



**T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ**

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**SAĞLIK PERSONELLERİNİN ORTOREKSİYA NEVROZA EĞİLİMLERİ VE
OBSESİF KOMPULSİF BELİRTİLER ARASINDAKİ POZİTİF PREDİKTİF
DEĞERİN İLİŞKİSİ**

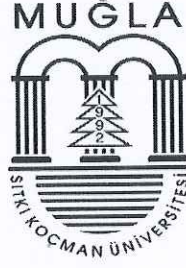
YÜKSEK LİSANS TEZİ

GÜLLÜ YAZKAN

PROF.DR. NEZİHE BULUT UĞURLU

HAZİRAN, 2019

MUĞLA



T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

SAĞLIK PERSONELLERİNİN ORTOREKSİYA NEVROZA EĞİLİMLERİ VE
OBSESİF KOMPULSİF BELİRTİLER ARASINDAKİ POZİTİF PREDİKTİF
DEĞERİN İLİŞKİSİ

GÜLLÜ YAZKAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsünce
“Yüksek Lisans”
Diploması Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih : 28.06.2019

Tezin Sözlü Savunma Tarihi : 21.06.2019.

Tez Danışmanı :

Jüri Üyesi

Jüri Üyesi

Prof. Dr. Nazihce Bulut Korkmaz
Dr. Öğr. Üyesi Havva Akpınar
Dr. Öğr. Üyesi Sibel Gökmen

Enstitü Müdürü :


HAZİRAN, 2019
MUĞLA

TUTANAK

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 11./06/2019 tarih ve 141 sayılı toplantısında oluşturulan jüri, Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 24/6 maddesine göre, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Güllü YAZKAN'ın "Sağlık Personellerinin Ortoreksiya Nevroza Eğilimleri Ve Obsesif Kompulsif Belirtiler Arasındaki Pozitif Prediktif Değerin İlişkisi" adlı tezini incelemiş ve aday 21.06/2019 tarihinde saat 12.30 da jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra 60 dakikalık süre içinde gerek tez konusu, gerekse tezin dayanağı olan anabilim dallarından sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin yeterli olduğuna başarıyla karar verildi.

Prof. Dr.
Tez Danışmanı
Nezihet Bulut OĞURLU

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Hawa Akpınar


Üye
Dr. Öğr. Üyesi
Sibel Caskın


Üye

YEMİN

Yükseklisans tezi olarak sunduğum “Personellerinin Ortoreksiya Nevroza Eğilimleri Ve Obsesif Kompulsif Belirtiler Arasındaki Pozitif Prediktif Değerin İlişkisi” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.



28./06/2019

Güllü YAZKAN

YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DOKÜMANTASYON MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

YAZARIN

Soyadı : YAZKAN

Adı : Güllü

Referans No: 10260428

TEZİN ADI

Türkçe : Sağlık Personellerinin Ortoreksiya Nevroza Eğilimleri Ve Obsesif Kompulsif Belirtiler Arasındaki Pozitif Prediktif Değerin İlişkisi

Y. Dil : Relationship Of Positive Predictive Value Between Orthorexia Nervosa And Obsessive Compulsive Symptoms Of Health Personnel

TEZİN TÜRÜ: Yüksek Lisans

Doktora

Sanatta

X

O

O

TEZİN KABUL EDİLDİĞİ

Üniversite : Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Fakülte : Sağlık Bilimleri Fakültesi

Enstitü : Sağlık Bilimler Enstitüsü

Diğer Kuruluşlar

Tarih :

TEZ YAYINLANMIŞSA

Yayınlayan :

Basım Yeri :

Basım Tarihi :

ISBN :

TEZ YÖNETİCİSİNİN

Soyadı, Adı : BULUT UĞURLU, Nezihe

Ünvanı : Profesör

TEZİN YAZILDIĞI DİL : Türkçe

TEZİN SAYFA SAYISI: 73

TEZİN KONUSU (KONULARI) :

1. Ortoreksiya Nevroza
2. Beslenme Bozukluğu
3. obsesif kompulsif bozukluk

TÜRKÇE ANAHTAR KELİMELER:

1. sağlık personeli
2. ortoreksiya nevroza
3. obsesif kompulsif belirtiler
4. Beden kitle indeksi

İNGİLİZCE ANAHTAR KELİMELER:

1. Medical care personnel
2. orthorexia neurosis
3. Obsessive compulsive symptoms
4. Body mass index

1- Tezimden fotokopi yapılmasına izin vermiyorum

2- Tezimden dipnot gösterilmek şartıyla bir bölümünün fotokopisi alınabilir

3- Kaynak gösterilmek şartıyla tezimin tamamının fotokopisi alınabilir

Yazarın İmzası :



Tarih : 28/06/2019

ÖZET

SAĞLIK PERSONELLERİNİN ORTOREKSİYA NEVROZA EĞİLİMLERİ VE OBSESİF KOMPULSİF BELİRTİLER ARASINDAKİ POZİTİF PREDİKTİF DEĞERİN İLİŞKİSİ

Amaç: Bu çalışma, sağlık personellerinde ortoreksiya nervoza eğilimleri ile obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Yöntem: Araştırma ilişki arayan tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır. 129'u kadın, 54'ü erkek olmak üzere 183 kişi katılmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin sosyo demografik bilgileri, ortoreksiya nervoza ve obsesif kompulsif belirtilerini belirlemek amacı ile anket formu uygulanmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin ortoreksiya riskini hesaplamak için ORTO-15 ölçeği, obsesif kompulsif belirtileri belirlemek için Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri(MOKSL) kullanılmıştır. İstatistiksel analiz SPSS programı ile yapılmıştır. Normal dağılım gösteren değişkenlerde One Sample t-testi ve One Way ANOVA testi, normal dağılım göstermeyenlerde ise Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma durumlarına göre Pearson veya Spearman testi kullanılarak ilişki katsayıları hesaplanmıştır.

Bulgular: ORTO-15 ve tanıtıcı özellikler arasındaki ilişkiye bakıldığında yaş, cinsiyet, teşhis edilen kronik hastalık, düzenli ilaç kullanımı ve sürekli uygulanan diyet arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). MOKSL ile tanıtıcı özellikler arasındaki ilişki değerlendirildiğinde cinsiyet, medeni durum ve eğitim süresi arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı fark saptanmıştır. ORTO-15 Ölçeğinin analizi sonucunda katılımcıların %70.1'i kadın(143), %77.7'evli, 5.3'ü 31-40 yaş grubu(65), teşhis konmuş hastalığı olmayan %60.3 kişi tespit edilmiştir. ORTO-15 puan ortalaması 37.56 ± 4.42 bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlıdır($p>0,05$). MOKSL ile tanıtıcı özelliklere ilişkin veriler analiz edildiğinde OKB puan ortalaması 61.90 ± 6.80 çıkmış ve bu değer istatistiksel olarak oldukça anlamlı bulunmuştur. Ölçek alt boyutları ve genel ölçeğin analizinde ise alt gruplar hem birbiri ile hem de genel ölçekle istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Bu çalışmadaki yaş, cinsiyet ile ortorektik eğilim arasında istatistiksel açıdan

önemli bir fark gözlemlenmiştir. ORTO-15 ile BKİ arasında istatistiksel açıdan önemli bir ilişki saptanmamıştır. MOKSL ile medeni durum, cinsiyet ve eğitim süresi arasında ise istatistiksel olarak oldukça anlamlı fark bulunmuştur($p<0.01$). ORTO-15 Ölçeği ile MOKSL arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Çalışma sonuçlarına bakılarak ortorektik eğilimlerin obsesif kompulsif belirtilerle ilişkili olabileceği yönünde yordanabilir.

Anahtar Kelimeler: Ortoreksiya Nervoza, sağlık personeli, obsesif, kompulsif



ABSTRACT

RELATIONSHIP OF POSITIVE PREDICTIVE VALUE BETWEEN ORTHOREXIA NERVOSA AND OBSESSIVE COMPULSIVE SYMPTOMS OF HEALTH PERSONNEL

Objective: The aim of this study was to determine the relationship between the tendencies of orthorexia nervosa and obsessive-compulsive symptoms in health personnel.

Method: The research is a descriptive study seeking a relationship. 183 women, 54 men and 183 people participated. A questionnaire was applied to determine the socio-demographic information, orthorexia nervosa and obsessive-compulsive symptoms of the participants. The ORTO-15 scale was used to calculate the risk of orthorexia, and the Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI) was used to determine obsessive-compulsive symptoms. Statistical analysis was done by SPSS program. One-T-test and One-Way ANOVA test were used for the variables with normal distribution and Mann Whitney U test and Kruskal Wallis test were used for those who did not show normal distribution. The correlation coefficients were calculated by using Pearson or Spearman test according to the variables of normal distribution.

Results: When the relationship between ORTO-15 and descriptive characteristics was examined, a statistically significant difference was found between age, gender, diagnosed chronic disease, regular medication use and continuous diet ($p < 0.05$). There was a statistically significant difference between gender, marital status and duration of education. As a result of the analysis of ORTO-15 scale, 70.1% of the participants were female (143), 77.7%, 5.3 were 31-40 age group (65) and 60.3% were diagnosed without diagnosed disease. The mean ORTO-15 score was found to be 37.56 ± 4.42 and it was statistically significant ($p > 0.05$). When the data related to MOCL were analyzed, the mean OCD score was 61.90 ± 6.80 and this value was statistically significant. In the analysis of the scale sub-dimensions and general scale, it was found that the sub-groups were statistically significant with respect to each other and overall scale.

Conclusion: A statistically significant difference was observed between age, gender and orthorexic tendency in this study. There was no statistically significant relationship between ORTO-15 and BMI and age. There was a statistically significant difference between MOCL and marital status, gender and duration of education ($p < 0.01$). Based on the results of the study, it can be predicted that orthorectic tendencies may be associated with obsessive-compulsive symptoms.

Keywords: Orthorexia nervosa, health care personnel, obsessive, compulsive



TEŞEKKÜR

Çalışmanın her aşamasında bilimsel bilgi ve tecrübesiyle olduğu kadar anlayışı, sabrı, başarısı ve güçlü bir anne olmasıyla örnek aldığım, manevi desteğiyle hep yanımda olan, çok değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Nezihe BULUT UĞURLU'ya,

Bu günlere gelmemde en büyük pay sahibi olan canım annem Selma AKÇA, babam Emin AKÇA ve manevi desteklerini her zaman hissettiğim kardeşlerim Veysel ve Burcu AKÇA'ya,

Yüksek Lisans eğitimimi yapmamda ve hayatımın her dönemimde sonsuz bir sabır, hoşgörü, özveri ve güvenle desteğini hissettiğim, varlığıyla her an güç aldığım canım annem Zübeyde YAZKAN, babam Dr. Ali Rıza YAZKAN ve akademik olduğu kadar hayata bakışını da her anlamda örnek aldığım canım ablam Dr.Öğr.Üyesi Başak YAZKAN'a sonsuz teşekkürü bir borç bilirim.

Yaşantımın her alanında benimle el ele tüm sıkıntılara göğüs geren, her an yanı başımda ve her zaman bana destek olan canım eşim Op.Dr.Cenk YAZKAN'a, yüksek lisans eğitimime başladığım anda varlığından haberdar olduğum ve yüksek lisansım boyunca okula birlikte yürüdüğüm, yüzümde hep tatlı bir gülümseme olan canım oğlum Ali Rıza YAZKAN'a varlığından dolayı çok teşekkür ediyorum.

Manevi desteğini hep yanımda hissettiğim arkadaşım Fatma İlknur İNAN'a çok teşekkür ederim.

Çalışmanın yapılmasının sağlanması adına gösterdikleri iş birliği nedeniyle tüm Muğla Sıtkı Koçman Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışanlarına,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

| | Sayfa |
|--|--------------|
| TEŞEKKÜR | I |
| İÇİNDEKİLER | II |
| KISALTMALAR DİZİNİ | VI |
| TABLolar DİZİNİ | VII |
| | |
| BÖLÜM I: GİRİŞ | 1 |
| 1.1.ARAŞTIRMANIN AMACI | 4 |
| 1.2.ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ | 5 |
| 1.3. SAYILTILAR | 6 |
| | |
| BÖLÜM II: GENEL BİLGİLER | 7 |
| 2.1.YETERLİ VE DENGELİ BESLENME | 7 |
| 2.2. YEME BOZUKLUĞUNUN TANIMI | 8 |
| 2.3.1.Yeme Bozukluklarının Oluşumunu Etkileyen Faktörler | 8 |
| 2.3.1.1.Cinsiyet faktörü | 8 |
| 2.3.1.2.Sosyal standartların rolü | 9 |
| 2.3.1.3.Sosyal medyanın rolü | 9 |
| 2.3.1.4.Kişilik ve Psikolojik Faktörler | 9 |
| 2.3.1.5.Yeme Bozukluklarının Görülme Sıklığı | 10 |
| 2.4.Yeme Bozukluklarına Eşlik Eden Bozukluklar | 10 |
| 2.5.YEME BOZUKLUKLARINA YÖNELİK KURAMLAR | 12 |

| | |
|--|-----------|
| 2.5.1.Bilişsel Davranışçı Yaklaşım(BDY) | 12 |
| 2.5.2.Psikanalitik Yaklaşım | 13 |
| 2.5.3.Bağlanma Kuramı | 14 |
| 2.6. YEME BOZUKLUKLARININ SINIFLANDIRILMASI | |
| 2.6.1. Anoreksiya Nervoza(AN) | 14 |
| 2.6.1.1. Anoreksiya Nervoza Tanısı | 14 |
| 2.6.2. Bulimiya Nervoza(BN) | 15 |
| 2.6.2.1. Bulimia Nervoza Tanısı | 16 |
| 2.6.3. Başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları | 17 |
| 2.6.3.1. Atipik AN (Normal BKİ) | 17 |
| 2.6.3.2. Eşik altı BN | 17 |
| 2.6.3.3. Eşik altı tıkanırcasına yeme bozukluğu | 18 |
| 2.6.3.4. Kusma sendromu (Purging disorder) | 18 |
| 2.6.3.5. Gece yeme sendromu (Night eating syndrome) | 18 |
| 2.6.4. Tıkanırcasına yeme bozukluğu | 18 |
| 2.6.5.Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu | 19 |
| 2.6.6.Kaçıngan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu | 20 |
| 2.7.DSM-V TANI KRİTERLERİNDE YER ALMAYAN YEME | |
| BOZUKLUKLAR | |
| 2.7.1. Ortoreksiya nervoza | 21 |
| 2.7.2. Bigoreksiya (Kas dismorfisi) | 21 |
| 2.7.3. Kuş gibi beslenme | 21 |
| 2.7.4. Pika | 22 |
| 2.8.YEME BOZUKLUKLARININ TEDAVİSİ | 22 |

| | |
|--|-----------|
| 2.9. ORTOREKSİYA NERVOZA | 23 |
| 2.9.1. Ortoreksiya Nervozanın Sınıflandırması | 26 |
| 2.9.2. Ortoreksiya Nervozanın Belirtileri | 27 |
| 2.9.3.Ortoreksiya nervoza nasıl anlaşılır? | 28 |
| 2.9.4.Ortoreksiya Nervozanın Tedavisi | 30 |
| 2.9.5.Suçluluk Duygusu ve Tedavisi | 32 |
| 2.10. OBSESİF KOMPÜLSİF BOZUKLUK VE YEME BOZUKLUKLARI İLE İLİŞKİSİ | |
| 2.11.ORTOREKSİYA NEVROZA İLE İLGİLİ YAPILMIŞ ÇALIŞMALAR | 36 |
| BÖLÜM III: GEREÇ VE YÖNTEM | 39 |
| 3.1.EVREN VE ÖRNEKLEM | 39 |
| 3.2.VERİ TOPLAMA ŞEKLİ | 39 |
| 3.3.ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI | 40 |
| 3.4.PROBLEMLER | 40 |
| 3.5.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI | 41 |
| 3.5.1.Kişisel Bilgi Formu | 41 |
| 3.5.2.Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri | 41 |
| 3.5.3.Sağlıklı Yeme Takıntısı Testi (Orto-15) | 41 |
| 3.5.4. Beden Kitle İndeksi (BKİ) | 42 |
| 3.6.VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ | 43 |
| BÖLÜM IV: BULGULAR | 46 |
| BÖLÜM V:TARTIŞMA | 59 |
| BÖLÜM VI: SONUÇ | 63 |
| BÖLÜM VII: ÖNERİLER | 64 |

BÖLÜM VIII: KAYNAKÇA

65

BÖLÜM IX: EKLER**70**

KISALTMALAR

AN: AnoreksiyaNervoza

APA: Amerika Psikiyatri Birliği

BDY: Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

BKİ: Beden Kitle indeksi

BN: BulimiyaNervoza

BTAYB: Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu

DSM-V: Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

GDO: Genetiği Değiştirilmiş Organizma

MOKSL: Maudsley Obsesif Kompülsif Soru Listesi

OKB: Obsesif Kompülsif Bozukluk

ON: OrtoreksiyaNervoza

ORTO-15:Ortoreksiya Nevroza Değerlendirme Ölçeği

TC: Türkiye Cumhuriyeti

TYB: Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu

YB: Yeme Bozukluğu

TABLULAR

| | |
|--|----|
| Grafik 1: ORTO-15 normallik testi | 50 |
| Grafik 2: MOKSL normallik testi | 51 |
| Tablo 1: Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Bulguların Dağılımı | 47 |
| Tablo 2: BKİ Hesaplama Tablosu | 50 |
| Tablo 3: ORTO-15 Ölçeği ve Cinsiyet Arasındaki Toplam Puan Dağılımı | 50 |
| Tablo 4: ORTO-15 Ölçeği ve Tanıtıcı Özellikler Arasındaki Puan Dağılımı | 51 |
| Tablo 5: ORTO-15 ve Yaş Değişkeni Arasındaki Puan Dağılımı | 51 |
| Tablo 6: ORTO-15 Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki | 52 |
| Tablo 7: ORTO-15 Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki Puan Dağılımı | 53 |
| Tablo 8: MOKSL Toplamı ve Tanıtıcı Özellikler Arasındaki Puan Dağılımı | 53 |
| Tablo 9: MOKSL ile Tanıtıcı Özellikler Arasındaki Puan Dağılımı | 54 |
| Tablo 10: Maudsley OKB Soru Listesi Alt Boyutları Arasındaki İlişki | 55 |
| Tablo 11: MOKSL Alt Boyutları Arasındaki Toplam Puan Dağılımı | 56 |
| Tablo 12: ORTO-15 Ölçeği ve MOKSL Arasındaki İlişki | 56 |

BÖLÜM I

GİRİŞ

Bireylerin beslenme biçimi biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel birçok faktöre göre değişmektedir (Atmaca ve Durat 2017). Hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve sağlığın geliştirilmesinde, beslenme çok önemlidir (Acar Tek ve Karaçil Ermumcu 2016). Gelişmiş sağlık arayışında belirli bir yeme tarzının benimsenmesi birçok kişi tarafından benimsenmekte ve yaşam kalitesini olumlu etkilemektedir (Mascioli 2017). Sağlıklı beslenme alışkanlıkları patoloji değildir, ancak günlük yaşamı olumsuz etkileyen bir takıntı halindeyse kişilik ve davranış boyutlarını içeren bir bozuklukla ilişkilendirilmektedir (Donini ve ark. 2004).

Yeme bozuklukları, sadece çok sayıda fizyolojik ve sağlık problemlerine neden olmakla kalmaz, ayrıca duygudurum ve kişilik bozuklukları şeklinde psikiyatrik rahatsızlıklara sebep olan, son derece kısıtlayıcı, sağlıksız gıda alımı modelleriyle karakterize olan ciddi, uyumsuz beslenme davranışları spektrumudur (Chaki et al 2013).

21. yy'da sağlığı iyileştirmeye yönelik problemler üzerinde durulurken sağlıklı beslenme en önemli öge olarak görülmüştür. Gıdalar doğal veya doğal olmayan olarak sınıflandırılmış ve her yerde doğal besin satan alışveriş merkezleri kurulmuştur. Medyada her gün çevre kirliliği ve gıdaların sağlığı koruma üzerine çevre kirliliğinin etkileri, kanserin sebepleri ve kanseri önlemeyle ilgili haberler yer almaktadır. Sağlıklı yeme davranış olarak istenen bir durum olmasına rağmen, yeme davranışı bozukluğu ve obsesif kompulsif bozuklukla ilişkili hale geldiğinde malnutrisyon, kilo kaybı, sosyal ilişkilerde bozulma gibi ciddi sonuçlar yaratabilmektedir (Arusoğlu ve ark. 2008; Fidan ve ark. 2010).

Genellikle özgüven eksikliği olan, takıntılı, tedirgin, narsistik kişiliğe sahip kişilerde ortoreksiya nevroza gözlenmektedir (Gezer ve Kabaran 2013).

Kitle iletişim araçlarından beslenmenin önemli bir halkası olan et ve balık ürünlerine yönelik yapılan uyarıları, toplumun sadece "sağlıklı beslenmeye dikkat etmek" olarak düşünmesi, insanların sağlık odaklı rijit diyetler yapması kaçınılmaz olmaktadır (Kazkondu 2010).

Böylelikle, elzem besin öğelerinde yetersizlik, sosyal ve kişisel ilişkilerde değişim ve genel psiko-fiziksel durumlarda farklılaşma gözlenebilmektedir (Kazkonda 2010). Bu durum bireylerin sağlıklı beslenme alışkanlığı olarak adlandırılan ortoreksiya nervozanın oluşumuna neden olduğu söylenebilir.

Ortoreksiya nervoza, yeme bozukluklarının yeni bir varyantı olarak karşımıza çıkmaktadır (Donini 2018). Son yıllarda “organik beslenme”, “doğal yaşam”, “detoks” gibi akımların yayılması ortorektik kitlelerin artmasına zemin hazırlamıştır (Tatarlar Ercen 2015).

Ortoreksiya nevroza kişi obsesif hale geldiğinde ortaya çıkmakta ve yenilen yemeğin miktarıyla değil, kalitesiyle anlamlandırılmaktadır. Bireyin tüm yaşam değerlerini beslenmeye aktardığı durumlarda ortaya çıkmaktadır (Dunn ve Bratman 2016).

Ortoreksiyanın sonuçlarından biri de, sosyal izolasyondur. Ortorektikler alışverişlerini doğal besin satan yerlerden yaparlar. Restoranlarda aşçının yiyecekleri nasıl ve hangi koşullarda hazırladıklarına dair bilgileri olmadığı için dışarda yemekten kaçınırlar. Sabit besin maddeleri tüketimini seçtikleri için yakın çevresiyle görüşmeleri kısıtlanmaktadır. Ortorektikler sadece beslenme konuştuklarından bu durum oluşmaktadır (Arusoğlu 2006).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (2013) tanılmasına göre yeme bozuklukları; anoreksiya nervoza (AN), bulimiya nervoza (BN), tıkmırcasına yeme bozukluğu, pika, ruminasyon bozukluğu, kaçınma / kısıtlayıcı gıda alım bozukluğu, diğer beslenme veya yeme bozukluğu ve belirtilmemiş beslenme veya yeme bozukluğu olarak tanımlanmıştır. Ortoreksiya farklı bir grupta ifade edilmese de sağlıklı beslenme takıntısı olarak bilinmektedir. Ortoreksiya nevrozada, anoreksiya nevroza ve bulimia nevrozadan farklı olarak daha güzel görünme amacı yoktur. Zihinsel olarak tamamen diyetlerin mükemmel olması uğraşı ön plandadır (Koven ve Abry 2015).

Gıdaya odaklanma, yeme ile ilgili ritüeller, sıkı beslenme alışkanlıkları ve benlik saygısı ile yeme arasındaki çok yakın ilişki AN ve ON arasındaki en önemli benzerliklerdir (Michalska et al 2016). Öte yandan, ortoreksiya nervoza ve yeme bozuklukları arasında önemli farklar vardır. Spesifik olarak, AN'lı bireyler kilo alma korkusu ve obez olmalarından dolayı, kilo vermek için gıda alımını kısıtlarlar.

Tersine, ON'li bireyler sağlıklarını iyileştirmek ve “saf ve temiz” hissetmek için yeme alışkanlıklarını sıklıkla değiştirirler (Nevin 2017).

Koven’e göre (2013) Ortoreksiya Nevroza, doğru veya sağlıklı, kesinlikle organik, biyolojik olarak saf gıdalar tüketmek için bir fiksasyon içeren yeme davranışları kumesini içeren patolojik bir saplantıyı tanımlar.

Kişisel tercihlerin bir sonucu olarak görülen ortoreksiya nevroza çok arzu edilen bir durum olmasına karşın patolojik olma şiddeti daha azdır. Ortoreksiya nervoza, genel popülasyonun yaklaşık % 7'sini etkileyebilmekte ve erkekler arasında daha yaygın olabilir (Avşar2017).

Ortoreksiya sık gözlenmesine karşın bilimsel kuruluşlarca büyük oranda ihmal edilmiştir (Koven ve Abry 2015, Avşar 2017).

Ortorektik bireylerin zamanla geliştirdikleri gıda kurallarının bir ritüel halini alması çok detaycı davranmalarına ve öz bakımlarını korumaya yönelik ciddi nlem almalarına sebep olmaktadır (Chaki et al 2013).

Gıdalarla sağlığı korunmasını amaçlayan obsesif düzeyde bir kayđı söz konusudur (Catalina ve ark. 2005). Ancak vejeteryanlar beslenme biçiminde hayvansal gıda tüketmemelerine rağmen sağlıklı ve kaliteli beslenmeyi amaç edinmediklerinden ortorektik sayılmazlar (Bratman ve Knight 2000).

Ortorektik bireyler, gıdaların llmesi, sık ve dikkatli bir şekilde tartılması ve aşını yemek planlaması gibi obsesif-kompulsif davranışları göstermektedir (Koven 2013). Obsesif kompulsif bozukluk ile st üste gelince, ortoreksiya nervozada bireyler bazı obsesif eğilimler göstermektedir. Bu bireylerde olmadık zamanlarda gıda ve sağlık hakkında tekrarlayan ve araya giren davetsiz düşünceler, kirlenme ve pislik üzerine yoğun endişe duyma, gıdaları düzenlerken ve yemek yerken törensel bir şekilde davranma gibi belirtiler görülmektedir. Ortoreksiyanın obsesif kompulsif bozukluktan ayrıldığı en önemli nokta ise ortoreksiyada takıntılıların içeriğinin egoya yabancı değil egoya uyumlu olmasıdır (Duran2016).

Psikiyatrik sınıflama sistemlerindeki ölçütlere göre yeme bozukluğu tanısını tam karşılamayan ancak yeme tutumları açısından farklılıklar gösteren ve sıkıntı çeken bir grubun olduğu bildirilmektedir. Bu açıdan bakıldığında tanı konmamış veya gizli kalmış hafif seyirli yeme bozukluklarının taranması, koruyucu önlemler alınması ve hastalıkların tanınması açısından önemlidir (Kazkondur 2010).

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

Yapılmış çalışmalara bakıldığında özellikle depresyon, obsesif kompulsif bozukluk (OKB), madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozukluklarının yeme bozukluklarına sıklıkla eşlik eden bozukluklar olduğu görülmektedir (Aydın, 2010; Kazkondur 2010; Ertekin 2010).

Konuya ilginin yoğun olmasıyla tanı kriterlerini belirleme amacıyla araştırmalar gerçekleştirilmektedir. Moroze ve ark. tarafından 2015 yılında ortoreksiya nervoza adına ilk kriterleri yayımlanmıştır. Bunun ardından Dunn ve Bratman çeşitli ülkelerden uzmanların görüşleri de dikkate alarak bazı kriterlerin güncellenmesini önermiştir. Bu konuda yapılacak çalışmaların henüz yeterli ve kesin sonuçlara ulaşmasa da, kriterlerin netliğe kavuşmasında yeni çalışmaların referans olabileceği katkı sağlayacağı kanısındayız.

1.1.Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, ortorektik eğilimlerin, obsesif kompulsif belirtilerle ilişkili olma durumunun araştırılması amacıyla planlanmıştır.

Bu ilişkiler belirlenmeye çalışılırken, yaş, cinsiyet, çocuk sayısı, çalıştıkları birim, uygulanan diyet varlığı ve beslenme bilgisine erişim değişkenleri açısından da incelenmiştir.

1.2.Araştırmanın Önemi

Güncel bir beslenme bozukluğu olarak ifade edilen ortoreksiya nervoza ile ilgili araştırmalar yapılmasına karşın kapsamlı çok fazla araştırmaya rastlanmamıştır. Ortoreksiya nervoza tanı kriterlerinin netlik kazanması ve çeşitli değişkenlerle ilişkilerinin açıklanması amacıyla geniş perspektifli araştırmaların yapılmasına gereksinim vardır.

Arusoğlu (2008) yaptığı çalışmada, ORTO-11'in Türkçe geçerlik güvenirliğini ele aldığında, üniversite üstü eğitim alanların diğer eğitim seviyelerindekilerden daha az ortorektik olduğu, kadınların daha fazla ortorektik eğilim gösterdiği sonucuna ulaşmıştır. Bu çalışmanın bulgularında ise, yeme tutumu bozuk ve obsesif kompulsif belirtileri fazla olan bireylerde BKİ (Beden Kitle İndeksi) yükseldikçe ortorektik eğilimlerin arttığı saptanmıştır (Arusoğlu 2008).

OKB'li hastalarda bozulmuş yeme davranışı ve obsesif kompulsif belirtilerin bozulmuş yeme semptomlarını yordayıcı özelliklerini araştıran Abanoz, hastaların %59'unda en az bir eş tanı olduğunu belirlemiştir (Abanoz 2008).

Yapılan literatür taraması sonucunda yeme bozukluğu ile ilgili bir çok araştırmaya rastlanırken, yeni bir yeme bozukluğu kavramı olarak ortaya çıkan ortoreksiya nervoza ile ilgili kapsamlı çok fazla araştırmaya ulaşılamamıştır. Ortoreksiya nervoza tanı kriterlerinin netlik kazanması ve farklı değişkenlerle ilişkilerinin kavramsallaştırılması nedeniyle konu ile ilgili daha çok araştırmanın yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Yeme bozuklukları tedavisi bir ekip çalışması gerektirir. Psikiyatrist, psikiyatri hemşiresi, gastroenterolog, diyetisyen, psikolog ve aile terapisti bu tedavinin bir parçası olmalı; ortorektik bireyler beslenme, psikolojik, sosyal açıdan ele alınmalıdır (Erbay ve Seçkin 2016). Bu süreçte, Ortoreksiya nervoza tanımı, evrenselliği, diğer psikopatolojilerle kesiştiği ve farklılaştığı noktaların açığa çıkartılması ve geliştirilen ölçeklerle ilgili farklı kültürlerden gelecek çalışmaların katkısının olacağı kanısına varılmaktadır. Yapılan bu araştırmanın gelecek çalışmalara kaynak teşkil edebileceği düşünülmektedir.

1.3. Sayıtlar

Bu araştırmanın temelinde aşağıdaki varsayımlar yer almaktadır:

1. Evreni temsil edeceđi dűřünűlen bir ۆrneklem bűyűklűđű seđildiđi varsayılmaktadır.
2. Arařtırmada durum saptamak ۆzere hazırlanan gۆrűşme formunun iđerideđi yeterlidir ve amaca hizmet edecek niteliktedir.
3. Gۆrűşme formlarının gűvenirliliđi ve geđerliđinde uzmanların tespitleri yeterlidir.
4. Sağlık profesyonellerinin, gۆrűşme formlarındaki soruları objektif olarak cevaplandırđıkları varsayılmıştır.

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

Konuya ilişkin gerekli araştırmalar yapılarak ortoreksiya nevroza hakkındaki bilgiler bu bölümde verilmiştir.

Beslenme Tanımı

Anne karnından başlayarak ömrün bitimine kadar olan süreçte beslenme elzem bir ihtiyaçtır. Birey ve toplumlarda sağlık problemlerinin ve kronik hastalıkların oluşmasının engellenmesinde, vitamin ve mineral eksiğinin giderilmesinde sağlıklı beslenme bu olumsuzlukları azaltıcı rol oynar (Özkahya, 2015).

2.1.Yeterli ve Dengeli Beslenme

Yeterli ve dengeli beslenme; sağlığın korunması, büyüme ve gelişmenin sürdürülebilmesi için gerekli olan enerji ile besin öğelerinin bireyin yaşına, cinsiyetine, fiziksel aktivite durumuna ve özel durumlarına göre ihtiyacı kadar almasıdır. Yeterli ve dengeli beslenmede bireyin yeterli ve dengeli beslenmeyi sürdürebilmesi için beslenmenin ekonomik, çeşitli, kaliteli ve sürekli olması gerekir. Her öğünde mutlaka dört besin grubundan(karbonhidrat, protein, yağ, vitamin ve mineraller) besinlere yer verilmelidir (Özkahya, 2015).

Yetersiz beslenme; bireyin besin öğelerini, günlük ihtiyaç duyduğu düzeyde alamaması ile gelişir. Dengesiz beslenme ise; doğru olmayan besin tercihleri, besinleri alınması gereken miktarda alınmaması, her besin öğesinin alınmaması ya da doğru olmayan pişirme yöntemlerinin kullanılması sonucu ise gelişebilir (Baysal,1993).

Yeterli ve dengeli beslenmenin temel ilkeleri (MEB,2007);

1.Yeterli ve dengeli beslenmede bireyin yaşı, cinsiyeti, fiziksel aktivite durumu ile beraber varsa gebelik, emzicilik, hastalık gibi özel durumları dikkate alınmalı.

2.Yeterli ve dengeli beslenmede bireyin tüketeyeği besinler günlük alamsı gereken enerji ihtiyacına bağlı olarak öğünlere dengeli bir şekilde paylaştırılarak tüketilmesi sağlanmalı.

3.Yeterli ve dengeli beslenmede tüketilecek besinler uygun pişirme teknikleri kullanılarak hazırlanmalı ve tüketilmeli.

4.Yeterli ve dengeli beslenmede besinlerin taze, doğal ve ekonomik olmasına da dikkat edilmeli.

Yeterli miktarda doğru besin tercihleri ile dengeli bir beslenmeyi alışkanlık haline getirmek vücudumuzu pek çok hastalıktan koruyacak ve yaşam kalitemizi arttıracaktır. Yetersiz ve dengesiz beslenme ile oluşacak vitamin ve mineral kayıpları da vücudun işleyişini bozarak yeme bozukluklarına neden olabilir.

2.2. Yeme Bozukluğunun Tanımı

Yeme bozukluğu 1994 yılında Lucas ve Huse tarafından ‘‘Hastalığa ya da beslenme yetersizliğine neden olabilen yeme alışkanlıklarındaki sapmalar’’ olarak tanımlanmıştır.

Yeme bozuklukları, hem bedensel hem de psikososyal boyutu olan; kişinin yemek yeme alışkanlığı, vücut ağırlığı ve fiziksel görüntüsü ile ilgili düşünce ve yemek yeme davranışındaki bozukluklarla kendini gösteren bir durumdur (Ergin 2014).

2.2.1.Yeme Bozukluklarının Oluşumunu Etkileyen Faktörler

2.2.1.1.Cinsiyet faktörü

Kadınlar beslenirken amaçları kilo vermek, erkeklerde ise iyi görünmektir. Donini(2005) bir çalışmasında, erkeklerin kadınlara göre daha yüksek seviyede ortorektikeğilim gösterdiğini saptamıştır. Bunun nedeni erkek cinsiyette beden imajı algısının değişmesi ve dış görünümün kişilere eleştirel şekilde yorumlanmasıyla erkeklerin sağlıklı beslenme taraftarı olması olasıdır (Donini, 2005).

Yeme bozuklukları, belirli bir kiloda sabit kalmaya çalışan mankenler, dansçılar ve jimnastikçilerde sık rastlanmaktadır (Kazkondur, 2010).

Cinsiyet ayrımı gözetmeksizin, “toplum normlarına göre yaşama isteği, belli bir diyeti uygulama” söz konusudur. Sağlık kadar “dış görünümün” de mükemmel olması önemlidir(Arusoğlu, 2008).

2.2.1.2.Sosyal standartların rolü

Nüfus artışı ve üretime bağlı güçlüklerin sonucu olarak doğal gıdalara erişim zorlaşmış, hazır ambalajlı ve GDO’lu gıdaların tüketimi endişe uyandırmış, gıdaların denetim standartlarına yönelik güvensizlik oluşmuştur. Toplumsal bilinçlenme ortorektik kitlelerin artmasına sebep olmaktadır (Rangel, 2012).

2.2.1.3.Sosyal medyanın rolü

Günümüzde sosyal medya “sağlıklı beslenme ve sağlıklı yaşam” konusunda bireylerin bağımlı hale gelmelerine neden olmaktadır (Bratman,2000).

Tıp öğrencilerinin kitle iletişim araçlarının etkisinde besin seçiminde buldukları gözlenmiştir. Göreceli olarak yüksek eğitim ve kültürde bireylerin oluşturduğu üniversite öğrencilerinin bile bu tür araçların etkisinde olması çarpıcı bir durumdur (Fidan ve ark. 2010).

2.2.1.4.Kişilik ve Psikolojik Faktörler

Özgüveni düşük, depresif duygudurumu, sorun çözme yetisi, narsistik yapı gibi özellikler yeme bozukluklarına zemin oluşturmaktadır. Anoreksiya nervozalı bireyler genellikle sinirli, obsesif depresif olarak tanımlanmakta ve yeme bozukluğu olan hastaların %50’sinden fazlasında depresyon tanısı bulunmaktadır (Hasbay, 2005).

Anoreksiya nervozanın özellikle kendi hayatı üzerinde kontrol sahibi olmayan kişilerde daha sık görüldüğü belirtilmektedir. Kişi kendisine kontrol edebileceği alan olarak kendi bedenini ve kilosunu seçer. Bu durum ilk başlarda kişiyi çok memnun eder. İlk birkaç kilo verildikten sonra tatmin daha da artar, ancak sonrasında kilo vermek başlı başına bir amaç haline gelebilir (Ergin, 2014).

Araştırmalar anoreksiya ve bulimiya hastalarının benlik değerlerinin diğer kişilere göre daha düşük olduğunu göstermektedir. Bunun nedeni, bireyin benlik değerini dış

görünüşüne endekslemiş olması olabilir. Dış görünüşünün toplumsal ideallere uymaması halinde birey kendisini önemsiz hisseder ve önemini artırmak için de ağırlık kaybetme olduğunu ve ağırlık kaybı oldukça benlik değerinin artacağını düşünmektedir (Ergin, 2014).

2.3. Yeme Bozukluklarının Görülme Sıklığı

Yeme bozukluklarıyla ilgili bir araştırmada genç kızlarda ortalama Anoreksiya nevroza(AN) %0,3 ve Bulimia Nevroza(BN) %1; erkeklerde BN %0,1 olduğu belirtilmiştir (Ercen, 2015).

Epidemiyolojik çalışmalar, Tıkanırcasına yeme bozukluğunun (TYB) genel nüfus içindeki yaygınlık oranlarının %0.7 ve %6.6; yaşam boyu yaygınlığının %3 olduğunu göstermektedir. Yakın zamanda yürütülen toplum temelli bir başka çalışma, TYB'nin yaşam boyu yaygınlığının %1.4 olduğunu, başlangıç yaşının yirmili yaşların ilk yıllarına rastladığını, kadınların yaşamları boyunca bu hastalığa yakalanma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Tıkanırcasına yeme bozukluğu(TYB) erişkinlerde en sık gözlenen yeme bozukluğudur. Türkiye'de ergenlerdeki yeme bozukluğuna yönelik bir çalışmada, TYB yaygınlığı %0.99 saptanmıştır (Turan ve ark. 2015).

Kadınların kilo ve beden imajı uğraşları, yeme bozuklukları haricinde ayrı bir araştırma grubunu kapamaktadır. Kadınlarda beden benlik imajı kiloyla ölçülen bir değer olarak gözlenmektedir (Yücel,2009).

2.4.Yeme Bozukluklarına Eşlik Eden Bozukluklar

Yeme bozukluklarına(YB) medikal ve psikiyatrik durumların eşlik etmesi, ailevi ve sosyal sorunların yanı sıra motivasyonel durumun ambivalent olması sebebiyle bu bozukluklarda klinik görünüm oldukça karmaşıktır (Yager, 2007).

AN'nin klinik görünümünde beden imgesindeki bozulma öne çıkmakta, yaş ve boylarına göre beklenenden oldukça zayıf olmalarına karşın kendilerini “çok şişman” hissettikleri için, şişmanlamaktan ölesiye korkmaktadırlar (Ergüney,2012).

Yemeyi kısıtlama, aşırı fiziksel egzersiz, bağırsak boşaltıcı (laksatif) veya idrar sökücü (diüretik) kullanımı, diyet yapma, diyet hapi kullanma, aşırı miktarda kafein, nikotin kullanımı ve kusma gibi dengeleyici davranışlarla kilo vermeye ya da mevcut kiloyu korumaya çalışırlar. Bunun yanı sıra hastaların yeme düzenleri bozulmuştur. Uzun süre aç kalma, öğün atlama, yemeği yavaş yeme, ağza alınan lokmaları normalden fazla sayıda çiğneme, çiğneyip tükürme, belirli yiyeceklerden kaçınma, yemek yeme ve hazırlamada belirli ritüellere uyma gibi davranışlara sıklıkla başvururlar. Yemekle ilgili neredeyse obsesif düzeyde olan düşüncelerin ve dengelemeyle ilgili kompulsif davranışların yabancı, ego-distonik bir yapısı vardır, bunlar adeta hastanın zihnine dışarıdan sokuluyormuş gibidir (Yager, 2007).

Bulimia nevrozanın(BN) klinik görünümünde hastaların çoğunlukla hastalık öncesinde kilolu oluşu, dürtüsellik, kendini kontrol etmede zorlanma öne çıkmaktadır (Davison ve Neale, 2004). Bu hastalar 1-2 saat gibi kısa sürelerde kontrolü kaybetmişçesine ve hiç durmayacakmış gibi aşırı miktarda yiyeceği tüketip (tıkınırcasına yeme) ardından kilo almamak için dengeleyici davranışlara (çıkarma, laksatif/diüretik kullanma, egzersiz gibi) başvururlar. TY nöbetleri genelde gizlice ve başkalarının yokluğunda meydana gelmektedir. TY atakları sonrasında hastalar genellikle kendilerini yorgun ve halsiz hissetmekte, bu durumdan iğrenme ve huzursuzluk duyguları yaşamaktadırlar ki bu da yerini sonrasında suçluluk duygusuna bırakabilmektedir (Aslantaş Ertekin, 2010).

TY/Çıkartma tipinde olanlar diğer tiptekilere göre daha sıklıkla psikiyatrik ve tıbbi eş tanıya sahip olmaktadır (Herzog ve Eddy, 2007). YB vakalarının neredeyse yarısı yaşamları boyunca depresyon, sosyal fobi ve Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) başta olmak üzere tam veya kısmi bir psikiyatrik bozukluk öyküsü bildirmektedirler (Herzog ve Eddy, 2007). YB'na en çok eşlik eden Eksen I bozuklukları; duygudurum ve kaygı bozuklukları olup alkol ve madde kullanım bozukluğu da bu grupta sık görülmektedir (Ergüney, 2012).

YB'deki kilo alma korkusu, beden memnuniyetsizliğiyle zihni meşguliyet, algılanan beden bozukluklarını (kilo, beden biçimi gibi) düzeltmekle ilgili endişeler şeklinde obsesif kompulsif özellikler görülmesi sebebiyle bazı yazarlar YB'nı OKB

spektrumunda değerlendirmenin de m¼mk¼n olacağını belirtmektedir (Erg¼ney, 2012).

Kişilik bozuklukları ve YB komorbiditesiyle ilgili araştırmalar çelişkili bulgular sunmakla birlikte ¼zellikle bulimik bir yapılanmanın varlığında B k¼mesi (impulsif) kişilik bozukluklarına y¼ksek derecede yatkınlık dikkat çekmektedir (Halmi, 2003). Ayrıca diğer Eksen II bozukluklarından ise OKB ve ekingen Kişilik Bozukluğu sıklıkla tabloya eşlik etmektedir (Sansone ve Sansone, 2007).

YB hastalarında kaygı durumu sadece kilo, beden g¼r¼n¼m¼ ve biçimine odaklıysa ayrıca bir kaygı bozukluğu tanısına; başkaları ¼n¼nde yemek yemekten kaçınma, kendilik değerinin d¼ř¼kl¼ę¼ gibi durumlar yine yalnızca YB semptomları bağlamında oluyorsa ayrıca bir sosyal fobi tanısı konmasına gerek yoktur (Erg¼ney, 2012).

Sonuç olarak YB'na diğer psikiyatrik bozuklukların eşlik ediyor oluşu işlevsellik kaybının artmasına, tedaviye cevabın azalmasına ve YB şiddetinin de artmasına yol açmaktadır (Erol, 2011).

2.5.Yeme Bozukluklarını Açıklamaya Y¼nelik Kuramlar

2.5.1.Bilişsel Davranışçı Yaklaşım(BDY)

Bilişsel davranışçı yaklaşıma g¼re yeme bozukluğuna sahip bireyler kendilik değerlerini, biçimleri ve ağırlıkları açısından değerlendirirler. V¼cut biçimi ve ağırlıklarına ilişkin d¼ř¼ncelerle aşırı uğraşırlar. S¼rekli kilo almaktan ve şişmanlıktan sakınırlar. Anoreksiya ve bulimiya nevroza için tipik davranışlar, ağırlığı kontrol etmeye y¼nelik davranışlardır. Bulimiada hastanın diyet girişimleri aşırı yeme epizodları ile kesintiye uğradığı için zayıflama olması gerekmez (Ercen, 2015).

BDY'ye g¼re YB'da semptomların s¼rd¼r¼lmesine ideal bir kilo ve v¼cuda sahip olmaya y¼nelik katı inanca eşlik eden 3 alandaki temel inançlar yani kilo ve beden biçimiyle ilgili gerekdişi beklentiler, kendilik değerinin ancak bu beklentiler

karşılandığında hissedilecek olması, yiyeceklerin kiloya etkisiyle ilgili yanlış inançlar yol açmaktadır.

BDY, AN'nin başlangıcında pek çok öncül olabileceğinin ancak yemeği kısıtlama davranışını sürdürenin ince olma gerekliliği, katı diyet inancı gibi olumsuz pekiştireçler niteliğindeki kişinin tutum ve sayıltılarının olduğuna işaret eder. Kaçınma paradigması açısından da hem olumsuz pekiştireçler (kusma, diyet, laksatif kullanımı gibi) hem de olumlu pekiştireçler (zayıf kalmak) sorunun devamına katkı sağlamakta, kaçındığı durumlarla (düzenli beslenme gibi) yüzleşmeyen birey, bu durumların olumsuz sonuçlar doğuracağı ile ilgili beklentilerinin geçerliliğini de sınamadığı için kaçınma davranışı sönmeye dirençli hale gelmektedir. BDY'nin BN'ye getirdiği açıklamalar ise; aç kalma Tıkanırçasına Yeme"ye tepki olarak öne çıksa da, psikolojik ve fizyolojik mekanizmaların etkisiyle aslında TY"yi tekrar ortaya çıkarır. Kusma vb. dengeleyici davranışla alınan kaloringin atıldığı inancı TY'leri sıklaştırmaktadır, beden şekli ve kiloyla ilgili endişeler diyet davranışını arttırarak yeme sorununu da sürdürmektedir. Son olarak beden şekli ve kiloyla ilgili endişeler yetersizlik ve değersizlik gibi duygularla eşleşmektedir (Ergüney, 2012).

2.5.2.Psikanalitik Yaklaşım

Psikoanalitik modele göre yeme bozukluklarında semptomların da yaşanmış bir travmayı temsil eden sembolik bir anlamı vardır. Freud'un çalışmalarını temel alan bu görüş yeme bozukluklarını kişinin cinselliği kontrol etmede yaşadığı yetersizlikle ilişkilendirmektedir. Bu bozukluğun ortaya çıkış sebebi olarak erkeğin içindeki kadından kurtulma çabası, babayla yaşanmamış bir özdeşimin kurulması çabası gibi dinamik temellerin olabileceği belirtilmektedir. Yeme bozukluğu belirtileri umutsuzca girişilen bir kimlik geliştirme çabasının parçası olarak da görülebilmektedir. Bayanlarda görülen bazı yeme tutumu bozukluklarının çatışmalı anne-kız ilişkisine bağlı olarak yeterli bir benlik algısı geliştirilememesinden kaynaklandığı ileri sürülmektedir. Bazı psikanalitik kuramcılara göre yemek yeme, elde edilemeyen aşkın, doymak bilmeyen arzunun, öfke ve kinin ifadesi olabilmektedir (Ercen, 2015).

2.5.3.Bağlanma Kuramı

Yapılan çalışmalarda yeme bozukluğu olan bireylerle kontrol grubu karşılaştırıldığında birinci grubun kaygılı ve güvensiz bağlanma, terk edilme endişesi ve bireyselleşmeyle ilgili güçlükleri daha belirgin olarak yaşadığı ortaya konmuştur. Bruch da yeme bozukluklarının temelini anne-bebek ilişkisine dayandırmıştır. Yeme bozukluğu olan hastalarla yapılan çalışmalarda, bu kişilerin bebeklikte anne ile güvene dayalı bir ilişki kuramadıkları, çocuklukta ve ergenlikte de sağlıklı bir benlik gelişimi sağlayamadıkları vurgulanmıştır.

2.6. Yeme Bozukluklarının Sınıflandırılması

DSM-V'te yeme bozuklukları; anoreksiya nervoza (AN), bulimia nervoza (BN) ve başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları (BTA-YB) şeklinde sınıflandırılmaktadır. Son zamanlarda yapılan araştırmalarda, tikanırcasına yeme bozukluğu ve yeni bir yeme bozukluğu olarak görülen ortoreksiya nervoza da ele alınmıştır (DSM-V 2013).

2.6.1. Anoreksiya Nervoza(AN)

Anoreksiya nervoza ilk olarak 1873 tarihinde tanımlanmıştır. AN vakaları, kilo almaktan aşırı korkma, hayallerindeki bedene kavuşmak çabasıyla, kasti olarak kısıtlı beslenmekte, besin alımına karşı uzak durmaktadır (Ercen 2015).

Kadınlarda 15-29 yaş grubunda %3 ile %10'u AN riski vardır (Ergüney, 2012).

2.6.1.1. Anoreksiya Nervoza Tanısı

DSM-5 kriterlerine göre AN için tanı kriterleri (DSM-V 2013);

A. İhtiyaçlara göre enerji alımını kısıtlama, kişinin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve beden sağlığı açısından belirgin biçimde düşük bir vücut ağırlığının olmasına neden olur. Belirgin bir biçimde normalin en altında düşük vücut ağırlığı olarak tanımlanır.

B. Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da belirgin bir şekilde düşük vücut ağırlığında olmasına rağmen kişinin, kilo almayı zorlaştıran davranışlarda bulunması.

C. Kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk vardır. Kişi, kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ve biçimine aşırı bir önem yükler ya da o sıradaki düşük vücut ağırlığının vücuduna olan zararını hiçbir zaman anlayamaz.

2.6.2. Bulimia Nervosa(BN)

Aşırı yeme nöbetleri, kilo alımı ve kilo almayı idare etme ile açıklanmış psikiyatrik bir rahatsızlıktır (Kontbay2010).

Tekrar eden tıknırcasına yeme periyodları esnasında yemeyi bırakamama korkusu, yedikten sonra kilo artışını sınırlayan (kusma, laksatif-diüretik kullanımı, aşırı spor) anlamsız davranışlar gösterme ve nöbetlerin 3 ay boyunca haftada en az iki kez gerçekleşmesiyle karakterizedir (Ercen 2015).

Genç kadınlarda bulimia nervoza erkeklerden on kat fazla görülmektedir (Kazkondu 2010).

Temel patoloji yemeyi durduramama doğrusundadır. Zayıflamak için kusma, aşırı egzersiz yapma ve çeşitli ilaçlar kullanma görülür.

Bulimia nervoza'sı olan normal ağırlıktaki kadınların %7-40'ında amenore (adet görememe) görülürken %3764'ünde menstruasyon düzensizlikleri görülmüştür. AN'de yüksek düzeyde genetik bir geçiş söz konusudur. Ayrıca özgeçmişlerinde çocukluk çağı cinsel travma öyküsü ve aile içi sorunları bulunur (Öztürk 2008).

2.6.2.1. Bulimia Nervosa Tanısı

2013 yılında oluşturulan DSM-5 kriterlerine göre BN Tanısı (DSM-V 2013);

A. Tekrarlayan tıknırcasına yeme dönemleri. Bir tıknırcasına yeme dönemini aşağıdakilerin her ikisi ile belirlenir:

a. Aynı koşullarda, aynı sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok besini, aynı bir zaman biriminde (Örneğin; herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.

b. Bu dönem sırasında yemek yemeyle ilgili denetiminin kalkması (Örneğin; kişinin yemek yemeyi durduramadığı, ne yediğini ve ne kadar yediğini denetleyememe duygusu.)

B. Kilo almaktan sakınmak için, kendi kendini kusturma, laksatif ilaçları, idrar söktürücü ilaçları ya da diğer ilaçları yanlış yere kullanma. Neredeyse hiç yememe ya da aşırı spor yapma gibi yineleyen, uygunsuz yön değiştiren davranışlarda bulunma.

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

D. Kendilik değerlendirmesi, vücut biçiminden ve ağırlığından olumsuz yönde etkilenir.

E. Bulimia nervosa, yalnızca anoreksiya nervosa dönemleri sırasında ortaya çıkmaz.

Anoreksiya ve Bulimia Nervozu Arasındaki Farklılıklar (Arusoğlu, 2006).

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

2.6.3. Başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları

Bu grup, anoreksiya ve bulimia nervozanın tüm teşhis kriterlerini göstermeyen, fakat önemli yeme tutum ve davranış bozukluğu gösteren bireylerden oluşmaktadır. DSM-V 'te altı alt grupta incelenmiştir.

2.6.3.1. Atipik AN (Normal BKİ)

Anoraksa Nervozanın, bireyin vücut ağırlığının normal kabul edilen aralık veya üzerinde bir değerde olması haricinde DSM-V'de öngörülen kriterlerin hepsini sağlaması durumudur.

2.6.3.2. Eşik altı BN (düşük sıklık, kısıtlı süreklilik)

Bulimia Nervozu'nun DSM-V'te tanımlanan tüm kriterlerini sağlayan ancak aşırı yeme krizleri ve bu davranışı telafi edici diğer davranışların haftada birden az ve üç aydan daha kısa süre boyunca gözlenmesi durumudur.

2.6.3.3. Eşik altı tıkanırcasına yeme bozukluğu (düşük sıklık, kısıtlı süreklilik)

Düşük sıklık ve kısıtlı süreklilik gösteren tıkanırcasına yeme durumudur. Tüm kriterler sağlanır ancak haftada birden az ve 3 aydan daha kısa süre boyunca gözlenir.

2.6.3.4. Kusma sendromu (Purging disorder)

Tıkanırcasına yemenin olmadığı durumda arınmanın gerçekleşmesi durumudur. Normal düzeyde besin tüketirler ve genellikle normal vücut ağırlıklarını korurlar.

2.6.3.5. Gece yeme sendromu (Night eating syndrome)

Hastaların gece yeme periyodları yaşadıkları veya akşam yemeğinden sonra aşırı miktarda kalori almaları durumudur.

2.6.4. Tıkanırcasına yeme bozukluğu

DSM-V te farklı bir başlık olarak tanımlanmıştır. Bulimia nervozadan farkı (son 3 ayda) haftada en az bir kez nöbeti olmasına karşın, kendini kusturma, uzun süre aç kalma, aşırı spor yapma durumu yoktur. Suçluluk duyma sonucu bu davranışı yalnızken gerçekleştirmektedirler (Aksoydan 2014). Kadınlarda erkeklere oranla sık görülen TYB , obezite , iş ve sosyal ilişkilerde izolasyon, depresyon, bağımlılık ve beden imajına karşı aşırı hassasiyet söz konusudur (Kazkondu 2010).

Ayrıca suçluluk duygusu ve kendinden iğrenme sonucu bu davranışın yalnız gerçekleştirildiği görülmektedir (Aksoydan 2014). Tıkanırcasına yeme bozukluğunun, kadınlarda erkeklere göre daha sık görüldüğü, obezite ve aşırı kilo alıp verme öyküsüyle bir arada olduğu, iş yaşamı ve sosyal ilişkilerde işlevselliğin azaldığı, depresyon, bağımlılık yapan maddelerin kullanımı ve beden imgesiyle ilgili aşırı endişe duyma ile bağlantılı olduğu tespit edilmiştir (Kazkondu 2010).

DSM-5 Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu Tanı Ölçütleri (APA 2013)

A. Tekrar tekrar görülen tıkanırmasına yeme dönemleri. Bir tıkanırmasına yeme döneminde aşağıdakilerin her ikisi de bulunur:

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

2. Bu dönem sırasında, yemek yemeyle ilgili denetimin kalktığı hissini bulunması.

B. Tıkanırmasına yeme dönemlerinde aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) görülür:

1. Alışılanın çok üstünde bir hızla yeme

2. Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedinceye kadar yeme

3. Açlık hissi duymuyorken aşırı miktarlarda yeme

4. Ne kadar yediğinden utandığı için yalnızken yeme

5. Yeme sonrası kendinden tiksime, çökkünlük yaşama ya da suçluluk duyma.

C. Tıkanırmasına yeme ile ilgili belirgin bir sıkıntı duyulur.

D. Tıkanırmasına yeme davranışları ortalama üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur.

E. Tıkanırmasına yemeye, bulimia nervozada olduğu gibi yineleyen uygunsuz telafi edici davranışlar eşlik etmez ve tıkanırmasına yeme yalnızca bulimia nervoza ve anoreksiya nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmaz.

DSM-5'e göre Tıkanırmasına Yeme Bozukluğu'nun Şiddeti

Ağır olmayan: Haftada ortalama bir-üç kez tıkanırmasına yemenin olması.

Orta derecede: Haftada ortalama dört-yedi kez tıkanırmasına yemenin olması.

Ağır: Haftada ortalama sekiz-on üç kez tıkanırmasına yemenin olması.

Aşırı derecede: Haftada ortalama on dört ya da daha fazla sayıda tıkanırmasına yemenin olması.

2.6.5. Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu

Yiyeceğin kısmi sindirilmesi sonrası, belli bir rahatsızlık olmadan yiyeceği tekrar ağza getirip yeniden çiğnenmesi durumdur. Bu durum yalnızca anoreksiya nervoza, bulimia nervoza, tıkanırmasına yeme bozukluğu ya da kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu dönemleri sırasında ortaya çıkmaz (Köroğlu, 2014).

DSM-V'e göre tanı kriterleri şu şekildedir:

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

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

C) Bu yeme bozukluğu, yalnızca anoreksiya nervoza, bulimia nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu ya da kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğunun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

D) Bu belirtiler; başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa (örn.anlıksal yeti yitimi [anlıksal gelişimsel bozukluk] ya da başka bir nörogelişimsel bozukluk) ayrıca klinik değerlendirmeyi gerektirecek denli ağırdır.”

“Varsa belirtiniz:”

“Yatışmış:

Geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılandıktan sonra artık uzunca bir süredir karşılanmamaktadır.”

2.6.6.Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu

Çocuklarda gelişim geriliği ve kilo kaybı, besin desteğiyle ağızdan ya da tüp aracılığıyla beslenme, sosyal destek unsurlarının bozulması gibi durumlarda ortaya çıkabilir. Bu bozukluk yiyeceğe ulaşmanın zorluğu veya kültürel anlamda onay gören bir tavidir.

DSM-V'e (2013) göre kaçınan yiyecek alımı bozukluğu tanı kriterleri şunlardır:

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

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

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

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

“Varsa belirtiniz:”

“Yatışmış:

Kaçıngan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılandıktan sonra artık uzunca bir süredir karşılanmamaktadır.

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

2.7.1. Ortoreksiya nervoza

Sağlıklı yemek yeme ile ilgili zayıflama amacı güdülmeyen, sağlığı korumayı hedef edinen patolojik bir saplantıdır. Kişi sağlıklı beslenmeyle her şeyin yolunda gideceğine inanır. Sağlıksız beslenince kendine kızgınlık duyma ve kendini aşırı suçlamaktadır.

2.7.2. Bigoreksiya (Kas dismorfisi)

Vücut kas kütlelerini arttırmaya yönelik sürekli bir takıntı söz konusudur. Genellikle vücut geliştiren erkeklerde rastlanmaktadır. Protein oranı yüksek gıdaları seçerler. Vakitlerinin büyük çoğunluğunu egzersiz ve spor merkezlerine harcarlar.

2.7.3. Kuş gibi beslenme

Çocuklarda besinleri yemekten kaçma çok az oranda yemek olarak ifade edilir. Bebeklerde ek gıdaya geçildiğinde birkaç lokma yeme sık gözlenir. Bu durum acıkmayı

baskılayarak yenilen gıda miktarını giderek azaltır. Büyüme ve gelişimin yavaşlaması ve enfeksiyona yatkınlık olasıdır.

2.7.4. Pika

Gıda maddesi olmayan şeylerin(Toprak, kağıt, buz, ip, kireç, kum, boya) yenilmesi olarak tanımlanmıştır. Genellikle demir, bakır ve çinko yetersizliği sonucu oluşur.

Çocuklarda sık rastlanır.

Toprak, kağıt, buz, ip, kireç, kum, boya gibi maddelerin yenmesi ile ortaya çıkan bir durumdur. Daha çok çocuklarda görülmektedir. Çocukların dünyayı tanıma anlamında her bulduğunu ağızına atması ile karıştırılmaması gerekmektedir.

“A) En az bir ay süreyle, sürekli olarak, besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddeleri yeme.

B) Besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddeleri yeme tutumu, kişinin gelişimsel düzeyi ile uyumlu değildir.

C) Bu yeme davranışı, kültürel dayanağı olan ya da toplumsal olarak olağan kabul edilebilecek bir uygulama değildir.

D) Bu yeme davranışı; başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa (örn: anlıksal yeti yitimi [anlıksal gelişimsel bozukluk], otizm açılımı kapsamında bozukluk, şizofreni), ayrıca klinik değerlendirmeyi gerektirecek denli ağırdır.”

“Varsa belirtiniz:”

“Yatışmış:

Pika için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılandıktan sonra artık uzunca bir süredir karşılanmamaktadır (DSM-V 2013).

2.8.Yeme Bozukluklarının Tedavisi

Yeme bozukluklarının tedavisi genellikle üç ana hedefe yönelik olmakta, öncelikle hipokalemi başta olmak üzere, kardiyak düzensizlikler, hipotansiyon ve dehidrasyon gibi tıbbi sorunların çözümü yer almakta, üçüncü olarak da hasta ve ailesinin psikiyatrik tedavi gereksinimlerinin karşılanması gerekmektedir. Uygun bir tedavide doktorların (psikiyatrist, pediatrist, gastroenterolog, jinekolog ve endokrinolog),

psikologlar ve diyetisyenler ile ortak bir işbirliği gerekmektedir. Hastalık belirtileri ortaya çıkar çıkmaz birey ve ailesinin pskolojik tedaviye başlaması gerekmektedir. Hastalığın ilerlemesi, hastanede psikiyatrik tedaviyi de gerektirebilir.

Hastaların, yeme alışkanlıkları ve duygusal konularda baş edebilecek hale gelmesini sağlamak için, yoğun bir şekilde grup, bireysel veya aile terapisinin yapılması, özellikle genç bireylerde ve sporcularda ailenin tedavide daha fazla yer alması önerilmektedir. Psikoterapi ile birlikte bazı hastalarda antidepresan kullanımının tedaviyi desteklediği ve ilaç tedavisinin anoreksiya nervozalı hastalara göre bulimiya nervozalı hastalarda daha etkin olarak kullanıldığı belirlenmiştir (Kazkondu,2010).

2.9. Ortoreksiya Nervoz

Dr. Steven Bratman'ın 1997'de Yunanca "ortho" (doğru) ve "orexis" (açlık, iştah) anlamına gelen kelimelerin birleşimiyle geliştirdiği "Ortoreksiya Nevroza" DSM-5'te yer almamaktadır(Scarff 2017).

"Doğru beslenme" olan ortoreksiya nevroza, gıda ile ilgili obsesif düşünceler, oruç veya aşırı egzersizle kendini cezalandırma, kısıtlayıcı yeme davranışlarıyla karakterizedir. Kişinin benlik saygısının diyet tercihlerine dayandığı bir inançtır(Tremelling et al 2017).

İyi bir fiziksel görünümü önemseyen performans sanatçıları, atletler, hostesler ve beslenmeye dair tıbbi bilgisi olan doktorlar, hemşireler, diyetisyenler arasında sıkça gözlemlenebilen bir durumdur.

İyi bir fiziksel görünümü önemseyen performans sanatçıları, atletler, hostesler ve beslenmeye dair tıbbi bilgisi olan doktorlar, hemşireler, diyetisyenler arasında sıkça gözlemlenebilen bir durumdur. Ortoreksiya nervozada bireyler obsesif bir şekilde GDO'lu gıdalar, paaketli ürünler, trans yağ içeren yiyecekler, aşırı tuz-şeker bulunduran besinlerden uzak durmaktadır(Segura-Garcia et al 2015).

Ortorektiklere göre besin ya sağlıklıdır ya da sağlıksızdır. Kendilerine verdikleri değer, tükettikleri besinlerle paralellik izlemektedir; sağlıklı yiyecek yerlerse iyi, sağlıksız beslenirlerse kendilerini kötü hissetmektedirler(Arusoğlu, 2006).

Bu kişiler zamanla kendi gıda kurallarını geliştirmekte ve kendilerini özel bir diyet rejimi ile kısıtlamaktadırlar(Duran 2016).

Ortoreksiya Nervozalı anne ve babaya sahip olan çocuklar, bu beslenme biçimini taklit ederek öğrenebilirler. Bunun yanında genellikle çocuklarının sadece organik beslenmeleri için şekeri sınırlarlar. Bu sınırlamaya bağlı çocuklarda bir korku hissi oluşabilir. Bu kısıtlama da, bazı besinlerin “kötü” olduğu ve tüketiminin zararlı olabileceğine neden olabileceği şeklinde çocuğun zihninde yer edinebilir (Getz 2009).

Düzenli ve istikrarlı diyetlerle beslenmeye obsesif belirtiler eşlik ettiğinde patolojik durumlar oluşabilmektedir. Diyet istenilen şekilde ilerlemediği taktirde daha sert diyet uygulamaları yapılmaktadır (Akbulut 2016).

Ortoreksiya nervozada pek çok gıdadan uzak kalınması kilo kaybı ve malnütrisyonla neden olmaktadır (Nevin and Vartanian 2017).

Ortorektikler yedikleri gıdaları aşırı denetlemelerinin yanı sıra satın alma sırasında da ürünlerin içeriğini uzun süre araştırmakta ve içinde kanserojen madde ve zararlı etkenlerin varlığına dair saatlerce vakit ayırmaktadırlar (Brytek-Matera, 2012).

Ortoreksiya nervoza da; kişi, her yediği yemeği aşırı şekilde kontrol etmektedir. Ortorektik bireyler satın alma esnasında ise ürünlerin etiketlerini ve içeriklerini uzun süre boyunca incelemekte ve incelediği ürünün içerisinde kanserojen madde, hormon, boya, katkı maddesi olup olmadığına abartılı bir şekilde kafa yormaktadır. Yiyeceklerin aşırı saf ve katkısız olmasına takıntılı bir titizlik içerisinde önem vermektedirler. Bu yüzden pek çok yiyeceği çiğ olarak tüketmeyi tercih ederler. Sağlıklı beslenme takıntısı, ortorektik bireyleri psikolojik olarak baskı altına aldığından dolayı pek çok ürünü tüketmekten vazgeçme eğilimi göstermelerine sebep olmakta ve bu yüzden ortorektik birey, anoreksiya nervoza yeme bozukluğundaki gibi ağırlık kaybetmeye başlamaktadır (Brytek-Matera, 2012).

Ortoreksiya nervoza, birkaç hafta için sağlıklı besinlere verilen dikkat obsesyonun üzerinde olmadığı sürece bozukluk olarak tanımlanamaz. Sadece uzun dönem görüldüğü zaman eğer bireyin yaşantısında anlamlı oranda negatif bir etki yaratıyorsa örneğin; yaşam stresini önlemek için besinleri düşünmek, negatif duyguları önlemek için besinlerin nasıl hazırlandığını düşünmek, her günün büyük

bir çoğunluğunu besinleri düşünerek geçirmek gibi durumlarda ortoreksiya nervoza olarak tanımlanabilecektir (Arusoğlu, 2006).

Besinlerle ilgili farklı obsesyonlar taşıyan hastalar görüldüğü, anksiyete ve mükemmeliyetçi kişilik özelliklerine olan yatkınlığın altta yatan etmen olduğunu ve mükemmeliyetçiliğin, mükemmel bir diyet uygulamak için kompulsiyon geliştiren kişilerde olduğu belirtilmiştir. Sürekli el yıkama gibi diğer obsesif-kompulsif davranış geliştiren insanlarda da benzer bulguların olduğu gözlemlenmiş ve kesinlikle genetik bir materyalin olduğu üzerinde durmuş, ancak obsesyonun insan bilinci gibi çok farklılıklar gösterdiğinden de bahsedilmiştir. Pesikoff'un görüşüne göre bu kişiler, ağırlık kaybetmeyi amaç edinmeseler de, toplumun kısmi olarak etkisi altındadırlar. Diğer obsesyonlarda olduğu gibi davranışlar, kişileri toplumdan ve günlük yaşantıdan uzaklaştırıyorsa, sorun olmaya başlamaktadır (Ergin, 2014).

Ortorektikler için, diyet planları son derece önemlidir. Dünyada sayısız sağlık profesyoneli olan hekim vardır ve her birinin verdiği bir diyet planı sağlıklı bir beslenme obsesyonuna yol açabilir (Ergin, 2014).

Yapılan çalışmalar tıp fakültesi öğrencileri, hekimler, diyetisyenler, anksiyetesi olan bireyler, obsesif kompulsif bireyler ve beden imajına aşırı önem veren bireylerde ortoreksiya nervoza belirtilerine daha sık rastlandığını göstermektedir (Gezer ve Kabaran, 2013).

Yapılan başka bir çalışmada ise sağlıklı ve uygun beslenmeye yönelik yüksek duyarlılığın tıp doktorlarında oldukça yaygın olduğu, her ne kadar aradaki fark anlamlı olmasa da Orto-15 ile ölçülen ortoreksiya puanlarının kadınlarda ve eğitim seviyesi yüksek olan doktorlarda daha yüksek olduğu görülmüştür (Tatarlar Ercen, 2015).

ON'un sadece doğru beslenerek açıklanamayacağı akılda tutulmalıdır; bu patolojik bir tespittir, doğru beslenme konusunda bir saplantıdır. Yüksek ortorektik eğilimi obsesif kompulsif eğilimlerle ilişkilendiren pekçok araştırma vardır (Asil ve Sürücüoğlu, 2015; Koven ve Senbonmatsu, 2013)

2.9.1. Ortoreksiya Nervozanın Sınıflandırması

Kater, (beden imgesi, yeme ve kilo alma endişesi yaşayanların tedavisinde 23 yıllık Minnesota'lı uzman psikoterapist), Bratman'ın (Bratman, 2000) tanımladığı belirtileri gösteren bu sınıfa ait olabilecek hastaları olduğunu saptamıştır. Kater, bu insanların, diğer yeme bozukluğuyla mücadele eden insanlarla, mükemmeliyetçiliğe olan genetik yatkınlık ve kontrol gereksinimi gibi birtakım ortak davranışlar gösterebileceklerini belirtmiştir (Kazkonda, 2010).

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

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

Kısa dönem uygulanan bu diyetler çoğunlukla zarar vermektedir. Ancak, değişmeyen, bir insanın uzun dönemde kontrollü bir diyet uygulaması sonucu olumsuz fiziksel ve fizyolojik sonuçların kaçınılmaz olduğudur. Ortorektik bireyler, mükemmelliğe ulaşma çabalarından ötürü diyetlerini giderek kısıtlama eğilimine girdiklerinden, özellikle beslenme yetersizlikleri riski taşıyan gruba girmektedirler (Kazkonda, 2010).

Vandereycken tarafından 2011’de yapılan çalışma, DSM-V kriterleri belirlenirken kullanılmıştır. Vandereycken, Gece Yeme Sendromu, Kas Dismorfisi, Emetophobia (boğulmaktan korkma) ve ON gibi popüler medyada bahsi geçen bozuklukların görülme sıklıkları ile ilgili aktif olarak çalışan sağlık profesyonellerinden görüş almıştır (Ergin, 2014).

ON için veri Bratman(2000), Donini(2005) ve Mathieu(2005)’den sağlanmıştır. DSM formatında bu dört bozukluk için yazılan kriterler yeme bozukluklarıyla ilgili, araştırma, önleme ve tedavi etme konusunda profesyonel kişilere gönderilmiştir. Araştırmanın sonunda ON en bilinen, Gece Yeme Sendromu ise en az bilinen bozukluk olarak saptanmıştır. Ayrıca ON’nin pratikte en çok karşılaşılan bozukluk olduğu da görülmekte iken ON ve Emetophobia’nin literatürde en az yere sahip olduğu gözlenmiştir. Literatürdeki karşılık Vandereycken’in çalışmasına karşılık göstermemektedir. Bu çalışma, ON’nin üzerinde daha çok durulması gerektiği ipucunu vermektedir.

2.9.2. Ortoreksiya Nervozanın Belirtileri

Ortoreksiya nervoza yeme bozukluğuna ilişkin klinik araştırma sayısı henüz fazla değildir. Ancak; ortorektik bireylerin AN tanılarına ek olarak “vücuda sadece yararlı besinlerin girmesi, gereksiz ve sağlıksız besinlerin vücuda alınmaması” düşüncesi taşıdıkları belirtilmektedir. Ortorektik bireyler; kilo kayıpları, amenore, kısıtlayıcı diyet uygulamaları açısından AN hastalarına benzemekle beraber, yiyecek seçimlerindeki kriteri kalori olarak almamakta, besinlerin “sağlıklı ya da sağlıksız” oluşuna dikkat etmektedirler. Ortorektik hastalar, sağlıklı beslenme çabasının bir sonucu olarak ağırlık kaybettiklerini, aslında vücut ağırlıklarıyla ilgili bir uğraşlarının olmadığını belirtmektedirler. Ortoreksiya nervoza yeme bozukluğuna ilişkin klinik araştırma sayısı daha yeterli değildir (Bosi Bağcı ve ark. 2007).

Ayrı bir tanı kategorisi olarak resmen kabul edilmemiş olsa da, ortoreksiya nervozanın ciddi sonuçları olan diğer yeme bozuklukları ile benzerlik ve

ayrılıklarının olduğu ileri sürülmektedir. Ortoreksiya nervroza tıpkı anoreksiya nervroza gibi kötü beslenmeye veya ağırlık kaybına yol açabilmektedir, buna karşılık anoreksiya ve bulimia nervozadan farklı olarak kişilerin tüketilen yiyecek miktarı ve zayıf görünüm yerine sağlıklı ve saf besinler tüketme konusu ile normal olmayan düzeyde bir uğraş içinde oldukları bildirilmektedir. Obsesif-kompulsif bozukluğu olan hastalar gibi vakitlerinin çoğunu katı kurallar ile ilgili aşırı uğraşı ile geçirdikleri ve zamanla sosyal işlev bozukluklarının bu tür ortorektik davranış gösteren bireylerde gelişebileceği de ifade edilmektedir. Ancak aşırı uğraşı alanının yeme bozukluklarındaki gibi, ayrı bir kategoride tanımlamayı hak edecek kadar belirgin olmadığı ve sadece tüketilen yiyeceğin niteliği ile ilgili olduğu ileri sürülmektedir (Ergin, 2014).

Ortorektik bireyler için yiyeceklerin saf, katkısız ve işlenmemiş olması oldukça önemlidir. Bu yüzden ortorektikler, çoğu meyve ve sebze yi çığ tüketmeye gayret etmektedirler. Ortoreksiya nervroza tanısı konulan bireylerin çoğu vejetaryen grupta yer almaktadır. Zararlı maddeye duyulan korku sebebiyle tarımsal ilaçlar içermesi ve hazırlanış teknikleri sebebiyle bazı yiyecekleri diyetlerinden çıkarabilmekte ve en sonunda diyetlerinde sınırlı sayıda yiyecek grubuna yer vermektedirler. Ayrıca ortorektik bireyler, yanlış olduklarını düşündükleri belirli pişirme yöntemlerini de reddedebilmektedirler (Mathieu,2005).

2.9.3.Ortoreksiya nervroza nasıl anlaşılır?

Uzmanlar sağlıklı besinlere karşı duyulan bu saplantıya kaynaklık eden farklı nedenler olabileceğini düşünmektedir. Örneğin; aileden edinilmiş alışkanlıklar, yakın dönem içerisinde geçirilen hastalıklar, içinde buldukları çevrenin eğilimleri, hatta bir besin türü ya da grubu hakkındaki olumsuz yorumlar ortoreksiyanın ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilecek faktörlerden bazılarıdır (Dalmaz, 2014).

Tanıdaki sorun, insanların “doğru beslenme” kavramının arkasına saklanabilmeleridir. Sağlıklı diyetler, kabul edilen ve teşvik edilen diyetlerdir, ancak sağlıklı diyetler bir obsesyon haline gelmemeleri koşuluyla kabul edilebilmektedir.

Günümüzde ON saptanmasında belirleyici bir ölçek olarak kabul edilen ORTO-15, 2005 yılında Donini ve arkadaşları tarafından hazırlanmıştır (Donini, 2005). Donini ve arkadaşlarının yol gösterici olarak kullandıkları ölçek ise Bratman'ın hazırladığı birtakım sorulara dayanan Bratman's Orthorexia Test (BOT) olarak bilinen, "evet", "hayır" şeklinde cevaplama yöntemi ile tanı koymayı ilk kez gündeme getiren, 10 soruluk ölçektir (Bratman, 2000).

Ancak bu ölçekler tek başına kullanılmamakta, yeme tutumu, depresyon, obsesif-kompulsif davranışları saptayıcı ölçeklerle de desteklenmektedir (Eriksson, 2008). DSM-V tanı kriterlerinde de ayrı bir yeme bozukluğu olarak henüz tanımlanmadığından kesin tanı konulması adına geçerli bir belirleyici henüz bulunmamaktadır (APA, 2013).

Tanı konması mümkün olmasa da bazı araştırmacılar aşağıda bulunan kriterleri oluşturmuşlardır:

Moroze ve arkadaşları (2015) tarafından oluşturulan tanı ölçütleri şunlardır:

A Kriteri: "sağlıklı besin" tüketimiyle ilgili obsesyonel kaygılar, öğünlerin kalite ve bileşenleriyle ilgili kaygılar (Aşağıdaki maddelerden 2 ya da daha fazlası):"

1. Besinlerin "saflığıyla" ilgili düşünceler nedeniyle dengesiz diyet tüketimi
2. Saf olmayan ya da sağlıksız besinlerin tüketimi ve besin kalitesi ile bileşenlerinin fiziksel ve duygusal sağlığa etkileri konusunda endişe duymak
3. Besinlerin yağ, koruyucu, katkı maddesi, hayvansal ürün ve sağlığa etki edebilecek öğeler içerdiği korkusu nedeniyle katı besin kısıtlaması
4. Besin alanında profesyonel olmayan kişilerin besinleri inceleme adına aşırı zaman (3 saat ve üzeri) harcaması, spesifik türde besinler hazırlaması
5. "Sağlıksız" ve "saf olmayan" şeklinde tabir edilen besinlerin tüketimi sonrası kaygı duyma ve pişmanlık yaşamak
6. Başkalarının besinler hakkındaki düşüncelerine tahammül edememek
7. Kalitesi ve bileşenleri bilinen besine ulaşabilmek için yüksek miktarda para harcamak"

B Kriteri: Obsesyonel kaygılar aşağıdakilerden birinin varlığında daha zor bir hal almaktadır:"

1. Beslenmedeki dengesizlikler nedeniyle fiziksel sağlığın bozulması (örn: dengesiz diyetin malnütrisyona neden olması)

2.Sosyal, akademik, mesleki fonksiyonların bireyin ‘sağlıklı yeme takıntısı’ nedeniyle hasar görmesi”

C Kriteri: Bu rahatsızlık durumu sadece obsesif kompulsif hastalık, şizofreni ve diğer psikiyatrik hastalıkların semptomlarını kötüleştirmemektedir.

D Kriteri: Davranışın tanımlanmasında sadece ortodoks inanışların aşırı şekilde yerine getirilmesiyle ya da tıbbi durumlarda gerekli diyet, tanı konmuş besin alerjisi için duyulan endişeler yeterli değildir.

Dunn ve Bratman (2016) tarafından oluşturulan tanı ölçütleri şunlardır:

1. Diyet uygulamalarına yönelik obsesif odaklanma, optimum sağlık (sağlıklı beslenme) -Esnek olmayan beslenme kuralları, yinelenen ve devam eden gıda ile meşgul olanlar, zorlayıcı davranışlar
2. Sonuç olarak ortaya çıkan klinik olarak önemli bozulma- Örneğin, tıbbi komplikasyonlar, önemli rahatsızlıklar ve / veya önemli işlev alanlarında bozulma”

Farklı araştırmacılar tarafından aşağıdaki tanı ölçütleri belirlenmiştir:

- 1.Günde en az 3 saatten fazla bir zamanda, sağlıklı yeme ile ilgili düşünmek, alışveriş yapmak ve sağlıklı yemekler hazırlamak
- 2.Sağlıklı besinlerle beslenmenin diğer beslenme alışkanlıklarına göre daha üstün olduğunu düşünmek
- 3.Sağlıklı olduğunu düşündüğü bir diyeti takip etmek ve bunu ihmal ettiğinde telafi etmek için kısıtlayıcı davranmak
- 4.Diyete göre bir benlik algısı geliştirme (diyeti ihmal ettiğinde suçluluk duyma ve kendinden nefret etme)
- 5.Önceden zevk aldığı, haz duyduğu şeylerin yerini sağlıklı beslenmenin alması (Gleaves 2013).

2.9.4.Ortoreksiya Nervozanın Tedavisi

Ortorektikler “Ya Hep Ya Hiç” düşünce biçimi ile mücadele etmek için profesyonel yardıma gereksinim duyabilmektedirler. Normal beslenmeye geçmeyi taahhüt

edebilmektedirler. Miller, Bratman'ın spontan yemek yeme önerisiyle hemfikirdir. "Spontan beslenme", istenildiği zaman istenildiğini yemektir ve o besini sadece kişiye iyi geleceği için tüketmek anlamına gelmemektedir (Dalmaz, 2014).

Miller, "Eğlenceli beslenme deneyimleri"ne de sahip olunması gerektiğini belirtmektedir. Çocuklar içgüdülerine ve gereksinimlerine göre yemek yedikleri için Miller, "çocuklar gibi beslenmeyi" önermektedir. Onların tipik olarak acıktıklarında yemek yedikleri, tamamen canlarının istediği besinleri seçtikleri ve doyduklarında da durmayı bildiklerini belirtmektedir.

Ortorektik yeme davranışı, sezgilere karşıt bir davranış biçimidir. Ortorektikler, besinlerini, tadını beğendikleri besinleri içeren veya içermeyebilen, reçete edilmiş diyet planına göre seçmekte, konuştukları konular ise memnuniyetten yoksun konular olabilmektedir. Onlara göre, yiyecek planlama, hazırlama ve tüketme zor ya da zevksiz bir iş haline gelebilmektedir. Miller, besinlerle ilgili algılamaları değiştirmek ve besin seçimlerindeki katılığı kaybetmeye yardımcı olmak düşüncesindedir.

İrrasyonel düşünceleri yok etmek, hem eğitici açısından hem de ortoreksiyalı açısından çok zor bir eylemdir ve zaman istemekte, öğrenildiği zaman da rahatlatıcı bir özgürlük hissi gelişecektir. Bu nedenle yaşamın temel gereksinimlerinden olan beslenme eğitiminin erken yaşlarda, özellikle okul öncesi dönemde alınması, bireyin yaşam boyu sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Sonraki hedef, "sezgisel beslenme"yi (normal beslenme) geliştirmede önemli olan bilinç-beden arasındaki bağlantı üzerinde çalışmaktır (Özkahya, 2015).

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

Bununla birlikte, belirli hastaları ilaçla tedavi etmenin bazı zorlukları da bulunmaktadır. Eğer kişi saf veya doğal diyet tüketme obsesyonuna sahipse, ilaç almayı reddedecektir. Kater'a göre diğer yeme bozukluğuna sahip hastalardan farklı

olarak ortorektiklerin, sađlıklarına dűşkűnlűkleri nedeniyle, ilaē tedavisine daha ılımlı bakacakları gűrűşűndedir.

Ortoreksiya tedavisi doktor, psikoterapist ve diyetisyenler de dahil olmak üzere multidisipliner bir ekip gerektirmektedir. Bazı durumlarda ortorektik kiűilerin tedavisinde seēici serotonin geri alım inhibitűrleri ile biliűsel davranıűçı terapi yűntemi uygulanabilir. Hastaların yakın ēevreleri ile birlikte ēalıűmak ve beslenme teűvik eēitimleri, soruna nihai ēűzűm elde etmek iēin gerekli bileűenlerdir (Dalmaz, 2014).

Psikiyatrik aēıdan deēerlendirildiēinde ise obsesif kompulsif bozukluk olarak tanımlayabileceēimiz ortoreksiya nevroza hastalarını biliűsel davranıűçı terapi ile tedavi etmenin műmkűn olabileceēi belirtilmektedir (Ergin,2014).

2.9.5.Suēluluk Duygusu ve Tedavisi

Ortorektikler, besinleri “iyi-saēlıklđ” veya “kűtű-saēlıksız” olarak sınıflamaktadırlar. Kendilerine verdikleri deēer, tűkettikleri besinlere baēlılık gűstermektedir ve zaman zaman kendi katđ kurallarının dđűına ēıkabilmektedirler. Ancak bu tarz durumlarda suēluluk duygusu baű gűstermektedir. Eēer o gűn saēlıklđ besinler tűkettiyse kendilerini iyi, biraz gűz yumup saēlıksız besinler tűkettiler ise de kendilerini kűtű hissetmektedirler. Bu dűűűnce tarzına gűre hiēbir besin ortalarda seyretmemektedir (Ergin, 2014).

Canella ve Donini (2005)’nin yaptıkları ēalıűmada da ortorektik olgular, yiyeceklerle ilgili spesifik karakterler gűstermiűler, ancak duygu durumu deēiűiklikleri veya aűırılıklar gűzlendiēinde (sinirli, heyecanlı, mutlu veya suēlu olmak) yemek yemeēe karűı konulamayan gűclű bir istek sergilemiűlerdir.

İnsanların ēoēu gűnlűk beslenme dűzenlerinin dđűına ēıktıklarında ve/veya o gűnlűk diyetlerinde aűırılıklar gűzlemlediklerinde kendilerini kűtű hissetmekte, ancak bunun űstesinden hemen gelmektedirler. Aksine, ortorektiklerin suēluluk duyguları ēok abartılıdır ve kendilerinden iērenme ile sonuē bulabilmektedir. Sezgileri bir kenara bırakıp “doēru” besinleri yemek iēin bu kadar bűyűk bir enerji sarf etmek, memnuniyetsiz ve sade beslenmeyle sonuē verebilmektedir. Ortorektikler nasıl doēal

beslenildiğini öğrenemeyebilirler ve bir şeyleri bozup sonradan da utanmaya mahkûm olabilmektedirler.

Ortorektikler, beslenmeleriyle ilgili bir hata yaptıkları kanısına vardıklarında kaçırdıkları, yememeleri gereken ve kötü-sağlıksız olarak nitelendirdikleri besini telafi etme gereği duyabilirler. “Kötü” besinleri yemek, otokontrolü sağlayamamış olmak ve isteklilik gücünde azalma olarak algılanmaktadır. Ortorektikler, disiplinleri bozulduğu zaman telafi etmek için besinlerde daha fazla kısıtlamaya gidebilmektedirler. Kendini cezalandırmak için arınmakta ve/veya aşırı egzersiz yapabilmektedirler. Kuvvetli bir enerjinin olması isteği için çözüm, onlara göre daha fazla enerji ve dikkat sarf etmektir. Her gün doğru beslenmek ve “iyi hissetmek” için yeni bir gündür. Eğer bir ortoreksiya nervozalı mükemmel beslenmek için bu kadar zaman harcayabiliyorsa, geriye yaşamın iyi taraflarından faydalanmak için pek zaman kalmamaktadır (Bratman, 2009).

İyileşen ortoreksiya nervozalılar, AN’li ve BN’lilerde olduğu gibi kendi beslenme tarzlarından sıyrılıp gerçekçi “normal” beslenmeye geçtiklerinde ciddi suçluluk duygusu geliştirmektedirler. Miller (2005), zaman, sabır ve kendine dönük olumlu konuşmanın suçluluk duygusunu azaltmada anahtar etmen olduğunu önermektedir. ON’lilerde; “iyi besinler” (spektrumun bir ucu) ve “kötü besinler”i (spektrumun diğer ucu) tanımlamak ve “orta kademe”de yer alan besinleri algılamalarına yardım etme şeklinde bir strateji kullanılmaktadır. Ortorektikler, anorektiklerde olduğu gibi belirli besinlerden korktukları için değişiklik geliştirmek kolay olmamaktadır (Ergin, 2014).

2.10. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Yeme Bozuklukları ile İlişkisi

Obsesif kompulsif bozukluk obsesyon ve kompulsiyonlarla kendini gösteren bir kaygı bozukluğudur. Kimi zaman irade gücüne bağlı olmadan gelip, bastırılmayan bir iç sıkıntısına yol açan, zihni başka düşüncelere ya da eylemlere çevirerek giderilmek istenen, ısrarla tekrar tekrar kendini gösteren düşünceler, dürtüler ve

hayaller genel olarak “obsesyon” olarak tanımlanır. Öte yandan, kişinin obsesyona bir tepki olarak ve endişesini hafifletmek amacıyla tekrar tekrar yapmaktan kendini alıkoyamadığı, davranışlar veya zihinsel eylemler kompulsiyon olarak tanımlanmaktadır (Dalmaz, 2014).

Türkiye’de obsesif kompulsif bozukluk ve yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla Çelikel, Bingöl ve Yıldırım obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan ve almayan hastalarla sağlıklı başka bir grubu karşılaştırmış ve sonuç olarak obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların, tanı almayan hastalara göre daha fazla yeme bozukluğuna sahip oldukları sonucu bulunmuştur (Çam Çelikel 2009).

Milos ve arkadaşları, obsesif kompulsif bozukluk ile yeme bozukluklarının hastalık ilişkisi gösterdiği sonucunu bulmuş ve obsesif kompulsif bozukluk hastalık ilişkisiyle yeme bozukluklarının süresi arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Sonuçta tüm katılımcılar %29.5 oranında obsesif kompulsif bozukluk prevalansı göstermiş, anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza hastalıkları arasında obsesif kompulsif bozukluk prevalansı açısından farklılık bulunmamıştır. Yapılan bu çalışma sonuçlarına göre de daha önce yapılan araştırmaların sonuçlarında görüldüğü gibi yeme bozukluğu ile obsesif kompulsif bozukluk arasında yüksek oranda bir ilişki bulunmuştur (Yıldırım 2018).

DSM-5’e göre OKB Tanı Kriterleri (DSM-V 2013):

A. Obsesyonlar, kompulsiyonlar ya da her ikisinin birlikte varlığı: Obsesyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır:

- 1) Bu bozukluk sırasında kimi zaman zorla ve istenmeden gelen ve çoğu kişide anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler.
- 2) Kişi bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle etkisizleştirmeye çalışır.

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

- 1) Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulaması gereken kurallara göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn. el

yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örn. dua etme, sayı sayma, bir takım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma)

2) Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.

B. Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde 1 saatten daha fazla zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.

C. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavide kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

D. Başka bir eksen 1 bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örn. bir yeme bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma; vücut dismorfik bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir madde kullanım bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; hipokondriyazisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma; bir parafilinin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma ya da majör depresif bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geniş getirircesine düşünme).

Varsa belirtiniz:

İç görüşü iyi: Kişi inanışlarının gerçek olmadığını farkındadır.

İç görüşü kötü: Kişi inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

İç görüşü yok/sanırsal inanışlar: Kişi inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

Varsa belirtiniz: Tikle ilişkili: Kişinin o sırada ya da geçmişte bir tik bozukluğu öyküsü vardır.

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

2.11.Ortoreksiya Nevroza ile İlgili Yapılmış Çalışmalar

Arusoğlu (2008), ORTO-11'in Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında, erkeklerin kadınlardan daha düşük ortorektik eğilim gösterdiklerini ve eğitim düzeyi arttıkça ortorektik davranışların azaldığını gözlemlemişlerdir. Araştırma bulgularına göre, yeme tutumu bozuk ve obsesif kompulsif belirtileri fazla olan bireylerde BKİ (Beden Kitle İndeksi) yükseldikçe ortorektik eğilimlerin arttığı saptanmıştır.

Fidan ve diğerleri (2010), Türkiye'deki tıp öğrencileri arasında ortoreksiya nervozanın yaygınlığını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, tıp öğrencileri arasında ortoreksiya nervozanın yaygınlığının yüksek olduğu (%43.6), yaygınlığın erkek öğrencilerde kız öğrencilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. 818 tıp fakültesi öğrencisi üzerinde yapılan çalışmaya göre öğrencilerin %1.9'u ORTO-11 testinden düşük puan almışlardır. Bu sonuca göre ORTO-11 testinden düşük puan alan öğrencilerin, daha yüksek ortorektik eğilimler gösterebilecekleri ifade edilebilir. Yapılan çalışmada, ORTO-11 testinden yüksek puan alan öğrencilerin yarısından biraz fazlası erkek olduğu, büyük çoğunluğunun normal BKİ değerlerinde bulunduğu ve sigara kullanmadığı bulunmuştur.

Gezer ve Kabaran (2013), üniversitedeki kız öğrencilerde ortoreksiyayı araştırdıkları çalışmada, yeme davranışının bozulmasıyla ortoreksiya ve OKB arasındaki riskin

azaldığını saptamıştır($p<0.05$). Ayrıca ortoreksiya nervoza riskindeki artışın, obsesif kompulsif davranış riskindeki artış ve yeme davranış bozukluğu riskindeki azalış ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır($p<0.01$).

Dell'Osso ve diğerleri (2016), Pisa Üniversitesi'ne (İtalya) ait 2130 öğrenci ve 696 üniversite çalışanı değerlendirilmiştir. Ortorektik özelliklerin sıklığı% 32.7 saptanmıştır. Kadınlar, daha düşük bir BMI olan ORTO-15'te anlamlı olarak daha yüksek eşik üstü puan oranı göstermiştir. Düşük kilolu durum ve vegan / vejetaryen beslenme tarzı oranı kadınlarda erkeklerden daha yüksektir.

Duran (2016), çalışmada öğrencilerin yeme bozuklukları puan ortalaması 18.43 ± 10.56 , ortorektik belirti puan ortalaması 26.95 ± 5.11 genel OKB belirti puan ortalaması 14.7 ± 6.2 olarak saptanmıştır. Kilo alma/verme için herhangi bir yöntem uygulayan bireylerin yeme tutum testi ($p=.027$) ve ortoreksiya testi puan ortalamaları($p=.001$) kilo alma/verme için herhangi bir yöntem uygulamayanlara göre daha yüksektir. Ayrıca kilo alma/verme için herhangi bir yöntem uygulayan bireylerin obsesyon puanları da kilo alma/verme için herhangi bir yöntem uygulamayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha yüksek çıkmıştır ($p=.000$). Öğrencilerin yeme tutumunda bozulma arttıkça ortorektik belirti düzeyinde de bir artış olacağı saptanmıştır($r = -.238, p=0.000$). Öğrencilerin YTT-40 puanları ile OKB puanları ($r =.241, p=0.000$) arasında pozitif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmaktadır. Buna göre yeme bozukluğu tutumunda bozulma arttıkça obsesif belirti düzeyinde de bir artış olacağı söylenebilir.

Ermumcu (2016), Kadın sağlık profesyonellerinin %75.8'i ORTO-15 testinden 40 puanın altında almıştır. Meslek gruplarına göre doktor, diyetisyen, hemşire, ebe, fizyoterapist ve sağlık memurlarında ortorektik eğilim gözlenmiş, özellikle hemşire ve ebelerde ortoreksiya eğiliminin daha fazla olduğu belirlenmiştir Ortorektiklerde "sağlıklı yiyecekler seçme" ve bu beslenme şeklinin "dış görünüşle ilişkilendirilmesi" gibi obsesyonel kaygılar önemli düzeyde sık görülmüştür. Sağlık profesyonellerinin ortoreksiya eğilimi yüksek bulunmuştur. Önceki çalışmalarda belirtilen risk grupları dışında, bu çalışmada hemşire ve ebelerin de ortoreksiya risk grubunda olduğu saptanmıştır.

Çulhacık ve Durat (2017), çalışmaya katılanların %56.1'i kadın,%43.9'u erkek ve kadınların yaş ortalaması 33.12 ± 13.53 , erkeklerin yaş ortalaması 31.45 ± 13.12

bulunmuştur. Erkeklerin kadınlara göre istatistiksel olarak daha ortorektik eğilim gösterdikleri saptanmıştır. Çalışmamızda erkeklerin olmak istedikleri ideal kilo ile ORTO-15 puanları arasında negatif yönde zayıf ilişki bulunmuştur. Kadınlarda ve erkeklerde ORTO-15 ile YTT puanları arasında negatif yönde zayıf ilişki bulunmaktadır. Kadınlara arasında ORTO-15 testi ile MOKSL puanları karşılaştırıldığında; ORTO-15 ile MOKSL kuşku alt boyutu arasında negatif yönde zayıf ilişki bulunmaktadır.

Yeşil ve diğerleri (2018), medeni durum, eğitim düzeyi ve sahip olunan meslek ile cinsiyet arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Araştırmaya katılan kadınların ORTO-11 puan ortalaması $26,3\pm 3,61$; erkeklerin ise $26,9\pm 3,85$ olarak saptanmıştır. Kadınların %71,4'ü, erkelerin ise %28,6'sının ORTO-11 puanı 24'ün altındadır. Puan grupları ile cinsiyet arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). ORTO-11 ile BKİ ve yaş arasında negatif; öğün sayısı ile pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır ($p>0,05$).

BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Evren ve Örneklem

Araştırma, tarama modelinin kullanıldığı ilişki arayan, tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır.

Çalışma, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulunun 180125/106 proje nolu, 26.06.2018 tarihli onayı ve 52777206-431.05.03 sayılı Muğla Sıtkı Koçman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınan izinle 26.08.2018-26.12.2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Muğla Sıtkı Koçman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde (MSKÜEAH) çalışan doktor, hemşire, ebe, sağlık memuru ve sağlık teknikeri-teknisyenlerinin toplam sayısı olan 915 kişi çalışmanın evrenini oluşturmuştur ve bu evrenden örneklem büyüklüğünün hesaplanması için NCSS-PASS 2008 kullanılmıştır. Power analizi %80 duyarlılıkla hesaplanmış ve buna göre örneklem sayısı 183 olarak belirlenmiştir. Örneklemde 183 kişiden oluşmuştur.

3.2.Veri toplama şekli

Muğla Sıtkı Koçman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde (MSKÜEAH) çalışan bu sağlık personellerinden herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden, yaşları 20-65 arasında olan sağlık personelleri ile yürütülmüştür. Araştırmaya katılmayı kabul eden sağlık profesyonellerine çalışma hakkında bilgi verilerek yazılı aydınlatılmış onam alınmıştır.

Araştırmacılar katılımcıların beden kitle indeksini (BKİ) teyit edip hesapladıktan sonra anket formları yüz yüze görüşme tekniği uygulanarak uygulanmıştır.

3.3.Çalışmanın Sınırlılıkları

1. Bu araştırma, Muğla Sıtkı Koçman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan sağlık Profesyonelleri ile yapılmıştır.
2. Araştırma, konuya dair anketleri içermektedir.
3. Sağlık profesyonellerinin ortoreksiya nervoza olma durumlarının tespiti, yaş, cinsiyet, BKİ, kronik hastalıklar, yaşadıkları yer gibi değişkenlerle sınırlıdır.

3.4.Problemler

Çalışmada aşağıdaki sorulara cevap bulmak hedeflenmektedir;

- 1.Sağlık profesyonellerinin ortorektik eğilim oranı ne düzeydedir?
2. Sağlık profesyonellerinde obsesif kompulsif belirtiler görülme sıklığı nasıldır?
3. Sağlık profesyonellerinin yaşı, ortoreksiya nervoza üzerinde etkili midir?
4. Sağlık profesyonellerinin cinsiyeti, ortoreksiya nervoza nasıl etkiler?
5. Sağlık profesyonellerinin çalıştıkları birim, ortoreksiya nervoza üzerinde fark oluşturmakta mıdır?
6. Sağlık profesyonellerinin medeni durumu, ortoreksiya nervoza eğilimini ne şekilde etkiler?
7. Sağlık profesyonellerinde çocuk sahibi olma, ortoreksiya nervoza yönelik beslenmeye ne şekilde yansır?
8. Sağlık profesyonellerinde süregelen hastalık varlığı, sağlıklı beslenmeye teşvik eder mi?
9. Sağlık profesyonellerinin beslenme bilgisine erişim kaynakları, ortoreksiya nervozaya zemin hazırlar mı?
10. Sağlık profesyonellerinin ortoreksiya nervoza eğilimi ile obsesif kompulsif belirtiler arasında pozitif yönde ilişki var mıdır?

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-1)

Araştırmaya katılan sağlık personellerinin tanıtıcı özellik formunda yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, boy, kilo, beden kitle indeksi, çalışılan birim, eğitim durumu yer almaktadır.

3.4.2. Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri (Maudsley Obsessive Compulsive Inventory –MOCI-) (Ek-2)

Obsesif-kompulsif belirtilerin seviyesini ölçmek amacıyla oluşturulmuştur. Ölçek 37 maddeden oluşmaktadır. Maddeler doğru(1 puan) ve yanlış(0 puan) şeklinde gruplanmıştır. Sadece 11. madde ters puan olarak hesaplanmaktadır. Geçerlik ve güvenilirlik çalışması Erol ve Savaşır tarafından yapılmıştır. Ölçeğin alt boyutları, temizlik, obsesif ve kontrol etme-yavaşlık olmak üzere ayrılmıştır. Bunlar “temizlik-titizlik”, “obsesif düşünce”, “kontrol etme” ve “yavaşlık” faktörleridir. Bu faktörler için alfa katsayıları sırasıyla 0.61, 0.66 ve 0.65`tir. Alt boyut puan toplamları en fazla; obsesyon için 37, kontrol etme-yavaşlık için 16, temizlik için 11`dir. 11puan ve altı alınırsa OKB tanısı ihtimali düşük, 13-17 arası puan alınırsa OKB açısından tanı alma ihtimali var, 18 puan ve üzeri alırsa OKB tanısı alma ihtimali çok yüksek anlamına gelir.

“Kontrol etme ve yavaşlık ile ilgili maddeler : 2,4, 6, 8, 14, 15,16, 20, 22,23,25, 26, ,28,29”

“Temizlik ile ilgili maddeler: 1, 4, 5, 9, 13, 17, 19, 21, 24, 26, 27”

“Obsesif ile ilgili maddeler: 2, 3, 7, 8, 10, 11, 12, 18, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36 ve 37.maddeler)

3.4.3. Sağlıklı Yeme Takıntısı Testi (Orto-15) (Ek-3)

ORTO-15 ölçeği, Steven Bratman tarafından bireylerde ortoreksiya nervoza belirtilerini saptamak amacıyla geliştirilmiştir. Son halini ORTO-15 ölçeği olarak Donini tarafından Bratman`ın kısa soru kağıdı uyarlanarak almıştır. İlk olarak İtalya`da Latinler için geliştirilmiş ve ortoreksiya nervoza eğilimini değerlendirmek için düzenlenmiş 15 maddelik kendini değerlendirme ölçeğidir.

ORTO-15 ölçeği, 15 maddeden oluşan 4'lü likert tipi bir ölçektir. Maddeler "bilişsel-rasyonel alanı (1, 5, 6, 11, 12,14)", bazıları "klinik alanı (3, 7, 8, 9, 15)", diğer kısımları da "duygusal alanı (2, 4, 10, 13)" tanımlamaktadır. "Her zaman", "sık sık", "bazen" ve "hiçbir zaman" seçeneklerinden biri işaretlenmektedir.

3.4.4. Beden Kitle İndeksi (BKİ)

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

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

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

BKİ Değerleri Sınıflandırma

| | |
|--------------|--------------|
| 18.5 altı | Zayıf |
| 18.5-24.9 | Normal |
| 25.0-29.9 | Hafif Şişman |
| 30.0 ve üstü | Şişman |

Beden Kitle İndeksi 18.5 altında olan bireyler, zayıflamalarına neden olan herhangi bir sağlık problemleri yoksa besin tüketimlerini artırarak uygun sağlığa ulaşılmalıdır. Beden Kitle İndeksi 25.0 ve üzerinde olanlar ise normal değerlere diyet ve egzersiz yardımı ile inebilirler (Aksoydan, 2008). Çalışmaya katılanların BKİ'sini hesaplamak için bu ölçüm kullanılmıştır.

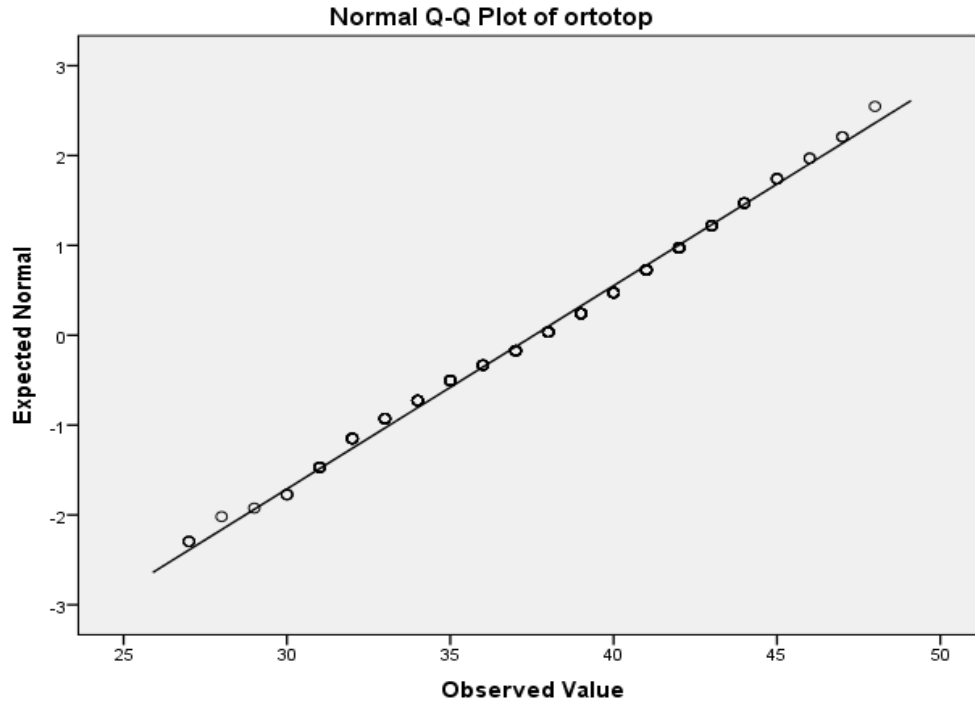
3.6.Verilerin Değerlendirilmesi

Anket formundan elde edilen veriler, SPSS 22.0 (The Statistical Pack age for The Social Sciences) programında değerlendirilmiştir.

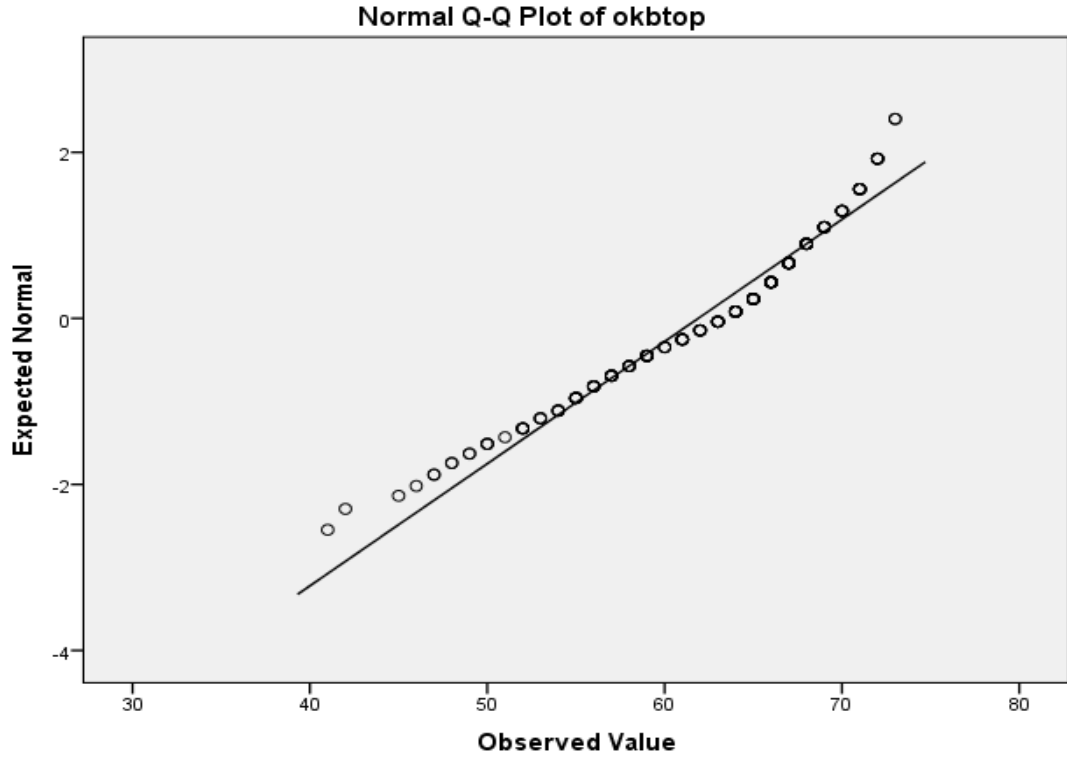
Çalışma verileri, normal dağılım gösteren ikili grup ortalamaları arasındaki farklılığın saptanmasında One Sample T-Testi, çoklu grup ortalamaları arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için One Way ANOVA Testi(tek-yönlü varyans analizi) kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen verilerin analizinde ikili karşılaştırmada Mann Whitney U Testi, çoklu karşılaştırmalarda Kruskall Wallis Testi kullanılarak analiz yapılmıştır.

Analizlerin tanımlayıcı ölçütlerinde frekans ve yüzde, yaygınlık ölçütü olarak standart sapma ve en küçük-en büyük değer kullanılmıştır. Grup ortalamaları arasında frekans farklılıkları olduğunda, farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu saptamak amacıyla PostHoc analiz yöntemi olarak Tukey HSD testi kullanılmıştır. Obsesif kompulsif bozukluk ve ortoreksiya nervoza değişkenleri arasındaki ilişki Pearson korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Analizlerde $p<0.05$ değeri ve $p<0.01$ en düşük istatistiksel anlamlılık düzeyleri olarak seçilmiştir.

Grafik 1: ORTO-15 Normallik Testi



ORTO-15 ölçeğinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için normallik testi uygulanmış ve ORTO-15 testinin normal dağılım gösterdiği tespit edilmiştir. Şekilde görüldüğü üzere normal dağılım gösterdiği için parametrik testler uygulanacağı tespit edilmiştir.

Grafik 2:MOKSL Normal Testi

MOKSL ölçeğinin normal dağılım gösterip göstermediğine dair yapılan analiz sonucunda normal dağılım göstermediği saptanmış ve OKB'ye dair değerlendirmede non-parametrik testlerin kullanılacağı belirlenmiştir.

BÖLÜM IV

BULGULAR

Bu araştırma, sağlık personellerinin ortoreksiya nevroza eğilimleri ve obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkinin saptanması amacıyla 183 kişi ile yapılmıştır. Araştırmada elde edilen bulgular, aşağıda verilen başlıklar altında tablolarla gösterilmiştir.

4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Bulguların Dağılımı

4.2. BKİ Hesaplama Tablosu

4.3. ORTO-15 Ölçeği ve Cinsiyet Arasındaki Toplam Puan Dağılımı

4.4. ORTO-15 Ölçeği ve Tanıtıcı Özellikler Arasındaki Puan Dağılımı

4.5. ORTO-15 ve Yaş Değişkeni Arasındaki Puan Dağılımı

4.6. ORTO-15 Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

4.7. ORTO-15 Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki Puan Dağılımı

4.8. MOKSL Toplamı ve Tanıtıcı Özellikler Arasındaki Puan Dağılımı

4.9. MOKSL ile Tanıtıcı Özellikler Arasındaki Puan Dağılımı

4.10. Maudsley OKB Soru Listesi Alt Boyutları Arasındaki İlişki

4.11. Maudsley OKB Soru Listesi Alt Boyutları Arasındaki Toplam Puan Dağılımı

4.12. ORTO-15 Ölçeği ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi(MOKSL)

Arasındaki İlişki

Tablo 1: Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı (N=183)

| | N | % |
|------------------------|-----|------|
| Yaş | | |
| 20-30 | 44 | 23.9 |
| 31-40 | 65 | 35.3 |
| 41-50 | 61 | 33.2 |
| 51 ve üzeri | 13 | 7.1 |
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 129 | 70.1 |
| Erkek | 54 | 29.3 |
| Medeni Durum | | |
| Evli | 143 | 77.7 |
| Bekar | 40 | 21.7 |
| Çocuk Sayısı | | |
| Yok | 60 | 32.6 |
| 1 çocuk | 37 | 20.1 |
| 2 çocuk | 77 | 41.8 |
| 3 çocuk | 8 | 4.3 |
| 4 çocuk | 1 | 0.5 |
| Eğitim Süresi | | |
| Lise | 3 | 1.6 |
| Önlisans | 47 | 25.5 |
| Lisans | 71 | 38.6 |
| Yüksek lisans | 14 | 7.6 |
| Doktora | 48 | 26.1 |
| Meslek | | |
| Doktor | 46 | 25.0 |
| Hemşire | 88 | 47.8 |
| Ebe | 22 | 12.0 |
| Sağlık memuru | 10 | 5.4 |
| Sağlık teknisyeni | 17 | 9.2 |
| Çalışılan Birim | | |
| Cerrahi Birim | 91 | 49.5 |
| Dahili Birim | 51 | 27.7 |
| Acil Servis | 19 | 10.3 |
| Ameliyathane | 22 | 12.0 |

| Tablo 1'in devamı | n | % |
|--|----------|----------|
| Boy(cm) | | |
| 150-160 | 55 | 29.9 |
| 161-170 | 76 | 41.3 |
| 171-180 | 36 | 19.6 |
| 181-190 | 14 | 7.6 |
| 191-200 | 2 | 1.1 |
| Kilo(kg) | | |
| 45-50 | 13 | 7.1 |
| 51-60 | 33 | 17.9 |
| 61-70 | 49 | 26.6 |
| 71-80 | 47 | 25.5 |
| 81-90 | 22 | 12.0 |
| 91-100 | 10 | 5.4 |
| 101-110 | 5 | 2.7 |
| 111-120 | 2 | 1.1 |
| 121 ve üzeri | 2 | 1.1 |
| Olmak istenilen kilo(kg) | | |
| 45-49 | 8 | 4.3 |
| 50-54 | 29 | 15.8 |
| 55-59 | 39 | 21.2 |
| 60-64 | 33 | 17.9 |
| 65-69 | 18 | 9.8 |
| 70-74 | 19 | 10.3 |
| 75-79 | 12 | 6.5 |
| 80-84 | 13 | 7.1 |
| 85-89 | 8 | 4.3 |
| 90-94 | 2 | 1.1 |
| 95-99 | 2 | 1.1 |
| Teşhis konmuş hastalığınız var mı? | | |
| Evet | 72 | 39.1 |
| Hayır | 111 | 60.3 |
| Düzenli ilaç alıyor musunuz? | | |
| Evet | 55 | 29.9 |
| Hayır | 128 | 69.6 |
| Sürekli uyguladığınız diyet var mı? | | |
| Evet | 14 | 7.6 |
| Hayır | 169 | 91.8 |

| Tablo 1'in devamı | n | % |
|--|----------|----------|
| Vitamin desteği alıyor musun? | | |
| Evet | 16 | 8.7 |
| Hayır | 104 | 56.5 |
| Bazen | 63 | 34.2 |
| Beslenme Bilgisine Erişim Kaynakları | | |
| Kitle iletişim araçları | 126 | 68.5 |
| Kitap ve bilimsel yayın | 105 | 57.1 |
| Diyetisyen | 55 | 29.9 |
| Doktor | 56 | 30.4 |
| Sağlık kulübü | 19 | 10.3 |
| Çevre | 79 | 42.9 |
| Doğru Beslenme Bilgisine Erişimde Davranış Değişimi | | |
| Her zaman | 23 | 12.5 |
| Sık sık | 54 | 29.3 |
| Nadiren | 96 | 52.2 |
| Hiçbir zaman | 10 | 5.4 |

Çalışmaya katılan sağlık personelinin tanıtıcı özelliklerine yönelik bulgular Tablo 1'de verilmiştir. Bu tabloya göre katılımcıların %35.3'ü 31-40 yaş grubunda, %70.1'inin kadın (129), %77.7'si evli (143), ve 41.8'inin iki çocuğa sahip olduğu bulunmuştur. Çalışmaya katılan sağlık personellerinin %38.6'sı lisans mezunu (71), %25.5'i ön lisans mezunu, %47.8'inin hemşire (88) ve %25'inin doktor, %49.5'inin cerrahi birimde çalıştığı (91) ve %27.7'sinin (51) ise dahili birimlerde görev aldığı saptanmıştır. Tabloya göre katılımcılardan 41.3'ünün kişinin boyu 161-170cm uzunluğunda olup, %26.6'sının kilosu 61-70kg (49) olduğu bulunmuştur. Olmak istenen kiloya baktığımızda %21.2'sinin 54-59kg (39) arasında olmak istediği, %39.1'inin (72) teşhis konmuş hastalığı olduğu, %29.9'unun düzenli olarak ilaç aldığı, %7.6'sının (14) sürekli diyet uyguladığı ve %8.7'sinin (16) vitamin desteği aldığı tespit edilmiştir. Katılımcıların %68.5'i kitle iletişim araçları, %57.1'inin kitap ve bilimsel yayınları ile beslenme bilgisine erişim sağladığı, %5.4'ü hiçbir zaman, %52.2'si nadiren, %12.5 'i (23) ise her zaman doğru beslenme bilgisine eriştiklerinde davranış değişikliği olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2: BKİ Hesaplama Tablosu

| BKİ | N | % |
|---------------|----|------|
| Düşük kilolu | 6 | 3.3 |
| Normal kilolu | 83 | 45.1 |
| Fazla kilolu | 68 | 37.0 |
| Obez | 26 | 14.1 |

Katılımcıların %45.1'i normal kilolu(83), % 37'sinin fazla kilolu(68) ve %14.1'inin obez olarak bulunmuştur.

Tablo 3: ORTO-15 Ölçeği ve Cinsiyet Arasındaki Toplam Puan Dağılımı

| ORTO-15 | | | | | |
|---|-----|------|------------|------|----------------------|
| N=183 %=100 X±SD=37.56±4.42 P<0.05 | | | | | |
| | N | % | X±SD | P | Anlamlılık düzeyi(p) |
| Cinsiyet | | | | | |
| Kadın | 129 | 70.1 | 37.18±4.36 | .000 | |
| Erkek | 54 | 29.3 | 38.48±4.45 | .000 | P<0.05 |

*one sample t-testi uygulanmıştır.

ORTO-15 ölçeği genel puan ortalaması 37.56±4.42, kadın katılımcılarda 37.18±4.36 ve erkek katılımcılarda ise 38.48±4.45 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4: ORTO-15 Ölçeği ve Tanıtıcı Özellikler Arasındaki Puan Dağılımı

| ORTO-15 | | | | |
|----------------------------------|----------|-------------|----------|--------------------------|
| N=183 | | | | |
| X±SD=37.56±4.42 P<0.05 | | | | |
| | N | X±SD | P | Anlamlılık düzeyi |
| Cinsiyet | 183 | 1.30±0.457 | .000 | P<0.05 |
| Teşhis edilen hastalık | 183 | 1.61±0.49 | .000 | |
| Düzenli ilaç alımı | 183 | 1.70±0.46 | .000 | |
| Sürekli diyet | 183 | 1.92±0.267 | .000 | |

*One sample t-Testi uygulanmıştır.

Tanıtıcı özellikler ile ORTO-15 Ölçek toplamı arasındaki ilişkiye dair bulgular Tablo 4'te yer almıştır. Buna göre cinsiyet toplam puan ortalaması 1.30±0.457, sürekli diyet uygulamanın ortalaması 1.92±0.267 olarak saptanmıştır (p<0.05).

Tablo 5: ORTO-15 ve Yaş Değişkeni Arasındaki Puan Dağılımı

| | N | X | SD. | Anlamlılık düzeyi(p<0.05) |
|-------------|----------|----------|------------|-------------------------------------|
| Yaş | | | | |
| 20-30 yaş | 44 | 37.86 | 4.391 | F=4.046 |
| 31-40 yaş | 65 | 38.43 | 3.972 | P=0.004 |
| 41-50 yaş | 61 | 36.57 | 4.402 | |
| 51 ve üzeri | 13 | 36.85 | 6.012 | |

*one way anova testi kullanılmıştır.

Yaş ve ORTO-15 ölçeği karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı sonuç ortaya çıkmıştır($p<0.05$). HSD Tukey testi yapılarak farkın 31-40 ve 51-üzeri yaş gruplarından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Tablo 6: ORTO-15 Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki (N=183)

| | Orto-15 | Kognitif | Klinik | Duygusal | Anlamlılık Düzeyi |
|--------------------|---------|----------|--------|----------|----------------------|
| Orto-15 | 1 | .636** | .710** | .820** | |
| Pearson | | | | | |
| korelasyonu | | | | | |
| Sig. | | .000 | .000 | .000 | |
| Kognitif | .636** | 1 | .095 | .306** | p<0.01 |
| Pearson | | | | | |
| korelasyonu | | | | | |
| Sig. | .000 | | .200 | .000 | |
| Klinik | .710** | .095 | 1 | .445** | |
| Pearson | | | | | |
| korelasyonu | | | | | |
| Sig. | .000 | .200 | | .000 | |
| Duygusal | .820** | .306** | .445** | 1 | |
| Pearson | | | | | |
| korelasyonu | | | | | |
| Sig. | .000 | .000 | .000 | | |

*Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır.

ORTO-15 ölçeği ve alt boyutları olan kognitif alan, klinik alan ve duygusal alan arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.01$).

Tablo 7: ORTO-15 Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki Puan Dağılımı (N=183)

| | X±SD | Min. | Max. | P | Anlamlılık Düzeyi |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|----------|--------------------------|
| Orto-15 | 37.56±4.42 | 27.0 | 48.0 | .000 | |
| Kognitif | 13.39±1.96 | 9.0 | 18.0 | .000 | p<0.01 |
| Klinik | 14.83±2.0 | 10.0 | 19.0 | .000 | |
| Duygusal | 9.33±2.13 | 5.00 | 14.0 | .000 | |

Ortoreksiya Nevroza eğilimini ölçmek için kullandığımız ORTO-15 ölçeğinin analizi sonucunda alt boyutlardan kognitif alt boyut 13.39±1.96, klinik alt boyut 14.83±2.0 ve duygusal alt boyut 9.33±2.13 puanı almıştır(p<0.01).

Tablo 8: MOKSL Toplamı ve Tanıtıcı Özellikler Arasındaki Puan Dağılımı (N=183)

| | x±SD | Min. | Max. | Sig. | Anlamlılık düzeyi |
|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------------|
| Cinsiyet | 1.30±0.457 | 1.00 | 2.00 | Z=-2.848 | .004 |
| Medeni durum | 1.22±0.414 | 1.00 | 2.00 | Z=-2.294 | .022 |
| Eğitim süresi | 3.31±1.166 | 1.00 | 5.00 | KW=4 | .008 |
| Kitap_bilimsel yayın | 1.43±.496 | 1.00 | 2.00 | Z=-2.070 | .038 |

Z=Mann Whitney U Testi ve KW=Kruskall Wallis Testi uygulanmıştır.

Tanıttıcı özellikler ve OKB toplam arasındaki ilişkiyi gösteren bilgiler tablo-8 de gösterilmiştir. Buna göre; eğitim süresi ile MOKSL ölçeği arasındaki ilişkiye göre ortalama 3.31 ± 1.166 , KW=4 saptanmış ve $p=0.008$ bulunmuştur ($p<0.05$). MOKSL ve medeni durum arasında $Z=-2.294$, $p=.022$ olarak tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 9: MOKSL ile Tanıttıcı Özellikler Arasındaki Puan Dağılımı

| | N | X \pm SD | P | Anlamlılık düzeyi |
|---------------------|-----|------------------|------|-------------------|
| OKB | 183 | 61.90 \pm 6.80 | | |
| Cinsiyet | | | .004 | |
| Kadın | 129 | 61.05 \pm 6.79 | | P<0.05 |
| Erkek | 54 | 63.91 \pm 6.43 | | |
| Medeni durum | | | .022 | |
| Evli | 143 | 62.49 \pm 6.65 | | |
| Bekar | 40 | 59.78 \pm 6.95 | | |

*t-testi uygulanmıştır.

OKB toplam puan, cinsiyet ve medeni durum arasında yapılan istatistiksel analiz sonucunda; kadınların ortalaması 61.05 ± 6.79 ve erkeklerin ortalaması 63.91 ± 6.43 olarak bulunmuştur. Medeni duruma bakıldığında evli olanların puan ortalaması 62.49 ± 6.65 olarak saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 10: Maudsley OKB Soru Listesi Alt Boyutları Arasındaki İlişki(N:183)

| | OKB | Obsesif | Temizlik | Kontrol-yavaşlık | Anlamlılık düzeyi |
|---------------------------|------------|----------------|-----------------|-------------------------|--------------------------|
| OKB | 1 | .881** | .679** | .777** | |
| Pearson korelasyon | | | | | |
| Sig. | | .000 | .000 | .000 | |
| Obsesif | .881** | 1 | .490** | .639** | |
| pearson korelasyon | | | | | |
| Sig. | .000 | | .000 | .000 | |
| Temizlik | .679** | .490** | 1 | .325** | p<0.01 |
| pearson korelasyon | | | | | |
| Sig. | .000 | .000 | | .000 | |
| Kontrol-yavaşlık | .777** | .639** | .325** | 1 | |
| pearson korelasyon | | | | | |
| Sig. | .000 | .000 | .000 | | |

*Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır.

MOKSL ve alt boyutlar arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı fark saptanmıştır (p<0.01).

Tablo 11: Maudsley OKB Soru Listesi Alt Boyutları Arasındaki Toplam Puan Dağılımı

| | X±SD | Min. | Max. | P | Anlamlılık düzeyi |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|----------|--------------------------|
| OKB | 61.90±6.80 | 41.00 | 73.00 | 0.00 | |
| Obsesif | 26.50±2.74 | 18.00 | 30.00 | 0.00 | p<0.01 |
| Temizlik | 17.39±2.27 | 12.00 | 22.00 | 0.00 | |
| Kontrol-yavaşlık | 11.17±1.76 | 7.00 | 20.00 | 0.00 | |

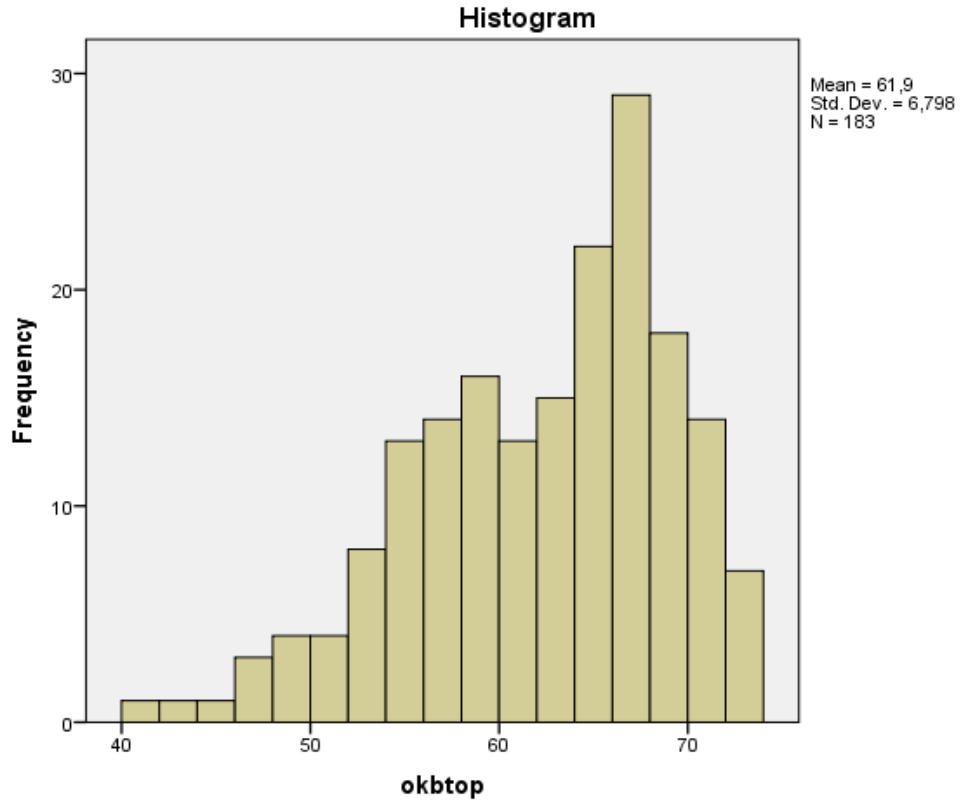
Obsesif kompulsif belirtilerin tespiti için kullandığımız Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesinin üç alt boyutunun verileri analiz edilmiştir. Elde edilen verilerin analizi sonucunda elde edilen verilere göre dağılımları; obsesif alan 26.50±2.74, temizlik alanı 17.39±2.27 ve kontrol-yavaşlık 11.17±1.76 olarak tespit edilmiştir.

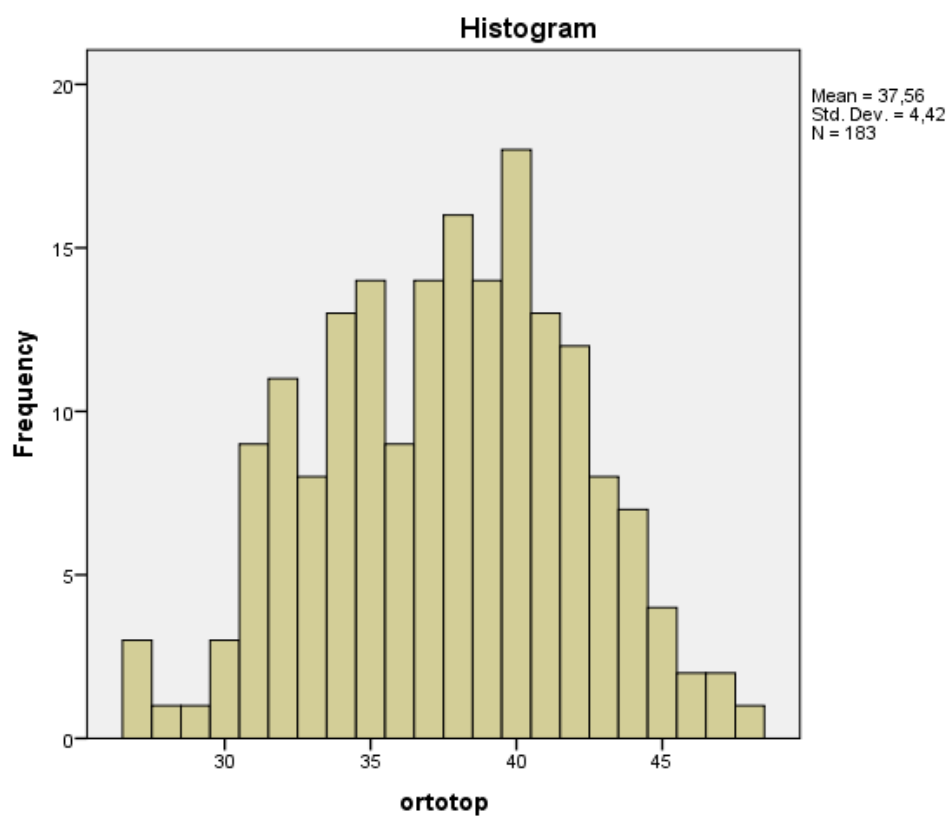
Tablo 12: ORTO-15 Ölçeği ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi(MOKSL) Arasındaki İlişki

| Ölçekler | X±SD | Min. | Max. | | Anlamlılık Düzeyi |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|---------|--------------------------|
| ORTO-15 | 37.56±4.42 | 27.00 | 48.00 | r=0.743 | |
| MOKSL | 61.90±6.80 | 41.00 | 73.00 | P=.024 | P<0.05 |

Araştırmaya katılan sağlık personellerinin ortoreksiya nevroza puanlarının ortalaması $x=37.56\pm 4.42$, obsesif kompulsif bozukluk puanlarının ortalaması ise 61.90 ± 6.80 olarak bulunmuştur ($p<0.05$).

Orto-15 Ölçeği ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesinde yer alan maddeler değerlendirildiğinde elde edilen toplamlar ve dağılım şekli aşağıdaki histogram grafiklerinde yer almaktadır.





BÖLÜM V

TARTIŞMA

Ortoreksiya nevroza henüz resmi tanılama sistemlerine girmemesine rağmen, diğer yeme bozuklukları gibi ciddi komplikasyonlara yol açan, sağlıklı yeme takıntısını ifade etmektedir (Brytek Matera 2012, Koven ve Senbonmatsu 2013). Çalışmalar ortoreksiya nervoza açısından risk grubu olarak, tıp fakültesi öğrencileri, doktorlar, diyetisyenler gibi sağlıklı beslenme konusunda farkındalığı yüksek olan ve performans artistleri gibi beden imajının önemli olduğu meslek mensuplarına işaret etmektedir (Asil, Sürücüoğlu 2015). Bu çalışma sağlık personellerindeki ortoreksiya nevroza eğilimi ve obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılmıştır.

Yapmış olduğumuz çalışmada örneklemin %70.1'ini kadın olup ORTO-15 ölçeği değerlendirilmesi sonucunda kadınların aldığı toplam puan ortalaması 37.18 ± 4.36 , erkeklerin puan ortalaması 38.48 ± 4.45 bulunmuştur. Kadınlar erkeklere göre daha fazla ortorektik eğilim gösterdiği saptanmıştır ($p=0.05$). Mathieu'e göre (2004) yeme bozukluklarının genellikle kadınlar arasında daha sık görüldüğü, kadınların daha sağlıklı yiyecek tercihleri yapma eğilimlerinin olduğu ve diyet konusunda daha büyük bir hassasiyet gösterdiklerini belirtmiştir. Çulhacık ve Duratın (2017) çalışmasında $MWU(Z)=-2.00$; $p=.04$ bulunmuş ve erkeklerin kadınlara göre istatistiksel olarak daha fazla ortorektik eğilim gösterdikleri saptanmıştır. Ayrıca Donini ve ark.(2004), Fidan ve ark, (2010), Dalmaz ve Tekdemir Yurtdaş (2015) araştırmalarının yanında, Segura-García (2012), Ramacciotti ve ark. (2011) yaptığı araştırmalarda kadınların daha ortorektik eğilim sergiledikleri saptanmıştır. Bir başka çalışma olan Yeşil ve ark.(2018) tarafından yapılan çalışmada ortorektik eğilim gösteren bireylerin % 71,4'ü kadındır ve cinsiyet ile ortorektik eğilim arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmıştır.

Yapmış olduğumuz çalışmada ortoreksiya nevroza eğilimi ve yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Arusoğlu ve ark. (2008) yaşın ortorektik eğilim üzerinde etkili olmadığını belirtmiş olsa da, Fidan (2010) ORTO-15 ölçek puanı ile yaş arasında negatif yönde bir ilişki olduğunu ayrıca ilerleyen yaşın ortorektik eğilimin artmasında etkili olabileceğini bildirmiştir. Ergin'in (2014)

yaptığı çalışma sonuçları ile diğer çalışmalarla benzerlik göstermiş olup ORTO-15 puanı ile ileri yaş arasında korelasyon olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışmamızda yaş değişkeninin ORTO-15 ölçeği ile farkın istatistiksel olarak anlamlı çıkmasıyla, bu farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı yapılan ileri istatistiksel analizle belirlenmiştir. Buna göre farklılığın 31-40 yaş ve 51 ve üzeri yaş grubundan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0.05$). Bu gruplardan 31-40 yaş grubunda çalışmaya katılanların %70.1'inin kadın olması ve büyük bir kısmının anne olması durumundan kaynaklanıyor olabileceği gibi günümüzde artan GDO'lu gıda tüketimi konusunda gösterilen hassasiyet ve organik beslenmeye yönelimin artmasının da bu yaş grubunda ortorektik eğilimin daha fazla olabileceği yönünde yordandabilir. Bunlara ek olarak 51 ve üzeri yaş grubu katılımcılarda ortorektik eğilimin fazla olması kronik hastalık öyküsü varlığı ve sağlığı korumaya yönelik uygulanan diyet programlarının da bu sonucu etkilediği düşünülebilir.

Yaptığımız araştırmada medeni durum ile ORTO-15 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Donini ve ark (2004) yapmış olduğu çalışmada orto-15 ve medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ve bu durum bizim çalışmamızla örtüşmektedir.

Çalışmamızda ortorektik eğilim doktorlarda % 25, hemşirelerde %47.8, ebelerde %12 ve sağlık memurlarında %5.4 bulunmuştur. Acar ve Ermumcu'nun (2016) ON eğilimini değerlendirdiği çalışmada meslek gruplarına göre doktorlarda %5.0, diyetisyenlerde %16.0, hemşirelerde %35.0, ebelerde %30.0, fizyoterapistlerde %11.0 ve sağlık memurları arasında ise %3.0 olduğu görülmüştür. Bağcı Bosi'nin (2007) 318 tıp doktorunun katılımıyla, Orto-15 ölçeğini kullanarak sağlıklı beslenme takıntısı saptamak amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmada %45.5'inin Orto-15 skorunun 40'in altında olduğu, yani beslenme ile ilgili yüksek hassasiyet veya ortorektik davranış gösterme düzeyinde olduğu saptanmıştır. Fidan ve ark. (2010) yine Orto-15 ölçeği kullanarak tıp öğrencilerinde, 878 kişinin katılımıyla gerçekleştirdikleri çalışmalarında ise ON prevalansı %43.6 bulunmuştur. Ergin'in (2014) çalışmasında sağlık personeli olan grupta %60.1 oranında ON riskine rastlanmış olup ilerleyen zaman içinde sağlık personelinde ortorektik davranış görülme riskinin arttığı ifade edilmiştir.

ORTO-15 Ölçeği kullandığımız çalışmada elde edilen toplam puan ortalaması 37.56 ± 4.42 bulunmuştur. Duran (2016) yapmış olduğu çalışmada toplam puan ortalaması 35.7 ± 3.8 olarak saptanmış ve ortorektik eğilim düzeyi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ve bu sonuçlar yapmış olduğumuz çalışma sonuçları ile örtüşmektedir.

Yapılan bu çalışmada ORTO-15 ölçek puanı ile çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak fark çıkmamıştır. Arusoğlu'nun (2006) çalışmasında çocuk sayısı ile doğru orantılı olarak ortorektik eğilimin arttığı saptanmıştır.

Yaptığımız araştırma sonucunda BKİ ile ORTO-15 arasında ilişki bulunmamıştır. Bosi ve ark. (2007) tıp doktorları arasında düşük BKİ'ye sahip olanların daha düşük Orto-15 skoruna sahip olduğu bulunmuştur. Buna karşın Fidan ve Ark'nın (2010) çalışmasında BKİ arttıkça Orto-11 skorunun düştüğü gözlemlenmiştir.

Bu çalışmada sağlık personellerinde obsesif kompulsif bozukluk belirtiler ve ortorektik eğilimler saptanmıştır. ORTO-15 ölçeği ile MOKSL arasındaki ilişkiye baktığımızda iki ölçek arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Tatarlar Ercen (2015) öğrencilerde yapmış olduğu çalışmada ORTO-11 ve MOKSL arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir sonuç saptamış ($p < 0.01$) ve ortorektik eğilim arttıkça obsesif kompulsif belirtilerin de görülme sıklığının arttığını saptamıştır. Gezer ve Kabaran'ın (2013)de beslenme ve diyetetik okuyan 106 kız öğrencide yaptığı çalışmada yeme bozukluğu arttıkça ortorektik belirtilerin de arttığı ve obsesif kompulsif bozukluğun azaldığı sonucuna ulaşmışlardır. Ayrıca ortorektik belirtiler arttıkça, obsesif kompulsif davranışların arttığı ve yeme bozukluğunun azaldığını saptamışlardır. Yıldırım (2018) Obsesif kompulsif bozukluk toplam, yeme bozukluğu toplam ile ortoreksiya nervoza toplam arasındaki ilişki belirlemek üzere yaptığı çalışmada regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Ölçeklerin kendi alt boyutları ile korelasyonu yüksek bulunmuştur ($p < 0.01$).

Brytek Matera yapmış olduğu çalışmada ortoreksiya ile obsesif kompulsif bozukluğun kişilik özellikleri bakımından birbirine benzediğini her ikisinde de rijidite ve mükemmeliyetçilik bulunduğunu belirtmiştir. Brytek-Matera'ya göre ortoreksiyanın anoreksiyaya benzerliğinin yanında yemek hazırlama konusunda ritüelistik özelliklerin görülmesi, kişilik özellikleri ve takıntılı düşünce yapısı nedeniyle obsesif kompulsif bozukluğa da benzemektedir (Brytek- Matera 2012).

Fidan ve ark.(2010) ortoreksiyanın altında yatan takıntılara baktığında yiyeceğin sağlıklı hazırlanmadığı, doğal olmadığı, sağlıklı koşullarda hazırlanmadığına yönelik kuşkuların olabileceğini ifade etmiştir.

Ortoreksiya Nevroza eğilimini ölçmek için kullandığımız ORTO-15 ölçeğinin analizi sonucunda alt boyutlardan; kognitif alt boyutundan 13.39±1.96, klinik alt boyutundan 14.83±2.0 ve duygusal alt boyutundan 9.33±2.13 puan aldıkları saptanmıştır. Pearson korelasyon analizinin yapıldığı ölçekten elde edilen sonuçlara göre, hem genel ölçekle alt boyutlar arasında hem de alt boyutların kendi içinde korelasyonlarının istatistiksel olarak oldukça anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.01$).

Obsesif kompulsif belirtilerin tespiti için kullandığımız Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesinin üç alt boyutunun analizi sonucunda puan ortalamaları; obsesif alan 26.50±2.74, temizlik alanı 17.39±2.27 ve kontrol-yavaşlık 11.17±1.76 olarak bulunmuştur. Korelasyon analizi sonucunda ölçekle alt boyutlar arasında ve alt boyutların kendi arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.01$).

BÖLÜM VI

SONUÇ

1.Çalışmaya katılanların %70.1'inin kadın (129), %77.7'si evli (143), %47.8'inin hemşire,%37sinin fazla kilolu, %21.2'sinin olmak istenen kiloda olmak istediği saptanmıştır.

2.Çalışmada Orto-15 toplam puanı ortalamasının düşük olmasına bağlı ortorektik eğilimin fazla olduğu ve MOKSL toplam puan ortalamasının fazla olmasıyla da obsesif kompulsif belirtilerin fazla olduğu gözlenmiştir.

3.Tanıtıcı özelliklerle Orto-15 ölçek puanı arasında istatistiksel analizler sonucunda kadınlarda 37.18 ± 4.36 , erkeklerde 38.48 ± 4.45 bulunmuş, kadınlarda ortorektik eğilimin fazla olduğu belirlenmiştir. ORTO-15 ölçeğinden alınan puanlar azaldıkça bozukluğa olan yatkınlık arttığından korelasyon katsayıları eksi değerde olmasına karşın pozitif yorumlanmış ve değerlendirmeler bu esasa göre alınmıştır.

4.Pearson korelasyon analizinin yapıldığı ORTO-15 ölçeği ve MOKSL' den elde edilen sonuçlara göre, ortorektik eğilimlerle obsesif kompulsif belirtiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu sonuca göre ortorektik eğilimin artmasıyla obsesif kompulsif belirtilerin arttığı tespit edilmiştir.

5.ORTO-15 Ölçeği ile MOKSL' nin alt boyutlarıyla ve ölçek alt boyutlarının birbirleriyle istatistiksel olarak oldukça anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.01$).

BÖLÜM VII

ÖNERİLER

-Ülkemizdeki besinlerin üretiminin denetlenmesi ve GDO'lu üretimlerin artmasına karşın beslenme konusunda kaygı düzeyi artmakta, sağlık bir takıntı haline gelmekte bu alana ilgi yoğunlaşmaktadır. Buna bağlı olarak ilgili kurum/kuruluşlarda denetimlerin yapılması,

-Sağlıklı ve dengeli beslemenin ne olduğu, nasıl sağlıklı beslenilebileceği konusunda diyetisyenler ve psikiyatri hemşirelerinin birlikte olduğu multidisipliner bir çalışma ile bireylere eğitim verilmesi,

-Sağlıklı ve dengeli besleme konusunda risk grubu olan öğrencilere yönelik öğretmenlerle işbirliği halinde kitle iletişim araçlarını kullanarak disiplinler arası çalışmalarla gerekli bilgilendirmenin yapılması ve bu alanda daha kapsamlı çalışmaların yapılması,

-Başka bir çalışma olarak, Ortoreksiya nevroza ve beden-benlik saygısıyla ilişkisinin araştırılması,

-DSM-V de yer almayan ve güncel bir konu olan ortoreksiya nevroza konusunda öğretim elemanları, öğretmenler, sporcular, diyetisyen gibi farklı meslek gruplarıyla daha kapsamlı çalışmalar yapıp farklı örneklem gruplarının ele alınması tanı kriterlerinin netleştirilmesi konusunda literatüre katkı sağlayabileceği,

-Beslenme bozuklukları tedavisinde davranışçı psikoterapi programlarının faydalı olmaktadır. Bu bağlamda ortoreksiya nevroza eğiliminin yüksek olduğu gruplarda da bu tür psikoterapi eğitimlerinin verilmesi amacıyla psikiyatri hemşirelerinin bu eğitim programlarına katılması, yeterlilik kazanması ve ortorektik eğilim gösteren gruplara bu yönde eğitim vermesi,

-Çalışmanın yapıldığı kurum ve kuruluşlara ara rapor ve sonuç raporlarının bildirilmesi önerilebilir.

VIII. KAYNAKÇA

1. Abanoz, Z. (2008). Obsesif Kompulsif Bozukluklu Hastalarda Yeme Semptomları ile Yeme Semptomlarını Yordayan Obsesif Kompulsif Belirtilerin Araştırılması. Uzmanlık Tezi, On dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Samsun.
2. Acar-Tek, N. & Karaçil-Ermumcu, M. Ş. (2016). Sağlık Profesyonellerinde Sağlıklı Beslenme Kaygısı: Ortoreksiya Nervosa. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(2): 59-71.
3. Akbulut G.(2016).Diyetisyenlere ve Sağlık Profesyonellerine Yönelik Tıbbi Beslenme Tedavisinde Güncel Uygulamalar VII, Nobel Tıp Kitabevleri, s.111, Ankara.
4. Arusoğlu G, Kabakçı E, Köksal G, Merdol TK.(2008).Ortoreksiya Nervosa ve Orto-11'in Türkçeye Uyarlama Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 19(3): 283-291.
5. Arusoğlu, G. (2006).Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya) Belirtilerinin incelenmesi ve Orto-15 Ölçeğinin Uyarlanması. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
6. Aslantaş-Ertekin, B.(2010). “Yeme Bozukluğu Hastalarında Aile Ortamının ve Aile İşlevselliğinin Değerlendirilmesi”, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.
7. Asil E., Sürücüoğlu M.S.(2015). Orthorexia Nervosa in Turkish Dietitians. Ecology of Food and Nutrition. 54(4):303-13
8. Atmaca, G., D., & Durat, G. (2017). Ortorektik Eğilimlerin Yeme Tutumu ve Obsesif Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. Journal of Human Sciences, 14(4), 3571-3579. doi:10.14687/jhs.v14i4.4729.
9. Avşar O.(2017).Edelweiss Psychiatry Open Access. Volume 1. Issue 1, P: 103, Page 12 of 13.
10. Bağcı Bosi AT, Çamur D, Güler Ç.(2007).Prevalence of Orthorexia Nervosa in Resident Medical Doctors in the Faculty of Medicine, Ankara. 49(3): 661-666.

11. Baysal A. (1993). Beslenme, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara.
12. Bulik CM, Sullivan PF, Kendler KS.(2000). An Empirical Study of the Classification of Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry*. 157(6): 886-895.
13. Brytek-Matera A.(2012). Orthorexia Nervosa–an Eating Disorder, Obsessive Compulsive Disorder or Disturbed Eating Habit? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 1: 55-60 .
14. Chakı B., S. Pal, A. Bandyopadhyay.(2013).Exploring scientific legitimacy of orthorexia nervosa: anewly emerging eating disorder. *Sports and Exercise Physiology Laboratory, Department of Physiology, University of Calcutta. Journal Of Human Sport & Exercise Volume 8, Issue 4.*
15. Catalina, M.L.,Bote, B., Garcia, F. &Rios, B. (2005). Orthorexia nervosa: A new eating behavior disorder? *Act as Esp Psiquiatr*, 33(1), pp.66-8.
16. Çelikel Ç.(2009). “Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Yeme Tutumu”, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46(3), s.86-90.
17. Dalmaz,M. (2014).Spor Salonunda Spor Yapanlarda Ortoreksiya Nervosa Belirtilerinin İncelenmesi, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
18. DSM-5 (Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)(2013). çev. Ertuğrul Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, s.171, Ankara.
19. Dunn T.M. and Bratman S.(2016). ‘‘On Orthorexia Nervosa: A Review Of The Literature and Proposed Diagnostic Criteria’’, *Eating Behaviors*, s.11-17.
20. Duran S.(2016).Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde ortoreksiya nervosa (sağlıklı beslenme takıntısı) riski ve etkileyen faktörler. *Pamukkale Tıp Dergisi*.9(3):220-226
21. Erbay L., Seçkin Y. (2016). Yeme Bozuklukları. *Güncel Gastroenteroloji* 20/4. İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi. Psikiyatri Anabilim Dalı, Malatya.
22. Ergin G. (2014).Beslenme Ve Diyetetik Sağlık Personeli Olan Ve Olmayan Bireylerde Ortoreksiya Nervosa Sıklığı Araştırması Yüksek Lisans Tezi Başkent Üniversitesi, Ankara.

23. Eriksson L, Baigi A, Marklund B, Lindgren E-C.(2008).Social Physique Anxiety And Socio cultural Attitudes Toward Appearance Impact On Orthorexia Test In Fitness Participants. Scandinavian journal of medicine&science in sports. 18(3): 389-395.
24. Ertekin, A. B. (2010). Yeme Bozukluğu Hastalarında Aile Ortamının ve Aile Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi psikiyatri Anabilim Dalı,İstanbul.
25. Fidan T, Ertekin V, Işıkay S, Kirpınar I.(2010). Prevalence of orthorexiaamongmedicalstudents in Erzurum, Turkey. ComprPsychiatry, 51:49–54.
26. Getz L(2009).“Orthorexia: When Eating Healthy Becomes An Unhealthy Obsession”, Today’s Dietitian, 11(6), s.40.
27. Gleaves D.H.(2013).“Measuring “Orthorexia: Development Of The Eating Habits Questionnaire”, The International Journal of Educational and Psychological Assessment, 12(2), s.2.
28. Gezer, C. ve Kabaran, S. (2013). Beslenme ve Diyetetik Bölümü Kız Öğrencileri Arasında Görülen Ortoreksiya Nervosa Riski. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(1), 14-22.
29. Herzog, D.B., Eddy, K.T.(2007). ““Diagnosis, Epidemiology, andClinical Course of EatingDisorders”, Ed. Yager J, Powers PS, Clinical Manual of EatingDisorders, Washington DC, American Psychiatric Publishing, S.1-29.
30. Kazkondur İ. (2010).Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervosa (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) Belirtilerinin İncelenmesi Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Ankara.
31. Kontbay, E. (2010). Yeme Tutum ve Davranışları ile Anne-Babaya Bağlanma ve Mükemmeliyetçilik Arasındaki İlişkiler. Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon.
32. Koven NS, (2013) Senbonmatsu R. A neuropsychological evaluation of orthorexia nervosa Open Journal of Psychiatry 3: 214-222
33. Koven N. S. Abry A.(2015).The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 385–394. Department of Psychology, Bates College, Lewiston, Me, USA.

34. Mascioli B. A. (2017). Orthorexia a Security Motivated Eating Behaviour? An Examination through Cognitive Bias and Cardiac Reactivity to Food. Department of Psychology. Lakehead University Thunder Bay, Ontario.
35. Michalska A, Szeiko N, Jakubczyk A, Woinar M.(2016). Nonspecific eating disorders- A subjective review. *Psychiatria Polska* 50: 497-507.
36. Moroze R.M.(2015). “Microthinking About Micronutrients: “A Case Of Transition From Obsessions About Healthy Eating To Near-Fatal “Orthorexia Nervosa” and Proposed Diagnostic Criteria”, *Psychosomatics*, 56(4), s.397-403.
37. Nevin SM, Vartanian LR.(2017). The stigma of clean dieting and orthorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders* 5: 37.
38. T.C. Mili Eğitim Bakanlığı.(2007). Yiyecek İçecek Hizmetleri Besin Öğeleri-1, Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları, Ankara.
39. Özkahya K.D.(2015). Online Diyet Alan Yetişkin Bireylerde Ortoreksiya Nervosa Ve İlişkili Parametrelerin Değerlendirilmesi. Beslenme Ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Bitirme Tezi. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
40. Öztürk O, Uluşahin A.(2008). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 11. Baskı, Ankara.
41. Rangel C, Dukeshire S, MacDonald L.(2012). Dietand anxiety An exploration into the Orthorexic Society. *Appetite*. 58(1): 124-132.
42. Scarff J.R.(2017) Orthorexia Nervosa: An Obsession With Healthy Eating. *Federal Practitioner*.p:36-39.
43. Segura-Garcia C., Ramacciotti C., Rania M., Aloï M., Caroleo M., Bruni A., Gazzarrini D., Sinopoli F., Pasquale De Fazio(2015).The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder patient safter treatment. *Eat Weight Disord*.20:161–166. Department of Clinical and Experimental Medicine, University of Pisa, Pisa, Italy.
44. Suzanne M. Nevin and Lenny R. Vartanian(2017). The stigma of clean dieting and orthorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*5:37.
DOI 10.1186/s40337-017-0168-9
45. Tatarlar Ercen M.(2015).Üniversite Öğrencilerinin Ortoreksiya Nervosa Düzeyleri İle Beden Algısı Ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Düzeyleri

- Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi,Lefkoşa.
46. Tremelling K., Sandon L., Vega G.L., and McAdams C.J.(2017). Orthorexia nervosa and eating disorder symptoms in dietitians in the United States. *J Acad Nutr Diet* . 2017 October ; 117(10): 1612–1617. doi:10.1016/j.jand.
47. Turan Ş., Aksoy Poyraz C., Özdemir A.(2015) Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 7(4):419-435 doi: 10.5455/cap.20150213091928
- 47.Ünalın, D., Öztop, B.D., Elmalı, F., Öztürk, A., Konak, D., Pırlak, B., and Öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. 75-81.
- 48.Yeşil, E. Turhan, B. Tatan, D. Şarahman,C. Saka, M. (2018). Yetişkin Bireylerde Cinsiyetin Ortoreksiya Nervoza Eğilimine Etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* 7, (1), 1-9.
- 49.Yıldırım P(2018). Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza'nın Obsesif Kompulsif Bozukluk İle İlişkisi.. İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Psikoloji Anabilim Dalı/Klinik Psikoloji Bilim Dalı.Yüksek Lisans Tezi.
- 50.Yücel B.(2009). Estetik Bir Kaygıdan Hastalığa Uzanan Yol: Yeme Bozuklukları İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Cilt:22, Sayı:4.

EKLER

EK 1- KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Yaş: 1. 20-30() 2. 31-40() 3. 41-50() 4. 51-ve üzeri

Cinsiyet: Kadın() Erkek()

Boy: 1. 150-160cm() 2. 161-170cm() 3. 171-180cm() 4. 181-190cm() 5. 191-200cm()
6. 201cm ve üzeri()

Kilo: 1. 45-50kg() 2. 51-60kg() 3. 61-70kg() 4. 71-80kg() 5. 81-90kg() 6. 91-100kg()
7. 101-110kg() 8. 111-120kg() 9. 120kg ve üzeri()

Olmak istediğiniz kilo: 1. 45-49kg() 2. 50-54kg() 3. 55-59kg() 4. 60-64kg() 5. 65-69kg()
6. 70-74kg() 7. 75-79kg() 8. 80-84kg() 9. 85-89kg() 10. 90-94kg() 11. 95-99kg()
12. 100kg ve üzeri

BKİ:

Çalıştığı birim: 1.Cerrahi Birim 2.Dahili Birim 3.Acil Servis 4.Ameliyathane

Medeni durum: 1.Evli() 2.Bekar() 3.Boşanmış

Çocuk sayısı: 1.Yok() 2. 1 çocuk() 3. 2 çocuk() 4. 3 çocuk() 5. 4 çocuk() 6. 5 çocuk

Toplam eğitim süresi: 1.Lise() 2.Ön Lisans() 3.Lisans() 4.Yüksek lisans() 5.Doktora()

Meslek: 1.Doktor() 2.Hemşire() 3.Ebe() 4.Sağlık Memuru() 5.Sağlık Teknisyeni

Doktor teşhisiyle konmuş herhangi bir hastalığınız var mı? 1. Evet() 2. Hayır()

Düzenli bir ilaç tedavisi alıyor musunuz? 1.Evet() 2. Hayır()

Sürekli uyguladığınız bir diyet tedaviniz var mı? 1.Evet() 2.Hayır()

Vitamin desteği alıyor musunuz? 1.Evet() 2.Hayır() 3.Bazen()

Beslenme ile ilgili bilgilere nereden erişiyorsunuz? (Birden çok seçenek işaretlenebilir)

- 1.Kitle iletişim araçları (gazete, dergi, TV, internet)()
2.Kitaplar, bilimsel yayın vs.() 3.Diyetisyen() 4.Doktor()
5.Sağlık kulüpleri (zayıflama merkezleri vs.)() 6.Çevre (arkadaş, aile..)()
7.Diğer()

Doğru beslenme bilgilerine eriştiğinizde davranışlarınız değişir mi?

1. Her zaman () 2. Sık sık ()
3. Nadiren () 4. Hiçbir zaman ()

EK 2- MAUDSLEY OBSESİF KOMPULSİF SORU LİSTESİ

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

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

| | | | |
|----|--|-------|--------|
| | durup düşünürüm. | | |
| 36 | Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır. | Doğru | Yanlış |
| 37 | Bazen önemsiz düşünceler aklıma takılır ve beni günlerce rahatsız eder. | Doğru | Yanlış |



EK 3- ORTO-15 TESTİ

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

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

ÖZGEÇMİŞ

Ad Soyad Güllü YAZKAN
Doğum Tarihi ve Yeri 01.09.1992 /KALE
Halen Görevi YÜKSEKLİSANS ÖĞRENCİ
Yazışma Adresi Risorius2015@gmail.com
Telefon 0530 072 9336
E-Posta

Öğrenim Durumu

| Derece | Bölüm/Program | Üniversite | Yıl |
|----------|------------------------|-------------------------------|------------|
| Lisans | Hemşirelik | MSKÜ MSKÜ Sağlık Bilimleri | 2011-2015 |
| Y.Lisans | Psikiyatri Hemşireliği | Fakültesi | 2017 -2019 |
| Doktora | | | |