERCEN

ÖZET

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN ORTOREKSİYA NERVOSA DÜZEYLERİ İLE BEDEN ALGISI VE OBSESİF KOMPÜLSİF BOZUKLUK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Meryem TATARLAR ERCEN

Yakın Doğu Üniversitesi

Eğitim Bilimleri Enstitüsü

Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Ana Bilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Yeliz AKINTUĞ

Temmuz 2015, 119 Sayfa

Bu çalışmada üniversite öğrencilerinin ortoreksiya nervosa düzeyleri ile beden algısı ve obsesif kompulsif bozukluk düzeyleri arasındaki ilişkinin yaş, cinsiyet, uyruk, yaşadıkları yer, ekonomik durum, eğitim aldıkları bölüm, kronik hastalık ve sağlıklı beslenme ile ilgili bilgiye sahip olma değişkenleri açısından incelenmesi amaçlanmıştır. Yeme bozuklukları arasında yer alan ortoreksiya nervosa ile beden algısı ve obsesif belirtiler arasındaki ilişki hakkında çalışmalar henüz yeterli düzeyde olmadığından bu çalışmanın sözü edilen ilişkilerin kavramsallaştırılmasında ve yapılacak yeni çalışmalarda yol gösterici nitelikte olması açısından önem taşımaktadır.

Araştırma tarama modeliyle gerçekleştirilmiştir ve nicel yaklaşıma uygun olarak yapılmıştır. Araştırmanın çalışma grubunu ise 2014 – 2015 bahar döneminde Yakın Doğu Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi'nde öğrenim gören Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü, Okul Öncesi Öğretmenliği Bölümü, Bilgisayar ve

Öğretim Teknolojileri Öğretmenliği Bölümü, Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu Bölümü, Zihinsel Engelliler Öğretmenliği Bölümü ve Türkçe Öğretmenliği Bölümü öğrencilerinden toplam 551 öğrenci oluşturmaktadır.

Araştırmada katılımcıların demografik özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen “Demografik Bilgi Formu”, ortorektik eğilimlerin değerlendirilmesi amacıyla “Orto-11 Testi”, obsesif kompulsif belirtilerin değerlendirilmesi amacıyla “Maudsley Obesif Kompulsif Soru Listesi” ve beden algılarının değerlendirilmesi amacıyla “Beden Algısı Ölçeği” kullanılmıştır.

Araştırmanın verileri, SPSS 20 programında değerlendirilmiştir. Verilerin çözümlenmesi aşamasında katılımcıların Orto-11 ölçeğinden elde edecekleri puanların dağılım, frekans, standart sapma ve aritmetik ortalamaları sunulmuştur. Sosyo-demografik değişkenlere göre Orto-11 ölçeğinden elde edilen puanların değişip değişmediğini belirlemek için t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Ortoreksiya nervosa, obsesif kompulsif bozukluk ve beden algısı arasındaki ilişki Pearson korelasyonu katsayısı ile incelenmiştir.

Araştırma sonucunda, öğrencilerin ortoreksiya nervoza puan ortalamaları yüksek yani ortorektik eğilimlerinin düşük olduğu bulunmuştur. KKTC ile KKTC – TC uyruklu öğrenciler arasında; TC ile KKTC – TC uyruklu öğrenciler arasında ve KKTC – TC ile DİĞER uyruklu öğrenciler arasında ortoreksiya nervoza puanları açısından anlamlı fark bulunmuştur. Araştırma bulgularına göre ortoreksiya nervoza ile üniversite öğrencilerinin eğitim aldıkları bölüm arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervoza

eğilimi arttıkça beden algısının da artış gösterdiği ve ortorektik belirtiler arttıkça obsesif kompulsif bozukluk belirtilerinin de artış gösterdiği bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Üniversite Öğrencisi, Ortoreksiya Nervoza, ORTO-15, Obsesif- Kompulsif Bozukluk, Beden Algısı.

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN ORTHOREXIA NERVOSA LEVELS, BODY IMAGE AND OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER LEVELS AMONG UNIVERSITY STUDENTS

Meryem TATARLAR ERCEN

Near East University

Institute of Educational Sciences

Department of Guidance and Psychological Counselling

Master Thesis

Thesis Supervisor: Assist. Prof. Dr. Yeliz AKINTUĞ

July 2015, 119 Pages

This study was aimed to investigate the relationship between orthorexia nervosa levels, body image and obsessive compulsive disorder levels of university students in terms of age, gender, nationality, where they live, economic situation, department, chronic disease and having information about healthy eating variables. Since there is insufficient number of research examining the relationship between orthorexia nervosa which is one of the eating disorders, body image and obsessive symptoms; this study is important in terms of conceptualization of these mentioned relationships and it would be a leading research for future studies.

This research was conducted with screening model and based on quantitative approach. Study group of the research consisted of 551 students studying at Near East University Atatürk Faculty of Education in the 2014-2015 spring semester from the departments of Guidance and Psychological Counselling, Pre-school Teaching,

Computer and Instructional Technologies, Physical Education and Sports Academy, Teaching the Mentally Retarded and Turkish Language Teaching.

“Demographic Information Form” in order to determine the demographic characteristics of the participants which was developed by the researcher, “Orto-11 Test” in order to evaluate the orthorectic tendencies, “Maudsley Obsessive Compulsive Question List” in order to evaluate obsessive compulsive symptoms and “Body Image Scale” in order to evaluate body image perceptions of students were used in the research.

Data of the research were analyzed with SPSS 20 program. In data analysis; distribution, frequency, standart deviation and means of the scores obtained from Orto-11 scale were provided. T-test and one-way ANOVA analysis were applied in order to determine if scores obtained from Orto-11 scale changed or not based on socio-demographic variables. The relationship between orthorexia nervosa, body image and obsessive compulsive disorder was analyzed with Pearson correlation coefficient.

According to the results, it was revealed that means of the orthorexia nervosa scores among students were high; in other words their orthorectic tendencies were low. There was a significant difference between orthorexia nervosa scores of students with TRNC and TRNC-TR nationalities; students with TR and TRNC-TR nationalities; students with TRNC-TR and other nationalities. Results also showed that there was a significant difference between orthorexia nervosa and departments of the students. It was revealed that when orthorexia nervosa tendency is high; body

image also increases; and when orthorectic symptoms increase, obsessive compulsive disorder symptoms also increase.

Keywords: University Student, Orthorexia Nervosa, ORTO-15, Obsessive-Compulsive Disorder, Body Image.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
JÜRI ÜYELERİNİN İMZA SAYFASI.....	i
ÖNSÖZ.....	ii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER.....	x
TABLO LİSTESİ.....	xiv
EKLER LİSTESİ.....	xvi

BÖLÜM I

GİRİŞ	1
1.1. Problem Durumu	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	12
1.2.1. Alt Problemler.....	13
1.3. Araştırmanın Önemi.....	14
1.4. Sayıtlılar	15
1.5.Sınırlılıklar.....	15
1.6. Tanımlar	16
1.7. Kısaltmalar.....	17

BÖLÜM II

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR.....	19
2.1. Yeme Bozukluklarının Tanımlanması ve Sınıflandırılması.....	19
2.1.1. Anoreksiya Nervosa.....	21
2.1.1.1. Anoreksiya Nervosa Tanı Ölçütleri.....	21

2.1.2. Bulimiya Nervoza	23
2.1.2.1. Bulimiya Nervoza Tanı Ölçütleri.....	24
2.1.3. Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları	26
2.1.4. Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu	27
2.2. Ortoreksiya Nervoza.....	29
2.2.1. Ortoreksiya Nervoza'nın Sınıflandırması.....	31
2.2.2. Ortoreksiya Nervoza'nın Tedavisi.....	32
2.3. Yeme Bozukluklarının Görülme Sıklığı	33
2.4. Yeme Bozukluklarını Açıklamaya Yönelik Kuramlar	34
2.4.1. Bilişsel - Davranışçı Yaklaşım	34
2.4.2. Psikanalitik Yaklaşım.....	35
2.4.3. Bağlanma Kuramı.....	36
2.5. Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	37
2.5.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri.....	40
2.6. Beden Algısı.....	42
2.7.Yeme Bozukluklarının Önlenmesinde Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Hizmetleri.....	45
2.8. İlgili Araştırmalar.....	52
2.8.1. Ortoreksiya Nervoza İle İlgili Araştırmalar.....	52
2.8.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk İle İlgili Araştırmalar.....	54
2.8.3. Beden Algısı İle İlgili Araştırmalar.....	57

BÖLÜM III

YÖNTEM.....	61
3.1. Araştırmanın Modeli	61

3.2. Çalışma Grubu.....	61
3.3. Katılımcıların Demografik Bilgi Formuna Göre Dağılımları.....	62
3.4. Veri Toplama Araçları.....	67
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	67
3.4.2 ORTO-11 Testi.....	68
3.4.3. Beden Algısı Ölçeği.....	70
3.4.4. Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri.....	70
3.5. Verilerin Çözümlemesi.....	71
 BÖLÜM IV	
BULGULAR.....	73
4.1. Araştırmanın Alt Problemlerine İlişkin Bulgular.....	73
4.1.1. Düzey Bakımından Değerlendirmeye İlişkin Bulgular.....	73
4.1.2. Değişkenler Bakımından Değerlendirmeye İlişkin Bulgular.....	74
4.1.3. İlişki Bakımından Değerlendirmeye İlişkin Bulgular.....	84
 BÖLÜM V	
TARTIŞMA VE YORUM.....	87
 BÖLÜM VI	
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	96
6.1. Sonuçlar.....	96
6.2. Öneriler.....	98
6.2.1.Uygulamaya Yönelik Öneriler.....	98
6.2.2.İleriki Araştırmalara Yönelik Öneriler.....	99

KAYNAKÇA.....	101
EKLER.....	109
Ek.1. Kişisel Bilgi Formu.....	109
Ek.2. Orto - 11 Testi.....	110
Ek.3. Beden Algısı Ölçeği.....	112
Ek.4. Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri.....	115
Ek.5. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin İzni ile İlgili Yazışma Dökümleri.....	119

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Dağılımları.....	62
Tablo 2: Katılımcıların Cinsiyet Değişkenine Göre Dağılımları.....	63
Tablo 3: Katılımcıların Uyrak Değişkenine Göre Dağılımları.....	63
Tablo 4: Katılımcıların Eğitim Alınan Bölüm Değişkenine Göre Dağılımları.....	64
Tablo 5: Katılımcıların Yaşadıkları Yer Değişkenine Göre Dağılımları.....	64
Tablo 6: Katılımcıların Sosyo – Ekonomik Düzey Değişkenine Göre Dağılımları..	65
Tablo 7: Katılımcıların Kronik Hastalık Değişkenine Göre Dağılımları.....	65
Tablo 8: Katılımcıların Sağlıklı Beslenme İle İlgili Bilgiye Sahip Olma Değişkenine Göre Dağılımları.....	66
Tablo 9: Katılımcıların Sağlıklı Beslenme İle İlgili Bilgi Aldıkları Kaynak Değişkenine Göre Dağılımları.....	66
Tablo 10: Katılımcıların Ortoreksiya Nervoza, Beden Algısı ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Düzeylerine Göre Ortalama ve Standart Sapma Dağılımları.....	73
Tablo 11: Yaş Değişkenine Göre Öğrencilerin Ortoreksiya Nervoza Düzeylerine İlişkin ANOVA Sonuçları.....	74
Tablo 12: Cinsiyet Değişkenine Göre Öğrencilerin Ortoreksiya Nervoza Düzeylerine İlişkin t-testi Sonuçları.....	75
Tablo 13: Uyrak Değişkenine Göre Öğrencilerin Ortoreksiya Nervoza Düzeylerine İlişkin ANOVA Sonuçları.....	75
Tablo 14: Uyrak Değişkenine Göre Öğrencilerin Ortoreksiya Nervoza Düzeylerine İlişkin LSD Sonuçları.....	76
Tablo 15: Eğitim Alınan Bölüm Değişkenine Göre Öğrencilerin Ortoreksiya Nervoza Düzeylerine İlişkin ANOVA Sonuçları.....	77

Tablo 16: Eğitim Alınan Bölüm Değişkenine Göre Öğrencilerin Ortoreksiya Nervoza Düzeylerine İlişkin LSD Sonuçları.....	78
Tablo 17: Yaşanılan Yer Değişkenine Göre Öğrencilerin Ortoreksiya Nervoza Düzeylerine İlişkin ANOVA Sonuçları.....	80
Tablo 18: Sosyo – Ekonomik Düzey Değişkenine Göre Öğrencilerin Ortoreksiya Nervoza Düzeylerine İlişkin ANOVA Sonuçları.....	80
Tablo 19: Kronik Hastalık Değişkenine Göre Öğrencilerin Ortoreksiya Nervoza Düzeylerine İlişkin t-testi Sonuçları.....	81
Tablo 20: Sağlıklı Beslenme İle İlgili Bilgiye Sahip Olma Değişkenine Göre Öğrencilerin Ortoreksiya Nervoza Düzeylerine İlişkin t-testi Sonuçları.....	82
Tablo 21: Sağlıklı Beslenme İle İlgili Bilgi Edinilen Kaynak Değişkenine Göre Öğrencilerin Ortoreksiya Nervoza Düzeylerine İlişkin ANOVA Sonuçları.....	82
Tablo 22: Sağlıklı Beslenme İle İlgili Bilgi Edinilen Kaynak Değişkenine Göre Öğrencilerin Ortoreksiya Nervoza Düzeylerine İlişkin LSD Sonuçları.....	83
Tablo 23: Ortoreksiya Nervoza ile Beden Algısı Değişkenlerine İlişkin Korelasyon Sonuçları.....	84
Tablo 24: Ortoreksiya Nervoza ile Obsesif Kompulsif Bozukluk Korelasyon Sonuçları.....	85

EKLER LİSTESİ

Ek.1. Kişisel Bilgi Formu.....	109
Ek.2. Orto - 11 Testi.....	110
Ek.3. Beden Algısı Ölçeği.....	112
Ek.4. Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri.....	115
Ek.5. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin İzni ile İlgili Yazışma Dökümleri.....	119

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Bu bölümde araştırmaya konu olan problem durumu açıklanmış, araştırmanın amacı ve alt problemler belirtilmiş, araştırmanın önemi, sayıltıları, sınırlılıkları, temel kavramların tanımları ve kısaltmalara yer verilmiştir.

1.1. Problem Durumu

Bireylerin sağlıklı bir yaşama sahip olabilmeleri için öncelikle, yeterli ve dengeli beslenmeleri gerekmektedir. Çünkü bu durum bireyin, eğitimini, çalışma hayatını ve sosyal yaşantısını etkileyeceği düşünülmektedir. Son yıllarda modernleşmekte olan toplumları tehdit eden bir durum olan yeme bozuklukları, geçtiğimiz yıllara kadar, sadece üst ve orta sosyo – ekonomik düzeyde bulunan ergen ve genç kadınlarda görüldüğü düşünülen bir sağlık sorunu olarak bilinmektedir. Ancak günümüzde, toplumun daha geniş bir kesimini etkilediği gözlemlenmektedir. Özellikle bazı toplumlarda “zayıflık”; fiziksel güzelliğin en önemli parçası olarak görülmektedir. Toplumdaki güzellik ve çekicilik standartlarındaki değişimi, normal yeme alışkanlıklarındaki değişiklikler izlemiştir. Normal yeme alışkanlığı, günümüzde sürekli olarak diyet yapma olarak tanımlanmaya başlamıştır. Toplumdaki “ideal vücut” ölçülerine kavuşma isteği, diyet yapan birey sayısındaki artışı ve hatta yeme bozukluklarının yaygınlaşmasıyla açıklanabilir. Psikiyatrik sınıflama sistemlerindeki ölçütlere göre yeme bozukluğu tanısını tam karşılamayan ancak yeme tutumları açısından farklılıklar gösteren ve sıkıntı çeken bir grubun olduğu bildirilmektedir. Bu açıdan bakıldığında tanı konmamış veya gizli kalmış hafif seyirli yeme bozukluklarının taranması, koruyucu önlemler alınması ve hastalıkların tanınması açısından önemlidir (Kazkondu, 2010).

Beslenme; günümüzde üzerinde durulan en önemli konulardan biri olmasıyla birlikte gelişim, büyüme, sağlığın korunması ve yaşamın sürdürülmesi açısından hayatın her döneminde sağlığın temelini oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalarda yetersiz ve dengesiz beslenmenin, fiziksel gelişim yanında mental gelişimi de olumsuz etkilediği görülmüştür. Ayrıca davranış bozuklukları, öğrenmede güçlük ve zeka ortalamalarında düşüş yaşanmasına neden olduğu saptanmıştır. Özellikle gençlik döneminde beslenmenin yeterli ve dengeli ayrıca vücut gereksinimine uygun olmasının önemi vurgulanmaktadır. Ancak literatür taraması sonucunda, yapılan birçok çalışmada, üniversite öğrencilerinin yeterli ve dengeli beslenemedikleri belirtilmiştir. Yükseköğrenim gençliğinin doğru beslenme alışkanlıklarına sahip olması çok önemlidir. Bunun nedeni hem kendi sağlıkları hem de örnek model olma rolü nedeniyle toplumsal önem taşımasıdır. Yükseköğrenim dönemindeki bireylerin yemek yeme alışkanlıkları ailelerinden bağımsız olarak gelişmektedir. Özellikle öğrenim hayatı boyunca yurttaki kalan öğrenciler için yemek yeme başlı başına bir sorun olmaktadır. Ayrıca öğrencilerin beslenmesini etkileyen en önemli etmenlerden biri de beslenme bilgisinin yetersizliğidir. Beslenme bilgisinin yetersiz olması, ekonomik şartların ağırlığı, gençlerin yeterince beslenememesine neden olabilmektedir (Vançelik, Önal, Güraksın ve Beyhun, 2007).

Bu nedenle okul rehberlik hizmetlerinin, üniversite öğrencilerinin gelişimsel ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak, var olan potansiyellerini artırmaları ve problemleri ile başa çıkabilmeleri konusunda çeşitli önleyici ve gelişimsel müdahale yaklaşımları ve programlar oluşturması gerekmektedir (Gizir, 2010).

Tayland’da 1990 yılında gerçekleştirilen eğitim kongresinde, eğitimde okul, öğretmen, çeşitli öğrenme yöntemleri ile ilgili önemli kararlar ile birlikte, eğitimde başarı için sağlık ve beslenmenin çok önemli olduğu vurgulanmıştır. Eğitim, sağlık ve beslenmenin birbirinden ayrılmaz bir bütün olduğu, yeterli ve dengeli beslenmenin, okul sağlığı programları içerisinde önemli yer tuttuğu açıklanmıştır. Okullarda verilen beslenme programlarının, büyüme, gelişme ve öğrenmeyi olumlu yönde etkilemesinin yanında, okul çağı dönemde kazandırılan doğru beslenme alışkanlıklarının, çocukların yetişkinlik döneminde şişmanlık, koroner kalp hastalığı, diyabet, kanser gibi kronik hastalıklara yakalanma riskini de azaltacağı vurgulanmıştır. Beslenme, okul başarısını olumlu yönde etkilemektedir. Okul sağlığı programlarının kalite ve sayısının artması ile çocukların bilişsel gelişimleri ve akademik başarılarının arttığı bildirilmiştir. Hafif düzeyde beslenme yetersizlikleri çok önemsenmese de, genellikle öğrenme bozukluklarına neden olmaktadır. Beslenme bozuklukları eğitim için önemli bir sorun oluştururken, okula devamı da olumsuz yönde etkilemektedir (Yabancı, 2011; Wang, Gutin & Barbeau, 2008).

Dünyada uzun bir süredir kitle iletişim araçları ve beslenme uzmanları, henüz Amerika Psikiyatri Birliği’nin (APA) Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV) tarafından bir hastalık olarak tanımlanmamış olan “Ortoreksiya Nervoz” (ON) adlı yeni bir yeme bozukluğuna dikkati çekmektedirler. Ortoreksiya Nervoz, diğer adıyla “sağlıklı beslenme takıntısı”, son zamanlarda dünyadaki klinisyenler tarafından araştırma konusu olarak büyük ilgi çekmeye başlamıştır (Arusoğlu, 2006). Bilimsel topluluklar, beslenme uzmanları ve görsel basın ortoreksiya nervozayı yeni bir kavram olarak kullanmaya başlamışlardır. Ancak tıpkı anoreksiya nervoz ve bulimiya nervoz tarihçesinde olduğu gibi ortoreksiya nervoz

henüz DSM’de yer almamakla birlikte, araştırmacıların dikkatini yoğunlaştırdıkları ve bir bozukluk olarak tanımlayıp tanımlanamayacağı üzerinde durdukları yeni bir kategoridir (Fidan, Ertekin, Işıkkay ve Kırpınar, 2009).

Son yıllarda ‘organik beslenme’, ‘doğal yaşam’, ‘detoks’ gibi akımların yayılmasıyla yeni bir beslenme bozukluğu olarak dikkat çeken ‘Ortoreksiya nervoza’nın, kelime anlamı doğru beslenmedir. İlk kez Dr. Steven Bratman tarafından 1997 tarihinde sağlıklı beslenmeyle ilgili takıntıyı ifade etmek için anoreksiya nervozanın bir alt dalı olarak tanımlanmıştır.

Ortoreksiya terimi Yunanca’da doğru anlamına gelen “orthos”, açlık anlamına gelen “orexis” sözcüklerinden oluşturulmuştur. Bu sözcükler, sağlıklı ve doğru besinleri seçmek için “çılgınlık” düzeyindeki zihinsel uğraş olarak tanımlanmaktadır. Bu bozukluk, anoreksiya (AN) ve bulimiya nervozadaki (BN) gibi “nicel” bir durumu değil, “nitel” bir durumu sergilemektedir. Genel olarak ortoreksiya, yeme bozukluğu uzun dönem seyrettiğinde, geçici olmadığında ve bu davranışlar bireyin yaşam kalitesinde anlamlı oranda olumsuz bir etki yarattığında düşünülebilmektedir. Uç durumdaki ortorektik olgular, “saf olmayan” ve sağlıklarına zarar veren besinleri tüketmek yerine kendilerini açlığa mahkum etmeyi tercih etmektedirler (Arusoğlu, 2006).

Medyada öne çıkan deli dana hastalığı, bozulmuş tavuk etleri, balık etinde cıva zehirlenmesi gibi besinler ile ilgili uyarılar, bireylerin besinleri sadece “sağlığı” temel alarak değerlendirmelerine neden olmakta, bu da bireylerin tüm besin sınıflarını dışlayan sıkı diyetler yapmalarına neden olabilmektedir. Böylelikle, elzem besin öğelerinde yetersizlik, sosyal ve kişisel ilişkilerde değişim ve genel psiko-

fiziksel durumlarda farklılaşma gözlenebilmektedir. Bu farklılaşmanın bireylerde, sağlıklı beslenme alışkanlığı denilen ortoreksiya nervozanın oluşumuna yol açmış olabileceği düşünülmektedir (Kazkondur, 2010).

Ortoreksiya biyolojik yönden saf, herbisit, pestisit veya yapay maddeler içermeyen sağlıklı besinlerin tüketilmesine karşı patolojik bir saplantı olarak açıklanmaktadır. Ortoreksiya'ya bağlı obsesif davranışlar tüketilen yemeğin miktarından çok içeriği ile ilişkilendirilmektedir. Ortorektik bireyler ayrıca besin hazırlama sırasında kullanılan yöntem ve materyaller hakkında endişe duymakta bu nedenle farklı besinlerin tüketimini bileşimlerine veya hazırlanma şekillerine göre reddetmektedirler. Ortoreksiya sonucunda sadece çiğ sebzelerle beslenme ve yemeklerini belirli bir renkte yeme konusunda ısrar etmeye dayanan çeşitli davranışlar sergilenmektedir. Bu nedenle ortoreksiya nervoza, bireyin sadece sağlıklı beslenme konusunda obsesif olması değil, aynı zamanda belirli pişirme yöntemlerini kullanması ve sadece belirli besinlerle beslenmesi anlamına gelmektedir (Gezer ve Kabaran, 2013).

Ortoreksiya nervoza sadece;

- Uzun dönem görüldüğü zaman (birkaç hafta için sağlıklı yiyeceklere verilen dikkat obsesyonun üzerinde olmadığı sürece bozukluk olarak tanımlanamaz),
- Bireyin yaşantısında anlamlı oranda negatif bir etki yarattığı zaman (yaşam stresini önlemek için yiyecekleri düşünmek, negatif duyguları önlemek için yiyeceklerin nasıl hazırlandığını düşünmek, her günün büyük bir çoğunluğunu yiyecekleri düşünerek geçirmek) tanımlanabilmektedir (Arusoglu, 2006).

Toplum içerisinde, medyadaki ticari gıda reklamlarının etkisi ile besin seçimlerini yalnızca, yeterince sağlıklı olup olmadıklarına göre yapan, uyumsuz karakter özelliklerine sahip “ortorektik” bireylerin oluşmakta olduğu ileri sürülmektedir. Bu takıntılı durum, bireyleri katı diyetler uygulamaya veya beslenmelerinden temel besin maddelerini çıkarmaya teşvik etmektedir. Bu nedenle bu özelliklere sahip bireyler yetersiz ve dengesiz beslenmektedirler. Yetersiz ve dengesiz beslenme sonucunda temel besin değerlerinin eksikliği, sosyal ve kişisel ilişkilerin değişmesi ve bireyin genel psiko-sosyal durumunda değişme gözlenmektedir. Bazı ortorektik bireylerin saf ve doğal olduğuna inanmadıkları gıdaları tüketmektense ölmeyi tercih ettikleri belirtilmiştir. Ortorektik bireylerin sahip olduğu bu takıntı, zamanla bu bireyleri sosyal olarak yalnızlığa itmektedir. Ortoreksiya nervozaya sahip bireyler belirli gıdaları veya belirli bir gıda grubunun tamamını sağlık açısından tehlikeli gördükleri için tüketmekten kaçınmaktadırlar. Tükettikleri yiyeceklerin kalitesi; kişisel değerleri, insanlar arası ilişkileri, kariyer planları ve sosyal ilişkiler gibi durumlardan daha önemli olmaktadır (Kazkondu, 2010).

Ortoreksiyanın sonuçlarından biri de, sosyal izolasyondur. Ortorektik bireyler yiyecekleri besinlere aşırı derecede sadık oldukları için, yaşantılarını bu besinlerin üzerine kurmaktadırlar. Sadece organik veya sağlıklı besin satan marketlerden alışveriş yapmaktadırlar. Aşçının yiyeceklere ne yaptığı hakkında bir fikirleri olmadığından tüm restoranlara gitmekten sakınmaktadırlar. Sadece belirli besinleri yedikleri için arkadaşları ve aileleri ile buluşmayı azaltmaktadırlar. Aile ve arkadaşları da ortorektiklerden sakınmaktadırlar. Bunun nedeni ise ortorektiklerin tek konuştuğu konunun sağlıklı besinler ve beslenme olmasıdır. Bratman, tüm yaşam

değerlerini beslenmeye aktarmanın, ortoreksiyayı tanımlayan bir bozukluk haline getirdiğini ileri sürmektedir (Arusoğlu, 2006).

Yeme bozukluklarında vücut ağırlığı, beden, yiyeceklerin enerji değerleri, zayıf olmakla ilgili aşırı uğraş, obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) ile benzeşmektedir. Ayrıca yeme bozukluklarının OKB ile yüksek bir hastalık ilişkisi gösterdiği, bunun yanında “mükemmelliyetçilik” gibi birtakım kişilik özelliklerinin hem OKB’de hem yeme bozukluklarında ortak olarak gözlendiği bilinmektedir. Obsesif kompulsif bozukluk; beden görünümüyle, bedensel hastalıkla, beden ağırlığıyla ilgili obsesif düşünce ya da uğraşlar, tik bozukluğu, saç yolma, patolojik kumar oynama gibi stereotipik, törensel ya da impulsif davranışlar ile karakterizedir (Kazkondur, 2010).

Kadınlar, erkeklere göre, ince beden imgesine sahip olma ve diyet yapmayla belirgin düzeyde daha fazla ilgilidir ve bunların sonucunda da yeme bozukluğu riskine daha yatkındırlar. Yeme bozuklukları riskinin, özellikle belirli bir kiloda kalmaya dikkat etmeleri gereken mankenler, dansçılar ve jimnastikçiler arasında daha fazla olduğu görülmektedir. Ayrıca beden imgelerine ve sağlıklı beslenmelerine dikkat eden manken, dansçı ve jimnastikçi gibi meslek gruplarının günümüzde özellikle ortoreksiya nervoza yeme bozukluğuna yöneldikleri belirtilmektedir (Kazkondur, 2010).

Ortoreksiya nevroza eğilimi yüksek olan bireyler için sağlıklı beslenmenin ve organik besinlerin önemi çok büyüktür. Bu nedenle son zamanlarda artış göstermekte olan ve tanı kriterlerinin henüz netlik kazanmadığı bu bozukluğun tanımlanabilmesi

ve tedavi edilebilmesi için öncelikle yeterli araştırmanın yapılması gerekmektedir. Ayrıca ortoreksiya nevrozının önlenmesi için bireylerin gerekli rehberlik hizmetlerinden yararlanması ve sağlıklı beslenme ile ilgili diyetisyene başvurmaları gerekmektedir. Yapılan literatür taraması sonucunda ortoreksiya nevroza ile ilgili çok az bilgiye ulaşılmıştır. Bu nedenle konu ile ilgili olarak diyetisyenlerden bilgi alınmıştır. Aşağıda diyetisyenlerin görüşlerine yer verilmiştir.

Diyetisyen Gizem Adıgüzel Erbilim'e (2015) göre; “Güzellik kavramı zayıf kadın ve atletik erkek kalıbına sıkıştırılmıştır. Diyet kavramı ise sağlıklı beslenme davranışı gibi algılanmaktadır. Ortoreksiya nervozada esas amaç kilo vermek değil sadece sağlıklı beslenmektir. Ortoreksiya nevroza özellikle büyük kentlerde yaşayan ve “beden imgesi” ağırlıklı düşünen takıntılı kişilerin hastalığı olarak belirtilmektedir. Her besinin aşırı sağlıklı olması isteği ve arayışı bu bireyleri tek boyutlu beslenmeye itmektedir. Aşırı derecede takıntı yapmak yerine, dengeli ve yeterli beslenme konusunda bilinçli olmaları gerekmektedir. Çünkü beslenme gıdalarla yapılan ve takıntı boyutuna varmayan, özenle yapılması gereken bir eylemdir.

Ortoreksiya nevroza adolesan çağında daha sık görülmektedir. Çünkü ergenlerde ve genç yetişkin bireylerde kendini beğenme ve beğendirme duygusu yüksektir. Kendini beğenmeme ve beğendirememe kaygısı ile sadece güzelliğin zayıflıkta olduğu düşüncesi kişileri bu tarz yanlış yeme alışkanlıklarına itebilmektedir. Özellikle eğitim çağındaki bu bireylere günümüzde sıkça rastladığımız anoreksiya nevroza, bulimiya nevroza ve son on yılda artma potansiyeli yüksek olan ortoreksiya nevroza ile ilgili eğitimler verilmelidir. Bu yeme

bozuklukların kişilerin sağlığı üzerinde geri dönüşü olmayan sağlık sorunlarına sebep olabileceği düşünüldüğünden, geniş çaplı eğitim programları düzenlenmelidir. Öncelikle ileride bir eğitimci olarak görev yapacak kişilere bu bozuklukların ne gibi kötü sonuçlara sebep olacağı hatta çok ileriki aşamalarda hayatlarına mal olabileceği belirtilmelidir.

Zayıf olmanın sağlıklı olmakla doğru orantılı olmadığını bilmeleri, bir eğitimci olarak ve iyi bir rol model olarak öğrencilerine aktarmaları çok önemlidir. Son olarak bu konu ile ilgili araştırma eksikliği olup bu ihtiyacın giderilmesi için daha fazla kanıtlanmış bilgiye gereksinim vardır. İleriki zamanlarda yapılacak olan çalışmaların eğitimciler tarafından takip edilmesi ve bu yöndeki bilgi dağarcıklarını geliştirip yetiştirecekleri bireylere aktarmaları önerilmektedir”.

Diyetisyen Şöhret Ercen’e (2015) göre; “Teknoloji çağının gelmesi ve gıda endüstrisinin gelişmesinin hayatımızda yarattığı sayısız değişiklikten biri de doğal beslenmeden uzaklaşmamızdır. Havanın ve yer altı sularının kirlenmesi, tarımda zirai ilaçların kullanımı, GDO’lu besinlerin hayatımıza girmesi, gıda katkı maddelerinin kullanımının artması gibi birçok değişiklik sağlığımızı da olumsuz yönde etkilemiştir. Son yıllarda yapılan çeşitli bilimsel çalışmalar; birçok hastalığın temelinde sağlıklı beslenmenin yattığını ortaya konmuştur.

Halkın bu konuda bilinçlenmesi; sağlıklı beslenmeye yönelik ilginin artmasını sağlamıştır. Fakat bu ilginin ileri düzeyde bir hassasiyete ve hatta takıntıya dönüşmesi, ayrı bir psikolojik sorunu doğurmuştur. Bu duruma; ‘Sağlıklı Beslenme Takıntısı’, diğer adıyla ‘Ortoreksiya Nevroza’ denilmektedir. Bu kişiler sağlıklı

olmak adına diyetlerinde kısıtlı sayıda yiyecek tüketen, katkılı hiçbir besini tüketmeyen, doğal ve sağlıklı besinlere ulaşmak için çokça zaman harcayan, besinleri pişirme yöntemleri ve süreleri konusunda katı kurallara sahip kişilerdir.

Ortoreksiya nevroza eğilimi yüksek olan kişiler, besinlerin temin edilmesinden muhafazasına, pişirilme yönteminden pişirildiği mutfak malzemelerine kadar her konuyu titizlikle incelemektedirler. Her besinin içeriğini okuyarak içeriğindeki maddeleri araştırırlar. Günlerinin büyük bir bölümünü sağlıklı beslenme ve sağlıklı besinlerle ilgili bilgiler edinmekle ve sağlıklı yiyecek hazırlamakla harcamaktadırlar. Bu takıntıları bir süre sonra Ortoreksiya'sı olan kişilerin sosyal hayatlarını ciddi şekilde etkilemekte, özel hayatları, iş performansları, öğrencilerde ise okul başarılarını etkilemektedir. Zihinleri sürekli sağlıklı beslenme ile meşgul olduğu için başka konulara odaklanmakta güçlük çekmeye başlamakta ve sürekli bu konularda konuşma eğilimi göstermektedirler. Bu kişiler doğru beslendiklerini ve sağlıklı olduklarını düşünürken, ironik bir şekilde sağlıklı beslenme takıntıları her geçen gün hem beden, hem de ruh sağlığını bozmaktadır. Ortorektik bireylerin, çok kısıtlı sayıda ve miktarda besini tüketmeleri yeterli ve dengeli beslenme açısından riskli bir durum yaratmakla birlikte bazı besin öğeleri açısından yetersiz beslenmelerine neden olmaktadır.”

Diyetisyen Gözde Okburan'a (2015) göre; "Ortho" Yunanca'da 'doğru' ve 'normal' anlamına geliyor. Son zamanlarda yaygınlığı artan yeme bozukluklarından biri olan ortoreksiya aslında sağlıklı beslenme takıntısı olarak bilinmektedir. Ortorektik kişiler beslenme konusunda mükemmeliyetçidirler. Bu duruma bağlı olarak beslenme şekilleri ya da uyguladıkları diyet sürekli planlanmakta ve

beslenmenin her yönü kişiler tarafından düşünülmektedir. Zamanlarının birçoğunu sağlıklı beslenme ile ilgili kaygı duyarak yaşamaktadırlar. Sağlıklı beslenme ile ilgili sürekli araştırma içinde olan bu bireyler kendilerini sağlıklı beslenme alanında oldukça bilgili görürlerken etrafındaki bireylere bilgisiz gözü ile de bakabiliyorlar.

Ortorektik bireylerin bir başka özellikleri ise, kendileri için özel olan besinleri etrafındaki bireylerle paylaşmak istemezken başkalarının hazırladığı yemekleri yemeği tercih etmezler. Sosyal anlamda da kendilerini sosyal çevrelerinden izole etmek isteyebiliyorlar. Ayrıca beslenmelerini istedikleri gibi düzenleyemedikleri zaman yememeyi tercih edebiliyorlar. Böylece yetersiz beslenme sonucunda aşırı zayıflıyorlar, hatta çok uç durumlar ölümle bile sonuçlanabiliyor. Yeme bozuklukları ile ilgili çok fazla bilimsel çalışma olmamasından dolayı, sınırlı sayıda kaynağa ulaşılmıştır.

Ortoreksiya nevroza ve eğitim ile ortoreksiya nevroza arasındaki ilişkiyi inceleyen bazı çalışmalara ulaşılmıştır. Lorenze Donini ve arkadaşları (2004) ORTO-15 testini oluşturmuşlar ve ortoreksiya nevroza ile ilgili çalışmalarında bu testi kullanmışlardır. Yaptıkları çalışmada 2004 yılında İtalya da farklı kökenden gelen 404 katılımcı ile beslenme ve besinler hakkındaki görüşlerini almışlardır. Uyguladıkları anket ve ortoreksiya ölçeği sonunda katılımcıların %7'sinde ortoreksiya nervoza yeme bozukluğu saptanmıştır. Çıkan sonuçtan elde edilen bilgiler doğrultusunda ortoreksiya nervoza daha çok erkeklerde ve eğitim seviyesi düşük bireylerde olduğu bulunmuştur. Donini ve arkadaşları ortoreksiya ve eğitim durumu arasında ters bir ilişki olduğu ve eğitim seviyesi azaldıkça ortoreksiya görülme durumunun arttığı saptanmıştır.

Hacettepe Üniversitesinde yapılan bir başka çalışmada, yine ORTO-15 ölçeğini kullanarak üniversitenin akademik ve idari personelinin ortoreksiya eğilimi saptanması amaçlanmıştır. Yaşları 19 ile 66 arasında değişen ve toplam 1288 kişinin dahil olduğu çalışmada, eğitim seviyesi arttıkça ortoreksiya nervoza eğiliminin de ters orantıda düştüğü bulunmuştur. Bu çalışmada Donini ve arkadaşlarının tersine erkeklerde kadınlara göre ortoreksiya görülme sıklığının daha az olduğu da saptanmıştır. Ancak daha önce de belirtildiği gibi bu tarz çalışmaların sayısı çok olmadığı için genelleme yapmak oldukça güçtür. Sonuçları genellemeden önce daha birçok çalışmaya ihtiyaç duyulduğu da bilinmektedir.”

Literatür incelendiği zaman özellikle depresyon, obsesif kompulsif bozukluk (OKB), madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozukluklarının yeme bozukluklarına sıklıkla eşlik eden bozukluklar olduğu görülmektedir (Aydın, 2010; Kazkondu, 2010; Sart, 2008; Ertekin, 2010; Kutlu, 2009; Eker, 2006). Bu nedenle, bu araştırmada ortoreksiya eğiliminin saptanmasında obsesif belirtiler, beden algısı gibi değişkenlerde çalışmaya dahil edilerek ortoreksiya ile ilişkileri belirlenmeye çalışılmaktadır. Ayrıca bu ilişkiler belirlenmeye çalışılırken, yaş, cinsiyet, uyruk, yaşanılan yer, ekonomik durum, eğitim aldıkları bölüm, kronik hastalık ve sağlıklı beslenme ile ilgili bilgiye sahip olma değişkenleri açısından da incelenmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada üniversite öğrencilerinin ortoreksiya nervosa düzeyleri ile beden algısı ve obsesif kompulsif bozukluk düzeyleri arasındaki ilişkinin yaş, cinsiyet, uyruk, yaşadıkları yer, ekonomik durum, eğitim aldıkları bölüm, kronik hastalık ve

sağlıklı beslenme ile ilgili bilgiye sahip olma değişkenleri açısından incelenmesi amaçlanmıştır.

1.2.1. Alt Problemler

Bu çalışmanın amacı doğrultusunda aşağıda yer alan sorulara cevap aranmıştır;

1.2.1.1. Düzey Bakımından Değerlendirme

1. Üniversite öğrencilerinin ortoreksiya nervosa düzeyleri nedir?
2. Üniversite öğrencilerinin obsesif kompulsif bozukluk düzeyleri nedir?
3. Üniversite öğrencilerinin beden algısı düzeyleri nedir?

1.2.1.2. Değişkenler Bakımından Değerlendirme

4. Üniversite öğrencilerinin yaşı, ortoreksiya nervosa düzeylerinde anlamlı bir farklılık yaratmakta mıdır?
5. Üniversite öğrencilerinin cinsiyeti, ortoreksiya nervosa düzeylerinde anlamlı bir farklılık yaratmakta mıdır?
6. Üniversite öğrencilerinin uyruğu, ortoreksiya nervosa düzeylerinde anlamlı bir farklılık yaratmakta mıdır?
7. Üniversite öğrencilerinin eğitim aldıkları bölüm, ortoreksiya nervosa düzeylerinde anlamlı bir farklılık yaratmakta mıdır?
8. Üniversite öğrencilerinin yaşadığı yer, ortoreksiya nervosa düzeylerinde anlamlı bir farklılık yaratmakta mıdır?
9. Üniversite öğrencilerinin sosyo-ekonomik düzeyi, ortoreksiya nervosa düzeylerinde anlamlı bir farklılık yaratmakta mıdır?

10. Üniversite öğrencilerinin kronik hastalığının olup olmaması, ortoreksiya nervosa düzeylerinde anlamlı bir farklılık yaratmakta mıdır?

11. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı beslenme ile ilgili bilgiye sahip olup olmaması, ortoreksiya nervosa düzeylerinde anlamlı bir farklılık yaratmakta mıdır?

1.2.1.3. İlişki Bakımından Değerlendirme

12. Üniversite öğrencilerinin ortoreksiya nervosa düzeyleri ile beden algısı düzeyleri arasında anlamlı ilişki var mıdır?

13. Üniversite öğrencilerinin ortoreksiya nervosa düzeyleri ile obsesif kompulsif bozukluk düzeyleri arasında anlamlı ilişki var mıdır?

1.3. Araştırmanın Önemi

Sağlıklı beslenme yaşamın her döneminde çok önemli bir yere sahiptir. Beslenme ile ilgili sorunlar bireyin benliğini, sosyal yaşantısını ve kişiler arası ilişkilerini de olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle sağlıklı beslenme alışkanlığının bireylere küçük yaşta kazandırılması gerekmektedir. Beslenme sorunlarının takıntı boyutuna varmadan okul, aile ve rehberlik ve psikolojik danışmanlık hizmetlerinin işbirliği ile önleyici çalışmalar yapılması çok önemlidir.

Bu çalışma ile üniversite öğrencilerinin ortoreksiya nervoza durumları tespit edilmeye ve değerlendirilmeye çalışılmaktadır. Üniversite öğrencilerinin çalışmaya dahil edilmesini nedeni; sağlıklı beslenme ile ilgili bilinçli olmalarının önemini vurgulamaktır. Ayrıca sağlıklı beslenmenin küçük yaşta kazandırılmasına dikkat çekerek, üniversite öğrencilerinin ebeveyn adayı olarak çocuklarını o yönde yetiştirmelerine ışık tutmaktır. Ortoreksiya nervoza ile ilgili daha fazla çalışmanın

yapılmasına ihtiyaç duyulması nedeni ile yapılan bu araştırmanın gelecek çalışmalara kaynak teşkil edebileceği düşünülmektedir. Ortoreksiya nervosa ile obsesif belirtiler ve beden algısı ilişkisi hakkında çalışmalar henüz yeterli düzeyde olmadığından bu çalışmanın sözü edilen ilişkilerin kavramsallaştırılmasında ve yapılacak yeni çalışmalarda yol gösterici nitelikte olması açısından önem taşımaktadır. Ayrıca ortoreksiya nervozanın yaş, cinsiyet, uyruk, yaşanılan yer, sosyo-ekonomik durum, eğitim alınan bölüm, kronik hastalık ve sağlıklı beslenme ile ilgili bilgiye sahip olma değişkenleri açısından değişiklik gösterip göstermediği incelenmiştir. Bu inceleme sonucunda tanısı henüz konulmamış olan ON'nin tanı kriterlerinin oluşturulabilmesi açısından kaynak teşkil edebileceği düşünülmektedir.

1.4. Sayıtlar

Bu araştırmanın temelinde aşağıdaki varsayımlar yer almıştır;

1. Katılımcıların, bilgi formu ve ölçeklerdeki soruları yanıtlarken içten oldukları, gerçek duygu ve düşüncelerini yansıttıkları varsayılmıştır.
2. Bireylerin hazır bulunuşluklarının değişkenlik göstermediği varsayılmıştır.
3. Örneklemin evreni temsil edecek nitelikte olduğu varsayılmıştır.
4. Görüşme formlarının güvenilirliği ve geçerliğinde uzmanların tespitlerinin yeterli olduğu varsayılmıştır.

1.5. Sınırlılıklar

1. Araştırmada elde edilen veriler, katılımcıların bilgi formu ve ölçeklere verdikleri yanıtlarla sınırlandırılmıştır.
2. Kişisel bilgi formundaki maddeler, üniversite öğrencilerinin yaşı, cinsiyeti, uyuğu, sosyo - ekonomik düzeyi, yaşadıkları yer, eğitim aldıkları bölüm, kronik

hastalık ve sağlıklı beslenme ilgili bilgiye sahip olma değişkenleri ile sınırlandırılmıştır.

3. 2014 – 2015 bahar döneminde öğrenim gören üniversite öğrencileri ile sınırlandırılmıştır.

1.6.Tanımlar

Üniversite Öğrencisi: Genellikle 18 – 24 yaşları ile ileri adölesan döneminde bulunan gençtir. Puberte ile başlayan bu dönem 12 – 24 yaşlarını kapsamaktadır (Orak, Akgün ve Orhan, 2006).

Ortoreksiya Nervoza: Sağlıklı beslenme takıntısı olarak tanımlanan yeme bozukluğudur. Kişinin yaşantısına müdahale eden doğal diyet tüketme takıntısıdır (Kazkondur, 2010).

ORTO-15: Donini tarafından Bratman`in kısa soru kağıdı uyarlanarak ilk olarak İtalya`da Latinler için geliştirilmiş ve ortoreksiya nervoza eğilimini değerlendirmek için düzenlenmiş 15 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir (Kazkondur, 2010).

Obsesif- Kompulsif Bozukluk: Beden görünümüyle, bedensel hastalıkla, beden ağırlığıyla ilgili obsesif düşünce ya da uğraşlar, tik bozukluğu, saç yolma, patolojik kumar oynama gibi stereotipik, törensel ya da impulsif davranışlar ile karakterize rahatsızlıktır. Süreğen gidişli ve kişilerin akademik, mesleki, sosyal ve aile işlevlerini olumsuz etkileyerek yeti yitimine yol açmaktadır (Kazkondur, 2010).

Beden Algısı: Bireyin kendi bedenini ve beden parçalarını algılayarak onlara belli anlamlar vermesi kendilik algısı, kimlik ve kişilik kavramları ile ilişkilidir. Kendini fiziksel açıdan olumlu değerlendirenler, kişilerarası ilişkilerde daha güvenli ve işlerinde daha başarılı olurken, kendini beğenmeyen, kendinde birçok kusurlu yanın bulunduğunu düşünen insanlar ise yaşamlarının çeşitli dönemlerinde ya da sürekli olarak huzursuz, güvensiz ve değersizlik duyguları içindedirler (Tezcan, 2009).

1.7. Kısaltmalar

KKTC: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti

TC: Türkiye Cumhuriyeti

ON: Ortoreksiya Nervoza

AN: Anoreksiya Nervoza

BN: Bulimiya Nervoza

YB: Yeme Bozukluğu

TYB: Tikanırcasına Yeme Bozukluğu

BTAYB: Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

BDY: Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

MOKSL: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi

BKİ: Beden Kitle İndeksi

APA: Amerika Psikiyatri Birliği

DSM-IV: Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

GDO: Genetiği Değiştirilmiş Organizma

YTT: Yeme Tutum Testi

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

BİTE: Bulimia Araştırma Testi

BÖLÜM II

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

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

2.1. Yeme Bozukluklarının Tanımlanması ve Sınıflandırılması

Toplumda gün geçtikçe görülme sıklığı artmakta olan ve giderek daha ciddi bir sorun haline gelmekte olan yeme bozuklukları günümüzde çok fazla ilgi çekmektedir. Görülme sıklığındaki artış pek çok etkene bağlı olabilmektedir. Bu etkenler arasında tanı koyma ve değerlendirme araçlarındaki gelişme, hastalığa karşı giderek artan farkındalık düzeyi, tedavi seçeneklerindeki ilerlemeler ve Batı kültürü toplumlarında kadına yönelik başarılı ve mutlu hissetmek için ince ve zayıf bedene sahip olma koşulunu öne süren baskıların artışı sayılabilir. Beden imajının olumsuz olması, benlik saygısının düşük olması, şişmanlama korkusu, kronik biçimde diyet yapma ve zayıf olmaya yönelten sosyal baskılar, yeme bozuklukları için belirlenmiş risk faktörlerinden bazılarıdır (Ertekin, 2010).

Yeme bozuklukları, bedensel ve psikososyal boyutu olan; kişinin yemek yeme alışkanlığı, vücut ağırlığı ve fiziksel görüntüsü ile ilgili düşünce ve yemek yeme davranışındaki bozukluklarla kendini göstermektedir. Yeme bozukluklarında, kişinin yeme tutumu ve beden algısı bozulmaktadır. Vücut ağırlığı yönetimi, vücut imajı ve yiyecek tüketimi ile ilgili normal davranış ve tutumlar aşırı hale geldiğinde, yeme bozuklukları gelişebilmektedir. Yeme bozukluğu olan bireyler, bedenini olduğundan şişman ve şekilsiz bulmak, çok kısıtlı gıda almak, yemekleri takiben

kusmak veya kendini kusturmak, laksatif kullanmak ve aşırı egzersiz yapmak gibi belirtiler gösterebilirler. Yeme bozuklukları, 1980'li yıllardan itibaren ergenlik ve genç erişkinlik döneminde olan bireylerde yaygın olarak görülmesi, diğer ruhsal ve bedensel sorunlarla, diğer hastalıklardan bağımsız olarak aynı anda olması ve ölüm oranlarının artması nedeniyle erken tanı ve tedaviyi gerektiren bir durumdur (Kazkondur,2010).

Yeme bozuklukları DSM-IV-TR'de anoreksiya nervoza (AN), bulimiya nervoza (BN) ve başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu (BTAYB) olarak sınıflandırılmaktadır. AN'nin kısıtlı tip ve tıknırcasına yeme/çıkartma tipi, BN'nin çıkartma olan tip ve çıkartma olmayan tip olmak üzere iki tipi tanımlanmıştır. Başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu ise tıknırcasına yeme bozukluğu dahil olmak üzere, AN veya BN için tanı ölçütlerini karşılamayan diğer yeme bozukluklarını kapsamaktadır.

Anoreksiya Nervoza ve Bulimia Nervoza'nın yanı sıra son yıllarda Ortoreksiya Nervoza (ON) kavramı öne çıkmış ve ON'nin yeni bir yeme bozukluğu olup olmadığı tartışılmaya başlanmıştır. Bratman (2003) tarafından sağlıklı besin tüketimi konusundaki aşırı saplantı olarak kavramsallaştırılan ON, yiyeceklerin niceliğinden çok niteliğine önem verilen ve kilo alımına yönelik bir korkunun olmaması gibi bileşenleri ile diğer iki yeme bozukluğundan ayrılmaktadır. Ancak bu kavramın yeni olması ve bu duruma bağlı olarak konuyla ilgili henüz çok az sayıda çalışmanın olması, ON'nin doğasının anlaşılması ve yeni bir tanı olarak ele alınıp alınamayacağı açısından daha fazla çalışma yapılmasını gerekli kılmaktadır (Aydın, 2010).

Yeme bozukluğu vakalarına eşlik eden psikopatoloji düzeyi incelendiğinde vakaların neredeyse yarısı yaşamları boyunca depresyon, sosyal fobi ve obsesif kompulsif bozukluk (OKB) başta olmak üzere tam veya kısmi bir psikiyatrik bozukluk öyküsü bildirmektedirler. YB'na en çok eşlik eden Eksen I bozuklukları; duygu durum ve kaygı bozukluklarıdır. Ayrıca alkol ve madde kullanım bozukluğu da sık görülmektedir (Ergüney, 2012; Bakırcıoğlu, 2010).

2.1.1. Anoreksiya Nervosa(AN)

Anoreksiya nervoza ile ilgili vakalar özellikle 17. ve 18. yüzyıldan itibaren literatürde bildirilmektedir. İlk kez William W. Gull tarafından 1873 tarihinde isimlendirilmiştir. Anoreksiya Nervosa vakaları, kilo almaktan duyulan aşırı korkuya karşı ideallerindeki inceliğe ulaşmak için, isteyerek, kasıtlı bir şekilde besin alımını azaltmakta ya da besin alımına karşı aşırı derecede telafi edici yollara başvurmaktadırlar. Anoreksiya Nervosa 1960'ların sonlarından itibaren batı toplumunda özellikle orta ve üst sınıfta daha sık görülmeye başlanmıştır. Psikiyatrik bozukluklar içerisinde ölüm oranlarının en yüksek olduğu bozukluktur. AN normal bir vücut ağırlığında olmayı reddetme, kilo almaktan aşırı derecede korkma, beden imgesinde anlamlı derecede bozulma ile kendini göstermektedir. Kadınlarda bu tabloya amenore (adet kesilmesi) de eşlik etmektedir. 15-29 yaş aralığındaki kadınların %3 ile %10'u AN için risk altındadırlar (Ergüney, 2012). Bir kişiye “anoreksiya nervoza” tanısı konması için hastada DSM-IV kriterlerinden en az dördünü karşılaması gerektiği belirtilmektedir.

2.1.1.1. Anoreksiya Nervosa Tanı Ölçütleri

DSM-IV-TR (2001: 241-242) anoreksiya nervoza tanı kriterleri şu şekildedir:

A. Yaşı ve boy uzunluğu için olağan sayılan en az kiloda ya da bunun üzerinde bir vücut ağırlığına sahip olmayı kabul etmeme (örneğin; beklenenin %85'inin altında bir vücut ağırlığına sahip olmaya yol açan bir kilo kaybı ya da büyüme döneminde beklenenin %85'inin altında bir vücut ağırlığına sahip olmaya yol açacak bir biçimde beklenen kilo alımını gerçekleştirilmeme).

B. Beklenenin altında bir vücut ağırlığına sahip olmasına karşın kilo almaktan ya da şişmanlamaktan aşırı korkma.

C. Kişinin vücut ağırlığı ya da biçimini algılama biçiminde bozukluk olması, kendini değerlendirmede vücut ağırlığı ya da biçiminin anlamsız bir etkisinin olması ya da o sırada vücut ağırlığının düşük olmasının önemini inkar etme.

D. Bayanlarda menarş sonrası amenore, yani, en az üç ardışık menstruel siklusun olmaması. (Sadece hormon verilmesi sonrası menstruasyon dönemleri oluyorsa o kadının amenoresi olduğu düşünülür, örneğin östrojen uygulanması).

Tipleri:

Kısıtlı Tip: Anoreksiya nervozanın o sıradaki epizodu sırasında kişide düzenli olarak tıkanırcasına yeme ya da çıkartma (zorlayarak kusma, laksatiflerin, diüretiklerin ya da lavmanların yanlış yere kullanımı) davranışı görülmez.

Tıkanırcasına Yeme/Çıkartma Tipi: Anoreksiya nervozanın o sıradaki epizodu sırasında kişi düzenli olarak tıkanırcasına yeme ya da çıkartma (zorlayarak kusma, laksatiflerin, diüretiklerin ya da lavmanların yanlış yere kullanımı) davranışı gösterir.

Bu türde impulsif davranışlar; intihar girişimi, çalma, ilaçların kötüye kullanımı, kendine zarar verme daha sık görülür.

2.1.2. Bulimiya Nervosa(BN)

Bulimiya nevroza (BN), nöbet şeklinde yaşanan aşırı yemek yeme, kilo alma ve diğer yandan kilo almayı kontrol etme çabaları ile karakterize edilmiş psikiyatrik bir bozukluktur (Kontbay, 2010). Yineleyen tıknırcasına yeme epizotları, bu epizotlar sırasında yemek yemeyi durduramama korkusu, tıknıma sonrası kilo almayı engelleyecek kusma, laksatif-diüretik kullanımı, aşırı egzersiz yapma gibi uygunsuz dengeleyici davranışlar sergileme ve tıknıma epizotlarının son 3 ayda en az haftada iki kez ortaya çıkması ile karakterize bir yeme bozukluğudur (Oğlağı, 2012; Santrock, 2012).

Bulimiya nervozanın kökeni, “bous” (öküz) ve “limos” (açlık) sözcüklerinden gelmektedir. “Öküz kadar aç olmak” veya “bir öküzü yiyecek kadar aç olmak” anlamlarını içerir. Bulimiya nevroza, modern bir yeme bozukluğu olarak kabul edilmektedir. Bulimik davranışlardan, Roma döneminde de söz edilmektedir. Refah içinde yaşayan dönemin zenginlerinin kontrolsüzce, tıknıma şeklinde yedikleri ve haz yaşantısını devam ettirebilmek için, kusup yemeye devam ettikleri bilinmektedir. Hatta kusmaların gerçekleştiği özelleşmiş yerler bulunmaktadır. Günümüzde, bir psikiyatrik bozukluk olarak kullanılışında “nervoz” takısı ise, onun anoreksiya nevroza ile bağlantısını ve yeme bozukluklarının diğer elemanı olduğunu vurgulamaktadır. Bulimiya nervoz, tüm toplumlarda yaklaşık %1,0-2,5 oranında görülmekte ve genç kadınlarda erkeklerden on kat fazla rastlanmaktadır (Kazkond, 2010).

BN ile AN birçok ortak klinik ve demografik özellikler taşır. Her iki yeme bozukluğunda da yaş ve cinsiyet dağılımı benzerlik gösterir. Ancak BN’ da başlama yaşı AN’dan daha geçtir. BN öncesinde sıklıkla AN vardır. Bazen de AN ve BN nöbetleri değişkenlik içinde birbirini izlerler. Ancak aralarında belirgin farklar da vardır. Hastaların temel psikopatolojilerinden kaynaklanan ince bedene sahip olmaya verilen aşırı önem, kısıtlanmış yeme çabasına neden olur. Uzun süreli kısıtlanmış yemeye tepki olarak daima yiyeceklerle ilgili düşünceler içindedirler. Bu yeme şekli sonucu bir yandan katı diyet, diğer yandan tıkanma epizodları gelişir ve birbirini izler. Tıkanırcasına yeme periyotları genellikle kişinin kendisinin indüklediği kusmalar ve laksatif diüretik kullanımını yerleştirir. Başlangıçta kusma refleksini uyarak, sonrasında toraks ve abdominal kasları kasarak kusmayı öğrenirler. Bulimik epizodlar sıklıkla planlanır. Tipik olarak yağlı, şekerli, yüksek kalorili ve kolay yenilecek yiyecekler seçilir. Yiyecekler genellikle kısa sürede aşırı miktarlarda, tıkanırcasına yenilir. Tipik bir bulimik periyot çoğu hastada 30 dakika - 1 saat sürer. Tıkanırcasına yemeleri telafi etmeye yönelik egzersiz yapma ya da yemeği aşırı kısıtlama izlenir. Hastalar bulimik epizodlarını gizleme eğiliminde oldukları için aşırı yeme ve kusma diğer aile üyeleri farkına varmadan yıllarca sürebilir (Işık, 2009).

2.1.2.1. Bulimiya Nervoza Tanı Ölçütleri

DSM-IV-TR (2001: 242-243) bulimiya nervoza tanı kriterleri şu şekildedir:

A. Yineleyen tıkanırcasına yeme epizodlarının olması. Bir tıkanırcasına yeme epizodu aşağıdakilerden her ikisi ile belirlidir:

(1) Aynı zaman diliminde ve benzer koşullarda çoğu insanın yiyebileceğinden hiç tartışmasız çok daha fazla miktarda olan yiyeceği belirli bir zaman diliminde (örn. herhangi bir 2 saatlik süre içinde) yeme

(2) Bu epizod sırasında yeme kontrolünün kalktığı duyumunun olması (örn. Yemeyi durduramayacağı ya da ne yediğini ya da ne kadar yediğini kontrol edememe duygusu)

B. Kilo almaktan sakınmak için, kendisinin yol açtığı kusma, laksatiflerin, diüretiklerin, lavmanların ya da diğer ilaçların yanlış yere kullanımı, hiç yemek yememe ya da aşırı egzersiz yapma gibi uygunsuz dengeleyici davranışlarda tekrar tekrar bulunma.

C. Tıkanırcasına yeme ve uygunsuz dengeleyici davranışların her ikisi de 3 ay süreyle ortalama olarak en az haftada iki kez ortaya çıkmaktadır.

D. Kendini değerlendirirken anlamsız bir biçimde vücudunun biçimi ve ağırlığından etkilenir.

E. Bu bozukluk sadece anoreksiya nervoza epizodları sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Tipleri:

Çıkarma olan tip: Bulimia Nervozanın o sıradaki epizodu sırasında kişi düzenli olarak kendi kendine kusmuş ya da laksatif, diüretik ya da lavmanları yanlış yere kullanmıştır.

Çıkarma olmayan tip: Bulimia Nervozanın o sıradaki epizodu sırasında kişi, hiç yemek yememe ya da aşırı egzersiz yapma gibi uygunsuz dengeleyici davranışlarda

bulunmuş ancak kendi kendine kusmamış ya da laksatif, diüretik ya da lavmanları yanlış yere kullanmamıştır.

Bulimiya nervoza sonucunda bireylerde; dış problemleri, kullanılan ilaçlara bağlı olarak şişkinlik, sıvı elektrolit kayıpları, halsizlik, mide problemleri, yemek borusunda aşırı kusmaya bağlı fıtıklaşma ve yara, aşırı ishale bağlı rektumda incelleme görülürken, anoreksiya nervozada durum daha ciddidir ve ölüm riski %4-20 arasında değişmektedir. Ölüm riski dışında hastalarda, kalp rahatsızlıkları, hipotansiyon, böbrek anormallikleri, anemi, ülser ve pankreatit gibi rahatsızlıklar da görülmektedir (Kazkondur, 2010).

2.1.3. Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu (BTAYB)

DSM-IV-TR (2001: 243-244) BTAYB tanı kriterleri şu şekildedir:

Herhangi bir özgül Yeme Bozukluğu için tanı ölçütleri karşılanamayan yeme bozuklukları içindir. Örnekleri aşağıdaki gibidir;

1. Bayanlarda, düzenli menstrasyonların olması dışında Anoreksiya Nervozanın bütün tanı ölçütleri karşılanmaktadır.
2. Belirgin bir kilo kaybının olmasına karşın kişinin o sıradaki vücut ağırlığının olağan sınırlarında olması dışında Anoreksiya Nervozanın tüm tanı ölçütleri karşılanmaktadır.
3. Tıkınırcasına yemenin ve uygunsuz dengeleyici düzeneklerin haftada iki kezden daha az bir sıklıkta ya da 3 aydan daha kısa süreli olarak ortaya çıkması dışında Bulimia Nervozanın tüm ölçütleri karşılanmaktadır.

4. Olağan vücut ağırlığını koruyan bir kişinin az miktarda yemek yedikten sonra düzenli olarak uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunması (örn. iki parça kek yedikten sonra kendini kusturma)

5. Büyük miktarlarda yiyeceği sürekli çiğneyip tükürme, ancak yutamama.

6. Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu (TYB): Düzenli olarak Bulimia Nervozaya özgü uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunmaksızın yineleyen tıkanırcasına yeme epizodlarının olması şeklinde tanımlanmaktadır.

2.1.4. Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu(TYB)

Tıkanırcasına yeme bozukluğunda bireyler, aşırı miktarlardaki yiyecekleri yerken kontrol kaybı duygusu yaşamakta ve huzursuzluk hissetmektedirler. Normalden daha hızlı ve aç değilken bile yemek yemektedirler. Ayrıca aşırı yemekten çekindikleri için yalnız başlarına yemektedirler (Ergüney, 2012).

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

Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu Tanı Kriterleri;

A. Tekrarlayan tıkanırcasına yeme atakları. Bu belirtiler, aşağıdaki şöyle tanımlanmıştır:

1. Örneğin; 2 saat gibi herhangi bir zaman periyodunda alınan gıda miktarı, birçok kişinin benzer şartlar altında benzer sürede yediğinden belirgin bir şekilde daha fazladır.

2. Atak esnasında kontrol hissinin kaybı (yemeyi durduramama hissi veya ne kadar yediğini kontrol edememe) görülür.

B. Atakların çoğunda aşağıdaki davranışsal kontrol kaybı göstergelerinden en az üçünün bulunması gerekmektedir:

1. Olağandan daha hızlı yemek,
2. Rahatsız olana kadar yemek,
3. Aç olunmamasına rağmen aşırı miktarda yemek,
4. Çok aşırı yemek yediği için yalnız yemek yemeyi tercih etmek,
5. Aşırı yemek yedikten sonra depresyon ve suçluluk hissinin varlığı,

C. Ataklardan sonra belirgin bir suçluluk duygusu gelişir.

D. Ataklar altı aylık bir süre zarfında ortalama haftada iki gün görülür.

E. Anoreksiya nervoza veya bulimiya nervozanın kısıtlı veya tıkanırcasına yeme-çıkarma tip kriterlerine uymama durumudur.

Tıkanırcasına yeme bozukluğunun, kadınlarda erkeklere göre daha sık görüldüğü, obezite ve aşırı kilo alıp verme öyküsüyle bir arada olduğu, iş yaşamı ve sosyal ilişkilerde işlevselliğin azaldığı, depresyon, bağımlılık yapan maddelerin kullanımı ve beden imgesiyle ilgili aşırı endişe duyma ile bağlantılı olduğu tespit edilmiştir (Kazkondur, 2010).

2.2. Ortoreksiya Nervoz (ON)

Ortoreksiya nervoz henüz psikiyatrik tanı kategorisinde yer almamasına rağmen son yıllarda araştırmacıların dikkatlerini yoğunlaştırdıkları ve bir bozukluk olarak tanımlanıp tanımlanamayacağı üzerinde durdukları yeni bir kategoridir. İlk kez Steven Bratman tarafından 1997'de anoreksiya nervozayı çeşitlendirmek üzere tanımlanmıştır. Aynı bir tanı kategorisi olarak resmen kabul edilmemiş olsa da ciddi sonuçları olan diğer yeme bozuklukları ile benzerlik ve ayrılıklarının olduğu belirtilmektedir. Ortoreksiya nervozada kişi, her yediği yemeği abartılı bir şekilde kontrol eder. Ürünlerin ambalajlarını saatlerce inceler, o ürünün içinde kanserojen madde, hormon, boya, katkı maddesi olup olmadığına abartılı şekilde kafa yorar. Yiyeceklerin aşırı saf ve katkısız olmasına takıntılı bir titizlik içerisinde önem verir. Yemek konusunda sabit fikirlidir ve yedikleri besinde herhangi bir katkı maddesinin olmasını kabul edemez. Bu yüzden pek çok besini çiğ olarak yerler. Sağlıklı yemek yeme takıntısının etkisiyle pek çok ürünü tüketmekten vazgeçer ve anoreksiya nervozada olduğu gibi kilo kaybetmeye başlarlar. Ortoreksiya nervozanın bayanlarda erkeklerden iki kat daha sık görüldüğü açıklanmıştır. Bozukluğun ortaya çıkışında çağımızdaki güzellik kavramının zayıflığa dayandırılması, medyada sıkça yer alan diyet ve ürünlerin içerikleri ile ilgili bilgiler, bazı ürünlerin kanserojen madde, katkı maddesi, boya ve hormon içerdiğiyle ilgili haberler ile uzun yaşamının sırlarıyla ilgili sıkça yayınlanan bilgilerin etken olabileceği düşünülmektedir (Sart, 2008).

Ortoreksiya eğilimi olan bireyler ev dışında yemezler. Bunun sonucunda da sosyal ilişkilerinde azalma ve besinler hakkında aşırı endişe duyma ile ilgili obsesif davranışlarında artış gözlenmektedir. Ortoreksiyanın temelinde öncelikle sağlığın geliştirilmesi, bir hastalığın tedavisi veya ağırlık kaybetme amacı yer almaktadır.

Daha sonra bu beslenme tarzı ortorektik bireylerin hayatlarının en önemli bölümünü oluşturmaktadır. Böylece sağlığı korumak ve iyileştirmek için sağlıklı beslenme takıntısı yaşamaktadırlar. Yapılan çalışmalar tıp fakültesi öğrencileri, hekimler, diyetisyenler, anksiyetesi olan bireyler, obsesif kompulsif bireyler ve beden imajına aşırı önem veren bireylerde ortoreksiya nervoza belirtilerine daha sık rastlandığını göstermektedir. Zayıflığa veya sağlıklı beslenmeye önem verilmesi nedenleri ile yiyeceklerin nasıl hazırlandığını düşünmek veya günün büyük bir çoğunluğunu yiyecekleri düşünerek geçirmek yeme bozukluklarının ortaya çıkmasına neden olabilecek önemli risk faktörlerini oluşturmaktadır (Gezer ve Kabaran, 2013).

Donini, Marsili, Graziani, Imbriale ve Cannella (2004) tarafından ON için tanı önerisi geliştirmek ve İtalyan örnekleminde ON yaygınlığını incelemek amacıyla yapılan çalışmada katılımcılar besin seçimleri, obsesif kompulsif ve fobik özellikler açısından değerlendirilmişlerdir. Katılımcıların sağlıklı besin seçimi açısından dağılımın ucunda yer alan %25'lik kısmı 'sağlık fanatikleri' olarak tanımlanmıştır. Obsesif kompulsif ve fobik özellikleri değerlendirmek amacıyla kullanılan Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI)'nin kesim noktasının üstünde bir puan almak ve sağlık beslenme açısından dağılımın %25'lik kısmında yer almak ON tanısı için öngörülen ölçütler olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada örneklemin %6,9'unun söz edilen ölçütlere uyduğu, erkeklerde ve eğitim seviyesi düşük olanlarda kadınlara ve yüksek eğitim seviyesi olanlara göre ortorektik eğilimlerin daha yaygın olduğu belirtilmiştir (Aydın, 2010).

Arusoğlu, Kabakçı, Köksal ve Merdol (2008) tarafından yapılan çalışmada ortorektik eğilimlerin obsesif kompulsif belirtiler ve yeme tutumları ile ilişkili

olabileceği yönünde bulgulara ulaşılmıştır. Bu çalışmada ortorektik eğilimlerin kadınlarda erkeklere oranla daha fazla olabileceği ve dolayısı ile cinsiyetin önemli bir yordayıcı olabileceği, buna ek olarak yeme tutumu bozuk ve obesesif kompulsif belirtileri fazla olan kişilerde beden kitle indeksi yükseldikçe ortorektik eğilimlerin de artabileceği gösterilmiştir (Arusoğlu ve diğerleri, 2008).

Yapılan başka bir çalışmada ise sağlıklı ve uygun beslenmeye yönelik yüksek duyarlılığın tıp doktorlarında oldukça yaygın olduğu, her ne kadar aradaki fark anlamlı olmasa da Orto-15 ile ölçülen ortoreksiya puanlarının kadınlarda ve eğitim seviyesi yüksek olan doktorlarda daha yüksek olduğu görülmüştür (Aydın,2010).

2.2.1. Ortoreksiya Nervozanın Sınıflandırması

Kater, Bratman'in tanımladığı terimin tanı sınıflamasında kendine özgü sınıflandırılacağı konusunda şüpheler taşımaktadır. Eğer farklı bir sınıfa ait olması gereken bir bozukluk varsa, bunun tikanırcasına yeme bozukluğu olduğunu, ortoreksiya için farklı bir sınıflandırmanın gerekli olmadığını savunmaktadır. Ortorektikler için, diyet planları son derece önemlidir. Dünyada sayısız beslenme uzmanı vardır ve her birinin verdiği bir diyet planı sağlıksız bir beslenme obsesyonuna yol açabilmektedir. Sağlıklı ve formda kalmak için yapılan sıkı bir diyet, olumsuz olarak malnütrisyonla sonuçlanabilmektedir. Diyet, çeşitlilik içermediği takdirde beden gerçekten çok kolaylıkla vitamin, mineral ve besin öğeleri yetersizliği yaşayabilmektedir. Birçok diyet, sağlığın sürekliliğini sağlamak ve/veya hastalığı önlemek amacıyla belirli veya tüm besin gruplarının alımını dışlamaktadır. Kısa dönem uygulanan bu diyetler çoğunlukla zarar vermektedir. Ancak, değişmeyen, bir insanın uzun dönemde kontrollü bir diyet uygulaması sonucu

olumsuz fiziksel ve fizyolojik sonuçların kaçınılmaz olduğudur. Ortorektik bireyler, mükemmelliğe ulaşma çabalarından ötürü diyetlerini giderek kısıtlama eğilimine girdiklerinden, özellikle beslenme yetersizlikleri riski taşıyan gruba girmektedirler (Kazkondur, 2010).

2.2.2. Ortoreksiya Nervozanın Tedavisi

Ortoreksiyanın altında yatan motivasyon çok yönlü olduğu için tedavisi zordur. Miller, ortorektiklerin obsesyonlarıyla ilgili rotayı kesinleştirmeye gereksinimleri olduğunu belirtmektedir. İnsanlar sadece besinler konusunda değil, derinlemesine araştırıldığında derin duygusal konular dahil olmak üzere birçok konuda saplantıya sahiptirler. Altta yatan konuları araştırmak normal beslenmeye geçişi kolaylaştırabilecektir. Ortorektikler “Ya Hep Ya Hiç” düşünce biçimi ile mücadele etmek için profesyonel yardıma gereksinim duyabilmektedirler. Normal beslenmeye geçmeyi taahhüt edebilmektedirler. Miller, Bratman’ın spontan yemek yeme önerisiyle hemfikirdir. “Spontan beslenme”, istenildiği zaman istenildiğini yemektir ve o besini sadece kişiye iyi geleceği için tüketmek anlamına gelmemektedir. Miller, “Eğlenceli beslenme deneyimleri” ne de sahip olunması gerektiğini belirtmektedir. Çocuklar içgüdülerine ve gereksinimlerine göre yemek yedikleri için Miller, “çocuklar gibi beslenmeyi” önermektedir. Onların tipik olarak acıktıklarında yemek yedikleri, tamamen canlarının istediği besinleri seçtikleri ve doyduklarında da durmayı bildiklerini belirtmektedir. Ortorektik yeme davranışı, sevgilere karşıt bir davranış biçimidir. Ortorektikler, besinlerini, tadını beğendikleri besinleri içeren veya içermeyebilen, reçete edilmiş diyet planına göre seçmekte, konuştukları konular ise memnuniyetten yoksun konular olabilmektedir. Onlara göre, yiyecek planlama, hazırlama ve tüketme zor ya da zevksiz bir iş haline

gelebilmektedir. Miller, besinlerle ilgili algılamaları değiştirmek ve besin seçimlerindeki katılığı kaybetmeye yardımcı olmak düşüncesindedir. İrrasyonel düşünceleri yok etmek, hem eğitici açısından hem de ortoreksiyalı açısından çok zor bir eylemdir ve zaman istemekte, öğrenildiği zaman da rahatlatıcı bir özgürlük hissi gelişecektir. Bu nedenle yaşamın temel gereksinimlerinden olan beslenme eğitiminin erken yaşlarda, özellikle okul öncesi dönemde alınması, bireyin yaşam boyu sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Sonraki hedef, “sezgisel beslenme”yi (normal beslenme) geliştirmede önemli olan bilinç-beden arasındaki bağlantı üzerinde çalışmaktır (Kazkondur, 2010).

Miller, tedavide, besin kuramlarına dikkat edilmesi gerektiğini, kişilerin öz değerlerinin ve yaşantılarının sadece besinler etrafında dönmediğinin farkına varmaları gerektiğinin önemi üzerinde durmaktadır. Bu tip olgulara, sağlıklı bir diyet ve egzersiz yapmalarını, aile ve arkadaşlarla zaman geçirmeleri ve eğlenmeleri gerektiğini önemle vurgulamakta, kişilerin kendilerini sevmelerini ve sakin olmaları gerektiğini hatırlatmaktadır (Kazkondur, 2010).

2.3. Yeme Bozukluklarının Görölme Sıklığı

Yeme bozukluklarının yaygınlık oranları iki ölçüm temelinde yapılan çalışma sonuçları ile elde edilmektedir. Bunlardan ilki toplum genelindeki vaka sayısını ifade eden yaygınlık, diğeri ise belirli bir zaman diliminde toplumda ortaya çıkan yeni olgu sayısını ifade eden sıklık ölçümleridir. Çalışma sonuçlarında birbirinden farklı oranlar ortaya çıkabilmektedir. Bunun nedeni ise çalışmalarda kullanılan örneklemin, çalışmanın yapıldığı dönemin ve kültür gibi yöntemsel farklılıkların olması gösterilmektedir. Yeme bozukluklarının yaygınlığı ve sıklığına yönelik yapılan bir

çalışmada genç kızlar için ortalama AN ve BN yaygınlığının sırası ile %0,3 ve %1; erkekler için ise BN yaygınlığının %0,1 olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada bir yıllık AN sıklığı 100.000 kişide 8; BN sıklığı ise 100.000 kişide 12 olarak belirlenmiştir. Yeme Bozukları Akademisi'nde çalışan ve çoğunluğu (%41,4) doktora derecesine sahip toplam 399 kişilik örnekleme yaşam boyu yeme bozukluğu görülme sıklığı %27,3 olarak hesaplanmıştır. Bu kişilerin %46,8'i AN; %49,5'i ise BN öyküsü belirtmiştir (Aydın, 2010).

Anoreksiya Nervosa'nın yaşam boyu görülme sıklığı %1, Bulimiya Nervosa'da ise bu oran %1 ile % 4,2 arasında değişmekte olup yeme bozukluğu hastalarının %90-95'i kadındır. Kısmi Yeme Bozukluklarının kadınlarda görülme sıklığı ise daha yüksek olup %5-10 civarındadır. Erkeklerde YB görülme oranları kadınlara göre 1/10 civarındadır (Ergüney, 2012).

2.4. Yeme Bozukluklarını Açıklamaya Yönelik Kuramlar

2.4.1. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

Bilişsel davranışçı yaklaşıma göre yeme bozukluğuna sahip bireyler kendilik değerlerini, biçimleri ve ağırlıkları açısından değerlendirirler. Vücut biçimi ve ağırlıklarına ilişkin düşüncelerle aşırı uğraşırlar. Sürekli kilo almaktan ve şişmanlıktan sakınırlar. Anoreksiya ve bulimiya nevroza için tipik davranışlar, ağırlığı kontrol etmeye yönelik davranışlardır. Bulimiyada hastanın diyet girişimleri aşırı yeme epizodları ile kesintiye uğradığı için zayıflama olması gerekmez (Eker, 2006).

BDY'ye göre YB'da semptomların sürdürülmesine ideal bir kilo ve vücuda sahip olmaya yönelik katı inanca eşlik eden 3 alandaki temel inançlar yani kilo ve beden biçimiyle ilgili gerçekdışı beklentiler, kendilik değerinin ancak bu beklentiler karşılandığında hissedilecek olması, yiyeceklerin kiloya etkisiyle ilgili yanlış inançlar yol açmaktadır. BDY, AN'nin başlangıcında pek çok öncül olabileceğini ancak yemeği kısıtlama davranışını sürdürenin ince olma gerekliliği, katı diyet inancı gibi olumsuz pekiştireçler niteliğindeki kişinin tutum ve sayıltılarının olduğuna işaret eder. Kaçınma paradigması açısından da hem olumsuz pekiştireçler (kusma, diyet, laksatif kullanımı gibi) hem de olumlu pekiştireçler (zayıf kalmak) sorunun devamına katkı sağlamakta, kaçındığı durumlarla (düzenli beslenme gibi) yüzleşmeyen birey, bu durumların olumsuz sonuçlar doğuracağı ile ilgili beklentilerinin geçerliliğini de sınamadığı için kaçınma davranışı sönmeye dirençli hale gelmektedir. BDY'nin BN'ye getirdiği açıklamalar ise; aç kalma Tıkanırcasına Yeme'ye tepki olarak öne çıksa da, psikolojik ve fizyolojik mekanizmaların etkisiyle aslında TY'yi tekrar ortaya çıkarır. Kusma vb dengeleyici davranışla alınan kalorinin atıldığı inancı TY'leri sıklaştırmaktadır, beden şekli ve kiloyla ilgili endişeler diyet davranışını arttırarak yeme sorununu da sürdürmektedir. Son olarak beden şekli ve kiloyla ilgili endişeler yetersizlik ve değersizlik gibi duygularla eşleşmektedir (Ergüney, 2012).

2.4.2. Psikanalitik Yaklaşım

Psikanalitik yaklaşımı benimseyenler yeme tutumundaki bozulmaları ağız yoluyla hamile kalma korkusuna karşı bir savunma olarak görmektedirler. Yiyecek, simgesel olarak, cinsellik ve hamilelikle ilgili olduğu için kaçınılan bir durumdur(Sart, 2008). Psikoanalitik modele göre yeme bozukluklarında

semptomların da yaşanmış bir travmayı temsil eden sembolik bir anlamı vardır. Freud'un çalışmalarını temel alan bu görüş yeme bozukluklarını kişinin cinselliği kontrol etmede yaşadığı yetersizlikle ilişkilendirmektedir. Bu bozukluğun ortaya çıkış sebebi olarak erkeğin içindeki kadından kurtulma çabası, babayla yaşanamamış bir özdeşimin kurulması çabası gibi dinamik temellerin olabileceği belirtilmektedir (Kontbay, 2010).

Psikanalitik kavramlar, yeme bozukluklarının cinsel dürtünün engellenmesi ve olgunlaşmış cinselliğin gereklerini karşılama yetersizliği içindeki ergenin oral evreye gerilemesiyle ortaya çıktığını öne sürmektedirler. Yeme bozukluğu belirtileri umutsuzca girilen bir kimlik geliştirme çabasının parçası olarak da görülebilmektedir. Bayanlarda görülen bazı yeme tutumu bozukluklarının çatışmalı anne-kız ilişkisine bağlı olarak yeterli bir benlik algısı geliştirilememesinden kaynaklandığı ileri sürülmektedir. Bazı psikanalitik kuramcılara göre yemek yeme, elde edilemeyen aşkın, doymak bilmeyen arzunun, öfke ve kinin ifadesi olabilmektedir (Sart,2008).

2.4.3. Bağlanma Kuramı

Bowlby'e göre (1973) bebeğin erken dönemde yaşadığı bağlanma ilişkilerinde bakım veren kişinin çocuğun ihtiyaçlarına uygun yanıt vermesi, destekleyici ve ulaşılabilir olması gibi özellikleri ilişkinin niteliğini belirlemektedir. Yapılan çalışmalarda yeme bozukluğu olan bireylerle kontrol grubu karşılaştırıldığında birinci grubun kaygılı ve güvensiz bağlanma, terk edilme endişesi ve bireyselleşmeyle ilgili güçlükleri daha belirgin olarak yaşadığı ortaya konmuştur. Bruch da yeme bozukluklarının temelini anne-bebek ilişkisine dayandırmıştır. Yeme

bozukluğu olan hastalarla yapılan çalışmalarda, bu kişilerin bebeklikte anne ile güvene dayalı bir ilişki kuramadıkları, çocuklukta ve ergenlikte de sağlıklı bir benlik gelişimi sağlayamadıkları vurgulanmıştır (Sart, 2008).

2.5. Obsesif Kompulsif Bozukluk

Günümüzde yaygın olarak kullanılan psikiyatrik tanı ve sınıflandırma listelerinde obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) anksiyete bozuklukları tanı kategorisinde yer almaktadır (Özsoylar, Sayın ve Candansayar, 2008).

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), yineleyici obsesyonlar ve/veya kompulsiyonların görüldüğü, genellikle süregelen ve kimi zaman da epizodik gidiş gösteren, kişinin günlük işlevlerini etkileyen bir hastalıktır. Obsesif kompulsif bozukluğun başlangıç yaşının 20’li yaşlar olduğu açıklanmıştır. OKB erkeklerde kadınlara göre daha erken yaşlarda başlamaktadır. Başlama yaşı erkeklerde 19 iken kadınlarda 22 yaştır. Hastalığın %65’inde bozukluk 25 yaşından önce, % 15’inde 35 yaşından sonra başlamaktadır. Bozukluğun yerleşmesinden önce işlevselliği belirgin derecede bozmayan ve önemli rahatsızlık yaratmayan obsesif kompulsif semptomların bulunduğu bildirilmektedir. OKB erkeklerde 1,5-2,5 kat daha fazla görülmektedir. Obsesyon kişinin isteği dışında ısrarlı ve zorlayıcı bir şekilde aklına gelen, kişi tarafından saçma ve mantık dışı olarak görülen, anksiyete ortaya çıkartıcı, yineleyici özellikteki düşünce, dürtü ya da düşlemler olarak tanımlanmıştır. Kişi, obsesyonlarını kendi zihninin bir ürünü olarak görür; bunların dışarıdan zihnine sokulmuş olduğunu düşünmez. Kompulsiyonlar ise; kişinin obsesyonlarına yanıt olarak ya da belirli kurallara göre gerçekleştirmek zorunda olduğunu hissettiği, yineleyici törensel davranışlar veya zihinsel eylemlerdir. Obsesyona eşlik eden

anksiyeteyi gidermek, korku yaratan bir durumu etkisizleştirmek ya da önlemek üzere yapılır. Obsesif kompulsif bozuklukta en sık görülen obsesyonlar kirlenme obsesyonlarıdır. Bu hastaların yaklaşık % 50'sini etkiler. İkinci en sık görülen patolojik kuşkulardır ve %40 oranında görülür. Diğer obsesyonların görülme sıklıkları ise somatik %30, simetri %30, agresif %30, cinsel %25 ve dinsel obsesyonlar %10 şeklindedir. Olguların %70'inde iki ya da daha fazla obsesyon tipi bir aradadır. Kompulsiyonlar ise kontrol etme %60, yıkama %50, sayma %35, sorma-anlatma ya da dua etme %35, simetri ve düzen %30, biriktirme %20 sıklıkla görülmektedir (Abanoz, 2008).

Obsesif kompulsif bozukluk bilişsel, duygusal ve davranışsal bileşenleri olan süregen bir bozukluktur. Yapılan çalışmalarda yaşam boyu yaygınlığı %2.5-6.2, 12 aylık yaygınlığı %0.5-5.6 arasında saptanmıştır. Genetik ve aile çalışmaları OKB ile yeme bozuklukları arasında bir ilişki olabileceğini ortaya koymakta ve aralarında ortak bir biyolojik yatkınlık bulunabileceği belirtilmiştir. OKB ve YB'nin aynı düşünce bozukluğu yelpazesinde bulunan farklı bozukluklar olduğu açıklanmıştır. Yeme bozukluğu olan hastalardaki kilo ve yeme ile aşırı uğraşların obsesyonel nitelikte olduğu ileri sürülerek yeme bozukluklarına modern obsesif kompulsif sendrom" adını verme eğilimi de vardır (Çelikel, Bingöl, Yıldırım, Tel ve Erkorkmaz, 2009).

Çocukluk çağı obezitesi, obsesif kompulsif bozukluklar, sürekli diyet uygulama da yeme davranış bozukluklarına neden olan bireysel faktörler arasındadır (Gezer ve Kabaran, 2013). YB olan hastalarda sıklıkla sosyal fobi ve obsesif kompulsif bozukluk da birlikte görülmektedir. YB, OKB spektrum bozukluğu olarak

da önerilmiştir. Obsesif belirtiler ile YB belirtileri arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır (Vardar ve Erzengin, 2011).

Özellikle AN hastalarında obsesif kompulsif bozukluk, BN hastalarında sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğu, TYB hastalarında ise sosyal fobi daha sık görülmektedir (Semiz, Kavakçı, Yağız, Yontar ve Kugu, 2013; Ebert, Loosen, & Nurcombe, 2003).

AN ve BN hastalarının tipik özellikleri, kilo almaktan korkma obsesyonu, zihni besinlere ve vücut hatlarına odaklı bir biçimde ve aşırı derecede meşgul etme, oburca atıştırmak ve kusmaktır. Bu özellikler bir dereceye kadar OKB hastalarının sergilediği uzaklaştırılamayan düşünceler ve tekrarlayıcı/törenselleşmiş nitelikli kalıplaşmış davranışları andırmaktadır (Abanoz, 2008).

Kaye ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan çalışmada yeme bozukluğu olanların yaklaşık olarak 2/3'sinin hayatları boyunca en az bir kaygı bozukluğu yaşadığı ve bu bozukluklar arasında en yaygın olanının OKB olduğu belirtilmiştir. Bir diğer çalışmaya göre yeme bozukluğu örnekleminde OKB yaygınlığı %29.5 olup OKB yaygınlığı daha uzun yeme bozukluğu süreci ile ilişkilidir (Aydın, 2010).

Yeme bozukluklarından AN'lı ve BN'lı olan 13-19 yaşlarındaki 30 kız çocuğunda yapılan bir çalışmada, bireylerin 1/3'ünün AN'lı ve DSM-IV'e uyum sağlayan OKB gösterdiği, 1/10'unun da OKB ve depresif bozukluklar sergilediği, yeme bozuklukları ve OKB'nin hastalık ilişkisinin veya OKB ve depresif bozukluğun ise giderek kötüleştiği gözlenmiştir (Arusoğlu, 2006).

2.5.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri

DSM-IV-TR (2001: 198-200) OKB tanı kriterleri şu şekildedir:

A. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:

Obsesyonlar aşağıdakiler (1), (2), (3), (4) ile tanımlanır:

- (1) Bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler
- (2) Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir
- (3) Kişi, bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır
- (4) Kişi, obsesyonel düşüncelerini, dürtülerini ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür (düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir).

Kompulsiyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır:

- (1) Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn. El yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örn. Dua etme, sayı sayma, bir takım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma)
- (2) Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması

tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir

B. Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder. Not: Bu çocuklar için geçerli değildir.

C. Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde bir saatten daha uzun zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.

D. Başka bir Eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örn. Bir Yeme Bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; Trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma; Vücut Dismorfik Bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir Madde Kullanım Bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; Hipokondriasisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma, bir Parafilinin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma ya da Majör Depresif Bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geniş getirircesine düşünme).

E. Bu bozukluk bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Varsa Belirtiniz:

İçgörüsü Az Olan: O sırada epizoda çoğu zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonların aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmiyorsa.

Yukarıdaki bilgilerden anlaşıldığı gibi yeme bozuklukları ile obsesif kompulsif bozukluk arasında yüksek oranda ilişki olduğu görülmektedir. Bu nedenle son zamanlarda ortaya çıkan ve yeme bozuklukları arasında yer alan ortoreksiya nevroza ile obsesif kompulsif bozukluk arasındaki ilişki incelenmiştir.

2.6. Beden Algısı

Toplumlarda bireyler için insan bedeni yalnızca “fiziksel” bir organizma olarak anlam taşımaktadır. Beden algısı kavramı içinde, bireylerin kendi bedenleri ile ilgili deneyimleri, tutumları ve duyguları gibi pek çok kavram yer almaktadır. Bunların yanı sıra, bireylerin kendi bedenlerinde ve diğer kişilerin bedenlerinde olan değişiklikleri fark etmelerinde ve bu değişimleri yorumlamalarında kültürün de etkisi olduğu bilinmektedir. Bu sayede kişiler “sağlıklı olmayı hasta olmaktan”; “engelli olmayı engelli olmamaktan”, “herhangi bir hastalık bulgusunu algılamayı ya da ifade etmeyi”, “bedenin hangi bölümlerinin açıkta kalacağını toplumda bir rahatsızlık oluşturmayacağı” gibi durumları ayırt edebilmektedirler. Beden algısı kavramı içerisinde dört ayrı yaklaşımın incelenmesi önerilmektedir:

1. Bedenin biçimsel özellikleri ile ilgili inanışlar (giyim, vb),
2. Bedenin sınırları ile ilgili inanışlar,
3. Bedenin içsel dinamikleri ile ilgili inanışlar,
4. Bedenin işlevleri ile ilgili inanışlar (Aslan, 2004).

En yalın anlamıyla beden algısı, zihnimizde şekillendirdiğimiz kendi bedenimizin bize nasıl görüldüğüdür. Beden organlarının zihinsel tasarımlarının tümü olan beden algısı, “ben” fikrini oluşturur ve egonun sonraki biçimlenmesinde temel bir önemi vardır. Bireyin kendi bedenini algılaması objektiften çok subjektiftir. Bir kişinin algısı diğerlerinin bakışlarıyla uyum göstermeyebilir, aslında çok sık olarak, başkalarının yargılarından daha olumsuzdur. Terapistler hastalara, beden algısıyla ima edilenin kişinin gerçek (objektif) fiziksel görünüşü olmasından çok, bedeni hakkında kendisinin görüşü veya “zihinsel resmi” olduğunu açıklamalıdır (Tezcan, 2009).

Toplumlarda sosyal, ekonomik, kültürel ve geleneksel yapıların değişmesi bireylerin bedensel algılamalarını değiştirebilmektedir. Güzellik kavramının vücut ağırlığı ve biçimi ile oluştuğu Batılı toplumlarda güzellik “zayıf” bir beden olarak algılanmakta ve buna bağlı olarak da yeme bozuklukları giderek artmaktadır (Aslan, 2004).

Beden algısı sorunları genellikle yeme bozuklukları ile birlikte görülen sorunlardır. Lyddon ve Slaton’a (2002) göre beden algısı sorunu yaşanmasının nedenleri üç grupta toplanmaktadır. Bunlar;

1. Sosyo Kültürel Etmenler: Kültürel olarak sunulan modeller, medyada sunulan, bilgisayar destekli kusursuz fotoğraflar özellikle ergenlik dönemindeki bireyleri çok etkilemektedir.

2. Aile ve Akran Baskısı: İletişim sorunu yaşayan, katı, duygusal ifade etmede sorun yaşayan, az destekleyici ailelerde yeme bozukluklarına daha fazla rastlanmaktadır. Ergenler, akranlarının etkisinde kalmaları ve akranlarının nedeniyle yeme bozukluğu yaşayabilmektedir. Sözel olumsuz eleştiriler ve alay edilme beden algısında önemli role sahiptir.
3. Gelişimsel ve Kişinin Kendisiyle İlgili Etmenler: Geç ergenliğe giren kızlar (14 yaşından sonra), zamanında ergenliğe giren (11-14 yaş arası) kızlara göre daha olumlu beden algısına sahiptir. Sosyal karşılaştırmalar ve bazı akılcı olmayan düşünce yapısı da olumsuz beden algısını körükleyici niteliktedir (Korkut, 2011).

Olumsuz beden imajı ya da beden imajı bozukluğu, hem klinik yeme bozukluklarının temelinde hem de bozuk yeme davranışının gelişmesinde bir risk faktörüdür. Anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza için bir tanı ölçütüdür. Aynı zamanda yeme bozukluğu olmayan kişilerde farklı derecelerde yaşanabilir. Bedenden yüksek oranda hoşnutsuzlukla belirlenen olumsuz beden imajı yaygın gözlenen bir olgudur. Tüm yaşam boyunca kendilik değeri ve ruhsal sağlığın önemli bölümünü oluşturur. Özellikle ergenlikte diğer gelişim dönemlerine oranla beden imajına daha fazla önem verildiği ve beden imajının ergenlik süresince değiştiği düşünülmektedir. Bu dönemde bedene yönelik ilgiler artar ve önem kazanır. Araştırmacılar beden imajının iki başlığa ayrılabilceği konusunda hemfikirler. Birincisi algısal, ikincisi ise nesnel ya da tutumsal beden imajıdır (Kutlu, 2009).

Yapılan çalışmalarda olumsuz beden algısının düşük kendilik saygısı ile ilişkili olduğu, olumsuz beden algısı ve bedenden memnuniyetsizliğin depresyon,

anksiyete ve bozulmuş yeme gibi birçok farklı alandan psikopatoloji için risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Oğlağı, 2012).

Yaygın olarak anoreksiya hastalarında tespit edilen vücut algısındaki bozulmanın çok boyutlu, karmaşık bir yapıda olduğu açıklanmıştır. Yemek yeme ya da yememe kiloda ve vücut şeklinde değişiklikler yaratabilir. Bu gibi değişiklikler üzerine olan endişe, kilo endişesini oluşturur. Kilo endişesinin bir formu da vücut algısındaki hoşnutsuzluğu oluşturur. Hem anoreksiya nervozada hem de bulimiya nervozada görülebilen vücut algısındaki bozulma, hastaların kendilerini nasıl gördüklerinin ve nasıl hissettiklerinin birleşimi olarak bulunmuştur. Anoreksiya nervoza hastalarının kontrol grubu ile karşılaştırıldığında sadece yüksek beden tatminsizliği gösterdikleri anlaşılmamış bununla beraber bedenlerinin uygun olmayan zihinsel imgelerine sahip oldukları da anlaşılmıştır (Oruçlular, 2013).

2.7. Yeme Bozukluklarının Önlenmesinde Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Hizmetleri

Rehberlik ve psikolojik danışmanlık hizmetlerinin dört temel yaklaşımı bulunmaktadır. Bu yaklaşımlar krize müdahale edici, çare bulucu, gelişimsel ve önleyici yaklaşımdır. Bu dört yaklaşım birbirleriyle ilgili olsa da belirli farklılıkları da bulunmaktadır. Bazı araştırmalarda gelişimsel ve önleyici yaklaşımlar bir arada ele alınmaktadır (Korkut, 2011; Yüksel, 2008; Gizir, 2010; Arıcıoğlu ve Tagay, 2008). Atkinson'a (2002) göre; önleme ve normal gelişimle ilgilenme psikolojik danışma mesleğinin temel konusunu oluşturmaktadır. Blocher (2000), psikolojik danışmanın artık çare bulucu ve tedavi edici olmaktan çok önleyici olduğunu savunmaktadır. Psikolojik danışmada önleyici işlevin önemi rehberlik ve psikolojik

danışma ile ilgili resmi kurumlar tarafından da anlaşılmıştır. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği tarafından 1995 yılında yayınlanan Etik Standartlar kitabında, psikolojik danışmanın rolleri, çare bulucu, önleyici ve geliştirici olarak vurgulanmıştır (Korkut, 2011).

Stone ve Archer (1990) tarafından yapılan çalışmada, üniversite Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Merkezlerine yönelik son dönemdeki gelişmelere ve yaşanan güçlüklerle ilişkin önemli bir veri sunulmuştur. Bu çalışma ile üniversite Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Merkezlerinin 6 temel işlevi olarak değerlendirdikleri psikolojik danışma, önleyici / gelişimsel programlar oluşturma ve müşavirlik, eğitim, personel gelişimi, araştırma ve yönetim alanlarında yaşanan 17 temel zorluk belirleyerek, bu zorlukların çözümüne yönelik geliştirdikleri 43 önerinin yer aldığı bir stratejik plan oluşturmuşlardır. Literatür incelendiğinde, üniversite Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Merkezlerine yönelik olarak aşağıda belirtilen gelişmeler dikkat çekmektedir:

- a. Yükseköğretimde var olan sınırlı kaynaklar anlamında üniversiteler arasındaki rekabet artmaktadır,
- b. Kaynakların azalması ve uzman personel sıkıntısı, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Merkezleri için önemli bir sınırlılıktır ve bu sınırlılık yakın gelecekte de devam edecektir,
- c. Ciddi psikolojik sorunlar yaşayan gençlerin sayısında bir artış gözlenmektedir,
- d. Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Merkezlerine başvuruda bulunan üniversite öğrencilerinin problemlerinin ciddiyeti kadar, problemlerinin çeşitliliği de artmaktadır,

- e. Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık hizmetlerinde çok kültürlü psikolojik danışma yetkinliklerinin geliştirilmesi öngörülmektedir,
- f. Post modern yaklaşımlar, psikolojik danışma eğitiminde, uygulamalarında ve süpervizyonunda geniş oranda kullanılmaya başlamıştır,
- g. Alkol kötüye kullanımı, cinsel istismar ve öz kırım gibi konular başta olmak üzere krize müdahale ve kriz danışmanlığı etkinlik ve programlarına duyulan ihtiyaç artmaktadır,
- h. Kriz danışmanlığı konusunda hem kuramsal hem uygulama anlamında önemli gelişmeler kaydedilmekte ve Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık merkezleri bu gelişmelerden yararlanmaktadır,
- i. Bireysel psikolojik danışma hizmetlerine yönelik üniversite öğrencilerinin yoğun taleplerine rağmen, öğrencilerin kişisel ve eğitimsel gelişimlerine yönelik grupla psikolojik danışma etkinliklerine, önleyici/gelişimsel programlara ve müşavirlik çalışmalarına duyulan ihtiyaç giderek artmaktadır,
- j. Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Merkezleri odaklarını kısa süreli psikolojik danışma yaklaşımlarına çevirmişlerdir,
- k. Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Merkezlerinde görev alan uzmanların mesleki gelişimlerinin desteklenmesi ve merkezlerdeki stajyer çeşitliliğinin geliştirilmesi gerekmektedir,
- l. Gelişen teknolojinin PDR merkezleri tarafından kullanılmasına yönelik girişimler artmaktadır,
- m. Meslek etiği konusundaki temel ilgi ve ihtiyaçlar artmaktadır,
- n. Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Merkezlerinin rol ve işlevleriyle, uyguladıkları programların etkililiklerine yönelik araştırmaların artırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Yukarıda sözü edilen gelişmeler ile birlikte, üniversite Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Merkezlerinin rol ve işlevlerinde de önemli değişiklikler meydana gelmektedir. Boyd ve arkadaşları (2003), üniversite Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Merkezlerinin 3 temel role sahip olduklarını belirtmektedirler.

1. Akademik, mesleki ve gelişimsel zorluklar ya da psikolojik problemler yaşayan üniversite öğrencilerine yönelik psikolojik danışma ya da psikoterapi hizmetlerinin sağlanması,

2. Eğitimsel, mesleki ve yaşam amaçlarına etkin bir biçimde ulaşmalarını sağlamak üzere temel yaşam becerilerinin tanımlanması ve öğretilmesi konusunda üniversite öğrencilerine destek sunacak önleyici çalışmaların yapılması,

3. Öğrencilerin sağlıklı bir biçimde büyüme ve gelişmelerini destekleyecek müşavirlik ve önleyici / gelişimsel programların çeşitlendirilerek geliştirilmesidir (Gizir, 2010).

Gelso ve Fretz'e (1992) göre “psikolojik danışmanın konuları; ciddi bozuklukları olmayan kişilere odaklaşmak, bozukluğun derecesi ne olursa olsun olumlu ruh sağlığını ve kişilerin güçlü yanlarını vurgulamak, görece kısa müdahaleleri yeğlemek, sadece kişi ya da sadece çevre yerine kişi ve çevre etkileşimine dikkat etmek ile eğitsel ve mesleki çevrelere ve bireylerin mesleki ve eğitsel gelişimlerine odaklaşmaktır”. Bu açıklamalar, psikolojik danışmanların ruh sağlığını artırma ve sorunları önleme ile ilgili işlevlerini vurgulamaktadır (Arıcıoğlu

ve Tagay, 2008; Korkut, 2011). Amerikan Sağlık ve İnsan Servisi'nin (1999) yaptığı çalışma sonucunda yaklaşık olarak genç insanların %20'sinin bir yıl içerisinde ruhsal problemlerle karşılaştığı bulunmuştur. Dryfoos'a (1997) göre 14-17 yaş arasındaki gençlerin %30'u davranış bozuklukları için yüksek risk grubunda bulunmaktadır. Türkiye'de bu konuda yapılan araştırmalar dikkate alındığında son yıllarda özellikle gençler arasındaki ruhsal problemlerde bir artış olduğu gözlenmektedir. Sayıl ve Devrimci'nin (2000) yaptığı çalışmada; Türkiye'de 15 yaşın üzerinde intihara giren her 100.000 kişiden 31,9'unun erkek, 85,6'sının kadın; intiharı gerçekleştiren her 100.000 kişiden 9,9'unun erkek, 5,6'sının kadın olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Alpargun'e (1995) göre yeme bozuklukları ile ilgili üniversite öğrencileri ile yapılan bir araştırmada yeme bozukluğu sıklığı kızlarda %6 ve erkeklerde %2 olarak bulunmuştur. Yukarıda belirtilen gençlik sorunlarına bakıldığında, her birinde bir artış eğilimi görülmektedir. Öğrencilerde görülen duygusal ve davranışsal problemlerdeki artış dikkate alındığında, okul temelli ruh sağlığı programlarına duyulan ihtiyacın arttığı görülmektedir (Arıcıoğlu ve Tagay, 2008).

DSM-IV-TR'ye göre çocuklarda ve ergenlerde görülebilecek ruhsal sorunlar aşağıda belirtilmiştir;

1. Zihinsel Gerilik
2. Öğrenme Bozuklukları
3. Yaygın Gelişimsel Bozukluklar
4. Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları
5. Beslenme ve Yeme Bozuklukları
6. Tik Bozuklukları
7. Dışa Atım Bozuklukları (Enkoprezis ve Enürezis)

8. Anksiyete Bozuklukları

9. Duygu-Durum Bozuklukları

10. Madde İlişkili Bozukluklar (Köroğlu; 2001).

Kaffenberger ve Seligman (2003) göre, “Okul psikolojik danışmaları genellikle ruh sağlığı problemleri karşısında ailelerle ve öğretmenlerle iletişim kuran ilk kişilerdir”. Psikolojik danışmanlar öğrencilerin duygusal, sosyal, bilişsel, zihinsel değişimleri ve özellikleri konusunda bilgi sahibi olmalıdır. Okul psikolojik danışmanları özel duygusal zorluk yaşayan öğrencileri belirleyebilmek, okul temelli önerilerde bulunmak ve yönlendirmek gibi önemli bir role sahiptirler (Arıcıoğlu ve Tagay, 2008).

Yeme bozuklukları uygun tedaviler ile iyileştirilebilse de eğitim aracılığı ile önlenebilecek bir sorundur. Üniversite çağındaki gençler için önemli bir sağlık sorunu haline gelen yeme bozukluklarının önlenmesi ile ilgili İlhan, Aksalan, Aslan, Durukan ve Maral (2006) üniversite öğrencilerine bu tür çalışmaların yapılmasında yarar olduğunu vurgulamıştır. Bu öneri kapsamında, bazı üniversite öğrencilerinin sağlıklı beslenmeyi bilmemeleri olasılığı nedeniyle üniversitelerin öğrenci sağlık merkezleri aracılığı ile bu tür eğitimlerin verilmesinin gerekliliği belirtilmiştir. Önleme çalışmalarının sadece gençler ve çocuklar ile değil anne – babalar, kitle iletişim araçları, tüm okul personeli ve toplumun diğer güçleri ile işbirliği içerisinde olması gerekmektedir. Araştırmacılar tarafından geliştirilen yeme bozukluklarını önleme programlarında okul ve aile temelli önleme çalışmaları önerilmektedir. Önleme çalışmalarında sosyal bağlamı göz ardı etmemek, öğrenciler ile birlikte anne-babaları, öğretmenleri ve diğer yetişkinleri de programa dahil etmek

gerekmektedir. Mussell, Binford ve Fulkerton'a (2000) göre yeme bozuklukları ile ilgili önleme programlarında sağlık eğitimcilerinden ve beslenme uzmanlarından da yardım alınması önemlidir. Bazı araştırmacılara göre ise önleme çalışmalarında akranlardan ve medyadan da yararlanmak gerekmektedir. (Korkut, 2011).

Durlak (1998) tarafından yapılan çalışmada önleme ile ilgili programlar, gelecekteki kaygı ve duygu durum değişikliklerinde %56, %70 arasında, akran zorbalığı, okuldan ayrılma, çocuk ihmal ya da istismarı, kişilerarası şiddet, depresif belirtiler ve diğer içselleştirilen problemlerde %50'den fazla azalma sağlandığı bulunmuştur (Arıcıoğlu ve Tagay, 2008).

Yeme bozukluklarını önleme tek akılcı, insancıl ve pragmatik yoldur. Okullar ise önleme çalışmalarında sonuç alınabilecek en önemli yerlerdir. Smolak ve arkadaşları (2001) 40 okul temelli yeme bozukluklarını önleme programı olduğunu ifade etmektedir. Ergenlik öncesi kızlarda sağlıklı beslenmeyi destekleyici önleme çalışmaları yapmanın önemi vurgulanmaktadır. Pleps, Sapia, Nathanson ve Nelson (2000) tarafından hazırlanan önleme programında 11-15 yaş arasında ortaokul, 13-16 yaş arasında lise ve 18-25 yaş arasında üniversite kız öğrencileri ile çalışılmıştır. Her bir grupta 6'şar oturumluk görüşmeler yapılmıştır. Önleme programı psikolojik sağlamlılığı arttırmaya yönelik etiyolojik model ele alınarak hazırlanmış ve uygulama sonucunda programın olumlu etkilerinin olduğu bulunmuştur (Korkut, 2011).

Yukarıdaki bilgilerden anlaşıldığı gibi yeme bozuklukları da diğer bozukluklar gibi önlenebilmektedir. Bu nedenle okul psikolojik danışmanlarının özellikle eğitim çağındaki bireyler için aile, öğretmen, okul personeli ve beslenme

uzmanları ile işbirliği içerisinde, öğrencilerin gelişim ve beslenme sorununa yönelik önleme programları hazırlamalarının gerekli olduğu görülmektedir.

2.8. İlgili Araştırmalar

2.8.1. Ortoreksiya Nervoza İle İlgili Araştırmalar

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

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

Aksoydan ve Camcı (2009) tarafından, Devlet Opera ve Balesi ile Bilkent Üniversitesi Senfoni Orkestrası sanatçıları arasındaki ortoreksiya nervoza prevalansının saptanması amacıyla yapılan çalışmada, ortoreksiya nervoza yaygınlığının en yüksek opera şarkıcıları arasında %81,8 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bale dansçıları arasında %32,1 ve senfoni orkestrası müzisyenleri arasında %36,4 olduğu bulunmuştur. Üç grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Orto-15 puanları cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, iş deneyimi, vücut kitle indeksi, sigara ve alkol tüketimi gibi değişkenler açısından farklılık göstermemiştir.

Fidan ve diğerleri (2010), Türkiye'deki tıp öğrencileri arasında ortoreksiya nervozanın yaygınlığını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, tıp öğrencileri arasında ortoreksiya nervozanın yaygınlığının yüksek olduğu (%43.6), yaygınlığın erkek öğrencilerde kız öğrencilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. 818 tıp fakültesi öğrencisi üzerinde yapılan çalışmaya göre öğrencilerin %1,9'u ORTO-11 testinden düşük puan almışlardır. Bu sonuca göre ORTO-11 testinden düşük puan alan öğrencilerin, daha yüksek ortorektik eğilimler gösterebilecekleri ifade edilebilir.

Gezer ve Kabaran (2013), beslenme ve diyetetik bölümü kız öğrencileri arasında görülen ortoreksiya nervosa riskini araştırdıkları çalışmada, katılımcıların ORTO-11 puan ortalamasını $30,7 \pm 4,45$ olarak belirlemiştir. Çalışma sonucunda yeme davranış bozukluğu riski arttıkça ortoreksiya nervoza ile obsesif kompulsif davranış riskinin istatistiksel yönden anlamlı olarak azaldığı bulunmuştur ($p < 0.05$). Ayrıca ortoreksiya nervosa riskindeki artışın, obsesif kompulsif davranış riskindeki

artış ve yeme davranış bozukluğu riskindeki azalış ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır($p<0.01$).

Yeme tutumu, ortorektik belirtiler ve ana babaya bağlanma arasındaki ilişkileri inceleyen Aydın (2010), kadınlarda babadan algılanan, erkeklerde ise anneden algılanan koruma arttıkça yeme tutumunda bozulmanın arttığı sonucuna varmıştır. Tüm örneklemede yeme tutumundaki bozulma arttıkça ortorektik belirtilerin de arttığı bulunmuştur. Erkeklerdeki ortorektik belirtilerin her iki ebeveynden algılanan korumanın artması ile yükseldiği sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan regresyon analizlerine göre ana babaya bağlanma boyutlarının yeme tutumunu ve ortorektik belirtileri yordamadığı bulunmuştur.

Kazkondur (2010), üniversite öğrencilerindeki ortoreksiya nervoza belirtilerini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada, erkek öğrencilerin kızlara göre daha fazla ortorektik eğilimler gösterdiği sonucuna ulaşmıştır. Yüksek yeme bozukluğu riskinde yer alan öğrencilerin diğer risk gruplarına göre daha fazla ortorektik eğilimler gösterdiğini bulmuştur. Yaş ilerledikçe ortorektik eğilim gösterme durumunun arttığı görülmüştür. Ayrıca üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğu riski arttıkça ortoreksiya nervoza belirtileri; obsesif kompulsif bozukluk belirtileri arttıkça ortoreksiya nervoza belirtilerinin de artış gösterdiği saptanmıştır.

2.8.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk İle İlgili Araştırmalar

Sayar, Uğurad ve Acar (1999), OKB fenomenolojisinin bilgi birikimine katkı sağlamak amacıyla yaptıkları çalışmada; kir-pislik bulaşması, günlük etkinlik ve cinsel temalı obsesyonların yaygınlık açısından ilk üç sırada yer aldığını, yıkama,

güvenlik ve günlük etkinlikler temalı kompulsiyonların da sırasıyla en yaygın görülen kompulsiyonlar olduğunu bulmuşlardır.

Abay, Pulular, Memiş, Süt (2010), Edirne ili merkezindeki lise öğrencileri arasında obsesif-kompulsif bozukluk yaygınlığını araştırmak, OKB'nin sosyo-demografik özelliklerini ve belirtilerinin sıklığını saptamak amacıyla yaptıkları çalışmada; OKB'nin nokta yaygınlığını %1.4 olarak bulmuşlardır. Vakaların sosyo-demografik özellikleri yönünden yapılan karşılaştırmada, vaka grubuyla, toplam 2856 öğrenciden MOKSL'den 25 ve üstü puan alan 117 kişi dışında kalan öğrencilerin eşit aralıklara bölünmesiyle elde edilen kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. En sık, bulaşma obsesyonu (%40) ve kontrol kompulsyonu (%22.5) saptanmış, majör depresyon eş tanısı %47.5, yaygın anksiyete bozukluğu eş tanısı %5 oranında bulunmuştur.

Çelikel, Bingöl, Yıldırım, Tel ve Erkorkmaz (2009), Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı almış hastaların yeme tutumlarını incelemek ve "obsesif-kompulsif spektrum" içerisinde yer alan yeme bozukluklarının belirtileri açısından karşılaştırma yapmak amacıyla yaptıkları çalışmada, OKB hastalarında BKİ ($t=5.340$) ve YTT puanları ($t=4.552$) kontrol grubuna oranla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. OKB hastalarının %34.5'inin YTT'den 30'un üzerinde puan alarak bozulmuş yeme davranışı gösterdiği, sağlıklı bireylerde ise bu oranın %3.6 olduğu gözlenmiştir. OKB hasta grubunda depresyon, anksiyete düzeyleri ve obsesif kompulsif belirtiler kontrol grubuna oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. OKB grubunda MOKSL toplam puanı ile BDÖ ($r=0.334$, $p<0.05$) ve BAÖ ($r=0.501$, $p<0.01$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki belirlenmiştir.

OKB'li hastalarda bozulmuş yeme davranışı ve obsesif kompulsif belirtilerin bozulmuş yeme semptomlarını yordayıcı özelliklerini araştıran Abanoz (2008), hastaların %59'unda en az bir eş tanı olduğunu belirlemiştir. En sık eşlik eden tanıların; anksiyete ve duygu durum bozuklukları olduğu bulunmuştur. YTT için cinsiyet ve dürtü obsesyonları, BİTE için ise BKİ, STAI-sürekli kaygı puanı ve ruminasyon obsesyonlarının yordayıcı olduğu saptanmıştır.

Selvi, Beşiroğlu, Akbaba, Aydın, Özbebit, Atli ve Özdemir (2010), Van ili lise son sınıf öğrencilerinde OKB'nin bir yıllık yaygınlığını araştırmak amacıyla yaptıkları çalışmada, örneklemin %5.9'u (n=31; erkek=%7.1 ve kadın=%5.3) OKB olarak değerlendirilmiştir. Ailesinde ruhsal hastalık tanımlayanlarda (%1.7) ve sigara içenlerde (%12) OKB yaygınlığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. OKB tanısı konan 5 hastada (%16.1) obsesyon olmaksızın kompulsiyon bulunurken, 2 hastada (%6.5) yalnızca obsesyonların varlığı OKB tanısı için yeterli olmuştur. Diğerlerinde (n=24, %77.4) obsesyon ve kompulsiyonlar birlikte tespit edilmiştir.

Grupla psikolojik danışma uygulamasının üniversite öğrencilerinin obsesif kompulsif belirti düzeyleri üzerine etkisini araştıran Çelik, Kumcağz ve Yılmaz (2012), bilişsel davranışçı yaklaşıma dayalı olarak yapılandırılan grupla psikolojik danışmanın öğrencilerin obsesif kompulsif belirti düzeylerini azalttığını bulmuşlardır. Grupla psikolojik danışma oturumlarına katılan öğrencilerin, danışma oturumlarına katılmayan öğrencilere oranla daha düşük obsesif kompulsif belirti düzeyine sahip oldukları saptanmıştır.

Akpınar (2007), ergenlik dönemi OKB sıklığını saptamak amacıyla yaptığı çalışmada, mevcut OKB % 3.9, yaşam boyu OKB % 4.2, subklinik OKB % 3, geçmiş dönemde OKB % 0.3 olarak belirlenmiştir. OKB başlangıç yaşı ortalama 12.9 olarak saptanmıştır. Erkeklerde kızlara göre daha erken başlangıç yaşı (12,2'ye karşın 13,2) saptanmasına karşın anlamlı farklılık saptanmamıştır. Okullar arasında OKB rastlanma sıklığı açısından farklılık saptanmamıştır. Kız ve erkeklerde benzer oranda OKB bulunmuştur. OKB saptanan öğrencilerde ilk çocuk olmama ve üçüncü çocuk olmanın, ilk çocuk olmaya göre anlamlı olarak fazla olduğu belirlenmiştir. OKB saptanan öğrencilerde ebeveynlerin ayrı/boşanmış olması, OKB belirlenmeyenlere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. OKB saptanan öğrencilerde ailede tek çocuk olmak (kardeş olmaması) ile tek çocuk olmamak arasında, ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü, geçmişte psikiyatrik başvuru öyküsü, tıbbi hastalık ve fiziksel bozukluk varlığı açısından anlamlı fark saptanmamıştır. OKB saptanan öğrencilerde en sık obsesyonlar kirlenme ve saldırganlık; kompülsiyonlar kontrol etme, sayma ve temizleme olarak saptanmıştır.

2.8.3. Beden Algısı İle İlgili Araştırmalar

Kız ergenlerde beden imajı ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi inceleyen Oktan ve Şahin (2010), kız ergenlerin beden imajı ile benlik saygıları arasında yüksek düzeyde, negatif ve anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır. Kız ergenlerin beden imajından memnuniyetleri arttıkça benlik saygılarının da arttığı görülmüştür. Beden imajı yüksek olan kız ergenlerin benlik saygılarının da yüksek olduğu, beden imajı düşük olan kız ergenlerin benlik saygılarının da düşük olduğu görülmüştür.

Uskun ve Şabaplı (2013), lise öğrencilerinin beden algıları ile yeme tutumları arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, öğrencilerin ‘Yeme Tutum Puanı’ ile ‘Beden Algısı Puanı’ arasında pozitif bir korelasyon olduğu belirlenmiştir. Kızların ‘Beden Algısı Puanı’ ve ‘Yeme Tutum Puanının’ erkeklerden düşük olduğu bulunmuştur ($p<0.001$).

Öksüz (2012), üniversite öğrencilerinin özerklik düzeyleri ile vücut algıları arasındaki ilişkiyi incelediği araştırmada, değişkenlerin aralarındaki ilişkiyi, 878 olarak bulmuştur. Bu sonuç ilişkinin önemli düzeyde olduğunu göstermektedir ($p<,001$). Ayrıca beden algısı yükseldikçe özerklik düzeyinin de yükseldiği bulunmuştur. Vücut algısı yüksek olan öğrencilerin vücut algısı orta ve düşük olanlara göre özerklik düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Vücut algısı orta düzeyde olanların ise özerklik düzeyleri düşük olanlarıkinden yüksek olduğu görülmüştür.

Oktan (2012), üniversite 1. sınıf öğrencilerinin beden imajı ve reddedilme duyarlılıklarının öznel iyi oluşlarını yordayıp yordamadığını incelediği çalışmada, üniversite öğrencilerinin beden imajı ve reddedilme duyarlılıklarının öznel iyi oluşlarının yordayıcısı olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca özellikle beden imajının öznel iyi oluşu yordayıcılığının daha fazla olduğu bulunmuştur.

Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksek Okulu öğrencilerinde beden, benlik algısı ve ruh sağlığının çeşitli değişkenlerle ilişkisini belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmada Uğurlu ve Akın (2008), öğrencilerin beden-benlik algısı ve ruh sağlığı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğunu belirlemiştir. Ayrıca,

öğrencilerin cinsiyetleri, bölümleri, sınıfları ile beden, benlik algısı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Ruhsal belirti gösterme durumu ile öğrencilerin yaş grupları, sınıfları, okullarından memnun olma durumları, baba eğitim durumu, ailenin ekonomik düzeyi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilirken, cinsiyet, bölüm, anne eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır.

Baştuğ ve Kuru (2009), bireysel ve takım sporları ile uğraşan elit bayan sporcular ile spor yapmayan bayanların bedenlerini algılama düzeyleri ve cinsiyet rollerini belirlemek, spor yapma durumlarının spor branşlarının beden algısı-cinsiyet rolü üzerindeki etkisini araştırmak ve aralarındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yaptıkları çalışmada, bayanların bedenlerini algılama ve cinsiyet rolleri arasında anlamlı bir ilişki tespit etmiştir.

Kurtaraner (2012), obezitesi olan ve olmayan 14-17 yaş aralığında bulunan ergenlerin, ruhsal süreçleri, beden algıları, aile özellikleri ve beslenme alışkanlıklarını incelediği çalışmada, cinsiyete göre beden algısı, beslenme alışkanlıkları ve anksiyete mood (sürekli) düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olduğunu bulmuştur. Beden kitle indeksine göre beslenme alışkanlıkları düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur. Beden kitle indeksi ile beden algısı düzeyleri arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuş, ancak depresyon, anksiyete, beslenme alışkanlıkları düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Yukarıdaki bilgilerden anlaşıldığı gibi ayrı bir tanı kategorisi olarak resmen kabul edilmemiş olan fakat ciddi sonuçları olan ortoreksiya nervozanın diğer yeme

bozuklukları ile benzerlik ve ayrılıklarının olduğu görülmektedir. Ortoreksiya nervozanın, AN gibi kötü beslenme alışkanlığına veya kilo kaybına yol açabileceği gibi AN ve BN'dan farklı olarak ortorektikler, sağlıklı bir bedene sahip olmak için sağlıklı ve saf besinler tüketme konusu ile aşırı uğraş içerisindeyler. Obsesif kompulsif bozukluğu olan kişiler gibi ortorektikler de vakitlerinin çoğunu katı kurallar ile ilgili aşırı uğraş ile geçirmektedirler. Zaman içerisinde sosyal işlevleri de bu nedenle zarar görmektedir. Fakat ortorektiklerin obsesyon davranışı tüketilen yiyeceğin niteliği ile ilgilidir. Ortoreksiya nevroza eğilimi yüksek olan kişiler için yiyeceklerin saf, katkısız ve işlenmemiş olması oldukça önemlidir. Bu nedenle, çoğu meyve ve sebze yiyecek tüketmeye gayret etmektedirler.

Yapılan literatür taraması sonucunda yeme bozukluğu ile ilgili bir çok araştırmaya rastlanırken, yeni bir yeme bozukluğu kavramı olarak ortaya çıkan ortoreksiya nervoza ile ilgili çok fazla araştırmaya ulaşılamamıştır. ON'nın tanı kriterlerinin netlik kazanması ve farklı değişkenlerle ilişkilerinin kavramsallaştırılması nedeniyle konu ile ilgili daha çok araştırmanın yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

BÖLÜM III

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, evren ve örnekleme, araştırmada kullanılan veri toplama araçları ve elde edilen verilerin çözümlenmesi ve yorumlanması hakkında bilgi verilmiştir.

Bu araştırma nicel bir çalışmadır. Nicel araştırma yöntemi gözlem ve ölçmeye dayanan, tekrarlanabilen, objektif araştırma yaklaşımıdır. Nicel araştırma yöntemine ampirik (görgül) yöntem ya da sayısal yöntemde denilmektedir. Önceden hazırlanmış bir soru formuna bağlı kalınarak, sayısal yorum ve genelleme yapılabilen araştırma türüdür (Tanrıöğen, 2011).

3.1. Araştırma Modeli

Bu çalışma üniversite öğrencilerinin ortoreksiya nervosa düzeyleri ile obsesif belirtiler ve beden algısı arasındaki ilişkiyi incelemeye dönük tarama modelle gerçekleştirilen betimsel bir çalışmadır. Tarama (Survey) modeli, geniş gruplar üzerinde yürütülen, bireylerin bir olgu veya olayla ilgili görüşlerini, tutumlarını almaya yarayan, olgu ve olayların betimlenmeye çalışıldığı araştırmalardır (Tanrıöğen, 2011, s.59).

3.2. Çalışma Grubu

Araştırmanın çalışma grubunu 2014 – 2015 Bahar Döneminde Yakın Doğu Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi'nde öğrenim gören Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü, Okul Öncesi Öğretmenliği Bölümü, Bilgisayar ve Öğretim Teknolojileri Öğretmenliği Bölümü, Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu Bölümü,

Zihinsel Engelliler Öğretmenliği Bölümü ve Türkçe Öğretmenliği Bölümü öğrencilerinden toplam 551 katılımcı oluşturmaktadır. Araştırmanın çalışma grubu amaçlı örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Katılımcıların Yakın Doğu Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi'nden seçilmesinin nedeni, fakültede farklı bölümlerin ve farklı uyruktaki öğrencilerin olmasıdır. Ayrıca Üniversite'nin Başkent'te yer alması ve tüm kaynaklara ulaşılabilir olması nedeniyle tercih edilmiştir.

3.3. Katılımcıların Demografik Bilgi Formuna Göre Dağılımları

Araştırmaya katılan öğrencilerin demografik özelliklerine ilişkin bilgiler aşağıdaki tablolarda sunulmaktadır;

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş gruplarına göre dağılımları tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1: Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre Dağılımları

Yaş	N	%	Geçerli %
18-20	138	25,0	25,0
21-25	359	65,2	90,2
26-30	47	8,5	98,7
31-35	7	1,3	100,0
Toplam	551	100,0	

Tablo 1'de görüldüğü gibi katılımcıların yaş aralığı 18 ile 35 arasında değişmektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin %25'i (138) 18 – 20, %65,2'si (359) 21– 25, %8,5'i (47) 26– 30, %1,3'ü (7) 31 – 35 yaş aralığındadır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyetlerine göre dağılımları tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2: Katılımcıların Cinsiyet Değişkenine Göre Dağılımları

Cinsiyet	N	%	Geçerli %
Kadın	246	44,6	44,6
Erkek	305	55,4	100,0
Toplam	551	100,0	

Tablo 2’de görüldüğü gibi katılımcıların %44,6’sı (246) kadın, %55,4’ü (305) ise erkektir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin uyruklarına göre dağılımları tablo 3’te sunulmuştur.

Tablo 3: Katılımcıların Uyruk Değişkenine Göre Dağılımları

Uyruk	N	%	Geçerli %
KKTC	148	26,9	26,9
TC	365	66,2	93,1
KKTC- TC	21	3,8	96,9
Diğer	17	3,1	100,0
Toplam	551	100,0	

Tablo 3’te görüldüğü gibi katılımcıların uyruklarına bakıldığında %26,9’u (148) Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC), %66,2’si (365) Türkiye Cumhuriyeti (TC), %3,8’i (21) KKTC-TC ve %3,1’i (17) ise Diğer yanıtını vermiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin eğitim aldıkları bölüme göre dağılımları tablo 4’te sunulmuştur.

Tablo 4: Katılımcıların Eğitim Alınan Bölüm Değişkenine Göre Dağılımları

Bölüm	N	%	Geçerli %
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık	123	22,3	22,3
Türkçe Öğretmenliği	46	8,3	30,7
Zihinsel Engelliler Öğretmenliği	82	14,9	45,6
Bilgisayar ve Öğretim Teknolojileri Öğretmenliği	50	9,1	54,6
Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu	139	25,2	79,9
Okul Öncesi Öğretmenliği	111	20,1	100,0
Toplam	551	100,0	

Tablo 4'te görüldüğü gibi araştırmaya katılan öğrencilerin %22,3'ü (123) Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık, %8,3'ü (46) Türkçe Öğretmenliği, %14,9'u (82) Zihinsel Engelliler Öğretmenliği, %9,1'i (50) Bilgisayar ve Öğretim Teknolojileri Öğretmenliği, %25,2'si (139) Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu ve %20,1'i (111) Okul Öncesi Öğretmenliği bölümünde eğitim almaktadır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaşadıkları yere göre dağılımları tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5: Katılımcıların Yaşadıkları Yer Değişkenine Göre Dağılımları

Yaşanılan Yer	N	%	Geçerli %
Aile İle Birlikte	198	35,9	35,9
Tek Başına Evde	130	23,6	59,5
Evde Ev Arkadaşları İle Birlikte	28	5,1	64,6
Yurtta	195	35,4	100,0
Toplam	551	100,0	

Tablo 5'te görüldüğü gibi katılımcıların %35,9'u (198) ailesi ile birlikte, %23,6'sı (130) tek başına, %5,1'i (28) evde ev arkadaşları ile birlikte ve %35,4'ü (195) yurttan yaşamaktadır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyo – ekonomik düzeylerine göre dağılımları tablo 6’da sunulmuştur.

Tablo 6: Katılımcıların Sosyo – Ekonomik Düzey Değişkenine Göre Dağılımları

Sosyo – Ekonomik Düzey	N	%	Geçerli %
1000 TL ve Aşağısı	35	6,4	6,4
1001 TL - 1500 TL	176	31,9	38,3
1501 TL - 2000 TL	200	36,3	74,6
2001 TL ve Üzeri	140	25,4	100,0
Toplam	551	100,0	

Tablo 6’da görüldüğü gibi araştırmaya katılan öğrencilerin %6,4’ü (35) 1000 tl ve aşağısı, %31,9’u (176) 1001 tl – 1500 tl arasında, %36,3’ü (200) 1500 tl – 2000 tl arasında ve %25,4’ü (140) 2001 tl ve üzerinde sosyo – ekonomik düzeye sahip oldukları görülmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin kronik hastalığa göre dağılımları tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7: Katılımcıların Kronik Hastalık Değişkenine Göre Dağılımları

Kronik Hastalık	N	%	Geçerli %
Evet	26	4,7	4,7
Hayır	525	95,3	100,0
Toplam	551	100,0	

Tablo 7’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan öğrencilerin %4,7’si (26) kronik bir hastalığa sahiptir. Katılımcıların %95,3’ünün (525) ise herhangi bir kronik hastalığının olmadığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlıklı beslenme ile ilgili bilgiye sahip olmaya göre dağılımları tablo 8’de sunulmuştur.

Tablo 8: Katılımcıların Sağlıklı Beslenme İle İlgili Bilgiye Sahip Olma Değişkenine Göre Dağılımları

Sağlıklı Beslenme İle İlgili Bilgi	N	%	Geçerli %
Evet	204	37,0	37,0
Hayır	347	63,0	100,0
Toplam	551	100,0	

Tablo 8’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan öğrencilerin %37’si (204) sağlıklı beslenme ile ilgili bilgiye sahip olduğu, %63’ünün (347) ise beslenme ile ilgili herhangi bir bilgiye sahip olmadığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlıklı beslenme ile ilgili bilgi aldıkları kaynağa göre dağılımları tablo 9’da sunulmuştur.

Tablo 9: Katılımcıların Sağlıklı Beslenme İle İlgili Bilgi Aldıkları Kaynak Değişkenine Göre Dağılımları

Bilgi Alınan Kaynak	N	%	Geçerli %
Aile	50	9,1	9,1
Okul	106	19,2	28,3
Kitap-Dergi-Broşür	22	4,0	32,3
İnternet	21	3,8	36,1
Kulaktan Duyuma	8	1,5	37,6
Diğer	344	62,4	100,0
Toplam	551	100,0	

Tablo 9’da araştırmaya katılan öğrencilerin %9,1’i (50) ailesinden, %19,2’si (106) okuldan, %4’ü (22) kitap-dergi-broşürden ve %3,8’i (21) ise internetten bilgi edindiği görülmektedir. Katılımcıların %1,5’i (8) sağlıklı beslenme ile ilgili kulaktan duyma bilgiye sahip olduğunu belirtirken, %62,4’ü (344) ise diğer kaynaklardan bilgi edindikleri yanıtını vermiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada katılımcıların demografik özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen “Demografik Bilgi Formu”, ortorektik eğilimlerin değerlendirilmesi amacıyla Steven Bratman (1997) tarafından geliştirilen, Donini (2004) tarafından son haline getirilen (Orto-15) ve Arusoğlu ve diğerleri (2008) tarafından Türkçe’ye uyarlanan “Orto-11 Testi”, obsesif kompulsif belirtilerin değerlendirilmesi amacıyla Rachman ve Hodgson (1977) tarafından geliştirilen, Erol ve Savaşır (1988) tarafından Türkçe’ye uyarlanan “Maudsley Obesesif Kompulsif Soru Listesi” ve beden algılarının değerlendirilmesi amacıyla Secord ve Jourand (1953) tarafından geliştirilen ve Hovardaoğlu (1993) tarafından Türkçe’ye uyarlanan “Beden Algısı Ölçeği” kullanılmıştır.

3.4.1. Kişisel (Demografik) Bilgi Formu

Araştırmaya katılan bireylerin çeşitli sosyo-demografik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu uygulanmıştır. Kişisel bilgi formunda katılımcıların yaşı, cinsiyeti, uyruğu, ekonomik durumu, yaşadıkları yer, eğitim aldıkları bölüm, kronik hastalık ve sağlıklı beslenme ile ilgili bilgi gibi sorulara yer verilmiştir. Kişisel (Demografik) Bilgi Formu Ek 1’de verilmiştir.

3.4.2. Orto -15 Testi (Orto – 11 Testi)

Katılımcıların ortorektik eğilimlerini değerlendirmek amacı ile çalışmada kullanılan ORTO-15 ölçeği, Steven Bratman (1997) tarafından bireylerde ortoreksiya nevroza belirtilerini saptamak amacıyla geliştirilmiş 10 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeği olarak hazırlanmıştır. Donini'nin ORTO-15 ölçeği, Bratman'ın 10 soruluk ortoreksiya kısa soru kağıdı dikkate alınarak geliştirilmiştir. Bratman'ın bazı soruları çıkarılıp yerlerine farklı sorular eklenmiştir. Son haliyle ORTO-15 ölçeği, Donini tarafından Bratman'ın kısa soru kağıdı uyarlanarak ilk olarak İtalya'da Latinler için geliştirilmiş ve ortoreksiya nervoza eğilimini değerlendirmek için düzenlenmiş 15 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Maddeler şimdiki zamanda, 4 dereceli formatta cevaplanacak biçimde yazılmıştır. “Çok sık” maddesi kapsam dâhiline alınmamıştır. Maddelerden 2, 5, 8 ve 9. maddeler (3, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 15 maddelerinin) tersine puanlanmaktadır. Ölçeğin kritik maddeleri 3, 5, 6, 7, 11, 13 ve 15'tir. Ölçekte, bireylerin kendilerini ne sıklıkla maddelerde tarif edildiği şekilde hissettiklerini “her zaman”, “sık sık”, “bazen” ve “hiçbir zaman” seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtmeleri istenmektedir. Her madde en çok 1, 2, 3 ve 4 puanlarından biriyle derecelendirilmektedir. Maddeler, bireylerin seçme, satın alma, hazırlama ve kendilerinin sağlıklı olarak nitelendirdikleri besinleri tüketme konularındaki obsesif davranışlarını araştırmaktadır. Bratman'ın testinden bazı maddeler (1, 3, 7, 8, 9, 10) sözel açıdan değiştirilerek alınmıştır. Kendini çok hissettiren bazı maddeler, daha net yanıt alabilmek açısından Donini ve ark. tarafından değiştirilerek, ölçek orijinal kullanılabilirlik halini almıştır (2004).

Donini'ye göre, bu tarzdaki değişimler verilen yanıtları daha doğru kılmaktadır. Anglo-saksonlarda uygulanan evet/hayır cevaplarındaki katılık, Latin

örnekleme göre Amerikan örnekleminde olduğu gibi kullanışlı varsayılmamaktadır. Bu nedenle derecelendirme, sosyal olarak daha diyalektik ve bu nedenle davranışları “her zaman”dan “hiçbir zaman”a kadar değerlendirmek için daha geçerli varsayılmaktadır.

Türkiye’de Arusoğlu ve diğerleri (2008) tarafından Türkçe’ye uyarlanan ORTO-15 testi ORTO-11 olarak yenilenmiştir. ORTO-11 testinin faktör ve iç tutarlılık analizi yapılmış olup yapılan faktör analizi sonucunda testin öz değeri 1.0 üstünde 3 faktör olarak belirlenmiştir. Maddelerin faktör yüklerinin -0.44 ile 0.69 arasında değiştiği belirlenmiştir. Birinci faktöre yüklenen maddelerin genellikle sağlıklı beslenme ile ilgili endişeleri ve duyguları içerdiği, ikinci faktöre besin seçimi ile ilgili davranışları içeren maddelerin yüklendiği, üçüncü faktörü ise beslenme ile ilgili bilişleri içeren maddelerin oluşturduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle faktörlere sırasıyla duygu, davranış ve biliş adları verilmiştir. Faktörlerin iç tutarlılık katsayıları da sırasıyla 0.14, 0.44 ve 0.18 olarak bulunmuştur.

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

Ortoreksiya için ayırt edici kriter olan cevaplara “1”, normal yeme davranışı eğilimi gösteren cevaplara “4” puanı verilmiştir. Ölçekten en az 15, en fazla 60 puan alınabilmektedir. Sağlıklı yeme davranışında olanlar (ortorektikler) anlaşıldığı üzere

bu ölçekten daha düşük puan almaktadırlar. Orto-11 ölçeği Ek 2’de verilmiştir (Kazkondur, 2010).

3.4.3. Beden Algısı Ölçeği

Beden Algısı Ölçeği 1953 yılında Secord ve Jourand tarafından geliştirilmiş, 1993 yılında Hovardaoğlu tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek 40 madde içermekte olup, her bir madde bir organ ya da bedenin bir bölümü (kol, bacak, yüz gibi) ya da bir işlevi (cinsel faaliyet düzeyi gibi) ile ilgilidir. Her bir madde için 1’den 5’e kadar değişen puanlar alan ve “Hiç beğenmiyorum”, “Beğenmiyorum”, “Kararsızım”, “Beğeniyorum” ve “Çok beğeniyorum” şeklinde yanıt seçeneği bulunan ölçeğin toplam puanı 40 ile 200 arasında değişmekte olup, alınan puanın yüksekliği doyum düzeyinin yüksekliğini göstermektedir. Ölçeğin kesme puanı 135 olup, 135 altında puana sahip olanlar beden algısı düşük grup olarak tanımlanmıştır. Hovardaoğlu ölçeğin Cronbach Alpha kat sayısını .91 bulmuştur ve ölçeğin geçerliği için Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği ile olan korelasyonuna bakmış, .39 ve .89 bulmuştur. Beden Algısı Ölçeği Ek 3’te verilmiştir (Tezcan, 2009).

3.4.4. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)

Orijinal envanter Rachman ve Hodgson (1977) tarafından çeşitli obsesif kompulsif belirtilerin değerlendirilmesi için geliştirilmiştir. Orijinal envanter 30 doğru-yanlış türü maddeyi içermektedir. Envanterin 4 alt skalası vardır: Kontrol, temizlik, yavaşlık ve kuşku. Envanter toplam puanı 30’dur. Envanterin test-tekrar test güvenilirliği 0.80’dir ve yapılan çalışmalarda iç tutarlılığı 0.60 ve 0.87 arasında değişmektedir.

Envanterin Türkçe'ye uyarlaması Erol ve Savaşır (1988) tarafından yapılmıştır. Uyarlamada, ruminasyonlarla (obsesyonel düşünme) bağlantılı 7 madde daha eklenmiş ve 37 maddelik envanter oluşmuştur. İlk iç tutarlılık alpha katsayısı 0.44 iken, bazı maddelerin tekrar yazılmasından ve envanter üzerinde çalışmalar tamamlandıktan sonra yeni Cronbach alpha değeri, 30 madde için 0.81, 37 madde için ise 0.86 olarak bulunmuştur. Orijinal envanter için alt skalaların alpha katsayıları şu şekildedir: kontrol 0.70, yıkama 0.66, yavaşlık 0.31 ve kuşku 0.56.

Erol ve Savaşır, envanterin Türk örnekleme için faktör analizini hesaplamışlar ve üç faktör belirlemişlerdir: Temizlik, obsesyonel düşünme ve yavaşlık/kontrol. Bu faktörler için alfa katsayıları sırasıyla 0.61, 0.66 ve 0.65'tir.

Değerlendirme: İşaretlenen her doğru maddesine 1 puan verilir. Yalnızca 11.madde ters puanlanır. Toplanan puanlar her maddeden elde edilen sayısal değerlerle belirlenir. En yüksek değerler toplam obsesyon puanı için 37, kontrol etme için 9, temizlik için 11, yavaşlık için 7, kuşku için 7' dir.

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

Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi Ek 4'te verilmiştir (Arusoğlu, 2006).

3.5. Verilerin Çözümlemesi

Anket formundan elde edilen veriler, SPSS (The Statistical Package for The Social Sciences) 20.0 programında değerlendirilmiştir. Verilerin çözümülenmesi

aşamasında katılımcıların Orto-11 ölçeğinden elde edecekleri puanların dağılım, frekans, standart sapma ve aritmetik ortalamaları sunulmuştur. Sosyo-demografik değişkenlere göre Orto-11 ölçeğinden elde edilen puanların değişip değişmediğini belirlemek için t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Ortoreksiya nervosa, obsesif kompulsif bozukluk ve beden algısı arasındaki ilişki Pearson korelasyonu katsayısı ile incelenmiştir.

BÖLÜM IV

BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın bulgularına ilişkin tablolara ve yorumlara yer verilmiştir.

4.1. Araştırmanın Alt Problemlerine İlişkin Bulgular

Bu çalışmada araştırmanın alt problemleri üç başlık altında toplanarak incelenmiştir. İlgili bölümlere ilişkin bulgulara aşağıda yer verilmiştir.

4.1.1. Düzey Bakımından Değerlendirmeye İlişkin Bulgular

Katılımcıların ortoreksiya nervroza, beden algısı ve obsesif kompulsif bozukluk düzeylerine ilişkin ortalama ve standart sapma dağılımları tablo 10'da sunulmuştur.

Tablo 10: Katılımcıların Ortoreksiya Nervroza, Beden Algısı ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Düzeylerine Göre Ortalama ve Standart Sapma Dağılımları

	N	$\bar{X}$	Ss	Minimum	Maximum
Ortoreksiya Nervroza	551	37,81	4,64	24,00	50,00
Beden Algısı	551	159,84	24,92	74,00	200,00
Obsesif Kompulsif Bozukluk	551	56,83	6,08	39,00	72,00

Araştırmaya katılan öğrencilerin ortoreksiya nervroza puanlarının ortalaması $\bar{X} = 37,81$, beden algısı puanlarının ortalaması $\bar{X} = 159,84$ ve obsesif kompulsif

bozukluk puanlarının ortalaması ise $\bar{X} = 56,83$ 'tür. Tablo 10 incelendiğinde katılımcıların ortoreksiya nevroza, beden algısı ve obsesif kompulsif bozukluk puanlarının ortalamasının üzerinde olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin ortoreksiya nevroza puan ortalamalarının yüksek yani ortorektik eğilimlerinin düşük olduğu, beden algısı puan ortalamalarının yüksek yani doyum düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca katılımcıların obsesif kompulsif bozukluk puan ortalamalarının yüksek yani obsesif kompulsif bozukluk belirtilerinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

4.1.2. Değişkenler Bakımından Değerlendirmeye İlişkin Bulgular

Katılımcıların yaşları ile ortoreksiya nevroza düzeylerinin anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için ONEWAY ANOVA analizi yapılmıştır. Yapılan analize ilişkin bulgular tablo 11'de sunulmuştur.

Tablo 11: Yaş Değişkenine Göre Öğrencilerin Ortoreksiya Nervozaya Düzeylerine İlişkin ANOVA Sonuçları

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Ortoreksiya Nervozaya	Gruplararası	3.292	3	1.097	.051	.98*
	Gruplariçi	11864.453	547	21.690		
	Toplam	11867.746	550			

*p=.98, p>0.05

Tablo 11 incelendiğinde ortoreksiya nevroza ile yaş değişkeni arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir(p=.98, p>0.05).

Katılımcıların cinsiyetleri ile ortoreksiya nervroza düzeylerinin anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için t-testi yapılmıştır. Yapılan analize ilişkin bulgular tablo 12’de sunulmuştur.

Tablo 12: Cinsiyet Değişkenine Göre Öğrencilerin Ortoreksiya Nervroza Düzeylerine İlişkin t-testi Sonuçları

	Cinsiyet	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	T	p
Ortoreksiya Nervroza	Kız	246	38.15	4.65	549	1.55	.12*
	Erkek	305	37.53	4.62			

* p=.12, p>0.05

Tablo 12 incelendiğinde ortoreksiya nervroza ile cinsiyet değişkeni arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (p=.12, p>0.05).

Katılımcıların uyrukları ile ortoreksiya nervroza düzeylerinin anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için ONEWAY ANOVA analizi yapılmıştır ve tablo 13’te sunulmuştur.

Tablo 13: Uyruk Değişkenine Göre Öğrencilerin Ortoreksiya Nervroza Düzeylerine İlişkin ANOVA Sonuçları

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Ortoreksiya Nervroza	Gruplararası	200.099	3	66.700	3.127	.02*
	Gruplariçi	11667.647	547	21.330		
	Toplam	11867.746	550			

* p=.02, p<0.05

Tablo 13 incelendiğinde ortoreksiya nervroza ile uyruk değişkeni arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=.02$, $p<0.05$).

Katılımcıların uyrukları ile ortoreksiya nervroza düzeyleri arasındaki anlamlı bulunan grup ortak etkisinin kaynağını belirlemek üzere post hoc (LSD) analizleri yapılmıştır ve tablo 14’te sunulmuştur.

Tablo 14: Uyruk Değişkenine Göre Öğrencilerin Ortoreksiya Nervroza Düzeylerine İlişkin LSD Sonuçları

		(I) Uyruk	(J) Uyruk	Ortalama Fark (I-J)	p
Ortoreksiya Nervroza	KKTC		TC	-,19663	,662
			KKTC – TC	-3,25547*	,003
			Diğer	-,15183	,898
	TC		KKTC	,19663	,662
			KKTC – TC	-3,05884*	,003
			Diğer	,04480	,969
	KKTC - TC		KKTC	3,25547*	,003
			TC	3,05884*	,003
			Diğer	3,10364*	,040
	Diğer		KKTC	,15183	,898
			TC	-,04480	,969
			KKTC – TC	-3,10364*	,040

Tablo 14 incelendiğinde KKTC ile KKTC – TC ($p=.003$, $p<0,05$) uyruklu öğrenciler arasında; TC ile KKTC – TC ($p=0,003$, $p<0,05$) uyruklu öğrenciler arasında ve KKTC – TC ile DİĞER ($p=0,040$, $p<0,05$) uyruklu öğrenciler arasında ortoreksiya nervroza puanları açısından anlamlı fark bulunmuştur.

Katılımcıların eğitim aldıkları bölüm ile ortoreksiya nervroza düzeylerinin anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için ONEWAY ANOVA analizi yapılmıştır ve tablo 15’te sunulmuştur.

Tablo 15: Eğitim Alınan Bölüm Değişkenine Göre Öğrencilerin Ortoreksiya Nervroza Düzeylerine İlişkin ANOVA Sonuçları

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Ortoreksiya Nervroza	Gruplararası	333.337	5	66.667	3.150	.00*
	Gruplariçi	11534.409	545	21.164		
	Toplam	11867.746	550			

* p=.00, p<0.05

Tablo 15 incelendiğinde ortoreksiya nervroza ile eğitim alınan bölüm değişkeni arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p=.00, p<0.05).

Katılımcıların eğitim aldıkları bölüm ile ortoreksiya nervroza düzeyleri arasındaki anlamlı bulunan grup ortak etkisinin kaynağını belirlemek üzere post hoc (LSD) analizleri yapılmıştır ve tablo 16’da sunulmuştur.

Tablo 16: Eğitim Alınan Bölüm Değişkenine Göre Öğrencilerin Ortoreksiya Nervoza Düzeylerine İlişkin LSD Sonuçları

(I) Eğitim Aldığı Bölüm	(J) Eğitim Aldığı Bölüm	Ortalama Fark (I-J)	p
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık	Türkçe öğretmenliği	,84624	,288
	Zihinsel Engelliler Öğretmenliği	,10976	,867
	Bilgisayar ve Öğretim Teknolojileri Öğretmenliği	1,96537*	,011
	Beden Eğitim ve Spor Yüksek Okulu	1,74364*	,002
	Okul Öncesi Öğretmenliği	,33311	,580
Türkçe Öğretmenliği	Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık	-,84624	,288
	Zihinsel Engelliler Öğretmenliği	-,73648	,385
	Bilgisayar ve Öğretim Teknolojileri Öğretmenliği	1,11913	,234
	Beden Eğitim ve Spor Yüksek Okulu	,89740	,252
	Okul Öncesi Öğretmenliği	-,51312	,525
Zihinsel Engelliler Öğretmenliği	Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık	-,10976	,867
	Türkçe Öğretmenliği	,73648	,385
	Bilgisayar ve Öğretim Teknolojileri Öğretmenliği	1,85561*	,025
	Beden Eğitim ve Spor Yüksek Okulu	1,63388*	,011
	Okul Öncesi Öğretmenliği	,22336	,739
Bilgisayar ve Öğretim Teknolojileri Öğretmenliği	Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık	-1,96537*	,011
	Türkçe Öğretmenliği	-1,11913	,234
	Zihinsel Engelliler Öğretmenliği	-1,85561*	,025
	Beden Eğitim ve Spor Yüksek Okulu	-,22173	,770
	Okul Öncesi Öğretmenliği	-1,63225*	,038
Beden Eğitim ve Spor Yüksek Okulu	Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık	-1,74364*	,002
	Türkçe Öğretmenliği	-,89740	,252

	Zihinsel Engelliler Öğretmenliği	-1,63388*	,011
	Bilgisayar ve Öğretim Teknolojileri Öğretmenliği	,22173	,770
	Okul Öncesi Öğretmenliği	-1,41053*	,016
	Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık	-,33311	,580
	Türkçe Öğretmenliği	,51312	,525
Okul Öncesi Öğretmenliği	Zihinsel Engelliler Öğretmenliği	-,22336	,739
	Bilgisayar ve Öğretim Teknolojileri Öğretmenliği	1,63225*	,038
	Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu	1,41053*	,016

Tablo 16 incelendiğinde Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık bölümü öğrencileri ile Bilgisayar ve Öğretim Teknolojileri Öğretmenliği bölümü ($p=,011$, $p<0,05$) öğrencileri arasında ve Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık bölümü ile Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu öğrencileri ($p=,002$, $p<0,05$) arasında ortoreksiya nervoza puanları açısından anlamlı fark bulunmuştur. Zihinsel Engelliler Öğretmenliği bölümü öğrencileri ile Bilgisayar ve Öğretim Teknolojileri Öğretmenliği bölümü ($p=,025$, $p<0,05$) öğrencileri arasında ve Zihinsel Engelliler Öğretmenliği bölümü öğrencileri ile Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu bölümü öğrencileri ($p=,011$, $p<0,05$) arasında ortoreksiya nervoza puanları açısından anlamlı fark bulunmuştur. Ayrıca Bilgisayar ve Öğretim Teknolojileri Öğretmenliği bölümü öğrencileri ile Okul Öncesi Öğretmenliği bölümü öğrencileri ($p=,038$, $p<0,05$) arasında ve Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu bölümü öğrencileri ile Okul Öncesi Öğretmenliği bölümü öğrencileri ($p=,016$, $p<0,05$) arasında ortoreksiya nervoza puanları açısından anlamlı fark bulunmuştur.

Katılımcıların yaşadıkları yer ile ortoreksiya nervroza düzeylerinin anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için ONEWAY ANOVA analizi yapılmıştır ve tablo 17’de sunulmuştur.

Tablo 17: Yaşanılan Yer Değişkenine Göre Öğrencilerin Ortoreksiya Nervroza Düzeylerine İlişkin ANOVA Sonuçları

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Ortoreksiya Nervroza	Gruplararası	28.202	3	9.401	.434	.72*
	Gruplariçi	11839.543	547	21.645		
	Toplam	11867.746	550			

* p=.72, p>0.05

Tablo 17 incelendiğinde ortoreksiya nervroza ile yaşanan yer değişkeni arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (p=.72, p>0.05).

Katılımcıların sosyo-ekonomik düzeyleri ile ortoreksiya nervroza düzeylerinin anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için ONEWAY ANOVA analizi yapılmıştır ve tablo 18’de sunulmuştur.

Tablo 18: Sosyo – Ekonomik Düzey Değişkenine Göre Öğrencilerin Ortoreksiya Nervroza Düzeylerine İlişkin ANOVA Sonuçları

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Ortoreksiya Nervroza	Gruplararası	22.721	3	7.574	.350	.78*
	Gruplariçi	11845.025	547	21.655		
	Toplam	11867.746	550			

* p=.78, p>0.05

Tablo 18 incelendiğinde ortoreksiya nervroza ile sosyo – ekonomik düzey değişkeni arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=.78$, $p>0.05$).

Katılımcıların ortoreksiya nervroza düzeyleri ile kronik hastalık değişkeninin anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için t-testi yapılmıştır. Yapılan analize ilişkin bulgular tablo 19’da sunulmuştur.

Tablo 19: Kronik Hastalık Değişkenine Göre Öğrencilerin Ortoreksiya Nervroza Düzeylerine İlişkin t-testi Sonuçları

	Kronik Hastalık	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	t	p
Ortoreksiya Nervroza	Evet	26	37.61	4.33	549	-.22	.82*
	Hayır	525	37.82	4.66			

* $p=.82$, $p>0.05$

Tablo 19 incelendiğinde ortoreksiya nervroza ile kronik hastalık değişkeni arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p=.82$, $p>0.05$).

Katılımcıların ortoreksiya nervroza düzeyleri ile sağlıklı beslenme ile ilgili bilgiye sahip olma değişkeninin anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için t-testi yapılmıştır. Yapılan analize ilişkin bulgular tablo 20’de sunulmuştur.

Tablo 20: Sağlıklı Beslenme İle İlgili Bilgiye Sahip Olma Değişkenine Göre Öğrencilerin Ortoreksiya Nervoza Düzeylerine İlişkin t-testi Sonuçları

	Sağlıklı Beslenme İle İlgili Bilgi	N	$\bar{X}$	Ss	Sd	T	p
Ortoreksiya Nervoza	Evet	204	36.97	4.69	549	-3.29	.00*
	Hayır	347	38.30	4.54			

* p=.00, p<0.05

Tablo 20 incelendiğinde ortoreksiya nervroza ile sağlıklı beslenme ile ilgili bilgiye sahip olma değişkeni arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p=.00, p<0.05). Sağlıklı beslenme ile ilgili bilgiye sahip olan üniversite öğrencilerinin, sağlıklı beslenme ile ilgili bilgi sahibi olmayan üniversite öğrencilerinden daha yüksek ortorektik eğilimler gösterdiği bulunmuştur.

Katılımcıların sağlıklı beslenme ile ilgili bilgi edindikleri kaynak ile ortoreksiya nervroza düzeylerinin anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için ONEWAY ANOVA analizi yapılmıştır ve tablo 21’de sunulmuştur.

Tablo 21: Sağlıklı Beslenme İle İlgili Bilgi Edinilen Kaynak Değişkenine Göre Öğrencilerin Ortoreksiya Nervoza Düzeylerine İlişkin ANOVA Sonuçları

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Ortoreksiya Nervoza	Gruplararası	341.564	5	68.313	3.230	.00*
	Gruplarıçi	11526.182	545	21.149		
	Toplam	11867.746	550			

* p=.00, p<0.05

Tablo 21 incelendiğinde ortoreksiya nervroza ile sağlıklı beslenme ile ilgili bilgi edinilen kaynak değişkeni arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=.00$, $p<0.05$).

Katılımcıların sağlıklı beslenme ile ilgili bilgi edindikleri kaynak ile ortoreksiya nervroza düzeyleri arasındaki anlamlı bulunan grup ortak etkisinin kaynağını belirlemek üzere post hoc (LSD) analizleri yapılmıştır ve tablo 22’de sunulmuştur.

Tablo 22: Sağlıklı Beslenme İle İlgili Bilgi Edinilen Kaynak Değişkenine Göre Öğrencilerin Ortoreksiya Nervroza Düzeylerine İlişkin LSD Sonuçları

	(I) Bilgi Edinilen Kaynak	(J) Bilgi Edinilen Kaynak	Ortalama	p
			Fark (I-J)	
Ortoreksiya Nervroza	Aile	Okul	-,61208	,438
		Kitap-Dergi-Broşür	1,56545	,184
		İnternet	1,35333	,258
		Kulaktan Duyuma	,27000	,878
		Diğer	-1,27070	,068
	Okul	Aile	,61208	,438
		Kitap-Dergi-Broşür	2,17753*	,044
		İnternet	1,96541	,074
		Kulaktan Duyuma	,88208	,601
		Diğer	-,65862	,198
	Kitap-Dergi-Broşür	Aile	-1,56545	,184
		Okul	-2,17753*	,044
		İnternet	-,21212	,880
		Kulaktan Duyuma	-1,29545	,495
		Diğer	-2,83615*	,005
	İnternet	Aile	-1,35333	,258
		Okul	-1,96541	,074
		Kitap-Dergi-Broşür	,21212	,880
		Kulaktan Duyuma	-1,08333	571
		Diğer	-2,62403*	,011

Kulaktan Duyuma	Aile	-,27000	,878
	Okul	-,88208	,601
	Kitap-Dergi-Broşür	1,29545	,495
	İnternet	1,08333	,571
	Diğer	-1,54070	,349
Diğer	Aile	1,27070	,068
	Okul	,65862	,198
	Kitap-Dergi-Broşür	2,83615*	,005
	İnternet	2,62403*	,011
	Kulaktan Duyuma	1,54070	,349

Tablo 22 incelendiğinde sağlıklı beslenme ile ilgili okuldan bilgi edinen öğrenciler ile kitap-dergi-broşürden bilgi edinen öğrenciler arasında ($p=,044$, $p<0,05$), kitap-dergi-broşürden bilgi edinen öğrenciler ile diğer kaynaklardan bilgi edinen öğrenciler arasında ($p=,005$, $p<0,05$) ve internetten bilgi edinen öğrenciler ile diğer kaynaklardan bilgi edinen öğrenciler arasında; ($p=,011$, $p<0,05$) ortoreksiya nervoza puanları açısından anlamlı fark bulunmuştur.

4.1.3. İlişki Bakımından Değerlendirmeye İlişkin Bulgular

Katılımcıların ortoreksiya nervoza düzeyleri ile beden algısı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere korelasyon analizi yapılmıştır ve analize ilişkin bulgular tablo 23'te sunulmuştur.

Tablo 23: Ortoreksiya Nervoza ile Beden Algısı Değişkenlerine İlişkin Korelasyon Sonuçları

		Ortoreksiya Nervoza	Beden Algısı
Ortoreksiya Nervoza	Pearson Korelasyon	1	-.173**
	p		.000
	N	551	551
Beden Algısı	Pearson Korelasyon	-.173**	1
	p	.000	
	N	551	551

ORTO-11 ölçeğinden alınan puanlar azaldıkça bozukluğa olan yatkınlık arttığından korelasyon katsayıları eksi değerde olmasına karşın pozitif yorumlanmış ve değerlendirmeler bu esasa göre alınmıştır. Tablo 23 incelendiğinde üniversite öğrencilerinin ortorektik belirtiler göstermeleri ile beden algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ve pozitif bir korelasyon göstermiştir ($r=-.173$ ve $p<0.01$). Buna göre, üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nevroza eğilimi arttıkça beden algısının da artış gösterdiği bulunmuştur.

Katılımcıların ortoreksiya nevroza düzeyleri ile obsesif kompulsif bozukluk arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere korelasyon analizi yapılmıştır ve analize ilişkin bulgular tablo 24’te sunulmuştur.

Tablo 24: Ortoreksiya Nervozası ile Obsesif Kompulsif Bozukluk Korelasyon Sonuçları

		Ortoreksiya Nervozası	Obsesif Kompulsif Bozukluk
Ortoreksiya Nervozası	Pearson Korelasyon	1	-,159**
	p		,000
	N	551	551
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Pearson Korelasyon	-,159**	1
	p	,000	
	N	551	551

ORTO-11 ölçeğinden alınan puanlar azaldıkça bozukluğa olan yatkınlık arttığından korelasyon katsayıları eksi değerde olmasına karşın pozitif yorumlanmış ve değerlendirmeler bu esasa göre alınmıştır. Tablo 24 incelendiğinde üniversite öğrencilerinin ortorektik belirtiler göstermeleri ile obsesif kompulsif bozukluk belirtileri göstermeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ve

pozitif bir korelasyon göstermiştir ($r=-.159$ ve $p<0.01$). Buna göre; üniversite öğrencilerinde ortorektik belirtiler arttıkça obsesif kompulsif bozukluk belirtilerinin de artış gösterdiği bulunmuştur.

BÖLÜM V

TARTIŞMA VE YORUM

Bu bölümde araştırmanın bulgularına yönelik tartışmalara ve yorumlara yer verilmiştir.

Araştırmada elde edilen bulgularına göre; araştırmaya katılan öğrencilerin ortoreksiya nevroza puan ortalamaları yüksek yani ortorektik eğilimlerinin düşük olduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde araştırma bulgularının farklı gruplarda değişiklik gösterdiği saptanmıştır. Arusoğlu ve diğerleri (2008) yaptıkları çalışmada üniversite üstü eğitim alan öğrencilerin ortorektik eğilimlerinin yüksek olduğunu bulmuştur. Bosi ve arkadaşlarının (2007), tıp fakültesi doktorlarında ON'nın prevalansını inceledikleri çalışmada bir ürünü satın alırken içeriğinin belirleyici olduğunu söyleyen katılımcılarla, kilolarını sık sık kontrol eden katılımcıların ON eğilimlerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Bu farkın, üniversite öğrencilerinin yaşadıkları hayat şartlarının ve fiziksel koşulların farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin beden algısı puan ortalamaları yüksek yani doyum düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuç üniversite öğrencilerinin kendileri ve dış görünüşleri ile ne kadar barışık olduğunu göstermektedir. Öksüz (2012) tarafından üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmada, öğrencilerin beden algısının yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca beden algısının yükseldikçe özerklik düzeyinin de yükseldiği bulunmuştur. Kundakcı (2005), çalışmasında kızların beden algısı düzeyinin erkeklere oranla daha yüksek olduğunu bulmuştur. Kız ergenlerde beden imajı ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi inceleyen Oktan ve

Şahin (2010), kız ergenlerin beden imajından memnuniyetleri arttıkça benlik saygılarının da arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Çok tarafından (1990), 11 – 18 yaş arasındaki 269 kız ve 286 erkek öğrenci üzerinde yapılan çalışmaya göre; erkek öğrencilerin kızlara göre; erken adolesan dönemdeki erkek öğrencilerin geç adolesan dönemdeki kız öğrencilere göre kendi bedenleriyle daha barışık oldukları bulunmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin obsesif kompulsif bozukluk puan ortalamaları yüksek yani obsesif kompulsif bozukluk belirtilerinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Selvi ve diğerleri (2010), Van ili lise son sınıf öğrencilerinde OKB'nin yaygınlığını incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, örneklemin %5.9'u (n=31; erkek=%7.1 ve kadın=%5.3) OKB olarak değerlendirilmiştir.

Araştırma bulgularına göre ortoreksiya nervroza ile yaş değişkeni arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p=.98$, $p>0.05$). Literatür incelendiğinde üniversite öğrencileri ile yapılan araştırma bulguları farklılık göstermektedir. Kazkondur (2010), üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervroza belirtilerini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada 17-23 yaş aralığında bulunan üniversite öğrencilerinin diğer yaş grubundaki öğrencilere göre daha fazla ortorektik eğilimler gösterdiği sonucuna ulaşmıştır. Arusoğlu'nun (2006) ortoreksiya nervroza belirtilerini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada yaş arttıkça ortorektik eğilimlerin de artış gösterdiği bulunmuştur. Farklı yaş grubu ile yapılan araştırma sonuçları incelendiğinde araştırma bulgularını desteklediği görülmüştür. Bosi ve arkadaşlarının (2007), tıp fakültesi doktorlarında ON'nı prevalansını inceledikleri çalışmada yaş ile ON eğilimi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bulgular arasındaki farklılığın,

bireylerin yetiştirilme tarzından, kültürel farklılıktan ve gelişimsel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada elde edilen bulgulara göre, kız ve erkek üniversite öğrencilerinin ortoreksiya nervoza durumları arasında fark görülmektedir. Erkek öğrencilerin puan ortalamaları ($\bar{X}=37.53$), kız öğrencilerden ($\bar{X}=38.15$) daha düşüktür. Buna göre erkek öğrenciler, kız öğrencilere göre daha yüksek ortorektik eğilimler göstermektedir. Yapılan t-testi sonucuna göre, kız ve erkeklerin ortoreksiya nervoza durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=.12$, $p>0.05$). Bu sonucun kadın ve erkeklerin bedenlerine yönelik değer ve beklentilerinin aynı seviyede olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde araştırma bulguları bazı araştırma bulguları ile benzerlik gösterirken bazı araştırma bulguları ile farklılaşmaktadır. Fidan ve diğerleri (2010) tarafından Türkiye'deki tıp öğrencileri arasında ortoreksiya nervozanın yaygınlığını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada da, ortoreksiya nervoza yaygınlığının erkek öğrencilerde kız öğrencilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Arusoğlu ve diğerleri (2008) tarafından yapılan çalışmada ise, erkeklerin ortorektik eğilimlerinin kadınlara oranla daha düşük olduğu belirtilmiştir. Erikson ve diğerlerinin (2007) vücut geliştiren bireylerin ortorektik olma durumları üzerine yaptıkları çalışmada, ortoreksiya nervoza gibi yeme bozukluklarının belirli bir kilo ve vücut şekli gerektiren sporlara katılan bireyler arasında daha yaygın görüldüğünü, özellikle vücut geliştiren erkeklerin zayıf ve kaslı bir vücut geliştirmek için kendilerini baskı altında hissettiklerini belirtmişlerdir. Bosi ve arkadaşlarının (2007), tıp fakültesi doktorlarında ON'nın prevalansını inceledikleri çalışmada cinsiyet ile ON eğilimi arasında anlamlı bir ilişki

bulunmamıştır. Donini'nin (2004) yaptığı çalışmada erkeklerde ON prevalansı daha yüksek bulunmuştur.

Araştırma bulgularına göre ortoreksiya nervroza ile üniversite öğrencilerinin uyrukları arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p=.02$, $p<0.05$). KKTC ile KKTC – TC ($p=.003$, $p<0.05$) uyruklu öğrenciler arasında; TC ile KKTC – TC ($p=0.003$, $p<0.05$) uyruklu öğrenciler arasında ve KKTC – TC ile DİĞER ($p=0.040$, $p<0.05$) uyruklu öğrenciler arasında ortoreksiya nervroza puanları açısından anlamlı fark bulunmuştur. Bu farklılığın kültürel etkenlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde bu değişken ile ilgili herhangi bir çalışmaya ulaşılmamıştır.

Araştırma bulgularına göre ortoreksiya nervroza ile eğitim alınan bölüm değişkeni arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p=.00$, $p<0.05$). Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık bölümü öğrencileri ile Bilgisayar ve Öğretim Teknolojileri Öğretmenliği bölümü ($p=.011$, $p<0.05$) öğrencileri arasında ve Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık bölümü ile Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu öğrencileri ($p=.002$, $p<0.05$) arasında ortoreksiya nervroza puanları açısından anlamlı fark bulunmuştur. Zihinsel Engelliler Öğretmenliği bölümü öğrencileri ile Bilgisayar ve Öğretim Teknolojileri Öğretmenliği bölümü ($p=.025$, $p<0.05$) öğrencileri arasında ve Zihinsel Engelliler Öğretmenliği bölümü öğrencileri ile Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu bölümü öğrencileri ($p=.011$, $p<0.05$) arasında ortoreksiya nervroza puanları açısından anlamlı fark bulunmuştur. Ayrıca Bilgisayar ve Öğretim Teknolojileri Öğretmenliği bölümü öğrencileri ile Okul Öncesi Öğretmenliği bölümü öğrencileri ($p=.038$, $p<0.05$) arasında ve Beden Eğitimi ve

Spor Yüksek Okulu bölümü öğrencileri ile Okul Öncesi Öğretmenliği bölümü öğrencileri ($p=.016$, $p<0,05$) arasında ortoreksiya nervroza puanları açısından anlamlı fark bulunmuştur. Bu sonucun, üniversite öğrencilerinin eğitim aldıkları bölüm dahilinde almış oldukları ders ve konuların farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada elde edilen bulgulara göre ortoreksiya nervroza ile yaşanan yer değişkeni arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p=.72$, $p>0.05$). Literatür incelendiğinde araştırma bulguları farklılık göstermektedir. Kazkondur'un (2010), üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervroza belirtilerini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada, evde kalan öğrencilerin, yurttan kalan öğrencilere göre daha fazla ortorektik eğilimler gösterdiği bulunmuştur. Gezer ve Kabaran (2013), beslenme ve diyetetik bölümü kız öğrencileri arasında görülen ortoreksiya nervosa riskini inceledikleri çalışmada evde tek başına yaşayan bireylerin ortorektik eğilimlerinin yüksek olduğunu bulmuştur. Bulgular arasındaki farklılığın kültürel etmenlerden ve fiziksel koşullardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada elde edilen bulgulara göre ortoreksiya nervroza ile sosyo – ekonomik düzey değişkeni arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p=.78$, $p>0.05$). Bu sonuç, bireylerin ortoreksiya nervroza düzeylerinin sosyo – ekonomik düzeyden etkilenmediğini göstermektedir. Ortorektik bireyler için besinlerin maliyetinden çok sağlıklı olması daha önemlidir. Bu nedenle sosyo-ekonomik düzey ile ON arasında herhangi bir fark bulunmadığı düşünülmektedir. Literatür taraması sonucunda araştırma bulgusunu destekleyen ve desteklemeyen herhangi bir çalışmaya ulaşılmamıştır.

Araştırmada elde edilen bulgulara göre, kronik hastalığı olan üniversite öğrencileri ile kronik hastalığı olmayan üniversite öğrencilerinin ortoreksiya nervoza durumları arasında fark görülmektedir. Kronik hastalığı olan üniversite öğrencilerinin puan ortalamaları ($\bar{X} = 37.61$), kronik hastalığı olmayan üniversite öğrencilerinden ($\bar{X} = 37.82$) daha düşüktür. Buna göre kronik hastalığı olan üniversite öğrencileri, kronik hastalığı olmayan üniversite öğrencilerine göre daha yüksek ortorektik eğilimler göstermektedir. Yapılan t-testi sonucuna göre, kronik hastalığı olan ve kronik hastalığı olmayan öğrencilerin ortoreksiya nervoza durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = .82$, $p > 0.05$). Arusoğlu (2006), ortoreksiya nervoza belirtilerini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada doktor teşhisiyle konulmuş herhangi bir hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında ortoreksiya eğilimi açısından herhangi bir fark bulunmamıştır. Ortorektikler sağlıklı bir bedene sahip olmak için sağlıklı besinlerle beslenme konusunda aşırı derecede uğraşmaktadırlar. Bu nedenle kronik hastalığın olup olmaması ortoreksiya eğilimini etkilemediği düşünülmektedir.

Araştırmada elde edilen bulgulara göre, sağlıklı beslenme ile ilgili bilgi sahibi olan üniversite öğrencileri ile sağlıklı beslenme ile ilgili bilgi sahibi olmayan üniversite öğrencilerinin ortoreksiya nervoza durumları arasında fark görülmektedir. Sağlıklı beslenme ile ilgili bilgi sahibi olan üniversite öğrencilerinin puan ortalamaları ($\bar{X} = 36.97$), sağlıklı beslenme ile ilgili bilgi sahibi olmayan üniversite öğrencilerinden ($\bar{X} = 38.30$) daha düşüktür. Buna göre sağlıklı beslenme ile ilgili bilgi sahibi olan üniversite öğrencileri, sağlıklı beslenme ile ilgili bilgi sahibi

olmayan üniversite öğrencilerine göre daha yüksek ortorektik eğilimler göstermektedir. Yapılan t-testi sonucuna göre, sağlıklı beslenme ile ilgili bilgi sahibi olan ve olmayan öğrencilerin ortoreksiya nervoza durumları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p=.00$, $p>0.05$). Bu durumun ortorektiklerin sağlıklı beslenme ile ilgili edindikleri bilginin takıntıya dönüşmesi sonucunda eğilimin yükselmesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırma bulgularına göre ortoreksiya nervoza ile sağlıklı beslenme ile ilgili bilgi edinilen kaynak değişkeni arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p=.00$, $p<0.05$). Sağlıklı beslenme ile ilgili okuldan bilgi edinen öğrenciler ile kitap-dergi-broşürden bilgi edinen öğrenciler arasında ($p=.044$, $p<0.05$), kitap-dergi-broşürden bilgi edinen öğrenciler ile diğer kaynaklardan bilgi edinen öğrenciler arasında ($p=.005$, $p<0.05$) ve internetten bilgi edinen öğrenciler ile diğer kaynaklardan bilgi edinen öğrenciler arasında; ($p=.011$, $p<0.05$) ortoreksiya nervoza puanları açısından anlamlı fark bulunmuştur. Ortoreksiya nervoza ile sağlıklı beslenme ile ilgili bilgi edinilen kaynak arasındaki farkın bilgi edinilen kaynakların bilimsel olup olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Yapılan literatür taraması sonucunda araştırma bulguları farklılık göstermektedir. Arusoğlu'nun (2006) yaptığı çalışmada, beslenme ile ilgili bilgilere erişilen kaynaklar konusunda, ortorektik belirti gösterenlerle göstermeyenler arasında herhangi bir farklılığa rastlanmazken, sağlıklı beslenme ile ilgili bilgilere erişim açısından dağılımlar incelendiğinde en çok bilginin kitle iletişim araçlarından sağlandığı, bunu sırasıyla çevre, diyetisyen, doktor ve diğer etkenlerin izlediği, sağlık kulüplerinin de en son bilgi alınan kaynak olduğu bulunmuştur.

Araştırmada elde edilen bulgulara göre, üniversite öğrencilerinin ortorektik belirtiler göstermeleri ile beden algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ve pozitif bir korelasyon göstermiştir ($r=-.173$ ve $p<0.01$). Buna göre, üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervroza eğilimi arttıkça beden algısının da artış gösterdiği bulunmuştur. Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervroza eğilimi arttıkça beden algısının da artış göstermesi, bireylerin sağlıklı beslenme ile ilgili aşırı uğraşları sonucunda dış görünümünün de daha iyi olduğunu varsaymalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatür taraması sonucunda araştırma bulguları ile benzerlik veya farklılık gösteren herhangi bir çalışmaya ulaşılmamıştır.

Araştırma bulgularına göre, üniversite öğrencilerinin ortorektik belirtiler göstermeleri ile obsesif kompulsif bozukluk belirtileri göstermeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ve pozitif bir korelasyon göstermiştir ($r=-.159$ ve $p<0.01$). Buna göre; üniversite öğrencilerinde ortorektik belirtiler arttıkça obsesif kompulsif bozukluk belirtilerinin de artış gösterdiği bulunmuştur. Üniversite öğrencilerinde ortorektik belirtiler arttıkça obsesif kompulsif bozukluk belirtilerinin de artış göstermesi, ortoreksiya nervozanın şiddetiyle bağıntılı olabileceği düşünülmektedir. Literatür incelendiği zaman araştırma bulgularının benzerlik gösterdiği çalışmalara ulaşılmıştır. Kazkondur (2010), üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervroza belirtilerini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada, obsesif kompulsif bozukluk belirtileri arttıkça ortoreksiya nervroza belirtilerinin de artış gösterdiğini bulmuştur. Gezer ve Kabaran (2013), beslenme ve diyetetik bölümü kız öğrencileri arasında görülen ortoreksiya nervosa riskini inceledikleri çalışmada, ortoreksiya nervosa riskindeki artış ile obsesif kompulsif davranış riskindeki artış

arasında ilişki olduğu görülmüştür. Donini'nin (2004) yaptığı çalışmada obsesif kompulsif belirtiler gösteren kişilerde ortorektik eğilimin yüksek olduğu bulunmuştur.

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmaya yönelik sonuçlara ve önerilere yer verilmiştir.

6.1. SONUÇLAR

1. Araştırma sonuçlarına göre; araştırmaya katılan öğrencilerin %37'si sağlıklı beslenme ile ilgili bilgiye sahip olduğunu, %63'ü ise sağlıklı beslenme ile ilgili herhangi bir bilgiye sahip olmadığını ifade etmiştir. Öğrencilerin sağlıklı beslenme ile ilgili en fazla bilgi aldıkları kaynak belirtilen kaynaklar dışındaki diğer kaynaklardır. En az bilgi edinilen kaynaklar ise kitap-dergi-broşür ve internettir.

2. Araştırmaya katılan öğrencilerin ortoreksiya nevroza düzeylerinin ortalamasının üzerinde olduğu görülmüştür ($\bar{X} = 37,81$). Katılımcıların beden algısı ve obsesif kompulsif bozukluk düzeylerinin ise yine ortalamasının üzerinde olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($\bar{X} = 159,84$ - $\bar{X} = 56,83$).

3. Araştırmaya katılan öğrencilerin yaşları ve cinsiyetleri ile ortoreksiya nevroza arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülürken, uyruk değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan KKTC ile KKTC – TC uyruklu öğrenciler arasında, TC ile KKTC – TC uyruklu öğrenciler arasında ve KKTC - TC ve DİĞER uyruklu öğrenciler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur.

4. Araştırmaya katılan öğrencilerin eğitim aldıkları bölüm ile ortoreksiya nevroza arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Rehberlik

ve Psikolojik Danışmanlık bölümü öğrencileri ile Bilgisayar ve Öğretim Teknolojileri Öğretmenliği bölümü ve Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu bölümü öğrencileri arasında ortoreksiya nervoza puanları açısından anlamlı fark bulunmuştur. Zihinsel Engelliler Öğretmenliği bölümü öğrencileri ile Bilgisayar ve Öğretim Teknolojileri Öğretmenliği bölümü ve Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu bölümü öğrencileri arasında ortoreksiya nervoza puanları açısından anlamlı fark bulunmuştur. Ayrıca Bilgisayar ve Öğretim Teknolojileri Öğretmenliği bölümü öğrencileri ile Okul Öncesi Öğretmenliği bölümü öğrencileri arasında ve Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu bölümü öğrencileri ile Okul Öncesi Öğretmenliği bölümü öğrencileri arasında ortoreksiya nervoza puanları açısından anlamlı fark bulunmuştur.

5. Araştırmaya katılan öğrencilerin yaşadıkları yer ve sosyo-ekonomik düzey değişkeni ile ortoreksiya nervoza arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

6. Araştırmaya katılan öğrencilerin ortoreksiya nervoza düzeyleri ile kronik hastalık değişkeni arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülürken, ortoreksiya nervoza düzeyleri ile sağlıklı beslenme ile ilgili bilgiye sahip olma değişkeni arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmektedir.

7. Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlıklı beslenme ile ilgili bilgi edindikleri kaynak ile ortoreksiya nervoza arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Sağlıklı beslenme ile ilgili okuldan bilgi edinen öğrenciler ile kitap-dergi-broşürden bilgi edinen öğrenciler arasında, kitap-dergi-broşürden bilgi edinen

öğrenciler ile diğer kaynaklardan bilgi edinene öğrenciler arasında ve internetten bilgi edinen öğrenciler ile diğer kaynaklardan bilgi edinene öğrenciler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu bulunmuştur.

8. Araştırmaya katılan öğrencilerin ortorektik belirtiler göstermeleri ile beden algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ve pozitif bir korelasyon göstermiştir ($r=-.173$ ve $p<0.01$). Buna göre, üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nevroza eğilimi arttıkça beden algısının da artış gösterdiği bulunmuştur.

9. Araştırmaya katılan öğrencilerin ortorektik belirtiler göstermeleri ile obsesif kompulsif bozukluk belirtileri göstermeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ve pozitif bir korelasyon göstermiştir ($r=-.159$ ve $p<0.01$). Buna göre; üniversite öğrencilerinde ortorektik belirtiler arttıkça obsesif kompulsif bozukluk belirtilerinin de artış gösterdiği bulunmuştur.

6.2. ÖNERİLER

6.2.1.Uygulamaya Yönelik Öneriler

1. Ortoreksiya nervoza henüz yeni bir kavram olduğu için konu ile ilgili çok az sayıda çalışma mevcuttur. Bu nedenle bu konuda daha geniş örnekleme sahip ve çok merkezli durum saptama çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

2. Beslenme eğitiminin sadece beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerine değil, eğitim fakültesinin tüm bölümlerine seçmeli ders olarak sunulması önerilmektedir.

3. Televizyonda, medyanın uyguladığı zorunlu reklamlara “Sağlıklı Beslenme’ ye” ilişkin dikkat çekici reklamlarında eklenmesi önerilmektedir.

4. Okul psikolojik danışmanlarının yeme bozukluklarını önleme programı hazırlamaları ve bu programa öğrenciler ile birlikte aile, öğretmen, okul personeli ve beslenme uzmanlarını da dahil etmeleri önerilmektedir.

5. Ortoreksiya nervoza yeme bozukluğu konusunda üniversite öğrencilerinin bilinçlendirilmesi için bu konuda konferans, seminer çalışmaları yapılması ve broşürler hazırlanması önerilmektedir.

6.2.2. İleriki Araştırmalara Yönelik Öneriler

1. Yapılan çalışmada yaş, cinsiyet, uyruk, eğitim alınan bölüm, yaşanılan yer, sosyo-ekonomik düzey, kronik hastalık, sağlıklı beslenme ile ilgili bilgi değişkenleri ele alınmıştır. İleride yapılacak araştırmalarda farklı değişkenlerin araştırmaya dahil edilmesi önerilmektedir.

2. Bu konudaki araştırmaların eğitimin farklı kademelerinde de yapılması ve mevcut durumun ortaya konması önerilmektedir.

3. İleriki dönemde yapılacak araştırmalar için KKTC’deki tüm üniversite öğrencilerinin araştırmaya dahil edilmesi önerilmektedir.

4. Ortoreksiya nevroza ile beden algısı ve obsesif kompulsif bozukluk arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışmaya, daha farklı değişkenler de eklenerek bu konuda farklı çalışmalar yapılması önerilmektedir.

5. Yapılan çalışmanın örneklemini üniversite öğrencileri oluşturmaktadır. İleride yapılacak çalışmaların farklı gruplara yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Abanoz, Z. (2008). *Obsesif Kompulsif Bozukluklu Hastalarda Yeme Semptomları ile Yeme Semptomlarını Yordayan Obsesif Kompulsif Belirtilerin Araştırılması*. Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Samsun.
- Adıgüzel, E. G. (2015). 06.04. Tarihinde Ortoreksiya Nervoza İle İlgili Görüşme.
- Abay, E., Pulular, A., Öykü, Ç. M., ve Süt, N. (2010). Edirne İli Merkezindeki Lise Öğrencilerinde Obsesif Kompulsif Bozukluğun Epidemiyolojisi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23, 230-237.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2001): DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. Ertuğrul Köroğlu (Çev.).Ankara:Hekimler Yayın Birliği.
- Akpınar, A. (2007). *Ergenlik Döneminde Obsesif Kompulsif Bozukluğun Yaygınlığı*. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul.
- Aksoydan, E. ve Camcı, N. (2009). Türk Sanatçıları Arasında Ortoreksiya Nervozanın Yaygınlığı.*Springer Link*,14(1),33-37.
- Arıcioğlu, A. Ve Tagay, Ö. (2008). Okullarda Ruh Sağlığı Hizmetleri. *Kuramsal Eğitim Bilim*, 1(2), 76-83.

Arusoğlu, G. (2006).*Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya) Belirtilerinin incelenmesi ve Orto-15 Ölçeğinin Uyarlanması*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Arusoğlu, G., Kabakçı, E., Köksal, G., ve Merdol, T.K. (2008). Ortoreksiya Nevroza ve Orto-11'in Türkçe'ye Uyarlama Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(3), 283-291.

Aslan, D. (2004). Beden Algısı ile İlgili Sorunların Yaratabileceği Beslenme Sorunları. *STED (Standart Tıp Eğitim Dergisi)*.13(9), 326-329.

Aydın, C. (2010). *Yeme Tutumu, Ortorektik Belirtiler ve Ana Babaya Bağlanma Arasındaki İlişkiler*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Bakırcıoğlu, R. (2010). *Çocuk ve Ergenlerde Ruh Sağlığı*. Ankara: Anı Yayıncılık.

Balcı, S. Ç., Kumcağız, H., ve Yılmaz, M. (2012). Grupla Psikolojik Danışmanın Üniversite Öğrencilerinin Obsesif Kompulsif Belirti Düzeyleri Üzerine Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 42, 121-130.

Baştuğ, G., Kuru, E. (2009). Bayan Sporcuların Bedenlerini Algılama Düzeyleri ve Cinsiyet Rollerine Üzerine Bir Araştırma. *Gazi Üniversitesi, Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 29(2), 533-555.

Çelikel, F. Ç., Bingöl, T. Y., Yıldırım, D., Tel, H. ve Erkorkmaz, Ü. (2009). Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Yeme Tutumu. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46, 86-90.

Ebert, H. M., Loosen, T. P., & Nurcombe, B. (2003). *Current. Psikiyatri Tanı ve Tedavi*. (Edt: Sunan Birsöz ve Taha Karaman). Ankara: Güneş Kitabevi.

Ercen, Ş. (2015). 23.04. Tarihinde Ortoreksiya Nervoza İle İlgili Görüşme.

Ergüney, E.T. (2012). *Yeme Bozukluğu Hastalarında Tedavi Motivasyonu, Beden İmgesi ve Depresyonun Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Ertekin, A. B. (2010). *Yeme Bozukluğu Hastalarında Aile Ortamının ve Aile İşlevselliğinin Değerlendirilmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul.

Feryal, Ç. F., Yılmaz, B. T., Yıldırım, D., Tel, H., ve Erkorkmaz, Ü. (2009). Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Yeme Tutumu. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46, 86-90.

- Fidan, T., Ertekin, V., Işıkkay, S., and Kırpınar, İ. (2010). Prevalence of Orthorexia Among Medical Students in Erzurum, Turkey, *Comprehensive Psychiatry*, 51(1): 49-54.
- Gezer, C. ve Kabaran, S. (2013). Beslenme ve Diyetetik Bölümü Kız Öğrencileri Arasında Görülen Ortoreksiya Nervosa Riski. *Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 14-22.
- Gizir, C. A. (2010). Üniversite Psikolojik Danışma ve Rehberlik Merkezleri'nin Rol ve İşlevleri: Gelişmeler ve Sınırlılıklar. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 6(2), 11-25.
- Işık, B. (2009). *Uludağ Üniversitesi Öğrencilerinde Yeme Bozukluklarının Araştırılması*. Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Bursa.
- Kazkondur, İ. (2010). *Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervosa (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) Belirtilerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Kontbay, E. (2010). *Yeme Tutum ve Davranışları ile Anne-Babaya Bağlanma ve Mükemmeliyetçilik Arasındaki İlişkiler*. Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon.

Korkut, O. F. (2011). *Okul Temelli Önleyici Rehberlik ve Psikolojik Danışma*. Ankara: Anı Yayıncılık.

Köroğlu, E. (2001). Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Kutlu, B. (2009). *Beden İmajının Gelişim ve Sağlıklı Beden Ağırlığının Korunmasında Yemeyle İlgili Tutumlar, Temel İnançlar ve Ebeveyn Bağlanmanın Rolü*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Oğlağı, Z. (2012). *Yeme Bozukluklarında Çocukluk Çağı Travmalarının Benlik Saygısı ve Beden Algısı Değişkenleri Üzerine Etkisi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul.

Okburan, G. (2015). 21.05. Tarihinde Ortoreksiya Nervoza İle İlgili Görüşme.

Oktan, V. (2012) Beden İmajı ve Reddedilme Duyarlılığının Öznel İyi Oluşu Yordama Gücü. *Eğitim Bilimleri ve Uygulama*, 11(22), 119-134.

Oktan, V. ve Şahin, M. (2010). Kız Ergenlerde Beden İmajı ile Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7(2).

- Orak. S., Akgün, S., ve Orhan, H. (2006). Süleyman Demirel Üniversitesi Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının Araştırılması. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 13(2), 5-11.
- Otçeken, M. K. (2012). *Obezitesi Olan ve Olmayan 14 – 17 Yaş Aralığındaki Ergenlerin Ruhsal Süreçlerinin, Beden Algıları, Aile Özellikleri ve Beslenme Alışkanlıkları Yönünden İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul.
- Öksüz, Y. (2012). Üniversite Öğrencilerinin Özerklik Düzeyleri ile Vücut Algıları Arasındaki İlişki. *Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi*, 28, 69-77.
- Özdemir, H. ve Rekazi, M. (2007). Depresyon Saptanmasında Genel Sağlık Anketi-12. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(1):13-21.
- Özsoylar, G., Sayın, A. ve Candansayar, S. (2008). Panik Bozukluğu ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarının Yeme Tutumları Açısından Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 11, 17-24.
- Santrock, W. J. (2012). *Yaşam Boyu Gelişim*. (Edt: Galip Yüksel). Ankara: Nobel Yayıncılık.

- Sart, C. (2008). *Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumlarının Bazı Değişkenlere Göre Yordanması*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Sayar, K., Kaya, U. I., ve Acar, B. (1999). Obsessif Kompulsif Bozuklukta Fenomenoloji. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 9(3),142-147.
- Selvi, Y., Beşiroğlu, L., Akbaba, A. T., Aydın, A., Özbebit, Ö., Atli, A., ve Özdemir, O. (2010). Van İl Merkezi Lise Son Sınıf Öğrencilerinde Obsesif Kompulsif Bozukluk Yaygınlığı. *Klinik Psikiyatri*, 13,5-13.
- Semiz, M., Kavakçı, Ö., Yağız, A., Yontar, G. ve Kugu, N. (2013). Sivas İl Merkezinde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*,24(3), 149-57.
- Tanrıöğen, A. (Ed.) (2011). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Tezcan, B. (2009). *Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Travmatik Geçmiş Yaşantılar*. Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Uğurlu, N., ve Akın, H. (2008). Muğla Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Beden Benlik Algısı ve Psikolojik Sıkıntı Belirtileri ile İlişkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(4),38-47.

- Uskun, E., ve Şabaplı, A. (2013). Lise Öğrencilerinin Beden Algıları ile Yeme Tutumları Arasındaki İlişki. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(5), 519-528.
- Vaıçelik, S., Gürsel, S. Ö., Güraksın, A., ve Beyhun, E. (2007). Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Bilgi ve Alışkanlıkları ile İlişkili Faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (4), 242-248.
- Vardar, E. ve Erzenzin, M. (2011). Ergenlerde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Psikiyatrik Eş Tanıları İki Aşamalı Toplum Merkezli Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22.
- Wang, L.Y., Gutin, B., & Barbeau, P. (2008). Costeffectiveness of a School - Based Obesity Prevention Program. *J Sch Health*. 78, 619-624.
- Yabancı, N. (2011). Okul Sağlığı ve Beslenme Programları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(3), 361-368.
- Yüksel, Ş. F. (2008). Ortaöğretimdeki Öğrenci Görüşlerine Göre Psikolojik Danışma ve Rehberlik Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 5(2).

EKLER

Ek.1. Kişisel Bilgi Formu

1.Yaş: 18-20() 21-25() 26-30() 31-35() 35 ve üzeri()

2.Cinsiyet:.....

3. Uyruğunuz: K.K.T.C () T.C () K.K.T.C – T.C () DİĞER ()

4.Eğitim Aldığınız Bölüm:.....

5.Yaşadığınız Yer:

- Aile İle Birlikte.....
- Tek Başına.....
- Evde Ev Arkadaşları ile Birlikte.....
- Yurtta.....

6.Sosyo-Ekonomik Durumunuz:.....

7.Kronik Bir Hastalığınız Var mı? Evet() Hayır()

8. Sağlıklı Beslenme İle İlgili Bilgiye Sahip misiniz? Evet () Hayır ()

CEVABINIZ EVET İSE 9. SORUYU YANITLAYINIZ

9. Sağlıklı Beslenme İle İlgili Bilgiyi Nereden Aldınız?

Aile ()

İnternet ()

Okul ()

Kulaktan Duyma ()

Kitap/Dergi/Broşür ()

Diğer ()

Ek.2. Orto-11 Testi

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

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

- 1- Yemek yerken yediklerinizin kalorisine dikkat eder misiniz? () () () ()
- 2- Çeşitli yiyeceklerin olduğu bir yerde yiyecek seçmek () () () ()
durumunda kalırsanız kararsızlık yaşar mısınız?
- 3- Son üç ay içerisinde besinler konusunda endişelendiğiniz oldu mu? () () () ()
- 4- Sağlığınızla ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi? () () () ()
- 5- Yemeğinizin sağlıklı olması sizin için lezzetli olmasından () () () ()
daha mı önemlidir?
- 6- Daha sağlıklı, daha taze besinler satın almak için daha fazla para () () () ()
harcamak ister misiniz?
- 7- Sağlıklı beslenme ile ilgili düşünceler sizi günde üç saatten fazla () () () ()
meşgul eder mi?
- 8- Sağlıksız olduğunu düşündüğünüz besinleri yediğiniz olur mu? () () () ()

9- Sizce, ruhsal durumunuz yeme düzeninizi etkiler mi? () () () ()

10- Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanlarını tüketmek kendinize () () () ()
olan güveninizi artırır mı?

11- Uyguladığınız beslenme tipi yaşam tarzınızı değiştirir mi? () () () ()
(Dışarıda yeme sıklığı, arkadaşlar vb. açıdan)

12- Sağlıklı beslenmenin dış görünümünüzü daha iyi hale () () () ()
getirebileceğini düşünür müsünüz?

13- Sağlıksız beslendiğinizde kendinizi suçlu hissedersiniz? () () () ()

14- Piyasada sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz? () () () ()

15- Son zamanlarda yemeklerinizi özellikle tek başına yemeği mi () () () ()
tercih edersiniz?

Ek.3. Beden Algısı Ölçeği

Aşağıda çeşitli vücut özellikleri ve beğenip beğenmeme ifadeleri bulunmaktadır. Yapmanız gereken, bir vücut özelliğiniz hakkındaki duygularınızı bu ifadelere göre değerlendirmektir. Örneğin bir vücut özelliğinizi çok beğeniyorsanız, bu özellik için “çok beğeniyorum” ifadesinin bulunduğu kutuya “X” işareti koyunuz. Herhangi bir vücut özelliğinizi genel olarak beğenip beğenmediğinize göre duygularınızı değerlendiriniz.

	Çok Beğeniyorum	Oldukça Beğeniyorum	Kararsızım	Pek Beğenmiyorum	Hiç Beğenmiyorum
1.Saçlarım					
2.Yüzümün Rengi					
3.İştahım					
4.Ellerim					
5.Vücudumdaki Kıl Dağılımı					
6.Burnum					
7.Fiziksel Gücüm					
8.İdrar-Dışkı Düzenim					
9.Kas Kuvvetim					
10. Belim					
11.Enerji Düzeyim					
12.Sırtım					
13.Kulaklarım					
14.Yaşım					

15.Çenem					
16.Vücut Yapım					
17.Profilim					
18.Boyum					
19.Duyularımın Keskinliği					
20.Ağrıya Dayanıklılığım					
21.Omuzlarımın Genişliği					
22.Kollarım					
23.Göğüslerim					
24.Gözlerimin Şekli					
25.Sindirim Sistemim					
26.Kalçalarım					
27.Hastalığa Direncim					
28.Bacaklarım					
29.Dişlerimin Şekli					
30.Cinsel Gücüm					
31.Ayaklarım					
32.Uyku Düzenim					
33.Sesim					
34.Sağlığım					
35.Cinsel Faaliyetlerim					
36.Dizlerim					
37.Vücudumun Duruş Şekli					
38.Yüzümün Şekli					

39.Kilom					
40.Cinsel Organlarım					

Ek.4. Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri

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

- | | | |
|---|-------|--------|
| 1. Bana bir hastalık bulaşır korkusuyla herkesin kullandığı telefonları kullanmaktan kaçınırım. | Doğru | Yanlış |
| 2. Sık sık hoşla gitmeyen şeyler düşünür, onları zihnimden uzaklaştırmakta güçlük çekerim. | Doğru | Yanlış |
| 3. Dürüstlüğe herkesten çok önem veririm. | Doğru | Yanlış |
| 4. İşleri zamanında bitiremediğim için çoğu kez geç kalırım. | Doğru | Yanlış |
| 5. Bir hayvana dokununca hastalık bulaşır diye kaygılanırım. | Doğru | Yanlış |
| 6. Sık sık havagazını, su musluklarını ve kapıları birkaç kez kontrol ederim. | Doğru | Yanlış |
| 7. Değişmez kurallarım vardır. | Doğru | Yanlış |
| 8. Aklıma takılan nahoş düşünceler hemen hemen her gün beni rahatsız eder. | Doğru | Yanlış |
| 9. Kaza ile başkasına çarptığımda rahatsız olurum. | Doğru | Yanlış |

10. Hergün yaptığım basit günlük işlerden bile emin olamam. Doğru Yanlış
11. Çocukken annem de babam da beni fazla sıkımazlardı. Doğru Yanlış
12. Bazı şeyleri tekrar tekrar yaptığım için işimde geri kaldığım oluyor. Doğru Yanlış
13. Çok fazla sabun kullanırım. Doğru Yanlış
14. Bana göre bazı sayılar son derece uğursuzdur. Doğru Yanlış
15. Mektupları postalamadan önce onları tekrar tekrar kontrol ederim. Doğru Yanlış
16. Sabahları giyinmek için uzun zaman harcarım. Doğru Yanlış
17. Temizliğe aşırı düşkünüm. Doğru Yanlış
18. Ayrıntılara gereğinden fazla dikkat ederim. Doğru Yanlış
19. Pis tuvaletlere giremem. Doğru Yanlış
20. Esas sorunum bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmemdir. Doğru Yanlış
21. Mikrop kapmak ve hastalanmaktan korkar ve kaygılanırım. Doğru Yanlış

22. Bazı şeyleri birden fazla kontrol ederim. Doğru Yanlış
23. Günlük işlerimi belirli bir programa göre yaparım. Doğru Yanlış
24. Paraya dokunduktan sonra ellerimi kirli hissedirim. Doğru Yanlış
25. Aldığım bir işi yaparken bile kaç kere yaptığımı sayarım. Doğru Yanlış
26. Sabahları elimi yüzümü yıkamak çok zamanımı alır. Doğru Yanlış
27. Çok miktarda mikrop öldürücü ilaç kullanırım. Doğru Yanlış
28. Her gün bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek bana zaman kaybettirir. Doğru Yanlış
29. Geceleri giyecekleri katlayıp asmak uzun zamanımı alır. Doğru Yanlış
30. Dikkatle yaptığım bir işin bile tam doğru olup olmadığına emin olamam. Doğru Yanlış
31. Kendimi toparlayamadığım için günler, haftalar hatta aylarca hiçbir şeye el sürmediğim olur. Doğru Yanlış
32. En büyük mücadelelerimi kendimle yaparım. Doğru Yanlış

33. Çoğu zaman büyük bir hata ya da kötülük yaptığım duygusuna kapılırım.

Doğru Yanlış

34. Sık sık kendime bir şeyleri dert edinirim.

Doğru Yanlış

35. nemsiz ufak tefek işlerde bile karar verip işe girişmeden önce düşünürüm.

Doğru Yanlış

36. Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır.

Doğru Yanlış

37. Bazen nemsiz düşünceler aklıma takılır ve beni günlerce rahatsız eder.

Doğru Yanlış

Ek.5. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin İzni ile İlgili Yazışma Dökümleri

RE: ölçek izni

Gülcan Arusoğlu (gulcan.arusoglu@izu.edu.tr)

ORTO-11 testinin iznini verebilirim sana. Biz ORTO-15'i Türkçeye uyarlayıp yeni halini 11 olarak değiştirdik. Tabii ki ölçeği kullanabilirsin.

Başarılarının devamını dilerim.

GA

From: meryem tatarlar [mailto:meryem_tatarlar@hotmail.com]

To: Gülcan Arusoğlu

Subject: ölçek izni

Sayın Gülcan Arusoğlu;

Ben Kıbrıs'tan Yakın Doğu Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü öğrencisi Meryem Tatarlar Ercen. Yüksek Lisansa devam etmekteyim. Şu anda tez aşamasındayım. "Üniversite Öğrencilerinin Ortoreksiya Nervoza Düzeyleri ile Beden Algısı ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu bir araştırma yapmaktayım. Be nedenle Orto-15 Testini kullanmak için izninizi rica ediyorum. Teşekkür Ediyorum.

Saygılarımla

Meryem Tatarlar Ercen

Re: Ölçek İzni

selim hovardaoglu (shovardaoglu@yahoo.com)

merhaba, ölçeği kullanabilirsiniz, saygılarımla

Prof. Dr. Selim Hovardaoglu

Ankara Üniversitesi

Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi

Psikoloji Bölümü

meryem tatarlar <meryem_tatarlar@hotmail.com> wrote:

Subject: Ölçek İzni

To: "shovardaoglu@yahoo.com" <shovardaoglu@yahoo.com>

Sayın İsmail Selim Hovardoğlu;

Ben Kıbrıs'tan Yakın Doğu Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü öğrencisi Meryem Tatarlar Ercen. Yüksek Lisansa devam etmekteyim. Şu anda tez aşamasındayım. "Üniversite Öğrencilerinin Ortoreksiya Nervoza Düzeyleri ile Beden Algısı ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu bir araştırma yapmaktayım. Be nedenle Beden Algısı Ölçeğini kullanmak için izninizi rica ediyorum. Teşekkür Ediyorum.

Saygılarımla

Meryem Tatarlar Ercen

Re: Ölçek İzni

Nese.Erol@medicine.ankara.edu.tr (Nese.Erol@medicine.ankara.edu.tr)

Kime: meryem tatarlar

Maudsley Obsesif Kompulsif soru listesini çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Basarı dileklerle

Nese Erol

meryem tatarlar yazmış:

Sayın Neşe Eol;

Ben Kıbrıs'tan Yakın Doğu Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü öğrencisi Meryem Tatarlar Ercen. Yüksek Lisansa devam etmekteyim. Şu anda tez aşamasındayım. "Üniversite Öğrencilerinin Ortoreksiya Nervoza Düzeyleri ile Beden Algısı ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu bir araştırma yapmaktayım. Bu nedenle Maudsley Obsesif Kompulsif Envanterini kullanmak için izninizi rica ediyorum. Teşekkür Ediyorum.

Saygılarımla

Meryem Tatarlar Ercen