



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**GEBELERDE ORTOREKSİYA NERVOZA EĞİLİMİNİN
BELİRLENMESİ**

RUVEYDA ALTINER

EBELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr.Öğr.Üyesi. FİLİZ OKUMUŞ

İSTANBUL- 2019

TEZ ONAYI



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Ruveyda ALTINER



TEŞEKKÜR

Araştırmanın planlanmasında ve yürütülmesinde sabır ve anlayışla beni destekleyen danışman hocam Dr. Öğretim Üyesi Filiz OKUMUŞ'a,

Araştırmaya katılmayı kabul eden İstanbul Medipol Mega Üniversite Hastanesine, hastanenin Kadın Doğum polikliniği çalışanlarına ve araştırmaya katılmayı kabul eden gebe kadınlara,

Değerli zamanlarını ayırarak sınavıma gelen ve katkı sağlayan Dr. Öğr. Üyesi Zübeyde EKŞİ GÜROĞLU ve Dr. Öğr. Üyesi Esra KÖROĞLU ÇAMDEVİREN'e

Bu zorlu süreçte maddi ve manevi desteğini esirgemeyen, yaşamım boyunca her zaman yanımda olan, sevgi ve sıcaklıklarını hissettiğim babam Harun ALTINER'e, annem Fatma ALTINER'e ve kız kardeşlerime,

Bu süreçte bana her türlü desteği veren arkadaşım Ebe Eylem KALYONCU'ya teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	i
BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iii
KISALTMA ve SİMGELER LİSTESİ.....	vii
TABLolar LİSTESİ	viii
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER.....	7
4.1 Gebelikte Beslenme	7
4.1.1 Gebelikte Beslenmenin Önemi	9
4.1.2 Gebelikte kilo alımı ve enerji gereksinimi.....	10
4.1.3 Öğün zamanlarının önemi.....	13
4.2 Yeme Bozukluklarının Tanımı ve Sınıflandırılması.....	14
4.2.1 Anoreksiya nervoza	15
4.2.2 Bulimia nervoza.....	16
4.2.3 Tıkanırmasına yeme bozukluğu	16
4.2.4 Tanımlanmış yeme bozukluğu.....	17
4.3 Ortoreksiya Nervoza.....	17
4.3.1 Ortoreksiya nervoza eğilimi nasıl belirlenir?.....	20
4.3.2 Ortoreksiya nevroza etyolojisi	20
4.3.3 Ortoreksiya nervozanın epidemiyolojisi.....	21
4.3.4 Ortoreksiyanervoza kriterleri	22
4.3.5 Ortoreksiyanervozanın tedavisi	24
4.3.6 Ortoreksiya nervozanın ebelik bakımı ilişkisi	25

4.4	DSM-V Tanı Kriterlerinde Yer Almayan Diğer Yeme Bozuklukları	26
4.4.1	Bigoreksiya (kas dismorfizmi)	26
4.4.2	Kuş gibi beslenme.....	27
4.4.3	Pika	27
4.5	Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Yeme Bozukluğu Arasındaki İlişki.....	28
4.6	Ortoreksiya Nervoza ve Obsesif Kompulsif Arasındaki İlişki	28
4.7	Obsesif Kompulsif Bozukluk	28
4.7.1	Obsesikompulsif bozukluk etiyolojisi	29
4.7.2	Obsesif kompulsif bozukluğun epidemiyolojisi	30
4.7.3	Obsesif kompulsif bozukluk tanı kriterleri	31
4.8	Gebelikte Yeme Bozukluğu.....	33
4.9	Çalışmanın Ebelik Alanına Katkısı	39
5.	MATERYAL ve METOT	40
5.1	Araştırmanın Amacı ve Tipi	40
5.2	Araştırmanın Soruları	40
5.3	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	40
5.4	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	40
5.5	Verilerin Toplanması	41
5.5.1	Tanımlayıcı bilgi formu	41
5.5.2	ORTO-11 ölçeği	42
5.5.3	Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)	43
5.6	Araştırmanın Uygulanması	44
5.7	Verilerin Değerlendirilmesi	45
5.8	Etik Çalışmalar	45
6.	BULGULAR.....	46
6.1	Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulgular	46

6.2	Araştırmada Kullanılan ORTO-11 Ölçeği ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesinden Alınan Puanlar ve Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	49
6.3	Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Ölçek Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılmasına Ait Bulgular	52
7.	TARTIşMA.....	57
7.1	Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulguların Tartışılması (Tablo 6.1.1-2) 57	
7.2	Gebelerin ORTO-11 Ölçeği ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesinden Aldıkları Puanlar ve Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması (Tablo 6.2.1-3)	58
7.3	Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Ölçek Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılmasına Ait Bulguların Tartışılması (Tablo 6.3.1-8)	60
8.	SONUÇ VE ÖNERİLER	64
9.	KAYNAKLAR	66
10.	EKLER	78
11.	ETİK KURUL ONAYI.....	86
12.	ÖZGEÇMİş	89

KISALTMA ve SİMGELER LİSTESİ

ON: Ortoreksiya nervoza

BKI: Beden kitle indeksi

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V

AN: Anoreksiya nervoza

BN: Bulimiya nervoza

MOKSL: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi

OKB: Obsesif kompulsif bozukluk

TJOD: Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği



TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1.1. Gebelik Döneminde Besin Grupları ve Önerilen Günlük Alım Miktarları (Por/Gün)	8
Tablo 4.1.2. Gebelikte kilo artış dağılımı (40. hafta)	11
Tablo 4.1.3. Beden kitle indeksi değerleri	11
Tablo 4.1.4. Gebelik öncesi ağırlığa göre kilo alışı önerileri	12
Tablo 4.1.5. Gebelik öncesi ağırlığa göre ek alınması gereken kalori miktarları.....	13
Tablo 4.8.1. Prenatal Dönemde Yeme Bozuklukları Taramasında Sorulabilecek Örnek Sorular.....	36
Tablo 4.8.2. Yeme Bozukluğuna Sahip Kadınlara Amerikan Gebelik Derneği'nin Önerileri	38
Tablo 6.1.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımları (N=367)	47
Tablo 6.1.2. Gebelerin Obstetrik ve Beslenme Özelliklerinin Dağılımları (N=367)	48
Tablo 6.2.1. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre ORTO-11 Ölçeği ve MOKSL Puanlarına Göre Dağılımı	49
Tablo 6.2.2. ORTO-11 Ölçeği Puan Ortalaması ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi Alt Boyut Ortalamaları.....	50
Tablo 6.2.3. Gebelerin ORTO-11 Ölçeği ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesinden Aldıkları Puanların Korelasyonu.....	51
Tablo 6.3.1. Gebelerin Yaşlarına Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=367).....	52
Tablo 6.3.2. Gebelerin Öğrenim Düzeylerine Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(N=367)	53
Tablo 6.3.3. Gebelerin Gebelikte Çalışma Durumuna Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(N=367).....	53
Tablo 6.3.4. Gebelerin Aile Gelir Algısına Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(N=367)	54
Tablo 6.3.5. Gebelerin Gebelik Sayısına Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(N=367)	54
Tablo 6.3.6. Gebelerin Gebelik Öncesi Beden Kitle İndeksine Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=367).....	55

Tablo 6.3.7.Gebelerin Gebelikte Sigara Kullanma Durumuna Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(N=367).....	56
Tablo 6.3.8. Ölçek Puan Ortalamalarının Gebelerin Öğün Sayısı Durumuna Göre Karşılaştırılması(N=367).....	56



1. ÖZET

GEBELERDE ORTOREKSİYA NERVOZA EĞİLİMİNİN BELİRLENMESİ

Sağlıklı olmak ve yaşam kalitesini arttırmak için beslenmenin yeterli ve dengeli olması gerekmektedir. Bazen sağlıklı beslenme tutumunda aşırıya kaçmak yeme bozukluğuna neden olabilmektedir. Beslenme tutumlarında meydana gelen bozulmalar bireyin yeterli ve dengeli beslenmesini engelleyebilmektedir. Sağlıklı beslenme takıntısı Steven Bratman tarafından ortoreksiya nervoza olarak tanımlanmıştır. Gebelikte yeterli ve dengeli beslenme anne ve bebek sağlığı için önemli bir konudur. Bu araştırma gebelerde ortoreksiya nervoza eğilimi, sıklığı ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma, tanımlayıcı tipte olup Medipol Sağlık Grubu'na bağlı özel bir hastanede yapılmıştır. Araştırma örneklemini Haziran- Ağustos 2017 tarihlerinde araştırmanın yapıldığı hastaneye başvuran 367 gebe kadından oluşmuştur. Verilerin toplanmasında Tanımlayıcı Bilgi Formu, Donini et al. (2005) tarafından geliştirilen ve Arusoğlu (2008) tarafından revize edilen ORTO-11 Ölçeği ve Türkçe'ye uyarlaması Erol ve Savaşır (1988) tarafından yapılan Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi kullanılmıştır. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesinin kesme değeri 16 puan, ORTO-11 Ölçeğinin kesme değeri 27 olarak alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Kruskal Wallis, Man Whitney U ve Spearman Korelasyon testi kullanılmıştır. Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 29.31 ± 4.49 'di. Gebelerin %63.8'i ortoreksiya nervoza eğilimi gösterirken, çalışan gebelerde ortoreksiya nervoza eğiliminin istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlendi. Çalışmamızda gebelerin ortoreksiya nervoza eğilimi göstermeleriyle obsesif kompulsif eğilim göstermeleri arasında ilişki bulundu. Gebelerin yaş grupları, öğrenim düzeyi, aile gelir algısı, gebelik sayısı, beden kitle indeksi, sigara kullanımı ve günlük öğün sayısı ile ortoreksiya nervoza eğilimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Ebelerin, antenatal takipleri sırasında gebenin beslenmesi üzerinde durmaları anne ve bebek sağlığı açısından hayati önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Beslenme, Ebelik, Gebelik, Ortoreksiya Nervoza, ORTO-11

2. ABSTRACT

DETERMINATION OF THE ORTHOREXIA NERVOSA TENDENCY AMONG PREGNANT WOMEN

In order to be healthy and improve the quality of life, nutrition should be adequate and balanced. Sometimes excessive eating habits can lead to eating disorders. Disruptions in nutrition attitudes may prevent adequate and balanced nutrition of the individual. The obsession with healthy eating is described by Steven Bratman as orthorexia nervosa. Adequate and balanced nutrition during pregnancy is an important issue for the health of mother and baby. The purpose of this study is to determine the tendency, frequency and the factors affecting orthorexia nervosa in pregnant women. This descriptive study is conducted in a private hospital of Medipol Health Group. The sample of the study consisted of 367 pregnant women who applied to the hospital between June and August 2017. The Descriptive Information Form for the collection of the data is obtained from Donini et al. (2005) and revised by Arusoğlu (2008). The Maudsley Obsessive Compulsive Question List had a cut-off value of 16 points and an ORTO-11 scale with a cut-off value of 27. Kruskal Wallis, Man Whitney U and Spearman Correlation test are used to evaluate the data. The mean age of the pregnant women who participated in the study is 29.31 ± 4.49 . While 63.8% of the pregnant women had a tendency to orthorexia nervosa, it is found that the tendency of orthorexia nervosa is higher in working pregnant women. In our study, we found a relationship between the tendency of orthorexia nervosa and the obsessive compulsive tendency of pregnant women. There was no statistically significant difference between the age groups, education level, family income perception, number of pregnancies, body mass index, smoking and daily meals and tendency to orthorexia nervosa. It is vital for midwives to emphasize the nutrition of pregnant women during antenatal follow-up.

Keywords: Nutrition, Midwifery, Pregnancy, Orthorexia nervosa, ORTO-11

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlıklı olmak ve yaşam kalitesini arttırmak için yeterli ve dengeli beslenmek önemlidir. Yeterli ve dengeli beslenme için bedenin ihtiyacı olan besin gruplarını yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda almak gerekir [1]. Gebelik, kadınlar için yeterli ve dengeli beslenmeye daha çok önem verilmesi gereken bir dönemdir. Çünkü bu dönemde meydana gelen fizyolojik değişikliklere vücudun uyum sağlayabilmesi için gebenin besin depoları normal düzeylere getirilmelidir. Gebelikte besin depolarını normal düzeylere getirmek fetüsün fiziksel ve mental yönden sağlıklı gelişmesi ile yakından ilişkilidir [2, 3]. Bundan dolayı gebelik döneminde beslenme, üzerinde önemle durulması gereken bir konudur.

Gebelik, kadın hayatı için önemli bir yaşam deneyimidir. Ancak bazı kadınlarda bu dönemde kilo alımı ve vücut şeklindeki değişiklikler, beslenme durumunda bozukluklara neden olabilir [4]. Beslenme bozukluğu, besinlerin tüketilmesi ve yeme ilişkili davranışlarda kronik bozulma ile karakterize, fiziksel ve psikolojik sağlığı olumsuz yönde etkileyen bir durumdur [5]. Yeme bozuklukları fonksiyonel sorunlar, tıbbi komplikasyonlar ve intihara kadar varabilen sonuçları getirebilmektedir [5]. Gebelik, yeme bozukluğunun başlaması veya nüksetmesi için kırılgan bir dönemdir [6, 7]. Yeme bozukluğu olan bireylerin gebelik döneminde bozuk yeme davranışlarının daha çok kötüleştiği düşünülmektedir [8]. Gebelik döneminde yapılan taramalar yeme bozukluklarının tanınmasında yardımcı olabilir.

Yeme bozukluklarının perinatal etkisi hakkında yapılan bir çalışmada anorektik gebelerde anemi, fetal büyüme geriliği, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, perinatal ölümler görülürken tıkanırçasına yeme bozukluğu olan gebelerde maternal hipertansiyon, doğum süresinin uzaması ve postterm gebelikler artmaktadır. Bulimia nervozalı gebelerde doğumda yetersiz kasılmalar, çok düşük APGAR skorları ve yenidoğan canlandırma ihtiyacı daha fazla görülmektedir [9]. Hollanda'da yapılan bir çalışmada yeme bozukluğu olan annelerin emzirme sıklıklarının daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır [10]. Gebelikte görülen besin dışı maddelerin tüketimi, pika, bulantı, karın ağrısı, kabızlık ve yetersiz besin alımı gibi durumlar, anne ve bebek için

yüksek riskli gebelikler olan erken doğum, düşük doğum ağırlığı, mikrosefali ve perinatal mortalitede artışa neden olmaktadır [11, 12]. Brezilya’da yapılan kesitsel bir araştırmaya göre; gebelikte yeme bozukluğu prevalansı %7.6, pika prevalansı %5.7 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca yeme bozukluğu olanlarda anksiyete ve depresif belirtilerin anlamlı derecede arttığı gözlemlenmiştir [13].

Bireyin sağlığı için yeterli ve dengeli beslenme dikkat edilmesi gereken önemli bir konu olsa da bu konuda takıntı derecesinde aşırıya kaçılması da farklı bir yeme bozukluğunu ortaya çıkarmaktadır. Steven Bratman 1997 yılında sağlıklı sağlıklı beslenme davranışının sağlıksız bir saplantı haline gelmesini “Ortoreksiya Nervoza” adı altında olarak tanımlamıştır [14]. Yeme bozuklukları, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı’nda (DSM-V, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V, 2013) psikolojik tanı olarak ele alınmasına rağmen Ortoreksiya Nervoza yeterli tanı kriterleri olmadığı için ihmal edilmiştir [15]. Ortoreksiya Nervoza için tanı kriterlerine yönelik yapılan çalışmalarda Gleaves et al. (2013), Moroze ve ark. (2015), Dunn et al. (2016) tarafından ortoreksiya nervoza tanı kriterlerini oluşturmuşlardır [16, 17, 18]. Ortoreksiya nervoza (ON), diğer bir deyişle sağlıklı beslenme takıntısı, kişinin yaşantısında etkili olan sağlıklı besin tüketme arzusu, sağlıklı gıdalara ulaşmak için çılgınlık düzeyinde mental uğraş olarak kendini gösteren bir yeme bozukluğudur [19, 20]. Ortoreksiya nervozası olan kişilerin zayıf olma isteğinden ziyade sağlıklı gıdalar tüketme arzusu ön plandadır. Zamanla, diyet daha katılaşır ve “sağlıksız” olarak sınıflandırılan yiyecekleri yemek, suçluluk duygusuna, hasta olma korkusuna ve daha katı bir diyeti takip etme gibi kişinin kendini cezalandırma davranışlarına neden olur [21]. Ortoreksiya nervoza bozukluğu olan bireyler, mükemmel olma çabasından dolayı besinlerini giderek azaltma davranışı göstermektedirler. Bu nedenle ortoreksiya nervozalı kişilerin tükettikleri gıda çeşidi azalmaktadır. Bu durum malnütrisyona neden olmaktadır. Ayrıca osteoporoz, menstrüasyon siklusunun bozulması ve bradikardi sonucu gelişen kalp rahatsızlıkları da görülebilmektedir [4, 22].

Ortoreksiya nervoza sıklığının araştırıldığı çalışmalarda prevalansın %6.9 ile %81.8 arasında değiştiği görülmüştür [20, 23]. Donini et al. (2005) tarafından İtalya’da 404 katılımcı ile yapılan çalışmada ortoreksiya nervoza sıklığı %6.9 olarak

bulunmuştur [20]. Farklı bir çalışmada ise katılımcıların %34'ünün bazı ortorektik davranışlar gösterdiği, %12.8'inin ortoreksiya nervoza eğilimi gösterdiği saptanmıştır [24]. Shah (2012) tarafından 172 öğrenci arasında yapılan çalışmada, katılımcıların %69'unun ortorektik olduğunu saptamıştır [25]. Genel popülasyonda ortoreksiya nervoza konulu bir araştırmada ise katılımcıların %57.6'sında ortoreksiya nervoza eğilimi görülmüştür [26]. ORTO-15'in Almanca Versiyonu konulu 1029 kişinin katıldığı çalışmada ise katılımcıların %69.1'inde ortoreksiya nervoza eğilimi saptanmıştır [27].

Türkiye'de ise Bosi ve ark. (2007) tarafından yılında tıp doktorlarında ortoreksiya nervozayı araştıran çalışmalarında, katılımcıların %45.5'inin 40 puan ve altı aldığını, cinsiyet, yaş ve beden kitle indeksi ile ON arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Bununla birlikte bir ürünü satın alırken içeriğinin önemli olduğunu belirtenler ve kilolarını sıklıkla kontrol edenlerin ON eğilimlerinin yüksek olduğu ortaya çıkmıştır [28]. Arusoğlu (2006) tarafından yapılan çalışmada eğitim seviyesindeki düşüşün ON eğilimini arttırdığını tespit etmiştir. Eğitim süresi ile yaş ortalaması düştükçe ON eğiliminin arttığını, evli kişilerin bekar kişilere göre ON eğiliminin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte çocuk sahibi olmanın ve çocuk sayısının fazla olmasının ON eğilimini arttırdığı sonucuna ulaşmıştır [29]. Başka bir çalışmada öğrenim düzeyi üniversite üstü olanların daha düşük ON eğilimi gösterdiği, erkeklerin kadınlara göre ON eğiliminin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada obsesif kompulsif bozukluk (OKB) eğilimi daha fazla olan kişilerde BKİ yükseldikçe ON eğilimlerin arttığı saptanmıştır [30]. Aksoydan ve Camcı (2009) tarafından yapılan çalışmada, ON eğiliminin en yüksek olduğu opera şarkıcıları arasında %81.8, bale dansçıları arasında %31.2, senfoni orkestrası müzisyenleri arasında %36.4 olduğu sonucuna ulaşılmıştır [23]. Fidan ve ark. (2010) tarafından 818 tıp öğrencisi üzerinde yaptıkları çalışmada, tıp öğrencilerinde ON yaygınlığının yüksek olduğu (%43.6), yaygınlığın erkek öğrencilerde daha fazla olduğu saptanmıştır [31].

Ortoreksiya nervoza tanısının konulabilmesi için geçerliliği saptanmış ölçütler henüz mevcut değildir. Önceki çalışmalarda obsesif kompulsif bozukluğa sahip bireylerin yeme bozukluğu oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur [32, 33, 34].

Ortoreksiya Nervozalı bireylerde sağlıklı beslenme konusu bir takıntı halini aldığı için OKB ile arasında bir ilişki olabileceği düşünülmektedir. Ortoreksiya Nervoz çalışmalarında, obsesif kompulsif bozuklukların değerlendirilmesinde Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi kullanılmıştır [29, 30]. Arusoğlu (2006) tarafından ORTO ile OKB puanları arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmada, ortoreksiya nervoz eğilimi gösteren bireylerde daha çok obsesif kompulsif belirtiler gösterdiği saptanmıştır [29]. Farklı bir çalışmada ise obsesif kompulsif belirtilerin fazla olduğu kişilerde ortoreksiya nervoz eğiliminin daha fazla olduğu görülmüştür [30]. Gezer ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada Ortoreksiya Nervoz eğilimindeki artış, obsesif kompulsif bozukluk eğilimindeki artış ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir [35]. Brytek et al. (2012) tarafından yapılan çalışmada ortoreksiya nervozalı bireylerin sağlıklı besin tüketimi konusunda çok fazla düşüncelerinden dolayı obsesif kompulsif belirtilerle birlikte incelenmesi gerektiğini bildirmiştir [36]. Bir başka çalışmada ise ortoreksiya nervoz eğiliminin yüksek olduğu bireylerde obsesif kompulsif bozukluk eğiliminin daha yüksek olduğu bulunmuştur [37]. Yapılan çalışmaların sonuçlarına göre yeme bozukluğu olan bireylerde olduğu gibi ortoreksiya nervoz ile obsesif kompulsif bozukluk arasında da ilişki olduğu söylenebilir.

Son 30 yılda anoreksiya nervoz ve bulimia nervoz gibi klasik yeme bozuklukları ile birlikte ortoreksiya nervoz yeme bozukluğunun yeni bir türü olarak ele alınmıştır [38]. Gebelikte riskli durumların erken tanı ve tedavisi için antenatal takiplerin yapılması ebelerin yetki ve görevleri arasındadır. Bu takipler esnasında ebeler, gebenin beslenme davranışını incelemeli ve yeme bozukluğu yönünden değerlendirilmelidir. Günümüzde kadınların gebelik döneminde fetüsün sağlığı için beslenmesine daha çok dikkat ettiği görülmektedir. Bu durumun takıntı haline gelip gelmediği ebeler tarafından incelenmeli ve riskli durumlar varsa erken dönemde tespit edilmelidir. Daha önceki çalışmalarda yeme bozukluklarının anne ve bebek sağlığına olumsuz etkilerinin tanımlanmasına rağmen gebelikte ortoreksiya nervoz hakkında yeterli çalışmaya rastlanmamıştır. Bu düşünceden yola çıkılarak bu araştırmada gebelikte ortoreksiya nervoz eğilimi, sıklığı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1 Gebelikte Beslenme

Sağlığı korumak ve hastalıklardan korunmak için “yeterli ve dengeli beslenme” fazlasıyla önemlidir. Beslenme; sağlık düzeyini yükseltmek için bedenın ihtiyaçı olan besin gruplarını yeterli miktarda ve uygun zamanlarda tüketmek için yapılan bir davranıştır. Gıdaların yetersiz alımı sonucunda beslenme yetersizliğı oluşmaktadır. Birey ihtiyaçtan fazlasını yer ise, besin öğelerini fazla alır. Fazla alınan besinlerin bazıları bedende yağ olarak depolanır ve sağlık için zararlı hale gelir. Kişi yeterli düzeyde gıda tüketmesine rağmen uygun gıda seçimi yapamadığında ya da yanlış pişirme tekniğı kullandığında besin öğelerinde azalmalar oluşabilir ve vücut çalışmasındaki görevini yapamadığından sağlık düzeyi etkilenebilir. Bu duruma “dengesiz beslenme” denir. Gebeler de yetersiz beslenen gruplar arasında olabilmektedir [1].

Antenatal dönemde anne ile fetüs sağlığı paralel bir ilişki göstermektedir. Bebeğin yeterli sağlık düzeyinde olması anne adayının gebelik döneminde yeterli ve dengeli beslenmesi ile mümkündür [2]. Sağlıklı gebelik için her besin çeşidi önem arz etmektedir. Gebelikte artan enerji ve besin öğeleri gereksinimlerine cevap verebilmek için beslenmeye ilaveler yapılmalıdır. Öğünler genellikle 3 ana öğün ve 2-3 ara öğün şeklinde olmalıdır. Bu nedenle dört besin grubundan her gün önerilen düzeylerde yenmelidir. Günlük minimum 8-10 bardak su tüketilmelidir [39]. Sağlık Bakanlığı'nın antenatal dönemde besin grupları ve önerilen günlük alım miktarları tablo 4.1.1'de verilmiştir [39].

Tablo 4.1.1. Gebelik Döneminde Besin Grupları ve Önerilen Günlük Alım Miktarları (Por/Gün)

Besin Grupları	Yetişkin Kadın	Gebe Kadın
Et, yumurta ve kurubaklagiller	2	3
Süt ve ürünleri	2	3-4
Taze sebze ve meyveler	En az 5	En az 5
Ekmek	3-6 orta dilim	3-6 orta dilim
Tahıllar	1-2 porsiyon	1-2 porsiyon

Gebelik besin ve enerji ihtiyacının arttığı dönemdir. Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği'nin (TJOD) yayınladığı gebelikte beslenme kılavuzuna göre; normal BKİ ile gebe kalan kadınlar gebeliğin ilk üç ayında ek olarak 70-150 kalori, üç altı aylar arasında ek 260-350 kalori, son üç ayda ise ek 450-500 kalori almalıdır. Günlük enerjinin %15'i protein, %30'u yağ, %65'ini kompleks karbonhidratlar oluşturmaktadır. Bu amaçla, günde 6 porsiyon sebze ve meyve, 6 porsiyon tahıl, 3 porsiyon süt ve süt ürünü, 2 porsiyon et ve benzeri besinleri tüketmesi" önerilmektedir. Toplam protein dozu, alınan enerjinin %20'sini geçmemeli; işlenmiş etler ve protein tozlarından tercih edilmemelidir [40].

Günlük karbonhidrat ve lif alımı için, glisemik indeksi düşük olan tam tahıllı gıdalar tüketilmelidir. Kabızlık şikayeti bulunma durumunda ise lifli besinlere ağırlık verilmelidir. Sıvı olarak su ve süt tüketilmeli, meyve suyu yerine meyve yenmeli, enerji içecekleri ve gazlı içeceklerden uzak durulmalıdır [40]. Gebelikte, toplam yağ alımının arttırılmasına yönelik belirli bir öneride bulunulmamaktadır, fazla kilo alımının önüne geçilmesi için porsiyon miktarları ve öğünler dengede olmalıdır. Yağ alımının, toplam enerjinin %20'nin altına düşmemesi önerilmektedir. Doymuş yağ alımı kısıtlanmalı, kızartma türü beslenme tercih edilmemeli, tohum ve kabuklu yemişler, yağlı balıklar gibi Omega-3 içeriği yüksek besinler tüketilmelidir [40].

Gebenin uzun zincirli yağ asidi tüketim düzeyi fetüs için önemlidir. Balık ve deniz ürünleri yüksek miktarda uzun zincirli yağ asidinden zengin olmasına rağmen ağır metal birikimi nedeniyle balık tüketimi haftada 2 porsiyonla kısıtlanmalı, kabuklu deniz ürünleri tüketilmemelidir [40]. Gebelik döneminde vitaminlere olan gereksinim

artar; özellikle folik asit başta olmak üzere, B, A, C ve D vitaminleri ön plana çıkmaktadır. Özetle, gebelik döneminde yeterli ve dengeli beslenilmeli, folik asit takviyesi alınmalı, yetersiz olması durumunda vitamin takviyeleri alınmalı ve mikro besinlerin alınması gerekmektedir [40].

4.1.1 Gebelikte Beslenmenin Önemi

Gebelik döneminde anne ve fetüs gelişiminin oluşması ve ilerleyebilmesi için annede değişiklikler meydana gelmektedir. Bu değişimlere vücudun yeterli olabilmesi için anne, kendisi ve bebeği için bu dönemde beslenmesine özenli olmak durumundadır. Bu nedenle gebelik döneminde;

1. Annenin fizyolojik gereksinimlerini karşılamak,
2. Vücudundaki depolarını dengede tutmak,
3. Fetüsün, büyüme ve gelişmesi için ayrıca bebeğin, yetişkinlik döneminde oluşabilecek kronik hastalıklarının (kalp-damar hastalıkları, diabet, hipertansiyon vb.) görülme riskinin önlenmesi için,
4. Emzirmeye hazırlık için salgılanacak sütün enerji ve besin öğelerini karşılamak için yeterli ve dengeli beslenmek durumundadır [39].

Gebelik döneminde yetersiz ve dengesiz beslenme; gebenin ve fetüsün sağlık düzeyini negatif yönde etkilemekte ve sağlık sorunlarını yol açabilmektedir. Bunlar;

- “Anemi,
- Ödem,
- Osteomalasia,
- Toksemi
- Anne ve bebek ölümleri,
- Prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğumları,
- Bebekte zihinsel ve fiziksel gelişim bozukluklarına” neden olabilmektedir [2].

Gebelik döneminde beslenmenin önemi; gebenin fizyolojik ihtiyaçlarını gidermek, gebenin besin ögesi depolarını normal düzeylere getirmek ve fetüsün büyüme ve gelişmesini sağlıklı bir şekilde sürdürmektir. Fetüsün iyi olması, ruhsal, fiziksel ve mental yönlerinin sağlıklı gelişmesi, gebenin sağlığı ve dengeli

beslenmesiyle paralellik göstermektedir. Gebe kadın yeterli ve dengeli beslenmez ise; bebek, kadının vücudundaki besin depolarını boşaltmaya başlar ve anne-bebek sağlığı için risk oluşturur [2, 3].

Gebelikte dengesiz beslenme ve aşırı kilo alımı doğum sonrası obezite riskini görülme olasılığını arttırmaktadır. Türkiye’de gebelikte beslenme problemlerinin başlıca nedenleri; gebelikte artan gereksinimlere uygun olarak günlük beslenmeye ek yapılmaması, ekonomik yetersizlikler nedeniyle gıda alımının azalması, gelenek ve göreneklerin etkisi ile yanlış gıdaların seçimi, yiyecek hazırlama ve saklamada yapılan hatalı davranışlardır. Ülkemizde insanların beslenme durumu; coğrafi bölgelere, mevsimlere, sosyoekonomik düzeye ve kentsel-kırsal yerleşim yerlerine göre değişiklik göstermektedir. Gebelikte yeterli ve dengeli beslenme; hem gebenin sağlığının devamı, hem de bebeğin fiziksel ve mental gelişimi için şarttır [41].

4.1.2 Gebelikte kilo alımı ve enerji gereksinimi

Gebelik dönemi boyunca yeterli kilo alımı önem taşımaktadır. Bebeğin doğum ağırlığı annenin gebeliği boyunca aldığı ağırlık kazanımı ile ilişkilidir. Gebelik döneminde yetersiz kilo alımı (7 kg’ın altında) düşük doğum ağırlığı, fiziksel ve zihinsel gelişim yönünden yetersiz bebek olma ihtimalini arttırmaktadır. Normal ağırlık kazanımı olan gebelerin gebelik süresince genellikle daha az sorun yaşadığı belirlenmiştir [2]. Gebe kadının vücudundaki değişikliklere adaptasyonu için kilo alımı önemlidir. Bebeğin kilosu, artan kan volümü, büyüyen memeler, plasenta ve amniotik mai annenin kilo alımına neden olmaktadır. Tablo 4.1.2’de gebelik süresince alınan kiloların dağılımları verilmiştir [2].

Tablo 4.1.2. Gebelikte kilo artış dağılımı (40. hafta)

<u>Ağırlık Artışının Kaynağı Ağırlık Kazanımı(kg)</u>	
Fetüs	3.5- 4
Plasenta	0.5- 1
Amniyotik sıvı	1
Anne	
Memeler	0.5
Kan hacminde artış	1.5
Vücut yağı	2.5 veya daha fazla
Artan kas dokusu ve sıvı	2- 3.5
TOPLAM	12.5 kg

Beden kitle indeksinin (BKİ) hesaplanması kg/m^2 dir. Kilogramın metre cinsinden boy uzunluğunun karesine bölüldüğünde beden kitle indeksi sonucuna ulaşılmaktadır. 19 yaş ve üzeri bireylerde BKİ değerleri tablo 4.1.3’de verilmiştir [2].

Tablo 4.1.3. Beden kitle indeksi değerleri

BKİ değerleri (kg/m^2)	Sınıflama
<18,5	Zayıf
$\geq 18,5$ - <24,9	Normal
>25,0- <29,9	Kilolu, toplu
$\geq 30,0$	Şişman

Beden kitle indeksi değeri, bireyin kilosunun, metre olarak ölçülen boy ölçümünün karesine bölünmesinden elde edilir. BKİ’nin 18.5’in altında olması kronik yetersiz beslenmeyi göstermektedir [42, 30]. Sağlıklı bir gebelik için, kilo artışının hızı da önemlidir. Gebeliğinizin birinci trimesterinde beklenen ağırlık kazancı 0.5- 1 kg’dır. Sonraki süreçte haftalık kilo artışı 0.3-0.5 kg civarında beklenmektedir. Toplam gebelik döneminde gebenin kilo artışı ortalama 12,5 kg (9- 14 kg) olmalıdır. Şişman kategorisinde yer alan kadınların gebe kaldıklarında daha fazla kilo alması gerekmemektedir. Aşırı şişmanlık zor doğum öyküsüyle sonuçlanabilir. Ayrıca toksemi, zor doğum, diabetes mellitus, iri bebek vb. sorunların görülmesine neden olabilir [2].

Gebelerde BKİ’si 20’nin altında ise 2. ve 3. trimester döneminde kilo alımı haftada 0.5 kg altına düşmemelidir. Beden kitle indeksi 26’nın üzerinde olan gebelerin

haftalık kilo artışı 0.3 kg olmalıdır. Gebeliğin ilk aylarında görülebilen iştahsızlık, bulantı, kusma isteği, aşırı uyku hali beslenmeyi güçleştirir, bu durum kilo kayıplarına neden olabilir. Gebeliğin ilk 3-4 aylık döneminde bu şikayetlerin azalması ile haftada 300-500 gr'lık kilo alımlarıyla toplam 10-12 kg ağırlık kazanımı sağlanır. Gebelikte fazla kilo alımı, sezaryen, postmatürasyon, mekonyum aspirasyonu gibi sorunlara neden olabilir [43, 44, 45]. Neonatal infeksiyon, hipoglisemi ve respiratuar distres görülme oranı daha fazladır. Bu bebeklerde çocukluk çağı obezitesi ve buna bağlı olarak metabolik komplikasyonların görülme oranı daha fazladır. Obez kadınlarda gestasyonel diyabet, hipertansiyon ve derin ven trombozu görülme oranı daha yüksektir [2]. Tablo 4.1.4'te gebelik öncesi ağırlığa göre kilo alışı önerilerini görebilirsiniz [2, 40, 45].

Tablo 4.1.4. Gebelik öncesi ağırlığa göre kilo alışı önerileri

Gebelik öncesi BKİ (Kg/m ²)	Önerilen toplam ağırlık artışı (Kg)	2-3. Trimesterdeki haftalık ağırlık artışları (Kg)
<18.5	12.5-18	0.5
18.5-24.9	11.5-16	0.4
25.0-29.9	7-11.5	0.3
≥ 30.0	5.9	0.2

İlk trimesterden sonra obez gebelerin zayıflama isteğine bağlı kontrolsüz diyet yapmamalıdır. Hekim ve diyetisyen eşliğinde kilo takibi yapılarak oluşabilecek risk faktörleri kontrol altına alınabilir. Sağlıklı bir gebelik için gebelik öncesi sağlıklı kilo aralığına düşülmesidir. Obezite gebelik için bir risk faktörüdür. Bu risk faktörleriyle karşılaşmamak için BKİ'si 25 ve üzeri olan hafif kilolu ve obez kadınların, gebe kalmadan önce anne ve fetüs sağlığı için normal beden kitle indeksine inmeleri gerekmektedir [2].

Enerji ihtiyacı ilk üç ayda düşük düzeyde artış gösterirken, dördüncü ay ve sonraki aylarda hızla artar. Dördüncü aydan sonra önerilen günlük enerji miktarı bazal ihtiyacın 300 kcal fazlasıdır, bu da gebelik öncesi dönemin kalori ihtiyacının %15 fazlasına denk gelir. Bu miktarlar normal fiziksel hareketlilik gösteren gebeye göre

belirlendiği için, gebelik boyunca fiziksel hareketlerinde belirgin bir biçimde düşüş gösteren kadınlarda fazladan kalori alımına ihtiyaç olmayabilir [43, 46]. Gebelikte total kalori alımı doğum kilosu üzerine bilinen en önemli beslenme faktörüdür. Ayrıca gebelik öncesi BKİ'nin yenidoğan kilosu üzerinde etkili olabilmektedir [41]. Gebelik öncesi kilonun devamlılığı için vücut günlük 2000-2200 kaloriye ihtiyaç duyarken gebelik durumunda günlük enerji miktarı yaklaşık 2300-2500 kalordir.

Gebelik öncesi BKİ'ne göre ek alınması gereken kalori miktarları tablo 4.1.5'te verilmiştir [43]. Buna göre;

Tablo 4.1.5. Gebelik öncesi ağırlığa göre ek alınması gereken kalori miktarları

Gebelik öncesi ağırlık	Ek alınması gereken kalori
Normal	<ul style="list-style-type: none">• 1-3 ay normal ihtiyaca göre 150 kalori• 4-9 ay 300 kalori
Şişman	<ul style="list-style-type: none">• Ekleme yapılmamalı
Çok şişman	<ul style="list-style-type: none">• İlk 3 ay enerji kısıtlansa bile kısıtlama 1200-1500 kaloriden az olmamalı• 4. Aydan sonra kısıtlama yapılmamalı
Zayıf	<ul style="list-style-type: none">• İlk 3 ay 250 kalori• 4-9 ay 300 kalori ek yapılmalı

4.1.3 Öğün zamanlarının önemi

Besinlerin niteliği kadar, vücuda alındığı saat de önem taşımaktadır. Tüketilen besinlerin sindirimi ve kullanımı da iki öğün arasındaki süreye de bağlıdır. Vücut öğünler arası süreye göre kendini adapte etmektedir. Tek çeşit beslenme, açlık halinin uzun sürmesi ya da gereğinden fazla beslenme durumlarında iyilik hali negatif yönde etkilenmektedir. Uzun süreli açlık hallerinde vücut daha az protein ve su tutar, idrarla ise daha fazla miktarda azot atıldığı belirtilmiştir. Öğünler arası sürenin kısa olması durumunda ise organizmada pozitif bir azot dengesi oluşmakta ve protein miktarları

artmaktadır. Öğünler arası sürenin uzun olması durumunda ise organizmada yağ birikimi oluşmakta, buna bağlı olarak kalp hastalıkları ve diyabet riski artmaktadır [1].

Günün en önemli öğünü sabah kahvaltısıdır. Akşam öğününden sabah kahvaltısına kadar 11-12 saat geçmektedir. Bu süreyi daha fazla uzatmamak için kahvaltı atlanmamalıdır. Öğünler arası sürenin dengelenmesi vücut için faydalıdır. Metabolik faaliyetlerin sağlıklı çalışabilmesi için günde minimum üç veya dört öğün beslenmelidir. Öğünler arası zamanın 4-5 saat olması önerilmektedir. Sabah kahvaltısıyla birlikte enerji alımı artmaya başlar ve vücut daha verimli hale gelir. Böylelikle yorgunluk, baş ağrısı, dikkat ve algılama azlığı gibi şikayetlerin görülme oranı azalmış olur [1].

4.2 Yeme Bozukluklarının Tanımı ve Sınıflandırılması

Yeme bozuklukları fiziksel, ruhsal ve sosyal yönleri etkileyen, kişilerin beslenme davranışlarına, ağırlığına ve beden imajı ile ilgili düşünce ve beslenmesindeki bozuklukla kendini belli eden bir durumdur [47].

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'na göre (DSM-V, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V, 2013) yeme bozuklukları, anoreksiya nervroza (AN), bulimia nervroza (BN) ve başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları olarak ayrılmıştır. Bunlar [48];

1. “Anoreksiya nervroza”
2. “Bulimianervroza”
3. “Tıkanırcasına yeme bozukluğu”
4. “Başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları
 - Atipik AN (normal BKİ)
 - Eşik altı BN (düşük sıklık, kısıtlı süreklilik)
 - Eşik altı tıkanırcasına yeme bozukluğu (düşük sıklık, kısıtlı süreklilik)
 - Kusma sendromu (purging disorder)
 - Gece yeme sendromu (night eating syndrome)
 - Diğer”

5. “DSM-V tanı kriterlerinde yer almayan (daha az bilinen) yeme bozuklukları

- Ortoreksiya nervoza
- Bigoreksiya (kas dismorfizmi)
- Kuş gibi beslenme
- Pika”.

Yeme bozuklukları ilk kez 17. yy da tanımlanmıştır, ancak tanımlanmasından sonra geçen zamanda yapılan literatür çalışmaları sınırlıdır. 20. yy da bu bozuklukların tanımlanması, tanı ölçütleri ve tedavisi ile ilgili araştırmalar ön plana çıkmış ve sınıflandırmaları ise geçen yüzyılın yarısında yapılmıştır. Farkındalığın artmasıyla birlikte bu hastalıklara sahip hasta sayısının artmasına sebep olmuş ve yeme bozukluklarının başlamasında stres yaratan bir durumun başlıca etken olduğu görülmüştür [49].

4.2.1 Anoreksiya nervoza

Anoreksiya nervoza terimi, duygusal nedenlerle iştah kaybı olarak açıklanabilir. Bu kişilerin özünde iştahlarını kaybetmediği ve yiyeceklerine olan ilgilerinin devam ettiği görülmüştür. Anorektik insanlar, yiyeceklere olan ilgilerine rağmen kendilerini aç bırakabilmektedirler. Bu hastalar besin alımını uzun bir süre durdurabilir ve bunun sonucunda gelişen ciddi bir oranda vücut kaybıyla karşılaşır. Bu hastalar beden kitle indeksine göre zayıf kategorisinde yer almasına rağmen kilo alma kaygısı yaşarlar. İleri seviyelerde; hipotansiyon, bradikardi olmakta, kemik yoğunluğu azalmakta, kuru bir cilt, kırılan tırnaklar, hormonal değişiklikler, anemi oluşabilmektedir. DSM- V’e göre tanı kriterleri [48]:

1. “İhtiyaca göre enerji alımını azaltma tutumu, bireyin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve vücut sağlığı kapsamında belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığı, olağan en düşüğün altında ya da çocuklar ve gençler için beklenen en düşüğün altında olarak tanımlanır”.
2. “Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da belirgin bir biçimde düşük BKİ’ne sahip olmasına rağmen kilo almayı güçleştiren sürekli eylemlerde bulunma”.

3. “Bireyin beden ağırlığını ya da imajını nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk vardır, kişi, kendini değerlendirirken beden ağırlığı ve imajına fazla bir önem yükler ya da o sıradaki düşük beden ağırlığının önemini hiçbir zaman kavrayamaz” [48].

4.2.2 Bulimia nervoza

Bulimik hastalar yemek yeme ihtiyacını ve doyunluğunu hissetmez ve bu durumu dengede tutamaz. Gereksiniminden fazla beslenmeden dolayı bu hastalar kilo alma kaygısına kapılır. Kilo almamak için beslenmeden sonra istemli kusarak midelerini boşaltır. Buliminin en önemli özelliği bu kontrolsüz yemek yeme ve çıkartma davranışlarının sürekliliği ve kronik bir durum almış olmasıdır. Anoreksiden daha sık görülür. Tıkanırçasına ve boğulurçasına yemek yeme nöbetleri vardır. Bu nöbetlerde birey yiyebileceği miktarın çok daha fazlasını çok daha kısa sürede yer. DSM- V'e göre tanı kriterleri [48];

1. “Tekrarlayan yemek yeme bölümleri, yemek yerken hissedilen kontrol kaybı ile birlikte 2 saatlik bir süre zarfında ortalama bir bireye kıyasla daha fazla besin tüketimi”,
2. “Aşırı egzersiz, müshil kullanımı ve diüretik kullanımı gibi kilo alımını önlemeye yönelik uygunsuz davranışların varlığı”,
3. “Tıkanırçasına yeme davranışının, 3 aylık bir süre içerisinde haftada minimum 1 kere gerçekleşmesi”,
4. “Vücut algısı ve öz-değerlendirmenin bozulması”,
5. “Diğer beslenme bozukluklarıyla birlikte görülmez”.

4.2.3 Tıkanırçasına yeme bozukluğu

Yineleyici tıkanırçasına yeme dönemleri vardır. Bir tıkanırçasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisi ile belirlidir [48]:

1. “Benzer şartlarda, benzer zamanda, birçok bireyin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.
2. Bu dönem zarfında, yemek yemeye ilgili denetiminin kalktığı duyumunun olması (örn. kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu)”.

Tıkınırcasına yeme dönemlerine aşağıdakilerden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder [48]:

1. “Normalden çok daha hızlı.
2. Rahatsız edecek düzeyde tokluk hissedene kadar yeme.
3. Fiziksel açlık hissetmiyor iken aşırı ölçülerde yeme.
4. Fazla yediğinden dolayı utandığı için tek başına yeme.
5. Sonraki süreçte kendinden tikslenme, çökkünlük yaşama ya da büyük bir suçluluk duyma”.

4.2.4 Tanımlanmış yeme bozukluğu

Belirgin ağırlık azalması olmasına rağmen vücut ağırlığının normal sınırlarda olması dışında anoreksiya nervoza tanı ölçütlerine uyanlar, tıkınırcasına yemenin ve uygunsuz dengeleyici düzeneklerin haftada bir kereden (DSM-5) daha az sıklıkta ya da üç aydan daha kısa süreli ortaya çıkması dışında bulimiya nervoza tanı ölçütlerini karşılayanlar, atipik anoreksiya nervoza (olağan beden ağırlığını koruyan ve az miktarda yemek yedikten sonra kusma gibi dengeleyici davranışlarda bulunanlar), 3 aydan kısa süreli ve/veya haftada en az 1 den daha seyrek olan tıkınırcasına yeme, çıkarma bozukluğu (tıkınırcasına yeme bozukluğu yok), gece yeme sendromu, büyük miktarlarda yiyeceği yutmak yerine sürekli çiğneyip tükürenler bu gruba girer [48]:

4.3 Ortoreksiya Nervoza

Ortoreksiya nervoza sağlıklı beslenmenin takıntılık haline gelmesi ve bireyin hayatında da negatif etkilerinin olması durumudur [20]. Ortoreksiya, doğru anlamına

gelen “orthos” ve iştah anlamına gelen “orexis” kelimelerinin birleştirilmesinden türemiştir. Besinlerin seçimi konusunda obsesyon düzeyinde mental olarak sürekli bir uğraş hali mevcuttur. Ortoreksiya nervoza, AN ve BN gibi “nicel” değil, “nitel” bir durumdan oluşmaktadır [29]. Ortoreksiya nervozanın uzun bir zaman diliminde yaşanması ve kişinin hayatında ciddi bir olumsuz etki oluşturuyorsa (günlük yaşamda stres oluşturacak düzeyde besinleri düşünmek, günün büyük bir bölümünü bunları düşünerek geçirmek) yeme bozukluğu oluşmaktadır. Ortoreksiya nervoza bireyin hayatına etki eden “saf besin tüketme” takıntı durumudur. Kişi obsesif duruma ulaştığında ON görülmektedir. Bu hastalar besinlerin miktarıyla değil, besinlerin niteliğiyle ilgilenir [14, 19].

Steven Bratman 1997 yılında, sağlıklı beslenme davranışının sağlıksız bir saplantı haline gelmesini ‘ortoreksiya nervoza’ olarak tanımlamıştır. Ortoreksiya nervozası olan kişilerin zayıf olma isteğinden ziyade sağlıklı gıdalar tüketme arzusu ön plandadır. Zamanla, diyet daha katılaşır ve “sağlıksız” olarak sınıflandırılan yiyecekleri yemek, suçluluk duygusuna, hasta olma korkusuna ve daha katı bir diyeti takip etme gibi kişinin kendini cezalandırma davranışlarına neden olur. Ayrıca, kişinin etrafındaki insanları da aynı şekilde beslenmeye ikna etmeye çalıştığı da bildirilmiştir [14].

Ortoreksiya nervozalı bireylerin kilo kaygıları yoktur, “saf besin” tüketme obsesyonudur. Sağlıklı beslenmeyle ilgili korkular edinirler. Ortorektik bireyler sebzeleri çiğ tüketme veya öğünlerini tek renk içeren besinlere kadar yeme bozukluğunu ilerletmektedirler [50]. Ortorektik bireylerde beslenme kadar besinlerin pişirme yöntemi ve kullanılan araç gereçlerin de sağlıklı olması konusunda takıntılık hali gelişmektedir. Sağlıksız olarak gördükleri alüminyum, teflon, plastik gereçleri kullanmamaktadırlar [51].

Bratman (2009), ortorektik bireylerin katı ve sınırlayıcı sağlık için yapılan diyetlere de yatkın olduğunu belirtmektedir. Ayrıca aynı düşünceye sahip insanlarla vakit geçirmeyi tercih ettiklerini belirtmişlerdir [51]. Bratman et al. (2000) tarafından yazılan ortoreksiya nervoza konulu kitabı “Health Food Junkies”, ortorektik bireylerin

beslenmelerini “erdemli, temiz hatta ruhani hissetmek” için yaptıklarını belirtmiştir [14].

Ortorektik bireylerde sağlıklı beslenme yaşamın temel amacı olup, beslenmeden sapmalar halinde ise kendinden nefret etme ve suçluluk hissi oluşmaktadır [14, 52]. Sağlıklı beslenmek bir hastalık değildir. Sağlıklı besin tüketmek için aşırı bir çaba harcandığında ve bunun uzun bir dönemde olması, aynı zamanda bireyin hayatında negatiflikler oluşturduğunda ON'nın kişilik ve davranış konularını da ilgilendiren bir hastalık olabileceği belirtilmektedir [31]. Sağlıklı beslenmede obsesyon halinin ilerlemesi durumunda kişi sağlıksız besinleri tüketmektense aç kalmanın daha sağlıklı olduğunu düşünmektedir [53]. Böylelikle kişinin yetersiz beslenmesine neden olmaktadır. Besinlerin niteliği, iş, aile, sosyal çevreden daha önemli hale geldiği belirlenmiştir [51].

Ortorektik bireyler, tüketecekleri her besini en ince ayrıntısına kadar araştırmaktadırlar. Ortoreksiya nervozalı kişiler ürün satın alımında etiketleri okumakta ve içeriklerini ayrıntılı araştırmaktadır. İçeriklerde pestisit, katkı maddesi veya insan sağlığına zararlı bir madde olup olmadığına bakmaktadırlar. Besinlerin saflığı konusunda obsesyon halinde olan ortorektik bireyler, sağlıklarına zarar verdiğini düşündükleri besinleri tüketmekten çok korktukları için aç kalmayı tercih ederler ve bu durum zamanla kilo kayıplarına neden olur [36].

Ortoreksiya nervoza da klinik vaka sayısının az olması, bu insanların AN'a ilave olarak “vücuda sadece yararlı besinlerin girmesi, gereksiz ve sağlıksız besinlerin vücuda alınmaması” gibi düşünceleri olduğu belirtilmiştir. Ortoreksiyalı insanlar; zayıflama, amenore, sınırlandırılmış beslenme şekli itibariyle AN'lı hastalarla benzer özellikler göstermekte ancak besin seçiminde kalori hesabı yapmamakta sadece “sağlıklı ya da sağlıksız” olmasına önem verdikleri belirtilmiştir. Ortoreksiya nervozalı bireyler aslında zayıflama çabasında olmadıklarını ancak besin kısıtlılığı yüzünden istek dışı kilo verdiklerini belirtmişlerdir [28]. Kısa süreli yapılan bu beslenmenin vücuda bir zararı olmadığı belirtilmiştir. Fakat, bu tip beslenmenin daha da katı sınırlarla kısıtlanması ve daha uzun zaman sürdürülmesi kişide olumsuz fiziksel ve fizyolojik sonuçlar doğurabileceği belirtilmiştir. Ortoreksiya nervozalı kişiler daha

sağlıklı nasıl beslenirim düşüncesiyle besinlerini daha fazla kısıtlayarak, beslenme eksikliği riski taşıyan grubuna girebileceği belirtilmiştir [14].

4.3.1 Ortoreksiya nervoza eğilimi nasıl belirlenir?

ORTO ölçeği, Bratman et al. (2000) tarafından kişilerde ON eğilimlerini belirlemek amacıyla geliştirilmiş 10 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeği olarak hazırlanmıştır [14]. Donini et al. (2005), Bratman'ın ölçeğini baz alarak bazı soruları çıkarılıp yerlerine farklı sorular eklemiştir [20]. Arusoğlu (2006), ortoreksiya nervoza ve Orto-11'in Türkçeye uyarlama çalışmasını yapmıştır. Arusoğlu ve ark., maddelerin istatistiksel özellikleri de dikkate alındığında 11 maddelik hali ile ölçeğin olabilecek en iyi işlevlik düzeyine getirilebileceğine karar verilip ve ORTO-11 olarak adlandırmışlardır [29].

Ölçekte, kişilerin ne sıklıkla maddelerde tarif edildiği şekilde hissettiklerini “her zaman”, “sık sık”, “bazen” ve “hiçbir zaman” seçeneklerinden birini işaretleyerek cevaplamaları istenmektedir. Ortoreksiya için ayırt edici olduğu düşünülen seçeneklere "1", normal yeme davranışı eğilimini gösteren cevaplara ise "4" puan verilmektedir. Düşük puanlar ON eğilimi göstermektedir [29]. ORTO-11 ölçeği, “yeme tutumu”, “depresyon” ya da “obsesif kompulsif” davranışları saptayan ölçeklerden biriyle desteklenmelidir [54]. DSM-V'te ortoreksiya nervozanın tanı kriterleri belirtilmediğinden, ON için geçerli bir belirleyici şimdilik bulunmamaktadır [48].

4.3.2 Ortoreksiya nervoza etyolojisi

Ortoreksiya nervoza'ya aileden gelen alışkanlıklar, sosyal çevrenin tutumları, kişinin geçirdiği hastalıklar ve bazı besinler hakkındaki negatif yorumlar neden olabilmektedir. Bununla birlikte, yeme bozuklukları etyolojisinde genetik faktörler, psikolojik ve biyokimyasal etkenlerinde etkili olduğu bildirilmiştir. Psikolojik nedenlerin ve diğer hastalıkların ON eğilimini etkilediği bildirilmiştir [55]. Sosyal medyanın da etkisiyle birtakım popüler diyetlerin (vegan, Likit ve çiğ beslenme gibi) olmasıyla ON eğilimlerinde artış tespit edilmiştir [56].

Yeme bozukluğu olan kişilerde mutluluk hormonlarının azaldığı tespit edilmiştir. Bu düşüş, depresyonla, fiziksel ve duygusal tatminsizlikle ilgili olduğu bildirilmiştir. Serotonin yüksekliği doyumluk hissi ve düşüklüğü de açlık duygusu olmaktadır. Genelde düşük serotonin düzeyinde karamsarlık, sinirlilik, endişe, obsesif kompulsif eğilim gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır [57]. Arusoğlu (2006) tarafından yapılan araştırmada ilerleyen yaşın, eğitim düzeyinin azalması, herhangi bir diyet tedavisi alan veya daha önce almış olan kişilerin, evlilik hali, çocuk sayısının artması da ortorektik eğilimleri arttırdığını saptamıştır [29].

4.3.3 Ortoreksiya nervozanın epidemiyolojisi

Türkiye’de Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı’ndan Bosi ve arkadaşlarının tıp fakültesi doktorlarında ON’yı araştıran çalışmada, cinsiyet, yaş ve beden kitle indeksi ile ON arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı ve bir ürünü satın alırken içeriğinin önemli olduğunu belirten katılımcılarla, kilolarını sıklıkla kontrol edenlerin ON eğilimlerinin yüksek olduğu belirlenmiştir [28].

Arusoğlu (2006) tarafından yapılan çalışmada ise ON ile yeme alışkanlıklarını etkileyen durumları araştırmıştır. Bu çalışmaya göre; eğitim seviyesindeki düşüşün ON eğilimini arttırdığını tespit etmiştir. Eğitim süresi ile yaş ortalaması düştükçe ON eğiliminin arttığını, evli kişilerin bekar kişilere göre ON eğiliminin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çocuk sahibi olmanın ve çocuk sayısının fazla olmasının da ON eğilimini arttırdığı sonucuna ulaşmıştır [29].

Ülkemizde Bosi ve ark. (2007) tarafından ORTO-15 ölçeği kullanılarak tıp doktorlarıyla yapılan çalışmaya göre ise, katılımcıların %45.5’inde ON eğilimi olduğu saptanmıştır [28]. İtalya’da 236 kadın, 168 erkek katılımcı ile yaptıkları çalışmada katılımcıların 28’inin (%6,9) “ortorektik”, 64’ünün (%15,8) normal beslenme alışkanlıklarına sahip olduğunu tespit etmiştir [20].

Arusoğlu ve ark. (2008)’nin, “ortoreksiya nervoza ve ORTO-11’in Türkçe’ye uyarlama çalışması”nda, üniversite üstü eğitim alanların daha düşük ON eğilimi gösterdiğini, erkeklerin kadınlara göre ON eğiliminin daha düşük olduğunu tespit

etmiştir. OKB eğilimi daha fazla olan kişilerde BKİ yükseldikçe ON eğilimlerin arttığı saptanmıştır [30].

Aksoydan ve Camcı'nın (2009), "Devlet Opera ve Balesi ile Bilkent Üniversitesi Senfoni Orkestrası sanatçıları arasındaki ortoreksiya nervoza prevelansının saptanması" amacıyla yaptıkları çalışmada ON eğiliminin en yüksek olduğu opera şarkıcıları arasında %81.8 olduğu tespit edilmiştir. Bale dansçıları arasında %31.2, senfoni orkestrası müzisyenleri arasında %36,4 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ON eğilimleri cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, iş deneyimi, BKİ, sigara ve alkol tüketimi gibi değişkenler açısından anlamlı bulunmamıştır [23].

Fidan ve ark. (2010), "Türkiye'deki tıp öğrencileri arasında ortoreksiya nervozanın yaygınlığını belirlemek" amacıyla 818 tıp öğrencisi üzerinde yaptıkları çalışmada, tıp öğrencilerinde ON yaygınlığının yüksek olduğu (%43.6), yaygınlığın erkek öğrencilerde daha fazla olduğu saptanmıştır [31].

Gezer ve Kabaran (2013), "beslenme ve diyetetik bölümü kız öğrencileri arasında görülen ortoreksiya nervoza riski"ni araştıran çalışmada, ON eğilimi arttıkça OKB'un de arttığı saptanmıştır [35].

4.3.4 Ortoreksiyanervoza kriterleri

Ortoreksiyanervoza, bilimsel literatürde sıkça araştırılmış ve klinik özellikleri bakımından kabul görmüştür ancak 2013 yılında yayınlanan DSM-V'te, tanı özelliklerine yönelik yeterli veri olmadığı gerekçesiyle psikiyatrik bir tanı olarak nitelendirilmemiştir [48]. Ancak bazı araştırmacılar tarafından ORTO eğilimini belirlemek için kriterler oluşturmuşlardır:

Morozeet al. (2015) tarafından oluşturulan tanı kriterleri:

- A kriteri: "Sağlıklı besin" tüketimiyle oluşan obsesyonel kaygılar, besinlerin kalite ve bileşenleriyle ilgili kaygılar (aşağıdaki maddelerden 2 veya daha fazla olması):

1. Gıdaların "doğallığıyla" ilgili oluşan düşünceler nedeniyle dengesiz beslenme,

2. Doğal olmayan ya da sağlıksız gıdaların yenmesi ve besin kalitesi ile bileşenlerinin fiziksel ve duygusal sağlığa etkileri konusunda endişe duymak”,
3. “Gıdaların yağ, koruyucu, katkı maddesi, hayvansal ürün ve sağlığa etki edebilecek ögeler içerdiği korkusu nedeniyle katı gıda yasaklaması”,
4. “Gıda alanında uzman olmayan bireylerin besinleri inceleme adına aşırı zaman (3 saat ve üzeri) harcaması, spesifik türde besinler hazırlaması”,
5. ““Sağlıksız” ve “saf olmayan” şeklinde tabir edilen gıdaların tüketimi sonrası kaygı duyma ve pişmanlık yaşamak”,
6. “Başkalarının gıdalar hakkındaki düşüncelerine tahammül edememek”,
7. “Kalitesi ve bileşenleri bilinen gıdaya ulaşabilmek için yüksek miktarda ücret ödemek”.

- B kriteri: “Obsesyonel kaygılar aşağıdakilerden birinin varlığında daha güç bir durum almaktadır”.

1. Diyetteki dengesizlikler nedeniyle fiziksel sağlığın bozulması (örn: dengesiz beslenmenin beslenme bozukluğuna neden olması)”,
2. “Sosyal, akademik, mesleki fonksiyonların kişinin “sağlıklı yeme takıntısı” nedeniyle zarar görmesi.

- C kriteri: “Bu rahatsızlık varlığı sadece obsesif kompulsif hastalık, şizofreni ve diğer psikiyatrik rahatsızlıkların belirtilerini kötüleştirmemektedir”.
- D kriteri: “Davranışın tanımlanmasında sadece Ortodoks inanışların aşırı şekilde yerine getirilmesiyle veya tıbbi durumlarda gerekli beslenme, besin alerjisi varlığında duyulan endişeler yeterli değildir” [16].

Dunn ve Bratman (2016) tarafından oluşturulan tanı ölçütleri:

- 1. “Beslenme eylemlerine yönelik obsesif odaklanma, optimum sağlık (sağlıklı beslenme), katı diyet kuralları, yinelenen ve devam eden besin ile meşgul olanlar, zorlayıcı davranışlar”.

- 2. Bu durumlardan dolayı gelişen tıbbi olarak önemli. Örneğin, tıbbi komplikasyonlar, önemli rahatsızlıklar ve/veya önemli işlev alanlarında bozulma” [17].

Gleaves et al. (2013) tarafından oluşturulan tanı kriterlerinde ise:

1. Günde en az 3 saat, sağlıklı besin ile ilgili düşünmek, alışveriş yapmak ve sağlıklı yemekler hazırlamak,
2. Sağlıklı besinlerle beslenmenin üstün bir beslenme davranışı olduğunu düşünmek,
3. Sağlıklı olduğu düşünülen beslenme programını uygulamak ve diyetin ihlali durumunda telafi etmek için beslenmeyi kısıtlamak,
4. Beslenmeye göre benlik algısı geliştirme (beslenmenin ihmal edilmesi durumunda suçluluk duyma ve kendinden nefret etme),
5. Önceden zevk aldığı, haz duyduğu şeyler yerine artık sağlıklı beslenmeden alınan zevklerin olması [18].

4.3.5 Ortoreksiya nervozanın tedavisi

Ortoreksiya çok yönlü etiyolojiye dayandığı için tedavisi zordur. Ortoreksiya tedavisi doktor, psikoterapist ve diyetisyenler dahil olmak üzere multi disiplinler bir yaklaşım olmalıdır. Bireyler duygusal, gıda gibi konularda saplantılık durumu yaşayabilir. Bu saplantıların altında yatan nedeni bulmak tedaviyi kolaylaştırabilir. Ortorektik kişiler, “Ya Hep Ya Hiç” düşüncesini iyileştirmek için tedaviye başvurabilir. Bu tedavide profesyonel destekle birlikte normal beslenmeye geçmeyi kabul etmektedirler [29].

Ortorektik kişilerin tedavisinde anti depresanlar beraberinde bilişsel davranışçı terapi tedavisi uygulanabilir. Tedaviye hastanın yakın çevresini de dahil etmek tedavinin kesinliği için kaçınılmazdır. Tedavide kişilerin öz değerlerinin ve hayatlarının yalnız besinlerden oluşmadığını anlamaları konusunda durulmalıdır. Bu hastalara, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite yapmalarını, sosyal çevre ile zaman

geçirmeleri, bireylerin kendilerini sevmeleri gerektiği hatırlatılmalıdır [36]. Psikiyatrik yönü ise OKB’li olarak tanımlanan ON hastaları “bilişsel davranışçı terapi” ile tedavi edilebileceği belirtilmiştir [58].

Ortoreksiya nervozalı bireyler, gıdaları “iyi-sağlıklı” veya “kötü-sağlıksız” olarak ayırmaktadır. Besinlere verdikleri değer kendilerine verdiği değeri yansıttığını düşünmektedirler. Sağlıksız olarak nitelendirdikleri besinleri tükettiklerinde suçluluk duygusuna kapılmaktadırlar. Günlerinin güzel veya kötü geçmesi tükettikleri besinlerin niteliğine bağlıdır. Sağlıklı besin tüketiminde iyi, sağlıksız besinler tükettiklerinde ise kötü hissetmektedirler [14].

Sağlıksız besin tüketiminde abartılı duygular yaşamaktadırlar. Bunların en başında kendini kötü hissetme hatta kendinden iğrenme olarak göstermektedir [20].

“Kötü” besinler tüketmek ortorektik bireyler için otokontrolü sağlayamamış olarak algılanmaktadır. Yaptığı bu tercihi telafi etmek için besinlerini daha fazla kısıtlayabilmektedir. Hatta kendini cezalandırmakta bunun için arınma, aşırı egzersiz gibi yöntemlere başvurmaktadır. Ortorektik bireyler tüketecekleri besinlere harcadıkları zaman günlerinin büyük bir bölümünü kapladığı için hayatının iyi yönlerinden faydalanmak için yeterli zamanı kalmamaktadır [51].

İyileşme eğilimi gösteren ortorektik bireyler “normal” beslenme tarzına geçtiklerinde ciddi suçluluk duygusuna kapılmaktadırlar. Bunun için ise vakit, sabır ve bireyin kendiyle pozitif konuşmasının suçluluk duygusunu azaltmada etkili olacağı belirtilmiştir [30].

4.3.6 Ortoreksiya nervozanın ebelik bakımı ilişkisi

Ortoreksiya nervoza ile Ebelik bakımı arasında literatürde herhangi bir kaynağa rastlanmamıştır. Rastlanılan çalışmaların hemşirelik bakımı ve yeme sorunları ana başlıklarında toplanması dikkat çekicidir.

Gebelikte sağlıklı ve dengeli beslenmede amaç; anne ve bebek iyilik halini sağlamak, anne ve bebek morbidite ve mortaliteyi önlemektir. Gebelikte beslenmede yaklaşım, multi disipliner ve bütüncül olmalıdır. Sağlık ekibi arasında; aile hekimi,

doğum uzmanı, diyetisyen, ebe, hemşire, egzersiz danışmanı olmalıdır [59]. Gebelik öncesi kilosunun ve ağırlık artışının normal sınırlarda kalması, gebelik süresince oluşabilecek birçok olumsuz etkinin önüne geçebilmektedir. Bu yüzden ebeler/hemşireler, gebelikte uygun kilo alımı, fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme konusunda eğitim ve danışmanlık yapmalıdır [59].

Ebeler ilk gebe görüşmesinde, gebelerin gebelik öncesi beden kitle indekslerini hesaplamaları ve gebelik süresince almaları gereken kilo hakkında bilgilendirme yapmalıdırlar. Kilo takibi her izlemde yapılmalıdır [59]. Sağlık çalışanları ile gebeler; toplum sağlığında ve prenatal servislerde, gebelikte “sağlıklı ve dengeli beslenmek” için iş birliği yapmalıdırlar.

Yeme bozukluklarında ortaya çıkan dengesizlikte;

- Gereksiniminden az beslenme,
- Sıvı volüm eksikliği,
- Yetersizlik ve değersizlik duygularına bağlı gelişen “benlik saygısında rahatsızlık”,
- Başkalarıyla ilişki kuramama ve başkalarına güvenememeye bağlı “sosyal etkileşimde bozulma”,
- Sıvı ve besin alımının eksikliğine bağlı konstipasyon riskine yönelik bakım verilmelidir [60].

Ebeler/hemşireler, gebelikte uygun kilo alımını sağlamada ve sağlıklı beslenmede, fiziksel aktivite önerilerinde bulunmalı ve psikososyal destek sağlamalıdırlar [61].

4.4 DSM-V Tanı Kriterlerinde Yer Almayan Diğer Yeme Bozuklukları

4.4.1 Bigoreksiya (kas dismorfizmi)

Bigoreksiya, genelde erkeklerde görülen bir rahatsızlık olup, kas geliştirmeye ilgili takıntılık halidir. Beslenme çeşitleri genellikle protein ağırlıklıdır ve

zamanlarının çoğunluğunu fiziksel aktivitelere ve spor salonlarına ayırmaktadırlar [62].

4.4.2 Kuş gibi beslenme

Kuş gibi beslenme diğer ismiyle ‘picky eating’, çocuklarda gıdalardan uzak durma ve tüketilen besinlerin çok küçük parçalarla alınmasıdır. Zamanla açlık duygusu indirgenir ve her öğünde daha az besin tüketimi oluşmaya başlar. Bunun sonucunda kilo kayıpları meydana gelir ve yeme bozukluğu oluşur [63].

4.4.3 Pika

Besin dışı maddelerin (kil, nişasta ve çamur gibi) maddeleri yeme isteğine pika denir. Gebelerde demir eksikliğine bağlı ortaya çıkabilmektedir. Genelde yetersiz beslenen ve genç yaşta gebe kalan kadınlarda görülmektedir [46].

Pikanın DSM- V (2013)’e göre tanı kriterleri:

- “En az 1 ay sürmek şartıyla, besleyici özelliği olmayan, gıda dışı maddeler yemeye devam etmek,
- Yeme davranışının, kültürel olarak desteklenen veya sosyal olarak normal kabul edilebilecek bir uygulamanın parçası olmaması,
- Yeme davranışı başka bir zihinsel bozukluk (örn. Otizm, zihinsel engelli veya şizofreni) veya genel tıbbi durum (hamilelik dahil) bağlamında gerçekleşebilir, bu durumda yeme davranışının ciddiyeti ek klinik dikkat gerektirir.
- Kişinin en az 2 yaşında olması, (18 aydan 2 yıla kadar olan çocuklarda, besleyici olmayan maddelerin yenmesi yaygın olduğundan patolojik olarak kabul edilmemektedir” [48].

4.5 Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Yeme Bozukluğu Arasındaki İlişki

Obsesif kompulsif bozukluk ile yeme bozukluğu arasındaki ilişki yıllarca araştırmacıların konusu olmuştur. Çelikel (2009) yaptığı bir araştırmada OKB’li kişilerin yeme bozukluğu oranının daha yüksek olduğunu bulmuştur [32]. Thielel al. (2004) yaptıkları araştırmada, AN ve BM tanılı bireylerde OKB görölme oranının yüksek olduğu ve bu değerin yeme bozukluğuyla ilişkili olabileceğini belirtmiştir [33]. Milos et al. (2001), OKB ve yeme bozukluklarının hastalık ilişkisi gösterdiğini ve OKB ile yeme bozukluğu arasında yüksek oranda ilişki bulmuştur [34].

4.6 Ortoreksiya Nervoza ve Obsesif Kompulsif Arasındaki İlişki

İki psikotik durumun birlikte çalışıldığı kaynaklar oldukça sınırlıdır. Donini et al. (2004) İtalya’da katılımcıların besin tercihi, OKB, korku varlığı ve sağlıklı besin seşimini değerlendirdiği 525 kişinin katıldığı çalışmada, %25’lik kısım “sağlık fanatikleri” den oluşmaktadır. Örneklemin çoğunun eğitim düzeyi düşük erkeklerden oluşan araştırmada, katılımcıların %7’sinin ortoreksiya nervozalı olarak bulunmuştur [64]. Arusoğlu ve ark. (2008) tarafından, ON belirtilerini araştırmak için çalışma yapmışlarıdır. ORTO-11 ölçeğinin Türkçe uyarlaması ve ON’ın OKB, yeme bozukluğu ve bazı değerşkenlerle arasındaki ilişkileri araştırılmıştır. Kadınların erkeklere göre ON riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca OKB ve yeme bozukluğu olan insanların BKİ arttıkça ON riskinin de yükseldiği bulunmuştur [30]. Türkiye’de beslenme ve diyetetik bölümündeki kız öğrencilerin (106) katıldığı bir çalışmada ise, ON riski arttıkça, OKB’un arttığı ve yeme bozukluğunun azaldığı saptanmıştır [35].

4.7 Obsesif Kompulsif Bozukluk

Takıntı ya da zorlantıların görölüğü, genelde sürekli devam eden, dönemsel olarak etkisini arttıran, kişinin günlük faaliyetlerinde etkili olan bir rahatsızlıktır(65). Obsesyon kelime olarak, Latince’de “kuşatma” anlamına gelen “obsidere” kelimesinden gelmektedir [66]. Bu bozukluğa sahip bireyler, “obsesif düşünceler ve kompulsif davranışlar” sergilemektedir [67].

Obsesyonlar, istem dışı oluşan, bireyin tedirginliğine neden olan, benliğe yabancı (ego distonik), tekrarlayıcı özellikler gösteren dürtüler, düşünceler veya imgelerdir. Kompulsiyonlar (zorlantılar) ise bu düşüncelerle birlikte oluşan kişinin bu eylemleri yapmak zorunda hissettiği davranışlardır [68]. Kompulsiyonlar, obsesyonların ortaya çıkardığı rahatsızlığı önlemek amacıyla yapılmakta fakat sonraki dönemde kişi kendini denetleyemez hale gelmekte ve bu tekrar eden eylemler kişide sıkıntıya yol açmaktadır [65]. Kompulsiyonlar genellikle obsesyon nedeniyle ortaya çıkan davranış ve düşüncelerdir. Obsesyonlar kaygı düzeyini arttırırken, kompulsiyonlar kaygı düzeyini azaltır. Kompulsif davranışlar kişiyi rahatsız eden davranışları önlemeye çalışmaktadır. Obsesif bireyler kompulsif belirtiler de göstermektedir [69].

Obsesyonlar; “şüphe, simetri, bulaşma, din veya cinsellik” alakalı konularda aşırı uğraş gösteren ve birey bu davranışı yerine getirmezse hayatında olumsuz şeylerin oluşacağı düşüncesi oluşmaktadır. Bu bireyler; bu dürtü, düşünce ya da imgeleri baskılamaya ya da başka bir davranışla bu düşüncelerin oluşmasını engellemeye çalışmaktadır. Örneğin; “obsesif bulaşma ve kirlenme korkusu” “kompulsif kirlenmeye” neden olur. Kompulsiyonlar, obsesyonun verdiği stres düzeyini indirmek için yapılan zorlantılı eylemleri içermektedir. Obsesif kişiler bu eylemleri yapmadıklarında kendisine ya da sevdiklerinin başına kötü bir şey geleceği ya da onları kaybedeceği düşüncelerine kapılır ve bu düşüncelerin saçma olduğunu bilirler. Fakat bireylerin bu düşünceleri oluşmasa da kişide kaygı ve gerginlik oluşmaktadır [70].

4.7.1 Obsesikompulsif bozukluk etiyoloji

Bu kurama göre OKB’un neden olan, çözümlenmemiş ödipal çatışmalardan kaynaklanan kaygıdır. Bireyde önceden oluşan anal saplanma, kişinin kaygı karşısında, kendini daha güvende hissettiği bu döneme gerilemesine neden olmaktadır. Psikanalitik kuramda, OKB’lu bireylerde kaygı ile mücadele etmek için “yapma bozma, karşıt tepki geliştirme, yalıtma ve yer değiştirme” gibi savunma mekanizmaları oluşturmaktadır [71]. Saplantılı bozuklukların, anal dönem özellikleri “karşıtçılık,

kirlilik, inatçılık, saldırganlıktır”. Bu problemlerle mücadele etmek için savunma mekanizmalarını devreye sokarlar [72]. Bu kuramda obsesyon ve kompulsiyonların bilinçdışı süreçte örtük ve çarpıtılmış olduğu; üstbenlik ile dürtüler arasındaki tehditleri veya çatışmayı ifade ettiği kabul edilir [73].

Bu kurama göre, OKB’ta hayali tehdit edici değerlendirmeler bulunmaktadır. OKB’li bireylerde tehdit en ileri aşamadır. Bunun sonucunda birey bunaltıya ve olası kötü sonucu engellemeye ve etkisizleştirme çabalarına girmektedir [74]. Öğrenmeye dayalı davranışçı kuramda, obsesyonlar koşullu uyaranlardır. Her insanın aklına gelebilecek düşünceler (hastalanma, mikrop kapma gibi) koşullanma yolu ile bireyde anksiyeteye yol açabilmektedir. Kişi anksiyete düzeyini azaltmak için davranışları tekrarlamakta ve bu da kompulsiyonların artmasına neden olmaktadır. Davranışların tekrarıyla anksiyetenin azaldığını öğrenen birey kompulsif özellik kazanmaya başlar [75].

Obsesif kompulsif bozukluğun erken yaşta görülmesi genetik faktörlerin etkili olabileceğinin önemi üzerinde durulmuştur. Ayrıca yakın akrabalarda da OKB varlığı genetik yatkınlığın önemli olduğunu gündeme getirmiştir. Bu bozukluğa sahip bireylerin %30’unun birinci derece yakınlarında da olduğu ve OKB olanların annelerinde %9, babalarında %25 olduğu belirtilmiştir. Tek yumurta ikizlerinde eş hastalanma oranı %87 iken, çift yumurta ikizlerinde %47’dir. Bozukluğun kalıtsal geçişin %21-25 oranında olduğu tespit edilmiştir [76].

4.7.2 Obsesif kompulsif bozukluğun epidemiyolojisi

Obsesif kompulsif bozukluğun yaygınlığı ait veriler yıllardır araştırmalara konu olmuştur. Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan bir araştırma sonucuna göre OKB’nin yaşam boyu olma durumu %2-3 arasında bulunmuştur [77]. Eskiye oranla günümüzde daha yaygın olarak görüldüğü ve tedaviye daha iyi yanıtlar alındığı görülmüştür. En sık görülen hastalıklarda OKB dördüncü sırada yer almaktadır. Fobi, madde kullanımı ve depresyon sonra yer almaktadır. Görülme sıklığı yaklaşım olarak astım ve diabetes mellitus kadardır [78].

Yapılan bir araştırmada; “kir-pislik bulaşması, günlük etinlik ve cinsel temalı” obsesyonların ilk üç sırada olduğunu, yıkama, güvenlik ve günlük etkinlikler konulu kompulsiyonların da en sık görülen kompulsiyonlar olduğunu tespit edilmiştir [79]. Apay ve ark. (2010) lise öğrencileri arasında OKB yaygınlığını belirlemek için yaptığı araştırmada, en sık bulaşma obsesyonu (%40) ve kontrol kompulsiyonu (%22.5) olarak bulmuşlardır. Majör depresyon %47.5, yaygın anksiyete bozukluğu ise %5 oranında tespit edilmiştir [80].

Çelikel (2009) OKB tanılı hastalar ve kontrol grubu üzerinde yaptığı çalışmada, OKB grubunda depresyon, anksiyete düzeyleri ve obsesif kompulsif belirtiler kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur [32]. Selvi ve arkadaşlarının lise son sınıf ğrencilerinde OKB'nin bir yıllık yaygınlığını belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmada, öğrencilerin %5.9'u obsesif kompulsif bozukluk olarak belirlenmiştir. Ailesinde ruhsal hastalık belirtenlerde (%17) ve sigara içen bireylerde (%12) OKB varlığı daha fazla bulunmuştur [81]. elik ve arkadaşlarının “Grupla psikolojik danışma uygulamasının niversite ğrencilerinin obsesif kompulsif belirti düzeyleri üzerine etkisi” ni araştıran çalışmalarında, grupla psikolojik danışma oturumlarına katılan öğrencilerin, katılmayan öğrencilere göre daha düşük OKB belirtisi gösterdikleri saptanmıştır [82].

4.7.3 Obsesif kompulsif bozukluk tanı kriterleri

DSM-V' (2013)'e göre OKB tanı kriterleri şunlardır;

- A- “Takıntıların (obsesyonların), zorlantıların (kompulsiyonların) veya her ikisinin olma durumu:”

Takıntılar 1 ve 2 ile tanımlanır:

1. Bazen zorla veya istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu bireylerde belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, tekrarlayıcı ve sürekli düşünceler, itkiler veya imgeler”.

2. Birey, bu düşüncelere, itkelere veya imgelere aldırış etmemeye veya baskılamaya çalışır veya bunları başka bir düşünce ya da davranışla ykszleştirme (bir zorlantıyı yerine getirerek) eyleminde bulunur.”

1. Bireyin takıntısına tepki olarak veya katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi düşündüğü tekrarlayıcı eylemler (örn. El yıkama, düzenleme, denetleyip durma) ya da zihinsel davranışlar (örn. dinsel değeri olan sözler söyleme, sayı sayma, sözcükleri sessiz bir biçimde yineleme)”.

2. “Bu davranışlar veya zihinsel eylemler yaşanan kaygı ve sıkıntıdan korunma veya bunları azaltma veya korkulan bir olay veya durumdan uzaklaşmak için yapılır fakat bu eylemler, yüksüzleştirileceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarda gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir veya abartılı bir düzeydedir”.

•B- Takıntılar veya zorlantılar bireyin vaktini alır (örn. günde bir saatten çok vaktini alır) veya klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur”.

•C- Takıntı-zorlantıseemptomları, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) veya başka bir sağlık durumunun fizyolojisi ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

•D- Bu bozukluk, başka bir ruhsal hastalığın belirtileri ile daha iyi açıklanamaz (örn. yaygın kaygı bozukluğunda olduğu gibi aşırı kuruntular; beden algısı bozukluğunda olduğu gibi dış görünümle aşırı uğraşma; trikotillomanide (saç yolma bozukluğu) olduğu gibi basmakalıp davranışlar; yeme bozukluklarında olduğu gibi törensel yeme davranışı; hastalık kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bir hastalığın olduğu gibi cinsel itkiler ve düşlemler) [48].

Varsa belirtiniz:

İç görüşü iyi ya da oldukça iyi: Birey, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının kesinlikle veya ihtimalle gerçek olmadığını veya gerçek olabileceğinin veya olmayabileceğinin farkındadır.

İçgörüsü kötü: Birey, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının ihtimal dahilinde gerçek olduğunu düşünür.

İçgörüsü yok/sanrısız inanışlar: Birey, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

Varsa belirtiniz:

Tikle ilişkili: Bireyin o sırada veya geçmişte bir tik bozukluğu rahatsızlığı vardır” [48].

4.8 Gebelikte Yeme Bozukluğu

Gebelikle birlikte kadınların beden imajı ve kilosuna konusundaki endişeleri daha da artmaktadır [83]. Gebelik dönemi, yeme bozukluklarının iyileşmesi veya başlaması için dönüm noktası olabilir. Pregoreksiya, gebelikteki kilo artışını kontrol altına almak için enerji alımını azaltan ve fazla egzersiz yapan gebeler için kullanılan bir tanımdır [84]. Gebelik döneminde obezite, pregoreksiyadan daha fazla görülmektedir [85]. Yeme bozuklukları ergenlik ve doğurganlık dönemindeki kadınlarda daha fazla görülmektedir [48]. Yeme bozukluğunun gebelikte anne ve bebek açısından önemli sonuçları bulunmaktadır [86].

Hollanda’da yeme bozukluğu olan gebelerde yapılan bir araştırmada; yeme bozukluğu olan kadınların olmayanlara göre daha yüksek diyet kalitesine sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca yeme bozukluğu olan annelerin emzirme sıklıklarının da daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır [10]. Yeme bozukluğu olan kadınlarda en çok görülen “obstetrik ve jinekolojik komplikasyonlar”;

- İnfertilite
- Plansız gebelik
- Düşük yapma,
- Gebelik sırasında yetersiz beslenme,
- Baş çevresi küçük bebek sahibi olma,
- Gebelik sırasında iştah, kilo ve beden şeklinde görülen değişiklikler nedeniyle doğum sonu depresyon,
- Doğum sonu anksiyete,
- Doğum sonu cinsel işlev bozukluğu
- Jinekolojik kanserler görülebilmektedir [87, 88].

Anorektik kadınlarda emzirmenin daha erken bırakılması, bulimik kadınlarda ilse polikistik over sendromu görülmektedir. Ayrıca aşırı yeme bozukluğu sonucuna

bağlı olarak gelişen obezite de başka bir sorundur [87, 88]. Gebelikte bebek sağlığı ve kilo alımı sebebiyle yeme bozukluğu olan kişilerde gebeliğe bağlı endişeler daha fazla görülmektedir [87].

Gebelikte yeme bozukluğu için risk faktörleri;

- 30 yaşından küçük olma,
- Gebelik öncesi yeme bozukluğu olması,
- Cinsel istismar öyküsü
- Geçmişte yaşanan psikolojik travmalar [89].

Yeme bozukluğu öyküsü olan kadınların, yeme bozukluğu olmayan kadınlara göre daha düşük doğum ağırlığına sahip bebekler dünyaya getirdikleri saptanmıştır. Anorektik gebelerde anemi, yavaş fetal büyüme, erken kasılmalar, erken doğum, küçük doğum ağırlığı, perinatal ölümler görülürken, tıkanırçasına yeme bozukluğu olan gebelerde maternal hipertansiyon, doğumun 1. Ve 2. evresinin uzaması, sürmatürasyon görülmekte ve bulimik gebelerde erken kasılmalar, yenidoğan canlandırma ve çok düşük APGAR skorları daha fazla görülmektedir [9].

Gebelik yeme bozukluğu davranışlarının ilerlemesine ya da değişmemesi ya da yeni bir yeme bozukluğu başlamasında etkili bir faktör olduğu belirlenmiştir. Ayrıca yeme bozukluğu olan bireylerin gebelik döneminde da bozuk yeme davranışlarını daha da kötüleştirdiklerini veya hafif-orta düzeyde devam ettirdikleri düşünülmektedir [8]. Bir diğer yeme bozukluğu olan pikanın gebelikte prevalansı %0.02 ile %74 arasında değişmektedir [11, 12]. Kaliforniya’da 65 aile arasında yapılan bir araştırmada pika prevalansı gebelerde %58.5, gebe olmayan kadınlarda %23.1 olarak saptanmıştır [90]. Pika davranışına neden olan başlıca etkenler, “parazit enfeksiyonlar, elektrolit bozuklukları, gastro intestinal komplikasyonlar, ağız ve diş yaralanmaları, kurşun zehirlenmesi ve demir eksikliği anemisi” oluşturmaktadır [11]. Gebelikte pika bulantı, karın ağrısı ve kabızlık, besin dışı maddelerin tüketimi ile yetersiz besin alımı, anne ve bebek için yüksek riskli gebelikler, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, mikrosefali ve perinatal mortalitede artış göstermektedir [11, 12].

Brezilya’da yapılan kesitsel bir araştırmaya göre; gebelikte yeme bozukluğu prevalansı %7.6, pika prevalansı %5.7 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca anksiyete ve depresif belirtiler yeme bozukluğu olanlarda anlamlı derecede arttığı gözlemlenmiştir [13]. Gebelik izlemlerinde yeme bozukluğu değerlendirilen bir durum değildir. Gebelikte yeme bozukluğunu belirlemek için herhangi bir test yoktur. Gebelik ncesi dönemde yeme bozukluğu varlığı, gebeliğin 3. Ayından sonra kilo artışının olmaması ve “hiperemesis gravidarum” durumlarında gebenin yeme bozukluğu varlığı değerlendirilmesi önemlidir [91]. Gebelik döneminde yeme bozukluğunu değerlendirmek için tanılamayı kolaylaştıracak sorular hazırlanmıştır [92]. Bu sorular tablo 4.6’da verilmiştir.



Tablo 4.8.1. Prenatal Dönemde Yeme Bozuklukları Taramasında Sorulabilecek Örnek Sorular

Gebelik İzlemlerinde Yeme Bozukluklarına İlişkin Bilişsel Göstergeleri Sorgulama;	Gebelik İzlemlerinde Yeme Bozukluklarına İlişkin Davranışsal Göstergeleri Sorgulama;
<ul style="list-style-type: none">• Her izlemde kilo takibinin yapılması konusunda ne düşünüyorsunuz?• Ağırlık artışınız konusunda kendinizi nasıl hissediyorsunuz?• Bedeninizde oluşan fiziksel değişiklikler hakkında kendinizi nasıl hissediyorsunuz?• Geçmişte kilo vermek için çabaladığınız oldu mu?• Cevabınız “evet” ise: Bunun için neler yaptınız? Yaptığınız eylemlerin sağlıklı olduğunu söyleyebilir misiniz?• Geçmişte beden imajı ile ilgili problem yaşadınız mı?”	<ul style="list-style-type: none">• Geçmişte, besinlerinizi kısıtladığınız, diyet yaptığınız veya beslenmeden kaçındığınız dönemler oldu mu? Belli besin veya besin gruplarını tüketmekten kaçınır mısınız?• Cevabınız “evet” ise; Aşırı gıda tüketimi veya abur cubur tüketim dönemlerini biraz açıklayabilir misiniz? <p>(Açıklamalar yeme bozuklukları tanı kriterleri çerçevesinde değerlendirilmeli; Tıkanırçasına yeme bozukluğu kriterlerini karşılıyor mu? Yoksa gebelik döneminde normale göre daha fazla besin alımı mı?)</p> <ul style="list-style-type: none">• Aşırı besin veya abur cubur tüketim periyodlarınız ne kadar sıklıkla tekrarlıyor?• İştah kesici veya laksatif kullanarak, kusarak veya aşırı egzersiz yaparak zayıflamayı denediniz mi?”

Gebelik döneminde ebelerin bu anlamda görevi oldukça önemlidir. Ebe ve hemşirelerin, annenin olumlu benlik saygısını geliştirerek, yanlış yeme tutumu eylemlerini yinelemesini ve sürdürmesini önlemeye çalışmalıdır. Yeme bozukluğu tanılı kadınlara gebelik öncesi, gebelik dönemi boyunca ve sonrasında danışmanlık verilmelidir [92]. Yeme bozukluğuna sahip kadınlara verilecek danışmanlık tablo 4.7’de verilmiştir.

Ebe/hemşirelerin yeme bozukluğu olan kadınlara bakımı ise;

- “Yeme bozukluğu olan kadınlarda davranış değişikliği oluşturmak için yeme bozukluğunun döllenme ve bebekleri üzerine etkileri hakkında bilgilendirilmeli,
- Yeme bozukluğu olan bireylerin, tedavisi tamamlanmadan gebelikten korunmak için aile planlaması yöntemleri hakkında bilgilendirme yapılmalı,
- Obstetri öyküsü alınırken AN ve BN ile ilgili sorular sorulmalı,
- Yeme bozukluğunun bebeğin büyüme ve gelişimi üzerine etkisini anlatmak için fetal süreci gösteren fotoğraflar ile sağlıklı beslenme şekilleri anlatılmalı,
- Yeme bozukluğu olan kadınların gebe kalmayı düşündüklerinde gebelik sırasında meydana gelebilecek beden değişiklikleri (kilo artışı, karın büyümesi gibi) ve yeme bozukluğuna bağlı bebekte gelişebilecek komplikasyonlar hakkında bilgilendirilmeli,
- Gebenin diyet planlanmasında ebe/hemşireler, psikiyatris, kadın doğum uzmanı ve diyetisyen iş birliği içinde olmalı,
- Gebelikte kilo artışı, değişen beden imajı ve sağlıklı bebek gelişiminin etkisine yönelik olumlu pekiştirmeler yapılmalı,
- Özellikle gebelikte hiperemesis gravidarum, kilo kaybı ya da kilo alamama, sık kusmaya bağlı gelişebilecek diş sağlığı sorunları dikkate alınmalı ve sorgulanmalıdır” [92].

Tablo 4.8.2. Yeme Bozukluğuna Sahip Kadınlara Amerikan Gebelik Derneği'nin Önerileri

Gebelik Öncesi	Gebelik Sırasında	Gebelik Sonrasında
<ul style="list-style-type: none">• Sağlıklı olan kilo korunmalı,• Laktasif kullanarak ve kusma yolu ile boşaltımdan uzak durulmalı,• Gebe kalmayı düşünmeden önce bir sağlık profesyonelinden danışmanlık almalı,• Gebelik süresince yeterli ve dengeli beslenmeyi sağlamak için bir beslenme uzmanı ile diyet hakkında görüşmeli,• Yeme bozukluğuna neden olan, altta yatan nedenleri belirlenmeli ve stresi gidermek için bireysel ve grup terapilerine katılmalıdır.	<ul style="list-style-type: none">• Gebeliğin erken dönemlerinde gebelik izlemi ve yeme bozukluğu hikayesi varlığı kaydedilmeli,• Sağlıklı kilo devam ettirilmeli,• Yeterli ve dengeli beslenme devam ettirilmeli,• Beslenmenin düzenlenmesi ve devam ettirilmesi için beslenme uzmanının desteği sağlanmalı,• Laktasif kullanarak ve kusma yolu ile boşaltımdan uzak durulmalı,• Yeme bozukluğuna neden olan, altta yatan nedenler belirlenerek ve stresi gidermek için bireysel ve grup terapilerine dahil edilmelidir”.	<ul style="list-style-type: none">• Beden ve ruh sağlığının devam ettirilmesi için danışmanlık almaya devam edilmeli,• Doğum sonunda meydana gelen depresyon ya da yeme bozukluğunun nüks etmesi durumunda sağlık profesyoneli ile iletişim sürdürülmeli,• Emzirmenin erken dönemde başlaması ve devam ettirilmesi için emzirme danışmanı tarafından desteklenmeli,• Sağlıklı kilo yönetiminin devam ettirilmesi için diyetisyen desteğine başvurulmalıdır”.

- Gebelik sırasında oluşan beslenme problemleri ile yeme bozukluğu ve ilişkili yeme tutumu davranışları arasındaki farklılıklar ayrıştırılmalıdır.
- Gebe kadınların ağırlık kazanımına yönelik endişelerini ifade etmeleri ve beslenme alışkanlıklarını anlatmaları için desteklenmelidir.
- Gebelikte ki takiplerde fundus yüksekliğinin gebelik haftası ile uyumu, ultrason ile fetüsün gelişimi değerlendirilir.
- Uzun süreli emzirmenin olumlu anne-bebek bağlanmasını geliştirdiğine, doğum sonu zayıflamaya yardımcı olduğuna ve anneye sağlıklı yeme alışkanlıklarını yeniden oluşturması için bir şans olduğuna dair olumlu etkileri anlatılmalıdır.
- Yeme bozukluğu olan gebelerin önceki gebeliklerindeki emzirme süreleri ve yaşadıkları emzirme problemleri ipucu verebilir. Emzirmenin kısa sürede sonlandırılmasının nedeni sorgulanabilir.
- Bu bozukluklar her zaman görünemeyeceği için, ebe/hemşireler konuya daha fazla ilgi göstererek kendi yapmış oldukları değerlendirmeleri standart bir uygulama haline getirmelidir [92].

4.9 Çalışmanın Ebelik Alanına Katkısı

Bu çalışma ebelik alanında bu konuyla yapılan ilk araştırmadır. Yeme bozuklukları gebelik ve fetüs için bir sağlık sorununa neden olabileceğinden yeme bozukluğu oluşmadan önlem alabilmeleri için Ebelik meslek sorumluluğu içinde yer alan eğitim ve danışmanlık fonksiyonu, yeme bozuklukları obsesif kompulsif bozukluk açısından tekrar gözden geçirilmeli ve alanda aktif olarak çalışan ebeler bu konu hakkında hizmet içi eğitim verilmelidir. Ayrıca Ebelik Bölümü müfredatında yeme bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk daha geniş kapsamlı yer almalı ve ebelik bakımları yeme bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk konusunda kapsamları geliştirilmelidir. Gebe taramalarında ON eğilimlerini araştırmaya yönelik soruların olduğu rutinler oluşturulmalıdır. Çalışmamızda yeni bir yeme bozukluğu olan ortoreksiya nervozanın, ebelerin hizmet verdiği gebelerde görülme sıklığını araştırarak bu konuda atılacak adımların önemi anlatılmıştır.

5. MATERİYAL ve METOT

5.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma gebelerde ortoreksiya nervoza eğilimi, sıklığı ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte araştırma olarak yapıldı.

5.2 Araştırmanın Soruları

S-1: Gebelerin ON eğilimleri ve OKB eğilimi arasında ilişki var mıdır?

S-2: Gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre ON eğilimleri arasında fark var mıdır?

S-3: Gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre OKB eğilimi arasında fark var mıdır?

5.3 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Medipol Sağlık Grubuna bağlı özel bir hastanenin kadın doğum polikliniğinde gerçekleşti. Bu poliklinikte 5 farklı poliklinik odasında 5 kadın doğum doktoru, 2 hemşire ve 3 sekreter çalışmaktadır ayrıca günde ortalama 90 gebe görüşmesi gerçekleşmektedir. Çalışmanın planlandığı zamanda (saat 15:00-17:00) poliklinik randevusunu bekleyen gebe kadınlar NST-2 odasına davet edilerek görüşmeler gerçekleştirildi. Bu saat aralığının tercih edilme nedeni gebe yoğunluğunun az olmasıdır. NST-2 odası ışıklandırılması ve havalandırması yeterli, hijyenik, soruları cevaplamak için bir masa ve sandalyelerin olduğu 15 m² bir odadır. Araştırma verilerinin toplamasına Haziran 2017- Ağustos 2017 tarihlerinde saat 15:00-17:00 saatleri arasında gerçekleştirildi.

5.4 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni araştırmanın yapıldığı Medipol Sağlık Grubu hastanesine başvuran gebelerden oluşmaktadır. Araştırmanın yapıldığı Medipol Sağlık Grubuna bağlı hastanede araştırmadan önceki altı ayda doğum yapan gebe sayısı 4556'dır.

Örneklem formülü hesaplamasında Epiinfo 7.2.3.0 programından yararlanılmıştır.

Örneklem büyüklüğü hesaplanırken Kinzl et al. (2006) tarafından yapılan çalışmaya

göre %47 olan kadınlarda ortoreksiya nervoza eğilimi hızı dikkate alınmıştır [24]. Buna göre örneklem büyüklüğü %5 önemlilik düzeyinde 353 olarak hesaplanmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri: Araştırmaya dahil edilecek gebe kadınlar için dahil edilme kriterleri şunlardır;

- 19-45 yaş arası olması (19 yaş altı adölesanların gelişimi tamamlamadığı için alınmamıştır),
- Türkçe okuma yazma bilmesi,
- Herhangi bir gebelik komplikasyonu gelişmemiş olması,
- Kronik hastalığın olmaması,
- Fiziksel bir engeli olmaması,
- Psikiyatrik bir tanı almamış olması,
- Gönüllü olması.

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri: Araştırmaya dahil edilmeyen gebe kadınlar için kriterler;

- Eksik ya da yanlış form doldurma,
- Araştırmaya katılmaktan vazgeçme,
- Görüşmenin yarım kalması.

5.5 Verilerin Toplanması

Araştırmada kullanan veri toplama araçları;

- Tanımlayıcı Bilgi Formu (ek-I),
- ORTO-11 Ölçeği (ek-I),
- Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (ek-I) kullanıldı.

5.5.1 Tanımlayıcı bilgi formu

Tanımlayıcı bilgi formu araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirildi [2, 30, 42, 93, 94, 95, 96, 97]. Bu formda kadınları sosyo-demografik özellikleri, obstetrik özellikleri, beslenme ile ilgili özelliklerini içeren 9 soru yer almaktadır. Formun ön uygulaması 15 kişiye yapıldıktan sonra araştırma için hazır hale getirildi.

Tanıtıcı bilgi formu sosyo-demografik özellikler, obstetrik özellikler ve beslenme özellikleri olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Sosyo-demografik özellikler; yaş, gebelikte çalışma durumu ve aile gelir algısını içeren sorulardan oluşmaktadır. Obstetrik özellikler kısmı gebelik öncesi vücut ağırlığı, boy, gebelik sayısını içeren sorulardan oluşmaktadır. Beslenme özelliklerinde ise gebelik süresince öğün sayısı ve gebelikte sigara kullanma durumunu içeren sorulardan oluşmaktadır.

5.5.2 ORTO-11 ölçeği

ORTO ölçeği, Bratman et al. (2000) tarafından bireylerde ortoreksiya nervoza eğilimlerini belirlemek amacıyla geliştirilmiş 10 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeği olarak hazırlanmıştır [14]. Donini et al. (2005), Bratman'ın (2000) ölçeğini baz alarak bazı soruları çıkarıp yerlerine farklı sorular eklemiştir. 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 et al. (2005) tarafından değiştirilerek, ölçek orijinal kullanılabilir halini almıştır. ORTO-15 ölçeği, ON eğilimini belirlemek için düzenlenmiş, 15 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin cronbach alfa değeri 0.44'tür [20].

Arusoğlu ve ark. (2008), ON ve ORTO-11'in Türkçe'ye uyarlama çalışmasını yapmıştır [30]. Ölçeği 11 maddeye düşürmüştür. Ölçeğin son halinde "3,4,5,6,7,8,10,11,12,13,14" numaralı maddeler yer almıştır. Sadece 8. Madde ters puanlanmaktadır. Ölçeğin cronbach alfa değeri 0.62'dir. İç tutarlılık değerleri, 15 madde üzerinden elde edilen faktör yapılarına ait değerlerinden daha yüksek bulunmuştur. Maddeler, bireylerin "besin seçme, satın alma, hazırlama ve kendilerinin sağlıklı olarak nitelendirdikleri besinleri tüketme" konularındaki davranışları araştırmaktadır [30].

ORTO-11 testinin faktör ve iç tutarlılık analizi yapılmış ve testin özdeğeri 1.0 üstünde 3 faktör olarak belirlenmiştir. Maddelerin faktör yüklerinin -0.44 ile 0.69 arasında değiştiği belirlenmiştir. Birinci faktöre yüklenen maddelerin genellikle

“sağlıklı beslenme ile ilgili endişeleri ve duyguları” içerdiği, ikinci faktöre “besin seçimi” ile ilgili davranışları içeren maddelerin yüklendiği, üçüncü faktörü ise “beslenme” ile ilgili bilişleri içeren maddelerin oluşturduğunu tespit etmiştir. 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. Maddelerin toplam puanla korelasyonuna bakıldığında, değerlerin -0.5 ile 0.49 arasında değiştiği görülmüştür [30].

Ölçekte bireylerin kendilerini ne sıklıkla maddelerde tarif edildiği şekilde hissettiklerini “her zaman, sık sık, bazen, hiçbir zaman” seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtmeleri istenmektedir. Ortoreksiya için ayırt edici olduğu düşünülen cevaplara “1”, normal yeme davranışı eğilimi gösteren cevaplara “4” puan verilmektedir. Düşük puanlar ortorektik eğilimi göstermektedir [30]. Çalışmamızda onbir sorudan oluşan ORTO-11 ölçeği cronbach alfa değeri 0.55 bulundu. Ölçekten 27 puan ve altı alanların ortorektik eğilim gösterdikleri belirlenmiştir.

5.5.3 Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)

Özgün adı: Maudsley Obsessive Compulsive Questionnaire. Hodgson ve Rachman (1977) tarafından geliştirilmiştir [22]. Türkçe formunun adı ise Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesidir. Ölçeği Türkçe’ye Erol ve Savaşır (1988) tarafından uyarlamıştır [98]. Bireylerin obsesif kompulsif belirtilerinin türü ve yaygınlığını ölçmek için kullanılır ve kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam 4 alt ölçek ve 37 maddeden oluşmaktadır. Doğru/yanlış cevaplama türü ile ölçüm sağlanmaktadır. Hastalar ölçeğin üzerine işaretleyerek yanıt vermektedirler. Bireyler soruları cevaplarken kendilerine uyan doğru/yanlış yanıtını işaretlemektedirler [98].

Alt ölçekler;

1. “Kontrol etme alt ölçeği; 2, 6, 8, 14, 15, 20, 22, 26 ve 28. Maddeleri”
2. “Temizlik alt ölçeği: 1, 4, 5, 9, 13, 17, 19, 21, 24, 26 ve 27. Maddeleri”
3. “Yavaşlık alt ölçeği: 2, 4, 8, 16, 23, 25 ve 29. Maddeleri”
4. “Kuşku alt ölçeği: 3, 7, 10, 11, 12, 18 ve 30. Maddeleri” içerir [98].

Ölçeğin Türkçe formuna “ruminasyon alt ölçeği” eklenmiştir ve “2, 8,31-37.” Maddelerden oluşmaktadır. Her bir soruya verilen doğru yanıt 1 puan, yanlış puan ise 0 puandır. 11. Madde ters puanlanmaktadır. Toplanan puanlar her maddeden elde edilen sayısal değerlerle belirlenir. En yüksek puan 37’dir. Kontrol etme için 9, temizlik için 11, yavaşlık için 7, kuşku için 7 puandır. Toplam 8 ve altında puan alanlar obsesif kompulsif belirtileri düşük eğilim, 9-15 arası puan alanlar orta düzeyde eğilim, 16 ve üzeri puan alanlar ise yüksek düzey obsesif kompulsif eğilim göstermektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça obsesif kompulsif belirtilerin görülme sıklığı da artmaktadır. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesinin cronbachalpha değeri 0.86’dir. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesinin karşılaştırılmalı çalışmalarda kullanılması önerilmektedir [98].

Çalışmamızda otuzyedi sorudan oluşan Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi cronbach alfa değeri 0.86 gibi yüksek güven aralığında bulundu.

5.6 Araştırmanın Uygulanması

Kurum yetkililerinden gerekli izinler ve etik kurul onayı alındıktan sonra araştırmaya başlandı. Anket güvenliğini sağlamak amacıyla gebelerin açlık, mesane doluluğu, yoğun kaygı durumları değerlendirilerek NST odasına davet edildi. Araştırmaya alınacak gebe kadınların ek-II’de yer alan bilgilendirilmiş birey onam formunu okumaları sağlandı. Gönüllü olduklarını gösteren bu formu imzalamalarını takiben katılımcılara Tanımlayıcı Bilgi Formu (9 soru), ORTO-11 Ölçeği (11 soru) ve MOKSL (37 soru) verilmiştir. Her gebe kendisine sunulan materyalleri 10-15 dakika süre içinde doldurmuş ve araştırmacı bu süre içinde gebelere eşlik etmiştir. Odaya anketin doldurulduğu süre içinde üçüncü kişilerin giriş çıkışları engellendi. Refakatçiler görüşme odasına alınmadı.

5.7 Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler IBM SPSS for Windows Version 22.0 paket programında yapıldı. Sayısal değişkenler ortalama±standart sapma ve median [Min – Maks] değerler ile kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde ile özetlendi. Sayısal değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov Smirnov ve Kruskal wallis testi ile incelendi. Grup varyanslarının benzerliği ise Levene testi ile araştırıldı. Grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanıldı. Sayısal değişkenler arası ilişki Spearman korelasyon katsayısı ile verildi. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak alındı.

5.8 Etik Çalışmalar

- Araştırmanın etik kurul onayı İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan alınmıştır (Etik kurul tarihi:27/03/2017, Etik kurul Sayısı: 10840098-604.01.01-E.8322). (Ek-III)
- Araştırmanın yapılacağı hastaneden 12.04.2017 tarihinde izin alınmıştır. (Ek-II)
- Araştırmada kullanılan ölçekleri için (ORTO-11 Ölçeği, Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi) yazarlarından kullanım izni alınmıştır. (Ek II)
- Araştırma kapsamına alınan gönüllü gebe kadınlara, çalışmanın amacı, bilgi mahremiyeti araştırmacı tarafından açıklanmış, onam formu alınmış ve araştırmaya başlanmıştır. (Ek-II)

6. BULGULAR

Gebe kadınların tanıtıcı özellikleri ile ORTO-11 Ölçeği ve MOKSL puanları 6.1.-6.4. başlıklarında yer almaktadır. Sırasıyla tablolar;

- Tablo 6.1.1-2; Gebelerin tanıtıcı özelliklerine ait bulgular,
- Tablo 6.2.1-3; Gebelerin ORTO-11 Ölçeği ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesinden aldıkları puanlar ve arasındaki ilişkiye ait bulgular,
- Tablo 6.3.1-8; Gebelerin tanıtıcı özelliklerinin ölçek puan ortalamaları ile karşılaştırılmasına ait bulgular.

6.1 Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulgular

Bu başlık altında araştırmaya katılan gebe kadınların sosyo-demografik özellikleri, obstetrik özellikleri ve beslenme özelliklerine ait bulgulara yer verildi.

Tablo 6.1.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımları (N=367)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş (yıl) $\bar{X}\pm SD=29.31\pm 4.49$		
<i>25 yıl ve altı</i>	69	18.8
<i>26-30 yıl</i>	171	46.6
<i>31-35 yıl</i>	91	24.8
<i>36 yıl ve üstü</i>	36	9.8
Öğrenim düzeyi		
<i>İlköğretim</i>	44	11.9
<i>Lise</i>	85	23.2
<i>Üniversite</i>	238	64.9
Gebelikte Çalışma durumu		
<i>Evet</i>	167	45.5
<i>Hayır</i>	200	54.5
Aile gelir algısı		
<i>Gelir giderden fazla</i>	167	45.5
<i>Gelir gidere denk veya az</i>	200	54.5
Toplam	367	100.0

Çalışmamızda yer alan gebelerin % 46.6'sı 26-30 yaş aralığında olup, 36 yaşından büyük katılımcılar sadece %9.8 oranında idi. Gebelerin %64,9'u üniversite mezunu olup %54,5'i çalışmıyordu. Ayrıca gebelerin %54.5'inin gelir düzeyleri gelir gidere denk veya azdır.

Tablo 6.1.2. Gebelerin Obstetrik ve Beslenme Özelliklerinin Dağılımları (N=367)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gebelik sayısı		
<i>Primipar</i>	218	59.4
<i>Multipar</i>	149	40.6
Sigara içme durumu		
<i>Evet</i>	25	6.8
<i>Hayır</i>	342	93.2
Öğün sayısı		
<i>2-3</i>	181	49.3
<i>4 üstü</i>	186	50.7
Gebelik Öncesi Beden Kitle İndeksi (BKİ)		
<i>Zayıf (<18.5)</i>	25	6.8
<i>Normal ($18.5-24.9$)</i>	211	57.5
<i>Fazla kilolu/Şişman ($25.0-29.9$)</i>	90	24.5
<i>Obez (≥ 30.0)</i>	41	11.2
Toplam	367	100

Çalışmamıza katılan gebelerin %59.4'ü primipar gebedir. Çalışmamıza katılan gebelerin gebelik sırasında %50.7'si 4 öğün ve üzeri beslenmiştir. Gebelerin gebe kalmadan önceki beden kitle indekslerinde ise %57.5'i "normal" grupta yer alırken, %93.2'si gebelik sırasında sigara içmediğini belirtti.

6.2 Araştırmada Kullanılan ORTO-11 Ölçeği ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesinden Alınan Puanlar ve Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Bu başlık altında araştırmaya katılan gebelerin araştırmada kullanılan ölçeklere göre aldıkları puan ve ölçek korelasyonlarına ait bulgular verildi.

Tablo 6.2.1. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre ORTO-11 Ölçeği ve MOKSL Puanlarına Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
ORTO-11 Ölçeği		
$\bar{X} \pm SD = 24.91 \pm 4.14$		
≤ 27	234	63.8
> 27	133	36.2
MOKSL		
$\bar{X} \pm SD = 15.44 \pm 6.50$		
<i>(Düşük düzey eğilim) 8 ve altı</i>	54	14.7
<i>(Orta düzey eğilim) 9-15</i>	136	37.1
<i>(Yüksek düzey eğilim) 16 ve üstü</i>	177	48.2
Toplam	367	100.0

Çalışmamıza katılan gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre ORTO-11 Ölçeği puanlarına göre dağılımı tablo 6.2.1.'de verildi. Araştırmamızda gebelerin ORTO-11 Ölçeğinden aldıkları ortalama puan 24.91 ± 4.14 'tü. Gebelerin %63.8'inin, ORTO-11 Ölçeği puanının 27 puan ve altında olarak ortorektik eğilim gösterdi. Ayrıca gebelerin MOSKL'den aldıkları ortalama puan 15.44 ± 6.50 'dir. Çalışmamızda gebelerin %48.2'si 16 ve üstü puan olarak yüksek düzeyde obsesif kompulsif bozukluk eğilimi gösterdi.

Tablo 6.2.2. ORTO-11 Ölçeği Puan Ortalaması ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi Alt Boyut Ortalamaları

Ölçeklerden Alınan Puanlar	N	(Min-Max)	$\bar{X}\pm SD$
MOKSL Alt Boyutları			
Kontrol Etme	367	0-9	2.76±2.19
Temizlik	367	0-11	4.97±2.27
Yavaşlık	367	0-7	2.31±1.56
Kuşku	367	0-7	3.59±1.68
Ruminasyon	367	0-9	3.59±2.46
Toplam	367	1-37	15.44±6.50
ORTO-11 Ölçeği	367	16-38	24.91±4.14

Çalışmamıza katılan gebelerin MOKSL alt ortalamaları sonuçlarına göre; kontrol etme alt ölçeğinden ortalama 2.76±2.19, temizlik alt ölçeğinden ortalama 4.97±2.27, yavaşlık alt ölçeğinden ortalama 2.31±1.56, kuşku alt ölçeğinden ortalama 3.59±1.68, ruminasyon alt ölçeğinden ise ortalama 3.59±2.46 puan aldılar. Gebelerin MOKSL ortalama puanları 15.44±6.50 olarak saptandı. Bu sonuca göre gebelerin orta düzeyde obsesif kompulsif eğilim gösterdikleri sonucuna ulaşıldı. Çalışmamızda gebelerin ORTO-11 ölçeğinden ortalama 24.91±4.14 puan aldıkları ve ortoreksiya nervoza eğilimi gösterdikleri saptandı.

Tablo 6.2.3. Gebelerin ORTO-11 Ölçeği ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesinden Aldıkları Puanların Korelasyonu

Ölçekler	ORTO-11 Ölçeği	MOKSL
ORTO-11 Ölçeği	r=1.000 -	r=-0.126 p=0.016
MOKSL	r=-0.126 p=0.016	r=1.000 -

Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır.

Gebelerin ORTO-11 ve MOKSL puanlarının korelasyonu 6.2.3’de verildi. ORTO-11 Ölçeği ile MOKSL arasında zayıf düzeyde negatif yönde bir ilişki saptandı ($p<0.05$, $r=-0.126$). Bu ilişki birinin artması durumunda diğerinin azalması şeklindeydi. ORTO-11 puanının düşmesi eğilimin arttığını gösterirken, MOKSL puanının artması OKB eğiliminin arttığını göstermektedir. Bu sonuca göre obsesif kompulsif eğilimi arttıkça ortorektik eğilimde artış gösterdi.

6.3 Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Ölçek Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Bu başlık altında araştırmaya katılan grupların sosyo-demografik, obstetrik ve beslenme özelliklerinin ölçek puan ortalamaları ile karşılaştırılmasına ait bulgular verildi.

Tablo 6.3.1. Gebelerin Yaşlarına Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=367)

Yaş grupları	ORTO-11 Ölçeği $\bar{X}\pm SD$	MOKSL $\bar{X}\pm SD$
25 yaş ve altı	24.64±4.44	17.05±5.76
26-30 yaş	25.13±4.18	15.45±6.42
31-35 yaş	24.36±3.86	15.35±6.19
36 yaş ve üstü	25.83±4.06	12.74±8.07
Toplam	24.91±4.15	15.47±6.49
Test değeri	KW=4.426 $p=0.219$	KW=13.072 $p=0.004$

Gebelerin yaş grubu özelliğine göre ölçeklerden alınan puan ortalamaları tablo 6.3.1.'de verildi. Yaş grupları değişkeninde, gebelerin ölçeklerden aldıkları puanlara bakıldığında 36 yaş ve üzerindeki MOKSL'den aldıkları puan diğer yaş değişkenlerinden istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı düşük bulundu ($p<0.01$). Ayrıca 25 yaş ve altında bulunan gebelerin MOKSL puanları da diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0.01$). ORTO-11 ölçeğinde yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark rastlanmadı ($p>0.05$).

Tablo 6.3.2. Gebelerin Öğrenim Düzeylerine Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(N=367)

Öğrenim Düzeyi	ORTO-11 Ölçeği $\bar{X}\pm SD$	MOKSL $\bar{X}\pm SD$
İlköğretim	25.59±4.63	17.29±6.97
Lise	25.07±4.13	15.92±6.02
Üniversite	24.73±4.06	14.92±6.53
Test	KW=1.252 <i>p</i> =0.535	KW=6.244 <i>p</i> =0.044

Gebelerin öğrenim düzeyi değişkenlerine göre ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları tablo 6.3.2’de yer almaktadır. Gebelerin öğrenim düzeylerine bakıldığında; İlk öğretim düzeyinde eğitim almış olanlarla, üniversite düzeyinde eğitim almış olanların obsesyon eğilim ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p<0.05$). Gebelerin ORTO-11 ölçek puan ortalamalarında öğrenim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0.05$).

Tablo 6.3.3. Gebelerin Gebelikte Çalışma Durumuna Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(N=367)

Gebelikte Çalışma Durumu	ORTO-11 Ölçeği $\bar{X}\pm SD$	MOKSL $\bar{X}\pm SD$
Evet	24.29±3.75	14.50±5.87
Hayır	25.43±4.40	16.24±6.91
Test	U=14326.50 <i>p</i> =0.024	U=14311.00 <i>p</i> =0.023

Gebelerin çalışma durumu özelliklerine göre ölçeklerden alınan puan ortalamaları tablo 6.3.3.’de yer almaktadır. Çalışma hayatında olan gebelerin hem MOKSL hem de ORTO-11 Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü ($p<0.05$).

Tablo 6.3.4. Gebelerin Aile Gelir Algısına Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(N=367)

Aile Gelir Algısı	ORTO-11 Ölçeği	MOKSL
	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$
Gelir giderden fazla	24.39±4.32	14.00±6.66
Gelir gidere denk/az	25.02±4.08	15.84±6.42
Test	U=10084.500 <i>p</i> =0.238	U=9094.500 <i>p</i> =0.017

Gebelerin aile gelir algısı özelliklerine göre ölçeklerden alınan puan ortalamaları tablo 6.3.4.'te yer almaktadır. Aile gelir algısı özelliklerinde geliri yüksek olanların MOKSL puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşükken ($p<0.05$) ORTO-11 ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark rastlanmadı ($p>0.05$).

Tablo 6.3.5. Gebelerin Gebelik Sayısına Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(N=367)

Gebelik Sayısı	ORTO-11 Ölçeği	MOKSL
	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$
Primipar	24.64±4.15	15.56±6.54
Multipar	25.24±4.12	15.29±6.47
Test	U=15166.500 <i>p</i> =0.137	U=16367.000 <i>p</i> =0.768

Gebelerin gebelik sayısı özelliklerine göre ölçeklerden alınan puan ortalamaları tablo 6.3.5.'de yer almaktadır. Gebelerin primipar ve multipar olmalarının ne MOKSL ne de ORTO-11 Ölçeği ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark rastlanmadı ($p>0.05$).

Tablo 6.3.6. Gebelerin Gebelik Öncesi Beden Kitle İndeksine Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=367)

Gebelik Öncesi Beden Kitle İndeksi (BKİ)	ORTO-11 Ölçeği $\bar{X}\pm SD$	MOKSL $\bar{X}\pm SD$
Zayıf (<18.5)	26.60 \pm 5.06	13.48 \pm 6.02
Normal (18.5-24.9)	24.71 \pm 4.11	15.62 \pm 6.51
Fazla kilolu/Şişman (25.0-29.9)	24.99 \pm 4.29	15.04 \pm 6.73
Obez (≥ 30.0)	24.52 \pm 2.80	15.48 \pm 5.68
Test	KW=1.619 $p=0.655$	KW=3.454 $p=0.327$

Gebelerin gebelik öncesi beden kitle indeksi özelliklerine göre ölçeklerden alınan puan ortalamaları tablo 6.3.6.'da yer almaktadır. Gebelerin gebelik öncesi beden kitle indeksi değişkenlerinin ORTO-11 ve MOKSL puan ortalamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 6.3.7. Gebelerin Gebelikte Sigara Kullanma Durumuna Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(N=367)

Sigara Kullanma Durumu	ORTO-11 Ölçeği $\bar{X}\pm SD$	MOKSL $\bar{X}\pm SD$
Evet	25.52±3.53	14.58±6.64
Hayır	25.88±4.17	15.34±6.56
Test	U=4070.500 <i>p</i> =0.689	U=3568.500 <i>p</i> =0.547

Gebelerin gebelikte sigara kullanma özelliklerine göre ORTO-11 Ölçeği ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi puan ortalamaları tablo 6.3.7.'de yer almaktadır. Gebelerin gebelikte sigara kullanımı değişkenlerinin ORTO-11 Ölçeği ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (*p*>0.05).

Tablo 6.3.8. Ölçek Puan Ortalamalarının Gebelerin Öğün Sayısı Durumuna Göre Karşılaştırılması(N=367)

Öğün Sayısı	ORTO-11 Ölçeği $\bar{X}\pm SD$	MOKSL $\bar{X}\pm SD$
2-3	25.06±4.37	15.55±6.54
4 üstü	24.64±3.82	15.30±6.48
Test	U=15708.500 <i>p</i> =0.394	U=16268.500 <i>p</i> =0.770

Gebelerin öğün sayısı özelliklerine göre ORTO-11 Ölçeği ve MOKSL puan ortalamaları tablo 6.3.8.'de yer almaktadır. Gebelerin öğün sayısı değişkenlerinin ORTO-11 Ölçeği ve MOKSL puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (*p*>0.05).

7. TARTIŞMA

Bu çalışma gebelerde ortoreksiya nervoza eğilimi, sıklığı ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu çalışma yapılan taramalar sonucunda gebeler üzerinde bu konuyla ilgili yapılmış ilk ve en geniş kapsamlı çalışma olması bakımından önem taşımaktadır.

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgular üç başlık altında literatür doğrultusunda tartışılmıştır;

7.1.Gebelerin tanıtıcı özelliklerine ait bulguların tartışılması (Tablo 6.1.1-2),

7.2.Gebelerin ORTO-11 Ölçeği ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesinden aldıkları puanlar ve arasındaki ilişkiye ait bulguların tartışılması (6.2.1-3),

7.3.Gebelerin tanıtıcı özelliklerinin ölçek puan ortalamaları ile karşılaştırılmasına ait bulguların tartışılması (6.3.1-8).

7.1 Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulguların Tartışılması (Tablo 6.1.1-2)

Ülkemizde doğumların %64'ü 30 yaşından önce gerçekleşmektedir. Araştırmanın örneklemini oluşturan gebelerin sosyo-demografik özellikleri Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verileri çerçevesinde incelendiğinde; en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaş grubunda bulunmuştur. Çalışmamızda ise gebelerin %46.6'sı 26-30 yaş aralığındadır [42]. TNSA 2013'e göre kadınların öğrenim düzeylerine bakıldığında çalışmamızda lise ve üzeri mezun olan kadınların oranı %98.1, Türkiye genelinde ise bu oran %36'dır. Türkiye genelinde kentte yaşayanların %49.8'i geliri giderinden yüksek iken bizim çalışmamızda bu oran %45.5'tir. Çalışmamızdan elde edilen bulgular Türkiye ortalamalarıyla benzerlik göstermektedir.

TNSA 2013 verilerine göre gebelik veya çocuk bakımı nedeniyle işten ayrılanların oranı yüzde 14 iken bizim çalışmamızda gebelik sırasında çalışmaya devam eden kadınların oranı %45.5'dir [42]. Ülkemizde gebeler üzerinde yapılan bir çalışmada gebelikte sigara kullanma oranı %28'dir [99]. Kocaeli'nde yapılan bir

çalışmada gebelikte sigara kullanma oranı %11.6'dır [100]. Çalışmamızda ise gebelikte sigara kullanma oranı %6.8'dir. Çalışmamızda yer alan gebelerin eğitim düzeyinin yüksek olmasının gebelikte çalışma durumuna ve sigara kullanmama da etkili olduğu kanaatindeyiz.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2008) gebelikte öğün atlamadan sık sık ve azar azar beslenmesini önermektedir [39]. Cengiz (2015)'in İstanbul ilinde 108 gebenin katıldığı bir çalışmada en az 3 öğün beslenen gebeler %86.1 oranındadır [101]. Bizim çalışmamızda ise gebelerin %49.3'ü 2-3 öğün arası beslenmektedir. Cengiz (2015)'in çalışmasındaki sonuçlarla bizim elde ettiğimiz sonuçların farkının Cengiz'in örneklem sayısının azlığından kaynaklanması mümkün olabilir. Çalışmamızda gebelerin %57.5'i gebelik öncesi beden kitle indeksi normal olan kadınlardan oluşmaktadır ve ülkemizde beden kitle indeksi normal olan kadınların oranı 41.3'tür [42]. Çalışmamızda yer alan gebelerin öğrenim düzeylerinin yüksek olması, çalışma durumları ve sigara kullanımında olduğu gibi beden kitle indeksinde de etkili olabilir.

7.2 Gebelerin ORTO-11 Ölçeği ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesinden Aldıkları Puanlar ve Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması (Tablo 6.2.1-3)

Ortoreksiya nervoza, Moroze, Dunn, Holland, Yager ve Weintraub (2015) tarafından bir tür "kendi kendine yemek yeme" ve bu davranışlarda yer alan kişiler tarafından "temiz yemek" olarak tanımlanmıştır. Ortoreksiya genel olarak sağlığı iyileştirmek için daha sağlıklı bir şekilde yemek yemeye masum bir girişim olarak başlar [16]. Bazen de istemeden kronik hastalıkların üstesinden gelme isteği olarak başlayabilir [102].

Uluslararası literatürde yer alan çalışmalar ON prevalansı yönünde incelendiğinde; İtalya'da 236 kadın, 168 erkek katılımcı ile yaptıkları çalışmada katılımcıların 28'inin (%6.9) "ortorektik", 64'ünün (%15.8) normal beslenme alışkanlıklarına sahip olduğunu tespit etmiştir [20]. Brezilya'da 2012 yılında 392 katılımcının olduğu bir çalışmada, katılımcıların %81.9'unda ortorektik eğilim olduğu saptanmıştır [103]. Kinzl et al. (2006)'ın 281 kadın diyetisyende yaptıkları çalışmada %52.3'ünde ON belirtisi gösterdiği, %12.8'inin ortorektik olduğunu belirtmişlerdir

[24]. Varga et al. (2014)'ın üniversite öğrencileri arasında yaptıkları çalışmada katılımcıların %56.9'unun ON eğilimi olduğu saptanmıştır [104]. Shah (2012)'ın 172 öğrenci arasında yaptığı çalışmada, katılımcıların %69'unun ortorektik olduğunu saptamıştır [25]. Fernandez et al. (2019) tarafından yapılan araştırmada ise katılımcıların %25.2'sinde ortorektik belirtiler gözlemlenmiştir [105]. Farklı bir çalışmada ise ON eğilimi %49 bulunmuştur [106].

Ülkemizde Asil ve ark. (2015)'nın diyetisyenlerle yaptıkları çalışmada ON risk prevalansı %41.9 [37], Aksoydan ve ark. (2009) tarafından opera ve bale sanatçılarıyla yapılan çalışmada ise % 54.6 olarak bulunmuştur [23]. Sağlık personeli olan ve sağlık personeli olmayan bir grupta yapılan çalışmada, sağlık personeli çalışanlarının %99 ON eğilimi, sağlık personeli olmayanların ise %98.5'inde ON eğilimi olduğu bulunmuştur [107]. Hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, çalışmaya katılan öğrencilerin %73.5'inde ON eğilimi saptanmıştır [108]. Çalışmalarda ki ON risk prevalansındaki bu değişkenlik örneklem gruplarının sosyo-demografik özelliklerindeki farklılıktan kaynaklanabilir. Çalışmamızda ise gebelerin %63.8'inin ortoreksiya nervoza eğilimine sahip olduğu bulunmuştur. Gebelerin ON puan ortalaması 24.91 ± 4.19 'dur. Yapılan bir çalışmada öğrenim düzeyi yüksek olan kişilerde öğrenim düzeyi düşük olanlara göre ON sıklığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir [29]. Yapmış olduğumuz çalışmada örneklem grubumuzun öğrenim düzeyi yüksek kadınlardan oluşması ON sıklığının diğer kadınlara göre yüksek olmasına neden olmuş olabilir.

Türkiye Psikiyatri Derneği verilerine göre her 100 kişiden 2-3'ü obsesif kompulsif bozukluğa sahiptir ve kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülmektedir [109]. Gebe kadınlarda; obsesif kompulsif bozukluk yaygınlığı %0.2-5.2 saptanmıştır [110, 111]. Tanı ölçütlerini karşılamayacak şiddetteki obsesif kompulsif belirtiler, gebe kadınların %10-25'ini etkilemektedir [112, 113]. Araştırmalarda, kadınların %0.5 ile %0.7'sinin antenatal dönemde ilk kez obsesif kompulsif bozukluk teşhisi aldığı saptanmıştır [114, 115]. Araştırmaya katılan gebelerin Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi puan ortalaması 15.44 ± 6.50 'dir. Çalışmamızda araştırmaya katılan gebelerin %48.2'si yüksek düzeyde obsesyon eğilimi göstermişlerdir.

Çalışmalarda ON eğiliminin yüksek olduğu kişilerde OKB eğiliminin de yüksek olduğu çalışmalar mevcuttur [35, 64, 116].

Türkiye’de ortorektik belirtileri belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada ON eğilimindeki artış ile OKB eğilimindeki artış arasında anlamlı bir ilişki görülmüştür [35]. Donini et al. (2004) yaptığı çalışmada ise OKB belirtilerini gösteren bireylerde ON eğiliminin yüksek olduğu bulunmuştur [64]. Türkiye’de üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada, yüksek OKB semptomlarının düzensiz yeme davranışlarının göstergesi olabileceği bulunmuştur. Bu çalışmada, yüksek ON risk altında bulunan katılımcılar MOKSL testinde anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır [116]. Bu çalışmada da benzer şekilde gebelerin ortorektik eğilim göstermeleri ile obsesif kompulsif bozukluk eğilimi göstermeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($r=-0.126$ ve $p=0.05$). Buna göre gebelerde ortorektik eğilimler arttıkça OKB eğiliminin de artış gösterdiği tespit edilmiştir. Çalışmamızda yer alan gebelerin ON eğilimleri ile OKB eğilimleri arasında ki zayıf düzeyde olan ilişkinin, iki eğilimin birbiriyle düşük de olsa ilişkili olabileceğini göstermiştir.

7.3 Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Ölçek Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılmasına Ait Bulguların Tartışılması (Tablo 6.3.1-8)

Donini et al. (2004) ve Bosi ve ark. (2007) yaptıkları çalışmalarda, ON risk prevalansının artan yaşla birlikte artış gösterdiğini bulmuşlardır [28, 67]. Bu artışın sebeplerinden biri sağlık ve beslenmeye karşı daha yüksek hassasiyet olabilir. Farklı çalışmalarda yaşın ON eğilimini etkilemediğini bulmuşlardır [23, 30]. Çalışmamızda doğurgan yaş grubundaki kadınlardan oluştuğu için yaş gruplarının birbirine yakın olması ON eğilimini etkilemediği düşünülmektedir. Çalışmamızda yaşa göre ortoreksiya nervoza eğilimi açısından fark bulunmamasına rağmen yaşa göre OKB eğilimi arasında fark olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuca göre 25 yaş ve altı gebelerin diğer yaş gruplarına göre yüksek düzeyde OKB eğilimi gösterdikleri saptanmıştır ($p<0.01$). Bu sonuç Arusoğlu (2006)’nun çalışmasıyla benzerlik göstermektedir [29].

Öğrenim düzeyinin ON eğilimini etkilediğine dair çalışmalar olmakla birlikte [31, 103, 25], sosyodemografik özellikler ile ON sıklığının anlamlı farklılık

göstermediğini belirten çalışmalar da mevcuttur [26, 117]. Arusoğlu (2006)'nın yaptığı çalışmada ise öğrenim süresi düştükçe ON eğiliminin daha yüksek olduğu bulunmuştur [29]. Arusoğlu ve ark. (2008), “ortoreksiya nervoza ve ORTO-11'in Türkçe'ye uyarlama çalışması”nda, üniversite üstü öğrenim görenlerin daha düşük ON eğilimi gösterdiğini saptamıştır [30]. Başka bir araştırmada ise ON eğiliminin öğrenim düzeyi ile ilişkisi olmadığı saptanmıştır [23]. Bizim çalışmamızda ise benzer şekilde öğrenim düzeyi durumu değişkenlerinin ON eğilimi üzerinde bir etkisi olmadığı sonucuna ulaşıldı ($p>0.05$). Yapılan bir çalışmada OKB'li bireylerin ilköğretim mezunu oranı %32.5, üniversite mezunu oranı %29'dur [118]. Çalışmamızda ise ilk öğretim düzeyinde eğitim almış olanlarla, üniversite düzeyinde eğitim almış olanların OKB puanları arasında anlamlı bir fark saptandı ($p<0.05$). Bu sonuca göre Şafak (2014)'ın yaptığı çalışmayla benzerlik göstermekte ve gebelerin öğrenim düzeyi arttıkça obsesif kompulsif bozukluk eğilimi de azalmaktadır. Çalışmamızda öğrenim düzeyine göre ortoreksiya nervoza eğilimi açısından fark bulunmamasına rağmen öğrenim düzeyine göre OKB eğilimi arasında fark olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda yer alan gebelerin öğrenim düzeylerinin yüksekliği bu sonucun oluşmasında etkili olabilir.

Araştırma sonuçlarımıza göre çalışan kadınlar çalışmayan kadınlara göre ON eğilimlerinin istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Yeşil ve ark. (2018) yaptığı çalışmada katılımcıların %71.1'i çalışan insanlardan oluşmaktadır. [119]. Bununla birlikte Ergin (2015)'nin yaptığı çalışmada ise çalışma durumunun ON eğilimini etkilemediği bulunmuştur [107]. Kadınların gebelikte çalışmaya devam ediyor olması ON eğiliminde etkili olabileceği düşünülmektedir. Araştırmamızda gebelik döneminde çalışmayan kadınların ON eğiliminin düşük bulunmasına karşın OKB eğiliminin çalışanlara göre yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Türkiye'de farklı örneklem gruplarıyla yapılan çalışmalarda, yeme bozukluğu olanların %40-85 aralığında orta sosyoekonomik düzeyde olduğu bildirilmiştir [120, 121]. Çalışmamızda aile gelir algısına göre ortoreksiya nervoza eğilimi açısından fark bulunmamasına rağmen aile gelir algısına göre OKB eğilimi arasında fark olduğu tespit edilmiştir. Aile gelir algısı değişkenlerinde gelir giderden fazla olan gebelerin

Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesinden aldıkları puanların daha düşük olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu sonuca göre gelir düzeyi giderden fazla olan gebelerin obsesif kompulsif eğilimleri daha düşük bulunmuştur.

Ergin (2005)'nin yılında yaptığı çalışmada ise çocuk sahibi olmanın ON eğilimini etkilemediği bulunmuştur [107]. Türkiye'de yapılan bir çalışmada çocuk sahibi olmanın ve çocuk sayısının fazla olmasının da ON eğilimini arttırdığı saptanmıştır [29]. Farklı bir çalışmada ise çocuksuz bireylerde ON semptomları daha yüksek görülmektedir [122]. Çalışmamız Ergin (2015)'in yaptığı araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermekte olup gebelerin gebelik sayısı ile ON ve MOKSL eğilimi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Yapılan çalışmalarda ise antenatal ve postpartum dönemde OKB ile ilgili yapılan araştırmalar sınırlı olmasına rağmen; ilk gebeliğin OKB ile ilişkisi daha yüksek düzeyde saptanmıştır [123, 124].

Yapılan çalışmalarda ON eğiliminde olan hastaların kilo veya vücut imajı kaygıları sergilemedikleri, bunun yerine fazla kilolu bireyler oldukları bulunmuştur [125]. Toplumda giderek yaygınlaşan sağlıklı olma ve beden imajının önemsenmesi sonucu, yeme bozukluğu belirtileri ve davranışları erkeklerde giderek daha fazla görülmektedir [58]. Ancak ülkemizde yapılan çalışmalarda ortorektik davranışlar erkeklere oranla kadınlarda daha çok görülmüştür [28, 30]. Bosi ve ark. (2007) tarafından tıp fakültesi doktorlarıyla yapılan araştırmada beden kitle indeksinin ON eğiliminde etkili olmadığı bulunmuştur [28]. Arusoğlu ve ark. (2008) yaptığı çalışmada OKB eğilimi daha fazla olan kişilerde BKİ yükseldikçe ON eğilimlerin arttığı saptanmıştır [30]. Aksoydan ve Camcı (2009)'nın, "Devlet Opera ve Balesi ile Bilkent Üniversitesi Senfoni Orkestrası sanatçıları arasındaki ortoreksiya nervoza prevelansının saptanması" amacıyla yaptıkları çalışmada ON eğilimi ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır [23]. Bizim çalışmamızda ise normal, fazla ve obez grubu gebelerin ORTO-11 Ölçeğinden daha fazla puan aldıkları ancak Bosi (2007), Aksoydan'ın (2009) yaptıkları araştırma sonuçlarına benzer şekilde gebelerin BKİ değişkenlerin ON eğilimini etkilemediği bulunmuştur ($p > 0.05$). Çalışmamıza katılan bireylerin çoğunluğunun normal beden kitle indeksine sahip bireyler olması araştırma sonucunda etkili olabilir.

Gebelik döneminde başlayan OKB ile sigara kullanımının, yine gebelik döneminde başlayan anksiyete bozukluğunun ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun ilişkili olduğunu göstermiştir [126]. Fidan ve ark. (2010)'ın çalışmasında sigara içmeyen grupta ON eğilimi daha yüksek tespit edilmiştir [31]. Farklı çalışmalarda ise sigara kullanımının ON eğilimini etkilemediği bulunmuştur [23, 107]. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde gebelerin sigara kullanımının MOKSL ve ORTO-11 Ölçeği puanlarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$). Bu sonuca göre gebelikte sigara kullanımının gebelikte obsesif kompulsif eğilimi ve ortoreksiya nervoza eğilimini etkilemediği tespit edilmiştir.

Yeşil ve ark. (2018) yaptığı bir çalışmada öğün sayısı ile ON eğilimi arasında bir ilişki saptanmamıştır [119]. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde gebelerin öğün sayısı değişkenlerinin ON ve OKB eğilimini etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$). Gebelerin öğün sayılarının eğilimler üzerinde etkisizliği daha çok araştırmayı zorunlu kılmıştır.

8. SONUÇ

- Çalışmamızın sonuçlarına göre gebelerin %63.8'inde ON eğilimi görüldü (Tablo 6.2.1)
- Gebelerin %48.2'si yüksek düzeyde obsesif kompulsif bozukluk eğilimi vardı (Tablo 6.2.1).
- Çalışmamızın sonuçlarına göre gebelerin ON puan ortalaması 24.91 ± 4.19 bulundu (Tablo 6.2.2).
- Araştırmaya katılan gebelerin Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi puan ortalaması 15.44 ± 6.50 bulundu (Tablo 6.2.2).
- Gebelerin ORTO-11 Ölçeği ile Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi puanları arasında zayıf düzeyde negatif yönde korelasyon bulundu ($r=-0.126$ ve $p=0.05$). ORTO-11 ölçeğinden alınan puan azaldıkça eğilimin artması nedeniyle aralarındaki korelasyon ters bulunmuştur. Bu sonuçlara göre gebelerin OKB eğilimleri arttıkça ortorektik eğilimlerinin de arttığı düşünüldü iki eğilimin aralarında ilişkili olduğu düşünüldü (Tablo 6.2.3).
- Çalışmamızda yaş düzeyinin ON puanını etkilemediği ($p=0.219$), ancak yaş düzeyi artmasıyla MOKSL puanında azalma görüldü ($p=0.004$) (Tablo 6.3.1).
- Gebelerin öğrenim düzeyinin ON puanlarını etkilemediği ($p=0.535$), ilköğretim mezunu gebelerin, lise ve üniversite mezunu gebelere göre yüksek düzeyde obsesif kompulsif bozukluk eğilimi gösterdikleri saptandı ($p=0.044$) (Tablo 6.3.2).
- Gebelik döneminde çalışan gebelerin ON eğilimlerinin daha yüksek olduğu ($p=0.024$), gebelik döneminde çalışmayan gebelerin ise yüksek düzeyde obsesif kompulsif eğilim göstermişlerdir ($p=0.023$) (Tablo 6.3.3).
- Gebelerin aile gelir algısı değişkenlerinin ON puanları üzerinde anlamlı bir fark bulunmaz iken ($p=0.238$), geliri giderinden fazla olan gebelerin MOKSL puan ortalamaları daha yüksek olup obsesif kompulsif bozukluk eğiliminin daha fazla olduğu sonucuna ulaşıldı ($p=0.017$) (Tablo 6.3.4).
- Gebelerin gebelik sayısı özelliklerine göre ON ve MOKSL puanları üzerinde anlamlı bir fark bulunmadı (sırasıyla $p=0.137$, $p=0.768$) (Tablo 6.3.5).

- Çalışmamızda gebelerin gebelik öncesi beden kitle indeksi özelliklerinin ON ve MOKSL puanları üzerinde anlamlı bir fark bulunmadı (sırasıyla $p=0.655$, $p=0.327$) (Tablo 6.3.6).
- Gebelerin gebelikte sigara kullanma durumu özelliklerinin ON ve MOKSL puanları üzerinde anlamlı bir fark bulunmadı (sırasıyla $p=0.689$, $p=0.547$) (Tablo 6.3.7).
- Gebelerin öğün sayısı özelliklerinin ON ve MOKSL puanları üzerinde anlamlı bir fark bulunmadı (sırasıyla $p=0.394$, $p=0.770$) (Tablo 6.3.8).

Öneriler

- Gebe taramalarında ON eğilimlerini araştırmaya yönelik soruların olduğu rutinler oluşturulmalıdır.
- Ebelik Bölümü müfredatında yeme bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk daha geniş kapsamlı yer almalı ve ebelik bakımları yeme bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk konusunda kapsamları geliştirilmelidir.
- Ebenin meslek sorumluluğu içinde yer alan eğitim ve danışmanlık fonksiyonu, yeme bozuklukları obsesif kompulsif bozukluk açısından tekrar gözden geçirilmeli ve alanda aktif olarak çalışan ebelere bu konu hakkında hizmet içi eğitim verilmelidir.
- Bu çalışma gebeler üzerinde bu konuyla ilgili yapılmış ilk ve en geniş kapsamlı çalışma olmasına rağmen daha büyük örneklerle tekrarlanması ON ve OKB eğilimlerini araştırması açısından daha yararlı olacağı kanaatindeyiz.
- Ortoreksiya nervoza ile ilgili kısıtlı araştırmaların olması, konunun daha fazla araştırılması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Ortoreksiya nervoza ile ilgili daha kapsamlı çalışmalar yapılmalıdır.

9. KAYNAKLAR

1. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. 9-11, 2004.
2. Samur G. Gebelik ve Emziliklik Döneminde Beslenme. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı. 8, 2008.
3. Evcil H, Malas A. Gebelikte Beslenmenin Fetal Büyüme Üzerine Etkileri. Selçuk Tıp Dergisi. 24(1); 49-59, 2008.
4. Hunt SM, McKenna SP. The QLDS: a scale for the measurement of quality of life in depression. Health policy 22(3); 307-319, 1992.
5. Smink FR, Van HD, Hoek HW. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. Current opinion in psychiatry. 26(6);543-548, 2013.
6. Franko DL, Spurrell EB. Detection and management of eating disorders during pregnancy. Obstetrics & Gynecology, 95(6); 942-946, 2000.
7. Abraham S. Obstetricians and maternal body weight and eating disorders during pregnancy. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 22(3); 159-163, 2001.
8. Coker EL, Mitchell-Wong LA, Abraham SF. Is Pregnancy a Trigger for Recovery from an Eating Disorder? Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. 92(12); 1407-13, 2013.
9. Linna MS, Raevuori A, Haukka J, Suvisaari JM, Suokas JT, Gissler M. Pregnancy, Obstetric and Perinatal Health Outcomes in Eating Disorders. Am J Obstet Gynecol. 211(392); 1-8, 2014.
10. Nguyen AN, Barse LM, Tiemeier H, Jaddoe VW, Franco OH, Jansen PW, ve ark.. Maternal history of eating disorders: Diet quality during pregnancy and infant feeding. Appetite. (109); 108-14, 2017.
11. Nunes MA, Pinheiro AP, Hoffmann JF, Schmidt MI. Eating Disorders Symptoms in Pregnancy and Postpartum: A Prospective Study in a Disadvantaged Population in Brazil. International Journal of Eating Disorders. (47); 426-430, 2014.

12. Ezzeddin N, Zavoshy R, Noroozi M, Jahanihashemi H, Riseh SH. Prevalence and Risk Factors for Pica During Pregnancy in Tehran, Iran. *Eat Weight Disord.* (20); 457-463, 2015.
13. Santos AM, Benute GRG, Nomura I RMY, Santos No, Lucia Mcsd, Fransisco RPV. Pica and Eating Attitudes: A Study of High-Risk Pregnancies. *Matern Child Health J.* (20); 577-582, 2016.
14. Bratman S, Knight D. *Health food junkies: Overcoming the obsession with healthful eating.* Broadway Books. 2000.
15. Batur S. *Yeme bozukluğu gösterenlerde ve göstermeyenlerde temel bilişsel şemalar.* Unpublished Dissertation. 2004.
16. Moroze MR, Dunn TM, Holland DJ, Yager MDJ, Weintraub PMD. Microthinking About Micronutrients: A Case of Transition from Obsessions About Healthy Eating to Near-Fatal "Orthorexia Nervosa" and Proposed Diagnostic Criteria". *Psychosomatics.* 56(4); 397-403, 2015.
17. Dunn T, Bratman S. On orthorexia nervosa: a review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors.* (21); 11-17, 2016.
18. Gleaves DH, Graham EC, & Ambwani S. A Neuropsychological Evaluation of Orthorexia Nervosa. *The International Journal of Educational and Psychological Assessment.* (12); 1-18, 2013.
19. Cartwright M. *Eating Disorder Emergencies: Understanding the Medical Complexities of the Hospitalized Eating Disordered Patient.* *Critical Care Nursing Clinics of North America,* 16(4);515-530, 2004.
20. Donini L, Marsili D, Graziani M, Imbriale M, Cannella C. Orthorexia Nervosa: Validation of a Diagnosis Questionnaire. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity,* 10(2);28-32, 2005.
21. Lopes R, Melo R, Pereira BD. Orthorexia nervosa and comorbid depression successfully treated with mirtazapine: a case report. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity.* 1-5, 2018.
22. Hodgson RJ, Rachman S. Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour research and therapy,* 15(5);389-95, 1977.

23. Aksoydan E, Camci N. Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 14(1); 33-37, 2009.
24. Kinzl JF, Hauter K, Trawegwe C, Kiefer I. Orthorexia nervosa in dieticians. *Psychotherapy and psychosomatics*. 75(6); 395-6, 2006.
25. Shah S. Orthorexia nervosa: healthy eating or eating disorder? Masters Thesis Eastern Illinois University; Charleston, Illinois. 2012.
26. Ramacciotti CE, Perrone P, Coli E, Burgalassi A, Conversano C, Massimetti G, et al. Orthorexia nervosa in the general population: a preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15). *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 16(2); 127-30, 2011.
27. Missbach B, Hinterbuchinger B, Dreiseitl V, Zellhofer S, Kurz C, König J. When eating right, is measured wrong! A validation and critical examination of the ORTO-15 questionnaire in German. *PLoS One*. 10(8); e0135772, 2015.
28. Bosi BAT, Çamur D, Çağatay G. Prevalence of Orthorexia Nervosa in Resident Medical Doctors in the Faculty of Medicine in Ankara, Turkey. *Appetite*. (49); 661-666, 2007.
29. Arusoğlu G. Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya) Belirtilerinin İncelenmesi ve Orto-15 Ölçeğinin Uyarlanması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006.
30. Arusoğlu G, Kabakçı E, Köksal G, Merdol T.K. Ortoreksiya nervosa ve Orto-11'in Türkçeye uyarlama çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 19(3); 282-91, 2008.
31. Fidan T, Ertekin V, Işıkay S, Kırpınar I. Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive psychiatry*. 51(1); 49-54, 2010.
32. Çelikel Ç. Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Yeme Tutumu. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 46(3); 86-90, 2009.
33. Thiel A. Obsessive Compulsive Disorder Among Patient with Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *The American Journal of Psychiatry*. 49(3); 84-179, 2004.
34. Milos G, Spindler A, Ruggiero G, Klaghofer R, Schnyder U. Comorbidity of obsessive-compulsive disorders and duration of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 31(3); 284-289, 2001.

35. Gezer C, Kabaran S. Beslenme ve Diyetetik Bölümü Kız Öğrencileri Arasında Görülen Ortoreksiya Nervoza Riski. *S.D.Ü. Sağlık Bilimleri Dergisi*. 4(1); 14-22, 2013.
36. Brytek MA. Orthorexia Nervosa an Eating Disorder, Obsessive- Compulsive Disorder or Disturbed Eating Habit? . *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 55-60, 2012.
37. Asil E, Sürücüoğlu MS. Orthorexia nervosa in Turkish dietitians. *Ecology of food and nutrition*. 54(4); 303-313, 2015.
38. Dukay SS, Varga M, Tury F. Eating disorders and pregnancy - a review of literature. *Idegyógyászati Szemle*. 69; 299-305, 2016.
39. Gebelik ve Emzirme Döneminde Beslenme. *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü*, s. 43-44, Ankara, 2008.
40. TJOD. Gebelikte Beslenme Kılavuzu. *Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği*. 53-55, 2014.
41. Taş EE, Üstüner, Özdemir H, Dikeç A, Avşar AF. Gebe Kadınların Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi. *Bidder Tıp Bilimleri Dergisi*. 2(1); 7-12, 2010.
42. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. TC Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK. Cilt 1; 2014.*
43. Köksal G. Gebe ve Emzilikte Beslenme. *Katkı Pediatri Dergisi*, 17(1);163-78, 1996.
44. Williamson C. Nutrition in Pregnancy. *British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin*. 31; 28-59, 2006.
45. Allain-Doiron A, Gruslin A, Innis SM, Koski KG, Lucas M, Montgomery A, O'Connor DL, Yee K. Prenatal Nutrition Guidelines for Healty Professionals. *Gestastional weight gain Health Canada*. 1-22, 2010.
46. Yüzbir N, Şen C. Gebelik ve Süt Verme Döneminde Beslenme. *Perinatoloji Dergisi*. 9(1); 1-8, 2001.
47. Ünalın D, Öztop DB, Elmalı F, Öztürk A, Konak D, Pırlak B, ve ark. Bir Grup Sağlık Yüksekokulu Öğrencisinin Yeme Tutumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 16(2); 75, 2009.

48. Association A. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub. (2013).
49. Fairburn CG, Bohn K. *Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV. . Behaviour Research and Therapy. 43(6); 691-701, 2005.*
50. Evilly CM. *The Price of Perfection. Nutrition Bulletin. 26(4); 275-276, 2001.*
51. Bratman S. *What is orthorexia. www. orthorexia. com/index. php. (2009).*
52. Rodin G, Olmsted MP, Rydall AC, Maharaj SJ, Collton PA, Jones JM, ve ark. *Eating Disorders in Young Women with Type I Diabetes Mellitus. Journal of Psychosomatic Research. 53(4); 943-949, 2002.*
53. Nymah H. *A Direct Question: Is Orthorexia A Correct Word for a Wrong Concept? Lakardtningen. 99(3); 433-434, 2002.*
54. Eriksson L, Baigi A, Marklund B, Lindgren EC. *Social physique anxiety and sociocultural attitudes toward appearance impact on orthorexia test in tness participants. Scand J Med Sci Sports. 18; 389-94, 2008.*
55. İkinci Ö (2010). *Sağlıklı Beslenme Saplantı Olursa? Tübitak Bilim ve Teknik Dergisi. (516); 38-41, 2010.*
56. Özkahya K. *Online Diyet Alan Yetişkin Bireylerde Ortoreksiya Nervoza ve İlişkili Parametrelerin Değerlendirilmesi. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, s.21-22, İstanbul, 2015.*
57. Tatlıses M. *Spor Salonunda Düzenli Spor Yapan Kişilerin Ortoreksiya Nervoza Belirtileri ile Beden Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. s.19, İstanbul, 2016.*
58. Mathieu J. *What is orthorexia? Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics. 105(10); 1510-15, 2005.*
59. Daşıkın Z, Kavlak O. *Maternal Obezite: Gebelik Komplikasyonları ve Gebe Kadının Yönetimi. Türkiye Klinikleri Journal Nurse. 1(1); 39-46, 2009.*
60. Cunkuş N, Yiğitoğlu GT. *Bir Erkek Anoreksiya Nervoza Olgusuna Yönelik Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 10(1); 82-87, 2019.*
61. Kinnunen TI, Pasanen M, Aittasalo M, Fogelholm M Hilakivi-Clarke L, Weiderpass E, Luoto R. *Preventing Excessive Weight Gain During Pregnancy - a*

- Controlled Trial in Primary Health Care. European Journal of Clinical Nutrition. (61); 884-891, 2007.*
62. Choi P, Pope H, Olivardia R. *Muscle Dysmorphia: A New Syndrome in Weightlifters. British Journal of Sports Medicine. 36(5); 375-376, 2002.*
63. Carruth BR, Skinner J, Houck K, Moran III J, Coletta F, Ott D. *The Phenomenon of "Pick Eater": a Behavioral Marker in Eating Patterns of Toddlers. Journal of the American College of Nutrition. 12(2); 180-186, 1998.*
64. Donini LM, Marsili D, Graziani M, Imbriale M, Cannella C. *Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. 9(2); 151-7, 2004.*
65. Öztürk O, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara : Nobel Tıp Kitapevi. İstanbul, 2008.*
66. Arslantaş H, Adana F, Öğüt S, Ayakdaş D, Korkmaz A. *Hemşirelik Öğrencilerinin Yeme Davranışları ve Ortoreksiya Nervoza (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) İlişkisi: Kesitsel Bir Çalışma. Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Derneği. 8(3); (2017).*
67. Çiçek E. *Obsesif Kompulsif Bozukluğu Hasta Yakınlarında Aile Yüğü, Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Bozuklukların Değerlendirilmesi. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yayınlanmış Uzmanlık Tezi. s.2, Konya 2011.*
68. Taştan M. *Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Peroksiredoksin-1 ve Ürotensin-2 Düzeylerinin İncelenmesi. . Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınlanmış Uzmanlık Tezi. s.4, 2015.*
69. Oltmanns T. *Anormal Psikolojide Vaka Çalışmaları (çev. Muzaffer Şahin). Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti. s.99, 2017.*
70. Ergen H. *Obsesif Kompulsif Bozuklukta Çalışma Belleği, Dikkat ve İnhibisyon Süreçlerinin Olaya İlişkin Beyin Potansiyelleri ile İncelenmesi. . İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmış Doktora Tezi. s.4, 2009.*
71. Kılınç S. *Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı Almış Bireyler ile Bireylerin Bellek Süreçlerinin Bellek Yanılgıları Açısından Karşılaştırılması. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. s.9, 2010.*

72. Yerebakan Ş. *Narsistik Kişilik Bozukluğu ile Borderline Kişilik Bozukluğu Tanısı Almış Hastaların Okb ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. s.48, 2015.*
73. Kılıç F. *Obsesif Kompulsif Bozukluk Eşlik Eden ve Etmeyen Bipolar Bozukluklu Hastalarda Mizaç ve Dürtüsellik. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yayınlanmış Uzmanlık Tezi. s.21, 2013.*
74. Uğuz F. *Obsesif Kompulsif Bozuklukta İlaç Tedavisine Yanıtın Öngörücüleri . Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yayınlanmış Uzmanlık Tezi. s.18, 2005.*
75. Sungur Z. *Obsesif Kompulsif Bozukluğun Bilişsel Terapisi. Türk Psikiyatri Derneği Yayınları. 171-179, 2004.*
76. Simons J. *Observations on Compulsive Disorder. . Journal of Child Psychology and Psychiatr. (3); 289-295, 1986.*
77. Karno M. *The Epidemiology of Obsessive Compulsive Disorder in Five U.S. Communities. Arch Gen Psychiatry. 45(12); 1094-9, 1988.*
78. Bayar, R. Yavuz, M. *Obsesif Kompulsif Bozukluk. ürkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizini. 62;185, 2008.*
79. Sayar K, Kaya UI, Acar B. *Obsesif Kompulsif Bozuklukta Fenomenoloji. . Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 9(3); 142-147, 1999.*
80. Abay E, Pulular A, Öykü ÇM, Süt N. *Edirne İli Merkezindeki Lise Öğrencilerinde Obsesif Kompulsif Bozukluğun Epidemiyolojisi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. (23); 230-7, 2010.*
81. Selvi Y, Beşiroğlu L, Akbaba AT, Aydın A, Özbetit Ö, Atli A, Özdemir O. *Van İli Merkezi Lise Son Sınıf Öğrencilerinde Obsesif Kompulsif Bozukluk Yaygınlığı. Klinik Psikiyatri. (13); 5-13, 2010.*
82. Çelik BS, Kumcağız H, Yılmaz M. *Grupla Psikolojik Danışmanın Üniversite Öğrencilerinin Obsesif Kompulsif Belirti Düzeyleri Üzerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. (42); 121-130, 2012.*
83. Özgen L, Kınacı B, Arlı M. *Ergenlerin Yeme Tutumu ve Davranışları. Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. Ankara. 45(1); 229-247, 2012.*

84. News C. "Pregorexia" inspired by thin celebs. . CBS News : <http://www.cbsnews.com/stories/2008/08/11/earlyshow/health/main4337521.shtm/2008>.
85. Mathieu J. What is pregorexia? *Journal of the American Dietetic Association*. 109(6); 976-79, 2009.
86. Lowes H, Kopeika J, Micali N, Ash A. Anorexia nervosa in pregnancy. *The Obstetrician & Gynaecologist*. (14); 179-187, 2012.
87. Easter A, Solmi F, Bye A, Taborelli E, Corfield F, Schmidt U, et al. Antenatal and postnatal psychopathology among women with current and past eating disorders: longitudinal patterns. *European Eating Disorders Review*. 23(1); 19-27, 2015.
88. Kolko RP, Emery RL, Marcus MD, Levine MD. Loss of Control Over Eating before and During Early Pregnancy Among Community Women with Overweight and Obesity. *International Journal of Eating Disorders*. 2016.
89. Czech- Szczapa B, Szczapa T, Merritt TA, Wysocki J, Gadzinowski J, Ptaszyk T, Drews K. Disordered Eating attitudes during pregnancy in mothers of newborns requiring Neonatal Intensive Care Unit Admission: a Case Control Study. *Journal Matern Fetal Neonatal Medical*. 28(14); 1711-1715, 2014.
90. Fawcett EJ, Fawcett JM, Mazmanian D. A meta-Analysis of the Worldwide Prevalance of Pica During Pregnancy and the Postpartum Period. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. (133); 277-283, 2016.
91. Özdemir A. Lise Öğrencilerinin Vücut Kitle İndeksi ile Yeme Davranışı Bozukluğu, Benlik Kavramı ve Kendini Algılama Arasındaki İlişki. . Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yayımlanmış Doktora Tezi. 2014.
92. Kadioğlu M, Oksay Ü. Yeme Bozukluklarının Gebelik ve Doğum Sonu Sürece Etkileri. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 3(1); 40-53, 2017.
93. Yavuz S. Kayseri Melikgazi Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde gebe kadınların gebelikte beslenme konusundaki bilgi düzeyleri ve tutumları. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2009.

94. Mutlugüneş E. Gebelikte bulantı kusma, annelik rolü ve gebelik kabulü arasındaki ilişki. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi. İzmir, 2012.
95. Aykut M, Öztür Y, Günay O. Gebelerin Beslenme Eğitiminin Doğum Ağırlığına Etkisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*. 19(2); 157-171, 1990.
96. Ocakoğlu H, Gülay M, Kizek Ö, İrgil E. Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesinde 2005-2006 Yıllarındaki Gebelik Sonuçları ve İlişkili Riskleri. *TAF Prev Med Bull*. 7(6); 491-496, 2008.
97. İrge E, Timur S, Zincir H, Oltuluoğlu H, Dursun S. Gebelikte beslenmenin değerlendirilmesi. *STED*. 14(7); 157-160, 2005.
98. Erol N, Savaşır I. Maudsley obsesif-kompulsif soru listesi 'nin Türkiye uyarlaması (Turkish adaptation of Maudsley obsessive-compulsive inventory). İstanbul: CGYT Yayınları. 1988.
99. Demirkaya B. Gebelikte sigara içiminin plasenta ve yenidoğan üzerine etkileri. T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, III. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Uzmanlık Tezi. 2004.
100. Doğu S, Berkiten AE. Gebe kadınların sigara kullanımını etkileyen faktörler ve gebelikteki zararlarına ilişkin bilgileri. 7. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi. 2008.
101. Cengiz E. Gestasyonel Diyabetli Bireylerin Diyete Uyumu ve Bazı Biyokimyasal Parametrelerin Değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. 2015.
102. Costa CB, Hardan-Khalil K, Gibbs K. Orthorexia nervosa: a review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing*. 38(12); 980-988, 2017.
103. Alvarenga M, Martins M, Sato K, Vargas S, Philippi S, Scagliusi F. Orthorexia nervosa behavior in a sample of Brazilian Dietitians assessed by the Portuguese version of ORTO-15. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 17(1); 29-36, 2012.
104. Varga M, Dukay-Szabo S, Tury F, van Furth Eric F. Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 18(2); 103-11, 2013.

105. Fernández MLP, Zafra MDO, Martínez EF, Sánchez AA, Muñoz JJF. *Assessing the Prevalence of Orthorexia Nervosa in a Sample of University Students Using Two Different Self-Report Measures. International Journal of Environmental Research and Public Health.* 16; 2559, 2019
106. Turner PG, Lefevre CE. *Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. Eat Weight Disord.* 22; 277-84, 2017.
107. Ergin G. *Sağlık personeli olan ve olmayan bireylerde ortoreksiya nervoza sıklığı araştırması. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2015.*
108. Aktürk Ü, Gül E, Erci B. *The Effect of Orthorexia Nervosa Levels of Nursing Students and Diet Behaviors and Socio- Demographic Characteristics. Ecology of Food and Nutrition.* 58; 397-409, 2019.
109. T.P.D. *Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Hastalar ve Yakınları İçin Rehber. Erişim: Ağustos 2019 Türkiye Psikiyatri Derneği Anksiyete Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi: <http://www.psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/29/obsesif-kompulsif-bozukluk>2019.*
110. Zar M, Wijma K, Wijma B. *Relations between anxiety disorders and fear of childbirth during late pregnancy. . Clinical Psychology & Psychotherapy.* 9(2); 122-130, 2002.
111. Farias DR, Pinto TdJP, Teofilo MMA, Vilela AAF, dos Santos Vaz J, Nardi AE, et al. *Prevalence of psychiatric disorders in the first trimester of pregnancy and factors associated with current suicide risk. Psychiatry research.* 210(3); 962-968, 2013.
112. Brockington I, Macdonald E, Wainscott G. *Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium. Archives of women's mental health.* 9(5); 253-263, 2006.
113. Faisal-Cury A, Menezes P, Araya R, Zugaib M. *Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo, Brazil. Archives of women's mental health.* 12(5); 335, 2009.
114. Uguz F, Akman C, Kaya N, Cilli AS. *Postpartum-onset obsessive-compulsive disorder: incidence, clinical features, and related factors. The Journal of clinical psychiatry.* 68(1); 132-138, 2007.

115. Riggin L, Frankel Z, Moretti M, Pupco A, Koren G. *MOTHERISK ROUNDS: The Fetal Safety of Fluoxetine: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 35(4); 362-369, 2013.*
116. Celikel FC, Cumurcu BE, Koc M, Etikan I, Yucel B. *Psychologic correlates of eating attitudes in Turkish female college students. Comprehensive psychiatry. 49(2); 188-194, 2008.*
117. Kender EE, Yuksel G, Ger C, Ozer U. *Eating attitudes, depression and anxiety levels of patients with hyperemesis gravidarum hospitalized in an obstetrics and gynecology clinic. Dusunen Adam. 28(2); 119, 2015.*
118. Şafak Y, Karadere ME, Özdel K, Özcan T, Türkçapar H, Kuru E, Yücens B. *Obsesif Kompulsif Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Grup Psikoterapisinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Türk Psikiyatri Dergisi. 25(4); 225-33, 2014.*
119. Yeşil E, Turhan B, Tatan D, Şarahman C, Saka M. *Yetişkin bireylerde cinsiyetin ortoreksiya nervoza eğilimine etkisi. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 7(1); 1-9, 2018.*
120. Uzun Ö, Güleç N, Özşahin A, Doruk A, Özdemir B, Çalışkan U. *Screening disordered eating attitudes and eating disorders in a sample of Turkish female college students. Comprehensive psychiatry. 47(2); 123-126, 2006.*
121. Ünsal A, Ayrancı Ü, Arslan G, Tozun M, Çalık E. *Kütahya, Türkiye'deki erkek ve kız öğrenciler arasındaki depresyon ve yeme bozuklukları arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 11(2); 112, 2010.*
122. McInerney-Ernst E. *Orthorexia nervosa: Real construct or newest social trend? University of Missouri--Kansas City. 2011.*
123. Sichel DA, Cohen LS, Dimmock JA, Rosenbaum JF. *Postpartum obsessive compulsive disorder: a case series. The Journal of clinical psychiatry. 1993.*
124. Labad J., Menchón JM, Alonso P, Segalàs C, Jiménez S, Vallejo J. *Female reproductive cycle and obsessive-compulsive disorder. . The Journal of clinical psychiatry. 66(4); 28-35; quiz 546, 2005.*
125. Fugh B. *Health food junkies: Orthorexia Nervosa: Overcoming the obsession with healthful eating. Jama. The Journal of the American Medical Association. 285(17); 2255-2256, 2001.*

126. Kaya V, Uguz F, Sahingoz M, Gezginc K. Pregnancy-onset obsessive-compulsive disorder: clinical features, comorbidity, and associated factors. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 25(3); 248-258, 2015.



10. EKLER

EK I: Anket Formları

Sevgili hanımefendi,
Bu araştırma “Gebelerde OrtareksiyaNervoza Eğilimini Belirlenmesi” amacı ile düzenlenmiştir. Bu bilgiler sadece araştırma için kullanılacak ve gizli tutulacaktır. Sorulara içtenlikle cevap verdiğiniz için teşekkürler.

Yrd. Doç. Dr. Filiz OKUMUŞ

Ebe Ruveyda ALTINER

Bölüm 1. Sosyodemografik Özellikler

1- Yaşınız?.....

2- Öğrenim düzeyiniz?

1) İlköğretim mezunu 3) Lise mezunu 4) Üniversite mezunu

3- Gebelikte çalışıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

4- Aile gelirinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

a) Gelir giderden fazla b) Gelir gidere denk c) Gider gelirden fazla

Bölüm 2. Obstetrik ve Beslenme ile İlgili Özellikler

1- Kaçınıcı gebelik?

2- Gebelik öncesi vücut ağırlığı?.....

3- Boy uzunluğu?.....

4- Gebelikte sigara içiyor musunuz ?

1) Hayır 2) Evet

5- Günlük ana öğün sayısı?.....

ORTO-11 ÖLÇEĞİ

	Her zaman	Sıklıkla	Bazen	Asla
1- Son üç ay içerisinde besinler konusunda endişelendiğiniz oldu mu?				
2- Sağlığınızla ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi?				
3- Yemeğinizin sağlıklı olması sizin için lezzetli olmasından daha mı önemlidir?				
4- Daha sağlıklı, daha taze besinler satın almak için daha fazla para harcamak ister misiniz?				
5- Sağlıklı beslenme ile ilgili düşünceler sizi günde üç saatten fazla meşgul eder mi?				
6- Sağlıksız olduğunuda düşündüğünüz besinleri yediğiniz olur mu?				
7- Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanlarını tüketmek kendinize olan güveninizi artırır mı?				
8- Uyguladığınız beslenme tipi yaşam tarzınızı değiştirir mi? (dışarıda yeme sıklığı, arkadaşlar vb. açısından)				
9- Sağlıklı beslenmenin dış görünümünüzü daha iyi hale getirebileceğinden düşünür müsünüz?				
10- Sağlıksız beslendiğinizde kendinizi suçlu hisseder misiniz?				
11- Piyasada sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz?				

MAUDSLEY OBSESİF KOMPULSİF SORU LİSTESİ

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



DOĞRU YANLIŞ

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

26. Sabahları elimi yüzümü yıkamak çok zamanımı alır.
27. Çok miktarda mikrop öldürücü ilaç kullanırım.
28. Her gün bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek bana zaman kaybettirir.
29. Geceleri giyeceklerimi katlayıp asmak uzun zamanımı alır.
30. Dikkatle yaptığım bir işin bile tam doğru olup olmadığına emin olamam.
31. Kendimi toparlayamadığım için günler, haftalar, hatta aylarca hiçbirşeye el sürmediğim olur.
32. En büyük mücadelelerimi kendimle yaparım.
33. Çoğu zaman büyük bir hata ya da kötülük yaptığım duygusuna kapılırım.
34. Sık sık kendime birşeyleri dert edinirim.
35. Önemsiz ufak şeylerde bile karar verip işe girişmeden önce durup düşünürüm.
36. Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır.
37. Bazen önemsiz düşünceler aklıma takılır ve beni günlerce rahatsız eder.

EK II: Anket İzinleri

Çalışmanın yapıldığı hastaneden alınan uygulama izini



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

E-İmzalıdır

Sayı : 31034136-302.08.01-E.9417
Konu : Rûveyda ALTINER
Anket Çalışması

12/04/2017


MEDİPOL MEGA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Enstitümüz Ebelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Rûveyda ALTINER'in, Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından da onaylanmış olan "**Gebelerde Ortoreksiya Nervoza Eğiliminin Belirlenmesi**" isimli tez çalışması kapsamındaki anket çalışmalarını Hastanenizin, Kadın Doğum Polikliniği'nde yapmaları konusunda müsaadelerinizi arz ve rica ederim.

Prof.Dr. Nesrin EMEKLİ
Müdür

Hen. Hıym. Aevundes uygundur
10.05.2017
Merjen Kapanca
MS.

EK:
Etik Kurulu Kararı



Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Neslin EMEKLİ tarafından 12.04.2017 tarihinde e-İmzalanmıştır. Fvrağınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden D5812CD1X5 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi
Kavacık Mah. Ekinçiler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi için : bilgi@medipol.edu.tr

ORTO-11 Ölçeği Kullanım İzni

YNT: Ölçek İzni

GÜLCAN ARUSOĞLU <gulcanarusoglu@klu.edu.tr>

30.01.2018 Sal 11:19

Kime: ruveyda altiner <rvyda_altner_92@hotmail.com>

Sevgili Rûveyda,

Çalışmada başarılar dilerim. Ölçeği kullanabilirsin.

Yard Doç Dr Gülcan Arusoğlu

Kimden: ruveyda altiner [rvyda_altner_92@hotmail.com]

Gönderildi: 29 Ocak 2018 Pazartesi 21:09

Kime: GÜLCAN ARUSOĞLU

Konu: Ölçek İzni

Sayın Gülcan Arusoğlu;

Ben Medipol Üniversitesi Ebelik Bölümü öğrencisi Ruveyda Altiner. Yüksek lisansa devam etmekteyim. şu anda tez aşamasındayım."Gebelerde Ortoreksiya Nervoza Eğiliminin Belirlenmesi" konulu bir araştırma yapmaktayım. Bu nedenle Orto-11 Testini kullanmak için izninizi rica ediyorum. Teşekkür ediyorum.

Saygılarımla

Ruveyda Altiner

MOKSL Kullanım İzni

Re: Ölçek izni

Nese.Erol@medicine.ankara.edu.tr

5.06.2017 Pzt 16:55

Kime: ruveyda altiner <rvyda_altner_92@hotmail.com>

Sevgili Ruveyda,

"Gebelerde Ortoreksiya Nervoza Eğiliminin Belirlenmesi" konulu araştırmanızda Maudsley Obsesif Kompulsif Envarterini kullanabilirsiniz.

Basarilar diliyorum.

Prof. Dr. Nese Erol

2017-06-04 00:51, ruveyda altiner yazmış:

> Sayın Neşe Erol;

>

> Ben Medipol Üniversitesi Ebelik Bölümü öğrencisi Ruveyda Altiner.

> Yüksek lisansa devam etmekteyim. Şu anda tez aşamasındayım."Gebelerde

> Ortoreksiya Nervoza Eğiliminin Belirlenmesi" konulu bir araştırma

> yapmaktayım. Bu nedenle Maudsley Obsesif Kompulsif Envarterini

> kullanmak için izninizi rica ediyorum. Teşekkür ediyorum.

>

> Saygılarımla

>

> Ruveyda Altiner

Bilgilendirilmiş Birey Onam Formu

Bu çalışma, gebelikte ortoreksiyanervoza eğilimi ve obsesif kompulsif eğilimi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Çalışmada sizinle yaklaşık 15-20 dakika yapılacak ve soruları kendiniz cevaplayacaksınız. Sizinle yapılan görüşme ve izlemler için sizden herhangi bir ücret alınmayacaktır.

Araştırmada toplanan bilgiler isim belirtilmeden bilimsel rapor haline getirilecektir. Verdiğiniz tüm bilgiler araştırmacı tarafından gizli tutulacaktır. Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Herhangi bir yan etkisi olmayan bu araştırmaya katılıp katılmamakla tümüyle özgürsünüz. Katılmama yönündeki kararınız burada verilen hizmeti hiçbir şekilde olumsuz etkilemeyecektir. Daha önce araştırmaya katılmayı kabul etmiş olsanız bile istediğiniz anda araştırmadan çekilebilirsiniz. Bu kararınız da daha sonraki hizmette hiç olumsuzluğa yol açmayacaktır. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilen bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

Teşekkür ederim.

Ruveyda Altıner

Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi

Benyukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak da aydınlatıldım. Sorularıma kanımca yeterli yanıtlar aldım. Bu araştırmaya katılmayı bana verilen hizmeti etkilemeksizin onun herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile kabul ediyorum.


Tarih:


Katılımcının Adı Soyadı:

İmzası:

11. ETİK KURUL ONAYI

EK III

 **MEDİPOL**
UNV



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 10840098-604.01.01-E.8322
Konu : Etik Kurulu Kararı

27.03.2017

Sayın Yrd. Doç. Dr. Filiz OKUMUŞ

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Gebelerde Ortoreksiya Nervoza Eğiliminin Belirlenmesi" isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Haneli ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek
-Karar Formu (2 sayfa)

İstanbul Medipol Üniversitesi
Kavacak Mah. Ekmekler Cad.No:19 Kavacak Kavşağı 34810
Beşiktaş/İSTANBUL

Tel: 444 88 10
Internet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : [bilgi@medipol.edu.tr](mailto: bilgi@medipol.edu.tr)

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ

ARASTIRMANIN AÇIK ADI	Gebelerde Ortoreksiya Nervoza Eğiliminin Belirlenmesi			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Filiz OKUMUŞ			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ebelik			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
DESTEKLEYİCİ				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Sayfa ..

ISTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARASTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	17.03.2017		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
BELGELENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	17.03.2017		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	

Karar Bilgileri
Karar No: 111 **Tarih: 22/03/2017**

Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaşlaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.

ISTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BASKANIN UNVANI / ADI / SOYADI | Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		Tarih
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	Istanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	Istanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DÜĞEN	Psiko-onkoloji	Istanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Devrim İZAKCI	Ergoterapi	Istanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	Istanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Hikmet UÇIŞIK	Biyoteknoloji	Istanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Ruveyda	Soyadı	ALTINER
Doğum Yeri	SAKARYA	Doğum Tarihi	12.03.1992
Uyruğu	T.C.	TC KimlikNo	
E-mail	rvyda_altner_92@hotmail.com	Tel	(544) 345 29 45

EğitimDüzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Kocaeli Üniversitesi	2014
Lise	Fatih Kız Lisesi	2009

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl -Yıl)
1.Misafir öğretimelemanı	İstanbul Medipol Üniversitesi	2017-2019
2.Özel hemşirelik	AK Maden Ltd.Şti	2014-2018

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta	Orta	Orta

□

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	67	55	62

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Word	Çok iyi
Excel	Çok iyi