



**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ ÖĞRETİM ÜYELERİNDE
SAĞLIKLI BESLENME KAYGISI VE İLİŞKİLİ KİŞİLİK
FAKTÖRLERİNİN ARAŞTIRILMASI**

**Dr. MAİDE NUR YILMAZ
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

SAMSUN-2020



T.C. ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ ÖĞRETİM ÜYELERİNDE
SAĞLIKLI BESLENME KAYGISI VE İLİŞKİLİ KİŞİLİK
FAKTÖRLERİNİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Maide Nur YILMAZ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Cihad DÜNDAR

SAMSUN-2020

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sırasında benden desteğini ve sabrını esirgemeyen, halk sağlığı hekimi olma yolunda önemli kazanımlar edindiğim anabilim dalı başkanımız ve tez hocam Prof. Dr. Cihad DÜNDAR'a ve anabilim dalımızdaki tüm değerli hocalarıma,

Tezimin araştırma konusu ortoreksiya nervoza ile ilgili klinik tecrübe ve görüşlerinden yararlandığımız Psikiyatri Uzmanı Dr. Ayfer ÖZDEMİR'e teşekkür ederim.

Dr. Maide Nur YILMAZ



ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Maide Nur Yılmaz

Doğum Tarihi ve Yeri: 10.03.1992 / Erzurum

Öğrenim Durumu: Yüksek Lisans / Tıp Fakültesi

Derece	Okul	Yıl
İlk/Orta	Alanya Ufuk İlköğretim Okulu	2002/2005
Lise	Alanya Ufuk Fen Lisesi	2009
Lisans /Yüksek Lisans	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi	2015

Görevler:

Görev Ünvanı	Görev yeri	Yıl
Pratisyen Hekim	Kocaeli Çayırova TSM	2016

Projelerde Yaptığı Görevler:

- 1.
- 2.

Bilimsel Kuruluşlara Üyelikler:

- 1.
- 2.

Yayınlar:

- 1.“Su ile bulaşan bir hepatit etkeni; Hepatit A virüsü” The Turkish Journal of Occupational / Environmental Medicine and Safety 2017;2(1)
- 2.“Neonikotinoid pestisit uygulamalarının bir sonucu olarak; kontamine ballar ve arılar” Turk J Public Health 2019;17(1)

BEYAN

“Ondokuz Mayıs Üniversitesi Öğretim Üyelerinde Sağlıklı Beslenme Kaygısı ve İlişkili Kişilik Faktörlerinin Araştırılması” başlıklı tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopya edilmediğini, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Dr.Maide Nur Yılmaz



ÖZET

Amaç: Ondokuz Mayıs Üniversitesi öğretim üyelerinde sağlıklı beslenme kaygısı (SBK) yaygınlığının ve SBK ile ilişkili kişilik faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç Yöntem: Analitik kesitsel nitelikteki bu çalışma 01.08.2019-31.08.2019 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Kurupelit kampüsünde gerçekleştirildi. Sayıları tabakalı örneklem yöntemiyle belirlenen her fakülteden örnekleme çıkan ve gönüllü olur veren 248 öğretim elemanı çalışmaya alındı. Veriler sosyodemografik veri formu Orto-15 ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğiyle yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Boy ve ağırlık ölçüleri alındıktan sonra beden kütle indeksi (BKİ) puanları hesaplandı.

Bulgular: Çalışma grubunun 144'ü (%58,1) erkek, 104'ü (%41,9) kadın olup, yaş ortancası 42 (29-65) yıl idi. BKİ'ye göre 2'si (%0,8) zayıf, 132'si (%53,2) normal, 101'i (%40,8) fazla kilolu, 13'ü (%5,2) ise obez olan grubun SBK prevalansı %19 bulundu. Puan ortalamaları Orto-15 testi için $41,0 \pm 2,6$; Rosenberg benlik saygısı ölçeği için $0,6 \pm 1,1$ ve Beck anksiyete ölçeği için $5,6 \pm 5,9$ idi. Obez ve normal BKİ gruplarının Orto-15 puanları arasında anlamlı fark bulunamadı. Anksiyete puanları kadınlarda yüksek bulunurken, benlik saygısı ve SBK puanları cinsiyete göre anlamlı fark içermiyordu. SBK'nin anksiyete skorları arttıkça arttığı, benlik saygısı skorlarıyla korelasyon göstermediği saptandı. Lojistik regresyon analizi ile anksiyete SBK için risk faktörü olarak değerlendirilirken ($OR=1,14$; $p<0,001$), benlik saygısının SBK'yı azalttığı ($OR=0,62$; $p=0,012$), cinsiyeti, medeni durum ve BKİ'nin anlamlı bir risk faktörü olmadığı görüldü ($p>0,05$).

Tartışma ve Sonuç: SBK'lı bireylerin kişilik özelliklerinin belirlenmesi ve psikiyatrik bozukluklarla nedensellik ilişkisinin ortaya konulabilmesi için daha kapsamlı klinik araştırmalara gereksinim bulunmaktadır.

ANAHTAR KELİMELELER, Sağlıklı Beslenme Takıntısı, Anksiyete, Benlik Saygısı

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to determine the prevalence of Orthorexia Nervosa (ON) and personality factors related to ON in faculty members of Ondokuz Mayıs University.

Material and method: This analytical cross-sectional research was carried out between 01.08.2019-31.08.2019 at the Kurupelit campus of Ondokuz Mayıs University. Also, 248 faculty members whose numbers were determined by the stratified sample method and sampled from those giving informed consent from each faculty were included in the study. The data was collected by the sociodemographic data form the Ortho-15 scale, the Beck Anxiety Scale, and the Rosenberg Self-Esteem Scale by the face-to-face interviewing method. Body mass index (BMI) scores were calculated after height and weight measurements were taken.

Results: 144 (58.1%) of the study group were male and 104 (41.9%) were female and the median age was 42 (29-65) years. The prevalence of SBK was 19% with 2 (0.8%) underweight, 132 (53.2%) normal, 101 (40.8%) overweight and 13 (5.2%) obese. The scores were 41.0 ± 2.6 for the Ortho-15 test; 0.6 ± 1.1 for the Rosenberg Self-Esteem Scale and 5.6 ± 5.9 for the Beck Anxiety Scale. No significant difference was found between Ortho-15 scores of obese and normal BMI groups. While anxiety scores were high in women, self-esteem and SBK scores did not include any significant difference by gender. It was found that SBK increased as anxiety scores increased, not correlated with self-esteem scores. While anxiety was evaluated as a risk factor for SBK (OR=1,14 ; $p < 0.001$), self-esteem decreased SBK (OR=0.62; $p = 0.012$), also, gender, marital status, and BMI were seen to be not significant risk factors ($p > 0.05$).

Discussion and Conclusion: More comprehensive clinical research is needed to determine the personality characteristics of individuals with SBK and to reveal the causal relationship with psychiatric disorders.

KEYWORDS, Orthorexia Nervoza, Anxiety, Self-esteem

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Teşekkür	i
Özgeçmiş	ii
Beyan	iii
Özet	iv
İngilizce özet	v
İçindekiler	vi
Simgeler ve kısaltmalar dizini	viii
Tablolar ve şekiller dizini	ix
1.Giriş ve amaç	1
2.Genel bilgiler	4
2.1.Yeme Bozukluklarının Tanımı ve Sınıflandırılması	5
2.1.1.Anoreksiya nervoza	6
2.1.2.Bulimiya nervoza	6
2.1.3.Tikanırcasına yeme bozukluğu	7
2.1.4.Pika	7
2.1.5.Kaçıngan kısıtlı yiyecek alım bozukluğu	8
2.1.6.Geri çıkarma bozukluğu	8
2.1.7.Tanımlanmış diğer besleme ve yeme bozuklukları	9
2.1.8.Tanımlanmamış beslenme ve yeme bozuklukları	9
2.2.Ortoreksiya Nervoza	9
2.2.1.Ortoreksiya nervoza belirtileri	10
2.2.2.Ortoreksiya nervoza tanısı ve sınıflandırılması	12
2.2.3.Ortoreksiya nervoza risk faktörleri	13
2.2.4.Ortoreksiya nevroza tedavisi	16
3.Gereç yöntem	18
3.1. Evren ve Örneklem	18
3.2. Veri Toplama Araçları	19
3.2.1.Sosyodemografik anket formu	19
3.2.2.Beck anksiyete ölçeği	19
3.2.3.ORTO-15 ölçeği	20
3.2.4.Rosenberg benlik saygısı ölçeği	20
3.3.Verii Analizi	21
4.Bulgular	22
4.1.Çalışma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri	22
4.2.Çalışma Grubunun Antropometrik Özellikleri	23
4.3.Çalışma Grubunun Beslenme Tutum Davranışlarıyla İlgili Bazı Özellikler	23
4.4. Orto-15, Beck Anksiyete, Rosenberg Benlik Saygısı Skorları ve Birbirleriyle İlişkilerinin Değerlendirilmesi	24
4.5. BKİ ile Orto-15 Skorunun İlişkisinin Değerlendirilmesi	26
4.6.Ortoreksiya Nervoza Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi	26
5.Tartışma	28
5.1.Kısıtlılıklar	33
6.Sonuçlar ve Öneriler	35
6.1.Öneriler	34
7.Kaynaklar	36
8.Ekler	39

8.1.Etik Kurul İzin Belgesi	39
8.2.Kurumsal İzin Belgesi	40
8.3.Anket Formları	41-45
8.4.Tez Orjinallik Raporu	46



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AN	: Anoreksiya Nervosa
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
BMI	: Body Mass Index
BN	: Bulimiya Nervosa
BOH	: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
BOT	: Bratmanın Ortoreksiya Testi
BTA-YB	: Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları
CDC	: Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi
DSM IV	: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 4
DSM V	: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KKYAB	: Kaçınan Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu
MWU	: Mann Whitney U
ON	: Ortoreksiya Nervosa
SSRI	: Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TYB	: Tıkanırmasına Yeme Bozukluğu

TABLolar VE ŞEKİLLER DİZİNİ

Tablo 1: Çalışma grubunun sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

Tablo 2: Antropometrik değerlerin cinsiyete göre dağılımı

Tablo 3: Beslenmeye ilişkin bilgi kaynağı tercihi dağılımı

Tablo 4: Beck anksiyete, Rosenberg benlik saygısı ve Orto-15 ölçek puanı ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı

Tablo 5: Beck anksiyete, Rosenberg benlik saygısı ve Orto-15 ölçeklerine ait değerlendirmelerin cinsiyete göre dağılımı.

Tablo 6: Orto-15 kategorilerine göre Rosenberg benlik saygısı ve Beck anksiyete ortalamalarının değerlendirilmesi.

Tablo 7: Ortoreksiya nervoza ile ilişkili bireysel faktörlerin risk düzeylerinin analizi



EKLER DİZİNİ

- Ek 1: Etik Kurul İzin Belgesi
- Ek 2: Çalışma İzin Belgesi
- Ek 3: Anket Formları
- Ek 4: Tez Orjinallik Raporu



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yeme bozukluğu vücudun gerek duyduğu besin elementi miktarıyla vücudun aldığı arasında uyumsuzluk oluşturan yeme davranışını ifade eder. Yeme bozuklukları uzun yıllarca; bulunulan çevresel ve kültürel koşulları, sosyoekonomik olanakları, günlük yaşamın kişilerde ortaya çıkardığı stresörleri dışı vuran bir davranış biçimi olarak nitelendirilmiştir [1].

Psikiyatrik sınıflandırmalarda yer almaya başlaması oldukça yeni olmakla birlikte 300 yıldan fazladır bilinmekte olan yeme bozukluklarının 1950'lerden bu yana yaygınlıkları giderek artmıştır [2].

Tıpkı Anoreksiya Nervosa (AN) ve Bulimiya Nervosa (BN) tarihçesinde olduğu gibi, Ortoreksiya Nervosa (ON) henüz Amerika Psikiyatri Birliği'nin (APA) Ruhsal Bozuklukların Tanısal Kitabının son düzenlemesinde (DSM-V) yer almamakla birlikte, yaygınlığı giderek artan bir yeme bozukluğu olarak değerlendirilmektedir [3].

İlk kez 1997`de, Steven Bratman tarafından, tanımlanan Ortoreksiya Nervosa tanımı uygun, sağlıklı yiyeceğin tüketilmesi ile ilgili obsesyonu ifade etmek için kullanılmıştır. Bulimik ve anoreksikler için yiyeceğin miktarı ön plandayken, ortoreksikler kalitesine odaklanırlar. Her üçünün de yaşam planlarında yiyeceklerle ilgili uğraşları yoğundur [4, 5].

Ortoreksiya nervosanın AN gibi malnütrisyonu yol açabileceği, buna karşılık AN ve BN`den farklı olarak kişilerin tüketilen yiyecek miktarı ve zayıf görünüm yerine sağlıklı ve saf besinler tüketme konusunda uğraşlarının olduğu bildirilmektedir. Ortoreksiya nervosa, anoreksiya ve bulimiya nervozadaki gibi besinlerle ilgili "nicel" bir tutumu değil, "nitel" bir tutumu göstermektedir [6].

Sağlıklı beslenme eğilimi kişide aşırı uğraş haline dönüşmediği müddetçe patolojik değildir. Ancak uzun süreli olduğunda, günlük yaşamda olumsuzluklara yol açar. Sağlıklı beslenme alışkanlıkları uzun dönem devamlılık gösterip obsesyon haline geliyorsa ve bireyin yaşantısında anlamlı düzeyde olumsuz bir etki yaratıyorsa (Örneğin; sürekli daha sağlıklı olmak için

yiyeceklerle ilgili uzun dūşünsel uğraş, her gününü yiyeceklerini planlayarak geçirmek, sağlıklı bulduğu besinlerden kaçınmak için uğraş, sağlıklı bulduğu yiyecekleri yediği zaman anksiyete oluşması, pişmanlık duymak, kendisine göre sağlıklı yiyeceklerin yendiği sosyal ortamlardan izole olmak, yemek için yapılan alışverişin törenselleşmesi (patolojik düzeydedir ve bir nevroz olarak tanımlanmaktadır [6, 7].

Anksiyete sürekli, aşırı ve durumla uygun olmayan bir endişe durumudur. Aşırı endişe, kişinin olağan yaşam etkinliklerini sürdürmesini engelleyen bir duygu durumu bozukluğudur. Benlik saygısı, normal sınırlar içerisinde kendine değer verme kendisi ile ilgili doğru değerlendirmeler yapıp bunlarla barışık olma ile ilgili bir kavramdır. Benlik saygısındaki sapmalar kişinin kendisiyle ilgili şişirilmiş bir beklenti düzeyi ya da aksine bireysel yetersizlik algısı yaratacaktır, bu durum kişinin tutum ve davranışlarının arkasındaki motivasyonun kaynağını oluşturur. Yeme bozukluklarında psikiyatrik komorbidite sık görülmektedir. Obsesif kompulsif bozukluk, anksiyete ve duygu durumu bozuklukları, borderline kişilik bozuklukları yeme bozukluğu başlamadan önce veya sonrasında hastalığa eşlik edebilmektedir [8, 9].

Patolojik düzeydeki bu sağlıklı beslenme takıntısının ortaya çıkmasında bazı kişilik faktörlerinin etken olduğu belirtilmiş ve bugüne kadar yapılan çalışmalarda egosantrik kişilik, anksiyöz kişilik, obsesif kompulsif spektrum bozuklukları üzerinde durulmuştur. Ancak yine de ortoreksiya nervoza ile ilgili çalışma sayısının az olduğu, araştırmaların psikiyatrik bozukluklar üzerinde yoğunlaşması gerektiği bildirilmiştir [10].

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı sağlıklı beslenme kaygısının, anksiyete ve benlik saygısı ile ilişkisinin değerlendirilmesidir. Çalışmaya ait veriler, 2019 yılı bahar döneminde Ondokuz Mayıs Üniversitesi Kurupelit Kampüsünde görev yapmakta olan öğretim üyelerinden yüz yüze görüşme yoluyla elde edilmiştir. Araştırmanın alt amaçları aşağıda sunulmuştur.

1. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Kurupelit Kampüsünde görev yapmakta olan öğretim üyelerinde ON, anksiyete ve benlik saygısı düzeylerinin belirlenmesi.
2. ON ile anksiyete arasında ilişki varlığı ve düzeyinin belirlenmesi.
3. ON ile benlik saygısı arasında ilişki varlığı ve düzeyinin belirlenmesi.

1.2. Araştırmanın Önemi

Daha önce yapılmış çalışmalarda anksiyete ve ON arasındaki neden sonuç ilişkisi net olarak tanımlanabilmiş değildir. ON'li vaka gruplarında, psikiyatrik bozukluklardan anksiyetenin araştırıldığı sınırlı sayıda çalışma yapılmıştır ancak ülkemizde anksiyete ve ON ilişkisinin değerlendirildiği bir saha çalışması bulunmamaktadır. Nedenselliğin yönünü tanımlamaya yönelik yapılacak ileri araştırmalara yol göstermesi için bu araştırmada ON ile anksiyete arasındaki ilişkinin varlığı ve düzeyini belirlemeyi amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

Beslenme temel olarak gıdalar yoluyla vücudun ihtiyaç duyduğu besin elementlerinin alınmasıdır. Besin elementleri işlevlerine ve gıda maddelerindeki miktarlarına göre sınıflandırılmaktadır. İşlevlerine göre üç grup besin elementi vardır;

1. Enerjetik elementler-enerji veren besin elementleri: Karbonhidratlar, yağlar, proteinler, alkol ve organik asitler.
2. Yapısal elementler: Proteinler, glikoproteinler, lipoproteinler, mineral ve su.
3. Katalizör elementler-düzenleyici elementler: Vitaminler, mineraller, iz elementler, elektrolitler, su [11].

Bu elementler, gıdalar içindeki miktarlarına göre sınıflandırıldığında ise; makro besin elementleri ve mikro besin elementleri olarak iki gruba ayrılmaktadır. Günlük tüketim miktarı 1 gramdan az olan elementler mikro besin elementleri, fazla olan elementler ise makro besin elementleri olarak sınıflandırılmıştır [11].

Mikro besin elementleri vücutta sindirim sürecine uğramadan emilirler, esansiyeldirler ve enerji sağlamazlar. Makro besin öğeleri ise enerji verirler, sindirim sürecine uğrarlar, vücuttaki biyokimyasal-fizyolojik proseslerle birbirlerine dönüşebilir, sentezlenebilir ve enzimlerin yapısına katılarak düzenleyici fonksiyon görürler. Gıdalar yoluyla temel besin elementlerinin yanı sıra besin niteliği olmayan selüloz vb. maddeler de vücuda alınır. Dengeli bir diyetle günlük makro besin öğelerinin dağılımı %50 karbonhidratlar %15 proteinler %30-35 yağlar şeklinde olmalıdır [11].

İnsan vücudunun fizyolojik homeostazının devamlılığı, büyüme gelişme göstermesi, hastalıklardan korunması temel besin elementlerine olan ihtiyacının karşılanmasıyla direkt ilişkilidir. İdeal bir diyetin görevi vücuda gerekli enerji ve besin öğelerini yeterli bir şekilde sağlamaktır. Diyetin, fizyolojik işlevleri yanında ruhsal iyilik hali üzerine de etkileri vardır. Optimal beslenmede; "Minimum hastalık riski, Maksimum iyi hali" hedeflenmektedir [12].

Enerji ve besin öğelerinin gereğinden daha az vücuda alınması ya da bunlardan daha az yararlanılması durumu “Yetersiz Beslenme”; aralarındaki oranın bozulması “Dengesiz Beslenme” ve gereksinimden daha çok vücuda alınması durumu ise “Aşırı Beslenme” olarak tanımlanmaktadır [11].

Yetersiz, dengesiz ve aşırı beslenme bozuklukları malnütrisyonla sebep olarak akut ve kronik birçok hastalık için zemin hazırlayacaktır. Beslenmeye bağlı şişmanlık, zayıflık, anemi, enfeksiyon hastalıkları, malnütrisyon, kardiyovasküler hastalıklar, kanser, hipertansiyon, tip 2 diyabet, osteoporoz gibi halk sağlığı için önemli hastalıklar diyetdeki besin elementi dengesiyle direkt ilişkili hastalıklardır. Beslenme bozukluklarının davranışsal temellerinin anlaşılması, beslenme bozukluğuna yol açan çevresel ve kişisel faktörlerin belirlenmesi, bireylere bu konuda farkındalık kazandırılması toplum sağlığını geliştirecektir [13].

Optimal beslenme fizyolojik ve ruhsal bir iyilik halini korumak için olsa da kişinin beslenme davranışı birçok bireysel ve sosyal faktörden güdülenmektedir. Beslenme kalitesini ve davranışını belirleyen çevresel ve bireysel etkenlerin başlıcaları; sosyokültürel ortam, sosyoekonomik düzey, eğitim düzeyi, coğrafik konum, cinsiyet, yaş, ruhsal durum, besine ulaşılabilirlik olarak sayılabilir [12] .

2.1. Yeme Bozukluklarının Tanımı ve Sınıflandırılması

Yüzyıllardır farklı toplumlarda farklı örüntüler şeklinde görülen yeme bozuklukları “Malnütrisyonla ve hastalığa neden olan beslenme davranışındaki sapmalar” olarak tanımlanmıştır [14] .

Yeme bozuklukları DSM-IV'de anoreksiya nervoza (AN), bulimiya nervoza (BN) ve başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları (BTA-YB) şeklinde sınıflandırılırken, yeni tanımlanan yeme bozukluklarının eklenmesiyle DSM-V sınıflandırma sisteminde sekiz başlık altında sınıflanmaktadır [3]. DSM-V sınıflandırma sisteminde “Beslenme ve Yeme Bozuklukları” başlığı altında yer alan tanı kategorileri

- a) Pika (toprak yeme)
- b) Geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu

- c) Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu
- d) Anoreksiya nervoza (AN)
- e) Bulimiya nervoza (BN)
- f) Tıkınırcasına yeme bozukluğu
- g) Tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu
- h) Tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu şeklinde belirlenmiştir [3].

2.1.1. Anoreksiya nervoza

Anoreksiya nervoza tanısı en sık 14-18 yaşlarında konmakta ve kadın cinsiyette yaygın görülmektedir [14].

Vücudun gereksinimlerine göre enerji alımının kısıtlanması sonucu olması gerekenden %85 daha az vücut ağırlığıyla sonuçlanan ağır bir nevrozdur. Hastalığın şiddeti Beden Kütle İndeksi (BKİ)'ne göre derecelendirilir. BKİ, Hafif AN'de 17 kg/m^2 den büyük ya da eşit, orta AN'de $16-16,99 \text{ kg/m}^2$, ağır AN'de $15-15,99 \text{ kg/m}^2$, ileri derecede AN'de ise 15 kg/m^2 den düşüktür [3].

Temelinde kişinin kendi bedenini değerlendirirken ağırlığına ve biçimine, abartılmış bir önem yüklemesi ve düşük vücut ağırlığıyla bir hayat sürdürmenin yol açacağı tehlikeleri göz ardı etmesi yatar. Bu bireyler kilo almaktan şişmanlamaktan çok korkma ve kilo kaybını devamlı kılacak faaliyetlerde bulunma, kendini aşırı kilolu görme ve yeme güdüsünü baskılama sonucu hayatı tehdit eden kilolara düşerler. Kendi yaş, boy ve cinsiyeti için normal olan kiloları normal kabul etmeme tutumundadırlar [14].

2.1.2. Bulimiya nervoza

Bulimiya nervoza temel olarak yeme ve pişmanlık döngüsüdür. BN temelinde de AN'deki gibi şişman olma korkusu ve beden ile aşırı uğraş yatar [15].

Yeme epizotlarında normal bir insanın yiyebileceği miktarların çok üzerinde miktarda gıda tüketilir ve yeme davranışı üzerinde kontrol yoktur, yemeyi durduramazlar. Tıkınırcasına yeme nöbetleri, hastalığın ana belirtisidir. Hastalar, nöbet sonrasında büyük bir pişmanlık ve suçluluk duyarlar. Bu pişmanlığı; laksatif kullanma, idrar söktürücü ilaç alma, metabolizmayı

hızlandırmaya çalışma, kendini aç bırakma, kusma, lavman, aşırı egzersiz gibi davranışlarla kompanse etmeye çalışırlar. Daha sonra haz almak için aşırı yeme davranışını yinelerler. Kompense edici davranışları üst ve alt gastrointestinal sistemden sıvı ve elektrolit kayıplarına yol açmaktadır [15] .

Hastalığın şiddetinin sınıflandırılması aşırı yemeyi telafi için yapılan davranışların sıklığına göre olmaktadır; haftada ortalama 1-3 kere ise hafif, 4-7 kere ise orta, 8-13 kere ise ağır ve 14 ve üzerinde ise ileri derece olarak değerlendirilir. DSM V'e göre BN tanısı için tıknırcasına yeme ve uygunsuz dengeleyici davranışların her ikisi de "3 ay boyunca, ortalama haftada en az 2 kere" görülmelidir [3].

2.1.3.Tıknırcasına yeme bozukluğu

Tıknırcasına yeme bozukluğu (TYB) erişkinlerde en yaygın görülen yeme bozukluğudur. DSM-IV'de "Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları" başlığı altında yer alırken DSM V'de kendine özgü tanı kriterleri olan bir yeme bozukluğu olarak tanımlanmıştır. Bu epizotların aşağıdaki özelliklerden üç veya daha fazlasıyla ilişkili olması tanı koydurucudur: normalden çok daha hızlı yemek; yediği miktar nedeniyle utanç yüzünden yalnız yemek; rahatsız edici derecede dolana kadar yemek; fiziksel olarak aç olmadığında büyük miktarlarda yemek veya aşırı yeme sonrasında kendini tiksiniş, bunalmış veya çok suçlu hissetmek. Bu davranışların kendiliğinden tetiklenen kusma, müshil veya diüretik kullanımı gibi uygunsuz telafi edici davranışlar olmadan ortaya çıkması da tanıya yardımcıdır [3]. TYB en yaygın yeme bozukluğudur ve yaşam boyu prevalansı %0,9-2,6 arasındadır. TYB, sağlıkla ilişkili daha düşük yaşam kalitesi, daha yüksek metabolik sendrom riski ve daha fazla depresyon belirtisi gibi bir dizi tıbbi ve psikososyal durumla ilişkilidir[16].

BN'de tanımlanan aşırı yeme epizotları, TYB olan hastalarda da görülür [17]. TYB hastalarının BN'den farkı, yeme atağının oluşturduğu fiziksel ve ruhsal olumsuzluğu kompanse etmek için hiçbir davranışa girişmemeleridir. [3].

2.1.4. Pika

Pika, bir aydan uzun süre boyunca gıda olmayan ve kültürel, gelişimsel açıdan uygun olmayan maddelerin yenmesidir. Çocuklarda gebelik döneminde ve

psikotik rahatsızlığı bulunan kişilerde görülmektedir. Etiyolojisinde demir eksikliği, çinko eksikliği, psikotik rahatsızlıklar, antipsikotik ilaç kullanımı yer almaktadır. Pika gastrointestinal obstrüksiyon, perforasyon, ülserasyon, hemoraji, çinko zehirlenmesi, bakır zehirlenmesi, ağır metal zehirlenmesi, aspirasyona bağlı ani ölümle sonuçlanabilir [3, 18].

2.1.5. Kaçınan kısıtlı yiyecek alım bozukluğu

Kaçınan kısıtlı yiyecek alım bozukluğunda (KKYAB) AN ve BN'de olduğu gibi vücut şekli ya da kilo alımıyla ilgili korku yoktur; ancak kişi yiyeceklerden ve yeme eyleminden sürekli olarak kaçınır, gıda kısıtlamasına gider [19].

KKYAB'ın tanısal ölçütleri; gıda ya da yemeye karşı ilgi kaybı, gıdanın kokusu, görünümü gibi duylara hitap eden özelliklerinden kaçınma (Şeftali kabuğunun tüylü olmasından dolayı dokunamama, yiyememe), yemenin tiksindirici sonuçlarından endişe (Kusmadan, besin zehirlenmesinden korkma) olarak ilk defa 2013'de DSM V'de yeni bir yeme bozukluğu olarak tanımlanmıştır [3].

KKYAB olan hastalarda zamanla psikolojik ve sosyal işlevsellikte bozulmalar, vücut ağırlığında belirgin kayıp, malnütrisyonel sonuçlar, parenteral ya da oral beslenme desteklerine bağımlılık gelişmektedir [19].

2.1.6. Geri çıkarma bozukluğu

Geviş getirme olarak da adlandırılan bu bozukluğun temel semptomu, kişinin yeme fonksiyonları normal iken yediği bir öğünden sonra; bulantı hissi olmadan yediklerini ağızına geri toplamasıdır. Yenilmiş yiyeceklerin geri çıkarılması öğünden 10 ila 15 dakika sonrasındadır ya da en geç 1 ila 2 saate kadar uzayabilir [20].

DSM V'de yer alan tanı ölçütleri; "En az bir ay süreyle sık sık yediği yiyeceği geri çıkarma (çıkarılan yiyecek yeniden çiğnenebilir, yeniden yutulabilir ya da dışarı tükürülebilir) ve sık sık geri çıkarmanın eşlik eden bir mide bağırsak patolojisine ya da başka organik sebebe bağlı olmaması" şeklinde belirtilmiştir [3].

2.1.7. Tanımlanmış beslenme ve yeme bozuklukları

DSM V'de atipik anoreksiya nervoza ve eşik altı bulimiya nervoza, eşik altı tikanırcasına yeme bozuklukları tanımlanmış beslenme ve yeme bozuklukları başlığı altında sınıflandırılmıştır. Gece yeme sendromu, aşırı miktarda yiyeceği yutmadan çiğneyip tükürenlerde bu başlık altında sınıflandırılmaktadır [3].

Atipik AN, kilo kaybı olmasına rağmen normal vücut kitle endeksinde olan ve AN tanı kriterlerini karşılayan kişilerdir. Eşik altı BN, yeme ataklarının ve dengeleyici davranışların haftada bir kereden daha az sıklıkta ya da üç aydan daha kısa süreli görüldüğü BN grubudur. Eşik altı tikanırcasına yeme bozukluğunda ise tüm tanı kriterleri sağlanır ancak tikanırcasına yemenin sıklığı ve sürekliliği bozulmuştur, haftada birden az üç aydan daha kısa süreli görülen formudur [3].

2.1.8.Tanımlanmamış beslenme ve yeme bozuklukları

DSM V'de yeni eklenen bu sınıflandırma klinik olarak hastada belirgin bir bozulmaya yol açan kişinin bireysel ve sosyal işlevselliğini bir şekilde bozan ancak tanı ölçütleri için öykünün alınmadığı, yeterli bilginin olmadığı (travma koşulları, acil servis koşulları vb..) ya da herhangi bir tanı için tanı kriterlerini tam karşılamayan yeme bozuklukların da kullanılır. Ayrıca klinisyen için yeme bozukluğunun spesifik tanısının önem arz etmediği hallerde, yeme bozukluğu bu şekilde sınıflandırabilmektedir [3].

2.2. Ortoreksiya Nervoza

Kronik hastalıklar epidemisi, ülkemizde ve tüm dünyada giderek büyümektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre Türkiye'deki tüm ölümlerin %87,5'i bulaşıcı olmayan hastalıklardan (BOH) kaynaklanmaktadır. Dünyada BOH'lar her yıl 40 milyon kişinin ölümüne sebebiyet vererek; tüm ölümlerin %70'i gibi büyük bir payı üstlenmektedir. Her yıl, 30-69 yaş arası 15 milyon kişi bulaşıcı olmayan hastalıklardan hayatını kaybetmektedir. Beslenme, BOH kontrolünde çok önemli bir risk faktörüdür [21].

Alkol tüketimi, tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, hareketsiz yaşam tarzının yol açtığı; obezite, diyabetes mellitus, hipertansiyon, kanser, kalp ve damar hastalıkları gibi önemli hastalıkların artan sıklığı; toplumda artan farkındalığı

ve “sağlıklı beslenme hareketini” de beraberinde getirmiştir. Bunun bir sonucu olarak sosyal medyada, gazete, dergi, bloglar ve televizyonlarda sağlıklı ve zinde bir yaşamın anahtarı “sağlıklı beslenme” olarak sıklıkla topluma sunulmaktadır [22, 23].

Dengeli ve sağlıklı bir diyet sağlıklı bir yaşamın en önemli paydaşlarından birisidir. Diğer taraftan aslında sağlığı korumak için verilen bu sağlıklı beslenme çabasının, vücudun ihtiyacı olan besin öğelerini karşılayan bir diyet dengesinden uzak tek yönlü ve sadece saf gıdaları içeren bir diyet takıntısına dönüşmesi de tüm dünyada giderek yaygınlaşmakta olan bir durumdur [6, 22].

Makro ve mikro besin öğeleri arasında miktar ve denge gözetilmeden sadece nicelikçe saf ve temiz gıdalarla kısıtlanan bir diyetin kişinin gündelik yaşamını bozacak bir nevroz haline gelmesi yani obsesif bir odak olarak sağlıklı beslenme durumu ortoreksiya nervoza olarak tanımlanmıştır [6].

Ortoreksiya nervoza, kelime kökeni olarak “Orto” “doğru”, “rexius” “beslenme” yani doğru beslenme takıntısı demektir, ilk kez 1997’de Bratman tarafından tanımlanmıştır [6].

Ortoreksik bireylerin kilo alma ya da vermeyle ilgili ve yenilen yiyeceğin miktarıyla ilgili bir uğraşları yoktur. Yiyeceğin kaliteli saf olmasının onları daha sağlıklı yapacağı inancıyla sadece saf gıdalarla diyetlerini kısıtlamaya çalışırlar, bunların dışındaki besinleri yedikleri zaman aşırı suçluluk duyarlar ve kendilerinden nefret ederler. Gıdalar ve beslenmelerini planlamakla ilgili günlük aşırı uğraşları vardır ve sosyal yaşamlarını diyetlerine göre düzenlemektedirler; alınan gıdalar kadar pişirme tarzı, pişirme araçları, saklama kaplarının seçimi konusunda da uğraşları vardır [24].

2.2.1. Ortoreksiya nervoza belirtileri

Ortoreksiya nervoza ile ilgili semptom grupları anoreksiya nervoza ve diğer besleme bozukluklarıyla örtüşmektedir. Beslenmeye bağlı ve sosyal işlev bozukluğuna bağlı semptomlar olmak üzere, temel olarak iki grup altında toplanmaktadır [4].

Beslenmeye bağlı bulguları, sıklıkla anoreksiyada olduğu gibi yetersiz beslenmeye bağlı semptomlar kümesidir. Düşük beden kütle indeksi, yetersiz beslenmeye bağlı hastalıklar ve fizyolojik işlevlerin bozulması olarak görölmektedir. Ancak ON hastalarında BKİ düşüklüğü, AN hastalarında olduğu gibi tanısal ve hastalığın şiddetinin ölçümünde kullanılan bir parametre değildir. ON hastaları bu semptomların arkasındaki farklı mekanizma nedeniyle AN hastalarından ayrılmaktadırlar. Görülen yetersiz beslenme ve kilo kaybı sadece saf ve nitelikçe kaliteli gıdayı arama ve sadece onu tüketme sonucu kısıtlanan diyete bağlıdır. Ayrıca gıdanın niteliği kadar gıdanın pişip pişmemesi, rengi ve pişirilme yöntemleri de ON hastalarının diyetlerini kısıtlayıcı önemli faktörlerdendir [4, 6].

Bazı ON hastalarının tabaklarındaki gıdaların renk uyumuna, bazıları sadece çiğ besin tüketmeye, bazılarıysa sadece bitkisel beslenmeye (vejetaryen) odaklanmışlardır. Kendi pişirme yöntemlerine odaklanan ON hastaları içinde farklı yöntemlerle ve araçlarla hazırlanan gıdalardan kısıtlanmış bir diyet söz konusudur [6].

ON hastalarında BN, AN hastaları gibi bedensel imajla ilgili bir takıntılarını yoktur. Gıda seçimlerinde odak noktaları zayıflamak ya da dış görünümünü değiştirmek değil daha sağlıklı olmaktır. Bu yüzden AN ve BN hastalarından farklı olarak öğünlerde ki gıda miktarına değil, niteliğine odaklanmaktadır [6].

Beslenme günlük hayatın ve sosyal yaşıntının da önemli bir parçası olduğu için yeme bozukluğu olan kişilerde sosyal yaşıntıda aksaklıklar ve sosyal işlev bozuklukları zamanla gelişebilmektedir. ON hastalarında gıdalarla ilgili bu katı uğraşın, obsesif kompulsif davranış bozukluğuna benzer bir zeminde geliştiği bildirilmiştir. Bu obsesyon kişiyi sosyal yaşamında izolasyona itmektedir. ON'li bireyler kendisine göre doğru olmayan gıdalar tükettiklerinde kendilerini kötü hissederler; dolayısıyla farklı gıdaların tüketildiği sosyal ortamlarda baskı altında hissettikleri için bulunmak istemezler ve bu yüzden yalnız yeme eğilimi görülebilmektedir. Kişinin sahip olduğu genel psiko-sosyal durumun bu yönde değişmesi etrafla olan kişisel ilişkilerinin değişmesine de yol açabilmektedir [25].

Ortoreksik bireylerin günlük hayatlarında sağlıklı gıdalarla ilgili bilgi toplama, gıda güvenliği ve alışveriş süreçleri, pişirme süreçleri, yeni sağlıklı diyet biçimleri üzerine uzun zihinsel uğraş ve araştırma süreleri vardır bu durum bireyin günlük sorumluklarını aksatmasına neden olabilmektedir [6].

2.2.2. Ortoreksiya nervoza tanısı ve sınıflandırılması

Ortoreksiya nervoza henüz DSM V'de beslenme bozuklukları başlığı altında sınıflanan ve tanı kriterleri belirlenmiş, tanısı buna göre konulan bir klinik beslenme bozukluğu değildir [22].

Ortoreksiya nervoza'nın saptanmasında şu an için kullanılan yöntem ORTO 15 ölçeğiyle yapılan değerlendirmedir. Bu ölçek 2005 yılında Donini ve arkadaşları tarafından hazırlanmıştır ve Bratman'ın 10 soruluk testinin Bratman's Ortorexia Test (BOT) geliştirilmiş halidir. Kişideki ortoreksik eğilimi tam anlamıyla değerlendirebilmek için ORTO 15 ölçeğinin yanında mükemmeliyetçi kişilik, depresyon, anksiyete, obsesif kompulsif davranış belirleyen ölçeklerden de faydalanılması gerekmektedir [6, 26].

Günümüzde henüz sınıflandırılmamış olan bazı beslenme bozuklukları hakkında araştırmalar devam etmektedir; ortoreksiya nervozada bu bozukluklardan biridir. En çok öne çıkanlar; gece yeme sendromu, ortoreksiya nervoza, bigoreksiya (kas dismorfisi), emethobia-boğulmaktan korkmadır. Vandereycken tarafından 2011'de yapılan bir çalışma sonucunda bu bozukluklardan sağlık profesyonelleri arasında en çok bilinen ve pratikte en çok görülen bozukluğun ON olduğu; buna rağmen hakkında en az literatür bilgisi olanlarında emethobia ve ON olduğu belirtilerek, ON üzerinde yapılacak araştırmaların yoğunlaştırılması gerektiği üzerinde durulmuştur [10].

2.2.3. Ortoreksiya nervoza risk faktörleri

2.2.3.1. Eğitim

Dünya genelinde; eğitim hizmetlerinin topluma verilmesi ve toplumdaki bireyler tarafından alınabilmesi için yapılan harcama ile sağlıklı yaşam yılı beklentisi arasında uzun dönemde karşılıklı olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu

gösterilmiştir. Eğitim seviyesi kişinin sağlık algısının, kendi sağlığından sorumluluk bilincinin, sağlıklı yaşam beklentisinin sınırlarını belirleyen ana unsurlardan biridir. Eğitim düzeyi sağlığın korunması ve geliştirilmesinde, sağlıklı yaşama davranışının şekillenmesinde belirleyici bir faktördür [27].

Dengeli beslenme kişinin kendi karar ve yargılarıyla belirlediği en önemli sağlıklı yaşama davranışlarından birisidir. Kişinin beslenme tercihleri sağlık okuryazarlığı, gıda ve beslenme okuryazarlığı seviyesiyle ilişkili olarak şekillenmektedir. Sağlık okuryazarlığının artması sağlığı koruma yönünde uygun bir beslenme davranışı geliştirilmesi gerektiği farkındalığını arttıracaktır; bu da toplumsal ve bireysel olarak sağlıklı beslenme konusunda bir güdü oluşturmaktadır. Bireyin gıdalar, diyetler, gıda güvenilirliği ile ilgili kendi araştırmasını yapıp, ulaştığı bilgileri analiz etmesi ve doğru kararlar alarak uygun davranışları oluşturabilmesi gıda ve beslenme okuryazarlığı seviyesiyle ilişkili bulunmuştur [28].

2.2.3.2. Cinsiyet

Donini yaptığı çalışmasında erkeklerde ortoreksik beslenme davranışının kadınlara göre daha sık görüldüğünü belirtmektedir [26]. Her iki cinsiyet de sorgulandığında, diyeti yapma amacının sağlıklı olmak olduğunu belirtmişlerdir. İkincil olarak kadınlarda ağırlık kaybetmek ön plandayken erkeklerde iyi görünme ve dış görünüşün kendilerini sosyal olarak daha farklı konumlandığı görüşünün bu davranışı güdülediği belirtilmiştir. Ancak her iki cinsiyet için ortak amaç daha sağlıklı olmak ve sosyal konumlarını iyileştirmektir [26].

2.2.3.3. Sosyoekonomik düzey

Sosyoekonomik düzey; morbidite, mortalite gibi ölçütleri direkt olarak etkileyen bir risk faktörüdür ve sağlığı koruma davranışının gelişmesinde çok önemli bir yeri vardır. Sosyoekonomik eşitsizliklerin görüldüğü toplumlarda bireylerin sağlığı geliştirici davranışları uygulama olasılıklarının daha düşük olduğu görülmektedir. Birey toplumdaki ayrı bir olgu olarak düşünülmemeyeceği için sağlıklı yaşama davranışları, bireysel tercihler olmasının ötesinde bulunduğu sosyoekonomik çevreye bağlı şekillenen bir durumdur [29].

Bireyin uygun sağlıklı yaşam davranışını seğmesi için gereken farkındalık sağlık okuryazarlığı seviyesiyle sağlanan bir durumdur. Sağlık okuryazarlığı ve sosyoekonomik düzey birbirine bağımlı faktörlerdir. Kişinin sağlık eğitimiyle öğrendiği sağlıklı yaşam davranışını hayatında uygulayacağı ekonomik ve sosyal olanakları yoksa bu davranışı uygulayamayacaktır [30].

Gelir ve eğitim düzeyi yüksek bir toplumda ise kişinin sağlık bilgisi ve öğrendiği sağlıklı yaşam davranışlarını uygulama imknı artacaktır. Birey sosyoekonomik düzeyi yüksek bir çevrede bulunuyorsa, toplum tarafından kabul görebilme ve sosyal konumun iyileştirilmesi gibi faktörler de sağlıklı yaşama davranışı geliştirilmesinde güdüleyici faktör olarak ortaya çıkmaktadır. Ortoreksik bireylerde yapılan bir çalışmada, bu davranışın sağlıklı beslenmeden sonraki ikincil amaçlarından birinin sosyal konumun iyileştirilmesi olduğu bildirilmiştir. Sosyal güdünün yanında böyle seçici bir beslenme davranışının sürdürülebilir olması için kişinin gerekli maddi olanağa ve sosyal çevreye sahip olması şarttır [26, 30].

2.2.3.4. Kişilik faktörleri

Ortoreksik bireylerdeki sağlıklı beslenme takıntısının altında yatan kişilik faktörleri başlıca; mükemmeliyetçi kişilik, gösterişli davranışlara yatkınlık, bilişsel katılık, anksiyetik kişilik, egosantrik kişilik, dış gerçekliği değerlendirme yetisinde zayıflık, i dünyasına sınırlı kalma olarak tanımlanmıştır [31].

Ortoreksik davranışla bağımlı davranış bozukluğu, yeme davranışı bozukluğu, duygu durum bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluğun klinik semptomları arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada anksiyete bozukluğu, kompulsif davranış paterni, sınırlı yeme davranışı, yeme kaygısı ve vücut ağırlığı kaygısıyla anlamlı ilişkili bulunmuştur [31].

Duygu durum bozuklukları ve anksiyete bozukluğu birçok yeme bozukluğunun ortak sebebini oluşturmaktadır. Duygusal beslenme olumsuz duygulardan kaçınmak için gıdaları kullanmak olarak tanımlanmaktadır. Duygusal beslenmenin mekanizmasını açıklayan kısıtlayıcı yeme, dışsal yeme, kaçış teorisi ve psikosomatik teori olmak üzere bazı teoriler ortaya konmuştur.

Temelinde hissedilen ruhsal eksikliği ya da dengesizliği beslenmeyle düzeltmeye çalışma yatmaktadır [9].

Obsesif kompulsif bozukluğun obsesyonlar ve kompulsiyonlar olmak üzere iki davranış paterni vardır. Takıntılı düşünceler yani obsesyonlar kişide kompulsif dengeleyici ve zorlayıcı davranışlara neden olmaktadır. Kompulsif davranış paterni; bir olaya veya duruma tepki olarak katı bir biçimde uygulanması gereken, kendini yapmaktan alıkoyamadığı davranış ve düşünceler ya da var olan ruhsal sıkıntıdan kurtulmak için veya azaltmak için yapılan, kendini yapmaktan alıkoyamadığı davranış ve düşünceler olmak üzere iki temele dayanır. Kompulsiyonlar kişide duygu durum dalgalanması yaşatan duruma karşı mantıklı ya da mantıksız yanıtlar olarak seçilebilir ancak ortak noktası davranışın aşırı sınırlarda yapılmasıdır. Duygu durum bozukluklarında olduğu gibi ruhsal bir eksiklik ya da dengesizlik kompulsif davranışlarla giderilmeye çalışılır. [32].

2.2.3.5. Sosyal medya

Günümüzde hızla artan teknolojik imkânlar neticesinde bilginin yayılımı ve paylaşımı kolaylaşmıştır. Bireysel olarak hayata dair tüm deneyimlerin paylaşıldığı sosyal medya organlarının kullanımı toplumda giderek yaygınlaşmaktadır. Bilgi paylaşımı birçok alanda toplumun refahına katkı sağlarken; çoğu zamanda bilinçsiz kullanım yapan kişilerin tüketim unsurlarına yönlendirilmesi için bir araç olabilmektedir [23].

Beslenme ise günümüzde sadece fiziksel bir ihtiyacı karşılamaktan öte sosyal bir olgu olmuş, kişilerin kendilerini tanımladıkları bir platforma dönüşmüştür. İnsanların yedikleri, içtikleri, gittikleri mekânlar yaşam tarzları önem arz etmeye başlamış ve bir sosyal statü göstergesi haline gelmiştir. Günden güne sayısı artan beslenme trendleri ya da popüler diyetler oluşmuş, giderek daha fazla kabul görmeye başlamıştır. Karbonhidratsız beslenenler, veganlar, vejetaryenler, şekersiz beslenenler, çiğ beslenenler gibi birçok popüler grup kısıtlanmış diyetlerini bir yaşam stili olarak sunabilmektedir [23].

Sosyal medya aracılığıyla ürün reklam ve tanıtımlarının da yapıldığı özellikle topluma yön veren kişilerin pazarlama için kullanıldığı göz önüne alındığı zaman, bilinçsiz bir kullanıcı için yaşam davranışlarına direkt olarak yön veren bir unsura dönüşmektedir. Üniversite öğrencilerinde yapılan bir araştırmada; sosyal medyada geçirdikleri zamanın giderek arttığı sağlıklı yaşam ile ilgili konuları sosyal medyadan takip ettikleri beslenme alışkanlıklarına da medyadaki paylaşımların yön verdiği bildirilmiştir [23].

2.2.4. Ortoreksiya nervoza tedavisi

Şu an için tanımlanmış kesin bir tedavi yöntemi olmamakla birlikte bu sağlıklı beslenme takıntısının oluşmasında rol oynayan multifaktöriyel etkenler nedeniyle ON tedavisi birtakım zorluklar içermektedir. Bu derin beslenme saplantısının oluşmasında; altta yatan sebeplerin araştırılması kişinin normal bir diyetle dönmeye yardımcı olacaktır. Bu bireylerde eşlik eden duygu durum bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk gibi bozukluklar da tedavi sürecinde her hasta için göz önüne alınmak zorundadır [4].

Yapılan çalışmalarda merkezi sinir sisteminin serotonerjik yollarının yiyecek ve iştah denetiminden sorumlu olmaları nedeniyle, selektif serotonin geri alım inhibitör (SSRI) grubu antidepresanların serotonin dengesini düzeltmek yoluyla bu hastalarda hem duygu durum bozukluklarını hem de beslenme, iştah merkezlerini kontrol edebileceği öne sürülmüştür. Serotonerjik yolağın aynı zamanda obsesif kompulsif spektrum bozukluklarında rol oynaması, bu hastalarda düzelmeye katkı sağlayabileceği görüşünü desteklemektedir [33].

Ancak doğal beslenme saplantısı olan ortoreksiya hastalarının, hap tedavisine olumsuz bakabileceği öne sürülmüştür. Zıt bir görüş olarak da, sağlıklı olmak amacıyla yapıldığı için hap tedavisine olumlu yanıt verebilecekleri bildirilmiştir [4].

Psikiyatrik açıdan obsesif kompulsif spektrum bozukluğu olarak değerlendirildiği takdirde davranışçı bilişsel tedavi ile bu hastaların tedavisi mümkün olacaktır [4].

Tedavi sürecinde ortoreksiya nervoza hastalarında, normal bir diyet düzenine geçtikleri zaman anoreksik bireylerde olduğu gibi aşırı bir suçluluk duygusu oluşmaktadır. Bazı besinlerden aşırı derecede korktukları için ortoreksik bireyin tedavisi, zaman ve içe dönük çalışmayla aşılabilecek süreçleri içermektedir. Kendisini iyileşmekte olan bir ortoreksik olarak tanımlayan Bratman'a göre spektrumun bir ucunda yer alan kötü besinler, diğer ucunda yer alan iyi besinler varken ortoreksiya hastalarının orta kademedeki yer alan besinleri algılamasına yardım etmek gerekmektedir [6, 34].



3.GEREÇ YÖNTEM

3.1. Evren ve Örneklem

Analitik kesitsel nitelikteki bu çalışma 01.08.2019-31.08.2019 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Kurupelit kampüsünde gerçekleştirildi. Araştırma evrenini kampüste yer alan ziraat, veterinerlik, tıp, diş hekimliği, spor bilimleri, sağlık bilimleri, eğitim, fen edebiyat, ilahiyat, iktisadi idari bilimler ve mühendislik fakültelerinde görev yapmakta olan toplam 960 öğretim elemanı oluşturdu. Örneklem hesabı $n: N \cdot (t_{1-a})^2 \cdot (p \cdot q) / S^2(N-1) + (t_{1-a})^2 \cdot (p \cdot q)$ formülüne göre yapılmıştır. Evren ortalamasının %80 güç ve %5 tip 1 hata ile temsil edilebilmesi için gereken minimum örneklem sayısı 219 kişi olarak hesaplandı. Olası hatalı ve eksik veri kaybını önlemek için örneklemin en az %10 fazlasının alınması planlanarak araştırmaya 248 öğretim elemanı dâhil edildi. Örneklemin hesaplanmasında Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) tarafından geliştirilen Epi Info™ (Version 7.2) paket programı kullanıldı.

Örnekleme alınacak bireylerin seçiminde çok aşamalı örneklem yöntemi kullanıldı. Fakültelerin her birinden örnekleme alınacak öğretim elemanı sayıları tabakalı örneklem yöntemi ile hesaplandı. Tabakalanmış örneklemin fakülterle göre dağılımı; Tıp Fakültesi: 66, Diş Hekimliği Fakültesi: 14, Fen Edebiyat Fakültesi: 37, Eğitim Fakültesi: 34, Mühendislik Fakültesi: 26, Ziraat Fakültesi: 22, Veterinerlik Fakültesi: 18, İlahiyat Fakültesi: 12, İktisat Fakültesi: 7, Sağlık Bilimleri Fakültesi: 7, Yaşar Doğu Spor Bilimleri Fakültesi: 5 olarak belirlendi. Her bir fakülteden çalışmaya alınacak kişi seçiminde ise sistematik örnekleme yöntemi kullanıldı. Örneklem için seçim katsayısı belirlenirken 1 ile 4 (evrendeki öğretim üyesi sayısı/ örneklemimizdeki öğretim üyesi sayısı) arasından 2 sayısı rastgele olarak atandı. Fakültelerdeki öğretim üyelerinin ziyaretlerine listedeki ikinci öğretim üyesinden başlandı ve gerekli örneklem sayısına ulaşıncaya ziyaretler sonlandırıldı. Örnekleme çıkan öğretim elemanları odalarında ziyaret edilerek çalışma hakkında bilgi verildikten sonra gönüllü olarak katılmak isteyen öğretim elemanları çalışmaya dâhil edildi. İkişer gün ara ile üç kez ziyaret edilmesine karşın kendisiyle irtibat kurulamayan, ya da çalışmaya katılmak istemeyen öğretim elemanlarının

yerine bu öğretim elemanına en yakın odada çalışan öğretim elemanı ziyaret edildi. Dışlama kriterleri olarak belirlenen; herhangi bir klinik psikiyatrik bozukluğu olan, medikal bir gerekçeyle zorunlu bir diyet uygulayan, besin alerjisi bulunan bireyler çalışma grubuna dâhil edilmedi.

Araştırmanın etik onayı Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Karar no: 2019/473), kurumsal izinler ise Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörlük makamından alındı.

3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri Kurupelit Kampüsünde yer alan 11 fakültede yüz yüze görüşme yöntemi ve anket formları aracılığıyla toplandı. Katılımcılara sosyodemografik özelliklerin sorgulandığı anket formu, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Orto-15 Ortoreksiya Nervoza Ölçeği olmak üzere toplam 4 adet anket formu uygulandı.

3.2.1. Sosyodemografik anket formu

Anket formu toplam sekiz soru içeren üç bölümden oluşturuldu. Birinci bölümde katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum ve akademik unvan gibi sosyodemografik özelliklerine yönelik sorular yer almaktaydı.

İkinci bölümde katılımcıların antropometrik değerlerine ilişkin sorulara yer verildi ve katılımcıların BKİ'sini belirlemek için boy ve vücut ağırlıkları beyana dayalı olarak kaydedildi. Kişilerin olmak istedikleri vücut ağırlığı sorgulanarak, istedikleri kilogram değişimleri hesaplandı.

Üçüncü bölümde kişisel beslenme alışkanlıklarına ilişkin sorulara yer verildi. Katılımcıların var olan diyet tedavileri, vejetaryen diyet tercihi, beslenme konusundaki bilgi kaynakları, edinilen bilgiye dayalı beslenme davranışlarının değişip değişmediği sorgulandı.

3.2.2. Beck anksiyete ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği Dr. Aaron Beck tarafından oluşturulmuş hastanın kendisi hakkındaki düşüncelerinin kullanıldığı, öz bildirim yöntemiyle yapılan bir anksiyete değerlendirme ölçeğidir [35].

Ölçek; terleme (sıcaklığa bağlı olamayan), titreklilik, kontrolü kaybetme korkusu, dehşete kapılma, sinirlilik, midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi, boğuluyormuş gibi olma duygusu gibi fiziksel ve ruhsal yakınmaların sorgulandığı 21 sorudan oluşmaktadır. Ölçek kişinin anketi doldurduğu gün ve öncesindeki bir haftalık periyottaki semptomları sorgulamaktadır. Beck Anksiyete Ölçeği dördümlük likert tarzda bir ölçektir. Verilen yanıtlar Hiç: sıfır puan, hafif: bir puan, orta: iki puan, ciddi: üç puan olmak üzere puanlanır. Bütün sorulara verilen yanıtların puanları toplamı kişinin Beck Anksiyete puanını vermektedir.

Bu puanlara göre; 0-7 puan Minimal düzeyde anksiyete belirtileri, 8- 15 puan Hafif düzeydeki anksiyete belirtileri, 16-25 puan Orta düzeyde anksiyete belirtileri, 26-63 puan şiddetli düzeyde anksiyete belirtileri olarak değerlendirilmektedir [35].

3.2.3. ORTO-15 ölçeği

Ortoreksiya Nervoza tanısı için ilk kullanılmaya başlanan ölçek Bratman'ın hazırladığı on sorudan oluşan "evet", "hayır" olarak cevaplanan BOT ölçeğidir. BOT ölçeğinin soruları Donini ve arkadaşları tarafından 2005 yılında pilot çalışma yapılarak yeniden düzenlenmiş ve on beş sorudan oluşan Orto-15 ölçeği orijinal halini almıştır. Bireylerin, kendilerini ne sıklıkla soru cümlesinde tarif edildiği şekilde hissettiklerini "her zaman", "sık sık", "bazen" ve "hiçbir zaman" seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtmeleri istenmektedir [6, 26].

Ölçekte her soru aynı şekilde puanlanmamaktadır. Ölçekte 3, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 14 ve 15. sorularda her zaman: 1 puan, sık sık: 2 puan, bazen: 3 puan, hiçbir zaman: 4 puan olarak değerlendirilmektedir. 2, 5, 8 ve 9. sorularda her zaman: 4 puan, sık sık: 3 puan, bazen: 2 puan, hiçbir zaman: 1 puan olarak değerlendirilmektedir. 1. ve 13. soru ise her zaman: 2 puan, sık sık: 4 puan, bazen: 3 puan ve hiçbir zaman: 1 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten en fazla 60 en az 20 puan alınmaktadır. ON ön tanısı için anlamlılık sınırı 40 olarak bildirilmiştir. Orto-15 puanı azaldıkça sağlıklı beslenme takıntısı artmaktadır[36].

3.2.4. Rosenberg benlik saygısı ölçeği

Morris Rosenberg tarafından 1963 yılında oluşturulmuştur. Bu ölçek 12 alt alandan ve 63 çoktan seçmeli sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin alt alanları şunlardır: Benlik saygısı, kendilik kavramının sürekliliği, insanlara güvenme, eleştiriye duyarlılık, depresif duygulanım, hayalperestlik, psikosomatik bilgiler, kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme, tartışmalara katılabilme derecesi, ana baba ilgisi, baba ile ilişki, psişik izolasyon. Ölçeğin benlik saygısı alanı benlik saygısını doğrudan ölçmeye, diğer alt alanlar ise benlik saygısıyla ilişkili olduğu düşünülen durumları ölçmeye yönelik olarak hazırlanmıştır. Ölçeğin benlik saygısı alanı 5 olumlu 5 olumsuz 10 sorudan oluşmaktadır. Kişinin kendiyile ilgili iç tutumunu ölçmeye yöneliktir. Guttman ölçekleme yöntemiyle dikotomik olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça benlik saygısı azalmaktadır. Ölçek puanlarına göre; 0-1 puan yüksek benlik saygısını, 2-4 puan orta düzeydeki benlik saygısının 5-6 puan düşük düzeyde benlik saygısı olarak değerlendirilmektedir [37].

3.3. Veri Analizi

Verilerin analizinde SPSS 21 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) paket programı kullanıldı. Sayısal değişkenlerin değerlerinin normal dağılıma uygunlukları Kolmogorov-Smirnov testiyle değerlendirildi. Sürekli değişkenler dağılım özelliklerine göre "ortalama± standart sapma (SS)" veya "ortanca (en küçük – en büyük)" şeklinde, kategorik değişkenler ise "sayı (yüzde)" şeklinde gösterildi. İki grup karşılaştırmalarında normal dağılım gösteren sayısal değişkenlerin analizinde bağımsız örneklem için t testi ve normal dağılım göstermeyen sayısal değişkenlerin analizinde Mann Whitney U testi kullanıldı. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi ve Fisher'in Kesin Ki-kare testi kullanıldı. Nicel veriler arasındaki ilişki Spearman Korelasyon Analizi ile incelendi. Ortoreksiya nervoza risk faktörlerinin belirlenmesinde lojistik regresyon analizi kullanıldı. İstatistiksel analizde $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edildi. Beden kütle indeksi (BKI) "Vücut Ağırlığı (kg) / Boy (m)²" formülüyle hesaplandı. DSÖ'nün belirlediği kesim noktalarına göre BKİ < 18,5: Zayıf, 18,5-24,9: Normal, 25,0-29,9: Şişman, ≥ 30 : Obez olarak değerlendirildi.

4. BULGULAR

4.1. Çalışma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Toplam 248 kişiden oluşan araştırma grubunun 144'ü (%58,1) erkek, 104'ü (%41,9) kadın olup, yaş ortancasının 41 (29-65) olduğu; 221 (%86,1) katılımcının evli olduğu saptandı. Katılımcıların sosyodemografik özelliklere göre dağılımı Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo1. Çalışma grubunun sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

Özellik	Sayı	%	
Cinsiyet	Erkek	144	58,1
	Kadın	104	41,9
Medeni Durum*	Evli	211	86,1
	Bekâr	34	13,9
Unvan	Profesör	48	44,3
	Doçent	90	36,3
	Dr. Öğr. Üyesi	110	19,4
Yaş	29-39	98	39,5
	40-49	102	41,2
	50-59	45	18,1
	60-67	3	1,2
Görev yeri (Fakülte)	Tıp	66	26,7
	Fen Edebiyat	37	14,9
	Eğitim	34	13,7
	Mühendislik	26	10,5
	Ziraat	22	8,9
	Veterinerlik	18	7,3
	Diş Hekimliği	14	5,6
	İlahiyat	12	4,8
	Sağlık bilimleri	7	2,8

	İktisat	7	2,8
	Spor bilimleri	5	2

*(Üç kişi yanıt vermemiştir)

4.2. Çalışma Grubunun Antropometrik Özellikleri

Beyan edilen boy ve ağırlık ölçülerinden hesaplanan BKİ'ye göre katılımcıların 2'si (%0,8) zayıf, 132'si (%53,2) normal, 101'i (%40,8) fazla kilolu, 13'ü (%5,2) ise obez kategorisinde idi. Cinsiyete göre yapılan değerlendirmede çalışma grubundaki kadınların normal kilolu, erkeklerin ise fazla kilolu kategorisinde olduğu görüldü (Tablo 2). Katılımcılar, şu an sahip oldukları vücut ağırlığına (kg) göre maksimum vermek istedikleri ağırlığı 23 kg, maksimum almak istedikleri ağırlığı da 6 kg olarak belirtmişti. Grubun ortalama ağırlık değişimi isteği kilo vermek yönünde olup ortancası -4 kg idi. Kadınların azaltmak istediği ortalama ağırlık miktarının erkeklerden 2 kg fazla olduğu saptandı.

Tablo 2. Antropometrik değerlerin cinsiyete göre dağılımı.

Değişkenler	Erkek (n=144)	Kadın (n=104)
Boy (cm)	175,5±6,5	165,8±6,5
Ağırlık (kg)	79,3±9,1	67,9±9,9
BKİ	25,8±2,6	24,7±3,2
İstenen kilo farkı (kg)	-3,85±4,8	-5,95±3,9

4.3. Çalışma Grubunun Beslenme Bilgi ve Tutumuna İlişkin Özellikler

Çalışma grubunda 187 (%75,4) katılımcı zayıflamak istediğini, 25 (%10,1) katılımcı da günlük hayatında bir diyet uyguladığını bildirdi. Vejetaryen beslenen katılımcı sayısı ise sadece 2 (%0,8) idi. Katılımcıların beslenme ve gıdalar konusunda en sık başvurdukları bilgi kaynağının kitle iletişim araçları (TV, sosyal medya organları, internet) olduğu, bunu doktorlar ve bilimsel yayınların izlediği saptandı (Tablo 3). Arkadaş ve aile gibi yakın çevre ise beslenme konusunda en az tercih edilen bilgi kaynağı olarak gösterilmişti. Beslenme ile ilgili güvenilir yeni bir bilgi edinildiğinde beslenme davranışını değiştirdiğini bildiren katılımcı oranı %83,9'du.

Tablo 3. Beslenmeye ilişkin bilgi kaynağı tercihi dağılımı

Bilgi Kaynakları	Sayı (%)
Kitle İletişim Araçları	119 (48,0)
Doktor	42 (16,9)
Bilimsel yayınlar	31 (12,5)
Diyetisyen	22 (8,9)
Ürün ambalajları	18 (7,3)
Sağlıklı Yaşam/Zayıflama Merkezleri	5 (2,0)
Çevre (Arkadaşlar, Aile)	4 (1,6)
Diğer	6 (2,8)
Toplam*	247 (100,0)

* Bir katılımcı yanıt vermemiştir.

4.4. Orto-15, Beck Anksiyete, Rosenberg Benlik Saygısı Skorları ve Birbirleriyle İlişkilerinin Değerlendirilmesi

Ölçek puanlarının değerlendirilmesi sonucunda tüm grupta alınan puan ortalamaları Orto-15 testi için $41,0 \pm 2,6$; Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği için $0,6 \pm 1,1$ ve Beck Anksiyete Ölçeği için de $5,6 \pm 5,9$ olarak saptandı. Tablo 4’de sunulduğu gibi Beck Anksiyete Ölçeği puanları dışında cinsiyetler arasında fark bulunamadı.

Tablo 4. Beck Anksiyete, Rosenberg Benlik Saygısı ve Orto-15 ölçek puanı ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı.

Ölçek	Erkek	Kadın	t	p
Orto-15	$41,1 \pm 2,5$	$40,8 \pm 2,9$	0,872	0,384
Rosenberg Benlik Saygısı	$0,64 \pm 1,1$	$0,81 \pm 1,3$	7011,5*	0,325
Beck Anksiyete	$4,75 \pm 4,7$	$6,94 \pm 7,3$	6155,0*	0,016

*Mann Whitney U Test

Araştırma grubunda 47 kişinin (%19) Orto-15 skorunun 40 puanın altında, yani “sağlıklı beslenme kaygılı” olduğu saptandı. Katılımcıların benlik saygısı ve

anksiyete skorları değerlendirildiğinde yüksek benlik saygısı (%83,9) ve hafif düzeyde anksiyete (%73,4)'nin sık görüldüğü saptandı. Ölçek puanlarına göre yapılan değerlendirmelerde ortoreksiya, benlik saygısı ve anksiyete sıklığı yönünden cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunamadı (Tablo 5).

Tablo 5. Beck Anksiyete, Rosenberg Benlik Saygısı ve Orto-15 ölçeklerine ait değerlendirmelerin cinsiyete göre dağılımı.

Ölçek ve Kategoriler		Erkek	Kadın	Toplam	X ² ; p
Ortoreksiya	Var	27 (18,8)	20 (19,2)	47 (19,0)	X ² =0,09 p=0,924
	Yok	117 (81,3)	84 (80,8)	201 (81,0)	
Benlik Saygısı	Düşük	3 (2,1)	3 (2,9)	6 (2,4)	X ² =1,27 p=0,529
	Orta	17 (11,8)	17 (16,3)	34 (13,7)	
	Yüksek	124 (86,1)	84 (80,8)	208 (83,9)	
Anksiyete	Minimal	108 (75,0)	74 (71,2)	182 (73,4)	X ² =4,43 p=0,109
	Hafif	31 (21,5)	18 (17,3)	49 (19,8)	
	Orta	5 (3,5)	10 (9,6)	15 (6,0)	
	Şiddetli	0 (0,0)	2 (1,9)	2 (0,8)	

Ortoreksiya varlığına göre anksiyete ve benlik saygısı skorları ortalamaları karşılaştırıldığında ortoreksiya varlığında benlik saygısı puanları düşerken, anksiyete puanlarının yükseldiği görüldü (Tablo 6). Ortoreksiya eğilimi olan ve olmayan grupların benlik saygısı skor ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamazken, Beck Anksiyete skorları ortoreksik eğilim gösteren grupta istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p < 0,001$). Düşük, orta, yüksek benlik saygısı grupları arasında ortoreksiya eğilimi görülme sıklığı ki-kare testiyle analiz edildi ve istatistiki olarak anlamlı farklılık göstermediği saptandı ($X^2=2,01$; $p=0,366$). Minimal, hafif, orta, şiddetli anksiyete grupları arasında ortoreksiya eğilimi sıklığı karşılaştırıldığında anksiyete yüksekliği lehine ortoreksiya sıklığı istatistiki olarak anlamlı farklı bulundu ($X^2=25,0$; $p < 0,001$).

Tablo 6. Orto-15 kategorilerine göre Rosenberg Benlik Saygısı ve Beck Anksiyete ortalamalarının değerlendirilmesi.

Ölçekler	Ortoreksiya		MWU	p
	Var	Yok		
Benlik saygısı	0,45±0,8	0,77±1,3	4252,5	0,220
Anksiyete	9,11±7,3	4,87±5,3	2599,5	<0,001

Orto-15 skorları, Rosenberg Benlik Saygısı skorları ile korelasyon göstermezken ($r=0,052$; $p=0,414$); Beck Anksiyete skorları ile negatif yönde, zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon göstermekteydi ($r=-0,131$; $p=0,040$).

4.5.BKİ ile Orto-15 Skoru İlişkisinin Değerlendirilmesi

BKİ değerlerine göre fazla kilolu ve obez olan grup ile normal BKİ grubunda yer alan bireylerin orto-15 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamadı ($p=0,928$). Çalışma grubunun ortanca ağırlık değişim isteği olan -4 kg ve üzerinde kilo vermek isteyenlerle, daha az ya da kilo vermek istemeyen grubun Orto-15 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamadı ($p=0,598$).

4.6.Ortoreksiya Nervoza Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi

Cinsiyet, beslenme bilgisi kaynağı, antropometrik özellikler ve kişilik özellikleri dışında medeni durumun da ortoreksiya eğilimi ile ilişkili olabileceği düşünüldü. Ancak evli ve bekâr katılımcıların Orto-15 puanları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamadı ($p=0,319$). Ortoreksiya Nervoza ile ilişkili olduğu düşünülen tüm bu bireysel faktörler, bir arada oluştukları etkinin değerlendirilmesi amacıyla lojistik regresyon analizi ile test edildi (Tablo 7). Erkek cinsiyet ve bekâr olmanın ortoreksiya riskini arttırdığı görülse de istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Anksiyetede artışın sağlıklı beslenme kaygısının yüksek olduğu grupta yer alma riskini 1,14 kat arttırdığı; benlik saygısında artışın ise ON eğilimini azalttığı ($OR=0,62$) saptandı.

Tablo 7. Ortoreksiya nervoza ile ilişkili bireysel faktörlerin risk düzeylerinin analizi

Bağımsız Değişkenler	B	S.E.	Wald	RR (%95 GA)	p
Cinsiyet	-0,187	0,367	0,259	0,830	0,611
Medeni durum	-0,576	0,461	1,558	0,562	0,212
BKI	0,045	0,062	0,535	1,046	0,465
Anksiyete	0,127	0,031	17,166	1,136	<0,001
Benlik Saygısı	-0,483	0,193	6,306	0,617	0,012

RR: Rölatif Risk, GA: Güven Aralığı

5.TARTIŞMA

Sağlıklı beslenme kaygısının görülme sıklığı ve kişilik özellikleriyle ilişkisinin araştırıldığı bu çalışmada, araştırma grubu seçici beslenme davranışı gösterebileceği düşünülen; eğitim seviyesi yüksek, bilgiye ulaşımı olan ve bilgisi dâhilinde beslenme davranışını şekillendirebilecek maddi olanaklara sahip bir evrenden seçilmiştir. Sağlıklı beslenme kaygısının belirli meslek ve yaş gruplarında daha sık olarak görüldüğü literatürde belirtilmiştir [38]. Bu gruplar arasında adölesanlar, sporcular, tıp fakültesi öğrencileri, sağlık çalışanları, diyetisyenler ve performans sanatçıları yer almaktadır. Ülkemizde farklı meslek gruplarında yapılan araştırmalardan Orto-11 ölçeği kullanılarak 153 yoga eğitmeninin araştırıldığı çalışmada ortoreksik davranış prevalansı %75,4 bulunmuştur [39]. Aksoydan'ın [40] 94 performans sanatçısında ON yaygınlığını araştırdığı çalışmada Orto-15 ölçeği kullanılmış ve katılımcıların %56,4'ünde ortoreksik eğilim olduğu saptanmıştır. Sıklık açısından sanat dalları incelendiğinde %81,8 ile en yüksek sıklık opera sanatçılarında, %32,1 ile en düşük sıklık balet ve balerinlerde saptanmıştır. Brezilyalı diyetisyenlerde Orto-15 kullanılarak yapılan 392 katılımcının yer aldığı araştırmada ortoreksik eğilim prevalansı %81,9 olarak bildirilmiştir [41]. Ramacciotti'nin [42] Orto-15 kullanarak yaptığı genel popülasyon çalışmasında 177 kişilik çalışma grubunda katılımcıların %57,6'sında ortoreksik davranış saptanmıştır. Sağlık çalışanlarında Orto-15 kullanılarak yapılan bir çalışmada prevalanslar doktorlarda %5, diyetisyenlerde %16, hemşirelerde %35, ebelerde %30, fizyoterapistlerde %11 olarak bildirilmiştir [43]. Bizim çalışmamız, yapılan diğer çalışmalardan farklı olarak tek bir meslek grubunda değil, farklı mesleklere sahip öğretim üyelerinin oluşturduğu görece heterojen bir grupta yürütülmüştür. Çalışmamızda araştırma grubunun %19'unun sağlıklı beslenme kaygısı eğilimi gösterdiği bulunmuştur. Çalışma grubumuzdaki ON prevalansının riskli meslek gruplarında yapılan çalışmalardan düşük olması bu heterojenitenin bir sonucu olarak değerlendirilmiştir.

Arusoğlu [5] çalışmasında üniversite ve üzeri eğitim alan grubun Orto-11 puanlarını daha yüksek, yani ortoreksik eğilimlerini daha düşük bulmuştur. Donini [36] eğitim seviyesi arttıkça ortoreksik davranış prevalansının azaldığını

bildirmiştir. Eğitim seviyesiyle obsesif kompulsif bozukluk ve yeme tutumu bozukluğu birlikte değerlendirildiğinde ise eğitimin sonuç üzerindeki belirleyiciliğinin azaldığını bildirmiştir. Araştırma grubumuzda eğitim seviyesinin yüksek olmasına karşın, ortoreksik eğiliminin düşük bulunması da bu savı destekler niteliktedir.

Ortoreksiya nervoza sağlıklı olmak için nitelikçe saf gıdalarla beslenme takıntısıdır ve amaca yönelik olarak değerlendirildiği zaman bu beslenme tercihinin kişiler tarafından AN ve BN'de olduğu gibi zayıflamak ya da fiziksel görünümü iyileştirmek için yapılmadığı bildirilmiştir [36]. Çalışmamızda da bu hipotezi destekleyen bazı bulgular bulunmaktadır. Araştırma grubunda fazla kilolu olduğunu düşünen ve verilmek istenen ortalama kilo değerinden daha fazlasını kaybetmek isteyen katılımcıların Orto-15 puan ortalaması, kilo verme düşüncesi olmayan grubun Orto-15 puan ortalaması ile istatistiki olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Fidan'ın [44] çalışmasında yüksek BKİ ile artmış ON prevalansı bildirilmiştir. Bosi'nin [45] çalışmasında da düşük BKİ ile düşük Orto 11 skoru ilişkilendirilmiştir. Arusoğlu [5] ve Donini [36] ise BKİ ile ortoreksiya arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır. BKİ değerlendirmesine göre oluşturulan grupların ortoreksiya puanları ortalamaları da anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Katılımcılar BKİ değerlerine göre incelendiğinde; %0,8'inin zayıf, %53,2'sinin normal, %40,8'inin fazla kilolu, %5,2'sinin ise obez olduğu saptanmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2016 Türkiye Sağlık Araştırması verilerine göre Türkiye'de nüfusun %4'ü zayıf, %42'si normal kilolu, %34,3'ü obez öncesi, %19,6'sı obez olarak belirlenmiştir [46]. Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yapılan araştırmanın sonuçlarıyla karşılaştırıldığında, araştırma grubumuzda obez birey yüzdesi daha düşük, normal kilolu birey yüzdesi daha yüksektir. Bu farklılığın sebebi araştırma grubumuzdaki eğitim seviyesinin ve farkındalığın yüksekliği olarak değerlendirilmiştir. Literatürle uyumlu olan bulgularımızı bir arada ele aldığımızda yüksek BKİ değerlerine sahip olma ya da BKİ değerinden bağımsız olarak kilo verme isteğinde bulunmanın ortoreksik eğilim ile ilişkili olmadığını ve ortoreksik diyetin, fiziksel değişim isteğinden daha baskın olan, sağlıklı olma motivasyonu ile yapıldığını değerlendirdik.

ON'li bireylerde beslenme programları, besinler, pişirme yöntemleriyle ilgili yoğun bir araştırma süreci bildirilmiştir [38]. Dolayısıyla tercih edilen bilgi kaynağının yetkinliği ve yeterliliği bu davranış üzerindeki yönlendiricilerden birisi olarak kabul edilmektedir. Araştırma grubumuzun %83,9'u öğrendiği yeni bilgiler doğrultusunda beslenme davranışını değiştirebileceğini bildirmiştir. Beslenme davranışıyla ilgili katılımcılar tarafından bildirilen bu tutumun sonucunda bilgi kaynağının çalışma grubumuz için de bir yönlendirici olduğunu değerlendirdik. Tercih edilen bilgi kaynakları sorgulandığında en sık medya organları (TV, sosyal medya, internet) sonrasında sırasıyla doktor, bilimsel yayınlar, diyetisyen tercih edilmiştir. Bu bulguya dayanarak araştırma grubunun popüler medya organlarının yayınlarının yanı sıra bilimsel niteliği olan bilgi kaynaklarına erişimleri olduğunu ve beslenme davranışlarının sadece sosyal paylaşım ortamlarından ya da medya organlarından etkilenmediğini, akademik bilginin de beslenme davranışlarında yönlendirici rolü olduğunu değerlendirdik. Yapılan bir çalışmada beslenme ile ilgili bilgi kaynakları tercihi ilköğretim öğretmenlerinde sorgulanmış; en sık medya organlarının (TV, gazete, radyo) sonrasında sırasıyla dergi, diyetisyen, kitap ve doktorun tercih edildiği bildirilmiştir [47]. Bu sonuçlar bir arada ele alındığında kitle iletişim araçları en sık bilgi alınan temel kaynak konumundadır, bunun nedeni kolay, hızlı ulaşılabilir bir kaynak olması ve bu platformlarda sıkça bu başlıktaki gelişmelere yer verilmesi, dolaylı ve dolaysız olarak bilgiye erişim sağlaması olabilir [48]. Bu durum medyanın toplum beslenmesindeki yerinin önemini ve ortoreksiya, bigoreksiya gibi henüz sınıflanmamış ancak son yıllarda gelişim göstermiş beslenme bozukluklarında yönlendirici bir faktör olarak medyanın etkisinin araştırılması gerekliliğini göstermektedir.

Beslenme bozuklukları için cinsiyet belirgin bir risk faktörü olabilmektedir, örneğin AN için kadın cinsiyet, riski arttıran bir değişken olarak belirlenmiştir [14]. Donini [36] erkek cinsiyette ON prevalans daha çok olarak bildirmiş, Arusoğlu [5] ve Keller [49] ise kadın cinsiyette ON eğilimini daha sık olarak bulmuştur. Bazı çalışmalarda ise cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamadığı bildirilmiştir [39, 50]. Bizim çalışmamızda

cinsiyete göre ON sıklığı anlamlı farklılık göstermemiştir. Cinsiyete göre farklılık saptayan çalışmalarda ON eğilimine yol açabilen yaş, eğitim düzeyi, kültürel farklılıklar ve bilgiye erişim olanakları gibi asıl faktörün bazı cinsiyet gruplarında daha yüksek bulunmasından kaynaklanmış olabilir. Bu nedenle mevcut bulgular ve literatür ışığında ON'ye yönelim gösteren belirgin bir cinsiyet profili olmayabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda gerek lojistik regresyon analizi, gerekse ikili grup karşılaştırmaları sonucunda medeni durumun ortoreksik davranış üzerinde istatistiki olarak anlamlı bir risk faktörü olmadığını değerlendirdik. Ergin'in [38] çalışmasında, medeni durum ile Orto-11 skorlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği bildirilmiştir. Ernst'in [51] araştırmasında ise ON semptomları gösteren çoğunluğun eğitiminin ilk yılındaki, bekâr, beyaz katılımcılar olduğu bildirilmiştir. Bizim araştırma grubumuz ise %86'sı evli ve eğitilmiş bireylerden oluşmaktadır bu dağılım sonuçlarımız değerlendirilirken göz önüne alınmalıdır. Bu nedenle bildirilen farklı sonuçlar, araştırma yapılan toplum yapısının sosyoekonomik özellikler açısından farklı olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Literatürde ON ile OKB başta olmak üzere yeme bozukluklarına eşlik eden psikiyatrik bozuklukların sık olduğu bildirilmiştir [5]. Almanya'da 713 katılımcısı olan bir çalışmada ortoreksik bireylerde komorbid psikiyatrik bozukluklar araştırılmış ve anksiyete, depresyon, patolojik yeme ve kompulsif bozukluk ortoreksik grupta istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur [50]. Araştırdığımız kadarıyla ülkemizde ON eğilimi ve anksiyete ilişkisinin araştırıldığı bir çalışma bulunmamaktadır. Bu alandaki boşluğu doldurmak amacıyla çalışmamızda ortoreksiya nervoza eğilimi ile anksiyete arasındaki ilişkiyi araştırdık. Çalışma grubumuzda ortoreksik beslenme eğilimi olan katılımcılarda anksiyete düzeyini istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptadık. Minimal, hafif, orta ve şiddetli anksiyete grupları arasında ortoreksiya sıklığını yüksek anksiyete lehine anlamlı farklı saptadık. Katılımcılarda sağlıklı beslenme takıntısı arttıkça zayıf korelasyon sınırları içerisinde anksiyete puanlarının da arttığını bulduk. Nedenselliğin yönüyle ilgili olarak kişinin var

olan anksiyetesini kontrol etmek için beslenme bozukluklarına kompulsif bir yönelim gösterebileceği de literatürde tartışılmıştır [50]. Lojistik regresyon analizi sonucunda anksiyetenin ortoreksiya nervoza eğilimi gösterme riskini 1,14 kat arttırdığını saptadık. Çalışma grubumuzda orta ve şiddetli anksiyete puanlarına sahip olanların sadece %6,8 oranında bulunmasının da sağlıklı beslenme takıntısı prevalansının düşüklüğü üzerinde etkili olabileceği düşünülmüştür. Bizim araştırmamızda kontrol grubu ya da izlem süreci bulunmaması ve çalışma grubunun klinik değerlendirmeden geçmemiş olması sonuçların daha dikkatli yorumlanmasını gerektirmektedir. Anksiyete-ON ilişkisindeki nedenselliğin yönünün ve büyüklüğünün kesin olarak belirlenebilmesi için daha kapsamlı çalışmaların yapılmasına gereksinim vardır.

Kişilik faktörlerinden benlik saygısı, mükemmeliyetçi kişilik, beden algısı ve benmerkezci kişilik ON ile ilişkilendirilmiş; bu konudaki araştırmalar sıklıkla mükemmeliyetçi kişilik üzerinde yoğunlaşmıştır [52]. Ülkemizde kontrol grubu kullanılarak yürütülen bir araştırmada ortoreksiyanın yordayıcısı olarak benlik saygısı araştırılmıştır [53]. Çalışma sonucunda yaş arttıkça benlik saygısının arttığı ve özsaygı yetersizliğinin ortoreksiya gelişimine katkı sağlayabileceği bildirilmiştir. İsviçre’de yapılan bir çalışmada da ON ile mükemmeliyetçi kişilik ve benlik saygısı ilişkisi araştırılmış, ortoreksiya nervoza ile benlik saygısı skorları arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır [52]. Avusturya’da kadın diyetisyenlerde yapılan bir çalışmada ortoreksik yeme davranışları ve altta yatan psikolojik faktörlerin ilişkisi değerlendirilmiştir [54]. Ortoreksik bireyler tarafından en sık bildirilen davranış ve duygulanımlar sırasıyla; sağlıklı bir diyet uygulamaktan dolayı hissedilen benlik saygısı yüksekliği, sağlıklı yiyecek yendiğinde suçluluk duyma, sağlıklı yiyeceklerin olduğu ortamlardan kaçınma rahatsızlık duyma olmuştur. Bu araştırmanın bulgularına göre benlik saygısı, ortoreksik beslenme davranışından etkilenim göstermektedir.

Araştırma grubumuzdaki bireylerin çoğunda yüksek benlik saygısı skoru saptanmış ve bu durumun, yaş ortalamalarının yüksek olmasından, eğitim seviyesinin yüksekliğinden ve sosyal konumun etkisinden kaynaklanabileceği

düşünülmüştür. Bizim çalışmamızda ON eğilimi olan katılımcıların benlik saygısı puan ortalamaları, ON eğilimi olmayan katılımcılardan istatistiki olarak anlamlı bir farklılık göstermemiş ve Orto-15 puanları ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır. Yüksek, orta ve düşük benlik saygısı grupları arasında ortoreksiya sıklıkları istatistiki olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Ancak lojistik regresyon analizi sonucunda araştırma grubunda yüksek benlik saygısına sahip olmanın, sağlıklı beslenme kaygısı eğilimini azalttığını saptadık. Çalışmamızın sonucunda AN ve BN hastalarında benlik saygısının düşük olduğunu saptayan literatür çalışmalarına uyumlu olarak [52], ON eğilimi olan kişilerin benlik saygısı düşüklüğüyle karakterize olduğunu değerlendirdik. Bunun nedeni ortoreksik diyetin kişilerin kendilerine duyduğu saygıyı arttırması olabilir, ON bu anlamda AN ve BN den farklılık göstermektedir.

5.1.Kısıtlılıklar

Katılımcıların BKİ değerleri kendilerinin beyan ettiği boy ve kilo değerleri üzerinden hesaplanmıştır. Bu konuda gerçek beyanda bulunmuş oldukları varsayılsa bile ölçümün en son ne zaman yapıldığı bilinmediğinden anımsamaya bağlı biasa yol açmış olabilir.

6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Araştırma verilerinden elde edilen bulgular ışığında;

- Araştırma grubunda sağlıklı beslenme takıntısına eğilim gösterenlerin sıklığı Orto-15 testi ile %19 olarak belirlenmiş olup, ülkemizde yapılmış farklı yaş ve meslek gruplarından düşük bulunmuştur. Araştırma grubumuzun eğitim seviyesi yüksek ve homojendir. Eğitim seviyesi farklılıklar içeren bir araştırma grubunda yapılacak çalışmaların sonuçları toplumdaki yaygınlığı öngörmek için daha doğru sonuçlar sunabilir.
- Cinsiyet ve medeni değişkenlerinin, ortoreksiya nervosa oluşumunda anlamlı bir etkisi bulunamamıştır. Yaş, eğitim, sosyal statü gibi diğer sosyal belirleyicilerin birlikte değerlendirileceği daha geniş gruplarda araştırma yapılması bu konudaki belirsizliklerin ortadan kaldırılmasına yardımcı olabilir.
- BKİ grupları arasında ortoreksiya nervosa sıklığı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir. Sağlıklı beslenme takıntısının özellikle obezite ile ilişkisinin belirlenebilmesi için katılımcıların aktüel boy ve kilo ölçümleri yapılarak yürütülecek çalışmalar bu konuda daha açıklayıcı sonuçlara ulaşabilir.
- Gıda ve beslenme ile ilgili en sık tercih edilen bilgi kaynağının medya organları olduğu ve edinilen yeni bilgi doğrultusunda davranış değişikliği olabileceği saptanmıştır bu nedenle ON risk faktörlerinin belirlenmesinde medyada yayımlanan beslenme konularının derinliği, bilimsel dayanağı, sıklığı ve etki değerinin araştırılması yol gösterici olacaktır.
- Araştırma grubunda anksiyete dağılımı; minimal anksiyete 182 (%73,4), hafif anksiyete 49 (%19,8), orta anksiyete 15 (%6), şiddetli anksiyete 2 (%0,8) şeklindeydi. Anksiyete puanlarındaki artışın, ON eğilimi ile paralellik gösterdiği ve lojistik regresyon analizi sonucunda anksiyete belirtileri varlığının ON için bir risk faktörü olduğu saptanmıştır.
- Rosenberg testi sonucunda elde edilen puanlara göre düşük benlik saygısı 6 (%2,4), orta benlik saygısı 34 (%13,7), yüksek benlik saygısı

208 (%83,9) katılımcıda saptanmıştır. Benlik saygısı skorlarıyla sağlıklı beslenme takıntısı eğilimi arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamasına karşın, benlik saygısı artışı, sağlıklı beslenme takıntısını azaltan bir risk faktörü olarak değerlendirilmiştir.

- Kişilik özelliklerini tanımlamakta uzman değerlendirmesi bulunmayıp yalnızca ön tanı testleri kullanılmıştır. Bu nedenle gerek anksiyete gerekse benlik saygısı ile ON arasındaki ilişkinin daha net ortaya konulması için klinik değerlendirme sonuçları üzerinden karşılaştırma yapılmasını sağlayacak ileri araştırmalara gereksinim vardır.
- Yeni bir beslenme bozukluğu olan ortoreksiya nervoza ile ilgili çalışmaların kısıtlı olması konunun daha fazla araştırılması gerektiğini ortaya koymaktadır. Risk faktörlerinin ve etki düzeylerinin belirlenebilmesi için kanıt düzeyi daha yüksek çalışma tasarımları kullanılarak araştırmalar planlanmalıdır. Toplumun beslenme durumunun değerlendirilmesi için yeni beslenme bozukluklarının zaman içerisindeki yaygınlık değişimleri izlenmelidir.
- Toplum sağlığını etkileyen yeni beslenme bozukluklarıyla mücadelede etmek için riskli gruplara (adölesan, sporcu, sanatçı) beslenme eğitimleri verilmeli, dengeli ve düzenli bir diyetle özendirilmeli, sağlıklı beslenme davranışının bir takıntı haline gelebileceği konusunda uyarılmalıdırlar.

7.KAYNAKLAR

1. UĞUR, M.M., Yeme bozukluklarının tarihçesi. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*, 2008. **1**(1): p. 1-7.
2. Yager, J. and A.E. Andersen, Anorexia nervosa. *New England Journal of Medicine*, 2005. **353**(14): p. 1481-1488.
3. Association, A.P., *Feeding and Eating Disorders: DSM-5® Selections*. 2015: American Psychiatric Pub.
4. Mathieu, J., What is orthorexia? *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 2005. **105**(10): p. 1510-1512.
5. Arusoğlu, G., et al., Orthorexia Nervosa and Adaptation of ORTO-11 into Turkish. 2008. **19**(3).
6. Bratman, S. and D. Knight, *Health food junkies. Overcoming the obsession with healthful*, 2000.
7. Strand, E., A new eating disorder. *Psychol Today*, 2004. **37**(5): p. 16.
8. ERBAY, L.G. and Y. SEÇKİN, Yeme bozuklukları. 2016, *Güncel Gastroenteroloji*.
9. Ünal, S.G., DUYGUSAL BESLENME VE OBEZİTE. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi-BÜSBİD*, 2018. **3**(2).
10. Vandereycken, W., Media hype, diagnostic fad or genuine disorder? Professionals' opinions about night eating syndrome, orthorexia, muscle dysmorphia, and emetophobia. *Eating disorders*, 2011. **19**(2): p. 145-155.
11. Güler, Ç. and L. Akın, *Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı*. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2012.
12. Yücecan, S.J.S.B.Y., *Optimal beslenme*. 2008(726).
13. Organization, W.H., *Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation*. Vol. 916. 2003: World Health Organization.
14. Erbay, L.G. and Y.J.G.G. Seçkin, Yeme bozuklukları. 2016. **20**(4): p. 473-477.
15. EMRAL, R.J.T.K.E.-S.T., Bulimia Nervosa. 2009. **2**(3): p. 19-24.
16. Chao, A.M., et al., Perceptions of a large amount of food based on binge-eating disorder diagnosis. 2019. **52**(7): p. 801-808.
17. Turan, S., C.A. Poyraz, and A. Özdemir, *Tikinircasına Yeme Bozukluğu/Binge Eating Disorder*. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2015. **7**(4): p. 419.
18. Cantürk, N., T. Özdeş, and B. Doğan, Pika: Bir olgu sunumu. *Adli Tıp Dergisi*, 2010. **24**(3): p. 62-67.
19. Karadere, M.E. and Ç. Hocaoğlu, Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu nedir? Tanı ve tedavi yaklaşımları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. **7**(4): p. 110-118.
20. Kaçar, M. and Ç. Hocaoğlu, Pika, geri çıkarma bozukluğu nedir? Tanı ve tedavi yaklaşımları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2019: p. 22.
21. Kontsevaya, A., et al., *Prevention and control of noncommunicable diseases in Turkey*.
22. Shah, S.M., *Orthorexia nervosa: Healthy eating or eating disorder?* 2012.
23. KINGİR, S. and N. KARDEŞ, MEDYANIN SAĞLIKLI BESLENME DAVRANIŞI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ. *Safran Kültür ve Turizm Araştırmaları Dergisi*. **2**(2): p. 163-176.
24. Bosi, A.T.B., D. Çamur, and Ç. Güler, Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite*, 2007. **49**(3): p. 661-666.
25. Elliot, G.O., *When healthy eating becomes an obsession*. *Psychology-Clinic and Health Psychology, Abnormal Psychology*, 2010.

26. Donini, L.M., et al., Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 2005. **10**(2): p. e28-e32.
27. Yardımcıoğlu, F., Eğitim ve Sağlık İlişkisi: Panel Eşbütünleşme ve Panel Nedensellik Analizi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2013.
28. AKTAŞ, N. and Y. ÖZDOĞAN, Gıda ve beslenme okuryazarlığı. *Harran Tarım ve Gıda Bilimleri Dergisi*, 2016. **20**(2): p. 146-153.
29. Delaney, L., P.G. Wall, and F. O'hAodha, Social capital and self-rated health in the Republic of Ireland: Evidence from the European Social Survey. *Irish Medical Journal*, 2007. **100**(8): p. 52-55.
30. Balçık, P.Y., S. Taşkaya, and B. Şahin, Sağlık okur-yazarlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2014. **13**(4): p. 321-326.
31. Strahler, J., et al., Orthorexia nervosa: A behavioral complex or a psychological condition? *Journal of behavioral addictions*, 2018. **7**(4): p. 1143-1156.
32. YILDIZ, S., Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda insula hacimleri ve klinik değişkenlerle ilişkisi/Insula volume in patient with obsessive-compulsive disorder and relationship with the clinical variabilities. 2018.
33. Klein, D.A. and B.T. Walsh, Eating disorders: clinical features and pathophysiology. *Physiology & behavior*, 2004. **81**(2): p. 359-374.
34. Dunn, T.M. and S. Bratman, On orthorexia nervosa: a review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating behaviors*, 2016. **21**: p. 11-17.
35. Beck, A.T., et al., An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1988. **56**(6): p. 893.
36. Donini, L.M., et al., Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. 2005. **10**(2): p. e28-e32.
37. Korkmaz, M., Yetişkin örneklem için bir benlik saygısı ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. Yayınlanmamış Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir: EÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1996.
38. Ergin, G., Sağlık personeli olan ve olmayan bireylerde ortoreksiya nervoza sıklığı araştırması. 2015, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü.
39. Erkin, Ö. and I.J.P.i.N. Göl, Determination of health status perception and orthorexia nervosa tendencies of Turkish yoga practitioners: a cross-sectional descriptive study. 2019. **21**(1): p. 105-112.
40. Aksoydan, E., et al., Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. 2009. **14**(1): p. 33-37.
41. Alvarenga, M., et al., Orthorexia nervosa behavior in a sample of Brazilian dietitians assessed by the Portuguese version of ORTO-15. 2012. **17**(1): p. e29-e35.
42. Ramacciotti, C.E., et al., Orthorexia nervosa in the general population: a preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15). 2011. **16**(2): p. e127-e130.
43. Acar-Tek, N. and M.J.G.Ü.S.B.D. Karaçil-Ermumcu, Sağlık Profesyonellerinde Sağlıklı Beslenme Kaygısı: Ortoreksiya Nervoza. 2016. **1**(2): p. 59-71.
44. Fidan, T., et al., Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. 2010. **51**(1): p. 49-54.
45. Bosi, A.T.B., D. Çamur, and Ç.J.A. Güler, Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). 2007. **49**(3): p. 661-666.
46. TÜİK. Türkiye Sağlık Araştırması 2016 2016 [cited 2020 27.01.2020]; Available from: http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095.

47. Gürel, S., A. Gemalmaz, and G. Dişçigil, Bir grup ilk öğretim öğretmeninin beslenme hakkındaki bilgi düzeyleri, bilgi kaynakları ve fizik aktivite durumları. 2004.
48. AKTAŞ, N. and A.G.M.A.J.K.U.B.D. CEBİRBAY, TÜKETİCİLERİN BESLENME BİLGİLERİNE ERİŞMEDE KULLANDIKLARI KİTLE İLETİŞİM ARAÇLARI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA. (11).
49. Keller, M. and H.J.K.S. Konradsen, Orthorexia in young fitness participants. 2013. **27**: p. 63-71.
50. Strahler, J., et al., Orthorexia nervosa: A behavioral complex or a psychological condition? 2018. **7**(4): p. 1143-1156.
51. McInerney-Ernst, E.M., Orthorexia nervosa: Real construct or newest social trend? 2011, University of Missouri--Kansas City.
52. Barnes, M.A., et al., The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. 2017. **22**(1): p. 177-184.
53. Özenoğlu, A. and D.J.B.T.D. Gökhan, ÜNİVERSİTE GENÇLİĞİNDE YEME BOZUKLUĞUNUN YORDAYICILARI OLARAK BENLİK SAYGISI VE BESLENME EĞİTİMİNİN ORTOREKSİYA NERVOZA GELİŞMESİ ÜZERİNE ETKİSİ. **5**(3): p. 5-14.
54. Kinzl, J.F., et al., Orthorexia nervosa in dieticians. 2006. **75**(6): p. 395.

8.EKLER

EK-1



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

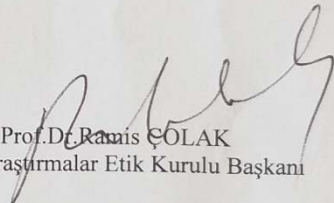
Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/506

14.06.2019

Sayın Prof.Dr.Cihad DÜNDAR

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Ondokuz Mayıs Üniversitesi öğretim üyelerinde sağlıklı beslenme kaygısı ve ilişkili kişilik faktörlerinin araştırılması** başlıklı OMÜ KAEK 2019/473 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre 13.06.2019 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırmanın yapılacağı yerlerdeki ilgili kurumlardan izin yazısı alınmadığından ilgili kurumlardan izin yazısı alınıp, tarafımıza bildirilmesinden sonra **başlanmasına** oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.


Prof.Dr.Ramis ÇOLAK
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

EK-2



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 45829229-044-E.84048
Konu : Araştırma Anket İzni

19/07/2019

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 08/07/2019 tarihli ve 35103913-605.01-E.78260 sayılı yazınız.

İlgi yazınızla Anabilim Dalınız tıpta uzmanlık öğrencisi Dr. Maide Nur KARTAL'ın "Ondokuz Mayıs Üniversitesi Öğretim Üyelerinde Sağlıklı Beslenme Kaygısı ve İlişkili Kişilik Faktörlerinin Araştırılması" başlıklı tez çalışmasının Üniversitemizin ilgili Fakültelerinde yapmasının uygun görüldüğüne dair Rektörlük Makamından alınan 16.07.2019 tarihli ve E.82310 sayılı yazı ekte gönderilmiştir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır

Prof. Dr. Levent GÜNGÖR
Dekan V.

Ek: 1

Adres: Tıp Fakültesi Dekanlığı Kurupelit/Samsun
Telefon: 0362 312 19 19 Faks: 0362 457 60 41
Elektronik Ağ: <http://www.omu.edu.tr/>

Melahat AKYÜZ
melahat.tabak@omu.edu.tr
Dahili Tel: 2300

5070 Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.

EK-3

OMÜ ÖĞRETİM ÜYELERİNDE SAĞLIKLI BESLENME KAYGISI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI ANKETİ

BİLGİ FORMU

1. Yaş (yıl):

Cinsiyet: K () E ()

2. Boy :Kilo:.....Olmak İstedığınız Kilo:.....

3. Medeni Durum:

4. Profesör () Doçent () Yrd. Doç () Ar. Gör. () Dr.Ar.Gör ()
Öğr.Gör. ()

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

6.Vejetaryen misiniz? Evet () Hayır ()

7. Dengeli beslenme veya gıdaların içerikleri ile ilgili bilgi edinmek istediğinizde nereden ediniyorsunuz? (Birden çok seçenek işaretlenebilir)
Kitle iletişim araçları (gazete, dergi, TV, internet) () Kitaplar, bilimsel yayın vs. () Diyetisyen () Doktor () Sağlık kulüpleri (zayıflama merkezleri vs.) Ürünlerin reklamlarından () Ürün ambalajından () Çevre (arkadaş, aile..) () Diğer ()

8.Beslenme ve gıdalar ile ilgili güvenilir olduğunu düşündüğünüz yeni bilgilere eriştiğiniz zaman besin tercihleriniz değişir mi? Evet () Hayır ()

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 hissedersiniz mi?

14- Piyasada sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz?

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

EK-3

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	HİÇ	HAFİF	ORTA	CİDDİ
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok Kötü Şeyler Olacak Korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp Çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Mide hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüz kızarması				
21. Terleme(Sıcağa bağlı olmayan)				

EK-3

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

Sizin için uygun olanı seçiniz

1.Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum

a) Çok Doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok Yanlış

2.Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum

a) Çok Doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok Yanlış

3.Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görmek eğilimindeyimdir

a) Çok Doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok Yanlış

4.Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim

a) Çok Doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok Yanlış

5.Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum

a) Çok Doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok Yanlış

6.Kendime karşı olumlu tutum içindeyim

a) Çok Doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok Yanlış

7.Genel olarak kendimden memnunum

a) Çok Doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok Yanlış

8.Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim

a) Çok Doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok Yanlış

9.Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum

a) Çok Doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok Yanlış

10.Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığını düşünüyorum

a) Çok Doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok Yanlış

EK-4

Tez İntihal Raporu

Yazar Maide Nur Kartal

Gönderim Tarihi: 26-Şub-2020 09:47AM (UTC+0300)

Gönderim Numarası: 1264440943

Dosya adı: cihad_maide_tez_8.docx (125.08K)

Kelime sayısı: 9112

Karakter sayısı: 64136

Tez İntihal Raporu

ORIJINALLIK RAPORU

% **17**

BENZERLİK ENDEKSİ

% **13**

İNTERNET
KAYNAKLARI

% **4**

YAYINLAR

% **14**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	dspace.baskent.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%2
2	Submitted to Eastern Mediterranean University Öğrenci Ödevi	%1
3	www.nerc.com İnternet Kaynağı	%1
4	pibad.org İnternet Kaynağı	%1
5	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	%1
6	Submitted to Beykent Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
7	Submitted to Sheffield Hallam University Öğrenci Ödevi	<%1
8	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
9	www.lagie.gr İnternet Kaynağı	<%1

10	www.mikrobiyolbul.org İnternet Kaynağı	<% 1
11	Submitted to Yeditepe University Öğrenci Ödevi	<% 1
12	www.yumpu.com İnternet Kaynağı	<% 1
13	Submitted to KYUNG HEE UNIVERSITY Öğrenci Ödevi	<% 1
14	www.ejmanager.com İnternet Kaynağı	<% 1
15	onlinelibrary.wiley.com İnternet Kaynağı	<% 1
16	konyaklinikpsikolog.com İnternet Kaynağı	<% 1
17	www.erpacongress.com İnternet Kaynağı	<% 1
18	Submitted to Hacettepe University Öğrenci Ödevi	<% 1
19	www.atmos-chem-phys-discuss.net İnternet Kaynağı	<% 1
20	acikerisim.ticaret.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
21	Submitted to Yildirim Beyazıt Üniversitesi	

Öğrenci Ödevi

<% 1

22

www.mervetombul.com

İnternet Kaynağı

<% 1

23

www.biogeosciences-discuss.net

İnternet Kaynağı

<% 1

24

Submitted to Düzce Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

<% 1

25

Submitted to University of Hong Kong

Öğrenci Ödevi

<% 1

26

Submitted to Fatih University

Öğrenci Ödevi

<% 1

27

Submitted to Okan Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

<% 1

28

www.iso-ne.com

İnternet Kaynağı

<% 1

29

studylibtr.com

İnternet Kaynağı

<% 1

30

www.homoki.net

İnternet Kaynağı

<% 1

31

psikoloji-psikiyatri.com

İnternet Kaynağı

<% 1

32

Submitted to Istanbul Bilgi University

Öğrenci Ödevi

<% 1

33 acikarsiv.ankara.edu.tr İnternet Kaynağı <% 1

34 www.ncbi.nlm.nih.gov İnternet Kaynağı <% 1

35 Submitted to European University of Lefke Öğrenci Ödevi <% 1

36 www.kenyasacsonet.org İnternet Kaynağı <% 1

37 halksagligiokulu.org İnternet Kaynağı <% 1

38 docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı <% 1

39 Selami DOĞAN, Hüseyin CAN, Nuray DOĞAN, Mustafa GÖNÜLLÜ. "Comparison of the Mortality Rates for Patients Aged 65 Years and Over and Aged Below 65 Years, Hospitalized in the Intensive Care Unit", Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 2013
Yayın <% 1

40 independent.academia.edu İnternet Kaynağı <% 1

41 Submitted to Istanbul Aehir Aniversitesi Öğrenci Ödevi <% 1

42 www.kirsehiraktuel.com

43

Submitted to Hasan Kalyoncu Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

<% 1

44

Cihad DÜNDAR, Elif Nur KÖKSAL, Yıldız PEKŞEN. "Burnout and Factors Related in Medical Residents: A Cross-Sectional Survey", Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 2017

Yayın

<% 1

45

www.diamed98.com

İnternet Kaynağı

<% 1

46

istanbulsaglik.gov.tr

İnternet Kaynağı

<% 1

47

www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080

İnternet Kaynağı

<% 1

48

www.academia.edu

İnternet Kaynağı

<% 1

49

www.msxlabs.org

İnternet Kaynağı

<% 1

50

acikerisim.pau.edu.tr:8080

İnternet Kaynağı

<% 1

51

ÜNSAL, Alaettin, TÖZÜN, Mustafa and ARSLANTAŞ, Didem. "Eskişehir ili beylikova

<% 1

ilçe merkezinde 20 yaş ve üzeri kadınlar arasında üriner inkontinans, ilişkili faktörler ve depresyon", Türk Silahlı Kuvvetleri, 2013.

Yayın

52

Submitted to Erciyes Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

<% 1

53

www.forumgercek.com

İnternet Kaynağı

<% 1

54

Submitted to Marmara University

Öğrenci Ödevi

<% 1

55

besinler.net

İnternet Kaynağı

<% 1

56

Submitted to Dicle University

Öğrenci Ödevi

<% 1

57

Submitted to Trakya University

Öğrenci Ödevi

<% 1

58

ARUSOĞLU, Gülcan, KABAKÇI, Elif, KÖKSAL, Gülden and MERDOL, Türkan Kutluay.

"Ortoreksiya nervoza ve ORTO-11'in Türkçeye uyarlama çalışması", Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği, 2008.

Yayın

<% 1

59

Submitted to Üsküdar Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

<% 1

60

Submitted to Haliç Üniversitesi

Alıntılarını çıkart

üzerinde

Eşleşmeleri çıkar

Kapat

Bibliyografyayı Çıkart

üzerinde

