



T.C.

**HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DİYETİSYENLERDE SAĞLIKLI BESLENME TAKINTISI
(ORTOREKSİYA NERVOZA) VE YEME TUTUMLARININ
SAPTANMASI**

YAĞMUR BAŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BESLENME VE DİYETETİK

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. ZEYNEP KOÇ ÖZERSON

İSTANBUL - 2014

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE


Beslenme ve Diyetetik Programı Yüksek Lisans Öğrencisi Yağmur BAŞ tarafından hazırlanan **“Diyetisyenlerde Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya Nervosa) ve Yeme Tutumlarının Saptanması”** konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 20.10.2014

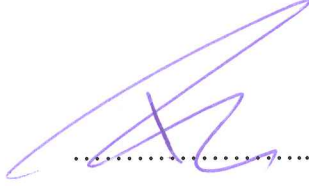
(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Zeynep ÖZERSON
: Haliç Üniversitesi

.....


Jüri Üyesi : Prof.Dr.Filiz AÇKURT
: Haliç Üniversitesi

.....


Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Şule ŞAKAR
: Arel Üniversitesi

.....


Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

.....


Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdür V.

İÇİNDEKİLER	Sayfa
I. İçindekiler	I
II. Teşekkür	III
III. Kısaltmalar ve Simgeler	IV
IV. Tabloların Listesi	V
1. Özet	1
2. Summary	2
3. Giriş ve Amaç	3
4. Genel Bilgiler	6
4.1. Yeme Bozuklukları	6
4.1.1. Anaroksiya Nervoza	7
4.1.2. Bulimiya Nervoza	8
4.1.3. Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu (EDNOS)	9
Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu	9
4.2. Yeme Bozuklukları Prevelansı	10
4.3. Yeme Bozuklukları Tedavisi	11
4.4. Yeme Bozukluklarında Tıbbi Beslenme Tedavisi	13
4.4.1. Beslenmenin Değerlendirilmesi	13
4.4.2. Beslenmeye Müdahale Edilmesi	13
4.4.3. Beslenmenin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi	13
4.5. Ortoreksiya Nervoza	14
4.5.1. Ortoreksiya Nervoza'nın Belirlenmesinde Kullanılan Kriterler	15
4.5.2. Ortoreksiya Nervoza'da Komplikasyon	16
4.5.3. Ortoreksiya İçin Risk Faktörleri	17
4.5.4. Ortoreksiya Nervoza Prevelansı	18
4.5.5. Ortoreksiya Nervoza'nın Sınıflandırılması	19
4.5.6. Ortoreksiya Nervoza'dan Kurtarma Yolu	20
4.5.7. Ortoreksiya Nervoza'nın Tedavisi	20
5. Gereç ve Yöntem	22
5.1. Araştırmanın Genel Planı	22
5.1.1. Sosyodemografik Özellikler ve Genel Beslenme Durumu	22

5.1.2. Yeme Tutum Testi (YTT)	23
5.1.3. ORTO-15 Testi	24
5.1.4. Besin Tüketim Durumunun Saptanması	24
5.1.5. Verilerin Değerlendirilmesi	25
6. Bulgular	26
7. Tartışma	34
8. Sonuç ve Öneriler	38
9. Kaynaklar	41
10. Ekler	46
Ek 1 Anket	46
Ek 2 Onam Form	51
Ek 3 Onay Formu	52
11. Özgeçmiş	53

II. TEŞEKKÜR

Tezimin planlanmasında, yürütülmesinde ve hazırlanmasında rehberlik eden ve her türlü desteğini esirgemeyen danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Zeynep Koç Özerson; başta olmak üzere lisans ve yüksek lisans eğitimimin her döneminde bilgi ve tecrübelerini paylaşan, mesleğimi severek yapmamı sağlayan değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Yasemin Beyhan' a, Prof. Dr. Filiz Açıktur' a ve Prof. Dr. Muazzez Garipağaoğlu' na Bu yolda gitmem için her türlü desteği veren ve her zaman yanımda olan AİLEM' e sonsuz teşekkür ederim.

Dyt. Yağmur Baş

İstanbul - 2014

III. KISALTMALAR VE SİMGELER

ON	OrtoreksiyaNervoza
BN	BulimiyaNervoza
AN	AnoreksiyaNervoza
EDNOS	Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları
TYB	Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
APA	Amerikan Psikiyatri Birliği
DSM	Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
BKİ	Beden Kitle İndeksi
YTT	Yeme Tutum Testi
ORTO-15	Ortoreksiya Nervoza Değerlendirme Testi
RDA	Beslenme Referans Değeri
DRI	Diyet Referans Alımı
kg	Kilogram
gr	Gram
kkal	Kilokalori
cm	Santimetre
mg	Miligram
mcg	Mikrogram

IV. TABLOLARIN LİSTESİ	Sayfa
Tablo 5.1. BKİ Sınıflandırılması	23
Tablo 6.1.1. Diyetisyenlerin Cinsiyet, Medeni Durumu, Çalışma Durumu ve Fiziksel Aktivite Bilgilerinin Dağılımı	26
Tablo 6.1.2. Diyetisyenlerin Yaş, BKİ ve Kilo Dağılımı (n:75)	27
Tablo 6.2.1. Ortorektik Kişilerin Dağılımı	27
Tablo 6.2.2. Ortoreksiya Nervoza ve Cinsiyet ile İlgili Bulgular	27
Tablo 6.2.3. Ortoreksiya Nervoza ve BKİ ile İlgili Bulgular	28
Tablo 6.2.4. Ortoreksiya Nervoza ile Medeni Durum Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	28
Tablo 6.2.5. Ortoreksiya Nervoza ile Cinsiyet Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	28
Tablo 6.2.6. Ortoreksiya Nervoza ile BKİ Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	29
Tablo 6.2.7. Ortoreksiya Nervoza ile Yaş Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	29
Tablo 6.2.8. Ortoreksiya Nervoza ile Kronik Hastalık (KH) Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	29
Tablo 6.3.1. Diyetisyenlerde YTT Risk Grupları ile İlgili Bulgular	30
Tablo 6.3.2. Ortoreksiya Nervoza ile YTT Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	30
Tablo 6.4.1. Ortoreksiya Nervoza ile Günlük Su Tüketimi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	31
Tablo 6.5.1. Günlük Diyet ile Alınan Besin Öğelerinin Karşılama Yüzdeleri	32
Tablo 6.5.2. Günlük Alınan Besin Öğelerinin Karşılama Yüzdesi ile Ortoreksiya Nervoza Arasındaki İlişki Bulguları	33

1. ÖZET

Ortoreksiya nevroza, sağlıklı beslenme takıntısı olarak tanımlanan yeme bozukluğu olup, kişinin yaşantısına müdahale eden doğal diyet tüketme takıntısıdır. Bu çalışma diyetisyenlerde sağlıklı beslenme takıntısı (Ortoreksiya Nervoz) ve yeme tutumlarının saptanması amacıyla yapılmıştır. Çalışmaya 59'u (%78.7) kadın ve 16'sı (%21.3) erkek olmak üzere değişik illerde ve sağlık kurumlarında çalışan toplam 75 diyetisyen elektronik ortamda katılmıştır. Bireylerin genel özellikleri için ilgili anket formu; sağlıklı beslenme takıntıları ile yeme tutum ve davranışları için Ortoreksiya Nervoz Değerlendirme Ölçeği (ORTO-15), Yeme Tutum Testi-40 (YTT-40) uygulanmıştır. Diyetisyenlerin yaş dağılımı 23 ile 60 arasında değişmektedir. Çalışmaya katılan 75 diyetisyenden 9'u (% 12) zayıf, 60'ı (% 80) normal, 6'sı (% 8) ise fazla kiloludur. YTT ve ORTO arasında pozitif bir korelasyon bulunmuştur ($p<0.05$). Ortorektik özelliklere sahip olarak % 64 belirlenmiştir. Ortorektik özelliklere sahip olanların 36'sı (% 75) kadın, 12'si (% 25) ise erkektir. Ortoreksiya nevroza ile cinsiyet, yaş, BKİ, medeni durum ve kronik hastalıklar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0.05$) bulunamamıştır. Diyet ile günlük olarak alınan; enerji, karbonhidrat, protein, yağ, kolesterol, lif, A vitamini, B₁ vitamini, B₂ vitamini, B₆ vitamini, magnezyum, demir, kalsiyum, fosfor ve çinko açısından ON' lı diyetisyenler ile ortorektik olmayan diyetisyenler arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Ancak E vitamini karşılanma düzeyleri ortorektik olan diyetisyenlerde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Yaşam biçimi faktörlerinden; fiziksel aktivite, alkol tüketimi, sigara kullanımı, vitamin kullanımı ve su tüketimi ile ON' nin birbirinden bağımsız olduğu ($p>0.05$) sonucuna varılmıştır.

Uzmanlara göre ortoreksiya nervoz yeme bozukluğu olan kişilerin sayısı gün geçtikçe artmakta ve bozukluğun önümüzdeki 10 yıl içinde hızlı bir artış göstereceği beklenmektedir. Bunun önüne geçmek, ortoreksiya nervosayı bir halk sağlığı sorunu olarak görmek ve gerekli tedbirleri almayı gerektirmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ortoreksiya nevroza, ORTO-15, YTT-40, Yeme bozuklukları.

2. SUMMARY

Determination of Obsession With Healthy Eating (Orthorexia Nervosa) and Eating Attitudes in Dietitian.

Orthorexia nervosa, obsessed with healthy eating is defined as eating disorders, which interfere with a person's life is obsession consume natural diet. In this study nutritionist obsession with healthy eating (orthorexia nervosa) is conducted to determine the attitudes and eating. The study included 59 (78.7%) were female and 16 (21.3%), including male total of 75 dietitians working in different provinces and health agencies participated in an electronic environment. Questionnaire related to general characteristics of individuals; obsession with healthy eating attitudes and behaviors for eating orthorexia nervosa rating scale (ORTO-15), Eating Attitudes Test-40 (EAT-40) was applied. The age distribution of dietitians ranged from 23 to 60. In the study participated 75 dietitians of 9 (12%) low weight, 60 (80%) normal weight and 6 (8%) were pre-obese. There was a positive correlation between EAT and ORTO ($p < 0.05$). 64% were identified as having orthorexic features. Orthorexic with properties in 36 (75%) female and 12 (25%) are male. Orthorexia nervosa with gender, age, BMI, marital status, and a statistically significant difference between chronic disease ($p > 0.05$) were found. Received daily diet; energy, carbohydrate, protein, fat, cholesterol, fiber, vitamin A, vitamin B₁, vitamin B₂, vitamin B₆, magnesium, iron, calcium, phosphorus and zinc in terms ON 's dietitian with orthorexic non-dietitians significant difference between were not ($p > 0.05$). However, the levels of vitamin E met the dietitian orthorexic higher in patients ($p < 0.05$). Of lifestyle factors; physical activity, alcohol consumption, smoking, vitamin use and water consumption and the ON' s are independent from each other ($p > 0.05$) was concluded.

According to experts, the eating disorder orthorexia nervosa number of people is increasing day by day and the disturbance is expected to be a rapid increase in the next 10 years. Avoid this, see orthorexia nervosa as a public health problem and requires to take the necessary measures.

Key Words: Orthorexia Nervosa, ORTO-15, EAT-40, Eating Disorders.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Yeme, insanların en temel biyolojik faaliyetlerinden biridir. Ancak yemek yemenin biyolojik gerekliliğinin yanında psikolojik önemi de bulunmaktadır. Kişiler kendilerini baskı altında hissettiğinde ya da birine öfkelenildiğinde yeme davranışı değişebilir. Bu durum biyolojik ihtiyaçtan değil, psikolojik ihtiyaçtan kaynaklanmaktadır (Arlı ve ark., 2012).

Yeme bozuklukları antik çağlardan bu yana değişen sıklık ve belirtilerle var olmuştur. 'Yeme Bozuklukları' (YB); yeme davranışına yönelik tüm bozuklukları bir çatı altında toplayan, bu rahatsızlıkları anmak için kullanılan genel bir tanımlamadır. Modern çağ'ın hastalıkları arasında, hızla artan hastalık grubunda yer almaktadır. Zayıflıkla çekiciliğin, incelik kavramının, estetik kaygıların değişmesi yeme bozukluklarını arttırmıştır. Kilolu insanların yaşlı görüldüğü, incelik ve zarafetin daha çekici olduğu tarzındaki moda ve anlayış özellikle genç kızlarda zayıf kalma, ince olma arzusunu doğurmuştur (Hocaoğlu ve Toker, 2009). Amerika Psikiyatri Birliği'nin (APA) Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabına (DSM-IV-TR, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV, 2000) göre yeme bozuklukları; anoreksiya nervoza (AN), bulimiya nervoza (BN), başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluklarını-EDNOS (Eating Disorders not Otherwise Specified) içermektedir

(<http://www.worldcat.org/title/diagnostic-and-statistical-manual-of-mental-disorders-dsm-iv-tr/oclc/43483668/viewport>).

Son birkaç yıldır sınıflandırılmayan diğer yeme davranış bozuklukları arasında yer alan "ortoreksiya nervoza" ile ilgili çalışmalar yapılmaktadır. AN ve BN tarihçesinde olduğu gibi, ortoreksiya nervosa (ON) henüz DSM de yer almamakla birlikte, araştırmacıların dikkatlerini yoğunlaştırdıkları ve bir bozukluk olarak tanımlanıp tanımlanamayacağı üzerinde durdukları yeni bir kategoridir. Günümüzde Batı'nın 'ideal kadın' figürü ile tanışık tüm kültürlerinde ortaya çıktığı ve yaygınlık oranının hızla arttığı bilinmektedir. AN ve BN gibi önceleri sınıflandırma sistemlerinde bile yer almazken, bir bozukluğun tanı kriterleri belirlendikten sonra o bozuklukla ilgili yapılan araştırmalar arttıkça, bu konudaki bilgi birikimi de çoğalmaktadır (Arusoglu ve ark., 2008).

Ortoreksiya terimi Yunanca 'orthos' (doğru, uygun) ve 'orexia' (iştah) kelimelerinin birleşmesi ile ilk kez 1997 yılında Dr. Steven Bratman tarafından

tanımlanmıştır (<http://www.orthorexia.com/>). S.Bratman, Yoga Journal'da yazısını yayımladıktan sonra bu belirtilerden yakınan kişilerden çok sayıda e-mail ve telefon aldığı belirtilmiştir. Daha sonra bu terim Cosmopolitan dergisinde ve WebMD gibi popüler web sitelerinde dikkati çekmiştir. Bratman, "Health Food Junkies" adlı kitabı yayımlamış ve "www.orthorexia.com" web sitesini oluşturmuştur. Bratman, onunla bağlantıya geçen bireylerin, beslenme ile ilgili kendi düşüncelerini paylaşan diğer bireylerle sıklıkla bir araya gelmeyi tercih ettiğini, ancak bu zihinsel uğraşlarının kendi aile fertleriyle ve arkadaşlarıyla öğünü paylaşma keyfini önlediğini belirtmektedir. Bir yazısında bu insanların belirli bir felsefeyi veya teoriyi (örneğin, makrobiyotik diyetler veya belirli bir kan tipi için geliştirilen diyetler) izlemeye yatkın olduklarını ve diyet ne kadar karmaşık veya sınırlayıcı olursa, kişilerin diyetlerine o kadar sadık kaldığını saptadığını belirtmektedir (Mathieu, 2005).

Ortoreksiyanın temelinde öncelikle sağlığın geliştirilmesi, bir hastalığın tedavisi veya ağırlık kaybetme amacı yer alırken sonrasında bu beslenme tarzı ortorektik bireylerin hayatlarındaki en önemli bölümü oluşturmaya başlamaktadır. Böylece sağlığı korumak ve iyileştirmek için sağlıklı beslenme takıntısı yaşamaktadırlar (Bonaechea et al., 2005). Ortorektik bireyler içgüdüsel yemek yeteneğini (aç oldukları zamanı, ne kadar yemeleri gerektiğini) kaybeder. Kendilerine empoze ettiği veya uyguladığı bir diyet sonucunda beslenme sorunlarıyla karşılaşarak sağlık sorunları yaşayabilirler ancak sosyal sorunları daha belirgindir. Ortorektik bireylerin hayat planı sıklıkla yiyecekler etrafındadır, bunun sonucu olarak sosyal açıdan izole edilebilmektedirler (Kratina, 2006). Tıpkı anoreksiya nervozada olduğu gibi kötü beslenmeye ve ağırlık kaybına yol açabileceği, buna karşılık anoreksiya nervosa (AN) ve bulimiya nervozadan (BN) farklı olarak tüketilen yiyecek miktarı ve zayıf görünüm yerine sağlıklı ve saf besinler tüketme konusu ile aşırı uğraş içinde oldukları bildirilmektedir (Bozan, 2009).

Zayıflığın bir güzellik ölçütü olarak kabul edilmesi, "ne kadar zayıf olursam, o kadar güzel olurum" düşüncesi, yanlış yeme tutum ve davranışların edinilmesine neden olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda, yeme bozukluklarının Batı ülkelerinde diyet yapma ve zayıflığın yaygınlığından kaynaklandığı ve batı "kültürüne-bağlı sendrom" olduğu belirtilmiştir. Ancak yapılan başka çalışmalarda ise, bu durumun diğer toplumlarda yaygın görüldüğü ve sıklığın giderek arttığı saptanmıştır. Klinik örneklerde erkek kadın oranı, 1/10, 1/20 arasında bulunmuştur (Arlı ve ark., 2012). Amerika

Birleşik Devletleri'nde, 20 milyon kadında ve 10 milyon erkekte; anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu yada başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu (EDNOS) dahil olmak üzere hayatlarının belli döneminde klinik olarak anlamlı bir yeme bozukluğu görüldüğü belirtilmiştir. Yeme bozukluklarının Türkiye'deki yaygınlığı ve sıklığı hakkında fazla bilgi olmamakla birlikte, genellikle 12–18 yaş arasındaki genç kız ve erkeklerde daha sık görüldüğü saptanmıştır (Arlı ve ark., 2012). Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH, 2011) verilerine göre yeme bozukluğu prevalansı 30 milyondur (<http://www.nationaleatingdisorders.org/get-facts-eating-disorders>).

Bilimsel araştırmalarla, insanın yaşamı için 50'ye yakın besin ögesine gereksinimi olduğu ve insanın, sağlıklı büyüme ve gelişmesi, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için bu ögelerin her birinden günlük ne kadar alınması gerektiği belirlenmiştir. Bu ögelerin herhangi biri alınmadığında, gereğinden az ya da çok alındığında, büyüme ve gelişmenin engellendiği ve sağlığın bozulduğu bilimsel olarak ortaya konmuştur (Türkiye Beslenme Rehberi 2004). Yaşam şeklinde yapılan değişiklikler ile kalp damar hastalıkları, kanser, osteoporoz, hipertansiyon, obezite gibi hastalıkların önlenmesinde yeterli ve dengeli beslenme temel rol oynamaktadır (Aldana et al., 2005). Beslenme, açlık duygusunu bastırmak, karın doyurmak ya da canının çektiği şeyleri yemek içmek değildir. Beslenme; sağlığı korumak geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin ögelerini yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda almak için bilinçli yapılması gereken bir eylemdir (Türkiye Beslenme Rehberi 2004). Obezite ile birlikte ortaya çıkan sağlık sorunlarının giderek artmasıyla birlikte toplum ve sağlık profesyonellerinin sağlıklı beslenmeye verdikleri önem de giderek artmaktadır. Bu nedenle beslenme bilgisi, yeme tutum ve davranışlarda ayrıca besin tercihlerinde değişikliklerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Aikman and Crites, 2005).

Bu çalışma, henüz 'ortoreksiya nervosa' nın yeni bir kavram olması ayrıca ON ile ilgili çalışmaların sayıca az olması ve yeterince bilginin mevcut olmamasının yanında beslenme eğitimi veren diyetisyenlerde 'sağlıklı beslenme alışkanlığının yaygın olabileceği düşünülerek' genel beslenme durumları, besin seçimi, satın alma, hazırlama, yeme tutumları ve kendilerinin sağlıklı olarak nitelendirdikleri besinleri tüketme konusundaki davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Yeme Bozuklukları

‘Yeme Bozuklukları’ terimi psikolojik ve biyolojik temelleri olan anormal ve uyumsuz yeme ile ilgili davranışları tanımlamak için kullanılmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri’nde, Amerikan Psikiyatri Derneği (American Psychiatric Association-APA) psikolojik koşulları tanımlamak için kriterlerin oluşmasını denetlemekte, periyodik olarak güncelleştirerek Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı’nı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM) yayınlamaktadır (<http://www.eatright.org/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=6442464706>).

Amerika Birleşik Devletleri’nde yeme bozukluklarını değerlendirmek amacıyla kullanılan resmi kodlama sistemi; Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması, Dokuzuncu Gözden Geçirme ve Klinik Uyarlama’dır (ICD-9-CM). Sınıflandırmada DSM-IV bozukluklarının çoğunun bozukluğun adının öncesinde gelen sayısal ICD-9-CM kodu vardır (Arusoğlu, 2006).

Vücut ağırlığı yönetimi, vücut imajı ve yiyecek tüketimi ile ilgili normal davranış ve tutumlar aşırı hale geldiğinde, yeme bozuklukları gelişebilmektedir. Temel bilinen yeme bozuklukları, anoreksiya nervoza (yememe-Anorexia Nervosa), bulimiya nervoza (aşırı yeme ve kusma-BN) ve tıkanırcasına yeme bozukluğu (tıkabasa yeme nöbeti-Binge Eating Disorder)’dur

(<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/eating-disorders/index.shtml>).

Bu bozuklukların gelişimi ile ilgili açıklamalar çok yönlü olup, diyet yapma davranışının yeme bozukluklarının gelişimine yol açan ortak uyarıcı olduğu vurgulanmaktadır. Modern toplumlarda ince bedene sahip olmak kabul görmektedir. İsteyerek diyet yapanların çoğunluğu daha çekici olma amacındadır. İsteyerek diyet yapanların bir diğer grubu mankenler, dansçılar, balerinler, sporcular, jokeyler gibi iş yaşamlarında rekabetin önemli olduğu kişilerdir ve yeme bozuklukları geliştirme riskleri yüksektir. Bazı kadınların profesyonel ve sosyal taleplerle başa çıkamayıp, çatışma yaşadıkları ve bedensel uğraşlara yönelerek diyet yaptıkları varsayılmaktadır. Yeme bozuklukları için özgün bir neden bilinmemektedir. Anoreksiya nervozanın başlangıç yaşı göz önüne alınırsa hastalığı ergenlik değişimleri ve bu değişimlere uyum sağlamadaki yetersizlikle açıklamak uygun gelebilir. Yine bu hastalıkların belirgin bir şekilde kadınlarda daha çok görülmesi hastalığın gelişiminde kadınlık psikolojisinin

önemini vurgulamaktadır. Sosyal değişimler de özellikle bulimiya nervozanın gelişiminde rol oynamaktadır (<http://www.psikiyatri.org.tr/pagepublic.aspx?menu=21>).

4.1.1. Anaroksiya Nervoz

Anoreksiya nervozaya ilk kez 1500'li yıllarda Simone Porto O. Portio tarafından tanımlanmıştır. Açlık ve çileciliğin (asetizm) kutsal, özendirilen bir davranış olduğu bu dönemde, anoreksiya olarak tanımlanabilecek olan bu durum din uğruna dünya zevklerinden vazgeçme anlamına gelmektedir. Sonraki dönemlerde, amenore, iştahsızlık, kabızlık, aşırı hareketlilik ve zayıflıkla seyreden kadın olgular bildirilmiş olup, psikiyatrik bozukluk olarak kabul edilmesi son 30 yıl içinde mümkün olmuştur Dünya Sağlık Örgütü (1992) tarafından fizyolojik bozukluklar ve fiziksel faktörlerle ilişkili davranışsal sendromlar grubuna sokulan anoreksiya nervozaya, Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) tarafından bağımsız bir grup olarak ele alınmış olup, kilo alma konusunda aşırı korku ve vücut ağırlığının %15'ini kaybetme kriterleri tanı ölçütleri olarak ifade edilmektedir (Ateşçi ve ark., 2003). Bir kişiye "anoreksiya nervozaya" tanısı konması için hastada DSM-IV kriterlerinden en az dördünü karşılaması gerektiği belirtilmektedir (APA, 1994).

DSM-IV'e göre Anoreksiya Nervozaya Tanı Kriterleri:

1. Yaş ve boya göre olağan sayılan en az kiloda olma ya da bunun üzerinde bir vücut ağırlığına sahip olmayı kabul etmeme (beklenenin %85'inin altında vücut ağırlığına sahip olmaya yol açan kilo kaybı),
2. Beklenenin altında vücut ağırlığına sahip olmasına rağmen kilo almaktan ya da aşırı kilolu olmaktan korkma,
3. Vücut ağırlığı ya da biçimini algılamada bozukluk olması, kendini değerlendirmede vücut ağırlığı ya da biçiminin anlamsız bir etkisinin olması veya o sırada vücut ağırlığının düşük olmasının önemini inkar etme,
4. Menstrual siklus sonrası adet görmeme durumunun ortaya çıkması, yani en az üç ardışık menstrüel siklusun olmaması (APA, 1994).

AN Tipleri;

- a. Kısıtlama Tipi: AN'lı kişi atak sırasında tıkmırcasına yemek yememiş ve kendi kendine kusmamış ya da laksatif lavman, diüretik kullanmamıştır.
- b. Aşırı Yeme/Çıkartma Tipi: AN'lı kişi atak sırasında yemek yemiş ve kusturma veya laksatif lavman, diüretik kullanmıştır.

4.1.2. Bulimiya Nervoza

Bulimiya nervoza, “bous” (öküz) ve “limos” (açlık) sözcüklerinden köken almaktadır. “Öküz kadar aç olmak” veya “bir öküzü yiyecek kadar aç olmak” anlamlarını içerir. Bulimiya nervoza (BN) yineleyen tıkanırcasına yeme epizotları, tıkanma sırasında yemeyi kontrol edememe duygusu, kilo almayı önlemek için uygunsuz telafi davranışları (kusma, bağırsak yumuşatıcı, idrar söktürücü ilaç kullanımı, aşırı diyet yapma, oruç tutma, yoğun egzersiz) beden ağırlığı, biçimi ile sürekli zihinsel uğraşı ve 3 ay içinde haftada ortalama 2 tıkanma epizodu ile belirgin yeme bozukluğu alt grubudur (Aydın ve Maner, 2007).

DSM-IV'e göre Bulimiya Nervoza Tanı Kriterleri:

1. Yineleyen tıkanırcasına yeme epizodlarının olması; şu şekilde belirlidir;
 - a) Aynı zaman diliminde ve benzer koşullarda çoğu insanın yiyebileceğinden çok daha fazla yiyeceği belirli bir zaman diliminde (herhangi bir 2 saat içinde) yeme.
 - b) Bu epizod sırasında yeme kontrolünün kalktığı duyumunun olması (yemeyi durduramayacağı ya da ne yediğini, ne kadar yediğini kontrol edememe duygusu).
2. Kilo almaktan sakınmak için, kendisinin zorladığı kusma, laksatif, diüretik ya da diğer ilaçların yanlış yere kullanımı, hiç yemek yememe ya da aşırı egzersiz yapma gibi uygunsuz dengeleyici davranışlarda tekrar tekrar bulunma.
3. Tıkanırcasına yeme ve uygunsuz dengeleyici davranışların her ikisinin de 3 ay süreyle ortalama en az haftada 2 kez ortaya çıkması.
4. Kendini değerlendirirken anlamsız bir biçimde vücudunun biçimi ve ağırlığından etkilenme.
5. Bu bozukluğun sadece AN epizodları sırasında ortaya çıkmaması.

BN Tipleri;

- a. Çıkarma olan Tip: BN'lı kişi düzenli olarak kendi kendine kusmuş yada laksatif lavman, diüretik kullanmıştır.
- b. Çıkarma olmayan Tip: BN'lı kişi hiç yemek yememe veya aşırı egzersiz yapma gibi uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunmuş ancak kendi kendine kusmamış yada laksatif lavman, diüretik kullanmamıştır (APA, 1994).

4.1.3 Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu (EDNOS)

Anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza kriterlerini tam olarak karşılamayan beslenme bozukluklarını, sınıflandırılmayan yeme bozukluklarını içine alan yeme bozukluğudur.

Sınırlarındaki belirsizlik nedeniyle, en az çalışılmış ancak en yaygın tanı konulan yeme bozukluğudur. AN'ye ve BN'ye benzer durumlar, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunda da (TYB) (binge- eating syndrome) gözlenir (Yücel, 2009).

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

TYB tanı açısından, BN ile benzer özellikleri nedeniyle bilimsel tartışmaların konusunu oluştururken, bir yandan da obezite ile bağlantıları yönünden dikkati çekmektedir. Tıkınırcasına yeme kavramı, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 'belirli bir zaman içinde, benzer koşullarda ve benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden daha fazla miktarda yemek' şeklinde tanımlamıştır (Robinson, 2013). Yemek sırasında kişinin yediklerinin miktarını kontrol edememesi ve yemeyi durduramaması şeklinde kontrol kaybı hissinin olması da, tıkınırcasına yeme epizodunun bir diğer özelliğidir. TYB, BN'ye özgü uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunmaksızın, düzenli olarak yineleyen tıkınırcasına yeme epizodlarının olması ile seyreden bir yeme bozukluğudur. DSM-IV tanı ölçütlerine göre tanı koyabilmek için, tıkınırcasına yemenin haftada en az 2 kez, 6 aydır mevcut olması gerekir (Semiz ve ark., 2013). Çeşitli çalışmalarda, obezite tedavisi için başvuran kişilerde TYB sıklığı ortalama %30 olarak tanımlanmaktadır (Robinson, 2013).

DSM- IV'e göre Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu Tanı Kriterleri:

1. Kadınlarda, menstruasyon döngüleri düzenli olup, anoreksiya nervozanın diğer bütün kriterlerine rastlananlar,
2. Önemli kilo kaybına rağmen vücut ağırlığı normal sınırlar içinde olup anoreksiya nervozanın diğer bütün kriterlerine uyanlar,
3. Tıkınırcasına yeme ve sonraki uygunsuz davranışların haftada ikiden daha az veya üç aylık sürelerden daha az olması haricinde, bulimiya nervozanın diğer bütün kriterlerini gösterenler,

4. Normal vücut ağırlığındaki bir bireyin az miktarlarda yedikten sonra düzenli olarak uygunsuz davranışları yapması (örneğin iki bisküvi yedikten sonra kendini kusturması),
5. Büyük miktardaki besinleri yutmadan tekrar tekrar çiğneme ve tükürme davranışının varlığı,
6. Tıkanırçasına yeme bozukluğu: Tekrarlayan tıkanırçasına yeme sonrası bulimiya nervozanın özelliği olan uygunsuz davranışları yapmayanlar (APA, 1994).

4.2. Yeme Bozuklukları Prevelansı

Yeme bozukluklarının yaygınlık oranları üzerine yapılan çalışmalar temelde iki ölçüme dayanmaktadır. Bunlardan ilki toplum genelindeki vaka sayısını ifade eden yaygınlık, diğeri ise belirli bir zaman diliminde toplumda ortaya çıkan yeni olgu sayısını ifade eden sıklık ölçümleridir. Kullanılan örneklem, çalışmanın yapıldığı dönem ve kültür gibi yöntemsel farklılıklar taşıdığından bu çalışmalar birbirinden farklı oranlar ortaya koyabilmektedir

(<http://www.psikiyatri.org.tr/pagepublic.aspx?menu=21>).

Yeme bozukluğunun genellikle batı toplumlarında daha fazla görüldüğü bildirilmekle birlikte son zamanlarda yapılan çalışmalar, gelişmekte olan toplumlarda da yeme bozukluğu görülme oranlarının arttığını göstermektedir (Semiz ve ark., 2013). Genç kızlarda anoreksiya nervozanın görülme sıklığı binde bir, bulimiya nervozanın yüzde bir olduğu belirtilmektedir. Ayrıca klinik örneklerde erkeklerin kadınlara oranının, 1/10 olduğu, erkeklerde daha seyrek görüldüğü ifade edilmektedir.

(Erişim: [<http://www.psikiyatri.org.tr/pagepublic.aspx?menu=21>]). Kaba tahminlere göre 13,5 milyon Amerikalı anoreksiya, bulimiya veya tıkanırçasına yeme bozukluğu kriterlerine uymaktadır. 2005 yılında yapılmış 1500 Amerikalı yetişkinle yapılan bir araştırmada, her 10 kişiden 4'ünde yeme bozukluğu olduğu bildirilmiştir (<http://www.eatright.org/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=6442464706>). AN ve genel olarak AN'nın yaşam boyu yaygınlığı çift taraflı olarak yapılan üç büyük toplum tabanlı kohort çalışmaları ile değerlendirilmiştir. İsveç'te 1935-1958 doğumlu kohordunda olan kadınlarla yapılan en büyük çift taraflı çalışmada AN %1.2 ve genel olarak (geniş çapta) AN %2.4 dir. 28-39 yaş arası kadınlarla Avusturalya'da yapılan çift kör bir çalışmada, AN %1.9 ve genel olarak AN %4.3 dür. 1975-1979 doğumlu Finli

kadınlarla yapılan benzer bir çalışmada yaşam boyu prevelans AN %2.2 ve genel olarak AN %4.2'dir. Aynı doğum kohortunun AN yaşam boyu yaygınlığı %0.24 olarak bulunmuştur (Hoek et al., 2012).

Hoek ve arkadaşları, (2012) Ergenlik dönemindeki 496 genç kızdaki oluşmuş örneklemi genç yetişkinliğe kadar yıllık tanısal görüşmeler yaparak 8 yıllık bir dönemde izlemişlerdir. 20 yaşındaki AN prevelansı %0.6 ve genel olarak AN %2.0 bulunmuştur. Portekiz'de ergen kızlar arasında AN yaygınlığı %0.39 ve genel olarak %0.64'dür (Hoek et al., 2012).

Hudson, Hiripi, Pope ve Kessler (2007) tarafından kadınlar ve erkekler ile yapılan geniş örneklemlili (n = 2980) bir çalışmada yaşam boyu AN ve BN yaygınlığı sırası ile %0.6 ve %1 olarak belirtilmiştir. Avustralya'da 28-39 yaş arası kadınlardan oluşan kohortla yapılan çalışmada BN yaşam boyu yaygınlığı %2.9 bulunmuştur. ABD ve Avrupa'da yapılan büyük ölçekli iki aşamalı çalışmalara göre, nüfusta BN yaşam boyu yaygınlığının kadınlarda %0.9 ile %1.5 ve erkeklerde % 0.1 ile 0.5 arasında değiştiği belirtilmiştir (Hoek et al., 2012).

Yeme bozukluğu yaygınlığının incelendiği bir çalışmada 2509 birey üzerinde 13-22 yaş arası genç kız ve kadınların %0.3'ünde anoreksiya nervoza, %0.3'ünde bulimiya nervoza ve %4.2'sinde spesifik olmayan yeme bozuklukları belirlenmiştir (Kazkodu, 2010). Amerika Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH, 2011) verilerine göre yeme bozukluğu prevelansı 30 milyondur (<http://www.nationaleatingdisorders.org/get-facts-eating-disorders>). Yeme bozukluklarının orta ve üst sosyokültürel seviyede görüldüğü konusunda yaygın bir görüş varsa da, araştırmalar bunu her zaman desteklememiştir. Yine beyaz ırkta, adolesanlar ile genç kadınlarda daha yüksek görülme oranları bildirilmiştir (Keçeli, 2006).

Sanayileşme, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, kent yaşamı, medya etkisi ve kültürler arası karşılaşmaların ve etkileşimlerin yaygınlaşması, bu bozukluklara olan farkındalığın ve yapılan çalışmaların artması toplumdaki yaygınlık artışını açıklayabilir (Semiz ve ark., 2013).

4.3. Yeme Bozuklukları Tedavisi

Yeme bozukluklarının tedavileri, multidisipliner ekip çalışması biçiminde yürütülmektedir. Bu ekibin başında psikiyatri uzmanı bulunmakta ve her aşamada iç

hastalıkları uzmanı, diyetisyen, diş hekimi, fizik tedavi uzmanı gibi ilgili branş hekimleri ile işbirliği yapılmaktadır.

Yeme bozukluklarında psikiyatrik tedavi uzun ve zahmetlidir ve psikoterapi yeme bozuklukları tedavilerinin vazgeçilmez unsurudur.

Çağdaş tedavi yaklaşımlarında temel adımlar şu şekilde özetlenebilir:

- a. Normal, sağlıklı ve kişiye uygun kiloyu sağlamak ve devam ettirmek
- b. Yiyecek kısıtlaması veya uygunsuz dengeleyici davranışları durdurma
- c. Yeme bozukluklarının temel belirtilerini (aşırı değer verilmiş düşünce, bozuk bilişsel şemalar vb.) değiştirme, yerine sağlıklı olanları koyma
- d. Fiziksel komplikasyonları tedavi etme
- e. Eş tanı durumlarını tedavi etme
- f. Akut düzelme sonrası 5 yılda nöksleri önleme.

AN tedavisinde en büyük zorluklardan biri, hastaların hastalığı ve tedaviyi kabul etmemeleridir. Bu durum tedaviyi geciktirmekte, bazen da olanaksız kılmaktadır. Hayati tehlike olması halinde, zorunlu tedavi ve hastane yatışı gerekir. Aile ortamının hastayı çok olumsuz etkilemesi, eşlik eden tanıların varlığı, hastanın il dışında yaşaması ve BKİ'nin çok düşük olması da yatışı gerekli kılan durumlardandır. Spesifik bir ilaç tedavisi olmadığından her hasta özel olarak değerlendirilir. Ergenlerde, ailenin tedaviye dahil edilmesi gereklidir.

BN'de ise, bilişsel-davranışçı tedavi ve ilaç tedavilerinin birlikte uygulanmasının olumlu sonuçlar verdiği belirtilmektedir.

Yeme bozukluklarında, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozuklukları gibi birçok psikiyatrik bozukluk eş tanı olarak bulunmaktadır. Depresyon YB'ye en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluktur. Depresyondan sonra en sık görülen psikiyatrik eş tanı, anksiyete bozukluklarıdır. YB olan hastaların %31-71'inde en az bir anksiyete bozukluğu olduğu bulunmuştur. Özellikle AN hastalarında obsesif kompulsif bozukluk (OKB), BN hastalarında sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğu, tüm yeme bozukluğu hastalarında ise sosyal fobi daha sık görülmektedir. Yeme bozukluğu hastalarının çok az bir kısmı ruhsal tedavi için başvurmaktadır ve birçoğu tedaviden yoksundur (Semiz ve ark., 2013).

4.4. Yeme Bozukluklarında Tıbbi Beslenme Tedavisi

4.4.1. Beslenmenin Değerlendirilmesi

Kişinin tıbbi veya psikolojik durumu ile ilgili beslenme sorunları, yeme bozukluğu belirtileri ve davranışları tespit edilir.

- a. Antropometrik ölçümlerin yapılması; boy ve ağırlık/kilo geçmişinin incelenmesi, büyüme grafiğinin tamamlanması, genç hastaların büyüme modellerinin ve olgunlaşma sürecinin değerlendirilmesi (20 yaş ve altı).
- b. Biyokimyasal verilerin yorumlanması (özellikle geri dönüş risklerini değerlendirmek için).
- c. Beslenmenin değerlendirilmesi; yeme modellerini, ağırlığı ile ilgili temel tutumlarının, yemek yemenin biçimlendirilmesi.
- d. Davranışsal ve çevre belirtilerin değerlendirilmesi; yiyeceğin kısıtlanması, kafanın meşgul olması, gizli yeme ritüelleri, etkilerin ve dürtülerin kontrolü, kusma ve diğer arınma yöntemleri, aşırı egzersiz (ADA, 2011).

4.4.2. Beslenmeye Müdahale Edilmesi

Enerji ve makrobesin öğeleri alımının kilo değişikliklerine göre hesaplanması ve izlenmesi, ağırlığın geri kazandırılması veya korunması ve beslenmenin rehabilite edilmesi için kılavuzlara uygun şekilde beslenme modelinin geliştirilmesi hedeflenir. Bu bağlamda,

- a. Diyet kalitesi ve düzenin, tüketilen gıdanın çeşitliliğinin ve artışının sağlanması, açlık veya tokluk için normal algıların oluşturulması, besin takviyesi kullanımının önerilmesi.
- b. Pozitif etki yaratarak psikososyal destek sağlanması.
- e. Kişilerin gıda seçimi; bireysel besin tercihleri, sağlık hikayeleri, psikolojik ve psikososyal faktörler ile kaynaklar ve diğer bakımını sağlayan bireyler dikkate alınarak yapılmalıdır (ADA, 2011).

4.4.3. Beslenmenin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi

Besin alımının izlenmesi ve kiloyu korumak için gıda alımının ayarlanması için;

- a. Kilo artışı oranının izlenmesi, kiloyu geri aldıktan sonara korumak için gıda alımının ayarlanması.

- b. Ekip ile bireyin ilerlemesi hakkında haberleşilmesi ve buna göre planlama yapılması (ADA, 2011).

4.5. Ortoreksiya Nervoz

Kısa süre önce kuruluşlar, beslenme uzmanları ve görsel basın “ortoreksiya nervoz” (ON) adında yeni bir kavram kullanmaya başlamışlardır. Ancak tıpkı anoreksiya nervoz ve bulimiya nervozda olduğu gibi ortoreksiya nervoz henüz DSM’de yer almamakla birlikte, araştırmacıların dikkatini yoğunlaştırdıkları ve bir bozukluk olarak tanımlayıp tanımlanamayacağı üzerinde durdukları yeni bir kategoridir (Kazkodu, 2010). Bu bozukluk için herhangi bir klinik kılavuz mevcut olmadığından doktorların tanı kriterlerine göre teşhis edebilecekleri bir durum gibi görülmektedir. Diyet arınmasının en uç örneği olarak gözlemlenmiş bir durumdur. Ancak ON’ya DSM tanısı konulması için araştırmalar başlatılmıştır (www.orthorexia.com).

Bratman, Kolorado lisanslı bir hekim ve alternatif tedavi konusunda bir uzmanı olup 1997’de bazı hastalarında gözlemlendiği durumu tanımlamak için “Ortoreksiya Nervoz” terimini oluşturmuştur. Bu terim Yunanca’da sıkı, doğru anlamına gelen “ortho” dan ve açlık anlamına gelen “orexis” kelimelerinden oluşmaktadır. Ortoreksiya ise “doğru beslenme” anlamına gelmektedir. Bratman’a göre, uygun yemek yeme ile ilgili patolojik bir saplantıdır ve amacı sağlığı korumak ve geliştirmektir. Ortoreksiya nervoz, sağlıklı beslenme takıntısı olarak tanımlanan yeme bozukluğu olup, kişinin yaşantısına müdahale eden doğal diyet tüketimidir (Canella et al., 2004).

Bratman, bu bozukluğu tanımlayan bir tıp doktoru olarak kendini iyileşmekte olan bir ortoreksiyalı olarak değerlendirmektedir. Bratman'a göre ON hastalarının amacı zayıf olmak değildir. ON'li hastalar kendilerini şişman hissetmemekte, diyet mükemmel olursa herşeyin iyi olacağı gibi bir zihinsel uğraşı yaşamaktadırlar; gerçek veya abartılı bir şekilde sağlıklı veya dengede olmayı amaç edinmişlerdir (Arusoğlu., 2006). Ortoreksiya biyolojik yönden saf, herbisit, pestisit veya yapay maddeler içermeyen sağlıklı besinlerin tüketilmesine karşı patolojik bir saplantı olarak açıklanmaktadır. Ortoreksiyanın temelinde öncelikle sağlığın geliştirilmesi, bir hastalığın tedavisi veya ağırlık kaybetme amacı yer alırken sonrasında bu beslenme tarzı ortorektik bireylerin hayatlarındaki en önemli bölümü oluşturmaya başlamaktadır. Böylece sağlığı korumak ve iyileştirmek için sağlıklı beslenme takıntısı yaşamaktadırlar (Bonaechea et al., 2005).

ON'lı kişi, her yediği yemeği abartılı şekilde kontrol etmektedir. Satın alma esnasında ise ürünlerin ambalajlarını çok uzun süre boyunca incelemekte ve incelediği ürünün içerisinde kanserojen madde, hormon, boya, katkı maddesi olup olmadığına kafa yormakta olup yiyeceklerin aşırı saf ve katkısız olmasına takıntılı bir titizlik içerisinde önem vermektedirler. Bu yüzden pek çok yiyeceği çiğ olarak tüketmeyi tercih ederler (Canella et al., 2004). Ayrıca besin hazırlama sırasında kullanılan yöntem ve materyaller hakkında endişe duymakta bu nedenle farklı besinlerin tüketimini bileşimlerine veya hazırlanma şekillerine göre reddetmektedirler (Bonaechea et al., 2005).

Sağlıklı beslenme takıntısı, ortorektik bireyleri psikolojik olarak baskı altına aldığından dolayı pek çok ürünü tüketmekten vazgeçme eğilimi göstermelerine sebep olmakta ve bu yüzden ortorektik birey, AN'da olduğu gibi kilo kaybetmeye başlamaktadır (Canella et al., 2004).

Ortorektikler, mükemmelliğe ulaşma çabalarından ötürü diyetlerini giderek kısıtlama eğilimi göstermektedirler. Bu nedenle ortorektik bireylerin besin çeşitliliği oldukça azalmakta ve bunun sonucunda malnutrisyon gelişebilmektedir (Mathieu 2005, Kratina 2006). Malnutrisyona ek olarak, menstrüasyon siklusunun bozulması ve kan basıncındaki aşırı düşmeye bağlı kalp sorunları da ortaya çıkabilmektedir (Mathieu 2005).

4.5.1. Ortoreksiya Nervoza' nın Belirlenmesinde Kullanılan Kriterler

- Zamanın büyük kısmını (günde 3 saatten fazla) alışveriş yapmak ve sağlıklı gıda hazırlamayı düşünmekle geçirmek.
- Sağlıklı beslenme alışkanlığının diğer beslenme alışkanlıklarından üstün olduğu duygusu.
- Sağlık-gıda açısından sıkı şekilde özel bir diyeti takip etmek ve diyetle herhangi bir uyumsuzluk olduğunda bunu telafi etmek için kısıtlamalarda bulunmak.
- Diyetle karşı benlik algısı oluşturma (diyetle sapmalar olduğunda suçluluk hissetmek ve kendinden nefret etme hissinin oluşması)
- Diğer kişisel değerler, ilişkiler, önceden zevk alınan faaliyetlerin yerine yaşam merkezinin odak noktasına 'doğru' beslenmeyi koymak (Ambwani et al., 2013).

Ortoreksiya nervoza yeme bozukluğunda klinik gözlemler henüz sayıca fazla olmamakla birlikte, ortorektik bireylerin AN tanılarına ek olarak “vücuda sadece yararlı besinlerin girmesi, gereksiz ve sağlıksız besinlerin vücuda alınmaması” düşüncesi taşıdıkları belirtilmektedir.

Ortorektik bireyler; kilo kayıpları, amenore, kısıtlayıcı diyet uygulamaları açısından AN hastalarına benzemekle beraber, yiyecek seçimlerindeki kriteri kalori olarak almamakta, besinlerin “sağlıklı ya da sağlıksız” oluşuna dikkat etmektedirler (Bosi et al., 2007). 2005 yılında, Donini ve arkadaşları Bratman’ın teorilerine dayalı olarak ORTO-15 Testini geliştirmişlerdir. Orto-15 testi bireylerin ON eğilimini, besin seçme, satın alma, hazırlama ve kendilerinin sağlıklı olarak niteledikleri besinleri tüketme konusundaki davranışlarını değerlendirme amacıyla hazırlanmıştır. Test, bireyleri hem rasyonel hem de duygusal açıdan incelemeye yönelik sorulardan oluşturulmuştur (Canella et al., 2005).

Ortoreksiyalı olup olmama ile ilgili şüpheler henüz çok yeni ve tartışmalı bir durum olması dolayısıyla doktorların henüz tanı koyabilecekleri bir bozukluk olmadığı bildirilmekte ve birey Orto-15 testi uyguladıktan sonra yatkınlığı konusunda fikir geliştirilebilmektedir (Mathieu, 2005). Ancak bu test ON’ nin karakteristik olmayan özelliklerini de içerdiğinden sonucun geçerliği açısından şüpheli bulunmaktadır. Bu hipoteze ek olarak, Ruth ve arkadaşları (2014) ON eğilimine sahip bireylerde olduğu gibi sağlıklı gıda seçimi yapmasının yanında uyuşturucu, alkol kullanmayan ve daha fazla spor faaliyetinde bulunup besin takviyeleri alan kişilerin ON eğilimi olan kişilerden daha fazla diyetsel kısıtlamada bulduklarını ileri sürmektedirler. Psikometrik yönlerin ötesinde ON literatüründe uzmanlar kültürel farklılıklar ile ilgili alanda büyük ölçüde eksiklik olduğunu ve bunun geliştirilmesi gerektiğini de vurgulamışlardır (Furth et al., 2014).

4.5.2. Ortoreksiya Nervoza’da Komplikasyon

Ortoreksiya nervoza, AN ve BN de olduğu gibi kilo kaybı, beslenme bozukluğu ve amenore gibi sorunlara yol açabilmektedir. Buna karşılık ON’de ne AN’de olduğu gibi ne daha az yemeye çalışma durumu ne de BN’de olduğu gibi kusma, aşırı egzersiz, diyet hapı ve müshil kullanımı gözlenir. Ortorektiklerin tüketilen yiyecek miktarı ve zayıf görünme yerine sağlıklı ve saf besinler tüketme konusu ile aşırı uğraş içinde

oldukları bildirilmektedir. Kısıtlı sayıda da olsa bu gözlemler yakın gelecekte ortorektik eğilimleri olan kişilerle daha sık karşılaşılabilceğini düşündürmüştür (Arusoğlu ve ark., 2008).

‘Doğru beslenme’ ifadesi olumlu bir alışkanlığı yansıtır gibi görünse de ON nedeniyle hayatını kaybeden ilk vaka Kate Finn’dir. Finn, vegan beslenen bir masaj terapisti ve yoga eğmeniydi. Sindirim problemleri yaşadığından farklı diyetler uygulamayı denemiş, çeşitli sağlıklı beslenme akımlarının etkisi altında kalmıştır. Bu nedenle aşırı zayıflamış ve kendi ifadesiyle ‘ne yiyeceğini düşünmek tüm zamanını almaya başlamıştı’. Doktorları ona anoreksiya nervoza teşhisini koyduklarında Finn bu tanıyı ve önerilen tedaviyi kabul etmemiş, çünkü onu bu şekilde beslenmeye teşvik eden, daha zayıf olma, daha güzel görünme isteği değil, daha sağlıklı beslenme ve vücudunu toksinlerden arındırma düşüncesinde olmasıdır. Kate Finn, beslenme bozukluklarının komplikasyonlarından biri olan açlığa bağlı kalp kası kütesinin azalmasıyla ortaya çıkan kalp yetmezliğinden hayatını kaybetmiştir (<http://www.orthorexia.com/original-orthorexia-essay/>).

Ortorektik kişilerin günlük yaşamlarında vakitlerinin çoğunda ‘doğru beslenme’ ile ve obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalar gibi katı kurallar ile meşgul oldukları hatta ‘sağlıksız’ ya da ‘kötü’ beslendiklerinde kendilerini cezalandırabildikleri belirtilmektedir (Arusoğlu ve ark., 2008). Sıklıkla kendilerini diğer insanlardan üstün hissettikleri, başkalarının hazırladıkları yiyecekleri tüketmekte zorlandıkları, genellikle yalnız ve toplumdan izole halde yaşamayı tercih ettikleri bilinmektedir. Depresyon, anksiyete, mükemmeliyetçi eğilimler ve stresin de diğer yeme bozukluklarında olduğu gibi ON’ye de eşlik edebilmektedir (Mathieu 2005).

4.5.3. Ortoreksiya İçin Risk Faktörleri

I. Cinsiyet:

Yeme bozuklukları ile ilgili kapsamlı çalışmaların sonuçları ON’nın erkeklerde kadınlara göre daha yaygın olabileceğini göstermektedir.

II. Yaş:

Yapılan çalışmalarda yaş ve ON arasındaki olası ilişki de çelişkilidir. Bazı çalışmalar yaşla birlikte ON yaygınlık oranının arttığını göstermektedir. Buna karşılık başka bir çalışmada 21 yaş ve üzeri genç öğrencilerde ON oranı daha yüksek bulunmuştur

(Michelle-ernst, 2011). Sonuçlar göz önüne alındığında farklı yaş gruplarında ON yaygınlığı hakkında kesin bir sonuç şu anda tespit edilememektedir.

III. Obezite seviyesi:

Benzer şekilde BKİ ve ON arasındaki olası ilişki hakkında çalışmaların sonuçları da henüz belirsizdir. İki çalışmanın bulguları aşırı kilolu veya obez bireylerin BKİ' leri ve ON düzeyleri arsında pozitif bir korelasyon olabileceğini göstermektedir. Buna karşılık başka bir çalışmada BKİ seviyeleri ve ON riskleri arasında istatistiksel bir anlamlılık olmadığı sonucuna varılmıştır (Michelle-ernst, 2011).

IV. Eğitim seviyesi:

Eğitim düzeyi ve ON arasındaki olası ilişki ile ilgili araştırma bulguları çelişkilidir. Donini ve arkadaşları (2005) yaptığı çalışmada ON ve düşük eğitim düzeyleri arasında ters bir ilişki bulmuşlardır. Bosi ve arkadaşları (2007) ise benzer bir çalışmada eğitim düzeyleri ve ON olası riskleri arasında istatistiksel bir anlamlılık belirlememişlerdir. Kesin sonuçlara varabilmek için ek çalışmalara ihtiyaç vardır.

V. Medeni durum ve ocuk sayısı:

Sadece bir çalışma medeni durum yada ocuk sayısı ile ON arasındaki olası ilişkiyi değerlendirmiştir. Donini ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan bu çalışmada medeni durum ve aile içinde çocukların varlığı ile ON arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

VI. Yaşam biçimi faktörleri:

Farklı yaşam tarzları özellikle kilo yönetimi çabaları, sigara ve alkol tüketimi ile ON arasındaki ilişkiyi belirlemek için ek çalışmalar gerekmektedir. Sadece bir çalışmada kilo kontrolü ve ON arsındaki ilişki incelenmiş ve kilo kontrolü yapan kişilerde riskin daha az olduğu bulunmuştur. Performans aktrislerinde günlük alkol veya sigara tüketimi ile ON sıklığı arasında istatistiksel bir anlamlılık bulunamamıştır (Michelle-ernst, 2011).

zet olarak, ON ile ilişkili epidemiyolojik faktörler (cinsiyet, yaş, obezite düzeyi, eğitim, medeni durum, ocuk sayısı ve yaşam tarzı) zerindeki güncel çalışmaların sonuçları belirsizliğini korumaktadır (Michelle-ernst, 2011).

4.5.4. Ortoreksiya Nervoza Prevelansı

ON yaygınlığını belirlemek amacıyla az sayıda çalışma yapılmıştır. Donini ve arkadaşları (2004) Roma' da Gıda Bilimleri Enstitüsünde 404 gönüllü (236 kadın, 168

erkek) ile bir çalışma gerçekleştirmişler. Çalışma sonucunda tüm katılımcılardan 28'inin (%6.9) 'ortorektik' 64'ünün (%15,8)' normal beslenme alışkanlıklarına sahip olduğu saptanmıştır.

Türkiye'de Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalından Bosi ve arkadaşlarının (2007) yaptığı, tıp fakültesi doktorlarında ON'nın prevalansını inceleyen çalışmada cinsiyet, yaş ve BKİ ile ON eğilimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamakla beraber bir ürünü satın alırken içeriğinin belirleyici olduğunu söyleyen katılımcılarla, kilolarını sık sık kontrol eden katılımcıların ON eğilimlerinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bosi ve arkadaşları (2007) beslenme alışkanlıklarında basın-yayının etkili olduğunu, yüksek eğitim seviyesindeki insanların dahi yemek seçimlerinde bundan etkilendiklerini belirtmişlerdir. Bu çalışmada ON prevalansı Donini'nin araştırmasından daha yüksek bulunmuştur, bu durum ise örneklemin tıp doktorlarından oluşması nedeniyle sağlık ve sağlıklı beslenme hakkında daha iyi bilgi sahibi olan kişilerden oluşmasıyla açıklanmıştır. Arusoğlu ve arkadaşlarının (2008)

değişkeninin bir etkisi olmadığı, kadınların ortorektik eğilimlerinin erkeklerden daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Oysa Donini'nin örnekleminde erkeklerde ON prevalansı daha yüksek bulunmuştur, bu farklılığın kültürel etkenlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Shah, 2012).

4.5.5. Ortoreksiya Nervozanın Sınıflandırılması

Ortoreksiya Nervozanın sınıflandırılması mevcut tanı kılavuzlarında yer almamaktadır. Ayrıca konu ile ilgili yeterli araştırma verisi bulunmamaktadır (Bonaechea et al., 2005). Kater (2006) (imaj, yeme ve kilo endişesi yaşayanların tedavisinde 10 yıllık Minnesota'lı uzman psikoterapist), Bratman'ın tanımladığı belirtileri gösteren bu sınıfa ait olabilecek hastaları olduğunu belirtmiş, bu insanların, diğer yeme bozukluğuyla mücadele eden insanlarla, mükemmeliyetçiliğe olan genetik yatkınlık ve kontrol gereksinimi gibi birtakım ortak davranışlar gösterebileceklerini belirtmiştir. Kater, Bratman'ın tanımladığı terimin tanı sınıflamasında kendine özgü sınıflandırılacağı konusunda şüpheler taşımakta, eğer farklı bir sınıfa ait olması gereken bir bozukluk varsa bile, bunun tikanırcasına yeme bozukluğu olduğunu, ortoreksiya için

tamamiyle farklı bir sınıflandırmanın gerekli olmadığını savunmaktadır. Ortorektikler, mükemmelliğe ulaşma çabalarından ötürü diyetlerini giderek kısıtlama eğiliminde olduklarından, özellikle beslenme yetersizlikleri riski taşıyan gruba girmektedirler (Arusoğlu, 2006). Sağlıklı ve formda kalmak için yapılan sıkı bir diyet, olumsuz olarak malnütrisyonla sonuçlanabilmektedir. Diyet, çeşitlilik içermediği takdirde vitamin, mineral ve besin öğeleri yetersizliği yaşanabilmektedir (Mathieu, 2005). Ancak, değişmeyen, bir insanın uzun dönemde kontrollü bir diyet uygulaması sonucu olumsuz fiziksel ve fizyolojik sonuçların kaçınılmaz olduğudur (Kazkondur, 2010).

4.5.6. Ortoreksiya Nervoza' dan Kurtarma Yolu

Yeme modeli ciddi şekilde bozulmuş ve bundan muzdarip insanlar için profesyonel yardım gerekmektedir. Nolan (2013), 'eğer bir kişinin ortorektik olduğu düşünülüyorsa bir terapistle gitmesi önerilmez' demektedir.

Ortorektikler genellikle gıda tüketimi ve beslenme hakkında yanlış anlamları barındırmaktadırlar. Nolan 'yeme bozuklukları olan kişilerin gıda ve beslenme bilimi hakkında bilgili' olduklarını belirtmektedir. Ancak her zaman doğru bilgiye sahip değildirler. Bazen kaynaklarını dergiler ve saygın olmayan bloglar oluşturmaktadır. Ortorektikler Sağlıklı bir diyet yapıyorlar gibi görünebilir, onların yanlış inançlarının ortadan kalkması için bilim tabanlı eğitim alan bir diyetisyenden yardım almalarına ihtiyaç vardır

(<http://www.eatright.org/Public/content.aspx?id=6442471029&terms=eating%20disorders>).

4.5.7. Ortoreksiya Nervoza'nın Tedavisi

Ortoreksiyanın ortaya çıkmasında çok yönlü etkenler olduğundan tedavisinin zor olduğu ifade edilmektedir. İnsanlar sadece besinler konusunda değil, derinlemesine araştırıldığında derin duygusal konular dahil olmak üzere birçok konuda saplantıya sahiptirler. Altta yatan konuları araştırmak normal beslenmeye geçişi kolaylaştırabilecektir. Ortorektikler 'Ya Hep Ya Hiç' düşünce biçimi ile mücadele etmek için profesyonel yardıma gereksinim duyabilmekte ve normal beslenmeye geçmeyi taahhüt istemektedirler (Kazkondur, 2010).

Miller, bu bireylerde besinlerle ilgili algılamaları değiştirmek ve besin seçimlerindeki katılığı kaybetmeye yardımcı olmak gerekliliğini savunmaktadır. İrrasyonel düşünceleri yok etmek, hem eğitici açısından hem de ortoreksiyalı açısından çok zor bir eylemdir. Zaman alacağı, öğrenildiği zaman rahatlatıcı bir özgürlük hissi gelişmektedir. Bu nedenle yaşamın temel gereksinimlerinden olan beslenme eğitiminin erken yaşlarda, özellikle okul öncesi dönemde alınması, bireyin yaşam boyu sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Sonraki hedef, “sezgisel beslenme”yi (normal beslenme) geliştirmede önemli olan bilinç-beden arasındaki bağlantı üzerinde çalışmaktır (Arusoğlu, 2006). Miller, Bratman’ın spontan yemek yeme önerisiyle hemfikirdir. ‘Spontan beslenme’, istenildiği zaman istenildiğini yemek ve o besini sadece kişiye iyi geleceği için tüketmek anlamına gelmemektedir. Miller, ‘eğlenceli beslenme deneyimleri’ne de sahip olunması gerektiğini belirtmektedir. Çocuklar içgüdülerine ve gereksinimlerine göre yemek yedikleri için Miller, “çocuklar gibi beslenmeyi” önermektedir. Onların tipik olarak acıktıklarında yemek yedikleri, tamamiyle canlarının istediği besinleri seçtikleri ve doyduklarında da durmayı bildiklerini belirtmektedir (Kazkondur, 2010). Ayrıca tedavide, besin kuramlarına dikkat edilmesi gerektiğini, kişilerin özdeğerlerinin ve yaşantılarının sadece besinler etrafında dönmediğinin farkına varmaları gerektiğinin önemi üzerinde durmaktadır. Bu tip olgulara, sağlıklı bir diyet ve egzersiz yapmalarını, aile ve arkadaşlarla zaman geçirmeleri ve eğlenmeleri gerektiğini önemle vurgulamakta, kişilerin kendilerini sevmelerini ve sakin olmaları gerektiğini hatırlatmaktadır (Arusoğlu, 2006).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma Şubat – Mayıs 2014 tarihleri arasında ulaşılabilen değişik illerde ve sağlık kurumlarında görev yapan diyetisyenlerle yürütülmüştür. Çalışmaya toplam 75 diyetisyen katılmıştır. Bu çalışmaya katılan diyetisyenlerin yaş dağılımı 22 ile 60 arasında değişmektedir. Bu kişilerin 59'u kadın ve 16'sı erkek olmak üzere toplamda 75 kişi araştırma kapsamına alınmıştır.

5.1. Araştırmanın Genel Planı

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Anketler yüz yüze görüşme ve elektronik posta ile uygulanmıştır. Veri toplama aracının geliştirilmesi aşamasından önce, araştırmanın temellendirilmesi ve belirlenen amaçlara ulaşılabilmesi için konuyla ilgili İngilizce ve Türkçe literatürler (tez, makale, bildiri, kitap, bilimsel araştırma vb.) incelenmiştir. Literatür taramalarından elde edilen bilgiler yardımıyla veri toplama aracının kavramsal yapısı ve ana çerçevesi belirlenmiştir (EK 1).

Anketler 4 ana bölümden oluşmuştur, bu bölümler şunlardır:

- Sosyodemografik özellikler ve genel beslenme durumu,
- Yeme tutum testi (YTT-40)
- ORTO-15 testi
- Besin tüketim durumunun saptanması

5.1.1. Sosyodemografik Özellikler ve Genel Beslenme Durumu

Diyetisyenlerin sosyodemografik özellikleri ve genel beslenme durumunun saptanması için yöneltilen sorularla kişilerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma, kronik hastalık bulunma, fiziksel aktivite, kahvaltı yapma, ana-ara öğün tüketme, sigara kullanımı, günlük su tüketimi, günlük çay-kahve-nescafe tüketimi, alkollü içecek tüketimi, gece yemek yeme alışkanlığı ve vitamin-mineral desteği kullanım durumları saptanmıştır. Haftada en az 3 gün 30 dakika fiziksel aktivite yapanlar, 'düzenli fiziksel aktivite yapanlar' grubu içerisine dahil edilmiştir (EK 1).

Diyetisyenlere ağırlık, boy ve BKİ' si sorulmuştur. Elde edilen verilerle; Beden Kitle İndeksi, WHO' nun BKİ sınıflandırması formülüne göre gruplandırılarak vücut ağırlığı

değerlendirilmesi yapılmıştır (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>). Hesaplamalarda BKİ = Ağırlık (kg)/Boy (m) formülü kullanılmıştır.

Tablo 5.1: BKİ' Sınıflandırması

(http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/bmi_text/en/)

Obezite derecesi	BKİ (kg/m ²)
Zayıf	18.5 altı
Normal	18.5-24.9
Fazla kilolu	25-29.9
1. derece obez	30-34.9
2. derece obez	35-39.9
3. derece obez	40 üzeri

5.1.2. Yeme Tutum Testi (YTT)

Yeme Tutum Testi (YTT-40), Garner ve Garfinkel tarafından anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza belirtilerini objektif olarak ölçen, 40 sorudan oluşan bir kendini değerlendirme ölçeği olarak geliştirilmiştir. Klinik değerlendirmede daha ayrıntılı bilgi sağladığı gibi, tedavi sonucu ortaya çıkan değişiklikleri de belirlemektedir. Diğer yandan ölçek, hastalık için yüksek risk grubunu oluşturan topluluklarda önceden tanı konmamış anoreksiya nervoza olgularını araştırmak amacıyla bir tarama aracı olarak da kullanılmaktadır (Talwar, 2011).

YTT-40, genç ve yetişkinlere uygulanan ve zaman kısıtlaması olmayan bir ölçektir.

Maddeler; “daima”, “çok sık”, “sık sık”, “bazen”, “nadiren” ve “hiçbir zaman” seçeneklerinden oluşan 6 noktalı çoktan seçmeli dereceli bir ölçektir.

Patoloji açısından her bir uç yanıt için 3, diğer seçenekler için 2 ve 1 puan verilerek değerlendirilmektedir.

Yeme tutum testi sonuçları;

1-18-19-23-27-39 numaralı sorular için 'bazen' 1 puan, 'nadiren' 2 puan ve 'hiçbir zaman' 3 puan, diğer seçenekler 0 puan verilerek, diğer soruların yanıtları ise 'daima' 3 puan, 'çok sık' 1 puan ve diğer seçenekler 0 puan olarak değerlendirilmiştir.

Anoreksi tanısı (YTT) için ayırım puanı 30 olarak belirlenmiştir. Testten en fazla 120 puan alınabilmektedir. EAT-40 risk profillerinde; EAT-40 toplam puanı

21`den az ise ‘düşük risk’, 21-30 arasında ise ‘orta risk’, 30`dan fazla ise ‘yüksek risk’ olarak belirlenmiştir. Sonuçta ölçeğin her bir maddesinden alınan puanlar toplanarak ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir.

5.1.3. ORTO-15 Testi

Bireylerin ortorektik eğilimini değerlendirmek için ORTO-15 ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek 15 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir.

ORTO-15 test sonuçları,

Ortoreksiya için ayırt edici kriter olan cevaplar "1", normal yeme davranışı eğilimi gösteren cevaplar "4" puan ile değerlendirilmiştir. Ölçekten en az 15, en fazla 60 puan alınabilmektedir.

1 ve 13 numaralı sorulara verilen yanıt 'her zaman' ise 2 puan, 'sık sık' ise 4 puan, 'bazen' ise 3 puan, 'hiçbir zaman' ise 1 puan verilerek,

2-5-8-9 numaralı sorulara verilen yanıt 'her zaman' ise 4 puan, 'sık sık' ise 3 puan, 'bazen' ise 2 puan, 'hiçbir zaman' ise 1 puan verilerek,

3-4-6-7-10-11-12-14-15 numaralı sorulara verilen yanıt 'her zaman' ise 1 puan, 'sık sık' ise 2 puan, 'bazen' ise 3 puan, 'hiçbir zaman' ise 4 puan verilerek, değerlendirilmiştir.

Maddeler, bireylerin seçme, satın alma, hazırlama ve kendilerinin sağlıklı olarak nitelendirdikleri besinleri tüketme konularındaki obsesif davranışlarını araştırmaktadır. Uygulama yapılan bireylerin hem duygusal hem de rasyonel açıdan değerlendirmeleri amacıyla, bazı maddeler "kognitif-rasyonel alanı" (1, 5, 6, 11, 12, 14), bir bölümü "klinik alanı" (3, 7, 8, 9, 15), diğer kısmı da "duygusal alanı" (2, 4, 10, 13) incelemektedir.

Orto-15 testinin sonucuna göre “40 puan” ve altında alanlar “Ortorektik” (son derece hassas yeme davranışlarına sahip) olarak tanımlanmaktadır. Skor arttıkça yeme davranışının normale yaklaşmakta olduğu anlaşılmaktadır.

5.1.4. Besin Tüketim Durumunun Saptanması

Diyetisyenlerin besin tüketim durumunun saptanması amacıyla 24 saatlik (1 günlük) besin tüketimi alınmıştır. Bireye son 24 saat içinde veya daha fazla gün içinde tükettiği tüm besinler ve içecekler sorulmuştur.

Besinlerin porsiyon ölçüleri, [(su bardağı, çay bardağı, kahve fincanı, kupa, yemek kaşığı (silme, tepeleme), kepçe, tatlı kaşığı, küçük, orta boy, büyük boy vb. olarak] kullanılmıştır. Besin tüketiminin değerlendirilmesi için BEBİS (Beslenme Bilgi Sistemi 7.2) bilgisayar programı kullanılmıştır.

Her besinin sağladığı enerji ve besin öğeleri miktarlarının yüzdesi, Beslenme Referans Değeri (RDA)' ne göre makro ve mikro besin öğelerinin günlük Diyet Referans Alımı (DRI)' na göre değerlendirilmiştir (http://www.nal.usda.gov/fnic/DRI/DRI_Tables/macronutrients.pdf).

5.1.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın istatistiksel değerlendirilmesinde SPSS for Windows (Statistical Package for the Social Sciences. 2007) bilgisayar programı kullanılmıştır.

İstatistiksel analizlerde; Örneklem hacminin yeterli olmadığı durumlarda Ki-Kare (Pearson Chi-Square) test sonuçları kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan değişkenlerde non-parametrik karşılaştırma testlerinden Mann-Whitney U testi, normal dağılıma sahip değişkenlerde ise parametrik karşılaştırma testlerinden Independent Samples T testi uygulanmıştır. Parametrik olmayan değerlerin normal dağılımda olduğunu belirlemek amacıyla Shapiro-Wilk sınaması kullanılmıştır.

6. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma bulguları ve bulgulara dayalı olarak yapılan yorumlar yer almaktadır. Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda verilmiştir.

6.1. Sosyodemografik Durum İle İlgili Bulgular

Çalışmaya toplam 75 diyetisyen katılmıştır. Bu çalışmaya katılan diyetisyenlerin yaş dağılımı 22 ile 60 arasında değişmektedir. Bu kişilerin 59'u kadın ve 16'sı erkek olmak üzere toplamda 75 kişi araştırma kapsamına alınmıştır.

Tablo 6.1.1. Diyetisyenlerin Cinsiyet, Medeni Durumu, Çalışma Durumu ve Fiziksel Aktivite Durumları

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	59	78.7
	Erkek	16	21.3
Medeni Durum	Bekar	67	89.3
	Evli	7	9.3
	Boşanmış	1	1.3
Çalışma Durumu	Özel Sektörde Çalışanlar	50	66.7
	Kamu Çalışanları	14	18.7
	Emekli/Çalışmıyor	6	8
	İşveren	5	6.7
Fiziksel Aktivite	Düzenli FA yapanlar	38	50.7
	Düzenli FA yapmayanlar	37	49.3
	Toplam	75	100

Tablo 6.1.2. Diyetisyenlerin Yaş, BKİ ve Kilo Dağılımı (n:75)

Değerler	Minimum	Maksimum	Ortalama±SS
Yaş	22	60	25.8±4.5
BKİ	17	27.5	21±2.5
Kilo	46	90	59.9±11.3

6.2. Ortoreksiya Nervoza (ORTO-15) İle İlgili Bulgular

Bu bölümde, araştırma kapsamındaki diyetisyenlerde Ortoreksiya Nervoza sıklığı ve belirtileri ile ilgili bulgular saptanmıştır.

Tablo 6.2.1. Ortorektik Kişilerin Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ortorektik Olan Kişiler	48	64
Ortorektik Olmayan Kişiler	27	36
Toplam	75	100

Tablo 6.2.2. Ortoreksiya Nervoza ve Cinsiyet ile İlgili Bulgular

		Kadın n (%)	Erkek n (%)	Toplam n (%)
Ortorektik Olanlar	n (%)	36 (61)	12 (75)	48 (64)
Ortorektik Olmayanlar	n (%)	23 (39)	4 (25)	27 (36)
Toplam	n (%)	59 (78.7)	16 (21.3)	75 (100)

Çalışmaya katılan 75 kişiden 59'u (% 78.7) kadın, 16'sı (%21.3) erkektir. Ortorektik özelliklere sahip olanların oranı % 64 olarak saptanmıştır. Ortorektik özelliklere sahip olanların 36'sı (% 75) kadın, 12'si (% 25) ise erkektir.

Tablo 6.2.3. Ortoreksiya Nervoza ve BKİ ile İlgili Bulgular

	Ortorektik Olanlar n (%)	Ortorektik Olmayanlar n (%)	Toplam n (%)
Zayıf	5 (55.6)	4 (44.4)	9 (12)
Normal	40 (66.7)	20 (33.3)	60 (80)
Fazla Kilolu	3 (50)	3 (50)	6 (8)
Toplam	48 (64)	27 (36)	75 (100)

Çalışmaya katılan 75 kişiden % 12' si zayıf, % 80' i normal, % 8'si ise fazla kiloludur. Ortorektik olanların % 10.4' ü zayıf, % 83.3' ü normal, % 6.3' ü fazla kiloludur. Ortorektik olmayanların ise % 14.8' i zayıf, % 74.1' i normal, % 11.1' i fazla kiloludur.

Tablo 6.2.4. Ortoreksiya Nervoza ile Medeni Durum Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

	Ortorektik Olanlar n (%)	Ortorektik Olmayanlar n (%)	Toplam n (%)
Bekar	44 (91.7)	24 (88.9)	68 (90.7)
Evli	4 (8.3)	3 (11.1)	7 (9.3)
Toplam	48 (64)	27 (36)	75 (100)

İstatistiksel işlemlere uygun hale getirmek amacıyla boşanmış kişiler, bekar kişiler grubuna dahil edilmiştir. Ortorektik olma durumu, medeni durumdan bağımsızdır (*p=0.697). *Chi-Square Tests

Tablo 6.2.5. Ortoreksiya Nervoza ile Cinsiyet Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

	Ortorektik Olanlar n (%)	Ortorektik Olmayanlar n (%)	Toplam n (%)
Kadın	36 (75)	23 (85.2)	59 (78.6)
Erkek	12 (25)	4 (14.8)	16 (21.3)
Toplam	48 (64)	27 (36)	75 (100)

ON ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (*p=0.301). *Chi-Square Tests

Tablo 6.2.6. Ortoreksiya Nervoza ile BKİ Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

	Sayı (n)	Minimum BKİ (kg/m ²)	Maksimum BKİ (kg/m ²)	Ortalama±SS	P
Ortorektik olanlar	48	17	27.5	20.9±2.5	0.395*
Ortorektik olmayanlar	27	17.3	27.1	20.3±2.5	

**Mann-Whitney U test*

Ortorektik olanlarla, ortorektik olmayanlar arasında BKİ bakımından anlamlı bir fark yoktur (p = 0.395).

Tablo 6.2.7. Ortoreksiya Nervoza ile Yaş Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

	Sayı (n)	Minimum Yaş	Maksimum Yaş	Ortalama±SS	P
Ortorektik olanlar	48	22	60	25±5.4	0.862*
Ortorektik olmayanlar	27	23	35	25±2.3	

**Mann-Whitney U test*

Ortorektik olanlarla, ortorektik olmayanlar arasında yaş bakımından anlamlı bir fark yoktur (p = 0.862).

Tablo 6.2.8. Ortoreksiya Nervoza ile Kronik Hastalık (KH) Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

	Ortorektik Olanlar n (%)	Ortorektik Olmayanlar n (%)	Toplam n (%)
KH Olanlar	4 (8.3)	1 (3.7)	5 (6.7)
KH Olmayanlar	44 (91.7)	26 (96.3)	70 (70)
Toplam	48 (64)	27 (36)	75 (100)

Ortorektik olma durumu, kronik hastalık olması durumundan bağımsızdır (*p =0.648).

**Chi-Square Tests*

6.3. Yeme Tutum Testi (EAT-40) ile İlgili Bulgular

Bu bölümde, Anoreksiya Nervoza tanısında kullanılan YTT ile ilgili bulgular verilmiştir.

Tablo 6.3.1. Diyetisyenlerde YTT Risk Grupları ile İlgili Bulgular

Yeme Tutum Testi Risk Grupları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Düşük Risk	66	88
Orta Risk	9	12
Toplam	75	100

Çalışmaya katılan 75 diyetisyenden; 66' sı (%88) Anoreksik özellikler bakımından düşük risk grubunda yer alırken, 9' u (%12) orta risk grubunda yer almaktadır.

Tablo 6.3.2. Ortoreksiya Nervoza ile YTT (EAT-40) Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

		YTT Düşük Risk	YTT Orta Risk	Toplam
Ortorektik Olanlar	n (%)	39 (% 81.3)	9 (% 18.8)	48 (% 64)
Ortorektik Olmayanlar	n (%)	27 (% 100)	0 (% 0)	27 (% 36)
Toplam	n (%)	66 (% 88)	9 (% 12)	75 (% 100)

Ortorektik olma durumu ile anoreksik olma arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (*p = 0.022 *Chi-Square Tests).

6.4. Diyetisyenlerin Yaşam Biçimi Faktörleri ile İlgili Bulguları

Bu bölümde yaşam biçiminin Ortoreksiya Nervoza tanısı için belirteç olacağı düşünülerek fiziksel aktivite durumu, alkol tüketimi, sigara kullanımı, su tüketimi ve vitamin/mineral kullanımı bu bölümde incelenmiştir.

Düzenli fiziksel aktivite yapan 38 (%50.7) kişiden, 23 (%47.9)' u ortorektik olup 15 (%55.6)' sının ortorektik olmadığı saptanmıştır. Ortorektik olma ya da olmama durumu fiziksel aktivite durumundan bağımsızdır (*p= 0.525) *Chi-Square Tests

Alkol kullanan 47 (%62.7) kişiden, 32 (%66.7)' si ortorektik olup 15 (%55.6)' sının ortorektik olmadığı saptanmıştır. Ortorektik olan kişilerle, ortorektik olmayan kişiler arasında alkol kullanımı açısından fark bulunmamaktadır (*p= 0.340). *Chi-Square Tests

Sigara kullanan 17 (%22.7) kişiden, 13 (%27.1)' i ortorektik olup 4 (%14.8)' inin ortorektik olmadığı saptanmıştır. Ortorektik olan kişilerle, ortorektik olmayan kişiler arasında sigara kullanımı açısından fark bulunmamaktadır (*p= 0.223). *Chi-Square Test

Vitamin-mineral desteği alan 28 (%37.3) kişiden, 15 (%31.3)' ü ortorektik olup 13 (%48.1)' inin ortorektik olmadığı saptanmıştır. Ortorektik olma yada olmama durumu vitamin-mineral kullanımından bağımsızdır (*p= 0.146). *Chi-Square Tests

Tablo 6.4.1. Ortoreksiya Nervoza ile Günlük Su Tüketimi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

	Sayı (n)	Ortalama±SS (lt)	Minimum Su Tüketimi (lt)	Maksimum Su Tüketimi (lt)	P
Ortorektik olanlar	48	2±0,6	0,50	4	
Ortorektik olmayanlar	27	1,5±0,7	0	3	0,618*

*Mann-Whitney U test

Ortorektik olanlar ile ortorektik olmayanlar arasında su tüketimi bakımından anlamlı bir fark yoktur (p= 0.618).

6.5. Besin Tüketimi (Besin ğeleri) ile İlgili Bulgular

Bu bölümde, günlük olarak diyetle alınan besin öğelerinin RDA' ya göre karşılanma yüzdesi ile Ortoreksiya Nervoza arasındaki ilişki belirlenmiştir.

Tablo 6.5.1. Günlük Diyet ile Alınan Besin Ögelerinin Karşılama Yüzdeleri (n=75)

Besin Ögesi	Ortalama±SS (%)
Enerji (kkal)	75±35.9
Karbonhidrat (gr)	52.5±22.4
Protein (gr)	114.3±35.9
Yağ (gr)	101.8±30.6
Lif (gr)	79.7±65.3
A Vitamini (mcg)	149.9±74.2
E Vitamini (mg)	93.9±38.9
B1 Vitamini (mg)	68.6±22.6
B2 Vitamini (mg)	121.7±37
B6 Vitamini (mg)	89.6±30.2
Kalsiyum (mg)	74.2±23.6
Magnezyum (mg)	77.2±27.1
Fosfor (mg)	155.1±43.2
Demir (mg)	74.6±42.3
Çinko (mg)	105.7±37

75 diyetisyenin günlük diyet ile besin ögelerini DRI değerine göre karşılama yüzdeleri; Enerji alımı, DRI değerini en az % 39, en fazla % 172, ortalama ise % 75 oranında; protein alımı, DRI değerini en az % 45, en fazla % 215, ortalama ise % 114.3 oranında karşılamaktadır. A vitamini alımı, DRI değerini en az % 45, en fazla % 393, ortalama ise % 149.9 oranında E vitamini alımı, DRI değerini en az % 20, en fazla % 188, ortalama ise % 93.9 oranında karşılamaktadır. Kalsiyum alımı, DRI değerini en az % 27, en fazla % 131, ortalama ise % 74.2 oranında, Demir alımı, DRI değerini en az % 20, en fazla % 218, ortalama ise % 74.6 oranında karşılamaktadır.

Tablo 6.5.2. Günlük Alınan Besin Ögelerinin Karşılanma Yüzdesi ile Ortoreksiya Nervoza Arasındaki İlişki Bulguları

Besin Ögeleri	Ortorektik Olanlar n=48 (%64)	Ortorektik Olmayanlar n=27 (%36)	P
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Enerji (kkal)	73±21.6	79±22.4	0.732*
Karbonhidrat (gr)	47.5±24.9	56±17.3	0.812*
Protein (gr)	116.3±33.4	110.7±40.3	0.523**
Yağ (gr)	100±27.5	92±35.6	0.284*
Lif (gr)	69.5±78.1	79±32.9	0.581*
A Vitamini (mcg)	142±61	122±94.2	0.145*
E Vitamini (mg)	101.1±39.5	81.1±35.1	0.033**
C Vitamini (mg)	151.5±82.6	92±107.3	0.114*
B ₁ Vitamini (mg)	67.5±21.1	72±25.1	0.487*
B ₂ Vitamini (mg)	118±34.9	124±41.2	0.679*
B ₆ Vitamini (mg)	88.5±25.7	81±36.2	0.231*
Kalsiyum (mg)	72.8±23.9	76.5±23.2	0.515**
Magnezyum (mg)	70±22.5	78±33.9	0.577*
Fosfor (mg)	154.3±42.2	156.5±45.6	0.840**
Demir (mg)	57±46.1	59±33.5	0.326*
Çinko (mg)	103.3±26.2	109.8±41.9	0.468**

*Mann-Whitney U test **Independent Samples T test

Ortorektik olan 48 kişinin DRI' ya göre günlük diyet ile alınan besin ögelerini ortalama olarak karşılama yüzdeleri; enerji % 73, karbonhidrat % 47.5, protein % 116.3, yağ % 100, lif % 69.5, kolesterol % 67, A vitamini % 142, E vitamini % 101.1, C vitamini % 151.5, B₁ vitamini %67.5, B₂ vitamini % 118, B₆ vitamini % 88.5, kalsiyum %72.8, magnezyum % 70, fosfor % 154.3, demir % 57 ve çinko % 103.3' dür.

Ortorektik olmayan 27 kişinin DRI' ya göre günlük diyet ile alınan besin ögelerini ortalama olarak karşılama yüzdeleri; enerji % 79, karbonhidrat % 56, protein % 110.7, yağ % 92, lif % 79, kolesterol % 58, A vitamini % 122, E vitamini % 81.1, C vitamini % 92, B₁ vitamini % 72, B₂ vitamini % 124, B₆ vitamini % 81, kalsiyum %76.5, magnezyum % 78, fosfor % 156.5, demir % 59 ve çinko % 109.8' dir.

Ortorektik olan 48 kişi ile ortorektik olmayan 27 kişi arasında günlük olarak alınan enerjinin RDA' ya göre DRI açısından; enerji, karbonhidrat, protein, yağ, lif, A, B₁, B₂, B₆ vitaminleri, kalsiyum, magnezyum, fosfor, demir ve çinko değerlerinin karşılama yüzdesi açısından anlamlı bir fark yoktur (p>0.05).

Ortorektik olan kişiler ile ortorektik olmayanlar arasında günlük olarak alınan E vitaminin RDA' ya göre DRI açısından anlamlı bir fark vardır (p< 0.05). Ortorektik bireylerin günlük olarak diyet ile alınan E vitamini değerleri daha yüksek bulunmuştur.

7. TARTIŞMA

Yunanca’ da doğru ve uygun anlamına gelen ‘ortho’ ve iştah anlamına gelen ‘orexis’ kelimelerinden oluşan ortoreksiye nervosa sağlıklı beslenme anlamına gelmektedir. Bratman’ a göre doğru (sağlıklı) beslenme abartılı bir şekil aldığı zaman patolojik bir durum arz etmektedir. Bu çalışmada beslenme eğitimi veren diyetisyenlerin sağlıklı beslenmeyi takıntı haline getirebilecekleri ihtimali araştırılmıştır. Çalışmaya %78.7’ i kadın, %21.3’ ü erkek olmak üzere 75 diyetisyen katılmıştır. Çalışmaya katılan diyetisyenlerin yaş aralığı 22 ile 60 arasında olup, vücut ağırlıkları en az 46 kg en fazla 90 kg’ dır. BKİ’ leri ise 17- 27.5 kg/m² arasında değişmekte olup, ortalama BKİ’ leri ise 21 kg/m² bulunmuştur (Tablo 6.1.2). ORTO-15 testi uygulanan diyetisyenlerin % 64’ ünün ortorektik özelliklere sahip olduğu belirlenmiştir. Alveranga ve arkadaşlarının (2012); Brazilyalı diyetisyenler ile yaptıkları benzer bir çalışmada ise ORTO-15 testinin Portekizce versiyonu uygulanmış, toplamda 392 diyetisyen soruları cevaplandırmıştır. 364 (%93)’ ü kadın, 12 (%3)’ ü erkek olan diyetisyenlerin yaş aralığı 20 ile 70 arasında, vücut ağırlıkları en az 40 kg en fazla 106 kg’ dır. BKİ’ leri 16.9- 37.6 kg/m² arasında, ortalama BKİ’ leri ise 22.3 kg/m² dir. Bu çalışmanın popülasyonu içinde kalan Brazilyalı diyetisyenlerde ON tutumlarının sıklığının yüksek olduğu saptanmıştır.

Türkiye’de Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalından Bosi ve arkadaşlarının (2007) yaptığı, tıp fakültesinde görev alan 318 doktorun katıldığı ON’nın prevalansının incelendiği çalışmada kişilerin kilolarını kontrol ettikleri sıklık, alışverişlerini bizzat kendilerinin yapıp yapmadıkları, besinleri satın alırken muhtevasını okuyup okumadıkları sorulmuş ve ORTO-15 testi uygulanmıştır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre cinsiyet, yaş ve BKİ ile ON eğilimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamakla beraber bir ürünü satın alırken içeriğinin belirleyici olduğunu söyleyen katılımcılarla, kilolarını sık sık kontrol eden katılımcıların ON eğilimlerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde bu çalışmada da cinsiyet (Tablo 6.2.5), yaş (Tablo 6.2.7) ve BKİ (Tablo 6.2.6) ile ON arasında anlamlı bir ilişki olmaması açısından paralellik göstermektedir. Bosi ve arkadaşları (200) bu çalışmalarında ayrıca beslenme alışkanlıklarında basın-yayımın etkili olduğunu, yüksek eğitim seviyesindeki insanların dahi yemek seçimlerinde bundan etkilendiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca ORTO-15 testine göre kesim noktası ‘33’ puan olarak alındığında 158’i kadın ve 107’si

erkek olmak üzere toplam 265 kişinin (% 26.1) ortorektik belirti gösterdiği bulunmuştur. Çalışmamızda ORTO-15 testine göre kesim noktası '40' puan alınmıştır. Çalışmaya katılan 75 diyetisyenden ortorektik özelliklere sahip olanların oranı % 64 bulunmuştur (Tablo 6.2.1).

Arusoğlu ve arkadaşları (2008), Donini ve arkadaşlarının geliştirdiği (2005) ORTO-15 testinin çevirisinde kültürel eşdeğerliliği göz önünde bulundurarak, on beş madde içerisinden istatistiksel gücü yüksek on bir maddeyi seçerek, iç tutarlılığı daha yüksek bir ölçek oluşturmuşlardır Türkçeye ORTO-11 olarak uyarlamış, ayrıca daha geniş bir örnekleme ON'nin Türkiye'deki prevalansını ve yeme tutumu, obsesif belirtiler, BKİ ve bazı demografik değişkenlerle olan ilişkisini araştırmışlardır. Arusoğlu ve arkadaşlarının 994 katılımcıya yönelik yaptığı araştırmaya göre Türkiye'de ortoreksiya üzerinde yaş değişkeninin bir etkisi olmadığı, yeme tutumu bozuk ve obsesif kompulsif belirtiler gösteren kişilerde ortorektik eğilimin yüksek olduğu, bununla birlikte BKİ ve ortoreksiya arasında anlamlı ilişki bulunamadığı, kadınların ortorektik eğilimlerinin erkeklerden daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Buna paralel olarak çalışmamızda yeme tutumunun bozuk olması; ortorektik bireylerin düşük riske sahip olma ihtimalleri, orta riske sahip olma ihtimallerine göre daha yüksek oranda bulunmuştur (Tablo 6.3.2). Yaş ile ON arasında ilişki bulunmamasıda (Tablo 6.2.7) çalışmalar arasında benzer sonuçlara ulaşıldığını göstermektedir. Buna karşıt olarak Donini ve arkadaşları (2004) İtalya' da farklı kökenden gelen insanların beslenme ve besinler hakkındaki görüşlerini belirlemek amacıyla 404 kişinin katıldığı bir çalışma yapmışlar. Sonuçta çalışmaya katılanlardan yaklaşık olarak %7'sinde ortoreksiya nervoza yeme bozukluğu olduğu görülmüştür. Bunun da büyük kısmını erkeklerin ve eğitim seviyesi düşük kişilerin oluşturduğu tespit edilmiştir. Ulaşılan sonuçlarda ise cinsiyet ve ON arasında herhangi bir fark bulunamadığından (Tablo 6.2.5) paralellik göstermemektedir.

Bir yüksek lisans tezi çalışmasında (Arusoğlu, 2006) yine Hacettepe Üniversitesi akademik ve idari personeline ortoreksiya eğilimi ve belirtileri ile ortoreksiyanın yaş, cinsiyet ve eğitim durumu gibi faktörlerle ilişkisini belirlemek amaçlı yaşları 19 ile 66 arasında değişen toplam 1288 kişinin incelendiği çalışmada, eğitim seviyesi arttıkça ortoreksiya nervoza eğiliminin düştüğü, erkeklerin ortoreksiya nervoza eğilimlerinin kadınlara göre daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Donini ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise erkeklerdeki eğilim daha fazla bulunmuştur.

Araştırmacılar bu çelişkinin kültürel farklılıklardan kaynaklanabileceğini düşünmektedirler. Ayrıca başka rahatsızlıklar nedeniyle bir diyet uygulamak zorunda olan kişilerde ortoreksiya nervozaya olan yatkınlıkların yüksek olduğu da saptanmıştır (Arusoğlu, 2006). Çalışmamızda ise kadınlar ile erkekler arasında ON eğilimi açısından bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 6.2.5).

Avusturyalı diyetisyenlerde ortoreksiya nervoza prevelansı ve psikolojik faktörlerin araştırıldığı bir çalışmaya katılan 283 kadın diyetisyenin yaş aralığı 22 ile 66 arasında değişmektedir. Diyetisyenlerden 26 (%9.3)' sı zayıf, 204 (%72.6)' ü normal kilolu, 48 (%17.1)' i kilolu ve 3 (%1)' inin de obez olduğu saptanmıştır. 148 (%52.5)'inin ortorektik olmadığı, 99 (%34.9)'unun bazı ortorektik davranışlara sahip olduğu, 36 (%12.8)'inin ise ortoreksiya nervoza olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya göre ortoreksiya nervoza diyetisyenler arasında sık görülmektedir (Hauer et al., 2006). Buna paralel olarak Türkiye' de yaşayan diyetisyenlerin katıldığı çalışmamızda ortoreksiyanın görülme sıklığı yüksek (%64) bulunmuştur (Tablo 6.2.1).

Beslenme ve diyetetik bölümünde okuyan kız öğrencilerin sağlıklı beslenme takıntıları ile yeme tutum ve davranışlarının değerlendirildiği bir çalışma 106 kız öğrenci ile gerçekleştirilmiş, ortoreksiya nervosa riskindeki artış, obsesif kompulsif davranış riskindeki artış ve yeme davranış bozukluğu riskindeki azalışla ilişkili bulunmuştur (Gezer ve ark., 2013). Aynı şekilde yeme tutum riskinde ki artışla ON arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 6.3.2). Yine Gezer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2013), vücut ağırlığı normal ve şişman olanlarla karşılaştırıldığında zayıf olan bireylerde ortalama ORTO 11 puanının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda ise vücut ağırlığı ile ORTO-15 testi puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 6.2.6). Ayrıca sağlıklı beslenme ile yeme tutum ve davranışlarının aldıkları eğitimden etkilenebildiği belirtilmiştir.

Birçok sporcunun atletik performansı arttırmak için katı beslenme alışkanlıklarının olması, yüksek kalitede gıda tüketiminin saplantı haline gelmesi ile karakterizedir. Bu durum YB ve ON gibi patolojik bir duruma neden olabilmektedir. YB ve ON oluşumu ile sporcular arasındaki ilişkiyi doğrulamak için Ammendolia ve arkadaşları (2012) 577 sporcuyu ve 217 kontrol grubuyla eşleştirerek testler uygulamıştır. ORTO-15 (%28) ve EAT-26 (%14) testleri için atletlerin pozitifliği yüksek çıkmıştır. Çalışmamızda ORTO-15 ve YTT (EAT-40) arasında ilişki bulunması

açısından paraleldir (Tablo 6.3.2). Analiz sonucu ON için bağımsız belirleyicilerin daha önceki diyet ve yaş olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca YB ve obsesif-kompulsif spektrum ile birçok özelliği paylaşan ON bu patolojik durumlar arasında bir kavşak oluşturarak atletlerin sağlık durumunu tehlikeye atabilmektedir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmada elde edilen bulgulara dayalı olarak ulaşılan sonuçlara ve bu sonuçlara dayalı olarak sunulan önerilere yer verilmektedir.

- Çalışmaya katılan 75 diyetisyenden 59'u (% 78.7) kadın, 16'sı (%21.3) erkektir. Ortorektik özelliklere sahip olanların oranı % 64 olup 36'sı (% 75) kadın, 12'si (% 25) ise erkektir.
- Kadınların 23'ü (% 39) ortorektik değilken, 36'sı (% 61) ortorektiktir. Erkeklerin ise 12'si (% 75) ortorektik, 4'ü (% 25) ortorektik değildir. Ortorektik özelliklere sahip olmayanların 23'ü (% 85.2) kadın, 4'ü (% 14,8) erkektir.
- Çalışmaya katılan 75 diyetisyenden 9'u (% 12) zayıf, 60'ı (% 80) normal, 6'sı (% 8) ise fazla kiloludur.
- Ortorektik olanların 5'i (% 10.4) zayıf, 40'ı (% 83.3) normal, 3'ü (% 6.3) fazla kiloludur. Ortorektik olmayanların ise 4'ü (% 14.8) zayıf, 20'si (% 74.1) normal, 3'ü (% 11.1) fazla kiloludur. Zayıf kişilerin 5'i (% 55.6) ortorektik, 4'ü (% 44.4) ortorektik değildir. BKİ'si normal kişilerin 40'ı (% 66.7) ortorektik, 20'si (% 33.3) ortorektik değildir. Fazla kilolu kişilerin ise 3'ü (% 50) ortorektik, diğer 3'ü (% 50) ise ortorektik değildir.
- Yapılan analizler sonucunda ortoreksiya nevroza ile cinsiyet ($p=0.301$), yaş ($p=0.862$), BKİ ($p=0.395$), medeni durum ($p=0.697$) ve kronik hastalıklar ($p=0.648$) arasında anlamlı bir fark ($p<0.05$) bulunamamıştır.
- Pearson Chi-Square testinin sonucunda yaşam biçimi faktörlerinden; fiziksel aktivite ($p=0.525$), alkol tüketimi ($p=0.340$), sigara kullanımı ($p=0.223$), vitamin kullanımı ($p=0.146$) ve su tüketimi ($p=0,618$) ile ON' nın birbirinden bağımsız olduğu ($p>0.05$) sonucuna varılmıştır.
- Diyetisyenlerin 1 günlük besin tüketimleri, günlük alım miktarları referansı (DRI) doğrultusunda değerlendirildiğinde günlük olarak diyetle alınan; enerji ($p=0.732$) karbonhidrat ($p=0.812$), protein ($p=0.523$), yağ ($p=0.284$), kolestrol ($p=0.417$), lif ($p=0.581$), A vitamini ($p=0.145$), B1 vitamini ($p=0.487$), B2 vitamini ($p=0.679$), B6 vitamini ($p=0.231$), magnezyum ($p=0.577$), demir ($p=0.326$), kalsiyum ($p=0.515$), fosfor ($p=0.840$), çinko ($p=0.468$) açısından ON' lı diyetisyenler ile ortorektik olmayan diyetisyenler arasında anlamlı bir

fark olmadığı saptanmıştır. Ancak E vitamini karşılanma düzeyleri ortorektik olan diyetisyenlerde daha yüksek bulunmuştur. E vitamini alımı ($p=0.033$) ile ON arasında anlamlı ($p<0.05$) bir fark saptanmıştır.

- ON ile YTT, Fisher's Exact Test sonuçlarına ($p=0.022$) bakıldığında aralarında anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Ortoreksiya nervoza yeme bozukluğu olan kişilerin sayısının gün geçtikçe arttığı ve bozukluğun önümüzdeki 10 yıl içinde hızlı bir artış göstericeği beklenmektedir. Bunun önüne geçmek ortoreksiya nervosayı bir halk sağlığı sorunu olarak görmek ve gerekli tedbirleri almakla mümkün görünmektedir. 'Sağlıklı beslenme' amacıyla başlasa da, insanın bireysel ve sosyal yaşantısını sınırlandırıp, ruh ve beden sağlığını tehdit ederek bireyleri ölüme kadar götürebilecek sonuçları düşünüldüğünde, ortoreksiyanın ciddiye alınması gereken bir durum olduğu söylenebilir.

Bugüne dek yapılan çalışmalar henüz yeterli olmamakla birlikte bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar ışığında toplumun daha geniş kesimini kapsayan taramaların yapılması gerekli görülmektedir. Ayrıca ortorektik eğilimin toplumun kültürüyle, bireyin sosyal yaşantısıyla yakından ilgili oluşu da geçerli tanı kriterlerini oluşturulabilmesi için daha fazla araştırma yapılmasını gerekli kılmaktadır. Benzer iki Akdeniz ülkesi olan İtalya ve Türkiye'de dahi çalışmaların sonuçlarının farklılık göstermesi de bunu destekler niteliktedir. ON, gelecekte diğer yeme bozukluklarından ayrı bir tanı kategorisi oluşturabileceği gibi AN veya BN altında da değerlendirilebilir. AN'ın beslenmenin niceliğiyle, ON'ın ise niteliğiyle ilgili olduğu göz önünde bulundurulursa ortoreksiyanın sağlıklı beslenme sınırları içerisinde kabul edilip bir bozukluk olarak düşünülmemesi gibi diğer bir ihtimal daha ortaya çıkacaktır.

Doğru ve sağlıklı beslenme konusunda uzman kişilerce yayımlanan programlarla doğru bilgilendirmenin yapılması büyük önem taşımaktadır.

Medyada yer alan yiyecek reklamları ve beslenme ile ilgili programlarda sağlıklı beslenme konusunun doğru ve yansız bir şekilde yapılması sağlanarak, medyaya önem veren özellikle genç yetişkinlik döneminde bulunan bireylerin bu konuda daha bilinçli davranmaları konusunda yol gösterici olunabilir. Ayrıca bozuklukla ilgili tedavi planlamasının yapılmasına önem verilmeli ve bu tedavi planı içinde beslenme uzmanlarının yer alması sağlanmalıdır.

9. KAYNAKLAR

Aikman SN., Crites SL., (2005) Impact of Nutrition Knowledge on Food Evaluations. *European Journal of Clinical Nutrition* 59: 1191–1200.

Ambwani S., Gleaves DH., Graham EC., (2013) Measuring “Orthorexia”: Development of the Eating Habits Questionnaire. *The International Journal of Educational and Psychological Assessment*, Vol.12 (2).

American Dietetic Association (2011) Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Eating Disorders. *J Am Diet Assoc*; 111:1236-1241.

Academy of Nutrition and Dietetics. Eating Disorders and the Registered Dietitian. Erişim: [http://www.eatright.org/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=6442464706]. Erişim Tarihi : [15/12/2013].

Academy of Nutrition and Dietetics. Orthorexia: An Obsession with Eating "Pure". Erişim:[http://www.eatright.org/Public/content.aspx?id=6442471029&terms=eating%20disorders)]. Erişim Tarihi:[15/02/2014].

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Erişim:[http://www.worldcat.org/title/diagnostic-and-statistical-manual-of-mental-disorders-dsm-iv-tr/oclc/43483668/viewport]. Erişim Tarihi: [20/10/2013].

Aldana SG., Greenlaw RL., Diehl HA., Salberg A., Merrill RM., Ohmine S., Thomas C., (2005) Effects of an Intensive Diet and Physical Activity Modification Program on the Health Risks of Adults. *J Am Diet Assoc* 105(3): 371-381.

Alveranga MS., Martins MCT., Saton KSCJ., Scagliusi FB., Philippi ST., Vargas SVA., (2012) Orthorexia Nervosa Behavior in a Sample Brazilian Dietitians Assessed by Portuguese Version of Orto-15. *Eat. Weight Disord*, 17:e29-e35.

Ammendolia A., Bombardiere L., Caglioti F., Capranica L. ET AL., (2012) Orthorexia Nervosa: A Frequent Eating Disordered Behavior in Athletes. *Eat Weight Disord*. DOI: 10.3275/8272.

Arlı M., Kınacı B., Özgen L., Ergenlerin Yeme Tutum ve Davranışları. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, yıl: 2012, cilt: 45, sayı: 1, 229-247.

Arusoğlu G. (2006) Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya) Belirtilerinin İncelenmesi, Orto-15 Ölçeğinin Uyarlanması.Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Gülden Pekcan).

Arusoğlu G., Kabakçı E., Köksal G., Merdol TK., (2008) Ortoreksiya Nervosa ve Orto-11'in Türkçeye Uyarlama Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 19(3): 283-291.

Ateşçi F., Oğuzhanoglu NK., Özdel O., Bir Anoreksiya Nervosa Olgusu ve Bu Olguya Farmakoterapi ile Birlikte Psikodrama Teknikleri ile Yaklaşım. *rk Psikiyatri Dergisi* 2003; 14(2):153-159.

Aydın C. (2010) Yeme Tutumu, Ortorektik Belirtiler ve Ana Babaya Bağlanma Arasındaki İlişkiler. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof.Dr. Elif Barışkın)

Aydın A., Maner F., Bulimiya Nervozada Psikososyokültürel Etmenler. *Düşünen Adam*; 2007, 20(1):25-37.

Bohn K., Fairburn CG., Eating Disorder NOS (EDNOS): an Example of the Troublesome 'Not Otherwise Specified' (NOS) Category in DSM-IV.Behaviour Research and Therapy 43 (2005) 691–701.

Bonaechea BB., Rial BR., Sanchez GF., Zamora MLC., (2005) Orthorexia Nervosa. A New Eating Behavior Disorder? *Actas Esp Psiquiatr* 33(1): 666- 668.

Bosi AT., Çağatay G., Çamur D., (2007) Prevalence of Orthorexia Nervosa in Resident Medical Doctors in the Faculty of Medicine (Ankara, Turkey). *Appetite*49: 661-666.

Bozan N., Hollanda Yeme Davranışı (DEBQ) Anketinin Türk Üniversite Öğrencilerinde Geçerlilik ve Güvenirliliğinin Sınanması, Yüksek Lisans Tezi 2009, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Bratman S., What is Orthorexia?. Erişim:[<http://www.orthorexia.com/>]. Erişim Tarihi: [08/12/2013].

Bratman S., Original Orthorexia Essay. The Health Food Eating Disorder. Erişim:[<http://www.orthorexia.com/original-orthorexia-essay/>]. Erişim Tarihi:[05/11/2013].

Canella C., Donini M., Graziani MP., Imbriale M., Marsili D., (2004) Orthorexia Nervosa: A Preliminary Study With a Proposal for Diagnosis and an Attempt to Measure the Dimension of the Phenomenon. *Eating and Weight Disorders*, 9:151-157.

Canella C., Donini M., Graziani MP., Imbriale M., Marsili D., (2005) Orthorexia Nervosa: Validation of a Diagnosis Questionnaire. *Eating and Weight Disorders* vol.10: e28-32.

Dietary Reference Intakes: Macronutrients.

Erişim:[http://www.nal.usda.gov/fnic/DRI/DRI_Tables/macronutrients.pdf]. Erişim Tarihi:[15/02/2014].

Dietary Reference Intakes: Elements

Erişim:[<http://www.iom.edu/Global/News%20Announcements/~//media/48FAAA2FD9E74D95BBDA2236E7387B49.ashx>]. Erişim Tarihi:[15/02/2014].

DSM IV Diagnostic Criteria for Eating Disorders. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed.)* United States of America: American Psychiatric Association.

Hocaoğlu Ç., Toker DE., (2009) Yeme Bozuklukları ve Aile Yapısı: Bir Gözden Geçirme. *Düşünen Adam*, 22(1-4):36-42.

Mathieu J., What is Orthorexia?. *Journal of American Dietetic Association* (2005).

Erişim:[<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002822305013957>]. Erişim Tarihi:[20/10/2013].

Kratina K., Orthorexia Nervosa. National Eating Disorders Association 2006.

Erişim: [<http://www.nationaleatingdisorders.org/orthorexia-nervosa>].

National Eating Disorders Association. Get The Facts On Eating Disorders.

Erişim:[<http://www.nationaleatingdisorders.org/get-facts-eating-disorders>]. Erişim Tarihi:[10/11/2013].

Dietary Reference Intakes: Vitamins.

Erişim:[<http://www.iom.edu/Global/News%20Announcements/~//media/474B28C39EA34C43A60A6D42CCE07427.ashx>]. Erişim Tarihi:[15/02/2014].

Furth EF., Varga M., Szabo SD., Thege BK., Tury F., (2014) When Eating Healthy is not Healthy: Orthorexia Nervosa and Its Measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC Psychiatry* 2014, 14:59.

Hauer K., Kiefer I., Kinzl JF., Traweger C., (2006) Orthorexia Nervosa in Dieticians. *Psychother Psychosom.* 75, 395-396.

Hoek H. W., Hoeken D., Smink F. R. E., (2012) Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Curr Psychiatry Rep* 14:406–414.

Hudson JI., Hiripi E., Pope HG., Kessler RC. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348-358.

Kazkonda İ., (2010) Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) Belirtilerinin İncelenmesi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Leyla Özgen).

Keçeli F., (2006) Yeme bozukluğu Hastalarında Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Kişilik Bozukluğu. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Matera AB., (2012) Orthorexia nervosa – an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit?. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1 : 55–60.

Mcinerney-ernst EM., (2011) Orthorexia Nervosa: Real Construct or Newest Social Trend? (Doctoral dissertation, University of Missouri-Kansas City, Faculty of the Department of Psychology). Missouri.

National Eating Disorders Association. Get The Facts On Eating Disorders. Erişim:[<http://www.nationaleatingdisorders.org/get-facts-eating-disorders>]. Erişim Tarihi:[05/11/ 2013].

Pekcan G., (2008) Beslenme Durumunun Saptanması. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 726. Klasmat Matbaacılık. Ankara.

Robinson A., (2013) Integrative Response Therapy for Binge Eating Disorder. *Cogn Behav Pract.* 1;20(1): 93-105.

Semiz M., Kavakcı Ö., Kugu N., Yağız A., Yontar G., (2013). Sivas İl Merkezinde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi* 24(3):149-57.

Shah SM., (2012) Orthorexia Nervosa: Healthy Eating or Eating Disorder? (Masters Theses, University of Eastern Illinois, Department of Psychology). Charleston, Illinois.

Talwar P., (2011) Factorial Analysis of The Eating Attitude Test (EAT-40) among a group of Malaysian University Students. The Malaysian Journal of Psychiatry; 20(2).

Türk Psikiyatri Derneği. Yeme Bozuklukları. Erişim: [http://www.psikiyatri.org.tr/pagepublic.aspx?menu=21]. Erişim Tarihi: [10/11/2013].

Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi (2004). Ankara.

Yücel B., (2009) Estetik Bir Kaygıdan Hastalığa Uzanan Yol: Beslenme Bozuklukları. Klinik Gelişim Cilt:22 / No:4. S:39-44.

WHO. Mean Body Mass Index (BMI).

Erişim: [http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/bmi_text/en/]. Erişim Tarihi: [11/01/2014].

WHO. Obesity and Overweight.

Erişim: [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/]. Erişim Tarihi: [11/01/2014].

10. EKLER

EK 1

Anket No:.....

Proje adı : Diyetisyenlerde Sağlıklı Beslenme Takıntısı ve Yeme Tutumlarının Saptanması

1. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE GENEL BESLENME DURUMU

1.Yaş (yıl):..... Cinsiyet: Kadın () Erkek ()

2. Boy: Kilo:..... BKİ:.....

3.Medeni durumunuz: 1. Bekar ()
2. Evli ()
3. Boşanmış ()
4. Dul ()
5. Ayrı yaşıyor ()

4.Çalışma durumunuz: 1. Ücretli-maaşlı- özelde ()
2. Ücretli- maaşlı- kamuda ()
3. Emekli (çalışmıyor) ()
4. İş veren ()

5. Kronik bir hastalığınız var mı?
Evet () Hayır () cevabınız evet ise adı:.....

6. Düzenli olarak fiziksel aktivite yapıyor musunuz (haftada en az 3 kez 30 dakika)?
Evet () Hayır ()

7. Sabahları kahvaltı edermisiniz?
Her sabah () Arada sırada () Sadece hafta sonları () Hiç etmem ()

8. Genellikle günde kaç ana öğün yersiniz?
.....

9. Ara öğün tüketirmisiniz?
Evet () Hayır () Bazen ()

Ara öğün tüketenlere sorulacak:

10. Ara öğünlerde genellikle neler tüketirsiniz?

- Meyve- kuru meyve ()
- Kuruyemiş ()
- Süt- yoğurt ()
- Meyve suyu ()
- Çikolata ()
- Diğer (belirtiniz).....

Ara öğün yemeyenlere ya da bazen yiyenlere sorulacak:

11. Ara öğün yememe nedeniniz/nedenleriniz nedir?
Zaman yetersizliği ()
Canım istemiyor, iştahsızım ()
Alışkanlığım yok ()
Diğer (belirtiniz).....
12. Sigara içiyormusunuz?
Evet () Hayır () Bazen () Bıraktım ()
13. Ortalama günlük su tüketiminiz ne kadardır?
.....
14. Günde kaç bardak çay (.....) / kaç fincan kahve (.....) / kaç fincan Nescafe (.....) tüketirsiniz?
15. Alkollü içecek tüketmişsiniz?
Evet () Hayır () Bazen ()
16. Gece yatmadan önce ve/veya gece uyanarak yemek yeme alışkanlığınız var mı?
Evet () Hayır () Bazen ()
17. Vitamin- mineral desteği alıyormusunuz?
Evet () Hayır () Bazen ()

YEME TUTUM TESTİ

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen parantezin içine 'X' işareti koyunuz.

SORULAR	Daima	Çok Sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiç bir zaman
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirmediğim yemeği yemem.						
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4. Şişmanlamaktan ödüm kopar.						
5. Acıktığımda yemek yemeye çalışırım.						
6. Aklım fikrim yemektedir.						
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar oldu.						
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9. Yedigim yiyeceğin kalorisini bilirim.						
10. Ekmek, patates, pirinc gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11. Yemeklerden sonra siskinlik hissederim.						
12. Ailem fazla yememi bekler.						
13. Yemek yedikten sonra kusarım.						
14. Yemek yedikten sonra asırı suçluluk duyarım.						
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz yaparım.						
17. Günde birkaç kere tartılırım.						
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.						
19. Et yemekten hoşlanırım.						
20. Sabahları erken uyanırım.						
21. Günlerce aynı yemeği yerim.						
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						
23. Adetlerim düzenlidir. (Yalnızca kızlar cevaplandıracak)						
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.						
25. Sismanlayacağım (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
26. Yemeklerimi yemek, başkalarınınkinden daha uzun sürer.						
27. Lokantada yemek yemeyi severim.						
28. Mushil kullanırım						
29. Sekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.						
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.						
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.						
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını düşünürüm.						
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.						
35. Kabızlıktan yakınırım.						
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						
37. Diyet (perhiz) yaparım.						
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.						

39. Sekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoslanırım.						
40. Yemeklerden sonra icimden kusmak gelir.						

ORTO-15 TESTİ

	Her zaman	Sık sık	Bazen	Hiçbir zaman
1- Yemek yerken yediklerinizin kalorisine dikkat eder misiniz?				
2- Cesitli yiyeceklerin olduğu bir yerde yiyecek secmek durumunda kalırsanız kararsızlık yasar mısınız?				
3- Son uc ay icerisinde besinler konusunda endiselendiginiz oldu mu?				
4- Saglıgınızla ilgili endiseleriniz besin seciminizi etkiler mi?				
5- Yemeginizin saglıklı olması sizin icin lezzetli olmasından daha mı onemlidir?				
6- Daha saglıklı, daha taze besinler satın almak icin daha fazla para harcamak ister misiniz?				
7- Saglıklı beslenme ile ilgili dusunceler sizi gunde uc saatten fazla mesgul eder mi?				
8- Saglıksız oldugunu dusundugunuz besinleri yediginiz olur mu?				
9- Sizce, ruhsal durumunuz yeme duzeninizi etkiler mi?				
10- Besinler icerisinde sadece saglıklı olanlarını tuketmek kendinize olan guveninizi artırır mı?				
11- Uyguladığınız beslenme tipi yasam tarzınızı degistirir mi? (Dısarıda yeme sıklığı, arkadaslar vb. acıdan)				
12- Saglıklı beslenmenin dıs gorunumunuzu daha iyi hale getirebilecegini dusunur musunuz?				
13- Saglıksız beslendiginizde kendinizi suclu hisseder misiniz?				
14- Piyasada saglıksız besinlerin de satıldığını dusunur musunuz?				
15- Son zamanlarda yemeklerinizi ozellikle tek basına yemegi mi tercih edersiniz?				

BESİN TÜKETİM DURUMUNUN SAPTANMASI

Öğün	Yemek/Besin ve İçecek adı	Ölçü	Miktar Ağırlık (g)
SABAHA			
KUŞLUK			
ÖĞLE			
İKİNDİ			
AKŞAM			
GECE			

EK 2

Onam Formu

Sayın Katılımcı,

Sizi “**Diyetisyenlerde Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya Nervosa) ve Yeme Tutumlarının Saptanması**” konulu çalışmamıza davet ediyoruz. Bu araştırma, beslenme eğitimi veren diyetisyenlerde genel beslenme durumları, besin seçimi, satın alma, hazırlama, yeme tutumları ve kendilerinin sağlıklı olarak nitelendirdikleri besinleri tüketme konusundaki davranışlarının belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Bu çalışmayı yapabilmek için size “sosyo-demografik özellikler ve genel beslenme durumu” ile yeme bozukluklarının ölçülmesinde kullanılacak “yeme tutum testi” ve “ortoreksiya testi” ile ilgili sorular verilecektir.

Araştırma, Haliç Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü’nden Sayın Yrd. Doç. Dr. Zeynep KOÇ ÖZERSON ve Dyt. Yağmur BAŞ tarafından yürütülmektedir.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde Dyt. Yağmur BAŞ tarafından anketler size teslim edilecek ve içeriği hakkında size sözel bir bilgi verilecektir.

Bu amaçla;

1. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.
2. Kendinizde bir şikayet olmasa bile katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Anketi doldurmanız sizde herhangi bir risk oluşturmayacaktır.
3. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz konunun uzmanları tarafından yukarıda belirtilen veriler toplanacaktır.
4. Bu kayıtlar kimliğiniz belirtilmeden bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.
5. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.
6. Sizden, verilen süre içerisinde soruları birebir kendinizin yanıtlayıp formları geri teslim etmeniz istenmektedir.
7. Araştırma, bireysel olarak değil, toplu olarak değerlendirilecektir, kimlik bilgilerinizi vermenize gerek yoktur.

EK 3

Onay Formu

Sayın Yrd. Doç. Dr. Zeynep KOÇ ÖZERSON ve Dyt. Yağmur BAŞ tarafından diyetisyenlerle anket yöntemiyle araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili bilgiler (onam formu) bana aktarıldı. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerin ihtimamla korunacağına inanıyorum.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun diyetisyen ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belirli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içersinde kabul ediyorum.

Katılımcı

Adı, soyadı :

Adres :

Tel :

İmza :

Tarih :

Katılımcı ile görüşen diyetisyen

Adı, soyadı : Dyt. Yağmur BAŞ

Adres : Haliç Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Beslenme ve Diyetetik Bölümü. İstanbul.

Tel : 0535 848 70 98

İmza :

Tarih :

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Yağmur Baş

Doğum Yeri ve Tarihi: İstanbul. 22/05/1988

Yaşadığı Şehir: İstanbul/ Avrupa Yakası

Medeni Hali: Bekar

Yabancı Dil: İngilizce

E-posta Adresi: basyagmur@yahoo.com.tr

Tel: 0535 848 70 98

Eğitim ve Akademik Durumu

Mezun Olduğu Kurumun Adı	Bölüm	Mezuniyet Yılı
Lisans: Haliç Üniversitesi	Beslenme ve Diyetetik	2012
Önlisans: Anadolu Üniversitesi (AÖF)	Halkla İlişkiler ve Tanıtım	2014
Önlisans: İstanbul Aydın Üniversitesi	Gıda Teknolojisi	2008
Lise: Bahçeşehir Atatürk Lisesi	Fen Bilimleri	2005

İş Tecrübesi

	Görev	Süre
Özel Vera Tıp Merkezi	Diyetisyen	2013- Halen