



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI

**SAĞLIK PERSONELİ OLAN VE OLMAYAN BİREYLERDE
ORTOREKSİYA NERVOZA SIKLIĞI ARAŞTIRMASI**

Dyt. Gökçe ERGİN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ankara

2014



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK

SAĞLIK PERSONELİ OLAN VE OLMAYAN BİREYLERDE
ORTOREKSİYA NERVOZA SIKLIĞI ARAŞTIRMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dyt. Gökçe ERGİN

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Emine AKSOYDAN

Ankara, 2014

T.C
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Dyt. Gökçe Ergin tarafından yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 31/12/2014

Tez Konusu: "Sağlık Personeli Olan ve Olmayan Bireylerde Ortoreksia Nervoza Sıklığının Araştırılması"

TEZ DANIŞMANI: Doç. Dr. Emine AKSOYDAN

TEZ JÜRİSİ ÜYELERİ

Prof. Dr. Murat Baş	Acıbadem Üniversitesi
Doç. Dr. Emine Aksoydan	Başkent Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Aydan Ercan	Başkent Üniversitesi



ONAY: Bu tez, Başkent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun 06/01/2015 tarih ve 003.. Karar Sayısı ile kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Rengin ERDAL
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Çalışmanın her aşamasında bilimsel bilgi ve tecrübesiyle olduğu kadar anlayışı ve manevi desteğiyle de yanımda olan çok değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Emine Aksoydan'a,

Gerek bilimsel gerek manevi anlamda desteklerini esirgemeyen çok değerli arkadaşlarım Arş. Gör. Damla Gümüş ve Öğr. Gör. Esen Sezer'e,

Yüksek Lisans eğitim hayatım boyunca desteklerini esirgemeyen başta Şef Dyt. Filiz Savaş Özoğlu olmak üzere tüm diyetisyen çalışma arkadaşlarıma,

Çalışmanın yapılmasının sağlanması adına gösterdikleri iş birliği nedeniyle başta Dyt. Aslı Devrim olmak üzere Doç. Dr. H. Volkan Acar, Doç. Dr. Çetin Kaymak, Asist. Dr. Erdem Fatihoglu ve tüm Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışanlarına,

Çalışmanın istatistiksel değerlendirmesindeki değerli katkıları ve özverili çalışmalarıyla destek veren Arş. Gör. M. Murat Arat'a,

Manevi desteklerini hep yanımda hissettiğim Asist. Dr. Dilara Genç Demirağ ve H. Mert Yıldız'a,

Her dönemimde sonsuz bir sabır, hoşgörü, özveri ve güvenle desteklerini hissettiğim annem Nilgün Ergin, babam Atilla Ergin ve kardeşim Batuhan Ergin'e,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

ERGİN, G. Sağlık Personeli Olan ve Olmayan Bireylerde Ortoreksiya Nervoza Görülme Sıklığı Araştırması. Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014.

İlk kez Steve Bratman tarafından 1997’de tanımlanan ve en son açıklanan The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-V) kriterlerine göre henüz yeme bozukluğu sınıflamasında yer almayan Ortoreksiya Nervoza son dönemde önemi artan bir konudur. Bu araştırma, sağlık personeli olan ve olmayan bireylerde ortorektik davranış görülme sıklıklarını saptamak amacıyla yapılmıştır. Çalışma, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışan doktor, hemşire ve ebelerden seçilen 206 kişi (68 erkek, 138 kadın) ve bu personelin yakınlarından seçilen ve sağlık personeli olmayan 206 kişi (89 erkek, 117 kadın) ile gerçekleştirilmiştir. Bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve yaşam tarzı alışkanlıkları anket formu ile saptanmıştır. Ortorektik davranış değerlendirmesi için Orto-11, yeme tutumlarını değerlendirmek için ise Yeme Tutum Testi (YTT-40) ölçekleri kullanılmıştır. Sağlık personelinin yaş ortalaması 34.2 ± 8.69 , sağlık personeli olmayanların yaş ortalaması ise 36.4 ± 9.05 ’tir. Beden kütle indeksleri (BKİ) ise sırasıyla 24.2 ± 0.27 kg/m^2 ve 24.7 ± 0.32 kg/m^2 ’dir. Sağlık personelinin %77.2’si sağlıklı olduğunu düşünmektedir ve %57.8’inin tanısı konulmuş kronik bir hastalığı bulunmamaktadır. Sağlık personeli olmayan grupta ise sağlıklı olduğunu düşünenler grubun %81.6’sını oluşturmakta ve %67.5’inin tanısı konulmuş kronik bir hastalığı bulunmamaktadır. Orto-11 ölçek sonuçları için ortalama puan, sağlık personeli olan grupta 26.6 ± 0.21 , sağlık personeli olmayan grupta ise 26.3 ± 0.25 ’tir. Yeme Tutum Testi için ortalama puan sağlık personeli olan grupta 11.7 ± 8.37 , sağlık personeli olmayan grupta 12.0 ± 8.03 ’tür. Sağlık personeli olan ve sağlık personeli olmayan gruplar arasında Orto-11 ve YTT skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p > 0.05$). Sağlık personeli olmayan grupta, sağlıklı olduğunu düşünenler ve tanı konulmuş kronik bir hastalığı olmayanların yeme tutum puanları yüksektir ($p < 0.05$). Ortoreksiya nervroza hakkındaki sınıflandırma tartışmaları hala sürmesine rağmen bu çalışmada (%60.1 vs %61.2) ve diğer çalışmalarda elde edilen sonuçlar ortoreksiya nervroza prevalansının giderek arttığını göstermektedir. Konuyla ilgili daha kapsamlı ve daha belirleyici çalışmaların yapılması ve kriterlerinin belirlenmesi tanı ve tedavi protokollerinin oluşturmasına önemli katkılar sağlayacaktır.

Anahtar Sözcükler: Ortoreksiya Nervoza, Yeme Bozukluğu, Orto-11, Sağlıklı Besin, Yeme Davranışı

ABSTRACT

ERGIN, G. Orthorexia Nervosa Prevalence Study in Health-Care and Non-Health Care Individuals. Baskent University, Faculty of Health Sciences, Master Thesis, Nutrition and Dietetics, Ankara, 2014.

A term that primarily mentioned by Steve Bratman in 1997 has recently become more prevalent but hasn't included in latest DSM-V criteria yet. This study is conducted to determine the prevalence of orthorexic behavior in health care workers and non-health care individuals. 206 participants were selected to attend in the study who works in Ankara Training and Research Hospital as doctor, nurse or midwife (68 men, 138 women). The non-health care individuals were selected from relatives of the health care workers (89 men, 117 women). Socio-demographic characteristics of individuals and lifestyle habits were determined with a questionnaire form. Ortho-11 scale was implemented for Orthorexic behavior assessment, the EAT-40 scale was used to assess eating attitudes. The mean age of Health care workers is 34.2 ± 8.69 , the mean age of non-health care individuals is 36.4 ± 9.05 . The mean BMI of health care workers 24.2 ± 0.27 kg/m² and the mean BMI of non-health care individuals 24.7 ± 0.32 kg/m². The 77.2% of health care worker have the thought of being healthy and the 57.8% of them don't have a chronic disease. The 81.6% of the non-health care individuals have a thought of being healthy and 67.7% of them don't have a chronic disease. The mean score for Ortho-11 scale is 26.6 ± 0.21 for health care workers and 26.3 ± 0.25 for non-health care individuals. The mean score for EAT-40 scale is 11.7 ± 8.37 for health care workers and 12.0 ± 8.03 for non-health care individuals. There was no significant statistical difference between health care workers and non-health care individuals, ($p > 0.05$). In non-health care individuals who have thought of being healthy and don't have chronic disease has high eating attitudes score ($p < 0.05$). Although, the classification of ON is going to be continued the results we have achieved in our study and the other studies, prevalence is increasing (%60.1 vs %61.2). Construction of a more comprehensive and more specific studies on the subject, will provide an important contribution determining the ON criteria and creation of diagnosis and treatment protocols.

Keywords: Orthorexia Nervosa, Eating Disorder, Ortho-11, Healthy Food, Eating Attitude

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	<i>iii</i>
TEŞEKKÜR	<i>iv</i>
ÖZET.....	<i>v</i>
ABSTRACT.....	<i>vi</i>
İÇİNDEKİLER	<i>vii</i>
SİMGELER ve KISALTMALAR	<i>x</i>
TABLolar	<i>xii</i>
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1.Yeme bozukluklarının tanımı ve sınıflandırılması	4
2.1.1. Anoreksiya Nervoza	4
2.1.2. Bulimiya Nervoza	5
2.1.3.Tıkanırçasına Yeme Bozukluğu.....	5
2.1.4. Başka türlü Adlandırılmayan Yeme bozuklukları	5
2.1.4.1. Atipik AN (Normal BKİ)	6
2.1.4.2. Eşik Altı BN (Düşük Sıklık, Kısıtlı Süreklilik)	6
2.1.4.3. Eşik Altı Tıkanırçasına Yeme (Düşük Sıklık, Kısıtlı Süreklilik)	6
2.1.4.4. Kusma Sendromu (Purging disorder)	6
2.1.4.5. Gece Yeme Sendromu (Night Eating Syndrome)	6
2.1.4.6. Diğer	6

2.1.5. DSM-V tanı kriterlerinde yer almayan (daha az bilinen) yeme bozuklukları.....	7
2.1.5.1. Ortoreksiya Nervoza	7
2.1.5.2. Bigoreksiya (Kas Dismorfizmi)	7
2.1.5.3. Kuş Gibi Beslenme (Picky Eating)	7
2.1.5.4. Pika	7
2.2. Ortoreksiya Nervoza.....	8
2.2.1. Ortoreksiya nervozanın belirtileri.....	11
2.2.2. Ortoreksiya nervoza bir yeme bozukluğu mudur?	12
2.2.2.1. Ortoreksiya nervozanın sınıflandırılması	14
2.2.3. Ortoreksiya nervoza tanısı nasıl konulur?	14
2.2.4. Ortoreksiya nervoza gelişmesinde etkili faktörler	15
2.2.4.1. Sağlıklı Beslenme Planları.....	15
2.2.4.1.1. Vegan diyeti	15
2.2.4.1.2. Çiğ ham madde tüketicileri (raw food)	16
2.2.4.1.3. Makrobiyotikler	16
2.2.4.1.4. Likitaryanlar	16
2.2.4.1.5. Atkins diyeti.....	17
2.2.4.2. Cinsiyet faktörü.....	17
2.2.4.3. Sosyal standartların rolü	18
2.2.6.4. Sosyal Medyanın Rolü	18
2.2.5. Ortoreksiya Nervoza Tedavisi	18

2.2.5.1. Suçluluk duygusu	19
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
3.1. Evren ve Örneklem	22
3.2. Veri Toplama Analiz ve Yöntemi	22
3.2.1. Anket Formu	22
3.3. Ölçekler	23
3.3.1. ORTO-11.....	23
3.3.2. Yeme Tutum Testi.....	24
3.4. Verilerin Analizi.....	25
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA	39
6. SONUÇLAR	45
7. ÖNERİLER	47
KAYNAKLAR	48

EKLER

EK-1 Etik Kurul izni (Başkent Üniversitesi)

EK-2 Etik Kurul izni(AEAH)

EK-3 Anket formu

SİMGELER VE KISALTMALAR

AEAH	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
ADA	American Dietetic Assosiation
AN	Anoreksiya Nervoza
APA	American Psychological Association
BKİ	Beden Kütle İndeksi
BN	Bulimiya Nervoza
BOT	Bratman's Orthorexia Test
BTA-YB	Başka Türlü Tanımlanamayan Yeme Bozuklukları
DSM-V	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
GIS	Gastrointestinal Sistem
Kg	Kilogram
KVH	Kardio-Vasküler Hastalık
m	metre
m ²	metrekare
MOKSL	Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi
OCD	Obsesif- Kompulsif Bozukluk
ON	Ortoreksiya Nervoza
SS	Standart Sapma
SSRI	Selective Serotonin Reuptake İnhibitors

VA	Vücut Ağırlığı
WHO	World Health Organisation
YTT	Yeme Tutum Testi

TABLÖLAR

Tablo 4.1: Araştırmaya Katılanların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları	27
Tablo 4.2. Katılımcıların Antropometrik Ölçümlerinin Ortalama ve Dağılımları	28
Tablo 4.3. Katılımcıların Yaşam Tarzı Alışkanlıkları	29
Tablo 4.4. Katılımcıların Sağlık Durumları	31
Tablo 4.5. Meslek Grubuna Göre Orto-11 ve YTT Skor Dağılımı.....	32
Tablo 4.6. Sağlık Personeli Olan ve Sağlık Personeli Olmayan Gruplarda Sosyo-Demografik Özelliklere göre Orto-11 ve YTT Skor Ortalamalarının Karşılaştırılması	34
Tablo 4.7. Sağlık Durumu ve BKİ Gruplarına göre Orto-11 YTT Skor Ortalamaları	36
Tablo 4.8. Yaşam Tarzı Özelliklerine göre Orto-11 YTT Skor Ortalamaları	37
Tablo 4.9. Değişkenler Arası Korelasyon Analizleri.....	38

1. GİRİŞ

Yeme bozukluklarının tarihçesine bakıldığında, değişik şekillerde yeme bozukluklarının aslında uzun yıllar öncesinden beri var oldukları, ancak anoreksiya nervozanın (AN) ve bulimiya nervozanın (BN) resmi sınıflandırma sistemlerine daha yakın tarihlerde girmiş oldukları görülmektedir (1).

Tıpkı AN ve BN tarihçesinde olduğu gibi, ortoreksiya nervoza (ON) henüz Amerika Psikiyatri Birliği'nin (APA) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (DSM-V, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V,2013) (2) yer almamakla birlikte, araştırmacıların dikkatlerini yoğunlaştırdıkları ve bir bozukluk olarak tanımlanıp tanımlanamayacağı üzerinde durdukları yeni bir kategoridir.

Başka türlü tanımlanamayan yeme bozukluklarında ise bireyler anoreksiya ve bulimiya nervozanın DSM- V tarafından tanımlanan kriterlerini göstermeyen, ancak yine de yeme davranış bozukluğu olarak tanımlanmasını gerektiren beslenme alışkanlıklarına sahiplerdir (2).

Ortoreksiya nervoza, diğer bir ismiyle “sağlıklı beslenme takıntısı”, son zamanlarda dünyadaki klinik tedavi uzmanlarının araştırma konusu olmuştur. Obezitede görülen artış ve özellikle Amerika'da bunu önlemek adına yapılan çalışmaların artması ile sağlıklı yaşamın her yönden sağlanmasının gerekliliğine dikkat çekilmesi ile bireylerde sağlıklı beslenme takıntısının başladığı belirtilmiştir (3).

Ortoreksiya nervoza, ilk kez 1997'de, Steven Bratman tarafından, AN'yı çeşitlendirmek üzere tanımlanmıştır. “Orto” kelime olarak “doğru”, “gerçek” anlamına geldiği için Bratman uygun, sağlıklı yiyeceğin tüketilmesi ile ilgili patolojik saplantıyı tanımlamak için ortoreksiya nervoza terimini kullanmıştır (3). Çok iyi bilinen iki yeme bozukluğu olan anoreksiya ve bulimiya ile birçok benzerlikler taşımaktadır, ancak bulimik ve anorektikler için yiyeceğin miktarı ön plandayken, ortorektikler kalitesine odaklanırlar. Her üçü de yaşam planlarında

yiyeceklere son derece uç değerler vermektedir (4). ON; AN ve BN'deki gibi, klinik olarak önemli bir yeme bozukluğu olarak nitelendirilmemektedir (5, 6). AN gibi kötü beslenmeye veya kilo kaybına yol açabileceği, buna karşılık AN ve BN'dan farklı olarak kişilerin tüketilen yiyecek miktarı ve zayıf görünüm yerine sağlıklı ve saf besinler tüketme konusuna aşırı hassasiyet gösterdikleri bildirilmektedir (7). Ortoreksiya nervoza, anoreksiya ve bulimiya nervoza'daki gibi "nicel" bir durumu değil, "nitel" bir durumu sergilemektedir (8).

Sağlıklı beslenme alışkanlıkları aslında patolojik değildir. Ancak aşırı uğraşı haline dönüştüğünde, uzun süreli olduğunda, günlük yaşamda olumsuzluklara yol açtığında ortoreksiya nervozanın kişilik ve davranış boyutlarını da ilgilendiren bir bozukluk olarak değerlendirilebileceği bildirilmektedir (9).

Bir bireyin ortoreksiya nervozalı olduğuna ancak şu iki koşulda karar verilebilir;

- Bu sağlıklı beslenme alışkanlıkları uzun dönem devamlılık gösteriyorsa (birkaç hafta için sağlıklı beslenmeye dikkat etmek, obsesyon haline gelmediği sürece, bozukluk olarak tanımlanamaz),

- Eğer bireyin yaşantısında anlamlı düzeyde olumsuz bir etki yaratıyorsa (yaşam stresini önlemek için yiyecekleri düşünmek, negatif duyguları önlemek için yiyeceklerin nasıl hazırlandığını düşünmek, her günün büyük bir çoğunluğunu yiyecekleri düşünerek geçirmek)

Henüz formal bir medikal durum olarak kabul edilmemesine rağmen "ortoreksiya nervoza" birçok doktora göre gittikçe büyümekte olan bir sağlık olgusudur (10).

Sağlıklı beslenme takıntısı olan hastaların obsesif-kompulsif bozukluğu olan hastalar gibi vakitlerinin çoğunu katı kurallar ile ilgili aşırı uğraş içinde geçirdikleri ve zamanla sosyal işlevlerinin bu yüzden zarar görebileceği ifade edilmektedir (4). Uç durumdaki ortorektik olgular, "saf olmayan" ve sağlıklarına zarar veren besinleri tüketmek yerine kendilerini aç bırakmayı tercih ettiklerini ifade etmektedirler (11). Takıntılı durum, bireyleri katı diyetler uygulamaya veya beslenmelerinden temel

besin maddelerini çıkarmaya itmektedir ve bu nedenle bu özelliklere sahip bireyler yetersiz ve dengesiz beslenmektedirler (4).

Ortorektik bireyler, mükemmelliğe ulaşma çabalarından ötürü diyetlerini giderek kısıtlama eğilimine girdiklerinden, beslenme yetersizlikleri riski taşıyan grup içinde değerlendirilebilirler (12).

Bu çalışmanın amacı sağlık personeli olan ve olmayan bireylerde sağlıklı beslenme takıntısı sıklığının saptanmasıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yeme Bozukluklarının Tanımı ve Sınıflandırılması

Yeme bozukluğu 1994 yılında Lucas ve Huse tarafından ‘‘Hastalığa ya da beslenme yetersizliğine neden olabilen yeme alışkanlıklarındaki sapmalar’’ olarak tanımlanmıştır (13).

Yeme bozuklukları, hem bedensel hem de psiko-sosyal boyutu olan; kişinin yemek yeme alışkanlığı, vücut ağırlığı ve fiziksel görüntüsü ile ilgili düşünce ve yemek yeme davranışındaki bozukluklarla kendini gösteren bir durumdur (14). Yeme bozukluğu olan bireyler, bedenini olduğundan şişman ve şekilsiz bulma, çok kısıtlı gıda alma, yemekleri takiben kusma veya kendini kusturma, laksatif kullanma ve aşırı egzersiz yapma gibi belirtiler gösterebilirler (15).

DSM-V’te (2) yeme bozuklukları; anoreksiya nervoza (AN), bulimiya nervoza (BN) ve başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları (BTA-YB) şeklinde sınıflandırılmaktadır. Son zamanlarda yapılan araştırmalarda, tıkanırcasına yeme bozukluğu ve yeni bir yeme bozukluğu olarak görülen ortoreksiya nervoza da ele alınmıştır (4).

2.1.1. Anoreksiya nervoza:

Sıklıkla ergenlik ve genç erişkinlik döneminde başlayan, bireyin olması gerekenin %85’inden daha az vücut ağırlığına sahip olması, beden algısı bozukluğu ile ilgili olarak kilo vermeye çalışması ve bunun sonucunda kişinin fiziksel bütünlüğünü tehdit edecek hale gelmesi ile tanımlanan yeme bozukluğudur (1). Anoreksiya nervoza, yaş ve boy uzunluğu için normal sayılan bir vücut ağırlığına sahip olmayı kabul etmeme, kilo almaktan aşırı korkma, beden imgesinde bozukluk ve kızlarda mensturasyon döneminin kesilmesi gibi belirtileri içermektedir (16).

2.1.2. Bulimiya nervoza:

Yineleyen tıkanırcasına yeme dönemlerinin olduğu, fazla miktarda yemeyi durduramama ve sonrasında kilo almaktan sakınmak için kusma, laksatif vb. kullanma, yemek yememe, aşırı derecede egzersiz yapmak veya uzun süreli açlık gibi dengeleyici davranışlarda tekrar tekrar bulunma belirtilerinin görüldüğü bir yeme bozukluğu olarak sınıflandırılmaktadır (17). Anoreksiya nervoza gibi benzer koşullarda ve sürede çoğu kişinin yediğinden daha fazla tıkanırcasına yemek yeme eşliğinde yoğun olarak kontrolünü kaybetme duygusu vardır. Tıkanırcasına yeme, beden biçimi ve ağırlığı ile aşırı ilgilenen ve tıknmalar sırasında aldığı kaloriyi kaybetmeye yönelik düzenli davranışları olan, görece normal ağırlıkta veya kilolu kişilerde görüldüğünde bulimiya nervoza olarak değerlendirilmektedir (18).

2.1.3. Tıkanırcasına yeme bozukluğu

Albert J. Stunkard tarafından 1959 yılında tarif edilen bir yeme davranışı bozukluğudur (19). 2013'te yayınlanan APA DSM – V kriterlerinde ayrı bir yeme bozukluğu olarak başka türlü tanımlanamayan yeme bozukluklarından ayrılmıştır. Haftada en az bir defa, üç ay boyunca kontrolsüzce aşırı miktarda besin alımının görülüyor olması ön koşuluyla bulimiya nervozadan farklı olarak aşırı egzersiz, kendini kusturma veya uzun süreli açlık gibi dengeleyici davranışların görülmemesi ile tanımlanır. Ayrıca suçluluk duygusu ve kendinden iğrenme sonucu bu davranışın yalnız gerçekleştirildiği görülmektedir.

2.1.4. Başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları

Bu grup, anoreksiya ve bulimiya nervozanın tüm teşhis kriterlerini göstermeyen, fakat önemli yeme tutum ve davranış bozukluğu gösteren bireylerden oluşmaktadır (20). DSM-V (2) 'te altı alt grupta incelenmiştir.

2.1.4.1. Atipik AN (Normal BKİ)

Anoreksiya Nervoza'nın, bireyin vücut ağırlığının normal kabul edilen aralık veya üzerinde bir değerde olması haricinde DSM-V'te öngörülen kriterlerin hepsini sağlaması durumudur.

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

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

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

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

2.1.4.4. Kusma sendromu (Purging disorder)

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

2.1.4.5. Gece yeme sendromu (Night eating syndrome)

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

2.1.4.6. Diğer

Başka türlü adlandırılmayan beslenme veya yeme tutumları klinik olarak belirgin ancak resmi yeme bozuklukları kriterleri ile uyuşmayan diğer tüm tanılar için alt kategoridir.

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

2.1.5.1. Ortoreksiya nervoza

Sağlıklı yemek yeme ile ilgili patolojik bir saplantıdır ve kişinin amacı sağlığını korumaktır. Kişilerin amacı zayıf olmak değildir. Kendilerini şişman hissetmemekte, diyetleri sağlıklı ise her şeyin yolunda gideceğini düşünmektedirler (7). Ortoreksiya nervoza sağlıklı bir diyet yapmak değil, diyeti hayatın temel hedefi haline getirmektir. Kişi diyeti bıraktığında ya da diyetin dışına çıktığında kendinden nefret etmekte ve ciddi boyutta suçluluk duymaktadır.

2.1.5.2. Bigoreksiya (Kas dismorfizmi)

Bigoreksiya; kas geliştirmeyle ilgili takıntılı olmak ve sürekli bunu düşünmektir. Bireyler yetersiz kaslarıyla ilgili takıntılıdır. Genellikle kas geliştirmeyle ilgilenen erkeklerde görülmektedir. Bu bireyler genellikle proteinli besinleri tercih etmektedirler. Vakitlerinin büyük çoğunluğunu egzersiz ve spor merkezlerinde geçirmektedirler (21).

2.1.5.3. Kuş gibi beslenme

Çocuklarda besinlerden kaçınma ve yiyecekleri çok küçük miktarlarda tüketmek ‘picky eating’ olarak tanımlanmaktadır. Bazı bebekler de ek gıdalara geçiş sürecindeki zorlanmalar karşısında az miktarda, kuş gibi bir iki lokma yeme (picky eating) yolunu seçerler. Bebeklerin acıkma duygusu baskılanır ve her seferinde daha az miktarda yemeye başlarlar. Giderek zayıflarlar ve yeme bozukluğu oluşur (22). Picky eating, büyüme ve gelişmede duraksama ve enfeksiyonlara yatkınlığın artmasına neden olmaktadır. Ailelerin çocuklarının yemeleriyle gereğinden fazla ilgilenmelerinden dolayı çocukların % 45’inden fazlasında picky eating olduğu tahmin edilmektedir (23).

2.1.5.4. Pika

Yiyecek olmayan maddelerin sürekli tüketilmesi ‘pika’ olarak tanımlanmaktadır. Genellikle demir, bakır ve çinko eksikliğine bağlı olmaktadır.

Toprak, kağıt, buz, ip, kireç, kum, boya gibi maddelerin yenmesi ile ortaya çıkan bir durumdur. Daha çok çocuklarda görülmektedir. Çocukların dünyayı tanıma anlamında her bulduğunu ağızına atması ile karıştırılmaması gerekmektedir (24).

2.2. Ortoreksiya Nervoza:

Son yıllarda özellikle gelişmiş toplumların odak noktası sağlıklı beslenme ve sağlıklı yaşamdır. Sedanter yaşama bağlı gelişen obezite ve bununla birlikte ortaya çıkabilen diyabet, kardiyovasküler problemler, hipertansiyon, osteoartrit, kanser ve daha pek çok hastalık bu farkındalığı daha da önemli kılmaktadır. Beslenme, sağlıklı ve formda yaşam anahtarı rolündedir (25).

ON, sağlıklı beslenmenin aşırılık düzeyinde olması ve normal yaşantıya müdahale edecek derecede takıntı haline gelmesi durumudur (26). Ortoreksiya nervoza sadece; uzun dönem görüldüğü zaman ve eğer bireyin yaşantısında anlamlı düzeyde negatif etki yaratıyorsa (günlük yaşamda stres oluşturacak düzeyde yiyecekleri düşünmek, her günün büyük bir çoğunluğunu yiyecekleri düşünerek geçirmek) tanımlanabilmektedir. Ortoreksiya nervoza, kişinin yaşantısına müdahale eden “saf” diyet tüketme obsesyonudur. Hasta obsesif hale geldiğinde ON ortaya çıkmaktadır, ancak yenilen yemeğin miktarıyla değil, kalitesiyle ilişkilidir (7, 27).

Ancak, tıpkı anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza tarihçesinde olduğu gibi ortoreksiya nervoza da henüz DSM’de yer almamakla birlikte, araştırmacıların dikkatini yoğunlaştırdıkları ve bir bozukluk olarak tanımlayıp tanımlanamayacağı üzerinde durdukları yeni bir kategoridir (8). 2013 ‘te yayımlanan DSM-V’te de ayrı bir yeme bozukluğu tanımı olarak yer verilmemiştir.

Ortoreksiya nervoza, ilk kez Steven Bratman tarafından 1997’de anoreksiya nervozayı çeşitlendirmek üzere tanımlanmıştır. “Orto” kelime olarak “doğru”, “gerçek”, “rexius” ise “açlık” veya “beslenme” anlamlarına karşılık geldiğinden; uygun, sağlıklı yiyeceğin tüketilmesi ile ilgili patolojik saplantıyı tanımlamak için ortoreksiya nervoza terimini kullanmıştır.

Bratman (7), bu bozukluğu tanımlayan bir tıp doktoru olarak kendini iyileşmekte olan bir ortoreksiya nervozalı olarak tanımlamaktadır. ON hastalarının

amacı zayıf olmak değildir. ON'li hastalar kendilerini şişman hissetmemekte, diyet mükemmel olursa herşeyin iyi olacağı gibi bir zihinsel uğraşı yaşamaktadırlar (obsesif-kompulsif bozukluğu anımsatır); gerçek veya abartılı bir şekilde sağlıklı veya dengede olmayı amaç edinmişlerdir (7).

Bu bozukluk, bir ağırlık kaybetme rejimi değil, aksine sadece “saf” besinler yeme ile ilgili aşırı bir fobidir. Bozukluk, yalnızca çiğ sebzelerle beslenme ve öğle yemeklerini belirli bir renkte yeme konusunda ısrar etmeye dayanan obsesyonlara kadar uzanabilmektedir (28).

Ortoreksiya nervozalı olmak, bireyin sadece “sağlıklı beslenme” konusunda obsesif olması değil, aynı zamanda belirli pişirme yöntemlerini de kullanması anlamına gelmektedir. Örneğin; alüminyum kaplar bu insanların asla kullanamayacakları araç ve gereçler arasında yer almaktadır.

Bratman (3), ortorektik davranış gösteren bu tür insanların belirli bir felsefeyi veya teoriyi (Ör. 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. Bratman (3), 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 öğün paylaşma keyfini önlediğini belirtmektedir.

Bratman bu konuya eğilme ve konuyla ilgili bir kitap yazma kararı almıştır. Sonuçta “Health Food Junkies” adlı kitap ortaya çıkmıştır. Bratman, bu kitabında ortoreksiya nervozayı; insanların diyetlerini erdemli, temiz ve hatta ruhani hissetmek için bir yol olarak gördükleri bir hastalık şeklinde tanımlamaktadır (7). Batı ülkelerinde yeme bozukluklarının görülme sıklığının her yıl artış gösterdiği belirtilmektedir (28).

Sağlık adı altında herhangi bir diyeti izlemek kesinlikle ortoreksiya nervozalı olmak anlamına gelmemektedir. ON'li olmak, sağlıklı beslenmenin hayatın temel hedefi haline gelmesi; planlanan diyetten uzaklaşılmasının suçluluk ve kendinden

nefret etmeyle sonuç bulmasıdır (7, 20). ON'liler, sağlığı korumak ve iyileştirmek için sağlıklı beslenme takıntısı yaşamaktadırlar (7).

Medyanın isimlendirdiği deli dana hastalığı, bozulmuş tavuk etleri, balık etinde cıva zehirlenmesi gibi besinler ile ilgili aşırı miktarda yapılan medya uyarıları, bireylerin besinleri sadece “sağlığı” temel olarak değerlendirmelerine neden olmakta, bu da bireylerin tüm besin sınıflarını dışlayan sıkı diyetler yapmalarına neden olabilmektedir. Böylelikle, elzem besin gelerinde yetersizlik, sosyal ve kişisel ilişkilerde değişim ve genel psiko-fiziksel durumlarda farklılaşma gözlenebilmektedir (5).

ON prevalansı ile ilgili istatistiklere, davranış çoğu zaman pozitif olarak görüldüğünden, çok az rastlanılmaktadır. Obezlerin sayısının giderek artmasıyla birlikte toplum ve tıp profesyonellerinin sağlıklı yemeyi ideal olarak varsaymaları şüphe uyandırmamaktadır. Kişi, eğer saf diyet tüketme düşünceleriyle besleniyorsa ve bu bireylere verilen değer, uyguladıkları diyetin saflık düzeyiyle llyorsa, uygulanan sağlıklı diyet şüpheli hale gelebilmektedir (7).

Sağlıklı beslenme alışkanlıkları aslında patolojik değildir. Ancak aşırı uğraşı haline dönüştüğünde, uzun süreli olduğunda, günlük yaşamda olumsuzluklara yol açtığında ortoreksiya nervozanın kişilik ve davranış boyutlarını da ilgilendiren bir bozukluk olarak değerlendirilebileceği bildirilmektedir (8).

Ortoreksiya nervoza, yeme bozukluğu uzun dönem devam ettiğinde, geçici olmadığında ve bu davranışlar bireyin yaşam biçiminde anlamlı düzeyde olumsuz etki yarattığında düşünülebilmektedir. Sağlıklı beslenme takıntısı olan hastaların obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalar gibi vakitlerinin çoğunu katı kurallar ile ilgili aşırı uğraş içinde geçirdikleri ve zamanla sosyal işlevlerinin bu yüzden zarar görebileceği ifade edilmektedir (9). U durumdaki ortorektik olgular, “saf olmayan” ve sağlıklarına zarar veren besinleri tüketmek yerine kendilerini a bırakmayı tercih ettiklerini ifade etmektedirler (29).

Günümüzde, medyadaki gıda reklamlarının önemli lde etkisiyle, toplumda besin seçimlerini yalnızca yeterince sağlıklı olup olmadıklarına göre yapan uyumsuz karakter özelliklerine sahip “ortorektik” bireylerin oluştuğu ileri

sürülmektedir. Bu takıntılı durum, bireyleri katı diyetler uygulamaya veya beslenmelerinden temel besin maddelerini çıkarmaya itmektedir ve bu nedenle bu özelliklere sahip bireyler yetersiz ve dengesiz beslenmektedirler (11). Bu davranış, sonuç olarak temel besin değerlerinin eksikliğine, sosyal ve kişisel ilişkilerin değişmesine ve bireyin genel psiko-sosyal durumunda değişmeye yol açmaktadır. Ortorektik bireylerin sahip olduğu bu takıntı, zamanla bu bireyleri sosyal olarak yalnızlığa itmektedir. Ortoreksiya nervozaya sahip bireyler belirli gıdaları veya belirli bir gıda grubunun tamamını sağlık açısından tehlikeli gördükleri için tüketmekten kaçınmaktadırlar. Tükettikleri yiyeceklerin kalitesi; kişisel değerleri, insanlar arası ilişkileri, kariyer planları ve sosyal ilişkiler gibi durumlardan daha önemli olmaktadır (30).

Ortoreksiya nervoza da; kişi, her yediği yemeği aşırı şekilde kontrol etmektedir. Ortorektik bireyler satın alma esnasında ise ürünlerin etiketlerini ve içeriklerini uzun süre boyunca incelemekte ve incelediği ürünün içerisinde kanserojen madde, hormon, boya, katkı maddesi olup olmadığına abartılı bir şekilde kafa yormaktadır. Yiyeceklerin aşırı saf ve katkısız olmasına takıntılı bir titizlik içerisinde önem vermektedirler. Bu yüzden pek çok yiyeceği çiğ olarak tüketmeyi tercih ederler. Sağlıklı beslenme takıntısı, ortorektik bireyleri psikolojik olarak baskı altına aldığından dolayı pek çok ürünü tüketmekten vazgeçme eğilimi göstermelerine sebep olmakta ve bu yüzden ortorektik birey, anoreksiya nervoza yeme bozukluğundaki gibi ağırlık kaybetmeye başlamaktadır (31).

2.2.1. Ortoreksiya nervozanın belirtileri

Ortoreksiya nervoza yeme bozukluğuna ilişkin klinik araştırma sayısı henüz fazla değildir. Ancak; ortorektik bireylerin AN tanılarına ek olarak “vücuda sadece yararlı besinlerin girmesi, gereksiz ve sağlıksız besinlerin vücuda alınmaması” düşüncesi taşıdıkları belirtilmektedir. Ortorektik bireyler; kilo kayıpları, amenore, kısıtlayıcı diyet uygulamaları açısından AN hastalarına benzemekle beraber, yiyecek seçimlerindeki kriteri kalori olarak almamakta, besinlerin “sağlıklı ya da sağlıksız” oluşuna dikkat etmektedirler. Ortorektik hastalar, sağlıklı beslenme çabasının bir sonucu olarak ağırlık kaybettiklerini, aslında vücut ağırlıklarıyla ilgili bir uğraşlarının olmadığını belirtmektedirler (11, 32).

Ayrı bir tanı kategorisi olarak resmen kabul edilmemiş olsa da, ortoreksiya nervozanın ciddi sonuçları olan diğer yeme bozuklukları ile benzerlik ve ayrılıklarının olduğu ileri sürülmektedir. Ortoreksiya nervoza tıpkı anoreksiya nervoza gibi kötü beslenmeye veya ağırlık kaybına yol açabilmektedir, buna karşılık anoreksiya ve bulimiya nervozadan farklı olarak kişilerin tüketilen yiyecek miktarı ve zayıf görünüm yerine sağlıklı ve saf besinler tüketme konusu ile normal olmayan düzeyde bir uğraş içinde oldukları bildirilmektedir. Obsesif-kompulsif bozukluğu olan hastalar gibi vakitlerinin çoğunu katı kurallar ile ilgili aşırı uğraşı ile geçirdikleri ve zamanla sosyal işlev bozukluklarının bu tür ortorektik davranış gösteren bireylerde gelişebileceği de ifade edilmektedir. Ancak aşırı uğraşı alanının yeme bozukluklarındaki gibi, ayrı bir kategoride tanımlamayı hak edecek kadar belirgin olmadığı ve sadece tüketilen yiyeceğin niteliği ile ilgili olduğu ileri sürülmektedir.

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

2.2.2. Ortoreksiya nervoza bir yeme bozukluğu mudur?

Ortoreksiya nervoza bir eğilim, eşik altı bir bozukluk, bir tür obsesif-kompulsif bozukluktur (3).

Uzman bir psikoterapist olan Kater, Bratman'ın (7) tanımladığı belirtileri gösteren bu sınıfa ait olabilecek hastaları olduğunu belirtmiştir. Kater, bu insanların, diğer yeme bozukluğuyla mücadele eden insanlarla, mükemmeliyetçiliğe olan genetik yatkınlık ve kontrol gereksinimi gibi birtakım ortak davranışlar gösterebileceklerini belirtmiştir (3).

Amerikan Diyetisyenler Derneği'nin (ADA) dergisinde yayımlanmak üzere uzmanlarla birlikte araştırma yapan Kater'in çalışmasında mükemmel diyet hedefinde olan hastalarla bulimik veya anorektikler arasındaki en büyük farkın, bulimik veya anorektiklerin ağırlık kaybetme hırsları olduğunu belirtmiştir (3).

Kater (3), Bratman'in tanımladığı terimin tanı sınıflamasında kendine özgü olacağı konusunda şüpheler taşımakta, eğer farklı bir sınıfa ait olması gereken bir bozukluk varsa bile, bunun tikanırcasına yeme bozukluğu olduğunu, ortoreksiya nervoza için tamamıyla farklı bir sınıflandırmanın gerekli olmadığını savunmaktadır.

Kısa dönem uygulanan bu diyetler çoğunlukla zarar vermemektedir. Ancak, bu diyetlerin gittikçe daha katılaştıran kurallarla ve daha uzun süreli, ayrıca hiçbir esnekliğe müsaade etmeyen kişiler tarafından uygulanması sonucunda olumsuz fiziksel ve fizyolojik sonuçların kaçınılmaz olduğu aşikârdır. Ortorektik bireyler, mükemmelliğe ulaşma çabalarından ötürü diyetlerini giderek kısıtlama eğilimine girdiklerinden, özellikle beslenme yetersizliği riski taşıyan gruba girmektedirler (7).

Pesikoff (3), birçok kişinin tüm yeme bozukluklarının gerçekten obsesif-kompulsif sınıfa ait olduğunu tartıştıklarını, anoreksiya ve bulimiya kavramlarının da ayrı bir sınıfta kalacak kadar iyi bilindiğini belirtmiştir.

Besinlerle ilgili farklı obsesyonlar taşıyan hastalar görüldüğü, anksiyete ve mükemmeliyetçi kişilik özelliklerine olan yatkınlığın altta yatan etmen olduğunu ve mükemmeliyetçiliğin, mükemmel bir diyet uygulamak için kompülsiyon geliştiren kişilerde olduğu belirtilmiştir. Sürekli el yıkama gibi diğer obsesif-kompulsif davranış geliştiren insanlarda da benzer bulguların olduğu gözlemlenmiş ve kesinlikle genetik bir materyalin olduğu üzerinde durmuş, ancak obsesyonun insan bilinci gibi çok farklılıklar gösterdiğinden de bahsedilmiştir. Pesikoff'un görüşüne göre bu kişiler, ağırlık kaybetmeyi amaç edinmeseler de, toplumun kısmi olarak etkisi altındadırlar. Diğer obsesyonlarda olduğu gibi davranışlar, kişileri toplumdan ve günlük yaşantıdan uzaklaştırıyorsa, sorun olmaya başlamaktadır (3).

Pesikoff (3), bu davranış biçiminin ekonomik bir boyutu olabileceğini eklemektedir. Organik besinlerin satıldığı dükkânlardan alışveriş yapacak ekonomik

gücü olmayanlarda bu tarz obsesyonların gelişmeyebileceğini bildirmektedir. Benzer bir görüş 2007’de tıp doktorları arasında yapılan bir araştırmada da belirtilmektedir.

2.2.2.1. Ortoreksiya nervosanın sınıflandırılması

Vandereycken tarafından 2011’de yapılan çalışma, DSM-V kriterleri belirlenirken kullanılmıştır (33). Vandereycken, Gece Yeme Sendromu, Kas Dismorfisi, Emetophobia (boğulmaktan korkma) ve ON gibi popüler medyada bahsi geçen bozuklukların görülme sıklıkları ile ilgili aktif olarak çalışan sağlık profesyonellerinden görüş almıştır (33). ON için veri Bratman(7), Donini(26) ve Mathieu(3)’den sağlanmıştır. DSM formatında bu dört bozukluk için yazılan kriterler yeme bozukluklarıyla ilgili, araştırma, önleme ve tedavi etme konusunda profesyonel kişilere gönderilmiştir. Araştırmanın sonunda ON en bilinen, Gece Yeme Sendromu ise en az bilinen bozukluk olarak saptanmıştır. Ayrıca ON’nin pratikte en çok karşılaşılan bozukluk olduğu da görülmekte iken ON ve Emetophobia’nın literatürde en az yere sahip olduğu gözlenmiştir. Literatürdeki karşılık Vandereycken’in çalışmasına karşılık göstermemektedir. Bu çalışma, ON’nin üzerinde daha çok durulması gerektiği ipucunu vermektedir (33).

2.2.3. Ortoreksiya nervoza tanısı nasıl konulur?

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

Günümüzde ON saptanmasında belirleyici bir ölçek olarak kabul edilen ORTO-15, 2005 yılında Donini ve arkadaşları tarafından hazırlanmıştır (26). Donini ve arkadaşlarının yol gösterici olarak kullandıkları ölçek ise Bratman’ın hazırladığı birtakım sorulara dayanan Bratman’s Orthorexia Test (BOT) olarak bilinen, “evet”, “hayır” şeklinde cevaplama yöntemi ile tanı koymayı ilk kez gündeme getiren, 10 soruluk ölçektir (7).

Ancak bu ölçekler tek başına kullanılmamakta, yeme tutumu, depresyon, obsesif-kompulsif davranışları saptayıcı ölçeklerle de desteklenmektedir (12). DSM-

V tanı kriterlerinde de ayrı bir yeme bozukluğu olarak henüz tanımlanmadığından kesin tanı konulması adına geçerli bir belirleyici henüz bulunmamaktadır (2).

2.2.4. Ortoreksiya nervoza gelişmesinde etkili faktörler

Sağlıklı beslenmenin küresel bir problem haline geldiği günümüzde her birey kendi alım gücü ve bilgiye ulaşabilirliği dahilinde ‘daha sağlıklı’ olanı tercih etme çabası içine girmektedir. Bu nedenle temelde ON gelişiminde dört faktör etkili olmaktadır.

2.2.5.1.Sağlıklı beslenme planları

Ortorektikler için, diyet planları son derece önemlidir. Dünyada sayısız beslenme uzmanı vardır ve her birinin verdiği bir diyet planı sağlıksız bir beslenme obsesyonuna yol açabilmektedir. Sağlıklı ve formda kalmak için yapılan sıkı bir diyet, olumsuz olarak malnütrisyona sonuçlanabilmektedir. Diyet, çeşitlilik içermediği takdirde vücudun ihtiyacı olan besin öğelerinin alınamayarak, çok kolaylıkla vitamin, mineral ve besin öğeleri yetersizliği yaşayabilmeleri kaçınılmaz olacaktır. Birçok diyet, sağlığın sürekliliğini sağlamak ve/veya hastalığı önlemek amacıyla belirli veya tüm besin gruplarının alımını dışlamaktadır (3, 32).

Özellikle sağlıklı beslenmenin özendirildiği ve çoğu Batılı ülkede devlet politikası olarak da yer aldığı son dönemde çeşitli sağlıklı beslenme planları takip edilmektedir. Bunlardan bazıları yalnızca besin çeşitliliğini belirlerken bazıları yaşamı tümüyle etkileyen kurallar içermektedir (7).

2.2.5.1.1. Vegan diyeti:

Bunu uygulayanlar hiçbir hayvansal kaynaklı besin tüketmeyip sadece bitkilerle beslenirler. Veganların bazıları arıdan sağlandığı için balı, kemiğin kaynatılmasıyla elde edilen jelatini, süt içerdiği için çikolatayı bile reddetmektedirler. Günümüzde vegan diyeti uygulayanların sayıları oldukça azdır. Veganlar, hayvansal besinleri yemedikleri gibi hayvandan elde edildiği için yün, ipek, deri gibi giysileri giymez, hayvansal yağ içeren sabunları kullanmazlar. Onlar, hayvanlar ve hayvan zulümüyle ilişkili olan her şeyden kaçınılmaktadırlar. Diyet motivasyonları insancıl yaklaşımlı ve sağlık ilişkilidir (7). Veganların alt grupları da bulunmaktadır.

Fruitarianlar veya Frütistler, sadece meyvelerle ve botanik bakımından meyve sayılan kabak, salatalık, biber ve domates gibi sebzelerle beslenirler. Bu insanlar yediklerinin tekrar toprağa dönerek büyüme döngüsünün devamına inanırlar. Lakto vejetaryenler, bitkisel besinlerle birlikte hayvansal kaynaklı besinlerden süt ve süt ürünlerini tüketirler. Ova vejetaryenlerin diyetinde, bitkisel besinlerle birlikte yumurta da yer alır. Bunun yanında et ve süt tüketmezler (34). Lakto-ovo vejetaryenler, öldürülmüş hayvan ürünü yemeyip, hayvan canlı iken ürettiği süt ve yumurtayı tüketirler. Bu uygulama Budizm ve jainizmdeki yaşamın kutsal olduğu ve hayvan öldürmenin ahlaki değerlere aykırı olduğu inancına dayanır. Günümüzde sıklıkla uygulanan vejetaryen beslenme tipidir. Polo/ Pesko vejetaryen diyeti uygulayanlar, kırmızı eti yemezler. Bitkisel besinler yanında hayvansal olarak yalnızca kümes hayvanlarını tüketenlere Polo vejetaryen, yalnızca su ürünlerini tüketenlere Pesko vejetaryenler denilmektedir (34). Semi-vejetaryenler, kırmızı eti tüketmeyen, sınırlı miktarda tavuk ve balık tüketenlerdir. Semi-vejetaryenler yumurta, süt ve türevlerini serbestçe tüketirler.

2.2.5.1.2. Çiğ ham madde tüketicileri (raw food)

Dört yüz yetmiş derece üzerinde ısıya maruz kalan besinlerin besleyici enzimlerinin zarar gördüğü ve besinlerin toksik hale dönüştüğüne inanmaktadırlar (3). Pişmemiş besin teorisi vücudu temizlemeyi hedef alır (7).

2.2.5.1.3. Makrobiyotikler,

Etsiz beslenmeyi hedeflemesi nedeniyle beden ve çevre dengesini sağlamak için birtakım yaşam değişiklikleri gerektiren bütünsel bir yaklaşımdır. Makrobiyotik diyetten yenilen besinlerin yüzde 70-90'ı tahıl, yüzde 30- 10'u sebze ve meyvelerden oluşmaktadır (7).

2.2.5.1.4. Likitaryenler

Sıvılaştırılmış yiyecek ve içecekleri tüketenler ve sıvı besinlerin vücudu temizlediğine inanmaktadırlar (4).

2.2.5.1.5. Atkins diyeti

Atkins diyeti (Atkins Nutritional Approach) bir düşük karbonhidrat diyetidir. Amerikalı kardiyolog ve beslenme uzmanı Dr. Robert Atkins tarafından yaratılmıştır. 1972'de yayınlandığından beri dünya çapında popüler olan diyetlerden biridir. Atkins diyetinin asıl ilkesi, az karbonhidrat tüketerek, karbonhidratların insan vücudunda kullanılan ilk enerji kaynağı olmasından faydalanıp daha çabuk yağ yakılabildiğini sağlamaktır (35).

Bunun dışında birçok kişinin ağırlık kaybetmek için izlediği ve genel sağlığı iyileştireceğini iddia eden diğer popüler diyetlerin uygulayıcıları ise; Zone diyeti uygulayıcıları(40-30-30 planı), yağsız diyet tüketicileri, şekersiz diyet tüketicileri, organik diyet tüketicileri, laktozsuz diyet tüketicileri ve puristler olarak adlandırılabilir. Bu örnekler daha da çeşitlendirilebilir ancak sağlıklı diyet seçimleri her zaman ortorektik olmak anlamına gelmemektedir (7). Ortorektikler genelde ya bir diyetle sadık kalmakta veya çeşitli diyetleri denemektedirler. ON'yi tanımlayan, obsesyonun kalitesidir, sağlıklı besinlere karşı duyulan istek değildir. Bakış açısı ve dengedeki kayıp, hayatın anlamının çok fazla düzeyde yiyecekler ve beslenme etrafında odaklanması demektir. Diyet, yaşamdan yapılan kaçamak halini aldığı anda, sezgisel tercihten çok, yeme bozukluğuna benzemeye başlamaktadır (7).

2.2.5.2. Cinsiyet faktörü

Her iki cinsiyetten de hastalara sorulduğunda, diyeti sağlık için yaptıklarını belirtmişlerdir (4). Kadınlar için altta yatan birincil etmenin genel olarak kilo kaybetmek olduğu, erkeklerde ise "iyi görünme isteği"nin "ağırlık kaybetme" faktörüne göre daha ağır bastığı ve ikincil etmen olduğunu belirtmektedir.

Donini'nin(26) araştırmasında, erkeklerde kadınlara oranla daha sıklıkla ortorektik davranış gözlemlenmiştir. Bunun yeni trendin erkekler için beden algısının önemini değişmesi ve dış görünüşün toplum tarafından farklı şekilde konumlandırılması olabileceği ve bunun sonucunda erkeklerin sağlıklı beslenme fanatiklerine dönüşmesinin gözlemlendiği sonucuna varılmıştır (26).

Cinsiyet ayrımı gözetmeksizin, “toplumun standartlarına göre yaşama arzusu, bir diyeti uygulamak için güçlü bir itici güçtür” etkeni göz ardı edilmemelidir. Sağlık kadar “dış görünümün” de mükemmel bir diyet için önemli bir etken olduğunu vurgulanmaktadır (4, 10).

2.2.5.3. Sosyal standartların rolü

Arusoğlu'na göre ortorektiklerin görünümdeki motivasyonu insan gibi yemek yemektir, ancak altında yatan diğer etken “toplumun zayıflık standartlarına göre yaşama emeli” dir (4). Ortorektiklerin düşüncelerinin arkasında “topluma göre, sağlıklı beslenme ve zayıf olma bugün kabul görürken, davranışlarımız nasıl bir bozukluk olabilir?” sorusu yatmaktadır. ON'yi bir bozukluk olarak algılamamanın altında yatan diğer etken, toplumun, sağlığı destekleyen davranışları normal olarak algıladığı, davranışların çok aşırı uca gidildiği takdirde, doğabilecek sonuçların ne olacağını görmemezliğe geldiklerini belirtmeleridir.

Ancak toplum olarak yaşamının bir gereği sonucu giderek doğal olana ulaşmak zorlaşmakta, seri üretimler ve fabrikasyon gıdaların getirdiği güvensizlik bireylerin, oluşturulan güvenlik standartlarına rağmen besinlerden şüphe duymasına neden olmaktadır. Artan bilinç ve azalan güven ortorektik toplumların oluşmasına zemin hazırlamaktadır (36, 37).

2.2.5.4. Sosyal medyanın rolü

Günümüzde özellikle medyanın sağlıklı yaşam ve sağlıklı beslenme adı altında pek çok içeriğe sahip oldukları ve sağlıklı bireylerin sağlıklı yaşam bağımlıları haline dönüşmesinde etkin bir rol oynadığı görülmektedir (7, 37). Fidan ve ark'nın çalışmasında tıp öğrencilerinin kitle iletişim araçlarının etkisinde besin seçiminde buldukları gözlenmiştir. Göreceli olarak yüksek eğitim ve kültürde bireylerin oluşturduğu üniversite öğrencilerinde dahi bu tür içerikli yayınlardan etkilenmeleri çarpıcıdır (8).

2.2.5. Ortoreksiya Nervoza Tedavisi

Ortoreksiya Nervoza'nın arkasında yatan motivasyon çok yönlü olduğundan tedavisi zordur. Ortorektiklerin obsesyonlarıyla ilgili rotayı kesinleştirmeye

gereksinimleri olduğunu belirtilmektedir (4, 38). 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.

Klein ve arkadaşlarının (39) yaptıkları bir çalışmada, Merkezi Sinir Sistemi'nin serotoninin işlevinin net olarak yiyecek denetiminde rol oynaması ve aynı zamanda obsesif-kompulsif spektrum bozukluklarında rol alması nedeniyle bazı girişimciler, biyolojik bir marker belirlemeye çalışmışlardır. Çünkü bu tür kişilik özelliklerinin, taşıyıcıların (transporter) ve reseptör polimorfizminin de karıştığı serotonerjik sistem genleriyle ilişkili olduğu üzerinde hedeflenilmektedir (39). Düzeyi yüksek tutacak ilaçlarla şişmanlığın önlenmesi üzerine çalışmalar da yapılmaktadır (40).

Pesikoff, Kaye ve Kater (3), bu tip hastalarda farklı ilaç şirketlerine ait Zoloft, Prozac ve Paxil gibi selektif serotonin geri alım inhibitörleri ile birlikte, kognitif davranışsal tedavinin uygulanması gerektiği konusunda hemfikir olmuşlardır.

Bununla birlikte, belirli hastaları ilaçla tedavi etmenin bazı zorlukları da bulunmaktadır. Eğer kişi saf veya doğal diyet tüketme obsesyonuna sahipse, ilaç almayı reddedecektir. Kater'a göre diğer yeme bozukluğuna sahip hastalardan farklı olarak ortorektiklerin, sağlıklarına düşkünlükleri nedeniyle, ilaç tedavisine daha ılımlı bakacakları görüşündedir (3).

Psikiyatrik açıdan değerlendirildiğinde ise obsesif kompulsif bozukluk olarak tanımlayabileceğimiz ortoreksiya nevroza hastalarını bilişsel davranışçı terapi ile tedavi etmenin mümkün olabileceği belirtilmektedir (3).

2.2.5.1. Suçluluk duygusu ve tedavisi

Ortorektikler, besinleri “iyi-sağlıklı” veya “kötü-sağlıksız” olarak sınıflamaktadırlar. Kendilerine verdikleri değer, tükettikleri besinlere bağlılık göstermektedir ve zaman zaman kendi katı kurallarının dışına çıkabilmektedirler. Ancak bu tarz durumlarda suçluluk duygusu baş göstermektedir. Eğer o gün sağlıklı besinler tüketildiyse kendilerini iyi, biraz göz yumup sağlıksız besinler tükettiler ise

de kendilerini kötü hissetmektedirler. Bu düşünce tarzına göre hiçbir besin ortalarında seyretmemektedir (7).

Canella ve Donini (26)'nin yaptıkları çalışmada da ortorektik olgular, yiyeceklerle ilgili spesifik karakterler göstermişler, ancak duygu durumu değişiklikleri veya aşırılıklar gözlemlendiğinde (sınırlı, heyecanlı, mutlu veya suçlu olmak) yemek yemeğe karşı konulamayan güçlü bir istek sergilemişlerdir.

İnsanların çoğu günlük beslenme düzenlerinin dışına çıktıklarında ve/veya o günlük diyetlerinde aşırılıklar gözlemlediklerinde kendilerini kötü hissetmekte, ancak bunun üstesinden hemen gelmektedirler. Aksine, ortorektiklerin suçluluk duyguları çok abartılıdır ve kendilerinden iğrenme ile sonuç bulabilmektedir. Sezgileri bir kenara bırakıp “doğru” besinleri yemek için bu kadar büyük bir enerji sarf etmek, memnuniyetsiz ve sade beslenmeyle sonuç verebilmektedir. Ortorektikler nasıl doğal beslenildiğini öğrenemeyebilirler ve bir şeyleri bozup sonradan da utanmaya mahkûm olabilmektedirler (26).

Ortorektikler, beslenmeleriyle ilgili bir hata yaptıkları kanısına vardıklarında kaçırdıkları, yememeleri gereken ve kötü-sağlıksız olarak nitelendirdikleri besini telafi etme gereği duyabilirler. “Kötü” besinleri yemek, otokontrolü sağlayamamış olmak ve isteklilik gücünde azalma olarak algılanmaktadır. Ortorektikler, disiplinleri bozulduğu zaman telafi etmek için besinlerde daha fazla kısıtlamaya gidebilmektedirler. Kendini cezalandırmak için arınmakta ve/veya aşırı egzersiz yapabilmektedirler. Kuvvetli bir enerjinin olması isteği için çözüm, onlara göre daha fazla enerji ve dikkat sarf etmektir. Her gün doğru beslenmek ve “iyi hissetmek” için yeni bir gündür. Eğer bir ortoreksiya nervozalı mükemmel beslenmek için bu kadar zaman harcayabiliyorsa, geriye yaşamın iyi taraflarından faydalanmak için pek zaman kalmamaktadır (3, 10).

İyileşen ortoreksiya nervozalılar, AN'li ve BN'lilerde olduğu gibi kendi beslenme tarzlarından sıyrılıp gerçekçi “normal” beslenmeye geçtiklerinde ciddi suçluluk duygusu geliştirmektedirler. Miller (4), zaman, sabır ve kendine dönük olumlu konuşmanın suçluluk duygusunu azaltmada anahtar etmen olduğunu önermektedir.

ON'lilerde; "iyi besinler" (spektrumun bir ucu) ve "kötü besinler"i (spektrumun diğeri ucu) tanımlamak ve "orta kademe"de yer alan besinleri algılamalarına yardım etme şeklinde bir strateji kullanılmaktadır. Ortorektikler, anorektiklerde olduğu gibi belirli besinlerden korktukları için değişiklik geliştirmek kolay olmamaktadır (10).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Evren ve Örneklem

Araştırma, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi (AEAH) 'nde 'doktor', 'hemşire' veya 'ebe' ünvanı ile çalışmakta olan sağlık personeli ile herhangi bir sağlık alanında çalışmayan benzer sosyo-ekonomik düzeydeki iki grubun ON davranışları geliştirme yönünden karşılaştırılması şeklinde planlanmıştır.

Çalışma, Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Kurulunun KA14/140 proje nolu, 05.05.2014 tarihli onayı ile 05.05.2014 - 15.11.2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. AEAH'nde çalışan doktor, hemşire ve ebelerin toplam sayısı olan 859 kişi çalışmanın sağlık personeli evrenini oluşturmuştur ve bu evrenden örneklem büyüklüğünün hesaplanması için NCSS-PASS 2007 (41) kullanılmıştır. Power analizi %80 duyarlılıkla hesaplanmış ve buna göre örneklem sayısı 206 olarak belirlenmiştir.

Kontrol grubu ise belirlenen sağlık personeli sayısına karşılık gelecek şekilde 206 kişi olarak belirlenmiş ve çalışma 412 kişi ile gerçekleştirilmiştir.

3.2.Veri Toplama Yöntemi

Veriler sosyo-demografik özellikler, ORTO-11 ve YTT-40 ölçeklerinin yer aldığı anket formu aracılığı ile katılımcılarla yüz yüze görüşülerek gerçekleştirilmiştir.

3.2.1. Anket Formu

Anket formu beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durumu gibi sosyo-demografik özelliklerine ilişkin sorular yer almıştır.

İkinci bölümde antropometrik ölçümler (boy, vücut ağırlığı(VA)) kişilerin beyanlarına dayanılarak kaydedilmiştir.

Üçüncü bölümde sağlık durumu ve yaşam tarzı alışkanlıklarının belirlenmesine yönelik sorular bulunmaktadır. Kronik hastalıklar, fiziksel aktivite sıklıkları ve sigara içme durumları değerlendirilmiştir.

3.2.2. Ölçekler

3.2.2.1. Orto-11

ON riskini hesaplamak için Orto-11 ölçeği kullanılmıştır. Ülkemizde 2006 yılında Arusoğlu (4) tarafından Türkçeye uyarlama çalışması yapılarak oluşturulan Orto-11 ölçeği ilk kez, Orto-15 olarak 2005 yılında Donini ve arkadaşları (26) tarafından hazırlanmıştır. Donini ve arkadaşlarının yol gösterici olarak kullandıkları ölçek ise Bratman'ın hazırladığı birtakım sorulara dayanan Bratman's Orthorexia Test (BOT) olarak bilinen, "evet", "hayır" şeklinde cevaplama yöntemi ile tanı koymayı ilk kez gündeme getiren, 10 soruluk ölçektir (7, 28). Sorular pilot çalışma yapılarak Donini ve ark. tarafından yeniden düzenlenmiş ve Bratman'ın testinden bazı maddeler (1, 3, 7, 8, 9, 10) sözselsel açıdan değiştirilerek alınmıştır. Kendini çok hissettiren bazı maddeler, daha net yanıt alabilmek açısından değiştirilmiş, ölçek orijinal kullanılabilirlik halini almıştır. Maddeler şimdiki zamanda, 4 dereceli formatta cevaplanacak biçimde yazılmıştır. Ölçekte, bireylerin kendilerini ne sıklıkla maddelerde tarif edildiği şekilde hissettiklerini "her zaman", "sık sık", "bazen" ve "hiçbir zaman" seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtmeleri istenmektedir. Her madde en çok 1, 2, 3 ve 4 puanlarından biriyle derecelendirilmektedir.

Orto-15 ölçeğinde maddelerden 2, 5, 8 ve 9. maddeler (3, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 15 maddelerinin) tersine puanlanmaktadır. 13. soru ise her zaman için '2', sıklıkla için '4', bazen için '3' ve asla cevabı için '1' puanı verilerek hesaplanmıştır. Maddeler, bireylerin seçme, satın alma, hazırlama ve kendilerinin sağlıklı olarak nitelendirdikleri besinleri tüketme konularındaki obsesif davranışlarını araştırmaktadır (7).

Orto-15 ölçeğinin Türkçeye uyarlama çalışmasında, Orto-15'te bulunan '1.Yemek yerken yediklerinizin kalorisine dikkat eder misiniz?', '2.Çeşitli yiyeceklerin olduğu bir yerde yiyecek seçmek durumunda kalırsanız kararsızlık yaşar

mısınız?’, ‘9.Sizce, ruhsal durumunuz yeme düzeninizi etkiler mi?’, ‘15.Son zamanlarda yemeklerinizi özellikle tek başına yemeği tercih eder misiniz?’ soruları istatistiksel güçlülüğü yeterli bulunmadığından ölçekten çıkarılmış ve 11 sorulu ölçek oluşturulmuştur.

Çalışmamızdaki Orto-11 ölçeğinin değerlendirilmesi için kullanılan kesim noktası Arusoğlu’nun Türkçeye Uyarlama Çalışması’ndaki kesim noktası elde etme yöntemiyle belirlenmiştir. Çalışmanın kesim noktası %25’lik dilimde 27 olarak belirlenmiş ve bu değerin altı ortorektik olarak değerlendirilmiştir.

3.2.2.2. Yeme Tutum Testi

Yeme Tutum Testi, yeme bozuklukları olan hastaların, yemek yemekle ilgili davranış ve tutumları ile normal bireylerdeki yeme davranışında olası bozuklukların belirtilerini ölçmek üzere yapılandırılmıştır.

Asıl formu İngilizce olan Yeme Tutum Testi (YTT-40), 1979’da Garner ve Garfinkel (42) tarafından anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza belirtilerini objektif olarak ölçen 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.

YTT için Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları, 1989 yılında Işık Savaşır ve Neşe Erol (43) tarafından, 745 kadından oluşan geniş bir yaş dağılımında ve sosyo-kültürel düzeyi temsil eden bir örnekleme; daha sonraları da 2000 yılında Elal, Altuğ, Slade ve Tekcan (44) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmalarda, beş faktör ortaya çıkmıştır: diyet yapma, bulimiya ve vücut büyüklüğü, zihninde yemek ile meşgul olmak, oral kontrol, yiyecekler hakkında çelişkili duygu ve düşüncelerdir. Maddeler; “daima”, “çok sık”, “sık sık”, “bazen”, “nadiren” ve “hiçbir zaman” seçeneklerinden oluşan 6 noktalı çoktan seçmeli dereceli bir ölçek şeklini ikinci düzenlenmesinde almıştır. Patoloji açısından her bir uç yanıt için 3, diğer seçenekler için 2 ve 1 puan verilerek değerlendirilmektedir. Derecelendirmenin puanlanmasıyla toplam puan elde edilir. 30 puan ve üzeri anlamlı olup toplam puan düzeyi

psikopatoloji düzeyiyle doğrudan ilişkilidir. Anoreksiya tanısı için ayırım puanı 30 olarak belirlenmiştir, testten en fazla 120 puan alınabilmektedir.

3.4. Verilerin Analizi

BKİ'leri VA/boy^2 formülü ile hesaplanmıştır. BKİ sınıflandırılmasında WHO'nun belirlediği kriterler baz alınmış ve 18,5'in altı zayıf, 18,5-24,9 normal, 25-29,9 kilolu ve 30 üzeri obez olarak sınıflandırılmıştır (45).

Verilerin analizi SPSS 11.0 sürümü kullanılarak yapılmıştır. Çapraz tabloların çözümlenmesi Ki-kare analizi ile yapılmıştır. Yapılan tüm çözümlenmelerde ORTO-11 ve YTT puan türleri bakımından çeşitli değişkenlerin düzeyleri arasında fark olup olmadığı test edilmiştir. RxC (Regresyon x Korelasyon) tablolarının çözümlenmesinde gözlenen sıklıklar hesaplanmıştır. Ki-Kare Analizinde beklenen değerlerin 5'ten küçük olduğu ve 5'ten küçük göze sayısı $RxC \times 0.20$ değerinden büyük olduğu durumlarda G^2 test istatistiğine ait iki yanlı p değeri ile analiz yapılmıştır.

Beklenen sıklık değeri 5'ten küçük 2x2'lik tablolarda ise, asimptotik ki-kare varsayımı bozulacağından, Yates Düzeltmeli Ki-kare test istatistiği kullanılmıştır. İki sayısal değişken arasındaki ilişki Pearson korelasyonu katsayısı ile incelenmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmaya, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 206 sağlık personeli ve sağlık personeli olarak çalışmayan 206 kişi olmak üzere toplam 412 kişinin katılmıştır. Sağlık personelinin %33'ünü erkekler, %67'sini kadınlar oluşturmaktadır. Sağlık personelinin yaş ortalaması 34.2 ± 8.69 yıl, sağlık personeli olmayanların yaş ortalaması ise 36.4 ± 9.05 yıldır. Sağlık personeli grubunun %56.8'i, sağlık personeli olmayanların ise %74.3'ü evlidir. Sağlık personeli grubunda araştırmanın yapısı gereği çalışmayan katılımcı bulunmamaktadır. Sağlık personeli olmayanların ise %94.2'si çalışmakta, %5.8'i çalışmamaktadır.

Sağlık personeli katılımcılarının %49.5'ini doktorlar, %47.6'sını hemşireler, %2.9'unu ise ebeler oluştururken, sağlık personeli olmayanların %41.3'ünü öğretmenler, %24.3'ünü memurlar, %34'ünü ise diğer meslek gruplarına ait olan veya çalışmayan bireyler oluşturmaktadır. Ortalama çalışma süreleri, sağlık personeli için 13.2 ± 0.63 yıl, sağlık personeli olmayan grup için ise 11.7 ± 0.65 yıldır.

Tablo 4.1. Araştırmaya Katılanların Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

	Sağlık Personeli (s=206)		Sağlık Personeli Olmayan (s=206)		Toplam (s=412)	
	s	%	s	%	s	%
Cinsiyet						
Erkek	68	33.0	89	43.2	157	38.1
Kadın	138	67.0	117	56.8	255	61.9
Yaş (yıl)						
18-24	16	7.8	16	7.8	32	7.8
25-34	91	44.2	78	37.9	169	41.0
35-44	67	32.5	62	30.1	129	31.3
45+	32	15.5	50	24.3	82	19.9
Yaş Ort. (yıl) ̄x±SS	34.2±8.69		36.4±9.05		35.3±8.92	
Medeni durum						
Evli	117	56.8	153	74.3	270	65.5
Bekar	82	39.8	44	21.4	126	30.6
Boşanmış	7	3.4	9	4.4	16	3.9
Çalışma Durumu						
Evet	206	100.0	194	94.2	400	97.1
Hayır	-	-	12	5.8	12	2.9
Meslek						
Doktor	102	49.5	-	-	102	24.8
Hemşire	98	47.6	-	-	98	23.8
Ebe	6	2.9	-	-	6	1.5
Öğretmen	-	-	86	41.7	86	20.9
Memur	-	-	50	24.3	50	12.1
Diğer**	-	-	70	34.0	70	17
Çalışma süresi(yıl)						
0-5	79	37.9	48	24.7	127	31.8
6-10	36	17.5	49	25.3	85	21.3
11-15	22	10.9	20	10.3	42	10.5
16-20	22	10.9	25	12.9	47	11.7
21-25	26	12.6	36	18.5	62	15.5
26+	21	10.2	16	8.3	37	9.2
Çalışma Süresi Ort.(yıl) ̄x±SS	13.2±0.63		11.7±0.65			

**diğer:posta dağıtıcısı, işçi, mühendis, bankacı, avukat, emekli, çalışmıyor, öğrenci, güvenlik görevlisi

Sağlık personeli olanların ortalama boyu 1.6 ± 0.01 metre sağlık personeli olmayanların ise 1.7 ± 0.01 metredir. Vücut ağırlıkları ortalamaları ise sırasıyla 67.7 ± 1.0 kg ve 70.8 ± 1.05 kg'dır. BKİ ortalamaları ise sırasıyla 24.2 ± 0.27 kg/m² ve 24.7 ± 0.32 kg/m²'dir. BKİ gruplarına göre değerlendirildiklerinde sağlık personelinin %6.3'ü zayıf, %61.2'si normal, %26.2'si kilolu ve %6.3'ü obezdir. Bu sıklıklar sağlık personeli olmayan grupta sırasıyla, %6.3 zayıf, %51.9 normal, %30.6 kilolu ve %11.2 obez şeklindedir.

Tablo 4.2. Katılımcıların Antropometrik Ölçümlerinin Ortalama ve Dağılımları

	Sağlık Personeli (s=206)			Sağlık Personeli Olmayan (s=206)			Toplam (s=412)		
	Min	Max	$\bar{X}\pm SS$	Min	Max	$\bar{X}\pm SS$	Min	Max	$\bar{X}\pm SS$
Boy(m)	1.5	1.9	1.6 ± 0.01	1.50	1.9	1.7 ± 0.01	1.5	1.9	1.6 ± 0.00
Vücut ağırlığı (kg)	43.0	115.0	67.7 ± 1.0	46.00	125.0	70.8 ± 1.05	43.0	236.0	69.3 ± 0.72
BKİ (kg/m²)	16.3	44.4	24.2 ± 0.27	16.49	43.2	24.7 ± 0.32	16.3	44.4	24.4 ± 0.20
BKİ grupları (kg/m²)	s	%		s	%		s	%	
Zayıf	13	6.3		13	6.3		26	6.3	
Normal	126	61.2		107	51.9		233	56.6	
Kilolu	54	26.2		63	30.6		117	28.4	
Obez	13	6.3		23	11.2		36	8.7	

Sağlık personelinin %29.1'i sigara içmektedir. Sağlık personeli olmayanların %42.2'si sigara içmektedir. Düzenli fiziksel aktivite yapan sağlık personelinin sıklığı %29.1, sağlık personeli olmayan grubun fiziksel aktivite sıklığı %33.5'tir.

Tablo 4.3. Katılımcıların Yaşam Tarzı Alışkanlıkları

		Sağlık Personeli (s=206)		Sağlık Personeli Olmayan (s=206)		Toplam (s=412)	
		s	%	s	%	s	%
Sigara içme durumu							
	Evet	60	29.1	87	42.2	147	35.7
	Hayır	146	70.9	119	57.8	265	64.3
Fiziksel aktivite							
	Evet	60	29.1	69	33.5	129	31.3
	Hayır	146	70.9	137	66.5	283	68.7
Fiziksel Aktivite Sıklıkları		(s=16)		(s=39)		(s=55)	
Hergün	Yürüyüş	10	62.6	34	87.3	44	80.0
	Koşu	2	12.5	3	7.7	5	9.2
	Fitness	1	6.2	1	2.5	2	3.6
	Dans	-	-	-	-	-	-
	Futbol vb	-	-	1	2.5	1	1.8
	Bisiklet	1	6.2	-	-	1	1.8
	Diğer Sporlar*	2	12.5	-	-	2	3.6
		(s=7)		(s=2)		(s=9)	
Haftada 5-6	Yürüyüş	6	85.7	2	100.0	8	88.9
	Koşu	0	0.00	-	-	-	-
	Fitness	1	14.3	-	-	1	11.1
	Dans	-	-	-	-	-	-
	Futbol vb	-	-	-	-	-	-
	Bisiklet	-	-	-	-	-	-
	Diğer Sporlar*	-	-	-	-	-	-
		(s=30)		(s=27)		(s=57)	
Haftada 3-4	Yürüyüş	15	50.0	13	48.2	28	49.1
	Koşu	4	13.3	2	7.4	6	10.5
	Fitness	7	23.3	5	18.5	12	21.0
	Dans	2	6.7	3	11.1	5	8.7
	Futbol vb	-	-	-	-	-	-
	Bisiklet	1	3.3	3	11.1	4	7.0
	Diğer Sporlar*	1	3.3	1	3.70	2	3.5
		(s=38)		(s=48)		(s=96)	
Haftada 1-2	Yürüyüş	15	32.6	6	12.0	21	21.9
	Koşu	8	17.4	10	20.0	18	18.7
	Fitness	7	15.3	6	12.0	13	13.5
	Dans	-	-	3	6.0	3	3.1
	Futbol vb	6	13.0	20	40.0	26	27.2
	Bisiklet	2	4.3	3	6.0	5	5.2
	Diğer Sporlar*	8	17.4	2	4.0	10	10.4

*Diğer sporlar: Tenis, pilates, kick-box, yüzme,

Sađlık personelinin %77.2'si sađlıklı olduđunu dűşűnmektedir ve %57.8'inin tanısı konulmuş kronik bir hastalıđı bulunmamaktadır. Sađlık personeli olmayan grupta ise sađlıklı olduđunu dűşűnenler grubun %81.6'sını oluřturmakta ve %67.5'inin tanısı konulmuş kronik bir hastalıđı bulunmamaktadır. Sađlık personeline en sık gűrűlen tanısı konulmuş kronik hastalık anemi (%10.7) iken sađlık personeli olmayan katılımcılarda en sık gűrűlen hastalık sinűzittir (%7.3).

Tablo 4.4. Katılımcıların Sağlık Durumları

		Sağlık Personeli (s=206)		Sağlık Personeli Olmayan (s=206)		Toplam (s=412)	
		s	%	s	%	s	%
Sağlıklı olduğunu düşünme	Evet	159	77.2	168	81.6	327	79.4
	Hayır	47	22.8	38	18.4	85	20.6
Tanısı konulmuş hastalık	Evet	87	42.2	67	32.5	154	37.4
	Hayır	119	57.8	139	67.5	258	62.6
Hastalıklar*	KVH	20	9.7	14	6.8	34	8.3
	Anemi	22	10.7	5	2.4	27	6.6
	DM	12	5.8	7	3.4	19	4.6
	GIS Hastalıkları	9	4.4	13	6.3	22	5.3
	KC/Safra Kesesi Hastalıkları	6	2.9	4	1.9	10	2.4
	Böbrek Hastalıkları	5	2.4	2	1.0	7	1.7
	Kemik Eklem Hastalıkları	16	7.8	11	5.3	27	6.6
	Göğüs Hastalıkları	4	1.9	4	1.9	8	1.9
	Solunum Hastalıkları	7	3.4	10	4.9	17	4.1
	Deri Hastalıkları	7	3.4	5	2.4	12	2.9
	Sinüzit	20	9.7	15	7.3	35	8.5
	Haşimato	14	6.8	10	4.9	24	5.8
	Diğer**	17	8.3	7	3.4	24	5.8

*çoklu yanıt analizi yapılmıştır

**diğer hastalıklar: migren, glokoma, hipofiz adenomu, herni, pıhtılaşma bozukluğu, panik atak, OKB depresyon, lomber HNP, alerjik rinit

Orto-11 testi kesim noktası %25'lik dilime göre alınıp 27 olarak belirlendiğinde ise sağlık personelinde %60.1 sağlık personeli olmayan grupta ise %61.2 sıklıkta kesim puanının altında kaldığı görülmektedir. Orto-11 ortalama puanı ise sağlık personeli olan grupta 26.61 ± 0.21 , sağlık personeli olmayan grupta ise 26.34 ± 0.25 'tir. YTT testleri için ayırıcı puan 30'dur ve 30'un üzerinde puan alanların sıklığı sağlık personelinde %5.8, sağlık personeli olmayanlarda %3.4'dir. YTT ortalama puanı sağlık personeli olan grupta 11.7 ± 8.37 , sağlık personeli olmayan grupta ise 12.0 ± 8.03 'tür.

Tablo 4.5. Meslek Grubuna Göre Orto-11 ve YTT Skor Dağılımı

		Sağlık Personeli (s=206)		Sağlık Personeli Olmayan (s=206)		Toplam (s=206)		p
		s	%	s	%	s	%	
Orto-11	≤ 27	126	61.1	124	60.2	250	60.6	1.000
	> 27	80	38.9	82	39.8	162	39.4	
	$\bar{x} \pm SS$	26.6 ± 0.21		26.3 ± 0.25		26.4 ± 0.17		
YTT	< 29	126	94.2	199	96.6	393	95.4	0.723
	≥ 30	12	5.8	7	3.4	19	4.6	
	$\bar{x} \pm SS$	11.7 ± 8.37		12.0 ± 8.03		11.9 ± 8.19		

Katılımcıların cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, meslek grubu ve meslekleri gibi sosyo-demografik özellikler, Orto-11 skorları açısından değerlendirildiğinde, hiçbir parametrede istatistiksel olarak anlamlılık gözlenmemiştir ($p > 0.05$). Sağlık personeli olan grupta erkek ve kadınlar için sırasıyla Orto-11 skorları, 27.2 ± 0.32 ve 26.4 ± 0.24 ; YTT skorları ise sırasıyla 9.1 ± 7.37 ve 13.0 ± 8.56 'dir. Sağlık personeli olmayan grupta erkek ve kadınlar için Orto-11 ortalama skorları sırasıyla 27.2 ± 0.32 ve 25.7 ± 0.36 , YTT için sırasıyla 10.6 ± 7.04 ve 13.1 ± 8.58 'dir ve puan ortalamaları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlılık vardır ($p < 0.05$). Meslek grupları değerlendirildiğinde doktorların Orto-11 skorları 27.3 ± 0.31 , öğretmenlerin 26.2 ± 0.39 , hemşirelerin 25.9 ± 0.28 , ebelerin $24 \pm 1 \pm 1.13$, memurların 25.8 ± 0.53 ve diğer grubunun ise 26.8 ± 0.42 'dir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Sağlık personeli olan grupta YTT skorları değerlendirildiğinde evli bekar ve boşanmış gruplar için sırasıyla 12.2 ± 8.99 , 10.9 ± 7.67 ve 12.1 ± 4.52 'dir ($p > 0.05$). Sağlık personeli olmayan grup için skorlar ise sırasıyla 12.0 ± 8.56 , 11.8 ± 6.53 ve 13.4 ± 5.48 'dir ($p > 0.05$).

Tablo 4.6. Sağlık Personeli Olan ve Sağlık Personeli Olmayan Gruplarda Sosyo-Demografik Özelliklere göre Orto-11 ve YTT Skor Ortalamalarının Karşılaştırılması

		ORTO-11				YTT			
		Sağlık Personeli (s=206)		Sağlık Personeli Olmayan (s=206)		Sağlık Personeli (s=206)		Sağlık Personeli Olmayan (s=206)	
		$\bar{X}\pm SS$	p	$\bar{X}\pm SS$	p	$\bar{X}\pm SS$	p	$\bar{X}\pm SS$	p
Cinsiyet	Erkek	27.1±0.42	0.552	27.2±0.32	0.579	9.1±7.37	0.733	10.6±7.04	0.305
	Kadın	26.4±0.24		25.7±0.36		13.0±8.56		13.1±8.58	
Yaş Grupları	18-24	25.9±0.81	0.358	26.0±0.72	0.231	14.5±9.56	0.941	12.2±5.33	0.929
	25-34	27.2±0.30		26.1±0.41		9.1±6.83		11.3±6.79	
	35-44	26.2±0.35		27.2±0.38		13.3±8.66		10.7±5.91	
	45+	26.2±0.60		25.6±0.61		14.5±9.26		14.6±11.63	
Medeni Durum	Evli	26.4±0.27	0.904	26.5±0.28	0.793	12.2±8.99	0.241	12.0±8.56	0.446
	Bekar	26.8±0.35		26.1±0.56		10.9±7.67		11.8±6.53	
	Boşanmış	27.5±0.68		24.4±1.54		12.1±4.52		13.4±5.48	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	26.6±0.21	-	26.5±0.26	1	11.7±8.37	-	11.7±7.58	0.983
	Çalışmıyor	-	-	24.25±1.01	-	-	-	17.6±12.57	
Meslek	Doktor	27.3±0.31	0.942	-	0.131	8.5±6.35	0.400	-	0.983
	Hemşire	25.9±0.28		-		15.0±9.04		-	
	Ebe	24.1±1.13		-		13.0±7.35		-	
	Öğretmen	-		26.2±0.39		-		10.9±6.81	
	Memur	-		25.8±0.53		-		13.8±10.09	
	Diğer*	-		26.8±0.42		-		11.6±5.8	

*p<0.05

**diğer:posta dağıtıcısı, işçi, mühendis, bankacı, avukat, emekli, çalışmıyor, öğrenci, güvenlik görevlisi

Sağlıklı olduğunu düşünme durumuna göre sağlık personeli olan ve olmayan bireylerin Orto-11 ve YTT skorları değerlendirildiğinde sağlıklı olduğunu düşünen sağlık personelinin Orto-11 skoru $26,5\pm 0,24$ iken sağlıklı olduğunu düşünmeyenlerin Orto-11 skoru $26,7\pm 0,42$ 'dir ($p>0,05$). Sağlık personeli olmayan bireylerde sağlıklı olduğunu düşünenlerin skoru $26,7\pm 0,27$ iken sağlıklı olduğunu düşünmeyenlerin skoru $24,8\pm 0,59$ 'dur ($p>0,05$).

YTT skorlarına bakıldığında sağlıklı olduğunu düşünen sağlık personelinin skoru $10,7\pm 7,07$, sağlıklı olduğunu düşünmeyenlerin skoru $15,0\pm 11,20$ 'dir. Sağlık personeli olmayanlarda, sağlıklı olduğunu düşünenlerin YTT skoru $11,5\pm 6,96$ ve sağlıklı olduğunu düşünmeyenlerin YTT skoru $14,3\pm 11,48$ 'tir ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tanısı konulmuş hastalığın olup olmaması durumuna göre değerlendirildiğinde, sağlık personelinin Orto-11 ve YTT skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Sağlık personeli olmayan grubun YTT skorları değerlendirildiğinde ise tanısı konulmuş bir hastalığı olan grubun skoru $13,1\pm 9,90$, hastalığı olmayanların YTT skoru ise $11,5\pm 6,86$ 'dır ($p>0,05$).

BKİ gruplarına göre değerlendirildiğinde ise sağlık personeli olan ve sağlık personeli olmayan katılımcıların gruplar arası Orto-11 ve YTT skorları istatistiksel olarak anlamlılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.7. Sağlık Durumu ve BKİ Gruplarına göre Orto-11 YTT Skor Ortalamaları

		ORTO-11				YTT			
		Sağlık Personeli (s=206)		Sağlık Personeli Olmayan(s=206)		Sağlık Personeli (s=206)		Sağlık Personeli Olmayan (s=206)	
		$\bar{x}\pm SS$	p	$\bar{x}\pm SS$	p	$\bar{x}\pm SS$	p	$\bar{x}\pm SS$	p
Sağlıklı olduğunu düşünme									
Evet		26,5±0.24		26.7±0.27		10.7±7.07		11.5±6.96	
			0.405		1		0.461		0.673
Hayır		26.7±0.42		24.8±0.59		15.0±11.20		14.3±11.48	
Tanısı konulmuş hastalık									
Evet		26.9±0.34		25.2±0.45		12.6±9.20		13.1±9.90	
			0.177		1		0.524		0.154
Hayır		26.4±0.27		26.8±0.29		11.0±7.68		11.5±6.86	
BKİ Grupları									
Zayıf		26.5±1.17		25.4±0.97		13.4±2.93		12.9±5.82	
Normal		26.7±0.25		26.5±0.36		11.6±7.85		11.2±6.37	
			0.291		1		0.269		0.821
Kilolu		26.5±0.42		26.21±0.42		10.2±8.11		13.8±10.10	
Obez		25.4±1.22		26.4±0.85		18.4±12.95		10.4±8.81	

*p<0.05

Sağlık personeli olan ve sağlık personeli olmayan katılımcılar için, sigara içme, fiziksel aktivite yapma ile Orto-11 ve YTT skorları açısından istatistiksel anlamlılık gözlenmemiştir (p>0.05).

Tablo 4.8. Yaşam Tarzı Özelliklerine göre Orto-11 YTT Skor Ortalamaları

		ORTO-11				YTT			
		Sağlık Personeli		Sağlık Personeli Olmayan		Sağlık Personeli		Sağlık Personeli Olmayan	
		$\bar{x}\pm SS$	p	$\bar{x}\pm SS$	p	$\bar{x}\pm SS$	p	$\bar{x}\pm SS$	p
Sigara içme durumu	Evet	26.8±0.38	0.499	26.7±0.37	1.000	11.2±9.12	0.481	12.8±8.63	0.736
	Hayır	26.5±0.25		26.1±0.34		11.9±8.06		11.4±7.55	
Fiziksel aktivite	Evet	26.6±0.44	0.499	26.3±0.42	0.552	12.0±8.72	0.287	13.4±9.47	0.992
	Hayır	26.9±0.24		26.4±0.31		11.6±8.25		11.3±7.13	

Korelasyon analizi sonuçlarına göre YTT ve Orto-11 skorları arasında zıt bir korelasyon vardır ($p<0.01$). Ayrıca YTT skorunun cinsiyet, çocuk sayısı ve çalışma durumuyla da pozitif korelasyonu vardır. Orto-11 skorunun ise cinsiyet ve çalışma durumu ile zıt ancak istatistiksel olarak anlamlı korelasyonu vardır.

Tablo 4.9. Değişkenler Arası Korelasyon Analizleri

	Korelasyonlar(s=412)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.YTT skoru										
2.ORTO-11 skoru	-0.307**									
3.Cinsiyet	0.185**	-0.157**								
4.Meslek	0.046	-0.008	-0.118*							
5.Medeni durum	-0.024	0.008	0.020	-0.095						
6.Çocuk Sayısı	0.140*	-0.005	-0.068	0.030	0.003					
7.Çalışma Durumu	0.122*	-0.016*	-0.102*	0.270**	0.088	0.100				
8.Sigara içme	-0.028	-0.057	0.125*	-0.161**	-0.006	-0.003	-0.022			
9. Fiziksel Aktivite	-0.073	0.003	0.192**	-0.090	-0.080	-0.049	-0.101*	-0.044		
10.BKİ Grupları	0.049	0.036	-0.183**	0.049	-0.241**	0.244**	-0.003	0.049	0.038	

*.p< 0.05, **p< 0.01, 2-tailed

5.TARTIŞMA

Araştırmada sağlık personeli olan ve sağlık personeli olmayan katılımcıların ON için risk durumları araştırılmıştır. Katılımcıların %38.1'i erkek ve %61.9'u kadındır. Yaş ortalamaları sağlık personeli olanlarda 34.2 ± 8.69 , sağlık personeli olmayanlarda 36.4 ± 9.05 'tir. ON konusunda ülkemizde yapılan çalışmalarda grupların yaş ortalamaları daha küçüktür (8, 11, 46)

Sağlık personeli olmayan grupta kilolu ve obez olanların sıklığı (%30.6, %11.2), sağlık personeli olanlara (%26.2, %6.3) göre daha yüksektir. Segura-Garcia'nın ON ile ilgili çalışmasında erkeklerde (%36.2) kadınlara (%13.9) göre daha yüksek sıklıkta kiloluluk gözlenirken her iki cinsiyette de obez olanların sıklığı benzer olarak (%6.3, %6.5) saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda BKİ'nin ON için belirleyici olmadığı, ortorektik davranış gösteren bireylerin genellikle normal BKİ'de oldukları belirtilmektedir (8, 47-49).

Sağlık personelinin %29.1'i sağlık personeli olmayanların ise %42.2'si sigara içmektedir. Aksoydan'ın(50) çalışmasında opera sanatçılarının %27.3'ü, bale sanatçılarının %81.1'i ve senfoni orkestrası sanatçılarının %31.8'i sigara içmektedir. Fidan'ın(8) çalışmasında ise öğrencilerin %13.4'ü sigara içmekte ve %56.9'u sigara içmemektedir. %29.7'si ise düzenli olmayan aralıklar ve düşük miktarlarda sigara içmektedir. Ernst (46) çalışmasında ise katılımcıların %10.5'i sigara içmemekte ve %89.5'i içmektedir.

Bağcı Bosi'nin (11), 2007 yılında, 318 tıp doktorunun katılımıyla, Orto-15 ölçeğini kullanarak sağlıklı beslenme takıntısı saptamak amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmada %45.5'inin Orto-15 skorunun 40'ın altında olduğu, yani beslenme ile ilgili yüksek hassasiyet veya Ortorektik davranış gösterme düzeyinde olduğu saptanmıştır. Fidan ve ark. (8) yine Orto-15 ölçeği kullanarak tıp öğrencilerinde, 878 kişinin katılımıyla gerçekleştirdikleri çalışmalarında ise ON prevalansı %43.6 bulunmuştur. Çalışmamızda ise sağlık personeli olan grupta %60.1 sıklıkta ON riskine rastlanmaktadır. İlerleyen zaman içinde sağlık personeline ortorektik davranış görülme riskinin arttığı görülmektedir. Ancak sağlık personeli ile arasında bir fark

gözlenmemesi özellikle sağlık personeli olmanın etken olmaması olasılığını ortaya çıkarmaktadır.

Arusoğlu (4)'nin Orto-15'in Türkçeye uyarlama çalışmasında güvenilirlik ve geçerliliğin etkin şekilde sağlanamaması, genel-geçer bir kesim noktasının bulunmaması ve açık ifadelerde bulunmaması sebebiyle bu sıklıklar yeterli kesinliği bize verememektedir.

Alvarenga'nın(51) 2012'de Brezilyalı diyetisyenlerle Orto-15'in Portekiz versiyonunu kullanarak yaptığı çalışmada 392 katılımcı yer almıştır. Orto-15 puanlamasına göre hesaplandığında bu grupta %81.9 sıklıkla ON belirtileri görüldüğü saptanmıştır. Kinzl ve ark.(52) diyetisyenlerde ortorektik davranışın daha sık görüldüğünü belirtmektedirler. 283 kadın diyetisyen üzerinde yapılan çalışmada %52.3'ünde ON semptomu gözlenmediği %34.9'unun bazı semptomları gösterdiği ve %12.8'inin ON olduğu saptanmıştır. Diyet veya beslenmeyle ilgilenen grupların belirgin bir prevalansa sahip olacağına değinilmiş ancak kontrol grubu olmadığından bu ancak varsayım olarak kabul edilmektedir. Korinth ve ark. (53), Alman üniversitelerindeki öğrencilerde yapılan çalışmada ON semptomu göstermesi açısından beslenme bölümü öğrencilerinin diğer bölüm öğrencilerinden bir farklılık göstermediği belirtilmiş ancak prevalans belirtilmediğinden klinik anlamlılık saptanamamıştır. Kabaran ve ark. (54)'nin yaptığı çalışmada ise Orto-11 uygulanmış ancak prevalans değerlendirilmesi yapılmamıştır. Çalışma, yalnızca, skorların ortalama puanları açısından değerlendirilmiştir.

Ernst'in (46) 2011'de 163 üniversite öğrencisi ile ON belirtilerinin saptanması ile ilgili çalışmasında katılımcıların %83ünde ON eğilimi gözlenmiştir. Varga ve ark.'nın (55) 2014'te üniversite öğrencileri arasında gerçekleştirdikleri çalışmada ise Orto-15 skorları değerlendirildiğinde, öğrencilerin %56.9unun ON eğilimi olduğunu göstermektedir. Shah'ın (38) 2012'de 172 öğrenci katılımıyla yaptığı çalışmada kesim noktası 40 puan olarak belirlenip, bu doğrultuda değerlendirildiğinde, öğrencilerin %69'unun, Ortorektik özellikte olduğu saptanmıştır.

Aksoydan ve Camcı'nın (50), 94 performans sanatçısında ON görülme sıklığını araştırdıkları 2009 yılındaki çalışmada katılımcıların Orto-15 test sonuçlarına göre, %56.4'ünde ON olduğu saptanmıştır. %81.8 prevalansla en yüksek sıklık opera sanatçılarına %32.1 ile en düşük sıklık balet ve balerinlere aittir. Senfoni orkestrası sanatçılarındaki ON görülme sıklığı ise %36.4'tür.

Ramacciotti ve ark'nın (48) 2011 yılında gerçekleştirdikleri genel popülasyondan 177 kişinin katılımının sağlandığı çalışmada ise katılımcıların %57.6'sında Orto-15'e göre ON tanısı varlığı saptanmıştır. Sosyo-demografik özelliklerin ise ON prevalansı için anlamlı bir farklılık göstermediği belirtilmiştir.

Çalışmamızda, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile Orto-11 skorları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Aksoydan ve Camcı'nın (50) performans sanatçıları ile yaptığı çalışmada da cinsiyet, yaş, eğitim durumu, iş deneyimi gibi özelliklerine göre Orto-15 skorunda istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik gözlenmemiştir.

Ramacciotti ve ark'nın (48) çalışmasına göre de sosyo-demografik özellikler ve ON arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir.

Varga'nın (55) 2014 yılı çalışmasında ise ON ve yaş arasında anlamlı fakat güçlü olmayan bir ilişki bulunmuş, ancak erkek ve kadınlar arasında istatistiksel bir anlamlılık görülmemiştir. Bu çalışmanın sınırlılıklarından biri olarak erkek sayısının daha az olması belirtilmiş ve bu çalışmada güvenilir sonuçlar elde edilmesini engellemiş olabileceği yorumunda bulunulmuştur. Erkeklerde ON prevalansı daha yüksek gözlenmiştir (%11.3 vs %3.9 p=0.003). Bosi ve ark. (12)'nin çalışmasında da cinsiyetler arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Arusoğlu'nun (5) 2006'da gerçekleştirdiği Orto-15 Türkçeye uyarlama çalışmasında analiz sonucu 4 sorunun ölçekten çıkarılmasıyla elde edilen sonuçlarda kadınların erkeklere oranla daha fazla Ortorektik eğilimleri olabileceği, cinsiyetin önemli bir faktör olduğu görülmüştür. Fidan ve ark'nın (9) çalışmasında ise çalışmamızla paralellik göstermeyecek şekilde, erkek öğrencilerde ON eğilimi istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (p=.001).

Donini ve ark. (26) ve Bosi ve ark. (11) 'na göre artan yaşla birlikte ON prevalansı da artmaktadır. Bunun nedenlerinden biri de sağlık ve beslenmeye olan hassasiyetin artması olabilir. Ancak çalışmamızda yaş gruplarına göre Orto-11 ve YTT skorları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlılık gözlenmemiştir.

Donini (26), eğitim düzeyi arttıkça Ortorektik davranış sıklığının azaldığını, ancak yeme tutumu, OKB ve BKİ ile değerlendirildiğinde Ortorektik eğilimlerde eğitim faktörünün önemini kaybettiğini saptamıştır.

Arusoğlu'nun (4) çalışmasında, evlilerin bekarlara göre daha fazla ON eğilimli oldukları görülmektedir. Ernst'in (46) araştırmasında ise ON semptomları gösteren çoğunluğun eğitiminin ilk yılındaki, bekar, çocuksuz, tam zamanlı beyaz katılımcılar olduğu görülmektedir. Ancak, temel demografik özellikler ve ON arasında istatistiksel olarak anlamlılık elde edilmemiştir. Çalışmamızda ise meslek, çocuk sahibi olma gibi faktörler ile ON skorları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir.

ON henüz DSM-V kriterlerinde yer almasa da görülme sıklığı gittikçe artan ve özellikle belirli meslek gruplarını daha yüksek düzeyde etkileyen beslenme davranışı takıntılarından. Bu risk grupları arasında kadınlar, adolesanlar, spor yapan bireyler (4, 5, 52), tıp öğrencileri (9), sağlık çalışanları (12), diyetisyenler (51) ve performans sanatçıları (50) bulunmaktadır. Donini ve ark'nın (3) yaptığı ilk Orto-15 ölçeğinin kullanıldığı çalışmada ON prevalansı %6.9 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda Orto-11 skoru ve BKİ grupları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Aksoydan'ın (50) çalışmasında da çalışmamızı destekleyecek nitelikte, BKİ'ye göre Orto-15 skor ortalamaları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlılık gözlenmemiştir ($p>0.05$).

Arusoğlu (4) ve Donini ve ark'nın (26) çalışmalarında da BKİ ve Ortorektik eğilim arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Aynı şekilde Varga'nın (55) çalışmasında da çalışmamızla paralel şekilde BKİ ile ON skoru arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır.

Ancak, Bosi ve ark. (11) tıp doktorları arasında düşük BKİ'ye sahip olanların daha düşük Orto-15 skoruna sahip olduğunu saptamışlardır. Tam tersi şekilde ise, Fidan ve Ark'nın (8) çalışmasında BKİ arttıkça Orto-11 skorunun düştüğü gözlemlenmiş, yani BKİ artışı ve Ortorektik davranış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Kabaran ve Gezer'in (54) çalışmasında da BKİ'ye göre Orto-11 skorları değerlendirildiğinde gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda sigara kullanımı ve Orto-11 skorunun değişiminin istatistiksel olarak bir anlamlılığı olmadığı bulunmuştur. Bunu destekleyecek şekilde Aksoydan ve Camcı'nın (50) çalışmasında sigara ve alkol tüketiminin Orto-15 skorlarında anlamlı bir değişikliğe yol açmadığı gözlenmiştir.

Fidan ve ark. (8) çalışmasına göre sigara içmeyen grupta Ortorektik davranış görülme sıklığı sigara içen gruba göre daha yüksek bulunmuştur ancak istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Shelton, çalışmasında sigara içenlerin Ortorektik davranış göstermesi olasılığının daha düşük olduğunu belirtmiştir (56). Sigara içme sıklığının özellikle sağlık personeli olan grupta yüksek olması, ortorektik eğilimlerin de yüksek olması durumu ile çelişen bir durumdur. Sağlıklı olma amacı bireylerin yaşam tarzının her alanında olmalıdır.

Çalışmamızda profesyonel olarak spor yapan katılımcı yoktur ancak düzenli fiziksel aktivite düzeylerine göre Orto-11 ($p=1.000$) ve YTT ($p=0.654$) skorlarına bakıldığında herhangi bir sporla uğraşanların spor yapmayanlarla arasında önemli bir fark görülmemektedir. Segura-Garcia'nın (57) yaptığı çalışmada ise kadın atletlerde, sedanter kontrol grubu kadınlara göre düşük Orto-15 skoru ve yüksek sıklıkta diyet uygulama, yüksek YTT-26 skoru gözlenmiştir. Atletlerde her iki cinsiyette de istatistiksel olarak anlamlı sıklıkta ON görülmüştür. Kadınlarda %28 erkek atletlerde ise %30 ON sıklığı saptanmıştır ve bu sıklık Donini (26) 'nin çalışmasındakinden daha yüksektir. Prevalanslar karşılaştırıldığında ise çalışmamızdaki sıklığın atletlerin

ON sıklığından fazla olduğu gözlenmektedir. Ancak sedanter bireylerle sedanter olmayanlar arasında anlamlı bir fark görülmemektedir.

Segura Garcia (57)'nin çalışmasındaki YTT ve Orto-15 skoru paralelliği bizim çalışmamızda görülmemiş, aksine tam zıttı bir sonuç elde edilmiştir. Orto-11 skoru düşükken YTT skorunun da düşük çıkması ve %94.2 ve %96.6'lık sıklıkla yeme tutum bozukluğu görülmeyen bireylerde ortoreksiyanın daha yüksek sıklıkta görülmesi Garcia'nın çalışmasının sonuçları ile çelişkilidir.

Ernst'in çalışmasında ON puanı arttıkça bozulmuş beslenme davranışı düzeylerinin azaldığı ilişkisi bulunmuştur (46). Fidan çalışmasında, BKİ arttıkça Ortorektik davranışın arttığını belirtmiştir (8). Larsen BKİ'si yüksek bireylerin Ortorektik davranış düzeyindeki artışın, kilolu veya obez bireylerin vücut ağırlıkları veya ağırlık artışını önemsememeleri, çünkü kilolarından ötürü kendilerini küçük gördüklerinden sağlıklı beslenmek zorunda hissetmelerinden kaynaklanabileceğini söylemektedir (47). Gezer ve Kabaran'ın çalışmasında Ortoreksiya nervosa riskindeki artış obsesif kompulsif davranış riskindeki artış ve yeme davranış bozukluğu riskindeki azalış ile ilişkilidir ($p<0.01$) sonucuna varılmıştır (54). Varga çalışmasında Orto-11 ve yaş arasında pozitif ancak güçlü olmayan bir ilişki saptamış ancak BKİ ve Orto-11 skoru arasında bir korelasyon gözlememiştir (55).

6. SONUÇLAR

Sağlık personeli olan ve sağlık personeli olmayan gruplar BKİ'lerine göre değerlendirildiğinde Sağlık personeli olmayan gruptaki kilolu ve obez bireylerin yüzdelerinin (%30.6, %11.2) sağlık personeli olan gruptaki bireylerin BKİ'lerine (%26.2, %6.3) göre daha fazla olduğu saptanmıştır.

Sağlık personeli olmayanların daha fazla sigara kullandığı (%42.2 vs %29.1) ancak düzenli fiziksel aktivite yapanların da yine sağlık personeli olmayan grupta daha fazla olduğu görülmüştür (%33.5 vs %29.1)

Sağlıklı olduğunu düşünen sağlık personelinin sıklığı %77.2 iken, %47.2si aynı zamanda tanısı konulmuş kronik bir rahatsızlığı olduğunu belirtmiştir. Sağlık personeli olmayanlarda ise bu sıklıklar sırası ile %81.6 ve %32.5'tir.

Sağlık personeli olan ve olmayanların ON davranış yatkinliklerini karşılaştırmak amacıyla yapılan bu çalışmada Orto-11 testi iki grup arası istatistiksel olarak anlamlılık göstermemiştir ($p>0.05$).

Katılımcıların, cinsiyet, medeni durumu, meslek, iş deneyimi gibi sosyo-demografik özellikleri ile Orto-11 skorlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır.

Çalışmamızda yaş grupları ile Ortorektik davranış görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunmamıştır.

BKİ gruplarına göre Orto-11 skoru ve YTT skoru değerlendirildiğinde, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Sağlık personelinde yapılan benzer çalışmalara göre prevalans artışı gözlenmiştir (%60.1). sağlık personeli olmayan grupla arasında ise bir fark gözlenmemektedir (%61.2).

Bir risk grubu olarak sağlık personeli alışanlarının ON yatkınlığının fazla olduğu (% 99) ancak bu gruba ait olmayan katılımcılar da %98.5 sıklığında ON eğilimi olduğu belirlenmiştir.

Sağlık personeli olan ve sağlık personeli olmayan grupta en sık KVH ve Sinüzit ortak olarak görülmektedir. Anemi sağlık personelinde en sık rastlanan hastalıktır (%10.7).

Sağlık personeli olan ve olmayan grup için YTT skorları değerlendirildiğinde, iki grup için sırasıyla % 5.8 ve %93.4 sıklıkla yeme tutum bozukluğu görülmektedir.

Sağlık durumu için Orto-11 ve YTT puanları değerlendirildiğinde sağlıklı olduğunu düşünen ve düşünmeyenler arasında YTT ve Orto-11 skorları açısından anlamlı bir fark yoktur.

Fiziksel aktivite ve sigara kullanımı, Orto-11 ve YTT skorları açısından değerlendirildiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmamıştır.

Çalışmamızda Orto-11 ve YTT skorlarının değerkenlerle arasında ters yönde bir korelasyon vardır ($p<0.01$). Bu sonuç çelişkilidir.

7. ÖNERİLER

1. Bu araştırma sınırlı bir alanda yapılmış ve az sayıda katılımcıya ulaşılmıştır. Sadece tek bir risk grubu değil farklı risk grupları da araştırma örneğine dahil edilerek daha kesin sonuçlar alınabilir.
2. Çalışmaya, ON'ye yalnızca bir yeme bozukluğu değil aynı zamanda Obsesif kompulsif bozukluk bakış açısıyla yaklaşabilmek için geçerlik ve güvenilirliği olan ve davranış ve tutumları değerlendirmede kullanılan ölçeklerden bir veya birkaçı eklenerek Ortorektik davranışları nedenlerine daha doğru şekilde ulaşılabilir.
3. Yeni bir kavram olan Ortoreksiya nervoza ile ilgili çalışmaların kısıtlı olması, konunun daha fazla araştırılması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bunun için Ortoreksiya nervoza konusunda daha geniş çapta ve fazla çalışma yapılması gerekmektedir.
4. Yapılan çalışmalar sonucunda Orto-15 ölçeğinin ON eğilimini tam olarak belirleme konusunda eksiklikleri olduğu ortaya konulduğu için Orto-15 ölçeği geliştirilmeye çalışılmalı, daha belirleyici seçenekler veya kategorizasyon sağlanmalıdır.
5. Orto-11 güvenilirlik ve geçerliliği yüksek olmayan bir ölçek olduğundan ölçek üzerinde daha ayrıntılı çalışmalar yapılmalı ve çelişkili sonuçlar elde edilmesi önlenmelidir.
6. Kültürel farklılıklar tam olarak yansıtılabilecek ve uluslararası geçerliliği olan ölçeklerin hazırlanması, kriterlerin belirlenmesi konusunda çalışmalar yapılmalıdır.
7. Medyanın bu takıntıların oluşması ve gelişmesindeki rolü göz ardı edilmemeli, medyanın bireyleri sağlıklı beslenme davranışları konusunda doğru ve yeterli şekilde yönlendirmesi için bilinçlendirme çalışmaları yapılmalıdır.
8. Özellikle sağlık profesyonellerinin eğitimi sağlanmalı, hem bireysel tutum olarak hem hastalarını tedavi amaçlı konuşmalarında sağlıklı olmak kadar

bunun bir takıntıya dönüşmemesinin de önemi konusunda bilinçlendirilmelidir.

9. ON, yalnızca bir yeme bozukluğu değil aynı zamanda obsesif kompulsif bir bozukluk olduğu yaklaşımıyla tedavi edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Yager J, Andersen AE. Anorexia nervosa. *New England Journal of Medicine*. 353(14): 1481-1488, 2005.
2. Association AP. DSM 5. In: Association AP, editor. 5 ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; p. 2013.
3. J M. What is Orthorexia? *J Am Diet Assoc*. 105(10): 1510-1511, 2005.
4. Arusoğlu G, Kabakci E, Köksal G, Merdol TK. Orthorexia Nervosa and Adaptaon of ORTO-11 into Turkish. *Türk Psikiyatri Dergisi* 19(3): 283-292, 2008.
5. Billings T. Other Types of Eating Disorders. 2005 Erişim:(<http://www.something-fishy.org>). Erişim Tarihi:16/09/2014
6. O'Brien KM, Vincent NK. Psychiatric Comorbidity İn Anorexia And Bulimia Nervosa: Nature, Prevalence, And Causal Relationships. *Clinical psychology review*. 23(1): 57-73, 2003.
7. Bratman S, Knight D. Health food junkies: Overcoming the obsession with healthful eating. 0385495730. Broadway Books. 2000
8. Fidan T, Ertekin V, Işıkay S, Kırpınar I. Prevalence of Orthorexia Among Medical Students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive psychiatry*. 51(1): 49-55, 2010.
9. Strand E. A New Eating Disorder. *Psychol Today*. 37(5): 16, 2004.
10. Bratman S. What is orthorexia. 2009 Erişim:(www.orthorexia.com/index.php.) Erişim tarihi:(15/10/2014).
11. Bağcı Bosi AT, Çamur D, Güler Ç. Prevalence of Orthorexia Nervosa in Resident Medical Doctors in the Faculty of Medicine (Ankara, Turkey). *Appetite*. 49(3): 661-666, 2007.
12. Eriksson L, Baigi A, Marklund B, Lindgren E-C. Social Physique Anxiety And Sociocultural Attitudes Toward Appearance Impact On Orthorexia Test İn Fitness Participants. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*. 18(3): 389-395, 2008.
13. Huse DM, Lucas AR. Dietary Patterns in Anorexia Nervosa. *The American journal of clinical nutrition*. 40(2): 251-254, 1984.
14. Ünalın D, Öztop DB, Elmalı F, Öztürk A, Konak D, Pırlak B, ve ark. Bir Grup Sağlık Yüksekokulu Öğrencisinin Yeme Tutumları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 16(2): 75, 2009.
15. Abraham S. Eating Disorders: The facts. 0199551014. Oxford University Press. 2008
16. Siyez D. Yeme Bozukluğu Olan Çocuklar Ve Ergenler Etyolojisi İle İlgili Çalışmalar, Mücadele, Değerlendirme Ve Tedavi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2021-2028, 2006.
17. Neinstein LS. Adolescent Health Care: A Practical Guide. 0781792568. Lippincott Williams & Wilkins. 2008
18. Maner F. Yeme Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası* 1. 5(4): 130-139, 2001.
19. Bulik CM, Sullivan PF, Kendler KS. An empirical Study of the Classification of Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry*. 157(6): 886-895, 2000.

20. Rodin G, Olmsted MP, Rydall AC, Maharaj SI, Colton PA, Jones JM, ve ark. Eating Disorders in Young Women with Type 1 Diabetes Mellitus. *Journal of psychosomatic research*. 53(4): 943-949, 2002.
21. Choi P, Pope H, Olivardia R. Muscle Dysmorphia: A New Syndrome İn Weightlifters. *British Journal of Sports Medicine*. 36(5): 375-376, 2002.
22. Carruth BR, Skinner J, Houck K, Moran III J, Coletta F, Ott D. The Phenomenon of "Picky Eater": a Behavioral Marker in Eating Patterns of Toddlers. *Journal of the American College of Nutrition*. 17(2): 180-186, 1998.
23. Alarcon PA, Lin L-H, Noche M, Hernandez VC, Cimafranca L, Lam W, ve ark. Effect of Oral Supplementation on Catch-up Growth in Picky Eaters. *Clinical pediatrics*. 42(3): 209-217, 2003.
24. Young SL, Wilson MJ, Miller D, Hillier S. Toward a comprehensive approach to the collection and analysis of pica substances, with emphasis on geophagic materials. *Plos One*. 3(9): e3147, 2008.
25. Chaki B, Pal S, Bandyopadhyay A. Exploring Scientific Legitimacy Of Orthorexia Nervosa: A Newly Emerging Eating Disorder. *Journal Of Human Sport & Exercise*. 1045-1053, 2013.
26. Donini L, Marsili D, Graziani M, Imbriale M, Cannella C. Orthorexia Nervosa: Validation of a Diagnosis Questionnaire. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 10(2): 28-32, 2005.
27. Cartwright MM. Eating Disorder Emergencies: Understanding The Medical Complexities Of The Hospitalized Eating Disordered Patient. *Critical care nursing clinics of North America*. 16(4): 515-530, 2004.
28. Mac Evilly C. The Price of Perfection. *Nutrition Bulletin*. 26(4): 275-276, 2001.
29. Nymah H. A Direct Question: Is Orthorexia A Correct Word For A Wrong Concept?, *Lakardtningen*, 99(3),433-434, 2002.
30. Rubel JB. *Eating and Exercise Disorders Handbook*. 1992
31. Brytek-Matera A. Orthorexia Nervosa—an Eating Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder or Disturbed Eating Habit? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 1: 55-60, 2012.
32. Elliott G. Orthorexia. When healthy eating becomes an obsession. 2010.
33. Vandereycken W. Media hype, diagnostic fad or genuine disorder? Professionals' opinions about night eating syndrome, orthorexia, muscle dysmorphia, and emetophobia. *Eating Disorders*. 19(2): 145-155, 2011.
34. Karabudak E. *Vejetaryen Beslenmesi*. T.C Sağlık Bakanlığı. 2012.) Erişim tarihi:(10/11/2014).
35. Atkins RD. *Dr. Atkins' new diet revolution*. 3 ed. 159077163X. Harper Collins Publisher. 2002; 2002
36. Nicolosi G. Biotechnologies, alimentary fears and the orthorexic society. *Tailoring Biotechnologies*. 2(3): 37-56, 2006.
37. Rangel C, Dukeshire S, MacDonald L. Diet and anxiety. An exploration into the Orthorexic Society. *Appetite*. 58(1): 124-132, 2012.
38. Shah SM. *Orthorexia nervosa: healthy eating or eating disorder?* Masters Thesis Eastern Illinois University; Charleston, Illinois 2012.
39. Klein DA, Walsh BT. *Eating Disorders: Clinical Features and Pathophysiology*. *Physiology & behavior*. 81(2): 359-373, 2004.

40. Kutluay Merdol T Başoğlu S, Örer N. Ankara: Hatipoğlu Yayınevi; Beslenme ve Diyetetik Açıklamalı Sözlük; p. 2. 1997.
41. D'Amico EJ, Neilands TB, Zambarano R. Power analysis for multivariate and repeated measures designs: A flexible approach using the SPSS MANOVA procedure. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*. 33(4): 479-484, 2001.
42. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: An index of the Symptoms of Anorexia Nervosa. *Psychological medicine*. 9(02): 273-280, 1979.
43. Erol N, Savasir I, editors. The Turkish version of the Maudsley Obsessional-Compulsive Questionnaire. 2nd Regional Conference of the International Association for Cross-Cultural Psychology Amsterdam, The Netherlands; 1989.
44. Altuğ A, Elal G, Slade P, Tekcan A. The Eating Attitudes Test (EAT) in Turkish university students: relationship with sociodemographic, social and individual variables. *Eating and weight disorders: EWD*. 5(3): 152-160, 2000.
45. World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. World Health Organization, No. 894, 2000.
46. McInerney-Ernst EM. Orthorexia nervosa: real construct or newest social trend? , Doctor of Philosophy Thesis, University of Missouri; Kansas City; 2011.
47. Larsen KI. Similarities and differences between eating disorders and orthorexia nervosa. Master Thesis. The University of Rome; Rome, 2013.
48. Ramacciotti C, Perrone P, Coli E, Burgalassi A, Conversano C, Massimetti G, ve ark. Orthorexia nervosa in the general population: a preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15). *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 16(2): 130-133, 2011.
49. Donini L, Marsili D, Graziani M, Imbriale M, Cannella C. Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 9(2): 151-157, 2004.
50. Aksoydan E, Camci N. Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 14(1): 33-37, 2009.
51. Alvarenga M, Martins M, Sato K, Vargas S, Philippi S, Scagliusi F. Orthorexia nervosa behavior in a sample of Brazilian dietitians assessed by the Portuguese version of ORTO-15. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 17(1): 29-36, 2012.
52. Kinzl JF, Hauer K, Traweger C, Kiefer I. Orthorexia nervosa in dieticians. *Psychotherapy and psychosomatics*. 75(6): 395-396, 2006.
53. Korinth A, Schiess S, Westenhoefer J. Eating behaviour and eating disorders in students of nutrition sciences. *Public health nutrition*. 13(01): 32-36, 2010.
54. Gezer C, Kabaran S. Beslenme ve diyetetik bölümü kız öğrencileri arasında görülen ortoreksiya nervosa riski. *SDU Journal of Health Science Institute/SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 4(1): 9-22, 2013.
55. Varga M, Dukay-Szabó S, Túry F, van Furth Eric F. Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 18(2): 103-111, 2013.
56. Shelton NJ. What not to eat: inequalities in healthy eating behaviour, evidence from the 1998 Scottish Health Survey. *Journal of Public Health*. 27(1): 36-44, 2005.

57. Segura-García C, Papaianni MC, Caglioti F, Procopio L, Nisticò CG, Bombardiere L, ve ark. Orthorexia nervosa: a frequent eating disordered behavior in athletes. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 17(4): 226-233, 2012.

EKLER

EK-1 Başkent Üniversitesi Kurul Onayı

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
GİRİŐİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

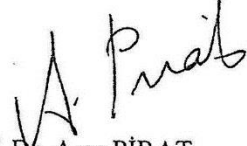
KARAR

KARAR TARİHİ	KARAR SAYISI	PROJE NO
30/04/2014	14/65	KA14/140

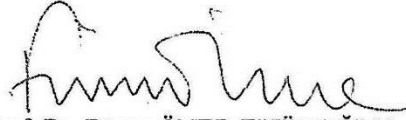
Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gökçe Ergin tarafından yürütülecek olan KA14/140 nolu ve "Sağlık personeli olan ve olmayan bireylerde ortoreksia nervosa sıklığı araştırması" başlıklı araştırma projesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelendi ve etik açıdan uygun olduğuna karar verildi.



• Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŐ



• Prof. Dr. AraÇ PİRAT



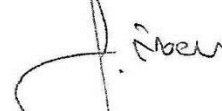
• Prof. Dr. Fusun ÖNER EYÜBOğLU

Katılmadı.

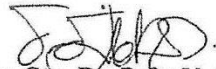
• Prof. Dr. Hulusi B. ZEYNELOğLU



• Prof. Dr. Neslihan ARHUN



• Doç. Dr. H. Seyra ERBEK



• Öğr. Gör. Dr. Rifat V. YILDIRIM

EK-2 AEAH Kurul Onayı



T.C.
Sağlık Bakanlığı
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Ankara İli Kamu Hastaneleri Birliği 1.Bölge Sekreterliği
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
"Eğitim, Planlama Kurulu Karar Defteri"

Toplantı No: 0552

11.06.2014

Başkan
Uzm.Dr.Mustafa Kotanoğlu
Hastane Yöneticisi

EPKK ASIL ÜYELERİ

Doç.Dr.Yalçın Aral Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği
Op.Dr.Firdevs Örnek Göz Hastalıkları Kliniği
Doç.Dr.Hülya Başar Anestezi ve Reanimasyon Kliniği
Doç.Dr.Gürkan Aylan Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği

EPKK YEDEK ÜYELERİ

Doç.Dr.Nadir Turgut Çavuşoğlu Genel Cerrahi Kliniği
Doç.Dr.Ahmet Pekcan Demirez Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği
Doç.Dr.Nesrin Arslan Kadın Hastalıkları Kliniği
Uzm.Dr.Mehmet Eyeköçer Nefes Tıp Kliniği

KARAR:

4597.Sağlık personeli olan ve olmayan bireylerde Ortoreksia Nervosa sıklığı araştırması, T.C.S.B.Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli 1.Bölge K.H.B.Genel Sekreterliği Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyet Kliniği (Diyet Uzmanı Engin, Doç.Dr.Emine Aksoydan) çalışması. Prospektif Çalışmanın protokol, usul, yaklaşım ve yöntemi yönünden "ETİK" değerlendirilmesinde "UYGUN" "OLDUĞUNA" / "OLMADIĞINA" "OYÇOKLUĞU" "OYBİRLİĞİ" ile karar verilmiş ve araştırma için belirlenmiş uygulama, etik ve girişimlerin araştırma grubunca karşılanması kaydı ile çalışmanın yapılmasına ve Hastanelerimiz üzerindeki ve belgelerinin kullanılmasına "İZİN" "VERİLMİŞTİR" / "VERİLMEMİŞTİR"

Doç.Dr.Yalçın Aral

Op.Dr.Firdevs Örnek

Doç.Dr.Hülya Başar

Doç.Dr.Gürkan Aylan

Uzm.Dr.Mustafa Kotanoğlu
Hastane Yöneticisi

EK-3 Anket Formu

Sağlık Personeli Olan ve Olmayan Bireylerde Ortoreksia Nervoza Sıklığı Araştırması Anket Formu

I.KİŞİSEL BİLGİLER

1. Yaş:
2. Cinsiyet: 1. Erkek 2. Kadın
3. Meslek: 1. Doktor 2. Hemşire 3. Ebe 4. Diğer (belirtiniz).....
4. Medeni durum
1. Evli 2. Bekar 3. Boşanmış 4. Dul
5. Evli/Boşanmış/Dul ise çocuk sayısı
6. Çalışma durumu (Sağlık personeli olmayanlar için)
1. Çalışıyor 2. Çalışmıyor
7. Çalışıyor ise mesleği:
8. Çalışma süresi: yıl

II. ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

9. Boy : cm

10. Ağırlık : kg

III. SAĞLIK DURUMU

11- Sağlıklı olduğunuzu düşünüyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

12- Tanısı konulmuş bir sağlık sorununuz var mı?

a) Evet

b) Hayır

13- Cevabınız **evet**se bu sağlık sorununuz nedir? Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.

a) Kalp-damar hastalıkları

b) Anemi

c) Şeker Hastalığı

d) Sindirim sistemi ile ilgili hastalıklar

e) Karaciğer, safra kesesi hastalığı

f) Böbrek hastalığı

g) Kemik-eklem hastalığı

h) Göğüs hastalıkları

ı) Solunum ile ilgili hastalıklar

i) Deri hastalıkları

j) Sinüzit-baş ağrısı

k)Diğer (Belirtiniz)

14-Sigara içiyor musunuz?

a)Evet

b)Hayır

15- Cevabınız evet ise içtiğiniz sigara miktarı nedir?

Günde.....adet

16- Düzenli olarak fiziksel aktivite yapıyor musunuz

1. Evet

2. Hayır

17- Cevabınız evet ise aktivite türü ve sıklığınızı işaretleyiniz

	Her gün	Haftada 5-6 kez	Haftada 3-4 kez	Haftada 1-2 kez
Yürüyüş				
Koşu				
Fitness				
Dans				
Futbol, Basketbol vb.				
Bisiklet				
Diğer Sporlar(belirtiniz.....)				

ORTO-11

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

YEME TUTUM TESTİ

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine **X** işareti koyunuz. Örneğin; “**Çikolata yemek hoşuma gider**” cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa “**hiçbir zaman**” yazılı kutunun içine **X** işareti koyunuz, her zaman hoşunuza gidiyorsa “**daima**”nın altını **X** işaretleyiniz.

SORULAR	Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.						
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4. Şişmanlamaktan ödüm kopar.						
5. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.						
6. Aklım fikrim yemektir.						
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar oldu.						
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.						
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissedirim.						
12. Ailem fazla yememi bekler.						
13. Yemek yedikten sonra kusarım.						
14. Yemek yedikten sonra aşırı 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 cevaplandırarak)						
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.						
25. Şişmanlayacağım (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
26. Yemeklerimi yemek, başkalarınınkinden daha uzun sürer.						
27. Lokantada yemek yemeyi severim.						
28. Müshil kullanırım						
29. Şekerli 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 yakınıyorum.						
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						
37. Diyet (perhiz) yaparım.						
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
39. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						