



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK PERSONELLERİNDE ORTOREKSİYA NERVOZA
SIKLIĞI ARAŞTIRMASI**

Şeymanur ODACI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. Günay SAKA

DİYARBAKIR- 202



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK PERSONELLERİNDE ORTOREKSİYA NERVOZA
SIKLIĞI ARAŞTIRMASI**

Şeymanur ODACI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. Günay SAKA

DİYARBAKIR- 2021

BEYAN



TÜRKİYE CUMHURİYETİ DİCLE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve tezimi Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzu standartlarına uygun bir şekilde hazırladığımı beyan ederim.

09/06/2021

ŞEYMANUR ODACI



TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans öğrenimim süresince ve tez çalışmamın her anında değerli akademik bilgi ve deneyimleri ile çalışmama büyük katkılar sağlayan; sabrını ve desteğini her daim hissettirerek beni motive eden danışmanım değerli hocam ve tez danışmanım sayın Prof. Dr. Günay SAKA'ya,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca aktardığı bilgi birikimleri ve emekleri olan hocam sayın Prof. Dr. Ali CEYLAN'a,

Yüksek Lisans dönemi boyunca deneyimlerini ve bilgilerini aktaran hocalarım sayın Dr. Öğr. Üyesi Hıdır SARI ve Dr. Öğr. Üyesi Zehra KILINÇ'a,

Hayatımın her anında bana destek olan, her daim arkamda duran, öğrenimim ve çalışmam boyunca bana büyük sabır gösterip yardımlarını esirgemeyen canım aileme,

Yüksek Lisans öğrenim süresince yanımda olup manevi destek sağlayan değerli arkadaşlarım Ayfer ZORLU ve Berfin OKTAY'a ,

Ve bu çalışmaya gönüllü olarak katılan bütün katılımcılara,

En içten sevgi, saygı ve sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Şeymanur ODACI

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	I
TEŞEKKÜR.....	II
SİMGELER ve KISALTMALAR	V
TABLolar DİZİNİ	VI
1. ÖZET.....	1
1.1. Türkçe Özet	1
1.2. Abstract.....	3
2. GİRİŞ VE AMAÇ.....	5
3. GENEL BİLGİLER.....	8
3.1. Yeme Bozukluklarının Tanımı	8
3.2. Yeme Bozukluklarının Oluşumunu Etkileyen Faktörler	8
3.2.1. Cinsiyet.....	8
3.2.2. Sosyal standartların rolü	8
3.2.3. Sosyal medyanın rolü	9
3.2.4. Kişilik ve psikolojik faktörler.....	9
3.3. Yeme Bozukluklarının Sınıflandırılması.....	9
3.3.1. Pika	9
3.3.2. Ruminasyon bozukluk (Geri Çıkarma Bozukluğu)	10
3.3.3. Kaçınan/Kısıtlayıcı yiyecek alım bozukluğu.....	10
3.3.4. Anoreksiya nervoza	10
3.3.5. Bulimiya nervoza.....	11
3.3.6. Tıkınırcasına yeme bozukluğu.....	12
3.3.7. Tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu	13
3.3.8. Tanımlanmamış diğer beslenme ve yeme bozukluğu.....	14
3.4. Yeme Bozukluklarının Tedavisi	14
3.4.1. Bilişsel davranış terapisi	14
3.4.2. Diyalektik davranış terapisi	15
3.4.3. Tıbbi beslenme tedavisi	15
3.4.4. Kişiler arası psikoterapi	16
3.4.5. Psikofarmakoterapi	16
3.5. Ortoreksiya Nervoza.....	16
3.5.1. Tanımı.....	16

3.5.2. Tanı kriterleri.....	18
3.5.3. Etiyolojisi	18
3.5.4. Belirtileri	19
3.5.5. Risk Faktörleri.....	19
3.5.5.1. Cinsiyet faktörü	19
3.5.5.2. Yaş.....	20
3.5.5.3. Sosyal medyanın rolü	20
3.5.5.4. Sosyal standartların rolü	20
3.5.5.5. Sağlık eğitiminin rolü	20
3.5.6. Komplikasyonları	21
3.5.7. Tedavisi	21
4. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
4.1. Araştırmanın Türü	23
4.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	23
4.3. Araştırmanın Evreni	23
4.4. Araştırmadaki Değişkenler.....	23
4.4.1. Bağımsız değişkenler.....	23
4.4.2. Bağımlı değişkenler.....	23
4.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	24
4.5.1. Kişisel bilgi formu.....	24
4.5.2. Antropometrik ölçümler	24
4.5.3. ORTO-11 ölçeği	26
4.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	27
4.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Hipotezleri.....	27
5. BULGULAR.....	28
6. TARTIŞMA	36
7. SONUÇLAR	40
8.KAYNAKLAR	41
9. ÖZGEÇMİŞ.....	49
10. EKLER.....	50
10.1. Anket Formu.....	50
10.2. Etik Kurul Formu	52
10.3. Kurum İzni	53
11. ORJİNALLİK RAPORU.....	54

SİMGELER ve KISALTMALAR

APA: Amerikan Psikiyarti Birliği

AN: Anoreksiya Nervoza

BKİ: Beden Kitle İndeksi

BN: Bulimiya Nervoza

BOT: Bratman's Orthorexia Test

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

ON: Ortoreksiya Nervoza

ORTO-11: Ortoreksiya Nervoza Değerlendirme Testi

SS: Standart Sapma

WHO / DSÖ: World Health Organization / Dünya Sağlık Örgütü

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. BKİ Sınıflandırması	25
Tablo 2. Vücut yağ sınıflandırması	25
Tablo 3. ORTO-11 test puanlarına göre yüzdeliğe denk gelen değerler	26
Tablo 4. Çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik özelliklere göre dağılımı ...	28
Tablo 5. Çalışmaya katılan bireylerin mesleki dağılımları	29
Tablo 6. Çalışmaya katılan bireylerin sağlıklı beslenme ile ilgili bilgilere ulaşmada en çok tercih ettikleri kaynakların dağılımı.....	30
Tablo 7. Çalışmaya katılan bireylerin ortorektik eğilim gösterme dağılımı	30
Tablo 8. Çalışmaya katılan bireylerin yaş grupları ve ortorektik eğilim durumuna göre karşılaştırılması	31
Tablo 9. Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyetleri ve ortorektik eğilim durumuna göre karşılaştırılması	31
Tablo 10. Çalışmaya katılan bireylerin öğrenim durumları ve ortorektik eğilim durumuna göre karşılaştırılması	32
Tablo 11. Çalışmaya katılan bireylerin medeni durumları ve ortorektik eğilim durumuna göre karşılaştırılması	32
Tablo 12. Çalışmaya katılan bireylerin boy uzunluğu, vücut ağırlığı ve BKİ dağılımları	33
Tablo 13. Çalışmaya katılan bireylerin vücut yağ oranı sınıflamaları ve ortorektik eğilim durumuna göre karşılaştırılması.....	33
Tablo 14. Çalışmaya katılan bireylerin ORTO-11 Ölçeği Puan Dağılımları	34
Tablo 15. Çalışmaya katılan bireylerin ORTO-11 ölçeği sorularına verdikleri yanıtların dağılımı	34
Tablo 16. Çalışmaya katılan bireylerin BKİ değeri sınıflamaları ve ortorektik eğilim durumuna göre karşılaştırılması	35

1. ÖZET

1.1. Türkçe Özet

SAĞLIK PERSONELLERİNDE ORTOREKSİYA NERVOZA SIKLIĞI ARAŞTIRMASI

ÖğrencininAdı ve Soyadı: Şeymanur ODACI

Danışmanı: Prof. Dr. Günay SAKA

Anabilim Dalı: Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Amaç: Bu çalışmanın amacı Gercüş Devlet Hastanesinde çalışan sağlık personellerinde ortoreksiya nervoza sıklığının saptanması ve etkileyen faktörlerin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, kesitsel tipte tanımlayıcıdır. Mart – Haziran 2021 tarihlerinde yürütüldü. Gercüş Devlet Hastanesi'nde görev yapmakta olan tüm sağlık personeli (n=112) araştırmanın evrenini oluşturdu. Sosyodemografik özellikler, antropometrik ölçümleri içeren kişisel bilgi formu ve ORTO-11 ölçeği formu yüzyüze anket yöntemiyle uygulandı. Araştırmaya katılan personellerin antropometrik ölçümleri TANİTA MC780-MA vücut analiz cihazıyla yapıldı. Katılımcılardan gönüllü onam formu ve Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay, Gercüş Devlet Hastanesi Başhekimliği'nden gerekli izinler alındı. Araştırma kapsamında elde edilen veriler 'SPSS 22.0 for Windows' programıyla değerlendirildi. Veri analizinde Ki Kare testi ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı, anlamlılık değeri $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Katılımcıların %48,2'si kadın, %55,4'ü bekar, %34,8'i 30 yaş ve üzeridir. %87,5'i üniversite mezunu, %14,3'ü doktor, %37,5'i hemşire, %13,4'ü ebe ve %34,8'i diğer sağlık personelleridir. BKİ ortalaması $24,1\pm 3,5$ olup %52,7'si vücut yağ yüzdesi yüksek grupta yer almaktadır. Araştırmaya katılan sağlık personellerinin

%33,0'ı ortorektik eğilim göstermektedir. Yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu ve BKİ ile ortoreksiya nervoza arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Sonuç: Çalışma kapsamına alınan bireylerde ortorektik eğilimin yaygın olduğu saptanmış olup her üç kişiden birinde ortoreksiya nervosa eğilimi görülmektedir. Ortorektik eğilim incelen sosyodemografik değişkenler, vücut yağ oranı ve BKİ'den bağımsızdır.

Anahtar Sözcükler: Ortoreksiya nervoza, sağlık personeli, sağlıklı beslenme, yeme bozukluğu, halk sağlığı

1.2. Abstract

A STUDY ON THE PREVALENCE OF ORTHOREXIA NERVOSA AMONG HEALTHCARE WORKERS

Student's Surname and Name: Şeymanur ODACI

Adviser of Thesis: Prof. Dr. Günay SAKA

Department: Department of Public Health

Aim: The aim of this study is to determine the frequency of orthorexia nervosa in health personnel working in Gercüş State Hospital and to examine the affecting factors.

Material and Method: The study is descriptive and cross-sectional in nature. It was conducted between March and June of 2021. The study's population consisted of all healthcare workers (n=112) employed at Gercüş State Hospital. The face-to-face survey was applied with the ORTO-11 scale form and the personal information form consisting of sociodemographic characteristics and anthropometric measurements. The TANITA MC780-MA body analyzer was used to take anthropometric measurements of the participants. A voluntary consent form were obtained from the participants, as well as approval from the University of Dicle Medical Faculty Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee and the required permissions from Gercüş State Hospital's Head Physician. The data obtained within the scope of the study was evaluated with the software 'SPSS 22.0 for Windows'. The Chi-square test and Spearman correlation analysis were used in the data analysis. The significance value was accepted as $p < 0.05$.

Results: 48.2% of the participants are women, 55.4% are single, 34.8% are 30 years old and older. 87.5% of them are university graduates, 14.3% are doctors, 37.5% are nurses, 13.4% are midwives and 34.8% are other healthcare workers. The mean BMI is 24.1 ± 3.5 and 52.7% of them are in the high body fat group. Orthorexic tendencies is seen in 33.0% of the healthcare workers who participated in the study. No

statistically significant difference was found between age, gender, marital status, educational status, BMI, and orthorexia nervosa.

Conclusion: It was determined that orthorexic tendency was common in the individuals included in the study and orthorexia nervosa tendency was observed in one out of every three individuals. Sociodemographic variables examined for orthorexic tendency were independent of body fat ratio and BMI.

Keywords: Orthorexia nervosa, healthcare workers, healthy diet, eating disorders, public health.



2. GİRİŞ VE AMAÇ

Bireylerin en temel yaşamsal gereksinimlerinden olan yeme; biyolojik gereksinimin yanı sıra psikolojik etkene de sahip olan bir davranıştır. İnsanlar öfkeli duygu hali ya da kendi üzerlerinde baskı hissetmeleri yeme davranışını farklılaştırabilir. Bu da biyolojik gereksinimden değil, psikolojik gereksinimden kaynaklanan bir durumdur (1).

Yeme bozuklukları eski dönemlerden beri değişerek farklı semptomlar göstererek var olmuştur. Yeme davranışına ait bütün bozuklukları kapsayan yeme bozuklukları, bu rahatsızlıkları hatırlamak adına kullanılan genel bir tanımlamadır. Zayıf olma arzusu, beden algısının kötüleşmesi, estetik endişelerin artışı yeme bozukluklarının artmasına sebep olmuştur (2).

Yeme bozukluklarının geçmişi incelendiğinde, farklı yeme bozukluklarının uzun yıllardır var oldukları ancak anoreksiya nervoza (AN) ve bulimiya nervozanın (BN) resmi sınıflandırmaya daha yakın zamanda alındıkları görülmektedir (3).

Anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza yakın tarihte sınıflandırmaya alınan yeme bozukluklarından olmasına karşın ortoreksiya nervoza (ON) henüz Amerika Psikiyatri Birliği'nin (APA) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda yer almamaktadır (4). Fakat bilimsel araştırmacıların üzerinde yoğunlaştıkları ve yeme bozukluğu olarak tanımlanıp tanımlanmayacağı konusu üzerine düşündükleri yeni bir yaklaşımdır.

Ortoreksiya nervoza, diğer bir adıyla “sağlıklı beslenme takıntısı” dünyadaki klinik tedavi uzmanlarının yakın zamanlarda üzerinde durdukları araştırma konusu haline gelmiştir. Son zamanlarda obezitedeki artışın yüksek olması ve özellikle Amerika'da obeziteyi önlemek adına yapılan çalışmaların artışı ile sağlıklı yaşamın her konuda sağlanması gerekliliğinin dikkat çekmesi sayesinde toplumda sağlıklı beslenme takıntısının başladığı belirtilmektedir (5).

Ortoreksiya nervoza ilk defa 1997 yılında Steven Bratman tarafından, bir yeme bozukluğu olan anoreksiya nervozayı çeşitlendirmek amacıyla tanımlanmıştır. Bratman bireylerde uygun ve sağlıklı yiyecek tüketiminin patolojik saplantı ile

ilgisini tanımlamak amacıyla “doğru” ve “gerçek” anlamına gelen orto kelimesini, dolayısıyla da ortoreksiya nervoza terimini kullanmıştır. Bratman, “Health Food Junkies” adında kitap çıkartıp, “www.orthorexia.com” web sitesini kurmuştur. Bratman, kendisiyle bu konuda iletişim kuranlarda, kendi gibi bu düşünceye sahip kişilerle sıklıkla vakit geçirdiklerini fakat bu zihinsel meşguliyet sebebiyle aile bireyleri ve yakın çevreleriyle aynı masayı paylaşmaktan vazgeçme davranışını gösterdiklerini belirtmiştir (5).

Ortoreksiya nervoza, çok iyi tanımlanabilen AN ve BN ile pek çok benzerlik taşımaya karşın anorektik ve bulimik bireylerde yiyeceklerin miktarı ön planda olurken ortorektikler için yiyeceklerin sağlıklı ve kaliteli oluşu ön plandadır. Her üç yeme bozukluğuna sahip bireyler de hayatlarında yiyeceklere son derece üst noktada önem vermektedirler (6). ON olan bireyler AN’daki bireylerde olduğu gibi malnütrasyon veya aşırı kilo kaybı yaşayabileceği fakat AN ve BN’dan tükettikleri yiyecek miktarı ve zayıf görünüşten çok sağlıklı ve doğal olduğuna inandıkları yiyecekleri tüketmeleri hususuna aşırı hassasiyet gösterdikleri bildirilmiştir (7).

Bireylerde görülen sağlıklı beslenme alışkanlıkları bir hastalık olmamasına rağmen aşırı uğraş haline gelmesi, uzun zamanlı oluşu ve günlük yaşantıda olumsuz durumlara sebebiyet vermesi kişilik ve davranışsal olarak bir bozukluk görülebileceği ve buna göre değerlendirilebileceği düşünülmektedir (8).

Kişileri ortoreksiya nervoza olarak değerlendirebilmek için;

- Sağlıklı beslenme alışkanlıklarını uzun süreli devam ettirmesi, (birkaç gün süren beslenme seçiciliği takıntı haline dönüşmüyorsa bozukluk olarak değerlendirilmez.)
-Sağlıklı beslenme alışkanlığı kişinin yaşamını yüksek düzeyde olumsuz etkiliyorsa (gün içerisinde uzun vakit besinleri düşünmek, hayatındaki olumsuz düşünceleri sağlıklı beslenerek veya besinlerin doğallığını düşünerek atmaya çalışmak vs.)bu iki koşulun sağlanması gerekmektedir. Henüz resmi olarak patolojik bir durum olarak kabul edilmemesine rağmen çoğu uzmana göre büyümekte olan bir sağlık sorunudur (9).

Ortoreksiya nervoza’da kişiler sağlıklı beslenme durumunu takıntı haline dönüştürmekte ve yiyeceklerin içeriği, hazırlanış halleri, ambalajları, pişirme yöntemleri, kalori miktarları gibi ayrıntılara oldukça fazla dikkat ederler.

Bu çalışmanın amacı Gercüş Devlet Hastanesinde çalışan sağlık personellerinde ortoreksiya nervoza sıklığının saptanması ve etkileyen faktörlerin incelenmesidir.



3. GENEL BİLGİLER

3.1. Yeme Bozukluklarının Tanımı

Yeme bozukluklarının tanımını 1994 yılında ilk olarak Lucas ve Huse “Beslenme yetersizliğine ve hastalıklara sebebiyet veren yeme alışkanlıklarındaki sapmalar” şeklinde tanımlamışlardır (10).

Yeme bozuklukları, bedensel ve psiko-sosyal yönden; bireylerde fiziksel görünüm, vücut ölçümleri, yeme alışkanlıkları ile ilgili düşünce ve yeme davranışlarındaki bozukluklarla kendini gösteren bir durumdur (11).

Yeme bozukluğu olan kişilerde, yetersiz-kısıtlayıcı beslenme, yemek sonrası kusma ya da kendini kusturma, laksatif etki gösteren ürün kullanma, fiziksel görünümünü daha kilolu, şekilsiz düşünme ya da aşırı egzersiz yapma gibi davranış değişiklikleri belirtileri gözlemlenebilir (12).

3.2. Yeme Bozukluklarının Oluşumunu Etkileyen Faktörler

3.2.1. Cinsiyet

Cinsiyet faktörü olarak, beslenmedeki amaç, kadınlarda kilo vermek iken erkeklerde fiziksel anlamda iyi görünmektir. Donini yaptığı bir çalışmada, erkek bireylerin kadın bireylere göre daha fazla ortorektik eğilimlerinin olduğunu göstermiştir. Sebebinin ise erkeklerde beden imajı değişikliğinin ve dış görünümünün toplumda daha fazla eleştiri olmasından kaynaklı erkek cinsiyetteki bireylerde sağlıklı beslenme takıntısının olma ihtimali daha yüksektir (13).

Toplumlarda cinsiyet ayrımı olmaksızın, “toplumun kendileri için belirlediği kurallarına göre yaşama isteği, bir diyet programını uygulama” söz konusudur. Ayrıca toplumlarda sağlıklı olmanın yanında dış görünüşünde çok iyi olması da önem arz etmektedir (6).

3.2.2. Sosyal standartların rolü

Nüfusun hızla artması ve gıda üretimlerinin de zorlaşması ile doğal gıdaya olan ulaşım azalmış, toplumu katkı maddesi içeren ve paketli gıdaların tüketilmesi

kaygılandırmış ve bu gıdaların denetim ölçütlerine duyulan güvensizlik artmıştır. Böylelikle toplumda bilinç düzeyinin artışı ortorektik bireylerin artışına sebebiyet vermektedir (14).

3.2.3. Sosyal medyanın rolü

Sosyal medya, içinde bulunduğumuz zaman sürecinde “sağlıklı beslenme ve sağlıklı yaşam” konusunda toplumu bağımlı hale getirmekte önemli rol oynamaktadır (7).

3.2.4. Kişilik ve psikolojik faktörler

Bireylerde görülen kognitif ve algısal bozuklukların AN gelişimine sebep olacağı düşünülmektedir. Bireylerin zayıf görünümü olduklarını reddetme, bitkinlik, dermansızlık, yorgunluk gibi duygularını ve vücudun açlık halini kabul etmeme, algılama bozuklukları, yaşamsal etkin olamama hissi yaygın görülmektedir. AN gelişen hastalarda yüksek depresyon hali, anksiyete, obsesif kompulsif bozukluklar ve sosyal fobi oluşumu tespit edilmiştir (15).

3.3. Yeme Bozukluklarının Sınıflandırılması

Amerikan Psikiyatri Birliği, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V (DSM-V) kitabında yeme bozukluklarını 8 başlık olarak sınıflandırmıştır (4). Bunlar;

- Pika
- Ruminasyon Bozukluğu (Geri Çıkarma Bozukluğu)
- Kaçınan/Kısıtlayıcı Yiyecek Alım Bozukluğu
- Anoreksiya Nervoza
- Bulimiya Nervoza
- Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
- Tanımlanmış Diğer Beslenme veya Yeme Bozukluğu
- Tanımlanmamış Diğer Beslenme ve Yeme Bozukluğu

3.3.1. Pika

Pika, en az bir ay süreyle, devamlı, besleyici değeri olmayan maddelerin tüketilmesi durumudur (5). Çoğunlukla sebebi demir, bakır, çinko yetersizliğidir. Toprak, kum, ip, kağıt, kireç gibi yiyecek olmayan nesnelerin tüketimi

görülmektedir. Çocuk popülasyonda daha yaygın rastlanmaktadır. Çocukların buldukları nesneyi çözümleyebilmek amacıyla ağızlarına alması durumu ile karıştırılmamalıdır (16).

3.3.2. Ruminasyon bozukluk (Geri Çıkarma Bozukluğu)

Ruminasyon bozukluk, en az bir ay süreyle, besinlerin yutulduktan sonra tikslenme veya öğürme olmadan ağıza tekrar getirilmesi, çiğnenmesi ve yutulması durumudur. Çoğunlukla bir yaş altı bebeklerde veya mental gelişim sorunları olan bireylerde rastlanılmaktadır (17). Hayatın ileri dönemlerinde psikolojik rahatsızlıkları olan, depresif veya kaygılı erişkinlerde de görülmektedir. Ruminasyon olarak tanımlanan geniş getirme bozukluğunun çok sık görülen endikasyonlarında yetersiz beslenme, ağız kokusu, diş harabiyetleri, karın ağrısı, elektrolit dengesizlikleridir (18).

3.3.3. Kaçınan/Kısıtlayıcı yiyecek alım bozukluğu

Psikolojik ya da tıbbi nedenden kaynaklanmadan besin alımından kaçınılması veya kısıtlanması, yiyecek kıtlığı, kültürel yeme davranışları bozukluğudur. Önceki yıllarda DSM IV-TR’de “Tanımlanmayan Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu” kısmında yer alsa da belirginleşen semptomların özelleşmesiyle DSM-V’te ayrı bir kategoride bulunmaya başlamıştır. DSM-V’e göre anorektik ve bulimik kişilerde gözlemlenen kilo alma endişesi olmayan bunlardan bağımsız bir hastalıktır (4).

3.3.4. Anoreksiya nervoza

Yunanca kökenli bir kelime olan anoreksiya yeme arzusunun olmaması anlamına gelmektedir. Kaynaklarda ilk olarak 1500’lü yıllarda Simono Porto tarafından açlığın kutsal sayıldığı bu dönemde din uğruna dünyevi lezzetlerden vazgeçme olarak tanımlanabilen anoreksiya nervoza terimi kullanılmıştır. İlerleyen dönemlerde iştah kaybı, konstipasyon, hiperaktivite ve zayıflık gözlemlenen kadın vakalar bildirilmiştir (19).

Anoreksiya nervoza, Charles Laségue tarafından 1873 yılında klinik bir hastalık olarak açıklanmıştır (20). Günümüzde ise bireylerin kilo alma kaygısı, kilo almaya yönelik kısıtlayıcı besin alımı, oldukları ağırlığı koruyamama gibi davranışları olan beden imajının sıkça etkilendiği bir yeme bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (21).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nce 1994 yılından itibaren bağımsız bir grup olarak değerlendirilmiş olup beden algısı yönünde aşırı tedirgin ve vücut ağırlığının %15'ini kaybetme gibi ölçütler tanı kriterleri arasında yer almaktadır (19).

DSM-V' göre tanı kriterleri; (4).

A. Kişinin ihtiyaçlarına göre enerji alımını kısıtlaması, yaşı, cinsiyeti, gelişimi, vücut sağlığı durumunda açıkça düşük bir vücut ağırlığının olmasına sebep olur. Belirgin olan düşük vücut ağırlığı, normalde düşük olanın altında ya da çocuklar ve gençler için belirlenen en düşük ölçümlerin altında olarak tanımlanır.

B. Kilo artışından ya da şişman olmaktan çok tedirgin olma ya da açık bir şekilde vücut ağırlığının düşük olmasına rağmen kilo almayı zorlaştıran devamlı tutumlarda bulunma.

C. Kişinin vücut ağırlığını ya da vücut şeklini nasıl algıladığıyla alakalı bir bozukluk vardır. Kişi kendini yorumlarken vücut ağırlığı ve biçimine gereksiz bir önem yükler ya da o zamanki vücut ağırlığının önemini hiçbir zaman kavrayamaz.

Anoreksiya nervoza tipleri;

Kısıtlayıcı tür: Kişinin son üç ay içerisinde, tekrarlayan tıkanırcasına yeme ya da çıkarma (kendini kusturma, diüretik-laksatif kullanımı) dönemleri olmamıştır. Bu alt tür çoğunlukla diyet yaparak, neredeyse hiç yemeyerek ya da fazla spor yaparak kilo kaybedenleri tanımlar.

Tıkanırcasına yeme/çıkarma türü: Kişinin son üç ay içerisinde, tekrarlayan tıkanırcasına yeme ya da çıkarma (kendini kusturma, diüretik-laksatif kullanımı) dönemleri olmuştur.

3.3.5. Bulimiya nervoza

Bulimiya nervoza, "bous" (öküz) ve "limos" (açlık) kelimelerinde türetilmiştir. "Öküz kadar acıkmak" ya da "öküz yiyecek kadar aç hissetmek" anlamlarına gelir (22). Tekrarı olan tıkanırcasına yeme (kontROLSÜZ aşırı yeme) ve sonrasında pişmanlık duyup telafi edici davranış (kendini kusturma, laksatif kullanımı, aşırı spor) epizotlarıyla karakterizedir (23). 3 ay içerisinde haftada ortalama 2 defa tıkanırcasına yeme davranışıyla belirgin bir yeme bozukluğudur (22).

DSM-V' göre tanı kriterleri; (4).

A. Tekrarlayıcı tıkanırcasına yeme periyotları. Tıkanırcasına yeme periyotları iki koşul ile belirlidir:

1. Koşulların ve sürenin benzer olmasına karşın çoğu insanın yiyeceğinden çok fazla besini aynı sürede tüketmesi. (Örneğin iki saat)
2. Bu dönemlerde yemek yemeye ilgili kendini durduramaması, ne kadar yediğini denetleyemediği hissin varlığı.

B. Kilo alımından kaçınmak amacıyla, kendini kusturma, laksatif kullanımı, idrar söktürücü ilaçların yanlış kullanımı, aşırı egzersiz, besin reddetme gibi tekrarlayan uygunsuz davranışlar uygulama.

C. Bu tıkanırcasına yeme periyotlarının ve uygunsuz telafi davranışlarının üç ay içerisinde en az haftada bir kez yaşanması.

D. Bireysel değerlendirmede, vücut şeklinden ve ağırlığından fazlaca etkilenme.

E. Bu yeme bozukluğu sadece anoreksiya nervoza durumlarında ortaya çıkmamaktadır.

Bulimiya nervoza tipleri;

Tam olmayan yatışma gösteren: Bazı tanı kriterlerinin bulunmasına rağmen hepsi yoktur ve bir kısmı uzun sürelidir.

Tam yatışma gösteren: Tanı kriterlerinin tamamı bulunmasına karşın bu kriterlerin hiçbiri uzun süreli değildir.

3.3.6. Tıkanırcasına yeme bozukluğu

İlk kez Albert Stunkard tarafından 1959 yılında tekrarlayan yeme atılımları olarak tanımlanmıştır (24). BN ile benzer yeme davranışları ve kompulsif davranışlar bulunmasına rağmen bulimik bireylerde gözlemlenen sonradan pişmanlık duygusu ile kendini kusturma davranışı gözlenmemektedir (25).

DSM-V' göre tanı kriterleri; (4)

A. Tekrarlayıcı tıkanırcasına yeme dönemleri aşağıdakiler ile belirlidir.

1. Koşulların ve sürenin benzer olmasına karşın çoğu insanın yiyeceğinden çok fazla besini aynı sürede tüketmesi. (Örneğin iki saat)
2. Bu dönemlerde yemek yemeye ilgili kendini durduramaması, ne kadar yediğini denetleyemediği hissin varlığı.

B. Tıkanırcasına yeme dönemlerinde aşağıdakilerden üç tanesi de gözlemlenir:

1. Normalden çok hızlı yeme.

2. Rahatsızlık verecek durumda tokluk hissedene kadar yeme.
 3. Bedensel açlık olmazken çok fazla yeme.
 4. Çok fazla besin tüketiminden çekindiği için bu dönemleri yalnız yaşama.
 5. Yeme atakları sonrası kendinden utanma, iğrenme ya da suçluluk hissine kapılma.
- C. Tıkanırcasına yeme davranışıyla alakalı açık bir sıkıntı bulunur.

D. Bu tıkanırcasına yeme davranışları, ortalama olarak üç ay içinde minimum haftada bir kez yaşanmıştır.

E. Tıkanırcasına yeme bozukluğunda, BN’da görüldüğü gibi telafi edici davranışlar bulunmaz ve yalnızca AN ya da BN sırasında ortaya çıkmamaktadır.

3.3.7. Tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu

Klinik açıdan açıkça bir problem oluşturan ve toplumsal, işle ilgili alanlarda fonksiyonellik yönde düşüş gözlemlenen, yeme bozukluğunun belirtilerinin gözlemlenebilir olduğu fakat yeme bozuklukları çeşitlerinde herhangi birisi için tanı kriterlerinin tam karşılanmadığı durumlarda bu kategori kullanılır (4).

“Tanımlanmış diğer” adının kullanılabileceği bazı örnekler aşağıdaki gibidir;

1. Değişik tür (atipik) AN: Belirgin kilo kaybı gözlemlenirken kişinin vücut ağırlığı normal sınırlar içerisinde veya üzerinde seyretmesine karşın AN’nın tüm tanı kriterleri bulunur.
2. Bulimiya nevroza (düşük sıklıkta ve/ya da sınırlı süreli): Tıkanırcasına yeme davranışı ve telafi edici uygunsuz davranışları haftada bir kez den az ya da üç aydan kısa süreli gözlemlenmesine karşın BN’nın diğer tüm tanı kriterleri bulunur.
3. Tıkanırcasına yeme bozukluğu (düşük sıklıkta ve/ya da sınırlı süreli): Tıkanırcasına yemenin haftada bir veya 3 aydan daha kısa süreli sürmesi dışında BN’nın tüm tanı kriterleri bulunur.
4. Çıkarma bozukluğu: Vücut ağırlığını koruma ve beden algısını etkilemek üzere tıkanırcasına yeme olmaksızın, tekrarlayan çıkarma davranışında bulunma. (laksatif-diüretik ilaç kullanımı gibi)
5. Gece yemek yeme bozukluğu: Akşam öğününden sonra besin tüketimi ya da uykudan kalıp yemek yeme davranışı tekrarlanır. Gece yemek yeme bariz problemlere ya da fonksiyonellikte azalmalara sebebiyet verir. Başka bir ruhsal bozukluk, sağlık durumu ya da bir ilacın etkisinden bağımsızdır (4).

3.3.8. Tanımlanmamış diğer beslenme ve yeme bozukluğu

Klinik açıdan bir problem oluşumu yaratan, toplumsal ve sosyal yönden fonksiyonel bir düşüğe sebep olan fakat bu belirtilerin diğer tanı kategorilerinde olan tanı kriterlerini karşılamadığı durumlarda bu grup kullanılır. Tanımlanmamış diğer beslenme ve yeme bozukluğu grubu, yeme bozukluğunun herhangi bir kişi için tanı kriterlerini karşılamamasının özel sebebi klinisyenlerce belirtilmek istenmediğinde ya da özgül tan belirlemede yeterli veri bulunmadığı zamanlarda kullanılır (4).

3.4. Yeme Bozukluklarının Tedavisi

Uluslararası Yeme Bozuklukları Uzmanları Birliği ve Yeme Bozuklukları Akademisi yeme bozukluklarını tedavisi üzerine multidisipliner bir ekip oluşumu gerekliliğini belirtmektedirler. Buna ek olarak ekibin içerisinde hekim, beslenme ve diyet uzmanı, psikiyatrist-psikolog, hemşire, sosyal hizmet uzmanı gibi mesleki birimler yer almalıdır. Yeme bozukluklarının tedavisi için uygulanan yöntemler şunlardır (24):

- Bilişsel- Davranış Terapisi
- Diyalektik Davranış Terapisi
- Tıbbi Beslenme Tedavisi
- Kişiler Arası Psikoterapi
- Psikofarmakoterapi
- Aile Yaklaşımlarını Kapsayan Terapi Uygulamaları

3.4.1. Bilişsel davranış terapisi

Bilişsel teori, psikolojik problemi olan bireylerde ayrık ya da işlevsiz düşünce yapısının bireylerin ruhsal-davranışsal bozukluklara yol açabileceğini belirtir. 1967 yılında Aaron Back tarafından kognitif-davranışsal terapisi depresyon konusunda ortaya atılmıştır. Günümüzde de AN, BN, tıkanırmasına yeme bozukluğu için bu model kullanılmaktadır.

Bilişsel Davranışsal Tedavi, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından BN tedavisi için altın standart olarak kabul edilir ve 20 haftayı geçen sürede 19 oturum olarak uygulanır. Tedavinin birinci basamağında bireyin belik algısı, uyguladığı diyet-egzersiz programları tanımlanır. Tedavide asıl hedef kişinin beden algısını olumlu

yönde değiştirmek ve sağlıklı kilo verme için beslenme ilkelerini benimsetmek ve uzun süre nu düşüncenin korunmasını sağlamaktır (24).

3.4.2. Diyalektik davranış terapisi

Diyalektik davranış terapisi, Borderline kişilik bozukluğu adı verilen intihar eğilimi ve kendine zarar verme düşüncesi olan kişilerde 1990'lı yıllardan sonra kullanılmaya başlanılan bir tedavi yöntemidir. Marsha Linehan tarafında 1970'li yıllarda Washington Üniversitesi'nde belirgin duygusal bozukluğu olan ve kendine yönelik zararlı davranışları olan bireyleri tedavi etmek amacıyla geliştirilmiştir (24). Bireylerin otokontrol sağlamaları, davranış tahlilleri, ani gelişen olayların yönetimi gibi davranış ilkeleri kazandırmak tedavinin asıl amaçlarındandır (26).

3.4.3. Tıbbi beslenme tedavisi

Kaynaklarda bireylerin fiziksel görünümelerini iyileştirme amaçlarının, beslenme davranışlarını yönlendirdiği belirtilmektedir. Amerikan Psikiyatri Birliği, Amerika Diyetisyenler Derneği ve Ulusal Yeme Bozuklukları Derneği beslenme yordamlarının düzenlenmesi tedavinin önemli bir aşama olduğunu bildirmektedirler (24).

Bireylerin; besin ihtiyaçları, bireysel seçimleri, beslenme özellikleri, egzersiz çeşitleri, besin seçimleri, gıda takviye kullanım durumları, ilaç kullanımları yönünde yapılan geniş çapta araştırmalar tıbbi beslenme tedavisinde önemlidir. Tıbbi beslenme tedavisini oluşturan temel bileşenler; teşhis, beslenme planına yönelik müdahale, genel izlemler ve değerlendirmedir (27).

Beslenme tedavisi değerlendirme parametreleri; antropometrik incelemeler(vücut ağırlığı, boy uzunluğu vb.), davranış değerlendirmeleri (anksiyete durumu, obsesyon varlığı, alışkanlıklar vb.), klinik değerlendirmeler (kullanılan ilaçlar, medikal geçmiş, kan tahlilleri vb.), diyet değerlendirmesi (alerji durumu, su tüketimi, öğün düzeni vb.), çevresel değerlendirmeler (stres kaynakları, aile ve yakın çevre değerlendirmesi vb.) 'dir (24).

Beslenme tedavisi müdahale planın geliştirilirken aşağıdaki etkenler göz önünde bulundurulmalıdır (24);

1. Enerji Gereksinimleri
2. Beslenme Biçiminin Tanımlanması (Oral, Enteral, Parenteral)

3. Makro Besin Gereksinimleri (Protein, Karbonhidrat, Yağ)
4. Mikro Besin Gereksinimleri (Vitamin, Mineral)
5. Yemeğin Planlanması
6. Ağırlık Hedeflerinin Belirlenmesi.

3.4.4. Kişiler arası psikoterapi

Kişiler Arası Psikoterapi, kişiler arasında oluşan problemlerde, psikolojik belirtilerin belirlenmesi ve önlenmesine yönelik çalışmaları içeren kanıt esasına yönelik uygulamalardır. Kişilerin çevreleriyle iletişimi sayesinde sosyalleşmeyi artırılması ve kişilerin psikolojik bozukluklarının iyileştirilmesi amaçlanır (28).

3.4.5. Psikofarmakoterapi

Yeme bozukluklarının tedavisinde belirti ve komplikasyonların azaltılması veya iyileştirilmesi amacıyla sıkça uygulanan yöntemlerden biri olan psikofarmakoterapi; antidepresan, antipsikotikler ve ruh hali düzenleyici ilaç kullanımını kapsar (29).

3.5. Ortoreksiya Nervoz

3.5.1. Tanımı

Ortoreksiya nervoz 1997 yılında Dr. Steve Bratman tarafından “sağlıklı beslenmeye yönelik sağlıklı saplantı” olarak tanımlanmıştır (9). Bu terim, Yunancada sıkı ve doğru anlamına gelen “ortho” dan ve açlık anlamına gelen “orexis” kelimelerinden türetilmiştir (7). Ortoreksiya “doğru beslenme” anlamı taşımaktadır. Steve Bratman’a göre sağlıklı beslenmenin patolojik saplantılı halidir ve amaç sağlığın korunması ve iyileştirilmesidir (30).

Bu bozukluğu ortaya çıkaran Bratman kendini iyileşmekte olan bir ortoreksiyalı olarak nitelendirmektedir. Bratman’a göre amaç zayıf olmak değil kendilerini fazla kilolu hissetmemek, beslenmenin kalitesi ile hayat kalitesinin artması düşüncesinin uzun süreli zihin uğraşı haline gelmesiyle sağlıklı beslenmenin abartılı şekilde yaşanmasıdır (31).

1970’li yıllardan itibaren araştırmalarını yeme davranışları üzerine yoğunlaştıran Bratman ve David Knight 2000 yılında “Health Food Junkies” adlı kitapta bileştirdikleri tecrübelerini yayımlayarak ON’ya yönelik araştırmalar için literatürde

önemli bir kaynak olmuştur. Kitabın yayımlanmasından sonra 2004 yılında, Roma La Sapienza Üniversitesi araştırmacıları ORTO-15 olarak tanımlanan bir test yöntemi ile bu konuda prevelans bulmaya yönelik ilk deneysel araştırmayı yapmışlardır (32).

Bu yeme bozukluğu, zayıf olma değil sadece ‘saf’ besinlerin tüketimi ile ilgili takıntıdır. İleriki dönemlerinde yalnızca çığ besinlerin tüketimi ya da öğünlerde tek renk beslenme gibi obsesyonlara kadar ilerleyebilmektedir (33).

Ortoreksiya nervoza bireylerin yaşamını etkileyen “saf” besinlerin tüketimi doğrultusunda diyet yapılan obsesyon durumudur. Hastada obsesif bozukluklar meydana geldiğinde ON tanısı konulabilmektedir fakat obsesyon durumu besinlerin miktarıyla değil kalitesi ile ilişkilidir. İyi bilinen yeme bozukluklarından olan AN ve BN ile benzerlik gösterse bile anorektik ve bulimik bireylerin yemek miktarı konusunda dikkatliken ortorektikler besin kalitesini hedef alırlar. Her üç yeme bozukluğu da yaşamlarında besinlere uç değer yüklemektedirler (13).

Ulusal Yeme Bozukluğu Derneğine göre ON, sağlıklı beslenme doğrultusunda zararsız kabul edilebilecek şekilde başlamaktadır. Ayrıca ON başlangıcının, kronik rahatsızlıkları olan bireylerin sağlığı iyileştirmek ya da var olan hastalıkların semptomların azaltılmasına yönelik çabalarının olduğu düşünülmektedir. Kişilerin yeme davranışlarının farklılaşmasıyla sağlıklı beslenme üzerine daha sert kuralları oluşur ve uygulanmadığı takdirde suçluluk, başarısızlık hissine yönelik saplantılar oluşur. Oluşan bu saplantı hali kişilerde besin seçimi, enerji alımında eksiklikler, sosyal ve aile yaşamlarında olumsuzluklar gibi hayatı ve sağlığı olumsuz etkileyen bir hal almaktadır (34).

Ortoreksiya nervoza’nın başlangıç nedenleri henüz tam olarak bilinmese de pek çok etkenin rol oynadığı düşünülmektedir. Bilinen diğer yemek bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluğuna benzer nörokognitif bozuklukların varlığı bilinmektedir (35). Bireylerde görülen mükemmel olma arzusu, narsisizm, duygusuz dengesizlikler, obsesif kompulsif bozukluk ve beslenme ile ilgili vegan/vejeteran beslenme, diyet yapma tutumları gibi kişisel risk etmenleriyle ON arasında pozitif ilişki varlığı bulunmaktadır. Ayrıca alkol ve madde bağımlısı olmamak ve sosyal medya kullanımı da risk etmenlerindedir (36).

Ortoreksiya nervoza tanısı bulunan bireylerde, mükemmele ulaşma çabasının ilerlemesi ile besin alımını giderek kısıtlama eğilimindedirler. Bu sebeple ortorektik bireylerin öğünlerinde besin çeşitliliği oldukça azalmakta ve sonuç olarak malnütrisyon gelişme riski artmaktadır (37-38). Malnüstriyona ek olarak menstrüasyon döngüsünde dengesizlikler ve kan basında azalmaya bağlı kalp problemleri de oluşabilmektedir (37).

3.5.2. Tanı kriterleri

DSM-V tanı ölçütlerinde farklı bir yeme bozukluğu olarak yer almadığı için henüz kesin tanı yapılabilecek geçerli bir kriteri bulunmamaktadır. Fakat konu üzerinde çalışan araştırmacılar aşağıdaki tanı kriterlerini oluşturmuşlardır;

- Vaktinin çoğunluğunu (günde 3 saatten fazla) alışveriş yapmak ve sağlıklı olduğunu düşündüğü besinleri hazırlamayı planlamak.
- Sağlıklı beslenme tutumlarının diğer beslenme davranışlarından daha değerli olduğu algısı.
- Sağlık-besin bakımından özel bir diyet programını uygulamak ve bu diyetle uyumsuzluklar olduğunda telafi amaçlı kısıtlı gıda tüketimi.
- Uyguladığı sağlıklı diyete karşı benlik algısı hissi. (diyetteki uyumsuzluklarda suçluluk duyma ve kendinden nefret etme.)
- Sağlıklı beslenme alışkanlığı öncesinde yapmaktan mutluluk duyduğu faaliyetler yerine sağlıklı beslenme düşüncesinin yerleşmesi (39).

3.5.3. Etiyolojisi

Araştırmacılar ON oluşumuna sebep olabilecek farklı konular üzerinde yoğunlaşmaktadırlar. Örneğin; ailedeki alışkanlıklar, bireyin daha önceki hastalıkları, sosyal çevrenin davranışları, bireyin bazı gıdalar ile ilgili olumsuz düşünceleri ON gelişimi için sebep olarak gösterilmektedir. Ayrıca psikolojik ve biyokimyasal etkenler ya da genetik faktörlerin de yeme bozukluklarının oluşumunda önemli birer etken olduğu düşünülmektedir. Özellikle, psikolojik etmenlerin baskın olduğu veya önceki hastalıklardan kaynaklandığı daha etkili olduğu savunulmaktadır (40).

3.5.4. Belirtileri

Ortoreksiya nervoza'da görülen belirtiler AN belirtilerine benzerdir. Bunlar; bedeninden memnun olmama, tıkanırcasına yeme tutumu, affektif bozukluklar, beslenmede yapılan kısıtlamalar bağlı tıbbi problemler, kilo kayıpları olarak belirtilmektedir. Ayrıca depresif ruh hali, anksiyete, stres, sosyal çevreden uzaklaşmak, fobilerde artış belirtiler arasında gösterilebilir.

Ortorektik kişilerde gözlemlenen mükemmel olma isteği, gelecek kaygısı, takıntılı duygu hali, obsesiflik gibi davranışlar ortoreksik tutumların saptanmasında kullanılmaktadır (41). Yapılan bazı araştırmalara göre ON olan bireyler nörotik ve obsesif kompulsife benzer belirtiler göstermeye ek olarak anksiyete, kaçınma-bağlanma, kontrol ihtiyacı hissetme gibi tutumlarla ayırt edilebilmektedir (42).

Ortoreksiya nervoza gelişen bireyler besinlere karşı titiz tutumları pestisit-kimyasal içerikli gıdalar, tatlandırıcılar, genetiği farklılaştırılan gıdalar, sağlıksız yağlar, şeker ve tuz oranı yüksek gibi zararlı düşündükleri besinlerin tüketimini kısıtlar. İleriki dönemlerde bireyler bireysel tarifler geliştirirler. Zamanla bu kısıtlamalar mutfak araç-gereçlerinin seçimini etkilemeye başlar. Bu takıntılı davranışlar sosyal çevreden kendini soyutlama, yalnızlığa ve kendinden duygusal olarak memnun olmama durumlarına yol açmaktadırlar (43).

3.5.5. Risk Faktörleri

3.5.5.1. Cinsiyet faktörü

Yapılan birçok kapsamlı araştırmaya göre farklı cinsiyetlerde farklı sonuçlar bulunduğundan henüz netleştirilmiş bir sonuç bulunmamaktadır. Kadınların fiziksel görünümlerine dikkat etmeleri ve zayıf olma arzusu ortoreksiya eğilimlerinin yüksek olacağı düşüncesini vermesine karşın erkeklerde görülen iyi görünme isteği ve ağırlık çalışmalarının sonucu sağlıklı beslenme davranışlarına götürmektedir.

Kadın bireylerde ortoreksiya prevalansının yüksek bulunduğu çalışmalar bulunmaktadır (44-45-46). Bu duruma ters olarak erkeklerde sıklığın yüksek olduğu çalışmalar da bulunmaktadır (47-48).

3.5.5.2. Yaş

Yapılan farklı araştırmalarda yaş ile ON arasındaki ilişki de çelişkilidir. Bazı çalışmalar yaş arttıka ON sıklığının artacağını ortaya koyarken yapılan başka araştırmalarda 21 yaş üzeri genç öğrencilerin ON sıklığı yüksek bulunmuştur. (49).

3.5.5.3. Sosyal Medyanın Rolü

Yeme bozuklukları üzerine sosyal medyanın etkisinin araştırıldığı çalışmalar fazla olmasına karşın ON için çok fazla araştırma bulunmamaktadır. Fakat yapılan araştırmalar sosyal medyanın ON gelişimine etkisi olduğunu göstermiştir (50-51).

Geçmiş zamanlarda besin hazırlama yöntemleri yemek kitaplarından, komşulardan ya da yakın çevredeki insanlar aracılığıyla öğrenilmekteyken günümüzde televizyon programları, internet siteleri, sosyal medya bloglar kullanılmaya başlandı. Bu konuda sosyal medyanın yaygınlaşması bireylerde besinlerin satın alımından pişirmesine kadar tüm yeme ve besin döngüsünü etkilemektedir. Ayrıca kişilerin besinlerle ilgili bilgileri sosyal medyadan alması zamanla yemek kültüründe değişmelere de sebep olmaktadır (52-53).

3.5.5.4. Sosyal standartların rolü

Arusoğlu'na göre insanların görünümlerindeki motive edici eylem insan gibi yemek yeme iken bunun ardında saklı olan etken "toplum standartlarına göre zayıflama" amacıdır (6). Ayrıca toplumda ON'nın davranış-yeme bozukluğu olarak görülmemesinin sebebi; toplumda sağlığı destekleyen davranışların doğru kabul edilmesi ve bu davranışların ilerlemesinin kişilerde oluşturacağı sonuçların görmezden gelinmesidir.

Ancak günümüzde doğal gıdalara erişimin zorlaşması, fabrikasyon ve seri üretim yapılan gıdaların oluşturduğu güvensizlik, kişilerin besinlere karşı kaygılanmasına sebep olmaktadır.

3.5.5.5. Sağlık eğitiminin rolü

Ortoreksiya nevroza prevelansı üzerine yürütölen araştırmalarda, doktor, diyetisyen, hemşire, ebe gibi sağlık çalışanı gruplarda ya da bölümlerde okuyan öğrenci gruplarında sıklığı yüksek bulunmuştur. Buna ek olarak performans sanatçıları, yoğa eğitmenleri, spor alanında profesyonel olarak çalışan kişiler ya da

bu bölümlerde okuyan öğrencilerde de topluma göre yüksek oranda ON tespit edilmiştir (54).

Sağlık eğitimi almış ya da almakta olan bireylerde bu oranın yüksek olması, beslenmenin sağlık üzerine etkileri hakkında bilgi sahibi olmaları ve bu konulara karşı daha hassas olmaları neden olabilmektedir (55).

3.5.6. Komplikasyonları

Ortoreksiya nervoza da anorektik ve bulimik bireylerde gözlemlenen, kilo kaybı, amenore, yeme bozuklukları gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Fakat AN'da olan eksik besin alımı ya da BN'da olan kendini kusturma, diüretik kullanımı telafi edici davranışlar gözlemlenmez. Bu bireylerde besinin miktarı değil salıkları ve saf oluşu daha önemlidir. Yapılan bu incelemeler yakın gelecekte ortorektik birey sayısında artma yaşanacağını düşündürmektedir (6).

Ortorektik kişilerin gün içerisinde sağlıklı beslenme ve buna bağlı gelişen obsesyonları için zamanının büyük çoğunluğunu harcadıkları gözlemlenmiştir. Ayrıca bu sert kurallar dahilinde sağlıksız ya da kötü beslendiklerinde kendilerini cezalandırdıkları bildirilmektedir (31). Genellikle kibirli oluşları, başkasının hazırladığı besini tüketmeme, sosyal yaşamdan ve yakınlarından izole yalnız bir hayat yaşama isteklerinin oluşu bilinmektedir. Diğer yeme bozukluklarında da gözlemlenen anksiyete, depresyon, stres, mükemmel olma gayesi ON'da da görülmektedir (37).

3.5.7. Tedavisi

Ortoreksiya nervozanın tanı kriterlerinin belirlenmemiş olması ve oluşumunda çok faktörlü sebepler bulunabildiği için tedavisi zordur. Ayrıca tedavisinde doktor, diyetisyen ve psikoterapistlerin bulunduğu multidisipliner bir ekip gereklidir. Tedavinin ilk basamağını yeteriz beslenmede ortaya çıkan sorunların giderilmesi oluşturur ve temelde olan düşünce yeterli ve dengeli beslenmektir (56).

Farklı firmalara ait (Prozac, Paxil, Zolaf gibi) selektif geri serotonin geri alım inhibitörlerinin tedavisi de olumlu sonuçlar verdiği bildirilmiştir (37). Buna ek olarak komorbis major depresyon seyreden bireylerde vitamin, mineral ve omega-3 takviyesi de başarılı sonuçlara ulaştırmıştır (57).

Besinleri “iyi-sağlıklı” ve “kötü-sağlıksız” olarak sınıflandırma eğiliminde bulunan ortorektik bireyler için orta noktada bulunan besin grubu yoktur. Bu bireylerin normal beslenmeye teşvikinde orta kesimde bulunan besinlerin belirlenmesi yöntemi kullanılmalı ve sağlıksız olduğunu düşündükleri besin tüketiminden sonra gerçekleşen suçluluk duygusunu giderici yaklaşımlar benimsenmelidir (58).

Diyetisyen olan Miller, bu bireylerde besin algılarının değiştirilmesi ve besinler üzerindeki katı kuralların giderilmesi gerektiğini belirtmektedir. Bu uygulamaların zaman alıcı oluşuna değinen Miller’e göre beslenme eğitimi, küçük yaşlarda ve mümkünse okul öncesi dönemde verilmelidir. Sonraki amaç ise istenildiği zaman istenilen besinin tüketimi olarak da nitelendirilebilen “sezgisel beslenme” için bilinç-beden bağlamı üzerine çalışmak olmalıdır. Ayrıca tedavide kişilerin yaşamlarının ve özdeğerlerinin yalnızca besinler etrafında dönmediğini öğretilmesi gerektiğini savunan Miller, bu tip vakalarda sağlıklı beslenme planlarına ek olarak egzersiz yapmaları, aile ile birlikte vakit geçirmeleri, sosyal yaşama entegrasyon ve eğlenmek için zaman ayırmaları gerektiğinin unutulmamasını vurgulamaktadır (31).

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma, sağlık personellerinde ON sıklığının belirlenmesi amacıyla Gercüş Devlet Hastanesi'nde çalışan sağlık personellerine uygulanan tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırmadır.

4.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma, kurumdan alınan 12.11.2020 tarihli onay ve E-32052763-044 sayılı izin ile 12.11.2020-09.04.2021 tarihleri arasında Gercüş Devlet Hastanesi'nde yapıldı.

4.3. Araştırmanın Evreni

Araştırma evrenini Gercüş Devlet Hastanesi'nde çalışan doktor, diş hekimi, eczacı, psikolog, ebe, hemşire, sağlık memuru, laboratuvar-röntgen teknisyeni ve tıbbi sekreterlerin toplam sayısı olan 112 kişi oluşturmaktadır.

4.4. Araştırmadaki Değişkenler

4.4.1. Bağımsız değişkenler

- Yaş
- Cinsiyet
- Öğrenim durumu
- Meslek
- Medeni durum
- Boy uzunluğu, Vücut ağırlığı ve Vücut yağ yüzdesi

4.4.2. Bağımlı değişkenler

- Orto-11 Test Puanı

4.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak anket kullanıldı. Araştırmacı anketleri personele yüz yüze iletişim ile uygulandı. Veri toplama aracının geliştirilmesi aşamasından önce, araştırmanın temellendirilmesi ve belirlenen amaca ulaşılabilmesi için konuyla ilgili İngilizce ve Türkçe literatürler (tez, makale, bildiri, kitap, bilimsel araştırma vb.) incelendi. Bu işlem sonucunda veri toplamada 3 kısımdan oluşan;

- Kişisel Bilgi Formu
- Antropometrik Ölçümler
- ORTO-11 Ölçeği kullanıldı.

4.5.1. Kişisel bilgi formu

Araştırmaya katılan sağlık personellerinin tanıtıcı olarak yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, meslek, medeni durum yer almaktadır.

4.5.2. Antropometrik ölçümler

Araştırmaya katılan personellerin antropometrik ölçümleri TANİTA MC780-MA vücut analiz cihazıyla araştırıcı tarafından ölçülüp not edildi.

Ölçüm sonuçları Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) sınıflandırılmasına göre değerlendirildi (World Health Organization, 2000).

BKI Sınıflandırması;

Tablo 1. BKİ Sınıflandırması

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

(<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>)

Erişim tarihi: [17.05.2021]

Tablo 2. Vücut yağ sınıflandırması

Cinsiyet	Yaş aralığı	Vücut yağ oranı değerleri sınıflandırılması (%)		
		Düşük	Normal	Yüksek
Kadın	20-29	10-18	18-26	26-30
	30-39	11-20	20-28	28-32
	40-49	12-22	22-31	31-34
Erkek	20-29	7-10	10-20	20-24
	30-39	8-14	14-23	23-26
	40-49	9-17	17-25	25-28

(https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1) Erişim Tarihi. [17.05.2021]

4.5.3. ORTO-11 ölçeği

ORTO-15 ölçeği ilk kez 2005 yılında Donini ve arkadaşları tarafından Bratman'ın oluşturduğu Bratman's Orthorexia Test (BOT) adlı "evet" ya da "hayır" cevaplarının bulunduğu 10 maddelik sorulardan hazırlanmıştır. ORTO-15 testi dörtlü likert tipte cevaplanacak şekilde geliştirilmiştir. Cevaplamalar "her zaman", "sık sık", "bazen" ve "hiçbir zaman" yanıtlarından birinin seçilmesiyle oluşur. Ortoreksiyayı gösteren yanıtlar 1, normal yeme davranışı olan yanıtlar ise 4 puan'dır. 2, 5, 8 ve 9 numaralı maddelerin puanlaması ters şekilde olmaktadır. 1 ve 13 numaralı maddelerde ise "her zaman" için 2, "sık sık" için 4, "bazen için" 3 ve "hiçbir zaman" yanıtının değeri 1 şeklindedir. Testten alınan total puan düştükçe ortorektik eğilim artmaktadır (32).

Ülkemizde Türkçeye uyarlamasının geçerlik ve güvenirlik çalışması 2006 yılında Arusoğlu tarafından yapılmıştır. Yapılan bu çalışmaya göre 0.50 ve altı değeriyle faktörlere yüklenen maddeler çıkarılmıştır. Ölçekte ORTO-15'de bulunan 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13 ve 14 numaralı maddeler yer almıştır ve bu haliyle 11 soruluk bir ölçek oluşturulmuştur. Ölçekte yalnızca 8. soru ters şekilde puanlanmakta ve ölçekte alınan puan en çok puan 44 en az puan 11 olup %25'lik dilim kesim noktası olarak belirlenmiştir (6). Çalışmamızda kesim noktası Arusoğlu'nun Türkçeye uyarlama çalışmasındaki yöntemle belirlendi. ORTO-11 ölçeğinin değerlendirilmesi için kullanılan kesim noktası %25'lik dilimde 24 olarak belirlendi ve bu değerin altı ortorektik olarak değerlendirildi (6).

Tablo 3. ORTO-11 test puanlarına göre yüzdeliğe denk gelen değeri

	Yüzdeliğe						
	25	50	75	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maximum
Nokta Değerler	24	26	28	25,9	3,7	18	36

p<0,05

4.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucu elde edilen veriler ‘SPSS 22.0 for Windows’ paket programı kullanılarak değerlendirildi. Verilerin istatistiksel analizinde Ki-kare testi ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Tüm değerlendirmelerde $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edildi.

4.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Hipotezleri

Araştırmanın Sınırlılıkları;

Araştırmada yalnızca Gercüş İlçe Devlet Hastanesi’nde çalışan sağlık personellerine yönelik ON sıklığının bulunması ve etkenler ile ilişkisinin incelenmiş olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

Araştırmanın Hipotezleri;

- Sağlık personellerinde ortoreksiya nevroza riski yüksektir.
- Sağlık personellerinde ortorektik eğilim ile sosyodemografik etkenler arasında ilişki vardır.

5. BULGULAR

Tablo 4'te çalışmaya katılan sağlık çalışanlarına ait sosyodemografik değişkenlerin dağılımları yer almaktadır. Buna göre katılımcıların yaş ortalaması $29,8 \pm 6,1$ 'dir. Katılımcıların %27,7'sinin 20-24 yaş arasında, %37,5'inin 25-29 yaş arasında ve %34,8'inin 30 yaş ve üzerinde olduğu saptandı. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %51,8'i erkek, %48,2'si kadındır. Öğrenim durumlarına göre gruplandırıldığında ise %12,5'i lise mezunu iken %87,5'i üniversite mezunu sağlık çalışanıdır. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %44,6'sı bekar, %55,4'ü evlidir. Araştırmaya katılan 112 birey beden kitle indeksine göre gruplandırıldığında %3,6'sı zayıf, %58,9'u normal, %31,3'ü fazla kilolu ve %6,3'ü obez olarak tespit edildi. Katılımcı sağlık çalışanlarının %8,9'u düşük, %38,4'ü normal ve %52,7'si yüksek vücut yağ yüzdesi aralığında bulunmaktadırlar.

Tablo 4. Çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

Sosyodemografik Değişkenler		n	%
Yaş	20-24 yaş arası	31	27,7
	25-29 yaş arası	42	37,5
	30 yaş ve üzeri	39	34,8
Cinsiyet	Erkek	58	51,8
	Kadın	54	48,2
Öğrenim durumu	Lise	14	12,5
	Üniversite	98	87,5
Medeni durum	Evli	50	44,6
	Bekar	62	55,4
Beden Kitle İndeksi	<18,5 (zayıf)	4	3,6
	18,5-24,9 (normal)	66	58,8
	25,0-29,9 (fazla kilolu)	35	31,3
	30,0 ve üzeri (obez)	7	6,3
Vücut yağ yüzdesi	Düşük	10	8,9
	Normal	43	38,4
	Yüksek	59	52,7
TOPLAM		112	100,0

Tablo 5'te çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının mesleki dağılımları bulunmaktadır. Buna göre katılımcıların %14,3'ü doktor, %0,9'u eczacı, %0,9'u diş hekimi, %0,9'u diyetisyen, %0,9'u psikolog, %37,5'i hemşire, %13,4'ü ebe, %11,6'sı sağlık memuru, %7,1'i laboratuvar teknikeri, %4,5'i tıbbi sekreter ve %8,0'ı radyoloji teknikeridir.

Tablo 5. Çalışmaya katılan bireylerin mesleki dağılımları

Meslek	n	%
Doktor	16	14,3
Eczacı	1	(0,9)
Diş Hekimi	1	(0,9)
Diyetisyen	1	(0,9)
Psikolog	1	(0,9)
Hemşire	42	37,5
Ebe	15	13,4
Sağlık Memuru	13	11,6
Laboratuvar Teknikeri	8	7,1
Tıbbi Sekreter	5	4,5
Radyoloji Teknikeri	9	8,0
TOPLAM	112	100,0

Tablo 6'da çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının sağlıklı beslenme ile ilgili bilgilere ulaşım kaynaklarının dağılımı yer almaktadır. Sağlıklı beslenme ile ilgili bilgilere ulaşımında en çok tercih ettiği kaynaklarda katılımcıların cevapları; %16,1'i aile, %3,6'sı arkadaş, %8,9'u kitap, %15,2'si sosyal medya, %24,1'i tv/internet, %8,0'ı dergi/makale, %8,0'ı doktor, %16,1'i diyetisyen şeklindedir.

Tablo 6. Çalışmaya katılan bireylerin sağlıklı beslenme ile ilgili bilgilere ulaşmada en çok tercih ettikleri kaynakların dağılımı

Bilgiye Ulaşım Yolu	n	%
Aile	18	16,1
Arkadaş	4	3,6
Kitap	10	8,9
Sosyal Medya	17	15,2
Tv/internet	27	24,1
Dergi/makale	9	8,0
Doktor	9	8,0
Diyetisyen	18	16,1
TOPLAM	112	100,0

Tablo 7’de çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının ortorektik eğilim göstermelerine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre katılımcıların %33,0’ında ortorektik eğilim bulunurken %67,0’ında ortorektik eğilim bulunmamaktadır.

Tablo 7. Çalışmaya katılan bireylerin ortorektik eğilim gösterme dağılımı

Ortoreksiya Nervoza Eğilimi	n	%
Ortorektik eğilim gösteren kişiler	37	33,0
Ortorektik eğilim göstermeyen kişiler	75	67,0
TOPLAM	112	100,0

Tablo 8’de çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarında ortorektik eğilimde bulunma durumu ile yaş arasındaki ilişki incelendi. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarından yaşı 20-24 arasında olan bireylerin %32,3’ü, yaşı 25-29 yaş arasında bulunan bireylerin %31,0’ı, yaşı 30 ve üzerinde bulunan bireylerin ise %35,9’ortoreksiya nevroza eğilimi göstermektedirler. Yaş grupları ile ortorektik eğilimi gösterme oranları arasında istatistiksel açıdan bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 8. Çalışmaya katılan bireylerin yaş grupları ve ortorektik eğilim durumuna göre karşılaştırılması

Yaş	Ortorektik eğilim gösterenler		Ortorektik eğilim göstermeyenler		Toplam	p değeri
	n	%	n	%		
20-24 yaş arası	10	32,3	21	67,7	31	
25-29 yaş arası	13	31,0	29	69,0	42	0,889
30 yaş ve üzeri	14	35,9	25	64,1	39	
TOPLAM	37	33,0	75	67,0	112	

Tablo 9’da çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının ortorektik eğilimi ile cinsiyet arasındaki ilişki incelendi. Buna göre çalışmaya katılan erkek bireylerin %34,5’i, kadın bireylerin %31,5’i ortorektik eğilim göstermektedirler. Cinsiyet değişkeni ile ortorektik eğilim gösterme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 9. Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyetleri ve ortorektik eğilim durumuna göre karşılaştırılması

Cinsiyet	Ortorektik eğilim gösterenler		Ortorektik eğilim göstermeyenler		Toplam	p değeri
	n	%	n	%		
Erkek	20	34,5	38	65,5	58	
Kadın	17	31,5	37	68,5	54	0,736
TOPLAM	37	33,0	75	67,0	112	

Tablo 10’da ortorektik eğilim gösterme durumu ile öğrenim durumu arasındaki ilişki incelendi. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarından lise mezunu olanların %14,3’ü, üniversite mezun olanların %35,7’si ortorektik eğilim göstermektedirler. İncelenen öğrenim durumu ile ortorektik eğilim gösterme oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 10. Çalışmaya katılan bireylerin öğrenim durumları ve ortorektik eğilim durumuna göre karşılaştırılması

Öğrenim Durumu	Ortorektik eğilim gösterenler		Ortorektik eğilim Göstermeyenler		Toplam	p değeri
	n	%	n	%		
Lise	2	14,3	12	85,7	14	0,111
Üniversite	35	35,7	63	64,3	98	
TOPLAM	37	33,0	75	67,0	112	

Tablo 11’de ortorektik eğilim gösterme durumunun medeni durum ile ilişkisi yer almaktadır. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarından evli olup ortorektik eğilim gösterenler %30,0 iken bekar bireylerin %35,5’i ortorektik eğilim göstermektedirler. İncelenen medeni durum ile ortorektik eğilim gösterme oranı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki gözlemlenmemektedir ($p>0.05$).

Tablo 11. Çalışmaya katılan bireylerin medeni durumları ve ortorektik eğilim durumuna göre karşılaştırılması

Medeni Durum	Ortorektik eğilim gösterenler		Ortorektik eğilim Göstermeyenler		Toplam	p değeri
	n	%	n	%		
Evli	15	30,0	35	70,0	40	0,540
Bekar	22	35,5	40	64,5	62	
TOPLAM	37	33,0	75	67,0	112	

Tablo 12’de çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının boy uzunluğu, vücut ağırlığı ve beden kitle indeksi dağılımları yer almaktadır. Buna göre katılımcıların boy uzunluğunun ortalaması $168,5\pm 9,2$ vücut ağırlığı ortalaması $68,9\pm 13,7$ ’dir. Beden kitle indeksi incelendiğinde en küçük değer 18,1 iken en yüksek değer 34,1 olarak bulundu..

Tablo 12. Çalışmaya katılan bireylerin boy uzunluğu, vücut ağırlığı ve BKİ dağılımları

Değerler	Minimum	Maximum	Ortalama±SS
Boy uzunluğu	148,0	194,0	168,5 ± 9,2
Vücut ağırlığı	44,8	110,6	68,9 ± 13,7
Beden Kitle İndeksi	18,1	34,1	24,1 ± 3,5

Tablo 13'te katılımcıların ortorektik eğilim gösterme durumlarının vücut yağ yüzdesi sınıflandırmasına göre dağılımları yer almaktadır. Vücut yağ yüzdeleri sınıflandırıldığında, vücut yağ oranı düşük tespit edilen bireylerin %20,0'ı, normal tespit edilen bireylerin %37,2'si ve yüksek tespit edilen bireylerin %32'si ortorektik eğilim göstermektedirler. İncelenen vücut yağ oranı ile ortorektik eğilim gösterme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edildi ($p>0,05$).

Tablo 13. Çalışmaya katılan bireylerin vücut yağ oranı sınıflamaları ve ortorektik eğilim durumuna göre karşılaştırılması

Vücut Yağ Yüzdesi Sınıflaması	Ortorektik eğilimgösterenler		Ortorektik eğilim Göstermeyenler		Toplam	p değeri
	n	%	n	%		
Düşük	2	20,0	8	80,0	10	
Normal	16	37,2	27	62,8	43	0,570
Yüksek	19	32,2	40	67,8	59	
TOPLAM	37	33,0	75	67,0	112	

Tablo 14'te katılımcılara uygulanan ORTO-11 ölçeğinden alınan puanların dağılımları yer almaktadır. Orto-11 ölçeğinden alınan en düşük puan 18, en yüksek puan 36 ve ölçekten alınan puan ortalaması $25,9\pm 3,7$ 'dir.

Tablo 14. Çalışmaya katılan bireylerin ORTO-11 Ölçeği Puan Dağılımları

	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart Sapma
ORTO-11 Ölçek Puanlaması	18	36	25,9	3,7

Tablo 15. Çalışmaya katılan bireylerin ORTO-11 ölçeği sorularına verdikleri yanıtların dağılımı

ORTO-11 Soruları	Yanıtlar			
	Her zaman n %	Sıklıkla n %	Bazen n %	Asla n %
Son üç ay içerisinde besinler konusunda endişelendiğiniz oldu mu?	17 15,2	30 26,8	38 33,9	27 24,1
Sağlığınızla ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi?	27 24,1	32 28,6	43 38,4	10 8,9
Yemeğinizin sağlıklı olması sizin için lezzetli olmasından daha mı önemlidir?	9 8,0	27 24,1	57 50,9	19 17,0
Daha sağlıklı, daha taze besinler satın almak için daha fazla para harcamak ister misiniz?	35 31,3	46 41,1	25 22,3	6 5,4
Sağlıklı beslenme ile ilgili düşünceler sizi günde üç saatten fazla meşgul eder mi?	2 1,8	12 10,7	32 28,6	66 58,9
Sağlıksız olduğunu düşündüğünüz besinleri yediğiniz olur mu?	4 3,6	30 26,8	66 58,9	12 10,7
Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanlarını tüketmek kendinize olan güveninizi artırır mı?	34 30,4	41 36,6	33 29,5	4 3,6
Uyguladığınız beslenme tipi yaşam tarzınızı değiştirir mi? (dışarıda yeme sıklığı, arkadaşlar vb. açısından)	16 14,3	26 23,2	48 42,9	22 19,6
Sağlıklı beslenmenin dış görünümünüzü daha iyi hale getirebileceğini düşünür müsünüz?	58 51,8	29 25,9	20 17,9	5 4,5
Sağlıksız beslendiğinizde kendinizi suçlu hissedermisiniz?	24 21,4	26 23,2	44 39,3	18 16,1
Piyasada sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz?	82 73,2	27 24,1	3 2,7	0 0

Tablo 16’da katılımcıların ortorektik eğilim göstermelerinin BKI sınıflandırmasına göre dağılımları yer almaktadır. BKI değeri normal olan bireylerin %33,3’ü, fazla kilolu olan bireylerin %37,1’i ve obez sınıflandırmada yer alan bireylerin %28,5’i ortorektik eğilim göstermektedirler. BKI ile ortorektik eğilim gösterde durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 16. Çalışmaya katılan bireylerin BKI değeri sınıflamaları ve ortorektik eğilim durumuna göre karşılaştırılması

BKI	Ortorektik eğilim gösterenler		Ortorektik eğilim göstermeyenler		Toplam	p değeri
	n	%	n	%		
<18,5 (zayıf)	0	0	4	100,0	4	0,511
18,5-24,9 (normal)	22	33,3	44	66,7	66	
25,0-29,9 (fazla kilolu)	13	37,1	22	62,9	35	
30,0 ve üzeri (obez)	2	28,5	5	71,5	7	
TOPLAM	37	33,0	75	67,0	112	

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarına ait yaş, BKI ve vücut yağ yüzdeleri ile ortoreksiya nervoza toplam puanları arasında Spearman korelasyon analizi yapıldı. Yapılan korelasyon analizine göre bu değişkenler ile ortoreksiya nervoza arasında zayıf ve istatistiksel olarak anlamsız ilişki bulundu.

6. TARTIŞMA

Bu bölümde, bir devlet hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarının ON eğilim düzeylerinin, yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, meslek, medeni durum, sağlıklı beslenme ile ilgili bilgilere ulaşımlarında en çok hangi kaynağı tercih ettikleri, antropometrik ölçümleri, vücut yağ yüzdeleri açısından bir farklılık oluşturup oluşturmadığına ilişkin bulgular tartışılıp yorumlandı. Literatür incelendiğinde ON konusunun sağlık çalışanları üzerinde yapılan çalışmalar az sayıda olduğu görüldü. Bu sebeple araştırma sonuçları yorumlanırken bu sınırlılık dikkate alındı.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %65,2'si 20-30 yaş aralığındadır. Yazkan'ın yaptığı çalışmada katılımcıların %23,9'u 20-30 yaş aralığında ve Ergin'in çalışmasında ise %48,8'i 18-34 yaş aralığındadır (59-60). Araştırma yapılan sağlık çalışanları gruplarında yaş gruplarının rastgele seçildiği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %48,2'si kadındı. Baysal'ın çalışmasında ise katılımcıların %50,5'i kadındır (61). Erdal'ın çalışmasında ise katılımcıların %55,8'i kadındır (62). Araştırma bulgularına ait benzer sonuçlar konu üzerine yapılan çalışmalarda benzer cinsiyetlerin yakın oranda seçildiğini düşündürmektedir.

Çalışmada yer alan sağlık çalışanlarının öğrenim durumlarına bakıldığında %87,5'i lisans mezunu bireylerden oluşmaktadır. Benzer çalışmalarda ise lisans eğitim düzeyi; Akçay'ın çalışmasında %86,4 ve Yazkan'ın çalışmasında %64,1'dir (63-59). Benzer sonuçlar gözlemlenen sağlık çalışanları üzerinde yapılan ON çalışmalarında lisans eğitilmiş personellerin oranının yüksek olduğunu göstermiştir. Bunun sebebi ülkemizde sağlık çalışanlarının mesleki yeterlilikleri için gerekli öğrenim şartıdır. Lisans eğitimine bağlı olarak sağlık bilgi eğitimlerinin yüksek olduğunu ve bu gruplarda ortoreksiya nevroza gelişmesi için risk olduğu düşünülebilir.

Çalışmaya katılan sağlık personellerine sağlıklı beslenme ile ilgili bilgilere ulaşmada en sık tercih ettikleri yöntemlere olan cevapları %24,1 Tv/internet, %15,2 sosyal medya ve %16,1 diyetisyen'dir. Oktay'ın çalışmasında ise yurttan kalan üniversite öğrencilerinde bu oranlar benzer şekilde %13,3 oranında diyetisyen,

%78,3 oranında internet olarak bulunmuştur. Bilgilere ulaşmada kullanılan internet yönteminin sağlık çalışanlarına göre öğrencilerde yüksek oranında bulunması yaşa bağlı olarak ya da alınan eğitime bağlı olarak bilgi ulaşım kaynaklarının tercih edilme ihtimali olduğunu düşündürebilir (65).

Çalışmaya katılan sağlık personellerine uygulanan ORTO-11 test puanlamasına göre kesim noktası 24 olarak belirlenmiş ve ortorektik eğilim oranı %33,0 olarak bulunmuştur. Baysal'ın spor yapan bireyler üzerinde uyguladığı çalışmadaki ortorektik eğilim, yürüttüğümüz çalışma ile benzer şekilde %29,9'dur (61). Türkiye'de yapılan farklı çalışmalarda ortorektik eğilim; 2018 yılında beslenme ve diyetetik bölümü kız öğrencilerde %72.3, erkek öğrencilerde %71.4 (66), tıp fakültesi öğrencilerinde % 76.2 (67), hemşirelik öğrencilerinde ise %45.3 (68) olarak bulunmuştur. Yurt dışında yapılan bazı çalışmalara bakıldığında; Polonya'da 18-25 yaş arası 327 üniversite öğrencisine uygulanan çalışmada, kız öğrencilerin %68.5'inin, erkek öğrencilerin ise %43.18'inin ortorektik eğilimi olduğu bulunmuştur (69). 2012 yılında Brezilya'da 392 diyetisyen ile yürütülen çalışmada ortorektik eğilim %81.9, Macaristan'da 810 üniversite öğrencisi ile yapılan çalışmada ise %74.2 bulunmuştur (70-71). İncelenen bazı çalışmalarda ortorektik eğilim sıklığının farklı bulunmasının sebepleri arasında konu ile ilgili tartışmaların sürüyor oluşu, ortoreksiya nevroza belirleme kullanılan ölçeklerde kesim puanlarının farklı alınması ve tanı kriterlerinin bulunmaması olabilir.

Sosyodemografik özelliklerde incelenen yaş değişkeninin ortorektik eğilim üzerine olan etkisi incelendiğinde; 20-24 yaş aralığında bulunan sağlık çalışanlarında %32,3 ve 30 yaş üzeri sağlık çalışanlarında %35,9 olarak bulunmuştur. Yaş ile ON arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Yapılan bazı çalışmalarda yaş arttıkça ortorektik eğilimin artacağını belirtmişlerdir (13-72). Buna karşın Arusoğlu ve ark. ON üzerine yaşın bir öneminin olmadığını vurgulamışlardır (31). Yaş değişkinine ait çalışmaların artırılması risk grubu tanımlayabilmek adına daha yararlı olabilir.

Araştırmaya katılan kadın sağlık çalışanlarında ON sıklığı %31,5 ve erkek sağlık çalışanlarında %34,5'dir. Cinsiyet ile ortorektik eğilim gösterme arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır($p>0.05$). Varga'nın yaptığı çalışma sonucunda da cinsiyet ile

ortorektik eğilim arasında anlamlı ilişki bulunmadığı sonucuna varılmıştır (71). Buna karşın Donini, Ober ve arkadaşları, Kazkondou, Tatlıses ile Atmaca ve Durat yaptıkları çalışmalarda ortorektik eğilim ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık olduğunu ve bu çalışmaların sonuçlarında erkeklerin kadınlara göre daha çok eğilimli olduklarını belirtmişlerdir (13-73-74-75-76). Ulaşılan bu sonuçlara göre cinsiyetin ON üzerindeki yaygınlık oranı hakkında net bilgi henüz bulunmamaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin öğrenim durumları ile ortorektik eğilim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Çalışmamıza benzer şekilde Aksoydan ve arkadaşları ile Karadağ ve arkadaşlarının çalışmalarında da öğrenim durumunun ON üzerine anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır (77-78). Öğrenim durumu diğer sosyodemografik özellikler ile ilgili olduğundan tek başına değerlendirilmesi anlamlı sonuçlar vermeyeceğini düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan bekar bireylerin %35,5'i evli bireylerin %30,0'ı ortorektik eğilim göstermişlerdir. İstatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Çalışmamıza benzer şekilde Ernst'in çalışmasında da ortorektik eğilim gösterenler, eğitimlerinin ilk yıllarında, bekar, çocuk sahibi olmayan bireylerden oluşturmaktadır (49). Aynı şekilde İtalya'da Ramacciotti ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonucunda da medeni durum ortorektik eğilim arasında ilişki kurulamamıştır (79). Bekar bireylerin yeme düzenlerinin bireysel oluşu (istenilen zaman ve mekan) bu sonucu destekliyor olabilir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının BKİ değerleri ile ortorektik eğilim arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Çalışmamıza benzer şekilde Yazkan'ın sağlık personelleri üzerinde yürüttüğü çalışmada da istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunmamıştır (59). Bu sonuçların aksine Bosi ve arkadaşlarının 2007 yılında doktorlar üzerinde yaptıkları çalışmada düşük BKİ değer olan bireylerin ON puanları da düşük çıkmıştır (55). 2010 yılında Fidan ve arkadaşları tarafından yapılan bir başka çalışmada ise BKİ arttıkça ON ölçeğinden alınan skor da düşmüştür (47). Yapılan çalışmalarda BKİ ile ortorektik eğilimlerin farklı oluşu BKİ'nin tek başına ortoreksiya nevroza riski oluşturmadığını, diğer sosyodemografik değişkenlerle birlikte değerlendirilmesi gerekliliğini düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık alışanlarında vücut yağ oranı normal sınıflandırmada yer alanlarda ortorektik eğilim daha yüksek çıkmıştır. Vücut yağ oranı yüksek olan bireylerde ON riski daha yüksek olması düşünülürken sonucun farklı olması, ON gelişen bireylerde gözlemlenen beslenme takıntıları sonucu yağ yüzdelerinin normal olduğunu düşündürmektedir. Konu ile yapılan çalışmalarda zaman kavramının dahil edilerek beslenme alışkanlıklarına yönelik sorular yöneltilmesi süreç hakkında daha doğru bilgiye ulaşılmasını sağlayabilir.



7. SONUÇLAR

Gercüş Devlet Hastanesi'nde alışan sağlık personellerinde ON sıklığının ve ON ile sosyodemografik etkenlerin ilişkisinin belirlenmesi amacıyla uygulanan bu araştırmada elde edilen sonuçlara göre;

- ORTO-11 ölçeğinden alınan en düşük puan 18, en yüksek puan 36 olarak bulundu. Kesim noktasının belirlenmesi yöntemi uygulanarak elde edilen 24 puan ortorektik eğilimi belirlemek için sınır kabul edildi. Buna göre araştırmaya katılan 112 sağlık çalışanınin %33,0'ı ortorektik eğilim göstermektedir.
- Çalışma kapsamına alınan bireylerde ortorektik eğilimin yaygın olduğu saptanmış olup her üç kişiden birinde ortoreksiya nervoza eğilimi görülmektedir.
- Ortorektik eğilim, incelenen sosyodemografik değişkenler, vücut yağ oranı ve BKİ'den bağımsızdır.

Bu araştırmadan elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz;

- Sağlık çalışanlarına ortoreksiya nervoza ile ilgili eğitim ve bilgilendirme yapılmalıdır.
- Aile hekimleri ve iş yeri hekimlerinde ortoreksiya nervoza ile ilgili farkındalığın artırılması erken tanı konulmasını sağlayabilir.
- Ortoreksiya nervoza ile ilgili daha kapsamlı çalışmalar yapılmalıdır.

8.KAYNAKLAR

1. Özgen L , Kınacı B , Arlı M . Eating attitudes and behaviors of adolescents. AÜEBFD. 2012; 45(1): 229-248.
2. Hocaoğlu Ç. Toker DE. Yeme Bozuklukları ve Aile Yapısı: Bir Gözden Geçirme. Düşünen Adam.2009; 22(1-4):36-42.
3. Yager J, Andersen AE. Clinical practice. Anorexia nervosa. N Engl J Med. 2005;353(14):1481-1488.
4. Amerikan PSikiyatri Birliği, Rusal Bozuklukların Tanısal ve sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
- 5.Mathieu J. What is orthorexia?. *J Am Diet Assoc.* 2005;105(10):1510-1512.
6. Arusoğlu G, Kabakçı E, Köksal G, Merdol TK. Ortoreksiya nervosa ve Orto-11'in türkçeye uyarlama çalışması [Orthorexia nervosa and adaptation of ORTO-11 into Turkish]. *Turk Psikiyatri Derg.* 2008;19(3):283-291.
7. Bratman, Steven, and David Knight. *Health Food Junkies: Overcoming the Obsession with Healthful Eating.* 2000.
- 8.Strand E. A New Eating Disorder. *Psychol Today.* 2004; 37(5): 16.
9. Bratman S. What is orthorexia. 2009 Erişim:(www.orthorexia.com/index.) Erişim tarihi:(15/04/2020).
10. Huse DM, Lucas AR. Dietary patterns in anorexia nervosa. *Am J Clin Nutr.* 1984;40(2):251-254.
11. Ünalın D, Öztop DB, Elmalı F, Öztürk A, Konak D, Pırlak B, ve ark. Bir Grup Sağlık Yüksekokulu Öğrencisinin Yeme Tutumları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2009; 16(2): 75.
12. Abraham S. *Eating Disorders: The facts.* 0199551014. Oxford University Press. 2008

13. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, 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):151-157.
14. Rangel C, Dukeshire S, MacDonald L.(2012). Diet and anxiety An exploration into the Orthorexic Society. *Appetite.* 58(1): 124-132.
15. Bartrina JA. Ortorexia o la obsesión por la dieta saludable [Orthorexia or when a healthy diet becomes an obsession]. *Arch Latinoam Nutr.* 2007;57(4):313-315
16. Young SL, Wilson MJ, Miller D, Hillier S. Toward a comprehensive approach to the collection and analysis of pica substances, with emphasis on geophagic materials. *Plos One.* 2008; 3(9): e3147.
17. Green AD, Alioto A, Mousa H, Di Lorenzo C. Severe pediatric rumination syndrome: successful interdisciplinary inpatient management. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2011;52(4):414-418.
18. Nicholls D, Bryant-Waugh R. Eating disorders of infancy and childhood: definition, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2009;18(1):17-30.
19. Ateşçi F., Oğuzhanoglu NK., Özdel O., Bir Anoreksiya Nervosa Olgusu ve Bu Olguya Farmakoterapi ile Birlikte Psikodrama Teknikleri ile Yaklaşım. *Psikiyatri Dergisi* 2003; 14(2):153-159.
20. Vandereycken W, van Deth R. Who was the first to describe anorexia nervosa: Gull or Lasègue?. *Psychol Med.* 1989;19(4):837-845.
21. Sarkhel S. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 10th edition. *Indian J Psychiatry.* 2009;51(4):331.
22. Aydın A, Maner F. Bulimiya Nervozada Psikososyokültürel Etmenler. *Düşünen Adam;* 2007, 20(1):25-37.
23. Treasure, J., Duarte, T. A., Schdt, U. Eating disorders. *Lancet.* 2020; 395, 899-911.
24. Smolak L, Levine MP. The Wiley handbook of eating disorders, 1th ed. John Wiley&Sons, 2015; 64-282

25. Fawcett EJ, Fawcett JM, Mazmanian D. A meta-analysis of the World wideprevalence of pica during pregnancy and the postpartum period. *Int J Gynaecol Obstet.* 2016;133: 277-83.
26. Dimeff LA, Koerner KE. *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings*, 1 th ed. New York Guilford Press, 2007: 200- 70.
27. Tholking MM, Mellowspring AC, Eberle SG, Lamb RP, Myers ES, Scribner C, Sloan RF, Wetherall KB. American Dietetic Association: Standards of practice and standards of Professional performance for registered dietitians (competent, proficient, and expert) in disordered eating and eating disorders (DE and ED). *J Am Diet Assoc.* 2011; 111: 1242-9
28. Freeman LMY, Gil KM. Daily stress, coping, and dietary restraint in binge eating. *Int J Eat Disord.* 2004; 36: 204-12.
29. Hay PJ, Claudino AM. Clinical psychopharmacology of eating disorders: a research update. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2012;15(2):209-222.
30. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, 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):151-157.
31. Arusoğlu G. (2006) Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya) Belirtilerinin İncelenmesi, Orto-15 Ölçeğinin Uyarlanması. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Gülden Pekcan).
32. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C. Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eat Weight Disord.* 2005;10(2):e28-e32.
33. Mac Evilly C. The Price of Perfection. *Nutrition Bulletin.* 2001; 26(4): 275-276.
34. Koven NS, Senbonmatsu R. A neuropsychological evaluation of orthorexia nervosa. *Open J Psychiatry.* 2013; 3: 214

35. Scarff, J. R. Orthorexia Nervosa: An Obsession With Healthy Eating. *Federal Practitioner*. 2017; 34(6), 36-39.
36. McComb, S. E. Mills, J. S. Orthorexia nervosa: A review of psychosocial risk factors. *Appetite*. 2019; 140, 50-75.
37. Mathieu J.,What is Orthorexia?.*Journal of American Dietetic Association* (2006).
Eriřim:[<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002822305013957>].
Erişim Tarihi:[10/05/2020].
38. Kratina K. Orthorexia Nervosa. National Eating Disorders Association 2006.
Erişim: [<http://www.nationaleatingdisorders.org/orthorexia-nervosa>]. Erişim Tarihi:[13/05/2020].
39. Gleaves D.H.‘‘Measuring ‘‘Orthorexia: Development Of The Eating Habits Questionnaire’’, *The International Journal of Educational and Psychological Assessment*. 2013; 12(2), s.2.
40. Özlem İkinci, ‘‘Sağlıklı Beslenme Saplantı Olursa?’’, *Tübitak Bilim ve Teknik Dergisi*, 2010, 516, s.38-41.
41. Haddad, C.,Obeid, S., Akel, M., Honein, K., Akiki, M. ve Azar, J. ve ark. Correlates of orthorexia nervosa among a representative sample of the Lebanese population. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2019; 24(3), 481–493.
42. Kiss-Leizer, M. ve Rigó, A. People behind unhealthy obsession to healthy food: the personality profile of tendency to orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2019; 24(1), 29–35.
43. Chaki, B. Pal, S. ve Bandyopadhyay, A. Exploring scientific legitimacy of orthorexia nervosa: a newly emerging eating disorder. *Journal of Human Sportand Exercise*. 2013; 8(4), 1045–1053.
44. Dell’Osso, L.,Abelli, M., Carpita, B., Massimetti, G., Pini, S. ve Rivetti, L. ve ark. Orthorexia nervosa in a sample of Italian university population. *Rivistadi Psichiatria* 2016; 51(5), 190–196.

45. Parra-Fernández, M.,Rodríguez-Cano, T., Onieva-Zafra, M.-D., Perez-Haro, M. J., Casero-Alonso, V. ve Fernández-Martinez, E. ve ark. Prevalence of orthorexia nervosa in university students and its relationship with psychopathological aspects of eating behaviour disorders. *BMC psychiatry*. 2018; 18(1), 1–8.
46. Yeşil, E. Turhan, B., Tatan, D., Şarahman, C. ve Saka, M. Yetişkin bireylerde cinsiyetin ortoreksiya nervoza eğilimine etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018; 7(1), 1–9.
47. Fidan, T., Ertekin, V., Işıkay, S. ve Kirpınar, I. Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive Psychiatry*. 2010; 51(1), 49–54.
48. Segura-García, C.,Papaianni, M. C., Caglioti, F., Procopio, L., Nisticò, C. G. ve Bombardiere, L. ve ark. Orthorexia nervosa: A frequent eating disordered behavior in athletes. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2012; 17(4), 226–233.
49. Mcinerney-ernst EM.,Orhorexia Nervosa: Real Constructor Newest Social Trend? (Doctoral dissertation, University of Missouri-Kansas City, Faculty of the Department of Psychology). Missouri. 2011.
50. Hamurcu, T. G. Hemşirelik Öğrencilerinde Sosyal Medya Kullanımının Ortoreksiya Nervoza Üzerine Etkisi. İ. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2019.((Dr. Öğr. Üyesi SEVİL YILMAZ))
51. Turner, P. G. ve Lefevre, C. E. Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2017; 22(2), 277–284
52. Atik, A. ve Biricik, Z. Sağlıklı beslenme takınıtı (ortoreksiya) kapsamında televizyon sağlık programlarının format yapılarının incelenmesi. *Atatürk İletişim Dergisi*. 2017; (13), 87–102
53. Vaterlaus, J. M.,Patten, E. V, Roche, C. ve Young, J. A. #Gettinghealthy: The perceivedin fluence of social media on young adulth ealth behaviors. *Computers in Human Behavior*. 2015; 45, 151–157.

54. Tremelling, K., Sandon, L., Vega, G. L. ve McAdams, C. J. Orthorexia Nervosa and Eating Disorder Symptoms in Registered Dietitian Nutritionists in the United States. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2017; 117(10), 1612–1617.
55. Bağcı Bosi AT, Camur D, Güler C. Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite*. 2007;49(3):661-666.
56. Olejniczak D, Bugajec D, Panczyk M, et al. Analysis concerning nutritional behaviors in the context of the risk of orthorexia. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017;13:543-550. Published 2017 Feb 21
57. Lopes R, Melo R, Dias Pereira B. Orthorexia nervosa and comorbid depression successfully treated with mirtazapine: a case report. *Eating and Weight Disorders : EWD*. 2020 Feb;25(1):163-167.
58. Gezer C, Kabaran S. Orthorexia nervosa: is it a risk for female students studying nutrition and dietetics? *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013; 4(1): 14-22.
59. Yazkan G. Sağlık Personellerinin Ortoreksiya Nervoza Eğilimleri ve Obsesif Kompulsif Belirtiler Arasındaki Pozitif Prediktif Değerin İlişkisi. M.S.K.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, Muğla (Danışman: Prof. Dr. Nezihe BULUT UĞURLU)
60. Ergin G. Sağlık Personeli Olan ve Olmayan Bireylerde Ortoreksiya Nervoza Sıklığı Araştırması. B.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Emine AKSOYDAN)
61. Baysal I. Spor Yapan Bireylerin Yeni Besin Korkusu ve Ortoreksiya Nervoza İle Beslenme Durumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. B.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2020, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Gül KIZALTAN)
62. Erdal E. Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza Eğilimi ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi: Sivas Örneği. N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2021, Konya (Danışman: Doç. Dr. Yasemin DURDURAN)

63. Akçay H. Sosyal ve Bireysel Faktörlerin OrtoreksiyaNervoza Semptomu İle İlişkinin İncelenmesi. M.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Nermin ÇELEN)
64. Dalğa D. Özel Bir HastanedeÇalışna Sağlık Personeline Verilen Beslenme Eğitiminin OrtoreksiyaNervoza Üzerine Etkisi. İ.O.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2020, İstanbul (Danışman: Dr. Öğr.Üyesi Hande ÖNGÜN YILMAZ)
65. Oktay B. Malatya Battalgazi Yurdunda Kalan Kız Öğrencilerin Ortoreksiya Nervoza Düzeyleri İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İlişkinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2020, Malatya (Danışman: Prof. Dr. Ali ÖZER)
66. Kaya Z. Beslenme ve Diyetetik Bölümü Öğrencilerinde Sağlıklı Yeme Takıntısının (Ortoreksiya Nervoza'nın) Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, 2018, İstanbul (Prof. Dr. M. Emel TÜFEKÇİ ALPHAN)
67. Erol Ö. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin OrtoreksiyaNervoza Belirtilerinin ve Yeme Tutumlarının Saptanması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, 2018, Malatya. (Danışman: Prof. Dr. Ali ÖZER)
68. Arslantaş H, Adana F, Öğüt S, Ayakdaş D, Korkmaz A. Hemşirelik öğrencilerinin yeme davranışları ve ortoreksiya nevroza (sağlıklı beslenme takıntısı) ilişkisi: Kesitsel bir çalışma. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2017, 8(3): 137-44.
69. 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(5): 2-6.
70. Alvarenga MS, Martins MC, Sato KS, Vargas SV, 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):e29-e35.

71. 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;14:59. Published 2014 Feb 28.
72. Tek NA, Ermumcu MŞK. Sağlık profesyonellerinde sağlıklı beslenme kaygısı: Ortoreksiya Nervosa (ON). *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016; 1(2): 59- 71.
73. Oberle CD, Samaghabadi RO, Hughes EM, “Orthorexia Nervosa: Assessment and correlates with gender, BMI, and personality”. 2017; 303-310
74. Kazkondu İ. “Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervosa (Sağlıklı Beslenme Takıntısı), Belirtilerinin İncelenmesi”, G.Ü., Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; Ankara, 2010 (Yrd. Doç. Dr. Leyla ÖZGEN)
75. Tatlises, M. Spor Salonunda Düzenli Spor Yapan Kişilerin Ortoreksiya Nervosa Belirtileri İle Beden Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, İ.Ü, Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, 2016 (Dr. Öğr. Üyesi SEVİL YILMAZ)
76. Atmaca G, Durat G. "Ortorektik Eğilimlerin Yeme Tutumu ve Obsesif Kompulsif Belirtilerle İlişkisi", *Journal of Human Sciences*, 2017; 14(4), 3571-3579.
77. Aksoydan E, Camci N. Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eat Weight Disord* 2009;14(1):33-7.
78. 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 ilişkinin değerlendirilmesi. *Gazi Medical Journal* 2016;27(3)
79. 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.



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Şeymanur	Soyadı	ODACI
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Uyruğu	Türkiye Cumhuriyeti	Telefon	
E-posta			

EĞİTİM DÜZEYİ

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Biltilis Eren Üniversitesi – Beslenme ve Diyetetik Bölümü	2017
Lise	Fatma Kemal Timuçin Anadolu Lisesi	2013

İŞ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Diyetisyen	Gercüş Devlet Hastanesi	2017 (Halen)

Yabancı Dil Sınav Notu

ÜDS/YDS	YÖKDİL	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
-	41,250	-	-	-	-	-	-	-

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	88,35114	89,12531	75,25579

10. EKLER

10.1. Anket Formu

SAĞLIK PERSONELLERİNDE ORTOREKSİYA NERVOZA SIKLIĞI ARAŞTIRMASI ANKET FORMU I.KİŞİSEL BİLGİLER

1. Yaş: 2. Cinsiyet:

Erkek (..) Kadın (..)

3. Öğrenim Durumu

İlkokul (..) Ortaokul (..) Lise (..) Üniversite (..)

4. Meslek:

Doktor (..)	Ebe (..)
Eczacı (..)	Memur (..)
Diş Hekimi (..)	Laboratuvar Teknikeri (..)
Diyetisyen(..)	Tıbbi Sekreter (..)
Psikolog (..)	Radyoloji Teknikeri (..)
Hemşire (..)	Diğer (.....)

5. Medeni durum

Evli (..) Bekar (..) Boşanmış (..) Dul (..)

Evli/Boşanmış/Dul ise çocuk sayısı

6. Sağlıklı beslenme ile ilgili bilgilere daha çok nereden ulaşırsınız?

Aile (..)
Arkadaş (..)
Kitap (..)
Sosyal medya (..)
Tv /internet (..)
Dergi/makale (..)
Doktor (..)
Diyetisyen (..)
Diğer (.....)

II.ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

7. Boy:..... Vücut Ağırlığı :

8. BKİ :

9. Vücut yağ yüzdesi:

III. ORTO-11 TESTİ

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

10.2. Etik Kurul Formu

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU					
DİCLE UNIVERSITY MEDICAL FACULTY ETHICS COMMITTEE FOR NONINTERVENTIONAL STUDIES					
222					
KARAR					
Prof. Dr. Günay SAKA, Şeymanur ODACI isimli araştırmacılar tarafından planlanan "Sağlık personellerinde ortoreksiya nervoza sıklığı araştırması" başlıklı araştırmaya <i>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'u</i> tarafından toplantıda hazır bulunan üyeler tarafından oy birliği ile onay verilmiştir. Klinik araştırma tamamlanıp yayın aşamasına geldiğinde, yayına sunulan bildiri veya makalenin bir örneğinin Etik Kurul'a verilmesi zorunludur.					
DECISION					
The project titled as "Orthorexia nervosa frequency survey in healthcare professionals" planned by Günay SAKA, Şeymanur ODACI has been approved by Ethics Committee of Dicle University Faculty of Medicine.					
Oturum No (Meeting number):	Tarih (Date): 25.03.2021		Saat (Hour): 14:00-17:00		
KURUL BAŞKANI (CHIEF)	Prof. Dr. Meral ERDİNÇ				
KURUL ÜYELERİ / MEMBERS					
	ÜNVANI	ADI-SOYADI	KURUMU	BRANŞI	İMZA
1	Prof. Dr.	Meral ERDİNÇ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Farmakoloji	
2	Prof. Dr.	Zeynep BAYSAL YILDIRIM	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	
3	Prof. Dr.	Zülfükar YILMAZ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	İç Hastalıkları	
4	Doç. Dr.	M. Veysi BAHADIR	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Genel Cerrahi	
5	Doç. Dr.	İbrahim KAPLAN	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyokimya	
6	Dr. Öğretim Üyesi	İsmail YILDIZ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Biyostatistik	
7	Dr. Öğretim Üyesi	Diclehan ORAL	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyoloji	
8	Dr. Öğretim Üyesi	Gülray AYDOĞDU	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Patoloji	
9	Dr. Öğretim Üyesi	Muhammed Akif DENİZ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Radyoloji	
10	Avukat	Ronay TEKALP	Dicle Üniversitesi Hastaneleri	Hukuk İşleri Birimi	

10.3. Kurum İzni



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Batman Gercüş Devlet Hastanesi



Sayı : E-32052763-044
Konu : MM44509 Şeymanur ODACI'nın
Anket Çalışması Oluru Hk.

İLGİLİ MAKAMA

İlçemiz Devlet Hastanesi Baştabipliği bünyesinde Diyetisyen olarak görev yapmakta olan Şeymanur ODACI'nın Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı dahilinde "Sağlık Personellerinde Ortoreksiya Nervoza Sıklığı Araştırması" konulu tez çalışması için 02/04/2021-09/04/2021 tarihleri arasında anket uygulama izin işlemleri hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.

H. Sıraç TÜREN
İdari ve Mali İşler Müdürü

OLUR
.../.../2021
Uzm.Dr.Ayhan IŞIK
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 16ab3ec7-be58-4c2e-9e68-8eda3218bedf Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>
GDH Personel Özlük Birimi Bilgi için: Fatih ÖZSEVEN
Telefon: 0488 341 26 69 Faks No: 4883412669 TIBBİ SEKRETER
e-Posta: fatih.o.seven@sağlik.gov.tr İnternet Adresi: gercusdh.saglik.gov.tr Telefon No: (0 488) 341 24 98



11. ORJİNALLİK RAPORU

SAĞLIK PERSONELLERİNDE ORTOREKSİYA NERVOZA SIKLIĞI ARAŞTIRMASI

ORJİNALLİK RAPORU

% 8 BENZERLİK ENDEKSİ	% 9 İNTERNET KAYNAKLARI	% 2 YAYINLAR	% 5 ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
---------------------------------	-----------------------------------	------------------------	--------------------------------

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikerisim.baskent.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
2	dspace.baskent.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
3	earsiv.halic.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	Submitted to Istanbul Aydin University Öğrenci Ödevi	% 1
5	acikerisim.gelisim.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
6	uhsk.org İnternet Kaynağı	% 1
7	acikerisim.baskent.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
8	acikerisim.dicle.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
9	Submitted to Istanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi	% 1