

T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

ADÖLESANLARDA ORTOREKSİYA NERVOZA
PREVALANSI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Uzmanlık Tezi

Dr. Selman YILDIRIM

TRABZON-2023

T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

ADÖLESANLARDA ORTOREKSİYA NERVOZA
PREVALANSI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Uzmanlık Tezi

Dr. Selman YILDIRIM

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Bahadır Turan

TRABZON-2023

ÖNSÖZ

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı eğitimimde hem akademik hem de klinik anlamda her zaman desteklerini hissettiğim ve bu çalışmanın her aşamasında büyük yardımları olan anabilim dalı başkanımız, tez danışmanım Doç. Dr. Bahadır TURAN'a,

Uzmanlık eğitimim sırasındaki katkıları ve tez çalışmam sırasındaki destekleri için, Dr. Öğr. Üyesi Esra HOŞOĞLU'na,

Bilimsel anlamda teşvikleri ve asistanlık sürecimdeki katkıları için eski anabilim dalı başkanımız Doç. Dr. Samiye Çilem BİLGİNER'e,

Asistanlık sürecimdeki katkıları için Dr. Öğr. Üyesi Serkan KARADENİZ'e,

Birlikte sevinip birlikte üzüldüğümüz ve koca bir dört seneyi birlikte devirdiğimiz değerli arkadaşlarım Dr. Sevil AYDOĞDU, Dr. Cansu TAŞDEMİR, Dr. Züleyha TEHİNOĞLU, Uzm. Dr. Berire YILMAZ ÇEKİN, Uzm. Dr. Damla BULUT ŞAHİN, Uzm. Dr. Sevdâ HIZARCI BULUT ve bütün asistan arkadaşlarıma,

Mesaimizi paylaşmaktan mutluluk duyduğum ve kendimi bu süreçte aile ortamında hissetmemi sağlayan sekreterlerimiz Sefa AKSU ve Ülker YAZICI'ya

Bugünlere gelmemde büyük katkıya sahip olan, her saniye aklının bende olduğunu bildiğim sevgili annem Nuriye YILDIRIM'a, hem sonsuz emekleri hem de kendimi yenilememi sağlayan teşvik edici tutumu için canım babam Mehmet Sait YILDIRIM'a ,her zaman sevgilerini hissettiğim ve yanımda olduklarını bildiğim değerli kardeşlerim Esra YILDIRIM ve Beyza YILDIRIM'a,

Hem hayatımı hem de hayallerimi paylaşan en büyük destekçim eşim Şebnem YILDIRIM'a teşekkür ederim.

ÖZET

Adölesanlarda Ortoreksiya Nervoza Prevalansı ve İlişkili Faktörler

Amaç: Adölesanlardaki yeme sorunlarının sıklığı ve çeşitliliği dikkate alındığında ortoreksiya nervozanın bu gruptaki epidemiyolojik özelliklerinin bilinmesi ve bu klinik durumla ilişkili olabilecek sosyodemografik özelliklerin ve anne-baba tutumlarının belirlenmesi hem klinik hem de bilimsel anlamda önem teşkil etmektedir. Bu çalışmada ortaöğretim kurumlarına devam eden 14-18 yaş arasındaki ergenlerde ortoreksiya nervoza (ON) sıklığının hesaplanması ve bu klinikle ilişkili olabilecek çeşitli faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma, Eylül 2022 - Mart 2023 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (ÇERSAH) ana bilim dalı tarafından yürütülmüştür. 2022-2023 eğitim-öğretim yılında Türkiye'nin Doğu Karadeniz Bölgesi'nin en kalabalık ili olan Trabzon'da bulunan 145 liseden rastgele 17 lise seçilmiştir. Seçilen liselerde kümeleme tipi örnekleme yöntemi kullanılarak 3450 öğrenciye anket formları dağıtılmıştır. Bunlardan çalışmaya katılmak için hem kendisi hem de ailesi onay veren ve anketleri eksiksiz dolduran 1784 katılımcı çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmanın birinci aşamasında katılımcılar ve ebeveynleri Sosyodemografik Veri Formu, Ortoreksiya Nervoza Envanteri (ONE), Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Ebeveyn Formu (ÇADÖ- EF), Anne-Baba Tutum Ölçeğini (ABTÖ) doldurmuşlardır. Çalışmanın ikinci aşamasında ONE verileri değerlendirilerek ortoreksiya nervoza olduğu tespit edilen 9 ergenle eşlik eden komorbiditeleri saptamak için klinik görüşme yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 1104'ü (%61.9) kız ve 680'i (%38.1) erkek olmak üzere 1784 lise öğrencisi katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 15.31 ± 1.10 ve vücut kitle indeksi ortalaması 21.33 ± 3.62 olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan öğrencilerde ON sıklığı % 0.5'tir. Kırsal bölgede yaşayanlarda ($p=0.022$), ailede psikiyatrik tedavi alma öyküsü olanlarda ($p=0.006$), psikiyatrik bozukluk öyküsü olanlarda ($p<0.001$), haftada 2 günden fazla spor yapanlarda ($p<0.001$), diyet programı takip edenlerde ($p<0.001$), vegan veya vejeteryanlık gibi bir beslenme stili tercihi olanlarda ($p<0.001$),

besin takviyesi kullananlarda ($p=0.002$), günlük tükettiği oğn sayısı 1 veya 2 olanlarda ($p<0.001$), oğnlerini tek başına tüketenlerde ($p=0.026$) ve evcil hayvan sahibi olanlarda ($p=0.042$) ONE toplam puanının anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Vücut kitle indeksinin ($B=0.449$, $p<0.001$) ve ÇADÖ anksiyete toplam puanının ($B=0.132$, $p<0.001$) artışının ONE toplam puanı üzerinde yordayıcı olduğu saptanmıştır. Ayrıca otoriter ebeveynlik tipinin ONE toplam puanını diğer ebeveynlik tiplerine göre daha fazla öngördüğü saptanmıştır ($B=1.69$, $p=0.018$).

Sonuç: Çalışmamız güçlü bir metodoloji ile adölesanlarda ON prevalansını, ON ile ilişkili olabilecek risk faktörlerini, ortoreksik belirti şiddetini yordayan çeşitli psikopatolojileri ve ebeveynlik tipleri ile ON arasındaki ilişkiyi ortaya koyması açısından literatüre önemli katkı sağlamaktadır. ON'nin ortaya çıkmasında rol oynayan olası risk faktörleri ve ruhsal patolojilere yönelik ruh sağlığı profesyonellerinin farkındalığının artırılmasının ve ortoreksik belirti şiddetinin artışını yordadığı gösterilen otoriter ebeveynlik tipine yönelik aile temelli müdahalelerin geliştirilmesinin koruyucu ruh sağlığı hizmetlerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ortoreksiya Nervoza, Prevalans, Komorbidite, Adölesan Ruh Sağlığı

ABSTRACT

Prevalence and Determinants of Orthorexia Nervosa among Adolescents

Objective: Considering the frequency and variety of eating problems in adolescents, it is important both clinically and scientifically to know the epidemiological features of orthorexia nervosa in this group and to determine the sociodemographic characteristics and parental attitudes that may be associated with this clinical condition. In this study, it was aimed to calculate the frequency of orthorexia nervosa in adolescents aged 14-18 attending high schools and to examine various factors that may be associated with this clinic condition.

Method: The research was carried out by Karadeniz Technical University Faculty of Medicine, Department of Child-Adolescent Psychiatry between September 2022 and March 2023. In the 2022-2023 academic year, 17 high schools were randomly selected from 145 high schools in Trabzon, the most populous province of the Eastern Black Sea Region of Turkey. Questionnaire forms were distributed to 3450 students in selected high schools using the clustering type sampling method. Of these, 1784 participants who both themselves and their families gave consent to participate in the study and who completed the questionnaires were included in the study. In the first stage of the study, the participants and their parents completed the Sociodemographic Data Form, Orthorexia Nervosa Inventory (ONI), the parent form of the revised child anxiety and depression scale (RCADS), the parent attitude scale. In the second phase of the study, a clinical interview was conducted with 9 adolescents who were found to be at risk of orthorexia nervosa by evaluating the ONI data, to determine the comorbidities.

Results: A total of 1784 high school students, 1104 (61.9%) girls and 680 (38.1%) boys, participated in the study. The mean age of the participants was 15.31 ± 1.10 and the mean body mass index was 21.33 ± 3.62 . The total prevalence of ON was 0.5% in this study. Those living in rural areas ($p=0.022$), those with a family history of receiving psychiatric treatment ($p=0.006$), those with a history of psychiatric disorders ($p<0.001$), those who do sports more than 2 days a week ($p<0.001$), those who follow a diet programme ($p<0.001$), those who prefer a dietary style such as vegan

or vegetarianism ($p < 0.001$), those who use nutritional supplements ($p = 0.002$), those who consume 1 or 2 meals per day ($p < 0.001$), those who consume meals alone ($p = 0.026$) and those who have pets ($p = 0.042$) had higher ONE total scores. It was found that the increase in body mass index ($B = 0.449$, $p < 0.001$) and the total score of anxiety ($B = 0.132$, $p < 0.001$) were predictive of ONE total score. It was also found that authoritarian parenting type predicted ONE total score more than other parenting types ($B = 1.69$, $p = 0.018$).

Conclusion: Our study makes an important contribution to the literature in terms of revealing the prevalence of ON in adolescents, risk factors that may be associated with ON, various psychopathologies predicting orthorexic symptom severity, and the relationship between parenting types and ON with a strong methodology. It is thought that increasing the awareness of mental health professionals about possible risk factors and mental pathologies that play a role in the emergence of ON and developing family-based interventions for the authoritarian parenting type, which has been shown to predict the increase in orthorexic symptom severity, will contribute to preventive mental health services.

Keywords: Orthorexia Nervosa, Prevalance, Comorbidity, Adolescent Mental Health

İÇİNDEKİLER TABLOSU

ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER TABLOSU	vi
KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. Yeme Bozuklukları	3
2.1.1. Anoreksiya Nervoza	3
2.1.2. Bulimia Nervoza.....	4
2.1.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu.....	4
2.1.4. Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu	4
2.1.5. Geri Çıkarıp Çiğneme (Ruminasyon) Bozukluğu	4
2.1.6. Pika	5
2.2. Ortoreksiya Nervoza.....	5
2.2.1.Tanım ve Tarihçe.....	5
2.2.2.Ortoreksiya Nervoza Epidemiyolojisi	6
2.2.3.Ortoreksiya Nervoza Tanısında Kullanılan Ölçekler	11
2.2.4.Ortoreksiya Nervoza Belirtileri	14
2.2.5.Ortoreksiya Nervoza Tanı Kriterleri	16
2.2.6.Ortoreksiya Nervoza ile İlişkili Bozukluklar	18
2.2.7.Ortoreksiya Nervoza Tedavisi.....	21
2.3.Ortoreksiya Nervoza Gelişmesinde Etkili Faktörler	22
2.3.1. Demografik Faktörler	22
2.3.2. Kilo ve Beden Algısı ile İlgili Faktörler	23
2.3.3. Psikososyal Faktörler.....	23
2.3.4. Aile ve Ebeveynlik Tutumu ile İlişkili Faktörler	27
2.4.Anne Baba Tutumları	27
2.4.1.Otoriter Anne Baba Tutumu	28
2.4.2.Aşırı Hoşgörülü Anne Baba Tutumu.....	29
2.4.3.Demokratik Anne Baba Tutumu	29
2.4.4.Koruyucu Anne Baba Tutumu	29

2.4.5. Tutarsız Anne Baba Tutumu	30
2.4.6. İlgisiz Anne Baba Tutumu	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM	31
3.1. Araştırma Tipi.....	31
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	31
3.2.1. Ebeveynlerin Araştırmaya Dâhil Olma ve Dışlama Ölçütleri	31
3.2.2. Çocukların Araştırmaya Dâhil Olma ve Dışlama Ölçütleri	31
3.3.3. Araştırmanın Süreci.....	32
3.3. Veri Toplama Araçları.....	35
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu (Ek-1).....	35
3.3.2. Anne Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ)	35
3.3.3. Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Ebeveyn Formu (ÇADÖ) ..	36
3.3.4. Ortoreksiya Nervoza Envanteri (ONE)	36
3.3.5. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-Türkçe Uyarlaması (KD- SADS-PL / Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children, Present and Lifetime Version).....	37
3.4. İstatistiksel Analiz	38
4. BULGULAR	39
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	39
4.2. Katılımcıların ON Sıklığının Değerlendirilmesi.....	43
4.3. ON Açısından Yüksek Riskli Katılımcıların Komorbidite Sıklığının Değerlendirilmesi.....	43
4.4. Sosyodemografik Veri Formunda Yer Alan Verilerin ONE Toplam Ölçek Puanıyla Karşılaştırılması.....	44
4.5. Sosyodemografik Veri Formunda Yer Alan Verilerin ONE Ölçeği Davranış Alt Ölçek Puanıyla Karşılaştırılması.....	48
4.6. Sosyodemografik Veri Formunda Yer Alan Verilerin ONE Ölçeği Duygu Alt Ölçek Puanıyla Karşılaştırılması	51
4.7. Sosyodemografik Veri Formunda Yer Alan Verilerin ONE Ölçeği Bozukluk Alt Ölçek Puanıyla Karşılaştırılması.....	55
4.8. ONE Ölçek Puanlarının Ebeveynlik Tiplerine göre Dağılımının İncelenmesi	58
4.9. ONE Ölçek Puanları ile Yaş, Kilo, Boy ve Vücut Kitle İndeksi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	59
4.10. ONE Ölçek Puanları ile Çocuklar için Anksiyete Depresyon Ölçeği Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	61
4.11. Çoklu Lineer Regresyon Analizi Sonuçlarının İncelenmesi	63
5. TARTIŞMA.....	67

6. SONUÇ VE ÖNERİLER	78
7. KAYNAKÇA	79
8.EKLER	102



KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ

- ABTÖ: Anne Baba Tutum Ölçeği
AN: Anoreksiya Nervosa
BN: Bulimia Nervosa
BOÖ: Barselona Ortoreksiya Ölçeği
BOT: Bratman Ortoreksiya Testi
ÇADÖ: Çocuklar için Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
DOÖ: Düsseldorf Ortoreksiya Ölçeği
KKYAB: Kaçınan Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu
OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk
OKKB: Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu
ON: Ortoreksiya Nervosa
ONE: Ortoreksiya Nervosa Envanteri
RB: Ruminasyon Bozukluğu
TOÖ: Terruel Ortoreksiya Ölçeği
TYB: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
VKİ: Vücut Kitle İndeksi
YAÖ: Yeme Alışkanlıkları Ölçeği
YB: Yeme Bozuklukları

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1 2002-2023 yılları arasında Pubmed indeksinde yer alan ortoreksiya kelimesini içeren makale sayısının dağılımı	6
Şekil 2 Ortoreksiya Nervoza, Anoreksiya Nervoza ve Obsesif Kompulsif Bozukluğun örtüşen ve ayrışan belirtilerine dair venn diyagramı	15
Şekil 3 ON psikososyal modeli	24
Şekil 4 Araştırmanın süreci	33



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1 Çocuk ve ergenlerin dahil edildiği bazı çalışmalarda Ortoreksiya Nervoza sıklığı-1	9
Tablo 2 Çocuk ve ergenlerin dahil edildiği bazı çalışmalarda Ortoreksiya Nervoza sıklığı-2	10
Tablo 3 Liselere göre çalışmaya dahil edilen öğrencilerin dağılımı.....	34
Tablo 4 Katılımcıların yaş, boy, kilo ve vücut kitle indeksine dair veriler.....	39
Tablo 5 Araştırmaya katılan katılımcıların psikososyal durumlarına dair verilerin dağılımı-1	40
Tablo 6 Araştırmaya katılan katılımcıların psikososyal durumlarına dair verilerin dağılımı-2	41
Tablo 7 Araştırmaya katılan katılımcıların psikososyal durumlarına dair verilerin dağılımı-3	42
Tablo 8 Katılımcıların ON belirtileri gösterme durumu	43
Tablo 9 ON açısından yüksek riskli katılımcıların komorbid psikopatolojilerinin dağılımı	44
Tablo 10 ONE toplam ölçek puanlarının katılımcıların psikososyal durumlarına dair değişkenlere göre dağılımları-1	45
Tablo 11 ONE toplam ölçek puanlarının katılımcıların psikososyal durumlarına dair değişkenlere göre dağılımları-2	46
Tablo 12 ONE toplam ölçek puanlarının katılımcıların psikososyal durumlarına dair değişkenlere göre dağılımları-3	46
Tablo 13 ONE ölçeği davranış alt ölçek puanlarının katılımcıların psikososyal durumlarına dair değişkenlere göre dağılımları-1	48
Tablo 14 ONE ölçeği davranış alt ölçek puanlarının katılımcıların psikososyal durumlarına dair değişkenlere göre dağılımları-2	49
Tablo 15 ONE ölçeği davranış alt ölçek puanlarının katılımcıların psikososyal durumlarına dair değişkenlere göre dağılımları-3	50
Tablo 16 ONE ölçeği duygu alt ölçek puanlarının katılımcıların psikososyal durumlarına dair değişkenlere göre dağılımları-1	52
Tablo 17 ONE ölçeği duygu alt ölçek puanlarının katılımcıların psikososyal durumlarına dair değişkenlere göre dağılımları-2	53
Tablo 18 ONE ölçeği duygu alt ölçek puanlarının katılımcıların psikososyal durumlarına dair değişkenlere göre dağılımları-3	54
Tablo 19 ONE ölçeği bozukluk alt ölçek puanlarının katılımcıların psikososyal durumlarına dair değişkenlere göre dağılımları-1	55
Tablo 20 ONE ölçeği bozukluk alt ölçek puanlarının katılımcıların psikososyal durumlarına dair değişkenlere göre dağılımları-2	56
Tablo 21 ONE ölçeği bozukluk alt ölçek puanlarının katılımcıların psikososyal durumlarına dair değişkenlere göre dağılımları-3	57
Tablo 22 ONE ölçek puanlarının ebeveynlik tiplerine göre dağılımı.....	59
Tablo 23 Katılımcıların ONE ölçek puanları ile yaş, boy, kilo ve vücut kitle indeksi arasındaki ilişkiye dair veriler	60
Tablo 24 Katılımcıların ON ölçek puanları ile çocuklar için anksiyete ve depresyon ölçeği alt ölçek puanları arasındaki ilişkiye dair veriler	62

Tablo 25 ONE ölçek puanları üzerine ebeveynlik tiplerinin yordayıcı etkisine dair veriler	64
Tablo 26 ONE ölçek puanları üzerine VKİ ve ÇADÖ anksiyete toplam puanının yordayıcı etkisine dair veriler	65
Tablo 27 ONE ölçek puanları üzerine ÇADÖ alt ölçek puanlarının yordayıcı etkisine dair veriler	66



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yeme bozuklukları; ergenlik döneminde sık görülen ve bireylerin işlevselliklerinde ciddi bozulmalara yol açan psikiyatrik bozukluklardır (1,2). Ortoreksiya Nervoza (ON) ise henüz yeni tanımlanan, ilerleyen dönemde DSM tanılama sistemine girmesi beklenen ve olası bir yeme bozukluğu olarak kavramsallaştırılan bir psikiyatrik belirti grubudur (3,4). Görece yeni bir klinik olmasına rağmen ON ile ilgili yapılan çalışmaların sayısında artış görülmektedir (5). Artan sayıda çalışmaya rağmen ON prevalansı ve risk faktörleri gibi ON ile ilgili aydınlatılmayı bekleyen birçok husus bulunmaktadır. Yeme bozukluklarının ergenlerde sık görülmesi ve ON'nin bir yeme bozukluğu olarak kavramsallaştırılabileceğine dair kanıtların artması ergenlerde ON prevalansının güvenilir bir şekilde hesaplanmasını gerekli hale getirmiştir. Literatürde erişkinlerde ON prevalansını araştıran çalışmalar olmasına karşın ergen örnekleme yapılan çalışmalar oldukça sınırlı sayıda olup mevcut çalışmaların kanıt düzeyi düşüktür (6). Ayrıca bu fenomen için ebeveynlik tutumlarının etkisini araştırmak, ilerde ON üzerine geliştirilmesi beklenen olası aile temelli terapötik müdahaleler için yol gösterici olacaktır.

ON ile ilgili literatürdeki zayıf kanıtların ve belirsizliklerin oluşmasına, ON ile ilgili çalışmaların büyük çoğunluğunun zayıf psikometrik özellikleri olan ve ON'yi değerlendirmekten ziyade ortoreksik eğilimleri değerlendirerek yanlış pozitifliklerin ortaya çıkmasına yol açan ORTO-15 ve türevleriyle yapılmış olması neden olmuştur (7,8). Bu durum ON ile ilgili literatüre şüphe ile yaklaşılmasına yol açmıştır (6-8). ON ile ilgili güvenilir bir değerlendirme yapılmasına dair oluşan ihtiyacın karşılanmasına yönelik Düsseldorf Ortoreksiya Ölçeği (DOÖ) ve Ortoreksiya Nervoza Envanteri (ONE) geliştirilmiştir (9,10). Bu yeni ölçeklerden ONE; gerek psikometrik özelliklerinin güçlü oluşu gerek de ON tanısı için araştırmacılar tarafından kabul gören fiziksel ve psikososyal işlevsellikte bozulma kriterine yönelik değerlendirme içeren tek tanı aracı olması nedeniyle dikkat çekmektedir (3,11,12). Literatürdeki diğer değerlendirme araçları ile kıyaslandığında ON belirtileri gösteren bireylerin saptanması için ONE'nin daha güvenilir bir ölçüm aracı olduğu göze çarpmaktadır (6).

Bununla birlikte henüz bu ölçekle yapılmış az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu bağlamda; ON ile belirsizliğini koruyan noktaların aydınlatılması için ONE kullanılarak yapılacak çalışmalara ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.

ON ile ilgili yukarıda belirtilen literatür açıklarından yola çıkarak bu tez çalışması ile şunlar amaçlanmıştır:

1. Ergen hasta grubunda ON prevalansını yeterli bir örneklem büyüklüğünde güçlü psikometrik özellikleri olan ONE kullanılarak güvenilir bir şekilde hesaplamak,
2. ON açısından yüksek riskli olduğu saptanan ergenlerde psikiyatrik komorbiditelerin dağılımını belirlemek,
3. Ortoreksik belirti şiddeti, ortoreksik davranış şiddeti, ON ilişkili emosyonel stres ve ON ilişkili işlevsellikteki bozulma ile depresyon, anksiyete bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluk arasındaki ilişkileri saptamak,
4. Katılımcıların ailelerinin ebeveynlik tutumunun ve çeşitli olası risk faktörlerinin ortoreksik belirti şiddeti, ortoreksik davranış şiddeti, ON ilişkili emosyonel stres ve ON ilişkili işlevsellikteki bozulma ile ilişkilerini ortaya koymak

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları (YB); anormal yeme ve kilo kontrolü davranışları ile karakterize olan ruhsal bozukluklardır. Yeme bozuklukları, psikososyal işlevselliği ve fiziksel sağlığı önemli ölçüde etkileyebilmekte, hatta ölümcül seyredebilmektedir (13). Büyük ölçüde yeme bozukluklarının ergenlik döneminde başlangıç gösterdiği kabul edilmektedir (14). DSM-5 kriterlerine göre yeme bozukluklarının sıklığını inceleyen 33 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analiz çalışmasına göre yeme bozukluklarının yaşam boyu sıklığı %0.91 olarak bildirilmiştir (15). Ayrıca son dönemde çocuk ve ergenlerde yeme bozukluğu sıklığının arttığına dair veriler de mevcuttur (16).

Hem DSM-5 hem de ICD-11'e göre 6 farklı yeme bozukluğu tanımlanmıştır. Tanılama sistemlerinde kabul görmüş olan yeme bozuklukları şunlardır: Anoreksiya Nervoza, Bulimia Nervoza, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu, Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu, Geri Çıkarıp Çiğneme (Ruminasyon) ve Pika (17,18).

2.1.1. Anoreksiya Nervoza

Anoreksiya Nervoza (AN), ağızdan gıda alımının kısıtlanmasına ve bunun sonucunda düşük kiloya yol açan, patolojik kilo ve görünümle ilgili endişelerle karakterize edilen bir yeme bozukluğudur (1).Ergenlik döneminde AN'nin on iki aylık prevalansının kızlarda %0.3-0.9 erkeklerde ise %1-4 arasında olduğu bildirilmiştir (19). Yetersiz beslenmeye bağlı kilo kaybı ve telafi edici davranışlara bağlı olarak AN tanılı hastalarda birçok vücut bölümüyle ilgili tıbbi komplikasyonlar gelişebilmektedir (20). Ayrıca AN'nin mortalite oranı genel popülasyona göre daha yüksek olup tüm psikiyatrik bozukluklar arasında en ölümcül olanı olarak bilinmektedir (21). Ciddi sonuçları olan AN tedavisinde nutrisyonel rehabilitasyon, kilo düzenlenmesi ve telafi edici davranışların önlenmesi önem arz etmektedir (20).

2.1.2. Bulimia Nervosa

Bulimia Nervosa (BN), tekrarlayan tıknıma atakları ve bu atakları kompanse etmek için yapılan davranışlarla seyretmektedir (22). Adölesanlarda; BN'nin on iki aylık prevalansının kızlarda %1-2, erkeklerde ise %0.3-0.5 arasında olduğu gösterilmiştir (19). Birçok tıbbi sorun ve psikiyatrik eş tanı ile seyreden BN, AN'ye göre daha az mortalite riskine sahip olsa da genel popülasyona göre 3 kat daha fazla mortalite riskine sahiptir (23–25). AN'de olduğu gibi BN'de de tedavinin merkezinde aile odaklı terapiler bulunmaktadır (26).

2.1.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB), bireylerin belirli bir zaman diliminde çok büyük miktarlarda gıda tükettikleri ve bu ataklar esnasında yeme davranışı üzerinde kontrolü kayb ettikleri tıkınırcasına yeme dönemleri ile seyreden bir bozukluk olarak tanımlanmıştır (22). TYB, prevalansının toplum örnekleminde %1 dolaylarında olduğu gösterilmiştir (27). Adölesanlarda ise DSM-5 kriterlerine göre TYB sıklığı yakın zamanda Danimarka'da yapılan bir kohort çalışmasında %2.6 olarak bulunmuştur (28).

2.1.4. Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu

DSM-5 ile tanılama sistemlerine giren Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu (KKYAB), gıdalara karşı belirgin bir ilgisizlik, duyuşal özellikleri ile ilişkili olarak gıdalardan kaçınma veya besinlerin tiksindirici sonuçları hakkında yoğun endişe duyma gibi belirtilerden biriyle seyreder. Şiddetli malnütrisyon, büyümede yavaşlama ve psikososyal işlevsellikte bozulma ile sonuçlanabilir. (22). Literatürde KKYAB ile ilgili epidemiyolojik veriler kısıtlıdır. Bununla birlikte 8-13 yaş arası 1444 çocukta yapılan öz bildirime dayalı bir çalışmada KKYAB prevalansı %3.2 olarak bildirilmiştir (29).

2.1.5. Geri Çıkarıp Çiğneme (Ruminasyon) Bozukluğu

Ruminasyon bozukluğu (RB), efor harcamadan tekrarlayıcı olarak yeni sindirilmiş besinlerin ağza gelmesi ile kendini gösterir. Çıkarılan yiyecekler yeniden çiğnenebilir, yutulabilir veya tükürülebilir (18,30). RB tanısı daha çok psikiyatrik anamnez ile konulmaktadır (31). Ergenlerde yapılan bir epidemiyolojik çalışmada RB sıklığı %5.1 olarak bulunmuştur (32). 0-4 yaş arası çocuklarda yapılan bir başka çalışmada ise RB sıklığı %4.7 olarak bildirilmiştir (33).

2.1.6. Pika

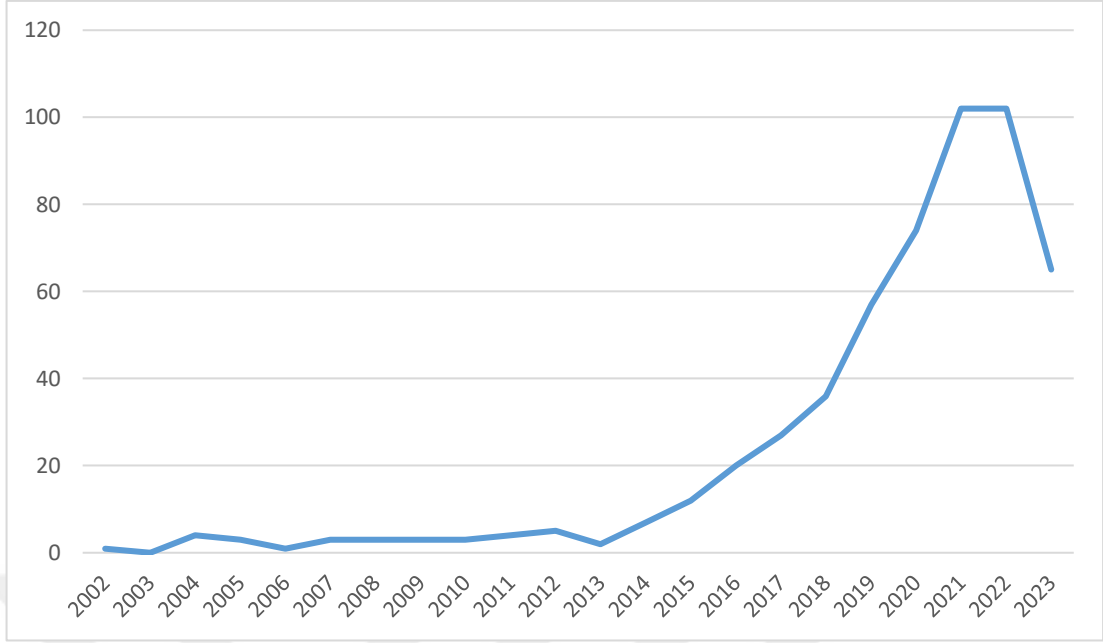
Kişinin tekrarlayıcı olarak mevcut gelişimsel düzeyiyle uyumsuz şekilde besin değeri olmayan ve besin olmayan maddeleri tüketmesiyle karakterizedir (22). Pika ile ilgili epidemiyolojik veriler sınırlılık göstermektedir. Bununla birlikte pika davranışı, normal gelişim gösteren çocuklarda görülebildiği gibi zihinsel kısıtlılığı olan veya otizm tanılı çocuklarda da gözlenebilmektedir (34).

2.2. Ortoreksiya Nervoza

2.2.1.Tanım ve Tarihçe

Günümüz toplumlarında sağlıklı beslenme birçok insanın hayatında önemli bir yer tutmaktadır. Bunun nedenleri arasında sağlıklı beslenmenin; obezite, diyabet, kalp hastalıkları ve kanser sıklıklarını azaltması gibi birçok faydasının olması gösterilebilir (35). Birçok faydası olmasına karşın bazı kişilerde sağlıklı beslenme ile ilgili aşırı uğraş, psikososyal ve fiziksel alanlarda sorunlara yol açabilir. Bu bağlamda ortoreksiya terimi ilk kez 1997 yılında Steven Bratman tarafından Yunanca “doğru/düz” anlamlarına gelen “orthos” ve “iştah” anlamına gelen “orexis” kelimelerinden ilham alınarak türetilmiştir. Ortoreksiya Nervoza (ON) ise olası yeni bir yeme bozukluğunu belirtmek için Anoreksiya Nervoza üzerinden modellenmiş bir ifadedir (36). Araştırmacılar tarafından ON; hastalıklardan ve sağlıksız yaşamdan kaçınmak için sağlıklı beslenme ile aşırı uğraşma olarak tanımlanmıştır (4).

Ortoreksiya Nervoza’nın tanımlanması ile birlikte bilim dünyasında bu klinikle ilgili yapılan araştırmaların sayısı da artmıştır (Şekil-1) (5,37). Bu çalışmalardan birinde Koven ve Abry (2015), ON’li kişilerin son derece kısıtlı ve abartılmış bir sağlıklı beslenme şekli ile ancak doyum ve kontrol duygusu hissedebilmeleri nedeniyle ON’yi ‘erdem kılığına girmiş bir hastalık’ olarak tanımlamışlardır (38).



Şekil 1 2002-2023 yılları arasında Pubmed indeksinde yer alan ortoreksiya kelimesini içeren makale sayısının dağılımı (5)

2.2.2.Ortoreksiya Nervoza Epidemiyolojisi

Ortoreksiya Nervoza (ON) sıklığını değerlendiren çalışmalar daha çok erişkin örnekleme yapılmış olup çocuk ve ergenlerde yapılan çalışmalar hem düşük kalitede hem de kısıtlı sayıdadır. Erişkin örnekleme literatür incelendiğinde ise genel popülasyonun yanı sıra risk gruplarında da ON sıklığını değerlendiren çalışmalar bulunmaktadır.

ON ile ilgili prevalans çalışmalarındaki veriler değerlendirme için kullanılan araçların geçerlilik ve güvenilirliklerine ve seçilen örneklemin özelliklerine bağlı olarak değişkenlik göstermektedir (6). Erişkin örnekleme yapılan çalışmalarda ON prevalansı % 0.1 ile % 90.6 arasında çok geniş bir aralıkta bildirilmektedir (39,40). Özellikle ON açısından riskli olduğu düşünülen gruplarda prevalans oranları oldukça yüksek olarak bildirilmiştir (41,42). ON prevalansı bu gruplardan opera sanatçılarındaki % 81.8, senfoni orkestrası müzisyenlerinde % 36.4, baletlerde % 32.1 (43), asistan tıp doktorlarında % 45.5 (44), diyetisyenlerde % 81.9 (45), yoga eğitmenlerinde % 86 (41), yeme bozukluğu olan kadınlarda % 82.7 (46) ve tıp fakültesi öğrencilerinde % 74.5 (47) olarak raporlanmıştır.

ORTO-15 ölçeği ile yapılan çalışmalarda ON tanısı için farklı kesme puanları kullanılmıştır. Erişkin toplum örnekleminde kesme puanı 40 alınan çalışmalarda, ON

prevalansı % 45.5 (44) ile % 83 (48) arasında bulunmuş olup kesme puanı 35 alınan çalışmalarda ise % 11.9 (49) ile % 37.05 (50) arasında değerler almıştır. Düsseldorf Ortoreksiya Ölçeği (DOÖ) kullanılarak erişkin örnekleme yapılan çalışmalarda ise ON prevalans değerleri %2.5 (51) ile 28.5 (52) arasında değişkenlik göstermiştir.

Dunn ve arkadaşlarının (2017) Amerika Birleşik Devletlerinde 275 üniversite öğrencisi ile yaptığı bir çalışmada; araştırmacılar, ON sıklığını hem ORTO-15 ölçeği hem de katılımcıların sağlıklı beslenme durumlarının ciddiyeti ile diyetlerinin günlük aktivitelerinde bozulmalara ve tıbbi sorunlara yol açmasına göre değerlendirmiştir. İşlevsellikte bozulmanın değerlendirilmesi ile ortoreksik belirtileri olanlardaki yanlış pozitiflik oranını azaltmak istemişlerdir. Yapılan ilk değerlendirmede ORTO-15 ölçeği kullanılarak öğrencilerin %71'inin ölçeğe göre ortoreksik olduğu saptanmıştır. Ancak çalışmanın sonraki aşamasında yapılan klinik değerlendirme sonucunda katılımcıların %1'den daha azının ON olarak sınıflandırılabilmesine kanaat getirmişlerdir. Bu verilerden yola çıkarak literatürdeki ON prevalanslarının gerçekte olan değerlerin çok üzerinde olduğunu öne sürmüşlerdir (7).

Dunn ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma ile ORTO-15 ölçeğinin ON tanısı için yetersiz olduğu ve işlevsellikteki bozulmanın da değerlendirilmesi gerektiği kanaati oluşmuştur (7). Oberle ve arkadaşları (2021) tarafından literatüre kazandırılan Ortoreksiya Nervoza Envanteri (ONE) ile ON ilişkili işlevsellikte bozulmanın da değerlendirilmesi sağlanmıştır (3,11,53). Güçlü psikometrik özellikleri olan ONE ölçeğinin geliştirildiği çalışmada ON'nin erişkin örnekleme prevalansı % 4.5 olarak bildirilmiştir (10).

Yukarıda bahsedilen erişkin örnekleme alan çalışmaların yanı sıra daha geniş bir yaş grubunda hem çocuk ve ergenlerin hem de erişkinlerin dahil edildiği daha geniş yaş aralıklarında yapılan ON prevalans çalışmaları bulunmaktadır (39,50,54–60). Bununla birlikte az sayıda çalışmada sadece çocuk ve ergen örnekleme ON prevalansı incelenmiştir (61–63). Çocuk ve ergenlerin de dahil edildiği prevalans çalışmaları Tablo-1 ve Tablo-2'de özetlenmiştir.

Dittfeld ve arkadaşlarının (2017); Polonya'da 11-70 yaş arasındaki 2611 katılımcıda Bratman Ortoreksiya Testi (BOT) ile yaptıkları bir çalışmada vejeteryanlarda ON prevalansı %0.1, vejeteryan olmayanlarda ise %0.6 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada yaşa göre hasta grupları ayrıldığında 19 yaş altı

katılımcılarda ON prevalansı % 0.3 olarak saptanmıştır (39). Türkiye’de Fidan ve arkadaşları (2010) tarafından ergen yaş grubunun da dahil edildiği bir başka çalışmada ORTO-11 ölçeği kullanılarak ON prevalans değeri %1.9 olarak hesaplanmıştır (54).

DOÖ ölçeği kullanılarak yapılan prevalans çalışmalarının ikisinde ergen katılımcılar da değerlendirilmiştir. Bunlardan Amerika Birleşik Devletlerinde 384 katılımcı ile Chard ve arkadaşları (2018) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ON sıklığı % 8.0 olarak bulunmuşken Çin’de He ve arkadaşları (2019) 1075 üniversite öğrencisinde ON sıklığını %7.8 olarak hesaplamışlardır (58,59). Ayrıca Çin çalışmasında erkeklerde ON sıklığı %10.6 iken kızlarda %5.3 olarak bulunmuştur (59).

Sadece çocuk ve ergenlerin dahil edildiği dört ON prevalans çalışması bulunmaktadır. Bu çalışmaların hepsi ORTO-15 ölçeği ile yapılmıştır. Hyrnik ve arkadaşlarının (2016) ORTO-15 ölçeği ile 1899 lise öğrencisinde yaptığı çalışmada 33, 35 ve 40 kesme puanlarına göre sırasıyla 4.2, 13.7 ve 61.3 gibi birbirinden çok farklı prevalans değerleri elde edilmiştir (57). Diğer üç çalışmanın ikisinde kesme puanı 40 alınarak ON prevalansı 30.7 (63) ve 76.4 (62) olarak bulunmuşken birinde ise kesme puanı 33 alınarak prevalans değeri 4 (61) olarak saptanmıştır.

Yukarıda özetlenen literatürden de anlaşılacağı üzere ON prevalansını inceleyen çalışmaların büyük bir çoğunluğunda ORTO-15 ölçeği ve bu ölçeğin çeşitli versiyonları kullanılmıştır. Birçok araştırmacı ORTO-15 anketinin psikometrik özelliklerinin zayıf olduğunu (7) ve bu ölçek ve türevleriyle yapılan çalışmalarda bulunan prevalans değerlerinin büyük bir değişkenlik gösterdiğini bildirmişlerdir (7,50,64). ORTO-15 ile yapılan çalışmalarda bildirilen yüksek prevalans değerlerinin sağlıklı ortoreksiya ve ortoreksik davranışların örtüşmesi sonucu olduğu ve ON’yi yansıtmaktan çok ortoreksik eğilimleri yansıttığı düşünülmektedir (11). ORTO-15’in tüm bu kısıtlılıkları göz önüne alındığında şimdiye kadar yapılmış çalışmalarda verilen prevalans değerlerinin gerçeği yansıtmadığı kabul edilmektedir (8,38,53,65). Bu yüzden ON’nin gerçek prevalans değerinin belirlenmesi için ONE gibi ON’nin tüm alt boyutlarını içeren güçlü değerlendirme araçlarıyla yapılacak olan geniş örneklemli prevalans çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Tablo 1 Çocuk ve ergenlerin dahil edildiği bazı çalışmalarda Ortoreksiya Nervoza sıklığı-1

Araştırma	Yıl	Ülke	Katılımcı Sayısı	Yaş Aralığı	Kullanılan Ölçek	Ölçek Kesme Değerleri	Toplam Prevalans (%)	Kızlardaki Prevalans(%)	Erkeklerdeki Prevalans (%)
Fidan (54)	2010	Türkiye	878	16-29	ORTO-11	15>	1.90	-	-
Jerez (63)	2015	Şili	205	16-18	ORTO-15	40>	30.7	25.5	35.1
Stochel (55)	2015	Polonya	399	15-21	ORTO-15	35>	13.7	-	-
Sanlier (56)	2016	Türkiye	900	17-23	ORTO-15	40>	59.8	-	-
Hyrnik (57)	2016	Polonya	1899	15-21	ORTO-15	33>	4.20	-	-
Altıntop (61)	2016	Türkiye	175	14-18	ORTO-15	33>	-	4	-

Tablo 2 Çocuk ve ergenlerin dahil edildiği bazı çalışmalarda Ortoreksiya Nervoza sıklığı-2

Araştırma	Yıl	Ülke	Katılımcı Sayısı	Yaş Aralığı	Kullanılan Ölçek	Ölçek Kesme Değerleri	Toplam Prevalans (%)	Kızlardaki Prevalans(%)	Erkeklerdeki Prevalans (%)
Dittfeld (39)	2017	Polonya	2611	11-70	BOT	10<	0.1 ve 0.6*	-	-
Chard (58)	2018	Amerika Birleşik Devletleri	384	17-41	DOÖ	30<	8.0	-	-
Lucka (66)	2019	Polonya	864	13-30	ORTO-15	35>	27.78	-	-
Gramaglia (50)	2019	İtalya, Polonya ve İspanya	664	17-54	ORTO-15	35>**	37.05	40.42	28.42
He (59)	2019	Çin	1075	17-24	DOÖ	30<	7.8	5.3	10.6
Uzdil (62)	2019	Türkiye	182	14-18	ORTO-15	40>	76.4	76.6	76.1
Wojtaś (60)	2021	Polonya	473	16-35	Modifiye ORTO-15	8>	3.6	4.2	2.1

*Dittfeld ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında vejeteryan hasta grubunda ON prevalansı %0.1 ve vejeteryan olmayan hasta grubunda ise %0.6 bulunmuştur (39).

**Çalışmanın Polonya'da gerçekleştirilen kısmında ORTO-15 ölçeğinin Polonya versiyonu kullanılmış olup kesme değeri 24 olarak kullanılmıştır (50).

2.2.3.Ortoreksiya Nervoza Tanısında Kullanılan Ölçekler

ON tanısı için ilk geliştirilen ve en sık kullanılan ölçekler Bratman Ortoreksiya Testi ve ORTO-15 ölçekleridir. Son zamanlarda bu ölçeklere ek olarak Yeme Alışkanlıkları Ölçeği(YAÖ), Düsseldorf Ortoreksiya Ölçeği(DOÖ), Teruel Ortoreksiya Ölçeği(TOÖ), Barselona Ortoreksiya Ölçeği(BOÖ) ve Ortoreksiya Nervoza Envanteri (ONE) geliştirilmiştir (6).

2.2.3.1.Bratman Ortoreksiya Testi (BOT)

2001 yılında Bratman ve Knight tarafından ON belirtilerini değerlendirmek amacıyla geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir. Bu ölçek, 10 maddeden oluşmakta olup evet veya hayır şeklinde cevaplandırılmaktadır (36). Cevaplar 1 veya 0 olarak puanlandırılmaktadır. Ölçekten; 5 puanın altında alındığında sağlıklı, 5-9 puan arasında sağlık fanatigi ve 10 puan üstünde ON olarak değerlendirilmektedir. Bununla birlikte ölçekteki maddelerin geçerliliğine dair yeterli kanıt bulunmadığından eleştirilere maruz kalmakta olup BOT'un yeni çalışmalarda kullanımı tavsiye edilmemektedir (67).

2.2.3.2.ORTO-15 Ölçeği

2005 yılında Donini ve arkadaşları; BOT ve Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanterinin 7. alt ölçeğinden yola çıkarak ORTO-15 ölçeğini oluşturmuşlardır (68). ORTO-15; 4'lü likert tipte bir ölçek olup 15 maddeden oluşmaktadır. ON belirtilerini işaret eden cevaplar 1 puan, sağlıklı beslenme alışkanlığını işaret eden cevaplar ise 4 puan ile ilişkilendirilmiştir. Nihai puan, 15 maddeden alınan puanların toplamıdır. Puanlar ne kadar düşükse, ortoreksik belirtilerin o kadar şiddetli olduğu varsayılmaktadır (68). ORTO-15 ölçeği; sağlıklı gıdaların seçimi, satın alınması, hazırlanması ve yenmesi ile ilgili davranışların değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Bu bağlamda ölçek maddeleri yeme davranışıyla ilgili üç alt faktörü de değerlendirir: bilişsel (1, 5, 6, 11, 12 ve 14), klinik (3, 7, 8, 9, 15) ve duygusal (2, 4, 10 ve 13).

ORTO-15 anketi; doğrulama prosedürlerine tabi tutulmuştur (duyarlılık, özgüllük ve pozitif ve negatif prediktif değerler). Çalışmada ölçeğin kesme noktası üç değer açısından analiz edilmiştir (<35, <40 ve <45). ORTO-15, 40 puanlık kesme noktası için orijinal çalışmada daha tatmin edici değerlere ulaşmıştır (duyarlılık = %100, özgüllük = %73,6, pozitif prediktif değer = %17,6 ve negatif prediktif değer =

%100). Bununla birlikte orijinal çalışmada ORTO-15 anketinin geçerlilik ve güvenilirliği değerlendirilmemiştir (68). Aruşoğlu ve arkadaşları (2006); ORTO-15'i Türkçeye çevirmiş ve psikometrik özelliklerini değerlendirmişlerdir. Bu çalışmada ORTO-15'in iç tutarlık katsayısının 0.44 olduğu bulunmuştur. Kesme puanı ise 33 olarak belirlenmiştir (69).

ORTO-15 ölçeği sık kullanılması rağmen zayıf psikometrik özellikleri ve yapılan prevalans çalışmalarındaki birbirinden çok farklı değerler nedeniyle araştırmacılar tarafından eleştirilere maruz kalmıştır (6,7). Ayrıca ölçeğin önemli bir sınırlılığı da malnütrisyon, sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulma gibi sağlıklı beslenme ile aşırı meşguliyetin neden olduğu klinik bozulmayı değerlendirmemesidir. Ölçekle ilgili kanaat ORTO-15'in muhtemelen sağlıklı beslenme girişimlerini uygun bir şekilde ölçebileceği; ancak ON'yi bir bozukluk olarak değerlendirmede geçerlilikten yoksun olduğu şeklindedir. ORTO-15'in ON ile ilgili çalışmalarda sık kullanılan bir ölçek olduğu dikkate alındığında bu ölçeğin kullanılmasıyla elde edilen verilere dair soru işaretleri gündeme gelmektedir (7,70).

2.2.3.3.Yeme Alışkanlıkları Ölçeği (YAÖ)

Yeme Alışkanlıkları Ölçeği (YAÖ), Gleaves ve arkadaşları (2013) tarafından ON belirtilerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. YAÖ, 21 maddeden oluşmakta olup 4'lü likert tipte bir ölçektir. Ölçek; bilgi, sorunlar ve duygular olmak üzere üç alt boyut içermektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça ortoreksik belirti şiddeti de artmaktadır. Bilgi alt boyutu, kişinin beslenmeye ilişkin bilgi düzeyini ölçen maddelerden oluşmaktadır. Sorunlar alt boyutu, ortoreksik belirtilerin kişinin günlük hayattaki işlevselliğini olumsuz yönde etkileyip etkilemediğini değerlendiren maddeleri içermektedir. Son olarak duygular alt boyutunda ise kişinin sağlıklı beslenme konusuna yönelik duygularını değerlendiren maddeler bulunmaktadır. YAÖ Cronbach Alpha güvenirlik katsayıları alt ölçekler için 0.87-0.91 arasındadır. Test-tekrar test güvenirlik katsayıları ise 0.72-0.81 arasında değişmektedir (71).

2.2.3.4.Düsseldorf Ortoreksiya Ölçeği (DOÖ)

Düsseldorf Ortoreksiya Ölçeği (DOÖ); F. Barthels, F. Meyer ve R. Pietrowsky tarafından 2015 yılında geliştirilmiş 4'lü likert tipte bir ölçektir. DOÖ'nün 21 maddelik ve 10 maddelik iki versiyonu bulunmaktadır. DOÖ'nün daha uzun versiyonu üç alt ölçekten meydana gelmektedir: "ortoreksik yeme davranışı" (10 madde), "katkı maddelerinden kaçınma" (6 madde) ve "mineraller takviyesi" (5 madde). Kısa

versiyonu sadece bir alt ölçeğe sahiptir. Ölçek toplam puanı ne kadar yüksek ise, ortoreksik belirti şiddetinin de o denli yüksek olduğu varsayılır. 10 maddelik versiyon için kesme noktası ≥ 30 puandır. Her iki versiyonun da geçerli bir iç tutarlılığı mevcuttur. (21 maddelik DOÖ, Cronbach Alfa = 0.91; 10 maddelik DOÖ, Cronbach Alfa = 0.84) (9). Orjinal ölçek Almanca olmakla birlikte DOÖ'nün İngilizce (58), Çince (59), İspanyolca (72) ve Arapça (73) dillerinde de versiyonları mevcuttur.

2.2.3.5. Terruel Ortoreksiya Ölçeği (TOÖ)

Terruel Ortoreksiya Ölçeği (TOÖ); 2018 yılında J.R. Barrada ve M. Roncero tarafından geliştirilmiştir. TOÖ; 4'lü likert tipte bir ölçek olup 17 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Sağlıklı Ortoreksiya ve Ortoreksiya Nervoza olmak üzere iki alt faktörü bulunmaktadır. Sağlıklı Ortoreksiya 9 maddeden, Ortoreksiya Nervoza ise 8 maddeden oluşmaktadır. Her iki faktör de iyi bir iç tutarlılığa sahiptir (Sağlıklı Ortoreksiya için Cronbach Alfa= 0.85, Ortoreksiya Nervoza için= 0.81) (74). TOÖ'nün Portekizce (75), İspanyolca (74) İtalyanca (76), İngilizce (77), Fransızca (78,79), Türkçe (80) ve Arapça (81) dillerinde de versiyonları bulunmaktadır.

2.2.3.6. Ortoreksiya Nervoza Envanteri (ONE)

Oberle ve ark. (2021) tarafından ON semptomatolojisini değerlendirmek amacıyla geliştirilen, 4'lü likert tipte ve 24 maddeden oluşan bir ölçektir. Davranış, fiziksel ve psikososyal işlevsellikte bozulma ve emosyonel stres olmak üzere üç alt ölçeği bulunmakta olup davranış boyutu 9, fiziksel ve psikososyal işlevsellikte bozulma boyutu 10 ve emosyonel stres boyutu 5 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.94 olarak saptanmıştır. Alt ölçeklerin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları ise davranış boyutu için 0.89, fiziksel ve psikososyal işlevsellikte bozulma alt boyutu için 0.90 ve emosyonel stres alt boyutu için 0.88 olarak hesaplanmıştır. Ölçek puanı arttıkça ON belirti şiddeti de artmaktadır. Ayrıca ölçek için belirlenen kesme puanı olan 72'nin üstü ON'yi veya ON açısından yüksek riski göstermektedir (10). ONE'nin İtalyanca erişkin örneklem ile Türkçe 12-18 yaş arası ergenlerde ve erişkin örneklemde geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (82-84).

ONE hem güçlü psikometrik özellikleri hem de literatürde kabul görmüş olan ON tanı kriterleri arasında yer alan işlevsellikte bozulma kriterini değerlendiren tek tanı ölçeği olması nedeniyle diğer ON ölçeklerinden ayrılmaktadır. ON tanı araçları ile ilgili güncel bir derlemede de diğer ölçeklere göre ONE'nin yapılacak çalışmalarda

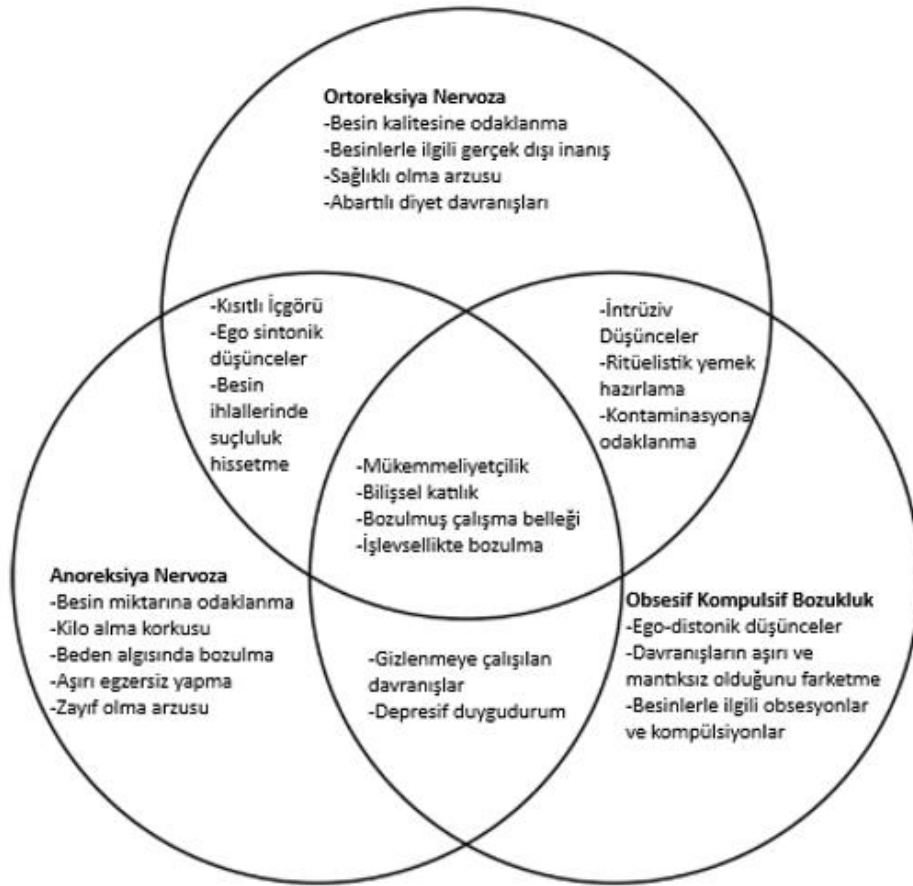
daha güvenilir sonuçlar elde edilmesini sağlayabileceğini destekler nitelikte kanıtlar bulunmaktadır (6).

2.2.4.Ortoreksiya Nervoza Belirtileri

ON iki aşamalı bir seyir izlemektedir. İlk aşamada sağlıklı olmak gibi masum bir istekle başlayan ON, ilerleyen süreçte kısıtlayıcı bir diyet uygulama ve sağlıklı olduğu inandırılan yiyeceklerden katı bir şekilde kaçınma ile karakterize bir saplantı haline dönüşmektedir (85,86). Ayrıca bu belirtilerin sonucu olarak sosyal, akademik ve mesleki işlevlerde önemli bozulmalar ortaya çıkabilmektedir (36,86).

ON'li bireyler tipik olarak diyetlerindeki gıdanın miktarından çok kalitesine önem vermektedirler (43). ON'li bireylerin; gıdanın kaynağı (hormon içerip içermediği veya pestisit maruziyeti), gıdanın işlenmesi (pişirme şekline göre besin değerinin değişmesi, işlenme sırasında yapay tatlandırıcı/koruyucu eklenmesi), gıdanın paketlenmesi (gıda paketlerinin karsinojenik olup olmadığı veya etikette besin değerleri ve katkı maddeleri ile ilgili yeterli bilgi verilip verilmediği) gibi konularda yoğun endişe duydukları ve bu endişeleri sonucunda besin tercihi ve hazırlanması sürecinde çok fazla zaman harcadıkları bilinmektedir (87). Bireylerdeki besin saflığına yönelik abartılı uğraş; dini inançlar, sürdürülebilir tarım, çevre kirliliği veya hayvanların korunması ile ilgili endişelerden ziyade kişinin kendi fiziksel sağlığını ve esenliğini en üst düzeye çıkarma arzusundan köken almaktadır (36).

Bireylerin sağlıklı diyet alışkanlıklarının sürdürülmesi ile ilgili uğraşları kompleks bir beslenme paterni oluşturmaya yol açar. Bu beslenme paterni içerisinde yiyeceklerin günün hangi saatlerinde yeneceğine ve tek başına veya başka bir gıda ile birlikte alınıp alınmayacağına dair kişi tarafından içselleştirilen kurallar ve ritüeller mevcuttur. Ayrıca ON'li bireyler; yiyeceklerin içeriğini araştırmak, öğünleri tartmak ve gelecekteki öğünleri planlamak için diğer kişilere göre çok daha fazla zaman harcarlar. Bu aşırı uğraşlarının olmadığı zamanlarda ise sağlıklı beslenme ile ilgili obsesyonel düşüncelerden dolayı huzursuzluk hissedebilirler (36). Ortoreksiya Nervoza'nın Anoreksiya Nervoza ve Obsesif Kompulsif Bozukluk ile örtüşen ve ayrılan belirtileri Şekil-3'te gösterilmiştir.



Şekil 2 Ortoreksiya Nervoz, Anoreksiya Nervoz ve Obsesif Kompulsif Bozukluğun örtüşen ve ayrışan belirtilerine dair venn diyagramı (38)

ON'li bireyler saf olmadıklarını düşündükleri birçok gıdayı kısıtlayarak ve yanlış diyet inançları neticesinde vücut için gerekli besin gruplarını ihmal edebilir, hatta tablo ağır durumlarda malnütrisyon ile seyredebilir (44). Diyet kısıtlamalarına bağlı olarak kişilerde osteopeni, anemi, hiponatremi, metabolik asidoz, bradikardi, testosteron azlığı gibi Anoreksiya Nervoz'a'nın ağır tablolarında ortaya çıkabilen tıbbi komplikasyonların görülebildiğine dair kanıtlar mevcuttur (36,86).

ON'li bireyler; gıdalarla ilgili uygulamaları kesintiye uğradığında veya engellendiğinde yoğun bir hayal kırıklığı yaşarlar. Ayrıca gıdaların saflığı ile ilgili bir tereddütleri olduğunda tiksinti hisseder ve saf olmadıklarını düşündükleri bir gıda tüketerek diyet ihlali yaptıklarında yoğun suçluluk duyarlar (88). Diyet ihlalleri daha da katı bir diyetle veya sözde arındırıcı oruçlar şeklinde görülebilen bir tür kendini cezalandırmaya sebebiyet verebilir (36).

ON'li bireyler, sağlıklı beslenme tutumunu ancak kendi başlarına ve çevrelerini kontrol altında tuttuklarında sürdürebileceklerine inanmaktadırlar. Ayrıca beslenme alışkanlıklarını ahlaki açıdan üstün bir duruşla ilişkilendirebildikleri için onlardan farklı beslenme şekline sahip bireylerle etkileşime girmekten kaçınabilir ve sosyal açıdan izolasyon riskiyle karşı karşıya kalabilirler (88).

2.2.5.Ortoreksiya Nervoza Tanı Kriterleri

Hollanda'da ON tanısına yönelik sağlık çalışanlarının tutumunu inceleyen bir çalışmaya göre sağlık çalışanları büyük oranda ON'nin ayrı bir tanı olması gerektiğini (%78) ve DSM'ye göre yeme ve beslenme bozuklukları alt başlığı altında sınıflandırılabilirliğini (%74) belirtmişlerdir (89).

Henüz resmi tanı olarak DSM tanılama sistemine dahil olmasa da birçok araştırmacı tarafından ON tanı kriterleri tanımlanmıştır (22,36,86).

Bratman ve Knight (2000) tarafından önerilen tanı kriterleri şu şekildedir (36):

- 1.Sağlıklı yiyecek arama ve hazırlama hakkında düşünmeye yoğun bir zaman harcamak (günde 3 saatten fazla),
2. Farklı yeme alışkanlıkları olan kişilerden daha üstün hissetmek,
- 3.Belirli bir sağlık-gıda diyetini katı bir biçimde takip etmek ve diyetle ilgili düşünmeden yapılan hareketleri telafi etmek için kısıtlamalar yapmak,
- 4.Diyete uyumla ilişkili benlik saygısı (örneğin diyetle uyarken kendinden tatmin olmak ve diyetten sapınca kendini suçlu hissetmek),
5. Diğer kişisel değerler, ilişkiler, önceden zevk alınan aktiviteler ve bazen de fiziksel sağlık pahasına "doğru" yemenin yaşamın merkezi haline dönüşmesi.

Moroze ve arkadaşları (2015) tarafından oluşturulan tanı ölçütleri şunlardır (86) :

A Kriteri: Sağlıklı besin tüketimiyle ilgili obsesyonel uğraşlar, öğünlerin kalite ve bileşenleriyle ilgili kaygılar (Aşağıdaki maddelerden iki ya da daha fazlası):

- 1.Besinlerin saflığıyla ilgili düşünceler nedeniyle dengesiz besin tüketimi
- 2.Saf olmayan ya da sağlıksız besinlerin tüketimi ve besin kalitesi ile bileşenlerinin fiziksel ve duygusal sağlığa etkileri konusunda endişe duymak
- 3.Besinlerin yağ, koruyucu, katkı maddesi, hayvansal ürün ve sağlığa etki edebilecek ögeler içerdiği endişesi nedeniyle besin kısıtlaması
- 4.Besinler hakkında profesyonel olmayan kişilerin gıdaları inceleme amacıyla aşırı zaman (3 saat ve üzeri) harcaması, spesifik türde besinler hazırlaması
- 5.'Sağlıksız' ve 'saf olmayan' şeklinde tabir edilen besinlerin tüketimi sonrası yoğun kaygı duyma ve pişmanlık yaşama

6. Başkalarının besinler hakkındaki düşüncelerine tahammül edememe

7.Kalitesi ve bileşenleri bilinen besine ulaşabilmek için yüksek miktarda para harcama

B Kriteri: Obsesyonel kaygılar aşağıdakilerden birinin varlığında daha zor bir hal almaktadır:

1. Beslenmedeki düzensizlikler nedeniyle fiziksel sağlığın bozulması (örneğin: dengesiz diyetin malnütrisyonu neden olması)
2. Sosyal, akademik ve mesleki işlevselliğin bireyin sağlıklı yeme takıntısı nedeniyle bozulması

C Kriteri: Bu rahatsızlık; obsesif kompulsif bozukluk, şizofreni veya diğer psikiyatrik bozukluk semptomlarının alevlenmesi değildir.

D Kriteri: Davranışın tanımlanmasında sadece ortodoks inanışların aşırı şekilde yerine getirilmesi, tıbbi durumlarda gerekli diyetlerin uygulanması veya tanı konmuş besin alerjisi için duyulan endişeler yeterli değildir.

Dunn ve Bratman (2016) tarafından önerilen tanı ölçütleri ise şunlardır (11):

A Kriteri: Diyet metodları veya spesifik bir çok detayı bulunan inanışlarla tanımlanan sağlıklı yemeye takıntılı olarak aşırı odaklanma ve sağlıksız olarak algılanan yemek tercihlerine bağlı olarak abartılı stres yaşama mevcuttur. Diyet tercihlerine bağlı kilo kaybı olabilir ancak öncelik kilo vermek değildir. Aşağıdaki maddelerle de bu öncül desteklenmektedir:

A1 Kriteri: Daha sağlıklı olduğu düşünülen diyet uygulamaları ile ilişkili olarak aşırı zihinsel uğraşlar ve/veya kompulsif davranışlar

A2 Kriteri: Kendi belirlediği katı diyet kurallarının ihlali sonucunda abartılı olarak yaşanan hastalık korkusu, kişisel kirlenmişlik hissi ve negatif fiziksel duyuların eşlik ettiği anksiyete ve utanç duygusu

A3 Kriteri: Diyet kısıtlamaları zaman içinde tüm gıda gruplarını kapsayacak şekilde artar ve arınma veya detoks dönemlerinin sıklığında ve şiddetinde giderek artış görülür. Bu kısıtlama ve detoksar genellikle kilo kaybına yol açar ancak kilo verme arzusu yoktur veya sağlıklı beslenme fikrine bağlı ortaya çıkar.

B Kriteri: Kompulsif davranış veya zihinsel meşguliyet aşağıdakilerden herhangi biriyle karakterize olup klinik olarak işlevselliği bozucu hale gelmiştir:

B1 Kriteri: Kısıtlı diyete bağlı malnütrisyon, şiddetli kilo kaybı veya diğer tıbbi komplikasyonlar

B2 Kriteri: Sağlıklı beslenme ile ilişkili inançlar veya davranışlara sekonder gelişen içsel stres veya sosyal, akademik veya mesleki işlevsellikte bozulma

B3 Kriteri: Pozitif beden imajı, öz değerler, kimlik algısı, kişisel tatmin kişinin kendi tanımladığı “sağlıklı” yeme davranışına uymaya bağlıdır.

2.2.6.Ortoreksiya Nervoza ile İlişkili Bozukluklar

2.2.6.1. Ortoreksiya Nervoza ve Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları; gıdanın tüketiminin veya emiliminin değişmesine neden olan ve sağlık veya psikososyal işlevselliği önemli ölçüde bozan, yeme veya yeme ile ilgili davranışlarda sorunlar yaşama şeklinde karakterize edilmektedir (22). ON ise saf olmayan veya sağlıksız olduğu düşünülen gıdalardan kaçınma şeklindeki doğası gereği, yanlış yeme tercihlerine sebep olur. Ayrıca sağlığı iyileştirmek veya hastalıklardan kaçınmak biçimindeki ulaşılması imkansız amaçlar ve ritüelleşmiş yeme davranışları normal işleyişi ciddi bir şekilde bozar. ON'nin yeme bozukluklarına benzeyen semptomatolojisi araştırmacıları ON ile Anoreksiya Nervoza (AN) ve Bulimiya Nervoza (BN) gibi klasik yeme bozuklukları arasında bir ilişki arama konusunda ilham vermiştir (90).

ON ve AN; gıdalardan alınan zevkin kaybolması, gıda alımının kontrol edilmesi, diyet kısıtlaması ve diyeti bozma sonucu pişmanlık yaşama gibi semptomlar açısından benzerlik gösterirler (38,91). Ayrıca iki hasta grubu da hastalıklarının sonuçları hakkında zayıf içgörüyeye sahiptirler (45,49). Bu iki klinik durum arasındaki

temel farklılık ise besinlerle ilgili ON'de niteliksel, AN'de ise niceliksel bir kaygının olmasıdır. Ayrıca AN ve BN'de en önemli amaç mükemmel bir bedene sahip olmak iken ON'de saf gıda ihtiyacı karşılanması temel odak noktasıdır (91,92). Bununla birlikte ortoreksik belirti şiddeti fazla olan bireylerin AN açısından riskli oldukları da düşünülmektedir (49).

ON ile yeme bozuklukları arasında yüksek oranda komorbidite olduğuna dair veriler mevcuttur (91,93,94). Brytek-Matera ve arkadaşları (2015) ; yeme bozukluğu tanılı 52 genç erişkin kadın hastayı (ortalama yaş=22.81±3.80) taramış ve bu hastaların %82.7 oranında ON belirtileri gösterdiklerini bulmuştur (94). 13-30 yaş arası lise ve üniversite öğrencilerinin dahil edildiği başka bir araştırma sonucunda yeme bozukluğu açısından riskli grupta ON riskinin yeme bozukluğu olmayan gruba göre neredeyse 3 kat daha fazla olduğu (sırasıyla %62.2 ve %23.4) saptanmıştır (66).

2015 yılında yapılan bir boylamsal çalışmaya göre yeme bozuklukları (AN ve BN) olan hastalara %28 oranında ON eşlik etmekteyken yeme bozukluklarının tedavisi sona erdikten ve semptomlar geriledikten sonra yapılan değerlendirmede ON sıklığı neredeyse iki kat artmış olarak bulunmuştur (%53). Bu durum, yazarlar tarafından ON'nin yeme bozukluklarının daha az tehdit edici ve hafif bir formu olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (91). Buna ek olarak ON'li kişilere DSM-5'te bulunan başka bir yeme bozukluğu tanı kriterlerini karşılamayan ancak sosyal veya mesleki alanlarda önemli bozulmalara neden olan hastalarda konabilen 'başka bir şekilde tanımlanmış' veya 'belirtilmemiş' yeme bozukluğu tanısının konabileceği de öne sürülmektedir (95).

Günümüzde DSM sınıflandırma sistemi kullanılarak sağlıklı olmak için takıntılı bir şekilde katı bir diyeti takip etmeye bağlı olarak ortaya çıkan problemlerli beslenme şeklindeki belirtilerin, Kaçınan Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu (KKYAB) tanısı altında yer alabileceği düşünülse de Dunn ve Bratman (2016) ON'nin KKYAB'den farklı bir durum olduğunu öne sürmüştür. KKYAB; gıdaya karşı ilgisizlik, belirli gıda türlerinden kaçınma ve yemek yemenin sonuçlarından korkma şeklindeki belirtilerle seyreder. Bununla birlikte KKYAB'de yemek yeme ile ilgili kaygılar besinlerin kalitesi veya sağlıksız oluşundan ziyade boğulma gibi bir travmatik deneyim veya düzenli kusma gibi hoş olmayan bir deneyimin sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (96).

2.2.6.2. Ortoreksiya Nervoza ve Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB); tekrarlayan belli düşünceler ve bu düşüncelerin etkisini azaltmak amacıyla yapılan tekrarlayıcı ve ritüelistik davranışlardan oluşur. Tekrarlayıcı davranış ve düşüncelerin artması kişinin üretkenliğinde azalmaya yol açabilmektedir. Ayrıca OKB; depresyon, anksiyete bozuklukları, tik bozuklukları, yeme bozuklukları, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, bipolar bozukluk ve suisid düşünceleri ile birliktelik gösterebilmektedir (97).

Sağlıklı beslenme ve yaşam tarzı iyi ve arzu edilir olsa da bazı kişilerde bu sağlık alışkanlıkları normalin ötesine geçebilir hatta saplantı ve aşırı meşguliyete dönüşebilir. Burdan yola çıkarak bazı araştırmacılar ON'nin kökeninde sağlıkla ilgili obsesif bir uğraşından gıdalar ve sağlıklı beslenme ile ilgili obsesyonel düşüncelerin kişinin işlevselliğini etkilediği bir duruma kadar yol açabilen bir obsesyonun bulunabileceğini öne sürmektedirler (53,98). ON ve OKB'de gıda hakkında müdahaleci düşünceler, besinlerin saf olup olmadığına aşırı odaklanma ve ritüelleşmiş davranışlar gibi ortak özellikler bulunmaktadır (38). Bu iki klinik durum arasındaki en önemli ayrım ise daha yüksek ortoreksik belirti şiddetleri olan bireylerin sınırlı bir içgörü ile ego-sintonik özellikte obsesyonlara sahip olmasıdır (11).

Literatürde ON ve OKB arasındaki ilişkiye dair konsensus oluşmamakla birlikte farklı görüşler bulunmaktadır. Vaccari ve arkadaşları (2021), yaptıkları çok merkezli çalışmada Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tanılı hastalarda kontrol grubuna göre ON sıklığının daha fazla olduğunu göstermişlerdir (99). Bir başka çalışmada ise simetri-düzenleme obsesyonları olanlarda kontrol grubuna göre ortoreksik belirti şiddetlerinin daha fazla olduğu görülmüştür (100). Bunun yanında Costa ve arkadaşlarının (2018) 270 üniversite öğrencisinde yaptıkları çalışmada, obsesyonları olan katılımcıların daha düşük oranda ortoreksik davranışlara sahip olduğunu saptamışlardır. Yazarlar bu sonuçtan yola çıkarak ON ve OKB arasındaki ilişkinin henüz sadece hipotez düzeyinde kaldığını öne sürmüşlerdir (101).

2.2.6.3. Ortoreksiya Nervoza ve Anksiyete Bozuklukları

ON ile ilişkisinin araştırıldığı diğer bir klinik de anksiyete bozukluklarıdır. Literatürde anksiyete bozuklukları ve ON arasındaki ilişki ile ilgili farklı görüşler bulunmaktadır. Yılmaz ve Dünder (2022), 248 üniversite öğrencisinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında ON açısından riskli olanlarda anksiyete belirtilerinin

ON açısından riskli olmayanlara göre daha fazla olduğunu bulmuşlardır (102). Bununla birlikte yine Lübnan'da yapılan ve 627 tıp öğrencisi ile yapılan bir araştırmada ON'li bireylerin daha az anksiyete belirtisi gösterdiği saptanmıştır (47).

2.2.6.4. Ortoreksiya Nervoza ve Major Depresyon

Yapılan birçok çalışmada ON'li bireylerin daha fazla depresif belirti gösterdiği bildirilmiştir (103,104). İki klinik durum arasındaki ilişkiyi destekler biçimde, güncel bir prospektif çalışmada başlangıçta ortoreksik belirti şiddetinin fazla oluşu 3 ay sonra yapılan değerlendirmede depresif belirtilerdeki artışı öngörmüştür (105).

Obsesif yeme alışkanlıklarına yol açan ON'nin sosyal izolasyona yol açabileceği ve dolayısıyla keyif verici aktivitelerin azalması aracılığıyla depresyon gelişimini tetikleyebileceği öne sürülmektedir (104). ON'li bireylerin diyetlerini bozmalarına bağlı olarak yoğun suçluluk duyguları yaşamalarının da depresyon gelişiminde etkili olabileceği düşünülmektedir (103).

2.2.6.5. Ortoreksiya Nervoza ve Diğer Psikiyatrik Bozukluklar

Dell'Osso ve arkadaşları, ON ve Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) arasındaki besinlerle ilgili obsesif ve rijit uğraşlar, başkalarına karşı hoşgörüsüzlükten kaynaklanan sosyal izolasyon ve işlevsellikte bozulmalara yol açan tekrarlayıcı ve değişmez davranışlar gibi bazı benzerliklere dikkat çekmişlerdir (106).

ON'nin ayrıca Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu (OKKB) ile olan mükemmeliyetçilik, ayrıntılara dikkat etme ve rijit düşünme gibi benzerlikleri de dikkat çekicidir (107). Literatürde OKKB özelliklerinin patolojik yeme alışkanlıklarının gelişimini öngördüğüne dair veriler de mevcuttur (108).

2.2.7. Ortoreksiya Nervoza Tedavisi

İdeal olarak ON tedavisi doktor, psikoterapist ve diyetisyenlerin yer aldığı multidisipliner bir ekiple gerçekleştirilmelidir (109).

Farmakolojik olarak serotonin geri alım inhibitörlerinin ON tedavisinde yararlı olduğu bildirilmektedir (88). Bunun dışında besinlerle ilişkili saplantılı düşünceler üzerinde olanzapin gibi antipsikotik tedavilerin yararlı olabileceğine dair olgu bildirimi mevcuttur (86). Ayrıca ON'li bireylerin doğal olmadıkları gerekçesiyle farmakoterapiyi reddedebileceği de vurgulanmaktadır (88).

Klinisyenlerin ON açısından riskli olan kişilerde zayıf olma arzusu yerine 'saf ve sağlıklı gıdalar' tüketme arzusuna odaklanması önerilmektedir. Ayrıca yeme

bozuklukları için kullanılan bazı tedavi varsayımlarının ON'li bireylerin klinik belirtilerine ve tedavi ihtiyacına göre uyarlanabilmesi de olasıdır (98).

ON'den muzdarip olan bireylerin öncelikle beslenme davranışlarındaki sorunlar hakkında farkındalığı artırılması önem teşkil etmektedir. Sağlıklı olmak için etkili tek faktörün besinlerin kalitesi olmadığına yönelik bilgilendirme yapılmasının da tedavinin bir parçası olduğu düşünülmektedir (98).

ON'ye bağlı gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi için erken tanı ve tedavi önemlidir. Bu bağlamda risk faktörleri olan hastalarda ON taraması yapılması gerekmektedir. Tarama kapsamına polikistik over sendromu, dislipidemi, obezite ve diyabet gibi sağlıklı beslenmesi gereken hasta gruplarının alınması önerilmektedir. Bu taramalar, iki maddelik basit anketler kullanılarak yapılabilirken teşhisin doğrulanması için daha ayrıntılı tanısal araçların kullanılması da gerekebilir (12,110).

Ayrıca yeme bozukluğu olan diğer hastalara göre ON'li bireylerin sağlıkları ve kişisel bakımları ile ilgili endişeleri nedeniyle tedaviye katılımlarının ve yanıt verme oranlarının fazla olabileceği bildirilmiştir (88).

2.3.Ortoreksiya Nervoza Gelişmesinde Etkili Faktörler

2.3.1. Demografik Faktörler

Literatürde; yaş, cinsiyet, aile eğitim durumu ve aile gelir durumu gibi demografik faktörlerin ON ile ilişkili olup olmadığına dair çalışmalar bulunmaktadır.

Yaş faktörünün ON gelişiminde etkili olup olmadığına dair literatürde farklı görüşler bulunmaktadır. Bazı çalışmalarda ON'nin genç yetişkinlerde, yaşlı gruba göre daha yaygın görüldüğü bildirilmiştir. Türkiye'de 16-29 yaş arasındaki tıp öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada 21 yaş altındaki katılımcılarda ON'nin daha sık olduğu bulunmuştur (54). İtalya ve Hırvatistan'da yapılmış iki çalışmada da bu verileri destekler nitelikte genç yaştaki öğrenciler arasında ON'nin daha yaygın olduğu bildirilmiştir (111,112). Bununla birlikte farklı kültürel özelliklerdeki katılımcılarda ve farklı yaş gruplarında yapılmış birçok çalışmada ON ile yaş arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (40,41,43,64,113).

ON ile cinsiyet arasındaki ilişkiye dair literatürdeki bulgular tutarsızdır. Almanya, Türkiye, İspanya ve İtalya kökenli bazı çalışmalarda ON'nin kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir (56,112,114–116). Ancak bu çalışmalardaki örneklemeler ağırlıklı olarak kadınlardan oluşmaktadır (117). Tıp fakültesi öğrencileri,

diyetisyenlik öğrencileri gibi spesifik örnekleme sahip iki çalışma ile İtalya’da toplum örnekleminde yapılan bir çalışmada erkeklerde ON sıklığı daha fazla olarak bulunmuştur (54,87,118). Bununla birlikte daha iyi metodolojiye sahip çalışmalar da dahil olmak üzere literatürdeki çalışmaların çoğunda cinsiyet ile ON arasında bir ilişki saptanmamıştır (7,41,121–123,43,44,64,103,111,113,119,120).

Aile geliri ve eğitim durumu ile ON ilişkisine dair literatürdeki kanıtlar diğer demografik faktörlere göre daha kısıtlıdır. İtalyan üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ebeveynleri sekiz yıl veya daha fazla eğitim almış olanlarda diğerlerine göre ON’nin daha yaygın görüldüğü bildirilmiştir (112). Polonya’da lise öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ise aile geliri arttıkça ON sıklığının arttığı bulunmuştur (57).

2.3.2. Kilo ve Beden Algısı ile İlgili Faktörler

Yeme bozuklukları ile ON arasındaki olası ilişki ve örtüşmelerden yola çıkarak ON ile vücut kitle indeksi ve beden algısı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar yapılmıştır.

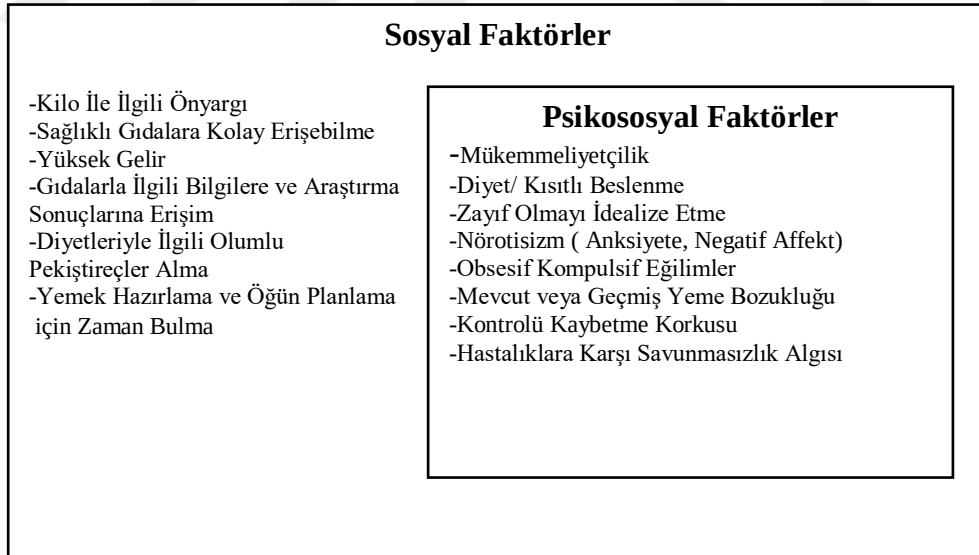
Vücut kitle indeksinin (VKİ) ON ile ilişkisinin nasıl olduğuna dair literatürdeki veriler tutarsızdır. Literatürde; herhangi bir ilişki olmadığını (43,56,118,120) , VKİ’si düşük olanlarda ON’nin daha sık olduğunu (112,124) ve VKİ’si fazla olanlarda ON’nin daha sık olduğunu (54,122) gösteren çalışmalar mevcuttur.

Teorik olarak ON’li bireylerin beden algısının korunduğu kabul edilse de literatürdeki çalışmalarda netlik yoktur. Barthels ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında ON’li grubun bedenlerinden memnunken AN’li grubun memnun olmadığı raporlanmıştır (125). Diğer çalışmalarda ise görünüşle ilgili kaygısı olanlarda (119), görünüşle ilgili fazla uğraşısı olanlarda (121), algılanan şişmanlığın fazla olduğu bireylerde (126) ve fazla kilo ile ilgili kaygısı olanlarda (46,94) ortoreksik belirti şiddetinin daha fazla olduğu raporlanmıştır. Literatürdeki iki çalışmada da ON’si olanlarda zayıflık dürtülerinin olmayanlara göre daha fazla olduğu bildirilmektedir. Eriksson ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında ise erkeklerde ince ve kaslı vücudu, kadınlarda ise ince vücudu idealleştirmenin ON’nin bir yordayıcısı olduğuna dair kanıtlar bulunmuştur (127).

2.3.3. Psikososyal Faktörler

Bratman, ON’nin genellikle bireylerin kronik hastalıkların üstesinden gelme veya genel sağlığı iyileştirme arzusundan ileri geldiğini ve ON’li bireylerin yeme

alışkanlıklarının ardındaki motivasyonun daha saf, sağlıklı ve doğal hissedebilmek olduğunu ifade etmiştir (128). Ayrıca sağlıklı beslenmeden elde edilen gerçek olmayan güvenlik algısının (hastalık veya ölüm tehdidine karşı) veya algılanan kontrol duygusunun da ON belirtilerinin gelişiminde rol oynayabileceği düşünülmektedir (95). ON ile ilişkili bu hipotezlerin yanı sıra ON gelişiminde rol oynayabilecek birçok olası psikososyal risk faktörü incelenmiştir. Bu bağlamda, McComb ve Mills (2019) ON ile ilişkili psikososyal risk faktörlerine yönelik çalışmaları derleyerek ON psikososyal modelini oluşturmuşlardır (Şekil 2). Bu modele göre kilo ile ilgili önyargının, sağlıklı gıdalara kolay erişebilmenin, yüksek gelirin, gıdalarla ilgili bilgilere ve araştırma sonuçlarına erişimin, diyetleriyle ilgili olumlu pekiştireçler almanın ve yemek hazırlama ve öğün planlama için zaman bulmanın ON ile ilişkili sosyal risk faktörleri olduğu belirtilmiştir. ON ile ilişkili psikososyal risk faktörlerinin ise mükemmeliyetçilik, diyet/kısıtlı beslenme, zayıf olmayı idealize etme, nörotisizm, obsesif kompulsif eğilimler, mevcut veya geçmiş yeme bozukluğu, kontrolü kaybetme korkusu ve hastalıklara karşı savunmasızlık algısı olduğu bildirilmiştir (117).



Şekil 3 ON psikososyal modeli (70)

2.3.3.1. Psikolojik Faktörler

Kişilik özellikleri ile ilgili yapılan çalışmalarda, benlik saygısının ON ile ilişkisiz olduğuna ancak narsistik kişilik özelliklerinin ON belirtileri ile pozitif bir

şekilde ilişkili olduğuna dair kanıtlar bulunmuştur (120,121). Mükemmeliyetçilikle ON arasındaki olası ilişkileri değerlendiren beş çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmaların dördünde mükemmeliyetçilik arttıkça ortoreksik belirti şiddetinin arttığı ancak bir çalışmada ise mükemmeliyetçiliğin ON'yi öngörmediği raporlanmıştır (74,119–121,129).

Gleaves ve arkadaşları (2013) üniversite öğrencilerinde deneyime açıklık, uyumluluk, dışa dönüklük, vicdanlı olma ve nevrotik kişilik özelliklerinin ON üzerinde etkili olup olmadığını araştırmışlardır. Bu çalışmada, sadece nevrotik olmanın ON ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar, yazarlar tarafından duygudurum regülasyon becerileri zayıf olanlarda ve emosyonel labilitesi olanlarda ON riskinin daha fazla olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (71).

ON ile ilişkili olabileceği düşünülen diğer bir psikolojik faktör de obsesif kompulsif eğilimlerdir. Genel olarak literatürde bu faktörle ilgili veriler tutarlıdır. Yiyeceklerle ilgili ritüelistik davranışların, yiyeceklerin kalorisi ile ilgili takıntıların ve ritüelleşmiş egzersiz davranışlarının ON ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (91,126,130). Bunun yanı sıra bulaş obsesyonları, yıkama ve giyinme ile ilgili kompulsiyonlar, kontrol etme kompulsiyonları ve kendine veya başkasına zarar verme ile ilgili obsesyonel düşüncelerin ON'li bireylerde daha fazla görülebileceğine dair kanıtlar bulunmaktadır (131).

2.3.3.2. Sosyal Faktörler

Beslenme şekli ve alışkanlıkları, egzersiz yapma, sosyal medya kullanımı, sigara ve alkol kullanımı; ON ile ilişkili olabileceği düşünülen ve bu bağlamda araştırmacılar tarafından üzerinde çalışılan olası risk faktörleridir.

Vejeteryan ve vegan beslenme şeklinin ON ile ilişkisini değerlendiren çok sayıda çalışma mevcuttur. Vejeteryanlarda ve veganlarda ON'nin daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalar bulunmakla birlikte (39,103,112,132) herhangi bir ilişki saptamayan çalışmalar da mevcuttur (7,40,131). Mevcut literatür daha çok kadınlarda yapılmış çalışmalardan oluşmakta olup erkeklerde vejeteryan ve vegan beslenme şekli ile ON arasındaki ilişkiye dair yeterli veri bulunmamaktadır (117).

Çeşitli beslenme alışkanlıklarının da ON gelişiminde önemli olabileceği düşünülmektedir. Belirli yiyecek türlerinden kaçınma, sıkı bir diyet programı takip etme ve yemek hazırlamak için uzun zaman harcama davranışları ortoreksik belirti

şiddetlerinin fazlalığı ile ilişkilendirilmiştir (114,130). Ayrıca ON'li bireylerin sebze, kuruyemiş, balık, beyaz et ve zeytinyağlı yemeklerden oluşan akdeniz tipi diyet şeklini ON'li olmayanlara göre daha sık tercih ettiği bildirilmiştir (131). ON'li bireylerde hayvansal gıdaları tercih etme sıklığı ise daha azdır (122). Bunlara ek olarak bazı çalışmalarda yiyecek alımını kısıtlamanın da ON için öngörücü olabileceği bulunmuştur (123,131). Yiyecek kısıtlaması ile ilgili bulguların yanı sıra geçmişte diyet deneyiminin olması, birçok farklı ülke ve kültürde yapılan çalışmalarda ON ile ilişkilendirilmiştir (44,64,114,130).

Besinler ve diyet şekilleri ile ilgili birçok içeriğe ulaşılabilmesi nedeniyle sosyal medyanın, yeme ile ilgili sorunların ortaya çıkışında etkili olabileceği düşünülmektedir (133). Bu bağlamda yapılan çalışmalarda, ON ile sosyal medya kullanımı arasında ilişki olabileceğine dair kanıtlar bulunmuştur. İtalya'da yapılan bir çalışmada bir saatten fazla sosyal medya kullanımı olan katılımcılarda on beş dakikadan az sosyal medya kullanımı olanlara göre ON prevalansının daha yüksek olduğu bulunmuştur (52). Instagram gibi sağlıklı beslenme üzerine birçok görselin paylaşıldığı ve ünlüler tarafından sağlıklı beslenmenin teşvik edildiği platformlar da ON gelişimine katkıda bulunabilmektedir. Örneğin Turner ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında fazla instagram kullanımının, artmış ortoreksik belirti şiddeti ile bağlantılı olabileceği gösterilmiştir (40).

Araştırmacılar tarafından teorik olarak egzersiz sıklığı ile ortoreksik belirti şiddeti arasında doğrusal bir ilişki olabileceğine dair öne sürülen hipotezden yola çıkılarak birçok çalışma yapılmıştır. ON ve egzersiz yapma arasındaki ilişkiyi değerlendiren bu çalışmalarda genellikle egzersiz sıklığının ve süresinin fazla olduğu bireylerde ortoreksik belirti şiddetinin daha fazla olduğu (57,65,94,130) yönündeki kanıtlar bu hipotezi desteklerken birkaç çalışmada ON ile egzersiz arasında ilişki tespit edilmemiştir (7,131). Literatürdeki bu veriler göz önünde bulundurulduğunda egzersiz ile ON arasında bir ilişki mevcut olup olmadığı ve ON gelişiminde egzersizin rolünün ne şekilde olabileceği hususlarında netlik bulunmamaktadır (134).

Son olarak sigara ve alkol ile ON arasındaki ilişki açısından literatürde tutarlı sonuçlar bulunmamaktadır (43,57,65,118,131). Araştırmacılar tarafından sigara ve alkol tüketmeyenlerde ON'nin daha sık görülebileceği düşünülmekle birlikte bu hipotez henüz güçlü kanıtlarla desteklenmemiştir (134).

2.3.4. Aile ve Ebeveynlik Tutumu ile İlişkili Faktörler

Çocuğun fiziksel ve ruhsal gelişiminde ailenin ve ebeveynlik tutumlarının önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. Baumrind'in (1966) anne ve baba tutumu kavramını ortaya koymasıyla birlikte ebeveynlik tutumlarının çocukların ruhsal gelişimindeki etkisine ve olumsuz ebeveyn tutumlarının ilerleyen yıllarda ortaya çıkan psikopatolojilerde rolü olup olmadığına dair birçok araştırma yapılmıştır (135,136).

Ebeveynlik tutumu ile bireylerin yeme davranışı arasındaki ilişki araştırmacıların ilgisini çeken bir konu olmuştur. Pedroso ve arkadaşları (2019) annenin çocuğa yönelik tutumunun çocuğun beslenmesinde önemli rol oynadığını göstermiştir (137). Ayrıca yeme bozukluğu olan hastaların; daha az empatik, destekleyici olmayan ve başarı beklentisi yüksek ailelere sahip oldukları bildirilmiştir (138). Rojo-Moreno ve arkadaşları (2006) da geçmişte yeme bozukluğu tedavisi alan bireylerin diğer gruba göre ebeveynlerinden daha az duygusal sıcaklık gördüklerini ve ebeveynlerinin daha korumacı ve reddedici tutum içerisinde olduklarını raporlamıştır (139).

Olumsuz ebeveynlik tutumları ile yeme bozuklukları arasındaki ilişki ortaya konmuş olmasına karşın ON ile ebeveyn tutumları arasındaki ilişkiye dair literatürdeki veriler sınırlıdır. 2009 yılında yapılan bir çalışmada ON ile eleştirel ve beklenti içinde olma şeklindeki ebeveynlik özellikleri arasında bir ilişki saptanmamıştır (140). Bununla birlikte Asarkaya ve arkadaşları (2019), ON'nin anneden algılanan psikolojik kontrol ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (141). Ebeveynlik tipleri ile ON arasındaki ilişkiyi değerlendiren 18-30 yaş arasındaki 409 kişinin dahil edildiği bir çalışmada ise otoriter ebeveynlik tutumları olanlarda ON sıklığının daha fazla olduğu ancak koruyucu, demokratik ve ilgisiz ebeveyn tutumları ile ON arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır (142). Bir sonraki kısımda anne-baba tutumları ve ebeveynlik tipleri daha detaylı bir şekilde açıklanmıştır.

2.4. Anne Baba Tutumları

Aile, çocuğun yaşantısında önemli bir yer teşkil etmektedir. Ebeveynlik tarzı ise ebeveynlerin çocuklarını nasıl ödüllendirdiği, onlarla nasıl müzakere ettiği ve çocukları için ne tür kurallar ve cezalar koyduğu da dahil olmak üzere genel anlamda ebeveynlerin çocuklarının isteklerine veya taleplerine karşı nasıl bir tutum

sergilediğini ifade etmektedir (143,144). Çocukların sosyal, duygusal ve bilişsel gelişimi anne ve babaların çocuk yetiştirme tutumlarından etkilenmektedir (145).

Ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumlarına yönelik çeşitli kuramsal yaklaşımlar mevcuttur. Baumrind, genel olarak ebeveynlik stillerine yönelik araştırmaların öncüsü olarak kabul edilmektedir. Baumrind'e göre otoriter, demokratik ve izin verici olmak üzere üç temel çocuk yetiştirme tutumu bulunmaktadır. Ayrıca otoriter ebeveynlerin çocuklarının davranışlarını mutlak standartlara göre şekillendirmeye ve kontrol etmeye çalıştıklarını; izin verici ebeveynlerin ise daha sıcak ve kontrol etmekten uzak bir yaklaşımı benimsediklerini ileri sürmüştür. Yetkili bir ebeveynlik tarzının bu iki uç arasında yer aldığını düşünmüştür. (136,146,147).

Maccoby ve Martin ise farklı olarak ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumlarını duyarlılık ve talepkarlık/denetleme olmak üzere iki boyutta ele almıştır. Bu boyutların kesiştiği noktada; Baumrind'in tanımladığı 'izin verici' anne-baba tutumunu ikiye ayırarak otoriter, demokratik, izin verici-hoşgörülü ve izin verici-ihmkar olmak üzere dört tür çocuk yetiştirme tutumu tanımlamışlardır (148).

Ebeveynlerin; çocuğuna yönelik tutum, uygulama ve inançlarının çocuğun gıda tüketimi ve beslenme tutumları ile belirgin bir ilişkisi vardır. Literatürde, çocuğun görüntüsü ve kilo kontrolü ile ilgili eleştirel tutumda olan ebeveynlerin çocuklarının daha sık diyet yapabildiği ve bulimik davranışlar geliştirebildiği gösterilmiştir (149). Bununla birlikte ergenlerde ON ve anne-baba tutumları arasındaki ilişki yeterince araştırılmamıştır.

2.4.1.Otoriter Anne Baba Tutumu

Otoriter ebeveynlik tarzı, çocukların özerkliğinin çok az teşvik edilmesi ve ebeveyn kurallarının katı bir şekilde uygulanması olarak da bilinen geleneksel sert ebeveynliği temsil etmektedir. Otoriter anne ve babalar çocuk için en doğru kararı verenin kendileri olduğunu düşünür ve çocuklarının, bu tutumlarını sorgulamadan kabul etmesini beklerler. Ebeveynler belirledikleri kurallarda ve uygulamalarında esneklik göstermezler. Bu kuralları koyarken de çocuğun fikrini önemsemezler (136,150,151)

Ceza kavramı daha çok otoriter ebeveynlikle ilişkilendirilmektedir. İstenmeyen davranışlar karşısında veya konulan kurallara uyulmadığında çocuklarının daha uyumlu olması için ebeveynler ceza yöntemi uygulamayı tercih ederler (136,152).

Otoriter ebeveynlik tarzını benimseyen ailelerin çocukları genellikle itaatkâr ve yetkin olmakla birlikte bu çocukların sosyal yeterliliklerinin ve öz saygılarının daha düşük olduğu düşünülmektedir (153).

2.4.2.Aşırı Hoşgörülü Anne Baba Tutumu

Aşırı hoşgörülü ebeveynler çocuklarını kendi tercihlerini yapma konusunda özgür bırakırlar. Bu tür anne babalar, çocukların sosyal yaşamlarını kısıtlamazlar ve onları kendilerine uygun planlar yapmaya teşvik ederler (146). Bu tutuma sahip aileler çocuklarına karşı sıcakkanlı ve sevecen davranırlar da çocuklarının davranışlarını hiçbir şekilde kontrol etmezler ve hatta bazen ebeveynlerde ihmale varan bir kayıtsızlık görülebilir (154).

Aşırı hoşgörülü ebeveynlik tarzını benimseyen ailelerin çocukları genellikle mutluluk ve öz-denetim açısından yaşlarına göre daha düşük seviyelerdedir. Bu çocukların otoriteyle ilgili sorunlar yaşamaları ve okulda kötü performans göstermeleri de daha olasıdır (153).

2.4.3.Demokratik Anne Baba Tutumu

Demokratik bir tutum sergileyen ebeveynler, çocuklarının bir birey olduğunun farkında olarak hareket ederler ve onların karar verme ve deneyimleme süreçlerinde destekleyici bir rol üstlenirler. Bu ebeveynler tarafından konulan kurallar çocukların da fikirleri alınarak belirlenmiş olup bu çerçevede çocuklar özgürce hareket ederler (136). Ebeveynler çocuklarına karşı sıcakkanlı davranırlar ve onları sabırla dinlerler. Aile içerisinde verilecek bir kararda veya fikir ayrılıklarının yaşandığı durumlarda çocukların görüşleri de alınarak müzakere edilir (154). Demokratik ebeveynlik tarzlarının; mutlu, yetenekli ve başarılı çocuklarla sonuçlanma olasılığının yüksek olduğu belirtilmektedir (153).

2.4.4.Koruyucu Anne Baba Tutumu

Koruyucu ebeveynlik tutumunda çocukların istekleri hep ön plandadır ve sürekli çocuğun ihtiyaçları karşılanmaya çalışılır. Çocuğun zarar görmemesi için anne ve babalar problemleri çocukların yerine çözme yolunu tercih ederler (155). Çocuğun yapması gereken birçok görev ve sorumluluğu ebeveynler kendileri yaparak çocuğa yardımcı olduklarını düşünürler ancak bu şekildeki bir aşırı koruyucu tutum sevgi kaynaklı olsa dahi çocuğun ruhsal gelişimi için zararlı olabilmektedir (151). Aşırı

koruyucu tutumla yetiştirilen çocuklar ebeveynlerine bağımlılık gösterebilirler ve öz güven problemleri yaşayabilirler.

2.4.5.Tutarsız Anne Baba Tutumu

Ebeveynler arasında tutum farklılıklarının olması veya ebeveynin aynı olaya farklı zamanlarda farklı tepkiler vermesi durumunda tutarsız anne baba tutumu söz konusu olmaktadır. Çocuklar yaptıkları davranış karşısında farklı zamanlarda farklı tepkiler gördükleri için doğru ve yanlış ayırt etmekte zorluk yaşayabilirler (156). Bununla birlikte çocuğa karşı tutarlı tutum gösteren ebeveynlerin olması, çocuğun olumlu ruhsal gelişimi açısından önemlidir (157).

2.4.6.İlgisiz Anne Baba Tutumu

İlgisiz anne ve babalar çocuklarının fizyolojik ihtiyaçlarını karşılarlarken diğer ihtiyaçlarını yok sayarlar. Çocuk herhangi bir problem çıkarmadığı sürece ebeveynler tarafından görmezden gelinir. Problem olan davranışla ebeveynlerinin ilgisini çekebilen bu çocuklar davranış sorunları gösterebilirler (158). İlgisiz ebeveynlik tarzını benimsemiş ailelerin yetiştirdiği çocuklar öz denetimden yoksun olmakla birlikte bu çocukların öz saygıları da akranlarına göre düşüktür (153).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Tipi

Bu araştırma, tek merkezli ve epidemiyolojik bir çalışma olarak yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma, Eylül 2022-Mart 2023 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ana bilim dalı tarafından yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini Milli Eğitim Bakanlığı Trabzon İl Milli Eğitim Müdürlüğü verilerine göre 2022 yılında ortaöğrenime devam eden 42356 lise öğrencisi oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü Open Epi programı kullanılarak hesaplanmıştır. Oberle ve arkadaşlarının (2021) ONE ile yaptıkları referans çalışmadaki %4.5 prevalans, %1.5 sapma, küme tipi örnekleme yapılması nedeniyle %2 alınan desen etkisi ve %95 güven aralığında örneklem büyüklüğü 1442 olarak hesaplanmıştır (10,159). Hesaplanan örneklem büyüklüğüne %10 fire payı da eklenerek en az 1586 öğrenciye ulaşılması hedeflenmiştir.

3.2.1. Ebeveynlerin Araştırmaya Dâhil Olma ve Dışlama Ölçütleri

Dahil olma ölçütleri:

—Çalışmada yer almak için verilecek bilgilendirilmiş onam formunu okuyup çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

Dışlama Ölçütleri:

—Çalışmada yer almak için verilecek bilgilendirilmiş onam formunu okuyup çalışmaya katılmayı reddetme veya herhangi bir nedenle çalışmadan ayrılmak istemek

3.2.2. Çocukların Araştırmaya Dâhil Olma ve Dışlama Ölçütleri

Dahil olma ölçütleri:

—14-18 yaş aralığında lisede öğrenci olmak ve çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmek

Dışlama Ölçütleri:

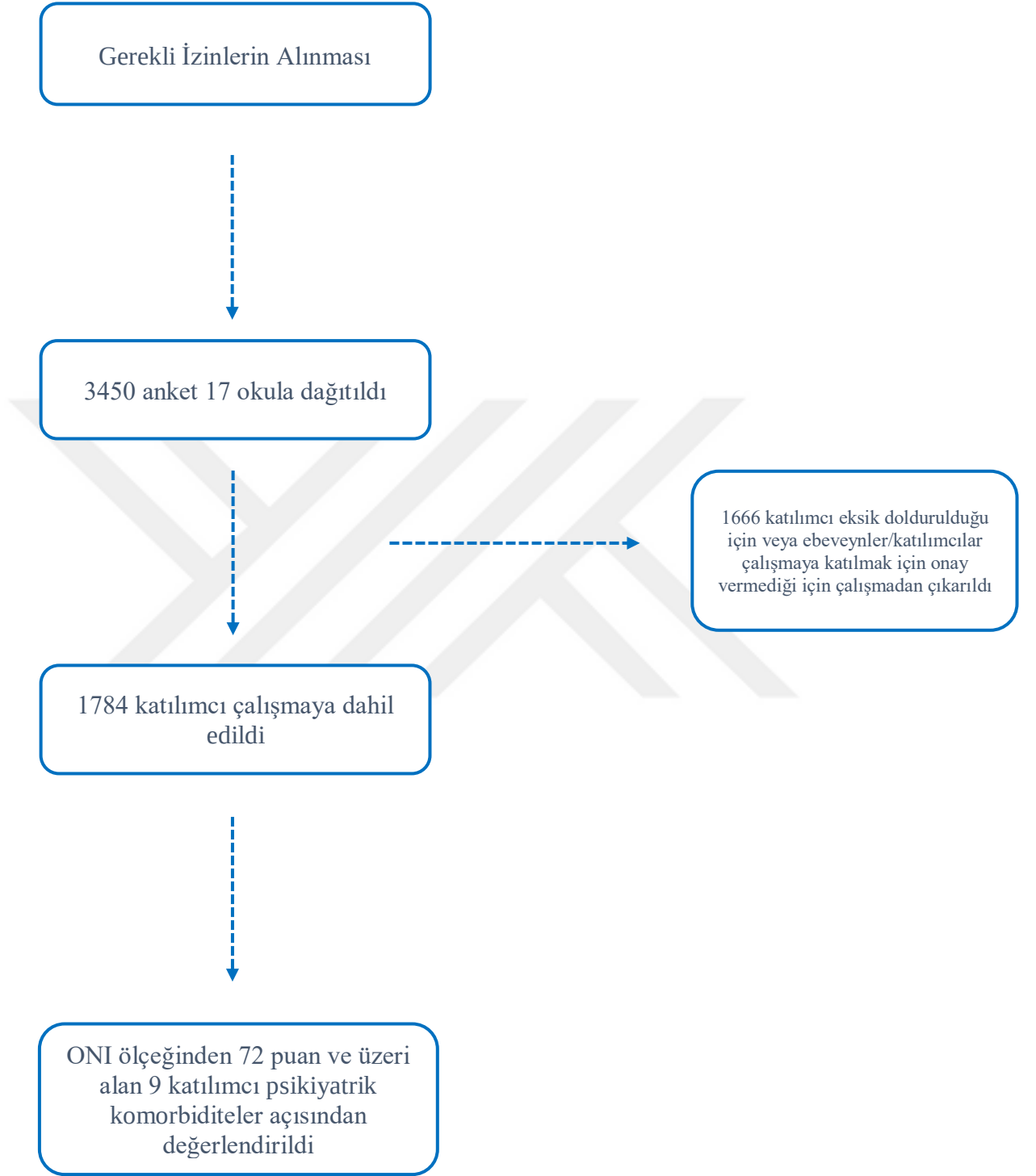
—Çalışmada yer almak için verilecek bilgilendirilmiş onam formunu okuyup çalışmaya katılmayı reddetme veya herhangi bir nedenle çalışmadan ayrılmak istemek

3.3.3. Araştırmanın Süreci

Çalışma için Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan etik onay alınmıştır. Ayrıca Trabzon Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğünden gerekli izinler alınmıştır.

Çalışma iki aşamalı olarak gerçekleştirilmiştir (Şekil-4). Birinci aşamada, araştırmacılar tarafından Trabzon ilinde bulunan toplam 145 liseden rastgele 17 lise seçilmiştir. Seçilen okullardan lise 1,2,3 ve 4.sınıflardan eşit sayıda olmak kaydıyla her okuldan 200 kişiye (Özel Final Temel Lisesinde çalışma için yeterli öğrenci bulunmadığından 50 adet anket dağıtılmıştır. Tefvik Serdar Anadolu Lisesi ve Akçaabat Anadolu Lisesine mevcutları fazla olduğu için 300'er anket dağıtılmıştır.) ve toplamda 3450 öğrenci ve ailelerine onam formları ve anketler ulaştırılmıştır. 1666 katılımcı verilen anketleri eksik doldurulduğu için veya ebeveynler/katılımcılar çalışmaya katılmak için onay vermediği için çalışmaya alınmamıştır. Onamı alınan ve anketleri eksiksiz dolduran 1784 öğrenci çalışmaya dahil edilmiştir. Liselere göre çalışmaya dahil edilen öğrencilerin dağılımı tablo-3'te görülmektedir. Çalışmaya dahil edilen öğrencilere ilişkin herhangi bir kişisel veri çalışmada kullanılmamıştır.

İkinci aşamada Ortoreksiya Nervoza Envanterine göre 72 puan veya üzerinde alan ON açısından yüksek riskli 9 öğrenci Karadeniz Teknik Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na aileleri ile birlikte davet edilmiştir. Bu gruba hem DSM-5 bazlı klinik görüşme hem de KD-SADS-PL yarı yapılandırılmış görüşmesi uygulanmıştır.



Şekil 4 Araştırmanın süreci

Tablo 3 Liselere göre çalışmaya dahil edilen öğrencilerin dağılımı

Okul İsmi	Yüzde(%)	Sayı
Akçaabat Anadolu Lisesi	13.3	237
Akçaabat Fen Lisesi	6.8	122
Akçaabat İMKB Anadolu Lisesi	6.1	108
Araklı Anadolu Lisesi	2.9	52
Arsin Anadolu Lisesi	5.0	89
Dursun Ali Kurt Anadolu İmam Hatip Lisesi	8.4	149
Kanuni Anadolu Lisesi	8.1	144
Mahmut Celalettin Öktem Anadolu İmam Hatip Lisesi	2.2	40
Necmettin Erbakan Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi	5.9	105
Özel Trabzon Final Temel Lisesi	2.0	35
Sosyal Bilimler Lisesi	2.6	47
Söğütlü Esentepe Anadolu Lisesi	5.8	104
Sürmene Hasan Sadri Yetmiş Bir Anadolu Lisesi	2.5	45
Sürmene Hasan Tahsin Kırallı Anadolu Lisesi	5.2	92
Tevfik Serdar Anadolu Lisesi	11.8	210
Trabzon Merkez Fen Lisesi	5.6	100
Trabzon Yomra Fen Lisesi	5.9	105
Toplam	100	1784

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu (Ek-1)

Bu form örneklemin sosyodemografik özelliklerini tanımlayan ve araştırmacı tarafından literatür taranarak elde edilen ON ile ilişkili olabilecek beslenme davranışı ve yaşam stiline ilişkin sorulardan oluşmaktadır. Bu formdaki sorular katılımcının cinsiyetini, yaşını, bulunduğu okulu ve sınıfı, boyunu, kilosunu, yaşadığı yeri, aile tipini, anne ve baba eğitim durumunu, anne ve baba mesleğini, günlük sosyal medya kullanım süresini, spor yapma sıklığını, ailesinin aylık gelirini, kardeş sayısını, ailesinde psikiyatrik tedavi öyküsü olup olmadığını, kronik tıbbi hastalığı olup olmadığını, psikiyatrik hastalık öyküsü olup olmadığını, sigara kullanıp kullanmadığını, diyet yapıp yapmadığını, takip ettiği bir beslenme stili olup olmadığını, besin takviyesi alıp almadığını, günlük öğün sayısını, öğünlerini tüketme şeklini, günlük tükettiği su miktarını, evcil hayvan sahibi olma durumunu, son 6 ay içerisinde COVID-19 enfeksiyonuna yakalanma durumunu ve anne baba arasında akrabalık bulunma durumunu belirlemeye yöneliktir. Aile gelir durumu anketin dağıtıldığı dönemdeki yoksulluk sınırı baz alınarak değerlendirilmiştir (160). (Ek-1)

3.3.2. Anne Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ)

ABTÖ Baumrind (146), Maccoby ve Martin (148)'in çalışmalarında öne sürdükleri çocuğa tepki vermede duyarlılık ve talepkârlık boyutlarından ve ayrıca anne-baba tutumu ile ilgili mevcut diğer ölçeklerden (161,162) yararlanılarak Lamborn ve arkadaşları (1991) tarafından geliştirilmiştir (163). Araştırmacıların ölçek puanlarına uyguladıkları faktör analizi sonucu 3 boyut ortaya çıkmıştır. Bu boyutlar şunlardır: Kabul/ilgi, denetleme ve psikolojik özerklik. Kabul/ilgi boyutu çocukların anne-babalarını ne derece sevecen, ilgili ve katılımcı olarak algıladıklarını, denetleme boyutu çocukların anne-babalarını ne derece kontrol edici olarak algıladıklarını ve psikolojik özerklik boyutu ise anne-babaların algılanan demokratik tutumu ve çocuğun bireyselliğini ifade etmek için ne kadar cesaretlendirildiğini ölçmeyi amaçlamaktadır. Kabul/ilgi boyutu 9, denetleme boyutu 8 ve psikolojik özerklik boyutu 9 maddeyle değerlendirilmektedir. Ölçeğin 19. maddeye kadar olan tek numaralı 9 maddesinin toplamı kabul/ilgi boyutunu oluşturmakta olup bu maddeler aynı şekilde puanlanmaktadır. Çift numaralı maddeler ise psikolojik özerklik boyutunu oluşturmakta ve bu maddeler ters puanlanmaktadır. Sadece 12. madde aynı şekilde

puanlanmaktadır. 19 ile 26. Soruların toplam puanı denetleme boyutunu oluşturmaktadır. Önerilen puanlama yöntemine göre ise kabul/ilgi ve denetleme boyutunda ortancanın üzerinde puan alanların ebeveynleri ‘demokratik’, altında puan alanları ise ‘izin verici-ihmalî’ olarak sınıflandırılmıştır. Yine bu puanlamaya göre kabul/ilgi boyutunda ortancanın altında ve denetleme boyutunda ortancanın üzerinde puanı olan katılımcıların ebeveynleri ‘otoriter’, kabul/ilgi boyutunda ortancanın üzerinde ve denetleme boyutunda ortancanın altında puan alan katılımcıların ebeveynleri ise ‘izin verici-hoşgörü’ olarak adlandırılmıştır (163,164).

Ölçeğin kabul/ilgi boyutunun Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı 0.72, denetleme boyutunun Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı 0.76 ve psikolojik özerklik boyutunun Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı 0.82’dir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği ise Yılmaz (2000) tarafından yapılmıştır (164). (Ek-2)

3.3.3. Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Ebeveyn Formu (ÇADÖ)

Chorpita ve ark. (165) tarafından, DSM-IV temelli anksiyete bozuklukları ve depresyon belirtilerini ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçek 47 maddeden oluşmakta olup 4’lü likert tiptedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Görmez ve ark. (2017) tarafından gerçekleştirilmiştir. Yapılan puanlamaya göre Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Sosyal Fobi, Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, Panik Bozukluk, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Major Depresif Bozukluk alt ölçek puanları elde edilmektedir. Ayrıca ölçeğin değerlendirilmesi sonucunda toplam anksiyete ve toplam internalizan bozukluk ölçek puanları da hesaplanabilmektedir. Ebeveyn ve çocuğun bildirimine bağlı doldurulabilen versiyonları bulunmaktadır (166). (Ek-3)

3.3.4. Ortoreksiya Nervoza Envanteri (ONE)

Oberle ve ark. tarafından ON semptomatolojisini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. 4’lü likert tipteki ölçek 24 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı 0.94 olarak saptanmıştır. Davranış, fiziksel ve psikososyal işlevsellikte bozulma ve emosyonel stres olmak üzere üç alt ölçeği bulunmaktadır. Davranış boyutu 9, fiziksel ve psikososyal işlevsellikte bozulma boyutu 10 ve emosyonel stres boyutu ise 5 maddeden oluşmaktadır. Davranış boyutunun Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı 0.89, fiziksel ve psikososyal işlevsellikte bozulma alt boyutunun Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı 0.90 ve emosyonel stres alt boyutunun Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı ise 0.88 olarak hesaplanmıştır. Alt ölçek puanları

ise ortoreksik davranışların şiddeti, ON ilişkili emosyonel stresin şiddeti ve ON ilişkili fiziksel ve psikososyal işlevsellikteki bozulmanın şiddetini göstermektedir. Ölçek toplam puanı ve alt ölçek puanları arttıkça belirti şiddetleri de artmaktadır. Ölçek için belirlenen 72 kesme puanının üstü ON veya ON açısından yüksek risk anlamına gelmektedir (10). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması erişkinlerde Kaya ve ark. (2021) tarafından gerçekleştirilmiştir (83). Ayrıca 12-18 yaş arası ergenlerde de Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği mevcuttur (84). (Ek-4)

Çalışmamızda ONE'den elde edilen sonuçlardan yola çıkarak bazı terimler sık bir şekilde kullanılmış olup bu terimler şu şekilde tanımlanmıştır:

Ortoreksik Belirti Şiddeti: ONE'den alınan total puandan yola çıkılarak oluşturulmuş olup katılımcıların ON belirtilerinin şiddetini ifade etmektedir.

ON Açısından Yüksek Risk/ON'li Birey: ONE ölçeği için kesme puanı olarak belirlenen 72 puanın üstünde puan alan katılımcıları ifade etmektedir.

Ortoreksik Davranış Şiddeti: ONE'nin davranış alt boyutundan alınan puanı yansıtmaktadır. Ortoreksik davranış şiddeti; katılımcıların besin etiketlerini kontrol etme, yemek hazırlamak için uzun zaman harcama ve birçok kuralı olan bir diyet uygulama gibi sağlıklı beslenme ile ilgili uğraşlarının boyutunu göstermektedir.

ON İlişkili Emosyonel Stres: ONE'nin emosyonel stres alt boyutundan alınan puanı yansıtmaktadır. Bu terim; katılımcıların sağlıklı beslenmeyi bıraktıklarında suçluluk yaşama, sağlıksız beslendiğinde başarısız ve kirlenmiş hissetme ve sağlıksız besinler tüketme düşüncesine bağlı yoğun kaygı yaşama gibi ON ilişkili emosyonel belirtilerinin ne şiddette olduğunu göstermektedir.

ON İlişkili İşlevsellikteki Bozulma: Bu terim, ONE'nin fiziksel ve psikososyal işlevsellikte bozulma alt boyutundan alınan puanı yansıtmaktadır. Aynı zamanda katılımcıların ortoreksik belirtilerinin neden olduğu fiziksel ve psikososyal işlevselliklerindeki bozulmanın boyutunu göstermektedir.

3.3.5. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-Türkçe Uyarlaması (KD-SADS-PL / Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children, Present and Lifetime Version)

KD-SADS-PL, yarı-yapılandırılmış bir görüşme formudur. Bu klinik görüşme formu Kauffman ve arkadaşları (1997) tarafından 6-18 yaş arasındaki çocuk ve

ergenlerde psikopatolojileri taramak amacıyla DSM-III-R ve DSM- IV tanı ölçütlerine göre hazırlanmıştır (167). Formun DSM-5 tanı kriterlerine göre güncel versiyonu Ünal ve arkadaşları (2016) tarafından Türkçeye kazandırılmıştır (168). (Ek-5)

3.4. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler SPSS yazılımının 23. versiyonu kullanılarak yapılmıştır. Araştırmadaki katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri için tanımlayıcı istatistiksel analizler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma vb.) uygulanmıştır. İstatistiksel değerlendirmelerde ölçümle elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu basıklık ve çarpıklık değerleriyle (± 1.5) incelenmiştir.

Normal dağılıma uyan iki gruplu bağımsız değişkenlerin analizinde Student T testi uygulanmıştır. Normal dağılıma uymayan iki gruplu bağımsız değişkenlerin analizinde Mann Whitney U testi, ikiden çok gruplu bağımsız değişkenlerin analizinde ise Kruskal Wallis testi kullanılarak gruplar karşılaştırılmıştır. İkiden çok gruplu bağımsız değişkenler arasında Kruskal Wallis testi sonucunda anlamlı bir fark saptandığında hangi gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğunu belirlemek için Post-hoc analizler (Tamhane's T2) uygulanmıştır.

Sürekli değişkenlerin birbiriyle olan ilişkisinin incelenmesinde Spearman korelasyon testinden yararlanılmıştır. Spearman korelasyon analizi sonucundan elde edilen korelasyon katsayısı 0,00-0,30 ise zayıf, 0,30-0,60 ise düşük, 0,60-0,80 orta güçlü, 0,80-1,00 ise çok güçlü korelasyon olarak kabul edilmiştir (169). Farklı prediktörlerin ONE puanları üzerindeki etkileri enter metodu ile çoklu lineer regresyon modelleri oluşturularak incelenmiştir. ABTÖ ölçeğinden elde edilen demokratik, izin verici-ihmkar, otoriter ve izin verici-hoşgörülü ebeveynlik tiplerini regresyon modeline dahil edebilmek için kukla değişkenler oluşturulmuştur. Ebeveynlik tiplerinin ONE ölçek puanlarına yordayıcı etkisine dair regresyon modellerinde kukla değişkenlerden birisi referans kabul edilerek modele dahil edilmemiş ve çoklu bağlantılılığın önüne geçilmiştir. Regresyon analizlerinde model uyumu, rezidüel veriler ve uyum istatistikleri kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde anlamlılık değeri olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya toplam 1784 lise öğrencisi katılmıştır. Katılımcılardan 1104'ü (%61.9) kız, 680'i (%38.1) ise erkektir (Tablo-5). Katılımcıların yaş ortalamasının 15.31 ± 1.10 , boy ortalamasının 166.06 ± 8.51 , kilo ortalamasının 59.03 ± 12.29 ve vücut kitle indeksi ortalamasının 21.33 ± 3.62 olduğu bulunmuştur (Tablo-4).

Tablo 4 Katılımcıların yaş, boy, kilo ve vücut kitle indeksine dair veriler

	Ortalama± Standart Sapma	Medyan (Min-Max)
Yaş (yıl) (n=1784)	15.31 ± 1.10	15.00 (14-18)
Boy (cm) (n=1725)	166.06 ± 8.51	165 (140-193)
Kilo (kg) (n=1704)	59.03 ± 12.29	57 (35-123)
Vücut Kitle İndeksi (kg/m²) (n=1690)	21.33 ± 3.62	20.57 (13.84-41.10)

Min.=Minimum, Max.=Maksimum.

Katılımcıların % 53.6'sı kırsal bölgede yaşadığını belirtmiştir. Aile tipi olarak çekirdek aile oranı % 85.4'tür. Yoksulluk sınırının üstünde aile gelir durumuna sahip olanların oranı % 56.2'dir. Katılımcıların toplam 0-2 kardeş olma oranı % 45.4'tür. Anne ve babaları arasında akrabalık bulunanların oranı % 11.7'tür. Anne eğitim düzeyi üniversite mezunu olanların oranı % 32.6 iken baba eğitim düzeyi üniversite mezunu olanların oranı % 41.0'dır. Anneleri ev hanımı olan katılımcıların oranı % 63.2 iken babaları serbest mesleğe sahip olanların oranı % 36.8'dir.

Ailede psikiyatrik tedavi alma öyküsü oranı % 9.2 olarak bulunmuştur. Katılımcıların psikiyatrik hastalık öyküsü olma oranı ise % 4.1'dir. Psikotrop ilaç kullanma öyküsü olduğunu belirtenler katılımcıların % 2.6'sıdır. Katılımcıların % 9.3'ünün ise kronik tıbbi hastalığı mevcuttur.

Katılımcıların % 41'i 0-2 saat, % 41.1'i 2-4 saat ve % 17.9'u 4 saatten fazla günlük sosyal medya kullanımlarının olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların %

37.6'sı spor yapmadığını, % 46.3'ü haftada 0-2 gün arası spor yaptığını ve % 16.1'i haftada 2 günden fazla spor yaptığını bildirmişlerdir (Tablo-6).

Tablo 5 Araştırmaya katılan katılımcıların psikososyal durumlarına dair verilerin dağılımı-1

		Sayı	Yüzde(%)
Cinsiyet (n=1784)			
	Erkek	680	38.1
	Kız	1104	61.9
Katılımcıların Yaşı (n=1784)			
	14 yaş	523	29.3
	15 yaş	517	29.0
	16 yaş	429	24.0
	17 yaş	291	16.3
	18 yaş	24	1.3
Katılımcıların Bulunduğu Okul Sınıfı (n=1784)			
	Lise-1	492	27.6
	Lise-2	523	29.3
	Lise-3	472	26.5
	Lise-4	297	16.6
Katılımcıların Yaşadığı Yer (n=1741)			
	Kentsel Bölge	807	46.4
	Kırsal Bölge	934	53.6
Aile Tipi (n=1729)			
	Çekirdek Aile	1476	85.4
	Geniş Aile	183	10.6
	Parçalanmış Aile	31	1.8
	Tek Ebeveynli Aile	39	2.3
Katılımcıların Aile Gelir Durumu(n=1748)			
	Yoksulluk Sınırının Altı	765	43.8
	Yoksulluk Sınırının Üstü	983	56.2
Katılımcıların Kardeş Sayısı (n=1768)			
	0-2 Kardeş	802	45.4
	3 Kardeş	649	36.7
	4 ve Üzeri Kardeş	317	17.9
Anne ve Baba Arasında Akrabalık Olma Durumu (n=1774)			
	Var	207	11.7
	Yok	1567	88.3
Anne Eğitim Düzeyi (n=1772)			
	İlkokul Mezunu	470	26.5
	Ortaokul Mezunu	237	13.4
	Lise Mezunu	488	27.5
	Üniversite Mezunu	577	32.6

Tablo 6 Araştırmaya katılan katılımcıların psikososyal durumlarına dair verilerin dağılımı-2

		Sayı	Yüzde(%)
Baba Eğitim Düzeyi (n=1770)			
	İlkokul Mezunu	256	14.5
	Ortaokul Mezunu	245	13.7
	Lise Mezunu	543	30.7
	Üniversite Mezunu	726	41.0
Anne Mesleği (n=1768)			
	Ev Hanımı	1117	63.2
	İşçi	99	5.6
	Memur	416	23.5
	Serbest Meslek	99	5.6
	Emekli	37	2.1
Baba Mesleği(n=1749)			
	Çalışmıyor	36	2.1
	İşçi	366	20.9
	Memur	541	30.9
	Serbest Meslek	644	36.8
	Emekli	162	9.3
Ailede Psikiyatrik Tedavi Alma Durumu (n=1767)			
	Var	162	9.2
	Yok	1605	90.8
Katılımcıların Psikiyatrik Hastalığı Olma Durumu (n=1767)			
	Var	73	4.1
	Yok	1694	95.9
Katılımcıların Psikotrop İlaç Kullanma Durumu(n=1772)			
	Var	46	2.6
	Yok	1726	97.4
Katılımcıların Kronik Tıbbi Hastalığının Olma Durumu (n=1768)			
	Var	163	9.3
	Yok	1587	90.7
Katılımcıların Sosyal Medya Kullanım Süresi (n=1763)			
	0-2 Saat Arası	722	41.0
	2-4 Saat Arası	725	41.1
	4 Saatten Fazla	316	17.9
Katılımcıların Spor Yapma Sıklığı (n=1777)			
	Hiç Yapmıyorum	669	37.6
	Haftada 0-2 Gün Arası	822	46.3
	Haftada 2 Günden Fazla	286	16.1

Tablo 7 Araştırmaya katılan katılımcıların psikososyal durumlarına dair verilerin dağılımı-3

	Sayı	Yüzde(%)
Katılımcıların Diyet Programı Takip Etme Durumu (n=1776)		
Evet	60	3.4
Hayır	1716	96.6
Katılımcıların Beslenme Stili Tercih Etme Durumu (n=1778)		
Evet	74	4.2
Hayır	1704	95.8
Katılımcıların Besin Takviyesi Kullanma Durumu (n=1772)		
Evet	249	14.1
Hayır	1523	85.9
Katılımcıların Günlük Tükettiği Öğün Sayısı (n=1780)		
1 veya 2 Öğün	524	29.4
3 ve Üzeri Öğün	1256	70.6
Katılımcıların Öğünlerini Tüketme Şekli (n=1762)		
Aile ile Birlikte	1255	71.2
Arkadaşlarla Birlikte	162	9.2
Tek Başına	345	19.6
Katılımcıların Günlük Tükettiği Su Miktarı(n=1776)		
1 Litreden Az	297	16.7
1-2 Litre Arası	965	54.3
2-3 Litre Arası	399	22.5
3 Litreden Fazla	115	6.5
Katılımcıların Evcil Hayvan Sahibi Olma Durumu (n=1781)		
Var	398	22.3
Yok	1383	77.7
Katılımcıların Son 6 Ayda COVID Olma Durumu (n=1774)		
Evet	197	11.1
Hayır	1577	88.9
Katılımcıların Sigara Kullanma Durumu (n=1780)		
Evet	17	1.0
Hayır	1763	99.0

Herhangi bir diyet programı takip edenlerin oranı % 3.4 iken vejeteryan veya vegan gibi herhangi bir beslenme stili tercih edenlerin oranı ise % 4.2'dir. Katılımcıların % 14.1'i multivitamin veya mineral benzeri besin takviyeleri kullanmaktadır. Günlük 1 veya 2 öğün tüketenlerin sıklığı % 29.4, 3 ve üzeri öğün tüketenlerin sıklığı ise % 70.6'dır.

Katılımcıların % 71.2'si aileleri ile birlikte, % 19.6'sı tek başına ve % 9.2'si arkadaşlarıyla birlikte öğünlerini tüketmektedir. Katılımcıların % 54.3'ü günlük 1-2 litre arası su içmektedir.

Evcil hayvanı olanların oranı % 22.3'tür. Son 6 ay içerisinde katılımcıların % 11.1'i COVID-19'a yakalanmıştır. Katılımcıların % 1'i ise sigara kullanmaktadır (Tablo-7).

4.2. Katılımcıların ON Sıklığının Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan öğrencilerde toplam ON sıklığının % 0.5 olduğu tespit edilmiştir. ON sıklığı erkek katılımcılarda %0.3 iken kız katılımcılarda %0.6 olarak bulunmuştur (Tablo-8).

Tablo 8 Katılımcıların ON belirtileri gösterme durumu

		Sayı	Yüzde (%)
Toplam	Semptom Göstermeyenler	1775	99.5
	Ortoreksiya Nervoza	9	0.5
	Toplam	1784	100
Erkek	Semptom Göstermeyenler	678	99.7
	Ortoreksiya Nervoza	2	0.3
	Toplam	680	100
Kız	Semptom Göstermeyenler	1097	99.4
	Ortoreksiya Nervoza	7	0.6
	Toplam	1104	100

4.3. ON Açısından Yüksek Riskli Katılımcıların Komorbidite Sıklığının Değerlendirilmesi

ON açısından yüksek riskli katılımcıların komorbid psikopatolojilerinin dağılımı Tablo-9'da gösterilmiştir. ON açısından yüksek riskli olan 9 katılımcı ile

yapılan klinik görüşme neticesinde 5 kişide yeme bozukluğu (4 Bulimia Nervoza ve 1 Anoreksiya Nervoza) tanısının komorbid olarak görüldüğü saptanmıştır. Bu katılımcıların diğer komorbiditeleri ise sırasıyla 3 kişide Anksiyete Bozuklukları, 2 kişide Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, 2 kişide Majör Depresyon, 1 kişide Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve 1 kişide Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu şeklindedir. 2 katılımcıda ise eşlik eden psikiyatrik bozukluk bulunmamaktadır.

Tablo 9 ON açısından yüksek riskli katılımcıların komorbid psikopatolojilerinin dağılımı

Komorbidite	Komorbidite Sıklığı (n=9)
Yeme Bozuklukları	5
Anksiyete Bozuklukları	3
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	2
Major Depresyon	2
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	1
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu	1

4.4.Sosyodemografik Veri Formunda Yer Alan Verilerin ONE Toplam Ölçek Puanıyla Karşılaştırılması

Kırsal bölgede yaşayanların, kentsel bölgede yaşayanlara göre ONE total puanlarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.022$). Ailede psikiyatrik tedavi alma öyküsü olanların ($p=0.006$) ve psikiyatrik hastalık öyküsü olan ($p<0.001$) katılımcıların ONE total puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo-10).

Katılımcılardan diyet programı takip edenlerin ($p<0.001$), vegan veya vejeteryanlık gibi bir beslenme stili tercih edenlerin ($p<0.001$) ve herhangi bir beslenme takviyesi kullananların ($p=0.002$) ONE toplam puanının istatistiksel olarak

anlamli düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Günlük tükettiği öğün sayısı 1 veya 2 olanların, 3 ve üzeri öğün tüketenlere göre daha yüksek ONE toplam puanlarına sahip olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Ayrıca evcil hayvan sahibi olan katılımcıların ONE toplam puanı olmayanlara göre anlamli olarak daha yüksektir ($p=0.042$) (Tablo-11).

Tablo 10 ONE toplam ölçek puanlarının katılımcıların psikososyal durumlarına dair değişkenlere göre dağılımları-1

ONE leği Toplam Puanı				
Değişkenler		Ort±SS	Analiz	p
Cinsiyet	Erkek	32.25±8.09	$Z=-1.11$	0.269
	Kız	32.82±8.88		
Yaşadığı Yer	Kentsel Bölge	32.25±8.85	$Z=-2.30$	0.022
	Kırsal Bölge	32.89±8.41		
Aile Gelir Durumu	Yoksulluk Sınırının Altı	32.91±8.82	$Z=-0.90$	0.368
	Yoksulluk Sınırının şt	32.41±8.52		
Anne ve Baba Arasında Akrabalık Olma Durumu	Var	32.93±7.53	$Z=-1.94$	0.053
	Yok	32.56±8.72		
Ailede Psikiyatrik Tedavi Alma Durumu	Var	35.14±11.50	$Z=-2.77$	0.006
	Yok	32.33±8.21		
Psikiyatrik Hastalığı Olma Durumu	Var	39.16±15.85	$Z=-3.28$	<0.001
	Yok	32.33±8.03		
Kronik Hastalığının Olma Durumu	Var	34.52±11.02	$Z=-1.82$	0.069
	Yok	32.44±8.32		

Z=Mann Whitney U testi.

Tablo 11 ONE toplam ölçek puanlarının katılımcıların psikososyal durumlarına dair değişkenlere göre dağılımları-2

ONE Ölçeği Toplam Puanı				
Değişkenler		Ort±SS	Analiz	p
Diyet Programı Takip Etme Durumu	Evet	45.77±13.78	Z=-8.45	<0.001
	Hayır	32.13±7.96		
Beslenme Stili Tercih Etme Durumu	Evet	43.57±14.08	Z=-7.56	<0.001
	Hayır	32.12±7.93		
Besin Takviyesi Kullanma Durumu	Evet	34.73±10.52	Z=-3.04	0.002
	Hayır	32.26±8.21		
Günlük Tükettiği Öğün Sayısı	1 veya 2 Öğün	34.29±10.26	Z=-3.69	<0.001
	3 ve Üzeri Öğün	31.91±7.70		
Evcil Hayvan Sahibi Olma Durumu	Var	33.17±8.51	Z=-2.03	0.042
	Yok	32.44±8.62		
Son 6 Ayda COVID Olma Durumu	Evet	33.94±10.43	Z=-1.23	0.221
	Hayır	32.45±8.35		

Z=Mann Whitney U testi.

Katılımcıların spor yapma sıklıklarına göre ONE toplam puanları arasında anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır (p<0.001). Yapılan Post-hoc analizler neticesinde haftada 2 günden fazla spor yapanların haftada 0-2 gün spor yapanlara ve hiç spor yapmayanlara göre daha yüksek ONE toplam puanlarına sahip olduğu bulunmuştur. Ayrıca haftada 0-2 gün spor yapanların hiç yapmayanlara göre daha yüksek ONE toplam puanlarının olduğu bulunmuştur.

Tablo 12 ONE toplam ölçek puanlarının katılımcıların psikososyal durumlarına dair değişkenlere göre dağılımları-3

ONE Ölçeği Toplam Puanı					
Değişkenler		Ort±SS	χ^2	p	Post Hoc
Kardeş Sayısı	1) 0-2 Kardeş	32.67±8.73	2.564	0.278	-
	2) 3 Kardeş	32.83±8.54			
	3) 4 ve Üzeri Kardeş	31.97±8.27			
Sosyal Medya Kullanım Süresi	1) 0-2 Saat Arası	32.42±7.93	0.448	0.799	-
	2) 2-4 Saat Arası	32.42±8.51			
	3) 4 Saatten Fazla	33.30±10.10			
Spor Yapma Sıklığı	1) Hiç Yapmıyorum	30.85±7.54	61.301	<0.001	3>2>1
	2) Haftada 0-2 Gün Arası	32.91±8.09			
	3) Haftada 2 Günden Fazla	35.62±10.97			
Öğünlerini Tüketme Şekli	1) Aile ile Birlikte	32.07±7.74	7.290	0.026	3>2, 3>1
	2) Arkadaşlarla Birlikte	32.10±7.59			
	3) Tek Başına	34.86±11.36			
Günlük Tükettiği Su Miktarı	1) 1 Litreden Az	31.60±8.21	15.097	0.002	4>1, 3>1
	2) 1-2 Litre Arası	32.28±7.88			
	3) 2-3 Litre Arası	33.59±9.61			
	4) 3 Litreden Fazla	34.68±10.88			

Kruskal Wallis Testi, Tamhane's T2 Testi.

Öğünlerini tek başına tüketenlerin hem arkadaşlarıyla tüketenlere hem de aileleri tüketenlere göre anlamlı olarak daha yüksek ONE toplam puanlarının olduğu saptanmıştır. Günlük 3 litreden fazla su tüketenlerin ve günlük 2-3 litre arası su tüketenlerin, günlük 1 litreden az su tüketenlere göre ONE toplam puanları daha yüksektir (Tablo-12).

4.5.Sosyodemografik Veri Formunda Yer Alan Verilerin ONE Ölçeği Davranış Alt Ölçek Puanıyla Karşılaştırılması

Tablo 13 ONE ölçeği davranış alt ölçek puanlarının katılımcıların psikososyal durumlarına dair değişkenlere göre dağılımları-1

		ONE Ölçeği Davranış Alt Ölçeği Puanı		
Değişkenler		Ort±SS	Analiz	p
Cinsiyet	Erkek	13.66±4.23	$Z=-1.93$	0.054
	Kız	13.22±3.89		
Yaşadığı Yer	Kentsel Bölge	13.39±4.23	$Z=-0.86$	0.391
	Kırsal Bölge	13.40±3.89		
Aile Gelir Durumu	Yoksulluk Sınırının Altı	13.33±3.92	$Z=-0.21$	0.837
	Yoksulluk Sınırının Üstü	13.45±4.15		
Anne ve Baba Arasında Akrabalık Olma Durumu	Var	13.70±3.62	$Z=-2.16$	0.031
	Yok	13.35±4.08		
Ailede Psikiyatrik Tedavi Alma Durumu	Var	14.02±4.88	$Z=-1.13$	0.260
	Yok	13.32±3.94		
Psikiyatrik Hastalığı Olma Durumu	Var	15.08±6.42	$Z=-1.17$	0.243
	Yok	13.32±3.89		
Kronik Hastalığının Olma Durumu	Var	14.31±4.94	$Z=-2.01$	0.045
	Yok	13.30±3.91		

Z= Mann Whitney U testi.

Anne baba arasında akrabalığı olan katılımcılarda ($p=0.031$) ve kronik hastalığa sahip katılımcılarda ($p=0.045$) ONE ölçeği davranış alt ölçek puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo-13).

Herhangi bir diyet programı takip edenlerde ($p<0.001$) ve vegan veya vejeteryanlık gibi bir beslenme stili tercih edenlerde ($p<0.001$) davranış alt ölçek puanları daha yüksektir (Tablo-14).

Tablo 14 ONE ölçeği davranış alt ölçek puanlarının katılımcıların psikososyal durumlarına dair değişkenlere göre dağılımları-2

ONE Ölçeği Davranış Alt Ölçeği Puanı				
Değişkenler		Ort±SS	Analiz	p
Diyet Programı Takip Etme Durumu	Evet	18.53±5.65	$Z=-7.58$	<0.001
	Hayır	13.21±3.84		
Beslenme Stili Tercih Etme Durumu	Evet	17.97±6.59	$t=10.29$	<0.001
	Hayır	13.19±3.76		
Besin Takviyesi Kullanma Durumu	Evet	14.05±4.84	$Z=-1.50$	0.134
	Hayır	13.28±3.87		
Günlük Tükettiği Öğün Sayısı	1 veya 2 Öğün	13.62±4.43	$Z=-0.37$	0.714
	3 ve Üzeri Öğün	13.30±3.85		
Evcil Hayvan Sahibi Olma Durumu	Var	13.64±4.04	$Z=-1.55$	0.120
	Yok	13.32±4.03		
Son 6 Ayda COVID Olma Durumu	Evet	13.74±4.44	$Z=-0.78$	0.433
	Hayır	13.35±3.98		

Z= Mann Whitney U testi, t= Bağımsız Gruplar t testi.

Katılımcılar kardeş sayılarına veya öğünlerini tüketme şekline göre gruplandığında ONE davranış alt ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık

saptanmamıştır. Sosyal medya kullanımı 0-2 saat arası olanlarda 2-4 saat arası olanlara göre davranış alt ölçek puanı daha yüksek olarak bulunmuştur.

Tablo 15 ONE ölçeği davranış alt ölçek puanlarının katılımcıların psikososyal durumlarına dair değişkenlere göre dağılımları-3

ONE Ölçeği Davranış Alt Ölçeği Puanı					
Değişkenler		Ort±SS	χ^2	p	Post Hoc
Kardeş Sayısı	1) 0-2 Kardeş	13.47±4.14	3.520	0.172	-
	2) 3 Kardeş	13.49±4.01			
	3) 4 ve Üzeri Kardeş	13.00±3.78			
Sosyal Medya Kullanım Süresi	1) 0-2 Saat Arası	13.76±4.05	15.555	<0.001	1>2
	2) 2-4 Saat Arası	13.10±3.89			
	3) 4 Saatten Fazla	13.10±4.17			
Spor Yapma Sıklığı	1) Hiç Yapmıyorum	12.30±3.42	87.009	<0.001	3>2>1
	2) Haftada 0-2 Gün Arası	13.73±3.78			
	3) Haftada 2 Günden Fazla	14.81±5.20			
Öğünlerini Tüketme Şekli	1) Aile ile Birlikte	13.40±3.88	2.128	0.345	-
	2) Arkadaşlarla Birlikte	13.00±3.76			
	3) Tek Başına	13.59±4.68			
Günlük Tükettiği Su Miktarı	1) 1 Litreden Az	12.45±3.61	30.427	<0.001	4>1, 3>1, 2>1
	2) 1-2 Litre Arası	13.33±3.77			
	3) 2-3 Litre Arası	13.95±4.43			
	4) 3 Litreden Fazla	14.46±5.11			

Kruskal Wallis Testi, Tamhane's T2 Testi.

Spor yapma sıklıklarına göre katılımcılar gruplara ayrıldığında haftada 2 günden fazla spor yapanların, haftada 0-2 gün arası spor yapanlara ve hiç spor yapmayanlara göre ONE davranış alt ölçek puanları anlamlı olarak daha yüksektir. Ayrıca günlük 3 litreden fazla su içenlerin, 2-3 litre arası su içenlerin ve 1-2 litre arası su içenlerin davranış alt ölçek puanları 1 litreden az su içenlere göre daha yüksektir (Tablo-15).

4.6.Sosyodemografik Veri Formunda Yer Alan Verilerin ONE Ölçeği Duygu Alt Ölçek Puanıyla Karşılaştırılması

Kızlarda ($p<0.001$) ve kırsal bölgede yaşayanlarda ($p=0.039$) ONE duygu alt ölçek puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Psikiyatrik hastalığı olan katılımcılarda ($p<0.001$) ve ailesinde psikiyatrik tedavi öyküsü olan katılımcılarda ($p=0.003$) ONE duygu alt ölçek puanları daha yüksektir (Tablo-16).

Herhangi bir diyet programı takip edenlerde ($p<0.001$) ve vegan veya vejeteryan gibi bir beslenme stili tercihi olanlarda ($p<0.001$) ONE duygu alt ölçek puanları daha yüksek olarak saptanmıştır. Beslenme takviyesi alanlarda ($p<0.001$) ve evcil hayvan sahibi olanlarda ($p=0.038$) da yine duygu alt ölçek puanları anlamlı olarak daha yüksektir. Günlük tükettiği öğün sayısı 1 veya 2 olanlarda 3 veya üzeri öğün tüketenlere göre daha yüksek ONE duygu alt ölçek puanları olduğu bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo-17).

Tablo 16 ONE ölçeği duygu alt ölçek puanlarının katılımcıların psikososyal durumlarına dair değişkenlere göre dağılımları-1

ONE Ölçeği Duygu Alt Ölçeği Puanı				
Değişkenler		Ort±SS	Analiz	p
Cinsiyet	Erkek	6.88±2.54	Z=-3.90	<0.001
	Kız	7.34±2.80		
Yaşadığı Yer	Kentsel Bölge	7.06±2.74	Z=-2.07	0.039
	Kırsal Bölge	7.25±2.70		
Aile Gelir Durumu	Yoksulluk Sınırının Altı	7.20±2.74	Z=-0.33	0.738
	Yoksulluk Sınırının Üstü	7.16±2.72		
Anne ve Baba Arasında Akrabalık Olma Durumu	Var	7.24	Z=-1.02	0.310
	Yok	7.16		
Ailede Psikiyatrik Tedavi Alma Durumu	Var	7.89±3.39	Z=-2.98	0.003
	Yok	7.09±2.63		
Psikiyatrik Hastalığı Olma Durumu	Var	8.86±4.19	Z=-3.58	<0.001
	Yok	7.10±2.61		
Kronik Hastalığının Olma Durumu	Var	7.36±2.99	Z=-0.67	0.505
	Yok	7.16±2.69		

Z= Mann Whitney U testi.

Tablo 17 ONE ölçeği duygu alt ölçek puanlarının katılımcıların psikososyal durumlarına dair değişkenlere göre dağılımları-2

ONE Ölçeği Duygu Alt Ölçeği Puanı				
Değişkenler		Ort±SS	Analiz	p
Diyet Programı Takip Etme Durumu	Evet	10.85±4.19	<i>Z=-8.00</i>	<0.001
	Hayır	7.03±2.55		
Beslenme Stili Tercih Etme Durumu	Evet	10.24±3.91	<i>Z=-7.87</i>	<0.001
	Hayır	7.03±2.57		
Besin Takviyesi Kullanma Durumu	Evet	7.92±3.33	<i>Z=-3.84</i>	<0.001
	Hayır	7.05±2.59		
Günlük Tükettiği Öğün Sayısı	1 veya 2 Öğün	7.62±2.92	<i>Z=-4.95</i>	<0.001
	3 ve Üzeri Öğün	6.98±2.60		
Evcil Hayvan Sahibi Olma Durumu	Var	7.34±2.72	<i>Z=-2.07</i>	0.038
	Yok	7.12±2.71		
Son 6 Ayda COVID Olma Durumu	Evet	7.45±3.24	<i>Z=-0.36</i>	0.721
	Hayır	7.14±2.64		

Z= Mann Whitney U testi.

Katılımcılar kardeş sayıları, sosyal medya kullanım süresi ve günlük tükettiği su miktarlarına göre gruplara ayrıldığında gruplar arasında ONE duygu alt ölçek puanları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Haftada 2 günden fazla spor yapanların ONE duygu alt ölçek puanları ise haftada 0-2 gün arası spor yapanlar ile hiç spor yapmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Öğünlerini tek başına tüketenlerin ONE duygu alt ölçek puanları da daha yüksek olarak bulunmuştur (Tablo-18).

Tablo 18 ONE ölçeği duygu alt ölçek puanlarının katılımcıların psikososyal durumlarına dair değişkenlere göre dağılımları-3

ONE Ölçeği Duygu Alt Ölçeği Puanı					
Değişkenler		Ort±SS	χ^2	p	Post Hoc
Kardeş Sayısı	1) 0-2 Kardeş	7.20±2.86	1.057	0.589	-
	2) 3 Kardeş	7.19±2.60			
	3) 4 ve Üzeri Kardeş	7.02±2.53			
Sosyal Medya Kullanım Süresi	1) 0-2 Saat Arası	6.96±2.46	4.038	0.133 ^a	-
	2) 2-4 Saat Arası	7.22±2.70			
	3) 4 Saatten Fazla	7.50±3.24			
Spor Yapma Sıklığı	1) Hiç Yapmıyorum	6.80±2.35	28.821	<0.001	3>2>1
	2) Haftada 0-2 Gün Arası	7.15±2.57			
	3) Haftada 2 Günden Fazla	8.05±3.54			
Öğünlerini Tüketme Şekli	1) Aile ile Birlikte	6.93±2.39	15.311	<0.001	3>2, 3>1
	2) Arkadaşlarla Birlikte	7.15±2.47			
	3) Tek Başına	8.03±3.62			
Günlük Tükettiği Su Miktarı	1) 1 Litreden Az	6.90±2.47	5.782	0.123	-
	2) 1-2 Litre Arası	7.08±2.51			
	3) 2-3 Litre Arası	7.45±3.13			
	4) 3 Litreden Fazla	7.57±3.12			

Kruskal Wallis Testi, Tamhane's T2 Testi.

4.7.Sosyodemografik Veri Formunda Yer Alan Verilerin ONE Ölçeği Bozukluk Alt Ölçek Puanıyla Karşılaştırılması

Katılımcılardan kız cinsiyette olanlarda ($p=0.013$), kırsal bölgede yaşayanlarda ($p<0.001$) ve aile geliri yoksulluk sınırının altında olanlarda ($p<0.001$) ONE bozukluk alt ölçek puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 19 ONE ölçeği bozukluk alt ölçek puanlarının katılımcıların psikososyal durumlarına dair değişkenlere göre dağılımları-1

ONE Ölçeği Bozukluk Alt Ölçeği Puanı				
Değişkenler		Ort±SS	Analiz	p
Cinsiyet	Erkek	11.68±2.66	Z=-2.48	0.013
	Kız	12.26±3.63		
Yaşadığı Yer	Kentsel Bölge	11.80±3.29	Z=-3.67	<0.001
	Kırsal Bölge	12.22±3.29		
Aile Gelir Durumu	Yoksulluk Sınırının Altı	12.35±3.52	Z=-3.27	<0.001
	Yoksulluk Sınırının Üstü	11.82±3.15		
Anne ve Baba Arasında Akrabalık Olma Durumu	Var	12.05±2.97	Z=-1.18	0.237
	Yok	12.04±3.35		
Ailede Psikiyatrik Tedavi Alma Durumu	Var	13.25±4.68	Z=-3.89	<0.001
	Yok	11.91±3.10		
Psikiyatrik Hastalığı Olma Durumu	Var	15.23±6.79	Z=-4.80	<0.001
	Yok	11.90±2.98		
Kronik Hastalığının Olma Durumu	Var	12.82±4.51	Z=-2.37	0.018
	Yok	11.97±3.16		

Z= Mann Whitney U testi.

Ailesinde psikiyatrik tedavi alma öyküsü olanlarda ($p<0.001$), psikiyatrik hastalığı olanlarda ($p<0.001$) ve kronik tıbbi hastalığı olanlarda ($p=0.018$) ONE bozukluk alt ölçek puanları daha yüksektir (Tablo-19).

Diyet programı takip edenlerde ($p<0.001$), tercih ettiği herhangi bir beslenme stili olanlarda ($p<0.001$), besin takviyesi kullananlarda ($p=0.001$) ve günlük 1 veya 2 öğün tüketenlerde ($p<0.001$) ONE bozukluk alt ölçek puanları daha yüksek saptanmıştır. Son 6 ay içerisinde COVID-19 enfeksiyonu geçirdiğini bildiren katılımcılarda da ONE bozukluk alt ölçek puanı daha yüksektir ($p=0.002$) (Tablo-20).

Tablo 20 ONE ölçeği bozukluk alt ölçek puanlarının katılımcıların psikososyal durumlarına dair değişkenlere göre dağılımları-2

ONE Ölçeği Bozukluk Alt Ölçeği Puanı				
Değişkenler		Ort±SS	Analiz	p
Diyet Programı Takip Etme Durumu	Evet	16.50±6.36	$Z=-8.13$	<0.001
	Hayır	11.88±3.03		
Beslenme Stili Tercih Etme Durumu	Evet	15.36±5.65	$Z=-5.98$	<0.001
	Hayır	11.89±3.07		
Besin Takviyesi Kullanma Durumu	Evet	12.78±3.93	$Z=-3.18$	0.001
	Hayır	11.92±3.18		
Günlük Tükettiği Öğün Sayısı	1 veya 2 Öğün	12.99±4.32	$Z=-6.47$	<0.001
	3 ve Üzeri Öğün	11.64±2.68		
Evcil Hayvan Sahibi Olma Durumu	Var	12.18±3.39	$Z=-1.05$	0.296
	Yok	12.00±3.28		
Son 6 Ayda COVID Olma Durumu	Evet	12.74±4.14	$Z=-3.14$	0.002
	Hayır	11.95±3.18		

Z= Mann Whitney U testi

Tablo 21 ONE ölçeği bozukluk alt ölçek puanlarının katılımcıların psikososyal durumlarına dair değişkenlere göre dağılımları-3

ONE Ölçeği Bozukluk Alt Ölçeği Puanı					
Değişkenler		Ort±SS	χ^2	p	Post Hoc
Kardeş Sayısı	1) 0-2 Kardeş	11.98±3.34	2.598	0.273	-
	2) 3 Kardeş	12.14±3.34			
	3) 4 ve Üzeri Kardeş	11.95±3.13			
Sosyal Medya Kullanım Süresi	1) 0-2 Saat Arası	11.70±2.79	14.116	0.001 ^a	3>2, 3>1
	2) 2-4 Saat Arası	12.06±3.28			
	3) 4 Saatten Fazla	12.74±4.24			
Spor Yapma Sıklığı	1) Hiç Yapmıyorum	11.75±3.12	18.293	<0.001 ^a	3>2, 3>1
	2) Haftada 0-2 Gün Arası	12.01±3.17			
	3) Haftada 2 Günden Fazla	12.76±3.90			
Öğünlerini Tüketme Şekli	1) Aile ile Birlikte	11.74±2.83	33.726	<0.001 ^a	3>2, 3>1
	2) Arkadaşlarla Birlikte	11.86±3.06			
	3) Tek Başına	13.23±4.58			
Günlük Tükettiği Su Miktarı	1) 1 Litreden Az	12.25±3.61	5.342	0.148	-
	2) 1-2 Litre Arası	11.84±2.96			
	3) 2-3 Litre Arası	12.21±3.57			
	4) 3 Litreden Fazla	12.67±4.13			

Kruskal Wallis Testi, Tamhane's T2 Testi.

Sosyal medya kullanımı günde 4 saatten fazla olanlarda, 2-4 saat arası ve 0-2 saat arası kullananlara göre daha yüksek ONE bozukluk puanları olduğu saptanmıştır. Kardeş sayıları ve günlük su tüketimine göre katılımcılar gruplandığında ONE

bozukluk puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Haftada 2 günden fazla spor yapanlarda ise ONE bozukluk alt ölçek puanları haftada 0-2 gün spor yapanlara ve hiç spor yapmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Öğünlerini tek başına tüketenlerde ise arkadaşları ve aileleri ile birlikte tüketenlere göre daha yüksek ONE bozukluk puanları olduğu bulunmuştur (Tablo-21).

4.8. ONE Ölçek Puanlarının Ebeveynlik Tiplerine göre Dağılımının İncelenmesi

Tablo 22’de ebeveynlik tiplerine göre ONE ölçek puanlarının dağılımı gösterilmiştir. ONE toplam, davranış ve duygu ölçek puanları arasında ebeveynlik tipleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. ONE bozukluk alt ölçek puanlarının izin verici-ihmkâr ve otoriter ebeveynlik tiplerinde demokratik ve izin verici-hoşgörülü ebeveynlik tiplerine göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo-22).

Tablo 22 ONE ölçek puanlarının ebeveynlik tiplerine göre dağılımı

Değişkenler		Ort±SS	χ^2	p	Post Hoc
ONE Toplam	1) Demokratik	32.32±7.60	0.591	0.899	-
	2) İzin Verici İhmalkâr	33.25±9.18			
	3) Otoriter	33.70±9.85			
	4) İzin Verici Hoşgörülü	32.14±8.07			
Davranış	1) Demokratik	13.64±3.90	3.580	0.310	-
	2) İzin Verici İhmalkâr	13.13±3.96			
	3) Otoriter	13.64±4.40			
	4) İzin Verici Hoşgörülü	13.37±3.94			
Duygu	1) Demokratik	6.97±2.36	2.814	0.421	-
	2) İzin Verici İhmalkâr	7.59±3.01			
	3) Otoriter	7.51±3.15			
	4) İzin Verici Hoşgörülü	6.98±2.53			
Bozukluk	1) Demokratik	11.72±2.95	10.702	0.013	2>1, 2>4, 3>1, 3>4
	2) İzin Verici İhmalkâr	12.50±3.72			
	3) Otoriter	12.52±3.61			
	4) İzin Verici Hoşgörülü	11.77±2.84			

Kruskal Wallis Testi, Tamhane's T2 Testi.

4.9. ONE Ölçek Puanları ile Yaş, Kilo, Boy ve Vücut Kitle İndeksi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 23 'te ONE ölçekleri ile kilo, vücut kitle indeksi, boy ve yaş arasındaki ilişki gösterilmiştir. Buna göre ONE toplam puanı ve ONE davranış alt ölçek puanı

ile kilo ve vücut kitle indeksi arasında anlamlı olarak pozitif yönde zayıf korelasyon gözlenmiştir. ONE duygu alt ölçek puanı ile yaş, kilo ve vücut kitle indeksi arasında pozitif yönde zayıf korelasyon gözlenirken boy ile negatif yönde zayıf korelasyon saptanmıştır. ONE bozukluk alt ölçek puanıyla kilo ve vücut kitle indeksi arasında pozitif yönde zayıf, boy ile ise negatif yönde zayıf korelasyon olduğu bulunmuştur (Tablo-23).

Tablo 23 Katılımcıların ONE ölçek puanları ile yaş, boy, kilo ve vücut kitle indeksi arasındaki ilişkiye dair veriler

	1	2	3	4	5	6	7	8
1-Yaş								
2-Boy	0.111**							
3-Kilo	0.133**	0.584**						
4-Vücut Kitle İndeksi	0.086**	0.086**	0.836**					
5-ONE Davranış	0.017	0.045	0.138**	0.143**				
6-ONE Duygu	0.069**	-0.055*	0.113**	0.173**	0.608**			
7-ONE Bozukluk	0.039	-0.051*	0.105**	0.157**	0.522**	0.576**		
8-ONE Toplam	0.038	-0.009	0.143**	0.179**	0.896**	0.825**	0.753**	

Spearman Korelasyon Analizi, *:p<0.05, **:p< 0.001.

4.10. ONE Ölçek Puanları ile Çocuklar için Anksiyete Depresyon Ölçeği Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

ONE toplam puanı ile ÇADÖ sosyal fobi, panik bozukluk, depresyon, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, toplam anksiyete ve toplam internalizan bozukluk alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif yönde zayıf korelasyon gözlenmiştir (Tablo-24).

ONE davranış alt ölçek puanının ÇADÖ sosyal fobi, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, toplam anksiyete ve toplam internalizan bozukluk alt ölçek puanlarıyla anlamlı düzeyde pozitif yönde zayıf korelasyon gösterdiği ancak ÇADÖ panik bozukluk ve depresyon alt ölçek puanlarıyla arasında anlamlı bir ilişki gözlenmediği bulunmuştur (Tablo-24).

Hem ONE duygu hem de ONE bozukluk alt ölçek puanlarının ÇADÖ sosyal fobi, panik bozukluk depresyon, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, toplam anksiyete ve toplam internalizan bozukluk alt ölçek puanları ile anlamlı düzeyde pozitif yönde zayıf korelasyona sahip olduğu saptanmıştır (Tablo-24).

Tablo 24 Katılımcıların ON ölçek puanları ile çocuklar için anksiyete ve depresyon ölçeği alt ölçek puanları arasındaki ilişkiye dair veriler

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1-Sosyal Fobi												
2-Panik Bozukluk	0.565**											
3-Depresyon	0.579**	0.606**										
4-Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu	0.489**	0.428**	0.385**									
5-Yaygın Anksiyete Bozukluğu	0.681**	0.607**	0.640**	0.475**								
6-Obsesif Kompulsif Bozukluk	0.607**	0.556**	0.540**	0.475**	0.675**							
7-Toplam Anksiyete	0.875**	0.762**	0.689**	0.639**	0.861**	0.814**						
8-Toplam İnternalizan	0.846**	0.765**	0.819**	0.606**	0.855**	0.790**	0.977**					
9- Davranış	0.050*	0.044	-0.18	0.105**	0.071**	0.108**	0.085**	0.058*				
10- Duygu	0.220**	0.227**	0.213**	0.178**	0.235**	0.229**	0.270**	0.268**	0.608**			
11- Bozukluk	0.217**	0.261**	0.250**	0.191**	0.220**	0.243**	0.276**	0.283**	0.522**	0.576**		
12-ONE Toplam	0.172**	0.183**	0.134**	0.177**	0.187**	0.214**	0.224**	0.209**	0.896**	0.825**	0.753	

Spearman Korelasyon Analizi, *:p<0.05, **:p< 0.001.

4.11. Çoklu Lineer Regresyon Analizi Sonuçlarının İncelenmesi

Tablo 25'te ebeveynlik tiplerinin ONE ölçek puanları üzerine yordayıcı etkisine dair veriler sunulmuştur. Otoriter ebeveynlik tipinin ONE toplam puanını diğer ebeveynlik tiplerine göre daha çok yordadığı saptanmıştır ($B=1.69$, $p=0.018$). İzin verici-ihmkâr ($B=0.662$, $p<0.001$) ve otoriter ($B=0.579$, $p=0.005$) ebeveynlik tiplerinin diğer ebeveynlik tiplerine göre ONE duygu ölçek puanını daha çok yordadığı bulunmuştur. İzin verici-ihmkâr ($B=0.797$, $p<0.001$) ve otoriter ($B=0.815$, $p=0.001$) ebeveynlik tiplerinin diğer ebeveynlik tiplerine göre ONE bozukluk alt ölçek puanlarını da daha çok yordadığı saptanmıştır.

VKİ ve ÇADÖ anksiyete toplam puanının artışının ONE toplam, ONE davranış, ONE duygu ve ONE bozukluk alt ölçek puanlarının artışını anlamlı olarak öngördüğü saptanmıştır (Tablo-26). ÇADÖ OKB alt ölçek puanının ($B= 0.307$, $p<0.001$) ve ÇADÖ panik bozukluk alt ölçek puanının ($B=0.165$, $p=0.018$) ONE toplam ölçek puanını anlamlı olarak yordadığı gösterilmiştir. ONE davranış alt ölçek puanını ÇADÖ depresyon ($B= -0.086$, $p=0.001$), ÇADÖ ayrılık anksiyetesi bozukluğu ($B=0.095$, $p=0.036$) ve ÇADÖ OKB ($B=0.141$, $p=0.001$) puanlarının, ONE duygu alt ölçek puanlarını ÇADÖ sosyal fobi ($B=0.043$, $p=0.009$) ve ÇADÖ depresyon puanlarının ($B= 0.043$, $p=0.009$) ve ONE bozukluk alt ölçek puanlarını ÇADÖ panik bozukluk ($B=0.112$, $p<0.001$), ÇADÖ depresyon ($B=0.082$, $p<0.001$) ve ÇADÖ OKB puanlarının ($B=0.121$, $p<0.001$) yordadığı saptanmıştır (Tablo 27).

Tablo 25 ONE ölçek puanları üzerine ebeveynlik tiplerinin yordayıcı etkisine dair veriler

	Model 1			Model 2			Model 3			Model 4		
	ONE Toplam			Davranış			Duygu			Bozukluk		
	B	CI	p	B	CI	p	B	CI	p	B	CI	p
Sabit	32.01	31.05-32.97	0.001 <	13.11	12.72-13.51	0.001 <	6.93	6.69-7.16	0.001 <	11.71	11.43-11.99	0.001 <
Demokratik	0.309	-0.91-1.53	0.620	0.526	-0.00-1.06	0.052						
İzin Verici İhmalkâr	1.24	-0.05-2.53	0.060				0.662	0.30-1.02	0.001 <	0.797	0.37-1.23	0.001 <
Otoriter	1.69	0.29-3.09	0.018	0.529	-0.09-1.15	0.094	0.579	0.18-0.98	0.005	0.815	0.34-1.30	0.001
İzin Verici Hoşgörülü				0.263	-0.35-0.87	0.399	0.054	-0.34-0.45	0.786	0.063	-0.41-0.54	0.792
Model Açıklayıcılığı (Düzeltilmiş R²)	0.004			0.001			0.010			0.012		
Model Anlamlılığı (p)	0.043			0.202			0.001 <			0.001 <		

Çoklu Lineer Regresyon Analizi, Enter Metodu.

Tablo 26 ONE ölçek puanları üzerine VKİ ve ÇADÖ anksiyete toplam puanının yordayıcı etkisine dair veriler

	Model 1			Model 2			Model 3			Model 4		
	ONE Toplam			Davranış			Duygu			Bozukluk		
	B	CI	p	B	CI	p	B	CI	p	B	CI	p
Vücut Kitle İndeksi	0.449	0.34-0.56	<0.001	0.166	0.11-0.22	<0.001	0.148	0.12-0.18	<0.001	0.130	0.09-0.17	<0.001
Toplam Anksiyete	0.132	0.11-0.16	<0.001	0.021	0.01-0.03	<0.001	0.043	0.04-0.05	<0.001	0.067	0.06-0.08	<0.001
Model Açıklayıcılığı (Düzeltilmiş R²)	0.096			0.028			0.102			0.126		
Model Anlamlılığı (p)	<0.001			<0.001			<0.001			<0.001		

Çoklu Lineer Regresyon Analizi, Enter Metodu.

Tablo 27 ONE ölçek puanları üzerine ÇADÖ alt ölçek puanlarının yordayıcı etkisine dair veriler

	Model 1			Model 2			Model 3			Model 4		
	ONE Toplam			Davranış			Duygu			Bozukluk		
	B	CI	p	B	CI	p	B	CI	p	B	CI	p
Sosyal Fobi	0.041	-0.06-0.14	0.426	-0.019	-0.07-0.03	0.438	0.043	0.01-0.08	0.009	0.019	-0.02-0.06	0.318
Panik Bozukluk	0.165	0.03-0.30	0.018	0.015	-0.05-0.08	0.654	0.034	-0.01-0.08	0.127	0.112	0.06-0.16	<0.001
Depresyon	0.037	-0.07-0.14	0.480	-0.086	-0.14- -0.04	0.001	0.043	0.01-0.08	0.009	0.082	0.04-0.12	<0.001
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu	0.134	-0.05-0.32	0.154	0.095	0.01-0.18	0.036	-0.003	-0.06-0.06	0.908	0.030	-0.04-0.10	0.389
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	0.038	-0.14-0.22	0.672	0.046	-0.04-0.13	0.285	0.033	-0.02-0.09	0.247	-0.039	-0.11-0.03	0.244
Obsesif Kompulsif Bozukluk	0.307	0.14-0.48	<0.001	0.141	0.06-0.22	0.001	0.046	-0.01-0.10	0.095	0.121	0.06-0.18	<0.001
Model Açıklayıcılığı (Düzeltilmiş R ²)	0.066			0.018			0.073			0.127		
Model Anlamlılığı (p)	<0.001			<0.001			<0.001			<0.001		

Çoklu Lineer Regresyon Analizi, Enter Yöntemi.

5.TARTIŞMA

ON'nin özellikle gençlerde artan görülme eğilimi göz önüne alındığında, bu bozukluğun gerek adölesan prevalansı ile ilgili yeterli çalışma olmaması gerekse erişkin bireylerde yapılan araştırmalarda sıklıkla psikometrik özellikleri tartışmalı olan ORTO-15 ve BOT ölçekleri kullanılması son yıllarda bu alanda yapılan çalışmalarda göze çarpmış ve mevcut verilere şüpheyle yaklaşılmasına neden olmuştur (6–8). Bu bağlamda çalışmamızda güçlü bir metodoloji ve iyi bir geçerlilik ve güvenilirliğe sahip olan ONE kullanılarak Trabzon ilindeki lise öğrencilerindeki ON prevalansı hesaplanmıştır. Ayrıca ortoreksik belirtilerin şiddeti ve ON'nin farklı alt boyutları ile katılımcıların sosyodemografik verileri, beslenme alışkanlıkları, anksiyete ve depresyon düzeyleri; ayrıca ebeveyn tutumları arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Çalışmamızın en dikkat çekici bulgusu 14-18 yaş arası lise öğrencilerinde ON prevalansının % 0.5 olarak bulunmasıdır. Ayrıca cinsiyetlere göre ON prevalansı kızlarda %0.6 ve erkeklerde %0.3 şeklinde saptanmıştır.

Türkiye'de adölesan yaş grubunun dahil edilerek ON prevalansının araştırıldığı 4 çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda ON prevalansı % 1.9 ile 76.4 arasında birbirinden farklı değerler almıştır. Fidan ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında ORTO-11 ölçeği kullanılmışken, diğer üç çalışmada ise ORTO-15 ölçeği kullanılmıştır (54,61,62,170). Ayrıca Uzdil ve arkadaşları (2019) ve Altıntop ve arkadaşlarının (2016) çalışmalarında sadece adölesan yaş grubu dahil edilmişken diğer iki çalışmada adölesan popülasyonun yanı sıra genç erişkin popülasyon da değerlendirilmiştir. Bizim çalışmamızla uyumlu yaş grubunda yapılan bu iki çalışmanın küçük bir örnekleme gerçekleştirilmiş olması ve Altıntop ve arkadaşlarının (2016) çalışmasına sadece kız adölesanların dahil edilmiş olması bu çalışmalardaki sonuçların genellenebilmesini zorlaştırmaktadır (61,62).

Sadece erişkin örneklemin dahil edildiği Türkiye'deki ON prevalans çalışmaları tıp fakültesi öğrencileri (44), performans sanatçıları (43), diyetisyenler (171), meme kanseri tanılı kadın hastalar (172) ve yoga uygulayıcıları (173) gibi spesifik örneklemlerde yapılmıştır. Karaçıl Erumcu ve Tek (2018) ise 20-54 yaş arası 132 kadın katılımcının dahil olduğu çalışmada, ON prevalansını %75.8 olarak

bildirmiştir (174). Her iki cinsiyeti birlikte değerlendiren genel popülasyonda yapılmış erişkin ON prevalans çalışması Türkiye örnekleminde bulunmamaktadır. Ayrıca adölesanlarda yapılan çalışmalarda olduğu gibi erişkin örneklemdaki çalışmalarda da ORTO-15 ve türevleri kullanılmıştır (43,44,171–174).

Türkiye dışındaki ülkelerde yapılan ve 18 yaş altındaki ergenlerin dahil edildiği bir ON prevalans çalışması bulunmaktadır. Bu çalışmada; Jerez ve arkadaşları (2015) 16-18 yaş arasındaki 205 ergende, ORTO-15 ölçeği kesme puanını 40 kabul ederek ON prevalansını % 30.7 olarak raporlamışlardır (63). Hem ergenlerin hem de erişkinlerin dahil edildiği Türkiye dışında yapılan ON prevalans çalışmaları incelendiğinde, ORTO-15 ile yapılan çalışmalarda ON prevalansı 4.20 ile 37.05 arasında değerler almıştır (50,55,57,63,103). ORTO-15'in revize edilmesi ile oluşturulan 6 maddelik ORTO-R ölçeği kullanılarak 16-35 yaş arasındaki 473 katılımcının değerlendirildiği güncel bir çalışmada ise ON prevalansı %3.6 olarak bulunmuştur (60).

11-70 yaş arası daha geniş bir yaş aralığında yapılan ve 2611 katılımcının dahil edildiği bir Polonya çalışmasında BOT ölçeği ile ON prevalansı vejeteryanlarda %0.1 ve vejeteryan olmayanlarda ise %0.6 olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışmada yaşa göre hasta grupları ayrıldığında 19 yaş altı katılımcılarda ON prevalansı %0.3 olarak raporlanmıştır (39). 17 ve 18 yaşlarındaki ergenlerin dahil edilerek DOÖ ile yapılan iki çalışmada ise ON sıklığı %7.8 (59) ve %8 (58) olarak bulunmuştur. Bu çalışmalar arasında sadece adölesan örneklemini inceleyen yeterli çalışma bulunmamakta olup hem adölesanları hem de erişkinleri birlikte değerlendiren daha geniş yaş aralıklarında ON prevalans çalışmaları mevcuttur. Adölesanların erişkinlere göre daha farklı gelişimsel ve sosyal özelliklerinin bulunduğu düşünüldüğünde bizim çalışmamızdaki gibi daha sınırlı yaş aralığında yapılmış çalışmaların adölesanlardaki ON prevalansını daha iyi yansıtabileceği söylenebilir.

Çeşitli ülkelerde sadece erişkin popülasyonun dahil edildiği çalışmalara bakıldığında, DOÖ ile yapılan çalışmalar Almanya ve İspanya'da yapılmış olup ON prevalansı % 3-10.5 arasında değerler almıştır. İtalya, Amerika Birleşik Devletleri, Lübnan, İspanya ve Polonya'da ORTO-15 ile yapılmış çalışmalardaki ON prevalansı geniş bir aralıkta, % 6.9 ile % 83 arasında raporlanmıştır (48,50,87,175). ONE ile

yapılmış erişkin örneklemedeki tek çalışmada ise ON prevalansı % 4.5 olarak bildirilmiştir (10).

39 prevalans çalışmasının dahil edildiği güncel bir meta-analiz çalışmasında, tıknırcasına yeme bozukluğunun adolesanlardaki prevalansı % 1.32 olarak saptanmıştır (176). Genel popülasyonda yeme bozukluklarının prevalansını inceleyen ve 33 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analiz çalışmasında ise yaşam boyu prevalans değerleri; anoreksiya nervoza için % 0.16, bulimia nervoza için % 0.63 ve tıknırcasına yeme bozukluğu için % 1.53 olarak saptanmıştır. Bu iki meta-analiz çalışmasındaki prevalans değerleri, olası bir yeme bozukluğu olarak kavramsallaştırılan ON'nin çalışmamızda bulduğumuz % 0.5 prevalans değeri ile örtüşmektedir.

Cinsiyetler arası farklılıklarla ilgili sonuçlarımıza baktığımızda erkek ve kızlar arasında ortoreksik belirti şiddeti açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bununla birlikte ON prevalansı kızlarda erkeklere göre 2 kat daha fazla bulunmuştur. Ayrıca ON ilişkili emosyonel stresin ve işlevsellikte bozulmanın, kızlarda erkeklere göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Literatürde ise ON sıklığının cinsiyetlere göre dağılımına yönelik farklı sonuçlar bulunmaktadır. ON sıklığının; erkeklerde daha fazla olduğunu (54,87), kızlarda daha fazla olduğunu (177,178) ve iki cinsiyet arasında anlamlı olarak farklılık göstermediğini (43,44,49,94) raporlayan çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmaların erişkin örnekleme ve psikometrik özellikleri zayıf olan ölçeklerle yapılmış olması bizim çalışmamızdaki verileri değerli hale getirmektedir. Çalışmamızdaki sonuçlara göre ergenlerde ortoreksik belirti şiddetinin cinsiyetler arasında farklılık göstermediği ancak kızların erkeklere göre daha sık ON kriterlerini karşıladığı söylenebilir. Strahler'in (2019) yaptığı meta-analiz çalışmasında ise cinsiyetler arasında ortoreksik belirti şiddetlerindeki farklılığın kullanılan ölçeğe göre değişiklik gösterdiği, patolojik sağlıklı yemenin kadınlarda biraz daha belirgin olduğu raporlanmıştır (179). Sağlıklı besin tüketiminin erkeklerde kaslı, kızlarda ise estetik bir vücuda sahip olmak için önem arz ettiğinden ortoreksik belirti şiddetleri cinsiyetler arasında farklılık göstermemiş olabilir. ON'nin kızlarda daha sık görülmesi ise yeme bozukluklarının ergenlerdeki cinsiyet dağılımına yönelik literatürdeki verilerle uyumludur (180). Kız ergenlerde hem eşik altı ON belirtilerinin ON'ye dönüşmesinde hem de ON ilişkili emosyonel stresin ve işlevsellikte bozulmanın fazla olmasında

anksiyete ve depresyon gibi internalizan belirtilerin ve emosyonel stresin kız ergenlerde daha fazla oluşu rol oynamış olabilir (181–183).

Çalışmamızda, kırsal alanda yaşayan ergenlerin ortoreksik belirti şiddetinin daha fazla olması ilginç bir sonuç olarak ortaya çıkmıştır. Literatürde, ON ile kentsel ve kırsal bölgede yaşama arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışma mevcut değildir. Bu bağlamda, çalışmamız ON ile kentsel ve kırsal bölgede yaşama arasındaki ilişkiye dair ilk verileri sunmuştur. Yakın dönemde yapılan bir çalışmada, kırsal bölgelerde yaşayan çocuklarda diğer yerleşim yerlerinde yaşayan çocuklara göre genel psikopatoloji sıklığının daha fazla olduğu bildirilmiştir (184). Bununla birlikte yeme bozukluklarının çocuk ve ergenlerde kentsel bölgelerde yaşayanlarda daha fazla olduğuna dair veriler bulunmaktadır (185,186). Hem kentlerde yaşayanların daha zayıf bir vücuda sahip olma isteği hem de ON'den farklı olarak özellikle anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza gibi yeme bozukluklarında mükemmel bir bedene ulaşma arzusunun olması birlikte düşünüldüğünde ON ve yeme bozuklukları arasındaki bu farklılık daha anlaşılabilir görünmektedir (91,92,187). Ayrıca kırsal bölgelerde organik ve doğal gıdaların üretimi daha fazla olduğundan bu bölgelerde yaşayanların katkı maddesi olmayan doğal besinlere erişimleri daha kolay olabilmektedir. Bu durum ortoreksik belirti şiddetinin kırsal bölgelerde yaşayanlarda daha fazla olmasında rol oynamış olabilir (188).

Çalışmamızın bir diğer sonucuna göre aile gelir düzeyi yoksulluk sınırının altında olanlarla aile gelir düzeyi yoksulluk sınırının üstünde olanlar arasında ortoreksik belirti şiddeti açısından anlamlı bir farklılık olmadığı ancak ON ilişkili işlevsellikteki bozulmanın aile gelir düzeyi yoksulluk sınırının altında olanlarda daha fazla olduğu saptanmıştır. Bireylerin aynı psikopatoloji şiddetine sahip olduğu bir durumda düşük sosyoekonomik düzeye sahip olanların diğerlerine göre işlevselliklerinde daha fazla bozulma yaşandığına ve bu grupta psikopatolojinin daha kötü prognozla seyrettiğine dair literatürde kanıtlar bulunmaktadır (189). Daha zayıf başa çıkma tarzları, olumsuz yaşam olayları, strese maruz kalma ve daha zayıf sosyal destek; düşük gelir gruplarında daha fazla görülmekte olup hem ON ile hem de diğer psikopatolojilerle ilişkili işlevsellikteki bozulmaları açıklayabilir (190).

Literatürde kardeş sayısı ile ON arasındaki ilişkiyi inceleyen sadece bir çalışma bulunmakta olup bizim çalışmamızdaki sonuçlar kardeş sayısı ile ortoreksik belirti

şiddeti arasında herhangi bir ilişki olmadığına dair mevcut verileri desteklemiştir (191). Bu sonuçlardan yola çıkarak kardeş sayısının ON için bir risk faktörü olmadığı söylenebilir.

Çalışmamızda ailesinde psikiyatrik tedavi alma öyküsü olanlarda ve psikiyatrik bozukluk öyküsü olan katılımcılarda ortoreksik belirti şiddetinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Literatürde bulunan iki çalışma da bilinen bir psikiyatrik bozukluğu olduğunu bildiren katılımcıların ortoreksik belirti şiddetlerinin daha fazla olduğunu destekler kanıtlar sunmaktadır (114,131). Bu sonuçlar ON'nin diğer psikopatolojilerle ortak nörobiyolojik mekanizmalarının bulunabileceğini düşündürmektedir. Ailede psikopatoloji bulunması ise gerek biyolojik gerek ebeveyn psikopatolojisi gibi biyopsikososyal nedenlerin çocuğun yeme sorunlarına etkisi aracılığıyla ON'nin gelişmesine katkıda bulunmuş olabilir. Yapılacak yeni çalışmalarda ailedeki psikiyatrik öykünün her bir hastalığa spesifik olarak araştırılıp ON ile olan ilişkisinin aydınlatılması bu olası aracı mekanizmalar hakkında fikir verebilir.

Çalışmamızda kronik tıbbi hastalığı olan ergenlerle olmayanlar arasında ortoreksik belirti şiddeti açısından anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Bununla birlikte kronik hastalığı olan ergenlerde ortoreksik davranış şiddetinin ve ON ilişkili işlevsellikte bozulmanın daha fazla olduğu saptanmıştır. Bratman (1997) tarafından ON'nin temelinde yer alan motivasyonun kronik bir hastalığı veya genel sağlığı iyileştirmek olduğu belirtilmiştir (4). Ayrıca kronik tıbbi hastalığı olanlara doktorları tarafından sağlıklı besinlerin önerildiği ve bu hastaların daha sağlıklı beslenme eğiliminde oldukları bildirilmiştir (192,193). Bu bağlamda kronik hastalığı olanların sağlıklı besinler satın alma ve sağlıklı olduğuna inanılan gıdaları hazırlama gibi ortoreksik davranışları kronik hastalıktan kurtulma amacıyla yapıyor olabilecekleri söylenebilir. Literatürde kronik hastalıkların psikiyatrik bozukluklarla ilişkili işlevsellikteki bozulmayı arttırdığına dair kanıtlar bulunmaktadır (194). Fagiolini ve arkadaşları (2009); ruhsal bozukluğu olan hastalarda kronik tıbbi hastalıkların yeterince tedavi edilmediğini, bunun da ruhsal bozukluğun daha ağır seyretmesine ve işlevselliğin daha fazla bozulmasına yol açtığını vurgulamıştır (195). Ortoreksik davranışlara fazla vakit ayrılması nedeniyle kronik hastalıkların tedavisinin ihmal edilmiş olabileceği ve bunun da ON ilişkili işlevsellikteki bozulmada rol oynamış olabileceği söylenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların beslenme alışkanlıkları ile ilgili parametrelere bakıldığında; diyet yapanlarda, vegan veya vejeteryanlık gibi bir beslenme stili tercihi olanlarda, besin takviyesi alanlarda, öğünlerini tek başına tüketenlerde ve günde 3 litreden fazla su tüketenlerde ortoreksik belirti şiddetinin daha fazla olduğu yönündeki sonuçlar literatürdeki verilerle uyumludur (9,124,175,196). Sağlıklı olduğu düşünülen pek çok gıdanın (örneğin sebze ve meyveler) kalorisi de düşük olup diyet yapan bireylerce bu gıdalar sık bir şekilde kullanılmaktadır (197–199). Vejeteryanlık veya veganlık gibi beslenme stillerinde tercih edilen besinler de sağlıklı olduğu kabul edilen meyve ve sebzelerden oluşmaktadır (200). Bu bağlamda, diyet yapılması ve vejeteryanlık veya veganlık gibi beslenme tercihlerinin olması da ortoreksik belirtilerin ortaya çıkışını hızlandırıyor olabilir. Ayrıca diyet yapma motivasyonu sağlıklı beslenme ve kişisel sağlığını artırma olanlar için diyetin ON'nin bir öncüsü olabileceğine dair görüşlerle bizim sonuçlarımız örtüşmektedir (124,201). Besin takviyeleri genel olarak sağlığa zararsız ve doğal olarak algılanmaktadır (202). ON'li bireylerde kişisel sağlığı koruma ve bağışıklık sistemini güçlendirme gibi gerekçelerle besin takviyelerinin kullanılıyor olması olasıdır. Kişisel sağlığın korunması için önemli olan bir diğer parametre de yeterli miktarda su alımıdır (203). Hem sağlığı koruma motivasyonu hem de pür bir içecek kabul edilmesi nedenleriyle suyun ON'li bireyler tarafından fazla miktarda tüketilmesi beklenebilir (204). Tüketilen besinlerin dışında ON ile ilişkili olabilecek beslenme alışkanlıklarından birisi de öğünlerin tüketilme şeklidir. Bu bağlamda öğünlerini tek başına tüketen ergenlerin ortoreksik belirti şiddetlerinin daha fazla olduğu şeklindeki sonuçlarımızın ON'ye yönelik belirlenen çeşitli tanı kriterleriyle örtüştüğü söylenebilir (12,53). Bratman ve Knight (2000), ON'li bireylerin kendilerini farklı yeme alışkanlıkları olan kişilerden üstün hissettiğini belirtmiştir (36). Moroze ve arkadaşları (2015) ise ON'li bireylerin başkalarının besinler hakkındaki düşüncelerine tahammül edemediğini ifade etmiştir (53). Ortoreksik belirti şiddetleri daha fazla olan bireylerin öğünlerini izole bir şekilde tüketmesi, Bratman ve Knight'ın (2000) görüşündeki gibi narsistik bir tutum veya Moroze ve arkadaşlarının (2015) görüşündeki gibi başkalarının besinler hakkındaki yorumlarına maruziyetten kaçınma ile ilişkilendirilebilir.

Bizim çalışmamızdaki sonuçlar, evcil hayvan sahibi olanlarda ortoreksik belirti şiddetinin ve ON ilişkili emosyonel stresin daha fazla olduğuna işaret etmektedir.

Literatürde evcil hayvan sahibi olma ile ON arasındaki ilişkiyi direk değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bununla birlikte literatürdeki veriler çocukluk döneminde evcil hayvan sahibi olanların erişkin dönemde hayvansal gıdaları daha az tükettiğini göstermektedir (205). Bu sonuçlar evcil hayvan sahibi olmanın hayvanlarla empati kurmaya bağlı hayvansal gıdalardan kısıtlı beslenmeye yol açabileceğini düşündürmektedir. İleriki çalışmalarda ON ile evcil hayvan sahibi olma arasındaki ilişkide vejeteryan diyetin aracı olup olmadığının açıklığa kavuşturulması gerekmektedir.

Bir diğer sonucumuza göre ortoreksik belirti şiddetlerinin COVID-19 geçirme durumu ile bir ilişkisinin olmadığı ancak COVID-19 geçirenlerde ON ilişkili işlevsellikteki bozulmanın daha fazla olduğu saptanmıştır. Türkmen-Çalıkoğlu'nun (2022) çalışmasında COVID-19 geçirenlerle geçirmeyenler arasında ON açısından anlamlı bir farklılık olmadığı bildirilmiştir (206). Bu durum COVID-19 geçirmeye bağlı sağlıkla ilgili artan kaygının genel ortoreksik belirtilerden ziyade ON'nin işlevsellikle ilişkili belirtileri ile ilişkili olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (207,208).

Çalışmamızda ortoreksik belirti şiddeti ile günlük sosyal medya kullanımı arasında bir ilişki bulunmamıştır. Bununla birlikte 0-2 saat günlük sosyal medya kullanımı olanlarda 2-4 saat arası sosyal medya kullananlara göre ortoreksik davranış şiddetinin daha fazla olduğu ve 4 saatten fazla sosyal medya kullanımı olanların ise diğerlerine göre ON ilişkili işlevsellikteki bozulmanın daha fazla olduğu saptanmıştır. c (209). Bir başka çalışmada ise daha çok görsel içerik bulunan Instagram kullanımı ile ON arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (40). Ortoreksik davranış şiddeti daha fazla olanların sosyal medyayı daha çok diyet ve sağlıklı beslenmeye dair video ve görseller için takip ettiği, geri kalan vakitlerini ise ortoreksik davranışlar için ayırdıkları söylenebilir. Sosyal medya kullanımı fazla olanlarda ON ilişkili işlevsellikteki bozulmanın daha fazla oluşu, komorbid bir sosyal medya kötüye veya aşırı kullanımının işlevsellikte bozulmayı artırmış olabileceğini akla getirmektedir.

Haftada 2 günden fazla spor yapan bireylerin ortoreksik belirti şiddetinin daha fazla olduğu ve ON'nin tüm alt boyutlarında daha fazla belirti gösterdikleri çalışmamızda ortaya konan bir diğer sonuçtur. Yapılan çalışmalarda; İtalyan sporcularda, Macar üniversite öğrencilerinde ve Polonyalı öğrencilerde artmış spor sıklığı daha yüksek ortoreksik belirti şiddetini öngörmüştür (57,65,130). Sağlıklı

beslenme gibi spor da sağlıklı yaşamın bir komponenti olarak düşünülmektedir (204). ON semptom kümesine spor gibi sağlıklı yaşamla ilgili faktörler eklenerek sağlıklı yaşam takıntısı şeklinde bir çatı kavram oluşturulabilir. Bu sağlıklı yaşam takıntısının geçerliliğinin değerlendirilmesi için ileriki çalışmalarda bu olası alt faktörlerin birlikte analiz edilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda vücut kitle indeksi ile ortoreksik belirti şiddetleri arasında pozitif korelasyon olduğu ve yapılan regresyon analizinde de vücut kitle indeksinin ortoreksik belirti şiddetinin artışı için yordayıcı olduğu saptanmıştır. Luck-Sikorski ve arkadaşları (2018), DOÖ kullanarak 1007 erişkin katılımcı ile yaptıkları çalışmalarında obez bireylerde ON prevalansının daha fazla olduğunu bulmuşlardır (103). DOÖ ile yapılan başka bir çalışma da vücut kitle indeksinin ON'nin yordayıcısı olduğunu bildirmiştir (52). 16-29 yaşları arasındaki 878 tıp öğrencisi ile Türkiye'de yapılan bir çalışma obez ve yüksek vücut kitle indeksi olan bireylerin daha fazla ortoreksik belirti şiddeti gösterdiğini raporlamıştır. Bu çalışmada, Fidan ve arkadaşları (2010) aşırı kilolu ve obez olma sonucunda bu bireylerin diğer insanlar tarafından aşağılanabileceğini ve bu durumun kişileri diyet yapmaya ve sağlıklı yiyecekler tüketmeye zorlayabileceğini belirtmişlerdir (54).

Literatürde ebeveyn tutumları ile ON arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bizim çalışmamızda diğer ebeveynlik tiplerine göre otoriter ebeveynlere sahip olmanın ergenlerde ortoreksik belirti şiddetinin daha fazla olmasını yordadığı saptanmıştır. Yelekin'in (2022) çalışmasında ortoreksik belirtilerle anne-babanın kuralcı, değişime kapalı, endişeli ve küçümseyici tutumlarının ilişkili olduğu saptanmıştır (210). Çelen (2022) ise Yelekin'in (2022) sonuçlarına benzer şekilde otoriter ebeveyn tutumu ile ON arasında anlamlı bir pozitif ilişki bulmuştur (142). Asarkaya (2019) da anneden algılanan psikolojik kontrolün ON belirtileri ile pozitif yönde anlamlı ilişkili olduğunu raporlamıştır (141).

Psikanalitik olarak anoreksiya nervoza gibi yeme bozukluklarının bireysellik duygusu geliştirme sürecinin çeşitli derecelerde başarısızlığa uğramasından kaynaklanan ego kusurlu gelişimin bir ifadesi olarak ortaya çıktığı kabul edilmektedir (211). Ayrıca yeme bozukluğu olan bireylerin çocukluk döneminde ebeveynleri tarafından duygusal ihtiyaçlarının karşılanmadığı, çok az takdir edildiği ve uygun bakımı alamadığı bildirilmektedir. Yeme bozukluğu bulunan hastaların ailelerinin

daha eleştirel ve güvensiz yapıda oldukları da bilinmektedir (212). Lacan’a (1956) göre; anoreksik özne boğucu ve yutucu bir Büyük Öteki ile karşı karşıya olup bu durum öznde arzulamak için gerekli olan eksikliğe yer bırakmamaktadır. Özne ise kendine yer açabilmek için bu eksikliği yemek yemeyerek kendi bedeni üzerinden oluşturmaktadır (213). Çalışmamızdaki otoriter ebeveynlik tipinin ortoreksik belirti şiddetini daha fazla yordadığına dair kanıtlar, yeme bozuklukları için ortaya konulan psikanalitik açıklamalarla örtüşmektedir. Bu bağlamda, psikanalitik açıdan da ON’nin bir yeme bozukluğu olarak kavramsallaştırılabileceği söylenebilir.

Çalışmamızda demokratik ebeveynlere sahip olmanın ON ilişkili işlevsellikteki bozulmayı en az öngören ebeveynlik tipi olduğu saptanmıştır. Literatürde demokratik ebeveynlik türünün psikiyatrik bozukluklar nedeniyle çocukların işlevselliğindeki bozulmayı azaltılabileceğine dair kanıtlar bulunmaktadır (214–216). Sanders (2002), demokratik ebeveynlik uygulamalarını teşvik eden davranışsal aile müdahalelerinin çocuklarda davranışsal ve duygusal sorunların azaltılmasına katkıda bulunduğunu bildirmektedir (215). Bu bağlamda ON’li ergenlerin ailelerine demokratik ebeveynlik stili ile ilişkilendirilen becerilerin kazandırılmasına yönelik terapötik müdahalelerin geliştirilmesi ON ilişkili işlevsellikteki bozulmanın sağaltımında faydalı olabilir.

Araştırmamızda OKB belirtilerinin ortoreksik belirti şiddetinin artışını öngördüğü gösterilmiştir. Literatürde ise OKB ile ON arasındaki ilişkiye dair çeşitli görüşler bildirilmiştir. Çok merkezli bir çalışmada OKB tanılı hastalarda kontrol grubuna göre ortoreksik belirti şiddetinin daha fazla olduğu bulunmuştur (99). Yılmaz’ın (2020) çalışmasında ise simetri-düzenleme obsesyonları olanlarda kontrol grubuna göre ortoreksik belirti şiddetinin daha fazla olduğu (100) raporlanmıştır. Küçük bir örneklemden üniversite öğrencilerinde Costa ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan çalışmada obsesyonları olan katılımcıların ortoreksik belirti şiddetlerinin daha az olduğu bulunmuştur (101). Güncel bir meta-analiz çalışmasında da ON belirtilerinin OKB’ye kıyasla yeme bozukluklarıyla daha fazla ilişkili olduğu gösterilmiştir (217). ON ile OKB’nin benzer semptomatolojisi olsa da aralarındaki olası ilişkinin ortak nörobiyolojik ve genetik mekanizmalara dayanıp dayanmadığının incelenmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların depresif belirtileri ile ortoreksik belirti şiddetlerinin, ON ilişkili emosyonel streslerinin ve işlevsellikteki bozulmalarının pozitif yönlü zayıf korelasyon gösterdiği ancak depresif belirtilerin ortoreksik belirti şiddeti için yordayıcı olmadığı saptanmıştır. Literatürdeki hem farklı ülkelerde yapılan iki çalışma (103,104) hem de Türkiye’de yapılan bir çalışma (218) ON’li bireylerin daha fazla depresif belirti gösterdiğini bildirmişlerdir. Güncel prospektif dizaynda yapılan bir çalışmada ise başlangıçta ortoreksik belirti şiddetinin fazla oluşu, 3 ay sonra yapılan değerlendirmede depresif belirtilerdeki artışı öngörmüştür (105). Depresyonun ortoreksik belirti şiddeti için yordayıcı olmadığı ancak ortoreksik belirtilerin doğası gereği, depresif belirtilerin ortaya çıkışını hızlandırabileceği söylenebilir. Ortoreksik belirti şiddetleri daha fazla olan bireylerde depresyonun ortaya çıkışında; kişilerin ortoreksik belirtilerini sürdürebilmek için kendilerini diğer insanlardan soyutlaması, buna bağlı keyif verici aktivitelerden uzaklaşması ve diyetlerini bozduklarında yaşadıkları yoğun suçluluk duyguları rol oynayabilir.

Yapmış olduğumuz analizlerden ortaya çıkan bir diğer sonuç da anksiyete belirtileri ile ortoreksik belirti şiddeti arasında pozitif yönlü bir korelasyon olduğudur. Ayrıca katılımcıların anksiyete belirtilerinin ortoreksik belirti şiddetinin artışıını öngördüğü bulunmuştur. Literatürde ise anksiyete bozuklukları ve ON arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalara bakıldığında farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. 248 üniversite öğrencisinde ORTO-15 ölçeği ile gerçekleştirilen güncel bir çalışmada ON’li bireylerde anksiyete belirtilerinin daha fazla olduğu saptanmıştır (102). Türkiye’de yapılan bir erişkin çalışmasında ise ON belirtilerinin anksiyete belirtileri ile ilişkili olduğu raporlanmıştır (218). Bununla birlikte Lübnan’da ORTO-15 ölçeği kullanılarak 627 tıp öğrencisi ile yapılan bir araştırmada ON’li bireylerin daha az anksiyete belirtisi gösterdiği bildirilmiştir (47). Bu çalışmada ORTO-15 ölçeğinin kullanılmasının ve örnekleme özgü sosyokültürel farklılıkların sonuçlar üzerinde etkili olmuş olabileceği düşünülmektedir. Son zamanlarda yapılan iki çalışmada ise somatoform bozukluğu olan hastaların kontrol grubuna göre daha fazla ortoreksik belirti şiddeti gösterdiği raporlanmıştır (219,220). Tüm bu sonuçlar, ortoreksik belirti şiddeti daha fazla olan bireylerdeki artmış anksiyete belirtilerinin hastalık kaygısından köken alabileceğini ve ON’nin temel motivasyonlarından biri olduğu varsayılan kişisel

sağlığı iyileştirme düşüncesinin hastalık kaygısı ile tetiklenebileceğini düşündürmektedir (220).

Çalışmamızda ON açısından yüksek riskli olan 9 bireyin 5'inde yeme bozukluğu komorbiditesinin bulunduğu saptanmıştır. Literatürde, ON ile yeme bozukluklarının sık olarak birliktelik gösterdiği bildirilmektedir (91,93,94). Çalışmamızdaki bu sonuçlar, ON'nin OKB'nin bir alt tipi olmaktan ziyade yeme bozukluklarının farklı bir formu olabileceğine dair oluşan kanaati desteklemektedir (3,217,221,222). İleriki çalışmalarda yeme bozukluğu alt tipleri ile ON arasındaki nörobiyolojik ve genetik ilişkilerin incelenmesi olası ortak patofizyolojik mekanizmaların aydınlatılmasına aracı olacaktır.

Çalışmamızda değinilmesi gereken bazı kısıtlılıklar bulunmaktadır. Bunlardan en önemlisi, çalışmamızda kesitsel bir dizaynda ON prevalansının hesaplanmasıdır. Olası bir psikiyatrik bozukluk olarak kavramsallaştırılan ON'nin sıklığının boylamsal kohort çalışmalarıyla tekrar değerlendirilmesi literatüre katkı sağlayabilir. Buna ek olarak ON açısından yüksek riskli olarak bulunan katılımcı sayısı yüksek riskli olmayan gruba göre çok az olduğundan iki ayrı grup oluşturularak karşılaştırma yapılamamıştır. Klinik örnekleme ON açısından yüksek riskli bireylerin kontrol grubuyla karşılaştırılması şeklindeki bir çalışma dizaynı ile ileriki çalışmalarda bu kısıtlılığın önüne geçilebilir. Çalışmamızdaki bir diğer kısıtlılık ise yeme bozukluğuna dair sonuçların, komorbiditelerin sayısal dağılımı şeklinde olması ve yeme bozukluklarına dair ileri analizlerin yapılmamasıdır. Bu durum yeme bozuklukları ile ON arasındaki olası ilişkinin ne düzeyde olduğunun yeterli düzeyde incelenememesine sebep olmuştur. Gelecek çalışmalarda yeme bozukluklarının alt tiplere ayrılarak ON belirtileri ile olan olası ilişkisine dair incelemeler yapılabilir. Ayrıca çalışmamızın tek merkezde yapılmış olması da kısıtlılık oluşturmakta olup sonuçlarımızın çok merkezli çalışmalarla tekrarlanması ile ON'ye dair özelliklerin farklı sosyokültürel özelliklere sahip örneklerde değişiklik gösterip göstermediği ortaya konabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız adölesanlarda ON prevalansını iyi psikometrik özelliklere sahip olan ONE ile güçlü bir metodoloji kullanarak göstermesi ve ortoreksik belirti şiddeti ile ilişkili olabilecek risk faktörlerini ortaya koyması ile ON ile ilgili öncü bir çalışmadır. Ayrıca ON'nin çeşitli psikopatolojilerle olan ilişkisini göstermesi, çalışmamızın literatüre sağladığı önemli bir katkı olarak dikkati çekmektedir.

Adölesanlarda ON prevalansının % 0.5 olarak bulunması çalışmamızdaki en çarpıcı sonuçtur. Gerek literatürde bildirilen ON'ye dair uç prevalans değerleri gerek geçmiş çalışmalarda ON'yi olası bir psikiyatrik bozukluk olarak değerlendirmek için yetersiz olan değerlendirme araçlarının kullanılması, çalışmamızda güçlü bir metodoloji ile ortaya konan prevalans değerinin önemini ortaya koymaktadır.

Araştırmamızda kırsal bölgede yaşamının, psikiyatrik hastalığa sahip olmanın, ailede psikiyatrik tedavi alma öyküsü olmasının, diyet programı takip etmenin, vejeteryan veya vegan gibi bir diyet programı takip etmenin, besin takviyesi almanın, günlük 1 veya 2 öğün tüketmenin, öğünlerini tek başına tüketmenin, evcil hayvan sahibi olmanın, haftada 2 günden fazla spor yapmanın, otoriter ebeveynlik şeklinin ve vücut kitle indeksinin fazla olmasının ON için olası risk faktörleri olduğu gösterilmiştir. Ruh sağlığı profesyonellerinin ve diğer sağlık çalışanlarının bu olası risk faktörlerine yönelik farkındalığının artırılması, eşik altı ON belirtilerinin ON'ye dönmeden önce müdahale edilmesi için önem arz etmektedir. Ayrıca bu olası risk faktörlerine sahip bireylerde eşik altı ON belirtilerinin ON'ye dönüşmesine aracılık eden mekanizmaların ileride yapılacak olan çalışmalarla aydınlatılması gerekmektedir.

7. KAYNAKÇA

1. Neale J, Hudson LD. Anorexia nervosa in adolescents. *Br J Hosp Med*. 2020;81(6):1–8.
2. G FC, Gowers SG. Eating Disorders. In: Thapar A P, DS, Scott S, Snowling MJ, Taylar EA E. *Rutter's child and adolescent psychiatry*. 5th ed. John Wiley & Sons; 2017. 670–8 p.
3. Donini LM, Barrada JR, Barthels F, Dunn TM, Babeau C, Brytek-Matera A, et al. A consensus document on definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa. *Eat Weight Disord* [Internet]. 2022;27(8):3695–711. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01512-5>
4. Bratman S. Health food junkie. *Yoga Journal*; 1997.
5. National Library of Medicine [Internet]. [cited 2023 Oct 20]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=orthorexia&timeline=expanded>
6. Niedzielski A, Kaźmierczak-Wojtaś N. Prevalence of orthorexia nervosa and its diagnostic tools—a literature review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(10):6–8.
7. Dunn TM, Gibbs J, Whitney N, Starosta A, Dunn TM. Prevalence of orthorexia nervosa is less than 1 %: data from a US sample. *Eat Weight Disord - Stud Anorexia, Bulim Obes*. 2017;22(1):185–92.
8. Roncero M, Barrada JR, Perpiñá C. Measuring Orthorexia Nervosa: Psychometric Limitations of the ORTO-15. *Span J Psychol*. 2017;20:1–9.
9. Friederike Barthels, Frank Meyer RP. Die Düsseldorfer Orthorexie Skala—Konstruktion und Evaluation eines Fragebogens zur Erfassung orthorektischen Ernährungsverhaltens. *Z Klin Psychol Psychother*. 2015;44(2):97–105.
10. Oberle CD, De Nadai AS, Madrid AL. Orthorexia Nervosa Inventory (ONI): development and validation of a new measure of orthorexic symptomatology. *Eat Weight Disord* [Internet]. 2021;26(2):609–22. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00896-6>
11. Dunn TM, Bratman S. On orthorexia nervosa: A review of the literature and

- proposed diagnostic criteria. *Eat Behav* [Internet]. 2016;21:11–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.12.006>
12. Cena H, Barthels F, Cuzzolaro M, Bratman S, Brytek-Matera A, Dunn T, et al. Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature [Internet]. Vol. 24, *Eating and Weight Disorders*. Springer International Publishing; 2019. 209–246 p. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s40519-018-0606-y>
 13. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet* [Internet]. 2020;395(10227):899–911. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)
 14. Volpe U, Tortorella A, Manchia M, Monteleone AM, Albert U, Monteleone P. Eating disorders: What age at onset? *Psychiatry Res*. 2016;238:225–7.
 15. Qian J, Wu Y, Liu F, Zhu Y, Jin H, Zhang H, et al. An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Eat Weight Disord* [Internet]. 2022;27(2):415–28. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01162-z>
 16. Surén P, Skirbekk AB, Torgersen L, Bang L, Godøy A, Hart RK. Eating Disorder Diagnoses in Children and Adolescents in Norway before vs during the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open*. 2022;5(7):E2222079.
 17. WHO. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11) [Internet]. 2019 [cited 2023 Jul 20]. Available from: <https://icd.who.int/en>
 18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington DC; 2013.
 19. Herpertz-Dahlmann B. Adolescent Eating Disorders: Update on Definitions, Symptomatology, Epidemiology, and Comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* [Internet]. 2015;24(1):177–96. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2014.08.003>
 20. Gibson D, Workman C, Mehler PS. Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Psychiatr Clin North Am* [Internet]. 2019;42(2):263–74. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.009>
 21. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies.

- Arch Gen Psychiatry. 2011;68(7):724–31.
22. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association: Washington, DC, USA,. 2013.
 23. Suokas JT, Suvisaari JM, Gissler M, Löfman R, Linna MS, Raevuori A, et al. Mortality in eating disorders: A follow-up study of adult eating disorder patients treated in tertiary care, 1995-2010. *Psychiatry Res* [Internet]. 2013;210(3):1101–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.07.042>
 24. Sachs K, Mehler PS. Medical complications of bulimia nervosa and their treatments. *Eat Weight Disord*. 2016;21(1):13–8.
 25. Castillo M, Weiselberg E. Bulimia Nervosa/Purging Disorder. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* [Internet]. 2017;47(4):85–94. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.004>
 26. Eating disorders: recognition and treatment [Internet]. NICE guideline. 2017. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/ifp/chapter/Anorexia-nervosa-treatment-for-children-and-young-people>
 27. Hoek HW, Van Hoeken D. Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders. *Int J Eat Disord*. 2003;34(4):383–96.
 28. Olsen EM, Koch S V., Skovgaard AM, Strandberg-Larsen K. Self-reported symptoms of binge-eating disorder among adolescents in a community-based Danish cohort—A study of prevalence, correlates, and impact. *Int J Eat Disord*. 2021;54(4):492–505.
 29. Kurz S, Vandyck Z, Dremmel D, Munsch S, Hilbert A. Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24(7):779–85.
 30. Malcolm A, Thumshirn MB, Camilleri M, Williams DE. Rumination syndrome. *Mayo Clin Proc*. 1997;72(7):646–52.
 31. Drossman DA, Hasler WL. Rome IV - Functional GI disorders: Disorders of gut-brain interaction. *Gastroenterology* [Internet]. 2016;150(6):1257–61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2016.03.035>
 32. Rajindrajith S, Devanarayana NM, Crispus Perera BJ. Rumination syndrome

- in children and adolescents: A school survey assessing prevalence and symptomatology. *BMC Gastroenterol.* 2012;12:12–7.
33. Chogle A, Velasco-Benitez CA, Koppen IJ, Moreno JE, Ramírez Hernández CR, Saps M. A Population-Based Study on the Epidemiology of Functional Gastrointestinal Disorders in Young Children. *J Pediatr* [Internet]. 2016;179:139-143.e1. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.08.095>
 34. Bryant-Waugh R. Feeding and Eating Disorders in Children. *Psychiatr Clin North Am* [Internet]. 2019;42(1):157–67. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.005>
 35. BAZZANO LA. The High Cost of Not Consuming Fruits and Vegetables. *J Am Diet Assoc.* 2006;1364–8.
 36. Bratman, Steven, Knight D. *Health Food Junkies: Orthorexia Nervosa: Overcoming the Obsession with Healthful Eating.* Newyork; 2001.
 37. Cuzzolaro M, Donini LM. Orthorexia nervosa by proxy? *Eat Weight Disord.* 2016;21(4):549–51.
 38. Koven NS, Wabry A. The clinical basis of orthorexia nervosa: Emerging perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2015;11:385–94.
 39. Dittfeld A, Gwizdek K, Jagielski P, Brzęk A, Ziora K. A study on the relationship between orthorexia and vegetarianism using the BOT (Bratman Test for Orthorexia). *Psychiatr Pol.* 2017;51(6):1133–44.
 40. Turner PG, Lefevre CE. Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eat Weight Disord.* 2017;22(2):277–84.
 41. Herranz Valera J, Acuña Ruiz P, Romero Valdespino B, Visioli F. Prevalence of orthorexia nervosa among ashtanga yoga practitioners: a pilot study. *Eat Weight Disord.* 2014;19(4):469–72.
 42. Tremelling K, Sandon L, Vega GL, McAdams CJ. Orthorexia Nervosa and Eating Disorder Symptoms in Registered Dietitian Nutritionists in the United States. *J Acad Nutr Diet.* 2017;117(10):1612–7.
 43. Aksoydan E, Camci N. Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eat Weight Disord.* 2009;14(1):33–7.
 44. Bağcı Bosi AT, Çamur D, Güler Ç. Prevalence of orthorexia nervosa in

- resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite*. 2007;49(3):661–6.
45. M.D.S. A, M.C.T. M, K.S.C.J. S, S.V.A. V, S.T. P, F.B. S. Orthorexia nervosa behavior in a sample of Brazilian dietitians assessed by the Portuguese version of ORTO-15. *Eat Weight Disord* [Internet]. 2012;17(1):e29–35. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L365100499%0Ahttp://www.kurtis.it/ewd/en/>
 46. Brytek-Matera A, Donini LM, Krupa M, Poggiogalle E, Hay P. Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students. *J Eat Disord*. 2015;3(1):1–8.
 47. Farchakh Y, Hallit S, Soufia M. Association between orthorexia nervosa, eating attitudes and anxiety among medical students in Lebanese universities: results of a cross-sectional study. *Eat Weight Disord* [Internet]. 2019;24(4):683–91. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00724-6>
 48. McInerney-Ernst EM. Orthorexia nervosa: Real construct or newest social trend? *Univ Missouri - Kansas City* [Internet]. 2011;1–111. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:No+Title#0>
 49. Ramacciotti CE, Perrone P, Coli E, Burgalassi A, Conversano C, Massimetti G, et al. Orthorexia nervosa in the general population: A preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15). *Eat Weight Disord*. 2011;16(2):127–30.
 50. Gramaglia C, Gambaro E, Delicato C, Marchetti M, Sarchiapone M, Ferrante D, et al. Orthorexia nervosa, eating patterns and personality traits: A cross-cultural comparison of Italian, Polish and Spanish university students. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):1–11.
 51. Rudolph, S.; Göring, A.; Jetzke, M.; Großarth, D.; Rudolph H Zur. Zur Prävalenz von orthorektischem Ernährungsverhalten bei sportlich aktiven Studierenden [The prevalence of orthorectic eating behavior of student athletes]. *Dtsch Z Sport*. 2017;68:10–3.
 52. Tarsitano MG, Pujia R, Ferro Y, Mocini E, Proni G, Lenzi FR, et al.

- Symptoms of Orthorexia Nervosa are associated with time spent on social media: a web-based survey in an Italian population sample. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2022;26(24):9327–35.
53. Moroze RM, Dunn TM, Craig Holland J, Yager J, Weintraub P. Microthinking About Micronutrients: A Case of Transition From Obsessions About Healthy Eating to Near-Fatal “Orthorexia Nervosa” and Proposed Diagnostic Criteria. *Psychosomatics* [Internet]. 2015;56(4):397–403. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psych.2014.03.003>
 54. Fidan T, Ertekin V, Işıkay S, Kirpınar I. Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Compr Psychiatry*. 2010;51(1):49–54.
 55. Stochel M, Janas-Kozik M, Zejda JE, Hyrnik J, Jelonek I, Siwiec A. Walidacja kwestionariusza ORTO-15 w grupie młodzieży miejskiej w wieku 15-21 lat. *Psychiatr Pol*. 2015;49(1):119–34.
 56. Sanlier N, Yassibas E, Bilici S, Sahin G, Celik B. Does the rise in eating disorders lead to increasing risk of orthorexia nervosa? Correlations with gender, education, and body mass index. *Ecol Food Nutr* [Internet]. 2016;55(3):266–78. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/03670244.2016.1150276>
 57. Hyrnik J, Janas-Kozik M, Stochel M, Jelonek I, Siwiec A, Rybakowski JK. The assessment of orthorexia nervosa among 1899 Polish adolescents using the ORTO-15 questionnaire. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2016;20(3):199–203.
 58. Chard CA, Hilzendegen C, Barthels F, Stroebele-Benschop N. Psychometric evaluation of the English version of the Düsseldorf Orthorexia Scale (DOS) and the prevalence of orthorexia nervosa among a U.S. student sample. *Eat Weight Disord* [Internet]. 2019;24(2):275–81. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s40519-018-0570-6>
 59. He J, Ma H, Barthels F, Fan X. Psychometric properties of the Chinese version of the Düsseldorf Orthorexia Scale: prevalence and demographic correlates of orthorexia nervosa among Chinese university students. *Eat Weight Disord* [Internet]. 2019;24(3):453–63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s40519-019-00656-1>
 60. Kaźmierczak-Wojtaś N, Patryn R, Zagaja A, Drozd M, Niedzielski A.

- Prevalence and characteristics of orthorectic disorders in adolescence and young people: Polish preliminary studies. *Nutrients*. 2021;13(5):1568.
61. Sarı Altıntop Ayşe Merve. Adölesan Dönemindeki Kız Öğrencilerde Ortoreksiya (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) Görülme Sıklığı. 2016.
 62. Zeynep Uzdil, Aybike Gizem Kayacan, Caner Özyıldırım, Seda Kaya, Gül Eda Kılınç, Canan Asal Ulus PSK. Adölesanlarda Ortoreksiya Nervoza Varlığı ve Yeme Tutumunun İncelenmesi. *Samsun Sağ Bil Der [Internet]*. 2019;4(1):8–13. Available from: http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84865607390&partnerID=tZOtx3y1%0Ahttp://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=2LIMMD9FVXkC&oi=fnd&pg=PR5&dq=Principles+of+Digital+Image+Processing+fundamental+techniques&ots=HjrHeuS_
 63. Jerez F. T, Lagos H. R, Valdés-Badilla P, Pacheco P. E, Pérez C. C. Prevalence of orthorexic behaviour in high school students of Temuco. *Rev Chil Nutr*. 2015;42(1):41–4.
 64. Reynolds R. Is the prevalence of orthorexia nervosa in an Australian university population 6.5%? *Eat Weight Disord [Internet]*. 2018;23(4):453–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s40519-018-0535-9>
 65. Varga M, Thege BK, Dukay-Szabó S, Túry F, van Furth EF. When eating healthy is not healthy: Orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC Psychiatry*. 2014;14(1):1–11.
 66. Łucka I, Janikowska-Hołoweńko D, Domarecki P, Plenikowska-Ślusarz T, Domarecka M. Orthorexia nervosa - A separate clinical entity, a part of eating disorder spectrum or another manifestation of obsessive-compulsive disorder? *Psychiatr Pol*. 2019;53(2):371–82.
 67. Missbach B, Dunn TM, König JS. We need new tools to assess Orthorexia Nervosa. A commentary on “Prevalence of Orthorexia Nervosa among College Students Based on Bratman’s Test and Associated Tendencies.” *Appetite*. 2017;108:521–4.
 68. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C. Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eat Weight Disord*.

- 2005;10(2):10–2.
69. Arusoğlu G. Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya) Belirtilerinin İncelenmesi, ORTO-15 Ölçeğinin Uyarlanması. 2006;3–4.
 70. McComb SE, Mills JS. Orthorexia nervosa: A review of psychosocial risk factors. *Appetite* [Internet]. 2019;140(October 2018):50–75. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.05.005>
 71. Gleaves DH, Graham EC, Ambwani S. Measuring “orthorexia”: Development of the Eating Habits Questionnaire. *Int J Educ Psychol Assess*. 2013;12(2):1–18.
 72. Parra-Fernández ML, Onieva-Zafra MD, Fernández-Muñoz JJ, Fernández-Martínez E. Adaptation and validation of the Spanish version of the DOS questionnaire for the detection of orthorexic nervosa behavior. *PLoS One*. 2019;14(5):1–11.
 73. Rogoza R, Hallit S, Soufia M, Barthels F, Obeid S. Validation of the Arabic version of the Dusseldorf Orthorexia Scale (DOS) among Lebanese adolescents. *J Eat Disord* [Internet]. 2021;9(1):1–9. Available from: <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00488-4>
 74. Barrada JR, Roncero M. Estructura Bidimensional de la Ortorexia: Desarrollo y Validación Inicial de un Nuevo Instrumento. *An Psicol*. 2018;34(2):283–91.
 75. Roberto da Silva W, Cruz Marmol CH, Nogueira Neves A, Marôco J, Bonini Campos JAD. A Portuguese Adaptation of the Teruel Orthorexia Scale and a Test of Its Utility with Brazilian Young Adults. *Percept Mot Skills*. 2021;128(5):2052–74.
 76. Falgares G, Costanzo G, Manna G, Marchetti D, Barrada JR, Roncero M, et al. Healthy orthorexia vs. orthorexia nervosa: Italian validation of the Teruel Orthorexia Scale (TOS). *Eat Weight Disord* [Internet]. 2023;28(1). Available from: <https://doi.org/10.1007/s40519-023-01568-x>
 77. Chace S, Kluck AS. Validation of the Teruel Orthorexia Scale and relationship to health anxiety in a U.S. sample. *Eat Weight Disord* [Internet]. 2022;27(4):1437–47. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01272-8>
 78. Maïano C, Aimé A, Almenara CA, Gagnon C, Barrada JR. Psychometric

- properties of the Teruel Orthorexia Scale (TOS) among a French–Canadian adult sample. *Eat Weight Disord* [Internet]. 2022;27(8):3457–67. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01482-8>
79. Lasson C, Rousseau A, Vicente S, Goutaudier N, Romo L, Roncero M, et al. Orthorexic eating behaviors are not all pathological: a French validation of the Teruel Orthorexia Scale (TOS). *J Eat Disord* [Internet]. 2023;11(1):1–13. Available from: <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00764-5>
80. Betül Asarkaya KA. Teruel Ortoreksiya Ölçeği'nin (TOÖ) uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması: Teruel Ortoreksiya Ölçeği Türkçe Uyarlaması. *Klin Psikol Derg*. 2021;5(2):113–27.
81. Mhanna M, Azzi R, Hallit S, Obeid S, Soufia M. Validation of the Arabic version of the Teruel Orthorexia Scale (TOS) among Lebanese adolescents. *Eat Weight Disord* [Internet]. 2022;27(2):619–27. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01200-w>
82. Zagaria A, Barbaranelli C, Mocini E, Lombardo C. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Italian version of the Orthorexia Nervosa Inventory (ONI). *J Eat Disord* [Internet]. 2023;11(1):1–12. Available from: <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00858-0>
83. Kaya S, Uzdil Z, Çakıroğlu FP. Validation of the Turkish version of the Orthorexia Nervosa Inventory (ONI) in an adult population: its association with psychometric properties. *Eat Weight Disord* [Internet]. 2021;5(0123456789). Available from: <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01199-0>
84. Turan, Bahadır; Yıldırım , Selman; Bilginer, Samiye Çilem; Akıncı MA. Psychometric Properties of Turkish Orthorexia Nervosa Inventory in a Clinical Adolescent Sample. 2023;1–15.
85. Bratman S. Orthorexia vs. theories of healthy eating. *Eat Weight Disord*. 2017;22(3):381–5.
86. Moroze RM, Dunn TM, Ph D, Holland JC, Yager J, Weintraub P. Case Reports Microthinking About Micronutrients : A Case of Transition From Obsessions About Healthy Eating to Near-Fatal “ Orthorexia Nervosa ” and Proposed Diagnostic Criteria. *Psychosomatics* [Internet]. 2015;56(4):397–403.

Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psych.2014.03.003>

87. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C. Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eat Weight Disord.* 2004;9(2):151–7.
88. Mathieu J. What is orthorexia? *J Am Diet Assoc.* 2005;105(10):1510–2.
89. Ryman FVM, Cesuroglu T, Bood ZM, Syurina E V. Orthorexia nervosa: Disorder or not? Opinions of Dutch health professionals. *Front Psychol.* 2019;10(MAR):1–9.
90. Hyrnik J, Zasada I, Jelonek I, Wilczyński KM, Janas-Kozik M. Orthorexia – Current approach. A review. *Psychiatr Pol.* 2021;55(2):405–20.
91. Segura-Garcia C, Ramacciotti C, Rania M, Aloï M, Caroleo M, Bruni A, et al. The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder patients after treatment. *Eat Weight Disord* [Internet]. 2015;20(2):161–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s40519-014-0171-y>
92. Varga M, Dukay-Szabó S, Túry F, Van Furth Eric F. Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eat Weight Disord.* 2013;18(2):103–11.
93. Gramaglia C, Brytek-Matera A, Rogoza R, Zeppegno P. Orthorexia and anorexia nervosa: Two distinct phenomena? A cross-cultural comparison of orthorexic behaviours in clinical and non-clinical samples. *BMC Psychiatry.* 2017;17(1):1–5.
94. Brytek-Matera A, Rogoza R, Gramaglia C, Zeppegno P. Predictors of orthorexic behaviours in patients with eating disorders: A preliminary study. *BMC Psychiatry.* 2015;15(1):1–8.
95. Cheshire A, Berry M, Fixsen A. What are the key features of orthorexia nervosa and influences on its development ? A qualitative investigation. *Appetite* [Internet]. 2020;155(March):104798. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104798>
96. Kreipe RE, Palomaki A. Beyond picky eating: Avoidant/restrictive food intake disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2012;14(4):421–31.
97. Mancebo MC, Eisen JL, Grant JE, Rasmussen SA. Obsessive compulsive personality disorder and obsessive compulsive disorder: Clinical

- characteristics, diagnostic difficulties, and treatment. *Ann Clin Psychiatry*. 2005;17(4):197–204.
98. Brytek-Matera A. Orthorexia nervosa - An eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? *Arch Psychiatry Psychother*. 2012;14(1):55–60.
 99. Cutino GVA, Giambalvo FLN, Daneshmand SN, Maina MPG, Galeazzi GM. Is orthorexia nervosa a feature of obsessive – compulsive disorder ? A multicentric , controlled study. *Eat Weight Disord - Stud Anorexia, Bulim Obes* [Internet]. 2021;26(8):2531–44. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01114-7>
 100. Yılmaz H, Karakuş G, Tamam L, Demirkol ME, Namlı Z, Yeşiloğlu C. Association of orthorexic tendencies with obsessive-compulsive symptoms, eating attitudes and exercise. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2020;16:3035–44.
 101. Costa CB, Hardan-Khalil K. Orthorexia nervosa and obsessive-compulsive behavior among college students in the United States. *J Nurs Educ Pract*. 2018;9(2):67.
 102. Yılmaz MN, Dundar C. The relationship between orthorexia nervosa, anxiety, and self-esteem: a cross-sectional study in Turkish faculty members. *BMC Psychol* [Internet]. 2022;10(1):1–7. Available from: <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00796-7>
 103. Luck-Sikorski C, Jung F, Schlosser K, Riedel-Heller SG. Is orthorexic behavior common in the general public? A large representative study in Germany. *Eat Weight Disord* [Internet]. 2019;24(2):267–73. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s40519-018-0502-5>
 104. Awad E, Salameh P, Sacre H, Malaeb D, Hallit S, Obeid S. Association between impulsivity and healthy orthorexia: any moderating role of personality traits? *Psychol Heal Med* [Internet]. 2022;27(8):1832–41. Available from: <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1954673>
 105. Messer M, Liu C, Linardon J. Orthorexia nervosa symptoms prospectively predict symptoms of eating disorders and depression. *Eat Behav* [Internet]. 2023;49(April):101734. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2023.101734>

106. Dell’Osso L, Abelli M, Carpita B, Pini S, Castellini G, Carmassi C, et al. Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive-compulsive spectrum. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:1651–60.
107. Lucy Serpell, Alison Livingstone, Marc Neiderman BL. Anorexia nervosa: Obsessive–compulsive disorder, obsessive–compulsive personality disorder, or neither? *Clin Psychol Rev*. 2002;22(5):647–69.
108. Anderluh MB, Tchanturia K, Rabe-Hesketh S, Treasure J. Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: Defining a broader eating disorder phenotype. *Am J Psychiatry*. 2003;160(2):242–7.
109. Badriyah M. In *Sickness and In Health: Orthorexia Nervosa, the Study of Obsessive Healthy Eating*. 2011.
110. Kalra S, Kapoor N, Jacob J. Orthorexia nervosa. *J Pak Med Assoc*. 2020;70(7):1282–4.
111. Livazovic, G., & Mudrinic I. Dissatisfaction with physical appearance and behaviors associated with eating disorders in adolescents. *Criminol Soc Integr J* [Internet]. 2016;(25):90–109. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01368-9>
112. Dell’Osso L, Abelli M, Carpita B, Massimetti G, Pini S, Rivetti L, et al. Orthorexia nervosa in a sample of Italian university population. *Riv Psichiatr*. 2016;51(5):190–6.
113. Depa J, Schweizer J, Carolin SB, Stroebele-benschop N. Prevalence and predictors of orthorexia nervosa among German students using the 21-item-DOS. *Eat Weight Disord - Stud Anorexia, Bulim Obes*. 2017;22(1):193–9.
114. Missbach B, Hinterbuchinger B, Dreiseitl V, Zellhofer S, Kurz C, König J. When eating right, is measured wrong! A validation and critical examination of the ORTO-15 questionnaire in German. *PLoS One*. 2015;10(8):1–15.
115. Parra-Fernández ML, Rodríguez-Cano T, Onieva-Zafra MD, Perez-Haro MJ, Casero-Alonso V, Fernández-Martinez E, et al. Prevalence of orthorexia nervosa in university students and its relationship with psychopathological aspects of eating behaviour disorders. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):1–8.

116. Parra-Fernandez ML, Rodríguez-Cano T, Perez-Haro MJ, Onieva-Zafrá MD, Fernandez-Martinez E, Notario-Pacheco B. Structural validation of ORTO-11-ES for the diagnosis of orthorexia nervosa, Spanish version. *Eat Weight Disord* [Internet]. 2018;23(6):745–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s40519-018-0573-3>
117. McComb SE, Mills JS. Orthorexia nervosa: A review of psychosocial risk factors. *Appetite* [Internet]. 2019;140(April):50–75. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.05.005>
118. Karakuş B. Orthorexia Nervosa Trends Among Students Of Nutrition And Dietetics Department At A University In Istanbul. *North Clin Istanbul*. 2017;4(2):117–23.
119. Hayles O, Wu MS, Nadai AS De, Storch EA. Orthorexia Nervosa: An Examination of the Prevalence, Correlates, and Associated Impairment in a University Sample. 2017;31(2):124–35.
120. Oberle CD, Samaghabadi RO, Hughes EM. Orthorexia nervosa : Assessment and correlates with gender , BMI , and personality. *Appetite* [Internet]. 2017;108:303–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2016.10.021>
121. Barnes MA, Caltabiano ML. The interrelationship between orthorexia nervosa , perfectionism , body image and attachment style. *Eat Weight Disord - Stud Anorexia, Bulim Obes*. 2017;22(1):177–84.
122. Grammatikopoulou MG, Gkiouras K, Markaki A, Theodoridis X, Tsakiri V, Mavridis P, et al. Food addiction, orthorexia, and food-related stress among dietetics students. *Eat Weight Disord* [Internet]. 2018;23(4):459–67. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s40519-018-0514-1>
123. Brytek-Matera A, Fonte ML, Poggiogalle E, Donini LM, Cena H. Orthorexia nervosa: relationship with obsessive-compulsive symptoms, disordered eating patterns and body uneasiness among Italian university students. *Eat Weight Disord*. 2017;22(4):609–17.
124. Brytek-Matera A, Czepczor-Bernat K, Jurzak H, Kornacka M, Kołodziejczyk N. Strict health-oriented eating patterns (orthorexic eating behaviours) and their connection with a vegetarian and vegan diet. *Eat Weight Disord*

- [Internet]. 2019;24(3):441–52. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1007/s40519-018-0563-5>
125. Barthels F, Meyer F, Huber T, Pietrowsky R. Orthorexic eating behaviour as a coping strategy in patients with anorexia nervosa. *Eat Weight Disord*. 2017;22(2):269–76.
 126. Oberle CD, Lipschuetz SL. Orthorexia symptoms correlate with perceived muscularity and body fat, not BMI. *Eat Weight Disord* [Internet]. 2018;23(3):363–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s40519-018-0508-z>
 127. Eriksson L, Baigi A, Marklund B, Lindgren EC. Social physique anxiety and sociocultural attitudes toward appearance impact on orthorexia test in fitness participants. *Scand J Med Sci Sport*. 2008;18(3):389–94.
 128. Bratman S. Complementary and alternative health: The scientific verdict on what really works. London: Collins; 2007.
 129. Parra-Fernández ML, Onieva-Zafra MD, Fernández-Martínez E, Abreu-Sánchez A, Fernández-Muñoz JJ. Assessing the prevalence of orthorexia nervosa in a sample of university students using two different self-report measures. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(14).
 130. Segura-García C, Papaiani MC, Caglioti F, Procopio L, Nisticò CG, Bombardiere L, et al. Orthorexia nervosa: A frequent eating disordered behavior in athletes. *Eat Weight Disord*. 2012;17(4):226–33.
 131. Strahler J, Hermann A, Walter B, Stark R. Orthorexia nervosa: A behavioral complex or a psychological condition? *J Behav Addict*. 2018;7(4):1143–56.
 132. Dell’Osso L, Carpita B, Muti D, Cremone IM, Massimetti G, Diadema E, et al. Prevalence and characteristics of orthorexia nervosa in a sample of university students in Italy. *Eat Weight Disord* [Internet]. 2018;23(1):55–65. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s40519-017-0460-3>
 133. Wilksch SM, O’Shea A, Ho P, Byrne S, Wade TD. The relationship between social media use and disordered eating in young adolescents. *Int J Eat Disord*. 2020;53(1):96–106.
 134. McComb SE, Mills JS. Orthorexia nervosa: A review of psychosocial risk factors. *Appetite* [Internet]. 2019;140(May):50–75. Available from:

<https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.05.005>

135. Sümer N. Anne-Baba Tutum ve Davranışlarının Psikolojik Etkileri : Türkiye ' de Yapılan Çalışmalara Toplu Bakış. Türk Psikol Yazıları. 2010;13(25):42–59.
136. Baumrind D. Effects of authoritative parental control on child behavior. Child Dev. 1966;(37):887–907.
137. Pedroso J, Toral N, Gubert MB. Maternal attitudes, beliefs and practices related to the feeding and nutritional status of schoolchildren. Rev Nutr. 2019;32:1–14.
138. Ertuğ Toket D, Hocaoglu Ç. Yeme Bozuklukları ve Aile Yapısı : Bir Gözden Geçirme. Düşünen Adam. 2009;22(1–4):36–42.
139. Rojo-Moreno L, Livianos-Aldana L, Conesa-Burguet L, Cava G. Dysfunctional rearing in community and clinic based populations with eating problems: Prevalence and mediating role of psychiatric morbidity. Eur Eat Disord Rev. 2006;14(1):32–42.
140. Altman SE, Shankman SA. What is the association between obsessive-compulsive disorder and eating disorders? Clin Psychol Rev [Internet]. 2009;29(7):638–46. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.001>
141. Asarkaya B. Sağlıklı Ortoreksiya ve Ortoreksiya Nervoza: Ebeveynlerden Algılanan Psikolojik Kontrol ve Uyumlu-Uyumsuz Mükemmeliyetçilik Özellikleri ile İlişkisinin İncelenmesi. Maltepe Üniversitesi; 2019.
142. Selin Çelen. Ortoreksiya Nervoza'nın Algılanan Anne Baba Tutumu ve Mükemmeliyetçilik Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İstanbul Okan Üniversitesi; 2022.
143. MB Nadien. Children's psychosocial development—From birth to early youth. Beijing: People's Education Press; 1993.
144. Luo R, Tamis-LeMonda CS, Song L. Chinese parents' goals and practices in early childhood. Early Child Res Q [Internet]. 2013;28(4):843–57. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecresq.2013.08.001>
145. J. Grusec MD. Handbook of socialization: Theory and research. In New York: The Guilford Press; 2007. p. 284–308.

146. Baumrind D. Harmonious parents and their preschool children. *Dev Psychol.* 1971;4(1, Pt.1):99–102.
147. Baumrind D. Child care practices anteceding three patterns of preschool behaviour. *Genet Psychol Monogr.* 1967;(75):43–88.
148. Maccoby EE MJ (1983). Socialization in the Context of the Family: Parent-Child Interaction. In: In P. H. Mussen & EMH, editor. *Handbook of Child Psychology.* New York: Wiley; 1983. p. 1–101.
149. Keery H, van den Berg P, Thompson JK. An evaluation of the Tripartite Influence Model of body dissatisfaction and eating disturbance with adolescent girls. *Body Image.* 2004;1(3):237–51.
150. Şendil G. Çocuk, Ergen, ve Anne Baba. İstanbul: Çantay Yayınları; 2003.
151. Alisinanoğlu F. Çocukların Denetim Odağı İle Algıladıkları Anne Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Çocukların Denetim Odağı İle Anne Tutumları). *Türk Eğitim Bilim Derg.* 2003;1(1):1–14.
152. Doğan Cüceloğlu. İnsan ve Davranışı. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2018.
153. Kendra Cherry. Why Parenting Styles Matter When Raising Children [Internet]. Verywell Mind. 2022. Available from: <https://www.verywellmind.com/parenting-styles-2795072>
154. Yılmaz, Ayşen. Çocuk Yetiştirme Tutumları: Kuramsal Yaklaşımlar ve Görgül Çalışmalar. Vol. 3, Türk Psikoloji Yazıları. 1999. p. 99–118.
155. Anne Ç, İncelenmesi T, Demiriz S, Öğretir AD, Üniversitesi G, Fakültesi ME, et al. Alt ve üst sosyo-ekonomik düzeydeki 10 yaş çocuklarının anne tutumlarının incelenmesi. *Educ J.* 2007;(1):105–22.
156. Altay Ö. Olumlu davranış kazandırma yolları. *Aile ve Çocuk Derg.* 2002;33(166):46–8.
157. Birgin M. Çocuk Eğitiminde Ailenin Önemi. İstanbul: El Yayınları; 2012.
158. Cavkaytar A. Özel Eğitimde Aile Eğitim ve Rehberliği. Ankara: Maya; 2010.
159. Katz J, Zeger SL. Estimation of design effects in cluster surveys. *Ann Epidemiol.* 1994;4(4):295–301.
160. TÜRK-İŞ. Eylül 2022 Açlık ve Yoksulluk Sınırı [Internet]. 2022. Available from: [https://www.turkis.org.tr/eylul-2022-aclik-ve-yoksulluk-siniri/#:~:text=“YOKLUK YOK%2C YOKSULLUK VAR!,\(YOKSULLUK](https://www.turkis.org.tr/eylul-2022-aclik-ve-yoksulluk-siniri/#:~:text=“YOKLUK YOK%2C YOKSULLUK VAR!,(YOKSULLUK)

SINIRI) 23.600 TL!

161. Dornbusch SM, Ritter PL LP. The relation of parenting style to adolescent school performance. *Child Dev.* 1988;(58):1244–57.
162. Steinberg L, Elmen J MN. Authoritative parenting, psychosocial maturity, and academic success among adolescent. *Child Dev.* 1989;(60):1424–36.
163. Lamborn SD, Mounts NS, Steinberg L DS. Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Dev.* 1991;(62):1049–65.
164. Yılmaz A. Anne-Baba Tutum Ölçeği'nin Güvenirlilik ve Geçerlilik Çalışması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg.* 2000;7(1991):160–73.
165. Chorpita BF, Yim L, Moffitt C, Umemoto LA, Francis SE. Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A revised child anxiety and depression scale. *Behav Res Ther.* 2000;38(8):835–55.
166. Gormez V, Kılınçaslan A, Orengul AC, Ebesutani C, Kaya I, Ceri V, et al. Psychometric properties of the Turkish version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale – Child Version in a clinical sample. *Psychiatry Clin Psychopharmacol* [Internet]. 2017;27(1):84–92. Available from: <https://doi.org/10.1080/24750573.2017.1297494>
167. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 1997;36(7):980–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199707000-00021>
168. Ünal F, Öktem F, Çetin Çuhadaroğlu F, Çengel Kültür SE, Akdemir D, Foto Özdemir D, et al. Reliability and validity of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version, DSM-5 November 2016-Turkish adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T). *Turk Psikiyatr Derg.* 2019;30(1):42–50.
169. Chan Y H. Biostatistics 104: Correlational Analysis. *Singapore Med J.* 2003;44(12):614–9.
170. Sanlier N, Yassibas E, Bilici S, Sahin G, Celik B. Does the rise in eating disorders lead to increasing risk of orthorexia nervosa ? Correlations with

- gender , education , and body mass index. *Ecol Food Nutr* [Internet]. 2016;55(3):266–78. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/03670244.2016.1150276>
171. Asil E, Sürücüoğlu MS. Orthorexia Nervosa in Turkish Dietitians. *Ecol Food Nutr* [Internet]. 2015;54(4):303–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/03670244.2014.987920>
 172. Aslan H, Aktürk Ü. Demographic characteristics, nutritional behaviors, and orthorexic tendencies of women with breast cancer: a case–control study. *Eat Weight Disord* [Internet]. 2020;25(5):1365–75. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00772-y>
 173. Erkin Ö, Göl I. Determination of health status perception and orthorexia nervosa tendencies of Turkish yoga practitioners: A cross-sectional descriptive study. *Prog Nutr*. 2019;21(1):105–12.
 174. TEK NA. Healthy Eating Concern (Orthorexia Nervosa) and Related Factors in Women. *COJ Nurs Healthc*. 2018;2(5):209–12.
 175. Haddad C, Obeid S, Akel M, Honein K, Akiki M, Azar J, et al. Correlates of orthorexia nervosa among a representative sample of the Lebanese population. *Eat Weight Disord* [Internet]. 2019;24(3):481–93. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s40519-018-0631-x>
 176. Kjeldbjerg ML, Clausen L. Prevalence of binge-eating disorder among children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2023;32(4):549–74. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01850-2>
 177. Arusoğlu, Gülcan Kabakçı E, Köksal G, Merdol TK. Orthorexia Nervosa and Adapta on of ORTO-11 into Turkish Orthorexia Nervosa and Adapta on of ORTO-11 into Turkish. 2008;(March).
 178. Koven NS, Senbonmatsu R. A neuropsychological evaluation of orthorexia nervosa *. 2013;2013(April):214–22.
 179. Strahler J. Sex differences in orthorexic eating behaviors: A systematic review and meta-analytical integration. *Nutrition* [Internet]. 2019;67–68:110534. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nut.2019.06.015>
 180. Smink FRE, Van Hoeken D, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Prevalence and

- severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *Int J Eat Disord*. 2014;47(6):610–9.
181. William R. Avison and Donna D. McAlpine. Gender Differences in Symptoms of Depression Among Adolescents Author (s): William R . Avison and Donna D . McAlpine Source : *Journal of Health and Social Behavior* , Jun . , 1992 , Vol . 33 , No . 2 (Jun . , 1992), Published by : American Sociological A. 1992;33(2):77–96.
 182. Ohannessian CM, Milan S, Vannucci A. Gender Differences in Anxiety Trajectories from Middle to Late Adolescence. *J Youth Adolesc* [Internet]. 2017;826–39. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-016-0619-7>
 183. Rudolph KD, Ph D. Gender Differences in Emotional Responses to Interpersonal Stress During Adolescence. 2002;3–13.
 184. Dursun OB, Esin İS, Akıncı MA, Karayağmurlu A, Turan B, Özhan Aşıkhasanoğlu E. The prevalence of childhood mental disorders in different habitations: are we underestimating their prevalence in rural areas? *Nord J Psychiatry*. 2020;74(3):201–7.
 185. Fawzi MM. Prevalence of Eating Disorders in a Sample of Rural and Urban Secondary School-Girls in Sharkia , Egypt. *Curr Psychiatr*. 2010;17(3):1–12.
 186. Preti A, Pinna C, Nocco S, Pilia S, Mulliri E, Micheli V, et al. Rural/urban differences in the distribution of eating disorder symptoms among adolescents from community samples. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007;41(6):525–35.
 187. You-Kyung Kim W-SS. A Comparison Study on Perception of Body Image and Dietary Habits of High School Students between Urban and Rural Areas. *Korean J Community Nutr*. 2008;13(2):153–63.
 188. Bustillos B, Sharkey JR, Anding J, McIntosh A. Availability of More Healthful Food Alternatives in Traditional, Convenience, and Nontraditional Types of Food Stores in Two Rural Texas Counties. *J Am Diet Assoc* [Internet]. 2009;109(5):883–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jada.2009.02.011>
 189. Scott Weich GL. Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study. *BMJ* [Internet]. 1998;317(7151):115–9. Available from:

- http://www.aihw.gov.au/publications/h_online/ah96/index.html
190. Turner, R. J., & Lloyd DA. The stress process and the social distribution of depression. *J Health Soc Behav.* 1999;40(4):373–404.
 191. Łucka I, Domarecki P, Janikowska-Hołoweńko D, Plenikowska-Ślusarz T, Domarecka M. The prevalence and risk factors of orthorexia nervosa among school-age youth of Pomeranian and Warmian-Masurian voivodeships. *Psychiatr Pol.* 2019;53(2):383–98.
 192. Post RE, Mainous AG, Diaz VA, Matheson EM, Everett CJ. Use of the Nutrition Facts Label in Chronic Disease Management: Results from the National Health and Nutrition Examination Survey. *J Am Diet Assoc* [Internet]. 2010;110(4):628–32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jada.2009.12.015>
 193. Dijkstra SC, Neter JE, Brouwer IA, Huisman M, Visser M. Motivations to eat healthily in older Dutch adults - a cross sectional study. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2014;11(1).
 194. Booth BM, Blow FC, Loveland Cook CA. Functional impairment and co-occurring psychiatric disorders in medically hospitalized men. *Arch Intern Med.* 1998;158(14):1551–9.
 195. Fagiolini A, Goracci A. The effects of undertreated chronic medical illnesses in patients with severe mental disorders. *J Clin Psychiatry.* 2009;70(SUPPL. 3):22–9.
 196. Barthels F, Meyer F, Pietrowsky R. Orthorexic and restrained eating behaviour in vegans, vegetarians, and individuals on a diet. *Eat Weight Disord* [Internet]. 2018;23(2):159–66. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s40519-018-0479-0>
 197. Fleming JA, Kris-Etherton PM. Macronutrient Content of the Diet: What Do We Know About Energy Balance and Weight Maintenance? *Curr Obes Rep* [Internet]. 2016;5(2):208–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s13679-016-0209-8>
 198. World Health Organisation. Healthy Diet [Internet]. 2020. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
 199. Willett WC, Stampfer MJ. Current evidence on healthy eating. *Annu Rev*

- Public Health. 2013;34(December 2012):77–95.
200. Melina V, Craig W, Levin S. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Vegetarian Diets. *J Acad Nutr Diet*. 2016;116(12):1970–80.
201. Barthels F, Poerschke S, Müller R, Pietrowsky R. Orthorexic eating behavior in vegans is linked to health, not to animal welfare. *Eat Weight Disord* [Internet]. 2020;25(3):817–20. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00679-8>
202. Tarı Selçuk K, Çevik C. Use of dietary supplements among nursing students in Turkey in the last 12 months and its relation with orthorexia nervosa. *Perspect Psychiatr Care*. 2020;56(4):885–93.
203. Popkin BM, D’Anci KE, Rosenberg IH. Water, hydration, and health. *Nutr Rev*. 2010;68(8):439–58.
204. Haman L, Barker-Ruchti N, Patriksson G, Lindgren EC. Orthorexia nervosa: An integrative literature review of a lifestyle syndrome. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2015;10.
205. Heiss S, Hormes JM. Ethical concerns regarding animal use mediate the relationship between variety of pets owned in childhood and vegetarianism in adulthood. *Appetite* [Internet]. 2018;123:43–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.12.005>
206. Türkmen Çalıkoğlu F. Pandemi Hastanesinde Çalışan Personelin COVID-19 Korkusu ile Ortoreksiya Nervoza Arasındaki İlişkinin İncelenmesi [Internet]. İstanbul Üniversitesi; 2022. Available from: <https://www.ptonline.com/articles/how-to-get-better-mfi-results>
207. Stone LB, Veksler AE. Stop talking about it already! Co-ruminating and social media focused on COVID-19 was associated with heightened state anxiety, depressive symptoms, and perceived changes in health anxiety during Spring 2020. *BMC Psychol* [Internet]. 2022;10(1):1–14. Available from: <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00734-7>
208. Tyrer P. COVID-19 health anxiety. *World Psychiatry*. 2020;19(3):307–8.
209. Yurtdaş-Depboylu G, Kaner G, Özçakal S. The association between social media addiction and orthorexia nervosa, eating attitudes, and body image among adolescents. *Eat Weight Disord* [Internet]. 2022;27(8):3725–35.

Available from: <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01521-4>

210. Yelekin B. Ortoreksiya Nervoza ile İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. Antalya Bilim Üniversitesi; 2022.
211. Mushatt C. Anorexia nervosa: a psychoanalytic commentary. *Int J Psychoanal Psychother.* 1982;(9):257–65.
212. Bemporad JR, Beresin E, Ratey JJ, O’Driscoll G, Lindem K, Herzog DB. A psychoanalytic study of eating disorders: I. A developmental profile of 67 index cases. *J Am Acad Psychoanal.* 1992;20(4):509–31.
213. Lacan J. The object relation: The seminar of Jacques Lacan. Book IV (1956-1957). A. Price. Polity Press; 2020.
214. Berg-Nielsen TS, Vikan A, Dahl AA. Parenting related to child and parental psychopathology: A descriptive review of the literature. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2002;7(4):529–52.
215. Sanders MR. Parenting interventions and the prevention of serious mental health problems in children. *Med J Aust.* 2002;177(7 SUPPL.):87–92.
216. Jent JF, Niec LN. Mentoring youth with psychiatric disorders: The impact on child and parent functioning. *Child Fam Behav Ther.* 2006;28(3):43–58.
217. Zagaria A, Vacca M, Cerolini S, Ballesio A, Lombardo C. Associations between orthorexia, disordered eating, and obsessive–compulsive symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 2022;55(3):295–312.
218. Sezer Katar K, Şahin B, Kurtoğlu MB. Healthy Orthorexia, Orthorexia Nervosa, and Personality Traits in a Community Sample in Turkey. *Int J Psychiatry Med.* 2023;0(89):1–18.
219. Stutts LA. It’s Complicated: The Relationship between Orthorexia and Weight/Shape Concerns, Eating Behaviors, and Mood. *Eat Behav* [Internet]. 2020;101444. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101444>
220. Barthels F, Horn S, Pietrowsky R. Orthorexic eating behaviour , illness anxiety and dysfunctional cognitions characteristic of somatic symptom disorders in a non - clinical sample. *Eat Weight Disord - Stud Anorexia, Bulim Obes* [Internet]. 2021;26(7):2387–91. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40519-020-01091-3>
221. Pontillo M, Zanna V, Demaria F, Aversa R, Di Vincenzo C, De Biase M, et

- al. Orthorexia Nervosa, Eating Disorders, and Obsessive-Compulsive Disorder: A Selective Review of the Last Seven Years. *J Clin Med*. 2022;11(20).
222. Atchison AE, Zickgraf HF. Orthorexia nervosa and eating disorder behaviors: A systematic review of the literature. *Appetite* [Internet]. 2022;177(November 2021):106134. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.106134>



8.EKLER

Ek.1 Sosyodemografik Veri Formu

1. Adı-Soyadı	
2. Cinsiyet	1. Kız 2. Erkek
3. Kaç Yaşındasınız?	
4. Okulunuzun İsmi	
5. Kaçınıcı Sınıfa Gidiyorsunuz?	1.Lise-1 2.Lise-2 3.Lise-3 4.Lise-4
6. Boy (cm)	
7. Ağırlık (kg)	
8. Yaşadığınız Yer	1. İl merkezi 2. İlçe merkezi 3. Kasaba 4. Köy
9. Aile Tipi	1. Çekirdek 2. Geniş 3. Parçalanmış 4. Tek ebeveynli
10. Günlük Sosyal Medya Kullanım Süreniz Ne Kadar?	1. 0 ile 2 saat arası 2. 2 ile 4 saat arası 3. 4 ile 6 saat arası 4. 6 saat ve daha fazla
11. Ne Sıklıkta Spor Yapıyorsunuz?	1. Hiç yapmıyorum 2. Haftada 0-2 gün 3. 4 ile 6 saat arası 4. 6 saat ve daha fazla
12. Annenizin eğitim düzeyi nedir?	1. İlkokul Mezunu 2. Ortaokul Mezunu 3. Lise Mezunu 4. Üniversite Mezunu 5. Okuryazar Değil
13. Babanızın eğitim düzeyi nedir?	1. İlkokul Mezunu 2. Ortaokul Mezunu 3. Lise Mezunu 4. Üniversite Mezunu 5. Okuryazar Değil
14. Annenizin mesleği nedir?	1. Ev Hanımı 2. İşçi 3. Memur 4. Serbest 5. Emekli 6. Diğer(Belirtiniz.....)
15. Babanızın mesleği nedir?	1. Çalışmıyor 2. İşçi 3. Memur 4. Serbest 5. Emekli 6. Diğer(Belirtiniz.....)
16. Ailenizin aylık geliri nedir?	1-Düzenli Geliri Yok 2-4253 TL'nin altı 3-4253-8000 TL arası 4-8000 TL üstü

17-Sizinle birlikte kaç kardeşiniz?	1-Tek Çocuk 2-2 Kardeş 3-3 Kardeş 4- 4 ve üzeri
18-Ailede Psikiyatrik Tedavi Alan Var mı?(Varsa Tanısını ve Yakınlığını Belirtiniz)	1.Evet(.....) 2.Hayır
19-Tanı konmuş kronik bir hastalığınız var mı? (Varsa Belirtiniz)	1.Evet(.....) 2.Hayır
20-Tanı konmuş psikiyatrik bir hastalığınız var mı? (Varsa Belirtiniz)	1.Evet(.....) 2.Hayır
21-Şu anda kullandığınız psikiyatrik bir ilaç var mı? (Varsa Belirtiniz)	1.Evet(.....) 2.Hayır
22-Takip ettiğiniz bir diyet programı (ketojenik, aralıklı oruç vs.) var mı? (Varsa Belirtiniz)	1.Evet(.....) 2.Hayır
23- Tercih ettiğiniz bir beslenme stili (vejeteryan , vegan, glütensiz vs.)var mı? (Varsa Belirtiniz)	1.Evet(.....) 2.Hayır
24-Beslenmenizde günlük öğün sayınız nedir?	1.1 veya 2 2.2 veya 4 3. 5 ve üzeri
25- Genellikle yemekleri nerde yersiniz?	1.Ailemle birlikte 2.Arkadaşımla birlikte 3. Tek başıma 4.Diğer (Belirtiniz.....)
26-Günlük Kaç Litre Su tüketiyorsunuz?	1.1 litreden az 2. 1-2 litre arası 3.2-3litre arası 4. 3 litreden fazla
27- Evcil hayvanınız var mı?	1.Evet 2.Hayır
28- Son 6 ay içerisinde Covid-19 enfeksiyonu geçirdiniz mi?	1.Evet 2.Hayır
29-Besin takviyesi(omega-3, multivitamin vs.) kullanıyor musunuz? (Varsa Belirtiniz)	1.Evet(.....) 2.Hayır
30- Sigara kullanıyor musunuz?	1.Evet (.....adet/gün) 2.Hayır
31-Anne-baba arasındaki akrabalık durumu	1.Var 2.Yok
32. Annenin hamilelikte kendi ile ilgili tıbbi veya psikiyatrik sorun yaşama durumu	1.Evet, yaşadığı.(Belirtiniz.....) 2.Hayır
33. Annenin hamilelikte çocukla ile ilgili tıbbi sorun yaşama durumu	1.Evet, yaşadığı.(Belirtiniz.....) 2.Hayır

Ek.2 Anne-Baba Tutum Ölçeği

Lütfen aşağıdaki sorulara kendi **anne** ve **babanızı** düşünerek dikkatle okuyunuz.
Aşağıdaki durumun anne ve babanızın davranışına ne kadar benzediğini düşünün.

Eğer **TAMAMEN BENZİYORSA** aşağıdaki cümlelerin başındaki kutunun içine **4**;
BİRAZ BENZİYORSA **3**;
BENZEMİYORSA **2**;
HİÇ BENZEMİYORSA **1** yazınız.

☐	1.	Herhangi bir sorunun olduğunda, eminim annem ve babam bana yardım ederler.
☐	2.	Annem ve babam büyüklerle tartışmamam gerektiğini söylerler.
☐	3.	Annem ve babam yaptığım her şeyin en iyisini yapmam için beni zorlarlar.
☐	4.	Annem ve babam herhangi bir tartışma sırasında başkalarını kızdırmamak için, susmam gerektiğini söylerler.
☐	5.	Annem ve babam bazı konularda " sen kendin karar ver " derler.
☐	6.	Derslerimden ne zaman düşük not alsam, annem ve babam kızar.
☐	7.	Ders çalışırken anlayamadığım bir şey olduğunda, annem ve babam bana yardım ederler.
☐	8.	Annem ve babam kendi görüşlerinin doğru olduğunu bu görüşleri onlarla tartışmamam gerektiğini söylerler.
☐	9.	Annem ve babam benden bir şey yapmamı istediklerinde, niçin bunu yapmam gerektiğini de açıklarlar.
☐	10.	Annem ve babamla her tartıştığım da bana " büyüdüğün zaman anlarsın " derler.
☐	11.	Derslerimden düşük not aldığım da, annem ve babam beni daha çok çalışmam için desteklerler.
☐	12.	Annem ve babam yapmak istediklerim konusunda kendi kendime karar vermeme izin verirler.
☐	13.	Annem ve babam arkadaşlarımı tanırılar.
☐	14.	Annem ve babam istemedikleri bir şey yaptığım da, bana karşı soğuk davranırlar ve küserler.
☐	15.	Annem ve babam sadece benimle konuşmak için zaman ayırırlar.
☐	16.	Derslerimden düşük notlar aldığım da, annem ve babam öyle davranırlar ki suçluluk duyar ve utanırım.
☐	17.	Ailemle birlikte hoşça vakit geçiririz.
☐	18.	Annemi ve babamı kızdıracak bir şey yaptığım da, onlarla birlikte yapmak istediğim şeyleri yapmama izin vermezler.

Aşağıdaki her ifadenin yanında bulunan kutulardan sadece size uygun olanın içine çarpı(X) işareti koyunuz.

19. Genel olarak annen ve baban okul zamanı hafta içinde gece arkadaşlarıyla bir yere gitmene izin verirler mi?

Evet Hayır

Eğer cevabınız **Evet** ise, aşağıdaki soruyu cevaplayınız.

Hafta içinde en geç saat kaç kadar gece dışarıda kalmanıza izin verilir (Pazartesi-Cuma arası)?

8:00'den önce	6	10:00 – 10:59 arası	3
8:00 – 8:59 arası	5	11:00 ya da daha geç	2
9:00 – 9:59 arası	4	İstediğim saate kadar	1

20. Genel olarak annen ve baban hafta sonları gece arkadaşlarıyla bir yere gitmene izin verirler mi?

Evet Hayır

Eğer cevabınız **Evet** ise, aşağıdaki soruyu cevaplayınız.

Haftanın Cuma ya da Cumartesi akşamları en geç saat kaç kadar gece dışarıda kalmanıza izin verilir .

8:00'den önce	6	10:00 – 10:59 arası	3
8:00 – 8:59 arası	5	11:00 ya da daha geç	2
9:00 – 9:59 arası	4	İstediğim saate kadar	1

Annen ve baban aşağıdakileri öğrenmek için ne kadar çaba gösterirler?

	Hiç çaba göstermez	Çok az çaba gösterir	Çok çaba gösterir
21. Eğer gece bir yere gittiysen nereye gittiğini,	1	2	3
22. Boş zamanlarınızda ne yaptığını,			
23. Okuldan çıktıktan sonra ne yaptığını,			

Annen ve babanın aşağıdakiler hakkında ne kadar bilgileri vardır?

	Bilgileri yoktur	Çok az bilgileri vardır	Çok bilgileri vardır
24. Eğer gece bir yere gittiysen nereye gittiğin,	1	2	3
25. Boş zamanlarınızda ne yaptığın,			
26. Okuldan çıktıktan sonra nereye gittiğin,			

Ek.3 Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Ebeveyn Formu(ÇADÖ)

		ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
1.	Çocuğum bazı konularda endişe/kaygı duyar	(0)	(1)	(2)	(3)
2.	Çocuğum kendisini üzgün veya boşlukta hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
3.	Çocuğumun bir sorunu olduğunda midesinde tahaf bir his olur	(0)	(1)	(2)	(3)
4.	Çocuğum bir işte başarısız olduğumu veya işi iyi yapmadığını düşündüğü zaman endişelenir/kaygılanır	(0)	(1)	(2)	(3)
5.	Çocuğum evde yalnız kalmaktan korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
6.	Çocuğum hiçbir şeyden eskisi kadar zevk almıyor	(0)	(1)	(2)	(3)
7.	Çocuğum sınava gireceği zaman korkar/ endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
8.	Çocuğum birinin ona kızgın olduğunu düşündüğünde endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
9.	Çocuğumu ailesinden uzakta olmak endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
10.	Çocuğumu aklındaki kötü ya da aptalca düşünceler veya görüntüler rahatsız eder	(0)	(1)	(2)	(3)
11.	Çocuğumun uyku sorunu var	(0)	(1)	(2)	(3)
12.	Çocuğum okulda başarısız olacağından korkar/ endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
13.	Çocuğum aileden birinin başına çok kötü bir şey geleceğinden endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
14.	Çocuğum hiçbir neden yokken aniden sanki nefes alamıyormuş gibi hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
15.	Çocuğumun iştah ile ilgili sorunları var	(0)	(1)	(2)	(3)
16.	Çocuğum yaptığı şeyleri tam veya doğru yapıp yapmadığını tekrar tekrar kontrol eder (lambaların kapatıldığından, kapının kilitlendiğinden emin olmak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
17.	Çocuğum kendi başına uyuması gerektiğinde bundan korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
18.	Çocuğum sabahları gergin veya endişeli hissettiğinden okula gitmek istemez	(0)	(1)	(2)	(3)
19.	Çocuğumun hiçbir şey için enerjisi yok	(0)	(1)	(2)	(3)
20.	Çocuğum aptalca görünmekten endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
21.	Çocuğum kendisini çok yorgun hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
22.	Çocuğum başına kötü şeyler geleceğinden endişe eder	(0)	(1)	(2)	(3)
23.	Çocuğum kötü ve saçma düşünceleri kafasından atamıyor	(0)	(1)	(2)	(3)

		ASLA	BAZEN	SIK SIK	HER ZAMAN
24.	Çocuğum bir sorunu olduğunda kalbi çok hızlı atar	(0)	(1)	(2)	(3)
25.	Çocuğum rahat bir şekilde düşünemez	(0)	(1)	(2)	(3)
26.	Çocuğum hiçbir nedeni yokken aniden titreme ve ürperme hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
27.	Çocuğum başına kötü bir şey geleceğinden endişe eder	(0)	(1)	(2)	(3)
28.	Çocuğum bir sorunu olduğunda titrer	(0)	(1)	(2)	(3)
29.	Çocuğum kendisini değersiz hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
30.	Çocuğum yanlış yapmaktan kaygılanır/endişe eder	(0)	(1)	(2)	(3)
31.	Çocuğum kötü şeylerin olmasını engellemek için özel bazı düşünceleri(sayılar, kelimeler gibi) aklından geçirir	(0)	(1)	(2)	(3)
32.	Çocuğumu diğer insanların onun hakkında ne düşündükleri endişelendirir	(0)	(1)	(2)	(3)
33.	Çocuğum kalabalık yerlerde (alışveriş merkezi, sinema, otobüsler, yoğun oyun alanları gibi) bulunmaktan korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
34.	Çocuğum hiçbir nedeni yokken birden yoğun korku duyar	(0)	(1)	(2)	(3)
35.	Çocuğum gelecek hakkında endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
36.	Çocuğum hiçbir nedeni yokken aniden başı döner ve bayılacak gibi olur	(0)	(1)	(2)	(3)
37.	Çocuğum ölüm hakkında düşünür	(0)	(1)	(2)	(3)
38.	Çocuğumu sınıfın önünde konuşma yapmak korkutur	(0)	(1)	(2)	(3)
39.	Çocuğumun kalbi sebepsiz yere aniden çok hızlı çarpmaya başlar	(0)	(1)	(2)	(3)
40.	Çocuğum hareket etmek istemiyor gibi hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
41.	Çocuğum ortada korkulacak bir şey yokken aniden korkutucu bir his yaşamaktan endişe eder	(0)	(1)	(2)	(3)
42.	Çocuğum aynı şeyi tekrar tekrar yapmak zorunda hisseder (ellerini yıkamak, temizlik yapmak veya bir şeyleri belli bir sıraya koymak gibi)	(0)	(1)	(2)	(3)
43.	Çocuğum insanların önünde aptal durumuna düşmekten korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
44.	Çocuğum kötü şeylerin olmasını engellemek için bazı şeyleri "tam olması gereken biçimde" yapmak zorunda hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)
45.	Çocuğum geceleri yatağa çıktığında endişelenir	(0)	(1)	(2)	(3)
46.	Çocuğum gece evden uzakta kalmaktan (başkasının evinde uyumak gibi) korkar	(0)	(1)	(2)	(3)
47.	Çocuğum kendisini huşursuz hisseder	(0)	(1)	(2)	(3)

Ek.4 Ortoreksiya Nervoza Envanteri(ONE)

Mevcut yeme alışkanlıklarınıza göre her bir ifade için size en uygun gelen yanıtı işaretleyiniz.

1. Sağlıklı beslenmeyi bıraktığımda çok fazla suçluluk hissediyorum veya kendimden nefret ediyorum.	1 hiçbir zaman	2 bazen	3 sıklıkla	4 çok sık
2. Yediğimin sağlıklı olmasına lezzetli olmasından daha fazla önem veriyorum.	1 hiçbir zaman	2 bazen	3 sıklıkla	4 çok sık
3. Sağlıklı beslenmeye fazla zaman ayırmamın bir sonucu olarak ailemle veya arkadaşlarımla eskiye göre daha az zaman geçiriyorum.	1 hiçbir zaman	2 bazen	3 sıklıkla	4 çok sık
4. Sağlıklı beslenmeyi katı bir şekilde uyguladım, sadece diyetimin izin verdiği şeyleri yerim ve bu diyet dışına çıkmamaya çalışırım.	1 hiçbir zaman	2 bazen	3 sıklıkla	4 çok sık
5. Uyguladığım besin kısıtlamaları, insanların benim için sağlıklı olduğunu söylediklerinden daha fazla kilo vermeme neden oldu.	1 hiçbir zaman	2 bazen	3 sıklıkla	4 çok sık
6. Diyetimde yemekleri en sağlıklı şekilde hazırlamak çok önemlidir.	1 hiçbir zaman	2 bazen	3 sıklıkla	4 çok sık
7. Sağlıklı beslenmem, ilişkilerimde önemli bir stress kaynağı olmaktadır.	1 hiçbir zaman	2 bazen	3 sıklıkla	4 çok sık
8. Diyetim, zamanla sağlıksız olduğuna inandığım tüm besin gruplarının diyetten çıkarılmasını içermektedir.	1 hiçbir zaman	2 bazen	3 sıklıkla	4 çok sık
9. Sağlıklı beslenmeden uzaklaştığım an sadece ne kadar başarısız olduğumu düşünebiliyorum.	1 hiçbir zaman	2 bazen	3 sıklıkla	4 çok sık
10. Sağlık uzmanları, diyetimin çok kısıtlayıcı olduğu konusunda endişelerini dile getirmişlerdir.	1 hiçbir zaman	2 bazen	3 sıklıkla	4 çok sık
11. Birçok kuralı olan sağlıklı bir diyet uyguluyorum.	1 hiçbir zaman	2 bazen	3 sıklıkla	4 çok sık
12. Diyetten çıkardıklarım/arındıklarım ya da oruçlarım zamanla daha sıkı veya şiddetli hale geldi.	1 hiçbir zaman	2 bazen	3 sıklıkla	4 çok sık
13. Ne zaman sağlıksız bir şey yersem büyük ölçüde kendimi kirlenmiş hissedirim.	1 hiçbir zaman	2 bazen	3 sıklıkla	4 çok sık
14. Zamanla çok daha sağlıklı beslenmiş olmama rağmen aslında fiziksel sağlığım bozuldu.	1 hiçbir zaman	2 bazen	3 sıklıkla	4 çok sık
15. Sağlıklı beslenme, hayatımdaki en önemli şeyler arasındadır.	1 hiçbir zaman	2 bazen	3 sıklıkla	4 çok sık
16. Sağlıklı beslenmeye fazla zaman ayırmam işte aksaklıklara/zaman kaybına ya da okulda dersleri kaçırmama sebep olur.	1 hiçbir zaman	2 bazen	3 sıklıkla	4 çok sık
17. Ya işlenmiş gıdaları satın almam ya da sağlıklı olduğundan ve katkı maddesi içermediğinden emin olmak için besin etiketlerini mutlaka kontrol ederim.	1 hiçbir zaman	2 bazen	3 sıklıkla	4 çok sık
18. Uyguladığım sağlıklı beslenme kurallarının sayısı zaman içerisinde giderek arttı.	1 hiçbir zaman	2 bazen	3 sıklıkla	4 çok sık
19. Ne zaman kendimi hasta hissetsem ailem veya arkadaşlarım, hastalığım diyetimin çok kısıtlı olmasından kaynaklanabileceğini söyler.	1 hiçbir zaman	2 bazen	3 sıklıkla	4 çok sık
20. Ailem veya arkadaşlarımla vakit geçirirken sık sık sağlıklı beslenme ile ilgili düşüncelerimden dikkatim dağılıyor.	1 hiçbir zaman	2 bazen	3 sıklıkla	4 çok sık

21. Sadece sađlıksız bir řey yeme dűřűncesi bile beni oldukça endiřelendiriyor.	1 hiçbir zaman	2 bazen	3 sıklıkla	4 çok sık
22. Sađlıksız olduđunu dűřűndűđűm tűm besinlerden kesinlikle kařınırım.	1 hiçbir zaman	2 bazen	3 sıklıkla	4 çok sık
23. Fiziksel olarak iyi hissetmem tamamen benim sağlıklı beslenmemi sıkı sıkıya takip ediyor olmama bağlıdır.	1 hiçbir zaman	2 bazen	3 sıklıkla	4 çok sık
24. Diyeti ne kadar katı bir řekilde uygularsam, o kadar yorgunluk, bayılma, kalp řarpantısı, mide bulantısı, ishal, ađrı vb. fiziksel semptomlardan birini veya daha fazlasını yařıyor gibi gűrűnűyorum.	1 hiçbir zaman	2 bazen	3 sıklıkla	4 çok sık



Ek.5 Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-Türkçe Uyarlaması (KD-SADS-PL / Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children, Present and Lifetime Version)

GDO				c.Kanşık-BB			
1.Şimdiki	_____			d.Hızlı döngülü			
2.Geçmiş en kötü	_____			11.a.DSM-III-R			
3.Geçmiş en iyi	_____			b.DSM-IV			
DEPRESYON (Ek 1)				12.Siklotimi			
1.Çökkün duygudurum	___	___	___	13.BB-BTA			
2.Disforik duygudurum	___	___	___	14.Şizoafektif-manik			
3.Değişiklik	___	___	___	PSİKOZ (Ek 2)			
4.a.Uykuya dalmakta güçlük	___	___	___	Versanılar			
b.Blünme	___	___	___	1.a.Sözel olmayan			
c.Erken uyanma	___	___	___	1.b.Komut veren			
d.Uyku düzeni bozulduğu	___	___	___	1.c.Yorum yapan			
e.Dinlendirmeyen uyku	___	___	___	1.d.Birbiriyle konuşan			
f.Fazla uyuma	___	___	___	1.e.Sesli düşünce			
5.Enerji azlığı	___	___	___	1.f.Diğer sözel			
6.a.Düşüncede yavaşlama	___	___	___	2.a.Kafa içi			
b.Kararsızlık	___	___	___	2.b.Dışarıdan			
7.a.İştah azalması	___	___	___	2.c.Her ikisi			
b.Kilo kaybı	___	___	___	3.Görsel			
c.Artmış iştah	___	___	___	4.Dokunma			
d.Kilo alma	___	___	___	5.Koku			
8.a.Ajiteasyon	___	___	___	6.Yanılsama			
b.Psikomotor yavaşlama	___	___	___	7.Kültürel kabul			
9.a.Değersizlik hissi	___	___	___	8.Süre			
b.Suçluluk duygusu	___	___	___	9.DB ile birlikte			
10.Çaresizlik, karamsarlık	___	___	___	10.Travma ile birlikte			
11.Reddedilme duyarlılığı	___	___	___	11.Madde/organik ile birlikte			
Diğer kriterler				12.Tetikleyici			
1.Tetikleyici	___	___	___	13.Süre>1 hafta			
2.Mens ile belirtiler	___	___	___	Sannlar			
3.a.Sosyal	___	___	___	1.Büyüklik			
b.Aile	___	___	___	2.Suçluluk			
c.Okul	___	___	___	3.Kontrol edilme			
4.MDB	___	___	___	4.Bedensel			
5.a.DSM-III-R	___	___	___	4.a.Yalnızca duygulanım atağı			
b.DSM-IV	___	___	___	5.Nihilizm			
6.Mevsimsel	___	___	___	6.Düşünce yayınlama			
7.Atipik depresyon	___	___	___	7.Düşünce sokuлма			
8.Psikotik MDB	___	___	___	8.Düşünce çalınma			
9.Şizoafektif-Dep	___	___	___	9.Mesaj alma			
10.Distimi	___	___	___	10.Zarar görme			
11.Distimi primer	___	___	___	11.Düşünce okunma			
12.Distimi sekonder	___	___	___	12.Referans			
13.BTA-DB	___	___	___	13.Diğer			
14.Deprime uyum bozukluğu	___	___	___	14.Ailesel			
				15.Birden fazla			

MANİ (Ek 1)

1. Büyüklük _____
2. Başlangıç konuşma _____
3. Yargılama zayıflığı _____
4. Dikkat dağınıklığı _____
5. Fiziksel huzursuzluk _____
6. Alkol, madde etkisi _____
7. Süresi _____
8. İşlevsellikte bozulma
 - a. Sosyal _____
 - b. Aileyle _____
 - c. Okulda _____
 - d. Hastanede yatma _____
 - e. Diğer _____
9. a. DSM-III-R _____
- b. DSM-IV _____
10. a. Manik-EB _____
- b. Depresyon-EB _____

- c. Akut-subkronik _____
- d. Akut-kronik _____
- e. Remisyon _____

2. Eşlik eden özellikler _____

1. Prognostik özellikler a. _____ b. _____ c. _____
2. Prognoz a. İyi _____ b. Orta _____
- c. Kötü _____

PANİK (Ek 3)

1. Dispne _____
2. Başdönmesi _____
3. Çarpıntı _____
4. Titreme _____
5. Terleme _____
6. Boğulma hissi _____
7. Bulantı _____
8. Depersonalizasyon _____
9. Kannıcalanma _____
10. Ürpeme, ateş basması _____
11. Göğüs ağrısı _____
12. Ölüm korkusu _____
13. Kontrol kaybetme korkusu _____

Diğer kriterler

14. Uyarıcı _____
15. Beklenmeyen atak _____
16. En az belirti _____
17. Atak sıklığı _____
18. Atak korkusu _____
19. Başlangıç _____
20. Agorafobi _____
21. a. Sosyal _____
- b. Aile _____
- c. Okul _____
22. a. DSM-III-R _____
- b. DSM-IV _____

16. MDB ya da mani _____
17. Madde/tıbbi hastalık _____
18. Çökkün/ kabarmış duygulanım _____
19. Tetikleyici _____
20. Süre > 1 hafta _____

Diğer psikotik belirtiler

1. a. Kunt duygulanım _____
- b. Uygunuz duygulanım _____
2. a. Enkoherans _____
- b. Çağırışın çözülmesi _____
3. Katatonik _____

İşlevsellik

1. okul _____
2. akran _____
3. aile _____
4. öz bakım _____
5. Seyir a. Subkronik _____
- b. Kronik _____

- n. diğer _____

2. Korkunun aşırılığı _____
3. Süre (6 ay ve üstü) _____
4. Bozulma a. Sosyal _____
- b. Aile _____
- c. Okul _____

5. Tetikleyici _____
6. a. DSM-III-R _____
- b. DSM-IV _____
7. a. Hayvan tipi _____
- b. Doğal çevre tipi _____
- c. Kan _____
- d. Durumsal tip _____
- e. Diğer tip _____
8. Agorafobi _____
9. Agorafobili panik _____

YAYGIN ANKSİYETE (Ek 3)

1. Geçmiş davranış _____
2. Yeterlilik _____
3. Rahatlatılma _____
4. Endişeleri kontrol _____
5. a. Ağır _____
- b. Huzursuzluk _____
- c. Kolay yorulma _____
- d. huzursuzluk _____
- e. dikkat _____
- f. uyku _____
- g. tedirginlik _____
6. Süre _____
7. a. Sosyal _____
- b. Aile _____
- c. Okul _____
8. Tetikleyici _____
9. DSM-III-R _____
10. DSM-IV _____

23. Sınırlı belirti
AYRILIK KAYGISI (Ek 3)

1. Kabuslar
2. Fiziksel belirtiler
3. Aynılık beklentisi ile sıkıntı
4. Aynılıkta ağır sıkıntı
5. Süre (en az 2 hafta)
6. Bozulma a. Sosyal
b. Aile
c. Okul

7. Tetikleyici

8. DSM-III-R

DSM-IV

FOBİ (Ek 3)

1. Fobik uyaran
 - a. Yükseldik
 - b. Karanlık
 - c. Kan
 - d. köpek
 - e. diğer hayvanlar
 - f. böcek
 - g. evin dışında yalnız
 - h. kalabalık
 - i. açık alan
 - j. yolculuk
 - k. asansör
 - l. diğer kapalı alan
 - m. köprü

OKB (Ek 3)

Kompulsiyonlar

- 1.a. Dokunma
- 1.b. Sayma
- 1.c. Temizleme
- 1.d. Kontrol etme
- 1.e. Toplama
- 1.f. Sıralama
- 1.g. Planlama
- 1.h. Yineleme
- 1.i. Diğer

2. Amaç

3. Algılanma

4. Zaman harcama

5.a. Sosyal

5.b. Aile

5.c. Okul

5.d. Ağır sıkıntı

Obsesyonlar

- 1.a. Bulaşma, somatik
- 1.b. Saldırgan düşünce
- 1.c. Hihilitik düşünce
- 1.d. Simetri
- 1.e. Anlamsız ses
- 1.f. Cinsel
- 1.g. Biriktirme
- 1.h. Dinsel
- 1.i. Diğer

2. Anlamsız düşünce

3. Baskılama

4. Kaynak

5. Zaman harcama

6.a. Sosyal

6.b. Aile

6.c. Okul

6.d. Ağır sıkıntı

7. DSM-III-R

DSM-IV

ADHD (Ek 4)

1. Dikkatsizlik hata
2. Dinlemez
3. Yönergeleri izleyemez
4. İşleri düzenleyemez
5. Kaçırır
6. Kaybeder
7. Unutkandır
8. Yerinde duramaz
9. Çok koşar
10. Motor gıbdır

10. Hayvanlara eziyet

11.a. Sosyal

b. Aile

c. Okul

12. Süre

13. Grup tipi

14. Tek başına

15. Ayırtmama

16. Çocukluk başlangıcı

17. Ergenlik başlangıcı

18. DSM-III-R

DSM - IV

On yaş altı başlayan

On yaş üstü başlayan

Hafif belirtiler

Orta şiddette

Öddi belirtiler

ALKOL KULLANIMI (Ek 5)

1. Sıklık

2. Miktar

3. Çok içme

4. Fiziksel

11. Sessizce oynamaz	___	___	___
12. Söz hakkı bekleyemez	___	___	___
13. Sırasını bekleyemez	___	___	___
14. Söz keser	___	___	___
15. Etkinlik değiştirir	___	___	___
16. Fazla konuşur	___	___	___
17. Tehlikeli işlere girer	___	___	___
18. Süre	___	___	___
19. Başlangıç yaşı	___	___	___
20. a. Sosyal	___	___	___
b. Aile	___	___	___
c. Okul	___	___	___
21. (DSM-III-R)	___	___	___
22. (DSM-IV)	___	___	___
23. Dikkatsizlik	___	___	___
24. Hareketlilik	___	___	___
25. Bileşik	___	___	___
26. BTA	___	___	___

KARŞI GELME BOZUKLUĞU (Ek 4)

1. Kolay kızar	___	___	___
2. Öfkeli	___	___	___
3. Kinci	___	___	___
4. Küfür	___	___	___
5. Bilenek kazdırır	___	___	___
6. Başkasını suçlar	___	___	___
7. Süre	___	___	___
8. a. Sosyal	___	___	___
b. Aile	___	___	___
c. Okul	___	___	___
9. Tetikleyici	___	___	___
10. a. DSM-III-R	___	___	___
b. DSM-IV	___	___	___

DAVRANIM BOZUKLUĞU (Ek 4)

1. Vandalizm	___	___	___
2. Zorla girer	___	___	___
3. Hırsızlık	___	___	___
4. Yangın	___	___	___
5. Gece dışında	___	___	___
6. Evden kaçma	___	___	___
7. Silah	___	___	___
8. Eziyet	___	___	___
9. Cinsel zorlama	___	___	___

ANOREKSİYA NERVOZA (Ek 5)

1. Beden imgesi	___	___	___
2. Amenore	___	___	___
3. DSM-III-R ve DSM-IV	___	___	___
Kısıtlayıcı tip	___	___	___
Tikanırcasına yeme tipi	___	___	___

BULİMİYA

1. Kontrol kaybı	___	___	___
2. Kiloyla uğraş	___	___	___
3. Süre	___	___	___
4. a. DSM-III-R	___	___	___
b. DSM-IV	___	___	___

5. Tehlikeli davranış	___	___	___
6. Psikolojik	___	___	___
7. Mesleki	___	___	___
8. Sosyal	___	___	___
9. Yasal	___	___	___
10. Sarhoş	___	___	___
11. Etkinliklerin azaltılması	___	___	___
12. Zaman harcama	___	___	___
13. Tolerans	___	___	___
14. Bırakma	___	___	___
15. Çekilme	___	___	___
16. Çekilme alkol	___	___	___
17. Süre	___	___	___
18. Kötüye kullanma	___	___	___
a. DSM-III-R	___	___	___
b. DSM-IV	___	___	___
19. Alkol bağımlılığı	___	___	___
a. DSM-III-R	___	___	___
b. DSM-IV	___	___	___

MADDE KULLANIMI (Ek 5)

1. Sıklık (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
2. Fazla (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
3. Fiziksel (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
4. Tehlikeli (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
5. Psikolojik (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
6. Mesleki (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
7. Sosyal (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
8. Yasal (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
9. Sarhoş (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
10. Etkinlik (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
11. Zaman (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
12. Tolerans (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
13. Bırakma (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
14. Çekilme (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
15. Çekil, madde (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
16. Süre (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
18. Kötüye kullanma (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
a. DSM-III-R	___	___	___
b. DSM-IV	___	___	___
19. Madde bağımlılığı (a,b,c,d,e,f,g,h,j,i)	___	___	___
a. DSM-III-R	___	___	___
b. DSM-IV	___	___	___

TİK BOZUKLUĞU (Ek 5)**Basit motor**

1. Göz kırpması	___	___	___
2. Yüz	___	___	___
3. Kafa	___	___	___
4. Omuz	___	___	___
5. Kol	___	___	___
6. Karın	___	___	___
7. Bacak	___	___	___
8. Diğer	___	___	___

Karmaşık motor

1. Dokunma, vurma	___	___	___
2. Zıplama, dönme	___	___	___
3. Ekokinezi	___	___	___
4. Kendine zarar	___	___	___
5. Diğer	___	___	___

Basit ses

1. Burun, öksür, boğaz	___	___	___
2. Horlama	___	___	___
3. Diğer	___	___	___

Karmaşık ses

1. Kendi sözcük yinleme	___	___	___
2. Başka sözcük yinleme	___	___	___
3. Kaprolali	___	___	___
4. Hakaret	___	___	___
5. Diğer	___	___	___
6.a.Sosyal	___	___	___
b. Aile	___	___	___
c. Okul	___	___	___
7. Tourette	___	___	___
a. DSM-III-R	___	___	___
b. DSM-IV	___	___	___
8. Kronik Tik Boz.	___	___	___
a. DSM-III-R	___	___	___
b. DSM-IV	___	___	___
9. Geçici Tik Boz.	___	___	___
a. DSM-III-R	___	___	___
b. DSM-IV	___	___	___

Ek.6 Ebeveyn Onam Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayın Veli;

Bu onam formu, "Adölesanlarda Ortoreksiya Nervosa Prevalansı ve İlişkili Faktörler" adıyla yapılacak bir tez çalışması için hazırlanmıştır.

Araştırma için KTÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı, T.C. Milli Eğitim Bakanlığı ve okul yönetimlerinin izni ile gerçekleştirilmektedir. Araştırmamıza katılım tamamıyla gönüllülük esasına dayalı olmaktadır.

Ortoreksiya nervosa; kişinin hastalıklardan ve sağlıksız yaşamdan kaçınmak için sağlıklı beslenme ile aşın uğraşma olarak tanımlanmaktadır. Sağlıklı besin tüketimi ile ilişkili takıntılı düşünceler, öğünlerin kalite ve bileşenleriyle ilgili kaygılar, kısıtlayıcı diyet uygulamaları ve diyeti ihmal edince suçluluk duyma gibi durumları kapsar. Bu klinik durum; sosyal, akademik ve mesleki fonksiyonlarda önemli sorunlara yol açabilmektedir.

Çalışma iki aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşamada seçilen okullarda anket çalışması yapılması planlanmaktadır. Anket sonuçlarına göre ortoreksiya nervosa açısından riskli katılımcılar KTÜ Farabi Hastanesindeki birimimize davet edilerek değerlendirme yapılacaktır.

Uygulamalar, kişisel rahatsızlık verecek sorular ve durumlar içermemektedir. Ancak, katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden çocuğunuz kendisini rahatsız hissederse cevaplama işini yarıda bırakıp çıkmakta özgürdür. Bu durumda rahatsızlığın giderilmesi için gereken yardım sağlanacaktır. Çocuğunuz çalışmaya katıldıktan sonra istediği an vazgeçebilir. Böyle bir durumda veri toplama aracını uygulayan kişiye, çalışmayı tamamlamayacağını söylemesi yeterli olacaktır. Anket çalışmasına katılmamak ya da katıldıktan sonra vazgeçmek çocuğunuzla hiçbir sorumluluk getirmeyecektir. Cevaplarınız tamamıyla gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir. Elde edilen veriler sadece araştırmada kullanılacak ve üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır.

Onay vermeden önce sormak istediğiniz herhangi bir konu varsa sormaktan çekinmeyiniz. Çalışmanın herhangi bir aşamasında bizlere telefon veya e-posta ile ulaşarak soru sorabilir, sonuçlar hakkında bilgi isteyebilirsiniz.

Saygılarımızla,

Araştırmacı: Araş.Gör.Dr.Selman Yıldırım (Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları)

İletişim bilgileri : 04623775386

e-posta: selmann.yildirim1@gmail.com

*Vetisi bulunduğum sınıfı numaralı öğrencisi
.....'ın yukarıda açıklanan araştırmaya katılmasına için veriyorum.
(Lütfen formu imzaladıktan sonra çocuğunuzla okula geri gönderiniz*).*

...../...../.....

İsim-Soyisim İmza:

Veli Adı-Soyadı :

Telefon Numarası :

Ek.7 Ergen Onam Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcımız;

Bu onam formu, "Adölesanlarda Ortoreksiya Nervosa Prevalansı ve İlişkili Faktörler " adıyla yapılacak bir tez çalışması için hazırlanmıştır.

Araştırma için KTÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı, T.C. Milli Eğitim Bakanlığı ve okul yönetimlerinin izni ile gerçekleştirilmektedir. Araştırmamıza katılımınız tamamıyla gönüllülük esasına dayalı olmaktadır.

Ortoreksiya nervosa; kişinin hastalıklardan ve sağlıksız yaşamdan kaçınmak için sağlıklı beslenme ile aşırı uğraşma olarak tanımlanmaktadır. Sağlıklı besin tüketimi ile ilişkili takıntılı düşünceler, öğünlerin kalite ve bileşenleriyle ilgili kaygılar, kısıtlayıcı diyet uygulamaları ve diyeti ihmal edince suçluluk duyma gibi durumları kapsar. Bu klinik durum; sosyal, akademik ve mesleki fonksiyonlarda önemli sorunlara yol açabilmektedir.

Çalışma iki aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşamada seçilen okullarda anket çalışması yapılması planlanmaktadır. Anket sonuçlarına göre, ortoreksiya nervosa açısından riskli katılımcılar KTÜ Farabi Hastanesindeki birimimize davet edilerek değerlendirme yapılacaktır.

Çalışmaya katılıp katılmamakta özgürsünüz. Araştırma herhangi bir istenmeyen etki ya da risk taşımamaktadır. Çalışmaya katılmayı reddedebilir ya da herhangi bir aşamasında ayrılabilirsiniz.

Cevaplarınız tamamıyla gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir. Elde edilen veriler sadece araştırmada kullanılacak ve üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır.

Uygulamalar, kişisel rahatsızlık verecek sorular ve durumlar içermemektedir. Ancak, katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden rahatsız hissederseniz soruyu boş bırakabilir veya cevaplama işini yanda bırakabilirsiniz.

Onay vermeden önce sormak istediğiniz herhangi bir konu varsa sormaktan çekinmeyiniz. Çalışmanın herhangi bir aşamasında bizlere telefon veya e-posta ile ulaşarak soru sorabilir, sonuçlar hakkında bilgi isteyebilirsiniz.

Saygılarımızla,

Araştırmacı: Araş.Gör.Dr.Selman Yıldırım (Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları)

İletişim bilgileri : 04623775386

e-posta: selmann.yildirim1@gmail.com

Yukarıda bilgileri bulunan araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

...../...../.....

İsim-Soyisim İmza:

Katılımcı Adı-Soyadı :

Telefon Numarası :

Ek.8 İl Milli Eğitim İzin Belgesi



T.C.
TRABZON VALİLİĞİ
İl Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : E-82438636-605.99-54771024
Konu : Çalışma Uzatma Talebi
(Arş. Gör. Dr. Selman YILDIRIM)

05/08/2022

VALİLİK MAKAMINA

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı öğretim elemanlarından Arş. Gör. Dr. Selman YILDIRIM'ın "Adölesanlarda Ortoreksiya Nervoza Prevalansı ve İlişkili Faktörler" 2021-2022 eğitim öğretim yılında 49336560 sayı ve 10/05/2022 tarihli Valilik Oluruyla izin verilen ve bu yıl da uygulanmak istenen tez çalışması kapsamında İlimiz Ortahisar, Akçaabat, Araklı, Arsin, Maçka ve Sürmene ilçelerindeki ekli listede bulunan ortaöğretim kurumlarında öğrenim gören gönüllü lise öğrencileri ve bu öğrencilerin gönüllü velileriyle yapacağı çalışma isteği ve süresini uzatma talebi Müdürlüğümüz Araştırma İzinleri Değerlendirme Komisyonu tarafından incelenmiştir.

Bahsi geçen çalışmanın, eğitim öğretimi aksatmayarak yaz tatilinden 3 hafta öncesine kadar bitecek şekilde; 2022-2023 eğitim öğretim yılında Covid-19 pandemisi kapsamında alınması gereken tedbirler dikkate alınarak yapılması gerekmektedir.

Araştırmacının 2020/2 sayılı genelge doğrultusunda iş ve işlemleri yürütmesi, izinsiz herhangi bir ses ve görüntü kaydı yapılmasına kesinlikle izin verilmemesi, elde edilen verilerin çalışma kapsamı dışında kullanılmaması, uygulama yapmak için katılımcılardan ve velilerinden onay alındıktan sonra mühürlü veri toplama araçlarının kullanılması ve sonuçların bir örneğinin Ar-Ge birimine teslim edilmesi kaydıyla, çalışmanın ilçe milli eğitim müdürlüğü sorumluluğu ve yetkisinde, okul müdürünün yetkisinde uygun göreceği zamanlarda ve kontrolünde uygulanması Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görüldüğü takdirde olurlarınıza arz ederim.

Hüseyin Burak FETTAHOĞLU
Milli Eğitim Müdürü