



T.C.

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı

**SPOR SALONUNDA SPOR YAPANLARDA
ORTOREKSİYA NERVOZA BELİRTİLERİNİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Merve DALMAZ

115201151

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Göklem TEKDEMİR YURTDAŞ

İstanbul, 2014



T.C.

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı

SPOR SALONUNDA SPOR YAPANLARDA ORTOREKSİYA
NERVOZA BELİRTİLERİNİN İNCELENMESİ

Merve DALMAZ

İstanbul, 2014

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Spor Salonunda Spor Yapanlarda Ortoreksiya Nervoza Belirtilerinin İncelenmesi” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

... / ... / 2014

Merve DALMAZ

ÖZET

SPOR SALONUNDA SPOR YAPANLARDA ORTOREKSİYA NERVOZA BELİRTİLERİNİN İNCELENMESİ

Merve DALMAZ

Yüksek Lisans Tezi, Psikoloji Anabilim Dalı

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Göklem Tekdemir Yurtdaş

Ağustos, 2014-70 Sayfa

Bu araştırma, spor salonunda spor yapan kişilerde ortoreksiya nervoza yaygınlık durumunu ve belirtilerini incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya yaşları 20 ile 45 arasında değişen 87 kadın ve 113 erkek olmak üzere toplam 200 kişi katılmıştır. Araştırmanın örneklemini spor yapan ve yapmayan kişilerden oluşturulmuştur. Araştırmaya katılan kişilere yönelik görüşme formu dört bölümden oluşarak, gruplar halinde uygulanmıştır. Bunlar; araştırmaya katılanların demografik bilgileri “kişisel bilgi formu” ile, ortoreksiya nervoza olup olmadıklarının bilgileri “ORTO-15 testi ve Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri “ile, yeme bozukluğu teşhisi bilgileri ise “Yeme Tutumu Testi (EAT-40)” kullanılarak veriler toplanmıştır. Araştırmada istatistik bulguların yanında nitel bulgulara da yer verilmiştir.

Araştırmadan elde edilen istatistiksel bulgulara göre, spor yapan kişiler spor yapmayanlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek ortorektik belirtiler göstermiştir. Cinsiyet değişkenine göre ortoreksiya nervoza durumları değerlendirildiğinde, erkekler kadınlara göre yüksek ortorektik belirtiler gösterdiği saptanmıştır. Spor yapanlarda yeme bozukluğu riski arttıkça ortoreksiya nervoza belirtileri; obsesif kompulsif bozukluk belirtileri arttıkça ortoreksiya nervoza belirtilerinin de artış gösterdiği saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen nitel bulgulara göre ise, sağlıklı beslenme konusunda erkeklerin daha fazla araştırma yapıyor olmaları ve bu konuda daha fazla bilinçsizliğin farkında olmaları tespit edilmiştir. Ayrıca erkeklerin sağlıklı beslenmeyi bir yaşam tarzı olarak benimsemiş olmaları kadınlara göre daha yüksektir.

Anahtar Sözcükler: Ortoreksiya nervoza, yeme bozuklukları, ORTO-15 testi.

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE ORTHOREXIA NERVOSA SYMPTOMS AMONG THOSE WHO SPORT IN GYM

Merve DALMAZ

Master Thesis, Department of Psychology

Supervisor: Assistant Professor Dr. Göklem TEKDEMİR YURTDAŞ

August, 2014- 70 pages

This research is done to examine prevalence and symptoms of orthorexia nervosa on those who sport in gym. All together 200 people join this investigation 87 female and 113 male and their ages are from 20 to 45. Research samples are consisted sport people and non-sportpeople. A four-part interview form is conducted in groups on the people participated in the research. These four-part form consists of “personal information form” for demographic information, “ORTO-15 test” and Maudsley Obsessive Compulsive Inventory to determine whether they have orthorexia nervosa or not and “Eating Attitudes Test (EAT-40)” for the eating disorders. The research shows both qualitative and statistical data.

According to statistical results obtained from the research, sport people make sign about orthorexic symptoms much more than non-sport people. According to gender of the people; males are making sign about orthorexic symptoms more than females. As eating disorder risk increases orthorexia nervosa indicators increase and as obsessive compulsive disorder indicators increase, orthorexia nervosa indicators increase too among those who sport.

Also, according to qualitative results obtained from the research, it is determined that males are making more research about healthy diet and they are aware of unconscious about this subject, furthermore males adopt healthy diet as their lifestyle more than females do.

Keywords: Orthorexia nervosa, eating disorders, ORTO-15 test.

ÖNSÖZ

Bu çalışmada, araştırmanın planlanması, yürütülmesi ve yazımına kadar geçen süreçte bana her türlü desteği ve yardımı sağlayan tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Göklem Tekdemir Yurtdaş' a çok teşekkür ederim.

Tez konumu seçmeme vesile olan sevgili arkadaşım Diyetisyen Sezgül Şahin'e ve bu süreçte psikolojik açıdan beni destekleyen arkadaşlarıma içtenlikle teşekkür ederim.

Bu çalışma sürecinde, her zaman ve koşulda yanımda olan en büyük destekçilerim, sevgili anne ve babama her şey için çok teşekkür ediyorum.

Merve DALMAZ

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Deneklerin Cinsiyet Dağılımı.....	22
Tablo 2: Deneklerin Yaş Dağılımı.....	22
Tablo 3: Spor Yapan / Yapmayan Kişilerin Frekans Dağılımı.....	22
Tablo 4: Spor Yapma Durumlarına Göre Cinsiyet, Yaş Grubu, Eğitim Durumu ve Medeni Durum Dağılımı.....	23
Tablo 5: Spor Yapma Durumlarına Göre Beslenme Bilgilerine Erişim Dağılımı...	29
Tablo 6: Spor Yapma Durumlarına Göre Yeme Tutumu Durumlarının Karşılaştırılmasına Yönelik t-Testi Değerleri.....	30
Tablo 7: Spor Yapma Durumlarına Göre Obsesif- Kompulsif Bozukluk Durumlarının Karşılaştırılmasının t-Testi Değerleri.....	30
Tablo 8: Spor Yapma Durumlarına Göre OrtoreksiyaNervoza Durumlarının Karşılaştırılmasının t-Testi Değerleri.....	31
Tablo 9: Spor Yapma Durumlarına Göre Beden Kitle İndeks Durumlarının Karşılaştırılmasının t-Testi Değerleri.....	31
Tablo 10: Cinsiyete Göre OrtoreksiyaNervoza Durumlarının Karşılaştırılmasının t-Testi Değerleri.....	32
Tablo 11: Yaş Gruplarına Göre OrtoreksiyaNervoza Durumlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Varyans Analizi Sonuçları.....	33
Tablo 12: Eğitim Durumuna Göre OrtoreksiyaNervoza Durumlarının Karşılaştırılmasının t-Testi Değerleri.....	33
Tablo 13: Medeni Duruma Göre OrtoreksiyaNervoza Durumlarının Karşılaştırılmasının t-Testi Değerleri.....	34
Tablo 14: Beden Kitle İndeksi (BKİ) Gruplarına Göre OrtoreksiyaNervoza Durumlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Varyans Analizi Sonuçları.....	34
Tablo 15: Obsesif-Kompulsif Bozukluk, OrtoreksiyaNervoza ve Yeme Tutumu Durumları Arasındaki Korelasyon Değerleri.....	35

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1 ve Şekil 2: Sağlıklı beslenme anlayışı kategori değerlendirilmesi.....	36
Şekil 3 ve Şekil4: Sağlıklı beslenme uygulamaları kategorilerin değerlendirilmesi.....	37
Şekil 5 ve Şekil6: Kategorilerin değerlendirilmesi.....	38
Şekil 7 ve Şekil 8: Sağlıklı beslenme için yapılabileceklerin kategorik değerlendirilmesi.....	39
Şekil 9: Sağlıksız beslenme sebepleri kategorilerinin değerlendirilmesi.....	40
Şekil 10 ve Şekil 11: Yiyecek satın alırken dikkat edilenlerin kategorik değerlendirilmesi.....	41
Şekil 12: Diyet yapmanın gerekliliği hakkında kategorik değerlendirme.....	42
Şekil 13 ve 14: Kadınların diyet yapma nedenlerinin kategorik değerlendirilmesi.....	42-43
Şekil 15 ve 16: Erkeklerin diyet yapma nedenlerinin kategorik değerlendirilmesi.....	43-44
Şekil 17: Diyet yapma konusunda kitle iletişim etkileri kategorilerinin değerlendirilmesi.....	44

EKLER LİSTESİ

EK 1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU.....	62
EK 2: NİTEL SORULAR.....	63
EK 3: ORTO-15 TESTİ.....	64
EK 4: YEME TUTUMU TESTİ.....	65-66
EK 5: OBSESİF KOMPULSİF BELİRTİ TESTİ.....	67-69

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
ÖNSÖZ.....	vii
TABLOLAR LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ix
EKLER LİSTESİ.....	x
İÇİNDEKİLER.....	xi-xiii

1.BÖLÜM

GİRİŞ

1.1.Amaç.....	3
1.2.Çalışmanın Alt Amaçları.....	3
1.3.Önem.....	3-4
1.4.Sınırlılıklar.....	4
1.5.Tanımlar.....	5

2.BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1.Yeme Bozukluklarının Tanımlanması ve Sınıflandırılması.....	6
2.1.1.Pika.....	7
2.1.2.Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu.....	7
2.1.3.Kaçıngan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu.....	7
2.1.4.Anoreksiya Nervoza.....	7-8
2.1.5.Bulimiya Nervoza.....	8-9
2.1.6.Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu.....	9-10
2.1.7.Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu.....	10

2.1.8.Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu.....	10
2.2.Ortoreksiya Nervozanın Tanımı.....	11-12
2.3.Ortoreksiya Nervozanın Sınıflandırılması.....	13-14
2.4.Ortoreksiya Nervozanın Belirtileri.....	14-15
2.5.Ortoreksiya Nervozanın Oluşum Nedenleri.....	15
2.6.Ortoreksiya Nervozaya ve Sosyal İzolasyon.....	16
2.7.Ortoreksiya Nervozanın Tedavisi.....	16-17
2.8.Ortoreksiya Üzerine Yapılan Yurtiçi ve Yurtdışı Araştırmalar.....	17-19
2.9.Obsesif Kompulsif Bozukluk İle Yeme Bozuklukları Arasındaki İlişki.....	19-20
2.10.Spor Ve Beslenme.....	20-21

3.BÖLÜM

YÖNTEM

3.1.Evren ve Örneklem.....	22-23
3.2.Araştırmanın Modeli.....	24
3.3.Verilerin Toplanması.....	24
3.4.Veri Toplama Araçları.....	24
3.4.1. Kişisel Bilgi ve Nitel Soru Formu.....	25
3.4.2.ORTO-15 Ölçeği.....	25-26
3.4.3.Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi.....	26-27
3.4.4.Yeme Tutum Testi.....	27
3.4.5.Beden Kitle İndeksi (BKİ).....	27-28
3.5.Verilerin Değerlendirilmesi.....	28

4.BÖLÜM

BULGULAR VE YORUM

4.1.İstatistiksel Bulgular.....	29-35
---------------------------------	-------

4.2.Nitel Bulgular.....	36-44
-------------------------	-------

5.BÖLÜM

TARTIŞMA

Tartışma.....	45-51
---------------	-------

6.BÖLÜM

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar.....	52-55
6.2.Öneriler.....	56
KAYNAKÇA.....	57-61
EK1.....	62
EK2.....	63
EK3.....	64
EK4.....	65-66
EK5.....	67-69
ÖZGEÇMİŞ.....	70

BÖLÜM I

1.GİRİŞ

Kitle iletişim araçları, bilimsel yayınlar, beslenme uzmanları, sağlık kulüpleri, çevre veya diğer etmenler vasıtasıyla özellikle son yıllarda sağlıklı beslenme konusunda bir dizi önerilerle karşılaşmaktadır. Bu öneriler, farklı algılanıp uygulama girişimleri neticesinde toplum tarafından fark edilmeyen ya da dikkate alınmayan bazı davranış örüntülerine ve bu davranış örüntülerinin de patolojik sayılıp sayılmayacağı ya da var olan patolojilerden hangisine yakın olabileceği ile ilgili bir dizi araştırma veya tartışmaya zemin oluşturmaktadır.

Ortoreksiya nervoza, diğer adıyla “sağlıklı beslenme takıntısı”, son yıllarda tüm dünyada klinisyenler tarafından araştırma konusu olarak büyük ilgi görmeye başlamıştır (Donini, Marsili ve Graziani, 2004). Yeni bir kategori olan Ortoreksiya nervoza henüz Amerika Psikiyatri Birliği'nin (APA) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (DSM-V, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V, 2013) yer almamaktadır. Ortoreksiya terimi Yunanca “doğru, uygun, geçerli” anlamlarına gelen “orthos” ve “iştah” anlamına gelen “orexis” kelimelerinin birleştirilmesi ile ilk kez Steven Bratman tarafından tanımlanmıştır. Bu sözcükler, sağlıklı ve uygun besinleri seçmek için ”çılgınlık” düzeyindeki zihinsel uğraşı tanımlamak için de kullanılmıştır (Bratman ve Knight, 2000).

Medyanın isimlendirdiği deli dana hastalığı, bozulmuş tavuk etleri, balık etinde bulunan civadan zehirlenme gibi besinlerle ilgili yapılan çok sayıda medya uyarıları, kişilerin, besinleri yalnızca “sağlığı” baz alarak değerlendirmelerine neden olmakta, bu da kişilerin, tüm besin sınıflarını terk ederek sıkı diyetler yapmalarına neden olabilmektedir. Bu sebeple tüketilmesi gerekli besin öğelerinde yetersizlik, sosyal ve kişisel ilişkilerde zayıflama ve psiko-fiziksel durumlarda farklılaşma gözlenebilmektedir (Arusoğlu, 2006).

Sağlıklı beslenme alışkanlıkları aslında patolojik bir durum değildir. Ancak aşırı uğraşı haline geldiğinde, günlük yaşamda olumsuz etki oluşturduğunda ve uzun süreli olduğunda ortoreksiya nervozanın kişilik ve davranış boyutlarını da ilgilendiren bir bozukluk olarak değerlendirilebileceği bildirilmektedir (Fidan, Ertekin ve Işıkay, 2010).

Ayrı bir tanı kategorisi olarak resmen kabul edilmemesine rağmen, ciddi sonuçları olan diğer yeme bozuklukları ile benzerlik ve ayrılıklarının olduğu ifade edilmektedir. Anoreksiya nervoza gibi kötü beslenmeye veya kilo kaybına yol açabileceği, buna karşılık anoreksiya ve bulimiya nervozadan farklı olarak kişilerin tüketilen yiyeceğin miktarı ve zayıf görünüm yerine sağlıklı ve saf besinler tüketme konusu ile çok fazla uğraş içerisinde oldukları görülmektedir (Arusoğlu, 2006). Bu bozukluk, anoreksiya ve bulimiya nervozada olduğu gibi “nicel” bir durumu değil, “nitel” bir durumu göstermektedir (Bratman ve Knight, 2000).

Ortoreksiya nervozanın olup olmadığı, sağlıklı beslenme üzerine yoğunlaşma uzun süre devam ettiğinde, geçici olmadığında ve bu davranışlar bireyin yaşam tarzında olumsuz etki yarattığında düşünülebilmektedir. Sağlıklı beslenme takıntısı olan kişilerin obsesif kompulsif bozukluğu olan kişiler gibi zamanlarının pek çoğunu katı kurallar ile ilgili aşırı uğraş içinde geçirdikleri ve ilerleyen sürede sosyal işlevlerinin bu yüzden zayıflayabileceği ifade edilmektedir (Strand, 2004).

Ortorektik kişilerde besin seçimi ve tüketimiyle ilgili bir mükemmeliyetçilik durumu söz konusudur. Bu yüzden uyguladıkları diyeti ya da beslenme biçimini sürekli düşünmekte, planlamakta ve zamanlarının büyük bir kısmını bu konuyla ilgili kaygılanarak geçirmektedirler. Besinler ve sağlıklı beslenme hakkında sürekli kitaplar okumakta, tüm yayınları ve web sitelerini takip etmektedirler (İkinci, 2010).

Daha önceleri de değinildiği gibi, bu olay henüz çok yenidir. Özellikle kitle iletişim araçları tarafından konuya dikkat çekilmesine rağmen ON, henüz ne uluslar arası bir terim niteliği kazanmış ne de tanısal sınıflandırmada yerini almıştır (Donini ve diğerleri, 2004).

Ortoreksiya nervoza için yüksek risk grubu olarak; kadınlar, gençler, spor yapan kişiler, tıbbi hekimler ve tıp öğrencileri, diyetisyenler yanı sıra performans sanatçıların olduğu araştırmalarda elde edilmiştir (Brytek-Matera, 2012). Ülkemizde de özellikle düzenli olarak spor yapan kişiler arasında, ortoreksiya nervoza alışkanlıklarının yaygın olabileceği düşünülerek ve daha önce de böyle bir çalışmanın yapılmadığı gerekçesiyle bu araştırmanın yapılması gerektiği düşünülmüştür.

1.1. Amaç

Bu çalışmada, spor salonunda düzenli olarak spor yapan bireylerde ortoreksiya nervozanın (sağlıklı beslenme takıntısı) yaygınlık durumunu saptamak amaçlanmıştır.

1.2. Çalışmanın Alt Amaçları

- 1) Daha önce ülkemizde yapılan araştırmalarda kullanılan örneklemelerden farklı bir örneklemdeki ortoreksiya nervoza prevalansını inceleyerek literatüre katkıda bulunmak.
- 2) Spor salonunda düzenli olarak spor yapan bireylerde ortoreksiya nervoza yaygınlık oranını spor yapmayan kişilerle karşılaştırarak belirlemek.
- 3) Yeme bozukluğu, ortoreksiya nervoza ve obsesif kompulsif bozukluk arasındaki ilişkiyi incelemek.
- 4) Spor yapmanın, yeme bozukluğu, ortoreksiya nervoza ve obsesif kompulsif bozukluk açısından nasıl bir farklılık gösterdiğini tespit etmek.
- 5) Sosyo-demografik değişkenlerle ortoreksiya nervoza arasındaki ilişkiyi incelemek.
- 6) Ortoreksiya nervoza ile beden kitle indeksi arasındaki ilişkiyi incelemek.
- 7) Sağlıklı beslenme tutumunu ve pratiklerini nitel verilerle tespit etmek ve ortoreksiya nervoza eğilimi ile ilişkisini incelemek.

1.3. Önem

Günümüzde pek çok kişi egzersiz yaparak fiziksel uygunluklarını sağlama ve formunu koruma arayışı içerisine girmektedir. Daha nitelikli bir yaşam seçimi; kişilerin daha iyi beslenme alışkanlıklarına sahip olması ve düzenli egzersizler yapmalarıyla sağlanmaktadır.

Son yıllarda modernleşmekte olan toplumları tehdit eden bir durum olan yeme bozuklukları; geçtiğimiz yıllara kadar, sadece üst ve orta sosyo-ekonomik düzeyde bulunan ergen ve genç kadınlarda görüldüğü düşünülen bir sağlık sorunu olarak ele alınmıştır. Fakat günümüzde, toplumun daha geniş bir kesimini etkilediği gözlemlenmektedir (Gyrilli, Hafferl-Gattermayer ve Wagner, 2005). Özellikle toplumun bazı kesimlerinde “zayıflık”; fiziksel güzelliğin en önemli parçası olarak görülmek-

tedir. Toplumdaki güzellik ve çekicilik standartlarındaki değişimi, normal yeme alışkanlıklarındaki değişiklikler izlemiştir. Normal yeme alışkanlığı; artık günümüzde sürekli diyet yapma olarak tanımlanmaya başlamıştır (Erol, Toprak ve Yazıcı, 2012). Psikiyatrik sınıflama sistemlerindeki ölçütlere göre yeme bozukluğu tanısını tam karşılamayan fakat yeme tutumları bakımından farklılıklar gösteren ve sıkıntı çeken bir grubun olduğu bildirilmektedir (Bunel, Shenker ve Nussbaum, 1990). Bu açıdan bakıldığında tanı konmamış veya gizli kalmış hafif seyirli yeme bozukluklarının özellikle daha kaliteli bir yaşama sahip olmak için spor yapan bireylerde taranması, koruyucu nemler alınması ve hastalıkların tanınması açısından önemlidir.

Spor yapan bireyler, fiziksel uygunluklarını sağlamak ya da formunu korumak için beslenmelerine de dikkat etmektedirler. Ancak toplumun bazı kesimleri bir uzman tarafından belirlenmiş olan beslenme tarzını uygulamayıp, ölçülerini ve şeklini kendisinin belirlediği yeni bir beslenme tarzı oluşturmaktadır. Bu beslenme tarzı yetersiz ve dengesiz olduğunda yeme bozukluklarına yol açabilmektedir. Bu nedenle spor yapan bireylere sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazandırılması ve spor-beslenme ilişkisinin dengeli olarak yürütülmesi ile yaşam kalitelerinin artırılması gerekmektedir.

Bu alışma ile düzenli olarak spor salonunda spor yapan bireyler arasında ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) durumları tespit edilmeye çalışılmıştır. Ayrıca sağlıklı beslenme algısı ve tutumlarını nitel verilerle tespit edip ortoreksiya nervoza eğilimi ile ilişkisi değerlendirilmeye çalışılmıştır. Bu değerlendirme ile spor yapan bireylere özgü beslenme nerileri geliştirilmiştir. Ayrıca bu araştırmanın, gelecek çalışmalara kaynak teşkil edebileceği düşünülmektedir.

1.4.Sınırlılıklar

1. Bu alışma, İstanbul ili (Türkiye) sınırları içerisinde ikamet eden ve spor salonunda düzenli olarak spor yapan kişilerle sınırlıdır.

2. Araştırma, konu ile ilgili hazırlanan nitel sorular ve ölççekler ile sınırlıdır.

3. Bu çalışmada, spor salonunda düzenli olarak spor yapan kişilerin ortoreksiya nervoza olma durumlarının tespiti, yaş, cinsiyet, medeni durum, beden kitle indeksi, yeme tutumu durumları gibi değişkenlerle sınırlıdır.

1.5.Tanımlar

Araştırmada sıklıkla kullanılan terimler aşağıdaki şekilde tanımlanmıştır.

Yeme bozukluğu: Hastalığa ya da beslenme yetersizliğine neden olabilen yeme alışkanlıklarındaki sapmalardır (Lucas ve Huse, 1994).

Ortoreksiya Nervoza: Sağlıklı beslenme takıntısı olarak tanımlanan yeme bozukluğu olup, kişinin yaşantısına müdahale eden doğal diyet tüketme takıntısıdır (Cartwright, 2004).

Anoreksiya Nervoza: Şişmanlama korkusu ve zayıf bir bedene sahip olma arzusunun özgün davranış ve yeme tutumlarına yol açtığı klinik bir tablodur (Oğlağı, 2012).

Bulimiya Nervoza: Yineleyen tıkanırcasına yeme dönemlerinin olduğu, fazla miktarda yemeyi durduramama, kilo almaktan sakınmak için kusma, laksatif vb. kullanma, yemek yememe, egzersiz yapmak gibi uygunsuz dengeleyici davranışlarda tekrar tekrar bulunma, kendini değerlendirirken anlamsız bir biçimde vücudun biçimi ve ağırlığından etkilenme belirtilerinin görüldüğü bir yeme bozukluğu olarak sınıflandırılmaktadır (Soygüt, 2003)

ORTO-15: Donini tarafından Bratman`in kısa soru kağıdı uyarlanarak ilk olarak İtalya`da geliştirilmiş ve ortoreksiya nervoza eğilimini değerlendirmek için düzenlenmiş 15 maddelik bir kendini değerlendirme ölçөгüdür.

Beden kitle indeksi: Beden kitle indeksi yetişkin bir insanın kilosunun boyuna göre normal olup olmadığını gösteren bir parametredir.

Obsesif Kompulsif Bozukluk: Obsesyon adı verilen takıntılı düşünce, fikir ve dürtüler ile kompulsiyon adı verilen yineleyici davranışlar ve zihinsel eylemlerden oluşan bir ruhsal hastalıktır

BÖLÜM II

2.KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1.Yeme Bozukluklarının Tanımlanması ve Sınıflandırılması

Yeme bozuklukları, yiyecek tüketiminde sağlıksız düşüş veya yükseliş ile vücut ağırlığı ve görünümüyle ilgili çok fazla endişeli olma hali gibi, yeme davranışında oluşan ciddi endişeleri içermektedir. Bu konudaki çalışmalara ilgi ilk olarak 1970'lerde başlamıştır (Arusoğlu, 2006).

Yeme bozuklukları, hem bedensel hem de psiko-sosyal boyutu olan; kişinin yemek yeme alışkanlığı, vücut ağırlığı ve fiziksel görünümü ile ilgili düşünce ve yemek yeme davranışındaki bozukluklarla ortaya çıkan bir durumdur (Ünalın, Öztop ve Elmalı, 2009).

Yeme bozukluklarının toplumda görülme sıklığı gün geçtikçe artmakta ve ciddi bir sorun haline gelmektedir. Görülme sıklığındaki bu artış bir çok etkene bağlı olabilir. Bu etkenler içerisinde tanı koyma ve değerlendirme araçlarındaki gelişme, hastalığa karşı giderek artan farkındalık düzeyi, tedavi yöntemlerindeki ilerlemeler ve modern kültürlerde kadına yönelik başarılı ve mutlu hissetmek için ince ve zayıf bedene sahip olma koşulunu ileri süren baskıların artışı sayılabilir. Yeme bozuklukları için belirlenmiş risk faktörlerinden bazıları ise; beden imajının olumsuz olması, benlik saygısının düşük olması, şişmanlama korkusu, kronik biçimde diyet yapma ve zayıf olmaya yönelten sosyal baskılar olarak sıralanabilir (Aslantaş Ertekin, 2010).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (DSM-V, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V, 2013) yeme bozuklukları; pika, anoreksiya nervoza (AN), bulimiya nervoza (BN), tıknırcasına yeme bozukluğu, tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu, tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu şeklinde sınıflandırılmaktadır. Aşağıda bu bozukluklar ortoreksiya nervozadan farklılık gösterdiği için kısaca tanımlanacaktır.

2.1.1. Pika

Yiyecek olmayan maddelerin sürekli olarak tüketilmesi şeklinde tanımlanan pika, ülkemizde ciddi bir sağlık sorunu olarak değerlendirilmektedir (Durhan, 2007). Pikanın yaygınlık durumu kesin olarak bilinmemekle beraber çocuklarda, hamile kadınlarda ve zeka geriliği olan kişilerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Her iki cinsiyet grubunda eşit olarak gözlemlendiği saptanmıştır. En fazla yaygınlık durumu 1-6 yaş çocuklarda görülmektedir. Bunların büyük bir kısmı da düşük sosyoekonomik yapıya ve çoğu zamanda davranış bozukluğuna sahip çocuklardır (Bay, 2006).

2.1.2. Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu

Yiyecek yutulduktan ve kısmen hazmedildikten sonra, tikslenme ya da bulantı gibi bir neden olmadan yemeği tekrar ağzına getirmesi ve yeniden çiğnemesi olarak tarif edilen durumdur.

Tekrarlayan geri çıkarma durumu, eşlik eden mide bağırsak hastalığı ya da başka bir hastalık bağlamında değerlendirilmez. Bu durum yalnızca anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu ya da kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu dönemleri sırasında ortaya çıkmaz (Köroğlu, 2014).

2.1.3. Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu

Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu, kilo kaybı ya da çocuklarda gelişimin yavaşlaması, yetersiz beslenme, besin desteğiyle ağızdan ya da tüp aracılığıyla beslenme, psikososyal işlevselliğin bozulması gibi durumların bir ya da birden fazlasının olduğu durumlarda uygun beslenme veya enerji gereksiniminin karşılanamamasında ortaya çıkan bir durumdur. Bu bozukluk yiyeceğe ulaşamama veya kültürel anlamda onaylanan bir durum olarak açıklanmaktadır.

2.1.4. Anoreksiya Nervoza

Yeme bozuklukları içerisinde en uzun süredir bilinen ve klinisyenler tarafından büyük oranda fikir birliğine varılan tablo anoreksiya nervozadır. Anoreksiya nervoza, şişmanlama endişesi ve zayıf bir bedene sahip olma arzusunun özgün davranış ve yeme tutumlarına yol açtığı klinik bir tablo olarak değerlendirilmektedir. Bu hastalıktaki temel patoloji ise beden imgesi bozukluğudur (Oğlağı, 2012).

Anoreksiya nervozayı ilk kez isimlendiren William W. Gull, bu terimi kullanarak ergenlik çağındaki kadınlarda daha sık görülen uzun süreli açlık ve kalori yoksunluğuna bağlı metabolik işlevlerde bozulmanın söz konusu olduğu psikiyatrik tablodan söz etmiş ve hastaların tedavide işbirliği kurmak konusundaki zorluklarını belirtmiştir (Aslantaş Ertekin, 2010).

Anoreksiya nervoza hastalarının en çok dikkat çeken özellikleri aşırı zayıf olmalarıdır. Yaş gruplarına ve boy ölçülerine göre oldukça zayıf olmalarına rağmen kilo almaya karşı büyük direnç göstermektedirler. Kilo alma korkuları; kiloyu koruma ve hatta daha da verme, kendileri için belirledikleri en az kiloya ulaşma ve tekrar kilo almayı engelleme planları gibi bir takım tutumlara yol açabilmektedir (Kazkondu, 2010). Yiyecek tüketimini kısıtlama, ağır fiziksel egzersizler, iştah azaltıcı maddeler kullanma ve bedeni uyarma ya da spontan kusmalar ile beden ağırlıklarını kontrol edici yöntemlere yönelmektedirler (Siyez, 2006).

AN kadınlarda erkeklere göre 10 kat daha fazla görülmektedir. Bu yaygınlık farkını kısmen cinsiyetler arasındaki beden imajı ideallerindeki farklılıklar ile açıklayabilmek mümkündür. Modern Batı kültürlerinde kadınlar için zayıflık, erkekler için ise kaslı bir vücuda sahip olmak estetik ideali temsil etmektedir. Ayrıca geçmiş zamanlarda ve farklı kültürlerde de hep kadınlar AN vakalarının çoğunluğunu oluşturmuştur. Bu durum ise kültüre bağlı güzellik ideallerinin dışındaki nedenlerin de cinsiyet farklılığına eki ettiğini düşündürmektedir (Aslantaş Ertekin, 2010).

Kronik bir hastalık olarak görülen AN, seyir ve sonlanımında değişkenlik göstermektedir. Psikiyatrik hastalıklarda en fazla ölüm riskinin yeme ve madde kullanım bozukluklarında olduğu saptanmıştır (Oğlağı, 2012).

2.1.5. Bulimiya Nervozası

Bulimiya nervoza, yineleyen aşırı yemek yeme, kilo alma ve bir yandan da kilo almayı engelleme çalışmaları ile karakterize bir yeme bozukluğudur. Bu nöbetler esnasında kişilerin, tüm çabalarına ve korkularına rağmen yemek yemeyi durdurmamış oldukları belirtilmiştir (Kazkondu, 2010).

“Bulimiya” terimi Yunanca *limos* (“açlık”) sözcüğünün *bous* (“öküz”, ”boğa”) ön ekini almasıyla türetilmiştir. “Öküz kadar aç olmak” veya “bir öküzü yiyecek kadar aç olmak anlamlarını ifade eder. Bulimiya nevroza, modern bir yeme bozukluğu olarak kabul edilmekle birlikte ilginç bir tarihi olduğundan söz edilmektedir (Halimi, 2003). Refah içinde yaşayan dönemin zenginlerinin kontrolsüzce, aşırı derecede yedikleri ve haz yaşantısını devam ettirebilmek için, kusup yemeye devam ettiklerinden söz edilmektedir. Hatta kusmaların gerçekleştiği özelleşmiş yerlerin olduğu bilinmektedir. Günümüzde, bir psikiyatrik bozukluk olarak kullanılmasında “nervoza” takısı ise, onun anoreksiya nevroza ile olan klinik ve etiyolojik ilişkisine vurgu yapmak amacıyla gerçekleştirilmiştir (Yücel, 2009).

BN, AN’ya göre daha geç yaşlarda, sıklıkla da geç ergenlik ve genç erişkinlik döneminde başladığı bildirilmiştir. BN’nın genç kadınlar arasında yaygınlık oranının %1 olduğu kabul edebileceği ifade edilmektedir. Ayrıca BN’nın ergenlik ve genç erişkinlik dönemindeki erkeklerin %2’sini etkilediği saptanmıştır. Ayrıca BN yaygınlığı büyük kentlerde, küçük kentlere ya da kırsal yerleşim bölgelerine göre daha fazladır (Işık, 2009).

Tıkınırcasına yeme epizodları genellikle planlı ve gizli olmaktadır. Özellikle yağlı, şekerli ve yüksek kalorili gıdalar seçilir. Tıkınmanın başlangıcında genellikle bir rahatlama duygusu tarif edilirken, bu duygu daha sonra suçluluk ve tiksintiye dönüşmektedir. Hastalığın başlangıç dönemlerinde kusmaları için genellikle parmakla provoke ederlerken ilerleyen dönemlerde kusma için herhangi bir zorlamaya gerek görmemektedirler (Yücel, 2009).

Diğer yeme bozukluklarında olduğu gibi BN’da da kültürel faktörlerin etkisinin önemli olduğuna inanılmaktadır. BN’nın yirminci yüzyılın son çeyreğinde önemli bir bozukluk haline gelmesinin Batı toplumlarında zayıf bir bedene sahip olmanın artan önemi ile ilişkili olduğu söylenebilir (Aslantaş Ertekin, 2010).

2.1.6.Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

Kişinin ne kadar yediğini kontrol edememesi hissi ile benzer şartlar altında çoğu kişinin yediğinden daha fazla yemesi şeklinde tekrarlayan yeme dönemlerinde oluşur. Bununla birlikte normalden daha hızlı yeme, rahatsızlık hissedene kadar yeme, aç olmamaya rağmen aşırı yeme, çok yemeden utanma nedeniyle yalnız yeme,

çok yeme sonrası kendinde suçluluk ve tiksinieme hissetme ve bu durumdan sıkıntı duyma durumları eşlik ediyor ise tıknırcasına yeme bozukluğu tanısı konulabilir. Atak durumları ortalama 3 ay içerisinde en az haftada 1 kez meydana gelir. Tıknırcasına yeme bozukluğu, bulimiya nervoza kriterlerine uymaz ve yalnızca anoreksiya ya da bulimiya nervoza'nın gidişi sırasında ortaya çıkmaz.

2.1.7.Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Klinik açıdan belirgin olarak psiko-sosyal anlamda işlevsel bozulmalara neden olan, beslenme ve yeme bozukluğu belirtilerinin baskın olarak görüldüğü fakat bu bozuklukların ölçütlerinin tam olarak karşılanamadığı durumlarda bu sınıflandırma kullanılır. Bu sınıflandırma, yeme bozukluklarından herhangi birinin tanı ölçütlerini karşılamaması durumunda özel nedeni klinisyenlerce tartışılması istendiği zaman kullanılır. Bu bozukluğu yazarken peşi sıra özel neden de eklenir (örn: düşük sıklıkta bulimiya nervoza).

“Tanımlanmış diğer” adı kullanılabilecek durumlar için örnekler şunlardır:

1. Değişiktür (atipik) anoreksiya nervoza: Kilo kaybına rağmen kişinin kilosunun normal ya da normalin üstünde olması haricinde anoreksiya nervozanın tüm tanı ölçütlerinin karşılandığı durum.
2. Bulimiya nervoza (düşük sıklıkta ve/ya da sınırlı süreli): Tıknırcasına ve uygun olmayan tekrarlayıcı yeme davranışlarının, haftada bir kezden daha az ya da 3 aydan daha kısa süreli olması haricinde bulimiya nervozanın tüm tanı ölçütlerinin karşılandığı durum.

2.1.8.Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Klinik açıdan belirgin olarak psiko-sosyal anlamda işlevsel bozulmalara neden olan, beslenme ve yeme bozukluğu belirtilerinin baskın olarak görüldüğü fakat bu bozuklukların ölçütlerinin tam olarak karşılanamadığı durumlarda bu sınıflandırma kullanılır. Bu sınıflandırma, yeme bozukluklarından herhangi birinin tanı ölçütlerini karşılamaması durumunda özel nedeni klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ya da tanı için yeterli bilgiye ulaşılamadığında kullanılır.

2.2.Ortoreksiya Nervozanın Tanımı

Ortoreksiya nervoza, sağlıklı yiyeceklere karşı duyulan aşırı zihinsel uğraş şeklinde tanımlanan bir yeme bozukluğudur (Donini ve diğerleri, 2004). Anoreksiya ve bulimiya nervozalı kişiler yediklerinin miktarına yoğunlaşmış olmalarına karşın ortorektik kişiler yediklerinin kalitesi ile ilgili takıntılıdır.

Ortoreksiya nervoza, kişinin yaşantısına müdahale eden “saf” diyet tüketme obsesyonu olarak tanımlanmıştır (Arusoğlu, 2006). Ortorektik kişilerin beslenme alışkanlıklarındaki bu obsesyonun, yenilen yiyeceğin miktarıyla değil, kalitesi ile ilgili olduğu belirtilmiştir (Cartwright, 2004).

Ortoreksiya terimi Yunanca “doğru, uygun, geçerli” anlamlarına gelen “orthos” ve “iştah” anlamın gelen “orexis” kelimelerinin birleştirilmesi ile ilk kez Steven Bratman tarafından kullanılmıştır (Bratman ve Knight, 2000). Bratman, ortoreksiya nervoza ile ilgili ilk yazısını “The Alternative Medicine Sourcebook”ta yazmış, daha sonra “Yoga Journal”ın Ekim 1997 sayısında yayımlamıştır. “Utne Reader” magazini de bu yazıyı yeniden basmıştır. Daha sonra bu terim Cosmopolitan dergisinde ve WebMD gibi popüler web sitelerinde de yayımlanmıştır. Yazı, uluslar arası düzeyde güçlü bir tepki alınca, alınan geri bildirimler ve istekler doğrultusunda Bratman bu konu üzerinde yoğunlaşma ve konuyla ilgili bir kitap yazma kararı almıştır. Sonuçta “Health Food Junkies (Sağlıklı Besin Bağımlıları, 2004)” adlı kitap ortaya çıkmıştır. Kitap yüzlerce magazin dergisi ve gazetede tartışılmasına karşın istenen reklamsal başarıya ulaşamayınca basımdan kaldırılmış ve www.amazon.com’dan sipariş edilebilir hale getirilmiştir. Buna rağmen ortoreksiya nervoza, İngilizceye girip tüm dünyayı etkilemiştir (Arusoğlu, 2006).

Bu bozukluk, bir ağırlık kaybetme rejimi değil, aksine sadece “saf” besinler yeme ile ilgili aşırı bir fobi durumudur (Mac Evilly, 2001). Ortorektik kişiler satın alma esnasında ürünlerin ambalajlarını uzun bir süre incelemekte ve incelediği ürünün içerisinde kanserojen madde, hormon, boya, katkı maddesi olup olmadığına çok fazla kafa yormaktadır. Yiyeceklerin aşırı saf ve katkısız olmasına takıntılı bir şekilde önem vermektedirler. Sağlıklı beslenme takıntısı, ortorektik bireyleri psikolojik olarak baskı altına aldığından pek çok ürünü tüketmekten vazgeçme eğilimi göstermelerine neden olmakta ve bu yüzden ortorektik birey, zamanla

anoreksiya nervoza yeme bozukluğundaki gibi kilo kaybetmeye başlamaktadır (Donini, 2004).

Ortorektik kişiler, yiyecekleri hazırlama esnasında kullanılan yöntem ve materyaller hakkında aşırı endişe duymakta ve bu nedenle farklı besinlerin tüketimini içeriğine veya hazırlanma şekillerine göre reddetmektedir (Zamora, 2005). Ortoreksiya sonucunda sadece çiğ sebzeler tüketme ve yemeklerini belli bir renkte yeme konusunda ısrarcı olmaya dayanan çeşitli davranışlar sergilenmektedir. Bu nedenle ortoreksiya nervoza, kişinin sadece sağlıklı beslenme konusunda obsesif olması değil aynı zamanda belirli pişirme yöntemleri kullanması ve sadece belirli yiyecekleri tüketmesi anlamına gelmektedir (Gezer ve Kabaran, 2013).

Davranış çoğu zaman pozitif olarak görüldüğünden, ortoreksiya yaygınlığı ile ilgili istatistiklerde ortoreksiya belirtilerine çok az rastlanmaktadır. Obezlerin sayısının giderek artmasıyla birlikte toplum ve uzmanların sağlıklı yemeyi normal bir durum olarak görmeleri ortoreksiya nervoza ile ilgili şüphe uyandırmamaktadır. Kişi, eğer saf besin tüketme düşüncesi içerisinde ve uyguladığı diyetin saflık düzeyi toplum tarafından değerlendiriliyorsa, uygulanan sağlıklı diyet şüpheli hale gelebilmektedir. Ortoreksiya nervoza yaygınlığının artmasında özellikle güzellik kavramının zayıflığa dayandırılması, medyada sürekli olarak gündeme gelen diyet ve ürünlerin içerikleriyle ilgili bilgiler, bazı ürünlerin kanserojen madde, katkı maddesi, boya ve hormon gibi maddeler içerdiği ile ilgili haberlerin çıkması neden olmaktadır (Arusoğlu, 2006).

Bu bozukluk için herhangi bir kliniksel tanı ölçütü klavuzu mevcut olmadığından, ortoreksiya nervoza, uzmanların belli tanı ölçütlerine göre teşhis edebilecekleri bir durum gibi değerlendirilmemektedir. Amerika Psikiyatri Birliği'nin (APA) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (DSM-V, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V, 2013) henüz tanımlanmamıştır ancak DSM'de yer alacak tanı kriterlerinin saptanması için araştırmalar yapılmaktadır.

Ortoreksiya nervoza sadece, uzun dönem görüldüğü zaman (birkaç hafta için sağlıklı yiyeceklere verilen dikkat obsesyon derecesinde değerlendirilmediği süreçte bozukluk olarak tanımlanamaz) ve eğer bireyin yaşantısında anlamlı oranda negatif bir etki yaratıyorsa (yaşam stresini önlemek için yiyecekleri düşünmek, her günün büyük bir çoğunluğunu yiyecekleri düşünerek geçirmek) tanımlanabilmektedir.

2.3.Ortoreksiya Nervozanın Sınıflandırılması

Beden imgesi, yeme ve kilo alma endişesi yaşayanların tedavisinde 10 yıllık Minnesota'lı uzman psikoterapist Kater (aktaran Mathieu, 2005), Bratman'ın (Bratman, 2000) tanımladığı belirtileri gösteren bu sınıfa ait olabilecek hastaları olduğunu bildirmiştir. 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 uzmanlarla birlikte araştırma yapan Kater'in çalışmasında mükemmel diyet hedefinde olan hastalarla bulimik veya anorektikler arasındaki en büyük farkın, bulimik veya anorektiklerin ağırlık kaybetme hırsları olduğunu belirtmiştir (Mathieu, 2005).

Kater (aktaran Mathieu, 2005) 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.

Ortorektik bireyler, mükemmelliğe ulaşma çabalarından ötürü diyetlerini giderek kısıtlama eğilimi sergilemekte ve bu nedenle bireylerin besin çeşitliliği oldukça azalmaktadır. Buna bağlı olarak beslenme bozukluğu gelişebilmektedir. Beslenme bozukluğuna ek olarak, osteoporoz, adet düzeninin bozulması ve kan basıncındaki aşırı düşmeye bağlı kalp sorunları da ortaya çıkabileceği bildirilmiştir (Gezer ve Kabaran, 2013). Diyet, çeşitlilik içermediği takdirde beden gerçekten çok kolaylıkla vitamin, mineral ve besin öğeleri yetersizliği yaşanmasına sebep olabilmektedir. Birçok diyet, sağlığın sürekliliğini sağlamak ve/veya hastalığı önlemek amacıyla belirli veya tüm besin gruplarının alımını dışlamaktadır (Mathieu, 2005).

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. Ortorektik bireyler, mükemmelliğe ulaşma çabalarından ötürü diyetlerini giderek kısıtlama eğilimine

girdiklerinden, özellikle beslenme yetersizlikleri riski taşıyan gruba girmektedirler (Sinton, 2005).

2.4. Ortoreksiya Nervozanın Belirtileri

Ayrı bir tanısal kategorisi resmen kabul edilmemiş olmamakla birlikte ortoreksiya nervozanın diğer yeme bozuklukları ile benzerlik ve farklılıklarının olduğu bilinmektedir. Anoreksiya ve bulimiya nervozadan farklı olarak kişilerin tüketilen yiyecek miktarı ve zayıf görünüm yerine sağlıklı ve saf besinler tüketme konusu ile aşırı uğraş içinde oldukları görülmektedir. Buna karşın, kötü beslenme ve kilo kaybına yol açması bağlamında da anoreksiya ve bulimiya nervoza ile benzerlikler göstermektedir. Ortorektikler obsesif kompulsif bozukluğu olan kişiler gibi zamanlarının çoğunu belli bir konuda aşırı uğraş halinde geçirmektedirler. Bu uğraşı neticesinde zamanla sosyal işlevlerinde bozulmalar ortaya çıkacaktır.

Ortorektikler için yiyeceklerin saf, katkısız ve işlenmemiş olması son derece önemlidir. Bu yüzden ortorektik kişiler, çoğu meyve ve sebze yiyecek tüketmeye çalışmaktadırlar.

Ortoreksiya nervoza tanısı konulan kişilerin çoğu vejetaryen grupta yer almaktadır. Bugün birçok insan sağlıklı yaşam için vejetaryen beslenme tarzını seçmekte ve sürdürmektedir. Yapılan çalışmalar vejetaryen beslenme ve sağlık arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir. Genellikle kalp damar, yüksek kan basıncı, diyabet, şişmanlık ve bazı kanser türleri vejetaryenlerde vejetaryen olmayanlara kıyasla daha az görülmektedir (Karabudak, 2008).

Bu kişiler, tarımsal ilaçlar içermesi ve hazırlanış yöntemleri sebebiyle bazı yiyecekleri diyetlerinden çıkarabilmekte ve en sonunda diyetlerinde sınırlı sayıda yiyecek grubuna yer vermelerine sebep olmaktadır. Ayrıca ortorektik kişiler, yanlış olduklarına inandıkları belirli pişirme yöntemlerini de reddedebilmektedirler. Örneğin; alüminyum kaplar ortorektiklerin asla kullanamayacakları materyaller arasında yer almaktadır (Kazkondur, 2010).

Günlük diyet yapılandırması çok fazla zamanlarını almakta ve bu yapılandırma 4 aşamaya bölünebilmektedir (Mathieu, 2005). Birinci aşama, o gün ya da ertesi günkü yiyeceği hakkında endişeli ve dikkatli düşünmeye ayrılmıştır. İkinci aşama, her malzeme için kapsamlı ve titiz bir satın almayla ilgili olmaktadır. Üçüncü aşama,

sağlık sorunları teşkil etmeyen prosedür ve tekniklerden oluşan bir hazırlama biçimi için mutfağa gitmeyi kapsar. Dördüncü aşama ise önceki üç aşamanın uygulanması ile ilgili memnuniyet, konfor veya suçluluğa dayalı bir duygulanıma ilişkin bir aşamadır. Ortorektikler, bu ritüelleri uygulamaya çalışıp ancak gerçekleştiremediklerinde, kaygı ve suçluluk duygusu hissetmektedirler (Brytek-Matera, 2012).

2.5. Ortoreksiya Nervozanın Oluşum Nedenleri

Uzmanlar sağlıklı besinlere karşı duyulan bu saplantıya kaynaklık eden farklı nedenler olabileceğini düşünmektedir. Örneğin; aileden edinilmiş alışkanlıklar, yakın dönem içerisinde geçirilen hastalıklar, içinde buldukları çevrenin eğilimleri, hatta bir besin türü ya da grubu hakkındaki olumsuz yorumlar ortoreksiyanın ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilecek faktörlerden bazılarıdır. Fakat genetik, biyokimyasal ve psikolojik etkenlerin de yeme bozukluklarının gelişmesinde önemli rolü olduğu düşünülmektedir. Özellikle psikolojik rahatsızlıkların ya da başka hastalıkların ortoreksiyanın gelişmesinde payı olabileceği vurgulanmaktadır (İkinci, 2010).

Yeme bozukluğu olan kişilerde serotonin, endorfin ve norepinefrin gibi sinir sistemi kimyasallarının düzeylerinin düştüğü tespit edilmiştir (Abanoz, 2008). Bu düşüşün depresyonla, fiziksel ve duygusal tatminsizlikle ilgili olduğu açıklanmaktadır. Serotoninin kandaki düzeyinin yüksek olmasıyla doyumluk hissi ve düşük olmasıyla da açlık hissi oluşmaktadır. Genelde düşük serotonin düzeyinde karamsarlık, sinirlilik, endişe, obsesif kompulsif eğilim gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır. Karbonhidrat fazlalığında ise serotonin seviyesinde artış oluşmaktadır. Dolayısıyla sinir sistemi kimyasallarının düzeylerindeki değişiklikler, kişilerin duygu durumlarını ve iştahlarını düzenleyen psikolojik faktörlerle ilişkili olmaktadır.

Ayrıca ortoreksiyanın genellikle kişinin herhangi bir hastalık veya alerji nedeniyle diyet uygulaması gerektiği süreçte de gelişebileceği düşünülmektedir (İkinci, 2010).

2.6. Ortoreksiya Nervoz ve Sosyal İzolasyon

Ortoreksiyanın sonuçlarından bir diğeri de sosyal ilişkilerde azalmadır. Ortorektikler hangi besinleri tüketeceklerine öyle bağlıdırlar ki, yaşantılarını bu besinlerin üzerine kurarak devam ettirmektedirler. Yalnızca organik veya sağlıklı besin satan marketlerden alışveriş yapmaları olasıdır. Aşçının yiyeceklere nasıl hazırladığı konusunda fikirleri olmadığı için tüm restoranlara gitmekten kaçınmaktadırlar. Besin ihtiyaçlarını karşılamak adına kilometrelerce yol gidip para harcamaktan çekinmemektedirler. Yalnızca belirli besinleri tükettikleri için arkadaşlarının davetlerini reddetmekte ve aileleri ile görüşmeyi azaltmaktadırlar. Ayrıca ortorektik kişilerin aileleri ve arkadaşları onlarla görüşmekten sakınmaktadırlar. Çünkü ortorektik kişilerin tek konuştuğu konu sağlıklı besinler ve beslenmedir (Arusoğlu, 2006).

2.7. Ortoreksiya Nervozanın Tedavisi

Ortoreksiyanın altında yatan motivasyon çok yönlü olduğundan tedavisi zordur. Miller (Sinton, 2005), ortorektiklerin obsesyonlarıyla ilgili rotayı keskinleştirmeye gereksinimleri olduğunu belirtmektedir. İnsanlar sadece besinler konusunda değil, derinlemesine araştırıldığında derin duygusal konular dahil olmak üzere birçok konuda saplantıya sahiptirler. Bu saplantıların altında yatan problemleri araştırmak normal beslenmeye geçişi kolaylaştırabilecektir.

Ortorektik kişiler, “Ya Hep Ya Hiç” düşünce biçimi ile mücadele etmek için profesyonel desteğe ihtiyaç duyabilmekte ve normal beslenmeye geçmeyi taahhüt edebilmektedirler (Arusoğlu, 2006).

Ortoreksiya tedavisi doktor, psikoterapist ve diyetisyenler de dahil olmak üzere multidisipliner bir ekip gerektirmektedir (Brytek-Matera, 2012). Bazı durumlarda ortorektik kişilerin tedavisinde seçici serotonin geri alım inhibitörleri ile bilişsel davranışçı terapi yöntemi uygulanabilir (Mathieu, 2005). Hastaların yakın çevreleri ile birlikte çalışmak ve beslenme teşvik eğitimleri, soruna nihai çözüm elde etmek için gerekli bileşenlerdir (Brytek-Matera, 2012).

Miller (2005, aktaran Sinton), tedavide, besin kuramlarına dikkat edilmesi gerektiğini, kişilerin öz değerlerinin ve yaşantılarının sadece besinler etrafında dönmediğinin farkına varmalarını 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.

2.8. Ortoreksiya Üzerine Yapılan Yurtiçi ve Yurtdışı Araştırmalar

Donini ve diğerleri (2004), İtalya’da farklı kökenden gelen insanların beslenme ve besinler hakkındaki görüşlerini belirlemek amacıyla 525 birey üzerinde araştırma yapmışlardır. Katılımcılar hem besin seçimleri hem de obsesif kompulsif ve fobik özellikler açısından değerlendirilmiştir. Sağlıklı besin seçimi değerlendirmesinde, dağılımın uçta yer alan %25’lik kısmına girenler “sağlık fanatikleri olarak tanımlanmıştır. Sonuçta araştırmaya katılanlardan yaklaşık %7’sinde ortoreksiya nervoza görülmüştür. Bunun da büyük kısmını erkeklerin ve eğitim seviyesi düşük kişilerin oluşturduğu tespit edilmiştir.

Bosi, Çamur ve Güler (2006)’in, Hacettepe Üniversitesi’nde çalışan 149 kadın ve 169 erkek olmak üzere toplam 318 tıp doktoru ile ORTO-15 testini kullanarak tanımlayıcı tipte yaptıkları araştırmada, çalışmaya katılan kişilerin %45.5’inin ortorektik olduğu görülmüştür.

Arusoğlu (2006), ortoreksiya nervoza belirti sıklığı ve beslenme alışkanlıklarına etki eden etmenlerin etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada, eğitim düzeyi azaldıkça ortorektik belirtilerin artış gösterdiğini, yaş ortalaması ve toplam eğitim süresi düştükçe ortorektik eğilimlerin artış gösterdiğini, evli çiftlerin bekarlara göre daha yüksek oranda ortorektik risk taşıdıklarını ve çocuk sahibi olmanın ortorektik eğilimleri artırdığını ve çocuk sayısındaki artışın ortorektik belirtilerdeki artışla paralellik gösterdiğini tespit etmiştir.

Eriksson, Baigi ve Marklund (2008), 251 katılımcı ile vücut geliştiren bireylerin ortorektik olma durumları üzerine yaptıkları çalışmada, ortoreksiya nervoza gibi yeme bozukluklarının belirli bir kilo ve vücut şekli gerektiren sporlara katılan bireyler arasında daha yaygın olarak görüldüğü bulunmuştur.

Arusoğlu, Kabakçı ve Köksal (2008), yaptıkları çalışmada ortorektik eğilimleri değerlendirmek üzere ORTO-11’in Türkçe’ye uyarlaması ve ortoreksiyanın yeme

tutumu, obsesif belirtiler ve bazı demografik değişkenlerle olan ilişkisini araştırmışlardır. Üniversite üstü eğitim alanların diğer eğitim seviyelerindekilere göre daha düşük ortorektik eğilimler gösterdiğini, erkeklerin ortorektik eğilimlerinin kadınlara oranla daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir. Araştırma bulgularına göre, yeme tutumu bozuk ve obsesif kompulsif belirtileri fazla olan bireylerde beden kitle indeksi yükseldikçe ortorektik eğilimlerin arttığı saptanmıştır.

Kummer, Dias ve Teixeira (2008), yaptıkları çalışmada ortorektik olguların görüldüğü durumları, kilo verme amacı olmayan normal beslenenler, semptomatik beslenenler ve ortorektik özelliklere sahip anoreksiya hastaları şeklinde sınıflandırmışlardır.

Aksoydan ve Camci (2009), performans sanatçıları ile bir çalışma yapmışlardır. Çalışmanın amacı Devlet Opera ve Balesi ile Bilkent Üniversitesi Senfoni Orkestrası sanatçıları arasında ortoreksiya nervoza prevalansının saptanmasıdır. Araştırma 94 sanatçı ile yapılmış ve sanatçıların %56,4'ünde ortoreksiya nervoza görülmüştür.

Fidan ve diğerleri (2010), Türkiye'deki tıp öğrencileri arasında ortoreksiya nervozanın yaygınlığını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, tıp öğrencileri arasında ortoreksiya nervozanın yaygınlığının yüksek olduğu (%43.6), yaygınlığın erkek öğrencilerde kız öğrencilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. 818 tıp fakültesi öğrencisi üzerinde yapılan çalışmaya göre öğrencilerin %1.9'u ORTO-11 testinden düşük puan almışlardır. Bu sonuca göre ORTO-11 testinden düşük puan alan öğrencilerin, daha yüksek ortorektik eğilimler gösterebilecekleri ifade edilebilir. Yapılan çalışmada, ORTO-11 testinden yüksek puan alan öğrencilerin yarısından biraz fazlasının erkek olduğu, büyük çoğunluğunun normal BKİ değerlerinde bulunduğu ve sigara kullanmadığı bulunmuştur.

Kazkondur (2010), ortoreksiya nervoza belirtilerini incelemek amacıyla yüksek sosyo-ekonomik düzeyi tanımlayıcı üç üniversitede öğrenim gören 338 üniversite öğrencisi ile araştırma yapmıştır. Kız ve erkek öğrencilerin ortoreksiya nervoza durumları değerlendirildiğinde, erkek öğrencilerin kızlara göre daha fazla ortorektik eğilimler gösterdiği saptanmıştır. Yaş ilerledikçe ortorektik eğilim gösterme durumu

da artmıştır. Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğu riski arttıkça ortoreksiya nervoza belirtilerinin de artış gösterdiği saptanmıştır.

Gezer ve Kabaran (2013), beslenme ve diyetetik bölümünde öğrenim gören 106 kız öğrenci ile yaptıkları çalışmada yeme davranış bozukluğu riski arttıkça ortoreksiya ile obsesif kompulsif davranış riski istatistiksel yönden anlamlı olarak azaldığını bulmuştur. Ayrıca ortoreksiya nervoza riskindeki artış, obsesif kompulsif davranış riskindeki artış ve yeme davranış bozukluğu riskindeki azalış ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur.

2.9. Obsesif Kompulsif Bozukluk İle Yeme Bozuklukları Arasındaki İlişki

Obsesif kompulsif bozukluk obsesyon ve kompulsiyonlarla kendini gösteren bir kaygı bozukluğudur. Kimi zaman irade gücüne bağlı olmadan gelip, bastırılmayan bir iç sıkıntısına yol açan, zihni başka düşüncelere ya da eylemlere çevirerek giderilmek istenen, ısrarla tekrar tekrar kendini gösteren düşünceler, dürtüler ve hayaller genel olarak “obsesyon” olarak tanımlanır. Öte yandan, kişinin obsesyona bir tepki olarak ve endişesini hafifletmek amacıyla tekrar tekrar yapmaktan kendini alıkoyamadığı, davranışlar veya zihinsel eylemler kompulsiyon olarak tanımlanmaktadır (Köroğlu, 2014).

Yeme bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk ilişkisi 60 yılı aşkın süredir bilinmektedir (Abanoz, 2008). Klinik olarak anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozalı hastaların kilo almaktan korkma, zihni, besinlere ve vücut hatlarına odaklı bir biçimde aşırı derecede meşgul etme ve bunların yanı sıra, oburca atıştırmak, kusmak için karşı konulmaz biçimde zorlandığını duyumsama özellikleri, bir ölçüde obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda görülen uzaklaştırılmayan düşünceler ve tekrarlayan/ritüalistik davranışlara benzemektedir (Solyom, 1982). Bunun yanı sıra serotonin düzeyinde değişim gibi benzer bazı sinir sistemi kimyasalları ile ilgili özellikler de paylaşılmaktadır. Yapılan çalışmalarda her iki bozukluk arasında yüksek komorbidite bildirilmiştir (Abanoz, 2008).

Obsesif kompulsif bozukluk olgularında yeme bozukluğu, yeme bozukluğu hastalarında ise obsesif kompulsif bozukluğu yaygınlığına ilişkin çalışma sonuçları

değerlendirildiğinde obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastalarda yeme bozukluğu prevalansının %11 ila %16 arasında değiştiği görülmüştür (Fahy, Oscar ve Marks, 1993).

Türkiye’de obsesif kompulsif bozukluk ve yeme bozuklukları arasındaki ilişkinin varlığını ve boyutlarını açıklamak amacıyla Çelikel, Bingöl ve Yıldırım (2009) obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastalarla bu tanıyı almamış sağlıklı başka bir grubu karşılaştırmış ve sonuç olarak obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan kişilerin, obsesif kompulsif bozukluk tanısı almayan gruba göre, daha fazla yeme bozukluğu belirtisi gösterdiği bulunmuştur.

Anoreksiya ve bulimiya nervozalı 13-19 yaşlarındaki 30 kız çocuğu üzerinde yapılan bir çalışmada, bireylerin 1/3’ünün anoreksiya nervozalı olduğu ve obsesif kompulsif bozukluk gösterdiği saptanmıştır. Ayrıca yeme bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk ilişkisinin giderek arttığı gözlemlenmiştir (Rabe-Jablonska, 1996).

Yapılan bir başka çalışmada, obsesif kompulsif hastalarında yeme tutumu, kilo ve beden biçimine ilişkin problemlerinin yüksek oranlarda olduğu, özellikle obsesif kompulsif bozukluğa sahip kadın hastaların hayatlarının bir döneminde bazı yeme bozukluğu belirtilerini gösterdikleri ya da yeme bozukluğu tanısını karşıladıkları bildirilmiştir. Yine obsesif kompulsif bozukluğa sahip kadın hastaların, yeme bozukluğu envanteri parametrelerinin bazılarında (mükemmeliyetçilik ve beden memnuniyetsizliği gibi) yeme bozukluğu hastalarına benzer puanlar aldıkları bildirilmiştir. (Cooper, 1995)

2.10. Spor ve Beslenme

Spor ve beslenme ilişkisinin, sağlıklı yaşama olumlu etkilerinin ortaya çıkmasıyla birlikte, bu konuda bilimsel araştırmalarda hızlı bir artış meydana gelmiştir. Çünkü sağlıklı bir yaşam için, bireyin beden ve ruhen sağlıklı olması önemlidir.

Spor ve beslenmenin sağlıklı yaşama olumlu etkisi, tarihin çok eski dönemlerinden itibaren bilinmektedir. Hipokrat M.Ö. 480’de sağlıklı yaşamın temel ilkesini

şöyle açıklamıştır: “Sağlıklı yaşam için, bireyin beden yapısının ve çeşitli besinlerin etkilerinin bilinmesi gerekir. Ancak beslenme tek başına sağlıklı bir yaşam için yeterli değildir. Beslenmeye ek olarak sağlıklı yaşam için egzersiz de yapılmalıdır.” (Bozkurt, 2001). Hipokrat aynı zamanda kişinin vücuduna karşı sorumlu olduğunu ve sağlam bir kafanın sağlam bir vücutta olacağını vurgulamıştır. Bu nedenle günümüzün yaşam şartları ile ortaya çıkan sağlık sorunları, insanları düzenli spor yapmaya, düzenli beslenmeye ve her iki konuda da doğru bilgileneceğe zorlamaktadır (Ersoy, 1998).

Spor ve beslenme ilişkisi sadece sağlığı bozulmuş insanları ilgilendiren bir konu değildir. Günümüzde yeterli ve dengeli beslenmenin sağlıklı bir yaşam için tek başına yeterli olmayacağını bilincinde olan insanlar birçok spor dalı ile ilgilenmektedir.

BÖLÜM III

3.YÖNTEM

3.1.Evren ve Örneklem

Araştırmaya yaşları 20 ile 45 arasında değişen 87 kadın ve 113 erkek olmak üzere toplam 200 kişi katılmıştır. Araştırmanın örneklemini spor yapan ve yapmayan kişilerden oluşturulmuştur.

Tablo 1: Deneklerin Cinsiyet Dağılımı

Cinsiyet	Frekans (n)	% (%)
Kadın	87	43,5
Erkek	113	56,5
Toplam	200	100

Araştırmaya katılan 200 kişiden 113'ü (%56,5) erkek ve 87'si (%43,5) kadındır.

Tablo 2: Deneklerin Yaş Dağılımı

Yaş	Frekans (n)	% (%)
20-26	104	52
27-33	82	41
34-40	14	7
Toplam	200	100

Araştırmaya 20-26 yaş arası 104 kişi (%52), 27-33 yaş arası 82 kişi (%41), 34-40 yaş arası 14 kişi (%7), 40 ve üstü 4 kişi (%2) katılmıştır.

Tablo 3: Spor Yapan / Yapmayan Kişilerin Frekans Dağılımı

Durumu	Frekans (n)	% (%)
Spor yapan	100	50
Spor yapmayan	100	50
Total	200	100

Araştırmaya spor yapan 100 kişi (%50) ve spor yapmayan 100 (%50) kişi olmak üzere toplamda 200 kişi katılmıştır.

Tablo 4: Spor Yapma Durumlarına Göre Cinsiyet, Yaş Grubu, Eğitim Durumu ve Medeni Durum Dağılımı

Değişkenler		Spor Yapanlar	Spor Yapmayanlar
Cinsiyet	Kadın	44	43
	Erkek	56	57
Yaş Grubu	20-26	40	64
	27-33	50	32
	34-40	10	4
Eğitim Durumu	Üniversite	91	79
	Ü. Sonrası	9	21
Medeni Durum	Bekar	89	82
	Evli	11	18

Araştırmaya katılan kişilerin spor yapma durumlarına göre cinsiyet dağılımı incelendiğinde; spor yapan kişilerden 44'ü kadın ve 56'sı erkektir. Spor yapmayan kişilerden ise 43'ü kadın ve 57'si erkektir.

Araştırmaya spor yapan 20-26 yaş arası 40 kişi, 27-33 yaş arası 50 kişi ve 34-40 yaş arası 10 kişi katılmıştır. Spor yapmayan 20-26 yaş arası 64 kişi, 27-33 yaş arası 32 kişi, 34-40 yaş arası 4 kişi katılmıştır.

Araştırmaya katılan kişilerin spor yapma durumlarına göre medeni durum dağılımı incelendiğinde; spor yapan kişilerden 89'u bekar ve 11'i evli, spor yapmayan kişilerden 82'si bekar ve 18'i evlidir.

Araştırmaya katılan kişiler eğitim durumu değişkeni açısından özel bir seçime tabi tutularak eğitim düzeyi üniversite ve üniversite sonrası olanlar araştırmaya dahil edilmiştir. Spor yapan kişilerin eğitim durumu; 91'i üniversite ve 9'u üniversite sonrasıdır. Spor yapmayan kişilerin eğitim durumu; 79'u üniversite ve 21'i üniversite sonrasıdır.

3.2.Araştırmanın Modeli

Bu araştırma, betimsel bir çalışma olup araştırmanın yürütülmesinde tarama modeli kullanılmıştır. Araştırmada, spor salonunda düzenli olarak spor yapan kişilerin ortoreksiya nervoza durumları belirlenmeye çalışılmıştır.

3.3.Verilerin Toplanması

Verileri toplamak için gerekli olan ölçeklerin uygulanabilmesi için İstanbul'daki fitness spor salonlarına gidilerek sorumlu kişilerden izin alınmış ve spor salonunda spor yapan kişilere uygulanmaya başlanmıştır. Bu kişilere hazırlanan anketler 4 ay süresince araştırmacı tarafından spor salonu ortamında yapılmış, uygulamaya katılan her kişiye araştırmanın amacı açıklanmıştır.

Çalışmaya katılan 100 kişiye spor salonunda ulaşılmış ve 80'ine anket soruları araştırmacı tarafından okunup verilen cevaplar cevap kağıdına işaretlenmiştir. Spor salonunda anket uygulamasına katılmayan ya da katılmak istemeyenlere, internet ile bağlantı kurularak anket formu gönderilmiş ve uygulamaya katılmaları sağlanmıştır.

2014 Mayıs ve Haziran aylarında kontrol grubu uygulamaları bilimsel araştırmalarda başvurulan online anket sitesi ile yapılmıştır.

Deney ve kontrol grubundaki kişilere; genel özellikleri hakkında bilgi sahibi olabilmek ve araştırmanın nitel olarak incelenebilmesi için açık uçlu soruların yer aldığı anket formu uygulanmıştır. Ortorektik belirtilerin belirlenebilmesi için Ortoreksiya Nervoza Değerlendirme Ölçeği (ORTO-15), yeme tutum ve davranışlarının değerlendirilebilmesi için Yeme Tutum Testi-40 (YTT-40), obsesif kompulsif belirtilerin belirlenebilmesi için Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) uygulanmıştır.

3.4.Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada kişisel bilgilerin ve nitel soruların yer aldığı form, Ortoreksiya Nervoza Değerlendirme Ölçeği (ORTO-15), Yeme Tutum Testi-40 (YTT-40) ve Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) kullanılmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi ve Nitel Soru Formu

Araştırmaya katılan kişilerin kişisel bilgi formunda genel bilgiler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, boy, ağırlık) yer almaktadır. Nitel soruların yer aldığı form da ise sağlıklı beslenme tutumunu ve pratiklerini inceleyebilmek için 10 soru sorulmuştur (Ek 2).

3.4.2. ORTO-15 Ölçeği

ORTO-15 ölçeği, Steven Bratman tarafından bireylerde ortoreksiya nervoza belirtilerini saptamak amacıyla geliştirilmiş 10 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeği olarak hazırlanmıştır. Donini ve arkadaşları (2005) tarafından bu soru formundan bazı ifadelerin çıkartılıp yerine yenilerinin eklenmesi ve bazı sorularda ise ifadelerin yeniden düzenlenmesi ile İtalya’da geliştirilen ölçek ortoreksiya nervoza eğilimini değerlendirmeyi amaçlamakta ve 15 sorudan oluşmaktadır.

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’tir. 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. Maddeler, bireylerin seçme, satın alma, hazırlama ve kendilerinin sağlıklı olarak nitelendirdikleri besinleri tüketme konularındaki obsesif davranışlarını araştırmaktadır.

Bratman`in testinden bazı maddeler (1, 3, 7, 8, 9, 10) sözel açıdan değiştirilerek alınmıştır. Kendini çok hissettiren bazı maddeler, daha net yanıt alabilmek açısından Donini ve arkadaşları (2005) tarafından değiştirilerek, ölçek orijinal kullanılabilirlik haline ulaşmıştır.

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.

Türkiye`de Arusoğlu ve diğerleri (2008) tarafından ORTO-15 testinin faktör ve iç tutarlılık analizi yapılmış olup yapılan faktör analizi sonucunda testin özdeğeri 1.0 üstünde 3 faktör olarak belirlenmiştir. Maddelerin faktör yüklerinin -0.44 ile 0.69 arasında değiştiği belirlenmiştir. Birinci faktöre yüklenen maddelerin genellikle sağlıklı beslenme ile ilgili endişeleri ve duyguları içerdiği, ikinci faktöre besin seçimi ile ilgili davranışları içeren maddelerin yüklendiği, üçüncü faktörü ise beslenme ile ilgili bilişleri içeren maddelerin oluşturduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle faktörlere sırasıyla duygu, davranış ve biliş adlar verilmiştir. Faktörlerin iç tutarlılık katsayıları da sırasıyla 0.14, 0.44 ve 0.18 olarak bulunmuştur.

3.4.3.Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi

Mausley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL), Hodgson ve Rachman tarafından (1977) obsesif kompulsif belirtilerin düzeyini ve türünü araştırmayı amaçlamak için geliştirilmiştir.

Ölçeğin orijinal formu temizlik, yavaşlık, kuşku ve kontrol olmak üzere dört skaladan oluşmakta ve ölçekte toplam 30 madde yer almaktadır. Her madde doğru veya yanlış şeklinde değerlendirilmekte, doğru seçeneği 1, yanlış seçeneği 0 puan almaktadır. Tüm maddelere verilen puanların toplanması ile ölçek toplam puanı elde edilmekte ve puan artışı belirti düzeyinin artışına işaret etmektedir.

Ölçeğin Türkçe formunun uyarlaması, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Erol ve Savaşır (1988) tarafından yapılmış ve MMPI`den 7 madde eklenmesi ile ölçek toplam 37 madde olarak yeniden düzenlenmiştir.

Ölçeğin güvenirlik çalışmasında tüm ölçek için Cronbach alfa katsayısı .86, test-tekrar test güvenirliği $r = .88$ olarak; alt ölçeklere göre ise bu değerler sırası ile .61-.65 ve $r = .59$ -.84 olarak belirlenmiştir.

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

3.4.4.Yeme Tutum Testi

Yeme Tutum Testi (YTT-40), 1979'da Garner ve Garfinkel tarafından anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza belirtilerini objektif olarak ölçen bir kendini değerlendirme ölçeği olarak geliştirilmiştir. Ölçek 40 maddeden oluşmakta ve maddeler cevapları her zaman-hiçbir zaman arasında değişen 6'lı likert tipi bir ölçek üzerinde işaretlenmektedir. Puanlama patolojik olarak uç noktalarda yer alan yanıtlara göre yapılmakta ve puanlar 0-3 arasında değişmektedir. Ölçekteki 1, 18, 19, 23,27 ve 39 numaralı sorular için bazen seçeneği 1, nadiren seçeneği 2, hiçbir zaman seçeneği 3 puan alırken diğer seçenekler 0 puan almaktadır. Ölçekteki tüm diğer sorularda ise daima, çok sık ve sık sık seçenekleri sırasıyla 3, 2 ve 1 puan alırken diğer seçenekler 0 puan almaktadır. Otuz puan ve üzeri anlamlı olup toplam puan düzeyi psikopatoloji düzeyiyle doğrudan ilişkilidir. Anoreksiya için ayırım puanı30 olarak belirlenmiştir, testten en fazla 120 puan alınabilmektedir. EAT-40 risk profillerinde; EAT-40 toplam puanı21`den düşük ise düşük risk, 21-30 arasında ise orta risk, 30`dan yüksek ise yüksek risk olarak belirlenmiştir.

YTT-40, birçok çok çalışmada yeme bozuklukları olan hastaların, yemek yemekle ilgili davranış ve tutumları ile normal bireylerdeki yeme davranışında olası bozuklukların belirtilerini ölçmek üzere yapılandırılmıştır (Arusoğlu, 2006).

Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları 1989'da Savaşır ve Erol tarafından gerçekleştirilmiştir. 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 (Öner, 1997). Bu sonuçlar, iç tutarlığın kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermektedir.

3.4.5. Beden Kitle İndeksi (BKİ)

Beden Kitle İndeksi (BKİ), vücut ağırlığının, boyun karesine oranı olup en pratik vücut ağırlığını değerlendirme yöntemidir.

$$BKİ (kg/m^2)= VA (kg)/ Boy^2 (m)$$

BKİ ölçülürken vücut ağırlığı birimi kg, boy ise metre olarak alınır. Beden kitle indeksi hesaplanarak ortaya çıkan değer, aşağıda yer alan sınıflandırmaya göre gruplandırılarak vücut ağırlığı değerlendirilmesi yapılır.

<u>BKİ Değeri</u>	<u>Sınıflandırma</u>
18.5 altı	Zayıf
18.5-24.9	Normal
25.0-29.9	Hafif Şişman
30.0 ve üstü	Şişman

3.5.Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma verileri SPSS (The Statistical Package for The Social Sciences) 20.0 programı ile değerlendirilmiştir. Nicel veriler, spor yapan ve spor yapmayan kişilerin ORTO-15, YTT-40 ve MOKSL ölçeklerinden elde edilen puanlardan oluşmaktadır.

İkiden fazla veya daha çok grup ortalamaları arasında farklılık olup olmadığını test etmek için ANOVA (tek-yönlü varyans analizi) kullanılmıştır. İki grup ortalamaları arasındaki farklılığın saptanmasında t-testi kullanılmıştır. Obsesifkompulsif bozukluk, yeme tutumu ve ortoreksiya nervoza değişkenleri arasındaki ilişki Pearson korelasyonu katsayısı ile incelenmiştir.

Spor yapan gruptan elde edilen nitel veriler ise, araştırmacı tarafından tematik olarak kodlanmış ve kodlamanın hakemliğini tez danışmanı yapmıştır.

BÖLÜM IV

4. BULGULAR VE YORUM

4.1. İstatistiksel Bulgular

Beslenme bilgilerine erişim açısından dağılımlar incelendiğinde her iki grupta da en çok bilginin kitle iletişim araçlarından sağlandığı bulunmuştur. Spor yapan grup için en çok bilgi kitle iletişim araçlarından sağlanırken en az bilgi ise diğer etkenlerden sağlandığı görülmektedir. Spor yapmayan grup için ise en çok bilgi kitle iletişim araçlarından sağlanırken, en son bilgi alınan yer sağlık kulüpleri olarak bulunmuştur.

Tablo 5: Spor Yapma Durumlarına Göre Beslenme Bilgilerine Erişim Dağılımı

Beslenme bilgilerine erişim kaynakları	Spor yapma durumu	
	Spor yapan (%)	Spor yapmayan (%)
Kitle iletişim araçları	74	70
Kitaplar, bilimsel yayın vs.	39	42
Diyetisyen	25	20
Doktor	15	15
Sağlık kulüpleri	32	10
Çevre	45	51
Diğer	14	21

Araştırmaya katılanların yeme tutumu durumları, spor yapma durumlarına göre incelenmiş ve Tablo 8’de spor yapan ve spor yapmayan grubun yeme tutumları karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 8’ in incelenmesinden anlaşılacağı gibi spor yapan ve spor yapmayanların yeme tutumu testine ilişkin görüşlerinde farklılıklar bulunmaktadır. Spor yapanların (M=18.34) spor yapmayanlara göre (M=13.67) daha bozuk yeme tutumu sergiledikleri gözlenmiştir. Diğer taraftan spor yapan ve spor yapmayanların arasındaki bu farklılıkların anlamlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucuna göre, spor yapan ve spor yapmayanların yeme tutumları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t(198)=3.065$, $p<0.001$].

Tablo 6: Spor Yapma Durumlarına Göre Yeme Tutumu Durumlarının Karşılaştırılmasına Yönelik t-Testi Değerleri

	Spor yapma durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Yeme tutumu	Spor yapan	100	18.34	12.296	3.065	.002
	Spor yapmayan	100	13.67	9.002		

Araştırmaya katılanların obsesif kompulsif bozukluk durumları, spor yapma durumlarına göre incelenmiş ve Tablo 9’ da spor yapan ve spor yapmayan grubun obsesif kompulsif bozukluk durumları karşılaştırılması verilmiştir.

Spor yapanların obsesif kompulsif bozukluk test puan ortalaması (M=14.37), spor yapmayanların obsesif kompulsif bozukluk testi puan ortalamasından (M=13.39) daha yüksektir. Spor yapma durumlarına göre obsesif kompulsif bozukluk durumlarının karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [t(198)=-.930, p>0.05].

Tablo 7: Spor Yapma Durumlarına Göre Obsesif-Kompulsif Bozukluk Durumlarının Karşılaştırılmasının t-Testi Değerleri

	Spor yapma durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Obsesyon	Spor yapan	100	14.37	6.863	.930	.354
	Spor yapmayan	100	13.39	7.997		

Araştırmaya katılanların ortoreksiya nervoza durumları, spor yapma durumlarına göre incelenmiş ve Tablo 10’ da spor yapan ve spor yapmayan grubun ortoreksiya nervoza durumları karşılaştırılması verilmiştir.

Spor yapanların puan ortalamaları (M=35.32), spor yapmayanlardan (M=38.03) daha düşüktür. Buna göre spor yapanlar, spor yapmayanlara göre daha yüksek ortorektik eğilimler göstermektedir. Yapılan t-testi sonucuna göre, spor yapanların ve spor yapmayanların ortoreksiya nervoza durumları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [t(198)=4.847, p<0.001]

Tablo 8: Spor Yapma Durumlarına Göre Ortoreksiya Nervoza Durumlarının Karşılaştırılmasının t-Testi Değerleri

	Spor yapma durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Ortoreksiya	Spor yapan	100	35.32	6.863	4.847	.000
	Spor yapmayan	100	38.03	7.997		

Araştırmaya katılanların beden kitle indeksi durumları, spor yapma durumlarına göre incelenmiş ve Tablo 11’ da spor yapan ve spor yapmayan grubun beden kitle indeksi durumları karşılaştırılması verilmiştir.

Spor yapanların puan ortalamaları (M=23.23), spor yapmayanlardan (M=23.26) daha düşük olmasına rağmen ortalamalar birbirine çok yakındır. Yapılan t-testi sonucuna göre, spor yapanların ve spor yapmayanların beden kitle indeksi durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır [$t(198)=.054$, $p>0.05$].

Tablo 9: Spor Yapma Durumlarına Göre Beden Kitle İndeks Durumlarının Karşılaştırılmasının t-Testi Değerleri

	Spor yapma durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Beden Kitle İndeksi	Spor yapan	100	23.23	2.93124	.054	.957
	Spor yapmayan	100	23.26	3.70570		

Spor Yapanların Ortoreksiya Nervoza Durumları İle İlgili Bulgular

Bu bölümde spor yapanların ortoreksiya nervoza durumları 5 değişken açısından incelenerek, değişkenlere göre spor yapanların ortoreksiya nervoza durumları arasında farklılık olup olmadığı ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Spor yapanların ortoreksiya nervoza durumları cinsiyet değişkeni açısından incelenmiş ve Tablo 12’ de cinsiyete göre ortoreksiya nervoza karşılaştırılması verilmiştir.

Erkeklerin ortoreksiya nervoza puan ortalamaları (M=34.70), kadınların puan ortalamalarına (M=36.11) göre daha düşüktür. Buna göre erkekler kadınlara göre daha yüksek ortorektik eğilimler göstermektedir. Yapılan t-testi sonucuna göre kadın ve erkeklerin ortoreksiya nervoza durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır [t(98)=1.607, p>0.05].

Tablo 10: Cinsiyete Göre Ortoreksiya Nervoza Durumlarının Karşılaştırılmasının t-Testi Değerleri

	Cinsiyet	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Ortoreksiya	Kadın	44	36.11	3.157	1.607	.111
	Erkek	56	34.70	5.134		

Spor yapanların ortoreksiya nervoza durumları yaş grupları değişkeni açısından incelenmiş ve Tablo 13’ te yaş guruplarına göre ortoreksiya nervoza karşılaştırılması verilmiştir.

Ortoreksiya puan ortalamaları 20-26 yaş grubunda yer alan kişilerde (M=34.73) diğer gruplara göre daha düşük bulunmuştur. Buna göre 20-26 yaş aralığında bulunan kişilerin diğer yaş grubundaki kişilere göre daha fazla ortorektik eğilimler gösterdiği saptanmıştır. Ortalamalar arasındaki bu farklılıkların anlamlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan tek-yönlü varyans analizi sonucuna göre, farklı yaş grubundaki kişilerin ortoreksiya nervoza durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır [F(3,99)=1.694, p>0.05].

Tablo 11: Yaş Gruplarına Göre Ortoreksiya Nervoza Durumlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Varyans Analizi Sonuçları

	Yaş Grupları	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Ortoreksiya	20-26	40	34.73	4.685	1.849	.163
	27-33	50	35.32	4.221		
	34-40	10	37.70	3.773		

Spor yapanların ortoreksiya nervoza durumları eğitim durumu değişkeni açısından incelenmiş ve Tablo 14' te eğitim durumlarına göre ortoreksiya nervoza durumları karşılaştırılması verilmiştir.

Üniversite eğitim durumuna sahip kişilerin ortoreksiya nervoza puan ortalamaları (M=35.16) üniversite sonrası eğitim düzeyine sahip kişilerin puan ortalarından (M=36.89) daha düşüktür. Buna göre eğitim düzeyi üniversite olan kişilerin üniversite sonrası eğitim düzeyine sahip kişilerden daha fazla ortoreksitik eğilimler gösterdiği saptanmıştır. Yapılan t-testi sonucuna göre anlamlı bir fark bulunmamıştır [t=1.120, p>0.05].

Tablo 12: Eğitim Durumuna Göre Ortoreksiya Nervoza Durumlarının Karşılaştırılmasının t-Testi Değerleri

	Eğitim Durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Ortoreksiya	Üniversite	91	35.16	4.410	1.120	.266
	Üniversite Sonrası	9	36.89	4.372		

Spor yapanların ortoreksiya nervoza durumları medeni durum değişkeni açısından incelenmiş ve Tablo 15' te medeni duruma göre ortoreksiya nervoza durumları karşılaştırılması verilmiştir.

Medeni durumu bekar olanların puan ortalaması (M=35.25), evli olanların puan ortalamalarından (M=35.91) düşük olmasına rağmen ortalamalar birbirine çok yakındır. Yapılan t-testi sonucuna göre anlamlı bir fark bulunmamıştır [t=.467, p>0.05].

Tablo 13: Medeni Duruma Göre Ortoreksiya Nervoza Durumlarının Karşılaştırılmasının t-Testi Değerleri

	Medeni Durum	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Ortoreksiya	Bekar	89	35.25	4,501	.467	.641
	Evli	11	35.91	3.754		

Spor yapanların ortoreksiya nervoza durumları beden kitle indeksi grupları değişkenine göre incelenmiş ve Tablo 16’da beden kitle indeksi gruplarına göre ortoreksiya nervoza durumları karşılaştırılması verilmiştir. Hafif şişman grupta yer alanların ortoreksiya puan ortalamaları diğer grupta yer alanlara göre daha düşüktür. Ancak BKİ gruplarına göre ortoreksiya nervoza durumları normal bir dağılım göstermediği için analiz yapılmamıştır.

Tablo 14: Beden Kitle İndeksi (BKİ) Gruplarına Göre Ortoreksiya Nervoza Durumlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Varyans Analizi Sonuçları

	BKİ Grupları	N	Ortalama
Ortoreksiya	Zayıf	5	37
	Normal	69	35.45
	Hafif Şişman	24	34.54
	Şişman	2	36

Korelasyon Analizi: Tablo 17’ de ortoreksiya nervoza, obsesif kompulsif bozukluk ve yeme tutumu durumları arasında korelasyona bakılmıştır. ORTO-15 ölçeğinden alınan puanlar azaldıkça bozukluğa olan yatkınlık arttığından korelasyon katsayıları eksi olmasına karşın pozitif olarak yorumlanmış ve değerlendirmeler bu esasa göre alınmıştır. Buna göre obsesif kompulsif belirtileri olan bireylerin ortorektik belirtiler göstermeleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve pozitif bir korelasyon göstermiştir ($r=-,211$, $p=0.035$). Obsesif kompulsif bozukluk arttıkça ortoreksiya belirtilerinde artış bulunmuştur. Obsesif kompulsif bozukluk ile yeme tutumu arasındaki ilişki pozitif yönde ve anlamlı bulunmuştur ($r=,391$, $p=0.000$). Yeme tutumu testi puanıyla ORTO-15 testi puanı

arasındaki ilişki ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve pozitif bir korelasyon göstermiştir ($r=-,283$, $p=0.004$).

Özetle ortoreksiya belirtileri; obsesif kompulsif bozukluk ve yeme tutumu ile paralel yönde eğilim göstermiştir.

Tablo 15: Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Ortoreksiya Nervoza ve Yeme Tutumu Durumları Arasındaki Korelasyon Değerleri

	Ortoreksiya	Obsesyon	Yeme tutumu
Ortoreksiya		-,211*	-,283**
Obsesyon	-,211*		,391**
Yeme tutumu	-,283**	,391**	

* $p<.05$

** $p<.001$

Regresyon Analizi: ORTO değerlerini yordamak için regresyon analizinde obsesif kompulsif bozukluk, yeme tutumu, beden kitle indeksi, cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim durumu modele katılmıştır. Ortoreksiyayı yordamak için kullanılan adımsal modelde yaş ve yeme tutumu değişkenlerinin etkisinin istatistiksel olarak önemli olduğu ve modelde kaldığı bulunmuştur ($t=2.169$, $p=0.033$; $t=-2.168$, $p=0.033$). Diğer değişkenler istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır.

Bu değişkenlerin ortoreksiyaya olan yatkınlığı yeterli bir şekilde açıklamaması nedeniyle önemli bir doğrusal model kurulamamıştır. Yaş ve yeme tutumu için $R^2=0.161$ 'dir. Bu değişkenlerin ortoreksiyadaki değişimin ancak %16'sını (0.161) açıklayabildiği, kalan % 84'ünün ise açıklayamadığı görülmüştür.

Bu çalışmadan elde edilen model:

$$\text{ORTO} = 34,494 - 0,085 \times \text{YTT} + 1,659 \times \text{Yaş}$$

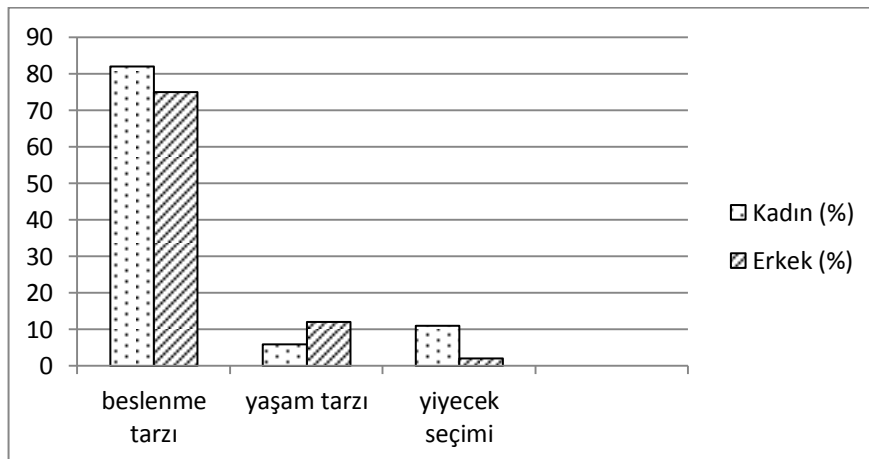
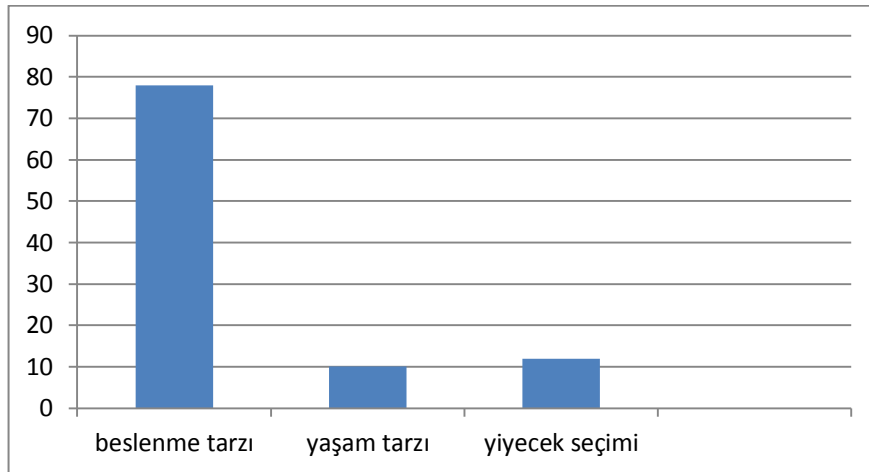
4.2. Nitel Bulgular

Spor yapanlar için nitel analiz bulguları:

1. Sağlıklı beslenmeden ne anlıyorsunuz?

“Sağlıklı beslenmeden ne anlıyorsunuz?” sorusu için araştırmaya katılan 100 kişiden 78’i beslenme tarzı, 12’si yiyecek seçimi, 10’u yaşam tarzı şeklinde değerlendirmiştir. Beslenme tarzı kategorisi için deneklerin verdikleri ifadelerden birkaçı şöyledir: “vücudun ihtiyacı olan besin öğelerini yeterli oranda tüketmek”, “düzenli, dengeli ve yeterli beslenmek”, “gerekli yiyecekleri gerekli ölçüde almak”. Yaşam tarzı kategorisi için deneklerin verdikleri ifadelerden birkaçı şöyledir: “düzenli yaşam”, “sağlıklı bir yaşam”, “uzun süreli yaşam”. Yiyecek seçimi kategorisi için ise deneklerin görüşleri; “organik besin tüketimi”, “vitamin değeri yüksek yiyecek tüketimi” şeklindedir.

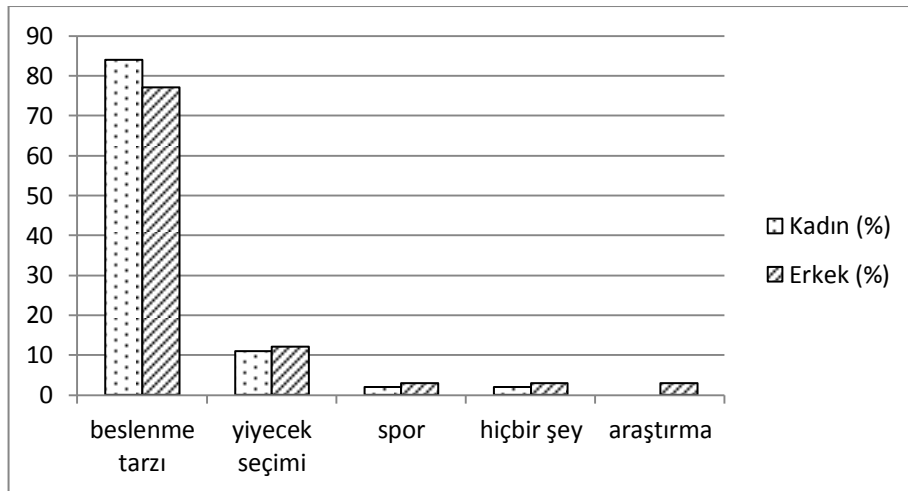
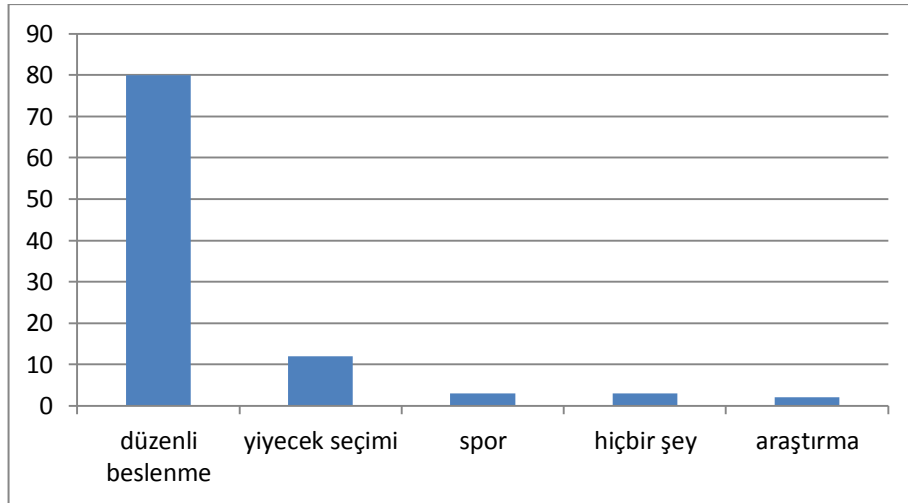
Şekil 1 ve Şekil 2: Sağlıklı beslenme anlayışı kategori değerlendirilmesi



2. Sağlıklı beslenme konusunda neler yapıyorsunuz?

“Sağlıklı beslenme konusunda neler yapıyorsunuz?” sorusu için araştırmaya katılan 100 kişiden 80’i beslenme tarzı, 12’si yiyecek seçimi, 3’ü spor, 3’ü hiçbir şey ve 2’si de araştırma şeklinde değerlendirmiştir. Beslenme tarzı kategorisi için deneklerin verdikleri ifadelerden birkaçı şöyledir: “öğününde yemek yiyorum”, “dengeli ve düzenli besleniyorum”. Yiyecek seçimi kategorisi için deneklerin görüşleri; “organik besinler tüketiyorum”, “vitamin değeri yüksek gıdaları tercih ediyorum” şeklindedir. Araştırma kategorisi için deneklerin verdikleri ifadeler ise; “uygulama öğrenmek için araştırma yapıyorum”, “beslenme konusunda dergileri ve internet sitelerini takip ediyorum” şeklindedir.

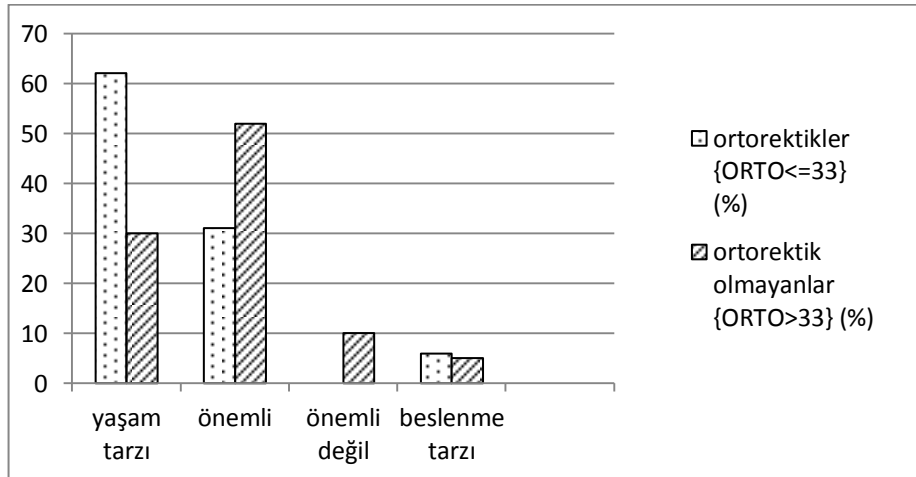
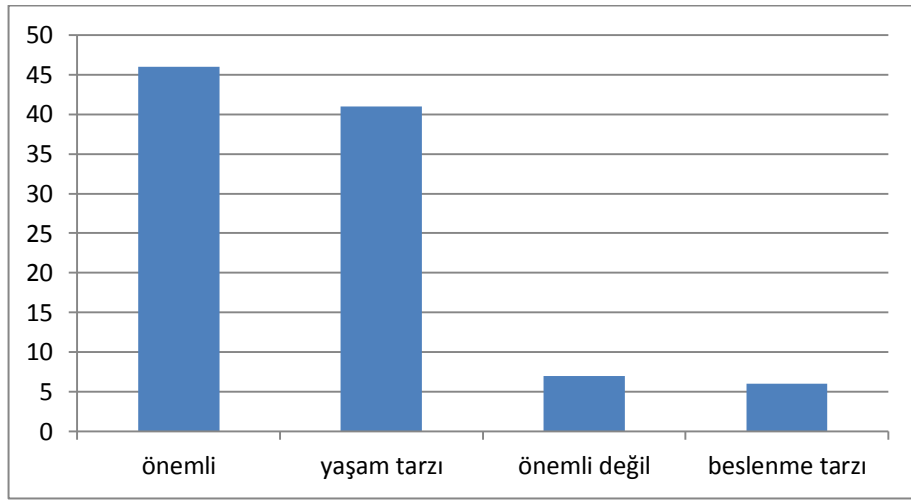
Şekil 3 ve Şekil4: Sağlıklı beslenme uygulamaları kategorik değerlendirilmesi



3. Sağlıklı beslenmenin sizin hayatınızdaki yeri nedir?

“Sağlıklı beslenmenin sizin hayatınızdaki yeri nedir” sorusu için araştırmaya katılan 100 kişiden 46’sı önemli, 41’i yaşam tarzı, 7’si önemli değil, 6’sı beslenme tarzı olarak değerlendirmiştir. Önemli kategorisi için deneklerin verdikleri ifadelerden birkaçı şöyledir: “özgüven katıyor bu yüzden önemlidir”, “hayatımda önemli bir yere sahip”. Yaşam tarzı kategorisi için deneklerin görüşleri; “yaşamımın bir parçası”, “hayatımın tamamını kapsıyor”, “hayat felsefem” şeklindedir.

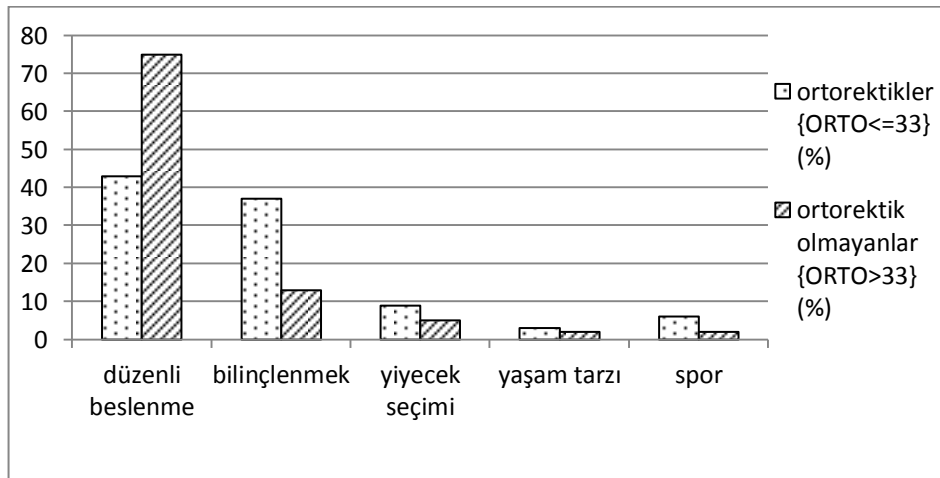
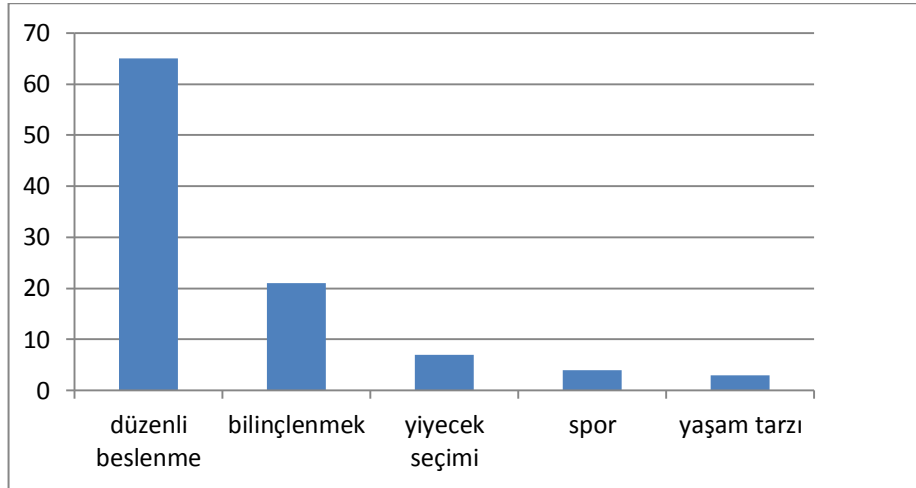
Şekil 5 ve Şekil6: Kategorilerin değerlendirilmesi



4. Sağlıklı beslenmek için sizce neler yapılabilir?

“Sağlıklı beslenmek için sizce neler yapılabilir?” sorusu için araştırmaya katılan 100 kişiden 65’i düzenli beslenme, 21’i bilinçlenmek, 7’si yiyecek seçimi, 4’ü spor ve 3’ü yaşam tarzı olarak değerlendirmiştir. Düzenli beslenme kategorisi için deneklerin verdikleri ifadelerden birkaçı şöyledir: “zamanında ve vücudun ihtiyacı olan şeyleri tüketmek”, “düzenli beslenmek”, “dikkatli ve düzenli beslenilebilir”. Bilinçlenmek kategorisi için denekler; “insanlar bilinçlenmeli”, “doktordan ya da diyetisyen bilgi alınmalıdır”, “ülkemizde bu konuda eğitimler küçük yaşta verilerek bilinçlendirilmeli” gibi görüşler ifade edilmiştir.

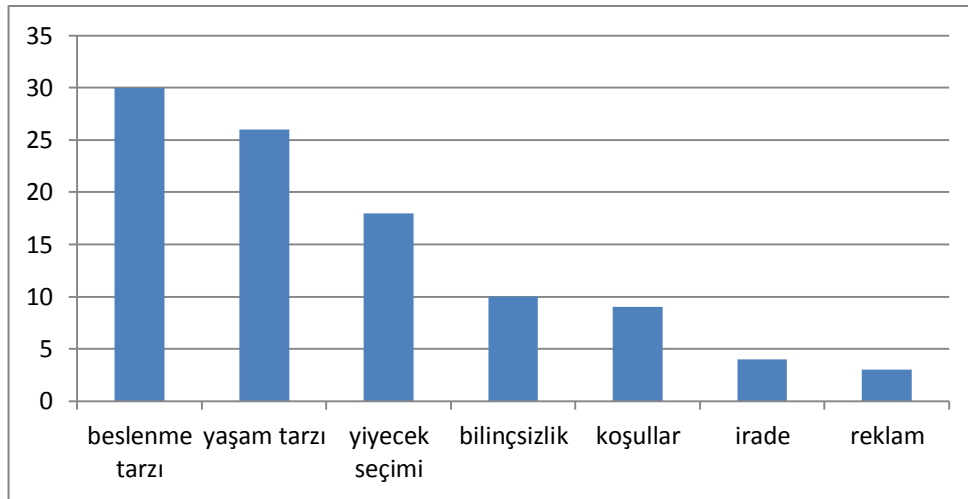
Şekil 7 ve Şekil 8: Sağlıklı beslenme için yapılabileceklerin kategorik değerlendirilmesi



5. Sağlıksız beslenmenin sebepleri sizce nelerdir?

“Sağlıksız beslenmenin sebepleri sizce nelerdir?” sorusu için araştırmaya katılan 100 kişiden 30’u beslenme tarzı, 26’sı yaşam tarzı, 18’i yiyecek seçimi, 10’u bilinçsizlik, 9’u koşullar, 4’ü irade, 3’ü reklam olarak değerlendirmiştir. Beslenme tarzı kategorisi için deneklerin görüşleri şu şekildedir: “düzensiz beslenme”, “yetersiz ve dengesiz beslenme”, “çok yağlı ve şekerli yiyecekler tüketmek”. Yaşam tarzı kategorisi için deneklerin ifadelerinden birkaçı; “düzensiz yaşam”, “günlük hayatın yoğunluğu”, “yaşam şekli ve iş temposu”, hızlı yaşam” şeklindedir. Koşullar kategorisi için ise denekler şu şekilde cevaplar vermiştir: “çevresel şartlar, zaman”, “maddiyat yetersizliği”.

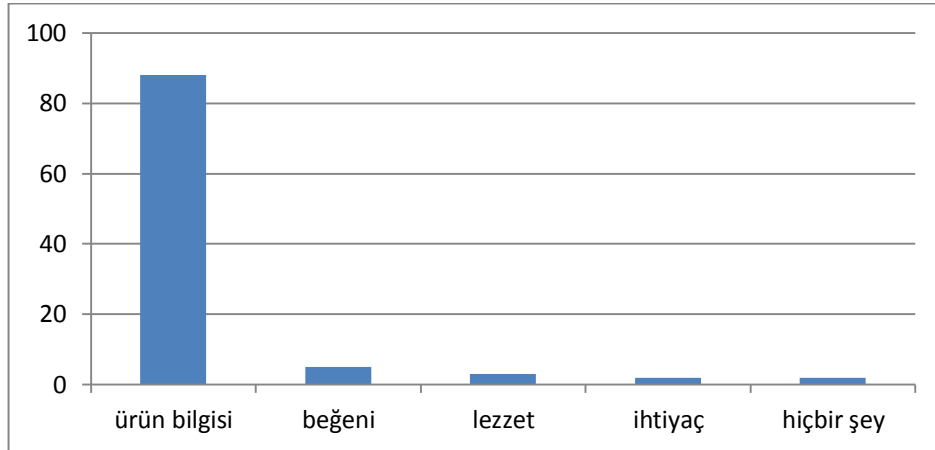
Şekil 9: Sağlıksız beslenme sebepleri kategorilerinin değerlendirilmesi



6. Yiyecek satın alırken en çok nelere dikkat edersiniz?

“Yiyecek satın alırken en çok nelere dikkat edersiniz?” sorusu için araştırmaya katılan 100 kişiden 88’i ürün bilgisi, 5’i beğeni, 3’ü lezzet, 2’si ihtiyaç, 2’si hiçbir şey olarak değerlendirmiştir. Ürün bilgisi kategorisi için deneklerin verdikleri cevaplardan birkaçı şöyledir: “son kullanma tarihine”, “içeriğine”, “yağ, kalori, protein değerlerine”, “besin değerine, katı yağ içerip içermediğine, katkı maddesi içerip içermediğine”. Beğeni kategorisi için ise deneklerin verdikleri cevaplardan birkaçı şu şekildedir: “kalitesine”, “görüntüsüne”.

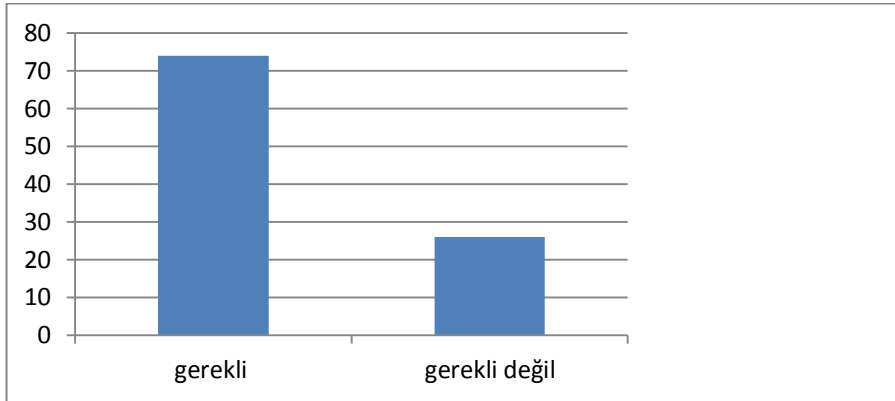
Şekil 10 ve Şekil 11: Yiyecek satın alma durumunun kategorik değerlendirilmesi



7. Diyet yapmanın gerekliliği hakkında ne düşünüyorsunuz?

“Diyet yapmanın gerekliliği hakkında ne düşünüyorsunuz?” sorusu için araştırmaya katılan 100 kişiden 74’ü gerekli, 26’sı gerekli değil olarak değerlendirmiştir. Gerekli kategorisi için deneklerin görüşleri şu şekildedir: “kesinlikle gereklidir”, “hayat boyu gereklidir”, “sağlık için önemli ve gereklidir”. Gerekli değil kategorisi için ise deneklerin görüşleri şu şekildedir: “gerekli bulmuyorum insan bedenine acı çektirmemeli”, “gerekli olduğunu düşünmüyorum, diyet yerine sağlıklı beslenilmeli”.

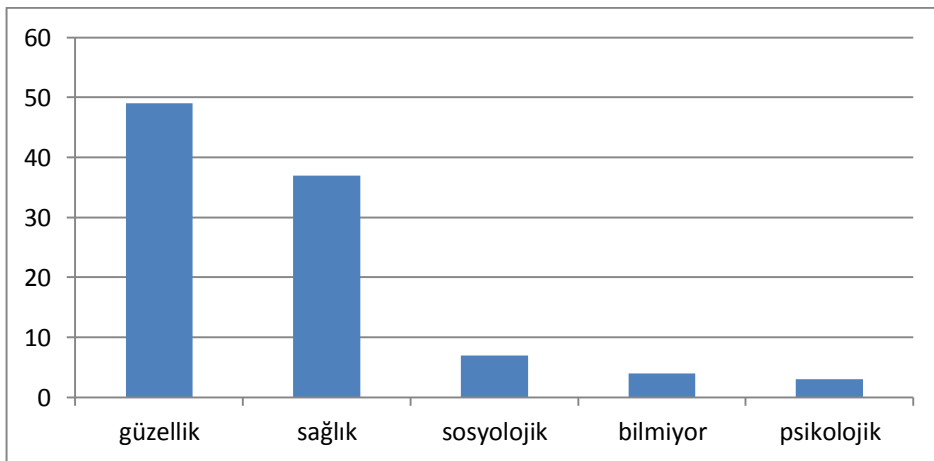
Şekil 12: Diyet yapmanın gerekliliği hakkında kategorik değerlendirme

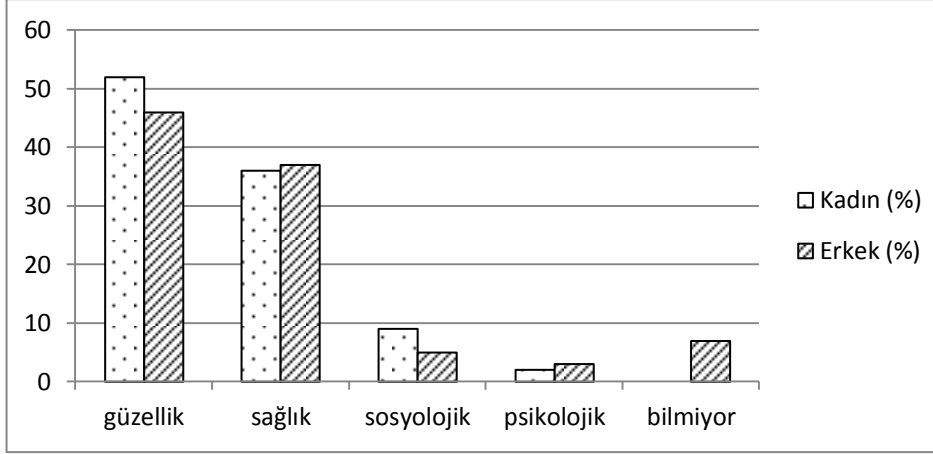


8. Sizce kadınlar neden diyet yapar?

“Sizce kadınlar neden diyet yapar?” sorusu için araştırmaya katılan 100 kişiden 49’u güzellik, 37’si sağlık, 7’si sosyolojik, 4’ü bilmiyor, 3’ü psikolojik olarak değerlendirmiştir. Güzellik kategorisi için deneklerin ifadelerinden bazıları şöyledir: “eşlerine ya da sevgililerine güzel görünmek için”, “daha güzel görünmek için”, “daha güzel bir vücuda sahip olmak için”. Sosyolojik kategorisi için ise görüşlerden birkaçı; “sosyolojik açıdan bakıyorlar”, “çevredeki insanların baskısı nedeniyle”, “kadınların kendi aralarındaki rekabeti” şeklindedir. Sağlık kategorisi için ise deneklerin ifadeleri şu şekildedir: “kilo verip daha sağlıklı olmak için”, “genel olarak zayıflamak ve daha sağlıklı bir metabolizmaya sahip olmak için”.

Şekil 13 ve 14: Kadınların diyet yapma nedenlerinin kategorik değerlendirmesi

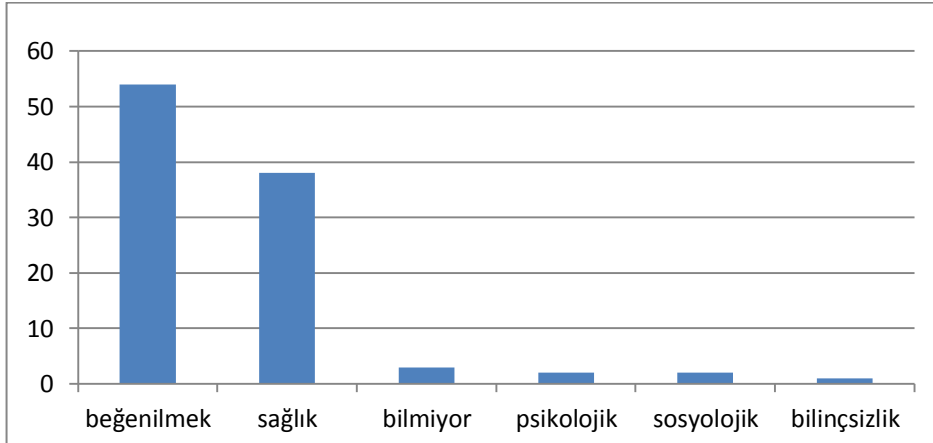


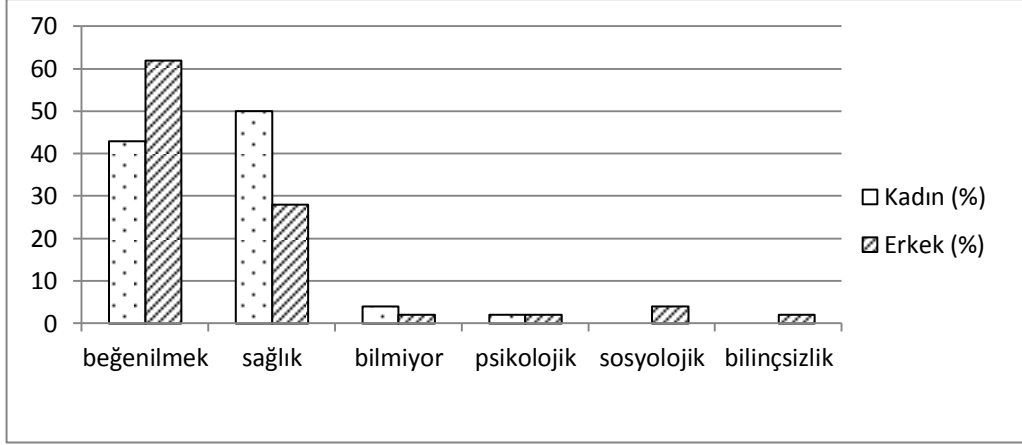


9. Sizce erkekler neden diyet yapar?

“Sizce erkekler neden diyet yapar?” sorusu için araştırmaya katılan 100 kişiden 54’ü beğenilmek, 38’i sağlık, 3’ü bilmiyor, 2’si psikolojik, 2’si sosyolojik, 1’si bilinçsizlik olarak değerlendirmiştir. Beğenilmek kategorisi için deneklerin verdikleri cevaplardan birkaçı şöyledir: “kadınların dikkatini çekmek için”, “dış görünüş ve beğenilme isteği”, “bayanlara iyi gözükmek için”, “fit olup kadınları etkilemek için”. Sağlık kategorisi için verilen cevaplardan bazıları ise şu şekildedir: “sağlıklı olmak için yaparlar”, “genelde fiziksel zorlanma nedeniyle.”

Şekil 15 ve16: Erkeklerin diyet yapma nedenlerinin kategorik değerlendirilmesi

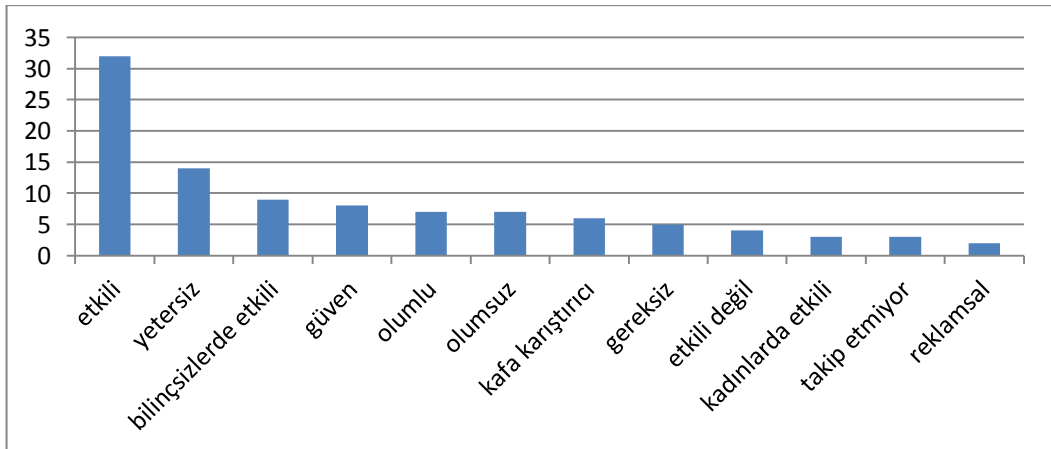




10. Diyet yapma konusunda televizyon programları, dergiler ve gazeteler gibi kitle iletişim araçlarının etkileri hakkında ne düşünüyorsunuz?

“Diyet yapma konusunda televizyon programları, dergiler ve gazeteler gibi kitle iletişim araçlarının etkileri hakkında ne düşünüyorsunuz?” sorusu için araştırmaya katılan 100 kişiden 32’si etkili, 14’ü yetersiz, 9’u bilinçsizlerde etkili, 8’i güven, 7’si olumlu, 7’si olumsuz, 6’sı kafa karıştırıcı, 5’i gereksiz, 4’ü etkili değil, 3’ü kadınlarda etkili, 3’ü takip etmiyor, 2’si reklamsal olarak değerlendirmiştir. Yetersiz kategorisi için deneklerin görüşleri şu şekildedir: “yetersiz buluyorum”, “daha iyi olabilirler”, “kişiye özel değil de ortaya konuşuluyor bu yüzden herkesin işine yaramıyor”.

Şekil 17: Diyet yapma konusunda kitle iletişim etkileri kategorilerinin değerlendirilmesi



BÖLÜM V

5. TARTIŞMA

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

Ortoreksiya nervoza, sağlıklı yiyeceklere karşı duyulan aşırı zihinsel uğraşmayı tanımlayan yeme bozukluğudur (Donini ve diğerleri, 2004). Ortoreksiya terimi Yunanca “doğru, uygun, geçerli” anlamlarına gelen “orthos” ve “iştah” anlamına gelen “orexis” kelimelerinin birleştirilmesi ile ilk kez Steven Bratman tarafından tanımlanmıştır. Bu sözcükler, sağlıklı ve uygun besinleri seçmek için “çılgınlık” düzeyindeki zihinsel uğraşı tanımlamak için de kullanılmıştır (Bratman ve Knight, 2000).

Ortorektik kişi zaman içerisinde ne yiyeceği, ne kadar yiyeceği ve sahip olduğu beslenme tutumunun sonuçları üzerine daha fazla odaklanmaya ve vaktinin çoğunu beslenmeye yönelik planlar için harcamaya başlamaktadır. Ortorektik olan kişinin hayatı, cazip olan besinlere karşı koyma savaşı, beslenmeye yönelik ufak hatalardan/kaçamaklardan dolayı kendini yargılama, kendinden daha sağlıklı beslenenlere karşı üstünlük hisleri tarafından kuşatılmaya başlar. Obsesif bir örüntüye dönüşen sağlıklı beslenme arzusu, kişinin diğer etkinliklerine yer bırakmayacak, ilişkilerine ve günlük işlevselliğine zarar verecek ve daha da önemlisi ciddi fiziksel tehlikeler doğurabilecek bir noktaya ilerleyebilmektedir (Aydın, 2010).

Araştırmada toplam 200 gönüllüden oluşan örneklemin % 43.5'i (n:87) kadın; % 56.5'i (n:113) erkektir. Medeni durum açısından değerlendirildiğinde örneklemin % 85.5'i (n:171) bekar, % 14.5'i (n:29) evlidir. Eğitim durumları açısından değerlendirildiğinde ise örneklemin % 85'i (n:170) üniversite, % 15'i (n:30) üniversite sonrası eğitim düzeyindedir.

Araştırmaya katılan kişilerde spor yapma durumlarına göre obsesif kompulsif bozukluk, yeme bozukluğu, ortoreksiya nervoza ve beden kitle indeksi durumları karşılaştırmaları yapılmış ve sonuçlar şu şekilde bulunmuştur:

Araştırmaya katılanlarda spor yapma durumlarına göre yeme tutumu durumu karşılaştırılması yapıldığında; spor yapanların yapmayanlara göre anlamlı bir şekilde daha bozuk yeme tutumu sergiledikleri gözlenmiştir. Spor yapanlarda yeme bozukluğu oranının daha fazla çıkması, bu kişilerin yeme bozuklukları ile baş edememeleri nedeniyle sporu çare olarak görmeleri düşünülebilir. Ayrıca yapılan nitel analiz sonucunda ise diyet yapmanın önemli/gerekli olduğunu 74 kişi belirtirken, yiyecek seçiminde de organik ve vitamin değeri yüksek olanları tercih ettiklerini ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan kişilerde spor yapma durumlarına göre obsesif kompulsif bozukluk durumu karşılaştırılması yapıldığında; spor yapanların obsesif kompulsif bozukluk testi puan ortalaması spor yapmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu durumun, spor yapanların beden algısı ve imajıyla ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılanlarda spor yapma durumlarına göre ortoreksiya nervoza durumları karşılaştırılmış ve spor yapanlar spor yapmayanlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek ortorektik belirtiler göstermiştir. Spor yapanlar için nitel verilere baktığımızda da, “Sağlıklı beslenmeden ne anlıyorsunuz?”, “Sağlıklı beslenme konusunda neler yapıyorsunuz?”, “Sağlıklı beslenme konusunda sizce neler yapılabilir?” soruları için özellikle organik ve vitamin değeri yüksek yiyeceklerin önemini belirtmişlerdir. Dolayısıyla spor yapma yiyecek seçimi ve beslenme tarzında duyarlılığın artmasına yol açmaktadır.

Araştırmaya katılanlarda spor yapma durumlarına göre beden kitle indeksi durumları karşılaştırılmış ve spor yapanların puan ortalamaları spor yapmayanlardan daha düşük olmasına rağmen ortalamalar birbirine çok yakın olarak bulunmuştur. Ancak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Aslında bu iki grup arasında çok farklılık saptanmamasına rağmen, kişilerin beden algısı ve imajına bağlı olarak spora yöneldikleri düşünülmektedir.

Spor yapanların ortoreksiya nervoza durumları cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu ve beden kitle indeksi grupları olmak üzere 5 değişken açısından incelenmiştir.

Spor yapanların ortoreksiya nervoza durumları cinsiyet değişkeni açısından incelendiğinde, erkeklerin ortoreksiya nervoza puan ortalamaları, kadınların puan ortalamalarına göre daha düşük bulunmuştur. Yani erkekler kadınlara göre daha yüksek ortorektik eğilimler göstermektedir. Yapılan t-testi sonucuna göre kadın ve erkeklerin ortoreksiya nervoza durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Nitel verilere bakıldığında araştırmaya katılanlar kadınların diyet yapmalarını güzellik, sağlık, sosyolojik ve psikolojik nedenlere bağlarken erkeklerin diyet yapmalarını da beğenilmek, sağlık, sosyoloji ve psikolojik nedenlere bağlamaktadırlar. Beğenilmek ve güzellik aslında aynı şeyi ifade etmektedir. Çünkü erkekler daha fit görüntü elde ederek beğenilmek isterken kadınlar da daha ince bir vücut görünümünü elde ederek güzel görünmek istemektedirler.

Literatüre bakıldığında bu araştırmadan elde edilen sonuçlar ile benzerlik gösteren çalışmalara rastlanmıştır.

Donini ve diğerleri (2004), İtalya'da farklı kökenden gelen insanların beslenme ve besinler hakkındaki görüşlerini belirlemek amacıyla 525 birey üzerinde yaptıkları çalışmada erkeklerin daha fazla ortorektik belirtiler gösterdiği saptanmıştır.

Fidan ve diğerleri (2010) tarafından Türkiye'deki tıp öğrencileri arasında ortoreksiya nervozanın yaygınlığını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada da, ortoreksiya nervoza yaygınlığının erkek öğrencilerde kız öğrencilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Kazkonda (2010), ortoreksiya nervoza belirtilerini incelemek amacıyla üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada, erkek öğrencilerin kızlara göre daha fazla ortorektik eğilimler gösterdiğini bulmuştur.

Erikson ve diğerlerinin (2007) vücut geliştiren bireylerin ortorektik olma durumları üzerine yaptıkları çalışmada, ortoreksiya nervoza gibi yeme bozukluklarının belirli bir kilo ve vücut şekli gerektiren sporlara katılan bireyler arasında daha yaygın görüldüğünü, özellikle vücut geliştiren erkeklerin zayıf ve kaslı bir vücut geliştirmek için kendilerini baskı altında hissettiklerini belirtmişlerdir.

Spor yapanların ortoreksiya nervoza durumları yaş değişkeni açısından incelendiğinde, 20-26 yaş aralığında bulunan kişilerin diğer yaş grubundaki kişilere göre daha fazla ortorektik eğilimler gösterdiği saptanmıştır. Yapılan t-testi sonucuna göre anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Arusoğlu (2006), ortoreksiya nervoza belirti sıklığı ve beslenme alışkanlıklarına etki eden etmenlerin etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada, yaş ortalaması düşükçe ortorektik eğilimin arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Kazkondur (2010)' nun çalışmasında da düşük yaş grubunda yer alanların daha fazla ortorektik eğilim gösterdiği saptanmıştır.

Düşük yaş grubunda yer alanların medyanın beslenme ile ilgili uyarılarını ve yakın çevresindekilerin besinlerle ilgili değerlendirmelerini önemsemeleri, bu kişilerin besin seçiminde daha seçici olmalarına ve dolayısıyla ortoreksiya eğilimi riskinin artmasına yol açtığı düşünülmektedir.

Spor yapanların ortoreksiya nervoza durumları eğitim durumu değişkeni açısından incelendiğinde, üniversite eğitim durumuna sahip kişilerin ortoreksiya nervoza puan ortalamaları üniversite sonrası eğitim düzeyine sahip kişilerin puan ortalarından daha düşüktür. Yani eğitim düzeyi üniversite olan kişilerin üniversite sonrası eğitim düzeyine sahip kişilerden daha fazla ortorektik eğilimler gösterdiği saptanmıştır. Yapılan t-testi sonucuna göre anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Arusoğlu (2006)' nun çalışmasında da eğitim düzeyi lise olanların en yüksek oranda, eğitim düzeyi doktora ve üzeri olanların ise en düşük oranda ortorektik riski taşıdıkları gözlenmiştir.

Spor yapanların ortoreksiya nervoza durumları medeni durum değişkeni açısından incelendiğinde, medeni durumu bekar olanların puan ortalaması, evli olanların puan ortalamalarından düşük olmasına rağmen ortalamalar birbirine çok yakındır. Ayrıca araştırmada evlilerin sayısı bekarlardan daha azdır. Yapılan t-testi sonucuna göre anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Donini ve diğerleri (2004) çalışmalarında medeni durumu dul olanlarda en fazla ortorektik eğilim bulmuşlardır.

Arusoğlu (2006)' nun çalışmasında ise evli çiftlerin bekarlara göre daha yüksek oranda ortorektik risk taşıdıkları gözlenmiştir. Farklı sonuçlar elde edilmesi sebebiyle medeni durum değişkenine ilişkin yeni çalışmaların yapılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Spor yapanlarda ortoreksiya nervoza durumları beden kitle indeksi değişkeni açısından incelenmiş ve hafif şişman kişilerin diğer gruptaki kişilere göre daha

fazla ortorektik eğilimler gösterdiği bulunmuştur. Ancak BKİ gruplarına göre ortoreksiya nervoza durumları normal bir dağılım göstermediği için analiz yapılmamıştır. Literatüre bakıldığında benzer sonuçlara rastlanmaktadır.

Kazkondur (2010) çalışmasında hafif şişman üniversite öğrencileri, diğer gruplarda yer alan üniversite öğrencilerine göre daha fazla ortorektik eğilimler göstermektedir.

Arusoglu (2006) çalışmasında beden kitle indeksi arttıkça ortorektik belirtiler artmaktadır. Yapılan başka bir çalışmada da vücut kitle indeksi arttıkça ortoreksiya riskinin arttığı sonucu elde edilmiştir (Fidan ve diğerleri, 2010).

Spor yapanların yeme tutumu testi, obsesif kompulsif bozukluk ve ORTO-15 testi puanları arasındaki ilişki durumuna bakılmıştır. Obsesif kompulsif belirtileri olan bireylerin ortorektik belirtiler göstermeleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve pozitif bir korelasyon göstermiştir. Obsesif kompulsif bozukluk arttıkça ortoreksiya belirtilerinde artış bulunmuştur. Obsesif kompulsif bozukluk ile yeme tutumu arasındaki ilişki pozitif yönde ve anlamlı bulunmuştur. Yeme tutum testi puanıyla ORTO testi puanı arasındaki ilişki ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve pozitif bir korelasyon göstermiştir. Kazkondur (2010) çalışmasında ortoreksiya, yeme tutumu ve obsesyon arasındaki korelasyon analizinde de aynı sonuç elde edilmiştir.

ORTO değerlerini yordamak için regresyon analizinde obsesif kompulsif bozukluk, yeme tutumu, beden kitle indeksi, cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim durumu modele katılmıştır. Model için yaş ve yeme tutumu değişkenleri istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Ortorektik belirtilere yakınlık ile ilişkilendirilen değişkenler ile yapılan bu analizde, değişkenlerin ortoreksiyaya yakınlığı yeterli bir şekilde açıklayamaması nedeniyle önemli bir doğrusal model kurulamamıştır. Yaş ve yeme tutumu değişkenlerinin ortoreksiyadaki değişimin ancak %16'sını (0.161) açıklayabildiği, kalan % 84'ünün ise açıklayamadığı görülmüştür. Bu değişkenleri etkileyebilecek başka etmenlerin de etkisi olduğu düşünülmektedir. Arusoglu (2006) çalışmasında da yapılan regresyon analizi sonucunda değişkenlerin ortoreksiyadaki değişimin %16'sını (0.166) açıklayabildiği elde edilmiştir. Çalışmaya obsesif kompulsif bozukluk, yeme tutumu, toplam eğitim süresi, yaş ve beden kitle indeksi

değişkenleri dahil edilmiş ve beden kitle indeksi dışındaki değişkenler istatistiksel olarak önemli bulunmuştur.

Araştırmadan elde edilen nitel bulgulara göre:

“Sağlıklı beslenmeden ne anlıyorsunuz?” sorusuna verilen cevaplardan elde edilen kategoriler cinsiyet değişkeni açısından değerlendirildiğinde; kadınlar ‘beslenme tarzı’ cevabını sıklıkla verirken erkekler ise ‘yaşam tarzı’ cevabını büyük bir oranda vermiştir. Dolayısıyla erkeklerin sağlıklı beslenmeyi bir yaşam tarzı olarak benimsemiş olmaları kadınlara göre daha yüksektir. Elde edilen bu sonuç nicel analiz sonuçları ile de benzerlik göstermektedir.

“Sağlıklı beslenme konusunda neler yapıyorsunuz?” sorusuna verilen cevaplardan elde edilen kategoriler cinsiyet değişkeni açısından değerlendirildiğinde; ‘araştırma’ kategorisinin erkekler tarafından verilen cevaplar sonucunda olduğu tespit edilmiştir. “Sağlıksız beslenmenin sebepleri sizce nelerdir?” sorusuna verilen cevaplardan elde edilen kategoriler cinsiyet değişkeni açısından değerlendirildiğinde; erkeklerin %16’sı kadınların ise %3’ü ‘bilinçsizlik’ kategorisi içerisine dahil olabilecek cevaplar vermiştir. Bu iki soru neticesinde sağlıklı beslenme konusunda erkeklerin daha fazla araştırma yapıyor olmaları ve bu konuda daha fazla bilinçsizliğin farkında olmaları da tespit edilmiştir.

Cinsiyet açısından sağlıklı beslenme tutumları ve pratikleri incelendiğinde erkeklerin sağlıklı beslenmeyi daha fazla benimsemiş olmalarının beden algısı ve imajı ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Spor salonunda kas kütlesini artırmaya yönelik bir takım özel diyetler uygulandığı da spor yapan bireyler tarafından anketlerde belirtilmiştir.

“Sağlıklı beslenme konusunda sizce neler yapılabilir?” sorusuna verilen cevaplardan elde edilen kategoriler ortorektik olma durumu açısından değerlendirildiğinde; ortorektikler ‘yiyecek seçimi’ cevabını sıklıkla verirken ortorektik olmayanlar ise ‘düzenli beslenme’ cevabını büyük bir oranda vermiştir. “Yiyecek satın alırken en çok nelere dikkat edersiniz?” sorusuna verilen cevaplardan elde edilen kategoriler ortorektik olma durumu açısından değerlendirildiğinde; ortorektik olmayanlar ‘lezzet’ ve ‘ihtiyaç’ cevaplarını verirken ortorektikler yalnızca ‘ürün

bilgisi' cevabını vermiştir. Dolayısıyla ortorektiklerin yiyecek seçimi konusundaki hassasiyetleri nitel analiz bulguları ile de tespit edilmiştir.

Sonuç olarak; günümüzde endüstrileşme, sosyo-ekonomik yapıdaki değişmeler ve gelişmeler, batı kültürüne açılma, sağlıklı olarak uzun süre yaşama isteği, kitle iletişim araçları ve reklamlar gibi etmenler beslenme alışkanlıkları ile besin tüketiminde değişmelere ve yeni eğilimlere neden olmaktadır.

BÖLÜM VI

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen istatistiksel bulguların sonuçlarına göre;

1. Spor yapma durumuna göre obsesif kompulsif bozukluk durumu karşılaştırılması yapıldığında; spor yapanların obsesif kompulsif bozukluk testi puan ortalaması spor yapmayanlara göre daha yüksektir. Ancak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.
2. Spor yapma durumuna göre yeme tutumu durumu karşılaştırılması yapıldığında; spor yapanların yapmayanlara göre anlamlı bir şekilde daha bozuk yeme tutumu sergiledikleri saptanmıştır.
3. Spor yapma durumuna göre ortoreksiya nervoza durumu karşılaştırılması yapıldığında; spor yapanlar spor yapmayanlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek ortorektik belirtiler göstermiştir.
4. Spor yapma durumuna göre beden kitle indeksi durumları karşılaştırılmış ve spor yapanların puan ortalamaları spor yapmayanlardan daha düşük olmasına rağmen ortalamalar birbirine çok yakın olarak bulunmuştur. Ancak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.
5. Spor yapanların ortoreksiya nervoza durumları cinsiyet değişkeni açısından incelendiğinde, erkeklerin ortoreksiya nervoza puan ortalamaları, kadınların puan ortalamalarına göre daha düşük bulunmuştur. Cinsiyet değişkeni açısından ortalamalar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.
6. Spor yapanların ortoreksiya nervoza durumları yaş değişkeni açısından incelendiğinde, 20-26 yaş aralığında bulunan kişilerin diğer yaş grubundaki kişilere göre daha fazla ortorektik eğilimler gösterdiği saptanmıştır. Yaş değişkeni açısından ortalamalar arasında anlamlı bir farklılık yoktur.
7. Spor yapanların ortoreksiya nervoza durumları eğitim durumu değişkeni açısından incelendiğinde, üniversite eğitim durumuna sahip kişilerin ortoreksiya nervoza puan ortalamaları üniversite sonrası eğitim düzeyine sahip kişilerin puan ortalamalarından daha düşüktür. Eğitim durumu değişkeni açısından ortalamalar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

8. Spor yapanların ortoreksiya nervoza durumları medeni durum değişkeni açısından incelendiğinde, medeni durumu bekar olanların puan ortalaması, evli olanların puan ortalamalarından dūřuk olmasına rağmen ortalamalar arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

9. Spor yapanlarda ortoreksiya nervoza durumları beden kitle indeksi değişkeni açısından incelenmiş ve hafif şişman kişilerin diğer gruptaki kişilere göre daha fazla ortorektik eğilimler gösterdiği bulunmuştur. Ancak BKİ gruplarına göre ortoreksiya nervoza durumları normal bir dağılım göstermediği için analiz yapılmamıştır.

10. Spor yapanların yeme tutumu testi, obsesif kompulsif bozukluk ve ORTO-15 testi puanları arasındaki ilişki durumuna bakılmıştır. Yeme tutumu testi puan ortalamaları ile ORTO-15 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ve pozitif bir korelasyon göstermiştir. Buna göre, spor yapanlarda yeme bozukluğu riski arttıkça ortoreksiya nervoza belirtileri de artmaktadır.

11. Obsesif kompulsif bozukluk puan ortalamaları ile yeme tutumu testi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ve pozitif bir korelasyon göstermiştir. Obsesif kompulsif bozukluk belirtisi arttıkça yeme bozukluğu belirtileri de artış göstermektedir.

12. Spor yapanların ORTO-15 puanları ile obsesif kompulsif bozukluk puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuş ve pozitif bir korelasyon göstermiştir. Obsesif kompulsif bozukluk belirtileri arttıkça ortoreksiya nervoza belirtilerinin de artış gösterdiği bulunmuştur.

13. ORTO değerlerini yordamak için regresyon analizinde obsesif kompulsif bozukluk, yeme tutumu, beden kitle indeksi, cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim durumu modele katılmıştır. Model için BKİ dışında bu değişkenler istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Ortorektik belirtilere yakınlık ile ilişkilendirilen değişkenler ile yapılan bu analizde, değişkenlerin ortoreksiyaya yakınlığı yeterli bir şekilde açıklayamaması nedeniyle önemli bir doğrusal model kurulamamıştır.

14. Bu çalışmanın modeli:

ORTO = 34,494-0,085×YTT+1,659×Yaş olarak bulunmuştur.

Araştırmadan elde edilen nitel bulguların sonuçlarına göre;

1. “Sağlıklı beslenmeden ne anlıyorsunuz?” sorusuna verilen cevaplardan elde edilen kategoriler değerlendirildiğinde; araştırmaya katılanların %78’i ‘beslenme tarzı’, %12’si ‘yiyecek seçimi’ ve %10’u ‘yaşam tarzı’ kategorisi içerisinde yer almıştır.
2. “Sağlıklı beslenme konusunda neler yapıyorsunuz?” sorusuna verilen cevaplardan elde edilen kategoriler değerlendirildiğinde; araştırmaya katılanların %80’i ‘beslenme tarzı’, %12’si ‘yiyecek seçimi’, %3’ü ‘spor’, %3’ü ‘hiçbir şey’ ve %2’si ‘araştırma’ kategorisi içerisinde yer almıştır. Cinsiyet grubu açısından değerlendirildiğinde; ‘araştırma’ kategorisinin erkekler tarafından verilen cevaplar sonucunda oluştuğu tespit edilmiştir.
3. “Sağlıklı beslenmenin sizin hayatınızdaki yeri nedir?” sorusuna verilen cevaplardan elde edilen kategoriler değerlendirildiğinde; araştırmaya katılanların %46’sı ‘önemli’, %41’i ‘yaşam tarzı’, %7’si ‘önemli değil’ ve %6’sı ‘beslenme tarzı’ kategorisi içerisinde yer almıştır. Cinsiyet grubu açısından değerlendirildiğinde; erkeklerin %55’i kadınların ise %23’ü ‘yaşam tarzı’ kategorisi içine dahil olabilecek cevaplar vermiştir. Dolayısıyla erkeklerin sağlıklı beslenmeyi bir yaşam tarzı olarak benimsemiş olmaları kadınlara göre daha yüksektir.
4. “Sağlıklı beslenmek için sizce neler yapılabilir?” sorusuna verilen cevaplardan elde edilen kategoriler değerlendirildiğinde; araştırmaya katılanların %65’i ‘düzenli beslenme’, %21’i ‘bilinçlenmek’, %7’si ‘yiyecek seçimi’, %4 ‘spor’ ve %3’ü ‘yaşam tarzı’ kategorisi içerisinde yer almıştır.
5. “Sağlıksız beslenmenin sebepleri sizce nelerdir?” sorusuna verilen cevaplardan elde edilen kategoriler değerlendirildiğinde; araştırmaya katılanların %30’u ‘beslenme tarzı’, %26’sı ‘yaşam tarzı’, %18’i ‘yiyecek seçimi’, %10’u ‘bilinçsizlik’, %9’u ‘koşullar’, %4’ü ‘irade’, %3’ü ‘reklam’ kategorisi içerisinde yer almıştır. Cinsiyet grubu açısından değerlendirildiğinde; erkeklerin %16’sı kadınların ise %3’ü ‘bilinçsizlik’ kategorisi içerisine dahil olabilecek cevaplar vermiştir.
6. “Yiyecek satın alırken en çok nelere dikkat edersiniz?” sorusuna verilen cevaplardan elde edilen kategoriler değerlendirildiğinde; araştırmaya katılanların %88’i ‘ürün

bilgisi', %5'i 'beğeni', %3'ü 'lezzet', %2'si 'ihtiyaç', %2'si 'hiçbir şey' kategorisi içerisinde yer almıştır.

7. "Diyet yapmanın gerekliliği hakkında ne düşünüyorsunuz?" sorusuna verilen cevaplardan elde edilen kategoriler değerlendirildiğinde; araştırmaya katılanların %74'ü 'gerekli', %26'sı 'gerekli değil' kategorisi içerisine dahil olabilecek cevaplar vermiştir.

8. "Sizce kadınlar neden diyet yaparlar?" sorusuna verilen cevaplardan elde edilen kategoriler değerlendirildiğinde; araştırmaya katılanların %49'u 'güzellik', %37'si 'sağlık', %7'si 'sosyolojik', %3'ü 'psikolojik'. %4'ü 'bilmiyor' kategorisine dahil olabilecek cevaplar vermiştir.

9. "Sizce erkekler neden diyet yaparlar?" sorusuna verilen cevaplardan elde edilen kategoriler değerlendirildiğinde; araştırmaya katılanların %54'ü 'beğenilmek', %38'i 'sağlık', %3'ü 'bilmiyor', %2'si 'psikolojik', %2'si 'sosyolojik', %1'i 'bilinçsizlik' kategorisi içerisine dahil olabilecek cevaplar vermiştir. Cinsiyet grubu açısından değerlendirildiğinde; kadınların %50'si 'sağlık' kategorisine dahil olabilecek cevaplar verirken, erkeklerin %63'ü 'beğenilmek' kategorisine dahil olabilecek cevaplar vermiştir. Dolayısıyla kadınlara göre erkekler genelde sağlık için diyet yaparken, erkeklere göre erkekler genelde beğenilmek için diyet yapmaktadırlar.

10. "Diyet yapma konusunda televizyon programları, dergiler ve gazeteler gibi kitle iletişim araçlarının etkileri hakkında ne düşünüyorsunuz?" sorusuna verilen cevaplardan elde edilen kategoriler değerlendirildiğinde; araştırmaya katılanların %32'si 'etkili', %14'ü 'yetersiz', %9'u 'bilinçsizlerde etkili', %8'i 'güven', %7'si 'olumlu', %7'si 'olumsuz', %6'sı 'kafa karıştırıcı', %5'i 'gereksiz', %4'ü 'etkili değil', %3'ü 'kadınlarda etkili', %3'ü 'takip etmiyor', %2'si 'reklamsal' kategorisi içerisine dahil olabilecek cevaplar vermiştir.

6.2. Öneriler

Çalışmada elde edilen sonuçlar ışığında uygulamalar ve gelecekte yapılacak araştırmalara ilişkin öneriler aşağıda sunulmuştur:

- Bu araştırma, sınırlı bir alanda yapılmış olup daha geniş bir alanda ve daha fazla örnekleme çalışma yapılabilir.
- Yeni bir kavram olan ortoreksiya nervoza ile ilgili kısıtlı çalışmaların olması, konunun daha fazla araştırılması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu konu ile ilgili yapılacak çalışmalarda beden algısı, benlik saygısı, denetim odağı ve anksiyete durumları incelenmelidir.
- Bozukluğun önümüzdeki yıllarda, belirli bir ortalamanın üstüne çıkması beklenildiğinden, diyetisyenlerin özel olarak eğitim almaları ve kendilerine bu yeni sınıflamadaki insanlara yönelik tedavi planı geliştirmeleri gerekmektedir.
- Uygulanan ölçeklerin anlaşılabilmesi ve daha doğru yanıtların alınabilmesi için araştırmacı gözetiminde doldurulması, araştırmanın güvenilirliği açısından önem taşımaktadır.
- Spor yapanların ortoreksiya nervoza yeme bozukluğu konusunda bilinçlendirilmeleri ve doğru bir beslenme tablosuna sahip olabilmeleri için her spor salonu bünyesinde diyetisyenler çalıştırılmalıdır.
- Kitle iletişim araçlarıyla halka doğru mesajların verilmesini sağlayan programlar geliştirilmeli ve uygulamaya başlanmalı, bilgiyi halk kitlelerine yaymak amacıyla özel gün ve kampanyalar düzenlenmeli, düzenlenen etkinliklere süreklilik kazandırılmalı ve günlük yaşam biçimine dönüştürülmesi sağlanmalıdır.
- Ortoreksiya nervoza yeme bozukluğu yeni bir kavram olduğundan dolayı rahatsızlığı en etkin şekilde azaltacak veya ortadan kaldıracak etkin tedavi yöntemleri geliştirilmeli ve ülkemizde ortoreksiya nervoza yeme bozukluğu yaygınlığının azalması için ortoreksiya nervoza riski bulunan bireylere tedavi yöntemlerinin uygulanması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- Abanoz, Z. (2008). Obsesif kompulsif bozukluklu hastalarda yeme semptomları ile yeme semptomlarını yordayan obsesif kompulsif belirtilerin araştırılması. Uzmanlık Tezi.
- Aksoydan, E. (2009). Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eat Weight Disord.* 14 (1): 33-37.
- Arusoğlu, G. (2006). Sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya) belirtilerinin incelenmesi, Orto-15 ölçeğinin uyarlanması. Yüksek Lisans Tezi.
- Arusoğlu G, Kabakçı E, Köksal G, Merdol TK. (2008). Orthorexia Nervosa and adaptation of ORTO-11 in Turkish. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 19 (3): 1-9.
- Aslantaş Ertekin, B. (2010). Yeme bozukluğu hastalarında aile ortamının ve aile işlevselliğinin değerlendirilmesi. Tıpta uzmanlık tezi.
- Bay, A. (2006). Pika ve demir eksikliği anemisinin oksidatif stres antioksidan kapasite ve eser elementler üzerine etkilerinin araştırılması. Yan Dal Uzmanlık Tezi.
- Bosi, ATB., Çamur, D., Güler, Ç. (2007). Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine. *Appetite*; 49: 661-666.
- Bozkurt, İ. (2001). Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okullarında Aktif Spor Yapan Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıklarının Belirlenmesi ve Değerlendirilmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi).Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Bratman, S., Knight, D. (2000). *Health Food Junkies: Overcoming the Obsession with Healthful Eating.* Broadway Boks.
- Bunnel, D.W., Shenker, I.R., Nussbaum, P.M. (1990). Subclimical versus form a eating disorders: differentiating psychological features. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 357-362.
- Cartwright MM. (2004). Eating disorder emergencies: understanding the medical complexities of the hospitalized eating disordered patient. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 16 (4):515-30.

Cooper, P.T. (1995). Eating disorders and their relationship to mood and anxiety disorders. In: Eating Disorders and Obesity, The Guilford Press, 23: 159-164.

Çelikel, F., Bingöl, T., Yıldırım, D., Tel, H., Erkorkmaz, Ü. (2009). Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında yeme tutumu. Nöropsikiyatri arşivi; 46: 3.

Donini, L.M., Marsili, D., Graziani, M.p., Imbriale, M., Cannella, C. (2004). Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. Eat weight disord, 9: 151-157.

Donini, L.M., Marsilli, D., Graziani M.P., Imbriale, M., Canella, C. (2005). Orthorexia Nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. Eating and Weight Disorders.; 10: 28-32.

Durhan, B. (2007). Demir eksikliği anemisi tanısı konulan hastalarda pika görülme sıklığı ve pikanın anemi semptomları ile ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi.

Eriksson, L., Baigi, A., Marklund, B., and Lindgren, E.C. (2008). Social physique anxiety and sociocultural attitudes toward appearance impact on orthorexia test in fitness participants. Scandinavian Journal of Medicine and Science inSports, 18: 389-394.

Erol, A., Toprak, G., ve Yazıcı, F. (2002). Üniversite öğrencisi kadınlarda yeme bozukluğu ve genel psikolojik belirtileri yordayan etkenler. Türk Psikiyatri Dergisi, 13 (1), 48-57.

Erol, N., Savaşır, I. (1988). Maudsley Obsesif-Kompulsif Soru Listesi, 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışma Kitabı, 107-114.

Ersoy, G. (1998). Sağlıklı Yaşam Spor ve Beslenme. 3. Baskı. Ankara: Damla Matbaacılık Reklamcılık ve Yayıncılık.

Fahy, T.A., Oscar, A., Marks, I. (1993). History of eating disorders in female patients with obsessive-compulsive disorders. Int. J. Eat. Disord; 14: 439-443.

Fidan, T., Ertekin, V., Işıkay, S., Kırkpınar I. (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. Compr Psychiatry, 51: 49-54

Garner, D.M., Garfinkel, P.E. (1979). The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9:273-279.

Gezer, C., Kabaran, S. (2013). Beslenme ve diyetetik bölümü kız öğrencileri arasında görülen ortoreksiya nervoza riski. *S.D.Ü. Sağlık Bilimleri Dergisi*; 4:1.

Gyrilli, V., Hafferl-Gattermayer, A., ve Wagner, G. (2005). Eating disorders and eating problems among adolescents with type I diabetes: exploring relationships with temperament and character. *Journal of Pediatric Psychology*, 30 (2), 197- 206.

Halmi, K., Lopez-Ibor, J.J., Sartorius, N. (2003). Classification, Diagnosis and Comorbidities of Eating Disorders: A Review. *Eating Disorders, WPA Series*, 6: 1-33.

Hodgson, R.J., and Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behavior Research and Therapy*, 15, 389-395.

Işık, B. (2009). Uludağ Üniversitesi öğrencilerinde yeme bozukluklarının araştırılması. Uzmanlık Tezi.

İkinci, Ö. (2010). Sağlıklı beslenme saplantı olursa? *Tübitak bilim ve teknik dergisi*, 516: 38-41.

Kazkondur, İ. (2010). Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) belirtilerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi

Kummer, F., Dias, M.V., Teixeira A. (2008). On the concept of orthorexia nervosa. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 18: 395-396.

Köroğlu, E. (2014). DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. HYB Yayıncılık, İstanbul, s.171-179.

Lucas, A.R., Huse, D.M. (1994). Behavioral disorders affecting food intake: anorexia nervosa and bulimia nervosa. İçinde: Shils, M., Olsan J.A. and Shike, M. (Ed) *Modern Nutrition in Health and Disease*. 977-983.

Mac Evilly, C. (2001). Facts Behind the Headlines. The Price of Perfection, British Nutrition Foundation, *Nutrition Bulletin*, 26: 275-276.

Matera-Brytek, A. (2012). Orthorexia nervosa –an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? Archives of psychiatry and psychoterapy, 1: 55-60.

Mathieu, J. (2005). What is orthorexia? Journal of the American Dietetic Association, 105 (10): 1510-1512.

Oğlağu, Z. (2012). Yeme bozukluklarında çocukluk çağı travmalarının benlik saygısı ve beden algısı değişkenleri üzerine etkisi. Uzmanlık Tezi.

Öner, N. (1997). Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler: Bir Başvuru Kaynağı, III.Basım, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 596-597, İstanbul.

Rabe-Jablonska, J. (1996). Obsessive-compulsive disorder in girls with eating disorders. Psychiatria Polska, 30 (2): 187-200.

Savaşır, İ., Erol, N. (1989). Yeme Tutum Testi: Anoreksiya Nervoza Belirtileri İndeksi. Psikoloji Dergisi, 7(23): 19-25.

Sinton, S., Healthy eating may be hazardous to your health, <http://www.dolfzine.com/page1.htm>, erişim tarihi [13/10/2013].

Karabudak, E. (2008). Vejetaryen Beslenmesi, <http://www.diyabet.gov.tr/>, erişim tarihi [10/05/2014].

Siyez, D.M. (2006). Yeme bozukluğu olan çocuklar ve ergenler etiyolojisi ile ilgili çalışmalar, mücadele, değerlendirme ve tedavi. Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi, 20:21-27.

Solyom, L., Freeman, R.J., Miles, J.E. (1982). A comparative psychometric study of anorexi anervosa and obsessive neurosis. Can J Psychiatry; 27(4):282-6.

Soygüt, G. (2003). Yeme Bozukluklarının Bilişsel Davranışçı Tedavisi, Bilişsel Davranışçı Terapiler, 3. Baskı, Ankara, Türk Psikologlar Derneği, s.112-139.

Strand, E. (2004). A new eating disorders. Psychol Today, 37 (5): 16-19.

Ünalın, D., Öztop, B.D., Elmalı, F., Öztürk, A., Konak, D., Pırlak, B., Güneş, D. (2009). Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam

biçimi davranışları arasındaki ilişki. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,16(2):75-81.

Yücel, B. (2009). Estetik Bir Kaygıdan Hastalığa Uzanan Yol, Klinik Gelişim, 22(4):39-44.

Zamora, MLC.,Bonaechea, BB., Sanchez, FG. ve ark. (2005). Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder? Actas Esp Psiquiatr, 33(1):66-68.

EK1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Yaş(yıl):..... Cinsiyet: K() E()

Boy:..... Kilo: Olmak istediğiniz kilo:

Medeni durum:

Eğitim durumu:

Beslenme ile ilgili bilgilere nereden erişiyorsunuz? (*birden çok seçenek işaretlenebilir*)

- Kitle iletişim araçları (*gazete, dergi, tv, internet*) ()
- Kitaplar, bilimsel yayınlar vs. ()
- Diyetisyen ()
- Doktor ()
- Sağlık kulüpleri (*zayıflama merkezleri vs.*) ()
- Çevre (*aile, arkadaş...*) ()
- Diğer ()

EK 2: NİTEL SORULAR

1. Sağlıklı beslenmeden ne anlıyorsunuz?
2. Sağlıklı beslenme konusunda neler yapıyorsunuz?
3. Sağlıklı beslenmenin sizin hayatınızdaki yeri nedir?
4. Sağlıklı beslenmek için sizce neler yapılabilir?
5. Sağlıksız beslenmenin sebepleri sizce nelerdir?
6. Yiyecek satın alırken en çok nelere dikkat edersiniz?
7. Diyet yapmanın gerekliliği hakkında ne düşünüyorsunuz?
8. Sizce kadınlar neden diyet yaparlar?
9. Sizce erkekler neden diyet yaparlar?
10. Diyet yapma konusunda televizyon programları, dergiler ve gazeteler gibi kitle iletişim araçlarının etkileri hakkında ne düşünüyorsunuz?

EK 3: ORTO-15 TESTİ

Bu anket sizin yeme davranışlarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen her zaman, sık sık, bazen, hiçbir zaman seçeneklerinden birini işaretleyiniz.

- 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- Sizce, ruhsal durumunuz yeme düzeninizi etkiler mi?
- 10- Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanları 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?

EK4: YEME TUTUMU TESTİ

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti koyunuz. Örneğin “Çikolata yemek hoşuma gider” cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa, “Hiçbir zaman” seçeneğine karşı gelen “f” kutucuğunu X ile işaretleyiniz; her zaman hoşunuza gidiyorsa “Daima” seçeneğine karşı gelen “a” kutucuğunu X ile işaretleyiniz.

a: Daima b: Çok sık c: Sık sık d: Bazen e: Nadiren f: 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 yememeğe çalışırım.
6. Aklım fikrim yemektedir.
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.
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 dek 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.
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.
25. Şişmanlama (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.
26. Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden daha uzun sürer.
27. Lokantada yemek yemeyi severim.
28. Mşhil 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 hissedirim.
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.
35. Kabızlıktan yakınıırım.
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.
37. Perhiz yaparım.
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.
39. Şekerli yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.

EK5: OBSESİF KOMPULSİF BELİRTİ TESTİ

Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Size uygunsa “DOĞRU” yu değilse “YANLIŞ” ı işaretleyiniz. 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 her gün beni rahatsız eder.

Doğru	Yanlış
-------	--------

9. Kaza ile başkasına çarptığımda rahatsız olurum.

Doğru	Yanlış
-------	--------

10. Her gün 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 hissedirim.

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. Her gün bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek bana zaman kaybettirir.

Doğru	Yanlış
-------	--------

29. Geceleri giyecekleri 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 hiçbir şeye el sürmediğim olur.

Doğru	Yanlış
-------	--------

32. En büyük mücadelelerimi kendimle yaparım.

Doğru	Yanlış
-------	--------

33. Çoğu zaman büyük bir hata ya da kötülük yaptığım duygusuna kapılırım.

Doğru	Yanlış
-------	--------

34. Sık sık kendime bir şeyleri dert edinirim.

Doğru	Yanlış
-------	--------

35. Önemsiz ufak tefek işlerde bile karar verip işe girişmeden önce 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
-------	--------

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı ve Soyadı: Merve DALMAZ

Doğum Yeri ve Tarihi: Develi / 1990

Medeni Hali: Bekar

E-mail: mervedalmaz@gmail.com

Adres (ev): Demirkapı mah. Yonca sok. No:37/3 Bağcılar/İstanbul

Tel (ev): 0212 446 92 81

Tel (cep): 0539 307 30 79

EĞİTİM DURUMU

1996-2004: M.E.V. 60. YIL UÇANEVLER İLKÖĞRETİM OKULU

2004-2007: BAĞCILAR AKŞEMSETTİN LİSESİ

2007-2011: İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İŞLETME BÖLÜMÜ (LİSANS)

2012-2016: İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SOSYOLOJİ BÖLÜMÜ (LİSANS)

YABANCI DİL

İNGİLİZCE: İyi Seviye