

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN

**EDİRNE İL MERKEZİNDEKİ 20-64 YAŞ ARASINDAKİ
BİREYLERDE ORTOREKSİYA NERVOZA
PREVALANSI**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Rabia ÇOKER BİLGİÇ

EDİRNE – 2019



TEŞEKKÜR

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndaki
uzmanlık eğitimim süresince emeği geçen
değerli hocalarım; Anabilim Dalı Başkanı
Prof. Dr. Nezih Hamdi DAĞDEVİREN'e,
Prof. Dr. Serdar ÖZTORA'ya, Dr. Öğretim
Üyesi Önder SEZER'e, hem asistanlık
eğitimimde hem tez sürecimde beni
destekleyen değerli hocam Prof. Dr. Ayşe
ÇAYLAN'a, tüm çalışma arkadaşlarıma ve
her zaman yanımda olan değerli eşim Uzm.
Dr. Fahri BİLGİÇ'e teşekkür ederim.

SİMGE VE KISALTMALAR

ON: Ortoreksiya nevroza

VKİ: Vücut kitle indeksi

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
YEME BOZUKLUKLARI	3
ORTOREKSİYA NERVOZA	8
GEREÇ VE YÖNTEMLER	16
BULGULAR	19
TARTIŞMA	42
SONUÇLAR	53
ÖZET	55
SUMMARY	57
KAYNAKLAR	59
EKLER	

GİRİŞ VE AMAÇ

Beslenme davranışı, yaşamsal zorunluluk, vücut ağırlığı, dış görünüş gibi bedensel boyutun yanında, psikolojik ve sosyal yönleri de olan bir durumdur (1). Yeme bozuklukları; psikiyatrik açıdan beslenme davranışındaki bozukluklar, olarak adlandırılmaktadır (2).

Yeme bozuklukları günümüzde hızla artmaktadır (3). Zayıflığa yüklenen anlam, kilonun yaşlı gösterdiği gibi bazı estetik algıların değişmesi gibi etkenler, yeme bozukluklarındaki artışın nedenlerinden sayılabilir (4).

Amerika Psikiyatri Birliği'nin (APA) Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nda (DSM-V), yeme bozuklukları sınıflandırılmaktadır. Anoreksiya nervoza (AN), bulimiya nervoza (BN), pika, ruminasyon bozuklukları, yeme bozuklukları kategorilerine dahil edilen hastalıklardan bazılarıdır (5).

Ortoreksiya nervoza,ise, anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza gibi resmi olarak henüz yeme bozuklukları arasında sınıflandırılmamaktadır (6).

Ortoreksiya nervoza, ilk kez 1990'ların sonunda, "sağlıklı beslenmeye karşı duyulan patolojik bir saplantı" şeklinde, Steven Bratman tarafından tanımlanmıştır. Yunanca "doğru" anlamına gelen "orthos", "iştah, arzu, istek" anlamına gelen "orexis" kelimelerinden türemiştir (7).

Kısaca "sağlıklı beslenme takıntısı" olarak tanımlanan ortoreksiya nervoza, bireyin hayatını etkileyecek derecede saf diyet tüketme takıntısıdır. Kişiler her gün, günün büyük bir kısmını yiyecekleri düşünerek ve bu konuda ciddi zihinsel uğraş içine girerek geçirirler. Bu durum bireylerin hayatını ciddi boyutlarda olumsuz etkilediğinde, ortoreksiya nervozadan söz edilmektedir (8).

Ortorektik bireyler, kendi kendilerini uygulamak zorunda bıraktıkları katı diyet kuralları sonucunda ciddi sağlık sorunları yaşayabilirler. Bununla birlikte kendilerini izole ettikleri ve saf gıda bulunmadığını dűřündükleri için, sosyal sorunlar yaşayabilmekte ve sosyal açıdan da izole olabilmektedirler (9).

Anoreksiya nervozada olduğu gibi ortoreksiya nervozada da malnütrison görülebilmektedir. Fakat anoreksiyadan farklı olarak ortorektiklerin temel amacı kilo vermek değil, asıl hedef saf beslenmedir. Ortorektikler yiyeceklerin niceliğinden çok, niteliğiyle ilgilenmektedirler. Bu konuda aşırı uğraş içindedirler (10).

Ortoreksiya nervoza günümüzde giderek artan bir durum halini almıştır. Brezilya'da yapılan bir çalışmada ortoreksiya nervoza prevalansı %81,9, İspanya'da yoga eğitmenleri arasında yapılan bir çalışmada prevalans %86, Türkiye'de üniversite öğrencilerinde yapılan bir araştırmada prevalans %41,3 bulunmuştur (11-13).

Bu çalışmanın amacı, yeterli sayıda araştırma yapılmamış olan, prevalansı azımsanmayacak derecede olan ve biyolojik, psikolojik ve sosyal olarak pek çok yönden bireyleri etkileyebilen ortoreksiya nervozanın prevalansını belirlemek ve sosyodemografik özelliklerin ortoreksiya nervoza üzerindeki etkilerini araştırmaktır.

GENEL BİLGİLER

YEME BOZUKLUKLARI

Tanım ve Sınıflandırma

Yeme bozuklukları, yiyeceklerin alınması ve vücutta emilmesinde değişikliklerle sonuçlanan, fizyolojik ve psikososyal olarak ciddi bozukluklara neden olan, yeme davranışlarındaki değişikliklerdir (5).

Hipotermi, hipotansiyon, elektrolit dengesizliği, renal bozukluklar gibi ciddi komplikasyonlara ve mortaliteye neden olabilen ve giderek artan insidanslara sahip, toplumsal bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (14,15).

Kadın cinsiyet, özellikle zayıf olmayı gerektiren spor yapıyor olmak (jimnastik gibi), mükemmeliyetçi olunması, anksiyete olması, birinci derecede yakınında duygudurum bozukluğu olması gibi bazı durumlarda yeme bozuklukları açısından daha dikkatli yaklaşılmalıdır (16).

Yeme bozuklukları çevresel, psikolojik, genetik olarak pek çok faktörden etkilenmektedir.

Genetik faktörlerle ilgili ikizler ve evlatlık alınmış bireylerle yapılan çalışmalarda, belirli genotipte doğanların herhangi bir yeme bozukluğu gösterme olasılıklarının arttığı gösterilmiştir. Aynı zamanda, herhangi bir aile bireyinde yeme bozukluğu olan bir bireyin kendisinin de bir yeme bozukluğu geliştirme olasılığı, ailesinde yeme bozukluğu görülmemiş birine göre yedi ile on iki kat daha fazladır (17).

Düşük özgüven, ailede yaşanan bazı problemler, kaygı, depresyon, ve kişilik bozuklukları gibi bazı psikiyatrik bozukluklar, yeme bozuklukları için psikolojik risk faktörleridir (18).

Medya ve popüler kültür, kurulan olumsuz sosyal ilişkiler, kilo almaya karşı duyulan korku, bireylerin kendi bedenlerine karşı duyduğu memnuniyetsizlik gibi pek çok neden, yeme bozuklukları için birer etken sayılabilir.

Beslenme ve yeme bozuklukları DSM-5'te;

- Pika
 - Anoreksiya Nervosa
 - Bulimia Nervosa
 - Geri Çıkarma (Geviş Getirme-Ruminasyon) Bozuklukları
 - Kaçınan/Kısıtlı Besin Alım Bozukluğu
 - Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
 - Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları
 - Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozuklukları
- şeklinde sınıflandırılmıştır (5).

Pika

En az bir ay boyunca, besin olmayan maddelerin, kültürel veya toplumsal olarak herhangi bir biçimde açıklanamayacak şekilde yenmesi olarak tanımlanmaktadır (5).

Yenen maddelerin, kil, kum, taş, saç, plastik, kağıt, kömür, tebeşir, cam, ip, sigara izmaritleri, tel vs. gibi maddeler olduğu belirtilmiştir. Etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir fakat demir eksikliği ve çinko eksikliği bulunan bireylerde daha fazla görüldüğü gösterilmiştir (19).

Tüketilen maddelerin türüne göre çeşitli sağlık sorunlarına ve mortaliteye neden olan pika, çocuklarda daha sık görülmesine rağmen, gebelerde ve postpartum dönemde de sık görülebilmektedir (20).

Anoreksiya Nervosa

Sağlığı olumsuz etkileyecek derecede zayıf olunmasına rağmen, bireyin kendisini kilolu gören bir beden algısının olduğu, kilo alma kaygısı, korkusu ve buna yönelik beslenme davranışları gösteren bir yeme bozukluğudur (21,22).

En sık kadınlarda ve 13-14 yaş ve 18-20 yaş aralığında görülmektedir (22).

Anoreksiya Nervoza, biyopsikososyal birçok faktörün bir araya gelmesiyle oluşan bir yeme bozukluğudur (18).

İkiz çalışmalarında; hastalanma oranı monozigotlarda, dizigotlara göre daha fazla bulunmuştur (23).

Anoreksiya Nervoza olan bireylerde primer hipotalamik disfonksiyon görülmektedir. Serotonin, kortikotropin salıverici hormon (CRH) ve nöropeptid Y'nin rolü ile iştah değişiklikleri meydana gelir. Kilo kaybından önce, kilo kaybı sırasında, kilo kaybından sonra menstruasyon bozulabilir.

Yaklaşık %50 hastada kilo kaybından önce amenore veya menstruasyon düzensizliği gösterilmiştir (24).

Kısıtlayıcı ve Tıkınırcasına Yeme/Çıkarma olmak üzere Anoreksiya Nervoza'nın 2 alt tipi vardır (5):

1. Tıkınırcasına Yeme/Çıkarma Tipi: Son 3 ay boyunca, bilinçli, tekrarlayan aşırı yeme ve çıkarma atakları bulunur. Lavman, laksatifler, kendini kusturma gibi çeşitli yöntemleri kullanırlar.

2.Kısıtlayıcı Tip: Alınan enerjinin kısıtlanması ve diyet, aç kalma ve/veya aşırı egzersiz yapma gibi yollarla aşırı enerji harcanmasıyla kilo kaybının sağlandığı türdür.

Bulimiya Nervoza

Bulimiya nervoza, tıkınırcasına yeme ve takiben kusma ile ortaya çıkan bir yeme bozukluğudur. Kişiler aşırı yemenin ardından suçluluk duyarlar. Alınan aşırı besinden kurtulmak ve duyulan suçluluk duygusunun getirdiği stresten kurtulmak için, emetikler, laksatifler gibi ilaçlar ile kendilerini kusturur, aşırı egzersiz yapar veya kendini çok uzun süre aç bırakırlar (25,26).

Peptik ülser, reflü, elektrolit bozuklukları, menstruasyon düzensizlikleri gibi çeşitli morbiditelere neden olabilmektedir (26).

Kişiler davranışlarını saklarlar ve anoreksiya nervozadan farklı olarak, bulimiya nervoza olduğuna dair fiziksel bir bulgu yoktur (25).

Bulimiya nervoza etyolojisinde genetik, biyolojik faktörler olmak üzere pek çok etken rol oynar (27).

Bulimiya nervozalı bireylerde, beslenme davranışı ve enerji metabolizmasını düzenleyen nöropeptidlerin (CRH, leptin, endojen opioidler, nöropeptid-Y gibi) ve monoaminlerin (serotonin, dopamin gibi) düzenlenmesinde bozukluk bulunmuştur (27).

Beta-endorfin düzeyleri düşüktür. Beta-endorfin düzeylerinin düşük olması, bulimiya nervozanın bir bağımlılık davranışına benzetilmesine yol açmıştır. Ayrıca bu durum, diğer yeme bozukluklarından bulimiya nervozayı ayıran önemli özelliklerden biridir (27).

Daha çok genç kızlarda ve kadınlarda görülen bulimiya nervoza için, genetik geçişle ilgili çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Yüksek oranda genetik geçişin söz konusu olduğu bulunmuştur. Özgeçmişinde cinsel travma öyküsü olması ve aile içi problemler de bulimiya nervoza görülme olasılığını artırmaktadır (24).

Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu

Yenilen besinlerin kusma olmadan ağza geri gelmesidir. En az 1 ay sürmesi ve kusma olmaması gerekir. Regürjite olan besinler tekrar yutulabilir veya tükürülebilir. Geri çıkarma bozukluğu denmesi için, diğer yeme bozuklukları ile bir ilgisi olmamalıdır. Ayrıca reflü, pilor stenozu vs. gibi herhangi bir gastrointestinal hastalıkla da ilişkili olmaması gerekir (5).

Öğürme ya da iğrenme duygusu olmaz. Geri çıkarma bozukluğu, en sık bebeklerde ve mental retardasyonu olan kişilerde görülmektedir (28).

Kaçıngan/Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu

Yemek yemekten kaçınma veya sadece bazı yiyecekleri yiyip bazılarını renkleri, kokuları, tatları gibi nedenlerden dolayı yememe ile kendini gösteren bir çeşit yeme bozukluğudur. Kısıtlı enerji alımı ve yetersiz beslenmeye bağlı kilo kaybı gözlenir. Başka herhangi bir tıbbi durum ve zihinsel bir bozuklukla veya kültürel veya sosyal bir yeme davranışıyla açıklanamaz. Kilo alma kaygısı olmayan kaçıngan/kısıtlı yiyecek alım bozukluğunda, herhangi bir şekilde yiyeceklere ulaşmada güçlük veya imkansızlık bulunmamaktadır. Yetersiz beslenmeye bağlı olarak özellikle çocuklarda ciddi kilo kaybına ve pek çok morbiditeye neden olabilmektedir (5).

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

Tıkınırcasına yeme bozukluğu, ataklarla kendini gösteren, aşırı miktarda yemek yeme ile karakterize bir yeme bozukluğudur. Kişi yemek yeme sırasında kendini kaybeder ve yemek yedikten sonra utanç, suçluluk, anksiyete duygularını yaşar (29).

Bu yeme bozukluğunda, bulimiya nervozadan farklı olarak, yemek yedikten sonra kusma davranışı gözlenmez (20).

Kadınlarda, erkeklerden daha sık görülmektedir (30).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan bireylerde obezite görülme olasılığı %70'lerdedir. Bu bireylerde diyabet, obstrüktif uyku apnesi, gastrointestinal hastalıklar, kas-iskelet sistemi problemleri gibi çeşitli hastalıkların görülme sıklıklarının yüksek olduğu gösterilmiştir (31).

Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları

Bu kategoride, beslenme ve yeme bozukluğu belirtileri görülen fakat bu bozukluklara ait ölçütlerin tam olarak karşılanamadığı ve psikososyal fonksiyonel bozulmalara neden olan durumlar yer alır.

Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları genellikle diğer yeme bozukluklarının herhangi biri ile tanımlanmayabilen, bu yeme bozukluklarının bazı semptomlarını içinde bulunduran atipik yeme davranışlarıdır (32).

Bu yeme bozuklukları DSM-5'te 5 grupta sınıflandırılmıştır (5):

1. Atipik Anoreksiya Nervozada: Anoreksiya nervozadan farklı olarak belirgin kilo kaybı yoktur. Diğer anoreksiya nervozada kriterleri karşılanır.
2. Düşük Sıklıkta ve/veya Sınırlı Süreli Bulimiya Nervozada: Tıkınırcasına yeme davranışı ve telafi edici davranışlar ortalama üç ay boyunca haftada birden azdır. Bunun dışındaki tüm bulimiya nervozada kriterleri karşılanır.
3. Düşük Frekanslı Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu: Tıkınırcasına yeme davranışı ortalama üç ay boyunca haftada birden azdır. Sıklık dışındaki tüm kriterler karşılanır.
4. Çıkarma Bozukluğu: Vücut ağırlıklarını ve şekillerini etkilemeyi amaçlayan kusma davranışı mevcuttur, yeme davranışı bozukluğu yoktur.
5. Gece Yeme Sendromu: Akşam yemeklerinden sonra yemek yeme ve/veya gece uykudan uyanıp yemek yeme gibi yeme davranışları vardır. Kişi yemek yediğinin farkındadır ve yemek yendiği hatırlanır. Gece yemek yeme, önemli derecede işlevsellikte bozulmaya neden olur.

Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu, beslenme ve yeme bozukluğuna özgü belirtilerin mevcut olduğu fakat, yeme bozukluklarının herhangi birinin tüm kriterlerini karşılamayan bozukluklardır. Klinisyenin belirtmek istemediği ve tanı koymanın mümkün olmadığı durumlarda (acil servis koşulları gibi) kullanılır (5).

ORTOREKSİYA NERVOZA

Son yıllarda sağlıklı beslenme ve saf diyet giderek popülerliğini artırmıştır (33). Obezitenin artması ile beraber pek çok sağlık sorununun da görülme sıklığı giderek artmaktadır. Bu durum, toplumda ve sağlık profesyonellerinde sağlıklı beslenmeye gösterilen önem ve ilginin de giderek artmasına neden olmaktadır (34). Bütün bunların etkisiyle, yeme davranışlarında ve gıda tercihlerinde değişikliklerin meydana gelmesi söz konusu olabilmektedir (35,36).

Latince “doğru, geçerli” anlamına gelen “orthos” ve “açlık, iştah” anlamına gelen “orexis” kelimelerinden oluşan, “ortoreksiya” terimi, son yıllarda ortaya çıkmıştır. “Ortoreksiya nervoza” ise, “sağlıklı beslenmeye duyulan patolojik bir saplantı” şeklinde, ilk kez, 1990'ların sonunda, alternatif tıp pratisyeni olan Steven Bratman tarafından tanımlanmıştır (37,38).

Ortoreksiya nervoza, başka bir tanıda ise, yeme davranışının, ciddi kontrol duygusu ile beraber, oldukça düzenli ve kısıtlayıcı özelliğe sahip olma durumu olarak nitelendirilmiştir (39).

Steve Bratman ve David Knight tarafından 2000 yılında yayımlanan “Health Food Junkies” adlı kitap, yeme davranışlarına yönelik uzun yıllar yapılan çalışmalar sonucunda ortaya çıkarılmıştır. Bu kitap, ortoreksiya nervoza ile ilgili yapılacak araştırmalar için önemli bir kaynak niteliği taşımaktadır (40).

Ortoreksiya nervoza tanısı için ön kriterler ilk kez 2004 yılında önerilmiştir (40). Fakat ortoreksiya nervozanın resmi olarak tanımlandırılması için geliştirilen ilk öneriler, 2015'te Amerika'da yayınlanan bir vaka çalışmasında yapılmıştır (41).

Dunn ve Bratman 2016 yılında bu kriterleri geliştirerek ve revize ederek, temel olarak “sağlıklı” yeme ve “sağlıksız” yiyeceklerden kaçınma, bunun yanında, beslenmeyle ilgili, hastalıktan korkma, endişe, utanma gibi yoğun bir şekilde duygusal stres yaşama, şeklinde tanımlandırmıştır. Ayrıca optimum sağlık için, yiyecek seçiminde, miktar değil, öncelikli hedef kalitedir (7).

Ortoreksiya nervozanın bir hastalık ya da yeni bir yaşam tarzı olgusu olup olmadığı günümüzde hala tartışılmaktadır (42-44). Yetersiz beslenme, ciddi kilo kayıpları, psikolojik yorgunluk, duygusal dengesizlik, sosyal izolasyon, yaşam kalitesinin azalması gibi pek çok sorunu beraberinde getiren ortoreksiya nervozanın, bir yaşam tarzı olgusundan çok, bir hastalık kapsamında değerlendirilmesi daha uygundur (41,45-47). Bununla birlikte, ortoreksiya nervoza, bazı bulgularıyla, obsesif-kompulsif bozukluklar (OKB) ve duygudurum

bozukluklarıyla örtüştüğünden, şu an için DSM-5'te ayrı bir sınıflandırma olarak değerlendirilememektedir (39).

Ortoreksiya nervozanın en belirgin semptomu, besinlerin satın alınması, tüketilmesi ve hazırlanmaları esnasında takıntılı bir şekilde odaklanma olmasıdır. Böyle bir durumda yiyecekler yenirken herhangi bir şekilde keyif alınmaz. Besinler sadece sağlıklı olabilmek için tüketilir. Ortamda sağlıklı olarak değerlendirilen besin yoksa, bireyler, aç kalmayı tercih ederler. Sağlıksız besinlerin varlığı kişide tikslenme duygusu uyandırır (7,48,49).

Yapılan bazı çalışmaların sonucunda, ortoreksiya nervozanın telafi edici bir davranış olarak değerlendirilebileceği düşünülmüştür. Yeme bozukluğu hastalarını, tedavi öncesi ve sonrasında karşılaştıran bir çalışmada, tedavi sonunda ortorektik eğilimlerin arttığı gösterilmiştir. Bireyler odak noktalarını, gıdaların miktarından, kalitesine kaydırmışlardır (50).

Ortorektik bireyler, sağlıklı beslenme konusunda katı kurallara sahiptir. Eğer bu kurallardan bir tanesi bile ihmal edilecek olursa, ciddi suçluluk duygusu duyarlar. Başarısızlık duygusu ve yetersizlik hissi gelişecek kadar saplantılıdır. Bu takıntılar, ortorektik bireylerin yeterince beslenememesine ve yeterince enerji sağlayamamalarına neden olmaktadır. Bu durum da, ciddi pek çok komplikasyonu beraberinde getirir. Ayrıca ortorektik bireyler, sağlıklı beslenme davranışları sergilerken, kendilerini diğer beslenme tarzı uygulayan insanlardan daha erdemli ve üstün olarak görürler. Kendilerini üstün görmeleri, sosyal ilişkilerini zayıflatır, sosyal aktivite alanlarını kısıtlar, hatta bazı durumlarda kendi aile bireyleriyle bile ilişkileri olumsuz etkilenir (51).

Kendi beslenme düşünceleriyle aynı fikirlere sahip diğer insanlarla bir araya gelmeyi, kendi yakınları, arkadaşları ve aile fertleriyle bir araya gelmeye tercih ettikleri çünkü, ortorektik kişinin, kendi yakınlarıyla aynı öğünde bulunma zevkine varamadıkları belirtilmektedir (52).

Ortoreksiya nervozanın tanımını yapan Bratman'a göre, ortorektik davranış gösteren insanlar, vejeteryanlık, veganizm, glutensiz beslenme gibi belirli bir felsefeye bağlı bir diyeti takip etme eğilimindedirler. Bratman, ortorektik kişilerin, belirli bir teoriye veya felsefeye sahip olma eğiliminde olduklarını ve beslenme şekilleri ne kadar kısıtlayıcı veya karmaşık olursa, bireylerin diyetlerine o kadar uyumlu olduklarını tespit ettiğini belirtmektedir (52,53).

Ortorektik bireyler yediklerinin kalitesi ile ilgilenmektedirler. Bu durum ortorektik bireyleri, yediklerinin miktarına odaklanan anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozadan ayırır (54).

Besinlerin katkısız ve saf olması, ortorektik kişileri obsesif bir biçimde ilgilendirir. Gıdaların içerikleri, herhangi bir katkı maddesi içerip içermemesi, boya gibi sentetik madde

bulunup bulunmaması, kanserojen olup olmaması ile saplantılı bir şekilde ilgilenirler. Sadece besinlerin içerikleri ile değil, ambalajlarının içerikleri ile de ciddi zaman harcarlar. Tüm bunların sonucunda ortorektik bireyler, pek çok besini tüketemez hale gelir ve anoreksiya nervozaya benzer bir şekilde, zamanla ciddi kilo kaybı yaşamaya başlarlar. Ortorektik bireyler, sağlıklı beslenmedikleri zaman acı duyarlar, sağlıklı yemek planı yapmak ve bu yemekleri hazırlamak konusunda takıntılıdır (40).

Vücuda giren yiyeceklerin saf olmaması, bu kişilerde düşük beden imajı algısına neden olur. Ortorektik bireyler ayrıca, kendileri dışındaki insanların beslenme hakkındaki düşüncelerini yargılayıp, kendilerini ahlaki olarak üstün görürler. Tüm bunlar ortorektik bireylerin, mükemmeliyetçi, obsesif ve nevrotik özelliklerde olduklarını doğrulamaktadır (7,55).

Yalnızca sağlıklı ve saf besinlerle beslenme takıntısını tanımlayan ortoteksiya nervozanın, kaçınan/kısıtlı besin alım bozukluğu ile benzer özelliklerinin olduğu ortaya çıkmaktadır. Ortoteksiya nervoza ve kaçınan/kısıtlı besin alım bozukluğunun ortak özellikleri arasında, belirli yiyeceklerden kaçınma durumu vardır. Fakat bu özellik belirli farklarla birbirinden ayrılır. Ortoteksiya nervozada bazı yiyeceklerden kaçınma durumu, sağlıklı olmasıyla ilgiliyken, kaçınan/kısıtlı besin alım bozukluğunda besinin rengi ve şekli gibi etkenler nedeniyledir (39).

Ortoteksiya nervoza, anoreksiya nervoza ile de bazı benzer özelliklere sahiptir. Mükemmeliyetçi kişilik yapısı, yaygın anksiyete, ciddi kontrol çabası ve bazı yiyeceklerden kaçınmaları, benzerlikler arasında sayılabilir. Fakat bazı noktalarda birbirlerinden ayrılırlar. Ortorektik bireylerden farklı olarak, anoreksik bireyler, besinlerin sağlıklı ve saf olup olmamasına göre değil, kalorisine göre besinleri tercih ederler. Ayrıca bulgu ve belirtilerini gizlemeye çalışan anoreksiya nervozalı bireylerin aksine, ortoteksiya nervozalı kişiler, belirtilerini sergilemek için özel bir çaba içine girerler (39).

Sağlıklı beslenme davranışları, günlük hayatta olumsuzluklara yol açabilecek derecede davranış ve kişilik boyutlarında bozulmalara sebebiyet vermiyorsa, uzun sürmüyorsa, aşırı uğraş haline dönüşmüyorsa, psikopatoloji olarak değerlendirilemez (56).

Medyada bazı besinlerde kanserojen madde ve hormon gibi içeriklerin bulunması ile ilgili çıkan haberlerin, zayıflıkla güzelliğin birbirine bağımlı olduğu ile ilgili kavramların artışının, bazı diyet modelleriyle alakalı sık sık gündeme gelen bilgilerin, ortoteksiya nervozanın görülme sıklığının artmasında etkileri olduğu gösterilmiştir. Fakat, giderek yaygınlaşan ve teşvik edilen bir durum olan sağlıklı beslenme uğraşısı ile ortoteksiya nervoza

arasındaki ayrımı yapmak zor olduğundan, bazı durumlarda ortoreksiya nervoza olumlu olarak değerlendirilmiş ve ortoreksiya nervozanın yaygınlığı ile alakalı çalışmaların yapılması güç bir hal almıştır (57).

Ortoreksiya Nervozanın Belirtileri

Sadece saf ve sağlıklı beslenmeye odaklanan ortorektik bireyler çoğu besini yemekten kaçınırlar. Yiyecek çeşitlilikleri azalır ve alınması gereken enerji miktarı yeteri kadar alınamaz. Buna bağlı olarak bireylerde, kilo kaybı, osteoporoz, menstruasyon bozuklukları, hipotansiyon ve kardiyak problemler görülebilmektedir (58).

Bazı bireyler, yemekleri pişirmenin onların besin değerlerini öldürdüğünü düşünmektedir ve besinleri hazırlama konusunda ciddi uğraş verirler, plan yaparlar ve anksiyete yaşarlar. Bu da ortorektik bireylerin zamanlarının büyük kısmının besinleri hazırlamada harcadığını göstermektedir (47).

Ortorektik bireyler, kendi beslenme ile ilgili düşüncelerini üstün gördüklerinden ve saf gıda arayışlarından dolayı, sosyal ortamlardan uzaklaşabilmekte, sosyal izolasyon yaşayabilmekte, aile bireyleri ve arkadaşlarıyla bağlarını koparabilmektedir (47).

Besin çeşitliliklerini sadece belli besinlerle sınırlandırabilmekte (ör: taze meyve, çiğ sebze, ve pişmemiş yumurta) ve bunun sonucunda beden kitle indeksleri düzeyi medikal müdahaleyi gerektirecek bir seviyeye düşebilmektedir (47).

Ortorektik bireyler, yiyecekleri hazırlama esnasında kullanılan yöntem ve kullanılan araç gereçler hakkında da (ör. sebzeleri keserken sadece seramik bıçak kullanmak gibi) aşırı endişe duymakta ve yiyecekleri yemeyi, sırf bu nedenden dolayı, reddedebilmektedirler (48,59).

Yapılan çalışmalarda ortorektik bireylerde nörotik belirtilerin arttığı gösterilmiştir (60,61). Ayrıca bireyler katı beslenme modellerine en ufak bir şekilde uyamazlarsa, ciddi boyutlarda suçluluk ve pişmanlık duygusu yaşarlar (48).

Ortoreksiya Nervozanın Etyolojisi

Ortoreksiya nervozanın etyolojik faktörleri hala belirsizliğini korusa da bazı etyolojik faktörlerin varlığından bahsedilebilir.

Bazı hastalıkları olan (kanser, kalp damar hastalıkları, obezite, osteoporoz, hipertansiyon gibi) veya alerjisi olan bireylerde, ortorektik eğilimlerin arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Medikal nedenlerle yapılan diyet uygulamalarının ve sağlıklı beslenmeye

karşı gelişen duyarlılığın artmasıyla birlikte, ortoreksiya nervoza görülme sıklığının artacağı söylenebilmektedir (57,62).

Ortoreksiya nervoza, genel sağlığı koruma ve kronik hastalıklara yakalanmama adına geliştirilen yeme davranışları şeklinde de başlangıç gösterebilmektedir (51).

Özsaygısı düşük, takıntılı, anksiyetik, mükemmeliyetçi, utangaç kişilik yapısındaki kişiler daha fazla yeme davranış bozukluğu sergileyebilmektedir (63). Çocukluk döneminde yaşanan obezite gibi sürekli diyet uygulama gerektiren durumlar, yeme davranış bozuklukları görülme sıklığını artıran bireysel etmenler arasındadır (64).

Beslenme bilgisinin fazla olması da ortorektik eğilimler üzerinde etkisi olan bir faktördür (35,36). Tıp fakültesi öğrencileri, doktorlar, diyetisyenler gibi beslenme konusunda bilgi düzeyleri yüksek olan gruplarda, ortoreksiya nervoza belirtilerinin daha sık görüldüğü gösterilmiştir (65-67). Örneğin Avusturya’da yapılan bir araştırmada ortoreksiya nervozanın bayan diyetisyenlerde sık görüldüğü, hatta, yeme davranış bozukluğu olan bazı bayanların bu sebeple diyetisyen olmayı tercih ettiği belirtilmiştir (68).

Farklı çalışmalarla, ortoreksiya nervoza ile çeşitli kişisel özellikler arasındaki ilişkiler araştırılmıştır. Çalışmaların çoğunda, ortoreksiya nervoza ve vücut kitle indeksi (BKİ) arasında bir ilişki bulunmadığı gösterilmiştir (40,57,69).

Yeme bozukluklarının genelde kadınlarda daha fazla olması yönünde çalışmalar olsa da, bazı araştırmalarda ortoreksiya nervoza, erkeklerde kadınlardan daha yüksek düzeyde bildirilmiştir (55). Fakat pek çok çalışma birlikte değerlendirildiğinde ve ortoreksiya nervoza ile ilgili yapılan birçok araştırmanın sonucunda, cinsiyetin ortoreksiya nervoza ile anlamlı bir ilişkisi olmadığı gösterilmiştir (70).

Kişilik ve ortoreksiya nervoza arasında ise, “nörotizm” seviyesi arttıkça ortoreksiya nervoza belirtilerinin arttığı şeklinde bir ilişki olduğu gösterilmiştir (60,61).

Çocukluk döneminde yaşanan travmaların da yeme bozuklukları için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (71). Çocukluk döneminde travmatik deneyimlere maruz kalmak, yetişkinlik döneminde yaşanan yoğun duygusal tecrübeleri tolere etmek konusunda zorluklar yaşanmasına neden olabilmektedir. Bu durum da, kişinin altından kalkamayacağı durumlarla baş etmek için dışsallaştırılmış davranışlar geliştirmesine neden olabilmekte ve bunun da, yeme bozuklukları şeklinde ortaya çıkabileceğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (72).

Ortoreksiya Nervozanın Tanısı

Ortoreksiya nervozanın günümüzde kabul görmüş evrensel bir tanı kriteri bulunmamaktadır. Hala tartışılan ve literatürde kullanımı devam eden psikometrik araçlar (ORTO-15 gibi) bulunmaktadır fakat bu araçların ortoreksiya nervozanın tanı kriterlerini kapsamadığı ve tanı koymaktan çok prevalans çalışmalarında ortorektik eğilimi değerlendirebileceği belirtilmektedir (73).

Ortoreksiya nervoza, sıkça araştırılmış ve klinik olarak kabul edilmiş olsa da, 2013 yılında yayınlanan DSM V'te, psikiyatrik bir tanı olarak değerlendirilmemiştir. Hala bu konudaki tartışmalar devam etmekte ve ortoreksiya nervozanın DSM V'in son sürümünde yer alması hakkında fikir birliği sağlanamamaktadır (49). Ortoreksiya nervozanın tanısı konusunda bir fikir birliğine varmak, yeni değerlendirme araçlarını doğrulamak ve farklı şiddet düzeylerini ayırt etmek gereklidir (74).

Ortoreksiya nervoza için ilk tanı kriterleri, 2015 yılında Moroze ve arkadaşları tarafından ortaya konmuştur (41).

Dunn ve Steve Bratman ise 2016 yılında, Moroze ve arkadaşları tarafından önerilen ortoreksiya nervoza tanı kriterlerini dar kapsamlı ve eksik bulmuş ve yayınladıkları derleme makalede yeni tanı kriterlerini yayınlamışlardır. Tanı kriterleri arasında iki temel özellik bulunmaktadır; birincisi, sağlıklı beslenmeyle optimum huzuru sağladığına inanılan diyet uygulamalarına saplantılı odaklanma, katı diyet kuralları, gıda ile ilgili sürekli meşguliyet, ikincisi de, sonuç olarak ortaya çıkan, klinik bozulma, tıbbi veya psikolojik komplikasyonlardır.

Dunn ve Bratman'ın 2016 yılında ortoreksiya nervoza için yeniden geliştirilmiş tanı kriterleri şunlardır:

A. Beslenme teorileriyle ve inanışları ile ilgili fikirleri nedeniyle "sağlıklı" yemek yemeye saplantılı bir odaklanma ve "sağlıksız" beslenilirse buna abartılı bir tepki verme ve stres eşlik eder. Kilo kaybı yaşanabilir fakat asıl amaç kilo vermek değildir.

1. Bireyin sağlığını optimum şekilde korumak amacıyla yaptığı beslenme ile ilgili kompulsif davranışlar ve/veya düşünsel meşguliyet
2. Beslenme şekline herhangi bir şekilde uyulmazsa duyulan aşırı suçluluk ve utanma duygusu
3. Beslenme davranışları zamanla tüketilecek besin çeşitliliğinin azalması, zaman zaman kişinin aç kalması, temel amaç bu olmasa da gelişebilecek kilo kaybı

B. Beslenmeyle ilgili gelişen kompulsif davranışların ve zihinsel meşguliyetlerin zamanla kişiyi klinik olarak zarar verme süreci başlar.

1. Yetersiz beslenme, ani ve ciddi kilo kaybı ve diğer medikal problemler
2. Sosyal, akademik ve mesleki problemler, stres ve anksiyete
3. Beslenme şekline bağımlı bir hal alan özsaygı ve beden imajı görülür (7).

Ortoreksiya Nervozanın Tedavisi

Ortoreksiya nervoza multifaktöryel olduğundan tedavisi de multidisipliner olmalıdır. Ortoreksiya nervozanın tedavisi ile ilgili yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır fakat ortoreksiya nervozaya eşlik eden morbiditeler nedeniyle, bilişsel davranışçı terapi, psikotrop ilaçlar ve psikoterapi, ortorektik bireyler için uygulanabilecek tedavi metotlarından sayılabilmektedir. Eşlik eden morbiditeler arasında kilo kaybı, beslenme yetersizliği, malnütrisyon gibi durumlar varsa, multidisipliner bir değerlendirmenin ardından hospitalize edilerek tedavi sağlanabilir (39,75).

Sadece beslenme konusunda değil, bu durumu tetikleyip ortaya çıkarabilecek duygusal ve bilişsel faktörler için de birey değerlendirilmeli ve anksiyete, obsesif-kompulsif bozukluk gibi davranışlar da ele alınmalıdır. Altta yatan faktörleri belirlemek, normal beslenmeye geçiş için de kolaylık sağlayacaktır (39,75).

Ortorektik bireyler sağlıklı beslenmeye saplantılı bir biçimde odaklanmış olduklarından, istendiği zaman istenilen şeyin yenmesi ve sadece iyi geleceği için tüketilmemesi anlamına gelen “spontan beslenme” önerilebilir (75).

Ayrıca kişilere, hayatlarının sadece besinler etrafında dönmediği üzerinde durulup, bu tip olgulara egzersiz yapmaları, yakınlarıyla vakit geçirmeleri ve kendilerini sevip eğlenmeyi bilmeleri gerektiği vurgulanmalıdır (6).

Psikoterapi ve bilişsel davranışçı terapiler ortoreksiya nervozanın altında yatan nedenler ve sonuçta ortaya çıkan obsesyon ve kompulsif davranışlar için faydalı olabilir. Bazı gevşeme teknikleri, yemekten önce zihinsel aşırı uğraş, yemek sonrası duyulan suçluluk ve endişe gibi kaygılar üzerinde fayda ve tedavi sağlayabilir (76-78).

Bazı antipsikotik ilaçların etkinliği gösterilmiş olsa da, ortorektik bireylerin bu ilaçları katkı maddesi olduğu ve doğal olmadıklarını düşündükleri için kabul etmeme ihtimalleri göz önünde bulundurulmalıdır (52). Serotonin geri alım inhibitörleri üzerinde yapılmış çalışmalarda anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozadaki etkinliklerine benzer şekilde ortoreksiya nervoza

için de etkili oldukları gösterilmiştir (52,79). Olanzapin gibi antipsikotiklerin ise obsesif davranışları düzeltmede etkili oldukları bildirilmiştir (41).



GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu araştırma, Edirne il merkezindeki aile sağlığı merkezlerine kayıtlı 20-64 yaş arası bireylerin ortoreksiya nevroza prevalansını belirlemek amacıyla yapıldı. Çalışmanın evrenini Edirne il merkezinde bulunan 23 aile sağlığı merkezine kayıtlı 20-64 yaş arasındaki 114.132 birey oluşturdu. Yaş ve cinsiyete göre tabakalandırma yapılarak, her yaş grubu ve cinsiyetten eşit sayıda alınacak şekilde hesaplanan 520 kişiye ulaşıldı. Etik kurul onayı (Ek 1) ve İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden gerekli onay (Ek 2) alındıktan sonra 1 Kasım 2018 ile 30 Aralık 2018 tarihleri arasında çalışmaya katılan kişilerden sözlü onam alınarak, yüzyüze görüşülerek anketleri dolduruldu.

Edirne il merkezindeki 23 Aile Sağlığı Merkezinden birine kayıtlı olmak, 20-64 yaş arasında olmak, çalışmaya katılmayı kabul etmek araştırmaya alınma kriterleri olarak belirlendi. 20-64 yaş aralığında olmamak, çalışmaya katılmayı kabul etmemek ve iletişimi engelleyecek bir problemin bulunması araştırmaya alınmama kriterleri olarak belirlendi.

Araştırmamızda katılımcıların bilgilendirilmesi ve onamlarının alınması çalışma anketinin giriş bölümünde bulunan, araştırmayı açıklayan ve araştırmaya katılımlarını isteyen bir metin yardımıyla sağlandı. Anket 40 sorudan oluşmakta ve ilk 29 sorusu katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile beslenme biçimlerini irdelemekte, son 11 soru ise ORTO-11 ölçeğinden oluşmaktaydı (Ek 3).

ORTO-11 ölçeğinin aslı Donini tarafından hazırlanan 15 soruluk ORTO-15'tir. Orijinal hali İtalya'da geliştirilmiştir. Bratman'ın 10 soruluk Ortoreksiya Testi temel alınarak hazırlanmıştır. ORTO-15; duygu (ör: son üç ay içerisinde besinler konusunda endişelendiğiniz oldu mu?), davranış (ör: sağlıksız olduğunu düşündüğünüz besinleri yediğiniz olur mu?) ve biliş (ör: piyasada sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz?) değerlendiren 3 alt

boyuttan ve toplam 15 maddeden oluşmaktadır. Sorular, 4'lü likert derecelendirme formatında şimdiki zamana göre cevaplanmaktadır. Bireylerden, her soru için “her zaman”, “sık sık”, “bazen” ve “hiçbir zaman” seçeneklerinden birini seçmesi istenmektedir. Her madde 1, 2, 3, 4 puanlarından biriyle değerlendirilmektedir. Ortoreksiyaya eğilimi arttıran cevaplar düşük puanla, azaltan cevaplar yüksek puanla değerlendirilmektedir. Sorular, kişilerin seçme, satın alma, hazırlama ve kendilerinin sağlıklı olarak nitelendirdikleri besinleri tüketme konularındaki obsesif davranışlarını araştırmaktadır (80).

ORTO-11'in uyarlandığı orijinal ORTO-15 ölçeğinde sorulara verilen cevaplar toplandığında en az 15 en fazla 60 puan alınabilmektedir. Donini ve ark. (80) değerlendirme için farklı kesme noktaları denemişler ve kesme noktası 40 puan alındığında ölçeğin yordama kapasitesinin yüksek olduğunu ve ortorektik eğilimi olanları ayırt edebildiğini göstermişlerdir. Ölçek Türkçe'ye 2008 yılında Arusoğlu ve ark. (57) tarafından ORTO-11 olarak uyarlanmıştır. 15 maddelik asıl ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,44 iken 11 maddelik ölçeğin değeri 0,62 olarak hesaplanmıştır. ORTO-11'de orijinal ölçekteki 1, 2, 9 ve 15 numaralı sorular çıkarılmıştır ve 8. madde ters yönde puanlanmaktadır. Maksimum değer 44 puandır. Çalışmamızda kullandığımız ORTO-11'in belli bir kesim noktası olmadığı için kesim noktası olarak Fidan ve ark. (56) başvurduğu yöntemden faydalandı ve elde ettiğimiz ORTO-11 skorlarının ortalama değeri $26,24 \pm 5,31$, ortanca değeri 26, ORTO-11 puanı ≤ 25 olanlarda Ortoreksiya Nervoza (ON) eğilimi yüksek, ≥ 26 olanlarda ON eğilimi yok olarak değerlendirildi. Kesim noktası 25 olarak alındı.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

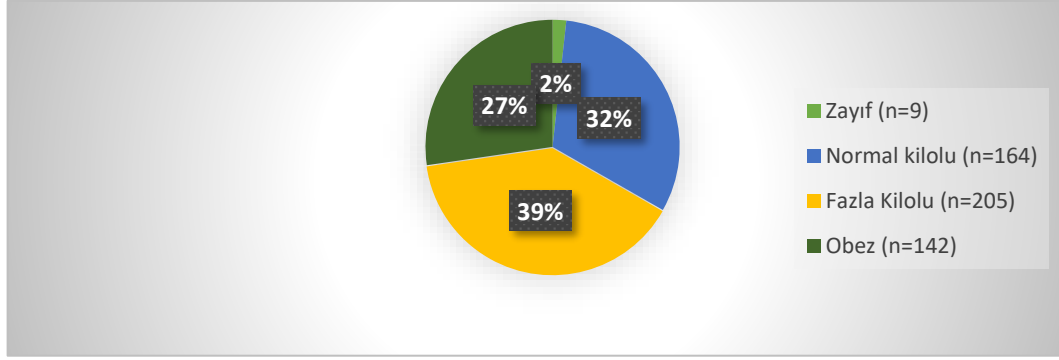
Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS 19 (Statistical Package for the Social Sciences, version 19, seri no:10240642) istatistik programı kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler kısmında kategorik değişkenler sayı, yüzde verilerek, sürekli değişkenler ise ortalama \pm standart sapma ve ortanca (en küçük- en büyük değer) ile sunuldu. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testleri) kullanılarak değerlendirildi. Yapılan normallik analizleri sonucu sürekli değişkenlere ait verilerin gruplar arasında normal dağılmadığı saptandı ve iki grup arasındaki karşılaştırma analizleri için Mann-Whitney U testi kullanıldı.

Bağımsız gruplar arasında kategorik değişkenler için yapılan karşılaştırma analizinde Pearson ki-kare testi ve Yates düzeltilmeli ki-kare testi kullanıldı. Bağımsız prediktörlerin

ORTO-11 puanı ile arasındaki ilişki Sperman korelasyon analizi ile değerlendirildi. Yüksek ON eğilimi üzerine etkili faktörlerin incelenmesinde Multivariate (çok değişkenli) lojistik regresyon analizi kullanıldı. Regresyon analizine ait sonuçlar Odds Ratio (OR) ve %95 güven aralığı ile sunuldu.

Bu çalışmada istatistik anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.





Şekil 1. Katılımcıların VKİ dağılımları

Tablo 1. Katılımcıların bazı demografik özelliklerinin dağılımı

Parametreler (N=520)	
Cinsiyet, n(%)*	
Kadın	260(50,0)
Erkek	260(50,0)
Yaş, yıl	
Ortalama±ss	43,50±13,91
Ortanca (minimum-maksimum)	43,0 (20,0-64,0)
Yaş grupları, n(%)	
20-29 yaş	104(20,0)
30-39 yaş	104(20,0)
40-49 yaş	104(20,0)
50-59 yaş	104(20,0)
60-64 yaş	104(20,0)
VKİ, kg/m²	
Ortalama±ss	27,62±5,46
Ortanca (minimum-maksimum)	27,06 (16,33-59,20)
VKİ, n(%)	
Zayıf (<18,5)	9(1,7)
Normal kilolu (18,5-24,9)	164(31,5)
Fazla kilolu (25,0-29,9)	205(39,4)
Obez (30 ve üzeri)	142(27,3)
Katılımcıya göre beden algısı (n=518), n(%)	
Çok zayıf	7(1,4)
Zayıf	30(5,8)
Normal Kilolu	270(52,1)
Kilolu	185(35,7)
Çok kilolu	26(5,0)
Bel çevresi (n=517), cm	
Ortalama±ss	92,71±15,32
Ortanca (minimum-maksimum)	92,0 (55,0-177,0)

*: Sütun yüzdesi ss: standart sapma

Evde yaşayan kişi sayısına bakıldığında katılımcıların yaklaşık yarısı (%56,6) 3 veya 4 kişi yaşadığını belirtmiştir. Katılımcıların %71,5'u evli, %20'si bekâr olduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %70,6'sı çocuk sahibidir. Çocuk sahibi olanların çocuk

sayılarının dağılımına bakıldığında %49,6'sı 2 çocuk, %35,9'u ise tek çocuk sahibi olduğunu belirtmiştir. En fazla çocuk sayısı olarak 5 cevabı verilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1 devam. Katılımcıların bazı demografik özelliklerinin dağılımı

Parametreler (N=520)	
Evde yaşayan kişi sayısı, n(%)	
1	26(5,0)
2	145(27,9)
3	171(32,9)
4	123(23,7)
5	33(6,3)
6	13(2,5)
7	4(0,8)
8	2(0,4)
9	1(0,2)
10	2(0,4)
Medeni durum, n(%)	
Evli	372(71,5)
Bekâr	104(20,0)
Boşanmış	23(4,4)
Dul	21(4,0)
Çocuk sahibi olma durumu, n(%)	
Hayır	153(29,4)
Evet	367(70,6)
Çocuk sayısı, n(%)	
1	128(35,9)
2	177(49,6)
3	39(10,9)
4	10(2,8)
5	3(0,8)

*: Sütun yüzdesi ss: standart sapma

Katılımcılara en uzun süre yaşadıkları yer sorulduğunda %80'i şehir merkezi, %12,3'ü köy, %7,7'si ise ilçe cevabını vermiştir. Katılımcıların %21,7'si ev hanımı, %19,2'si serbest meslek sahibi, %15,9'u emekli, %12,5'u memur, %13,7'si sağlık çalışanı, %6,3'ü işçi, %7,2'si öğrenci, %3,5'i ise çiftçi olduklarını belirtmiştir. Araştırmaya katılanların "Çalışıyor musunuz?" sorusuna verdikleri cevaplara bakıldığında %47,8'i çalışmıyor, %37,2'si sadece gündüz çalışıyor, %0,8'i sadece gece çalışıyor, %9,1'i vardiyalı çalışıyor, %5,2'si ise gündüz çalışıp bazen geceleri nöbet tutuyor olduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %35,9'u üniversite ve üzeri mezunu, %32,4'ü lise mezunu, %9,6'sı ortaokul mezunu, %21,6'sı ilkokul mezunu olduğunu, 3 kişi sadece okuryazar olduğunu, 1 kişi ise okuma yazma bilmediğini ifade

etmiştir. Aylık toplam hane halkı gelirlerine göre %67,9'u yoksulluk sınırında, %20'si orta düzey gelir grubunda, %12,2'si ise açlık sınırındadır (Tablo 1).

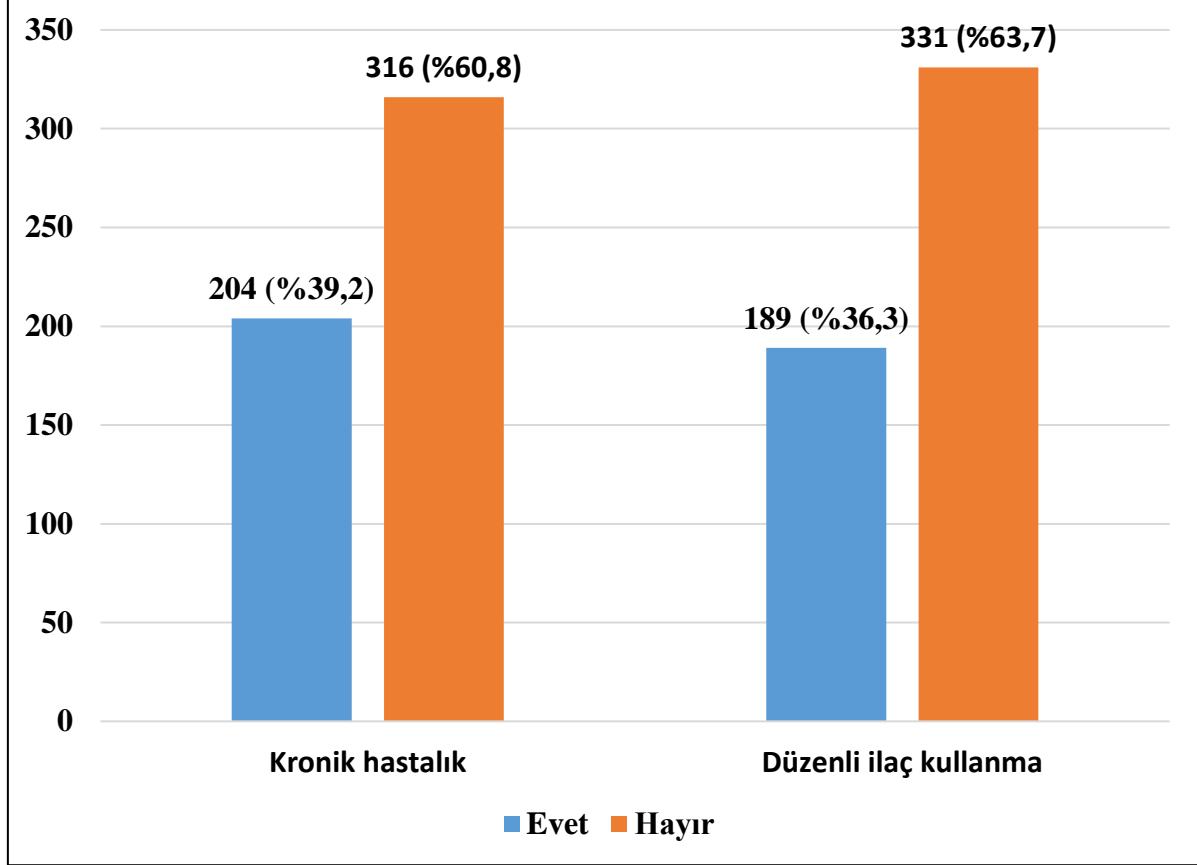
Tablo 1 devam. Katılımcıların bazı demografik özelliklerinin dağılımı

Parametreler (N=520)	
En uzun süre yaşanan yer, n(%)*	
Şehir merkezi	416(80,0)
İlçe	40(7,7)
Köy	64(12,3)
Meslek (n=511), n(%)	
Ev hanımı	111(21,7)
Emekli	81(15,9)
İşçi	32(6,3)
Memur	64(12,5)
Serbest meslek	98(19,2)
Sağlık çalışanı	70(13,7)
Öğrenci	37(7,2)
Çifti	18(3,5)
Çalışma durumu (n=519), n(%)	
Çalışmıyor	248(47,8)
Sadece gündüz çalışıyor	193(37,2)
Sadece gece çalışıyor	4(0,8)
Vardiyalı çalışıyor	47(9,1)
Gündüz çalışıp bazen gece nöbet tutuyor	27(5,2)
Eğitim durumu (n=518), n(%)	
Okuryazar değil	1(0,2)
Okuryazar	3(0,6)
İlkokul mezunu	112(21,6)
Ortaokul mezunu	48(9,3)
Lise mezunu	168(32,4)
Üniversite mezunu ve üzeri	186(35,9)
Aylık toplam hane geliri (n=501), n(%)	
Açlık sınırı (0-1941,16 TL)	61(12,1)
Yoksulluk sınırı (1941,16-6322,99 TL)	340(67,9)
Orta düzey gelir (>6322,99 TL)	100(20,0)

*: Sütun yüzdesi

Tablo 2'de katılımcıların kronik hastalık, kullanılan ilaçlar ve vejetaryen olma durumları ilgili bazı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur. Katılımcıların %39,2'si herhangi bir kronik hastalığı olduğunu, %3,7'si besin alerjisi olduğunu, %0,6'sı vejetaryen olduğunu ve %36,3'ü düzenli ilaç kullandığını belirtmiştir. Kronik hastalıklarının ne olduğu sorgulandığında ise %35,8 ile en çok hipertansiyon cevabı alınmıştır, %21,6 ile bunu diyabet cevabı izlemiştir. Kullanılan ilaçların gruplarına bakıldığında %38 ile en çok kardiyovasküler sistem ilaçları

kullanılmakta olup, %19,8 ile GİS ve metabolizma ilaçları ikinci en çok verilen cevabı oluşturmaktadır. Katılımcıların %16,6'sı ise iki grubu birlikte kullandığını belirtmiştir (Şekil 2).



Şekil 2. Katılımcıların kronik hastalık ve düzenli ilaç kullanım durumlarının dağılımı

Tablo 2. Katılımcıların kronik hastalık, kullanılan ilaçlar ve vejetaryen olma durumları ilgili bazı özelliklerinin dağılımı

Parametreler (N=520)	
Kronik hastalığı olma durumu, n(%)*	
Hayır	316(60,8)
Evet	204(39,2)
Kronik hastalık (n=204), n(%)	
Hipertansiyon	73(35,8)
Diyabet	44(21,6)
Depresyon	8(3,9)
Alerji	6(2,9)
Deri hastalığı	2(1,0)
Endokrin hastalık	21(10,3)
Gastroenterolojik hastalık	2(1,0)
Hematolojik hastalık	2(1,0)
Kardiyovasküler hastalık	3(1,5)
Nörolojik hastalık	8(3,9)
Onkolojik hastalık	5(2,5)
Otoimmün hastalık	1(0,5)
Solunum sistemi hastalığı	22(10,8)
Romatolojik hastalık	7(3,4)
Besin alerjisi varlığı, n(%)	
Hayır	501(96,3)
Evet	19(3,7)
Vejeteryan olma durumu, n(%)	
Hayır	517(99,4)
Evet	3(0,6)
Düzenli ilaç kullanma durumu, n(%)	
Hayır	331(63,7)
Evet	189(36,3)
İlaç (n=187), n(%)	
GİS ve metabolizma	37(19,8)
Kan ve kan yapıcı organlar	5(2,7)
Kardiyovasküler sistem	71(38,0)
Antineoplastik ve immunmodülatör	4(2,1)
Kas iskelet sistemi	8(4,3)
Sinir sistemi	12(6,4)
Solunum sistemi	15(8,0)
Diğer	1(0,5)
Kardiyovasküler ve GİS	31(16,6)
Antineoplastik ve GİS	1(0,5)
Sinir sistemi ve kardiyovasküler	2(1,1)

*: Sütun yüzdesi

Tablo 3’de katılımcıların sigara ve alkol kullanma durumlarıyla ilgili bazı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur. Katılımcıların %55,4’ü hiç sigara içmediğini ifade ederken, %12,1’i sigarayı bıraktığını, %32,5’u ise halen sigara içtiğini belirtmiştir. Bırakanların ortalama tükettikleri sigara 19,61±22,84 paket/yıl olarak bulunmuş olup ortanca değer ise 13 paket/yıl olarak hesaplanmıştır. İçmeye devam edenlerde bu konuda ortalama değer 15,08±14,46 olarak, ortanca değer ise 10 paket/yıl olarak hesaplanmıştır. “Sigarayı bırakalı kaç yıl oldu?” sorusuna verilen cevapların dağılımına bakıldığında katılımcıların %46’sı 5 yıl ve daha az, %54’ü ise 6 yıl ve daha fazla cevabını vermiştir. Alkollü içki kullanma durumu sorgulandığında katılımcıların % 76,7’si hayır, %15’i evet derken, % 8,3’i sosyal içici olduğunu belirtmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların sigara ve alkol kullanma durumlarıyla ilgili özelliklerinin dağılımı

Parametreler (N=520)	
Sigara içme durumu, n(%)*	
İçmiyorum, daha önce hiç içmedim	288(55,4)
İçiyordum, bıraktım	63(12,1)
Evet, içiyorum	169(32,5)
Bırakanlarda sigara, paket/yıl	
Ortalama±ss	19,61±22,84
Ortanca(minimum-maksimum)	13,0 (1,0-110,0)
İçmeye devam edenlerde sigara, paket/yıl	
Ortalama±ss	15,08±14,46
Ortanca(minimum-maksimum)	10,0(1,0-80,0)
Sigarayı bırakalı geçen süre (n=50), n(%)	
5 yıl ve daha az	23(46,0)
6 yıl ve daha fazla	27(54,0)
Alkollü içki kullanma durumu, n(%)	
Hayır	399(76,7)
Evet	78(15,0)
Sosyal içici	43(8,3)

*: Sütun yüzdesi ss: standart sapma

Tablo 4’de katılımcıların egzersiz yapma ve öğün atlama durumlarıyla ilgili özelliklerinin dağılımı sunulmuştur. Katılımcıların sadece %26,3’ü düzenli egzersiz/spor yaptığını belirtmiştir. Spor yapanlara süresi sorulduğunda katılımcıların %48,8’i 3 saat ve altında cevabını verirken, %51,2’si 4 saat ve üzerinde spor yaptığını belirtmiştir. Yapılan egzersiz/spor türüne bakıldığında %61,1 ile en çok yürüyüş cevabı verilirken, bunu %16 ile fitness takip etmiştir. Katılımcıların %45,2’si öğün atladığını belirtmiştir. Öğün atladığını belirten katılımcıların %59’u öğle yemeğini, %32,8’i kahvaltıyı, %4,8’i hem kahvaltıyı hem öğle yemeğini, %3,5’u ise akşam yemeğini atladığını belirtmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların egzersiz yapma ve öğün atlama durumlarıyla ilgili özelliklerinin dağılımı

Parametreler (N=520)	
Düzenli egzersiz yapma durumu, n (%)*	
Hayır	383(73,7)
Evet	137(26,3)
Spor süresi (n=125), n (%)	
3 saat ve altında	61(48,8)
4 saat ve üzerinde	64(51,2)
Egzersiz/Spor türü (n=131), n (%)	
Plates	4(3,1)
Yürüyüş	80(61,1)
Bisiklet sürme	2(1,5)
Fitness	21(16,0)
Aerobik	10(7,6)
Fitness+Yürüyüş	4(3,1)
Atletizm	1(0,8)
Futbol	5(3,8)
Voleybol	1(0,8)
Yüzme	3(2,3)
Öğün atlama durumu, n (%)	
Hayır	285(54,8)
Evet	235(45,2)
Atlanan öğün (n=229), n (%)	
Kahvaltı	75(32,8)
Öğle	135(59,0)
Kahvaltı+Öğle	11(4,8)
Akşam	8(3,5)

*: Sütun yüzdesi

Tablo 5’de katılımcıların yiyecek ve tüketim alışkanlıklarına dair tutumlarının dağılımı sunulmuştur. “Yiyecek alışverişlerinizde gıdanın içeriği seçiminizi etkiler mi?” sorusuna katılımcıların %68,8’i evet cevabını vermiştir. “Gıda haricindeki market alışverişlerinizde ürünün içeriğine dikkat eder misiniz?” sorusuna katılımcıların %58,8’i evet demiştir. “Yiyecek alışverişleriniz sırasında ürünlerin son tüketim tarihlerine dikkat eder misiniz?” sorusuna %89,2’lik bir oranla katılımcıların büyük çoğunluğu evet yanıtını vermiştir. “Yiyecek alışverişlerinizi kendinizden başkasının yapması sizi rahatsız eder mi?” sorusuna ise %24,8’lik bir oranla evet yanıtı verilmiştir. “Genellikle evde yoğurt, kefir vs. yapar mısınız?” sorusuna verilen cevaplara bakıldığında %77,7’lik kısım evet derken, benzer şekilde “Genellikle evde

kendiniz (tarhana, salça, vs. gibi) kışlık yiyecek hazırlıyor musunuz?” sorusuna da %79,7’lik kısım evet demiştir.

Tablo 5. Katılımcıların yiyecek ve tüketim alışkanlıklarına dair tutumlarının dağılımı

Parametreler (N=520)	
Yiyecek alışverişinde gıda içeriğinin seçimi etkileme durumu, n (%) *	
Hayır	162(31,2)
Evet	358(68,8)
Gıda dışındaki market alışverişinde ürünün içeriğine dikkat etme durumu, n (%)	
Hayır	214(41,2)
Evet	306(58,8)
Yiyecek alışverişinde ürünlerin son kullanma tarihine dikkat etme durumu, n (%)	
Hayır	56(10,8)
Evet	464(89,2)
Yiyecek alışverişlerini kendisi dışında başkasının yapmasından rahatsız olma durumu, n (%)	
Hayır	391(75,2)
Evet	129(24,8)
Evde kefir, yoğurt vs. yapma durumu, n (%)	
Hayır	116(22,3)
Evet	404(77,7)
Evde kışlık yiyecek (tarhana, salça vs.) hazırlama durumu (n=518), n (%)	
Hayır	105(20,3)
Evet	413(79,7)

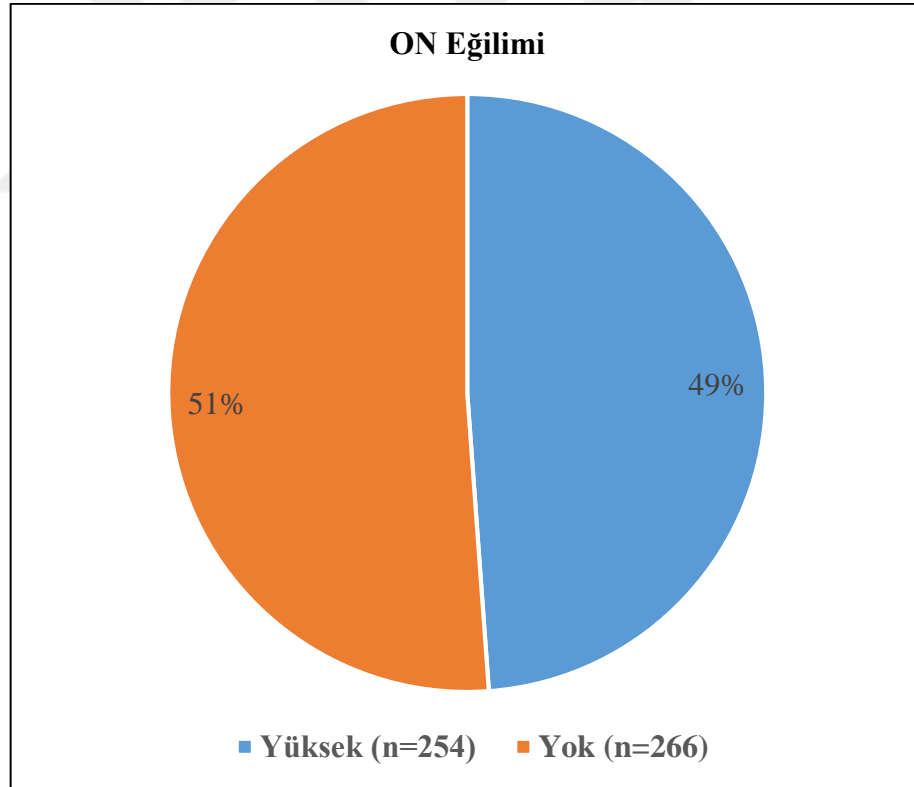
*: Sütun yüzdesi

Tablo 6’da katılımcıların ORTO-11 ölçeği puan ortalamaları ve dağılımları sunulmuştur. Katılımcıların ORTO-11 ölçeğinden aldığı toplam puanların ortalama değeri $26,24 \pm 5,31$, ortanca değer 26,0 ve en düşük puan 12,0 iken, en yüksek puan 41,0 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışma için ORTO-11 puanı ≤ 25 olanlarda Ortoreksiya Nervoza (ON) eğilimi yüksek ≥ 26 olanlarda ON eğilimi yok olarak değerlendirilmiştir. Katılımcıların %48,8’i ON eğilimi yüksek grupta iken, %51,2’sinin ON eğilimi bulunmamıştır (Şekil 3).

Tablo 6. Katılımcıların ORTO-11 ölçeği puan ortalama ve dağılımları

Parametreler (N=520)	
Toplam puan	
Ortalama±ss	26,24±5,31
Ortanca(minimum-maksimum)	26,0 (12,0-41,0)
ON eğilimi, n (%) *	
ON eğilimi yüksek (25 ve altı)	254(48,8)
ON eğilimi yok (25'in üzeri)	266(51,2)

*: Sütun yüzdesi ss: standart sapma ON: ortoreksiya nervoza



Şekil 3. Katılımcıların ORTO-11 ölçeğine göre ON eğilimlerinin dağılımı

Kadın katılımcıların %52,3'ünde, erkeklerin ise %45,4'ünde ON eğilimi yüksek bulunmuştur. Yaş grupları arasında ON eğilimleri değerlendirildiğinde 20-29 yaş grubundaki katılımcıların %32,7'sinde, 30-39 yaş grubundakilerin %50,0'ında, 40-49 yaş grubundakilerin,

%56,7'sinde, 50-59 yaş grubundakilerin %59,6'sında ve 60-64 yaş grubundakilerin ise %45,2'sinde ON eğilimi yüksek bulunmuştur (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların cinsiyet ve yaş gruplarında ON eğilimlerinin dağılımları

Parametreler (N=520)		
Cinsiyet	Kadınlarda ON eğilimi, n (%)*	
	ON eğilimi yüksek (25 ve altı)	136(52,3)
	ON eğilimi yok (25'in üzeri)	124(47,7)
	Erkeklerde ON eğilimi, n (%)	
ON eğilimi yüksek (25 ve altı)	118(45,4)	
ON eğilimi yok (25'in üzeri)	142(54,6)	
Yaş grupları	20-29 yaş grubunda ON eğilimi, n (%)	
	ON eğilimi yüksek (25 ve altı)	34(32,7)
	ON eğilimi yok (25'in üzeri)	70(67,3)
	30-39 yaş grubunda ON eğilimi, n (%)	
	ON eğilimi yüksek (25 ve altı)	52(50,0)
	ON eğilimi yok (25'in üzeri)	52(50,0)
	40-49 yaş grubunda ON eğilimi, n (%)	
	ON eğilimi yüksek (25 ve altı)	59(56,7)
	ON eğilimi yok (25'in üzeri)	45(43,3)
	50-59 yaş grubunda ON eğilimi, n (%)	
	ON eğilimi yüksek (25 ve altı)	62(59,6)
	ON eğilimi yok (25'in üzeri)	42(40,4)
60-64 yaş grubunda ON eğilimi, n (%)		
ON eğilimi yüksek (25 ve altı)	47(45,2)	
ON eğilimi yok (25'in üzeri)	57(54,8)	

*: Sütun yüzdesi ON: ortoreksiya nervoza

Ölçek skorlamasında “her zaman” cevabı 1 puan, “sık sık” cevabı 2 puan, “bazen” cevabı 3 puan, “hiçbir zaman” cevabı 4 puan değerindedir. Yalnızca “sağlıksız olduğunu düşündüğünüz besinleri yediğiniz olur mu?” sorusu ters puan almaktadır. ORTO-11 ölçeğinin soruları tek tek değerlendirildiğinde sorulara verilen cevapların dağılımı Tablo 8’de sunulmuştur.

Tablo 8. Katılımcıların ORTO-11 ölçeğine verdikleri cevapların dağılımı

	Her zaman	Sık sık	Bazen	Hiçbir zaman
Son üç ay içerisinde besinler konusunda endişelendiğiniz oldu mu?	50(9,6)	104(20,0)	173(33,3)	193(37,1)
Sağlığınızla ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi?	156(30,0)	125(24,0)	157(30,2)	82(15,8)
Yemeğinizin sağlıklı olması sizin için lezzetli olmasından daha mı önemlidir?	207(39,8)	93(17,9)	143(27,5)	77(14,8)
Daha sağlıklı daha taze besinler almak için daha fazla para harcamak ister misiniz?	140(26,9)	116(22,3)	165(31,7)	99(19,0)
Sağlıklı beslenme ile ilgili düşünceler sizi günde üç saatten fazla meşgul eder mi?	9(1,7)	17(3,3)	121(23,3)	373(71,7)
Sağlıksız olduğunu düşündüğünüz besinleri yediğiniz olur mu?	143(27,5)	301(57,9)	60(11,5)	16(3,1)
Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanlarını tüketmek kendinize olan güveninizi artırır mı?	237(45,6)	101(19,4)	108(20,8)	74(14,2)
Uyguladığımız beslenme tipi yaşam tarzınızı değiştirir mi? (dışarıda yeme sıklığı, arkadaşlar vb. açısından)	43(8,3)	69(13,3)	162(31,2)	246(47,3)
Sağlıklı beslenmenin dış görünümünüzü daha iyi hale getirebileceğini düşünür müsünüz?	293(56,3)	76(14,6)	89(17,1)	62(11,9)
Sağlıksız beslendiğinizde kendinizi suçlu hissedersiniz mi?	187(36,0)	70(13,5)	154(29,6)	109(21,0)
Piyasada sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz?	404(77,7)	55(10,6)	41(7,9)	20(3,8)

*: Satır yüzdesi

ORTO-11 ÖLÇEĞİNE GÖRE ORTOREKSİYA NERVOSA EĞİLİMLERİNİN DEĞERLENDİRMESİ

Bu çalışmaya katılanların ON eğilimlerine göre yaş ve VKİ ölçüm değerleri Tablo 9’de sunulmuştur. Araştırmaya katılan ON eğilimi yüksek olan bireylerin yaş ortalaması 44,73±12,81, ortancası 45,50 (minimum 20, maksimum 65) olarak, ON eğilimi olmayan

bireylerin ise yaş ortalaması $42,33 \pm 14,83$, ortancası 40,0 (minimum 20, maksimum 65) olarak bulunmuştur ve her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,067$). Yaş gruplarına göre ON eğilimleri incelendiğinde 20-29 yaş grubundaki katılımcıların %32,7'sinde, 30-39 yaş grubundakilerin %50,0'ında, 40-49 yaş grubundakilerin, %56,7'sinde, 50-59 yaş grubundakilerin %59,6'sında ve 60-64 yaş grubundakilerin ise %45,2'sinde ON eğilimi yüksek bulunmuştur, istatistiksel olarak dağılımlar arasındaki bu fark anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$). Yaş kategorilerine göre ORTO-11 puan ortalaması; 20-29 yaş grubunda $28,08 \pm 4,86$ ortancası 29,0 (minimum 19,0, maksimum 41,0), 30-39 yaş grubunda puan ortalaması $26,03 \pm 5,22$ ortancası 25,5 (minimum 12,0, maksimum 41,0), 40-49 yaş grubunda puan ortalaması $24,99 \pm 4,95$ ortancası 25,0 (minimum 17,0, maksimum 36,0), 50-59 yaş grubunda puan ortalaması $25,13 \pm 5,37$ ortancası 24,5 (minimum 14,0, maksimum 40,0) ve 60-64 yaş grubunda puan ortalaması $26,98 \pm 5,57$ ortancası 27,0 (minimum 17,0, maksimum 40,0) bulunmuştur. Katılımcıların VKİ'ine bakıldığında ON eğilimi yüksek olan bireylerin BMI ortalaması $28,10 \pm 5,33$, ortancası 27,47 (minimum 17,97, maksimum 59,20) olarak, ON eğilimi olmayan bireylerin ise VKİ ortalaması $24,17 \pm 5,56$, ortancası 26,22 (minimum 16,33, maksimum 55,80) olarak hesaplanmıştır ve gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Katılımcıların VKİ kategorilerine göre ON eğilimleri incelendiğinde; zayıf olanların %33,3'ünde, normal kilolu olanların %39,0'unda, fazla kilolu olanların %57,6'sında ve obez olanların ise %48,6'sında ON eğiliminin yüksek olduğu görülmüştür. VKİ kategorilerine göre ON eğilimlerinin dağılımı arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,004$). ON eğilimi yüksek olanların VKİ değerlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,021$). VKİ kategorilerine göre ORTO-11 puan ortalaması; zayıflarda $27,22 \pm 8,17$ ortancası 26,0 (minimum 12,0, maksimum 39,0), normal olanlarda puan ortalaması $27,37 \pm 5,42$ ortancası 27,0 (minimum 16,0, maksimum 41,0), kilolu olanlarda puan ortalaması $25,2 \pm 4,91$ ortancası 25,0 (minimum 14,0, maksimum 39,0), obez olanlarda puan ortalaması $26,35 \pm 5,31$ ortancası 26,0 (minimum 17,0, maksimum 41,0) bulunmuştur. Katılımcıların kendi beden algılarına göre ON eğilimleri incelendiğinde; ON eğilimlerinin dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,386$). ON eğilimi yüksek olan bireylerin bel çevresi ortalaması $94,43 \pm 14,02$, ortancası 94,0 (minimum 60, maksimum 135) olarak, ON eğilimi olmayan bireylerin ise bel çevresi ortalaması $91,05 \pm 16,34$, ortancası 90,0 (minimum 55, maksimum 177) olarak bulunmuştur ve her iki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,006$). Ayrıca katılımcıların yaş, VKİ ve bel çevresi değerleri ile ORTO-11 puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildiğinde yaş

ile ORTO-11 puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r=-0,084$; $p=0,056$). VKİ ve bel çevresi değeri ile ORTO-11 puanları arasında ise negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı fakat zayıf bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,110$; $p=0,012$, $r=-0,112$; $p=0,011$).

Tablo 9. Hastaların ON eğilimlerine göre yaş ve VKİ ölçümlerinin değerlendirilmesi

	ON eğilimi yüksek (n=254)	ON eğilimi yok (n=266)	P
Yaş, yıl			0,067 ¹
Ortalama±ss	44,73±12,81	42,33±14,83	
Ortanca(minimum-maksimum)	45,50(20,0-65,0)	40,0(20,0-65,0)	
Yaş grupları, n (%) *			0,001²
20-29 yaş grubu	34(32,7)	70(67,3)	
30-39 yaş grubu	52(50,0)	52(50,0)	
40-49 yaş grubu	59(56,7)	45(43,3)	
50-59 yaş grubu	62(59,6)	42(40,4)	
60-64 yaş grubu	47(45,2)	57(54,8)	
VKİ, kg/m²			0,021¹
Ortalama±ss	28,10±5,33	24,17±5,56	
Ortanca(minimum-maksimum)	27,47(17,97-59,20)	26,22(16,33-55,80)	
VKİ, n (%)			0,004²
<18,5 Zayıf	3(33,3)	6(66,7)	
18,5-24,9 Normal kilolu	64(39,0)	100(61,0)	
25,0-29,9 Fazla kilolu	118(57,6)	87(42,4)	
>30 Obez	69(48,6)	73(51,4)	
Katılımcıya göre beden algısı (n=254/264), n (%)			0,386 ²
Çok zayıf	1(14,3)	6(85,7)	
Zayıf	14(46,7)	16(53,3)	
Normal Kilolu	130(48,1)	140(51,9)	
Kilolu	96(51,9)	89(48,1)	
Çok kilolu	13(50,0)	13(50,0)	
Bel çevresi (n=254/263), cm			0,006¹
Ortalama±ss	94,43±14,02	91,05±16,34	
Ortanca (minimum-maksimum)	94,0(60,0-135,0)	90,0(55,0-177,0)	

*: Satır yüzdesi

¹ Mann-Whitney U testi

² Pearson ki kare testi

Katılımcıların cinsiyet ve eğitim durumlarına göre ON eğilimleri değerlendirildiğinde, cinsiyete göre ON eğilimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,114$). Eğitim durumuna göre ON eğilimi karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı fark çıkmamıştır ($p=0,338$) (Tablo 10).

Tablo 10. Cinsiyet ve eğitim durumuna göre ON eğilimlerinin değerlendirilmesi

	ON eğilimi yüksek (n=254)	ON eğilimi yok (n=266)	P
Cinsiyet, n (%) *			0,114 ¹
Kadın	136(52,3)	124(47,7)	
Erkek	118(45,4)	142(54,6)	
Eğitim durumu (n=254/264), n (%)			0,338 ¹
İlkokul mezunu ve altı	50(43,1)	66(56,9)	
Ortaokul mezunu	28(58,3)	20(41,7)	
Lise mezunu	84(50,0)	84(50,0)	
Üniversite mezunu ve üzeri	92(49,5)	94(50,5)	

*: Satır yüzdesi

¹ Pearson ki kare testi

Katılımcıların meslek gruplarına göre ON eğilimi değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,966). Katılımcıların meslekleri sağlık çalışanı ve diğer şeklinde iki kategoriye ayrılarak yeniden değerlendirildiğinde de her iki grupta da ON eğilimlerinin benzer olduğu bulunmuştur (p=0,587) (Tablo 11).

Tablo 11. Meslek gruplarına göre ON eğilimlerinin değerlendirilmesi

	ON eğilimi yüksek (n=249)	ON eğilimi yok (n=262)	P
Meslek, n (%) *			0,966 ¹
Ev hanımı	55(49,5)	56(50,5)	
Emekli	41(50,6)	40(49,4)	
İşçi	16(50,0)	16(50,0)	
Memur	35(54,7)	29(45,3)	
Serbest çalışma	45(45,9)	53(54,1)	
Sağlık çalışanı	32(45,7)	38(54,3)	
Öğrenci	17(45,9)	20(54,1)	
Çiftçi	8(44,4)	10(55,6)	
Meslek, n (%)			0,587 ¹
Sağlık çalışanı	32(45,7)	38(54,3)	
Diğer	217(49,2)	224(50,8)	

*: Satır yüzdesi

¹ Pearson ki kare testi

Katılımcıların çalışma durumu (p=0,711) ve ortalama aylık hane gelirine (p=0,754) göre ON eğilimi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 12).

Tablo 12. Çalışma durumu ve ortalama aylık hane gelirine göre ON eğilimlerinin değerlendirilmesi

	ON eğilimi yüksek (n=253)	ON eğilimi yok (n=266)	P
Çalışma durumu, n (%) *			0,711 ¹
Çalışmıyor	123(49,6)	125(50,4)	
Sadece gündüz çalışıyor	90(46,6)	103(53,4)	
Sadece gece çalışıyor	1(25,0)	3(75,0)	
Vardiyalı çalışıyor	26(55,3)	21(44,7)	
Gündüz çalışıyor, geceleri bazen nöbete kalıyor	13(48,1)	14(51,9)	
Ortalama hane geliri (n=249/252), n (%)			0,754 ¹
0-1941,16 TL (Açlık sınırı)	28(45,9)	33(54,1)	
1941,16-6322,99 TL (Yoksulluk sınırı)	169(49,7)	171(50,3)	
6322,99 TL ve üzeri	52(52,0)	48(48,0)	

*: Satır yüzdesi

¹ Pearson ki kare testi

Evde yaşayan kişi sayısına göre ON eğilimi değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,727$) (Tablo 13). Ayrıca ORTO-11 puanı ile evde yaşayan kişi sayısı arasındaki ilişki spearman korelasyon analizi ile değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r=0,001$; $p=0,989$).

Tablo 13. Evde yaşayan kişi sayısına göre ON eğilimlerinin değerlendirilmesi

	ON eğilimi yüksek (n=254)	ON eğilimi yok (n=266)	P
Evde yaşayan kişi sayısı, n (%) *			0,727 ¹
Yalnız	14(53,8)	12(46,2)	
2 kişi	69(47,6)	76(52,4)	
3 kişi	86(50,3)	85(49,7)	
4 kişi	55(44,7)	68(55,3)	
5 kişi ve üzeri	30(54,5)	25(45,5)	

*: Satır yüzdesi

¹ Pearson ki kare testi

Katılımcıların medeni durumlarına göre ON eğilimi değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,110$). Çocuk sahibi olma durumlarına göre ON eğilimi incelendiğinde; çocuğu olanların %52,9' unda ON eğiliminin yüksek olduğu, %47,1'inin ON eğiliminin olmadığı görülmüştür. Çocuğu olmayanların ise %39,2' sinin ON eğiliminin yüksek olduğu, %60,8'inin ON eğiliminin olmadığı görülmüştür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,005$). Çocuk sahibi olanlarda ORTO-11 puan ortalaması; $25,89 \pm 5,40$ ortancası 25,0 (minimum 12,0, maksimum 41,0), çocuk sahibi olmayanlarda puan ortalaması; $27,08 \pm 4,99$ ortancası 27,0 (minimum 14,0, maksimum 41,0)

bulunmuştur. Çocuk sayısına göre ON eğilimi incelendiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (p=0,611) (Tablo 14). ORTO-11 puanı ile çocuk sayısı arasındaki ilişki spearman korelasyon analizi ile değerlendirildiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (r=0,082; p=0,122).

Tablo 14. Medeni durum, çocuk sahibi olma durumu ve çocuk sayısına göre ON eğilimlerinin değerlendirilmesi

	ON eğilimi yüksek (n=254)	ON eğilimi yok (n=266)	P
Medeni durum, n (%) *			0,110 ¹
Evli	193(51,9)	179(48,1)	
Bekâr	41(39,4)	63(60,6)	
Boşanmış	9(39,1)	14(60,9)	
Dul	11(52,4)	10(47,6)	
Çocuk sahibi olma durumu, n (%)			0,005¹
Hayır	60(39,2)	93(60,8)	
Evet	194(52,9)	173(47,1)	
Çocuk sayısı (n=188/169), n (%)			0,611 ¹
1 çocuk	74(57,8)	54(42,2)	
2 çocuk	89(50,3)	88(49,7)	
3 çocuk	18(46,2)	21(53,8)	
4 çocuk	5(50,0)	5(50,0)	
5 çocuk	2(66,7)	1(33,3)	

*: Satır yüzdesi

¹ Pearson ki kare testi

Katılımcıların en uzun süre yaşanılan yere göre ON eğilimi değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,500) (Tablo 15).

Tablo 15. En uzun süre yaşanılan yere göre ON eğilimlerinin değerlendirilmesi

	ON eğilimi yüksek (n=254)	ON eğilimi yok (n=266)	P
En uzun süre yaşanılan yer, n (%) *			0,500 ¹
Şehir merkezi	208(50,0)	208(50,0)	
İlçe	19(47,5)	21(52,5)	
Köy	27(42,2)	37(57,8)	

*: Satır yüzdesi

¹ Pearson ki kare testi

Düzenli egzersiz yapma durumuna ve egzersiz sürelerine göre ON eğilimi Tablo 16’te değerlendirilmiştir. Düzenli egzersiz yapanların %58,4’ünde ON eğiliminin yüksek olduğu, %41,6’sında ON eğiliminin olmadığı görülmüştür. Düzenli egzersiz yapmayanların

%45,4'ünde ON eğiliminin yüksek olduğu, %54,6'sında ise ON eğiliminin olmadığı görülmüştür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,009). Düzenli egzersiz yapanlarda ORTO-11 puan ortalaması; 24,88±4,83 ortancası 25,0 (minimum 14,0, maksimum 38,0), düzenli egzersiz yapmayanlarda puan ortalaması; 26,73±5,39 ortancası 26,0 (minimum 12,0, maksimum 41,0) bulunmuştur. Haftada 3 saat ve altında egzersiz yapanlar ile haftada 3 saatten fazla egzersiz yapanlar arasında ON eğilimi incelendiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir (p=0,750).

Tablo 16. Düzenli egzersiz yapma durumu ve egzersiz sürelerine göre ON eğiliminin değerlendirilmesi

	ON eğilimi yüksek (n=254)	ON eğilimi yok (n=266)	P
Düzenli egzersiz, n (%) *			0,009¹
Hayır	174(45,4)	209(54,6)	
Evet	80(58,4)	57(41,6)	
Egzersiz süresi (n=73/52), n (%)			0,750²
Haftada 3 saat ve altında	37(60,7)	24(39,3)	
Haftada 4 saat ve üzerinde	36(56,3)	28(43,7)	

*: Satır yüzdesi

¹ Pearson ki-kare testi

² Yates düzeltilmeli ki-kare testi

Katılımcıların kronik hastalık varlığına (p=0,434), var olan kronik hastalık türüne (p=0,431) ve besin alerjisi durumuna (p=0,299) göre ON eğilimleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 17).

Tablo 17. Kronik hastalık ve besin alerjisi durumuna göre ON eğilimlerinin değerlendirilmesi

	ON eğilimi yüksek (n=254)	ON eğilimi yok (n=266)	P
Kronik hastalık olma durumu, n (%) *			0,434 ¹
Hayır	150(47,5)	166(52,5)	
Evet	104(51,0)	100(49,0)	
Var olan kronik hastalıklar (n=104/100), n (%)			0,431 ¹
Hipertansiyon	37(50,7)	36(49,3)	
Diyabet	24(54,5)	20(45,5)	
Diğer endokrin hastalıklar	9(42,9)	12(57,1)	
Solunum sistemi hastalıkları	8(36,4)	14(63,6)	
Diğer	26(59,1)	18(40,9)	
Besin alerjisi, n (%)			0,299 ²
Hayır	242(48,3)	259(51,7)	
Evet	12(63,2)	7(36,8)	

*: Satır yüzdesi

¹ Pearson ki kare testi

² Yates düzeltilmeli ki-kare testi

Düzenli ilaç kullanımına göre ON eğilimi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0,300). Kullanılan ilaç gruplarına göre ON eğilimi karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı fark çıkmamıştır (p=0,975) (Tablo 18).

Tablo 18. Düzenli ilaç kullanımı ve kullanılan ilaç gruplarına göre ON eğiliminin değerlendirilmesi

	ON eğilimi yüksek (n=254)	ON eğilimi yok (n=266)	P
Düzenli ilaç kullanımı, n (%) *			0,300 ¹
Hayır	156(47,1)	175(52,9)	
Evet	98(51,9)	91(48,1)	
Kullanılan ilaç grupları (n=79/73), n (%)			0,975 ¹
GİS ve metabolizma	17(45,9)	20(54,1)	
Kan ve kan yapıcı organlar	3(60,0)	2(40,0)	
Kardiyovasküler sistem	37(52,1)	34(47,9)	
Antineoplastik ve immunomodülatör	2(50,0)	2(50,0)	
Kas ve iskelet sistemi	5(62,5)	3(37,5)	
Sinir sistemi	7(58,3)	5(41,7)	
Solunum sistemi	8(53,3)	7(46,7)	

*: Satır yüzdesi

¹ Pearson ki-kare testi

Katılımcıların alkol (p=0,188), sigara (p=0,585) kullanım durumlarına göre ve sigarayı bıraktıktan sonra geçen süreye (p=0,236) göre ON eğilimleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 19).

Tablo 19. Alkol, sigara kullanma durumuna ve sigarayı bıraktıktan sonra geçen süreye göre ON eğiliminin değerlendirilmesi

	ON eğilimi yüksek (n=254)	ON eğilimi yok (n=266)	P
Alkol kullanma durumu, n (%) *			0,188 ¹
Hayır	203(50,9)	196(49,1)	
Evet	31(39,7)	47(60,3)	
Sosyal içici	20(46,5)	23(53,5)	
Sigara kullanma durumu, n (%)			0,585 ¹
İçmiyorum, hiç içmedim	142(49,3)	146(50,7)	
İçiyordum, bıraktım	27(42,9)	36(57,1)	
Evet, içiyorum	85(50,3)	84(49,7)	
Sigarayı bıraktıktan sonra geçen süre (n=23/27), n (%)			0,236 ²
≤5 Yıl	8(34,8)	15(65,2)	
>5 Yıl	15(55,6)	12(44,4)	

*: Satır yüzdesi

¹ Pearson ki-kare testi

² Yates düzeltilmeli ki-kare testi

Katılımcıların öğün atlama durumuna (p=0,571) ve atlanan öğün türlerine (p=0,567) göre ON eğilimleri incelendiğinde anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 20).

Tablo 20. Öğün atlama durumuna ve atlanan öğünlere göre ON eğiliminin değerlendirilmesi

	ON eğilimi yüksek (n=254)	ON eğilimi yok (n=266)	P
Öğün atlama durumu, n (%) *			0,571 ¹
Hayır	136(47,7)	149(52,3)	
Evet	118(50,2)	117(49,8)	
Atlanan öğünler (n=116/113), n(%)			0,567 ¹
Kahvaltı	33(44,0)	42(56,0)	
Öğle yemeği	73(54,1)	62(45,9)	
Kahvaltı ve öğle yemeği	6(54,5)	5(45,5)	
Akşam yemeği	4(50,0)	4(50,0)	

*: Satır yüzdesi

¹ Pearson ki-kare testi

Tablo 21’de yiyecek ve tüketim alışkanlıklarına dair sorulara verilen cevaplara göre ON eğilimlerinin karşılaştırılması sunulmuştur. Yiyecek alışverişlerinizde gıdanın içeriği seçiminizi etkiler mi sorusuna “Evet” diyenlerin %57,5’inde “Hayır” diyenlerin ise %29,6 ‘sında ON eğiliminin yüksek saptanmıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$). Yiyecek alışverişinizde gıdanın içeriği seçiminizi etkiler mi sorusuna “Evet” diyenlerin ORTO-11 puan ortalaması; $25,0\pm 4,82$ ortancası 25,0 (minimum 12,0, maksimum 40,0), “Hayır” diyenlerin puan ortalaması; $28,98\pm 5,33$ ortancası 29,0 (minimum 19,0, maksimum 41,0) bulunmuştur. Gıda haricindeki market alışverişlerinizde ürünün içeriğine dikkat eder misiniz sorusuna “Evet” diyenlerde (%56,5) “Hayır” diyenlere (%37,9) göre ON eğilimi istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,001$). Gıda haricindeki market alışverişlerinizde ürünün içeriğine dikkat eder misiniz sorusuna “Evet” diyenlerin ORTO-11 puan ortalaması; $25,10\pm 4,94$ ortancası 25,0 (minimum 12,0, maksimum 41,0), “Hayır” diyenlerin puan ortalaması; $27,87\pm 5,41$ ortancası 28,0 (minimum 15,0, maksimum 41,0) bulunmuştur. Yiyecek alışverişleriniz sırasında ürünlerin son tüketim tarihlerine dikkat eder misiniz sorusuna “Evet” diyenlerde (%50,6) “Hayır” diyenlere (%33,9) göre ON eğilimi istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,026$). Yiyecek alışverişleriniz sırasında ürünlerin son tüketim tarihlerine dikkat eder misiniz sorusuna “Evet” diyenlerin ORTO-11 puan ortalaması; $25,97\pm 5,15$ ortancası 25,0 (minimum 12,0, maksimum 41,0) “Hayır” diyenlerin puan ortalaması; $28,48\pm 6,11$ ortancası 28,5 (minimum 18,0, maksimum 41,0) bulunmuştur. Yiyecek alışverişlerinizi kendinizden başkasının yapması sizi rahatsız eder mi sorusuna “Evet” diyenlerde (%61,2) “Hayır” diyenlere (%44,8) göre ON eğilimi istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,001$). Yiyecek alışverişlerinizi kendinizden başkasının yapması sizi rahatsız eder mi sorusuna “Evet” diyenlerin ORTO-11 puan ortalaması; $24,74\pm 5,05$ ortancası 24,0 (minimum 12,0, maksimum 38,0) “Hayır” diyenlerin puan ortalaması; $26,74\pm 5,31$ ortancası 26,0 (minimum 15,0, maksimum 41,0) bulunmuştur. Genellikle evde yoğurt, kefir vs. yapar mısınız sorusuna “Evet” diyenlerde (%51,2) “Hayır” diyenlere (%40,5) göre ON eğilimi istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,042$). Genellikle evde yoğurt, kefir vs. yapar mısınız sorusuna “Evet” diyenlerin ORTO-11 puan ortalaması; $25,95\pm 5,14$ ortancası 25,0 (minimum 12,0, maksimum 40,0) “Hayır” diyenlerin puan ortalaması; $27,26\pm 5,78$ ortancası 27,0 (minimum 15,0, maksimum 41,0) bulunmuştur. Genellikle evde kendiniz (tarhana, salça, vs. gibi) kışlık yiyecek hazırlıyor musunuz sorusuna “Evet” diyenler ile “Hayır” diyenler arasında ON eğilimi benzer bulunmuştur ($p=0,156$).

Tablo 21. Yiyecek ve tüketim alışkanlıklarına dair sorulara verilen cevaplara göre ON eğilimlerinin değerlendirilmesi

	ON eğilimi yüksek (n=254)	ON eğilimi yok (n=266)	P
Yiyecek alışverişinde gıdanın içeriğinin seçimini etkileme durumu, n (%) *			0,001¹
Hayır	48(29,6)	114(70,4)	
Evet	206(57,5)	152(42,5)	
Gıda haricindeki market alışverişinde ürünün içeriğine dikkat etme durumu, n (%)			0,001¹
Hayır	81(37,9)	133(62,1)	
Evet	173(56,5)	133(43,5)	
Yiyecek alışverişinde ürünün son tüketim tarihine dikkat etme durumu, n (%)			0,026²
Hayır	19(33,9)	37(66,1)	
Evet	235(50,6)	229(13,9)	
Yiyecek alışverişini kendinden başkasının yapmasından rahatsız olma durumu, n (%)			0,001¹
Hayır	175(44,8)	216(55,2)	
Evet	79(61,2)	50(38,8)	
Genellikle evde yoğurt, kefir vs. yapma durumu, n (%)			0,042¹
Hayır	47(40,5)	69(59,5)	
Evet	207(51,2)	197(48,8)	
Genellikle evde kışlık yiyecek (tarhana, salça vs.) hazırlama durumu, n (%)			0,156 ¹
Hayır	45(42,9)	60(57,1)	
Evet	209(50,6)	204(49,4)	

*: Satır yüzdesi

¹Pearson ki-kare testi

²Yates düzeltilmeli ki-kare testi

Tablo 22’de ON eğilimi üzerine etkili bulunan faktörlere ait multivariate (çok değişkenli) lojistik regresyon analizi modeli sunulmuştur. Univariate (tek değişkenli) analizlerde $p < 0,100$ altında bulunan değişkenler regresyon modeline dâhil edilerek incelendiğinde düzenli egzersiz yapanlarda yapmayanlara göre ON eğilimi 1,73 kat yüksek bulunmuştur. Yiyecek alırken gıdanın içeriğinin seçimini etkilediğini belirtenlerde ise ON eğilimi 2,47 kat yüksek bulunmuştur. Yiyecek alışverişini başkasının yapmasından rahatsız olanlarda ise olmayanlara göre ON eğilimi 1,67 kat yüksek bulunmuştur. Modeldeki bu 3

değişken dışındaki diğer değişkenlerin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 22).

Tablo 22. Yüksek ON eğilimi üzerine etkili faktörlerin Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi ile değerlendirilmesi

	Multivariate Lojistik Regresyon	
	Adjusted OR (95% GA)	P
Yaş	1,01 (0,98-1,022)	0,583
Cinsiyet (ref: erkek)	1,16 (0,79-1,70)	0,464
VKİ	1,03 (0,99-1,07)	0,090
Çocuk sahibi olmak (ref: çocuk yok)	0,65 (0,39-1,08)	0,093
Düzenli egzersiz yapmak (ref: yapmamak)	1,73 (1,13-2,64)	0,012
Yiyecek alırken gıdanın içeriği seçimi etkiler (ref: etkilemez)	2,47 (1,48-4,12)	0,001
Gıda dışındaki alışverişlerde ürün içeriğine dikkat etmek (ref: etmemek)	1,28 (0,80-2,04)	0,307
Yiyecek alışverişi sırasında son tüketim tarihine dikkat etmek (ref: etmemek)	1,17 (0,61-2,21)	0,641
Yiyecek alışverişini başkasının yapmasından rahatsızlık duyma (ref: duymamak)	1,67 (1,07-2,59)	0,025
Genellikle evde kefir, yoğurt yapma (ref: yapmamak)	1,19 (0,73-1,95)	0,490

Tek değişkenli (Univariate) analizlerde $P < 0,100$ olan değişkenler çok değişkenli (multivariate) lojistik regresyon analizine alınmıştır.

TARTIŞMA

Çalışmamız, Edirne il merkezinde bulunan 23 aile sağlığı merkezine başvuran 20-64 yaş aralığındaki bireylerin gönüllü katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara sosyodemografik verileri, aile bilgileri (medeni durum, çocuk sayısı, hane aylık gelir vb.), sigara, alkol, egzersiz, beslenme alışkanlıkları, kronik hastalık ve düzenli ilaç kullanma durumlarını içeren anket soruları ile ORTO-11 ölçek soruları yöneltilmiştir.

Katılımcıların tamamı ölçek sorularını yanıtlamış ve belirlediğimiz kesim noktası puanına göre (25 puan ve altı) katılımcıların %48,8'inde ortoreksiya nervoza eğilimi yüksek olarak bulunmuştur. Arslantaş ve ark. (81)'nin hemşirelik öğrencileri ile yaptığı bir çalışmada, öğrencilerin %45,3'ünün ON eğiliminin yüksek olduğu görülmüştür. Bosi ve ark. (37), Ankara'da asistan doktora yaptıkları bir çalışmada ortoreksiya nervoza eğiliminin katılımcıların %45,5'inde yüksek bulunduğunu belirtmişlerdir. Aksoydan ve Camcı'nın (65), performans sanatçılarında yaptığı bir çalışmada, sanatçıların %56,4'ünün ON eğiliminin yüksek olduğu bulunmuştur. Oğur ve ark. (13)'nin üniversite öğrencilerinde yaptıkları araştırmalarında öğrencilerin %41,3'ünün ortoreksiya nervoza eğiliminin yüksek olduğu bulunmuştur. Ortoreksiya nervoza eğilimi bazı topluluklarda ya da meslek gruplarında daha yüksek oranlarda görülmektedir. Çalışmamızda, ortorektik eğilimleri yüksek olan bazı gruplar gibi, Edirne il merkezinde de ortorektik eğilim oranı benzer çıkmıştır. Bu durumun Edirne il merkezinde yaşayan bireylerin eğitim seviyesinin ve beslenmeyle ilgili bilgi düzeylerinin yüksek olması ile açıklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılan bireylerin yaş ortalamaları $43,5 \pm 13,96$ olarak bulunmuştur. Ortoreksiya nervoza (ON) eğilimlerinin yaş ile ilişkisi değerlendirildiğinde, ON eğilimi yüksek olan bireylerin yaş ortalamasının, ON eğilimi olmayan bireylerin yaş ortalamasına göre daha

büyük olduğu görülmüştür. Yaş gruplarına göre ON eğilimleri incelendiğinde ise istatistiksel olarak dağılımlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Çalışmamızı destekleyecek şekilde, yapılan birçok araştırmada da yaş ilerledikçe ortorektik eğilimlerin arttığı bulunmuştur (37,40,56). Ortoreksiya nervoza sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için duyulan kaygının bir sonucu olarak ortaya çıkabilmektedir. Yaş gruplarındaki artışla ortorektik eğilimlerin artışının paralellik göstermesinin, yaş ilerledikçe oluşabilecek sağlık problemleri nedeniyle duyulan kaygı sebebiyle oluşabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre ON eğilimleri değerlendirildiğinde, cinsiyete göre ON eğilimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmamıza benzer şekilde, Ergin (82)'in 2014 yılında yaptığı araştırmada cinsiyet ile ortorektik belirti düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı gösterilmiştir. Arusuoğlu (6)'nın çalışmasında da cinsiyet faktörü ile ortorektik belirtiler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Midwestern Üniversitesi'nde yapılan çalışmada ise kadınların erkeklerden daha fazla ortorektik eğilimde oldukları gösterilmiştir (83). Polonya'da yapılan bir araştırmada kadınların erkeklere göre daha fazla ON eğiliminde oldukları bulunmuştur (84). Kadınların vücut ağırlığı ve dış görünüşle daha fazla meşgul olması, buna bağlı olarak katı diyet kuralları uygulamaları ve zihinsel meşguliyetleri nedeniyle ortorektik eğilimlerinin daha fazla görülebileceği düşünülmektedir. Yeme bozukluklarının kadınlarda daha fazla görüldüğü hipotezinin aksine, bazı çalışmalarda erkeklerin daha fazla ortorektik belirtiler sergilediklerine dair sonuçlar da vardır. Örneğin Donini ve ark. (40)'nın araştırmasında erkeklerde ON eğiliminin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu durumun, Donini ve arkadaşlarının da ifadesi ile, bazı toplumlardaki erkeklerin, estetik kaygı, dış görünüşün dikkate alınması ve "beden kültürü"nü etkisinde kalmalarından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir. Erkeklerin ON eğiliminin yüksek olmadığı toplumlarda, erkekler estetik kaygılarla "sağlıklı beslenme" yerine spor, vücut geliştirme vs. gibi farklı davranışlarda bulunuyor olabilir. ON eğilimi ile cinsiyet arasındaki ilişki henüz netliğe ulaşmamıştır. Cinsiyet ve ON arasındaki bu farklılıkların, farklı örnek alım ve seçme yöntemlerinden kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerin hem boy hem de ağırlık ölçüleriyle elde edilen VKİ hesabı ile katılımcıları kategorize ettiğimizde, çoğunluğunun (%39,4) fazla kilolu olduğu bulunmuştur. Katılımcıların VKİ kategorilerine göre ON eğilimleri incelendiğinde; en fazla (%57,6) fazla kilolu olanlarda ON eğiliminin yüksek olduğu görülmüştür. ON eğilimi yüksek olanların VKİ değerlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. VKİ kategorilerine göre ON eğilimlerinin dağılımı arasındaki bu fark anlamlı bulunmuştur. VKİ değeri ile ORTO-11

puanları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Çalışmamızdaki bu bulgulara paralel olarak Fidan ve ark. (56)'nın çalışmasında da fazla kilolu ve obez öğrencilerin ON eğiliminin fazla olduğu bulunmuştur. Kazkondur (75)'nin çalışmasında hafif şişman üniversite öğrencilerinin diğer gruplara göre daha fazla ortoreksik eğilimler gösterdiği saptanmıştır. Bu sonuç, araştırmamızın sonucuyla benzerlik göstermektedir. Acar ve Ermumcu (85)'nin çalışmasında da katılımcıların VKİ ile ON puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur. Fazla kilolu ve obez olmak, bireyi küçük düşürmeye maruz bırakabilir, daha sağlıklı besinlerin tüketimine itebilir, yiyecek seçimine ve satın alınan ürünlerin içeriklerine daha fazla önem verilmesine neden olabilir. Medyanın zayıflık üzerine olan teşviki de fazla kilolu ve obez bireylerde beden imajı ile ilgili korkulara neden olabilir. Ayrıca VKİ'nin yüksek olması, diabet, iskemik kalp hastalıkları, bazı kanser türleri için risk faktörüdür (86). Ortorektik bireyler, hastalıklara yakalanmaktan saplantılı ve aşırı düzeyde korkarlar. VKİ yüksek olan bireyler, hastalıklardan korunma adına sağlıklı beslenme ile ilgili daha fazla zihinsel uğraş içine girebilirler ve besinler hakkında daha obsesif davranabilirler. Tüm bu faktörlerin, VKİ artışı ile ortorektik eğilimlerin daha fazla görülmesine sebep olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamıza dahil olan katılımcıların bel çevresi ortalaması $92,71 \pm 15,32$ bulunmuştur. Bel çevresi değeri ile ORTO-11 puanları arasında ise negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Çalışmamıza benzer şekilde, sağlık profesyonellerinde yapılan bir araştırmada, bel çevresi ölçümleri arttıkça, ortorektik eğilimlerin arttığı gösterilmiştir (85). Bel çevresinin fazla olması, özellikle kardiyovasküler hastalıklar olmak üzere pek çok hastalık için risk oluşturmaktadır. Bel çevresi fazla olan bireyler, sağlıklarını korumak ve hastalıklara yakalanmamak adına daha takıntılı bir şekilde sağlıklı beslenme ile ilgilenebilirler. Bu nedenle bel çevresi ölçümlerinin fazla olduğu bireylerde daha fazla ortorektik eğilimlerin görülebileceği düşünülmektedir.

ON eğilimi olanların yalnız yemeye yatkın olması nedeniyle, birlikte yaşanan birey sayısı azaldıkça, ON eğilimlerinin artabileceği düşünülmüştür. Bu amaçla sorgulanan evde yaşayan kişi sayısına bakıldığında katılımcıların yaklaşık yarısı (%56,6) 3 veya 4 kişi yaşadığını belirtmiştir. Evde yaşayan kişi sayısına göre ON eğilimi değerlendirildiğinde ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Gezer ve ark. (58)'nin beslenme ve diyetetik öğrencilerine yaptığı bir çalışmada, evde tek başına yaşayanların, ailesiyle birlikte yaşayanlara göre ON ölçek puanlarının daha düşük olduğu, ortorektik eğilimlerinin daha fazla olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada, yaşanan kişi sayısı ile ON eğilimi arasında negatif ilişki bulunmasının nedeninin,

çalışmanın sadece öğrencilerde yapılmış olması, öğrencilerin ailenin yanında olmamasının daha sağlıklı beslenmeye zemin oluşturabileceği düşünülmüş ve çalışmamızda anlamlı ilişki bulunmamasının nedeninin örneklem seçimi ile ilgisinin olabileceği düşünülmüştür.

Katılımcıların çoğunluğunun (%71,5) evli, olduklarını belirttiği çalışmamızda, katılımcıların medeni durumlarına göre ON eğilimi değerlendirildiğinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmamıza benzer şekilde, Ramacciotti ve ark. (87) tarafından İtalya’da gerçekleştirilen bir çalışmada da medeni durumun ortoreksiya nervoza varlığını etkilemediği gösterilmiştir. Yapılan bir başka çalışma da çalışmamızı destekler niteliktedir. Donini ve ark. (40) ortorektik bireyler ile medeni durum arasında bir ilişki bulamamıştır.

Çalışmamızdaki katılımcılardan çocuk sahibi olanların (%70,6), çocuk sahibi olmayanlara göre ON eğilimi daha yüksek bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çocuk sayısına göre ON eğilimi incelendiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Çalışmamıza benzer şekilde, Arusoğlu (6) tarafından yapılan bir çalışmada hiç çocuğu olmayanlar ile bir ve iki çocuk sahibi olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Çocuk sahibi olan bireyler zamanlarının büyük kısmını çocuklarının beslenmesi ile ilgili düşüncelere ve plan yapmaya harcayabilirler. Yiyeceklerin çocukları için ne kadar sağlıklı olduğu ne kadar doğal oldukları, herhangi bir katkı maddesi içerip içermemeleri, pişirme teknikleri ile besin değerlerinin azalıp azalmayacağı gibi pek çok konuda zihinsel uğraş içine girebilir ve davranış sergileyebilirler. Bu uğraşları kendi beslenme biçimlerini de etkileyebilir. Tüm bu nedenlerden dolayı çocuk sahibi olanlarda daha fazla ortorektik eğilim görülebileceği düşünülmektedir.

Katılımcılara en uzun süre yaşadıkları yer sorulduğunda %80’i şehir merkezi cevabını vermiştir. Katılımcıların en uzun süre yaşanılan yere göre ON eğilimi değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatürde de en uzun süre yaşanılan yer ile ortoreksiya nervoza ilişkisini karşılaştıran bir veriye rastlanmamıştır. Sağlıklı beslenme takıntısı ile ilgili sürekli bir bilgi bombardımanı ve bilgi kirliliği görülmesi ve obezite, diabet, kanser gibi bazı hastalıkların artması, özellikle büyük şehirlerde yaşayanları etkisi altına alan bir durum halini almıştır. Bu nedenle şehir merkezinde yaşayan bireylerin, ilçe veya köyde yaşayanlara göre ON eğilimlerinin daha fazla olabileceği düşünülerek, sorularımızın arasına bu soru da dahil edilmiştir. Fakat bu düşüncemizi destekler sonuçlara ulaşılamamıştır.

Çalışmamıza katılan katılımcıların %35,9’u üniversite ve üzeri mezunu olduğunu ifade etmiştir. Eğitim durumuna göre ON eğilimi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Aksoydan ve ark. (65)’nin çalışmasında, bizim çalışmamıza benzer şekilde ON

eğilimi ile eğitim seviyesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Karadağ ve ark. (88)'nin çalışmasında da eğitim seviyesi ile ON arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Tıp fakültesi öğrencilerine yapılan bir araştırmada ise ortoreksiya nervoza eğiliminin bu öğrencilerde yüksek olduğu bulunmuştur (56). Bunun nedeninin, beslenme ile ilgili bilgi düzeyinin daha fazla olmasının ortorektik eğilimleri artırabileceği düşünülmektedir. Eğitim düzeyi ile ON arasındaki ilişki ile ilgili literatürde farklı sonuçlara ulaşan çalışmalar mevcuttur. Eğitim düzeyi, diğer sosyodemografik parametrelerle bağlantılı olduğundan, tek başına ele alındığında anlamlı sonuçlara ulaşılamayabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızdaki katılımcılardan, memurların en yüksek oranla %54,7'sinin ON eğilimi yüksek bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının ise %45,7'sinin ON eğilimi yüksek saptanmıştır. Meslek gruplarına göre ON eğilimine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Katılımcıların meslekleri sağlık çalışanı ve diğer şeklinde iki kategoriye ayrılarak yeniden değerlendirildiğinde de her iki grupta da ON eğilimlerinin benzer olduğu bulunmuştur. Literatürde bazı meslek gruplarının ortoreksiya nervoza eğilimi açısından özellikle risk altında oldukları belirtilmektedir. Örneğin Asil ve Sürücüoğlu (89)'nun diyetisyenlere uyguladıkları çalışmalarında, diyetisyenlerin neredeyse yarısının (%41,9) ON eğilimi yüksek bulunmuştur. Acar ve Ernumcu (85)'nin sağlık profesyonellerine yaptığı bir çalışmada ON eğilimi görülme oranı doktorlar arasında %5,0, diyetisyenlerde %16,0, hemşirelerde %35,0, ebelerde %30,0 bulunmuştur. Bu çalışmadaki sağlık çalışanları arasında, en az doktorlarda ON eğiliminin görülmesi yoğun iş temposu nedeniyle beslenme bilgisinin uygulamaya geçirilememesi olarak düşünülebilir. Yapılan çalışmalarla, özellikle sağlık alanında olan mesleklerde ON eğilimin görülme riskinin arttığı bilinmektedir. Beslenme bilgisi arttıkça bireylerin sağlıklı beslenmeyi takıntı haline getirme ihtimalleri artabilir. Bu nedenle özellikle sağlık çalışanı olan bireylerin, sağlık çalışanı olmayan bireylere göre daha fazla ortorektik eğilimlerinin olacağı öne sürülmüştür. Fakat çalışmamızda sağlık çalışanı olan bireylerle, sağlık çalışanı olmayan bireylerin ON eğilimi arasında anlamlı bir farkın olmadığı gözlenmiştir. Bunun nedeninin ise sağlık alanında çalışmaları da çalışmamıza katılan bireylerin beslenme bilgi düzeylerinin yüksek olması olabileceği ve sağlık çalışanı olmanın ON eğilimi üzerinde direkt olarak etkili bir faktör olmadığı olasılığı düşünülmektedir.

Çalışmamızdaki katılımcılar arasında, çalışanların sayısının çalışmayanlardan fazla olduğu bulunmuştur. Ortoreksiya nervoza, iş hayatındaki sosyal ilişkilerden ve sağlıklı beslenme takıntısı ile ilgili bilgi kirliliğinden etkilenerek, popülerliğini artırabilmektedir. Bu amaçla, çalışıp çalışmama durumu ve ON ilişkisini araştırmak üzere, bu sorular çalışmamıza

dahil edilmiştir. Fakat çalışma durumuna göre ON eğilimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Aylık toplam hane halkı geliri, çalışmamıza katılan bireylerin %67,9'unda yoksulluk sınırında (1941,16-6322,99 TL) bulunmuştur. Ortalama aylık hane gelirine göre ON eğilimi karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır. 1899 adölesan üzerinde yapılan uluslararası bir çalışmada, aile gelirinin yüksek olmasının, ortorektik eğilimlerle anlamlı olarak ilişkili olduğu gösterilmiştir (90). Taze sebze meyveler ve doğal besinler ortorektik bireylerin vazgeçilmezidir. Bu besinler diğer işlem görmüş gıdalara göre daha pahalıya satılmaktadır. Gelir düzeyi yüksek olan bireylerde bu besinlere erişmek, gelir düzeyi düşük olan bireylere göre daha kolaydır. Gelir düzeyinin yüksek olmasının ortorektik eğilim görülme oranını artırabileceği düşünülebilir. Fakat, sosyoekonomik düzeyi düşük olan bireylerin beslenme şekilleri, çevresinde bulunan ulaşabilecekleri besinler ve geleneksel gıda seçimleri ile de ilişkili olabilir. Bu yüzden gelir düzeyinin yüksek veya düşük olması ile ortorektik eğilimler arasında direkt bir ilişki olmayabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamıza dahil olan katılımcıların %60,8'i herhangi bir kronik hastalığı olmadığını belirtmiştir. Kronik hastalıklar arasında ise en çok hipertansiyon (%35,8), ikinci olarak diyabet (%21,6) görülmektedir. Katılımcıların kronik hastalık varlığına ve kronik hastalık türüne göre ON eğilimleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Literatür incelendiğinde bulgularımıza benzer sonuçlar elde eden çalışmalara rastlanmıştır. Karakuş ve ark. (91) tarafından beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerine yapılan bir araştırmada kronik hastalık ve ON eğilimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ergin (82) tarafından yapılan bir çalışmada da kronik hastalık varlığı ile ON eğilimi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Ortorektik bireyler kronik hastalıklara yakalanma konusunda ciddi kaygı duyarlar. Kronik hastalığı olan ortorektik bireyler de bu hastalıktan kurtulmak için sağlıklı beslenme konusunda katı kurallara sahip olabilmektedir. Ortorektik bireylerin ortorektik eğilimleri, kronik hastalıklarından kurtulma adına geliştirilen bazı davranış şekilleri ile başlayabilmesine rağmen, kronik hastalığa sahip olmanın ON eğiliminin artmasında doğrudan etkisinin olmadığı düşünülmektedir.

Çalışmamızdaki katılımcıların 96,3'ünün herhangi bir besine karşı alerjisi olmadığı bulunmuştur. Besin alerjisi varlığı ile ON eğilimleri karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Besin alerjisi sıklığı giderek artış göstermektedir (92). Besin alerjisi olan bireyler gıda seçimleri konusunda, sağlıklarını korumak adına daha dikkatli ve seçici davranırlar. Bu durumun da giderek ortorektik eğilimlere yol açabileceği düşünülmektedir.

rağmen, sağlıklı beslenme konusunda medya ve inançlar gibi pek çok faktörün de etkisi olacağı düşünülmektedir. Örneğin bazı bireyler çölyak hastalığı olmamasına rağmen, daha sağlıklı olduğu bilgisiyle sadece glutensiz besinlerle beslenmektedir (93). Tüm bunlar sonucunda, besin alerjisi olma durumunun ON eğilimini etkileyebileceği düşünülmüştür.

Ortorektik eğilimi olan kişiler için hayatın anlamı yiyecekler ve beslenme etrafında gelişebilmektedir. Bazı diyet uygulamaları ile ruhlarını arındırdıklarını ve vücutlarını temizlediklerini düşünebilmektedirler. Katı kuralları olabilen bazı diyet türleri gibi vejeteryan beslenmenin de bu diyet uygulamalarından biri olabileceği düşünülmektedir. Morris ve ark. (94) tarafından Kaliforniya Üniversitesindeki 801 öğrencide ortoreksiya nevroza sıklığını tespit etmek amacıyla yapılan bir çalışmada; vejeteryan beslenen kişilerde ortoreksiya nevrozının daha çok görüldüğü bulunmuştur. Biz de vejeteryan beslenenlerde ortorektik eğilimlerin daha fazla görüleceği hipotezi ile yola çıkarak, çalışmamıza katılan katılımcılara vejeteryan olup olmadıklarını sorduk. Katılımcılarımızın sadece %0,6 (3 kişi)'sı vejeteryan olduğunu, %99,4'ü ise vejeteryan olmadığını belirtmiştir. Vejeteryan olmakla ON eğilimi arasındaki ilişki değerlendirilememiştir.

Düzenli ilaç kullanımı sorgulanan katılımcılar arasında, ilaç kullananların sayısının ilaç kullanmayanların sayısından daha az olduğu bulunmuştur. Düzenli ilaç kullanımı ile ON eğilimi arasındaki ilişki değerlendirildiğinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kullanılan ilaç gruplarına göre ON eğilimi karşılaştırıldığında da anlamlı fark gösterilememiştir. Literatür çalışmalarına bakıldığında bulgularımıza benzer sonuçlar elde eden Varga ve ark. (49)'nın 20-70 yaş aralığındaki bireylere uyguladığı çalışmasına rastlanmıştır. Macaristan'da 810 katılımcıyla yapılan bu çalışmada da ilaç kullanımı ile ON arasında ilişki bulunmamıştır. Kronik hastalıklarla mücadelede ilaç tedavilerinin yanında yaşam tarzı değişikliklerinin de önemli yeri vardır. Hipertansiyon, diyabet gibi bazı hastalıkların başlangıç dönemlerinde, bazı beslenme tarzı değişiklikleri ile hastalığın ilerlemesinin önüne geçilebilmektedir. Bu durumda bazı bireyler sağlıklı beslenme tarzı hakkında takıntılı bir hal alabilir ve ortorektik eğilimlerin gelişmesine zemin hazırlanabilir. Ortorektik bireyler beslenme şekilleri konusunda saplantılı şekilde saf ve doğal besinlere yönelebileceği gibi, hastalığı ilerleyip ilaç tedavisi gerekirse de, ilaçların "saf" olmadıklarını öne sürerek ilaç kullanımını reddedebilirler. Ortorektik bireylerin ilaç kullanımını reddedeceği hipotezini araştırmak nedeni ile ilaç kullanımı sorgulanmış olup, hipotezimizi destekler sonuçlara ulaşamamıştır.

Katılımcıların yarısından fazlası hiç sigara içmediğini, yine yarısından fazlası alkollü içki kullanmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların alkol, sigara kullanım durumlarına göre ve

sigarayı bıraktıktan sonra geçen süreye göre ON eğilimleri karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Beslenme ve diyetetik bölümü erkek öğrencilerinde yapılan bir araştırmada sigara ve alkol kullanımı ile ON eğilimi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (95). Karakuş ve ark. (91)'nin araştırmasında sigara ve alkol kullanımı ile ON arasında bir ilişki bulunmamıştır. Aksoydan ve Camcı (65) tarafından performans sanatçılarında yapılan bir çalışmada da benzer şekilde sigara ve alkol kullanımı ile ON eğilimi arasında bir ilişki bulunmamıştır. Sigara ve alkol sağlıklı yaşam tarzı ile uyumsuzdur. Sigara ve alkol kullanmayan bireylerin kullanan bireylere göre, sağlıklı yaşam tarzının bir parçası olan sağlıklı beslenme ile daha ilgili olabileceği ve ortorektik davranışlarının daha fazla olabileceği öne sürülmüş olmasına rağmen, bulgularımızın ve benzer literatür çalışmalarının sonuçlarının bu yönde olmadığı görülmüştür.

Çalışmamıza dahil olan katılımcıların %26,3'ü düzenli egzersiz/spor yaptığını belirtmiştir. Yapılan egzersiz/spor türü olarak %61,1 ile en çok yürüyüş cevabı verilmiştir. Düzenli egzersiz ile ON eğilimi arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, düzenli egzersiz yapanların ON eğiliminin, yapmayanlara göre daha fazla olduğu saptanmış, bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Egzersiz ve ON ilişkisi ile ilgili literatür çalışmaları araştırılmıştır ve bulgularımıza benzer şekilde sonuçların elde edildiği çalışmaların olduğu görülmüştür. Pehlivan ve ark. (96)'nın üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervozaya sıklığı ve sağlık okuryazarlığı ile ilgili yaptıkları çalışmada, düzenli fiziksel aktivite yapanlarda ortorektik eğilimlerin prevalansının daha fazla olduğu bulunmuştur. Dalmaz ve Yurttaş (97)'in yaptıkları çalışmada, spor yapan bireyler arasında, spor yapmayan bireylere göre daha yüksek oranda ortorektik eğilimlerin olduğu saptanmıştır. Düzenli spor/egzersiz yapan bireyler, dış görünüşlerine ve bedenlerine daha fazla ilgi gösterip, formlarını korumak adına beslenmelerine de dikkat edebilmektedir. Formda olan vücutlarını kontrol altında tutabilmek amacıyla, beslenme şekilleri üzerinde yapılan bu yoğunlaşmalar sonucunda bireylerin ortorektik eğilimleri artabilmekte ve ortoreksiya nervozaya zemin oluşturabileceği düşünülmektedir. Düzenli egzersiz yapma oranları arttıkça ON eğilimlerinin artacağı hipotezimiz, hem literatür çalışmaları ile hem de bizim çalışmamız ile desteklenmiştir.

Ortorektik bireyler mükemmeliyetçi kişilik yapısında olabilmektedir. Dolayısıyla normal kiloda olsalar dahi, kendilerini normal kiloda görmeyebilmekte ve sağlıklı beslenmeye odaklanıp kendi beden algılarını da normalize etmeye çalışabilmektedirler. Biz de çalışmamızda beden algısı ile ON eğilimi arasında bir ilişki olup olmadığını araştırmak üzere katılımcılara “Kendinizi nasıl görüyorsunuz?” sorusunu sorduk. Katılımcıların %52,1'i kendisini “normal kilolu” gördüğünü, %35,7'si ise “kilolu” gördüğünü belirtmiştir.

Katılımcıların kendi beden algılarına göre ON eğilimleri incelendiğinde ise, anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Katılımcıların %54,8'i öğün atlamadığını belirtmiştir. Öğün atladığını belirten katılımcıların ise en fazla öğle yemeğini atladıkları görülmüştür. Sağlıklı beslenme için gereken en önemli şartlardan biri de öğün atlamamaktır. Ortorektik eğilimler arttıkça sağlıklı beslenmeye duyulan ilgi ve öğünleri planlayarak geçirilen zaman artmaktadır. Dolayısıyla ortorektik eğilimleri fazla olan bireylerin öğün atlama oranlarının daha az olması beklenmiştir. Fakat çalışmamıza dahil olan katılımcıların öğün atlama durumuna ve atlanan öğün türlerine göre ON eğilimleri incelendiğinde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızı destekler nitelikte, Yeşil ve ark. (98)'nin yaptığı çalışmada katılımcıların %49,8'i öğün atladığını, en sık öğle yemeğini atladıklarını belirtmiş ve ON eğilimi ve öğün atlama durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Arusoğlu (95)'nin beslenme ve diyetetik öğrencilerinde yaptığı bir çalışmada, ON eğilimi ile öğün atlama durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Ertürk (99)'ün yaptığı bir çalışmada ortorektik eğilim göstermenin öğün atlama ile ilişkili olmadığı gösterilmiştir. Ortorektik eğilimler ile öğün atlama durumu arasında negatif bir ilişki beklenmesine rağmen, hem bizim çalışmamızda hem diğer benzer çalışmalarda bu bulguya ulaşamama nedeni olarak, öğün atlamanın, çalışma saatlerine veya başka pek çok faktöre bağlı olarak gerçekleşmiş olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan katılımcılara yiyecek ve genel tüketim alışkanlıkları ile ilgili sorular sorulmuştur. Gıdanın içeriğinin ve gıda dışındaki alışverişlerde ürünlerin içeriklerinin gıda seçimlerini etkileyip etkilemediği sorulmuştur. Sırayla %68,8 ve %58,8 evet cevabı verilmiştir. "Yiyecek alışverişlerinizi kendinizden başkasının yapması sizi rahatsız eder mi?" sorusuna katılımcıların %24,8'i evet cevabını vermiştir. Bu sorular, ON eğilimi olup olmamasına göre değerlendirildiğinde, üç soru için de anlamlı fark saptanmıştır. Üç soruya da evet cevabı verenlerin ortorektik eğilimlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ortorektik eğilimi yüksek olan bireyler sağlıklı beslenme takıntısı sergilerken, bunun bir bölümünü gıdaların saf ve doğal olması konusunda yaparlar. Yiyeceklerin miktarı ya da kalorisinden çok, içerikleri ile ilgilenirler. Ortorektik bireyler market alışverişi hakkında olumlu düşünmemelerine rağmen, alışveriş yapmaları gerektiğinde hem gıdaların hem de ambalajlarının içeriklerini inceleyerek karar verirler. Sadece gıdaların değil, gıda dışındaki ürünlerin de içerikleri, sağlıklı olup olmamaları konusunda, ortorektik bireyleri zihinsel olarak meşgul eder. Ayrıca, alışverişlerini sadece kendileri yapması konusunda da takıntılıdır. Ortorektik eğilim arttıkça, gıda ve diğer ürünlerin içeriklerine dikkat ederek seçim yapma

oranlarının ve başkasının alışveriş yapmasından rahatsızlık duyulmasının artacağı düşünülmüş ve bulgularımız bu görüşümüzü destekler nitelikte bulunmuştur. Çalışmamıza benzer sonuçlar elde eden Bosi ve ark. (37)'nin çalışmasında da, gıda ve gıda dışı ürünlerin seçimine dikkat etme oranının artmasının ve alışverişleri kendinden başkasının yapmasından rahatsız olma durumunun artmasının, ortorektik eğilimlerin artması ile anlamlı bir ilişkisi olduğu gösterilmiştir.

Çalışmamızda, katılımcıların yiyecek alışverişleri sırasında ürünlerin son tüketim tarihlerine dikkat edip etmedikleri sorusuna %89,2'lik bir "evet" cevabı alınmıştır. Son kullanma tarihine dikkat edilmesi ile ON eğilimi arasındaki ilişki incelendiğinde, bu soruya "evet" diyenlerde "hayır" diyenlere göre ON eğilimi anlamlı yüksek bulunmuştur. Bosi ve arkadaşlarının (37)'nin asistan doktorlara yaptıkları çalışmada, ürünlerin son tüketim tarihlerine dikkat edilmesi ile ON eğilimi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Son tüketim tarihine "evet" diyenlerin oldukça az bir oranda bulunduğu bu çalışmada, doktorların düzensiz beslenmeleri ve yoğun çalışma şartları nedeniyle ambalajları kontrol etmemeleri buna sebep olarak düşünülebilir. Ortorektik eğilimi olan bireylerin özellikleri arasında taze gıda tüketmeye önem vermek de bulunmaktadır. Ortorektik bireyler tarafından ambalajlı ürünler pek tercih edilmese de, alınan ürünlerin son tüketim tarihleri, ürünlerin taze, kaliteli ve sağlıklı olmaları açısından önemsenmektedir. Sağlıklı beslenme takıntısı ile son tüketim tarihlerine dikkat etme durumu arasında pozitif ilişki görülmesi beklenmiştir. Genel popülasyona uygulanarak yapılan çalışmamızda bu pozitif ilişki gösterilmiş, yiyeceklerin son tüketim tarihlerine dikkat etme oranı arttıkça, ON eğilimi görülme sıklığı anlamlı yüksek bulunmuştur.

Evde yoğurt, kefir vs. yapımı ile ON eğilimi arasındaki ilişki değerlendirilmiş ve anlamlı ilişki bulunmuş, evde yoğurt, kefir vs. yapanların ortorektik eğilimlerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Donini ve ark. (40)'nin yaptıkları çalışmada da, ev yapımı gıdalar üreten ve organik beslenen bireylerin ortorektik eğilimlerinin daha yüksek görüldüğü saptanmıştır. Paket gıdalardan uzak durmak, hazır gıda tüketmek yerine kendilerinin üretmesi, ortorektik eğilim gösteren bireylerde görülebilecek özelliklerdir. Bu özellikler sağlıklı beslenme adına daha doğru tercihler olsa da, bunu takıntılı bir şekilde yapmak, bireylerin hem sosyal hayatlarını hem kendi hayatlarını olumsuz etkileyebilmektedir. Ortorektik bireyler yediklerinin içeriklerine saplantılı bir biçimde önem verdikleri ve odaklandıkları için, kendi yiyeceklerini kendileri hazırlama konusunda da obsesif davranabilmektedir. Bu yüzden, evde hazırlanabilecek gıdalardan yoğurt, kefir vs. hazırlama oranı arttıkça ortorektik eğilimlerin artması beklenmiş ve bizim çalışmamızda da aynı sonuçlar elde edilmiştir.

“Genellikle evde kendiniz (tarhana, salça vs. gibi) kışlık yiyecek hazırlıyor musunuz?” sorusuna “evet” diyenler ile “hayır” diyenler arasında ON eğilimi benzer bulunmuştur. Ortorektik eğilimi fazla olan bireylerin kendi kışlık yiyeceklerini kendilerinin hazırlaması beklenmiştir. Tarhana, salça vs. kendileri hazırlayanlarda ortorektik eğilimin daha fazla görülmemesinin nedeninin, bu gıdaların üretiminin uzun zaman alması sebebiyle ve çalışmamıza katılan Edirne il merkezindeki genel popülasyonun yarısından fazlasının çalışıyor olması nedeniyle, bireylerin kendilerinin değil, aile büyüklerinin üretmesi olasılığı olabileceği düşünülmektedir.



SONUÇLAR

Edirne il merkezindeki aile sağlığı merkezlerine kayıtlı olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 20-64 yaş arasındaki 520 kişiye ulaşılmıştır. Edirne il merkezindeki ortoreksiya nervoza prevalansını saptamak ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptığımız çalışmanın sonuçları şu şekilde özetlenebilir:

1. Edirne il merkezindeki aile sağlığı merkezine kayıtlı 20-64 yaş arasındaki bireylerin %48,8'inde ortoreksiya nervoza eğilimi yüksek bulundu.
2. Yaş gruplarındaki artışla, ortorektik eğilimlerin artışının paralellik gösterdiği bulundu. Bu da, yaş ilerledikçe oluşabilecek sağlık problemleri nedeniyle duyulan kaygı sebebiyle, ortorektik eğilimlerin artabileceğini kanıtlar niteliktedir.
3. VKİ ve bel çevresi ölçümleri arttıkça, ON eğilimlerinin arttığı görüldü. Medyanın zayıflık üzerine olan teşvikinin fazla kilolu ve obez bireylerde beden imajı ile ilgili korkulara neden olması ve fazla kilo nedeni ile meydana gelebilecek hastalıklara yakalanmaktan saplantılı ve aşırı düzeyde korkmaları, VKİ yüksek olan bireylerin, daha fazla ortorektik eğilim göstermesini destekler niteliktedir.
4. Katılımcılardan ocuk sahibi olanların, ocuk sahibi olmayanlara göre ON eğilimi daha yüksek bulundu. Bu sonuç, ocuk sahibi olan bireylerin zamanlarının büyük kısmını çocuklarının beslenmesi ile ilgili düşüncelere ve plan yapmaya harcayabildiğini, yiyeceklerin çocukları için ne kadar sağlıklı olduğu hakkında zihinsel uğraş içine girebildiklerini ve bu durumun kendi beslenme biçimlerini de etkileyebileceğini göstermektedir.
5. Düzenli egzersiz yapanların ON eğiliminin, yapmayanlara göre daha fazla olduğu saptandı. Düzenli spor/egzersiz yapan bireylerin, dış görünüşlerine ve bedenlerine daha fazla ilgi

gösterip, formlarını korumak adına beslenmelerine de dikkat etmeleri, beklenen bu sonucu açıklayabilmektedir.

6. Market alışverişlerinde ürün içeriğine dikkat eden ve yiyecek alışverişlerinde gıda içeriğine dikkat eden katılımcılarda, ON eğiliminin dikkat etmeyenlere göre daha fazla olduğu görüldü. Bu, ortorektik eğilimi olan bireylerin hem gıda hem gıda dışı tüm ürünlerde saf ve doğal olmayı aradıklarını göstermektedir.
7. Yiyecek alışverişlerini kendinden başkasının yapmasından rahatsız olanlarda ve alışveriş sırasında gıdaların TETT'lerine dikkat eden katılımcılarda, ON eğiliminin diğerlerine göre daha fazla olduğu görüldü. Bu sonuçlar, ortorektik eğilimi olan bireylerin özellikle taze gıda tüketmeye önem verdiklerini ve alışverişlerini sadece kendileri yapması konusunda da takıntılı olabileceklerini desteklemektedir.
8. Evde yoğurt, kefir vs. yapan katılımcıların ON eğilimlerinin diğerlerine göre daha fazla olduğu saptandı. Bu sonuç, ortorektik bireylerin kendi yiyeceklerini kendileri hazırlama konusunda da obsesif davranabileceklerini göstermektedir.

Çalışmamızın, Edirne il merkezinde yaşayan bireylerin sağlıklı beslenme takıntısı ile ilgili genel tutumlarının durumu hakkında bilgi vereceği düşünülmektedir. Ortoreksiya nervoza giderek artan bir halk sağlığı sorunu olma yolundadır. “Sağlıklı beslenme” amacıyla başlasa da, bireysel, sosyal ve hatta ölümcül olabilen olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Sağlıklı beslenme tercihlerini oluştururken hangi gıdaların tüketilmesinin amaçlanması gerektiği, bireylerin kendi yaşamları üzerindeki denetimlerinde neyin aşırıya kaçabileceği, zaman zaman yapılacak eğitimlerle tüm halka aktarılmalıdır. Medya ve çeşitli sosyal platformlarda doğru ve sağlıklı beslenme konusunda uzman kişilerce doğru bilgilendirilme yapılmasına özen gösterilmelidir. Bazı bireylerde takıntı haline gelen sağlıklı beslenme davranışlarının sıklığını belirlemek ve etkili olabilecek faktörleri ortaya çıkarmak amacıyla yaptığımız bu çalışmanın ortoreksiya nervoza açısından yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

ÖZET

Ortoreksiya nervoza sağlıklı beslenmeye duyulan patolojik bir saplantıdır. Ortoreksiya nervozanın en belirgin özellikleri, besinlerin satın alınması, tüketilmesi ve hazırlanmaları aşamalarında takıntılı bir şekilde odaklanma ve vakit harcama, sosyal izolasyon ve hayat kalitesinin azalmasıdır. Sağlıklı beslenme konusunda katı kurallara sahiptirler ve eğer bu kurallardan bir tanesi bile ihmal edilecek olursa, ciddi suçluluk duygusu ve yetersizlik hissi gelişecek kadar saplantılıdırlar.

Çalışmamızda, Edirne il merkezindeki 23 aile sağlığı merkezine kayıtlı 20-64 yaş aralığındaki bireylere ulaşmak hedeflendi. Yaş ve cinsiyete göre tabakalandırma yapılarak, her yaş grubu ve cinsiyetten eşit sayıda alınarak 520 kişiye ulaşıldı. Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan anket yardımıyla toplandı. Anket, sosyodemografik sorular ve ORTO-11 ölçeğini içeren toplam 40 sorudan oluşmaktadır.

Edirne il merkezindeki aile sağlığı merkezine kayıtlı 20-64 yaş arasındaki bireylerin %48,8'inde ortoreksiya nervoza eğilimi yüksek bulundu. Yaş gruplarındaki artışla, ortorektik eğilimlerin artışının paralellik gösterdiği bulundu. VKİ ve bel çevresi ölçümleri arttıkça, ON eğilimlerinin arttığı görüldü. Katılımcılardan çocuk sahibi olanların, çocuk sahibi olmayanlara göre ON eğilimi daha yüksek bulundu. Düzenli egzersiz yapanların ON eğiliminin, yapmayanlara göre daha fazla olduğu saptandı. Market alışverişlerinde ürün içeriğine dikkat etme ve yiyecek alışverişlerinde gıda içeriğine dikkat etme, yiyecek alışverişini kendisi dışında birinin yapmasından rahatsız olma, alışveriş sırasında gıdaların son tüketim tarihlerine dikkat etme ve evde yoğurt, kefir vs. yapma ile ortoreksiya nervoza eğilimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü.

Kesinleşmiş tanı kriterleri olmayan ve herhangi bir sınıflandırmada değerlendirilmeyen fakat her geçen gün görülme sıklığı artan, medya ve çeşitli sosyal platformlarda sık karşılaşılan sağlıklı beslenmeye dair vurgulamalarla bazı bireylerde takıntı ve saplantı haline gelebilen beslenme davranışı olarak ortaya çıkabilen ortoreksiya nervoza hakkında yapılan bu çalışmanın, yapılacak çalışmalara zemin oluşturmak açısından yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: ortoreksiya nervoza, beslenme davranışı, sağlıklı beslenme, obsesif davranış, yeme bozuklukları



THE PREVALANCE OF ORTHOREXIA NERVOZA IN INDIVIDUALS BETWEEN 20-64 AGES IN THE PROVINCE OF EDIRNE

SUMMARY

Orthorexia nervosa is a pathological obsession for healthy nutrition. The most prominent features of orthorexia nervosa are obsessive focus and time consuming during the procurement, consumption and preparation of nutrients, social isolation and reduced quality of life. They have strict rules about healthy eating, and even if one of these rules is neglected, they are obsessed with developing a sense of guilt and inadequacy.

In our study, it was aimed to reach individuals aged 20-64 who were registered to 23 family health centers in Edirne city center. 520 people were reached by stratification by age and sex, taking equal numbers from each age group and gender. The data were collected by a researcher with the help of questionnaires. The questionnaire consisted of a total of 40 questions including sociodemographic questions and ORTO-11 scale.

In 48.8% of the individuals aged between 20-64 who were registered in the family health center in Edirne province, the tendency for orthorexia nervosa was found to be high. It was found that the increase in orthorexic tendencies was parallel with the increase in age groups. When BMI and waist circumference measurements increased, ON tendencies increased. People who have children were found having high ON tendencies than childless people. It was determined that those who exercise regularly have a higher tendency to ON than those who do not. It was observed that there was a statistically significant relationship between the orthorexia nervosa tendency and paying attention to the product content in the market shopping and food content during the grocery shopping, making the grocery shopping by herself and paying attention to the expiration dates of grocery during shopping, making yogurt at home

This study conducted on orthorexia nervosa, which has not been established for diagnostic criteria and which is not evaluated in any classification, but is frequently seen with increasing frequency every day, can be an obsessive feeding behavior in some individuals with

emphasis on healthy nutrition frequently encountered in media and various social platforms. It is thought that this study may be a guide for the studies to be done.

Key words: orthorexia nervosa, feeding behaviour, healthy diet, obsessive behaviour, eating disorders



KAYNAKLAR

1. Ünalın D, Öztıp DB, Elmalı F, Öztürk A, Konak D, Pırlak B ve ark. Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2009;16(2):75-81.
2. Vardar E, Erzenđin M. Ergenlerde yeme bozukluklarının yayđnlıđı ve psikiyatrik eş tanıları iki aşamalı toplum merkezli bir çalışma. Türk Psikiyatri Derg 2011;22(4):205-12.
3. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. Curr Opin Psychiatry 2006;19(4):389-94.
4. Toker DE, Hocaoğlu Ç. Yeme bozuklukları ve aile yapısı: bir gözden geçirme. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2009;22(1-4):36-42.
5. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. In: Schultz SK, Kuhl EA (Eds.). Feeding and Eating Disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub;2013:329-54.
6. Arusoğlu G. Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya) Belirtilerinin İncelenmesi, ORTO15 Ölçeğinin Uyarlanması (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.
7. Dunn TM, Bratman S. On orthorexia nervosa: a review of the literature and proposed diagnostic criteria. Eat Behav 2016;21:11-7.
8. Cartwright M. Eating disorder emergencies: understanding the medical complexities of the hospitalized eating disordered patient. Critical Care Nursing Clinics 2004;16(4):515-30.
9. National Eating Disorders Association (New York). Orthorexia nervosa. New York: The Association;2006:137-144

10. Bozan N. Hollanda Yeme Davranışı (DEBQ) Anketinin Türk Üniversite Öğrencilerinde Geçerlik ve Güvenirliğinin Sınanması (tez). Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.
11. Alvarenga M, Martins M, Sato K, Vargas S, Philippi ST, Scagliusi FB. Orthorexia nervosa behavior in a sample of Brazilian dietitians assessed by the Portuguese version of ORTO-15. *Eat Weight Disord* 2012;17(1):29-35.
12. Golebiowska M, Golebiowska B, Jasiński M, Zienkiewicz E, Dubelt J. Use of yoga in treatment and screening of eating disorders. *Journal of Education, Health and Sport* 2018;8(8):839-49.
13. Oğur S, Aksoy A. Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervoza eğiliminin belirlenmesi. *Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi* 2015;4(2):93-102.
14. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry* 2016;29(6):340-5.
15. Teixeira M, Pereira AT, Marques MV, Saraiva JM, Macedo AFd. Eating behaviors, body image, perfectionism, and self-esteem in a sample of Portuguese girls. *Braz J Psychiatry* 2016;38(2):135-40.
16. Pritts SD, Susman J. Diagnosis of eating disorders in primary care. *Am Fam Physician* 2003;67(2):297-314.
17. Thornton LM, Mazzeo SE, Bulik CM. The heritability of eating disorders: methods and current findings. In: Roger HA, Walter HK (Eds.). *Behavioral neurobiology of eating disorders*. New York: Springer; 2010:141-56.
18. Moskowitz L, Weiselberg E. Anorexia nervosa/atypical anorexia nervosa. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2017;47(4):70-84.
19. Advani S, Kochhar G, Chachra S, Dhawan P. Eating everything except food (PICA): a rare case report and review. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry* 2014;4(1):1.
20. Fawcett EJ, Fawcett JM, Mazmanian D. A meta-analysis of the worldwide prevalence of pica during pregnancy and the postpartum period. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2016;133(3):277-83.
21. Katzman D, Peebles R, Sawyer SM, Lock J, Le Grange D. The role of the pediatrician in family-based treatment for adolescent eating disorders: opportunities and challenges. *J Adolesc Health* 2013;53(4):433-40.
22. Lacoste SM. Looking for the origins of anorexia nervosa in adolescence-A new treatment approach. *Aggress Violent Behav* 2017;36:76-80.
23. Bulik CM. Exploring the gene-environment nexus in eating disorders. *J Psychiatry Neurosci* 2005;30(5):335.

24. Zincir SB. Yeme bozukluklarında nöroendokrin ve moleküler etkileşimler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2014;6(4):389-400.
25. Castillo M, Weiselberg E. Bulimia Nervosa/Purging Disorder. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2017;47(4):85-94.
26. Smink FR, Van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep* 2012;14(4):406-14.
27. Umberg EN, Shader RI, Hsu LG, Greenblatt DJ. From disordered eating to addiction: the “food drug” in bulimia nervosa. *J Clin Psychopharmacol* 2012;32(3):376-89.
28. Green AD, Alioto A, Mousa H, Di Lorenzo C. Severe pediatric rumination syndrome: successful interdisciplinary inpatient management. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2011;52(4):414-8.
29. Hutson PH, Balodis IM, Potenza MN. Binge-eating disorder: clinical and therapeutic advances. *Pharmacol Ther* 2018;182:15-27.
30. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization world mental health surveys. *Biological Psychiatry* 2013;73(9):904-14.
31. Andersen A, Foreyt J, Maine M, Cohn L. Eating disorders: A 25-year perspective. *Eating Disorders* 2017;25(5):436-47.
32. Smolak L, Levine MP. Body image, disordered eating, and eating disorders: connections and disconnects. In: Smolak L, Levine MP (Eds). *The wiley handbook of eating disorders*.UK: Wiley Online Library; 2015:3-8.
33. Strahler J, Hermann A, Walter B, Stark R. Orthorexia nervosa: a behavioral complex or a psychological condition. *J Behav Addict* 2018;7(4):1143-56.
34. Nguyen NT, Magno CP, Lane KT, Hinojosa MW, Lane JS. Association of hypertension, diabetes, dyslipidemia, and metabolic syndrome with obesity: findings from the national health and nutrition examination survey, 1999 to 2004. *J Am Coll Surg* 2008;207(6):928-34.
35. Crites Jr S, Aikman SN. Impact of nutrition knowledge on food evaluations. *Eur J Clin Nutr* 2005;59(10):1191.
36. Wardle J, Parmenter K, Waller J. Nutrition knowledge and food intake. *Appetite* 2000;34(3):269-75.
37. Bosi ATB, Çamur D, Güler Ç. Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine. *Appetite* 2007;49(3):661-6.
38. Fugh-Berman A. Health food junkies: orthorexia nervosa: overcoming the obsession with healthful eating. *The Journal of the American Medical Association* 2001;285(17):2255-6.

39. Koven NS, Abry AW. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015;11:385.
40. Donini LM, Marsili D, Graziani M, Imbriale M, Cannella C. Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eat Weight Disord* 2004;9(2):151-7.
41. Moroze RM, Dunn TM, Craig JH, Yager J, Weintraub P. Microthinking about micronutrients: a case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal" orthorexia nervosa" and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics* 2015;56(4):397-403.
42. Bratman S. Orthorexia vs. theories of healthy eating. *Eat Weight Disord* 2017;22:381–385.
43. Kummer A, Dias FM, Teixeira A. On the concept of orthorexia nervosa. *Scand J Med Sci Sports* 2008;18(3):395-6.
44. Pietrowsky R, Barthels F, editors. Orthorexia nervosa–Lebensstil oder gesellschaftlich relevantes Krankheitsbild? *Public Health Forum* 2016;24:189-190.
45. Nevin SM, Vartanian LR. The stigma of clean dieting and orthorexia nervosa. *J Eat Disord* 2017;5(1):37.
46. Park SW, Kim JY, Go GJ, Jeon ES, Pyo HJ, Kwon YJ. Orthorexia nervosa with hyponatremia, subcutaneous emphysema, pneumomediastinum, pneumothorax, and pancytopenia. *Electrolytes Blood Press* 2011;9(1):32-7.
47. Saddichha S, Babu GN, Chandra P. Orthorexia nervosa presenting as prodrome of schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2012;134(1):110-.
48. Brytek-Matera A. Orthorexia nervosa–an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 2012;1(1):55-60.
49. Varga M, Thege BK, Dukay-Szabó S, Túry F, van Furth EF. When eating healthy is not healthy: orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC Psychiatry* 2014;14(1):59.
50. Segura-Garcia C, Ramacciotti C, Rania M, Aloï M, Caroleo M, Bruni A, et al. The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder patients after treatment. *Eat Weight Disord* 2015;20(2):161-6.
51. Koven NS, Senbonmatsu R. A neuropsychological evaluation of orthorexia nervosa. *Open Journal of Psychiatry* 2013;3(02):214.
52. Mathieu J. What is orthorexia? *J Acad Nutr Diet* 2005;105(10):1510-2.
53. Oberle CD, Watkins RS, Burkot AJ. Orthorexic eating behaviors related to exercise addiction and internal motivations in a sample of university students. *Eat Weight Disord* 2018;23(1):67-74.

54. Bratman S, Knight D. Health food junkies: overcoming the obsession with healthful eating. Broadway Books; 2000:5-17.
55. Conrad R. Psychometric Properties of a New Measure for Orthorexia Nervosa: The Orthorexia Nervosa Scale (Dissertation). Georgia: Georgia Southern University;2019.
56. Fidan T, Ertekin V, Işıkay S, Kırpınar I. Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Compr Psychiatry* 2010;51(1):49-54.
57. Arusoğlu G, Kabakçı E, Köksal G, Merdol T. Ortoreksiya nervoza ve ORTO11'in Türkçe'ye uyarlama çalışması. *Turk Psikiyatri Derg* 2008;19(3).
58. Gezer C, Kabaran S. Beslenme ve diyetetik bölümü kız öğrencileri arasında görülen ortoreksiya nervosa riski. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013;4(1):14-22.
59. Sánchez FG, Rial B. Orthorexia nervosa a new eating behavior disorder? *Actas Esp Psiquiatr* 2005;33(1):66-8.
60. Forester DS. Examining the Relationship Between Orthorexia Nervosa and Personality Traits (Dissertation). California: California State University; 2014.
61. Gleaves DH, Graham EC, Ambwani S. Measuring 'orthorexia': development of the eating habits questionnaire. *Int J Educ Psychol Assess* 2013;12(2),1-18.
62. Aldana SG, Greenlaw RL, Diehl HA, Salberg A, Merrill RM, Ohmine S, et al. Effects of an intensive diet and physical activity modification program on the health risks of adults. *J Am Diet Assoc* 2005;105(3):371-81.
63. Fairburn CG, Walsh BT. Atypical eating disorders (eating disorder not otherwise specified). In: Fairburn C, Brownell K (Eds). *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. 2th ed. New York: Guilford Publ; 2002;2:171-7.
64. Rome ES. Eating disorders in children and adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2012;42(2):28.
65. Aksoydan E, Camci N. Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eat Weight Disord* 2009;14(1):33-7.
66. Korinth A, Schiess S, Westenhofer J. Eating behaviour and eating disorders in students of nutrition sciences. *Public Health Nutrition* 2010;13(1):32-7.
67. Martins MCT, Alvarenga MdS, Vargas SVA, Sato KSCdJ, Scagliusi FB. Orthorexia nervosa: reflections about a new concept. *Revista de Nutrição* 2011;24(2):345-57.
68. Kinzl JF, Hauer K, Traweger C, Kiefer I. Orthorexia nervosa in dieticians. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2006;75(6):395.
69. Barrada JR, Roncero M. Bidimensional structure of the orthorexia: development and initial validation of a new instrument. *Annals of Psychology* 2018;34(2):283-91.

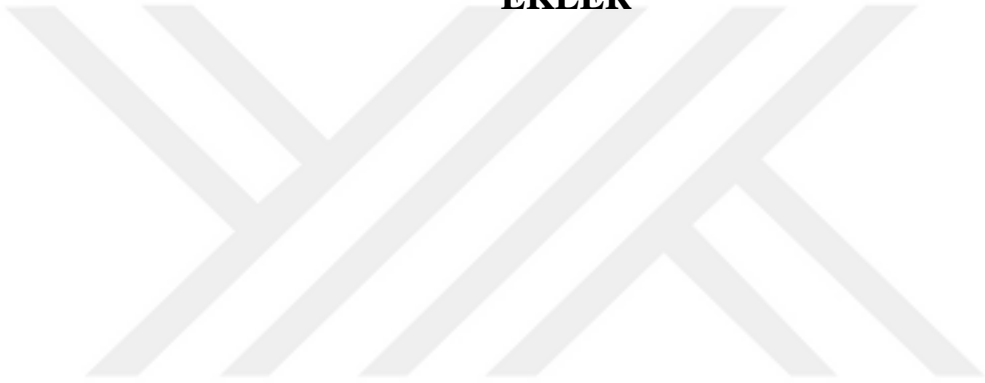
70. Oberle CD, Samaghabadi RO, Hughes EM. Orthorexia nervosa: assessment and correlates with gender, BMI, and personality. *Appetite* 2017;108:303-10.
71. Jacobi C, Hayward C, de Zwaan M, Kraemer HC, Agras WS. Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychol Bull* 2004;130(1):19.
72. Tasca GA, Ritchie K, Zachariades F, Proulx G, Trinneer A, Balfour L, et al. Attachment insecurity mediates the relationship between childhood trauma and eating disorder psychopathology in a clinical sample: a structural equation model. *Child Abuse Negl* 2013;37(11):926-33.
73. Missbach B, Hinterbuchinger B, Dreiseitl V, Zellhofer S, Kurz C, König J. When eating right, is measured wrong! a validation and critical examination of the ORTO-15 questionnaire in German. *PLOS One* 2015;10(8):10-3.
74. Missbach B, Dunn TM, König JS. We need new tools to assess orthorexia nervosa a commentary on “prevalence of orthorexia nervosa among college students based on Bratman’s test and associated tendencies”. *Appetite* 2017;108:521-4.
75. Kazkondu İ. Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) Belirtilerinin İncelenmesi (tez). Ankara:Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2010.
76. Barsky AJ, Ahern DK, Bauer MR, Nolido N, Orav EJ. A randomized trial of treatments for high-utilizing somatizing patients. *J Gen Intern Med* 2013;28(11):1396-404.
77. Shapiro JR, Pisetsky EM, Crenshaw W, Spainhour S, Hamer RM, Dymek-Valentine M, et al. Exploratory study to decrease postprandial anxiety: just relax! *Int J Eat Disord* 2008;41(8):728-33.
78. Sulkowski ML, Jacob ML, Storch EA. Exposure and response prevention and habit reversal training: commonalities, differential use, and combined applications. *J Contemp Psychother* 2013;43(3):179-85.
79. Simpson HB, Wetterneck CT, Cahill SP, Steinglass JE, Franklin ME, Leonard RC, et al. Treatment of obsessive-compulsive disorder complicated by comorbid eating disorders. *Cognitive Behaviour Therapy* 2013;42(1):64-76.
80. Donini LM, Marsili D, Graziani M, Imbriale M, Cannella C. Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eat Weight Disord* 2005;10(2):e28-e32.
81. Arslantaş H, Adana F, Öğüt S, Ayakdaş D, Korkmaz A. Hemşirelik öğrencilerinin yeme davranışları ve ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) ilişkisi. *J Psychiatr Nurs* 2017;8(3).
82. Ergin G. Sağlık Personeli Olan ve Olmayan Bireylerde Ortoreksiya Nervoza Sıklığı Araştırması (tez). Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Entitüsü; 2015.

83. Meister SE. The occurrence of highly sensitive attitudes and behaviors toward eating among undergraduate students at a midwestern university (Dissertation). Illinois: Northern Illinois University; 2010.
84. Brytek-Matera A, Donini LM, Krupa M, Poggiogalle E, Hay P. Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students. *J Eat Disord* 2015;3(1):2.
85. Ermumcu Mşk, Nilüfer A. Sağlık profesyonellerinde sağlıklı beslenme kaygısı: ortoreksiya nervoza. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi* 1(2):59-71.
86. Baysal A. Beslenme. Beslenme. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi; 2009:113-117.
87. Ramacciotti CE, Perrone P, Coli E, Burgalassi A, Conversano C, Massimetti G, et al. Orthorexia nervosa in the general population: a preliminary screening using a self-administered questionnaire. *Eat Weight Disord* 2011;16(2):e127-e30.
88. Karadağ MG, Elibol E, Yıldırım H, Akbulut G, Çelik MG, Değirmenci M, et al. Sağlıklı yetişkin bireylerde yeme tutum ve ortorektik davranışlar ile obezite arasındaki İlişkinin değerlendirilmesi. *Gazi Medical Journal* 2016;27(3).
89. Asil E, Sürücüoğlu MS. Orthorexia nervosa in Turkish dietitians. *Ecol Food Nutr* 2015;54(4):303-13.
90. Hyrnik J, Janas-Kozik M, Stochel M, Jelonek I, Siwiec A, Rybakowski JK. The assessment of orthorexia nervosa among 1899 Polish adolescents using the ORTO-15 questionnaire. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2016;20(3):199-203.
91. Karakuş B, Hıdıroğlu S, Keskin N, Karavuş M. İstanbul'da bir üniversitede beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin ortoreksiya nervoza eğilimleri. *North Clin Istanbul* 2017;4(2):117-123
92. Rona RJ, Keil T, Summers C, Gislason D, Zuidmeer L, Sodergren E, et al. The prevalence of food allergy: a meta-analysis. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2007;120(3):638-46.
93. Staudacher HM, Gibson PR. How healthy is a gluten-free diet? *Br J Nutr* 2015;114(10):1539-41.
94. Bundros J, Clifford D, Silliman K, Morris MN. Prevalence of Orthorexia nervosa among college students based on Bratman's test and associated tendencies. *Appetite* 2016;101:86-94.
95. Arusoğlu G. Beslenme ve diyetetik bölümü erkek öğrencilerinde ortoreksiya nervoza eğiliminin belirlenmesi. *The Journal of Academic Social Science* 2018;86:56-71.
96. Pehlivan E, Mete B, Fıncı B, Doğan E. Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervoza yaygınlığı ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi. *Eskişehir Türk Dünyası Uygulama Ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi* 2019;4(2):166-75.

97. Dalmaz M, Yurtdaş T. Prevalence of orthorexia Nervosa symptoms among people who exercise in gyms. Uluslararası Hakemli Ortopedi Travmatoloji ve Spor Hekimliği Dergisi (OTSHD) 2015;4:23-39.
98. Yeşil E, Turhan B, Tatan D, Şarahman C, Saka M. The effect of gender to orthorexia nervosa tendency in adults. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi 2018;7(1):1-9.
99. Ertürk E. Spor Merkezine Devam Eden Bireylerin Beslenme Durumları ve Yeme Davranışlarının Değerlendirilmesi (tez).Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.



EKLER



Ek 1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2018/355	
	PROTOKOL ADI	Edirne İİ Merkezi 20-64 Yaş Arası Bireylerde Ortoreksiya Nervoza Prevelansı	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 17/07		Tarih: 15.10.2018
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Rabia ÇOKER BİLGİÇ'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	
Doç. Dr. Rugül KOSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMIT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Özden İPÇİ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd.

Ek 2

EDİRNE HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ 1. BASAMAK ARAŞTIRMA KOMİSYONU RAPORU:

Sayı: 2018/8

Karar: 2018/8

1.Basamak Araştırma Komisyonumuz 30/10/2018 tarih saat 15:30'da Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Dr.Güliden YÖRÜTEN Toplantı Salonunda tüm komisyon üyelerinin katılımıyla toplanmış, ilgili dosyaları inceleyerek aşağıdaki kararları almıştır.

1-Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.B.Dalı Araştırma Görevlisi Dr.Yasin YANIK'IN "Edirne İl Merkezinde çalışan Aile Hekimlerinin periyodik sağlık muayenesi hakkındaki bilgi tutum ve davranışları" konulu Uzmanlık Tezi,

2- Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.B.Dalı Araştırma Görevlisi Dr.Yusuf CANBOLAT'ın "Üniversite Hastanesi ve Birinci Basamak Aile Hekimlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Karşılaştırılması- Edirne örneğinde" konulu Uzmanlık Tezi;

3- Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.B.Dalı Araştırma Görevlisi Dr.Duygu DEVRAN'ın "Edirne Merkezinde Yaşlıların Kronik Ağrı Durumu ve İlaç kullanımı" konulu Uzmanlık Tezi;

4- Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.B.Dalı Araştırma Görevlisi Dr.Rabia BİLGİÇ'in "Edirne İl Merkezindeki 20-64 yaş arası bireylerde Ortoreksiya Nervoza Prevelansı" konulu Uzmanlık Tezi;

Komisyonumuzca uygun görülmüş olup; Aile Sağlığı Merkezlerine gereken bilgilendirme yapılmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

BASKAN

Dr.Selma HEVES YILMAZ
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

Dr. Onur ÇAKAR

İl Halk Sağlığı Hizm.Baş.Yard

Dr.Rifat ÖZALTIN

Edirne Aile Hek. Ve Top.Sağ. Hiz. Birimi

Dr. Burcu BAKAR

Edirne Bul. Has. Çevre Ve Çalışan Sağ. Birimi

Uz.Dr.Esin SEÇGİN SAYHAN

Merkez İlçe Toplum Sağ. Merkezi Başkanı

Edirne Merkez Toplum Sağ.
Dr. Bekir TUNÇER
Dip No 4550 Dip Tes No 187103

Yıldırım ÇETİNTAŞ

Edirne Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Programlar Ve Kanser Birim

Ek 3

EDİRNE İL MERKEZİNDEKİ 20-64 YAŞ ARASINDAKİ BİREYLERDE ORTOREKSIYA NERVOZA PREVALANSI

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ARŞ. GÖR. DR. RABİA ÇOKER BİLGİÇ

DANIŞMAN: PROF. DR. AYŞE ÇAYLAN

Sayın katılımcı; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak “Edirne İl Merkezi’ndeki 20-64 Yaş Arasındaki Bireylerde Ortoreksiya Nervoza Prevalansı”nı saptamak amacıyla hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz (Ortoreksiya Nervoza: Sağlıklı Beslenme Takıntısı). Çalışmamız toplam 40 sorudan oluşmaktadır. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

Anket No:

1. Yaşınız

2. Cinsiyetiniz:

1.Kadın

2.Erkek

3. Kilonuz: kg

4. Boyunuz: cm

5. Bel çevreniz:.....cm

6. Evinizde siz dahil kaç kişi yaşıyor: kişi

7. Medeni durumunuz:

1.Evli 2. Bekar 3. Boşanmış 4. Dul 5. Diğer.....

8. Çocuğunuz var mı? (Varsa lütfen kaç çocuğunuz olduğunu belirtiniz)

0.Hayır 1.Evet.....

9. En uzun süre yaşadığınız yer:

1.Şehir merkezi

2.İlçe

3. Köy

10. Eğitim durumunuz:

1.Okur-yazar değil

2.Okur-yazar

3.İlkokul mezunu

4.Ortaokul mezunu

5.Lise mezunu

6.Üniversite mezunu ve üzeri

11. Mesleğiniz:

12. Çalışma durumunuz:

0.Çalışmıyorum

1.Sadece gündüz çalışıyorum

2.Sadece gece çalışıyorum

3.Vardiyalı çalışıyorum

4.Gündüz çalışıyorum, bazen geceleri nöbete kalıyorum

13. Hanenizin ortalama toplam aylık geliri ne kadar?

14. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? (Varsa lütfen belirtiniz)

0. Hayır

1. Evet

15. Besin allerjiniz var mı? (Varsa lütfen belirtiniz)

0.Hayır

1.Evet

16. Vejeteryan mısınız?
0.Hayır 1.Evet

17. Düzenli bir ilaç kullanıyor musunuz? (Varsa lütfen belirtiniz)
0.Hayır
1.Evet

18. Sigara içiyor musunuz?
0.İçmiyorum, daha önce hiç içmedim
1.İçiyordum, bıraktım (..... yıl, günde adet içtim, yıl önce bıraktım.).
2.Evet, içiyorum (..... yıldır, günde adet içiyorum.).

19. Alkollü içki kullanıyor musunuz?
0.Hayır
1.Evet, haftadagün, miktarı:....., cinsi:.....
2.Diğer.....

20. Düzenli egzersiz yapar mısınız? (Cevabınız hayırsa lütfen 22.soruya geçiniz)
0.Hayır
1.Evet, haftadagün,saat

21. Hangi egzersizi/sporu yapıyorsunuz?

22. Kendinizi nasıl görüyorsunuz?
1. Çok zayıf 2. Zayıf 3. Normal kilolu 4. Kilolu 5. Çok kilolu

23. Öğün atlar mısınız?
0.Hayır
1.Evet ise genellikle hangi öğünü atlarsınız?

24. Yiyecek alışverişlerinizde gıdanın içeriği seçiminizi etkiler mi?
0. Hayır 1. Evet

25. Gıda haricindeki market alışverişlerinizde ürünün içeriğine dikkat eder misiniz?
0. Hayır 1. Evet

26. Yiyecek alışverişleriniz sırasında ürünlerin son tüketim tarihlerine dikkat eder misiniz?
0. Hayır 1. Evet

27. Yiyecek alışverişlerinizi kendinizden başkasının yapması sizi rahatsız eder mi?
0. Hayır 1. Evet
28. Genellikle evde yoğurt, kefir vs. yapar mısınız?
0. Hayır 1. Evet
29. Genellikle evde kendiniz (tarhana, salça, vs. gibi) kışlık yiyecek hazırlıyor musunuz?
0. Hayır 1. Evet

30-40. numaralı sorular için size en uygun olan seçeneği işaretlemeniz rica olunur.

	Her zaman	Sık sık	Bazen	Hiçbir zaman
30- Son üç ay içerisinde besinler konusunda endişelendiğiniz oldu mu?	1	2	3	4
31- Sağlığınızla ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi?	1	2	3	4
32- Yemeğinizin sağlıklı olması sizin için lezzetli olmasından daha mı önemlidir?	1	2	3	4
33- Daha sağlıklı, daha taze besinler satın almak için daha fazla para harcamak ister misiniz?	1	2	3	4
34- Sağlıklı beslenme ile ilgili düşünceler sizi günde üç saatten fazla meşgul eder mi?	1	2	3	4
35- Sağlıksız olduğunu düşündüğünüz besinleri yediğiniz olur mu?	1	2	3	4
36- Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanlarını tüketmek kendinize olan güveninizi artırır mı?	1	2	3	4
37- Uyguladığımız beslenme tipi yaşam tarzınızı değiştirir mi? (Dışarıda yeme sıklığı, arkadaşlar vb. açıdan)	1	2	3	4
38- Sağlıklı beslenmenin dış görünümünüzü daha iyi hale getirebileceğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4
39- Sağlıksız beslendiğinizde kendinizi suçlu hissedermisiniz?	1	2	3	4
40- Piyasada sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4