

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIKLI BESLENME TAKINTISI
(ORTOREKSİYA)
BELİRTİLERİNİN İNCELENMESİ,
ORTO-15 ÖLÇEĞİNİN
UYARLANMASI**

Dyt. Gülcan ARUSOĞLU

**Diyetetik Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2006

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIKLI BESLENME TAKINTISI
(ORTOREKSİYA)
BELİRTİLERİNİN İNCELENMESİ,
ORTO-15 ÖLÇEĞİNİN
UYARLANMASI**

Dyt. Gülcan ARUSOĞLU

**Diyetetik Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Gülden KÖKSAL**

ANKARA

2006

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Diyetetik Programında Bilim Uzmanlığı Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Türkan Kutluay Merdol
Hacettepe Üniversitesi



Danışman: Prof. Dr. Gülden Köksal
Hacettepe Üniversitesi



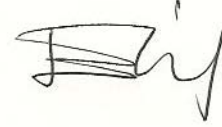
Üye: Prof. Dr. Türkan Kutluay Merdol
Hacettepe Üniversitesi



Üye: Prof. Dr. Gülden Pekcan
Hacettepe Üniversitesi



Üye: Doç. Dr. Elif Kabakçı
Hacettepe Üniversitesi



Üye: Yard. Doç. Dr. Muhittin Tayfur
Başkent Üniversitesi



ONAY:

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Hakan Sedat Örer (v.)

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yazar, bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde katkılarından dolayı, aşağıda geçen kişilere içtenlikle teşekkür eder.

Araştırmanın konusunun bulunmasından ölçeğin çeviri çalışmalarına kadar yol gösterici katkılarından dolayı Sayın Prof. Dr. Türkan Kutluay Merdol'a,

Araştırmanın planlanması, yürütülmesi ve yazımına değin geçen süreçte bana her türlü desteği ve yardımı sağlayan tez danışmanım Sayın Prof.Dr.Güliden Köksal'a,

Araştırmanın istatistiksel analiz aşamaları başta olmak üzere her aşamasında bilgi ve desteğini sabırla esirgemeyen Sayın Doç. Dr. Elif Kabakçı'ya,

Ayrıca tüm katkı ve destekleri için biyoistatistik bölümüne ve özellikle Sn.Dr. Erdem Karabulut'a ,

Araştırmanın her aşamasında uzakta olmalarına rağmen maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, beni bu günlere getiren ve her zaman bana güç veren aileme sonsuz teşekkür ederim...

Çalışmamın alanımıza yararlı olması dileğiyle,

Saygılarımı sunarım.

Araş.Gör.Dyt.Gülcan ARUSOĞLU

ÖZET

Arusoğlu G., Sağlıklı beslenme takıntısı (Ortoreksiya) belirtilerinin incelenmesi, ORTO-15 ölçeğinin uyarlanması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Diyetetik Programı Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 2006. Toplumlarda yerleşen doğru ve yanlış beslenme alışkanlıkları, değişik yaş grubu ve cinsiyette bazen sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Yeme bozukluklarında oluşan artışlar ve yaşanan çevresel tehditler, sağlıklı yaşamın giderek daha önem kazanması, yeme davranışlarında yeni bozuklukları gündeme getirmiştir. Bu durumun ileriye yönelik sağlık sorunları yaratmaması ve bireye özgü yeme davranışında oluşan yanlışlıkların düzeltilmesi amacıyla bu çalışma planlanmış ve Hacettepe Üniversitesi çalışanlarının Ortoreksiya Nervosa (ON) belirti sıklığı ve beslenme alışkanlıklarına etki eden bazı etmenlerin etkisi incelenmiştir. Bu araştırma iki aşamada düzenlenmiştir. Ön çalışma olarak yeni tanımlanan Ortoreksiya Nervosa (ON) adlı “sağlıklı beslenmeye duyulan aşırı duyarlı tutumu” niteleyen bu yeni yeme bozukluğuna yakınlığı belirlemek amacıyla kullanılabilir, özel olarak geliştirilmiş ORTO-15 ölçeğinin Türkçe’ye uyarlanması yapılmış, geçerlik ve güvenilirliği sağlanmıştır. Bu teste göre validasyon sonunda “33 puan” ve altında alanlar “ortorektik” olarak tanımlanırken, puan ne kadar artarsa yeme davranışı o kadar aşırı duyarlılıktan normale yaklaşmaktadır. Bu ön çalışmanın ardından esas çalışmaya geçilerek ORTO-15 testiyle Hacettepe Üniversitesi çalışanlarında Ortoreksiya Nervosa (ON) belirti sıklığı saptanmaya çalışılmıştır. Literatürde obsesif-kompulsif bozuklukları (OKB) değerlendiren MOCI (Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri) ve yeme bozukluklarını değerlendiren Yeme Tutum Testi (YTT) ile ilişkisi göz önüne alındığından toplam test puanlarının birbirleri ile ilişkisine bakılmıştır. Bu testlerin yanında beslenme alışkanlıklarına etki eden etmenleri incelemek amacıyla bir bilgi formu kullanılmıştır. Bu amaçla ön araştırmaya Hacettepe Üniversitesi’nden yaşları 19 ile 66 arasında değişen, çalışan kesimin her eğitim düzeyinden toplam 272, esas araştırmada ise 591’i kadın ve 425’i erkek olmak üzere toplam 1016 kişilik bir örneklem alınmıştır. Her iki araştırma için toplam kişi sayısı 1288’dir. ORTO-15’in güvenilirlik çalışması iç tutarlılık Cronbach Alfa yöntemiyle; geçerliği ise faktör analiziyle saptanmıştır. Araştırma sonucunda beslenme alışkanlıklarına etki eden faktörlerden Beden Kütle İndeksi (BKİ), yeme bozuklukları (YTT) ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur ($p<0.05$). Her iki cinsiyette de OİA’nın üstünde olanların, OİA’nın altındakilere oranla ortoreksiya ve diğer yeme bozukluğu belirtilerine daha eğilimli oldukları ve bunun istatistiksel olarak önemli farklılıklar gösterdiği bulunmuştur ($p<0.05$). YTT test puanı 94.64 ± 10.80 ortalamala ve standart sapmayla, OİA’nın altında olan bireylerin, OİA’nın üstündekilere oranla 87.21 ± 11.32 ortalamayla daha fazla yeme bozukluğu belirtileri göstermektedir ($p<0.05$). Eğitim düzeyi azaldıkça ve yaş ilerledikçe test puanlarının azaldığı ve ortorektik belirtilerin artış gösterdiği bulunmuştur ($p<0.05$). Herhangi bir diyet tedavisi alanların ortoreksiyaya olan eğilimleri istatistiksel olarak önemli şekilde yüksek bulunmuş ($p<0.05$), kadınlar ve erkekler arasında ortorektik belirtiler açısından herhangi bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Diyet tedavisi alanların ortorektik belirtiler göstermeye daha yatkın oldukları 34.19 ± 4.69 puan ortalama ve standart sapmasıyla bulunmuştur. Meslek, ORTO ve MOCI testleriyle önemli ölçüde ilişkili bulunmuş ($p<0.05$), YTT testi sonuçları bireylerin mesleki durumlarıyla herhangi bir önemlilik göstermemiştir ($p>0.05$). Evli çiftlerin bekarlara göre daha yüksek oranda ortoreksi riskine sahip oldukları bulunmuştur ($p<0.05$). Çocuk sayısında ve bilgilenmenin davranış değişikliğine etkisindeki artış, ortorektik belirtilere olan eğilimi önemli şekilde artırmıştır ($p<0.05$). Beslenme bilgilerine erişim kaynakları açısından bakıldığında kitle iletişim araçları, kitap-bilimsel yayın, diyetisyen, sağlık kulüpleri, çevre veya diğer etmenlerin önemli bir farklılık yaratmadığı görülmüştür ($p>0.05$). OKB ile ORTO arasında istatistiksel olarak önemli ve pozitif bir korelasyon saptanmıştır ($r=-0.122$, $p<0.05$). YTT ile ORTO arasında pozitif bir korelasyon bulunmuştur ($r=-0.069$, $p<0.05$). OKB ve yeme bozuklukları belirtileri arttıkça ortoreksiyaya olan eğilimlerde de artışlar (ORTO testi puanlarında düşüş) görülmektedir. Sonuç olarak toplumu temsil edebilecek daha ileri çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ortoreksiya nervosa, yeme bozuklukları.

ABSTRACT

Arusoğlu G., The investigation of healthy eating fixation (Orthorexia) and the adaptation of the ORTO-15 scale. Hacettepe University, Institute of Health Sciences, MSc Thesis in Dietetics Programme, Ankara, 2006. Correct and incorrect nutritional habits that are found in the population may sometimes be encountered as a problem in different ages and sexes. An emerging increase in nutritional disorders and environmental threats have become current issues for new disorders in nutritional behaviour. This descriptive study was planned to prevent further health problems and individual mistakes in nutritional behaviour. The frequency of Orthorexia Nervosa (ON) in Hacettepe University staff and the impact of some factors on nutritional habits were investigated. The study was designed in two stages. As a preliminary study, a specially developed ORTO-15 scale, which is used to diagnose a newly introduced nutritional disorder called “a maniacal obsession for healthy foods” describing Orthorexia Nervosa, was adapted to the Turkish language and tested for validity and reliability. In this pilot study the scale was translated by 5 the experts in the field which were independent from each other. After item controlling and cultural equivalence Turkish version was re-translated into English and the meaning was compared with the original one by other experts. As we saw that last scale was in high consistency with the original, we took start to use it for the main study. The Orthorexia nervosa risk determination property of ORTO-15 test was examined by Donini L.M et al. on 120 people. Following this preliminary study, this new tool (ORTO-15) was administered to detect Orthorexia Nervosa symptoms in Hacettepe University staff and to investigate its relation with Obsessive-compulsive disorder (OCD) and Eating Attitude Test (EAT). According to this test, while cases under and at “33” points were described as “orthorexic”, the increase in points approximates that of eating behaviour from hypersensitivity to normal. Consistent and valid ORTO-15 test described people at and under “33” points with Turkish standards as “orthorexic”. ORTO-15 scale used for diagnosis of orthorexia symptoms consists of 15 questions and a 1-to-4 likert type scale. Diagnosis of ON symptoms was based on findings of obsessive-compulsive disorder and predisposition for other eating disorders. The Eating Attitude Test (EAT) for evaluating eating disorders, Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI) for obsessive-compulsive disorders, ORTO-15 scale (Orthorexia Nervosa scale) for evaluating orthorexia, and an information form to investigate the factors affecting nutritional habits, were used. Effects of all variables on ORTO-15 points were investigated. In the preliminary study, a total of 272 people working for Hacettepe University ranging between 19 and 66 years of age, and in all educational levels were admitted, while 1016 people, 591 women and 425 men, were enrolled to the main study. The total number of individuals for both studies were 1288. Reliability study for ORTO-15 determined internal consistency by the Cronbach Alpha method and validity by factor analysis. Since the procedures were carried out on working people, questionnaire forms were collected during working hours or a few hours later. The impact of some factors on nutritional behaviour showed some significant results. Body mass index (BMI) had a significant correlation with EAT. There was statistical significance between under and above desirable weight in both genders ($p<0.05$). The group above their desirable weight showed more tendency to orthorexia and other eating disorders. The group under their desirable weight showed more tendency to EAT. The more the education level decreases the greater was the tendency towards orthorexic symptoms. There was no significance between sex. Using a diet therapy influenced formerly orthorexic symptoms with 34.19 ± 4.69 mean and standart deviation significantly. Profession had an important significance with ON and OCD ($p<0.05$). Married people showed more symptoms than unmarried people in a tendency towards ON ($p<0.05$). Individuals having children showed more of a tendency than ones without children towards ON symptoms ($p<0.05$). The more differentiations in attitudes done after reaching correct knowledge, the more symptoms seen in ON tendency ($p<0.05$). Age had positive correlations with tendency to ON ($p<0.05$). OCD and orthorexia were positively correlated ($r=-0.122$, $p<0.05$). Results also showed that there was a positive correlation between EAT and ORTO-15 ($r=-0.069$, $p<0.05$). When OCD and EAT symptoms increase, there was a tendency to ON symptoms. As a result we recommend that further investigation is necessary to represent the whole population.

Key Words: Orthorexia nervosa, eating disorders.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
1.1 Kuramsal Yaklaşımlar ve Kapsam	1
1.2. Amaç ve Hipotez	5
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Ruhsal Hastalıklar İçin Tanısal Kodlar	7
2.2. Yeme Bozuklukları, Kuramsal Yaklaşımlar ve İlgili Araştırmalar	8
2.3. Obsesif-Kompulsif Bozukluklar (OKB) ile Yeme Bozuklukları İlişkisinin İncelendiği Araştırmalar	13
2.4. ORTOREKSİYA NERVOZA NEDİR?	15
2.4.1. Ortoreksiyanın Sınıflandırılması	18
2.4.2. Sağlık Adı Altında Takip Edilen Popüler Yeme Planları	19
2.4.3. Ortoreksiya Bir Yeme Bozukluğu Mudur?	21
2.4.4. Herşey veya Hiçbirşey Sendromu	22
2.4.5. Sosyal Standartların Bir Rolü Var Mıdır?	23
2.4.6. Erkeklere Göre Kadınlar	24
2.4.7. Karşıtsezgisel Beslenme	24
2.4.8. Sosyal izolasyon	27
2.4.9. Ortoreksiyalı Olup Olmama Nasıl Anlaşılır?	27
2.4.10. Ortoreksiya İçin Bir Tedavi var Mıdır?	28
2.4.11. Suçluluk Duygusu	29
2.4.12 Diyetetik Profesyonelleri İçin	30

3. BİREYLER VE YÖNTEM	32
3.1. I. AŞAMA	32
3.1. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi	32
3.2. Araştırmanın Genel Planı	32
3.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi	33
3.4. II. AŞAMA	34
3.4. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi	34
3.5. Araştırmanın Genel Planı	34
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu	34
3.5.2. Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri-MOCI	35
3.5.3. Yeme Tutum Testi (The Eating Attitude Test-40/YTT-40 /EAT-40)	36
3.5.4. ORTO-15 Ölçeği	37
3.6. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi	39
3.6.1. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi	41
4. BULGULAR	42
4.1. Ölçeğin Yapı Geçerliliğine (Faktör Analizi) İlişkin Bulgular	42
4.2. Ölçeğin Güvenirliğine İlişkin Bulgular	44
4.3. Ölçeğin İç Tutarlılık Katsayısına İlişkin Bulgular	45
4.4. Bireylerin Genel Özelliklerine İlişkin Bulgular	47
4.5. ORTO-15 Test Puanlarına İlişkin Bulgular	57
4.6. Ölçeğin Korelasyon ve Regresyon Analizlerine İlişkin Bulgular	69
5. TARTIŞMA	73
5.1. ORTO-15 Ortoreksiya Ölçeğinin Geçerliliği ve Güvenirliğinin Tartışılması	74
5.2. Ortoreksiya Belirtilerinin Saptanması ve ORTO-15 Testi	75
5.3. Ölçeklere İlişkin Tartışmalar	77
5.4. Örneklem Seçimi	78
5.5. Ortoreksiya Sıklığı	82
5.6. Ortorektiklerin Özellikleri	82
5.7. Ortorektiklerin İnançları ve Emotiviteleleri	85
SONUÇLAR	87
ÖNERİLER	96
KAYNAKLAR	98

EKLER	104
EK 1: ORTO-15 Ölçeğinin Orijinali (İngilizce)	104
EK 2: Araştırmada Kullanılan Anket Formu	105
EK 3: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi	106
EK 4: Yeme Tutum Testi	107
EK 5: ORTO-15 Ölçeği	108
EK 6: Etik Kurul Kararı	109
EK 7: Onam Formu	110
EK 8: Rektörlükten İzin Yazısı	113
EK 9: Araştırmacı Gözlemleri	114

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ADA	American Dietetic Association
AN	Anoreksiya Nervosa -Anorexia Nervosa-
APA	Amerikan Psikiyatri Birliği
BED	Tıkanırmasına Yeme Bozukluğu Binge Eating Disorder
BKİ (BMI)	Beden Kütle İndeksi Body Mass Index
BMH	Bazal Metabolizma Hızı
BN	Bulimiya Nervosa -Bulimia Nervosa-
MSS	Merkezi Sinir Sistemi Central Nervous System
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- IV (Mental Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel El Kitabı-IV)
Dyt	Diyetisyen
ED	Eating Disorders
EES-11	Duygusal Yeme Skalası (Emotional Eating Scale)
GDB	Genetiği Değiştirilmiş Besinler
GMO	Genetik Modifiye Organizmalar
HÜ	Hacettepe Üniversitesi
ISTAT	Ulusal İtalyan Araştırma Grubu Italian National Survey Group
MMPI	Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri Minnesota Multiphasic Personality Inventory
MOCI	Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri, Maudsley Obsessional Compulsive Inventory
N	Örneklem sayısı
NCSS	İstatistiksel analiz sistemi güç analizi ve örneklem genişliği paket programı

	Statistical analysis system power and sample size [PASS]
OİA	Olmak İstenilen Ağırlık
OKB (OCD)	Obsesif-Kompulsif Bozukluk Obsessive-Compulsive Disorder
OKKB (OCPD)	Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu Obsessive-Compulsive Personality Disorder
ON	Ortoreksiya Nervoza -Orthorexia Nervosa-
ORTO-15	Ortoreksiya Nevroza Değerlendirme Testi
RD	Registered Dietitian (Diyetisyen)
SSRI	Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü Selective Serotonin Reuptake Inhibitors
SSS	Santral Sinir Sistemi
S	Standart sapma
Sx	Standart hata
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
YB	Yeme Bozuklukları
YTT (EAT)	Yeme Tutum Testi Eating Attitude Test
\bar{X}	Ortalama

ŞEKİLLER

	Sayfa
4.1. Özdeğer-Bileşen Grafiği	43

TABLOLAR

	Sayfa
3.1. Ortoreksiya Nervoza testi yanıt puanlaması	39
4.1. ORTO-15 için faktör analizi sonuçlarına göre faktörlerin özdeğerleri ve varyansları	42
4.2. ORTO-15 için faktör örüntüsü	44
4.3. Alt ölçeklerin cronbach alfa içtutarlılık katsayıları	44
4.4. Ortoreksiya puanlarına göre yüzdelliklerin karşısına denk gelen değerler	45
4.5. Ortoreksiya puanlarına göre iki grup arasındaki farklılık ve belirti yüzdellikleri	46
4.6. Alt faktörlere ilişkin bulguların cinsiyet açısından dağılımı	47
4.7. Bireylerin genel özelliklerine göre dağılımları	48
4.8. Tüm ölçek puanlarının ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri	49
4.9. Ölçeklerden elde edilen puanların cinsiyete göre dağılımı	49
4.10. Bireylerin yaş gruplarına göre ORTO ve MOCI test puanı dağılımları	50
4.11. Cinsiyetlere göre BKİ dağılımları	51
4.12. Cinsiyetlere göre BKİ (kg/m ²) dağılımları	51
4.13. Beden Kütle İndeksi'ne göre YTT puanları dağılımları	52
4.14. Cinsiyetlere göre OİA dağılımı	52
4.15. Bireylerin kendi açıklamalarına göre olmak istedikleri ağırlık (OİA) durumlarına göre ORTO ve YTT testinin dağılımları	53
4.16. Bireylerin eğitim durumlarına göre ORTO testi puanları	53
4.17. İncelenen ORTO puanlarının bazı değişkenlere göre dağılımları	54
4.18. Bireylerin meslek gruplarına göre ORTO testi puanları	55
4.19. İncelenen ORTO test sonuç puanlarının bilgi kaynaklarına göre dağılımları	55
4.20. İncelenen ORTO puanlarının medeni durum, çocuk sayısı ve bilgilenmenin davranış değişikliğine etkisine göre dağılımı	57
4.21. ORTO-15 ölçek puanları için belirlenen kesim noktasına göre	58

bireylerin genel özellikleri	
4.21. ORTO-15 ölçek puanları için belirlenen kesim noktasına göre bireylerin genel özellikleri	59
4.22. Bireylerin BKİ değerlerinin (WHO) ORTO-15 ölçek puanlarının kesim noktasına göre dağılımları	61
4.23. ORTO puanı kesim noktasının (25.yüzdelik) idari personel kadrosuna göre dağılımları	61
4.24. İdari personelin ORTO-15'e verdikleri yanıtların derecelerine göre dağılımları	63
4.25. ORTO ölçek puanlarının (25.yüzdelik) akademik personel kadrosuna göre dağılımları	63
4.26. Akademik personelin ORTO-15'e verdikleri yanıtların derecelerine göre dağılımları	65
4.26. Akademik personelin ORTO-15'e verdikleri yanıtların derecelerine göre dağılımları (devam)	66
4.26. Akademik personelin ORTO-15'e verdikleri yanıtların derecelerine göre dağılımları (devam)	67
4.27. ORTO puanı kesim noktasının (25.yüzdelik) beslenme bilgilerine erişim kaynaklarına göre dağılımları	68
4.28. Bireylerin; obsesyon-kompülsiyon, ortoreksiya, yeme bozukluğu, yaş, BKİ ve toplam eğitim süresi değerleri arasındaki korelasyon (Pearson korelasyon)	70
4.29. ORTO'yu etkileyen faktörlerin regresyon analizi bulguları	72

1. GİRİŞ

1.1. Kuramsal Yaklaşımlar

Dünyada uzun bir süredir kitle iletişim araçları ve beslenme uzmanları, henüz Amerika Psikiyatri Birliği'nin (APA) Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV, 1994) tarafından bir hastalık olarak tanımlanmamış olan "Ortoreksiya Nervoza" (ON) adlı yeni bir yeme bozukluğuna dikkati çekmektedirler (1-3).

Ortoreksiya Nervoza, diğer adıyla "sağlıklı beslenme takıntısı", son zamanlarda dünyadaki klinisyenler tarafından araştırma konusu olarak büyük ilgi çekmeye başlamıştır (1-6).

Obezite epidemisinin başı çektiği Amerika'da, diyetine son derece dikkat eden bireylerin, endişe yaratacak hal almalarını hayal etmek, oldukça zor görünmekteydi. Ancak son zamanlarda, kusursuz zannetikleri diyetlerini takıntıya dönüştüren kişileri tanımlayan bu yeni terim, yayım başlıklarında dikkati çekmeye başladı (7).

Medyanın isimlendirdiği deli dana hastalığı, bozulmuş tavuk etleri, balık etinde civa zehirlenmesi gibi besinlerle ilgili aşırı miktarda yapılan medya uyarıları, bireylerin, besinleri sadece "sağlığı" temel alarak değerlendirmelerine neden olmakta, bu da kişilerin, tüm besin sınıflarını dışlayan sıkı diyetler yapmalarına yol açabilmektedir. Böylelikle, elzem besin öğelerinde yetersizlik, sosyal ve kişisel ilişkilerde değişim ve genel psiko-fiziksel durumlarda farklılaşma gözlenebilmektedir (1-6).

Ortoreksiya terimi Yunancada doğru anlamına gelen "orthos", açlık anlamına gelen "orexis" sözcüklerinden oluşturulmuştur (7). Bu sözcükler, sağlıklı ve doğru besinleri seçmek için "çılgınlık" düzeyindeki zihinsel uğraşı tanımlamaktadır. Bu bozukluk, anoreksiya (AN) ve bulimiya nervozadaki (BN) gibi "nicel" bir durumu değil, "nitel" bir durumu sergilemektedir (2).

Genel olarak ortoreksiya, yeme bozukluğu uzun dönem seyrettiğinde, geçici olmadığında ve bu davranışlar bireyin yaşam kalitesinde anlamlı oranda olumsuz bir etki yarattığında düşünülebilmektedir (1-3, 6-8). Uç durumdaki ortorektik olgular,

“saf olmayan” ve sağlıklarına zarar veren besinleri tüklemek yerine kendilerini açlığa mahkûm etmeyi tercih etmektedirler (2, 6, 8).

Daha önceleri de belirtildiği gibi, bu olay henüz çok yenidir. Özellikle kitle iletişim araçları tarafından konuya dikkat çekilmesine karşın ON, henüz ne uluslar arası bir terim niteliği kazanmış ne de tanısai sınıflandırmada yerini almış görünmektedir (1).

Bu bozukluğun gerçek ve kendine özgü bir bozukluk olup olmadığına ve anoreksiya ve bulimiya nervosa gibi yeme bozukluklarının yanında DSM’de ayrı bir sınıflamaya değer görölüp görölmemesine dair tartışmalar hala devam etse de, Amerikan Diyetisyenler Derneği’nin (ADA) dergisi için röportaj yapılan uzmanlar, beslenme alışkanlıklarındaki uç boyutların, büyük farklılıklar yaratabileceğini belirtmektedirler. Onlar ayrıca, diyetetik profesyonellerinin hastalara uygun yardımcı sağlamada hemfikir olmuşlar ve bu obsesif alışkanlıkların fark edilmesi gerektiğini savunmuşlardır (7).

Bu düşünceler ışığında ortoreksiya, eğilimlere veya dinsel veya felsefik geleneklere çok az bağlı olan, düşük oranda ciddi sayılabilecek kişilik veya davranışsal bozukluklar olarak düşünülebilir (1, 2, 6).

Ortoreksiyayı tanımlayan doktor olan S.Bratman (7), *Yoga Journal*’da yazısını yayımladıktan sonra bu belirtilerden yakınan kişilerden çok sayıda e-mail ve telefon aldığını belirtmiştir. Daha sonra bu terim *Cosmopolitan* dergisinde ve WebMD gibi popüler web sitelerinde dikkati çekmiştir. Bratman (2), onunla bağlantıya geçen kişilerin, anorektik ve bulimiklerdeki gibi ağırlık kaybetme hırsları olmadığını, ancak diyetlerinde mükemmel bir saflık düzeyine ulaşmayı amaç edindiklerini belirtmektedir.

Bratman (7), bir yazısında bu insanların belirli bir felsefeyi veya teoriyi (ör.makrobiyotik diyetler veya belirli bir kan tipi için geliştirilen diyetler) izlemeye yatkın olduklarını ve diyet ne kadar karmaşık veya sınırlayıcı olursa, kişilerin diyetlerine o kadar sadık kaldığını saptadığını belirtmektedir. Bratman (7), onunla bağlantıya geçen bireylerin, beslenme ile ilgili kendi düşüncelerini paylaşan diğer bireylerle sıklıkla bir araya gelmeyi tercih ettiğini, ancak bu zihinsel uğraşlarının kendi aile fertleriyle ve arkadaşlarıyla öğün paylaşma keyfini önlediğini belirtmektedir.

Bratman (7), bu semptomları gösteren insanların gerçek fiziksel uyarılara (anoreksiya veya bulimiyada yaşanan travmalar kadar olmayabilen) nadiren maruz kaldıklarını belirtmiş; ancak buna karşın, bağlantı halinde olduğu, diyetine çok sıkı bağlı kalan bir kadın hastasının, açlık nedeniyle kalp krizi geçirdiğini ve sonunda öldüğünü de yazısında belirtmiştir. Hasta, sürekli, ağırlık kaybetme ile ilgili bir zihinsel uğraşısı olmamasına karşın anorektik olduğunu belirtmiş, ancak kendini sağlıklı, temiz ve doğal hissetmek istediğini ısrarla tekrarlamıştır. Tüm bunların sonucunda Bratman, “*Health Food Junkies*” adlı kitabı yayımlamış ve “www.orthorexia.com” web sitesini oluşturmuştur. Daha sonra ABD ve Avrupa’da birtakım konferanslara davet edilerek konuyla ilgili konuşmalar yapmıştır.

Bize ışık tutması ve yol göstermesi amacıyla bu yeme bozukluğunu tanımlayan Bratman (7) ile tez yazarının yazışması sonucunda “*Health Food Junkies*” adlı ortoreksiyayla ilgili ilk ve tek yayımlanmış olan kitabı elde edilmiştir. Bu bozuklukla ilgili ayrıntılı bilgi ve yazarın kişisel deneyimleri, bu çalışmaya kaynak oluşturmuştur.

Yine bu çalışmaya ışık tutması için, Med-line’da sadece özeti verilen, Donini’nin (1) yaptığı ortoreksiya çalışması, yazar ile yapılan yazışma sonucunda, “*Eating Weight Disorders*” dergisinde henüz yayımlanma aşamasında olunmasına karşın yazardan sağlanarak kaynak olarak kullanılmıştır.

Bu çalışma, Donini’nin gönderdiği makaleden yararlanılarak planlanan bir çalışmadır ve Türkiye’de yürütülen ilk tezdur.

Bunun yanısıra, Med-line’da (www.ncbi.nlm.nih.gov, www.medscape.com) ortoreksiyayla ilgili İsveççe yazılan ancak ulaşılamayan araştırmanın sadece başlığı mevcuttur (8).

Aynı şekilde, İtalya’da ortoreksiya konulu ilk çalışmayı yapan Donini (1) de, bu kaynağa ulaşmanın çok zor olduğunu kendi makalesinde belirtmiştir

Ayrıca İspanya’da, Zamora ve arkadaşlarının (9) ortoreksiyayla ilgili yürüttükleri çalışmanın İngilizce metnine ulaşamamıştır.

Cartwright (10) yayınladığı derleme yazıda (www.ncbi.nlm.nih.gov), yeme bozukluklarından ortoreksiyayı hastalarında izlediğinden, yeme bozukluklarından anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve ortoreksiyanın patofizyolojilerinden ve bu hastalara uygulanan medikal tedavilerin zorluklarından bahsetmektedir.

ORTO-15'in (Ortoreksiya Nervoza Testi) ÷lkemize kazandırılması ve bir örneklem üzerinde bu yeni aracın kullanımının ortoreksiya belirtilerinin incelenmesinde alana bir katkı sağlayacağı düşün÷lmüştür.

Bu doğrultuda, izleyen bölümlerde, bu bozukluğun doğasının açıklanmasına, varsayılan davranış bozukluğu ile ilgili yürüt÷len, toplumumuza uygun uyarlama çalışmalarına ve bu çalışmanın aşamalarına ilişkin değerlendirmelere yer verilecektir.

1.2 Amaç ve Hipotez

Toplumlarda yerleşen doğru ve yanlış beslenme alışkanlıkları, değişik yaş grubu ve cinsiyette bazan sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Yeme bozukluklarında oluşan artışlar ve yaşanan çevresel uyarılar, sağlıklı yaşamın giderek daha fazla önem kazanması, yeni davranış bozukluklarını birlikte getirmiştir. Bu durumun ileriye dönük sağlık sorunları yaratmaması ve bireye özgü yeme davranışlarında oluşan yanlışlıkların düzeltilmesi amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

Yeme bozukluklarında vücut ağırlığı, beden, yiyeceklerin enerji değerleri, zayıf olmakla ilgili aşırı uğraş, obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) ile benzeşmektedir.

Ayrıca yeme bozukluklarının OKB ile yüksek bir hastalık ilişkisi gösterdiği, bunun yanında “mükemmelliyetçilik” gibi birtakım kişilik özelliklerinin hem OKB’de hem yeme bozukluklarında ortak olarak gözlemlendiği bilinmektedir (11). Bu nedenle ortoreksiya ile bilinen diğer yeme bozuklukları arasında yüksek oranda benzerlikler olduğu düşünüldüğünden ortoreksiya eğiliminin saptanmasında ORTO-15 ölçeğinin yanı sıra yeme tutum testi (YTT) çalışmaya dahil edilerek ortoreksiyaya yatkın kişilikler bu yolla saptanmaya çalışılmıştır.

Ortoreksiya tanısının konmasında OKB ile ortoreksiya arasındaki ayırt ediciliği daha etkili kılmak ve bozukluğu tanımlayabilmek açısından Maudsley’in obsesif-kompulsif testi (MOCI) çalışmaya dahil edilmiştir (12).

Tüm bunlara ek olarak, şu ana kadar yapılan çalışmalarda yeme bozukluklarının daha sık görülmesi nedeniyle, genç yaştaki kadın örneklemeler kullanılmıştır.

Bu araştırmadaki bir başka amaç ise hem yeme tutumu hem de ORTO-15 açısından cinsiyete ve daha ileriki yaş gruplarına göre farklılaşma olup olmadığını sorgulamaktır.

Bu çerçevede, bu araştırmayla ORTO-15 testinin ülkemiz örneklemini için uyarlaması yapılmış ve testin uygulama örneklemini Hacettepe Üniversitesi akademik ve idari personeli oluşturmuştur. Elde edilen bulgular doğrultusunda yeni tanımlanan Ortoreksiya Nervosa adlı yeni yeme bozukluğunun OKB ve Yeme Tutumu ile ilişkisi araştırılmıştır. Bu sonuçlar ışığında Ortoreksiya kavramı ve

testinin geçerliği ve güvenilirliği sınanarak; yaşı, cinsiyet, eğitim ve gelir durumu değişkenleri ile olan ilişki sine bakılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ruhsal Hastalıklar İçin Tanısal Kodlar

DSM-IV'ün (Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) amacı, klinisyenlere ve araştırmacılara, çeşitli zihinsel bozuklukları tanımayı, bunların hakkında iletişim kurmayı, bunların üzerinde çalışmayı ve bunları tedavi etmeyi sağlamak üzere, tanı aşamalarının açık tanımlamalarını sağlamaktır (13). Bu bağlamda:

Amerika Birleşik Devletleri'nde kullanılan resmi kodlama sistemi; Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması, Dokuzuncu Gözden Geçirme ve Klinik Uyarlama'dır (ICD-9-CM). Sınıflandırmada DSM-IV bozukluklarının çoğunun bozukluğun adının öncesinde gelen sayısal ICD-9-CM kodu vardır ve bu kod her bir bozukluk için tanı ölçütleri setine eşlik eder. Bazı tanıları için (ör. Mental Retardasyon, Madde Kullanımının Yol Açtığı Duygudurum Bozukluğu) uygun kod daha ileri bir tanımlamaya göre verilir ve söz konusu bozukluk için tanı ölçütleri seti verildikten sonra belirtilir. Bazı bozuklukların adlarından sonra parantez içinde verilen, diğer bir seçenek olabilecek terimlerdir ve çoğu kez bunlar bu bozuklukların DSM-III-R adlarıdır.

Bir DSM-IV tanısı genellikle kişinin o sıradaki görünümü için uygulanır ve kişinin iyileşme gösterdiği, daha önce almış olduğu tanıları belirtmek için kullanılmamaktadır. Söz konusu bozukluğun şiddetini ve gidişini gösteren şu belirleyiciler tanıdan sonra verilebilir: Hafif, Orta Derecede, Ağır, Kısmi Remisyonda, Tam Remisyonda ve Geçmiş Öykü.

Hafif, orta derecede ve ağır belirleyicileri, söz konusu bozukluk için tanı ölçütleri o sırada tam karşılanabiliyorsa kullanılmalıdır. Klinisyen, görünümün hafif, orta derecede ya da ağır olarak tanımlanıp tanımlanamayacağına karar verirken, belirti ve bulguların sayısını ve şiddetini, bunların sonucu olarak mesleki ya da toplumsal işlevsellikte bozukluk olup olmadığını göz önünde bulundurmalıdır (13).

2.2. Yeme Bozuklukları, Kuramsal Yaklaşımlar ve İlgili Araştırmalar

Yeme bozuklukları, yiyecek alımında sağlıklı düşüş veya yükseliş veya vücut ağırlığı ve görünümünde aşırı endişeli olma gibi, yeme davranışında oluşan ciddi endişeleri içermektedir. Bu alandaki çalışmalara ilgi ilk olarak 1970’lerde başlamıştır (14).

Vücut ağırlığı yönetimi, vücut imajı ve yiyecek tüketimi ile ilgili normal davranış ve tutumlar aşırı hale geldiğinde, yeme bozuklukları gelişebilmektedir. Temel bilinen yeme bozuklukları, anoreksiya nervoza (yememe-Anorexia Nervosa), bulimiya nervoza (aşırı yeme ve kusma-BN) ve tıkanırcasına yeme bozukluğu (tıkabasa yeme nöbeti-Binge Eating Disorder)’dur (15).

DSM’nin şu anki uygulamasında, yeme bozuklukları, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve başka türlü tanımlanamayan yeme bozuklukları olmak üzere üç aşamada ele alınmaktadır. Sonraki aşamalarda, tıkanırcasına yeme bozukluğundan yakınlıklar ele alınmıştır (7). Yeme bozukluklarının, en fazla depresyon, madde kullanımı ve anksiyete bozuklukları gibi diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte görüldüğü rapor edilmektedir (15).

Yeme bozukluklarının tarihçesine bakıldığında, anoreksiya nervozanın günümüzdeki anlamıyla ilk kez 17.yy’da tanımlandığı gözlenmektedir. Buna karşın daha sonraki iki yüzyıl boyunca, anoreksiya nervozayla ilgili çalışmalar oldukça sınırlı sayıdadır. 20. yy’da ise bu bozukluğun doğası, tanımlanması ve tedavisi ile ilgili araştırmaların sayısındaki artış dikkat çekicidir (16). Yeme bozukluklarının tarihçesi oldukça uzun bir dönemi içerse de, bu bozuklukların tanısal sınıflandırmada yerini alması, ancak geçen yüzyılın son yarısında gerçekleşebilmiştir (15).

Bu bozuklukların ortaya çıkmasındaki ilk basamaklardan biri, farkındalıklardaki artışlardır ve bozukluğun başlaması, sıklıkla stres yaratan bir yaşam olayı ile ilişkilidir (17).

Zihinsel bozuklukların tanısal sınıflandırmasında yeme bozuklukları, anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza olmak üzere iki özgül tanı grubuna ayrılmaktadır. Bu bozuklukların en belirgin özelliği yeme davranışlarında gözlenen şiddetli bozukluklardır. Bir kişiye “anoreksiya nervoza” tanısı konması için hastada DSM-IV kriterlerinden en az dördünü karşılaması beklenir (14).

A. Anoreksiya Nervoza İçin DSM-IV Tanı Kriterleri (13):

- i. Vücut ağırlığını yaşa ve boy uzunluğuna göre normal sınırlarda tutmayı reddetme (örneğin ağırlık kaybı ile beklenen ağırlığın %85'inin altında olma veya büyüme döneminde beklenen ağırlık artışının sağlanamaması).
- ii. Zayıf olunmasına karşın ağırlık kazanmaktan veya şişmanlamaktan aşırı korkma.
- iii. Beden algı bozukluğu.
- iv. Amenore (ardı ardına en az 3 menstrual periyodun olmaması).

Yeme bozukluklarının ikincisi olan bulimiya nervoza 20. yy'da tanı olarak sınıflandırılmıştır, ancak bulimiya kavramına –içeriğinde bir değişiklik olmaksızın- 2000 yıl öncesine ait kaynaklarda da rastlanmaktadır (16).

Bulimiya nervozada tıkabasa yeme dönemlerini izleyen- ki bu dönemde tüketilen yiyecekler üzerinde denetim kalkmıştır ve yiyecekler kısa bir zaman diliminde tüketilir- kendisinin yol açtığı kusma, laksatiflerin, diüretiklerin veya buna benzer ilaçların yanlış yere kullanımı; hiç yemek yememe veya aşırı egzersiz yapma gibi uygunsuz dengeleyici davranışlar gözlenir. Bunlara ek olarak, benlik değeri tümüyle vücut biçimi ve ağırlığına bağlıdır (14). Anorektik hastaların yarısından fazlası aynı zamanda bulimiktir.

B. Bulimiya Nervoza İçin DSM-IV Tanı Kriterleri (13):

- i. Tekrarlayan tıkanırcasına yeme olayı.
 - a) Örneğin iki saat gibi herhangi bir zaman diliminde tüketilen besin miktarının, birçok kişinin benzer koşullar altında benzer sürede yediğinden belirgin bir şekilde daha fazla olması,
 - b) Atak esnasında kontrol hissi kaybının (yemeği durduramama hissi veya ne kadar yediğini kontrol edememe durumunun) olması,
- ii. Ağırlık artışını önlemek için tekrarlayan uygunsuz davranışlar; kendini kusturma, laksatif, diüretik, lavman veya diğer ilaçların kötüye kullanımı, açlık veya aşırı egzersiz yapılması,

- iii. Tıkanırcasına yeme veya uygunsuz dengeleyici davranışların ortalama olarak üç ayda en az haftada 2 kez olması,
- iv. Kendini değerlendirirken vücut şeklinden ve ağırlığından etkilenme durumu,
- v. Vücut imajının anoreksiya nervozadaki kadar bozulmaması,

Çıkartma olan tip: Bulimiya nervoza durumunda kişi düzenli olarak kendini kusturmakta veya laksatif, diüretik veya lavman kullanmaktadır.

Çıkartma olmayan tip: Bulimiya nervoza durumunda kişi diğer uygunsuz dengeleyici davranışları uygulamakta (açlık veya aşırı egzersiz gibi), fakat kendini kusturması veya laksatif, diüretik veya lavman kullanmamaktadır.

❖ **Anoreksiya ile Bulimiya Nervoza Arasındaki Farklılıklar (18):**

Anoreksiya Nervoza	Bulimiya Nervoza
<i>Vücut ağırlığı</i>	<i>Vücut ağırlığı</i>
<i>Erken ortaya çıkar</i>	<i>Geç ortaya çıkar</i>
<i>Hasta nadiren yardıma gereksinim duyar</i>	<i>Hasta yardıma gereksinim duyabilir</i>
<i>Erken adolesan dönemde başlayıp orta adolesan döneme kadar sürer</i>	<i>Geç adolesan dönemde başlar</i>
<i>Menarş dönemi öncesi olabilir</i>	<i>Nadiren menarş öncesidir</i>
<i>Erkekleri de etkileyebilir</i>	<i>Genellikle kızları etkiler</i>
<i>Akut veya kronik olabilir</i>	<i>Dalgalandan gidişat gösterir</i>
<i>Öncesinde hastalık mevcut değildir</i>	<i>Öncesinde AN vardır</i>
<i>Anksiyete, obsesif kompulsif bozukluk ve depresyonla ilişkilidir</i>	<i>Depresyon, kendine zarar verme madde kullanımıyla ilişkilidir</i>
<i>Erken müdahale olmazsa prognozu zayıftır</i>	<i>% 60 kadarı özel tedavilere yanıt vermektedir</i>

Bu tür yeme bozuklukları, malnütrisyon, osteoporoz, menstruasyon siklusunun bozulması ve kan basıncındaki aşırı düşmeye bağlı kalp sorunları ile ileri bir aşamada ani kalp durmasına neden olabilmektedir (7). Bratman'a (7) göre, ortorektiklerde dahi şuna kadar açlık nedeni kalp krizinden kaynaklanan bir ölüm olgusu kaydedilmiştir.

Yeme bozuklukları, batı toplumlarında adolesanları uyaran üçüncü sırada yer alan kronik sağlık sorunu olarak belirtilmektedir. Batı toplumlarında daha sık görülmekle beraber günümüzde tüm dünyada toplumların daha geniş kesimlerini etkilediği belirtilmektedir. Özellikle son yıllarda Avrupa ve Amerika'da araştırmacıların ve klinisyenlerin ilgi odağı olmaktadır (15).

Yeme bozuklukları birçok etkenin birleşiminden kaynaklanan yıkıcı hastalıklardır. Bu etkenlerin içersinde duygusal bozukluklar, kişilik bozuklukları, aile baskıları, genetik veya biyolojik yatkınlıklar, fiziksel veya cinsel tacizler, bol yiyecek tüketimine yatkın toplum kültürleri ve zayıflık obsesyonu yer almaktadır (19, 21). Genelde kronikleşen, ciddi komplikasyonlara neden olan hastalıklar bütünüdür ve toplumdaki "ideal vücut" ölçülerine kavuşma isteği yeme bozukluklarının yaygınlaşmasını açıklayabilmektedir (19).

Günümüzde dünyada yeme bozukluklarından anoreksiya nervozaya (AN) % 0.2-0.7 adolesan ve genç yetişkin kadınlarda, bulimiya nervozaya (BN) ise % 1.0-2.5 oranında adolesan ve genç yetişkin kadınlarda rastlanmaktadır (19). ABD'de % 1-3 oranında kadınlarda AN ve BN, hem yemek yemeye hem de vücut ağırlığına bağlı olarak birlikte görülen bozukluklardır (20).

Güzellik ve çekicilik kavramlarının değişimi, zayıflığın fiziksel güzelliğin en önemli parçası olarak görülmesi, yeme alışkanlıklarında değişimi getirmiştir. Bu bozukluklar, davranış veya istek yetersizliğine bağlı olmayan gerçek ve tedavi edilebilir medikal hastalıklardır (15). Bu da yeme bozukluklarında tıbbi beslenme tedavisinin önemini gün geçtikçe daha da artırmaktadır (11, 22).

Epidemiyolojik çalışmalara göre, anoreksiya nervoza yiyecek tüketiminin çok fazla olduğu ve çekici olmanın zayıf olmakla bağlantılı kabul edildiği toplumlarda daha yaygın olarak rapor edilmektedir. Bozukluğun en yaygın olduğu kültürler, ABD, Kanada, Avustralya, Japonya, Yeni Zelanda ve Güney Afrika olarak sıralansa

da, diğerkültürlerde yaygınlığı araştıran sistematik çalışmaların az sayıda olmasının dikkate alınması gerekmektedir (23).

Son yıllarda yeme bozukluklarının obsesyonel bozukluklar oldukları vurgulanmaktadır. Davis ve Claridges'in (24) yaptıkları çalışmaya göre çıkan sonuçlar, anorektik ve bulimik hastaların Eysenck Kişilik Testinin "Bağımlılık Skalası"ndan (Addiction Scale) yüksek oranda puan aldıklarını belirtmektedir. Bağımlılık ve obsesif-kompulsiflik durumunun her iki hasta grubunda eşzamanlı olarak zihinlerini, kiloları ile yorma ve aşırı egzersiz yapma ile ilişkili olduğu sonucu ortaya çıkmıştır.

Williamson ve arkadaşlarının (25) yaptıkları bir çalışmaya göre, yeme bozuklukları obeziteyle bağlantılı psikiyatrik sendromlardır. Psikoterapötik yaklaşımların her üç yeme bozukluğunda da etkili yaklaşımlar olduğundan bahsedilmektedir. Bulimiya ve tıkanırcasına yeme bozukluklarının anoreksiyaya göre daha az ciddiyet seyrettiği ve bu hastaların tedaviye daha hızlı yanıt verdikleri de belirtilmektedir.

Remisyon (hastalığın hafifleme süreci), hastalığın ilerlemesi ve belirti değişiklikleri, bozukluk sürecinden birkaç yıl geçse bile beklenebilmektedir. Psikiyatrik hastalık ilişkisi, yeme bozukluğu hastalığı olan bireylerde prognoz için son derece önem taşımaktadır. Depresyon, anksiyete bozuklukları, OKB, kişilik bozuklukları en çok görülenler arasındadır (26).

Şimdiki konular yeme bozukluklarının nasıl sınıflandırılması gerektiği, altta yatan hangi etmenlerin, bozuklukların ilerlemesinde ve devamlılığında etkili olduğu ve en iyi nasıl tedavi edilebilecekleri ile ilgilidir. Yeni çalışmalar genetik etmenleri, beyin görüntülerinin (brain imaging) kullanımını ve davranışsal bozuklukların ayrıntılı analizlerini esas almaktadır. Önümüzdeki on yıl, bu doğrultuda yapılan çalışmalar yeme bozukluklarının anlaşılmasında anlamlı oranda gelişmeler sergileyecektir (27).

McClland ve Crisp'in (28) anoreksiya nervoza ve sosyal sınıf arasındaki ilişkiyi araştırdıkları bir çalışmada, son 33 yılda anorektik hastaların ait oldukları sosyal sınıf üzerinde durulmuş ve bu hastaların ait oldukları sosyal sınıfın değişebileceği bulgusuna varılmıştır. Genel olarak yüksek gelir düzeyine sahip kişilerin anorektik olduğuna inanılmış, ancak 1985'ten günümüze bu hastalarla

yapılan araştırmalar sonucunda, düşük sosyal sınıfa ait hastalarda da AN bulguları saptanabildiği görülmüştür.

Phelps (29) derleme çalışmasında belirttiği üzere, farklı yıllarda yürütölen araştırmaların sonuçlarına göre genellikle beyaz ırktan, orta ve yüksek sosyo-ekonomik sınıf dahil yaşları 12-20 arasındaki genç kızların hastalığı olarak tanımlanan yeme bozukluklarının aslında bu kadar sınırlı bir gruba özgü olmadığı, eğilimin yavaş yavaş siyah ırk, İspanyol kökenliler ve düşük sosyo ekonomik sınıfta da 7-26 yaşlarına kadar yayıldığı saptanmıştır.

Whitaker'ın (30) yaptığı bir araştırmaya göre bulimiya, anoreksiya nervozaya oranla erkeklerde daha sık görölebilmektedir. Ancak bu sıklık yine de düşük bir orandadır. Klinik örneklemlere bakıldığında AN tanısı ile izlenenlerin sadece % 5 ile % 10'u arasındaki bölümün erkeklerden oluştuğu gözlenmiştir (16).

Tsai'nin (31) Uzakdoğu'da yeme bozuklukları yaygınlığını araştırarak, batı toplumlarındaki yaygınlıkla karşılaştırdığı çalışmasında, Japonya'daki anoreksiya yaygınlığının % 0.025 ile % 0.030, bulimiya nervoza yaygınlığının ise % 0.5 ile % 1.3 arasında değiştiğini belirtmektedir. Diyet uygulamaları ile bedene yönelik memnuniyetsizliğin ise bu ölkelerde, batı toplumlarındakine yakın oranlar gösterdiği saptanmış ve bu bozuklukların toplumlardaki değişimle ilişkisi üzerinde durulmuştur.

Söz edilen bozukluklar, toplumların endüstrileşmesi doğrultusunda son 30 yılda ciddi bir artış göstermiştir. Sosyo-költürel etmenlerin bu bozukluklar üzerinde önemli düzeyde etkisinin olduğu birçok araştırmada dikkat çekmektedir (17).

Bu doğrultuda, yeni tanımlanan bir yeme bozukluğu olan Ortoreksiya Nervozanın doğasının açıklanması, şu ana kadar bahsedilen temel yeme bozuklukları ile aralarında farklılıklar olmasına karşın benzerliklerin de saptanması, yatkınlık etkenlerinin belirlenmesi ve tedavisine yönelik çeşitli görüşler ileri sürölmektedir.

2.3. Obsesif Kompölsif Bozukluklar (OKB) ile Yeme Bozuklukları İlişkisinin İncelendiği Araştırmalar

Yayınlar incelendiğinde, OKB ile yeme davranışı bozuklukları arasındaki ilişkiye yönelik birçok araştırma bulgusuna rastlanmıştır.

Rabe-Jablonska (32), yeme bozukluklarından AN'lı ve BN'lı olan 13-19 yaşlarındaki 30 kız çocuğunda yaptığı bir çalışmada, bireylerin 1/3'ünün AN'li ve DSM-IV'e uyum sağlayan OKB gösterdiği, 1/10'unun da OKB ve depresif bozukluklar sergilediği, yeme bozuklukları ve OKB'nin hastalık ilişkisinin veya OKB ve depresif bozukluğun ise giderek kötüleştiğini gözlemiştir.

Thiel ve ark.'nın (33) yeme bozuklukları olan 93 kadın hastada OKB prevalansı görülmesi ile ilişkili yaptıkları bir çalışmada Yale Brown'un OKB skalası ve YTT (yeme tutum testi) kullanılmıştır. Çalışma sonucunda 34 (%37) hastada DSM-3R kriterlerine uyan anlamlı oranda OKB olduğu ve Yale Brown skalasından patolojik boyutta puanlar çıktığı da görülmüştür. Bu sonuçlar, AN ve BN'lı hastalarda OKB prevalansının yüksek olduğunu ve bu prevalansın yeme bozukluğunun şiddetiyle bağıntılı olabileceğini göstermektedir.

Kaye ve arkadaşlarının (34) yaptıkları bir çalışmada; 97 AN'lı, 282 BN'lı ve 293 AN ve BN'lı olan bireylerde DSM-IV 1.ksen bozuklukları ve standardize edilmiş anksiyete, mükemmellik ve obsesyonellik ölçütleri incelenmiş ve kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır. Genel olarak anksiyete bozuklukları prevalansı ve özellikle OKB'ye AN ve BN'lı bireylerde kontrol grubuna oranla daha fazla rastlanılmıştır. Anksiyete bozuklukları genellikle, çocukluk çağında yeme bozuklukları gelişmeden önce rapor edilmektedir. Bu da bozuklukların AN ve BN gelişiminde etkisi olabileceği düşünülen etmenler olduğu olasılığını desteklemektedir.

Milos ve arkadaşları (35), yaptıkları bir çalışmada, OKB ve yeme bozukluklarının (YB) hastalık ilişkisi gösterdiği sonucuna varmış ve OKB hastalık ilişkisiyle YB'nun süresi arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Sonuçta tüm örneklem % 29.5 oranında OKB prevalansı göstermiş, AN ve BN olguları arasında OKB prevalansı açısından bir farklılık görülmemiştir. OKB hastalık ilişkisinin uzun dönem yeme bozukluğu öyküsü ile anlamlı oranda ilişkili olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Bu çalışma sonucu da daha önce yapılan çalışmaların verdiği sonuçlarda olduğu gibi YB ile OKB arasında yüksek oranda bir hastalık ilişkisi olduğunu göstermiştir.

Bir sonraki konuda da Walsh ve arkadaşlarının (36) serotonin ve OKB ilişkisi ile ilgili çalışmalarından bahsedilecektir.

Serpell ve arkadaşlarının (37) bir derleme yazılarında belirttikleri kadarıyla AN ile OKB ve AN ile OKKB (Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu) arasındaki ilişkiler son yıllarda ciddi bir tartışma konusu olmuştur. Yayın taramalarında da sonuçlanıp hemfikir olunduğu üzere OKB ile AN arasında net bir ilişki olduğu açıklıkla kanıtlanmıştır. Hastalık ilişkisi ve yaşam süresi prevelans çalışmaları, tatmin edici sayıda AN'li bireylerin tedavi esnasında aynı zamanda obsesif-kompulsif özellikler gösterdikleri ve bu bireylerin yüksek çoğunluğunun yaşamları süresince OKB kriteriyle karşılanacakları belirtilmektedir.

Aşağıda ortoreksiya nervoza ile ilgili çalışmalar ve bu kavramın kuramsal temelleri verildikten sonra özet yapılmaya çalışılmıştır.

2.4. ORTOREKSİYA NERVOZA NEDİR?

Ortoreksiya nervoza (ON), sağlıklı yiyeceklere karşı duyulan aşırı zihinsel uğraşmayı tanımlayan yeme bozukluğudur (1, 2, 4-6).

Bratman (2) bu terimi 1997'de Yunanca'dan sıkı, doğru anlamına gelen "ortho" dan ve açlık anlamına gelen "orexis" kelimelerinden oluşturmuştur. Ortoreksiya ise "doğru beslenme" anlamına gelmektedir. Bratman'a göre, uygun yemek yeme ile ilgili patolojik bir saplantıdır ve amaç sağlığı korumak ve geliştirmektir.

Bratman (1), Kolorado lisanslı bir hekim ve alternatif tedavi konusunda bir uzmandır ve 1997'de bazı hastalarında gözlemlediği durumu tanımlamak için "Ortoreksiya Nervoza" terimini oluşturmuştur.

Ona göre gözlemlediği durum, yeme bozukluğuna benzeyen bir zihinsel uğraşdır (obsesyon). Bununla ilgili ilk yazısını "The Alternative Medicine Sourcebook"ta yazmış, daha sonra "Yoga Journal"ın Ekim 1997 sayısında yayımlamıştır (38). "Utne Reader" magazini de bu yazıyı yeniden basmıştır. Daha sonra bu terim *Cosmopolitan* dergisinde ve WebMD (38) gibi popüler web sitelerinde dikkati çekmiş ve S. Sinton (39) gibi editörler de konuya sayfalarca yer vererek diyetisyenlerin görüş ve deneyimlerini aktarmışlardır (EK 9). Yazı, uluslararası düzeyde güçlü bir tepki alınca, alınan geri bildirimler ve istekler doğrultusunda Bratman bu konuya eğilme ve konuyla ilgili bir kitap yazma kararı almıştır. Sonuçta "Health Food Junkies" adlı kitap ortaya çıkmıştır (40).

Kitap yüzlerce magazin dergisi ve gazetede tartışılmasına karşın istenen reklamsal başarıya ulaşamayınca basımdan kaldırılmış ve www.amazon.com'dan sipariş edilebilir hale getirilmiştir. Buna karşın, “ortoreksiya nervoza” İngilizce diline girip tüm dünyayı etkilemiştir.

Ortoreksiya Nervoza, kişinin yaşantısına müdahale eden “saf” diyet tüketme obsesyonudur. Hasta obsesif hale geldiğinde ON ortaya çıkmaktadır, ancak yenilen yemeğin miktarıyla değil, kalitesiyle ilişkilidir (2, 10, 39).

Bratman (2), bu bozukluğu tanımlayan bir tıp doktoru olarak kendini iyileşmekte olan bir ortoreksiyalı olarak tanımlamaktadır (41). Bratman'a göre ON (ortoreksiya nervoza) hastalarının amacı zayıf olmak değildir. ON'li hastalar kendilerini şişman hissetmemekte, diyet mükemmel olursa herşeyin iyi olacağı gibi bir zihinsel uğraşı yaşamaktadırlar (obsesif-kompulsif bozukluğu anımsatır); gerçek veya abartılı bir şekilde sağlıklı veya dengede olmayı amaç edinmişlerdir (2).

Bu bozukluk, bir ağırlık kaybetme rejimi değil, aksine sadece “saf” besinler yeme ile ilgili aşırı bir fobidir. Bozukluk, sadece çiğ sebzelerle beslenme ve öğle yemeklerini belirli bir renkte yeme konusunda ısrar etmeye kadar uzanan sınırları içermektedir (42).

Makaleye göre ortoreksiya nervozalı olmak, bireyin sadece “sağlıklı beslenme” konusunda obsesif olması değil, aynı zamanda belirli pişirme yöntemlerini de kullanması anlamına gelmektedir. Örneğin alüminyum kaplar bu insanların asla kullanamayacakları araç ve gereçler arasında yer almaktadır. İngiltere’de ortalama 60 000 kişide yeme bozukluğu olduğu ve bu sayının her yıl giderek artış gösterdiği belirtilmektedir (42).

Ortoreksiya terimi, dikkat edildiğinde iyi bilinen bir yeme bozukluğu olan “anoreksiya nervoza” terimi ile benzerlik göstermektedir. Bratman (2), “Health Food Junkies: Overcoming the Obsession with Healthful Eating” adlı kitabında ortoreksiyayı; insanların diyetlerini, faziletli, temiz ve hatta ruhani hissetmek için bir yol olarak gördükleri bir hastalık şeklinde tanımlamaktadır. Birey ne kadar çok sağlığı için diyet yaparsa, kendini o kadar erdemli hissetmektedir (1-6, 39).

Bu bozukluk için herhangi bir klinik kılavuz mevcut olmadığından doktorların tanı kriterlerine göre teşhis edebilecekleri bir durum gibi

görülmemektedir. Diyet arınmasının en uç örneği olarak gözlemlenmiş bir durumdur. “Zihinsel Bozuklukların Tanı Kitabı”nda (DSM-IV) henüz tanımlanmamış, ancak ortoreksiyaya DSM tanısı konması için araştırma başlatılmıştır (40).

Ortoreksiya Nervoza (ON) görülen hastalar “mükemmel” diyetlerinde hata yaptıklarında daha sıkı rejimi ve açlığı içeren uç boyutta bir öz disipline başvurabilmektedirler (6). Tüm yaşamsal değerlerin yeme eylemine mal edilmesi, ortoreksiyayı tanımlayan bir bozukluk haline getirmektedir (2).

Çok iyi bilinen iki yeme bozukluğu olan anoreksiya ve bulimiya ile birçok benzerlikler taşımaktadır, ancak bulimik ve anorektikler yiyeceğin miktarına hedeflenirken, ortorektikler kalitesine hedeflenmektedirler. Her üçü de yaşam planlarında yiyeceklere son derece uç değerler vermektedir (1). Ortoreksiya; anoreksiya ve bulimiyadaki gibi, klinik olarak önemli bir yeme bozukluğu olarak nitelendirilmemektedir (3, 11).

Ortoreksiya prevelansı ile ilgili istatistiklere, davranış çoğu zaman pozitif olarak görüldüğünden, çok az rastlanılmaktadır. Obezlerin sayısının giderek artmasıyla birlikte toplum ve tıp profesyonellerinin sağlıklı yemeyi ideal olarak varsaymaları şüphe uyandırmamaktadır. Kişi, eğer saf diyet tüketme düşünceleriyle besleniyorsa ve bu bireylere verilen değer, uyguladıkları diyetin saflık düzeyiyle ölçülüyorsa, uygulanan sağlıklı diyet şüpheli hale gelebilmektedir (39).

Ortoreksiya nervoza sadece:

- Uzun dönem görüldüğü zaman (birkaç hafta için sağlıklı yiyeceklere verilen dikkat obsesyonun üzerinde olmadığı sürece bozukluk olarak tanımlanamaz),
- Eğer bireyin yaşantısında anlamlı oranda negatif bir etki yaratıyorsa (yaşam stresini önlemek için yiyecekleri düşünmek, negatif duyguları önlemek için yiyeceklerin nasıl hazırlandığını düşünmek, her günün büyük bir çoğunluğunu yiyecekleri düşünerek geçirmek) tanımlanabilmektedir.

Henüz formal bir medikal durum olmaması nedeniyle "ortoreksiya nervoza" birçok doktora göre gittikçe büyümekte olan bir sağlık olgusudur (40).

Sağlık adı altında herhangi bir diyeti izlemek kesinlikle ortoreksiyalı olmak anlamına gelmemektedir. Ortoreksiyalı olmak, diyetin hayatın temel hedefi haline gelmesi; bu diyetten uzaklaşılmasının suçluluk ve kendinden nefret etmeyle sonuç bulmasıdır (2, 3). Ortoreksiyalılar, sağlığı korumak ve iyileştirmek için sağlıklı beslenme takıntısı yaşamaktadırlar (6).

Bratman (2, 7, 39), kitabında ortoreksiyayı, insanların kendilerini erdemli, dürüst, temiz ve hatta kutsal hissetmek için, diyetlerini bir yol olarak gördüklerini tanımlayan bir hastalık olarak nitelendirmektedir.

Ortoreksiya, klinik olarak anlamlılık ifade eden bir yeme bozukluğu olarak tanımlanmamaktadır. Yapılan istatistiklere göre ortoreksiya prevelansının, kişilerin kendi yeme tutumlarını pozitif bir tutum olarak algılamalarından dolayı genellikle seyrek olduğu belirtilmektedir (2, 3, 6, 39).

2.4.1 Ortoreksiyanın Sınıflandırılması

Kater (7) (imaj, yeme ve kilo endişesi yaşayanların tedavisinde 10 yıllık Minnesota'lı uzman psikoterapist), Bratman'ın (2) tanımladığı belirtileri gösteren bu sınıfa ait olabilecek hastaları olduğunu saptamıştır. Kater, bu insanların, diğer yeme bozukluğuyla mücadele eden insanlarla, mükemmeliyetçiliğe olan genetik yatkınlık ve kontrol gereksinimi gibi birtakım ortak davranışlar gösterebileceklerini belirtmiştir.

Amerikan Diyetisyenler Derneğinin (ADA) dergisinde yayımlanmak üzere bu makale için uzmanlarla birlikte röportaj yapılan Kater, mükemmel diyet hedefinde olan hastalarla bulimik veya anorektikler arasındaki en büyük farkın, bulimik veya anorektiklerin ağırlık kaybetme hırsları olduğunu belirtmiştir (7).

Kater (7), Bratman'ın tanımladığı terimin tanı sınıflamasında kendine özgü sınıflandırılacağı konusunda şüpheler taşımakta, eğer farklı bir sınıfa ait olması gereken bir bozukluk varsa bile, bunun tikanırcasına yeme bozukluğu olduğunu, ortoreksiya için tamamiyle farklı bir sınıflandırmanın gerekli olmadığını savunmaktadır.

Ortorektikler için, diyet planları son derece önemlidir. Dünyada sayısız beslenme filozofu vardır ve her birinin verdiği bir diyet planı sağlıksız bir beslenme obsesyonuna yol açabilmektedir. Sağlıklı ve formda kalmak için yapılan sıkı bir

diyet, ironik olarak malnütrisyonla sonuçlanabilmektedir. Diyet, çeşitlilik içermediği takdirde beden gerçekten çok kolaylıkla vitamin, mineral ve besin öğeleri yetersizliği yaşayabilmektedir. Birçok diyet, sağlığın sürekliliğini sağlamak ve/veya hastalığı önlemek amacıyla belirli veya tüm besin gruplarını dışlamaktadır (7).

Kısa dönem uygulanan bu diyetler çoğunlukla zarar vermektedir. Ancak, değişmeyen, bir insanın uzun dönemde kontrollü bir diyet uygulaması sonucu olumsuz fiziksel ve fizyolojik sonuçların kaçınılmaz olduğudur (7). Ortorektikler, mükemmelliğe ulaşma çabalarından ötürü diyetlerini giderek kısıtlama eğilimine girdiklerinden, özellikle beslenme yetersizlikleri riski taşıyan gruba girmektedirler.

Sağlıklı bir diyetin izleyicisi olmak tüm ortorektiklere atfedilememektedir. Ortorektiklerin genel motivasyon kaynağı ve amacı sağlıklı olmaktır (39). Şimdi bu amaçla sağlıklı olarak nitelendirilen bazı yeme planlarına kısaca değinilecektir.

2.4.2. Sağlık Adı Altında İzlenen Popüler Yeme Planları:

Makrobiyotikler, etsiz beslenmeyi hedeflemesi nedeniyle beden ve çevre dengesini sağlamak için birtakım yaşam değişiklikleri gerektiren bütünsel bir yaklaşımdır. Yin ve Yang değerler arasında denge kurarak ruhsal, zihinsel ve fiziksel yönden doğa kurallarına uyarak beslenme ve sağlıklı kalma düşüncesini hedef almaktadır. Makrobiyotik diyetten yenilen besinlerin yüzde 70-90'ı tahıl, yüzde 30-10'u sebze ve meyvelerden oluşmaktadır.

Veganlar, hayvanlara ve hayvan zulmüyle ilişkili olan her şeyden kaçınılmaktadırlar. Diyet motivasyonları insancıl yaklaşımlı ve sağlık ilişkilidir (39).

Vejeteryanizm bazı altbaşlıklardan oluşmaktadır.

- **Yarı vejeteryanlar** (kırmızı et dışında her şeyi tüketenler)
- **Lakto-ovo** (etten sakınan ancak süt ve süt ürünleri ve yumurta tüketenler)
- **Ovo** (süt ve süt ürünlerinden kaçınan ancak yumurta tüketenler)
- **Lakto** (yumurtadan kaçınıp süt ve süt ürünleri tüketenler)

Çiğ (ham) besin tüketicileri, 47⁰ derece üzerinde ısıya maruz kalan besinlerin besleyici enzimlerinin zarar gördüğü ve besinlerin toksik hale dönüştüğüne inanmaktadırlar (7). Pişmemiş besin teorisi vücudu temizlemeyi hedef alır (2).

Veganlar gibi beslenmekle beraber, çiğ beslenenler, doğaya ve yaşama saygılarından dolayı, pişirilmiş ya da saflığı bozulmuş besinleri tüketmezler ve sadece doğadaki haliyle, çiğ olarak yenilebilecek şeyleri yerler. Çiğ beslenenlere göre, sadece insan, besinlerini bozarak ve doğal halini değiştirerek tüketmektedir.

Meyve tüketicileri, temel olarak meyve ve bir miktar da sebze tüketmektedirler, pişmiş besinlerden kaçınmaktadırlar.

Likitaryanlar, sıvılaştırılmış yiyecek ve içecekleri tüketmektedirler ve sıvı besinlerin vücudu temizlediğine inanmaktadırlar (39).

Frutaryenler, meyveciler olarak da adlandırabileceğimiz bu grup, veganlar gibi beslenirler, fakat toplanırken bitkiyi öldürmeyen meyve sebzeleri yerler. (Elma, ağacına zarar vermeden toplanırken havuç bu gruba girmez.)

Birçok kişinin ağırlık kaybetmek için izlediği ve genel sağlığı iyileştireceğini iddia eden diğer popüler diyetler (39):

❖ **Atkinciler** çoğunlukla yağ ve protein tüketmektedirler. Diyabete yol açan kan şekeri salınımlarını azaltmak amacıyla karbonhidrat tüketiminden kaçınmaktadırlar.

❖ **Zoner'ciler** Barry Sears'in diyetine bağlı kalmaktadırlar. Kalp hastalıkları, diyabet ve kanser gibi kronik hastalıklarla mücadele etmek için 40-30-30 planına (% 40 karbonhidrat, % 30 protein, % 30 yağ) göre hareket etmektedirler.

❖ **Yağsız diyet tüketicileri** diyetten yağı, kalp hastalıklarına neden olacağı korkusuyla (iyi yağları da dahil olmak üzere) dışlamaktadırlar.

❖ **Şekersiz diyet tüketicileri** rafine edilmiş, işlenmiş ve şeker eklenmemiş besinleri diyabet riskini azaltmak amacıyla (bazıları yüksek şeker içerikli sebze ve meyveden kaçınmaktadırlar) tüketmemektedirler.

❖ **Organik diyet tüketicileri** pestisit içermeyen ve genetik modifiye (GMO) olmayan besinleri içeren diyetten oluşmaktadır.

❖ **Puristler**, koruyucu maddelerin toksik olduğu korkusuyla sadece

doğal, işlenmemiş ve koruyucu madde katılmamış besinleri tüketmeyi tercih etmektedirler.

❖ **Laktozsuz diyetler**, gastrointestinal sağlık için süt ve süt ürünlerini diyetlerinden çıkarmayı tercih etmektedirler. Belirli alerjik semptomların azaltılması için alerjen besinleri (ör. soya, mısır, un vs.) dışlayan birtakım diyetler mevcuttur.

Bu liste uzadıkça uzamaktadır. Ortorektikler genelde ya bir diyete sadık kalmakta veya çeşitli diyetleri denemektedirler (39). Sağlıklı diyet seçimleri her zaman ortorektik olmak anlamına gelmemektedir (2). Ortoreksiyayı tanımlayan, obsesyonun kalitesidir, sağlıklı besinlere karşı duyulan istek değildir. Bakış açısı ve dengedeki kayıp, hayatın anlamının çok fazla oranda yiyecekler ve beslenme etrafında odaklanması demektir. Diyet, yaşamdan yapılan kaçamak halini aldığı anda, sezgisel tercihten çok, yeme bozukluğuna benzemeye başlamaktadır (2). Eğer kompülsiyon serbest yiyecek seçimlerini etkiliyor ve bireyler, karakter ve kişiliklerinden çok diyetleri temel alarak değerlendirilmeye başlanıyorsa, günlük zamanın büyük çoğunluğu beslenme ile ilgili düşüncelerden ibaretse, kolaylıkla besin seçiminin yapılamadığı, bu da kısaca yeme bozukluğunun var olduğu anlamına gelmektedir (2).

2.4.3. Ortoreksiya Bir Yeme Bozukluğu Mudur?

Ortoreksiya bir eğilim, eşik altı bir bozukluk, bir tür obsesif-kompülsif bozukluktur (7).

Pesikoff (7), birçok kişinin tüm yeme bozukluklarının gerçekten obsesif-kompülsif sınıfa ait olduğunu tartıştıklarını, anoreksiya ve bulimiya kavramlarının da ayrı bir sınıfta kalacak kadar iyi bilindiğini belirtmiştir.

Pesikoff (7), besinlerle ilgili farklı obsesyonlar taşıyan hastalar gördüğünü, Kater'in (7) de belirttiği gibi anksiyete ve mükemmeliyetçilik kişilik özelliklerine olan yatkınlığın altta yatan etmen olduğunu ve mükemmeliyetçiliğin, mükemmel bir diyet uygulamak için kompülsiyon geliştiren kişilerde olduğunu belirtmiştir. Sürekli el yıkama gibi diğer obsesif-kompülsif davranış geliştiren insanlarda da aynı şeylerin olduğunu gözlemlemiş ve kesinlikle genetik bir materyalin olduğuna dikkati çekmiş, ancak obsesyonun insan bilinci gibi çok farklılıklar gösterdiğini de eklemiştir. Pesikoff'un görüşüne göre bu kişiler, ağırlık kaybetmeyi amaç edinmeseler de,

toplumun kısmi olarak etkisi altındadırlar. Diğer obsesyonlarda olduğu gibi davranışlar, kişileri toplumdan ve günlük yaşantıdan uzaklaştırıyorsa, sorun olmaya başlamaktadır (7).

Pesikoff (7), bu davranış biçiminin ekonomik bir boyutu olabileceğini eklemektedir. Organik besinlerin satıldığı dükkanlardan alışveriş yapacak ekonomik gücü olmayanlarda bu tarz obsesyonların gelişmeyebileceğini bildirmektedir.

Suffolk VA’da çalışan ve obsesif-kompulsif hasta tedavisi yapan Kaye (7), toplumun, obsesyonları oluşturmada yönlendirici olduğu düşüncesiyle hemfikirdir. Örneğin immün sistemi bozan bir virüs gündem konusunu teşkil etmişse, muayeneye gelen hastalar arasında virüsün bulaşacağıyla ilgili irrasyonel, obsesif bir korku geliştirenlerin arttığını gözlemlemiştir.

Pesikoff, Kaye ve Kater (7) bu tip hastalarda farklı ilaç şirketlerine ait Zoloft, Prozac ve Paxil gibi selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ile birlikte, kognitif davranışsal tedavinin uygulanması gerektiği konusunda her üç hekim hemfikir olmuşlardır.

Bununla birlikte, belirli hastaları ilaçla tedavi etmenin bazı zorlukları da bulunmaktadır. Eğer kişi saf veya doğal diyet tüketme obsesyonuna sahipse, ilaç almayı reddedecektir. Kater’a (7) göre diğer yeme bozukluğuna sahip hastalardan farklı olarak ortorektiklerin, sağlıklarına düşkünlükleri nedeniyle, ilaç tedavisine daha ılımlı bakacakları görüşündedir.

Miller (39) 1980’lerin başında makrobiyotik diyet yaparken kusursuz beslenmenin farkına varmıştır. Sağlığı iyi olup beslenme açısından da olumlu bir şey yapması nedeniyle yazısında kendini o dönemlerde iyi hissettiğini belirtmektedir.

2.4.4. Herşey veya Hiçbirşey Sendromu (Ya Hep Ya Hiç Düşünce Biçimi)

Miller (39), anoreksiyalı olup da ortoreksiya gelişen, ortoreksiyalı olup da anoreksiya veya bulimiya gelişen hastaları, yaşantılarının diğer alanlarında (OKB) obsesif-kompulsif bozukluk görülmeyen hastaları ve diyetin sağlık üzerinde etkili olduğu fiksasyonuna sahip obsesif-kompulsif bozukluğu olan kişilik tiplerini tedavi etmiştir.

Ortorektikler, yeme ve obsesif-kompulsif bozukluğu (OKB) olan hastalar “ya hep ya hiç düşünce biçimi” nden yakınabilmektedirler. Bu tür hastalar ortalama

düzeylelerde hareket etmeyebilmekte, uç düşünce biçimleri, besinler ve beslenme konusunda veya yaşantılarının farklı bölümlerinde görülebilmektedir. Tipik olarak “hep veya hiç sendromlu”lar yiyecekleri veya yaşantılarının diğer yönlerini “iyi” veya “kötü”, “siyah” veya “beyaz”, “var” veya “yok” olarak algılayabilmektedir. “Gri”, “ortalarda” veya “olur” kavramları yaşantılarında yer almamaktadır (39).

Ortorektikler, besinleri “iyi-sağlıklı” veya “kötü-sağlıksız” olarak sınıflamaktadırlar. Kendilerine verdikleri değer, tükettikleri besinlere bağlılık göstermektedir; eğer o gün sağlıklı besinler tüketildiyse kendilerini iyi, biraz göz yumup sağlıksız besinler tükettiler ise de kendilerini kötü hissetmektedirler. Bu düşünce tarzına göre hiçbir besin ortalarda seyretmemektedir (39).

2.4.5. Sosyal Standartların Bir Rolü Var Mıdır?

Diyetisyen Miller’e (39) ortoreksiyanın gerçekten sağlıklı ilişkisi olup olmadığı sorulduğunda ortorektiklerin görünürde sağlıklı yaşama motivasyonuna sahip olduklarını, ancak altında yatan diğer motive edici etmenlerin diyet obsesyonuna yol açtığını (örneğin kilo kaybı, güzellikle ilgili sosyal standartlara göre yaşantılarını hareket ettirdikleri vs.) belirtmektedir.

Miller kendisiyle yapılan röportajda “Etin tadını sevmediği ve hayvanların öldürülmesine karşı olması nedeniyle 15 yaşında vejeteryan olduğunu belirtmiştir.

Makrobiyotiklerle ilgili yaptığı çalışmaların nedeni sorulduğunda ise vejeteryan beslenmenin sağlıklı olduğunu ve aynı zamanda daha az enerji tüketebileceğinin de bilincinde olduğunu yanıtı alınmıştır.

Miller’e (39) göre ortorektiklerin görünümdeki motivasyonu insan gibi yemek yemektir, ancak altında yatan diğer etken “toplumun zayıflık standartlarına göre yaşama emeli” dir. Ona göre, Ortorektiklerin düşüncelerinin arkasında “topluma göre, sağlıklı beslenme ve zayıf olma bugün kabul görürken, davranışlarımız nasıl bir bozukluk olabilir?” sorusu yatmaktadır. Ortoreksiyayı bir bozukluk olarak algılamamanın altında yatan diğer etken, toplumun, sağlığı destekleyen davranışları normal olarak algıladığı, davranışların çok aşırı uca gidildiği takdirde, doğabilecek sonuçların ne olacağını görmemeziğe geldiklerini belirtmeleridir.

2.4.6. Erkeklere Göre Kadınlar

Miller'e (39) hem erkek hem de kadın hastalara sorduğunda, diyeti sağlık için yaptıklarını belirtmişlerdir. Kadınlar için altta yatan birincil etmenin tipik olarak kilo kaybetmek olduğu, erkeklerde ise "iyi görünme isteği"nin "ağırlık kaybetme" faktörüne göre daha ağır bastığı ve ikincil etmen olduğunu belirtmektedir.

Miller (39) "cinsiyet ayırmaksızın" "toplumun standartlarına göre yaşama arzusu, bir diyeti uygulamak için güçlü bir itici güçtür" etkenine dikkati çekmekte, sağlık kadar "dış görünümün" de mükemmel bir diyet için önemli bir etken olduğunu vurgulamaktadır.

2.4.7. Karşıtsezgisel Beslenme

Miller'e göre, ortoreksiyanın kaçınılmaz ve üzücü sonucu, sezgisel beslenmedeki kayıptır. Bu, hangi besini istediğinizi ve ne kadar aç olduğunuzu bilmek, besin seçimlerinizi zevkli bulmak ve ne zaman tok olduğunuzu bilmek anlamına gelmektedir. Besin seçimlerinde sıkı ve tutucu hale gelmek isteklilik gerektirmekte ve bu çoğunlukla bilincinizin ve bedeninizin şiddetli isteklerine karşı sıklıkla gelebilmek demektir. Beden isteklerine karşı "HİÇBİR" zaman pes etmemek için karar almak şüphesiz kontrol kaybına neden olmaktadır. Sonuç genellikle yiyeceklerde kaçırma ve olası tikanırcasına yemek yemedir, bu da bir ortorektiğin kendini suçlu hissetmesine neden olmaktadır (39).

Besinlerdeki obsesyon, bir anne ve babanın bebeklerini, "sağlıklı" vegan, çiğ besin tipiyle beslenmesindeki ısrarından sonra malnütrisyonla ölen bir bebekte de yaşanmıştır. Bebeğin ölümü, ailesinin onun sağlığı konusunda aşırı endişeli davranışlarından kaynaklanmıştır. Aile, pişmiş ve işlemden geçmiş besinlerdeki toksinlerin bebeklerine zarar vereceğini düşünerek vegan diyetine göre meyve ve sebze sularıyla beslemeyi uygun bulmuşlardır. Oysaki gerçek olan, vejeteryan veya vegan diyetin yetişkinlerde uygulanabileceği, bebeklik ve erken çocukluk döneminde ise uygun olmadığıdır. Bu dönemde, hızlı büyüme ve gelişme için gerekli besin öğeleri ve enerjinin yeterli oranda karşılanması son derece önem taşımaktadır (42). Toplumlarda görülen birçok hastalığa yanlış besin seçimi, yanlış hazırlama, pişirme ve saklama yöntemlerinin uygulanması neden olmakta ve bu durum beslenme sorunlarının boyutlarının büyümesine yol açmaktadır.

Kronik beslenme yetersizlikleri, şişmanlık, anemi, raşitizm, vitamin-mineral eksiklikleri, kanser, kalp-damar hastalıkları, diyabet, diş çürükleri vb. gibi birçok hastalığın temelinde, bebeklikten itibaren yanlış beslenme uygulamaları yatmaktadır (43). Enerji ve yağdan yetersiz ancak hacmi fazla olan diyetler, çocuklarda mide kapasitesi sınırlı olduğundan, beslenme riski yaratabilmektedir. Bu spesifik olguda, tüketilen çığ besinlerle ilgili bilgilerin internetten alındığı belirtilmektedir. Bilinmelidir ki internet bilgileri yanlış olabilmekte, bu bilgilerin alanda uzman kişilerle paylaşarak kullanılabilmesi olanaklı olabilmektedir (43).

Bir beş arası yaş grubu çocukları kapsayan “oyun çocuğu” denilen, gelişme ve değişme döneminde çocuğun yeme alışkanlıkları da doğrudan veya dolaylı olarak ailenin, özellikle anne ve babanın beslenme alışkanlıklarından etkilenir. Anne ve babanın yedirme için ısrarları, ödüllendirme, ceza verme gibi yemek yeme sürecini vurgulayan tutumları, çocuğun yeme alışkanlıklarını olumsuz yönde etkileyebilir (43). Küçüklüklerinde doğru alışkanlıklar edinememiş kişilerin, yetişkinliklerinde bu alışkanlıklarından kurtulması çok zor olmaktadır. Bu nedenle bu dönemde verilecek eğitim bu açıdan büyük önem taşımaktadır (44).

Mükemmel beden imajına sahip olma ve diyet yapmanın önem kazanmasıyla birlikte 15-18 yaşları arasında olan İngiliz okul çağındaki çocuklarda yapılan araştırmada her 6 çocuktan birinin ağırlık kaybetmek için diyet yaptığı gözlenmiştir. Çalışmada aynı zamanda bu yaş grubunun D vitamini gibi birçok vitaminden ve kalsiyum, çinko gibi birçok mineralden yetersiz beslendiklerini de ortaya çıkarmaktadır (42).

Yeterli ve dengeli beslenme doğumdan ölüme kadar insan yaşamı boyunca, yalnız fizyolojik gereksinimin giderilmesi için değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyolojik gereksinimlerin giderilmesinde de önemli bir yer tutmaktadır (44).

Sezgisel beslenmede açlık-tokluk duygusu çok önemlidir. Sezgileri dikkate almadan doğru beslenmeye zorlama sonucu, tat sezgilerin önüne geçmekte ve çocuk annesinin zorlanması ile beslenmektedir (45). Duygu ve düşünceler besin seçimini etkilemektedir. Serotonin nörotransmitterinin besin alımını düzenlediğine inanılmaktadır, kanda düzeyinin yüksek oluşu, doyumluk, düşük oluşu açlık duygusu yaratmaktadır (46). Serotoninin birçok fizyolojik rolü vardır, bunlar

arasında ağrı algılaması, normal ve anormal davranış, uyku, ısı, kan basıncı regülasyonları sayılabilir (47). Serotonin azlığında saptantılar artmakta, karbonhidrat fazlalığında ise serotonin yapımında bir artış söz konusu olmaktadır. Bu da psikolojik açıdan bir doyunluk sağlayabilmektedir (45).

Canella ve Donini (1)'nin yaptıkları çalışmada da ortorektik olgular, yiyeceklerle ilgili spesifik karakterler göstermişler, ancak sinirli, heyecanlı, mutlu veya suçlu olduklarında yemek yemeğe karşı konulamayan güçlü bir istek sergilemişlerdir.

Walsh ve arkadaşlarının (36) yaptıkları bir çalışmada, SSS (Merkezi Sinir Sistemi, CNS)'nin serotoninin işlevinin net olarak yiyecek denetiminde rol oynaması ve aynı zamanda obsesif-kompulsif spektrum bozukluklarında rol alması nedeniyle bazı girişimciler, biyolojik bir marker belirlemeye çalışmışlardır. Çünkü bu tür kişilik özelliklerinin, taşıyıcıların (transporter) ve reseptör polimorfizminin de karıştığı serotonerjik sistem genleriyle ilişkili olduğu üzerinde hedeflenilmektedir (36). Düzeyi yüksek tutacak ilaçlarla şişmanlığın önlenmesi üzerine çalışmalar da yapılmaktadır (46).

İnsanların çoğu aşırı beslendiklerinde veya diyetlerinde kaçamak yaptıklarında kendilerini kötü hissetmekte, ancak bunun üstesinden hemen gelmektedirler. Aksine, ortorektiklerin suçluluk duyguları çok abartılıdır ve kendilerinden iğrenme ile sonuç bulabilmektedir. Sezgileri bir kenara bırakıp “doğru” besinleri yemek için bu kadar büyük bir enerji sarfetmek, memnuniyetsiz ve sade beslenmeyle sonuç verebilmektedir. Ortorektikler nasıl doğal beslenildiğini öğrenemeyebilirler ve birşeyleri bozup sonradan da utanmaya mahkûm olabilmektedirler (39).

Ortorektikler bir hata yaptıklarında kaçırdıkları, yememeleri gereken ve kötü niteledikleri besini telafi etmek gereksinimi hissedebilmektedirler. “Kötü” besinleri yemek, otokontrolde kayıp ve isteklilik gücünde azalma olarak algılanmaktadır. Ortorektikler, disiplin bozulduğu zaman telafi etmek için besinlerde daha fazla kısıtlamaya gidebilmektedirler. Kendini cezalandırmak için temizlenmekte ve/veya aşırı egzersiz yapabilmektedirler. Kuvvetli bir enerjinin olması isteği için çözüm, onlara göre daha fazla enerji ve dikkat sarfetmektir. Hergün doğru beslenmek ve “iyi hissetmek” için yeni bir gündür. Eğer bir ortoreksiyalı mükemmel beslenmek için bu

kadar zaman sarfediyorsa, geriye yaşamın güzelliklerini tadmak için çok az zaman kalmaktadır (39).

İlerlemiş ortorektik olgularda, ciddi infeksiyonlara yatkınlığa yol açan malnütrisyonlar oluşabilmekte ve henüz sayı olarak birkaçına rastlansa da sonunda ölüm gerçekleşebilmektedir (2).

2.4.8. Sosyal izolasyon

Ortoreksiyanın diğer bir sonucu, sosyal izolasyondur. Ortorektikler hangi besinleri yiyeceklerine öyle sadıktırlar ki, yaşantılarını bu besinlerin üzerine kurmaktadırlar. Sadece organik veya sağlıklı besin satan marketlerden alışveriş yapmaları olasıdır. Aşçının yiyeceklere ne yaptığı hakkında bir fikirlere olmadığından tüm restoranlara gitmekten sakınılmaktadırlar. Sadece belirli besinleri yediklerinden arkadaşlarla ve ailelerle buluşmayı azaltılmaktadırlar. Sırasıyla da aile ve arkadaşlar ortorektiklerden sakınılmaktadırlar. Çünkü ortorektiklerin tek konuştuğu konu sağlıklı besinler ve beslenmedir. Bratman (2, 39) tüm yaşam değerlerini beslenmeye aktarmanın, ortoreksiyayı tanımlayan bir bozukluk haline getirdiğini ileri sürmektedir.

2.4.9. Ortoreksiyalı Olup Olmama Nasıl Anlaşılır?

Tanıdaki sorun, insanların “doğru beslenme” kavramının arkasına saklanabildikleridir. Sağlıklı diyetler kabul edilen ve teşvik edilen diyetlerdir, ancak sağlıklı diyetler arada sırada uygulandığında kabul edilebilmektedir. Eğer vücut geliştirme ile ilgili müsabakalar için eğitim alınıyorsa veya diğer performansla ilişkili olaylarda yer alınıyorsa bitmesini beklemek gerekmektedir. Yaşamımızda içimizden geldiği gibi yemek yemeğe zaman ayırabilmek bir gereklilik olduğu belirtilmektedir.

Ortoreksiyalı olup olmadığımızla ilgili şüphelerimiz henüz çok yeni ve tartışmalı bir durum olması dolayısıyla doktorların henüz tanı koyabilecekleri bir bozukluk olmadığı bildirilmekte ve Orto-15 testi aldıktan sonra yatkınlığınız konusunda fikir geliştirilebilmektedir (39).

2.4.10. Ortoreksiya İçin Bir Tedavi Var Mıdır?

Ortoreksiyanın arkasında yatan motivasyon çok yönlü olduğundan tedavisi zordur. Miller (39), ortorektiklerin obsesyonlarıyla ilgili rotayı kesinleştirmeye gereksinimleri olduğunu belirtmektedir. İnsanlar sadece besinler konusunda değil, derinlemesine araştırıldığında derin duygusal konular dahil olmak üzere birçok konuda saplantıya sahiptirler. Altta yatan konuları araştırmak normal beslenmeye geçişi kolaylaştırabilecektir.

Normal beslenme kişinin “yüreğini dinlemesi” ve esnekliğiyle ilgilidir. Aç olduğunda yemek yiyebilme ve doyunluk hissedinceye kadar yemeğe devam etme, istenilen besini yemek ve yenilen besinden zevk alma ile ilgilidir. Normal beslenmek bedenin açlık ve toklukla ilgili sinyallerine güvenmektir; yani çok aç olduğunda yemek yiyebilme ve doyulduğunda ise gerçekten yemeği durdurabilmektir. En önemlisi normal beslenme, açlığa cevap verirken çevreye ve hissedilenlere göre besinler konusunda esnek olunmayı gerektirir. Diğer bir deyişle tek tip diyet uygulamamak anlamına gelmektedir (39).

Ortorektikler “Ya Hep Ya Hiç” düşünce biçimi ile mücadele etmek için profesyonel yardıma gereksinim duyabilmekte ve normal beslenmeye geçmeyi taahhüt edebilmektedirler. Miller (39), Bratman’ın spontan yemek yeme önerisiyle hemfikirdir. “Spontan beslenme”, istenildiği zaman istenildiğini yemektir ve o besini sadece kişiye iyi geleceği için tüketmek anlamına gelmemektedir. Miller (39), “Eğlenceli beslenme deneyimleri” ne de sahip olunması gerektiğini belirtmektedir. Çocuklar içgüdülerine ve gereksinimlerine göre yemek yedikleri için Miller, “çocuklar gibi beslenmeyi” önermektedir. Onların tipik olarak acıttıklarında yemek yedikleri, tamamiyle canlarının istediği besinleri seçtikleri ve doyduklarında da durmayı bildiklerini belirtmektedir.

Ortorektik yeme davranışı, sezgilere karşıt bir davranış biçimidir. Ortorektikler, besinlerini, tadını beğendikleri besinleri içeren veya içermeyebilen, reçete edilmiş diyet planına göre seçmekte, konuştukları konular ise memnuniyetten yoksun konular olabilmektedir. Onlara göre, yiyecek planlama, hazırlama ve tüketme zor ya da zevksiz bir iş haline gelebilmektedir (39).

Daha önce de vurgulandığı gibi, kişi eğer sağlıklıysa sevdiği besini tüketebilmelidir. Diyetisyen Miller (39), gerçek bir dünyada yaşanıldığını, kişinin

kendine zaman ayırmasının bir gereklilik olduğunu ve arada bir de olsa yemek yemekten zevk alınması gerektiğini, besinlerin günü yıpratıcı bir bölüm olarak değil, hayatın gereklilikleri gibi algılanılması gerektiğini belirtmektedir.

Miller (39) Ortoreksiyalılarda; “iyi besinler” (spektrumun bir ucu) ve “kötü besinler”i (spektrumun diğer ucu) tanımlamak ve “orta kademe”de yer alan besinleri algılamalarına yardım etme şeklinde bir strateji kullanmaktadır. Ortorektikler, anorektiklerde olduğu gibi belirli besinlerden korktukları için değişiklik geliştirmek kolay olmamaktadır (39).

Miller (39), besinlerle ilgili algılamaları değiştirmek ve besin seçimlerindeki katılığı kaybetmeye yardımcı olmak düşüncesindedir. İrrasyonel düşünceleri yok etmek, hem eğitici açısından hem de ortoreksiyalı açısından çok zor bir eylemdir ve zaman istemekte, öğrenildiği zaman da rahatlatıcı bir özgürlük hissi gelişecektir. Bu nedenle yaşamın temel gereksinimlerinden olan beslenme eğitiminin erken yaşlarda, özellikle okul öncesi dönemde alınması, bireyin yaşam boyu sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Sonraki hedef, “sezgisel beslenme”yi (normal beslenme) geliştirmede önemli olan bilinç-beden arasındaki bağlantı üzerinde çalışmaktır (47).

Miller (39), tedavide, besin kuramlarına dikkat edilmesi gerektiğini, kişilerin özdeğerlerinin ve yaşantılarının sadece besinler etrafında dönmediğinin farkına varmaları gerektiğinin önemi üzerinde durmaktadır. Bu tip olgulara, sağlıklı bir diyet ve egzersiz yapmalarını, aile ve arkadaşlarla zaman geçirmeleri ve eğlenmeleri gerektiğini önemle vurgulamakta, kişilerin kendilerini sevmelerini ve sakin olmaları gerektiğini hatırlatmaktadır.

2.4.10. Suçluluk Duygusu

İyileşen ortoreksiyalılar, anoreksiyalı ve bulimiyalılarda olduğu gibi kendi beslenme tarzlarından sıyrılıp gerçekçi “normal” beslenmeye geçtiklerinde ciddi suçluluk duygusu geliştirmektedirler. Miller (39), zaman, sabır ve kendine dönük olumlu konuşmanın suçluluk duygusunu azaltmada anahtar etmen olduğunu önermektedir.

Kişi, yaşantısını diyetine hedeflemeyi azalttığı takdirde daha da zengin bir hal alabilecektir. Miller’e (39) göre kendini sevme ve kişiliğini besleme, yediği besine değil, kişinin kendisine bağlıdır. Besinler, bireyi daha iyi bir birey haline

getirmemekte, “kötü” bir besin yenildiğinde, kendini başkasından daha aşağıda hissetmenin irrasyonel bir davranış olduğunu belirtmektedir.

2.4.12. Diyetetik Profesyonelleri İçin

Amerika’da Ulusal Yeme Bozukluğu Derneği’nde görev yapan diyetisyen Kronberg (7) toplumlarda yerleşmeye başlayan, sağlıklı olmaya ve beden imajına verilen önem nedeniyle, diğer yeme bozukluğunun en az semptomları kadar davranışlarının, daha çok erkeklerde görüldüğünü belirtmektedir. Diyetisyen Kronberg (7), adolesan çağındaki erkeklerin ve yetişkin erkeklerin sağlık merkezlerine (fitness) üyeliklerinin arttığını ve artık sekiz-dokuz yaşındaki erkek çocukların proteinden bahsetmeye başladığını ve bir zamanlar kadınların sürekli yaşadığı devirlere artık erkeklerin de katıldığını bildirmektedir.

Kronberg (7), hastaların, sağlıklı ve mükemmel bir diyet uygulamayı hedeflemeleri nedeniyle, diyetetik profesyonellerinin belirli bir diyetten kaynaklanan sorunları saptamada tek meslek grubu olduklarını da belirtmektedir. Onun görüşüne göre kişiler, bozukluklarına paralel olarak, ideal yeme tarzının nasıl olması gerektiğini araştırmak üzere daha çok diyetetik profesyoneli ve beslenme uzmanı arayışına gideceklerdir. Bu nedenle, bozukluk, belirli bir ortalamanın üstüne çıkarsa, diyetisyenlerin özel olarak eğitim almaları gerekebileceği belirtilmektedir.

Kronberg (7), yeme bozukluklarının OKB ile yakın ilişkili olduğu konusunda hemfikir olsa da ortorektiklerin DSM sınıflamasına alınmalarına karşın, diğer yeme bozukluğu grubunda olanlar kadar acil bir durum sergilemediklerine inanmaktadır. Kronberg, yeni düşünce biçimine göre yeme bozukluklarının artık geçişli (transdiagnostik) olduğu yönündedir. Kişiler, bir düşünce boyutunda duramamakta, farklı başa çıkma yöntemleri uygulayarak diğer bir düşünce boyutuna geçiş yapıp geri dönebilmekte (bir ileri bir geri hareket etmekte) ancak yine de altta yatan aynı patolojiden yakınmaktadır.

Diyette gelinen uç boyutlara dikkat çeken Kronberg, giderek uç diyetlere yönelen halkın, diyetetik profesyonelleri tarafından fark edilmesi gerektiğinin ögüdünü vermektedir. Terminolojiyle uğraşmak yerine, anlatılan hastaları tedavi etmede; ruh sağlığı çalışanları, birinci basamak sağlık kurumları hekimleri veya her

iki grubun birleşiminden daha çok öncelikli planda “diyetetik profesyonellerinin” yer alması gerektiği belirtilmektedir (7).

3. BİREYLER VE YÖNTEM

Bu araştırma iki aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşamada, ön çalışma olarak araştırmada kullanılan ORTO-15 ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması çalışmalarına, ikinci aşamada ise yapılan araştırmaya yönelik bilgilere yer verilmiştir.

3.1. I. AŞAMA

3.1. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Ön çalışma, Ankara ili Hacettepe Üniversitesi akademik ve idari personelde 3 ayrı katılımcı grubu kullanılarak yapılmıştır. Birinci grup Ev Ekonomisi Y.O.'nda 32, ikinci grup H.Ü.Eczacılık Fakültesi'nde 51 ve üçüncü grup H.Ü. Kafeteryalar Müdürlüğü'nde 188 kişilik gönüllü katılımcılara uygulanmıştır. Ön çalışmada Hacettepe Üniversitesi çalışanlarından yaşları 22-60 arası toplam 271 kişi net olarak çalışma kapsamını oluşturmuştur.

Bu bölümde ORTO-15'in geçerliği ve güvenilirliğine ilişkin yapılan analizler tartışılmıştır.

Ölçme aracının güvenilirliğini test etmek için güvenilirlik analizi uygulanmıştır.

3.2. Araştırmanın Genel Planı

ORTO-15 Ölçeğinin Çeviri Çalışmaları: İlk olarak araştırmacı ve tez danışmanı tarafından ölçeğin bir ön çevirisi yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe'ye çevrilmesi sürecinde yeni bir ifade geliştirilmemiş, ölçeğin orijinal biçimine bütünüyle bağlı kalmıştır.

Ölçeğin bu ön çevirisi, orijinaliyle birlikte konusuna hakim 5 kişilik beslenme ve diyetetik, klinik psikoloji ve sosyolojide uzman grubunca birbirinden bağımsız olarak uygulanmış, madde kontrolleri ve kültürel eşdeğerlilik çalışmaları ile tercümenin en etkin ve uygun hali saptanmaya çalışılmıştır.

Ayrıca, maddeler profesyonel tercüman ve filologlarca incelenerek anlaşılır hale getirilmiş, daha sonra uzmanların ortak çoğunluk gösteren önerileri göz önünde

bulundurulmuş maddelerin son hali oluşturulmuştur. Maddeler geri-çevirme yöntemi kullanılarak ayrı üç uzman tarafından Türkçe'den İngilizce'ye çevrilmiş, orijinal ölçekle karşılaştırılmış ve üst düzeyde bir benzerliğin olduğu görülmüştür.

3.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Türkçeleştirilmiş olan ölçeğin anlaşılabilirliğini test etmek için Hacettepe Üniversitesi Ev Ekonomisi Y.O.'nden idari ve akademik personelden otuziki kişiye, sorular araştırmacının kendisi tarafından yüzyüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Bu pilot araştırmada anlaşılmayan sorular üzerinde düzeltme yapılmıştır.

Daha sonra, H.Ü.Eczacılık Fakültesi'nde 51 kişiye yine soru listeleri birebir sorularak uygulanmış ve bazı soruların anlaşılması için düzeltmeler yapılmıştır.

Son olarak, soruların birebir sorulmasının kişilerde yarattığı yönlenme olasılığının giderilmesi açısından, soru listelerini kişilerin kendilerinin doldurmaları sağlanmıştır. 200 kişilik bir soru listesi H.Ü.Kafeteryalar Müdürlüğü'nden izin alınıp personel yemekhanesinin önüne masa kurularak yemeğe giren bireylere kalem temin edilerek dağıtılmıştır. Bireylerin bir kısmı yemek esnasında soruları yanıtlamış ve yemek sonrası çıkışta teslim etmiş, bir kısmı yemeğe girmeden önce, bir kısmı da yemek sonrasında masa başında soruları yanıtlamışlardır. Teslim etme esnasında alınan geri bildirimler de soruların şekillenmesinde yardımcı olmuştur. Dağıtılan 200 soru listesinin 188'i net olarak değerlendirmeye alınabilmiştir. Geriye kalan 12 adet soru kağıdı (% 6) eksik doldurma, yanlış doldurma veya boş geri verme gibi nedenlerle değerlendirmeye alınmamıştır. Ölçeğin anlaşılabilirliği konusunda bir sorunla karşılaşmadığının anlaşılmasından sonra uygulama aşamasına geçilmiştir. Böylelikle hangi sorunun nasıl anlaşıldığı öğrenilerek sorular düzeltilmiş ve sorulara netlik kazandırılmıştır.

3.4. II. AŞAMA

3.4. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Araştırma, Ankara ili Hacettepe Üniversitesi akademik ve idari birimden 5 aylık dönemde, araştırmaya katılmaya gönüllü akademik ve idari birimlerden 1016 kişi üzerinde yürütülmüştür.

Bu çalışmada, 19-66 yaş grubu arası 425'i (% 41.9) erkek ve 591'i (% 38.1) kadın olmak üzere toplam 1016 kişi, araştırma kapsamına alınmıştır.

3.5. Araştırmanın Genel Planı

Araştırmanın amaçlarını gerçekleştirmesi amacıyla veri toplama aracı olarak soru listeleri kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan gönüllü bireylere 4 kısımdan oluşan (3 ölçek ve kısa bir kişisel bilgi formu) soru kağıtları uygulanmıştır. Kullanılan ölçekler içerisinde ORTO-15 testi, Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri (Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory-MOCI-) ve psikolojik testlerden Yeme Tutum Testi (YTT) bulunmaktadır. Bireylere soru kağıtlarının nasıl doldurulacağı hakkında öncelikle bilgi verilmiştir.

Bilgi formunun oluşturulması ve ölçeklerin biraraya getirilmesi esnasında Hacettepe Üniversitesi S.T.Y.O. Beslenme ve Diyetetik Bölümü ve H.Ü. Tıp Fakültesi Hastanesi'nin Psikoloji Bölümü'nde görev yapan öğretim üyelerinin görüşlerinden yararlanılmıştır.

Çalışma, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi ilaç dışı araştırmalar etik kurulunun 15.12.2005 tarihli LUT 05/100-4 kayıt numaralı kararıyla uygun bulunmuş (EK 6) ve her katılımcıdan araştırma için onay alındıktan sonra bilgileri alınmıştır. Her katılımcıya onam formu okutulup imzalatılmıştır (EK 7).

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmaya katılanların kişisel bilgi formunda genel bilgiler (yaş, cinsiyet, boy, şimdiki ağırlık, olmak istenen ağırlık, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, meslek, doktor teşhisiyle konulmuş hastalık durumları, düzenli bir ilaç tedavisi ve vitamin-mineral desteği alma durumları, diyet uygulama durumları,

beslenme bilgilerine erişim kaynakları ve doğru beslenme bilgilerine erişildiğinde davranış değişikliğinde bulunma durumları) yer almaktadır ve etken özellikler olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca araştırmanın amacı hakkında kısa bir bilgi de belirtilmektedir (EK 2).

3.5.2. Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri (Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory-MOCI-)

Orijinal envanter Rachman ve Hodgson (48) tarafından çeşitli obsesif-kompulsif belirtilerin değerlendirilmesi için geliştirilmiştir (EK 3). Orijinal envanter 30 doğru-yanlış türü maddeyi içermektedir. Envanterin 4 alt skalası vardır: Kontrol, temizlik, yavaşlık ve kuşku. Envanter toplam puanı 30'dur. Envanterin test-tekrar test güvenilirliği 0.80'dir ve yapılan çalışmalarda iç tutarlılığı 0.60 ve 0.87 arasında değişmektedir.

Envanterin Türkçe'ye uyarlaması Erol ve Savaşır (49) tarafından yapılmıştır. Uyarlamada, ruminasyonlarla (obsesyonel düşünme) bağlantılı 7 madde daha eklenmiş ve 37 maddelik envanter oluşmuştur. İlk iç tutarlılık alpha katsayısı 0.44 iken, bazı maddelerin tekrar yazılmasından ve envanter üzerinde çalışmalar tamamlandıktan sonra yeni Cronbach alpha değeri, 30 madde için 0.81, 37 madde için ise 0.86 olarak bulunmuştur. Orijinal envanter için alt skalaların alpha katsayıları şu şekildedir: kontrol 0.70, yıkama 0.66, yavaşlık 0.31 ve kuşku 0.56.

Erol ve Savaşır (49), envanterin Türk örnekleme için faktör analizini hesaplamışlar ve üç faktör belirlemişlerdir: Temizlik, obsesyonel düşünme ve yavaşlık/kontrol. Bu faktörler için alfa katsayıları sırasıyla 0.61, 0.66 ve 0.65'tir.

Değerlendirme: İşaretlenen her doğru maddesine 1 puan verilir. Yalnızca 11.madde ters puanlanır. Toplanan puanlar her maddeden elde edilen sayısal değerlerle belirlenir. En yüksek değerler toplam obsesyon puanı için 37, kontrol etme için 9, temizlik için 11, yavaşlık için 7, kuşku için 7' dir.

Kontrol etme ile ilgili maddeler	: 2, 6, 8, 14, 15, 20, 22, 26, 28
Temizlik ile ilgili maddeler	: 1, 4, 5, 9, 13, 17, 19, 21, 24, 26, 27
Yavaşlık ile ilgili maddeler	: 2, 4, 8, 16, 23, 25, 29
Kuşku ile ilgili maddeler	: 3, 7, 10, 11, 12, 18, 30

3.5.3. Yeme Tutum Testi (The Eating Attitude Test-40/ YTT-40/ EAT-40)

Asıl formu İngilizce olan Yeme Tutum Testi (YTT-40), 1979'da Garner ve Garfinkel (50) tarafından anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza belirtilerini objektif olarak ölçen bir kendini değerlendirme ölçeği olarak geliştirilmiştir. Klinik değerlendirmede daha ayrıntılı bilgi sağladığı gibi tedavi sonucu ortaya çıkan değişiklikleri de belirlemektedir. Diğer yandan ölçek, hastalık için yüksek risk grubunu oluşturan topluluklarda önceden tanı konmamış anoreksiya nervoza olgularını araştırmak amacıyla bir tarama aracı olarak da kullanılmaktadır (50).

Kağıt kalem testi olan YTT-40, genç ve yetişkinlere uygulanan ve zaman kısıtlaması olmayan 40 maddelik 6'lı çoktan seçmeli dereceli bir ölçektir. Maddeler; "daima", "çok sık", "sık sık", "bazen", "nadiren" ve "hiçbir zaman" seçeneklerinden oluşan 6 noktalı çoktan seçmeli dereceli bir ölçek şeklini ikinci düzenlenmesinde almıştır (50). Patoloji açısından her bir uç yanıt için 3, diğer seçenekler için 2 ve 1 puan verilerek değerlendirilmektedir. Derecelendirmenin puanlanmasıyla toplam puan elde edilir (EK 4). 30 puan ve üzeri anlamlı olup toplam puan düzeyi psikopatoloji düzeyiyle doğrudan ilişkilidir. Anoreksi tanısı için ayırım puanı 30 olarak belirlenmiştir, testten en fazla 120 puan alınabilmektedir (51).

Ölçeğin ilk geliştirilmesi sürecinde ilk çalışmada klinik yayınların taranması sonucu anorektik davranış ve tutumları yansıtan 35 madde geliştirilmiştir. Maddeler "çok sık, sık sık, bazen, nadiren ve hiçbir zaman" değerlendirmelerini içeren 5'li çoktan seçmeli ölçekte işaretlenmektedir. En uç yanıtlar 2, daha az uç yanıtlar 1 olarak puanlanırken, anorektik olmayan yanıtlar puanlanmamıştır. İkinci uygulamada ise, 23 madde dışındaki maddeler çıkartılmış; bir bölümü yeniden yazılmış ve yeni maddeler eklenmiştir. Grup farklılığını artırmak için her maddeye daima seçeneği eklenmiştir. Böylece 6'lı çoktan seçmeli likert tipi bir ölçek elde edilmiştir (52).

Yeme Tutumları Testi pek çok çalışmada, yeme bozuklukları olan hastaların, yemek yemekle ilgili davranış ve tutumları ile normal bireylerdeki yeme davranışında olası bozuklukların belirtilerini ölçmek üzere yapılandırılmıştır (53).

Doğan da (54) YTT'ni 1985 yılında Hacettepe Üniversitesi'nde bir grup anoreksiyalı hastasını izlerken çalışmasında kullanmıştır.

Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları, 1989 yılında Işık Savaşır ve Neşe Erol (55) tarafından, 745 kadından oluşan geniş bir yaş dağılımında ve sosyo-kültürel düzeyi temsil eden bir örnekleme; daha sonraları da 2000 yılında Elal, Altuğ, Slade ve Tekcan (52) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmalarda dört faktör etmen ortaya çıkmıştır: diyet yapma, bulimiya ve vücut büyüklüğü/zihninde yemek ile meşgul olmak, oral kontrol, yiyecekler hakkında çelişkili duygu ve düşüncelerdir (56). Bir grup üniversite öğrencisinde ölçeğin faktör yapısı incelenmiş ve ölçeğin orijinal faktör yapısı ile benzer özellikler taşıdığı gözlenmiştir. YTT yeme bozukluklarını tarama amacıyla yaygın olarak kullanılan, Türkçe'ye çevrilmiş ve psikometrik incelemeleri yapılmış geçerli ve güvenilir bir ölçektir (56).

Asıl formun Kuder Richardson güvenilirliği, Cronbach alfa değeri, 0.79, yapı geçerliği ise 0.87 düzeyindedir. Türkçe formun test tekrar test güvenilirliği 0.65, Kuder Richardson güvenilirliği ise 0.70 alfa değeridir (51). Bu sonuçlar iç tutarlılığın kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermektedir.

YTT, AN'li hastaların yemek yemeyle ilgili davranış ve tutumları olduğu kadar normal bireylerde varolan yeme davranışındaki olası bozuklukları ölçmektedir (55). Ölçüt bağımlı geçerliliği, Maudsley obsesif-kompulsif envanteri ortalama puanları ile Yeme Tutum Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlara bakılmıştır ve bunlar, obsesiflik boyutunda 0.32, temizlik boyutunda 0.18, kontrol 0.16 ve kararsızlık boyutunda 0.10 olarak belirlenmiştir.

3.5.4 ORTO-15 Ölçeği

Daha önce bozukluğu ilk tanımlayan kişi olan Bratman'in (2) Amerikan toplumu için hazırladığı test ve puanlamadan, genel bilgiler kısmında bahsedilmiştir.

Donini (57)'nin ORTO-15 ölçeği, Bratman'in 10 soruluk Ortoreksiya kısa soru kağıdı baz alınarak geliştirilmiştir. Bratman'in bazı soruları çıkarılıp yerlerine farklı sorular eklenmiştir. Geçerliği yapılmış orijinal ortoreksiya testi EK 5'tedir. Son haliyle ORTO-15 ölçeği, Donini (1, 57) tarafından Bratman'in kısa soru kağıdı uyarlanarak ilk olarak İtalya'da Latinler için geliştirilmiş ve Ortoreksiya Nervoza eğilimini değerlendirmek için düzenlenmiş 15-maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir. (Ölçeğin İngilizce orijinalinin bir örneği EK 1'de sunulmuştur).

Maddeler şimdiki zamanda, 4 dereceli formatta cevaplanacak biçimde yazılmıştır. “Çok sık” maddesi kapsam dahiline alınmamıştır. Maddelerden 2, 5, 8 ve 9. maddeler (3, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 15 maddelerinin) tersine puanlanmaktadır. Ölçeğin kritik maddeleri 3, 5, 6, 7, 11, 13 ve 15’dir. Ölçekte, bireylerin kendilerini ne sıklıkla maddelerde tarif edildiği şekilde hissettiklerini “her zaman”, “sık sık”, “bazen” ve “hiçbir zaman” seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtmeleri istenmektedir. Her madde en çok 1, 2, 3 ve 4 puanlarından biriyle derecelendirilmektedir. Maddelere ilişkin puanlama aşağıdaki Tablo 3.1’de belirtilmektedir. Maddeler, bireylerin seçme, satın alma, hazırlama ve kendilerinin sağlıklı olarak nitelendirdikleri besinleri tüketme konularındaki obsesif davranışlarını araştırmaktadır (57).

Bratman’ın testinden bazı maddeler (1, 3, 7, 8, 9, 10) sözsel açıdan değiştirilerek alınmıştır. Kendini çok hissettiren bazı maddeler, daha net yanıt alabilmek açısından Donini ve çalışma arkadaşları (57) tarafından değiştirilerek, ölçek orijinal kullanılabilirlik halini almıştır.

Örneğin; Bratman testindeki 10. madde “Doğru beslendiğinizde tamamiyle kontrolde olduğunuzu mu hissedersiniz?” sorusu, olumlu cevabın verilmesini veya tam tersine olumsuz bir cevabı çağırabilmektedir. Donini’nin bu soru üzerinde yaptığı değişiklik, “Sağlıksız olduğunuzu düşündüğünüz besinleri yediğiniz olur mu?” şeklindedir. Çünkü bu yolla daha az katı olan bu davranışa verilen yanıt “her zaman”dan “hiçbir zaman” a kadar değişebilmektedir (57).

Donini’ye göre, bu tarzdaki değişimler verilen yanıtları daha doğru kılmaktadır. Anglo-saksonlarda uygulanan evet/hayır cevaplarındaki katılık, Latin örneğine göre Amerikan örneğinde olduğu gibi (1) kullanışlı varsayılmamaktadır. Bu nedenle derecelendirme, sosyal olarak daha diyalektik ve bu nedenle davranışları “her zaman”dan “hiçbir zaman” a kadar değerlendirmek için daha geçerli varsayılmaktadır (57).

Uygulama yapılan bireylerin hem duygusal hem de rasyonel açıdan değerlendirmeleri yapılmak istenmiştir. Bu nedenle bazı maddeler "kognitif-rasyonel alanı" (1, 5, 6, 11, 12, 14), bir bölümü "klinik alanı" (3, 7, 8, 9, 15), diğer kısmı da "duygusal alanı" (2, 4, 10, 13) incelemektedir.

Ortoreksiya için ayırt edici kriter olan cevaplara "1", normal yeme davranışı eğilimi gösteren cevaplara "4" puanı verilmiştir. Ölçekten en az 15, en fazla 60 puan alınabilmektedir. Sağlıklı yeme davranışında olanlar (ortorektikler) anlaşıldığı üzere bu ölçekten daha düşük puan almaktadırlar (ORTO-15'in Türkçe formunun bir örneği EK 5'de verilmiştir).

Tablo 3.1. Ortoreksiya Nervoza Testi Yanıt Puanlaması

ORTO-15 TEST YANITLARININ PUANLAMASI				
Maddeler	YANITLAR			
	Her zaman	Sık sık	Bazen	Hiçbir zaman
2-5-8-9	4	3	2	1
3-4-6-7-10-11-12-14-15	1	2	3	4
1-13	2	4	3	1

3.6. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Kişisel bilgi formu araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Ölçme araçları ve bilgi formu katılımcılara, öncelik-sonralık ve sıralama etkisinin karıştırıcı bir değişken olmaması için bilgi formunun arkasına üç farklı dizilişi olan formlar halinde verilip, gerek dağıtım gerekse toplama esnasında gizliliği korumak amacıyla da zarflara yerleştirilmiştir. Yani bir grup katılımcı ORTO-15, YTT, OKB testi; diğer bir grup YTT, OKB, ORTO-15; bir diğer grup ise OKB, ORTO-15, YTT ölçeklerini almış, ön kısma da kişisel bilgi formu yerleştirilmiştir.

Soru listelerinin uygulanması ile ilgili olarak rektörlükle gerekli yazışmalar yapılmış ve EK 8'de sunulan 03.05.2005 tarih ve HAC.086.00.00/356 sayılı belge ile gerekli izinler alınmıştır.

Ölçeklerin ve bilgi formunun doldurulması gruplara göre ortalama 30-45 dakika sürmüştür. Dağıtım işleminde her katılımcı ile yüzyüze görüşülmüş ve araştırma ile ilgili kısa bilgiler verilmiş, bireylerden ölçek yönergelerini dikkatlice okumaları, anlayamadıkları noktalarda soru sormaları ve ölçek maddelerini mümkün olduğunca tam olarak cevaplandırmaları özellikle rica edilmiştir.

İş yoğunluğuna ve mesleklere göre değişen bölümlerde dağıtım yapıldıktan bir saat sonra, bazı bölümlerde ertesi gün, ertesi hafta ve bazan da kişilerin iş

yoğunluklarından dolayı kendilerinin belirledikleri günde soru listeleri geri toplanmıştır. Yine o an uygun olmayan (ameliyata gitme, hasta takibi vs.) ancak farklı zamanda tekrar görüşmek isteyen kişilere yeniden ziyaret planlanıp listelere ulaştırılması sağlanmıştır.

Bazı bölümlerde toplu bulunan gruplara soruların amacı anlatılıp dağıtılmış ve doldurmaları beklenerek soruların anlaşılmadığı yerlerde açıklık sağlanarak uygulama yapılmış ve zarflar geri toplanmıştır. Zarfların geri toplanmasının mümkün olduğu bu tip yerlerde uygulamalar esnasında nadiren de olsa sorularda anlaşılmayan noktalar bireysel olarak açıklanmıştır.

Uygulamaların bitiminde mümkün olduğunca her bireyden alınan ölçeklere hızlıca göz atılarak eksik cevaplanan ya da atlanan kısımlar için uyarılarda bulunulmuştur.

Listelerin teker teker geri toplanmasının zor olduğu bölümlerde, verilen kişilerin isimleri alınıp bölüm sekreterliklerine isim listeleri bırakarak, teslim edenlerin takibi yapılmıştır. Böylelikle teslim edemeyen kişilere yeniden ulaştırılmıştır. Yoğunluktan dolayı kaybeden, tatil dolayısıyla unutan, teslim etmeyen, boş teslim eden veya eksik teslim eden kişilerin yerine yeni bireyler alınmıştır. Bu durum listeleri uygulatan açısından en az 1000 kişilik ziyaret planının, yeniden anlatım, yeniden zarf dağıtımı ve yeniden toplama nedeniyle 3000'e kadar çıkmasına neden olmuştur.

Ölçeklerin değerlendirilme aşamasında hem kişisel bilgi formunda hem de diğer ölçeklerde büyük ölçüde cevaplandırılmadan bırakılmış ve ölçeklerin cevap anahtarlarında hep aynı seçeneğin cevaplanmış olduğu gözlenen formlar değerlendirme dışı bırakılmıştır. Bu şekilde iptal edilen ölçek formlarının sayısı 55 (% 5.4)'tir.

Kişisel Bilgi Formu'nda yer alan bireylerin kendi açıklamalarına göre vücut ağırlığı ve uzunluklarının BKİ değerlendirmesi [$\text{Vücut ağırlığı (kg)/Boy uzunluğu (m}^2\text{)}$], Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) önerilen aralığına göre yapılmıştır (58).

3.6.1. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirmesi

Verilerin değerlendirilmesi, Windows ortamında SPSS 11.5 istatistik paket programları ile gerçekleştirilmiştir.

NCSS istatistiksel analiz sistemi güç analizi ve örneklem genişliği paket programı (NCSS statistical analysis system power and sample size-PASS- modülü) tek örneklem oranı için örneklem büyüklüğü hesaplama algoritması kullanılarak örneklem genişliği hesaplanmıştır. 1.tip hata= 0.05, 2.tip hata= 0.10 alınarak örneklem genişliği $d = \pm 0.05$ olmak üzere hesaplanmıştır. Maksimum örneklem genişliğini elde etmek için oran % 50 olarak alınmış, minimum örneklem sayısı 955 kişi olarak bulunmuştur.

Ölçeğin yapı geçerliğini test etmek için varimax döndürme yöntemiyle yapılan, temel bileşenler faktör analizi kullanılmış, madde ayırt edicilik indeksine (madde-madde, madde toplam, madde genel toplam korelasyonları) bakılmış, iç tutarlılığın belirlenmesi için Cronbach alfa katsayısı her iki aşamada incelenmiştir.

İki ve daha çok grup ortalamaları arasında farklılık olup olmadığını test etmek için ANOVA (tek yönlü varyans analizi) kullanılmıştır. Grup ortalamaları arasında frekans farklılıkları olduğunda, farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu saptamak amacıyla PostHoc analiz yöntemi olarak Tukey HSD testi kullanılmıştır. İki grup ortalamaları arasındaki farklılığın saptanmasında t-testi kullanılmıştır. Gruplar arasında nitelik değişkenler açısından frekans farklılıkların saptanmasında ki-kare testi kullanılmıştır. İki sayısal değişken arasındaki ilişki Pearson korelasyonu katsayısı ile incelenmiştir (59). ORTO değerlerinin (MOCI, YTT, TES, YAŞ, BKİ) yordanmasında çok değişkenli doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Testlerin değerlendirilmesinde anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Ölçeğin Yapı Geçerliğine (Faktör Analizi) İlişkin Bulgular

ORTO-15 ölçeğinin yapı geçerliği için temel bileşenler faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizi sırasında dik döndürme işlemine başvurulmuş ve ikiden fazla faktör için geçerli olan “varimax” yöntemi kullanılarak faktör yükleri belirlenmiştir. ORTO-15 ölçeğini oluşturan faktörleri ve maddelerini belirlemek amacıyla faktör matrisi yapıldığında önce ölçeği oluşturan 15 maddenin 3 faktör altında yerleştiği görülmüştür (Tablo 4.1). Sonuçlara göre faktör analizleri yapıp faktör 1, 2, 3 alt boyutları oluşturulmuştur. Faktörlerin özdeğerleri ve açıkladıkları varyanslar, Tablo 4.1’de verilmiştir.

Faktör 1’i içeren sorular, 1, 3, 4, 10, 11, 12 ve 13. soru; faktör 2’yi içeren sorular, 2, 5, 8 ve 9. soru ve faktör 3’ü içeren sorular, 6, 7, 14 ve 15. sorulardan oluşmaktadır.

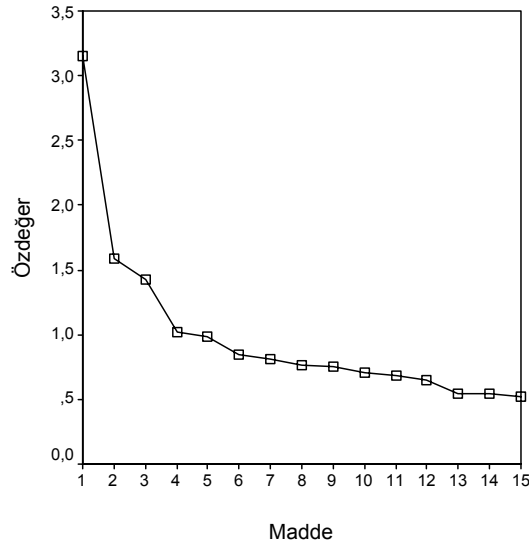
Tablo 4.2’den de görüldüğü gibi 1.faktöre yedi, ikinci ve üçüncü faktöre de dörder madde yüklenmiştir. Maddelerin faktör yükleri 0.44 ile 0.69 arasında değişmektedir. Faktör yükü 0.30’un altında kalan madde olmadığından, faktör dışı kalan madde bulunmamaktadır.

Faktörlere yüklenen maddelerin içeriği incelendiğinde birinci faktöre yüklenen maddelerin içeriği “sağlıklı beslenmeyle ilgili endişeler”, ikinci faktöre yüklenen maddelerin içeriği “besin seçimi ve yeme tutumu ve davranışları”, üçüncü faktöre yüklenen maddelerin içeriği ise “besin seçimi ve değeri” dir.

Tablo 4.1. ORTO-15 için faktör analizi sonuçlarına göre faktörlerin özdeğerleri ve varyansları.

Faktör	Özdeğer (eigenvalues)	Birikimli Varyans (%)
1	3.187	21.243
2	1.586	31.819
3	1.411	41.228
4	1.016	48.002

Tablo 4.1’de de görüldüğü gibi, birinci faktör 3.187 özdeğerle, varyansın % 21.243’ünü açıklamaktadır. Faktör analizi tablosunda özdeğeri 1’den büyük 4 faktör bulunmuştur. Üçüncü ve dördüncü faktörlerin özdeğerlerinin birbirine yakın olması ölçeğin 3 boyutlu olduğunun göstergesi kabul edilebilir. Aynı durumu aşağıdaki özdeğer-bileşen grafiğinden de görmek mümkündür. Bu çalışma sonucunda elde edilen 3 faktör toplam varyansın % 41.2’sini açıklamaktadır (Tablo 4.1).



Şekil 4.1. Özdeğer-Bileşen Grafiği.

Kırılma noktaları faktör sayısını vermektedir. Bazı noktalarda kırılma var gibi görülmekteyse de bunlar önemli olmamaktadır (Şekil 4.1). Bu nedenle üç kırılma noktası önemli kabul edilip bunlar üç doğru ile ifade edilmiş ve sorular üç ana grup altında toplanmıştır.

Tablo 4.2. ORTO-15 için faktör örüntüsü.

Madde / Faktör	1.Faktör	2.Faktör	3.Faktör
1	0.51		
3	0.58		
4	0.64		
10	0.68		
11	0.48		
12	0.63		
13	0.67		
2		0.48	
5		0.64	
8		0.69	
9		0.50	
6			0.51
7			0.44
14			0.63
15			0.44
Toplam öz değer	3.187	1.586	1.411
Varyansın yüzdesi	21.243	10.576	9.409
Kümülatif yüzde	21.243	31.819	41.228

Tablo 4.2’den de görüldüğü üzere birinci alt ölçek varyansın % 21.243’ünü, ikinci alt ölçek % 10.576’sını ve üçüncü alt ölçek ise % 9.409’unu açıkladığı tespit edilmiştir. Tüm alt ölçekler ise toplam varyansın % 41.228’ini açıklamaktadır. Bu yüzdelerin yüksek olduğu ve ortorektiklerin sağlıklı beslenmeyle ilgili endişelenme, besin seçimi ve yeme tutumu, besin seçimi ve değerine ne kadar dikkat ettiklerini söylemek olasıdır.

4.2. Ölçeğin Güvenirliğine İlişkin Bulgular

Dört noktalı çoktan seçmeli ölçeğin güvenilirliğini belirlemek amacıyla ilk olarak içsel tutarlılığı sınamada Cronbach alfa değerlerine bakılmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Alt ölçeklerin cronbach alfa içtutarlık katsayıları.

Alt Ölçekler	Faktör yükleri	İç Tutarlılık Katsayısı
1.Sağlıklı beslenmeyle ilgili endişeler	3.187	0.1374
2.Besin seçimi ve yeme tutumu ve davranışları	1.586	0.4372
3.Besin seçimi ve değeri	1.411	0.1836

Araştırmaya katılan bireylerin testlere verdikleri yanıtlar bakımından ölçeğin iç tutarlılığının kabul edilebilir ölçüleri karşılamadığı bulunmuştur.

4.3. Ölçeğin İç Tutarlılık Katsayısına İlişkin Bulgular

Yapılan pilot çalışmada elde edilen elde edilen bulgular değerlendirilip daha sonra asıl çalışmaya geçilmiştir.

➤ *Ön Çalışmadan Elde Edilen Bulgular (ORTO-15):*

İç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa)	:	0.2424
Madde-toplam korelasyon katsayılarının en küçüğü	:	0.0150
Madde-toplam korelasyon katsayılarının en büyüğü	:	0.3199
n	:	179 (Pilot)
Soru sayısı	:	15

➤ *Esas Çalışmadan Elde Edilen Bulgular (ORTO-15):*

İç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa)	:	0.4372
n	:	1016

Örneklemin normal dağılımında 1016 kişi arasından ORTO-15 puanlarına göre “uç gruplar” seçilmiştir (25.yüzdellik). Uç gruplar araştırmacının amacına göre değişebilmektedir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Ortoreksiya puanlarına göre yüzdelliklerin karşısına denk gelen değerler.

	Yüzdellikler						
	25	50	75	\bar{X}	S	Min	Max
Nokta değerler	33	36	38	35.7	3.8	23	46

p<0.05

% 5 yanılma düzeyinde testin 25. yüzdellik ve 75. yüzdellik değeri üzerinde olan grup ortalamaları karşılaştırıldığında ortorektik belirtileri saptayabilmek açısından her iki grup arasında önemli farklılık bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 4.5. Ortoreksiya puanına göre iki grup arasındaki farklılık ve belirti yüzdeleri.

ORTO < 25 ve > 75	n	\bar{X}	S	P
ORTO < % 25	265	30.82	2.13	0.000
> % 75	331	39.83	1.74	

Bu çalışmada % 25'lik değere karşılık:

ORTO'nun kesim noktası ≤ 33 olarak belirlenmiştir.

Yapılan prevalans çalışmasına göre 25.yüzdelikte bu kesim noktası ve altında ortoreksiya belirtilerine rastlanılabileceği beklenmektedir. Bu teste göre yapılan geçerlik çalışmasının sonunda "33 puan" ve altında alanlar "ortorektik" olarak tanımlanırken, puan ne kadar artarsa yeme davranışı o kadar aşırı duyarlılıktan normale yaklaşmaktadır.

Alt faktörlerin farklı değerleri ölçtüğü bulunmuştur. Yapılan t testi sonuçlarına göre (Tablo 4.6) alt faktörler değerlendirildiğinde cinsiyet açısından üçüncü alt faktörün daha anlamlı sonuç verdiği bulunmuştur ($p < 0.05$). Ölçeğin genelinde cinsiyetler açısından fark görülüyor iken ($p > 0.05$), üçüncü alt faktörde erkeklerin kadınlara göre puanları daha yüksek bulunmuştur. Altı, yedi, ondört ve onbeşinci soruların yanıtlanmasında erkeklerin besin seçimine ve besinlerin değerine daha çok dikkat ettikleri bulunmuştur.

Tablo 4.6. Alt faktörlere ilişkin bulguların cinsiyet açısından dağılımı (E:425; K:591).

Alt faktörler	\bar{X}	S	S _{hata}	t	p
1. Sağlıklı beslenmeyle ilgili endişeler	2.41	0.39	0.01	3.03	> 0.05
	2.47	0.41	0.02		
2. Besin seçimi ve yeme tutumu ve davranışları	2.49	0.51	0.02	0.97	> 0.05
	2.30	0.53	0.02		
3. Besin seçimi ve değeri	2.17	0.42	0.01	8.31	< 0.05
	2.32	0.47	0.02		
ORTO-15	35.61	3.67	0.15	2.65	>0.05
	35.83	3.97	0.19		

K: Kadın, E: Erkek

4.4. Bireylerin Genel Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan bireylerin % 58.1'i kadın (n:591), % 41.9'u (n:425) ise erkektir. Tablo 4.7'de bireylerin genel özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin % 34.8'i bekar, % 63.2'si evli, % 2'si de boşanmış veya duldur. % 36.5'unun çocuğu yok ve % 63.5'inin bir veya birden fazla çocuğu vardır. Çalışmaya katılan bireyler içerisinde 1016 kişiden 278'inde sağlık sorunu olup çalışmaya katılan bireylerin % 17'si ilaç kullanmaktadır. Bireyler içersinde sadece 50 kişi vitamin-mineral desteği kullanmaktadır. Beslenme bilgilerine erişim açısından dağılımlar incelendiğinde en çok bilginin kitle iletişim araçlarından sağlandığı, bunu sırasıyla çevre, diyetisyen, doktor ve diğer etkenlerin izlediği, sağlık kulüplerinin de en son bilgi alınan yer olduğu bulunmuştur.

Bilgilenmenin davranış değişikliğine olan etkisine bakıldığında, bireylerin 499'unun nadiren bilgilendikten sonra davranış değişikliği yaptığı, bunu sırasıyla her zaman, sık sık ve hiçbir zaman seçeneklerinin izlediği bulunmuştur.

Tablo 4.7. Bireylerin genel özelliklerine göre dağılımları.

Bireylerin Genel Özellikleri	n	%*
Cinsiyet (n:1016)		
Kadın	591	58.1
Erkek	425	41.9
Medeni Durum (n:1013)		
Bekar	353	34.8
Evli	641	63.2
Boşanmış	11	1.3
Dul	8	0.7
Çocuk Sayısı (n:1016)		
Var	468	36.5
Yok	646	63.5
Sağlık sorunu (n:1002)		
Var	278	27.7
Yok	724	72.3
İlaç Kullanımı (n:1008)		
Evet	172	17.0
Hayır	836	83.0
Diyet Uygulaması (n:1005)		
Var	64	6.4
Yok	941	93.6
Vitamin Kullanımı (n:993)		
Evet	50	5.0
Hayır	649	65.4
Bazen	294	29.6
Beslenme Bilgilerine Erişim Kaynakları		
Kitle iletişim araçları	727	71.5
Kitaplar, bilimsel yayın, vb.	496	42.7
Diyetisyen	239	23.5
Doktor	222	21.8
Sağlık kulüpleri	47	4.6
Çevre	502	49.4
Diğer	135	13.2
Bilgilenmenin Davranış Değişikliğine Etkisi (n:1006)		
Her zaman	234	23.3
Sık sık	177	17.6
Nadiren	499	49.6
Hiçbir zaman	96	9.5

Tüm ölçeklerden alınan genel puan ortalamalarına bakıldığında (Tablo 4.8) genel olarak grubun yeme bozuklukları (89.3 ± 11.6) ve ortorektik belirtilere (35.7 ± 3.8) eğilimli oldukları ancak genel OKB belirtilerinden (12.3 ± 6.1) daha çok

OKB'nin alt faktörleri olan kuşku, kontrol etme, temizlik ve yavaşlığa daha eğilimli olabildikleri bulunmuştur.

Tablo 4.8. Tüm ölçek puanlarının ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri.

Ölçekler (n:1016)	Puanlar			
	Min	Max	\bar{X}	S
ORTO-15	23	46	35.7	3.8
YTT	54	119	89.3	11.6
MOCI	0.0	34	12.3	6.1

Yapılan çalışma cinsiyetler açısından değerlendirildiğinde cinsiyetler arasında ORTO-15 ve MOCI ölçeklerinden (Tablo 4.9) elde edilen ortalama puanlar istatistiksel olarak önemli bir farklılık göstermemiştir ($p>0.05$), ancak psikolojik testlerden olan YTT'den elde edilen ortalama puanlar açısından incelendiğinde cinsiyetler açısından istatistiksel olarak önemli bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Bireylerin psikolojik testlerle yeme davranışları değerlendirildiğinde, bireylere uygulanan psikolojik testlerden yeme tutum testinin puan ortalamaları erkeklerde 91.71 ± 11.81 , kadınlarda ise 87.56 ± 11.10 olarak bulunmuş ve iki grup ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemlilik göstermiştir ($p<0.05$). Bireylerin YTT puanının önemlilik değerlendirmesinde (≥ 30 puan) bu çalışmada erkeklerin kadınlara göre daha fazla yeme bozukluğu belirtilerine sahip oldukları bulunmuştur.

Tablo 4.9. Ölçeklerden elde edilen puanların cinsiyete göre dağılımı.

Testler (puan)	Erkek(n:425)	Kadın (n:591)	t	P
	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$		
ORTO-15	35.83 ± 3.97	35.61 ± 3.67	0.912	0.362
MOCI	11.95 ± 6.20	12.65 ± 6.02	1.806	0.071
YTT	91.71 ± 11.81	87.56 ± 11.10	5.720	0.000

Çoklu karşılaştırmalar Tukey HSD testi ile yapıldığında (Tablo 4.10), ORTO-15 testini uygulayan bireylerin yaş grubu ortalamaları yapılan khi-kare testi sonucuna

göre istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Yaş aralıkları gruplardaki sayıları eşit dağıtmak için, 28'inci, 34'üncü ve 41'inci çeyrekliklere göre yapılmıştır. Gruplar arasındaki bu farkın 22-28 yaş ile 35-40 yaş grubu arasında, 29-34 ile 35-40 yaş grubu arasında ve 22-28 yaş grubu ile 41-66 yaş grubu arasında olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Diğer gruplar arasında önemli bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Yaş ilerledikçe ortorektik eğilimlerin arttığı, OKB eğilimlerin ise azaldığı bulunmuştur. Yaşın, OKB'ye olan etkilerine MOCI envanteri ile bakıldığında ise yine testi uygulayan grupların yaş dağılımı açısından farklılıklar gösterdiği ve farklılığın 41-66 yaş grubunda olanlar ile tüm yaş grupları arasında olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.10. Bireylerin yaş gruplarına göre ORTO-15 ve MOCI test puanı dağılımları.

Testler	Yaş aralığı (yıl)	n	\bar{X}	S	Min	Max	F	P
ORTO-15	22-28	283	36.33	3.71	26.0	46.0	6.350	0.000
	29-34	233	36.00	3.35	27.0	46.0		
	35-40	219	35.01	4.07	23.0	45.0		
	41-66	280	35.35	3.91	23.0	45.0		
	Toplam	1015	35.70	3.80	23.0	46.0		
MOCI	22-28	283	12.78	5.94	0.0	31.0	6.970	0.000
	29-34	233	13.02	6.29	1.0	32.0		
	35-40	219	12.89	6.39	1.0	34.0		
	41-66	280	10.95	5.67	1.0	30.0		
	Toplam	1015	12.35	6.11	0.0	34.0		

Bireylerin kendi açıklamalarına göre BKİ dağılımlarına cinsiyetler açısından bakıldığında (Tablo 4.11) kadınların erkeklere oranla daha yüksek sayıda normal ağırlık ve fazla kilolu sınıfta yer aldıkları ve aradaki farkın önemli olduğu ($p<0.05$), I° ve II° şişman sınıfta ise erkeklerin sayısının kadınlara oranla daha yüksek olduğu bulunmuş, bu fark istatistiksel olarak önemlilik göstermiştir ($p<0.05$). Cinsiyetler açısından sonuçlar değerlendirildiğinde normal ve fazla kilolu BKİ sınıflamasında kadınlar, I° ve II° şişman sınıfta da erkekler ortorektik belirti eğilimi göstermişlerdir. Erkeklerin %90.5'inin 25.0-34.9 (fazla kilolu ve I° şişman) arasında,

kadınların ise % 68.4'ünün ise 25.0-29.9 (fazla kilolu) beden kitle indeksleri arasında buldukları görülmektedir.

Tablo 4.11. Cinsiyetlere göre BKİ (kg/m²) dağılımları.

BKİ(kg/m ²) ve Sınıflaması	Cinsiyet			
	Kadın		Erkek	
	S	%	S	%
Normal <18.5-24.9	56	9.6	3	0.7
Fazla Kilolu <25.0-29.9	401	68.4	187	44.3
I° Şişman <30.0-34.9	100	17.1	195	46.2
II° Şişman 35-39.9	29	4.9	37	8.8
Toplam	586	100.0	422	100.0

²=133.92, p=0.000, BKİ=Beden Kütle İndeksi

Cinsiyetlere göre BKİ dağılımlarına (Tablo 4.12) bakıldığında H.Ü. çalışanlarında erkeklerin (n:422) (25.6±3.21) kadınlara göre (n:587) (22.7±3.73) daha fazla BKİ'ne sahip oldukları ve iki cinsiyet arasında bu farkın önemli olduğu bulunmuştur (p<0.05). Toplamda BKİ ortalaması ve standart sapması 23.9±3.8'dir.

Tablo 4.12. Cinsiyetlere göre BKİ (kg/m²) dağılımları.

Cinsiyetler	n	\bar{X}	BKİ (kg/m ²)		
			S	Min	Max
Kadın	587	22.7	3.73	16	37
Erkek	422	25.6	3.21	17	38
Toplam	1009	23.9	3.80	16	38

p<0.05

BKİ'nin ortorektik belirtilere ve MOCI'ye olan etkisi önemli bulunmazken (Tablo 4.13), BKİ, YTT ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur. Bireyler BKİ sınıflandırmasına göre gruplandırıldığında, zayıf ve III° şişman sınıfında birey bulunmadığı görülmüştür. Farklılığın normal kilodaki bireyler ile sırasıyla fazla kilolu (p<0.05), I° şişman (p<0.05) ve II° şişman (p<0.05) grupları arasında olduğu bulunmuş, diğer gruplar arasında önemli bir farklılık bulunmamıştır (p>0.05). Normal ağırlıktaki bireylerin yeme bozukluğu belirtileri göstermeleri, diğer

gruptakilere göre önemli ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). BKİ azaldıkça YTT puanlarında artış görülmüştür.

Tablo 4.13. Beden Kütle İndeksi'ne göre YTT puanları dağılımları.

BKİ(kg/m ²) ve Sınıflaması	n	\bar{X}	YTT Test Puanları			
			S	Min-Max	F	P
Normal <18.5-24.9	59	94.52	3.73	30-46		
Fazla Kilolu <25.0-29.9	588	89.26	3.59	23-45		
I° Şişman <30.0-34.9	295	88.76	4.00	23-46	4,752	0.003
II° Şişman 35-39.9	66	87.56	4.68	26-45		
Toplam	1008	89.31	3.81	23-46		

BKİ: Beden Kütle İndeksi

Bireylerin kendi açıklamalarına göre olmak istedikleri ağırlığın (OİA) altında ve üstünde olan gruplara bakıldığında (Tablo 4.14) her iki cinsiyette de OİA'nın üstünde olan grubun, altında olan gruba oranla ortorektik ve diğer yeme bozukluğu belirtilerine olan eğilim açısından önemli ölçüde farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.14 Cinsiyetlere göre OİA dağılımı.

Vücut ağırlığı (kg)	Cinsiyet			
	Kadın		Erkek	
	S	%	S	%
OİA'nın altında	127	23.0	124	31.6
“ üstünde	425	77.0	269	68.4
Toplam	552	100.0	393	100.0
	$\chi^2=8.593^*$, $p=0.002$			

OİA: Olmak İstenilen Ağırlık, *Pearson khi-kare testi, $p<0.05$

Bireylerin kendi açıklamalarına göre olmak istedikleri ağırlığın (OİA) altında ve üzerinde olan gruplara bakıldığında (Tablo 4.15) ortoreksiya ve diğer yeme bozukluğu belirtileri açısından gruplar arasındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). OİA'nın altında olan bireylerin ORTO test puanı ortalamaları 36.07 ± 3.52 iken OİA'nun üzerinde olan bireylerin ORTO-15 puanı 35.50 ± 3.89 olarak bulunmuştur. Buna göre OİA'nun üstünde olan bireyler diğerlerine oranla daha

yüksek oranda ortorektik belirtiler göstermektedir. YTT testi puanı 94.64 ± 10.80 ortalama ile OİA'nun altında olan bireyler, üstündekilere oranla 87.21 ± 11.32 ortalamayla daha yüksek oranda yeme bozukluğu belirtileri göstermektedir. OKB'ye olan yatkınlığın ise bu değişkenlerle önemli ölçüde bir fark yaratmadığı sonucuna varılmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.15. Bireylerin kendi açıklamalarına göre olmak istedikleri ağırlık (OİA) durumlarına göre ORTO-15 ve YTT testinin dağılımları.

	Kilo (kg)	n	ORTO-15 ve YTT			
			\bar{X}	S	t	P
ORTO-15	OİA'ın altında	251	36.07	3.52	2.057	0.040
	“ üstünde	694	35.50	3.89		
YTT	OİA'ın altında	251	94.64	10.80	9.014	0.000
	“ üstünde	694	87.21	11.32		
MOCI	OİA'ın altında	251	12.8	5.8	1.2	0.205
	“ üstünde	694	12.2	6.2		

Ortoreksiya eğilimi olan grupların eğitim durumlarına göre (Tablo 4.16) gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu farkın lise ile doktora üzeri ($p < 0.05$), yüksekokul ile doktora üzeri ($p < 0.05$) ve lisansüstü ile doktora üzeri grupları ($p < 0.05$) arasında olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyi azaldıkça ortorektik belirtilerin artış gösterdiği bulunmuştur.

Tablo 4.16. Bireylerin eğitim durumlarına göre ORTO-15 testi puanları.

Eğitim	n	ORTO-15 (puan)			
		\bar{X}	Min	Max	S
Lise	163	34.99	23	45	4.16
Yüksekokul	102	35.10	27	44	3.70
Lisansüstü ve doktora	379	35.56	23	46	3.79
Doktora üzeri	370	36.35	26	46	3.56
Total	1014	35.71	23	46	3.79

P= 0.000, F= 6.637

Yapılan araştırmaya göre (Tablo 4.17) kadınlar ve erkekler arasında ortoreksiya belirtileri açısından herhangi bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Doktor teşhisiyle konulmuş herhangi bir hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında ortoreksiya eğilimi açısından herhangi bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Doktor teşhisiyle herhangi bir hastalık tanısı konmasıyla ORTO-15 ve MOCI arasında herhangi önemli bir ilişkinin görülmediği bulunmuştur ($p>0.05$).

Düzenli ilaç tedavisi alanlar ile almayanlar arasında ortoreksiyaya yatkınlık bakımından bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Vitamin desteği alanlar ve almayanlar arasında ortorektik eğilim açısından önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Herhangi bir diyet tedavisi alan veya almış olanların ortoreksiyaya olan eğilimleri istatistiksel olarak önemli şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Bu alışma sonucuna göre diyet tedavisi alanların ortoreksiya belirtisi göstermeye daha yatkın oldukları 34.19 ± 4.69 puan ortalaması ve standart sapmasıyla bulunmuştur.

Tablo 4.17. İncelenen ORTO-15 puanlarının bazı değişkenlere göre dağılımları

Değişkenler	n	ORTO-15 puan ortalamaları			
		\bar{X}	S	t	p
Cinsiyet					
Kadın	591	35.61	3.67		
Erkek	425	35.83	3.97	-0.912	0.362
Sağlık sorunu					
Var	278	35.35	3.95		
Yok	724	35.83	3.73	-1.78	0.074
Diyet tedavisi*					
Var	64	34.19	4.69		
Yok	941	35.81	3.73	-2.715	0.008
Vitamin desteği					
Evet	50	35.44	3.78		
Hayır	649	35.75	3.85	-0.550	0.582
Bazen	294	35.73	3.75		
İlaç tedavisi					
Var	172	35.52	3.94		
Yok	836	35.73	3.78	-0.655	0.513

$p<0.05$

Araştırmaya katılan bireyler meslek gruplarına göre farklı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.18). Meslek, ORTO-15 ve MOCI testleriyle önemli ölçüde ilişkili bulunmuş ($p<0.05$). ORTO-15 testini etkileyen mesleki farklılık profesörler ile ğretim görevlileri arasında, doçentler ile araştırma görevlileri arasında, yardımcı

doçentler ile öğretim görevlileri ve uzman-okutmanlar ile öğretim görevlileri arasında söz konusu olmuştur ($p<0.05$). Bu çalışmada öğretim görevlilerinin 33.31 ± 3.26 ortalamasıyla ortorektik belirtilere en yakın grup oldukları bulunmuştur.

Tablo 4.18. Bireylerin meslek gruplarına göre ORTO-15 testi puanları.

Meslek gruplarına göre dağılım	\bar{X}	ORTO-15 (puan)		
		S	Min	Max
Profesör (n:102)	36.23	3.63	25	45
Doçent (n:68)	35.20	3.88	26	44
Yardımcı doçent (n:48)	36.45	2.82	30	43
Araştırma görevlisi (n:277)	36.81	3.46	26	46
Öğretim görevlisi (n:16)	33.31	3.26	28	40
Uzman-okutman (n:13)	37.23	4.67	29	43
Toplam (n:524)	36.36	3.59	25	46

P=0.000, F=4.972

Beslenme bilgilerine erişim kaynağı olarak, doktor bilgisini tercih edenler ile etmeyenler arasında, ortoreksiya eğilimleri açısından önemli bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.000$). Doktordan bilgi alan bireylerde eğilim fazla bulunmuştur ($p<0.05$). Bu da sağlıkla ilgili uğraşı düşündürmektedir. Beslenme bilgilerine erişim kaynağı olarak, sağlık kulüplerinden bilgi almayı tercih edenler arasında ortoreksiya belirtileri açısından herhangi bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. İncelenen ORTO-15 test sonuç puanlarının bilgi kaynaklarına göre dağılımları.

Beslenme Bilgilerine Erişim Kaynakları		n	ORTO-15 (puan)			
			\bar{X}	S	t	p
Kitle iletişim araçları (gazete, dergi, TV, internet vb.)	Evet	727	35.61	3.64	-1.230	0.219
	Hayır	289	35.95	4.18		
Kitaplar, bilimsel yayın vb.	Evet	496	35.65	3.70	-0.405	0.686
	Hayır	520	35.75	3.90		
Diyetisyen	Evet	239	35.41	3.81	-1.371	0.171
	Hayır	777	35.79	3.80		
Doktor*	Evet	222	34.83	3.74	-3.890	0.000*
	Hayır	794	35.94	3.78		
Sağlık kulüpleri (zayıflama merkezleri vb.)	Evet	47	34.85	4.30	-1.578	0.115
	Hayır	969	35.74	3.77		
Çevre (arkadaş, aile vb.)	Evet	502	35.71	3.66	0.037	0.971
	Hayır	514	35.70	3.93		
Diğer	Evet	135	35.49	3.92	-0.686	0.493
	Hayır	880	35.73	3.78		

* $p<0.05$

Tablo 4.20’de ikiden çok gruplara sahip değişkenler için tek yönlü varyans analizi (one way ANOVA) yapılmış ve ikiden çok olan kendi grupları içerisinde fark olduğu gözlenmiştir. ORTO-15 puanları açısından medeni duruma göre fark olup olmadığına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür. İstatistiksel farklılığın bekar ile evli çiftler arasında olduğu bulunmuş ve diğer gruplar arasındaki fark önemli bulunmamıştır ($p>0.05$). Çalışmaya göre evli çiftlerin ORTO-15 puan ortalamalarının bekarlara göre daha düşük oranda olması, daha yüksek oranda ortoreksi riski taşıdıklarını göstermektedir.

Yapılan araştırmada çocuk sahibi olma durumu değişkeni (Tablo 4.20) dört alt grupta; çocuk sahibi olmayanlar, tek çocuk sahibi olanlar, iki çocuk sahibi olanlar ve üç ve daha fazla çocuk sahibi olanlar olacak şekilde incelenmiştir. Çocuk sayısı açısından dağılımlara bakıldığında gruplar arasında farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). İstatistiksel farklılığın hiç çocuğu olmayanlar ile bir ve iki çocuk sahibi olanlar arasında olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Diğer gruplar arasındaki fark önemli bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu çalışma sonucuna göre çocuk sayısı arttıkça ORTO-15 puan ortalamalarında azalma olduğu bulunmuştur. Bu sonuç çocuk sayısındaki artışın ortorektik belirtilerdeki artışla paralellik olduğunu göstermektedir.

Kişilerin beslenme konusunda bilgilenmenin davranış değişikliklerine etkisi göz önüne alındığında (Tablo 4.20), ortoreksiyaya yatkınlık açısından soruya; her zaman, sık sık, nadiren ve hiçbir zaman yanıtlarını veren gruplar arasında fark olduğu gözlenmiştir ($p<0.05$). Bilgilenmenin davranış değişikliği sorusuna cevap verenler arasında tüm gruplarda istatistiksel açıdan önemli farklılıklar (tüm grup karşılaştırmaları için, $p<0.05$) görülmüştür. Davranış değişikliği azaldıkça ORTO puan ortalamalarında artış olduğu bulunmuştur. Artış gösteren davranış değişikliğindeki sıklık ortalamaları ortorektik belirtilere eğilimin arttığını gösterebilmektedir.

Tablo 4.20. İncelenen ORTO puanlarının medeni durum, çocuk sayısı ve bilgilenmenin davranış değişikliğine etkisine göre dağılımı.

		n	ORTO (puan)		F	P
			$\bar{X} \pm S$	Min-max		
Medeni durum	Evli	641	35.25±3.70	23-45	12.788	0.000
	Bekar	353	36.43±3.72	24-46		
	Boşanmış	19	37.21±5.5	23-45		
Çocuk sayısı	Yok	468	36.25±3.73	24-46	6.091	0.000
	1	262	35.24±3.49	23-45		
	2	238	35.23±4.09	23-45		
	3 ve +	48	35.18±3.90	27-41		
Bilgilenmenin davranış değişikliğine etkisi	Her zaman	234	34.03±3.93	23-44	28.274	0.000
	Sık sık	177	35.12±3.46	23-44		
	Nadiren	499	36.43±3.49	26-45		
	Hiçbir zaman	96	36.95±4.04	27-46		

4.5. ORTO-15 Test Puanlarına İlişkin Bulgular

Araştırmada ortorektik eğilimi düşük ve yüksek olarak uç gruplara ayrılan bireylerin ortoreksiya puanları arasındaki fark incelendiğinde (Tablo 4.21), ortoreksiya belirtileri gösteren grup ile göstermeyen grup arasında cinsiyet açısından herhangi bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Yaş aralığı dikkate alındığında iki grup arasında yapılan khi-kare testi sonucuna göre önemli bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Yaş ilerledikçe test puanlarının azaldığı, yaş azaldıkça ise test puanlarında artış görüldüğü ve ortoreksiyadan uzaklaşıldığı sonucu bulunmuştur. 41+ yaş grubunda 87 kişiyle en yüksek rakam olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim açısından ortoreksiya belirtileri değerlendirildiğinde her iki grup arasında önemli bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). OİA'nın altında ve üstünde olan gruplar arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0.05$). OİA'nın üstünde olan bireylerin ortoreksiyaya daha eğilimli olduğu saptanmıştır. Çocuk sayısı açısından değişkenler incelendiğinde her iki grup arasında önemli bir fark olduğu sonucu bulunmuştur ($p<0.05$). Akademik personel ile idari personel arasındaki grup farklılığına bakıldığında ise her iki grup arasında önemli bir fark olduğu sonucu bulunmuştur ($p<0.05$). İdari personel % 33.4 oranla akademik personele göre ortorektik belirtilere daha yatkın bulunmuştur. Medeni durum açısından gruplar incelendiğinde ise yine gruplar arasında önemli bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Tablo 4.21. ORTO-15 ölçek puanları için belirlenen kesim noktasına göre bireylerin genel özellikleri.

	ORTO (puan)			
	≤ 33		> 34	
	n	%	n	%
Yaş aralığı (yıl)				
22-28	55	19.4	228	80.6
29-34	52	22.3	181	77.7
35-40	71	32.4	148	67.6
41-66	87	31.1	193	68.9
Toplam	265	26.1	750	73.9
	$\chi^2=16.367, p=0.001$			
Eğitim				
Lise	58	35.6	105	64.4
Yüksekokul	36	35.3	66	64.7
Lisansüstü ve doktora	95	25.1	284	74.9
Doktora üzeri	75	20.3	295	79.7
Toplam	264	26.0	750	74.0
	$\chi^2=18.827, p=0.000$			
Medeni durum				
Bekar	69	19.5	284	80.5
Evli	189	29.5	452	70.5
Boşanmış	5	26.3	14	73.7
Toplam	263	26.0	750	74.0
	$\chi^2=11.699, p=0.003$			
Cinsiyet				
Kadın	158	26.7	433	73.3
Erkek	107	25.2	318	74.8
Toplam	265	26.1	751	73.9
	$\chi^2=18.827, p=0.314$			
Ağırlık (kg)				
OİA'ın altında	50	19.9	201	80.1
OİA'ın üstünde	199	28.7	495	71.3
Toplam	249	26.3	696	73.7
	$\chi^2=7.279, p=0.007$			
Çocuk sayısı				
Yok	101	21.6	367	78.4
1	72	27.5	190	72.5
2	77	32.4	161	67.6
3 ve +	15	31.3	33	68.8
Toplam	265	26.1	751	73.9
	$\chi^2=10.703, p=0.013$			
Meslek grupları				
Akademik personel	102	19.5	422	80.5
İdari personel	162	33.4	323	66.6
Toplam	264	26.2	745	73.8
	$\chi^2=25.322, p=0.000$			

Tablo 4.21. ORTO-15 ölçek puanları için belirlenen kesim noktasına göre bireylerin genel özellikleri (devam).

	ORTO (puan)			
	≤33		>34	
	n	%	n	%
Hastalık Durumu				
Evet	85	30.6	193	69.4
Hayır	178	24.6	546	75.4
Toplam	263	26.2	739	73.8
	$\chi^2 = 3.723, p=0.054$			
İlaç Kullanımı				
Evet	46	26.7	126	73.3
Hayır	219	26.2	617	73.8
Toplam	265	26.3	743	73.7
	$\chi^2 = 0.022, p=0.882$			
Diyet Uygulaması				
Var	26	40.6	38	59.4
Yok	238	25.3	703	74.7
Toplam	264	26.3	741	73.7
	$\chi^2 = 7.274, p=0.007$			
Vitamin kullanımı				
Evet	18	36.0	32	64
Hayır	171	26.3	478	73.7
Bazen	70	23.8	224	76.2
Toplam	259	26.1	734	73.9
	$\chi^2 = 3.362, p=0.186$			
Doğru Bilgilenmenin Davranış Değişikliğine Etkisi				
Her zaman	94	40.2	140	59.8
Sık sık	55	68.9	122	68.9
Nadiren	95	81.0	404	81.0
Hiçbir zaman	19	80.2	77	80.2
	$\chi^2 = 41.128, p=0.000$			

Her iki grubun sağlık sorunları olup olmaması durumları incelendiğinde (Tablo 4.21) ortoreksiya belirtileri gösteren bireylerin arasında önemli bir farklılığın olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Herhangi bir ilaç kullanma durumları incelendiğinde ise ortorektik belirtileri düşük olan grupla yüksek olan grup arasında bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Diyet uygulamasının ORTO-15 puanlarına olan etkisi incelendiğinde ortorektik belirtileri düşük olan bireylerde bu oranın (% 59.4)

belirtilere yatkın olan bireylerden (% 40.6) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Diyet uygulayan grupların ortorektik belirtiler gösterme durumu ki-kare testi ile değerlendirilmiş ve belirti göstermeyen grupla arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Her iki grubun vitamin desteği alma durumları ki-kare testi ile karşılaştırıldığında (Tablo 4.21) gruplar arasında önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Vitamin kullanma yüzdesi ortorektik belirti gösteren bireylerde % 36, belirti göstermeyenlerde ise % 64 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada çıkan sonuç bize vitamin kullanımının ORTO-15 test puanlarına herhangi bir önemli etkisinin olmadığını göstermektedir ($p>0.05$).

Doğru bilgilenemenin davranış değişikliğine herhangi bir etkisi olup olmadığı incelendiğinde (Tablo 4.21) ise gruplar arasında önemli bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Cevap verenler arasındaki yüzdelere bakıldığında, her zaman davranış değişikliği yapan bireylerin, daha az sayıda davranış değişikliği bulunan bireylere göre sayılarının daha yüksek olduğu ve bunun istatistiksel önemlilik taşıdığı görülmüş, bu bireylerin de ortorektik belirti göstermeye daha yatkın oldukları bulunmuştur.

Bireyler BKİ sınıflandırmasına göre gruplandırıldığında (Tablo 4.22), her iki grupta da zayıf ve III° şişman sınıfında birey bulunmadığı görülmüştür. Ortorektik belirtileri yüksek olan bireylerin % 16.9'u normal BKİ aralığında, % 24.3'ü fazla kilolu BKİ aralığında, % 29.5'i I° şişman BKİ aralığında ve % 37.9'u ise II° şişman BKİ aralığında yer almıştır. Ortorektik belirtileri düşük olan bireylerin ise % 83.1'i normal BKİ aralığında, % 75.7'si fazla kilolu BKİ aralığında ve % 70.5'i I° şişman ve % 62.1'i II° şişman BKİ aralığında yer almıştır. Belirtilerin düşük olduğu bireylerde III° şişman BKİ aralığında yer alan birey bulunmamıştır. Grupların ortoreksiyaya olan eğilimi ki-kare testi ile değerlendirilmiş ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.22. Bireylerin BKİ değerlerinin (WHO) ORTO-15 ölçek puanlarının kesim noktasına göre dağılımları.

BKİ(kg/m ²) ve Sınıflaması	ORTO (puan)			
	≤ 33		> 34	
	n	%	n	%
Normal <18.5-24.9	10	16.9	49	83.1
Fazla Kilolu <25.0-29.9	143	24.3	445	75.7
I° Şişman <30.0-34.9	87	29.5	208	70.5
II° Şişman 35-39.9	25	37.9	41	62.1
Toplam	265	26.3	743	73.7
²=9.969, p=0.019				

Tablo 4.23'deki idari personel grupları arasındaki dağılımlara bakıldığında ortoreksiya belirtisi gösteren ve göstermeyen gruplar arasında önemli bir fark olmadığı sonucu bulunmuştur (p>0.05).

Tablo 4.23. ORTO puanı kesim noktasının (25.yüzdellik) idari personel kadrosuna göre dağılımları.

		ORTO (puan)			
		≤ 33		> 34	
		n	%	n	%
İdari personel	Genelİdari Hizmetler	76	33.6	150	66.4
	Teknik Hizmetler	20	37.0	34	63
	Sağlık Hizmetleri	39	29.5	93	70.5
	Yardımcı Hizmetler	27	37	46	63
Toplam		162	33.4	323	66.6
²=1.63, p=0.653					

İdari personelden alınan bilgilere göre (Tablo 4.24) bireylerin 232 (% 47.8)'sinin yemek yerken yediklerinin enerji değerlerine (soru 1) çoğunlukla "bazen" dikkat ettikleri yanıtını verdikleri ve bireylerin 247 (% 50.9)'sinin yiyecek seçiminde "sık sık" kararsızlık yaşadığı (soru 2) görülmüştür. Bireylerin % 41'i son üç ay içerisinde besinler konusunda "bazen" endişelenmekte (soru 3), % 38.8'i ise besin

seçimine “bazan” sağlığıyla ilgili endişelerinden dolayı (soru 4) yönelmektedir. Soru 5’teki % 40.6 gibi büyük bir çoğunluk ise lezzeti besin değerine tercih etmektedir. Daha sağlıklı ve taze besinler satın almak için fazla para harcamayı göze alanların (soru 6) sayısı % 46.6 çoğunlukla “her zaman” yanıtını verenlerden oluşmaktadır. Günde 3 saatten fazla (soru 7) beslenme ile ilgili zihinsel uğraşıda bulunan görülmemiştir. Ortoreksiyanın saptanmasında ayırt edici soru olan 7. soruya 485 birey içerisinde “her zaman” ve “sık sık” yanıtını veren toplam 27 birey (% 5.6) olduğu görülmüştür. Bireylerin yarıdan fazlası (% 59.4) “sıklıkla” sağlıksız olduğunu düşündükleri besinleri tüketmekte (soru 8) ve % 33.2’sinin ise “sıklıkla” yeme düzenini ruhsal durumunun etkilediğini (soru 9) belirtmektedir. Ortoreksiya için ayırt edici bir soru olan sağlıklı besin tüketiminin kendine güvenle ilişkilendirenler 10. soruya % 40 çoğunlukla “her zaman” yanıtını vermişlerdir. Bireylerin yarıya yakın (% 41.4) çoğunluğu ise “bazen” yaşam tarzını değiştirmektedir (soru 11). 265 (% 54.6) gibi kişi sayısındaki bir çoğunluk ise dış görünümünün “her zaman” sağlıklı beslenmeyle iyileşeceğini (soru 12) düşünmektedir. Bireylerin % 42.3’ü “sıklıkla” sağlıksız beslendiğinde kendini suçlamakta (soru 13), % 74.2’si piyasada “her zaman” sağlıksız besin satıldığını düşünmekte (soru 14) ve % 57.1’i ise “her zaman” yemeklerini tek başına yemeği (soru 15) tercih etmektedir.

Ortoreksiyayı ayırt etmede kullanılan en kritik maddeler 3, 5, 6, 7, 11, 13 ve 15. maddedir. Bireylerin kendilerini, sağlıksız beslendiklerinde sıklıkla suçlu hissetmeleri, daha sağlıklı besinler satın almak için her zaman daha fazla para harcamak istemeleri ve her zaman yemeği yalnız başına yemek istemeleri, dikkat çeken maddeler arasındadır.

Tablo 4.24. İdari personelin ORTO-15'e verdikleri yanıtların derecelerine göre dağılımları.

Sorular	Yanıt Dereceleri (n:485)							
	Her zaman		Sık sık		Bazen		Hiçbir zaman	
	S	%	S	%	S	%	S	%
1	204	42.1	16	3.3	232	47.8	33	6.8
2	116	23.9	247	50.9	83	17.1	39	8.0
3	49	10.1	83	17.1	199	41.0	154	31.8
4	109	22.5	83	17.1	188	38.8	105	21.6
5	60	12.4	197	40.6	101	20.8	127	26.2
6	226	46.6	118	24.3	111	22.9	30	6.2
7	15	3.1	12	2.5	91	18.8	367	75.7
8	119	24.5	288	59.4	56	11.5	22	4.5
9	73	15.1	161	33.2	112	23.1	139	28.7
10	194	40.0	104	21.4	126	26.0	61	12.6
11	81	16.7	74	15.3	201	41.4	129	26.6
12	265	54.6	86	17.7	91	18.8	43	8.9
13	103	21.2	205	42.3	65	13.4	112	23.1
14	360	74.2	76	15.7	25	5.2	24	4.9
15	277	57.1	13	2.7	173	35.7	22	4.5

Akademik kadroda eğitim düzeyi arttıkça ortorektik belirtilerde azalma görüldüğü ve eğitim düzeylerindeki bu farkın istatistiki önemlilik gösterdiği bulunmuştur (Tablo 4.25).

Tablo 4.25. ORTO ölçek puanlarının (25.yüzdilik) akademik personel kadrosuna göre dağılımları.

Meslek gruplarına göre dağılım	ORTO (puan)			
	≤ 33		> 34	
	n	%	n	%
Profesör	21	20.6	81	79.4
Doçent	21	30.9	47	69.1
Yardımcı doçent	8	16.7	40	83.3
Araştırma görevlisi	41	14.8	236	85.2
Öğretim görevlisi	8	50.0	8	50.0
Uzman/okutman	3	23.1	10	76.9
Toplam	102	19.5	422	80.5

$\chi^2=19.444, p=0.002$

Tablo 4.26’da görüldüğü üzere Ortoreksiya belirtilerini saptamada ayırtedici olan sorulara ve en uygun puanlara en yüksek yanıt yüzdesini veren akademik gruba bakılmıştır. Buna göre araştırma görevlilerinin (soru 1) yemek yerken % 48.7 (n:135) çoğunlukla “her zaman” yedikleri yemeklerin enerji değerlerine dikkat ettikleri bulunmuştur (2 puan). Doçentlerin son üç ay içerisinde % 27.3 (n:19) oranında “sıklıkla” besinler konusunda endişelendikleri (soru 3) görülmüştür (2 puan). Öğretim görevlilerinin % 37.5 (n:6) oranında “sıklıkla” sağlıklarıyla ilgili endişelerinden dolayı (soru 4) besin seçtikleri bulunmuştur (2 puan). Araştırma görevlilerinin % 37.2 (n:103) oranında “bazen” besinlerinin sağlıklı olmasına, lezzetinden daha çok önem verdikleri (soru 5) görülmüştür (2 puan). Öğretim görevlilerinin % 75 (n:12) oranında “her zaman” daha sağlıklı ve taze besinler satın almak için daha fazla para harcamak istedikleri (soru 6) görülmüştür (1 puan). Ortoreksiyayı ayırd etmede en belirgin olan 7 ve 8. sorulara hiçbir gruptan önemli yönde değerlendirilebilecek yanıt alınmamıştır. Ruhsal durumun yeme düzenini etkilemesi durumu ile ilgili sorulan soruya (soru 9) en çok doçentlerden % 48.5 (n:33) oranında “sık sık” etkiler yanıtı alınmıştır (3 puan). Sadece sağlıklı besin tüketmek kendinize olan güveni artırır mı sorusuna % 43.8 (n:7) oranıyla öğretim görevlileri “her zaman” yanıtını vermişlerdir (1 puan). Öğretim görevlilerinin % 25 (n:4) oranında uyguladıkları beslenme tipinin “her zaman” yaşam tarzlarını değiştirdiği (soru11) yanıtı alınmıştır (1 puan). Sağlıklı beslenmenin dış görünümü “her zaman” daha iyi hale getirebileceğini düşünen (soru 12) öğretim görevlileri grubunun % 75 (n:12) çoğunlukla en yüksek oranda olduğu görülmüştür (1 puan). Sağlıksız beslenildiğinde kendini “sıklıkla” suçlu hisseden (soru 13) grup, % 53.1 (n:147) çoğunlukla araştırma görevlilerinden oluşmaktadır (4 puan). Piyasada “her zaman” sağlıksız besinlerin de satıldığını (soru 14) düşünen grup % 87.5 (n:14) oranıyla öğretim görevlilerinden oluşmaktadır (1 puan). Son zamanlarda yemeklerini (soru 15) özellikle “her zaman” tek başına yemeği tercih eden grup yine % 68.8 (n:11) oranıyla öğretim görevlilerinden oluşmaktadır (1 puan).

Tablo 4.26. Akademik personelin ORTO-15'e verdikleri yanıtların derecelerine göre dağılımları.

Sorular/Branşlar	Yanıt Dereceleri (n:524)							
	Her zaman		Sık sık		Bazen		Hiçbir zaman	
	S	%	S	%	S	%	S	%
1 Prof.(n:102)	23	22.5	3	2.9	58	56.9	18	17.6
Doç. (n:68)	23	33.8	1	1.5	33	48.5	11	16.2
Y.Doç.(n:48)	14	29.2	0	0	29	60.4	5	10.4
Ar.Gör.(n:277)	135	48.7	7	2.5	91	32.9	44	15.9
Öğr.gör. (n:16)	5	31.3	1	6.3	7	43.8	3	18.8
Uzm/okut(n:13)	6	46.2	0	0	6	46.2	1	7.7
2 Prof.(n:102)	25	24.5	66	64.7	10	9.8	1	1.0
Doç. (n:68)	17	25.0	39	57.4	12	17.6	0	0
Y.Doç.(n:48)	12	25.0	26	54.2	10	20.8	0	0
Ar.Gör.(n:277)	41	14.8	120	43.3	87	31.4	29	10.5
Öğr.gör. (n:16)	2	12.5	9	56.3	4	25.0	1	6.3
Uzm/okut(n:13)	2	15.4	6	46.2	4	30.8	1	7.7
3 Prof.(n:102)	6	5.9	11	10.8	42	41.2	43	42.2
Doç. (n:68)	6	8.8	19	27.3	26	38.2	17	25
Y.Doç.(n:48)	2	4.2	8	16.7	20	41.7	18	37.5
Ar.Gör.(n:277)	16	5.8	52	18.8	122	44.0	87	31.4
Öğr.gör. (n:16)	3	18.8	2	12.5	6	37.5	5	31.3
Uzm/okut(n:13)	1	7.7	3	23.1	4	30.8	5	38.5
4 Prof.(n:102)	17	16.7	29	28.4	46	45.1	10	9.8
Doç. (n:68)	14	20.6	23	33.8	28	41.2	3	4.4
Y.Doç.(n:48)	8	16.7	11	22.9	24	50.0	5	10.4
Ar.Gör.(n:277)	41	14.8	67	24.2	123	44.4	46	16.6
Öğr.gör. (n:16)	3	18.8	6	37.5	6	37.5	1	6.3
Uzm/okut(n:13)	4	30.8	1	7.7	4	30.8	4	30.8
5 Prof.(n:102)	9	8.8	48	47.1	26	25.5	19	18.6
Doç. (n:68)	4	5.9	31	45.6	25	36.8	8	11.8
Y.Doç.(n:48)	2	4.2	18	37.5	16	33.3	12	25.0
Ar.Gör.(n:277)	8	2.9	79	28.5	103	37.2	87	31.4
Öğr.gör. (n:16)	3	18.8	7	43.8	4	25.0	2	12.5
Uzm/okut(n:13)	0	0	4	30.8	1	7.7	8	61.5
6 Prof.(n:102)	41	40.2	31	30.4	28	27.5	2	2.0
Doç. (n:68)	31	45.6	21	30.9	14	20.6	2	2.9
Y.Doç.(n:48)	13	27.1	20	41.7	14	29.2	1	2.1
Ar.Gör.(n:277)	101	36.5	99	35.7	70	25.3	7	2.5
Öğr.gör. (n:16)	12	75.0	2	12.5	2	12.5	0	0
Uzm/okut(n:13)	6	46.2	4	30.8	177	33.8	131	25.0

Tablo 4.26. Akademik personelin ORTO-15'e verdikleri yanıtların derecelerine göre dağılımları (devam).

Sorular/Branşlar	Yanıt Dereeleri (n:524)							
	Her zaman		Sık sık		Bazen		Hiçbir zaman	
	S	%	S	%	S	%	S	%
7 Prof.(n:102)	0	0.0	1	1.0	7	6.9	94	92.2
Doç. (n:68)	1	1.5	0	0.0	6	8.8	61	89.7
Y.Doç.(n:48)	0	0.0	0	0.0	4	8.3	44	91.7
Ar.Gör.(n:277)	2	0.7	4	1.4	39	14.1	232	83.8
Öğr.gör. (n:16)	0	0.0	1	6.3	3	18.8	12	75.0
Uzm/okut(n:13)	0	0.0	1	7.7	2	15.4	10	76.9
8 Prof.(n:102)	12	11.8	74	72.5	14	13.7	2	2.0
Doç. (n:68)	8	11.8	49	72.1	10	14.7	1	1.5
Y.Doç.(n:48)	10	20.8	31	64.6	7	14.6	0	0.0
Ar.Gör.(n:277)	17	6.1	164	59.2	73	26.4	23	8.3
Öğr.gör. (n:16)	3	18.8	10	62.5	3	18.8	0	0.0
Uzm/okut(n:13)	3	23.1	6	46.2	3	23.1	1	7.7
9 Prof.(n:102)	9	8.8	43	42.2	30	29.4	20	19.6
Doç. (n:68)	4	5.9	33	48.5	16	23.5	15	22.1
Y.Doç.(n:48)	2	4.2	24	50	10	20.8	12	25.0
Ar.Gör.(n:277)	12	4.3	91	32.9	93	33.6	81	29.2
Öğr.gör. (n:16)	2	12.5	4	25.0	3	18.8	7	43.8
Uzm/okut(n:13)	4	30.8	0	0.0	5	38.5	4	30.8
10 Prof.(n:102)	20	19.6	29	28.4	37	36.3	16	15.7
Doç. (n:68)	16	23.5	24	35.3	18	26.5	10	14.7
Y.Doç.(n:48)	9	18.8	16	33.3	16	33.3	7	14.6
Ar.Gör.(n:277)	58	20.9	77	27.8	92	33.2	50	18.1
Öğr.gör. (n:16)	7	43.8	2	12.5	6	37.5	1	6.3
Uzm/okut(n:13)	3	23.1	2	15.4	6	46.2	2	15.4
11 Prof.(n:102)	10	9.8	13	12.7	56	54.9	23	22.5
Doç. (n:68)	5	7.4	14	20.6	31	45.6	18	26.
Y.Doç.(n:48)	3	6.3	9	18.8	19	39.6	17	35.4
Ar.Gör.(n:277)	36	13.0	64	23.1	108	39.0	69	24.9
Öğr.gör. (n:16)	4	25.0	3	18.8	5	31.3	4	25.0
Uzm/okut(n:13)	0	0.0	1	7.7	3	23.1	9	69.2
12 Prof.(n:102)	37	36.3	41	40.2	20	19.6	4	3.9
Doç. (n:68)	24	35.3	20	29.4	21	30.9	3	4.4
Y.Doç.(n:48)	20	41.7	13	27.1	10	20.8	5	10.4
Ar.Gör.(n:277)	114	41.2	85	30.7	62	22.4	16	5.8
Öğr.gör. (n:16)	12	75.0	3	18.8	1	6.3	0	0.0
Uzm/okut(n:13)	6	46.2	3	23.1	4	30.8	0	0.0

Tablo 4.26. Akademik personelin ORTO-15'e verdikleri yanıtların derecelerine göre dağılımları (devam).

Sorular/Branşlar	Yanıt Dereceleri (n:524)							
	Her zaman		Sık sık		Bazen		Hiçbir zaman	
	S	%	S	%	S	%	S	%
13 Prof.(n:102)	15	14.7	47	46.1	23	22.5	17	16.7
Doç. (n:68)	13	19.1	32	47.1	12	17.6	11	16.2
Y.Doç.(n:48)	11	22.9	23	47.9	9	18.8	5	10.4
Ar.Gör.(n:277)	57	20.6	147	53.1	49	17.7	24	8.7
Öğr.gör. (n:16)	2	12.5	8	50.0	3	18.8	3	18.8
Uzm/okut(n:13)	3	23.1	6	46.2	1	7.7	3	23.1
14 Prof.(n:102)	64	62.7	32	31.4	6	5.9	0	0.0
Doç. (n:68)	44	64.7	22	32.4	2	2.9	0	0.0
Y.Doç.(n:48)	32	66.7	14	29.2	2	4.2	0	0.0
Ar.Gör.(n:277)	198	71.5	66	23.8	10	3.6	3	1.1
Öğr.gör. (n:16)	14	87.5	2	12.5	0	0.0	0	0.0
Uzm/okut(n:13)	11	84.6	2	15.4	0	0.0	0	0.0
15 Prof.(n:102)	62	60.8	0	0.0	35	34.3	5	4.9
Doç. (n:68)	40	58.8	1	1.5	24	35.3	3	4.4
Y.Doç.(n:48)	27	56.3	1	2.1	17	35.4	3	6.3
Ar.Gör.(n:277)	147	53.1	8	2.9	90	32.5	32	11.6
Öğr.gör. (n:16)	11	68.8	1	6.3	3	18.8	1	6.3
Uzm/okut(n:13)	6	46.2	0	0.0	7	53.8	0	0.0

Beslenme bilgilerine erişim kaynakları açısından bakıldığında ise doktordan alınan bilginin ortoreksiyayı etkilemede önemli bir etken olduğu ($p<0.05$), diğer değişkenlerin ise (kitle iletişim araçları, kitap-bilimsel yayın, diyetisyen, sağlık kulüpleri, çevre veya diğer etmenler) herhangi önemli bir farklılık yaratmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.27).

Tablo 4.27. ORTO puanı kesim noktasının (25.yüzelik) beslenme bilgilerine erişim kaynaklarına göre dağılımları.

Beslenme Bilgilerine Erişim Kaynakları	ORTO (puan)			
	≤ 33		> 34	
	n	%	n	%
Kitle iletişim araçları (gazete, dergi, TV, internet vb.)				
Evet	189	26.0	538	74.0
Hayır	76	26.3	213	73.7
Toplam	265	26.1	751	73.9
$\chi^2=0.010, p=0.922$				
Kitaplar, bilimsel yayın vb.				
Evet	131	26.4	365	73.6
Hayır	134	25.8	386	74.2
Toplam	265	26.1	751	73.9
$\chi^2=0.054, p=0.816$				
Diyetisyen				
Evet	67	28.0	172	72.0
Hayır	198	25.5	579	74.5
Toplam	265	26.1	751	73.9
$\chi^2=0.617, p=0.432$				
Doktor				
Evet	78	35.1	144	64.9
Hayır	187	23.6	607	76.4
Toplam	265	26.1	751	73.9
$\chi^2=12.074, p=0.001$				
Sağlık kulüpleri (zayıflama merkezleri vb.)				
Evet	17	36.2	30	63.8
Hayır	248	25.6	721	74.4
Toplam	265	26.1	751	73.9
$\chi^2=2.601, p=0.107$				
Çevre (arkadaş, aile..)				
Evet	127	25.3	375	74.7
Hayır	138	26.8	376	73.2
Toplam	265	26.1	751	73.9
$\chi^2=0.316, p=0.574$				
Diğer				
Evet	37	27.4	98	72.6
Hayır	228	25.9	652	74.1
Toplam	265	26.1	750	73.9
$\chi^2=0.136, p=0.712$				

4.6. Ölçeğin Korelasyon ve Regresyon Analizlerine İlişkin Bulgular

Korelasyon Analizleri

Tablo 4.28’de ortorektik belirtiler gösteren bireylerde; obsesif-kompulsif belirtiler, yeme bozukluğu belirtileri, yaş, BKİ ve toplam eğitim süresi arasındaki korelasyona bakılmıştır. ORTO-15 ölçeğinden alınan puanlar azaldıkça bozukluğa olan yatkınlık arttığından korelasyon katsayıları eksi olmasına karşın pozitif olarak yorumlanmış ve değerlendirilmeler bu esasa göre alınmıştır. Buna göre obsesyon-kompulsiyon belirtileri olan bireylerin ortorektik belirtiler göstermeleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuş ve pozitif bir korelasyon göstermiştir ($r=0.122$, $p=0.04$). OKB arttıkça ortoreksiya belirtilerinde artış bulunmuştur. Obsesyon-kompulsiyon belirtileri olan bireylerin YTT puanları, yaş ve TES arasındaki ilişki negatif yönde ve önemli bulunmuştur ($r=-0.069$, $r=-0.137$, $r=-0.310$; $p=0.028$, $p=0.000$, $p=0.000$). OKB belirtisi gösteren bireylerin yeme bozukluğu belirtileri, yaşları ve toplam eğitim süreleri düşük bulunmuş ancak bu ilişkiler genelde zayıf ilişkiler olarak değerlendirilmiştir. YTT puanıyla ORTO puanı arasındaki ilişki ise diğerlerine göre biraz daha güçlü ve pozitif bir ilişki olarak bulunmuştur ($r=-0.069$, $p=0.000$). Yeme bozukluğu belirtileri artış gösterdikçe ortorektik belirtilerin arttığı bulunmuştur. Ortoreksiya, istatistiksel olarak yaşla önemli, pozitif yönde bir korelasyon göstermiştir. Yaş arttıkça ortoreksiyaya olan eğilim önemli ölçüde artmaktadır ($r=-0.096$, $p=0.002$). BKİ’nin ortorektik belirtilere olan etkisi önemli bulunmazken aralarındaki ilişki de son derece zayıf ancak pozitif yönde bulunmuştur ($r=-0.057$, $p=0.072$). BKİ arttıkça ortorektik eğilimler artmaktadır. TES’nin ortorektik belirtilere olan etkisi ters yönde değerlendirilirken aralarındaki ilişki son derece zayıf olmasına karşın önemli bulunmuştur ($r=0.136$, $p=0.000$). TES arttıkça ortorektik eğilimlerden uzaklaşmaktadır. Bu eğitim düzeyi azaldıkça ortoreksiyaya yaklaşıldığını göstermektedir. YTT’nin yaş, BKİ ve TES ile ilişkisi negatif yönde ve zayıf bulunurken BKİ ve TES istatistiksel açıdan önemli, ancak yaş önemsiz bulunmuştur ($r=-0.087$, $r=-0.135$, $r=-0.022$; $p=0.005$, $p=0.000$, $p=0.490$). Yaş; BKİ ve TES ile istatistiki önemlilik gösterirken her iki değişkenle arasındaki ilişki pozitif ancak zayıf bulunmuştur ($r=0.405$, $r=0.201$; $p=0.000$, $p=0.000$). BKİ’nin TES’ne

olan etkisi önemli bulunmazken aralarındaki ilişki negatif yönde ve zayıf çıkmıştır ($r=-0.038$, $p=0.226$).

Özetle ortoreksiya belirtileri; yeme bozukluğu belirtileri, yaş ve BKİ ile paralel yönde seyrederken toplam eğitim süresi ile de zıt yönde eğilimler göstermiştir.

Tablo 4.28. Bireylerin; obsesyon-kompülsiyon, ortoreksiya, yeme bozukluğu, yaş, BKİ ve toplam eğitim süresi değerleri arasındaki korelasyon (Pearson korelasyon).

Değişkenler		MOCI	ORTO	YTT	Yaş (yıl)	BKİ	TES (yıl)
MOCI	r	1					
	P	.					
	n	1016					
ORTO	r	-0.122*	1				
	P	0.000	.				
	n	1016	1016				
YTT	r	-0.069*	-0.069*	1			
	P	0.028	0.029	.			
	n	1016	1016	1016			
Yaş (yıl)	r	-0.137*	-0.096*	-0.022	1		
	P	0.000	0.002	0.490	.		
	n	1015	1015	1015	1015		
BKİ	r	-0.037	-0.057	-0.087*	0.405*	1	
	P	0.234	0.072	0.005	0.000	.	
	n	1009	1009	1009	1008	1009	
TES (yıl)	r	-0.310*	0.136*	-0.135	0.201*	-0.038	1
	P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.226	.
	n	1014	1014	1014	1013	1007	1014

* $p<0.05$, TES=Toplam eğitim süresi

Regresyon Analizleri

ORTO değerlerini yordamak için regresyon analizinde MOCI, YTT, toplam eğitim süresi, yaş, MOCI puanı ve BKİ değişkenleri modele katılmıştır (Tablo 29). Ortoreksiyayı yordamak için kullanılan adımsal modelde yaş, TES, MOCI, ve YTT

değişkenlerinin etkisinin istatistiksel olarak önemli olduğu ve modelde kaldığı bulunmuştur ($p=0.000$). BKİ değişkeni istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır.

Bu değişkenlerin ortoreksiyaya olan yatkınlığı yeterli bir şekilde açıklamaması nedeniyle önemli bir doğrusal model kurulamamıştır. Toplam eğitim süresi, yaş, MOCI ve YTT puanı için $R^2=0.166$ 'dır. Bu değişkenlerin ortoreksiyadaki değişimin ancak % 16'sını (0.166) açıklayabildiği, kalan % 84'ünün ise açıklayamadığı görülmüştür. Bu da R'lerden dolayı ortoreksiyayı tam anlamıyla yordayan bir model elde edemediğimizi göstermektedir. Bu değişkenleri etkileyebilecek başka etmenlerin de etkisi olduğu düşünülmektedir.

Bu modeller her ne kadar ORTO'daki değişimi yeterli düzeyde açıklamasa da modellerde önemli olarak yer alan yaş ve MOCI puanı değişkenlerinin ortoreksiya belirtilerini vermesi açısından pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur. Yani kişilerin yaşları ilerledikçe ortoreksiyaya olan yatkınlıkları artmaktadır. Yine MOCI puanı arttıkça ortoreksiya belirtilerinin arttığı bulunmuştur.

ORTO değişkeni ile yaş, OKB, YTT ve BKİ doğru orantılı olarak gözükmektedir. Yani ORTO eğilimi arttıkça diğer yeme bozukluklarına olan eğilim artmakta, yaş ilerledikçe ve BKİ'de artış görüldükçe ortoreksiya belirtileri artış göstermektedir. Toplam eğitim süresinde artış görüldükçe ortoreksiyaya olan yatkınlığın azaldığı bulunmuştur.

Bu çalışmadan elde edilen model:

$$\text{ORTO} = 2.881 - 0.019 \times \text{YAŞ} + 0.022 \times \text{TES} + 0.014 \times \text{MOCI} - 0.004 \times \text{YTT}$$

'dir.

Tablo 4.29. ORTO'yu etkileyen faktörlerin regresyon analizi bulguları.

Değişken	B	Yordamanın Standart hatası	Beta	t	P
Sabit	2.881	0.160		17.975	0.000
Yaş	-0.019	0.002	-0.339	-11.470	0.000
TES	0.022	0.003	0.223	7.149	0.000
MOCI	0.014	0.003	0.158	5.165	0.000
(OKB)	-0.004	0.001	-0.084	-2.847	0.005
YTT					
R: 0.407	R²=0.166				

TES= Toplam eğitim süresi, F=49.664, p=0.000

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, bir önceki bölümde özetlenen araştırma bulguları, ulaşılan yayının kuramsal ve uygulama bulguları göz önünde bulundurularak tartışılıp yorumlanmıştır. Araştırmanın temel konusu olan ortoreksiya sıklığının saptanmasında tüm verilere ilişkin bulgular tartışılıp yorumlanmıştır.

Buna göre ilk olarak ORTO-15 ölçeğinin Türkçe formunun geçerliği ve güvenilirliğine ilişkin bulguların tartışılmasına yer verilmiştir. Daha sonra araştırmanın temel konusu olan ortoreksiyanın Hacettepe Üniversitesi çalışanlarında incelenmesi, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, geçirilen herhangi bir hastalık, meslek ve diğer etmenlerin ortorektik belirtilere etkisi, tüm grubun verileri dikkate alınarak tartışılmıştır. Bunu, OKB ile ortoreksiya puanları ilişkisi ve diğer değişkenlerin ortoreksiya puanlarına etkisine ilişkin bulguların tartışılması izlemiştir.

Son olarak da, araştırmada Kişisel Bilgi Formu (EK 2) ile elde edilen bilgilerin beslenme alışkanlıklarını etkileme durumları, ortoreksiya ve OKB ile YTT'yi yordamada nasıl bir katkıda bulduklarına ilişkin bulguların tartışılmasına yer verilmiştir.

Ortoreksiya nervoza (ON), sağlıklı yiyeceklere karşı duyulan aşırı zihinsel uğraşmayı tanımlayan yeme bozukluğudur (1, 2, 4-6). Bratman'a göre, uygun yemek yeme ile ilgili patolojik bir saplantıdır ve amaç sağlığı korumak ve geliştirmektir.

Ortoreksiya terimini ilk ortaya çıkaran "Health-Food Junkies" kitabının yazarı Bratman (2) zararlı sayılan geniş besin sınıflarını dışlayan vegan veya makrobiyotik gibi beslenme tipleri sıkça izleniyorsa ve besinlerle ilgili obsesyon aşırı düzeye ulaşıyorsa, ortoreksiya ile sonuç verebileceğini bildirmektedir (1). Bratman'a (2) göre bu beslenme tipini seçenler, sağlıkları için aşırı bir korku yaşamaları nedeni ile değil, yaşayan diğer varlıklara saygı duymaları nedeniyledir. Et veya balık yemeyen (ancak diyetine süt, yumurta ve diğer hayvan ürünlerini katan) vejeteryanlar için ise aynı şey söylenememektedir.

Yeme davranışı bozuklukları ve sağlıksız yeme alışkanlıkları, örneğin aşırı enerji sınırlı diyetler, aşırı yeme, zararlı olan ve ağırlığı denetim altına almaya çalışan davranışlar (örn. kusma, aşırı laksatif kullanımı), özellikle genç kızlar

arasında önemli halk sağlığı sorunlarıdır. Bu alışkanlıklar genellikle aile, akranlar, okul ve medya tarafından etkilenmektedir (63).

Sağlıklı beslenme isteği kendi içinde bir bozukluk değildir, ancak belirli besinlere karşı obsesyon, denge kaybı ve ölçülü olmada oluşan dengesizlikle birlikte bu beslenme alışkanlığından dolayı yaşamdan kendini çekme, ortoreksiyaya yol açabilmektedir. Sıklıkla çok derin ve çekici görünen bir inancın arkasında saklanan ortoreksiyanın nedenleri, patolojik riskler olmaksızın, genel sağlığın aldatıcı görünümünde yatabilmektedir (2). Kişinin kendi hayatını tamamiyle kontrol altına alma isteği, belirti vermeyen bir rahatlık (“sağlıklı beslenme”, sosyal ve kültürel olarak kabul görmüş, güzellikle ilgili terimlerin -buna inandıklarını itiraf etmeden- peşinden gitmek için geliştirilen bir sav olabilir), yeme davranışında kimlik ve ruhanilik arayışı, birinin beslenme ile ilgili bildiği teorinin en iyi teori olduğuna inanması (sosyal izolasyon) nedenler arasında bulunabilmektedir.

Ortorektikler zamanlarının büyük bir bölümünü yiyecekleri düşünme, alış veriş yapma, hazırlama ve sağlıklı olarak varsayılan besinleri tüketme ile geçirebilmektedirler. Birey kendi yeme davranışının mümkün olabilecek tek davranış şekli olduğunu ve diğer insanlara göre yeme davranışıyla ilgili yaşam biçiminin en üst düzeyde olduğunu hissetmektedir (2).

Ortorektik olguların besinlerle takıntı düzeyinde bir bağlantı kurmalarına neden olan gerçekler, “sağlıklı” besinleri aramaya yönelik saldırgan bir araştırma başlatılmasına neden olmaktadır. Bratman’ın analizleri (1), diğer yazarlar tarafından da desteklenmiş (2), ortoreksiyanın malnütrisyon gibi olası sonuçlarının besin öğeleri eksikliklerinden kaynaklandığı, önceliklerin bozulduğu (ortorektik olgular, yaşantının önemlilik ölçülerin göre besinlere öncelikli bir önem vermekteler), sosyal izolasyon (ortorektik olgular aynı yeme alışkanlıklarını geriye kalan sosyal grupla paylaşmazlar), obsesyonel alışkanlıklar ve ortorektik olguların yaşam biçimleriyle bağlantılı yan etkiler (nereye gidilirse gidilsin yiyecekleri yanlarında taşıma, sıkı bir diyeti izleme gereksinimi, tüm yiyecekleri tartma gereksinimi, yenilen her şeyi hesaplama gereksinimi vs.), “mükemmellik” etmeni tarafından diğer yeme davranışı patolojilerinde de açık olan özel sorunlardır (1, 2).

5.1. ORTO-15 Ortoreksiya Ölçeğinin Geçerliliği ve Güvenirliğinin Tartışılması

Bulgular bölümünde aktarıldığı gibi ORTO-15'in iç tutarlık katsayısının 0.44 olduğu bulunmuştur. Buna göre, ORTO'nun bir örneklem üzerinden elde edilen güvenilirlik katsayısının beklenen aralıkta çıkmadığı görülmüştür.

Araştırmada ayrıca ORTO'nun faktör yapısı incelenmiştir. Uygulanan analizlerle üç faktör ortaya çıkmıştır. Bu faktörler toplam varyansın % 41.2'sini açıklamıştır (Tablo 4.2).

ORTO'nun faktör çözümlenmesi sonrası faktörün örüntüsü (Tablo 4.2, 4.3) değerlendirilerek adlandırılmıştır. Elde edilen bu faktörler: 1- Sağlıklı beslenmeye ilgili endişeler [1,3,4,10,11,12,13], 2- Besin seçimi ve yeme tutumu ve davranışları [2,5,8,9], 3- Besin seçimi ve değeri'dir [6,7,14,15].

Orijinal çalışmada ise maddeler "kognitif-rasyonel alanı" [1, 5, 6, 11, 12, 14], bir bölümü "klinik alanı" [3, 7, 8, 9, 15], diğer kısmı da [2, 4, 10, 13] "duygusal alanı" incelemektedir ve faktör yükleri ile iç tutarlılık katsayıları çalışmada belirtilmemiştir (57).

İtalya'da yapılan bu çalışmanın sonucuna göre obsesif bozuklukları belirlemede ORTO-15 kısıtlı bir test olduğundan bu teste obsesif-kompulsif davranışlarla ilgili değerlendirmelerin yapılabileceği soruların eklenmesi ve Anglo-sakson'larda ileri bir çalışmanın yapılması önerilmektedir (57).

Buna göre ORTO-15'in geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının yapıldığı örneklemin, ölçeğin orijinalinde belirtilen örneklem ile birtakım farklı yapılarda olduğu bulunmuştur. Orijinali İtalyan olan ölçeğin yayın yapmak üzere İngiltere'ye çevrilmesi aşamasında anlam hatalarının yapılmış olabileceği ve bu nedenle iç tutarlık katsayısının düşük çıkmış olabileceği düşünülmektedir.

5.2. Ortoreksiya Belirtilerinin Saptanması ve ORTO-15 Testi

Ortoreksiya tanısının konulabilmesi için geçerliği saptanmış ölçütler henüz mevcut değildir. Tanı için bu sorunu karakterize edeceği düşünülen iki araç (Maudsley Obsesif-Kompulsif Bozukluk soru listesi ve Yeme Tutum Testi) uygulamaya alınmıştır.

Daha önce de belirtildiği gibi ON'in diagnostik kriterleri henüz çok iyi tanımlanmamıştır. Bu bozukluğu tanımlamak için İtalya'da yapılan ilk tarafsız

değerlendirme, OKB ve değişmiş yeme davranışı olan bireylerin uygulanmaya alınması bu sorunu tanımlamak için kullanılan ilk iki elementtir. (1). Ancak “altın standardın olmaması”, durumun kesinlik kazanmasını zorlaştırmaktadır.

İtalya’da yapılan ORTO-15’in orijinal geçerlik çalışmasında, toplam 525 kişi çalışmaya alınıp 404 ve 121 olmak üzere kontrol-hasta ve geçerlik çalışması olmak üzere iki örnekleme randomize edilmiştir. 404 kişi testin ON için yapılandırılması amaçlı, 121 kişi ise validasyon amaçlı kullanılmıştır. Onaltı yaşında olanlar ve altındakiler, besin seçimi konusunda yetersiz otokontrole sahip olmaları nedeniyle çalışmaya alınmamışlardır. ON; yeme, davranış ve obsesif-fobik kişilik özelliği taşıdığından çalışmada MMPI testi (Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri/ Minnesota Multiphasic Personality Inventory) kullanılmıştır (57).

Donini (57) tarafından geliştirilen ORTO-15 testinde < 35, < 40, < 45 olmak üzere 3 farklı kesme noktası bulunmuştur. Bu kesim noktalarının altında ortoreksiya tanısının konulabileceği beklenmektedir. Hem kontrol örnekleminde (duyarlılık % 55.6, özgüllük % 75.8, pozitif belirleme oranı % 20.5, negatif belirleme oranı % 93.8) hem validasyon örnekleminde (duyarlılık % 100.0, özgüllük % 73.6, pozitif tahmin edilirlilik % 17.6, negatif tahmin edilirlilik % 100.0) kesim noktası “40” olarak kabul edilmiştir. Kesim noktası değerleri skalanın ne için kullanılacağı ile ilişkili olarak belirlenebilmektedir. Bu çalışmada olduğu gibi; tanı veya belirti saptamanın amaç olduğu çalışmalarda, yüksek bir özgüllüğe, bazı çalışmalarda da olayı gizlemek amaç olabileceğinden yüksek bir duyarlılığa gereksinim duyulmaktadır (57).

Hacettepe Üniversitesi çalışanlarıyla yapılan çalışmada, hasta grubu olmaması, kontrol grubunun alınamamasına ve ROC eğrisinin çizilememesine neden olmuştur. Dolayısıyla duyarlılık, özgüllük, pozitif tahmin edilirlilik, negatif tahmin edilirlilik belirlenememiştir. Bu durumda araştırmacı tarafından % 25. ve % 75. yüzdelerine bakılarak kesim noktası “33” olarak bulunmuş ve bu kesim noktası ve altında ortorektik belirtilerin gözlenebileceği beklenmiştir (Tablo 4.4, 4.5).

İtalya’da yapılan çalışmada kullanılan ORTO-15 testinin MMPI sınıflamasında olduğu kadar anlamlı değişkenlik göstermediği sonucu çıkmıştır. Bu bağlamda Bratman’in ortoreksiya testinde sorgulanan özellikler, dikkatli ve yönlenmiş bir tüketiciden çok obsesif ve anksiyeteli bir hasta modelini göstermektedir. Ortorektikler, yöntemlerini ve alışkanlığa dönüşmüş davranışlarını,

yeme özelliklerine yoğunlaştırmaktadır. Belki onlar uzun dönemde, ısrarla tekrar eden bir seri biyolojik ve işlenmemiş ürünlerin tüketimi konusundaki tanıtım reklamlarından sonra bu davranışlara yönelmiş olabilir ve bu ürünleri “sağlıklı” ve iyileşmek için çözüm olarak görmüşlerdir (1).

5.3. Ölçeklere İlişkin Tartışmalar

Uygulanan YTT’nde 1.sorudaki “başkaları için yemek pişiririm, ancak pişirdiğim yemeği yemem” sorusuna verilen yanıtlarda çelişkiler yaşanmıştır. “Çocuklarım için ayrı yemek pişiririm, kendime ayrı yemek pişiririm. Bu sağlık veya başka nedenli olabilmektedir. O nedenle pişirdiğim yemekleri yemem” yorumu testte verilebilecek yanıtın amacının dışında olup hedefimize yönelik olmadığından testin puanlandırmasında veya yanıtlar arası korelasyonda yanılgı yaratabilmektedir.

Bazı soruların içeriğinde ise iki yanıt yer almakta ve kişiler hangi sorulara göre yanıt vereceklerini şaşırılmaktadır. Bu nedenle doğabilecek yanılgamaları göz önünde bulundurmak gerekebilir. Örneğin YTT’nin 39. sorusunda “şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım” sorusuna verilmek istenilen yanıt, şekerliye -çok sık-, yağlıya ise -hiçbir zaman- yanıtıdır.

YTT (EK 4) ve ORTO-15’de (EK 5) dereceler arasındaki farkın çok net ayırdedilememesinden dolayı test puanlarında sonuçlar farklılaşabilmektedir. Bazı gruplarda (eğitim düzeyi düşük) ise sıklıkların “evet”e ve “hayır”a nasıl karşılık geldiği, testler dağıtılırken ve içerikte belirtilmiş olmasına karşın net olarak anlaşılabilmiştir. Örneğin “hiçbir zaman”ın hayır, diğerlerinin ise evet olduğunu anlayamayan gruplar söz konusu olabilmiş, bu da verilen yanıtlardaki güvenilirliği etkileyebilmiştir.

Popülasyonun evreni temsil etmemesi ve sadece belirli bir grup için geçerli olması dikkatten kaçmamalıdır.

MOCI (EK 3) testinde iki farklı yoruma neden olan sorularda anlam kargaşası ve verilen yanıtlarda yanılsamalar olabilmektedir. Örneğin, “dürüstlüğe herkesten çok önem veririm”, sorusunda dürüstlük kavramının kime ve neye göre değerlendirileceği sorusu çelişki yarattığından çoğunlukla nasıl yanıt verilmesi gerektiğine karar verilememiştir.

MOCI ölçeğinde 36.sorudaki “Reklamlardaki ampüller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır” maddesi bazı kişiler tarafından anlaşılmadığından cevaplanamamıştır. Onun yerine sayılara takılma veya yerdeki çizgilere basmama gibi bir madde eklenebilir.

Diğer bir sorudaki “çocukken annem de babam da beni sıkılmazlardı” maddesi için, annem için hayır ancak babam için evet gibi yanıt vermek isteyenler, hangisine evet hangisine hayır diyeceklerini şaşırdıklarından, test puanlarını etkilemiş olabilirler. “Aldığım işi yaparken bile kaç kere yaptığımı sayarım” sorusunda “birkaç kere yaparım ancak kaç kere yaptığımı saymam” diyenler de söz konusu olmuştur. Sayma takıntısı olmadan tekrarların yapılabileceği de mümkün olduğundan soru yanıtlanırken çelişki yaşanmıştır.

ORTO-15 testinde 8. sorudaki “sağlıksız olduğunu düşündüğünüz besinleri yediğiniz oluyor mu” ve “Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanlarını tüketmek kendinize olan güveninizi artırır mı” sorularında “sağlıksız besinler” ve “sağlıklı besinler” in sınıflandırılması gerektiği belirtilip, bilerek veya bilmeyerek mi yenildiğinin önemli olup olmadığı sorulmuş ve bu çelişki yaratabilmiştir. Altıncı sorudaki “daha sağlıklı, daha taze besinler satın almak için daha fazla para harcamak ister misiniz?” sorusunda ise para harcanmak istenildiği, ancak ekonomik imkanların mümkün olmadığı belirtilmiştir. Yine 7. sorudaki “beslenme ile ilgili düşünceler sizi günde üç saatten fazla meşgul eder mi?” sorusunda “her zaman”, “sık sık” gibi yanıtların çeliştiği ve cevaplandırmada kararsızlık yaşandığı belirtilmektedir. Son günlerde gündemde olan “kuş gribi” olgusu nedeniyle bu soruya “her zaman” yanıtının verildiği belirtilmiştir. Bu da bir genelleme olarak algılanmamalıdır.

Dörtlü derecelendirmede şıklardaki “bazen” ile “sık sık” arasındaki kesin geçişler kişileri rahatsız etmiş ve oldukları değil olmak istedikleri gibi yanıt vermelerine neden olabilmıştır.

İtalya’da yapılan çalışmada da kişilerin verdikleri cevaplar beklenenin tersi yönde verilmiş ve sorulara ilave yapılması önerilmiştir (57).

5.4. Örneklem Seçimi

Phelps (24) yazısında belirttiği üzere, farklı yıllarda yürüttüğü araştırmaların sonuçlarına göre genellikle beyaz ırktan, orta ve yüksek sosyo-ekonomik sınıf dahil

olmak üzere, yaşları 12-20 arasındaki genç kızların hastalığı olarak tanımlanan yeme bozukluklarının, aslında bu kadar sınırlı bir gruba özgü olmadığı, eğilimin yavaş yavaş siyah ırk, İspanyol kökenliler ve düşük sosyo ekonomik sınıfta da 7-26 yaşlarına kadar yayıldığı saptanmıştır (24).

Bu amaçla Hacettepe Üniversitesi çalışanlarında yapılan çalışmaya başlanırken mümkün olduğunca, sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel düzeylerin örnekleme eşit tutulmasına, herhangi bir uç gruptan örneklem alınmamasına dikkat edilmiştir.

Yapılan araştırma, çalışan kesimleri içerdiğinden genelde 22-66 yaş grubundakiler araştırma kapsamını oluşturmuştur. Araştırmada toplam 1016 gönüllüden oluşan örneklemin % 58.1'i (n:591) kadın; % 41.9'u (n:425) erkektir (Tablo 4.7). Erkeklerin yaş ortalaması ve standart sapması 35.83 ± 3.97 , kadınların ise 35.61 ± 3.67 olarak bulunmuştur. Toplam 404 birey üzerinde çalışılan ORTO-15'in İtalya'da yapılan çalışmasında da bireylerin % 58.1'i kadın, % 41.9'u ise erkektir. Her iki çalışmada kadın ve erkek oranlarının birebir eşit olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmada cinsiyetler arasında ortoreksiya belirtileri açısından herhangi bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.21). Alt faktörler cinsiyet açısından değerlendirildiğinde erkeklerin alt faktörlerden "besin seçimine ve değeri"ne kadınlardan daha çok dikkat ettikleri bulunmuştur (Tablo 4.6).

Bireyler YTT açısından değerlendirildiğinde, bu çalışmada erkeklerin kadınlara göre daha fazla yeme bozukluğu belirtilerine sahip oldukları bulunmuştur (Tablo 4.9). Yeme bozukluklarına kadınlarda erkeklere göre daha sık rastlansa da günümüzde yeme bozuklukları her iki cinsi de tehdit etmekte olan bir dizi hastalıklar bütünüdür (64).

Dünyada erkeklerde yaygın olan "beden kültürü"nü etkili olduğu düşünüldüğünden, estetik görünüm ve sağlık, sağlıklı bir diyetin izleniminde en önemli iki etken olarak bulunmuştur. Erkeklerde bu durum yeni olarak gözlemlendiğinden onlar, beslenme konusunda halkın verdiği mesajlar ve ilgili reklam bombardımanına karşı daha hassas gözükmektedirler (1). Donini ve arkadaşlarının (1) yaptığı çalışmada, beklenenin aksine erkeklerin kadınlara göre fiziksel görünümüne ve yeme alışkanlıklarına daha çok dikkat ettikleri ve erkeklerde ortoreksiya prevelansının önemli düzeyde daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Bu nedenler dolayısıyla

Hacettepe’de yapılan çalışma sonucu cinsiyet farkının olmaması yayımlarla uyumlu olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmaya medeni durum açısından bakıldığında ise % 34.8’i bekar, % 63.2’si evli, % 2’si de boşanmış veya duldur, % 36.5’unun çocuğu bulunmamakta ve % 63.5’inin bir veya birden fazla çocuğu bulunmaktadır (Tablo 4.7). Bu çalışmada bulunan sonuca göre çocuk sayısı arttıkça ortorektik belirtiler de buna bağlı olarak artmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 4.20). Ancak İtalya’da yapılan çalışmaya medeni durum açısından bakıldığında % 60’ı bekar, % 36.7’si evli ve % 3.3’ü ise duldur (1). Yine çocuk sayısına bakıldığında ise % 37.3’ünün çocuğu olduğu ve geriye kalan % 62.7’sinin ise olmadığı bulunmuştur (1). Her iki çalışma, medeni durum açısından birbirleriyle tamamiyle zıt oranlar sergilemektedir.

Bu çalışma BKİ açısından incelendiğinde ise toplam örneklem içinde zayıf sınıfta hiç birey bulunmadığı, kadınların % 9.6’ sının normal kilolular (<18.5-24.9) sınıfta bulunduğu, en çok fazla kilolu (% 68.4) ve I° şişman sınıfta (% 17.1) birey bulunduğu, II° şişman sınıfta ise (% 4.9) az oranda birey bulunduğu ve obez sınıfta hiç birey bulunmadığı görülmüştür. Erkeklerde ise en büyük çoğunluğun (% 90.5) fazla kilolu ve I° şişmanlar arasında, geriye kalan sayının ise (% 8.8) II° şişman birey arasında olduğu yapılan çalışma sonucu bulunmuştur (Tablo 4.11). Toplam sayıda 422 erkeğin BKİ değeri 25.6 ± 3.21 ortalama ve standart sapmayla kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.12). Yapılan çalışmada BKİ’nin ortoreksiyayı ve OKB’u etkilemede istatistiksel açıdan önemsiz olduğu, ancak YTT puanlarının BKİ ile önemli ölçüde ilişkili olduğu bulunmuştur (Tablo 4.13).

İtalya’da yapılan çalışma BKİ açısından karşılaştırıldığında en çok normal sınıfta (% 72.2) birey bulunduğu, bunu sırasıyla fazla kilolu (% 22.8), zayıf (% 2.6), I° şişman (% 1.8) ve II° şişman (% 0.6) bireylerin izlediği bulunmuştur (1). BKİ açısından bu çalışmada cinsiyete göre değerlendirme yapılmamıştır.

Yine Hacettepe Üniversitesi sağlık merkezleri tarafından yürütülen bir çalışmaya göre 40 yaşın üzerinde olan, akademik ve idari personel kadrosunda çalışan 640 kadının BKİ’nin 19 ve altında % 8.9 (n:30) oranında, 20-24 arasında % 81.5 (n:272), 25-29 arasında %78.8 (n:242) ve 30’un üzerinde de % 30.9 (n:96) oranlarında olduğu bulunmuştur. 457 erkekte ise BKİ değerleri 19 ve altında olanlar

için % 5.1 (n:12), 20-24 arasında % 71.5 (n: 286), 25-29 arasında % 89.7 (n:116), 30'un üzerinde de % 33.7 (n:76) oranında bulunmuştur (65).

Hacettepe Üniversitesi'nde ve İtalya'da yapılan çalışmada örneklemin gönüllülerden olması birtakım sıkıntılar doğurmuştur. Örneğin BKİ açısından değerlendirildiğinde İtalya'daki olgu seçimlerinde çalışmaya katılan gönüllüler nispeten zayıf buldukları için birtakım önyargılar yaşanmıştır. Düşük kilolular sırasıyla % 2.6 ve % 1.8, normal kilolular % 72.2 ve % 73.6, aşırı kilolular % 22.8 ve % 20.0, obezler ise % 2.4 ve % 4.6 olarak bulunmuştur. İtalya'ya göre bu veriler, 1999 yılında ISTAT (Ulusal İtalyan araştırma grubu) tarafından elde edilen soru kağıtları sonuçlarıyla uyum sağlamamakta ve bu datalara göre, 18 yaşın üstündeki olguların % 3.6'sı düşük kilolu, % 53.8'i normal, % 33.4'ü aşırı ve % 9.1'i obez sınıflamasına girmektedir (1, 57).

BKİ'nin ORTO puanlarına etkisi önemli bulunmazken aralarındaki ilişki son derece zayıf, istatistiksel olarak önemsiz ancak pozitif yönde bulunmuştur ($r=-0.057$, $p=0.072$). Bu çalışmaya göre BKİ arttıkça ortorektik eğilimlerin arttığı bulunmuştur (Tablo 4.28).

Yeme bozukluklarının sağlık açısından önemli hastalıklar olduğundan daha önce bahsedilmiştir. Bu etkenlerin içersinde duygusal bozukluklar, kişilik bozuklukları, aile baskıları, genetik veya biyolojik yatkınlıklar, fiziksel veya cinsel tacizler, bol yiyecek tüketimine yatkın toplum kültürleri ve zayıflık obsesyonu yer almaktadır (19, 21). Ancak Ortoreksiya hastalarının Bratman'a (2) göre amacı zayıf olmak değildir. ON'li hastalar kendilerini şişman hissetmemekte, diyet mükemmel olursa herşeyin iyi olacağı gibi bir zihinsel uğraşı yaşamaktadırlar. Bu nedenden dolayı tanımlandığı gibi BKİ, bozukluğa olan yatkınlıkla ilişkili çıkmamış olabilmektedir.

İtalyada, gönüllüler üzerinde yürütülen çalışmada, yüksek eğitim düzeyinde olan evlenmemiş bireylerin, ortalama popülasyona göre daha yüksek bir yüzdelik içinde oldukları belirtilmektedir. Yapılan çalışmaya göre medeni durum, ailedeki çocuk sayısı, meslek ve tercih edilen beslenme bilgilerinin kaynağı, ortorektik olgularla MMPI testinin uygulandığı olgular arasında herhangi bir önemlilik göstermemiştir ($p>0.05$). Vitamin-mineral desteği alan veya herhangi bir diyet uygulayanların yüzdesi her iki olgu grubunda eşit olarak bulunmuştur ($p>0.05$).

Örneklemin gönüllülerden alınması ve seçim yöntemindeki eksiklikler, sonuçların tüm popülasyona mal edilmesinde yetersizlik olduğunu belirtmekte ve ileri bir çalışmanın yapılmasını gerekli kılmaktadır (1, 57). Bu, soru kağıtları sonuçlarının daha güvenilir olduğunu gösterebilmekte, ancak daha önce de belirtildiği gibi olguya daha farklı bir bakış açısı getirmektedir.

5.5. Ortoreksiya Sıklığı

Şuanda İtalya veya başka bir ülkede ortoreksiya prevalansı için herhangi bir veri yoktur (1). Buna karşın Bratman (1) kitabında, özellikle ABD halkı için acil durum sinyali vermektedir. Diğer araştırmacılar Bratman'ın yarattığı bu durumu tereddütle karşılamakta ve bu olgunun bu denli büyük alarm verecek şekilde ciddi olmadığını belirtmektedir.

Bu farklı görüşler, sorunun sıklığının saptanması için çalışmanın yapılmasına neden olmuştur. İtalya'daki çalışmadan çıkan ortoreksiya prevalansı daha önce belirtildiği gibi sadece % 6.9 (28) bulunmuş ve bu epidemik tüm toplumlara henüz mal edilecek bir durum ile karşı karşıya kalınmadığını göstermiştir (1).

Hacettepe Üniversitesinde Bosi ve arkadaşları (61) tarafından yürütülen çalışmada da araştırmaya katılanların % 45.5'i ORTO-15 testine göre aşırı duyarlı tutum sergilemişlerdir. Bosi ve arkadaşlarının (61) H.Ü.Tıp Fakültesi'ndeki araştırma görevlileri üzerinde yaptıkları çalışmada Donini'nin (57) çalışmada bulduğu kesim noktasını dikkate almışlardır. Bu araştırmaya katılanların % 45.5'i ORTO-15 testinde 40'ın altında puan almış olup, yeme alışkanlıkları konusunda aşırı duyarlı tutum göstermişlerdir. Bu çalışmaya göre de toplumu temsil edebilecek daha ileri çalışmalara gereksinim duyulduğu belirtilmiştir.

Hacettepe Üniversitesi'nde yapılan çalışmaya göre kesim noktası "33" puan olarak alındığında 158'i kadın ve 107'si erkek olmak üzere toplam 265 kişinin (% 26.1) ortorektik belirti gösterdiği bulunmuştur (Tablo 4.21).

5.6. Ortorektiklerin Özellikleri

Donini ve arkadaşlarının (1) yaptıkları çalışmada ortorektik belirti gösterenlerin düşük eğitimli oldukları bulunmuştur.

Beslenme ile ilgili bilgilere erişilen kaynaklar konusunda, ortorektik belirti gösterenlerle göstermeyenler arasında herhangi bir farklılığa rastlanmamıştır (1). Bu sonuç, ortorektiklerin kendilerini ve yeme davranışlarının doğru olup olmadığını sorgulamamalarından kaynaklanmaktadır. Çünkü bu insanlar davranışsal patolojiyle o kadar karmaşa içindedirler ki, bu konuda kritik yapma kapasiteleri azalmaktadır. Kişilerin kendileriyle ilgili duyguları (emotivite) ve obsesyon, kişilerin yaptıklarının nedenini sorgulamaktan daha üstün bir duygu olduğu için, kaliteli ve güvenilir kaynaklardan elde edilecek doğru bilgiler etkilenecek baskı altında kalmaktadır (1).

Ortoreksiya eğilimi olan grupların eğitim durumlarına göre (Tablo 4.16) gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu çalışmada eğitim düzeyi azaldıkça ortorektik belirtilerin artış gösterdiği bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.16). Beslenme ile ilgili erişilen kaynaklardan doktordan alınan bilginin ortorektik belirti göstermede etkili olabileceği, bunun da sağlıkla ilgili uğraşı gösterdiği düşünülmektedir (Tablo 4.19).

Bu çalışmada yeme bozukluklarına rastlanan bireylerde; yeme bozukluğuna etki eden etmenler araştırılmıştır. Bu etmenler korelasyon ve çok değişkenli regresyon analizi yöntemi ile bulunmuş ancak bu faktörlerden hiçbirisi önemli bir etken olarak bulunmamıştır.

Obsesyon-kompülsiyon belirtileri olan bireylerin ortorektik belirtiler göstermeleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuş ve pozitif bir korelasyon göstermiştir ($r=-0.122$, $p=0.04$). OKB arttıkça ortoreksiya belirtilerinde artış görülmüştür (Tablo 4.28). Prospektif çalışmalar; negatif duygusallık, mükemmellik bilinci, zayıflığa saplanma ve verimsizliğin obsesif-kompülsif kişilik özelliğini etkileyebilecek etmenler olduğunu belirtmektedir (66).

Milos ve arkadaşları (35), yaptıkları bir çalışmada, OKB hastalık ilişkisinin uzun dönem yeme bozukluğu öyküsü ile yüksek oranda anlamlı bir hastalık ilişkisi olduğunu belirtmektedir. Bu çalışma sonucu da daha önce yapılan çalışmaların verdiği sonuçlarda olduğu gibi YB ile OKB arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir.

Rastam ve arkadaşlarının Göteburg Üniversitesi'nde yaptıkları bir çalışmada, 16 yaşındaki AN'li öğrenciler altı yıl süreyle takip edilerek hastalık ilişkisi gösterme durumlarını karşılaştırmak üzere iki gruba bölünmüşlerdir. Çalışma

sonucunda AN'li olguların çoğunluğunda AN'den BN'e geçiş olduğu ve olguların yüksek çoğunlukla OKB sergiledikleri rapor edilmiştir (67).

Bratman (61) ve Miller (39) de izledikleri olgularında yeme bozuklukları arasında geçişlerin olabileceğini rapor etmektedir.

Cornell Üniversitesi'nde yapılan bir araştırmaya göre tüm anksiyete bozuklukları için anoreksiya nervozadaki majör depresyonun yaşamboyu prevalansı % 70 olarak bildirilmektedir. Obsesif kompulsif bozukluğun % 18 ile % 26 arasında görüldüğü anoreksiya nervozalılarda, tüm anksiyete bozukluklarının yaşam boyu görülme prevalansı % 41 ile % 65 arasında değişiklik göstermektedir (68).

Serpell ve arkadaşlarının (37) bir derleme yazılarında belirttikleri kadarıyla AN ile OKB ve AN ile OKKB (Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu) arasındaki ilişkiler son yıllarda ciddi bir tartışma konusu olmuştur. Yayım taramalarında da sonuçlanıp hemfikir olduğu üzere OKB ile AN arasında net bir ilişki olduğu açıklıkla kanıtlanmıştır. Hastalık ilişkisi ve yaşam süresi prevalans çalışmaları, tatmin edici sayıda AN'li bireylerin tedavi esnasında aynı zamanda obsesif-kompulsif özellikler gösterdiklerini ve bu bireylerin yüksek çoğunluğunun yaşamları süresince OKB kriteriyle karşılanacakları belirtilmektedir.

YTT puanıyla ORTO puanı arasındaki ilişki pozitif ve istatistiksel olarak önemli bir ilişki olarak bulunmuştur ($r=-0.069$, $p=0.000$). Yeme bozukluğuna olan eğilim artış gösterdikçe ortorektik belirtilere olan eğilimin de arttığı bulunmuştur.

Ortoreksiya, istatistiksel olarak yaşla önemli ve pozitif yönde bir korelasyon göstermiştir. Yaş arttıkça ortoreksiya eğiliminde artış bulunmuştur ($r=-0.096$, $p=0.002$). Bunun, yaş ilerledikçe oluşabilecek sağlık sorunlarından dolayı oluşabilecek endişeleri de içerebileceği düşünülmektedir.

TES'nin ortorektik belirtilerle olan ilişkisi son derece zayıf olmasına karşın önemli bulunmuştur ($r=0.136$, $p=0.000$). TES arttıkça ortorektik eğilimlerden uzaklaşmaktadır. Bu sonuç, eğitim düzeyi azaldıkça ortoreksiyaya yaklaşıldığını göstermektedir.

Ortoreksiya belirtileri; yeme bozukluğu belirtileri, yaş ve BKİ arttıkça artış göstermekte, ancak toplam eğitim süresi azaldıkça Ortoreksiya eğilimine yaklaşılmaktadır. Eğitim düzeyi yüksek olanlarda belirti görülmemektedir.

Ortoreksiyayı yordamak için kullanılan adımsal modelde ise yaş, TES, MOCI, ve YTT değişkenlerinin etkisinin istatistiksel olarak önemli olduğu ve modelde kaldığı bulunmuştur ($p=0.000$). BKİ değişkeni ise istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır.

5.7. Ortorektiklerin İnançları ve Emotiveleri

Donini (1)'nin çalışmasında, bilginin kalitesini tanımlayan, olguların inanç ve davranışlarının belirli bir objeye mal edilebileceği sonucu ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada değer verilen obje besinlerdir ve gerçekte bunlar tüketici ile pazar (örneğin bu ortorektiklerde besinlere verilen biyolojik değer olabilir) arasındaki ilişkiyi belirlemekte ve diğer besinlere göre tercihen belirli besinleri tüketmeye şartlanmalarını sağlamaktadır. Besinlerle ilgili ürün özelliklerine verilen “değer” (konserve, biyolojik, tam buğday vs.), düşünce ve davranışlarla ilgili sonuçlar analiz edilerek değerlendirilmeye çalışılmıştır. Bu çalışmada öngörüldüğü gibi, ortorektikler özellikle yeme davranışı bozukluklarıyla ilgili nedenlerden dolayı, yiyeceklere karşı özel “duygular” verme eğilimindedirler. Sıklıkla, konserve ürünleri tanımlamak için “tehlikeli”, endüstriyel ürünler için “suni” ve biyolojik ürünler için “sağlıklı” sıfatlarını kullanmaktadırlar. Beklenenin aksine ortorektikler “taze” ürünleri, “tazelik” ten çok “kontrol edilmiş” kavramına daha uygun bulmakta ve nadiren “gerçek” olarak sınıflandırmaktadırlar (1).

Ortorektik olgularda besinlere yönelik geliştirilen duyguları nasıl ayırdettiklerini tanımlayabilmek için İtalya’da yapılan çalışmada EES-11 kullanılmıştır. Çalışmada, ortorektik bireyler, sinirli, heyecanlı, mutlu veya suçlu hissettikleri dönemlerde yiyeceklere karşı güçlü ve kontrol edilemeyen bir istek duymuşlardır. Suçluluk duygusu ortorektik olguların “sadece güvenilir olarak niteledikleri değil, herhangi bir besine yönelik seçim” yapmalarına yönelik obsesif bir kontrol kaybıyla sonuç bulmaktadır (1).

Hastalık tanısı konulmuş olanların, kronik hastalığı olma durumları veya diyet tedavisi gerektirme durumları farklılık göstermektedir. Ancak bu kişilerde ortoreksiya eğilimleri açısından zaten anlamlı bir fark olmadığı belirtilmektedir.

Düzenli bir diyet tedavisi uygulayanlar, hastalık, zayıflama veya gebelik dolayısıyla da diyet uyguluyabilmektedirler. Bu nedenler de kişilerin yanıtlarında

çelişkiler yaratabilmektedir. Yani bozukluk belirtileri görülmemesine karşın, o anki durumundan dolayı bireyin diyetine çok dikkat ediyor olması ve testlerde diğer sorulara istenildiği gibi yanıt verememe, yanıtların çelişkili çıkmasına neden olabilmektedir.

Bireylerin yeterli-dengeli ve doğru beslenme konusunda bilgilendirilmeleri son derece önem taşımaktadır. Bazı bilgi edinme kaynaklarının yanlış sonuçlar yaratabileceği ve beslenme alışkanlıklarını olumsuz yönde etkileyebileceği sonucu çıkmıştır.

Bu çalışma, çalışanlara uygulandığından klinik örnekleme genellenmesi çalışmaya bazı kısıtlamalar getirebilmektedir.

İleride çalışma sayıları arttıkça ölçek standardizasyonu yapılabilecektir.

SONUÇLAR

Bu çalışmada, ortorektikler için özel olarak geliştirilmiş bir ölçek olan ORTO-15'in Türkçe uyarlamasına ilişkin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış; aynı zamanda bu yeni aracın OKB ve YTT ile ilişkisi incelenerek beslenme alışkanlıklarına etki eden etmenler değerlendirilmiştir.

1. ORTO-15 ölçeğinin geçerliğinin iç tutarlılık katsayısı 0.44 olarak bulunduğundan ölçeğin güvenilir bir araç olarak kabul edilebilmesi için yeniden gözden geçirilmesi ve gerekli düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.
2. Üç faktör bulunmuştur: (1) Sağlıklı beslenmeyle ilgili endişeler, (2) Besin seçimi ve yeme tutumu ve davranışları, (3) Besin seçimi ve değeri'dir.
3. Birinci alt ölçek varyansın % 21.243'ünü, ikinci alt ölçek % 10.576'sını ve üçüncü alt ölçek ise % 9.409'unu açıkladığı tespit edilmiştir. Tüm alt ölçekler ise toplam varyansın % 41.228'ini açıklamaktadır.
4. Bu çalışmada % 25'lik değere karşılık:
ORTO'nun kesim noktası ≤ 33 olarak bulunmuştur.
5. Yapılan t testi sonuçlarına göre (Tablo 4.6) alt faktörler değerlendirildiğinde cinsiyet açısından üçüncü alt faktörün daha anlamlı sonuç verdiği bulunmuştur ($p < 0.05$). Ölçeğin genelinde cinsiyetler açısından fark görülüyor iken ($p > 0.05$), üçüncü alt faktörde erkeklerin kadınlara göre puanları daha yüksek bulunmuştur. Altı, yedi, ondört ve onbeşinci soruların yanıtlanmasında erkeklerin besin seçimine ve besinlerin değerine daha çok dikkat ettikleri bulunmuştur.

6. Tüm ölçeklerden alınan genel puan ortalamalarına bakıldığında (Tablo 4.8) genel olarak grubun, yeme bozuklukları (89.3 ± 11.6) ve ortorektik belirtilere (35.7 ± 3.8) eğilimli oldukları ancak genel OKB belirtilerinden (12.3 ± 6.1) daha çok OKB'nin alt faktörleri olan kuşku, kontrol etme, temizlik ve yavaşlığa daha eğilimli olabildikleri bulunmuştur.
7. Bireylerin psikolojik testlerle yeme davranışları değerlendirildiğinde bireylere uygulanan psikolojik testlerden YTT'nin puan ortalamaları erkeklerde 91.71 ± 11.81 (n:425), kadınlarda ise 87.56 ± 11.10 (n:591) olarak bulunmuş ve iki grup ortalaması arasındaki fark istatistiksel önemlilik göstermiştir ($p < 0.05$). Bireylerin YTT puanının önemlilik değerlendirmesinde (≥ 30 puan) bu çalışmada erkeklerin kadınlara göre daha fazla oranda yeme bozukluğu belirtilerine sahip oldukları bulunmuştur.
8. ORTO-15 testini uygulayan bireylerin yaş grubu ortalamaları yapılan khi-kare testi sonucuna göre istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). Yaş ilerledikçe ortorektik eğilimlerin arttığı, OKB eğilimlerinin ise azaldığı bulunmuştur. Yaşın, OKB'ye olan etkilerine MOCI envanteri ile bakıldığında ise yine testi uygulayan grupların yaş dağılımı açısından farklılıklar gösterdiği ve farklılığın 41-66 yaş grubunda olanlar ile tüm yaş grupları arasında olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).
9. Bireylerin kendi açıklamalarına göre oldukları BKİ dağılımlarına cinsiyetler açısından bakıldığında (Tablo 4.11) kadınların erkeklere oranla daha yüksek sayıda normal kilo ve fazla kilolu sınıfta yer aldıkları ve aradaki farkın önemli olduğu ($p < 0.05$), I° ve II° şişman sınıfta ise erkeklerin sayısının kadınlara oranla daha fazla olduğu bulunmuş, bu fark istatistiksel olarak önemlilik göstermiştir ($p < 0.05$). Cinsiyetler açısından sonuçlar değerlendirildiğinde normal ve fazla

kilolu BKİ sınıflamasında kadınlar, I° ve II° şişman sınıfında da erkekler ortorektik belirti eğilimi göstermişlerdir.

10. Erkeklerin % 90.5'inin 25.0-34.9 (fazla kilolu ve I° şişman) arasında, kadınların ise % 68.4'ünün ise 25.0-29.9 (fazla kilolu) BKİ arasında bulunduğu görülmektedir (Tablo 4.11).
11. Çalışmaya katılan erkeklerin BKİ (25.6 ± 3.21), kadınlardan daha yüksek (22.7 ± 3.73) bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.12).
12. BKİ, YTT ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur. Bireyler BKİ sınıflandırmasına göre gruplandırıldığında (Tablo 4.13), zayıf ve III° şişman sınıfında birey bulunmadığı görülmüştür. Farklılığın normal kilodaki bireyler ile sırasıyla fazla kilolu ($p < 0.05$), I° şişman ($p < 0.05$) ve II° şişman ($p < 0.05$) grupları arasında olduğu bulunmuş, diğer gruplar arasında farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$). Normal kilodaki bireylerin yeme bozukluğu belirtileri göstermeleri, diğer gruptakilere göre önemli ölçüde yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).
13. Her iki cinsiyette de OİA'nın üstünde olanların, OİA'nın altında olanlara oranla ortorektik ve diğer yeme bozukluğu belirtilerine daha eğilimli oldukları ve bunun istatistiksel olarak önemli farklılıklar gösterdiği bulunmuştur ($p < 0.05$). OİA'nın altında olan bireylerin ORTO test puanı ortalamaları 36.07 ± 3.52 iken OİA'nun üzerinde olan bireylerin ORTO puanı 35.50 ± 3.89 olarak bulunmuştur.
14. YTT testi puanı ortalamalarının 94.64 ± 10.80 , OİA'nın altında olan bireylerin, üstündekilere oranla 87.21 ± 11.32 ortalamayla daha fazla yeme bozukluğu belirtileri göstermektedirler. MOCI'ye olan yatkınlığın bu değişkenlerle önemli ölçüde bir fark yaratmadığı sonucu bulunmuştur ($p > 0.05$).

15. Eğitim düzeyi azaldıkça ortorektik belirtilerin artış gösterdiği bulunmuştur ($p<0.05$).
16. Kadınlar ve erkekler arasında ortoreksiya belirtileri açısından herhangi bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 17).
17. Herhangi bir diyet tedavisi alan veya almış olanların ortoreksiyaya olan eğilimleri istatistiksel olarak önemli şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Diyet tedavisi alanların ortorektik belirtiler göstermeye daha yatkın oldukları 34.19 ± 4.69 puan ortalaması ve standart sapmasıyla bulunmuştur.
18. Meslek, ORTO ve MOCI testleriyle önemli ölçüde ilişkili bulunmuş ($p<0.05$), YTT testi sonuçlarıyla bireylerin mesleki durumları herhangi bir önemlilik göstermemiştir ($p>0.05$). Öğretim görevlilerinde test puanı 33.31 ± 3.26 ortalama ve standart sapmasıyla en düşük grup olarak bulunmuştur. Bu sonuç yaş ve eğitimle olan ilişkiyi düşündürmektedir. Yaş ortalaması ve toplam eğitim süresi düşükçe ortorektik eğilimler artmaktadır.
19. Beslenme bilgilerine erişim kaynağı olarak, doktor bilgisini tercih edenler arasında, ortoreksiya eğilimleri açısından önemli bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Doktordan bilgi alan bireylerde eğilim fazla bulunmuştur ($p<0.05$). Bu da sağlıkla ilgili uğraşı düşündürmektedir.
20. ORTO-15 puanları açısından medeni duruma göre farklılıklara bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür. İstatistiksel farklılığın bekar ile evli çiftler arasında olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışma evli çiftlerin bekarlara göre daha yüksek oranda ortorektik risk taşıdıklarını göstermektedir.

21. Yapılan araştırmada çocuk sayısı grupları arasında farklılık olduğu bulunmuştur. Bu alışma sonucuna göre çocuk sayısı arttıka ORTO-15 puan ortalamalarında azalma görülmekte, yani eğilim artmaktadır ($p<0.05$).
22. Kişilerin beslenme konusunda bilgilenmenin davranış değişikliklerine etkisi göz önüne alındığında, davranış değişikliği azaldıkça ORTO puan ortalamalarında artış olduğu bulunmuştur. Davranış değişikliğinin çok sık olması, ortorektik belirtilere eğilimin arttığını göstermiştir ($p<0.05$).
23. Araştırmada ortorektik eğilimi düşük ve yüksek olarak uç gruplara ayrılan bireylerin ortoreksiya puanları arasındaki fark incelendiğinde (Tablo 4.21) ortoreksiya belirtileri gösteren grup ile göstermeyen grup arasında cinsiyet açısından herhangi bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).
24. Yaş ilerledikçe test puanlarının azaldığı, yaş azaldıkça ise test puanlarında artış görüldüğü ve ortoreksiyadan uzaklaşıldığı sonucu bulunmuştur ($p<0.05$).
25. Evlilerin bekarlara oranla % 29.5 (n:189) daha çok ortorektik belirti gösterdikleri bulunmuştur ($p<0.05$).
26. ocuk sahibi olmanın ortorektik eğilimleri arttırdığı sonucu bulunmuştur ($p<0.05$).
27. OİA'nın üstünde olan bireylerin ortoreksiyaya daha eğilimli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).
28. Meslek grupları açısından dağılımlara bakıldığında, akademik personel ile idari personel grupları arasında önemli bir fark olduğu

sonucu bulunmuştur ($p<0.05$). İdari personel akademik personel grubuna oranla 60 kişi farkla daha fazla ortorektik eğilim göstermiştir.

29. Beslenme bilgilerine erişim kaynakları açısından bu çalışmaya bakıldığında ise sağlık hizmeti veren meslek mensupları olan doktorlardan alınan beslenme bilgilerinin bireylerde ortoreksiya eğilimi yaratmada önemli olabileceği ($p<0.05$), diğer değişkenlerin ise (kitle iletişim araçları, kitap-bilimsel yayın, diyetisyen, sağlık kulüpleri, çevre veya diğer etmenler) herhangi bir önemli olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Doktordan bilgi alan bireylerde eğilim fazla olması sağlıkla ilgili uğraşı düşündürmektedir.
30. Akademik kadroda eğitim düzeyi arttıkça ortorektik belirtilerde azalma görüldüğü ve eğitim düzeylerindeki bu farkın istatistiki önemlilik gösterdiği bulunmuştur (Tablo 4.25) ($p<0.05$).
31. İdari personel grupları arasındaki (Tablo 4.23) dağılımlara bakıldığında ortorektik belirti gösteren ve göstermeyen gruplar arasında önemli bir fark olmadığı sonucu bulunmuştur ($p>0.05$).
32. Bu çalışmaya göre “33” puan olarak alınan kesim noktasına göre 158’i kadın ve 107’si erkek olmak üzere toplam 265 kişinin (% 26.1) ortorektik belirti gösterdiği bulunmuştur. Yayınlarda ise bu sıklık % 6.9 (28) olarak bulunmuştur.
33. Araştırmada yanıtlanması amaçlanan sorulardan biri OKB ile ORTO puanları arasında bir ilişki olup olmadığıdır. Her iki değişken puanı arasındaki korelasyonlar tüm grup verileri esas alınarak incelenmiştir. Sonuçlara göre OKB puanları ile ORTO puanları arasındaki ilişki istatistiki olarak önemli bulunmuş ve pozitif bir korelasyon göstermiştir ($r=-0.122$, $p<0.05$). Yani ortorektik belirti gösteren bireylerde daha çok ölçüde obsesif-kompulsif belirtiler olduğu rapor

edilmektedir. Bu bulgu yazılı kaynaklarla ifade edilen sonuçlarla paralel yönde çıkmıştır. Yayınlarında AN ve BN'lı hastalarda OKB prevalansının yüksek olduğu ve bu prevalansın yeme bozukluğunun şiddetiyle bağıntılı olabileceği belirtilmektedir.

34. OKB puanları ile YTT puanları arasında negatif yönde ancak önemli bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.069$, $p=0.028$). Yaş ilerledikçe OKB'ye olan yatkınlık giderek azalma göstermektedir. Yayınlarında bu bulguları desteklemeyen çalışmalara da rastlanmaktadır.
35. OKB puanları ile yaş arasında negatif yönde ancak önemli bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.137$, $p=0.028$).
36. OKB puanları ile TES arasında negatif yönde ancak önemli bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.310$, $p=0.028$). Bu ilişkiler genelde zayıf ilişkiler olarak değerlendirilmiştir.
37. YTT puanıyla ORTO puanı arasındaki ilişki pozitif bir ilişki olarak bulunmuştur ($r=-0.069$, $p=0.000$). Test, ters yönde puanlandığı için yeme bozukluğu belirtileri artış gösterdikçe ortorektik belirtilerin de artış gösterdiği bulunmuştur.
38. Ortoreksiya, istatistiksel olarak yaşla önemli, pozitif yönde ve kuvvetli bir korelasyon göstermiştir ($r=-0.096$, $p=0.002$). Yani yaş arttıkça ortorektik belirtiler artış göstermektedir.
39. BKİ'nin ORTO puanlarına etkisi önemli bulunmazken aralarındaki ilişki de son derece zayıf ancak pozitif yönde bulunmuştur ($r=-0.057$, $p=0.072$). BKİ arttıkça ortorektik eğilimler artmaktadır.
40. TES'nin ORTO puanlarına etkisi negatif olarak değerlendirilirken aralarındaki ilişki son derece zayıf olmasına karşın önemli

bulunmuştur ($r=0.136$, $p=0.000$). TES azaldıkça ortorektik eğilimler artmaktadır.

41. YTT'nin yaş, BKİ ve TES ile ilişkisi negatif yönde ve zayıf bulunurken BKİ ve TES istatistiki açıdan önemli, ancak yaş istatistiksel açıdan önemsiz olarak bulunmuştur ($r=-0.087$, $r=-0.135$, $r=-0.022$; $p=0.005$, $p=0.000$, $p=0.490$).

42. Yaş; BKİ ve TES ile istatistiki önemlilik gösterirken her iki değişkenle arasındaki ilişki pozitif ancak zayıf bulunmuştur ($r=0.405$, $r=0.201$, $p=0.000$, $p=0.000$).

43. BKİ'nin TES'ne olan etkisi önemli bulunmazken aralarındaki ilişki negatif yönde ve zayıf çıkmıştır ($r=-0.038$, $p=0.226$).

44. ORTO değerlerini yordamak için regresyon analizinde MOCI, YTT, toplam eğitim süresi, yaş, MOCI puanı ve BKİ değişkenleri modele katılmıştır. Model için BKİ dışında bu değişkenler istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Ortorektik belirtilere yatkınlık ile ilişkilendirilen değişkenler (toplam eğitim süresi, yaş, YTT ve MOCI puanı ve BKİ) ile yapılan bu analizde, değişkenlerin (toplam eğitim süresi, yaş, OKB ve YTT puanı) ortoreksiyaya yatkınlığı yeterli bir şekilde açıklayamaması nedeniyle önemli bir doğrusal model kurulamamıştır.

45. Bu çalışmanın modeli:

$ORTO = 2.881 - 0.019 \times YAŞ + 0.022 \times TES + 0.014 \times MOCI - 0.004 \times YTT$
olarak bulunmuştur.

46. ORTO değişkeniyle yaş ve YTT ters orantılı, toplam eğitim süresi ve MOCI doğru orantılı olarak gözükmektedir. Yani ORTO eğilimi arttıkça diğer yeme bozukluğuna (AN) olan eğilim azalmakta, yaş

ilerledikçe ise ORTO eğilimi artmaktadır. Toplam eğitim süresinde artış görüldükçe ORTO'ya olan yatkınlığın azaldığı bulunmuştur.

ÖNERİLER

1. Elde edilen bulgular, ortoreksiya için genellenmemeli, benzer araştırmanın klinik popülasyonla ve geliştirilmiş bir ORTO testiyle, kontrol grubu alınarak tekrarlanması önem taşımaktadır. Böylelikle ortoreksiya tanısının konmasında yardımcı olacak kesim noktasının bulunması da netleşecektir.
2. Bozukluğun önümüzdeki 10 yılda, belirli bir ortalamanın üstüne çıkması beklenildiğinden, diyetisyenlerin özel olarak eğitim almaları ve kendilerine bu yeni sınıflamadaki insanlara yönelik tedavi planı geliştirmeleri gerekmektedir.
3. Multidisipliner bir çalışma ile tedavi yaklaşımları planlanmalı ve ekibin içerisinde mutlaka primer planda diyetetik profesyonellerinin yani “diyetisyenin” yer alması gerekmektedir.
4. Bize ait bir ölçek geliştirebiliriz. Ancak ölçek geliştirmek son derece uzun zaman alacaktır. Öncelikle “Sağlıksız besin”, “sağlıklı besin” ve “sağlıksız beslenme nedir?” konusunda halkın neyi anladığını kapsayan bir halk araştırması yapıp bu kavramların standartlaştırılması gerekmektedir.
5. Seçilen örneklem daha büyük bir veya birkaç değişik sosyo-kültürel grupta daha yüksek bir sayı alınarak tekrarlanmalıdır, evreni temsil gücünün artırılması ve böylelikle iç tutarlılık sayısında daha yüksek rakamlar ve istatistiksel olarak daha anlamlı bilgiler elde edilmesi gerekmektedir.
6. Uygulanan ölçeklerin anlaşılabilirliği ve daha doğru yanıtların alınabilmesi için araştırmacı nezaretinde doldurulması, araştırmanın güvenilirliği açısından önem taşımaktadır.
7. Ortoreksiya DSM’de yerini alıp tanı kriterleri belirlendikten sonra ölçeğin orijinalinin “ortorektik” ve “ortorektik olmayan” grubu ayırtabilmesi için

ORTO-15'in bir klinik örneklem üzerinde de uygulanmasının tüm bu açıkları kapatıp farklı bir boyut yaratabileceği düşünülmektedir.

8. Ortoreksiya DSM'de eninde sonunda yer alabilir. O döneme kadar giderek artış gösterebilecek bu bozukluğu, insanların fark edip, toplumun her normal kabul ettiği şeyin normal olmadığına ikna olmaları gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Donini L.M., Marsili D., Graziani, M.P., Imbriale, M., ve Canella, C., Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon, *Eating and Weight Disorders*, 9:151-157, June 2004.
2. Bratman S., Knight D., *Health Food Junkies: Overcoming the Obsession with Healthful Eating*, Broadway Books, New York, 2000
3. Billings, T., Other types of eating disorders, <http://www.something-fishy.org>, 29/Mart/2005.
4. Rubel, J.B., Anorexia nervosa and related eating disorders, <http://www.anred.com>, 2/Nisan/2005.
5. Goldberg, A., Orthorexia, <http://www.obesidad.net/english2002/default.htm> 5/Kasım/2005.
6. Billings, T., Obsession with dietary purity as an eating disorder, <http://www.beyondveg.com>. 18/04/2005.
7. Mathieu, J., What is Orthorexia?, *Journal of American Dietetic Association.*, 105, 10, oct 2005, 1510-1511. (10.1016/JADA.[2005.08.021]).
8. Nymah, H., 01/03/2005, A direct question: Is orthorexia a correct word for a wrong concept? *Lakardington*, 2002, 99, 5, 433-4, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. [05/04/2006].
9. *Actas Esp Psiquiatr*, 33(1):66-8, Jan-Feb 2005.
10. Cartwright MM., Eating disorder emergencies: understanding the medical complexities of the hospitalized eating disordered patient. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 16 (4):515-30, Dec 2004.
11. O'Brien, K.M. ve Vincent, N.K. Psychiatric comorbidity in Anorexia and Bulimia Nervosa: Nature, Prevalence, and Casual Relationships. *Clinical Psychological Review*, 23, 57-74, 2003.

12. Hodgson, R.J., Rachman, S., Behaviour Research and Therapy, 15, 5, 389-395, 1977.
13. Köroğlu, E., DSM-IV-TR, Tam Ölçütleri Başvuru Elkitabı (çeviri), Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001.
14. American Psychiatric Association (APA) Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (4th Ed.), Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
15. www.nimh.nih.gov/publicat/index, Eating Disorders, National Institute of Mental Health Publication, 08/07/2005.
16. Brownell, K.D., ve Fairburn, C.D., "Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook." New York: The Guilford Press, 1995.
17. Ansley, T., The Ohio State University Extension Fact Sheet, Introduction: Eating disorders awareness. <http://ohioline.ag.ohio-state.edu>. 08/07/2005.
18. Nicholls D., Viner R., Eating disorders and weight problems, Clinical Review, BMJ, 330:950-953, 23 Nisan 2005.
19. Soygüt, G. Yeme Bozukluklarının Bilişsel-davranışçı Yaklaşım ile Tedavisi. I. Savaşır, G. Soygüt ve E. Kabakçı (Eds.) Bilişsel Davranışçı Terapiler. Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:7, Genişletilmiş 3. basım, s.113-141, Ankara, Şubat 2003.
20. Klein, D.A, Walsh, Timothy B., Eating Disorders: Clinical futures and pathophysiology, Physiology and Behaviour, 81, 359-374, 2004.
21. Nickol J. The Ohio State University Extension Fact Sheet, Emotional Issues Involved With Eating Disorders., <http://ohioline.ag.ohio-state.edu>, 05/05/2005.
22. Arslan, P., Obezitede yeme alışkanlıkları ve yeme bozuklukları, Obezite, 4: 1-2, 4-10, Ocak-Nisan 2004.
23. Vandereycken, W., Hoek, H.W., "Are eating disorders culture-bound syndromes?" Washington, DC, American Psychiatric Press, 1992.

24. Davis, C., ve Claridges, G., The Eating Disorders as Addiction: A Psychobiological Perspective. *Addictive Behaviours*, 23, 4, 463-475, 1998.
25. Williamson Donald, A., Martin Corby, K., Stewart, T., Psychological aspects of eating disorders. *Best Practise and Research Clinical Gastroenterology*, 18, 6, 1073-1088, 2004.
26. Langenbach M., Huber M., Eating disorders: anorexia nervosa, bulimia, binge eating, 1;55(2):63-9, Jun 2003.
27. Walsh Timothy B., The future of research on eating disorders, *Appetite* 42 5-10, 2004.
28. Clelland, L.Mc., Crisp, A., Anorexia nervosa and social class, *International Journal of Eating Disorders*, 29,150-156, 2001.
29. Phelps, Le Adelle ve Bajorek, E., Eating disorders of the Adolescent: Current Issues in Etiology, Assesment and Treatment. *School Psychology Review*, 20, 9-23, 1991.
30. Whitaker, A. The Struggle to be Thin: A survey of anorexic and bulimic symptoms in a nonreferred adolescent population. *Psychological Medicine*, 19, 143-163, 1989.
31. Tsai, G., Eating Disorders in The Far East, *Eating and Weight Disorders*, 5, s. 183-197, 2000.
32. Rabe-Jablonska, J., Obsessive-compulsive disorder in girls with eating disorders. *Psychiatria Polska* 30 (2):187-200, Mar-Apr 1996.
33. Thiel A, Brooks A, Ohlmeier M, Jacoby GE, Schussler G. Obsessive-compulsive disorder among patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Can Journal of Psychiatry*, 49(3):179-84. 2004 Mar.
34. Walter H. Kaye, M.D., Cynthia M. Bulik, Ph.D., Laura Thornton, Ph.D., Nicole Barbarich, B.S., Kim Masters, B.S., and the Price foundation collaborative group, comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa, *American Journal of Psychiatry* 161:2215-2221, December 2004.

35. Milos G., Spindler A., Ruggiero G., Klaghofer R., Schnyder U., Comorbidity of Obsessive-Compulsive Disorders and Duration of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31:284-289, 2002.
36. Klein, D.A, Walsh, Timothy B., Eating Disorders: clinical futures and pathophysiology. *Physiology and Behaviour* 81, 359-374, 2004.
37. Serpell, L., Livingstone, A., Neiderman, M., Lask, B., Anorexia nervosa: Obsessive-compulsive disorder, obsessive-compulsive personality disorder, or neither?, *Clinical Psychology Review* 22, 647-669, 2002.
38. Lerche Davis, J., Wynn Hampton, T., Orthorexia: Good Diets Gone Bad, http://my.webmd.com/content/article/29/1728_64424, [10/07/2005].
39. Sinton, S., Healthy eating may be hazardous to your health., <http://www.dolfzine.com/page1.htm>, [13/10/2005].
40. Bratman, S., www.orthorexia.com (Orthorexia Nervosa Home Page). [25.03.2004-02.11.2005].
41. Fugh-Berman, A., *The Journal of the American Medical Association*, May 2,; 285; No:17; 2255-2256, 2001.
42. Evilly Mc C., Facts Behind the Headlines. The Price of Perfection, British Nutrition Foundation, *Nutrition Bulletin*, 26, 275-276, 2001.
43. Köksal, G., Gökmen, H., Çocuk Hastalıklarında Beslenme, Hatiboğlu Yayınları, Ankara, 13-14 ve 135, 2000.
44. Kutluay Merdol, T., Beslenme Eğitimi Rehberi, Özgür yayınları, 14-15, Ankara, Temmuz 1999.
45. Kutluay Merdol, T., “İlk Türkiye Ortoreksiya Konferansı”. Hacettepe Üniversitesi Kültür Merkezi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü Konferansları, Ankara, Türkiye, 15 Kasım 2005.
46. Kutluay Merdol, T., Başoğlu, S., Örer N., Beslenme ve Diyetetik Açıklamalı Sözlük, Hatiboğlu Yayınevi, 377-378, Ankara, 1997.
47. Aksoy, M., Beslenme Biyokimyası, Hatiboğlu Yayınları, Ankara, 2000.

48. Rachman, S.ve Hodgson, R. Obsessions and Compulsions. New York: Prentice Hall, 1980.
49. Erol, N., ve Savaşır, I., Maudsley Obsesif-Kompulsif Soru Listesi. 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Çalışma Kitabı. s.107-114. Ankara, 1988.
50. Keskingöz, B., Üniversite öğrencileri ile anoreksiya nervoza tanısı alan ve almayan bireylerde bağlanma biçimleri, kişilerarası şemalar ve yeme örüntüleri arasındaki ilişkiler, Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2002.
51. Öner, N., Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler: Bir Başvuru Kaynağı, III. Basım, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 596-597, İstanbul, 1997.
52. Batur, S., Kabakçı, E., ve Gülol, Ç., Eating Attitudes of Turkish Dancers: Maladaptive Eating Attitudes of Elite and Amateur Turkish Dancers: Are They at Risk?. Eating and Weight Disorders Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 8 (4), 263-267, 2003.
53. Lane, H.J., Lane, A.M., Matheson, H. Validity of the eating attitude test among exercisers. Journal of Sports Science and Medicine, 3, 244-253, 2004.
54. Doğan, O. Anoreksiya nervozada bir izleme çalışması. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, Eylül 1985.
55. Savaşır, I., Erol, N. Yeme Tutum Testi: Anoreksiya nervoza belirtileri indeksi. Türk Psikoloji Dergisi, 23: 19-25, 1989.
56. Batur, S., Demir, H. Ulu, P. ve ark. Yeme tutumu ve cinsiyet ile bağlanma biçimleri arasındaki ilişki. Türk Psikoloji Yazıları, 8 (15), 21-31, 2005.
57. Donini, L.M., Marsilli, D., Graziani M.P., Imbriale, M., Canella, C., Orthorexia Nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. Eating and Weight Disorders.; 10: e28-e32, June 2005.
58. Institute of Food Sciences, University of Rome “La Sapienza”, Italy, August, 2001.

59. Pekcan, G. Hastanın Beslenme Durumunun Saptanması. “Diyet El Kitabı” (Ed.Baysal ve ark.), yenilenmiş 4.baskı, Hatiboğlu yayınevi, 101, Ankara, 2002.
60. Alpar, R., Spor Bilimlerinde Uygulamalı İstatistik, II. Basım, 2001.
61. Bratman, S., “Orthorexia”, V. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi. Hacettepe Üniversitesi Kültür Merkezi, Ankara, Türkiye, 12-15 Nisan 2006.
62. Bosi, T., Çamur, D., Akın, Ç., Güler, Ç., HÜTF’nde çalışan araştırma görevlilerinin orthorexia nervosa sıklığı, V. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi, Hacettepe Üniversitesi Kültür Merkezi, Ankara, Türkiye, 12-15 Nisan 2006.
63. Pekcan, G., Gençlik Döneminde Beslenme, Özkızıklı, E. (Edt.), www.sagmer.hacettepe.edu.tr, [24/07/2006].
64. Pritts, S.D., Susman, J.S. Diagnosis of eating disorders in primary care. *American Family Physician*, 67 (2), 297-304, Jan 15, 2003.
65. H.Ü. Sağlık Merkezleri Çalışma Raporu 2005, H.Ü. yayınları, 39, 2006.
66. Lilienfeld, L., Wonderlich, S., Riso, L., Eating disorders and personality: A methodological and empirical review, *Clinical Psychology Review*, Pages 299-320, May 2006.
67. Rastam, M., Gillberg, C., Gillberg, I.C., Anorexia nervosa, 6 years after onset: Part II. Comorbid Psychiatric problems. *Comprehensive Psychiatry*, 70-76, January-February 1995.
68. Halmi, K.A., Eating disorders and their comorbidities: Biological basis and therapeutic activities, *Biological Psychiatry*, 42: 1S-297S, 1997.

EKLER

EK 1

ORTO-15 Ölçeğinin Orijinali

	Always	Often	Sometimes	Never
1) When eating, do you pay attention to the calories of the food?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) When you go in a food shop do you feel confused?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) In the last 3 months, did the thought of food worry you?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) Are your eating choices conditioned by your worry about your health status?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) Is the taste of food more important than the quality when you evaluate food?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) Are you willing to spend more money to have healthier food?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) Does the thought about food worry you for more than three hours a day?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) Do you allow yourself any eating transgressions ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) Do you think your mood affects your eating behavior?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10) Do you think that the conviction to eat only healthy food increases self-esteem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11) Do you think that eating healthy food changes your life-style (frequency of eating out, friends, ...)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12) Do you think that consuming healthy food may improve your appearance?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13) Do you feel guilty when transgressing ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14) Do you think that on the market there is also unhealthy food?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15) At present, are you alone when having meals?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ORTO-15 TEST YANITLARININ PUANLAMASI				
Maddeler	YANITLAR			
	Her zaman	Sık sık	Bazen	Hiçbir zaman
2-5-8-9	4	3	2	1
3-4-6-7-10-11-12-14-15	1	2	3	4
1-13	2	4	3	1

EK 2

Araştırmada Kullanılan Soru Listeleri

**H.Ü. AKADEMİK VE İDARİ PERSONELDE ORTOREKSİYA
PREVELANSININ SAPTANMASI**

BİLGİ FORMU

1. Yaş(yıl):.....Cinsiyet: K () E ().....
2. Boy:Kilo:.....Olmak İstedığınız Kilo:.....
3. Çalıştığı Birim:.....
4. Medeni Durum:.....
5. Çocuk sayısı :.....
6. Toplam eğitim süresi (ilkokuldan itibaren yıl olarak):.....
7. Meslek: İdari Personel:..... Akademik personel:.....

Genel İdari Hizmetler	()	Profesör	()
Teknik Hizmetler Sınıfı	()	Doçent	()
Sağlık Hizmetleri Sınıfı	()	Yard.Doç	()
Yardımcı Hizmetler Sınıfı	()	Ar.Gör.	()
		Öğr.Gör.	()
		Uzman	()
		Okutman	()
8. Doktor teşhisiyle konmuş herhangi bir hastalığınız var mı? Evet () Hayır ()
9. Düzenli bir ilaç tedavisi alıyor musunuz? Evet () Hayır ()
10. Sürekli uyguladığınız bir diyet tedaviniz var mı? Evet () Hayır ()
11. Vitamin desteği alıyor musunuz? Evet ()Hayır()Bazen ()
12. Beslenme ile ilgili bilgilere nereden erişiyorsunuz? (Birden çok seçenek işaretlenebilir)

Kitle iletişim araçları (gazete, dergi, TV, internet)	()
Kitaplar, bilimsel yayın vs.	()
Diyetisyen	()
Doktor	()
Sağlık kulüpleri (zayıflama merkezleri vs.)	()
Çevre (arkadaş, aile..)	()
Diğer	()
13. Doğru beslenme bilgilerine eriştiğinizde davranışlarınız değişir mi?

Her zaman	()	Sık sık	()
Nadiren	()	Hiçbir zaman	()

EK 3

MAUDSLEY OBSESİF KOMPULSİF SORU LİSTESİ

Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Size uygunsa “DOĞRU” yu değilse “YANLIŞ”ı daire içine alınız. Lütfen soruların hepsini cevaplandırınız.

1	Bana bir hastalık bulaşır korkusuyla herkesin kullandığı telefonları kullanmaktan kaçınırım	Doğru	Yanlış
2	Sık sık hoşla gitmeyen şeyler düşünür, onları zihnimden uzaklaştırmakta güçlük çekerim	Doğru	Yanlış
3	Dürüstlüğe herkesten çok önem veririm	Doğru	Yanlış
4	İşleri zamanında bitiremediğim için çoğu kez geç kalırım	Doğru	Yanlış
5	Bir hayvana dokununca hastalık bulaşır diye kaygılanırım	Doğru	Yanlış
6	Sık sık havagazını, su musluklarını ve kapıları birkaç kez kontrol ederim	Doğru	Yanlış
7	Değişmez kurallarım vardır	Doğru	Yanlış
8	Aklıma takılan nahoş düşünceler hemen hemen hergün beni rahatsız eder	Doğru	Yanlış
9	Kaza ile bir başkasına çarptığımda rahatsız olurum	Doğru	Yanlış
10	Hergün yaptığım basit günlük işlerden bile emin olamam	Doğru	Yanlış
11	Çocukken annem de babam da beni fazla sıkmazlardı	Doğru	Yanlış
12	Bazı şeyleri tekrar tekrar yaptığım için işimde geri kaldığım oluyor	Doğru	Yanlış
13	Çok fazla sabun kullanırım	Doğru	Yanlış
14	Bana göre bazı sayılar son derece uğursuzdur	Doğru	Yanlış
15	Mektupları postalamadan önce onları tekrar tekrar kontrol ederim	Doğru	Yanlış
16	Sabahları giyinmek için uzun zaman harcarım	Doğru	Yanlış
17	Temizliğe aşırı düşkünüm	Doğru	Yanlış
18	Ayrıntılara gereğinden fazla dikkat ederim	Doğru	Yanlış
19	Pis tuvaletlere giremem	Doğru	Yanlış
20	Esas sorunum bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmemdir	Doğru	Yanlış
21	Mikrop kapmak ve hastalanmaktan korkar ve kaygılanırım	Doğru	Yanlış
22	Bazı şeyleri birden fazla kontrol ederim	Doğru	Yanlış
23	Günlük işlerimi belirli bir programa göre yaparım	Doğru	Yanlış
24	Paraya dokunduktan sonra ellerimi kirli hissederim	Doğru	Yanlış
25	Aldığım bir işi yaparken bile kaç kere yaptığımı sayarım	Doğru	Yanlış
26	Sabahları elimi yüzümü yıkamak çok zamanımı alır	Doğru	Yanlış
27	Çok miktarda mikrop öldürücü ilaç kullanırım	Doğru	Yanlış
28	Hergün bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek bana zaman kaybettirir.	Doğru	Yanlış
29	Geceleri giyeceklerimi katlayıp asmak uzun zamanımı alır	Doğru	Yanlış
30	Dikkatle yaptığım bir işin bile tam doğru olup olmadığına emin olamam	Doğru	Yanlış
31	Kendimi toparlayamadığım için günler, haftalar hatta aylarca hiçbirşeye el sürmediğim olur	Doğru	Yanlış
32	En büyük mücadelelerimi kendimle yaparım	Doğru	Yanlış
33	Çoğu zaman büyük bir hata yada kötülük yaptığım duygusuna kapılırım	Doğru	Yanlış
34	Sık sık kendime birşeyleri dert edinirim	Doğru	Yanlış
35	Önemsiz ufak tefek işlerde bile karar verip işe girişmeden önce durup düşünürüm	Doğru	Yanlış
36	Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır	Doğru	Yanlış
37	Bazen önemsiz düşünceler aklıma takılır ve beni günlerce rahatsız eder	Doğru	Yanlış

Kontrol:___ Temizlik:___ Yavaşlık:___ Kuşku:___

Toplam:___

EK 4

YEME TUTUM TESTİ

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

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

EK 5

ORTO-15 TESTİ

Bu anket sizin yeme davranışlarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen parantezin içine (x) işareti koyunuz.

Her zaman	Sık Sık	Bazen	Hiçbir Zaman
-----------	---------	-------	--------------

- 1- Yemek yerken yediklerinizin kalorisine dikkat eder misiniz?
- 2- Çeşitli yiyeceklerin olduğu bir yerde yiyecek seçmek durumunda kalırsanız kararsızlık yaşar mısınız?
- 3- Son üç ay içerisinde besinler konusunda endişelendiğiniz oldu mu?
- 4- Sağlığınızla ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi?
- 5- Yemeğinizin sağlıklı olması sizin için lezzetli olmasından daha mı önemlidir?
- 6- Daha sağlıklı, daha taze besinler satın almak için daha fazla para harcamak ister misiniz?
- 7- Sağlıklı beslenme ile ilgili düşünceler sizi günde üç saatten fazla meşgul eder mi?
- 8- Sağlıksız olduğunu düşündüğünüz besinleri yediğiniz olur mu?
- 9- Sizde, ruhsal durumunuz yeme düzeninizi etkiler mi?
- 10- Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanlarını tüketmek kendinize olan güveninizi artırır mı?
- 11- Uyguladığınız beslenme tipi yaşam tarzınızı değiştirir mi? (Dışarıda yeme sıklığı, arkadaşlar vb. açıdan)
- 12- Sağlıklı beslenmenin dış görünümünüzü daha iyi hale getirebileceğini düşünür müsünüz?
- 13- Sağlıksız beslendiğinizde kendinizi suçlu hisseder misiniz?
- 14- Piyasada sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz?
- 15- Son zamanlarda yemeklerinizi özellikle tek başına yemeği mi tercih edersiniz?

EK 6



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi
Tıbbi, Cerrahi ve İlaç Araştırmaları Etik Kurulu




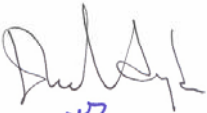



Sayı : B.30.2.HAC.0.01.00.05/12
Konu :

2.1.2006

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 15.12.2005 Perşembe
Toplantı No : 2005/12
Proje No : LUT 05/100 (Görüşme Tarihi: 24.11.2005)
Karar No : LUT 05/100 – 4

Üniversitemiz Sağlık Teknolojisi Yüksekokulu Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğretim üyelerinden Prof. Dr. Gülden Köksal'ın sorumlu araştırmacısı olduğu, Arş. Gör. Gülcan Arusoğlu'nun tezi olan LUT 05/100 kayıt numaralı ve "*Hacettepe Üniversitesi Akademik ve İdari Personelde Ortoreksiya Prevelansının Saptanması*" konulu proje önerisi kurulumuzda değerlendirilmiş, tıbbi etik açıdan uygun bulunarak onaylanmasına karar verilmiştir.

1. Prof.Dr. E. Rüştü Onur (Başkan) 
2. Prof.Dr. Sema Özer (Üye)
3. Prof.Dr. M. Emin Şenocak (Üye) 
4. Prof.Dr. Meral Kanbak (Üye)
5. Prof.Dr. Türkan Eldem (Üye) 
6. Prof.Dr. Gökhan Gedikoğlu (Üye)
7. Prof.Dr. Erdem Aydın (Üye) 
8. Prof.Dr. Ediz Demirpençe (Üye) 
9. Doç.Dr. Alev Türker (Üye)
10. Doç.Dr. Ümit Yaşar (Üye) 
11. Avukat Serpil Besni (Üye) 

EK 7**Onam Formu**

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İLAÇ DIŞI
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

Sayın Katılımcı,

Sizi “**Hacettepe Üniversitesi Akademik ve İdari Personelde Ortoreksiya Prevelansının Saptanması**” konulu çalışmamıza davet ediyoruz. Bu araştırma kişilerin yeme davranışı üzerinde etkisi olabilecek özellikleri anlamak ve yeni tanımlanan yeme bozukluğunu incelemek amacıyla planlanmıştır.

Bu çalışmayı yapabilmek için size “bilgi formu”, “obsesyon ölçeği” ve yeme bozukluklarının ölçülmesinde kullanılacak “yeme tutum testi” ve “ortoreksiya testi” ile ilgili sorular verilecektir.

Araştırma, H.Ü. Beslenme ve Diyetetik Bölümü’nden Sayın Prof.Dr.Gülden KÖKSAL ve Araş.Gör.Gülcan ARUSOĞLU tarafından yürütülmektedir. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde Araş.Gör.Gülcan ARUSOĞLU veya onun görevlendireceği bir diyetisyen tarafından anketler size teslim edilecek ve içeriği hakkında size sözel bir bilgi verilecektir.

Bu amaçla;

➤ Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

➤ Araştırmaya davet edilmenizin nedeni sizde herhangi bir şikayetin olması değildir. Kendinizde bir şikayet olmasa bile katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Anketi doldurmanız sizde herhangi bir risk oluşturmayacaktır.

➤ Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz konunun uzmanı bilim adamları tarafından yukarıda belirtilen veriler toplanacaktır. Anketlerin değerlendirilmesi psikoloji ve beslenme ve diyet uzmanları tarafından gerçekleştirilecektir.

➤ Bu kayıtlar kimliğiniz belirtilmeden bilimsel nitelikte yayınlarda

kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

- Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir.

Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

- Sizden, verilen süre içerisinde soruları birebir kendinizin yanıtlayıp formları geri teslim etmeniz istenmektedir.

- Araştırma, bireysel olarak değil, toplu olarak değerlendirilecektir, kimlik bilgilerinizi vermenize gerek yoktur.

(Katılımcının Beyanı)

Sayın Prof.Dr.Gül den KÖKSAL ve Araş.Gör.Gülcan ARUSOĞLU tarafından Hacettepe Üniversitesi S.T.Y.O Beslenme ve Diyetetik Bölümü ve tüm Hacettepe Üniversitesi’nden belirlenen kişilerle soru kağıtlarıyla araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam diyetisyen ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim.

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

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun diyetisyen ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belirli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir

memnuniyet ve gönüllülük içersinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı :
Adres :
Tel :
İmza :
Tarih :

Görüşme Tanığı

Adı, soyadı :
Adres :
Tel :
İmza :
Tarih :

Katılımcı ile görüşen diyetisyen

Adı, soyadı : Araş.Gör.Gülcan ARUSOĞLU
Adres : H.Ü.Sağlık Teknolojisi Y.O.
Beslenme ve Diyetetik Bölümü
Sıhhiye/Ankara
Tel : 0 312 305 10 96/ 153
İmza :
Tarih :

EK 8



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
ANKARA

Yazı İşleri Müdürlüğü

Sayı : B.30.2.HAC.0.70.00.01/30-777

Konu :

06.05.2005

Sağlık Teknolojisi Yüksekokulu Müdürlüğüne,

İlgi: 03.05.2005 tarih ve HAC.0.86.00.00/356 sayılı yazınız.

Yüksekokulunuz araştırma görevlisi **Gülcan ARUSOĞLU**'nun "Ortoreksiya Nervoz" konulu master tezi için, Üniversitemiz Akademik ve İdari personeli (1.000 kişi) üzerindeki anket çalışması Rektörlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

Gen. Sek.

Prof. Dr. Tunçalp ÖZGEN
Rektör

Gülcan 1096-109 -

CK/R.Y.-04.05.

EK 9

Diyetisyen Miller'in aktardığı beslenme öyküleri:

Bu deneyimin aktarması ile, araştırmacı olarak, meslektaşlarımız açısından yeni araştırmalara bir yol olacağı düşünülmektedir:

Diyetisyen Miller'in bir olgusu olarak Sinton (39), yaşadığı deneyimleri, ciddi bir ortorektik olarak "Sağlıklı yeme artık sağlıksız olmaya başladığında!" başlıklı internet sayfasına aktarmış ve terapistinden terapi alana dek geçen sürede kendi durumunu farketmediğini belirtmiş ve deneyimlerini şu şekilde aktarmıştır: "Vak'a olarak ben, kendimde deneyimlediğim ölçüde, başkalarını kendi disiplinimde olduğu gibi sadece "iyi" besinler tüketmeye yönelttim. Kendimi "disiplinsiz tüketiciler"e göre daha değerli hissetmeye başlamıştım ve kendime olan güvenim daha fazla artış göstermişti. Kendime olan güvenim ne tükettiğime bağlıydı. Kendime olan bu yüksek güven duygusunun sürekliliğinin sağlanması için kayıtsız şartsız bu sağlıklı diyet tüketiminin devam etmesi gerektiğini farkettim. Saatlerimi "mükemmel" besinleri araştırıp hazırlamakla geçirdim. Eğer tükettiğim besinler mükemmel olursa ben de mükemmel olurum düşüncesine kapıldım. İlkeli tutumum beni tükettiğim besinlerin dışına yönlendiren zorlayıcı durumlardan kaçınmamı sağladı. Yalnız olmanın ve kendini daha iyi hissetmenin, sağlıksız beslenmeye ve bir eksiklik hissetmeye göre daha iyi olduğunu farkettim. İnsanlar hiçbir zaman sağlıklı besin seçimimi sorgulamadılar ve böylelikle ben kendimde yanlış giden bir durum olduğunu farkedemedim. Geri dönüşlü olarak fiziksel sağlığımın fayda gördüğünü, ancak zihinsel sağlığımın şikayet etmeye başladığını farkettim"(39).

Makrobiyotik diyetin öncülerinden biri Miller ile yaptığı sohbette yemek sonrası banyoya gidip istifra ettiğini anlatmıştır. Miller, kadının hasta olduğundan endişe edip her şeyin yolunda olup olmadığını sorması üzerine kadın, akşam yemeğinde çok fazla fasulye yediğinden yakınmış, makrobiyotik dengeyi sürdürmesi ve bu nedenle de yediği aykırı olan bu besini vücudundan atması gerektiğini anlatmıştır. Miller, kadının suçlu besin diye nitelendirdiği fasulyenin aslında son derece sağlıklı bir besin olduğunu bildiğinden bu ironiye çok şaşırmıştır. Sonraları

Miller makrobiyotik emsallerinin sık sık diyetlerinden sıyrılanları suçlamalarından rahatsız olmuştur. Konformist olmayanlar ve diyetlerinden sıyrılanlar, lekelenmiş kişiler olarak adlandırılmaktadırlar. Makrobiyotik sadece sağlığa yararlı besinleri tüketmeyi değil aynı zamanda sağlıklı bir yaşam biçimini savunmaktadır ancak bu yine de sigara içicilerini sigaradan vazgeçirememiştir. Sigara tiryakilerinin, diyetlerinin kusursuz olması dolayısıyla içme alışkanlıklarını sıradan bir şey olarak gördüğünü fark eden Miller, bu davranışı ikiyüzlülük olarak nitelendirmiş böylece makrobiyotik diyet gözünden düşmüş ve uygulamayı sona erdirmiştir (39).

Miller (39), kişisel deneyimlerine göre, beslenme seçimlerini denetim biçimi olarak “ortalarda” algılamayı önermektedir. Yapılan bir tek kaçamak, yaşamın kontrolsüzlükten ibaret olduğu anlamına gelmemekte, hangi besinin yenilmek istenmesinin seçme kontrolünün, kişinin kendisinde bulundurması anlamına geldiğini ifade etmektedir. Bu, zevkle yenen bir elma olabileceği gibi mükemmel ızgara edilmiş bir tavuk veya bir dondurma da olabilmektedir.