



T.C.

DİCLE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
KİŞİLERDE ORTOREKSİYA NERVOZA
EĞİLİMİNİN SAĞLIK ANKSİYETESİ VE YAYGIN
ANKSİYETE BOZUKLUĞU İLE İLİŞKİSİNİN
İNCELENMESİ**

DR.ELİF EKİNCİ TURAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DİYARBAKIR-2025



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

**AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
KİŞİLERDE ORTOREKSİYA NERVOZA
EĞİLİMİNİN SAĞLIK ANKSİYETESİ VE YAYGIN
ANKSİYETE BOZUKLUĞU İLE İLİŞKİSİNİN
İNCELENMESİ**

DR.ELİF EKİNCİ TURAN
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. PAKİZE GAMZE ERTEN BUCAKTEPE
DİYARBAKIR-2025

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi süreci emek, çalışma ve azim gerektiren bir süreçti. Bu süreçte bilgi ve deneyimlerini aktaran, sürecin her aşamasında yanımda olan ve her türlü desteği veren tez danışmanım olan değerli Doç. Dr. Pakize Gamze Erten Bucaktepe'ye teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık eğitimi boyunca bilgi ve tecrübelerini aktaran başta anabilim dalı başkanı Prof. Dr. Tahsin Çelepkolu'na ve bölümümüzün değerli hocaları olan Dr. Öğr. Üyesi Vasfiye Demir Pervane, Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Yılmaz'a;

Tez yazım sürecinde desteklerini ve yardımlarını esirgemeyen değerli arkadaşım ve meslektaşım Sevgi Ceylan Gündoğdu ve Dicle Demir'e;

Birlikte çalıştığım meslektaşlarıma ve bu süreçte desteğini esirgemeyen bölüm arkadaşlarıma;

Üzerimizde büyük emeği olan ve her daim özveriyle çalışan bölüm sekreterimiz Veli Adıyaman'a;

Sevgi ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, yanımda olduklarını her zaman hissettiren, üzerimdeki en büyük emeğe sahip olan canım aileme;

Hayatın her alanında varlığıyla, desteğiyle gurur duyduğum, her zaman yanımda olan ve sevgisini ve desteğini hissettiren sevgili eşim Metehan Turan'a ve ailesine; teşekkürlerimi sunarım...

Dr. Elif Ekinci Turan

ÖZET

Giriş ve Amaç:

Beslenme, büyüme, gelişme, yaşamın devam ettirilebilmesi ve sağlığın korunması için besin öğelerinin yeterli miktarda ve doğru zamanda kullanılmasıdır. Yeterli ve dengeli beslenme toplum sağlığının iyileştirilmesi ve sürdürülebilmesi açısından son derece önemli bir faktördür. Yeme sıklığı ve şeklinin sağlığı etkileyecek şekilde değişmesi olarak tanımlanan yeme bozuklukları günümüzde birçok hastalığa sebebiyet vermektedir. Bu hastalıklardan biri de anksiyetedir. Kaygı düzeyi yüksek bireyler stresle başa çıkmak için aşırı yeme, kısıtlama veya başka sağlıksız beslenme alışkanlıkları geliştirebilir. Bir yeme bozukluğu olan ve sağlıklı yeme takıntısı olarak tanımlanabilecek olan ortoreksiya nevroza da dengeli ve yeterli beslenmenin bozulmasına ve anksiyeteye sebep olabilir. Bu çalışmanın amacı kişilerin ortoreksiya nevrozaya eğilimini ölçmek ve bunun sağlık anksiyetesi ve yaygın anksiyete bozukluğu riski ile ilişkisini belirlemektir.

Materyal ve Metod:

Kesitsel ve tanımlayıcı bu çalışma Temmuz-Eylül 2024 arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya bir üniversite hastanesinin Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 18-65 yaş arası, tanı almış psikiyatrik hastalığı olmayan 415 kişi dahil edilmiştir. Çalışmanın etik kurul onayı alınmıştır. Veri toplama aracı olarak sosyodemografik özelliklerin sorgulandığı bir form, Ortoreksiya Nevroza ölçeği (Orto-11), Sağlık Anksiyetesi (SA) Evanteri ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAD-7) testleri kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 27.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular:

Katılımcıların %53'ü erkekti (n=220). Yaş ortalaması 33.8 ± 10.9 idi. Ölçek ortalamaları Orto-11 için 26.3 ± 4.8 (12-41), SA ölçeği için 16.8 ± 6.8 (1-38), YAD-7 ölçeği için ise 6.5 ± 4.7 (0-21) idi. Yaşla Orto-11 ($r=-0.133$, $p=0.007$), SA ($r=-0.142$, $p=0.004$) ve YAD-7 ($r=-0.227$, $p<0.001$) arasında anlamlı ve ters orantılı ilişki tespit edilmiştir. Orto-11 ve SA ölçek puanları arasında anlamlı ve negatif yönlü ilişki ($r=-0.130$, $p=0.008$) olduğu belirlenmiştir. SA ve YAD-7 ölçek puanları arasında anlamlı ve pozitif yönlü ilişki ($r=0.412$, $p<0.001$) saptanmıştır. Orto-11 puanı ile YAD-7 puanı arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r=-0.055$, $p=0.263$). Orto-11 ve YAD-7 ölçek puanlarının cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık göstermediği (sırasıyla

$p=0.443$ ve $p=0.062$) ancak SA ölçek puanlarının kadınlarda anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.002$). Ölçek puanlarının eğitim durumuna göre farklılık göstermediği belirlenmiştir (tüm p 'ler >0.05). Evli olmayanların bütün ölçek puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla $p<0.001$, $p=0.003$, $p<0.001$).

Sonuç:

Ortoreksiya nervroza bulgularının cinsiyet veya eğitim durumuna göre farklılık göstermediği, evli olmayanların bu konuya daha çok hassasiyet gösterdiği saptanmıştır. Her ne kadar Ortoreksiya nervroza ve anksiyete bulguları arasında ilişki olduğunu gösteren yayınlar mevcut olsa da çalışmamızda Orto-11 ve YAD-7 ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Orto-11 ve SA envanteri puanı arasında ise anlamlı ve genel kanının aksine ters yönde zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. Bu durum örneklemin üçüncü basamak bir hastanenin aile hekimliği polikliniğinden alınması, randomizasyon sağlanamamış olmasına bağlanmıştır. Ortoreksiya nervrozanın toplumdaki prevalansı ve anksiyete ile ilişkisini daha net ortaya koyabilmek için daha geniş ve toplumu temsiliyeti yüksek örneklemelere ve longitudinal çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Ortoreksiya nervroza, Sağlık Anksiyetesi, Anksiyete

ABSTRACT

Introduction

Nutrition is the use of nutrients in adequate amounts and at the right time for growth, development, maintenance of life and protection of health. Adequate and balanced nutrition is an extremely important factor in improving and sustaining public health. Eating disorders, which are defined as changes in eating frequency and pattern in a way that affects health, cause many diseases today. One of these diseases is anxiety. Individuals with high levels of anxiety may develop overeating, restriction or other unhealthy eating habits to cope with stress. Orthorexia neurosis, which is an eating disorder and can be defined as an obsession about healthy eating, can also cause anxiety and disruption of a balanced and adequate diet. The aim of this study was to measure people's vulnerability for orthorexia neurosis and to determine its association with health anxiety and risk of generalized anxiety disorder.

Materials and Methods:

This cross-sectional and descriptive study was conducted between July and September 2024. The study included 415 people aged between 18 and 65 years who applied to the Family Medicine Outpatient Clinic of a university hospital and who did not have a diagnosed psychiatric disorder. Ethics committee approval of the study was obtained. A form inquiring sociodemographic characteristics, Orthorexia Neurosis scale (Ortho-11), Health Anxiety (HA) Questionnaire and Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) tests were used as data collection tools. The data were analyzed using SPSS 27.0 program.

Results:

Of the participants, 53% were male (n=220). The mean age was 33.8 ± 10.9 years. The mean scale scores were 26.3 ± 4.8 (12-41) for Ortho-11, 16.8 ± 6.8 (1-38) for HA scale, and 6.5 ± 4.7 (0-21) for the GAD-7 scale. A significant and negative correlation was found between age and Ortho-11 ($r = -0.133$, $p = 0.007$), HA ($r = -0.142$, $p = 0.004$), and GAD-7 ($r = -0.227$, $p < 0.001$). There was a significant and negative correlation between Ortho-11 and HA scale scores ($r = -0.130$, $p = 0.008$). A significant and positive correlation ($r = 0.412$, $p < 0.001$) was found between the HA and the GAD-7 scale scores. There was no significant correlation between Ortho-11 score and the GAD-7

score ($r=-0.055$, $p=0.263$). It was found that Ortho-11 and GAD-7 scale scores did not show a significant difference in terms of gender ($p=0.443$ and $p=0.062$, respectively), but HA scale scores were significantly higher in women ($p=0.002$). Scale scores did not differ according to educational status (all p values >0.05). It was observed that all scale scores of the unmarried participants were significantly higher ($p<0.001$, $p=0.003$, $p<0.001$, respectively).

Conclusion:

It was found that the findings of orthorexia neurosis did not differ according to gender or educational status, and those who were not married were more sensitive to this issue. Although there are researches showing a relationship between orthorexia neurosis and anxiety symptoms, no significant correlation was found between Ortho-11 and GAD-7 scale scores in our study. On the other hand, there was a significant relationship between Ortho-11 and HA inventory score and contrary to the general belief, the correlation was weak and negative. This was attributed to the fact that the sample was taken from the outpatient clinic of a tertiary hospital and randomization was not achieved. Larger and more representative samples and longitudinal studies are needed to reveal the prevalence of orthorexia neurosis in the community and its relationship with anxiety more clearly.

Keywords: Orthorexia neurosa, Health Anxiety, Anxiety

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT	iv
KISALTMA DİZİNİ.....	xxii
TABLO DİZİNİ.....	xxiii
ŞEKİL DİZİNİ.....	xxv
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Beslenmenin Tanımı ve Önemi.....	3
2.2.Beslenmeye Etki Eden Faktörler.....	3
2.2.1. Cinsiyet.....	3
2.2.2.Yaş.....	4
2.2.3.Ekonomik durum.....	4
2.2.4.Yaşam tarzı.....	4
2.2.5. Kültür.....	5
2.2.6. Psikolojik faktörler.....	5
2.2.7. Din.....	6
2.3 Yeme Bozuklukları.....	6
2.3.1.Tanım.....	6
2.3.2.Yeme bozukluklarının görülme sıklığı.....	6
2.3.3Yeme bozukluğuna yönelik teoriler.....	7
2.3.3.1.Bilişsel davranışçı teoriler.....	7
2.3.3.2.Psikanalitik yaklaşım.....	7
2.3.3.3.Bağlanma teorisi.....	8
2.3.4. Yeme bozukluklarının sınıflandırılması.....	8

2.3.4.1. Anoreksiya nevroza ve tanısı.....	8
2.3.4.2. Blumia nervoza ve tanısı	9
2.3.4.3. Tıkanırcasına yeme bozukluğu.....	10
2.3.4.3.1. Tanımı ve özellikleri.....	10
2.3.4.3.2. Tıkanırcasına yeme bozukluğunun şiddet derecelendirmesi.....	11
2.3.4.4. Diğer beslenme veya yeme bozuklukları.....	11
2.3.4.4.1. Atipik anoreksiya nervoza.....	11
2.3.4.4.2. Eşik altı bulimia nervoza.....	12
2.3.4.4.3. Eşik altı tıkanırcasına yeme bozukluğu.....	12
2.3.4.4.4. Kusma sendromu.....	12
2.3.4.4.5. Gece yeme sendromu.....	12
2.3.4.5. Geviş getirme bozukluğu.....	12
2.3.4.6. Kaçınan/kısıtlayıcı yeme bozukluğu.....	13
2.3.4.7. Pica.....	14
2.3.4.8. DSM-5'te yer almayan yeme bozuklukları.....	15
2.3.4.8.1. Bigoreksiya.....	15
2.3.4.8.2. Ortoreksiya nervoza.....	15
2.3.4.8.2.1. Ortoreksiya nervozanın tanımı	15
2.3.4.8.2.2. Ortoreksiya nervoza ile ilgili bazı teoriler.....	16
2.3.4.8.2.3. Ortoreksiya nervozanın epidemiyolojisi.....	16
2.3.4.8.2.4. Ortoreksiya nervoza gelişiminde etkili faktörler.....	17
2.3.4.8.2.5. Ortoreksiya nervozanın belirtileri.....	17
2.3.4.8.2.6. Ortoreksiya nervoza tanısı nasıl konulur?	18
2.3.4.8.2.7. Ortoreksiya nervozanın tedavisi.....	19
2.3.4.8.2.8. Ortoreksiya nervoza ve anksiyete ilişkisi.....	19
2.4. Anksiyete Bozuklukları.....	19

2.4.1. Anksiyetenin tanımı ve korku.....	20
2.4.2. Anksiyetenin epidemiyolojisi.....	20
2.4.3. Anksiyete türleri.....	20
2.4.3.1. Ayrılık anksiyetesi.....	20
2.4.3.2. Seçici mutizm.....	21
2.4.3.3. Özgül fobi.....	21
2.4.3.4. Sosyal anksiyete bozukluğu.....	21
2.4.3.5. Yaygın anksiyete bozukluğu.....	22
2.4.3.6. Sağlık anksiyetesi.....	24
2.4.3.6.1. Sağlık anksiyetesinin tanımı ve belirtileri.....	24
2.4.3.6.2. Sağlık anksiyetesinin etiyolojisi.....	24
2.4.3.6.3. DSM-5 tanı kriterleri.....	24
2.4.3.6.4. Sağlık anksiyetesinin tedavisi.....	25
2.4.3.6.5. Sağlık anksiyetesinin ortoreksiya nervoza ile ilişkisi.....	25
3. MATERYAL VE METOD.....	27
3.1. Araştırmanın Tipi ve Yeri.....	27
3.2. Araştırmanın Evreni.....	27
3.3. Araştırma Anketi ve Uygulama Şekli.....	27
ORTO-11 Ölçeği:.....	28
Sağlık Anksiyetesi Evanteri:.....	29
Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Testi:.....	29
3.4. İstatistiksel Analiz.....	30
4. BULGULAR.....	31
5. TARTIŞMA.....	46
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	53
6.1 Sonuçlar.....	53

6.2 Öneriler.....	53
7. KAYNAKLAR.....	55
8. EKLER.....	56



KISALTMA DİZİNİ

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

SABBD: Sağlık Anksiyetesi Bedensel Belirti Duyarlılığı

SAHOSD: Sağlık Anksiyetesi Hastalık Olumsuz Sonucu Duyarlılığı

SA: Sağlık Anksiyetesi

YAD: Yaygın Anksiyete Düzeyi

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders-5



TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.....	31
Tablo 2. Ölçeklerin puanlarının ortalamaları.....	33
Tablo 3. Katılımcıların cinsiyeti ile ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	33
Tablo 4. Katılımcıların medeni hali ile ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	34
Tablo 5. Tablo 5. Katılımcıların çocuk sahibi olma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	35
Tablo 6. Katılımcıların diyetisyene gitme durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	35
Tablo 7. Katılımcıların kronik hastalık varlığına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	36
Tablo 8. Katılımcıların düzenli spor yapma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	36
Tablo 9. Katılımcıların takviye ilaç alma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	37
Tablo 10. D vitamini kullanan ve kullanmayan katılımcıların ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	37
Tablo 11. B12 vitamini kullanan ve kullanmayan katılımcıların ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	38
Tablo 12. Demir kullanan ve kullanmayan katılımcıların ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	38
Tablo 13. Kalsiyum kullanan ve kullanmayan katılımcıların ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	39
Tablo 14. Magnezyum kullanan ve kullanmayan katılımcıların ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	39
Tablo 15. Çinko kullanan ve kullanmayan katılımcıların ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	40
Tablo 16. Kollajen alan ve almayan katılımcıların ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	40
Tablo 17. C vitamini kullanan ve kullanmayan katılımcıların ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	41

Tablo 18. Diyetisyene gitme sebebine göre katılımcıların ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	41
Tablo 19. Meslek gruplarına göre katılımcıların ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	42
Tablo 20. Katılımcıların ölçek puanlarının eğitim düzeylerine göre karşılaştırılması.....	43
Tablo 21. Katılımcıların ölçek puanlarının gelir düzeylerine göre karşılaştırılması.....	44
Tablo 22. Anksiyete varlığına göre katılımcıların ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	44
Tablo 23. Bütün katılımcıların yaş, VKİ ve ölçek puanlarının birbiri ile korelasyonu.....	45



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yeterli ve dengeli beslenme toplum sağlığının iyileştirilmesi ve sürdürülebilmesi açısından son derece önemli bir faktördür. Beslenme, büyüme, gelişme, yaşamın devam ettirilebilmesi ve sağlığın korunması için besin öğelerinin yeterli miktarda ve doğru zamanda kullanılmasıdır (1). Sağlıklı beslenme; yenilen besinden zevk alarak, çeşitli ve dengeli beslenerek, tüm besin öğelerinin kişiye özel ihtiyaç duyulan miktarlarda alınması ve ideal vücut ağırlığının sürdürülmesidir. Sağlıklı beslenmenin anne karnından başlayarak sağlanması, hayat boyu sağlığın korunması ve kronik hastalıkların önlenmesi açısından önem taşır (2). Sağlıklı yaşam davranışlarının sürdürülebilmesi, toplum sağlığının iyileştirilmesi çok önemlidir. Sağlıklı beslenme alışkanlıkları, sağlıklı yaşam davranışlarının en önemli göstergelerinden biridir (3). "Yeme bozuklukları", bazı bulgu ve semptomlarla tanımlanan ve sağlık komplikasyonları gösteren tanı konmuş hastalıkları ifade eder (4). Modern toplumların güzellik ve başarıyı ince bir bedenle özdeşleştirmesi, beden algısında yanılsamalara yol açarak yeme bozukluklarının her geçen gün artmasına neden olabilmektedir (5). DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sınıflandırmasında, bulimia nervoza, anoreksiya nervoza ve sınıflandırılmayan diğer yeme davranış bozuklukları bulunmaktadır (6). Diğer bir yeme bozukluğu olan ortoreksiya nervoza, sınıflandırılmayan yeme bozuklukları grubunda yer almaktadır. Ortoreksiya Nervoza terimi ilk olarak 1997 yılında Brathman ve Knight tarafından ele alınmış olup Yunanca "orthos" ve "orexia" kelimelerinin birleşiminden türetilmiştir; Türkçe'de doğru ve dengeli bir şekilde beslenmek anlamına gelir (7). Ortoreksiya nervoza için genellikle belirlenen kriterler, besinlerin kalitesine ve saflığına ve besin içeriğine gereğinden fazla önem göstermeyi, katı diyet kuralları koymayı ve kısıtlamalar getirmeyi ve bu davranışların günlük yaşamda ve işlevsellikte önemli bozulmaya yol açmasını kapsar (8). Sağlıklı yaşam ve beslenme alışkanlıkları, başlangıçta olumlu sonuçlar doğururken, zamanla sağlıksız ve yaşamı tehdit eden bir duruma dönüşebilir. Ortoreksiya nervoza, sadece fiziki sağlığı değil, aynı zamanda kişiler arası ilişkileri, stresle başa çıkmayı ve ruhsal dengeyi de olumsuz şekilde etkiler (9). Yapılan çalışmalarda yeme bozukluğu olan kişilerde anksiyete bozuklukları topluma göre çok daha sık görülmektedir (10). Araştırmacılara göre erken başlangıçlı anksiyeteler, bireyleri yeme bozukluklarına karşı daha yatkın olmaya

sürüklemektedir. Anksiyete tedavisi için hastaneye başvuran bireylerde yeme bozukluğu görülme oranının artmış olduğu tespit edilmekle birlikte bu konuda yeterli araştırma yapılmamıştır (10). Tüm bunlar göz önüne alındığında hem yeme bozukluklarının hem de sağlık anksiyesi ve yaygın anksiyete bozukluğunun tedavi edilebilirliği ve birbiriyle bağlantılı olması sebebiyle konunun üzerinde durulması büyük önem arz etmektedir. Bu çalışmanın amacı ortoreksiya nervoza eğilimi gösteren bireylerin sağlık anksiyesi ve yaygın anksiyete bozukluğu ile ilişkisini belirlemektir. Ayrıca hastaların günlük yaşamını daha rahat idame ettirebilmesi, yaşam kalitesinin artırılması, literatüre katkı sağlanması ve toplumda farkındalık oluşturarak hastalığın görülme sıklığının azaltılıp tedavisinin kolaylaştırılması, aynı zamanda bu sebeple meydana gelen anksiyetenin de ortadan kaldırılmasına yardımcı olunması da amaçlanmaktadır. Bu sayede toplumun bilinçlenmesine ve toplum sağlığının korunmasına katkıda bulunmak hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Beslenmenin Tanımı ve Önemi

Bireylerin büyüme ve gelişimlerini devam ettirip sağlıklı bir şekilde yaşamlarını idame ettirebilmeleri için gerekli besinleri alıp kullanmalarına beslenme denir. Bu besin öğelerinin yeterli miktarda ve oranda alınıp vücuda uygun şekilde tüketilmesine ise dengeli ve yeterli beslenme denir (11). Yeterli ve dengeli beslenilmediğinde hem vücut için yeterli enerji üretilemez hem de vücutta gerekli olan organ ve doku yenilenmeleri gerçekleştirilemez. Aynı zamanda gereğinden fazla beslenilmesi durumunda vücutun yağ oranının artması kaçınılmaz olur (12). Doğru beslenme sağlanamadığında vücutta meydana gelen aksaklıklardan kaynaklanan bazı hastalıklar baş göstermektedir, çünkü sağlıklı ve orantısız beslenen bireylerde vücutun savunma sistemi yeterli düzeyde çalışmaz ve sistemlerde aksamalar meydana geldiğinden hastalıklar baş göstermeye başlar (2). Beslenme eğitiminin de sağlığın iyileştirilmesi üzerindeki etkisinin büyük olduğu görülmüştür (13). Yeterli ve doğru beslenme bilgisiyle doğru beslenme sağlanabileceğinden topluma uygun ve tam beslenme eğitimi verilerek sağlıkta iyileşme ve bilinçli bireylerin artması sağlanabilir (13).

2.2.Beslenmeye Etki Eden Faktörler

Beslenmeyi etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır.

2.2.1. Cinsiyet

Yapılan bir çalışmaya göre tek başına yemek yeme tercihinin cinsiyete göre değiştiği ve yeme alışkanlığına bağlı olarak erkeklerde ve kadınlarda vücut ağırlığının belirlendiği sonucuna varılmıştır (14). Yine aynı çalışmada kadın üniversite öğrencilerinde yüksek oranda beslenme alışkanlığı riski, erkek üniversite öğrencilerde orta derecede beslenme alışkanlığı riski tespit edilmiştir (14). Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması (TOHTA) çalışması sonuçlarına göre obezitede toplam prevalans %44.4; erkeklerde %40.0; kadınlarda %50.0'dır (15). Başka bir çalışmada ise erkeklerde aşırı yeme eğiliminin kadınlara göre daha yüksek olduğu, kadınlarda ise kusma, yeme kontrolünü kaybetme, tıkanırcasına yeme gibi yeme davranışların daha yüksek oranda görüldüğü belirlenmiştir (16).

2.2.2.Yaş

Beyin gelişiminin hızlı olduğu 3 yaş altı dönemde yeterli ve dengeli beslenemeyen çocuklarda beslenebilen çocuklara göre daha fazla zeka geriliği olduğu görülmüştür (17). Yine 5 yaş altı çocuklarda beslenmenin boy uzamaya etkisi oldukça büyüktür (17). Ayrıca dengesiz beslenme, göz ve deri hastalıklarının ortaya çıkmasına da zemin hazırlar. Daha çok yetişkinlik döneminde ortaya çıkan kalp damar hastalıkları, diyabet, sindirim sistemi bozuklukları gibi rahatsızlıkların ortaya çıkma sebeplerinden birinin yine beslenme bozukluğu olduğu görülmüştür (17).

2.2.3.Ekonomik durum

Besin seçiminde ekonomik durum önemli bir faktördür. Gelir düzeyi düşük bireylerin sağlıklı besin seçmesi, artan maliyetlerden dolayı güçleşmektedir (18). Beslenme bozuklukları en çok yoksul ülkelerde görülür (19). Bu dengesiz beslenme beraberinde iş gücünde azalmaya ve yoksulluğun artmasına sebebiyet verir. İş gücü ve üretkenliğin azalmasıyla birlikte bireyler daha da yoksullaşır. Yani beslenme ve yoksulluk arasında aslında bir kısır döngü olduğu görülmektedir (19). Gelir düzeyi düşük bireylerin gıdaya erişiminin güçleşmesi, yeterli ve dengeli beslenememesi hastalıklara daha duyarlı olmasını da beraberinde getirir (20). Bu sebeple bu bireylerde az ve yetersiz beslenmeden aşırı beslenmeye kadar çeşitli yeme bozuklukları görülebilmektedir (18).

2.2.4.Yaşam tarzı

Medeniyetin gelişmesiyle birlikte beslenme biçimi de zamanla değişmiştir (21). Başlangıçta avcılık ve toplayıcılık ile uğraşan insanoğlu sanayileşme ile birlikte hazır ve işlenmiş gıdaya yönelmiştir. Günümüzde işlenmiş gıdalarla beslenen insanlar yüksek enerjili besin almasına rağmen vücudun ihtiyacı olan mikro besinleri yeterince alamamaktadır (21). Koçyiğit ve arkadaşlarının (22) yaptığı kesitsel çalışmaya göre yıllar içinde enerjinin karbonhidrattan gelen yüzdesi azalırken yağdan gelen yüzdesi artmıştır (22). Beslenme tipindeki değişiklik ile obezite arasında doğru orantı vardır (22). Ülkemizde obezite sıklığının artmasının altında yağ tüketiminin artıp sebze meyve ve tahıllar gibi sağlıklı gıdaların tüketiminin azalması yatmaktadır (22). Sedanter yaşam şekli de obezite ile yakından ilişkilidir. Sedanter yaşam şekli arttıkça doğal olarak fiziksel aktiviteye harcanan zaman azalır ve bu da obeziteye zemin

hazırlar (23). Fiziksel olarak aktif yaşayan bireylerin aktif olmayanlara göre vücutlarındaki yağ seviyeleri daha düşüktür (24). Sedanter yaşam bireylerin obez veya aşırı kilolu olmasına zemin hazırlayarak daha sağlıksız bir hayat sürmelerine sebep olur (24).

2.2.5. Kültür

Kültür, kişinin ne yediğini, nasıl ve ne zaman yediğini etkileyen, beslenme alışkanlığını belirleyen önemli bir unsurdur. Gelenekler, besin seçiminde çok önemlidir (25). Bireylerin beslenme alışkanlıkları, yeme şekilleri, uyku alışkanlıkları, pişirme yöntemleri, yiyecek türleri kültürler göre farklılık gösterir (26). Ayrıca kültürlerin değişimine göre toplumdaki beden algısı ve güzellik algısı da değişebilmektedir. Örneğin vücut şekline göre güzelliğin belirlendiği Batılı toplumlarda zayıf olmak daha güzel olarak nitelendirildiği için bu toplumlarda yeme bozukluğu görülme sıklığı da artmaktadır. Bireyler toplumda belirlenen ideal vücuda sahip olmak adına egzersiz ve diyet programları ile zayıflamak için istenmeyen bazı davranışlar gösterebilmektedir (27).

2.2.6. Psikolojik faktörler

Beslenme fiziksel sağlık için önemli olduğu kadar ruhsal sağlık için de önemlidir. Kişilerin beslenme durumu ve psikolojisi birbirini karşılıklı olarak etkiler, çünkü nörotransmitter denilen ve beynin çalışabilmesi için gerekli olan maddelerin yapı taşı besinlerdir (28). Yeme bozukluklarının patolojisinde yer alan serotonin bu nörotransmitterlere örnek olarak verilebilir. Triptofandan sentezlenen serotoninin iştah, beslenme, uyku düzeni, kiloyu düzenleme gibi görevleri olduğu bilinmektedir (29). Anoreksiya nervozalı hastalarda bir kısmı beyinde de bulunan serotonin reseptörlerinde azalma olduğu, bulimiya nervozalı hastalarda ise bu reseptörlerin aktivitelerinde problem olduğu görülmüştür (29). İnsanları depresif ruh haline sokan stres durumlarında da yemek yeme isteği artar ve kişiler sağlıksız besinlere yönelir. Bunlar çok tatlı besinler olabileceği gibi aşırı yağlı veya tuzlu besinler de olabilmektedir (30). Kişiler stres sebebiyle salgılanan kortizol hormonundan dolayı bu besinleri tükettiğinde kendilerini daha mutlu hissedebilmektedir. Bu sebeple ruhsal olarak rahatlayabilmek için bireylerde yeme isteği görülür (30).

2.2.7. Din

Beslenmeyi etkileyen bir diğer faktör de dini inanışlardır (31). Besinlerin üretiminden tüketimine kadar olan süreçleri etkilemektedir. Din kişilerin daha çok beslenme rejimini etkilemekle birlikte besinlere yüklediği sembolik anlamlar dolayısıyla farklı kültürlerde ve dinlerde farklı beslenme şekillerinin meydana gelmesine sebep olmuştur. Örneğin besinlerin helal haram olarak sınıflandırılması ile beslenme şeklini belirleyebilmektedir (31).

2.3 Yeme Bozuklukları

2.3.1.Tanım

Beslenme ve yeme bozuklukları, bireyin gıda alımını ya da gıda emilimiyle ilişkili davranışlarında değişikliklere yol açan, fiziksel sağlığı ya da psikososyal işlevselliği ciddi bir şekilde etkileyen rahatsızlıklar olarak tanımlanır. Pika, ruminasyon bozukluğu, kaçınan/kısıtlayıcı gıda alımı bozukluğu, anoreksiya nervroza, bulimiya nervroza ve tıkanırcasına yeme bozukluğu için tanı kriterleri oluşturulmuştur (6).

2.3.2.Yeme bozukluklarının görülme sıklığı

Türkiye Psikiyatri Derneği anoreksiyanın kadınlarda binde bir, Blumia nervozanın kadınlarda yüzde bir olduğunu bildirmektedir (32). Bu oranın erkeklerde daha az olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmada kadınlarda görülme oranının erkeklerin on katı olduğu bildirilmektedir (32). Avrupa’da görülen yeme bozukluklarının insidansını ve epidemiyolojisini inceleyen bir araştırmaya göre yeme bozuklukları birçok kişiyi etkilemektedir (33). Anoreksiya nervroza için bu oran %1-4’ten az görülmektedir. Avrupa’da görülme sıklığının Blumia nervroza için %1-2’den az, tıkanırcasına yeme bozukluğunda %4’ten az olduğu tespit edilmiştir (33). Cinsiyete göre görülme sıklığına bakıldığında ise kadınlarda %2-3 civarında, erkeklerde ise %0.3 ile %0.7 civarında yeme bozukluğu görüldüğü saptanmıştır (33). Yeme bozukluğu görülen kişilerde madde kullanımı, anksiyete vb. başka bozuklukların da eşlik ettiği belirtilmektedir (33). Amerika’daki yetişkinlerde yeme bozukluğu görülme sıklığını araştıran bir çalışmaya göre ise Anoreksiya Nervroza için görülme sıklığı yaklaşık %0.80, Blumia Nervroza için yaklaşık %0.28, Tıkanırcasına Yeme Bozukluğunda %85 olarak tespit edilmiştir (34). Anoreksiya Nervroza, Blumia

Nevroza ve Tikanırcasına Yeme Bozukluğu görülme sıklığı kadınlarda erkeklere göre belirgin düzeyde daha yüksek olarak saptanmıştır (34)

2.3.3.Yeme bozukluğuna yönelik teoriler

2.3.3.1.Bilişsel davranışçı teoriler

Bilişsel davranışçı teorilerin yeme bozukluklarını anlamada yeri ve önemi oldukça fazladır. Bilişsel teorilere göre, yeme bozukluklarının merkezinde; beden ölçüsü, yeme davranışı ve bu konularla ilgili inanç ve beklentilerin, şişmanlık, zayıflık, diyet, gıda alımı ya da beden ağırlığını kontrol etme gibi bilgilere karşı seçici ve ön yargılı bir şekilde işlenmesi hipotezi yer almaktadır (35). Bu konuda yapılan çalışmalara göre birkaç varsayımda bulunulmuştur. Bunlardan biri bireyler arasındaki farklı bilişsel performansların altta yatan psikopatolojik süreçlerin belirlenmesinde etkili olmasıdır. Diğer bir varsayım da yeme bozukluklarıyla ilişkili bilişsel önyargılar, genellikle bireyin benlik algısı ve vücut şekline dair özelleşmiş referans çerçeveleri etrafında şekillenmektedir. Bir başka varsayım ise bilişsel önyargıların temelde zayıf olma arzusu ya da kilo alma kaygısının bir işlevi olarak ortaya çıkmakta olmasıdır. Bu önyargılar yalnızca klinik düzeyde yeme bozukluğu olan bireylerle sınırlı kalmayıp normal kiloda olmasına rağmen beden şekliyle aşırı düzeyde meşguliyet gösteren ve fiziksel görünümünden hoşnutsuzluk duyan bireylerde de gözlemlenebilmektedir (35).

2.3.3.2.Psikanalitik yaklaşım

Kişilerde yeme bozukluğu meydana gelme ihtimali, kişinin karakteri, diğer bireylerle olan iletişimi ve ilişkileri, yaşam şekli ile yakından ilişkilidir. Çocuklar ebeveynlerini gözlemleyerek öğrenme ve duygularını geliştirmeye eğilimlidirler. Buna göre çocuklarda erken yaşlardaki bağlanma türüne göre ilerleyen zamanlarda yeme bozukluğu gelişme ihtimali oluşabilmektedir. Yeme bozukluğu olan bireylerin çoğunda altta yatan bir sebep bulunmaktadır. Bu problemi çözmek için bazen kişilerin çocukluklarında yaşadıkları sorunların ele alınıp tespit edilmesi gerekebilir (36).

2.3.3.3.Bağlanma teorisi

Yeme bozuklukları ile bağlanmanın ilişkili olduğu saptanmıştır. Yeme bozukluklarında bağlanma araştırmalarını inceleyen bir çalışmada bağlanma

probleminin yeme bozukluğu gösteren bireylerde göstermeyenlere göre normalin dışında olduğu tespit edilmiştir. Yeme bozukluğu yaşayan bireylerde güvensiz bağlanmanın daha sık görüldüğü ve bu durumun terapötik süreç açısından önem taşıdığı saptanmıştır. Daha hassas değerlendirme araçlarıyla yapılacak ileri araştırmalar ile bağlanma tarzı ile yeme bozukluğu türleri arasında özgül bir bağlantı olup olmadığının netleştirilmesi gerekmektedir (37).

2.3.4. Yeme bozukluklarının sınıflandırılması

2.3.4.1. Anoreksiya nervroza ve tanısı

Anoreksiya nervroza, beslenmenin ciddi derecede bozulduğu, ileri derecede kilo kaybının meydana geldiği bir yeme bozukluğudur (38). Zamanında müdahale edilmediği takdirde önemli derecede hem bedensel hem ruhsal morbidite ile seyreder. Daha çok ergenlik döneminde görülmeye başlayan bu bozuklukta ailenin desteğini almak tedavide önemli bir yere sahiptir (38). Anoreksiya nervozanın temel özellikleri besin alımının kısıtlanması, bireyin kendini olduğundan daha kilolu görüp beden şekil bozukluğu algılaması, şişmanlıktan yoğun korku ve kaygı duyması ve buna bağlı olarak şişmanlamayı engelleyecek aşırı davranışlarda bulunmasıdır. Bu kişiler normal popülasyona göre daha düşük kilodadırlar. Anoreksiya nervroza kişiden kişiye değişen bir seyre sahip olabilir. Daha yaşlı bireylerde daha uzun süreli seyredip daha yoğun semptom gösterebilirken, gençlerde daha atipik seyredebilir. Bu yeme bozukluğunun gelişmesinde çevresel, genetik, fizyolojik bazı faktörler etkili olabilmektedir. Örneğin düşük kiloda olmanın makbul olduğu mankenlik mesleğinde anoreksiya nervozaya yatkınlık daha yüksek oranda olabilmektedir. Başka bir psikiyatrik rahatsızlığı veya yeme bozukluğu mevcut olan bireylerde anoreksiya nervroza görülme ihtimali daha fazladır (6). DSM-5 e göre Anoreksiya nervozanın tanı kriterleri aşağıda sunulmuştur (6):

“A. Enerji alımının gereksinimlere göre kısıtlanması yaş, cinsiyet, gelişimsel yörünge ve fiziksel sağlık bağlamında önemli ölçüde düşük bir vücut ağırlığına yol açar. Önemli ölçüde düşük kilo normalden daha az veya çocuklar ve ergenler için asgari olarak beklenenden daha az bir kilo olarak tanımlanır.

B. Kilo almaktan veya şişmanlamaktan yoğun bir şekilde korkma veya önemli ölçüde düşük kiloda olsa bile kilo almayı engelleyen ısrarlı davranışlar.

C. Kişinin vücut ağırlığının veya şeklinin deneyimlenme biçiminde bozukluk vücut ağırlığının veya şeklinin öz-değerlendirme üzerinde aşırı etkisi veya mevcut düşük vücut ağırlığının ciddiyetinin sürekli olarak fark edilmemesi.”

2.3.4.2.Bulimia nervoza ve tanısı

Bulimia nervoza ilk olarak Gerald Russel tarafından tanımlanmıştır (39). Bulimia nervoza bireyin kontrol kaybı yaşadığı yineleyen aşırı ve büyük lokmalar şeklinde beslendiği aşırı yeme atakları ile bu davranışı telafi etmeye yönelik uygunsuz yöntemlerin eşlik ettiği bir yeme bozukluğudur. Kişiler bu tıkanırcasına yeme epizodlarını telafi etme amacıyla laksatif kullanımı, kusma, diüretik kullanımı gibi uygunsuz davranışlarda bulunur (39). Bu kişiler genellikle gösterdikleri bu bozuk yeme davranışını toplumdan gizli tutmaya çalışırlar. Doyma rahatsız edici duruma gelene kadar yeme davranışı devam eder. Bu yeme bozukluğu kadınlarda erkeklere göre daha fazla görülür. Psikolojik etmenler, stres, kişinin kilosu ve beden şekli, olumsuz duygu durumu bulimia nervozaya sebep olabilir. Ayrıca Bulimia nervozalı bireylerde diğer ruhsal hastalıkların eşlik etme ihtimali de büyüktür (6). Bulimia nervozanın tanı kriterleri DSM-5 e göre aşağıdaki gibidir (6):

“A. Tekrarlayan tıkanırcasına yeme atakları. Bir tıkanırcasına yeme epizodu aşağıdakilerin her ikisiyle de karakterize edilir:

1. Ayı bir zaman diliminde (örneğin herhangi bir 2 saatlik süre içinde) çoğu bireyin benzer koşullar altında benzer bir zaman diliminde yiyeceğinden kesinlikle daha fazla miktarda yiyecek yemek.

2. Epizod sırasında yeme üzerinde kontrol eksikliği hissi (örneğin, kişinin yemeyi durduramadığı veya neyi ne kadar yediğini kontrol edemediği hissi).

B. Kilo alımını önlemek için kendi kendine kusma laksatif, diüretik veya diğer ilaçların yanlış kullanımı oruç tutma veya aşırı egzersiz gibi tekrarlayan uygunsuz telafi edici davranışlar.

C. Tıkanırcasına yeme ve uygunsuz telafi edici davranışların her ikisi de ortalama olarak 3 ay boyunca haftada en az bir kez ortaya çıkmaktadır.

D. Öz değerlendirme vücut şeklinden ve kilodan aşırı derecede etkilenmektedir.

E. Rahatsızlık sadece anoreksiya nervoza atakları sırasında ortaya çıkmaz.”.

2.3.4.3.Tıkanırcasına yeme bozukluğu

2.3.4.3.1. Tanımı ve özellikleri

Tıkanırcasına yeme bozukluğu, bireylerde tekrar eden ataklar şeklinde, yaklaşık 3 ayda haftada en az bir defa gerçekleşen yeme eylemidir. Bu kişiler fiziksel olarak açlık hissetmemesine rağmen büyük lokmalar şeklinde ve aşırı doyma hissi duyana kadar yemek yemeye devam ederler ve sonrasında bu eylemlerinden suçluluk duyarlar. Depresif bir duygu durumu içine girebilirler. Bu yüzden de bu yeme eylemlerini genellikle toplumdan gizli gerçekleştirirler. Bireyler bu yeme davranışından sonra diyet yapmaya başlayabilirler. Çoğunlukla ergenlik döneminde başlamakla birlikte daha ileri yaşlarda da başlayabilir (6). Tıkanırcasına yeme bozukluğunun DSM-5 tanı kriterleri aşağıdaki gibidir (6):

“A. Tekrarlayan tıkanırcasına yeme atakları. Bir tıkanırcasına yemek yeme atağı aşağıdakilerin her ikisiyle de karakterize edilir:

1. Belirli bir zaman diliminde (örneğin, herhangi bir 2 saatlik bir zaman diliminde), benzer koşullar altında çoğu insanın benzer bir zaman diliminde yiyeceğinden kesinlikle daha fazla miktarda yiyecek yemek.

2. Atak sırasında yeme üzerinde kontrol eksikliği hissi (örneğin, kişinin yemeyi durduramayacağı veya ne veya ne kadar yiyeceğini kontrol edemediği hissi).

B. Tıkanırcasına yeme atakları aşağıdakilerden üçüyle (veya daha fazlasıyla) ilişkilidir:

1. Normalden çok daha hızlı yemek.

2. Rahatsız edici derecede tok hissedene kadar yemek.

3. Fiziksel olarak aç hissetmediğinizde bile büyük miktarlarda yemek yemek.

4. Ne kadar yediğinizden utanmanız için tek başınıza yemek yemek.

5. Sonrasında kendinizden iğrenme, depresyon veya çok suçluluk hissetmek

C. Tıkanırcasına yemeyle ilgili belirgin sıkıntı mevcuttur.

D. Tıkınırcasına yeme, ortalama olarak haftada en az bir kez 3 ay boyunca gerçekleşir.

E. Tıkınırcasına yeme, bulimia nervozada olduğu gibi uygunsuz telafi edici davranışların tekrarlayan kullanımıyla ilişkili değildir ve yalnızca bulimia nervoza veya anoreksiya nervoza seyri sırasında meydana gelmez.”

2.3.4.3.2. Tıkınırcasına yeme bozukluğunun şiddet derecelendirmesi

Şiddet derecelendirmesi atakların görülme sıklığına göre yapılır. Derecelendirme aşağıdaki gibidir (6):

Hafif: Haftada 1-3 atak görülmesi

Orta: Haftada 4-7 atak görülmesi

Şiddetli: Haftada 8-13 atak görülmesi

Aşırı: Haftada 14 veya daha fazla atak görülmesi

2.3.4.4. Diğer beslenme veya yeme bozuklukları

Bu yeme bozuklukları sınıflandırılan yeme bozukluklarının tanı kriterlerini tam olarak karşılamayıp bazı tipik bulguları olan ve işlevsellikte bozulmaya sebep olan yeme bozukluklarını içermektedir. Bu yeme bozuklukları DSM-5'e göre 6 sınıfa ayrılmıştır (6).

2.3.4.4.1. Atipik anoreksiya nervoza

Bu yeme bozukluğunda DSM-5'de belirtilen Anoreksiya Nervoza kriterlerinin hepsi sağlanmasına rağmen hastanın kilosu normal değerlerde veya daha üstündedir (6).

2.3.4.4.2. Eşik altı bulimia nervoza

Bulimia nervoza ve eşik altı Bulimia nervoza arasındaki ayrımı inceleyen Johnson ve arkadaşlarının (40) yaptığı çalışmaya göre bu iki yeme bozukluğu arasındaki ayrımı en iyi gösteren kriter, tıkınırcasına yeme ataklarının ve buna yönelik uygunsuz davranışların görülme sıklığıdır (40). Eşik altı Bulimia nervozada Bulimia nervozanın tüm kriterleri sağlanırken, yeme atakları ve uygunsuz davranışlar haftada bir defadan az veya toplamda üç aydan daha az bir sürede görülür (6).

2.3.4.4.3. Eşik altı tıkanırcasına yeme bozukluğu

Bu yeme bozukluğu, tıkanırcasına yeme bozukluğunun DSM-5’de gösterilen kriterlerin çoğunu karşılamasına rağmen, görülme sıklığı kriterini karşılamamaktadır (6).

2.3.4.4.4. Kusma sendromu

Tekrarlayan, genellikle kişinin kendini zorla kusturduğu, bazen diüretik vb maddelerle vücuttan maddeleri uzaklaştırdığı durumlarla karakterizedir. Kişi genellikle düşük kiloda değildir (6).

2.3.4.4.5. Gece yeme sendromu

1955 yılında ilk defa Stunkard tarafından, obez hastalar üzerinde yapılan çalışma ile gece yeme sendromu tanımlanmıştır (41). Bir yeme düzeni olmayan bu kişiler genellikle günlük kalori ihtiyaçlarını gece beslenerek karşılarlar ve bu kişilerde uykusuzluk problemi görülür. Kaygı, stres ve metabolizmadaki geri bildirim mekanizmalarının bozulması bu yeme bozukluğuna yol açabilir (41).

2.3.4.5. Geviş getirme bozukluğu

Geviş getirme bozukluğu, minimum 1 ay süreyle beslenme veya sonrasında kısmen sindirilmiş te olabilen gıdaların tekrardan ağza gelmesi ile karakterize bir yeme bozukluğudur. Bu yeme bozukluğunda semptomlar reflü veya farklı herhangi bir tıbbi patoloji ile açıklanamamalıdır. Besinler ağızda çiğnendikten sonra tekrar yutulabileceği gibi tamamen çıkarılabilir. Geviş getirme bozukluğu öncelikle zihinsel engelli bireylerde görülmektedir (6). Jordan ve arkadaşlarının (42) yaptığı bir çalışmaya göre geviş getirmenin toplumda görülme sıklığı küçük yaş grubundan yetişkinliğe doğru artmaktadır. İleri yaşlarda bu bozukluk kadın cinsiyetle bağdaştırılırken çocuklarda böyle bir ilişki saptanmamıştır. Ayrıca yetişkinlerde stres ve kaygı durumunun geviş getirme bozukluğunu artırdığı tespit edilirken çocuk yaş grubunda elde yeterli veri olmadığından böyle bir farktan bahsedilmemektedir (42). Geviş getirme bozukluğu ile stres arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan bir çalışmada bu yeme bozukluğunun strese duyarlılığı arttırdığı görülmüştür. Kişiyi stresle karşı karşıya getiren herhangi bir olaydan sonra anksiyetenin ve meydana gelen duygu durum dalgalanmalarının geviş getirme bozukluğunu tetiklediği tespit edilmiştir (43). Bu yeme bozukluğu günlük yaşamı olumsuz etkileyebilir. Bu sebeple bireylerde başka

beslenme bozukluklarını tetikleyebilir. Sosyal işlevselliği bozduğundan dolayı özellikle ileri yaşlarda istemli olarak beslenmeyi kısıtlamaya sebebiyet verebilir. Bu da bireylerin daha zayıf olmasına yol açabilir. Yol açtığı beslenme yetersizliğinden dolayı öğrenme güçlüğü veya gelişim bozukluğu görülebilir (6).

2.3.4.6. Kaçınan/kısıtlayıcı yeme bozukluğu

Kaçınan/kısıtlayıcı yeme bozukluğunda ana özellik besinlerden kaçınma veya beslenmenin kısıtlanmasıdır. DSM-4'te yer alan bebeklik veya erkek çocukluk dönemi beslenme bozukluğunun yerini almaktadır. Bu gıda alımındaki bozukluğa bağlı olarak bireylerde kilo kaybı ve psikososyal işlevsellikte bozulmalar görülebilmektedir (6). Kaçınan/kısıtlayıcı yeme bozukluğunun görüldüğü yaş aralığı oldukça geniş olsa da çoğunlukla ergenliğin erken dönemlerinde veya büyük çocukluk döneminde saptandığından dolayı tanıyı koyan genellikle pediatristlerdir. Bu dönemde bireylerde koku veya tat hassasiyetine bağlı olarak yiyeceklere karşı seçicilik gösterilebilmektedir. Aynı zamanda iştahta azalma ve beslenmeye olan ilgi eksikliği de bu yeme bozukluğunun sebepleri arasında gösterilebilir (44). Kaçınan/kısıtlayıcı yeme bozukluğunun DSM-5 tanı kriterleri aşağıdaki gibidir (6);

“A. Aşağıdakilerden biri (veya daha fazlası) ile ilişkili bir yeme veya beslenme bozukluğu (örneğin yemeğe veya gıdaya karşı belirgin ilgi eksikliği; gıdanın duyuşal özelliklerine dayalı kaçınma; yemenin tiksindirici sonuçları hakkında endişe):

1. Belirgin kilo kaybı (veya çocuklarda beklenen kilo alımının sağlanamaması veya büyümenin duraklaması).

2. Belirgin beslenme yetersizliği.

3. Enteral beslenme veya oral beslenme takviyelerine bağımlılık.

4. Psikososyal işlevsellikle belirgin etkileşim.

B. Rahatsızlık mevcut gıda eksikliği veya kültürel olarak onaylanmış bir uygulama ile daha iyi açıklanamaz.

C. Yeme bozukluğu yalnızca anoreksiya nervoza veya bulimiya nervozanın seyri sırasında ortaya çıkmaz ve kişinin vücudunun ağırlığının veya şeklinin deneyimlenme biçiminde bir bozukluk olduğuna dair kanıt yoktur.

D. Yeme bozukluğu eşzamanlı bir tıbbi duruma atfedilemez veya başka bir zihinsel bozuklukla daha iyi açıklanamaz. Yeme bozukluğu başka bir durum veya bozukluk bağlamında ortaya çıktığında yeme bozukluğunun şiddeti durum veya bozuklukla rutin olarak ilişkilendirilenden fazladır ve ek klinik dikkat gerektirir.

Remisyonda: Kaçınan/kısıtlayıcı yiyecek alım bozukluğu için tam kriterler daha önce karşılandıktan sonra kriterler sürekli bir süre için karşılanmamıştır.”

2.3.4.7. Pica

DSM-5'e göre besin değeri olan veya olmayan bazı maddelerin en az bir ay süreyle tüketilmesi olarak tanımlanmaktadır. 2 yaşından küçük bireylerde alışılmıştan uzak besinlerin ağza götürülmesi olağan karşılandığından tanıyı koyabilmek için bireylerin en az 2 yaşında olması gerekmektedir (6). Zihinsel engelli bireylerde, çocuklarda ve kadınlardan da daha çok hamile bireylerde görülebilmektedir. Buz, kömür, nişasta, toprak, kâğıt gibi besin veya besin grubunda olmayan maddelerin tüketildiği görülebilir. Pica tek başına görülebileceği gibi OKB veya şizofreni gibi başka hastalıklara da eşlik edebilir (45). Miao ve arkadaşlarının (46) yaptığı pica ve mikro besin durumunun meta analizini inceleyen bir çalışmada pica ile vücuttaki düşük çinko, düşük hemoglobin ve hematokrit değerleri arasında önemli bir ilişki tespit edilmiştir. Bu bireylerde pica görülme riskinin arttığı saptanmıştır. Pica ile anemi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Çalışmaya göre pica tanıli bireylerde anemi görülme ihtimali 2,34 kat daha fazladır (46). DSM-5 tanı kriterleri aşağıdaki gibidir (6);

“A. En az 1 aylık bir süre boyunca besleyici olmayan, gıda dışı maddelerin sürekli olarak yenmesi.

B. Besleyici olmayan, gıda dışı maddelerin yenmesi bireyin gelişim düzeyine uygun değildir.

C. Yeme davranışı kültürel olarak desteklenen veya sosyal olarak normatif bir uygulamanın parçası değildir.

D. Yeme davranışı başka bir zihinsel bozukluk (örn. zihinsel gelişim bozukluğu [entelektüel engellilik], otizm spektrum bozukluğu, şizofreni) veya tıbbi durum

(hamilelik dahil) bağlamında ortaya çıkıyorsa ek klinik dikkat gerektirecek kadar şiddetlidir.

Remisyonda: Daha önce pika için tam kriterler karşılandıktan sonra kriterler sürekli bir süre için karşılanmamıştır.”.

2.3.4.8. DSM-5’te yer almayan yeme bozuklukları

2.3.4.8.1. Bigoreksiya

Bireylerin kendi kas kütlesi ve durumunu beğenmeyip yetersiz görmesi ve idealindeki vücut yapısına ve kas kütlesine sahip olma arzusunun patolojik düzeyde seyrettiği bir vücut dismorfik bozukluğu olarak tanımlanabilir. Bigoreksiya bir tür vücut dismorfik bozukluğu olarak değerlendirilse de bu bireylerin yeme bozukluğu açısından da değerlendirilmeleri gereklidir. Bu kişiler vücut kas kütlesini arttırmak için yağsız ve bol proteinli besinler tüketme eğilimindedirler ve sıkı spor yaparlar. Tedavisinde yeme bozukluğunun düzeltilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir (47).

2.3.4.8.2. Ortoreksiya nervoza

2.3.4.8.2.1. Ortoreksiya nervozanın tanımı

Ortoreksiya terimi ilk olarak 1997 yılında Brathman ve arkadaşı tarafından tanımlanan ve son yıllarda üzerinde daha fazla durulan bir kavramdır (48). Doğru beslenme anlamına gelen bu kavram besinlerin şekli, görüntüsü veya porsiyonu yerine sağlıklı olup olmasının üzerinde durur. Kişiler vaktinin büyük bir bölümünü besinlerin kaliteli olup olmaması ile ilgilenecek harcarlar (48). Sağlıklı beslenme davranışı ilerleyip patolojikleşmeye başladığı zaman, bireylerde suçluluk duygusu, takıntılı bir şekilde sağlıklı besin arayışının artması, besin kısıtlamasının artması gibi durumların artışı ile birlikte ortoreksiya nervoza gelişme ihtimali de artar (49).

2.3.4.8.2.2.Ortoreksiya nervoza İle ilgili bazı teoriler

Ortoreksiya nervoza gelişiminde etkili olan bazı teoriler ve kriterler mevcuttur. Bunlardan bir tanesi de Moroze kriterleridir (50). Bu kriterler besinlerin kalitesi ve içerikleriyle ilgili olarak sağlıklı beslenmeye takıntı derecesinde dikkat etmeyi içerir. Ayrıca bu sağlıklı besinlere ulaşmak için fazla miktarda maddi kayıp yaşanması da kriterlere alt başlık olarak eklense de daha sonrasında revize edilmiştir. Ek olarak bu

kriterler bireylerdeki kilo kaybı veya kilo alma durumunu ortoreksiya nevroza ile diğer yeme bozuklukları arasındaki farkı belirlemede kullanılmaz (49). Bir diğer teori ise Barthels tarafından ileri sürülmüştür (51). Barthels'in teorisine (51) göre beş ana kriter mevcuttur. Bu kriterlerden ilki sağlıklı beslenmek için kişinin çok fazla vakit ayırıp bu konuyla ilgili zihinsel ve bedensel olarak aşırı meşgul olmasıdır. İkinci kriter sağlıksız besinlerle beslenmeden dolayı kaygı duyma ve bu besinlerden kaçınmadır. Üçüncü kriter tüketilecek besinin faydalı olduğuna dair fikirlerin mevcut olması ve/veya besinlerin hazırlanma veya pişirilme aşamalarının tecrübeden ziyade daha önceden belirlenmiş aşırı önemli fikirlerden kaynaklanıyor olmasıdır. Bir diğer kriter bu sağlıklı beslenme takıntısının bireyin sosyal yaşantısını bozacak düzeyde patolojik olması gerektiği ve/veya bireyin sağlıksız beslenme durumunda bir eksiklik sendromu göstermesidir. Son kriter ise kilo durumundaki değişiktir. Kişi kilo kaybedebilir ancak bu durum sendroma hakim olmamalıdır (51).

2.3.4.8.2.3. Ortoreksiya nervozanın epidemiyolojisi

Francisco ve arkadaşlarının (52) 2023 yılında yaptığı bir çalışmaya göre her 10 kişiden 3'ünde ortoreksiya nevroza semptomları görüldüğü tespit edilmiştir. Bu çalışmada cinsiyete göre herhangi bir fark görülmemiştir. Vücut şekline dikkat eden ve sporla ilgilenen bireylerde oran daha yüksek saptanmıştır. Son yıllarda ortoreksiya nevroza görülme oranının arttığı sonucuna varılmıştır (52). Ortoreksiya nervozanın görülme sıklığı bireylerin etnik kökenine göre farklılık gösterebilir. Örneğin Alman öğrencilerde %2,5 iken (53) bu oran İspanyol öğrencilerde %10,5 (53) civarındadır. Seçilen bazı gruplarda bu oran %90,6'ya kadar da çıkabilir (53). Aynı zamanda farklı meslek gruplarında da farklı oranlarda görülmesi mümkündür. Hekimlerde veya diyetisyenlerde ortoreksiya nevroza görülme olasılığı daha yüksek olabilir. Yapılan son çalışmalarda cinsiyetler arasında herhangi bir fark görülmediği sonucuna varılmıştır (53).

2.3.4.8.2.4. Ortoreksiya nervoza gelişiminde etkili faktörler

Ortoreksiya nevroza, bazı ruhsal ve sosyokültürel etmenlerin birbirini etkilemesi sonucu ortaya çıkabilir. Psikolojik rahatsızlıklar ortoreksiya nevroza gelişimine zemin hazırlayabilir. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan veya mükemmelliyetçi bir kişiliğe sahip olan bireylerde beslenme şekli oldukça katı olup bu kişiler diyet aşırı

dikkat etme eğilimi gösterebilirler (54). Kitle iletişim araçlarındaki doğruluğu net olmayan bilgi kirlilikleri bireylerin beslenme ile ilgili endişelerini tetikleyerek ortoreksiya nevroza gelişimine zemin hazırlayabilir. Ayrıca vücut formunu ön planda tutan ve sağlıklı olmayı tamamen beslenme ve diyet yapma ile bağdaştıran bazı toplumlarda da risk artabilir. Sporla uğraşan bireylerde de yatkınlığın daha yüksek olduğu görülmüştür (55).

2.3.4.8.2.5. Ortoreksiya nervozanın belirtileri

Ortoreksik bireyler besinlerin kalitesi ile yakından ilgilenirler. Tüketilen besinlerin pişirilme tarzına, pişirilirken besin içeriğinin kaybolup kaybolmamasına, bitkilerin yetiştirilirken hormon kullanılıp kullanılmamasına, paketlenme aşamasına ve koruyucu içermemesine, eğer süt ürünüyse hayvanların beslenme türüne, kanserojen madde içermemesine oldukça dikkat edip bu konular üzerine aşırı vakit harcarlar. Bunun için yeterli çaba göstermediklerinde ise yoğun kaygı ve suçluluk duygusu hissederler (56). Yaşadıkları hayal kırıklığı ile beraber sağlıklı beslenmediklerini düşündüklerinden kendilerinden tiksinebilirler. Bu bireyler ortoreksik davranışlarını genellikle tek başlarınayken daha rahat sürdürebildikleri için kendilerini toplumdan soyutlayabilirler veya çevrelerindeki insanları kendilerine benzeyen kişilerden oluştururlar. Etrafındaki insanları da kontrol edebildiklerini düşündükleri için daha rahat hissederler (57). Ortoreksik bireylerde kilo kaybı mevcut olabilir ancak bu genellikle istemli değildir. Çünkü önemli olan kilodan ziyade sağlıklı beslenebilmektir. Anoreksiya nevroza ile bazı benzer yönleri olsa da anoreksik bireylerin vücut şekline önem verip kilo kaybı yaşaması, ortoreksik bireylerin ise vücut formuna ve kilosuna önem vermemesi önemli bir fark olarak görülmektedir (58). Ortoreksik bireyler bazı yiyecek türlerinin diyetten çıkarılması, bazılarının ise eklenmesi ile bir takım hastalıklardan korunabileceklerine inanırlar. Bu kişiler için yiyeceklerin vücuda sağladığı yarar verdiği hazdan daha önemlidir. Eşlik eden diğer komplikasyonlarla birlikte kişi sosyal hayatında bir takım zorluklar yaşayabilir. Ayrıca başkalarının beslenme anlayışına tahammülsüz olabilirler (58). Ortoreksiya nevroza görülen bireyler aynı zamanda mükemmeliyetçi bir kişiliğe sahip olabilirler. Çalışmalar mükemmeliyetçi kişilerin sağlıklı yeme takıntısı göstermeye daha yatkın olduğunu göstermektedir (59).

2.3.4.8.2.6.Ortoreksiya nervoza tanısı nasıl konulur?

Tanıda Bratman ve Knight tarafından (7) geliştirilen ve toplam 10 sorudan oluşan, cevapların evet/hayır şeklinde olduğu, en fazla 10 puanın alındığı bir test kullanılır. Bu test bir öz değerlendirme testidir. Toplam puanın 4 ve üzerinde olması anlamlı kabul edilir (7). Kullanılan bir diğer test ise Donini ve arkadaşları (60) tarafından tasarlanan toplam 15 maddeden oluşan bir testtir. Cevaplar asla, bazen, sık sık ve her zaman şeklindedir. Her bir cevap 1 ile 4 arasında puanlandırılır. Toplam puan düştükçe bireylerin ortoreksik olma eğilimi artar (60). Bu ölçekte sorulan sorular aşağıdaki gibidir (60);

- “1) Yemek yerken yemeğin kalorisine dikkat ediyor musunuz?*
- 2) Bir gıda marketine girdiğinizde kafanızın karıştığını hissediyor musunuz?*
- 3) Son 3 ay içinde yemek düşüncesi sizi endişelendirdi mi?*
- 4) Yeme tercihleriniz sağlık durumunuzla ilgili endişeleriniz tarafından mı belirleniyor?*
- 5) Yiyecekleri değerlendirirken tadı kalitesinden daha mı önemlidir?*
- 6) Daha sağlıklı gıdalara sahip olmak için daha fazla para harcamaya istekli misiniz?*
- 7) Yemek düşüncesi sizi günde üç saatten fazla endişelendiriyor mu?*
- 8) Kendinize herhangi bir yeme ihlaline izin veriyor musunuz?*
- 9) Ruh halinizin yeme davranışınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?*
- 10) Sadece sağlıklı yiyecekler yeme inancının özgüveni artırdığını düşünüyor musunuz?*
- 11) Sağlıklı beslenmenin yaşam tarzınızı (dışarıda yemek yeme sıklığı, arkadaşlar, ...) değiştirdiğini düşünüyor musunuz?*
- 12) Sağlıklı yiyecekler tüketmenin görünüşünüzü iyileştirebileceğini düşünüyor musunuz?*
- 13) Kuralları çiğnediğinizde kendinizi suçlu hissediyor musunuz?*
- 14) Sizce piyasada sağlıklı yiyecekler de var mı?*

15) *Şu anda yemek yerken yalnız mısınız?”*

2.3.4.8.2.7. Ortoreksiya nervozanın tedavisi

Ortoreksiya nervozanın tedavisinde multidisipliner bir yaklaşımın olması gerektiği düşünülmektedir. Tedavi için gerekli ekipte hekim, diyetisyen ve psikoterapist bulunmalıdır (61). İlaç, bilişsel davranışçı terapi ve psikoterapinin kombinasyonunun tedavide etkin olabileceği görüşü mevcuttur. İlaç tedavisinde sertralin, paroksetin gibi seratonin geri alım inhibitörlerinin faydalı olduğu sonucu çıkarılmıştır. Ortoreksiyaya eşlik eden bir obsesif kompulsif bozukluk varsa seratonin geri alım inhibitörlerinin her ikisini de bu sayede tedavi edeceği düşünülmektedir. Ancak ortoreksik bireyler doğal olmayan maddeleri genelde reddetme eğilimi gösterdiklerinden bu ilaç tedavisine de direnç gösterebilirler. Tedavi planı yapılırken bireylerin sadece ne yediği değil, yediği besini nasıl hazırladığı, alışveriş şekli ve beslenme şekli de göz önüne alınmalıdır (57).

2.3.4.8.2.8.Ortoreksiya nervoza ve anksiyete ilişkisi

Sağlıklı olma takıntısı ve korkusu bireylerde anksiyete gelişmesine veya var olan anksiyetenin artmasına yol açabilir. Aynı şekilde bireylerde anksiyete varlığı, ortoreksiya nervozaya yönelik davranışların ortaya çıkmasına sebebiyet verebilir. Anksiyete, bireylerde bazı davranışların farklılaşmasına yol açabildiği için sağlık üzerinde daha fazla düşünmeye ve sağlıklı beslenmek adına daha fazla zaman harcamaya sebebiyet verebilir (62).

2.4.Ansiyete Bozuklukları

2.4.1.Ansiyetenin tanımı ve korku

Anksiyete, herhangi bir şeye karşı duyulan yersiz endişe ve kaygı olarak tanımlanabilecek bir davranış bozukluğudur. Korku gerçek bir unsura karşı verilen bir tepkiyken anksiyete gelecekte olacak bir tehdite karşı bireylerin beklenti içinde olmasıdır. Korkuda herhangi bir tehdit unsuruna karşı otonom sinir sisteminin de devreye girmesiyle uyarılma ve tehlikeden kaçma davranışları ve düşünceleri hakimken anksiyetede gelecekteki henüz net olmayan olası tehlikelere karşı artan tetikte olma hali ve buna bağlı olarak temkinli olma ve kaçınma davranışı önde gelir. Bireyler kaçınma davranışında bulunarak kaygılarını azaltmaya çalışabilirler.

Anksiyete bozukluğu görülen bireylerde tehlike unsuruna karşı duyulan kaygı ve korku normalin üzerinde bir boyuttadır (6).

2.4.2.Anksiyetenin epidemiyolojisi

Anksiyete bozuklukları genellikle çocukluk çağında başlar ve ilerleyen zamanlarda da devam edebilir. Kızlarda erkeklere göre yaklaşık iki kat daha fazla görülür (6). Anksiyeteye yatkınlıkta cinsiyetin öneminin araştırıldığı bir çalışmada kadınların beyin yapısının, hormonlarının, bazı genetik faktörlerin ve diğer psikososyal ve biyolojik faktörlerin etkisiyle kadınların anksiyeteye daha yatkın olduğu sonucuna varılmıştır (63). Yaşlı bireylerdeki anksiyete ve depresyonun yaygınlığını araştıran bir başka çalışmaya göre ise anksiyete bozukluğunun yaşlı bireylerde ve özellikle Afrika kıtasında daha yaygın olduğu tespit edilmiştir. Yaşlı bireyler kendi aralarında değerlendirildiğinde ise huzurevinde kalanlarda daha yaygın olduğu saptanmıştır (64).

2.4.3.Anksiyete türleri

2.4.3.1.Ayrılık anksiyetesi

Ayrılık anksiyetesinin temel özelliği, bağlanılan figürden ayrılma düşüncesinin bile aşırı korku ve kaygıya yol açmasıdır. Bağlanılan figürün başına bir şey gelme durumu, ölmesi veya zarar göreceği düşüncesi kişide devamlı bir endişeye sebep olur. Bu korku sebebiyle evden veya bağlanma figürünün bulunduğu yerden ayrılmama davranışı görülür. Bu ayrılma gerçekleştiğinde ise kişide bulantı, kusma, baş dönmesi gibi somatik belirtiler baş gösterir. Tekrarlayan kâbuslar görülebilir. Çocuklarda ve ergenlerde dört haftadan uzun, yetişkinlerde ise altı aydan uzun sürmesi beklenir. Semptomlar başka bir psikiyatrik bozuklukla açıklanmamalıdır. Gelişiminde genetik, çevresel ve bazı fizyolojik faktörler rol oynayabilir (6).

2.4.3.2.Seçici mutizm

Normalde konuşabilmesine rağmen bazı sosyal ortamlarda bireyin konuşmakta zorlanması ve başarısız olması durumudur. Bu konuşamama hali dil bilmemekle açıklanamaz. Genellikle çocukluk döneminde başlar. Bu durum çocuğun okul hayatında, ilerleyen zamanlarda da meslek hayatında bazı sorunlara yol açabilir. Bir aydan uzun sürer. (6). Genellikle başka bir psikiyatrik rahatsızlığa eşlik eder. Ayrıca genetik yatkınlık olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Anne ve babada

herhangi bir psikiyatrik hastalık mevcut olduğunda çocukta seçici mutizm görülme olasılığı yaklaşık üç kat artar (65).

2.4.3.3.Özgül fobi

Özgül fobi herhangi bir varlık, durum veya hareket ve tutuma karşı gösterilen abartılı ve anlamsız korku ve endişe durumu ile kendini gösteren bir anksiyete bozukluğudur. Bireyler sadece endişe ve korku duymakla kalmaz, kaçma gibi tepkisel bazı davranışlar gösterir. Uyarana karşı gösterilen tepki, uyarının vereceği zarara kıyasla oldukça orantısızdır. Bu bireyler uyarana maruz kaldığında yersiz bir endişe veya panik atak geçirip kaçınma davranışı gösterebilirler. Açık alan korkusu (agorafobi), örümcek korkusu (araknofobi), köpek korkusu (sinofobi) bazı özgül fobi örnekleridir. Özgül fobi gelişiminde genetik, fiziksel ve çevresel bazı etkenler rol alabilir (66).

2.4.3.4.Sosyal anksiyete bozukluğu

Bireylerin sosyal ortamlarda bulunmaktan duyduğu korkuya denir. Başkaları tarafından gözlemlendiğini, izlendiğini ve incelendiğini düşünmek bu kişilerde yoğun kaygıya yol açar. Bu durum sosyal ve mesleki alanlarda işlevselliği bozacak düzeydedir. Sosyal anksiyete bozukluğu görülen bireyler yargılanacaklarından korkarlar. İçre kapanık ve utangaç bireyler olabilirler. Diğer insanlarla göz göze gelmekten kaçınırlar. Çoğunlukla altı aydan uzun sürer. Kızarma veya taşıkardi gibi semptomlar gösterebilirler. Açık bir fark olmasa da erkeklerde daha sık görülür (6).

2.4.3.5.Yaygın anksiyete bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğu, herhangi bir olay veya duruma karşı yersiz ve abartılı korku ve kaygı duyulmasıdır. Duruma karşı verilen yanıt olayın büyüklüğüyle orantısız bir şekilde abartılıdır. Bireyler bu korku ve endişelerini yönetmekte, karşı koymakta zorlanırlar. Aile ve ailedeki bireylerin sağlık durumu, ekonomik durum, iş hayatındaki sorunlar, herhangi bir buluşmaya geç kalmak, yaygın anksiyete bozukluğuna sahip bireylerde kaygı için bir sebep olabilir (6). 18-99 yaş arasındaki yetişkinlere yapılan çok merkezli kesitsel bir çalışmada yaygın anksiyete bozukluğunun hayat boyu yaygınlığı %3.7 olarak tespit edilmiştir (67). Ülkelere göre de görülme sıklığının farklı olduğu görülmüştür. Gelir düzeyi yüksek ülkelerde yaygın anksiyete bozukluğunun görülme oranı daha yüksekken, gelir düzeyi düşük ülkelerde bu oran daha da düşmektedir (67). Genellikle yetişkinlik döneminde görülmeye başlar

(67). Ergenlik döneminden önce ortaya çıkması nadirdir. Bu bireylerde kas kitlesindeki kasılmalara ve gerginliğe bağlı olarak bu hastalarda titreme, kas krampları ve ağrıları meydana gelebilir. Birçok kişide taşıkardi, bulantı gibi somatik belirtiler ortaya çıkabilir. Ancak bu somatik belirtiler genellikle panik bozukluktaki kadar belirgin değildir. Yaygın anksiyete gelişiminde bazı çevresel, genetik gibi etmenler risk faktörü olabilir (6). Genetik yatkınlık yaklaşık yüzde 30 civarında ortaya çıkmasına etki edebilir. Bireylerin sahip olduğu mizaç riski artırabilir. Örneğin olumsuz derecede duygusallık buna sebebiyet verebilir (6). Yaygın anksiyete bozukluğu genellikle majör depresyon ve diğer anksiyete bozukluklarıyla birliktelik gösterir. Ayrıca sosyal fobi, panik bozukluk ta eşlik edebilir (68). Yaygın anksiyete bozukluğunun DSM-5 tanı kriterleri aşağıdaki gibidir (6);

“A. Aşırı kaygı ve endişe (endişeli beklenti), en az 6 ay boyunca, yaklaşık bir aydan daha uzun bir süre etkinlik veya faaliyet sayısı (iş veya okul gibi).

B. Birey endişesini kontrol etmekte zorlanır.

C. Kaygı ve endişe aşağıdakilerden üçü (veya daha fazlası) ile ilişkilidir

aşağıdaki altı semptom (en azından bazı semptomlarla birlikte son 6 gün içinde bulunmadığından daha fazla gün bulunmuş olması):

Not: Çocuklarda sadece bir madde gereklidir.

1. Huzursuzluk veya sinirli ya da gergin hissetme.

2. Kolayca yorulma.

3. Konsantrasyon güçlüğü veya zihin bulanıklığı.

4. Sinirlilik.

5. Kas gerginliği.

6. Uyku bozukluğu (uykuya dalma veya uykuda kalma güçlüğü veya huzursuz, tatmin edici olmayan uyku).

D. Kaygı, endişe veya fiziksel semptomlar klinik olarak önemli sıkıntıya veya sosyal, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

E. Bu bozukluk bir maddenin (örneğin, kötüye kullanılan bir uyuşturucu, bir ilaç) veya başka bir tıbbi durumun (örneğin, hipertiroidizm) fizyolojik etkilerine atfedilemez.

F. Rahatsızlık başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örneğin panik bozukluğunda panik atak geçirme konusunda kaygı veya endişe, sosyal anksiyete bozukluğunda olumsuz değerlendirme, obsesif-kompulsif bozuklukta kirlenme veya diğer takıntılar, ayrılık anksiyetesi bozukluğunda bağlanma figürlerinden ayrılma, travma sonrası stres bozukluğunda travmatik olayların hatırlatıcıları, anoreksiya nervozada kilo alma, somatik semptom bozukluğunda fiziksel şikayetler, beden dismorfik bozukluğunda algılanan görünüm kusurları, hastalık anksiyetesi bozukluğunda ciddi bir hastalığa sahip olma veya şizofreni veya sanrısız bozuklukta sanrısız inançların içeriği) ”.

Tedavide genellikle kılavuzlar ilk basamak olarak seratonin geri alım inhibitörleri ve seratonin noradrenalin geri alım inhibitörlerini önerirler (69). Ayrıca pregabalin de ilk basamakta kullanılabilir (69). Dünya Biyolojik Psikiyatri Dernekleri Federasyonu klavuzuna göre yine ilk basamak tedavide yine seçici seratonin geri alım inhibitörleri, seratonin noradrenalin geri alım inhibitörleri ve kalsiyum kanal modülatörü olan pregabalin kullanılır. Trisiklik antidepresanlar da tercih edilebilir. Tedaviye yanıt vermeyen hastalarda benzodiyazepinler de kullanılabilir. İlaç tedavisi dışında bilişsel davranışçı terapinin de faydalı olduğu düşünülmektedir (69).

2.4.3.6.Sağlık anksiyetesi

2.4.3.6.1.Sağlık anksiyetesinin tanımı ve belirtileri

Sağlık anksiyetesi, bireylerin kendi sağlık durumu ile ilgili yoğun ve abartılı endişe duymasıdır (70). Her insan vücudunda bazı değişimler farkedebilir. Ancak bu değişiklikleri hemen ciddi bir hastalığa yormaz. Sağlık anksiyetesine sahip kişiler ise bu durumdan endişe duyar. Duyulan bu endişe bireyin günlük yaşantısını etkileyecek düzeydedir. Bu kişiler ya ciddi düzeyde bir hastalıklarının olduğunu ya da böyle bir hastalığa yakalanacaklarını düşünürler. Titreme, taşikardi, vücutta karıncalanma hissi, göğüs ağrısı, sindirim sistemi bozuklukları gibi bazı somatik semptomlar görülebilir. Bu semptomlar kişiden kişiye farklılık gösterebilir. Vücutlarında fark ettikleri en ufak değişimi meydana gelmiş veya gelebilecek ciddi bir hastalığa yorarlar. Bu sağlık

anksiyetesinin en önemli özelliğidir. Kaygı düzeyinin artması bireydeki somatik belirtilerin daha da artıp belirginleşmesine yol açar. Bu bireyler devamlı olarak bedenlerini kontrol etmek isterler. Herhangi bir sağlık problemi olmadığından emin olmak için doktor muayenelerini sıklaştırırlar. Birden fazla doktora muayene olmak isteyebilirler. Doktorlar herhangi bir problem olmadığını söylediklerine kısa süreli rahatlama meydana gelse de bir süre sonra kaygı yeniden başlar. Kendilerine ek olarak çevrelerindeki insanların da sağlıklarından emin olmak isterler. Sağlıkla ilgili çok fazla zaman harcarlar. Sürekli araştırma peşinde olurlar. Korktukları durumlardan bahsedilirken ortam değiştirmek isteyip kaçınma davranışında bulunabilirler (70).

2.4.3.6.2.Sağlık anksiyetesinin etiyolojisi

Bireylerin sağlıkla ilgili endişeleri, yoğun psikolojik baskı altında bulunmaları, ciddi bir fiziksel rahatsızlık yaşamaları ya da yakın çevrelerinden birinin vefatı gibi durumlar ile tetiklenerek artış gösterebilmektedir (71). Aynı zamanda küçük yaş grubundayken yaşanan cinsel istismar veya ebeveynlerde ciddi bir hastalık görülmesi de sağlık anksiyetesi görülme riskini artırabilir (6).

2.4.3.6.3.DSM-5 tanı kriterleri

Sağlık anksiyetesinin ilerlemiş hali olarak tanımlanabilen hipokondriyazisin DSM-5 tanı kriterleri aşağıdaki gibidir (6);

“A.Ciddi bir hastalığa sahip olma veya yakalanma konusunda takıntı.

B. Somatik semptomlar mevcut değildir veya mevcutsa sadece hafif yoğunluktadır. Başka bir tıbbi durum mevcutsa veya tıbbi bir durum geliştirme riski yüksekse (örneğin, güçlü aile geçmişi mevcutsa), takıntı açıkça aşırı veya orantısızdır.

C. Sağlık konusunda yüksek düzeyde kaygı vardır ve birey kişisel sağlık durumu konusunda kolayca endişelenir.

D. Birey aşırı sağlıkla ilgili davranışlar sergiler (örneğin, vücudunu tekrar tekrar hastalık belirtileri açısından kontrol eder) veya uyumsuz kaçınma sergiler (örneğin, doktor randevularından ve hastanelerden kaçınır).

E. Hastalık takıntısı en az 6 aydır mevcuttur, ancak korkulan belirli hastalık bu süre içinde değişebilir.

F. Hastalıkla ilgili meşguliyet, somatik semptom bozukluğu, panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, beden dismorfik bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk veya sanrısız bozukluk, somatik tip gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.”.

2.4.3.6.4.Sağlık anksiyetesinin tedavisi

Tedavide bilişsel davranışçı terapinin etkin olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda bilişsel davranışçı terapinin sağlık anksiyetesi üzerinde etkisi uzun vadede görülmektedir (72). Bu etkinin beş yıla kadar sürebildiği gözlenmiştir (72). Ayrıca fluoksetin, paroksetin, imipramin, klomipramin gibi bazı ilaçların da tedavide etkili olduğu yapılan çalışmalarda desteklenmiştir (73). Bireysel veya grup bazında gerçekleştirilen stresle başa çıkmak adına yapılan, farkındalık oluşmasını sağlayan ve kararlılığı arttırmaya yarayan bazı psikolojik terapi ve tedavi yöntemlerinin de sağlık anksiyetesi tedavisine faydalı olduğu görülmüştür (74).

2.4.3.6.5.Sağlık anksiyetesinin ortoreksiya nervoza ile ilişkisi

Ortoreksiya nervoza üzerine yapılan bir çalışmaya göre sağlık anksiyetesi ile sağlıklı beslenme takıntısı arasında pozitif yönde bir ilişki vardır. Sağlık anksiyetesiyle sahip olan ve mükemmelliyetçi bir karakter gösteren bireylerde ortoreksiya nervoza eğilimi daha fazla görülmüştür (75). Sağlık kaygısı ve sağlıklı beslenme davranışının ortoreksiya nervozanın temeli olduğu öne sürülmekte olduğundan, ortoreksiya nervozanın psikopatolojisinde bu iki etkenin çok önemli olduğu düşünülmektedir. Sağlık üzerindeki kontrolün aslında hayat üzerindeki kontrolü de sağladığına olan inanıştan ötürü bireylerdeki bu kaygı ve sağlıklı beslenme çabası onları ortoreksiya nervozaya daha da yaklaştırmaktadır (76).

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Tipi ve Yeri

Araştırmamız kesitsel, tanımlayıcı ve prospektif tipte planlanmıştır. Çalışmamızın evrenini Dicle Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 18-65 yaş arasındaki tanı almış bir psikiyatrik hastalığı bulunmayan kişiler oluşturmaktadır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Ulaşılmaması gereken örneklem sayısı %95 güven aralığı orta etki büyüklüğü ve %95 güç göz önüne alınarak tip 2 hata 0.05 ve hipotezler çift yönlü olduğunda G*Power 3.1.9.7 programı kullanılarak minimum 210 olarak hesaplanmıştır. Çalışma 415 kişiye yüz-yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Çalışmanın dâhil edilme kriterleri;

- 1-Çalışmaya katılmaya gönüllü olma
- 2-Okuyup anlamasına engel olacak mental ve psikiyatrik bir sorununun bulunmaması
- 3-18-65 yaş aralığında bulunma
- 4-Tanı almış psikiyatrik bir hastalığının (yaygın anksiyete bozukluğu gibi) olmaması
- 5-Ciddi bir kronik hastalığının ve tanı almış bir yeme bozukluğunun olmaması

Çalışmanın etik kurul onayı Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 12.06.2024 tarih ve 218 no ile alınmış olup çalışmaya etik kurul onayı alındıktan sonra başlanmıştır.

3.3. Araştırma Anketi ve Uygulama Şekli

Etik kurul onayının ardından Dicle Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 18-65 yaş arası kişilere çalışma hakkında bilgi verilip onamları alınmıştır. Daha sonra da katılımcılardan sosyodemografik veri formu, Orto-11 Ölçeği, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ve Yaygın Anksiyete Ölçeği'ni içeren anketleri doldurmaları istenmiştir. Sosyodemografik veri formunda katılımcıların yaşı, cinsiyeti, boyu, kilosu, mesleği, medeni durumu, eğitim ve gelir düzeyi, çocuk sahibi olup olmaması, diyetisyene gitme öyküsü ve sebebi, kronik hastalık öyküsü, spor yapma durumu, daha önce takviye ilaç alıp almaması, aldıysa hangilerinin aldığı sorgulanmıştır (EK-1).

Ortoreksiya Nervosa eğilimini belirlemek amacıyla Türkçe'ye Uyarlanmış Orto-11 Ölçeği (O-11) (EK-2), sağlık anksiyetesini belirlemek amacıyla Sağlık Anksiyetesi Evanteri (SAE) (EK-3) ve yaygın anksiyeteyi belirlemek amacıyla Yaygın Anksiyete

Bozukluğu-7 (YAD-7) Testi (EK-4) kullanılmıştır. O-11 için 1 den 11 e kadar olan soruları, SAE için 1 den 18 e kadar olan soruları, YAD-7 için ise 1 den 7 ye kadar olan soruları kendilerine verilen formda işaretlemeleri istenmiştir. Anketler yüz yüze, araştıracının gözetiminde uygulanmıştır ve verilerin toplanması 01.08.2024-31.11.2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Ölçekler ve sosyodemografik veri formu EK olarak sunulmuştur. Çalışmanın benzerlik oranı %8 olarak tespit edilmiş ve EK-5 olarak sunulmuştur.

ORTO-11 Ölçeği:

ORTO-11, Bratman (60) tarafından hazırlanan 10 soruluk Ortoreksiya kısa soru kağıdında yer alan ifadelerin, Donini ve arkadaşları (60) tarafından geliştirilmesi ve değiştirilmesi ile oluşturulmuştur. Bazı sorular çıkarılıp yerlerine farklı sorular eklenmiştir. Orijinal haliyle ORTO-15 ölçeği, ilk olarak İtalya’da geliştirilmiş, Ortoreksiya Nervoza eğilimini değerlendirmek için düzenlenmiş 15 maddelik bir kendini değerlendirme aracıdır. Ölçeğin Türkçe’de kullanımı için sadece 0.50 ve üzeri değerle faktörlere yüklenen maddeler seçilmiştir (48). Bunun bir nedeni ölçeğin orijinal formu için yapılmış faktör analizi çalışmasına rastlanmadığından karşılaştırma yapma olanağının bulunmayışındır. Bir diğer nedeni de henüz yeni tanımlanan bir kavramı değerlendirdiği ileri sürülen ölçekte, mümkün olduğunca istatistiksel gücü yüksek maddeleri seçmektir. Bu şekilde Arusoğlu ve arkadaşları tarafından 11 madde belirlenmiş ve Türkçe’de ORTO-11 şeklinde kullanımına karar verilmiştir (48). Ölçekte, son haliyle 3,4,5,6,7,8,10,11,12,13 ve 14 numaralı maddeler yer almıştır (48). Ölçeğin iç tutarlılığını incelemek üzere 15 madde üzerinden hesaplanan Cronbach Alfa değeri 0.44 iken bu değer 11 madde üzerinden hesaplandığında 0.62 olarak belirlenmiştir ve ölçeğin tek bir yapı halinde ele alınmasının daha uygun olduğu kanaatine varılmıştır. Maddeler, bireylerin besin seçme, satın alma, hazırlama ve kendilerinin sağlıklı olarak nitelendirdikleri besinleri tüketme konularındaki davranışlarını araştırmaktadır. İfadeler kişilerin hem duygusal hem de rasyonel açıdan değerlendirilmeleri amacıyla geliştirilmiştir. Bu nedenle bazı maddeler "bilişsel-rasyonel alanı" (5, 6, 11, 12, 14), bir bölümü "klinik alanı" (3, 7, 8), diğer kısmı da "duygusal alanı" (4, 10, 13) incelemektedir. Her bir ifade 4’lü likert tipi derecelendirme ile değerlendirilir. Ölçekte, bireylerin kendilerini ne sıklıkla maddelerde tarif edildiği şekilde hissettiklerini “her zaman”, “sık sık”, “bazen” ve

“hiçbir zaman” seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtmeleri istenmektedir. Ortoreksiya için ayırt edici olduğu düşünülen cevaplara "1", normal yeme davranışı eğilimini gösteren cevaplara "4" puan verilmektedir. Sadece 8. madde ters yönde puanlanmaktadır. Düşük puanlar ortorektik eğilimi göstermektedir.

Sağlık Anksiyetesi Evanteri:

Özgün adı Health Anxiety Inventory olan ölçek başta somatoform bozuklukları ve anksiyete bozuklukları olan hastalar olmak üzere, psikiyatrik veya bedensel hastalığı olan bireylerde sağlık anksiyetesini özellikle bilişsel ve duygusal açıdan değerlendirmektedir (77). Klinik ve klinik dışı gruplarda psikiyatri hastaları yanı sıra kronik tıbbi hastalığı olan hastalarda da sağlık anksiyetesini değerlendirmeye elverişlidir. Ölçek 18 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin 14 maddesi hastaların ruhsal durumunu sorgulayan dörtlü sıralı yanıtlar içeren ifadelerden oluşmaktadır. Geri kalan 4 soruda ise hastalardan, sahip oldukları ciddi bir hastalık varsayımıyla ruhsal durumlarının nasıl olabileceğine dair fikir yürütmeleri istenmektedir. Ölçeğin puanlaması her madde için 0-3 arasındadır ve ölçeğin toplam puanı her bir maddenin aritmetik toplamından oluşur. En az 0, en fazla 54 puan alınmaktadır. Ölçeğin kesme puanı hesaplanmamıştır ve ancak karşılaştırmalı çalışmalarda kullanılması önerilir. Yüksek puan yüksek düzeyde sağlık anksiyetesini göstermektedir. Ölçeği geliştirenler Salkovskis ve arkadaşlarıdır (77). Türkçe formunu uyarlayanlar Karaer ve arkadaşları (78) ile Aydemir ve arkadaşlarıdır (79). Bu ölçeğin güvenilirlik çözümlemelerinde Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,918 olarak elde edilmiştir. Madde-toplam puan bağlantı katsayıları 0,405 ile 0,769 arasında bulunmuştur. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin diğer ölçeklerle birlikte yapılan geçerlilik çözümlemelerinde Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği ile bağlantı katsayılarının anlamlı olduğu görülmüştür.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Testi:

Özgün adı Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) olan ölçeği geliştirenler Robert L. ve arkadaşlarıdır (80). Öz bildirim ölçeği olması sebebiyle uygulayıcı için herhangi bir nitelik gerekmemektedir. Türkçe formunu uyarlayanlar Ramazan Konkan ve arkadaşlarıdır (81). Gerek psikiyatri hastalığı olanlarda gerek tıbbi hastalığı olanlarda ve gerekse birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastalarda kısa ve

kolay biçimde yaygın anksiyete belirtilerini taramaya yararmaktadır. Ölçek türü kendini değerlendirme ölçeğidir. Hem klinik hem de klinik dışı gruplarda kullanılması önerilmektedir.

Ölçek yaygın anksiyete bozukluğuna ait 7 belirti ifadesinden oluşmaktadır ve dördütlü Likert tipi (0=hiç, 1=birçok gün, 2=günlerin yarısından fazlasında, 3=hemen hemen her gün) değerlendirme sağlamaktadır. Kâğıt kalem ölçeğidir ve denekler ölçeğin üzerinde işaretleyerek doldurur. Deneklere son 15 gün dikkate alınarak her ifade için kendilerine en uygun gelen seçeneği işaretlemeleri istenir. Ölçeğin toplam puanı 7 maddenin her birinden alınan puanın aritmetik toplamıdır. En az 0, en fazla 21 puan alınmaktadır. Ölçeğin Türkçe sürümünün güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasında kesme puanı 8 olarak hesaplanmıştır. Bu puanın üzerinde alanların tanı görüşmesine alınması önerilmektedir.

Türkçe formunun güvenilirliği YAB-7 toplam puanı için Cronbach Alpha değeri 0,852 olarak bulunmuştur. Madde-toplam puan korelasyon katsayıları 0,395-0,720 arasında bulunmuştur ve tümü de $p=0.01$ düzeyinde anlamlılık göstermiştir. Türkçe formunun geçerliliği çalışmasında yapı geçerliliğinde açıklayıcı faktör analizinde varyansın %60.3'ünü açıklayan tek faktör elde edilmiştir (82).

3.4. İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen veriler istatistiksel olarak IBM SPSS vn. 27.0 yazılımı (IBM Corporation, Armonk, NY, ABD) kullanılarak istatistiksel olarak analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu çarpıklık ve basıklık göstergeleri (skewness ve kortosis) ve histogram ile değerlendirilmiş ve değişkenlerin dağılımlarının normal olduğu görülmüştür. Sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma değerleri olarak, kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde olarak belirtilmiştir. İki bağımsız ortalama arasındaki farkı karşılaştırmak için Student's t Testi (Bağımsız gruplarda t testi) kullanılmıştır. İki'den fazla grubu karşılaştırmak için Levene'nin Varyansların Homojenliği Testine göre Tek Yönlü veya Welch ANOVA testleri kullanılmış ve anlamlı bir sonuç bulunduğunda, alt grupların karşılaştırmaları ikili post-hoc Tukey HSD veya Tamhane's T² Testlerinden uygun olanı ile yapılmıştır. Sayısal veriler arasındaki ilişkileri belirlemek için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Ölçeklerin iç tutarlılığı bu örneklem için Cronbach α göstergeleri kullanılarak belirlenmiştir. Hipotezler çift yönlü olup $p \leq 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Katılımcıların %53'ü erkekti (n=220). Yaş ortalaması 33.8 ± 10.9 idi. Katılımcıların %53.7'si evli olup örneklemin çoğunluğunu üniversite düzeyinde eğitim durumuna sahip bireyler oluşturmaktaydı. Katılımcıların %57.6'sı daha önce takviye ilaç almıştı.

Tablo 1'de katılımcıların sosyodemografik özellikleri gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Veriler		Sayı (n)	%
Cinsiyet	Erkek	220	53.0
	Kadın	195	47.0
Meslek	Çalışmıyor	30	7.2
	Esnaf	58	14.0
	Memur	167	40.2
	İşçi	60	13.7
	Öğrenci	100	24.1
Medeni Durum	Evli	223	53.7
	Evli Değil	192	46.3
Eğitim Durumu	İlköğretim	30	7.2
	Lise	46	11.1
	Üniversite	255	61.4
	Lisansüstü	84	20.2
Gelir Düzeyi	Gelir > Gider	110	26.5
	Gelir = Gider	160	38.6
	Gelir < Gider	145	34.9
Çocuk Var mı?	Evet	193	46.5
	Hayır	222	53.5

Tablo 1 (Devamı): Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Veriler		Sayı (n)	%
Diyetisyene gitme durumu	Evet	105	25.3
	Hayır	310	74.7
Diyetisyene gitme sebebi	Kilo vermek	59	14.2
	Hastalık	10	2.4
	Sağlıklı Beslenme	40	9.6
Kronik hastalık varmı?	Evet	75	18.1
	Hayır	340	81.9
Düzenli spor yapma	Evet	103	24.8
	Hayır	312	75.2
Takviye ilaç alma	Evet	239	57.6
	Hayır	176	42.4
D vitamini kullanma	Evet	158	38.1
	Hayır	257	61.9
B12 kullanma	Evet	135	32.5
	Hayır	280	67.5
Demir kullanma	Evet	125	30.1
	Hayır	290	69.9
Kalsiyum kullanma	Evet	30	7.2
	Hayır	385	92.8
Magnezyum kullanma	Evet	86	20.7
	Hayır	329	79.3
Çinko kullanma	Evet	43	10.4
	Hayır	372	89.6
Kollajen kullanma	Evet	22	5.3
	Hayır	393	94.7
C vitamini kullanma	Evet	90	21.7
	Hayır	325	78.3

Katılımcıların VKİ değerlerinin ortalamaları 24.9 ± 4.01 olarak bulunmuştur.

Ölçek puanlarının ortalamaları aşağıda Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Ölçeklerin puanlarının ortalamaları

Veriler	Ort±SD	Min-Max	Cronbach alfa değeri
VKİ	24.9±4.01	16.3-42.7	-
Ortoreksiya-11	26.3±4.8	12-41	0.717
SABBD Alt grup 1	13.3±5.6	0-30	0.796
SAHOSD Alt grup 2	3.5±2.14	0-12	0.592
SA	16.8±6.81	1-38	0.811
YAD	6.53±4.72	0-21	0.886

*VKİ: Vücut Kitle İndeksi, SABBD: Sağlık Anksiyetesi Bedensel Belirti Duyarlılığı, SAHOSD: Sağlık Anksiyetesi Hastalık Olumsuz Sonucu Duyarlılığı, SA: Sağlık Anksiyetesi, YAD: Yaygın Anksiyete Düzeyi

Ölçek puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması Tablo 3’te gösterilmiştir. Buna göre kadınların erkeklere göre VKİ değerlerinin daha düşük olduğu ($p<0.001$), SABBD alt grubunun daha yüksek olduğu ($p<0.001$), SA toplam ölçek puanının daha yüksek olduğu ($p=0.002$) tespit edilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların cinsiyeti ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçeklerin Puanları	Erkek Ort±SD	Kadın Ort±SD	p*
VKİ	26.2±3.6	23.6±4.04	<0.001
Ortoreksiya-11	26.4±5.01	26.06±4.5	0.443
SABBD alt grup	12.3±5.4	14.4±5.7	<0.001
SAHOSD alt grup	3.4±2.3	3.51±2.01	0.703
SA	15.8±6.7	17.9±6.8	0.002
YAD	6.1±4.5	7.0±5.0	0.062

*Bağımsız gruplarda t testi yapılmıştır.

** VKİ: Vücut Kitle İndeksi, SABBD: Sağlık Anksiyetesi Bedensel Belirti Duyarlılığı, SAHOSD: Sağlık Anksiyetesi Hastalık Olumsuz Sonucu Duyarlılığı, SA: Sağlık Anksiyetesi, YAD: Yaygın Anksiyete Düzeyi

Katılımcıların medeni haline göre ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 4’te gösterilmiştir. Buna göre evlilerin VKİ değerlerinin evli olmayanlara göre daha yüksek olduğu ($p<0.001$), evli olmayanların ORTO-11 puanının daha yüksek olduğu ($p<0.001$), evli olmayanların SABBD alt puanının daha yüksek olduğu ($p=0.002$) ve evli olmayanların YAD puanının daha yüksek olduğu ($p<0.001$) saptanmıştır.

Tablo 4. Katılımcıların medeni hali ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçek Puanları	Evli Ort±SD	Evli değil Ort±SD	p*
VKİ	26.6±3.5	23.1±3.8	<0.001
ORTO-11	25.5±4.9	27.1±4.5	<0.001
SABBD alt grup	12.5±5.8	14.2±5.3	0.002
SAHOSD alt grup	3.3±2.2	3.6±2.12	0.172
SA	15.8±7.1	17.8±6.3	0.003
YAD	5.4±4.3	7.8±5.0	<0.001

*Bağımsız gruplarda t testi yapılmıştır.

** VKİ: Vücut Kitle İndeksi, SABBD: Sağlık Anksiyetesi Bedensel Belirti Duyarlılığı, SAHOSD: Sağlık Anksiyetesi Hastalık Olumsuz Sonucu Duyarlılığı, SA: Sağlık Anksiyetesi, YAD: Yaygın Anksiyete Düzeyi

Çocuk sahibi olma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması aşağıda Tablo 5'te gösterilmiştir. Buna göre çocuğu olanların VKİ puanlarının daha yüksek olduğu ($p<0.001$), çocuğu olmayanların SABBD alt grup puanlarının çocuğu olanlara göre daha yüksek olduğu ($p=0.028$), SA toplam puanının çocuğu olmayanlarda daha yüksek olduğu ($p=0.033$), YAD puanının ise çocuğu olmayanlarda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$).

Tablo 5. Katılımcıların çocuk sahibi olma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçek Puanları	Çocuğu var Ort±SD	Çocuğu yok Ort±SD	p*
VKİ	26.9±3.5	23.3±3.7	<0.001
Ortoreksiya-11	25.3±4.9	27.1±4.6	<0.001
SABBD alt grup	12.6±5.9	13.9±5.4	0.028
SAHOSD alt grup	3.4±2.2	3.6±2.1	0.340
SA	16.0±7.21	17.4±6.4	0.033
YAD	5.6±4.2	7.3±5.02	<0.001

*Bağımsız gruplarda t testi yapılmıştır.

** VKİ: Vücut Kitle İndeksi, SABBD: Sağlık Anksiyetesi Bedensel Belirti Duyarlılığı, SAHOSD: Sağlık Anksiyetesi Hastalık Olumsuz Sonucu Duyarlılığı, SA: Sağlık Anksiyetesi, YAD: Yaygın Anksiyete Düzeyi

Katılımcıların diyetisyene gitme durumuna göre ölçek puanları Tablo'6 da aşağıda gösterilmiştir. Buna göre diyetisyene gitmemiş olanların gidenlere göre VKİ değerleri anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p=0.003$).

Tablo 6. Katılımcıların diyetisyene gitme durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçek Puanları	Diyetisyene gitmiş Ort±SD	Diyetisyene gitmemiş Ort±SD	p*
VKİ	26.0±4.81	24.6±3.7	0.003
Ortoreksiya-11	26.0±4.9	26.3±4.7	0.471
SABBD alt grup	13.4±6.01	13.3±5.5	0.859
SAHOSD alt grup	3.6±2.1	3.4±2.14	0.455
SA	17.0±7.1	16.7±6.7	0.703
YAD	6.5±5.04	6.5±4.6	0.943

*Bağımsız gruplarda t testi yapılmıştır.

** VKİ: Vücut Kitle İndeksi, SABBD: Sağlık Anksiyetesi Bedensel Belirti Duyarlılığı, SAHOSD: Sağlık Anksiyetesi Hastalık Olumsuz Sonucu Duyarlılığı, SA: Sağlık Anksiyetesi, YAD: Yaygın Anksiyete Düzeyi

Katılımcıların kronik hastalık varlığı ile ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 7’de gösterilmiştir. Buna göre kronik hastalığı olanların VKİ değerleri anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır (p=0.014). SA ölçek puanı kronik hastalığı olanlarda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0.001).

Tablo 7. Katılımcıların kronik hastalık varlığına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçek Puanları	Kronik hastalığı olan Ort±SD	Kronik hastalığı olmayan Ort±SD	p*
VKİ	26.0±4.3	24.7±3.9	0.014
Ortoreksiya-11	25.7±4.4	26.4±4.9	0.252
SABBD alt grup	15.5±6.1	12.8±5.4	<0.001
SAHOSD alt grup	3.9±2.3	3.4±2.1	0.083
SA	19.3±7.5	16.2±6.5	<0.001
YAD	7.4±5.04	6.3±4.6	0.081

*Bağımsız gruplarda t testi yapılmıştır.

** VKİ: Vücut Kitle İndeksi, SABBD: Sağlık Anksiyetesi Bedensel Belirti Duyarlılığı, SAHOSD: Sağlık Anksiyetesi Hastalık Olumsuz Sonucu Duyarlılığı, SA: Sağlık Anksiyetesi, YAD: Yaygın Anksiyete Düzeyi

Katılımcıların spor yapma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması aşağıda Tablo 8’de gösterilmiştir. Buna göre düzenli spor yapmayanların Ortoreksiya-11 ölçek puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0.006).

Tablo 8. Katılımcıların düzenli spor yapma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçek Puanları	Düzenli spor yapan Ort±SD	Düzenli spor yapmayan Ort±SD	p*
VKİ	24.4±3.7	25.2±4.11	0.117
Ortoreksiya-11	25.1±4.3	26.6±4.9	0.006
SABBD alt grup	13.2±5.1	13.3±5.8	0.880
SAHOSD alt grup	3.5±2.21	3.5±2.1	0.828
SA	16.7±6.4	16.8±6.9	0.954
YAD	6.4±4.6	6.6±4.8	0.790

*Bağımsız gruplarda t testi yapılmıştır.

** VKİ: Vücut Kitle İndeksi, SABBD: Sağlık Anksiyetesi Bedensel Belirti Duyarlılığı, SAHOSD: Sağlık Anksiyetesi Hastalık Olumsuz Sonucu Duyarlılığı, SA: Sağlık Anksiyetesi, YAD: Yaygın Anksiyete Düzeyi

Katılımcıların takviye ilaç alma durumuna göre puanlarının karşılaştırılması Tablo 9’da gösterilmiştir. Buna göre takviye ilaç alanların VKİ’si anlamlı derecede düşük ($p<0.001$), SA ölçek puanları yüksek ($p<0.001$) ve YAD puanları anlamlı derecede yüksek ($p=0.028$) bulunmuştur.

Tablo 9. Katılımcıların takviye ilaç alma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçek Puanları	Takviye ilaç alan Ort±SD	Takviye ilaç almayan Ort±SD	p*
VKİ	24.3±4.2	25.9±3.6	<0.001
Ortoreksiya-11	26.1±4.5	26.5±5.1	0.367
SABBD alt grup	14.5±5.6	11.7±5.4	<0.001
SAHOSD alt grup	3.6±2.1	3.3±2.2	0.213
SA	18.0±6.7	15.0±6.7	<0.001
YAD	7.0±4.9	5.9±4.4	0.028

*Bağımsız gruplarda t testi yapılmıştır.

** VKİ: Vücut Kitle İndeksi, SABBD: Sağlık Anksiyetesi Bedensel Belirti Duyarlılığı, SAHOSD: Sağlık Anksiyetesi Hastalık Olumsuz Sonucu Duyarlılığı, SA: Sağlık Anksiyetesi, YAD: Yaygın Anksiyete Düzeyi

D vitamini kullanma durumuna göre katılımcıların ölçek puanlarının karşılaştırılması aşağıda, Tablo 10’da gösterilmiştir. Buna göre VKİ’nin D vitamini kullananlarda anlamlı şekilde düşük ($p=0.001$), SA ölçek puanının anlamlı düzeyde yüksek ($p<0.001$), YAD puanının ise anlamlı düzeyde yüksek ($p=0.040$) olduğu saptanmıştır.

Tablo 10. D vitamini kullanan ve kullanmayan katılımcıların ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçek Puanları	D vitamini kullanan Ort±SD	D vitamini kullanmayan Ort±SD	p*
VKİ	24.1±4.1	25.5±3.9	.0.001
Ortoreksiya-11	26.1±4.6	26.3±4.9	0.689
SABBD alt grup	14.7±5.8	12.5±5.4	<0.001
SAHOSD alt grup	3.7±2.03	3.3±2.2	0.093
SA	18.3±6.8	15.8±6.7	<0.001
YAD	7.1±5.04	6.2±4.5	0.040

*Bağımsız gruplarda t testi yapılmıştır.

** VKİ: Vücut Kitle İndeksi, SABBD: Sağlık Anksiyetesi Bedensel Belirti Duyarlılığı, SAHOSD: Sağlık Anksiyetesi Hastalık Olumsuz Sonucu Duyarlılığı, SA: Sağlık Anksiyetesi, YAD: Yaygın Anksiyete Düzeyi

B12 vitaminin kullanma durumuna göre ölçek puanı karşılaştırılması aşağıda Tablo 11’de gösterilmiştir. Buna göre B12 kullananların VKİ puanları anlamlı düzeyde düşük, SA ölçek puanı ise anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır(p=0.020).

Tablo 11. B12 vitamini kullanan ve kullanmayan katılımcıların ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçek Puanları	B12 kullanan Ort±SD	B12 kullanmayan Ort±SD	p*
VKİ	23.9±3.9	25.5±4.0	<0.001
Ortoreksiya-11	26.2±4.4	26.3±5.0	0.757
SABBD alt grup	14.4±5.7	12.8±5.5	0.007
SAHOSD alt grup	3.5±2.1	3.4±2.2	0.724
SA	17.9±6.7	16.2±6.8	0.020
YAD	6.6±4.9	6.5±4.7	0.823

*Bağımsız gruplarda t testi yapılmıştır.

** VKİ: Vücut Kitle İndeksi, SABBD: Sağlık Anksiyetesi Bedensel Belirti Duyarlılığı, SAHOSD: Sağlık Anksiyetesi Hastalık Olumsuz Sonucu Duyarlılığı, SA: Sağlık Anksiyetesi, YAD: Yaygın Anksiyete Düzeyi

Demir kullanma durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 12’de gösterilmiştir. Buna göre demir kullanmayanların VKİ ölçek puanı yüksek (p<0.001), Orto-11 ölçek puanı yüksek (p=0.034), SA ölçek puanı anlamlı yüksek (p<0.001) ve YAD ölçek puanı anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0.001).

Tablo 12. Demir kullanan ve kullanmayan katılımcıların ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçek Puanları	Demir kullanan Ort±SD	Demir kullanmayan Ort±SD	p*
VKİ	23.7±4.1	25.5±3.9	<0.001
Ortoreksiya-11	25.5±4.5	26.6±4.9	0.034
SABBD alt grup	15.3±5.5	12.4±5.5	<0.001
SAHOSD alt grup	3.7±2.0	3.4±2.2	0.253
SA	18.9±6.6	15.8±6.7	<0.001
YAD	6.0±4.5	7.7±5.0	0.001

*Bağımsız gruplarda t testi yapılmıştır.

** VKİ: Vücut Kitle İndeksi, SABBD: Sağlık Anksiyetesi Bedensel Belirti Duyarlılığı, SAHOSD: Sağlık Anksiyetesi Hastalık Olumsuz Sonucu Duyarlılığı, SA: Sağlık Anksiyetesi, YAD: Yaygın Anksiyete Düzeyi

Kalsiyum kullanma durumuna göre katılımcıların ölçek puanları aşağıdaki Tablo 13'te gösterilmiştir. Buna göre ölçek puanları ile kalsiyum kullanma durumu arasında anlamlı bir fark görülmemiştir.

Tablo 13. Kalsiyum kullanan ve kullanmayan katılımcıların ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçek Puanları	Kalsiyum kullanan Ort±SD	Kalsiyum kullanmayan Ort±SD	p*
VKİ	26.0±4.4	24.9±4.0	0.153
Ortoreksiya-1	26.3±4.2	26.3±4.8	0.987
SABBD alt grup	15.0±6.3	13.2±5.6	0.085
SAHOSD alt grup	3.9±2.0	3.4±2.2	0.248
SA	18.9±7.04	16.7±6.8	0.073
YAD	7.7±5.8	6.4±4.6	0.157

*Bağımsız gruplarda t testi yapılmıştır.

** VKİ: Vücut Kitle İndeksi, SABBD: Sağlık Anksiyetesi Bedensel Belirti Duyarlılığı, SAHOSD: Sağlık Anksiyetesi Hastalık Olumsuz Sonucu Duyarlılığı, SA: Sağlık Anksiyetesi, YAD: Yaygın Anksiyete Düzeyi

Katılımcıların magnezyum kullanma durumları ile göre ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 14'te gösterilmiştir. Buna göre ölçek puanları ile magnezyum kullanma durumu arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (Tüm p'ler >0.05).

Tablo 14. Magnezyum kullanan ve kullanmayan katılımcıların ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçek Puanları	Magnezyum kullanan Ort±SD	Magnezyum kullanmayan Ort±SD	p*
VKİ	24.6±3.8	25.1±4.1	0.344
Ortoreksiya-11	26.1±4.4	26.3±4.9	0.728
SABBD alt grup	13.8±5.2	13.2±5.8	0.332
SAHOSD alt grup	3.3±2.0	3.5±2.2	0.463
SA	17.1±6.1	16.7±7.0	0.566
YAD	6.4±5.1	6.6±4.6	0.755

*Bağımsız gruplarda t testi yapılmıştır.

** VKİ: Vücut Kitle İndeksi, SABBD: Sağlık Anksiyetesi Bedensel Belirti Duyarlılığı, SAHOSD: Sağlık Anksiyetesi Hastalık Olumsuz Sonucu Duyarlılığı, SA: Sağlık Anksiyetesi, YAD: Yaygın Anksiyete Düzeyi

Çinko kullanma durumuna göre katılımcıların ölçek puanlarının karşılaştırılması aşağıda, Tablo 15'te gösterilmiştir. Buna göre çinko takviyesi almayanların VKİ ölçek puanı (p=0.029) ve Ortoreksiya-11 puanı (p=0.008) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Tablo 15. Çinko kullanan ve kullanmayan katılımcıların ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçek Puanları	Çinko kullanan Ort±SD	Çinko kullanmayan Ort±SD	p*
VKİ	23.7±3.9	25.1±4.0	0.029
Ortoreksiya-11	24.4±4.2	26.5±4.8	0.008
SABBD alt grup	14.5±5.1	13.2±5.7	0.141
SAHOSD alt grup	3.7±1.9	3.4±2.2	0.499
SA	18.2±6.1	16.6±6.9	0.152
YAD	5.7±3.6	6.6±4.8	0.238

*Bağımsız gruplarda t testi yapılmıştır.

** VKİ: Vücut Kitle İndeksi, SABBD: Sağlık Anksiyetesi Bedensel Belirti Duyarlılığı, SAHOSD: Sağlık Anksiyetesi Hastalık Olumsuz Sonucu Duyarlılığı, SA: Sağlık Anksiyetesi, YAD: Yaygın Anksiyete Düzeyi

Katılımcıların kollajen kullanma durumuna göre ölçek puanları aşağıdaki Tablo 16'da gösterilmiştir. Buna göre kollajen kullanma durumuna göre ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. (Tüm p'ler>0.005)

Tablo 16. Kollajen alan ve almayan katılımcıların ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçek Puanları	Kollajen alan Ort±SD	Kollajen almayan Ort±SD	p*
VKİ	25.3±3.3	25.0±4.1	0.656
Ortoreksiya-11	25.2±3.8	26.3±4.8	0.301
SABBD alt grup	13.0±6.04	13.3±5.6	0.777
SAHOSD alt grup	3.7±2.3	3.5±2.1	0.626
SA	16.6±6.8	16.8±6.8	0.935
YAD	6.2±5.4	6.5±4.7	0.761

*Bağımsız gruplarda t testi yapılmıştır.

** VKİ: Vücut Kitle İndeksi, SABBD: Sağlık Anksiyetesi Bedensel Belirti Duyarlılığı, SAHOSD: Sağlık Anksiyetesi Hastalık Olumsuz Sonucu Duyarlılığı, SA: Sağlık Anksiyetesi, YAD: Yaygın Anksiyete Düzeyi

Katılımcıların C vitamini kullanma durumuna göre ölçek puanları aşağıdaki Tablo 17’de gösterilmiştir. Buna göre C vitamini kullanma durumuna göre ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tüm p’ler>0.05).

Tablo 17. C vitamini kullanan ve kullanmayan katılımcıların ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçek Puanları	C vitamini kullanan Ort±SD	C vitamini kullanmayan Ort±SD	p*
VKİ	24.9±4.1	25.0±4.01	0.741
Ortoreksiya-11	25.4±4.6	26.5±4.8	0.066
SABBD alt grup	13.9±5.4	13.1±5.7	0.212
SAHOSD alt grup	3.4±1.9	3.5±2.2	0.787
SA	17.4±6.3	16.6±7.0	0.343
YAD	7.1±5.1	6.4±4.6	0.168

*Bağımsız gruplarda t testi yapılmıştır.

** VKİ: Vücut Kitle İndeksi, SABBD: Sağlık Anksiyetesi Bedensel Belirti Duyarlılığı, SAHOSD: Sağlık Anksiyetesi Hastalık Olumsuz Sonucu Duyarlılığı, SA: Sağlık Anksiyetesi, YAD: Yaygın Anksiyete Düzeyi

Katılımcıların diyetisyene gitme sebebi ile ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 18’de gösterilmiştir. Buna göre hastalık/sağlıklı beslenme sebebiyle diyetisyene giden katılımcıların VKİ ölçek puanları kilo vermek için gidenlere göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p<0.001).

Tablo 18. Diyetisyene gitme sebebine göre katılımcıların ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçek Puanları	Kilo verme Ort±SD	Hastalıktan /sağlıklı beslenme Ort±SD	p*
VKİ	28.2±4.3	24.4±3.7	<0.001
Ortoreksiya-11	25.2±5.2	26.4±4.7	0.064
SABBD alt grup	12.7±6.3	13.4±5.5	0.399
SAHOSD alt grup	3.5±2.04	3.5±2.2	0.971
SA	16.2±7.2	16.9±6.7	0.492
YAD	6.6±4.9	6.5±4.7	0.882

*Bağımsız gruplarda t testi yapılmıştır.

** VKİ: Vücut Kitle İndeksi, SABBD: Sağlık Anksiyetesi Bedensel Belirti Duyarlılığı, SAHOSD: Sağlık Anksiyetesi Hastalık Olumsuz Sonucu Duyarlılığı, SA: Sağlık Anksiyetesi, YAD: Yaygın Anksiyete Düzeyi

Katılımcıların meslek gruplarına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 19’da gösterilmiştir. Buna göre meslekler arasında SABBD alt grup puanı açısından anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$). Yapılan post hoc analizlerde çalışmayan kişilerin SABBD alt grup puanları esnaf ($p<0.001$) ve memurların ($p=0.028$) puanından anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Esnafın puanı da işçi/çiftçi ($p=0.031$) ve öğrencilerin ($p<0.001$) puanından anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Öğrencilerin puanı da memurlarinkinden ($p=0.016$) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Meslek gruplarına göre SA toplam ölçek puanında bulunan farkın ($p<0.001$), esnaf olanların SA puanlarının çalışmayanlar ($p=0.003$) ve öğrencilerinkinden ($p=0.003$) daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. YAD ölçek puanlarına bakıldığında ise ($p<0.001$) bu gruptaki farklılık öğrencilerin YAD puanlarının esnaf ($p=0.001$) ve memurların ($p<0.001$) puanından daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Tablo 19. Meslek gruplarına göre katılımcıların ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçekler ve puanları	Çalışmıyor Ort±SD	Esnaf Ort±SD	Memur Ort±SD	İşçi/Çiftçi Ort±SD	Öğrenci Ort±SD	p*
VKİ	27.3±2.8	26.0±4.4	25.3±3.8	25.7±3.9	22.7±3.6	<0.001
Ortoreksiya-11	24.8±3.8	26.3±4.8	26±4.7	26.6±5.6	26.9±4.7	0.255
SABBD grup	15.8±6.5	10.8±4.5	12.6±5.3	13.7±6.4	14.8±5.4	<0.001
SAHOSD grup	3.7±2.2	3.3±2.1	3.5±2.1	3.7±2.7	3.3±2.1	0.801
SA	19.6±7.9	14.1±5.6	16.1±6.5	8.1±1.04	18.1±6.2	<0.001
YAD	6.4±5.2	5.7±4.4	5.6±4.1	6.6±5.3	8.6±4.8	<0.001

*Bağımsız gruplarda Welch ANOVA testi kullanılmıştır.

** VKİ: Vücut Kitle İndeksi, SABBD: Sağlık Anksiyetesi Bedensel Belirti Duyarlılığı, SAHOSD: Sağlık Anksiyetesi Hastalık Olumsuz Sonucu Duyarlılığı, SA: Sağlık Anksiyetesi, YAD: Yaygın Anksiyete Düzeyi

Katılımcıların eğitim düzeyine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 20’de gösterilmiştir. Buna göre eğitim düzeyine göre VKİ açısından anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$). Bu gruptaki farklılığın ilkokul eğitim düzeyi grubundakilerin VKİ değerlerinin ($p<0.001$) üniversite ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip bireylere göre ($p<0.001$) anlamlı düzeyde yüksek olmasından kaynaklandığı saptanmıştır. Ayrıca lise düzeyinde eğitime sahip olanların VKİ’sinin üniversite ($p=0.022$) ve lisansüstü düzeyinde eğitime sahip olanlarınkinden ($p=0.022$) daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 20. Katılımcıların ölçek puanlarının eğitim düzeylerine göre karşılaştırılması

Ölçekler ve puanları	İlköğretim Ort±SD	Lise Ort±SD	Üniversite Ort±SD	Lisansüstü Ort±SD	p*
VKİ	27.5±3.3	26.4±3.6	24.6±4.1	24.3±3.7	<0.001
Ortoreksiya-11	25.1±5.3	26.1±4.9	26.5±4.7	26.1±4.9	0.537
SABBD alt grup	15.1±6.5	13.5±5.8	13.02±5.6	13.3±5.4	0.293
SAHOSD alt grup	3.6±2.3	3.7±2.6	3.6±2.1	3.6±2.1	0.722
SA	18.7±7.9	17.2±7.04	16.3±6.7	16.9±6.7	0.345
YAD	6.7±4.6	6.9±5.1	6.6±4.8	6.0±4.4	0.654

*One Way ANOVA veya Welch ANOVA testi kullanılmıştır.

** VKİ: Vücut Kitle İndeksi, SABBD: Sağlık Anksiyetesi Bedensel Belirti Duyarlılığı, SAHOSD: Sağlık Anksiyetesi Hastalık Olumsuz Sonucu Duyarlılığı, SA: Sağlık Anksiyetesi, YAD: Yaygın Anksiyete Düzeyi

Katılımcıların gelir düzeyine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 21’de aşağıda verilmiştir. Buna göre SABBD alt grubunda gelir düzeyine göre anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.031$). Yapılan alt grup analizlerinde SABBD alt grubundakiler için geliri giderinden yüksek olanlar ile gideri gelirinden yüksek olanlar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.024$). Buradaki farkın SABBD alt grubu puanlarının geliri giderinden fazla olanların gideri gelirinden büyük olanlardan daha düşük çıkmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. SA toplam ölçek puanları ile gelir düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.034$). Buna göre farkın gelir düzeyi yüksek olanlar ile gider düzeyi yüksek olanlar arasında olduğu ($p=0.028$), anlamlılığın geliri giderinden yüksek olanların SA Toplam puanlarının gideri gelirinden yüksek olanlardan daha düşük olmasından kaynaklandığı post hoc testlerde tespit edilmiştir. YAD ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Buradaki farkın geliri giderinden fazla olanların ölçek puanlarının gideri gelirinden fazla olanlardan daha düşük olmasından kaynaklandığı post hoc testlerle saptanmıştır.

Tablo 21. Katılımcıların ölçek puanlarının gelir düzeylerine göre karşılaştırılması

Ölçekler ve puanları	Gelir>Gider Ort±SD	Gelir=Gider Ort±SD	Gelir<Gider Ort±SD	*p
VKİ	24.4±3.3	25.2±3.9	25.1±4.6	0.129
Ortoreksiya-11	25.9±5.3	26.5±4.5	26.3±4.8	0.595
SABBD alt grup	12.2±5.4	13.4±5.6	14.03±5.8	0.031
SAHOSD alt grup	3.5±2.04	3.2±2.2	3.8±2.1	0.057
SA	15.6±6.5	16.6±6.7	17.8±7.0	0.034
YAD	5.4±4.4	6.4±4.8	7.5±4.8	0.002

*One Way ANNOVA veya Welch ANOVA testi kullanılmıştır.

** VKİ: Vücut Kitle İndeksi, SABBD: Sağlık Anksiyetesi Bedensel Belirti Duyarlılığı, SAHOSD: Sağlık Anksiyetesi Hastalık Olumsuz Sonucu Duyarlılığı, SA: Sağlık Anksiyetesi, YAD: Yaygın Anksiyete Düzeyi

Anksiyete varlığına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 22’de gösterilmiştir. Buna göre Ortoreksiya-11 ölçek puanında anksiyetesi olan ve olmayanlar arasında anlamlı düzeyde fark görülmemiştir ($p=0.375$). Anksiyetesi olmayanlarda VKİ anlamlı düzeyde yüksek ($p=0.037$), SA ölçek puanı anlamlı düzeyde düşük ($p<0.001$) saptanmıştır.

Tablo 22. Anksiyete varlığına göre katılımcıların ölçek puanlarının karşılaştırılması

Ölçek Puanları	Anksiyete var Ort±SD	Anksiyete yok Ort±SD	p*
VKİ	24.3±4.3	25.2±3.9	0.037
Ortoreksiya-11	25.9±4.8	26.4±4.9	0.375
SABBD alt grup	15.9±5.8	12.3±5.3	<0.001
SAHOSD alt grup	4.2±2.3	3.2±2.0	<0.001
SA	20.1±7.0	15.51±6.3	<0.001

*Bağımsız gruplarda t testi yapılmıştır.

** VKİ: Vücut Kitle İndeksi, SABBD: Sağlık Anksiyetesi Bedensel Belirti Duyarlılığı, SAHOSD: Sağlık Anksiyetesi Hastalık Olumsuz Sonucu Duyarlılığı, SA: Sağlık Anksiyetesi, YAD: Yaygın Anksiyete Düzeyi

Katılımcıların yaş ve ölçek puanlarının korelasyon tablosu Tablo 23’te gösterilmiştir. Bu tabloya göre yaşla Orto-11 ($r=-0.133$, $p=0.007$), SA ($r=-0.142$, $p=0.004$) ve YAD-7 ($r=-0.227$, $p<0.001$) arasında anlamlı ve ters orantılı ilişki tespit edilmiştir. Orto-11 ve SA ölçek puanları arasında anlamlı ve negatif yönlü ilişki ($r=-0.130$, $p=0.008$) olduğu saptanmıştır. SA ve YAD-7 ölçek puanları arasında anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0.412$, $p<0.001$) ilişki tespit edilmiştir.

Tablo 23. Bütün katılımcıların yaş, VKİ ve ölçek puanlarının birbiri ile korelasyonu*

Veriler	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Yaş (1)	1					
VKİ (2)	0.498**	1				
Ortoreksiya-11 (3)	-0.133**	-0.027	1			
SABBD (4)	-0.150**	-0.075	-0.145**	1		
SAHOSD (5)	-0.057	0.032	-0.029	0.409**	1	
SA (6)	-0.142**	-0.053	-0.130**	0.958**	0.653**	1
YAD (7)	-0.227**	-0.094	-0.055	0.398**	0.261**	0.412**

* $p < 0.01$, *Sayısal ilişkileri belirlemek için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

** VKİ: Vücut Kitle İndeksi, SABBD: Sağlık Anksiyetesi Bedensel Belirti Duyarlılığı, SAHOSD: Sağlık Anksiyetesi Hastalık Olumsuz Sonucu Duyarlılığı, SA: Sağlık Anksiyetesi, YAD: Yaygın Anksiyete Düzeyi

5. TARTIŞMA

Doğru beslenme bireylerin hayatlarını sorunsuz bir şekilde devam ettirebilmesi ve hastalıklardan korunabilmesi açısından önem taşır. Yetersiz ve dengesiz beslenme durumunda hem fiziksel hem de ruhsal açıdan bazı problemler ortaya çıkabilir. Bu durum bağışıklık sistemi başta olmak üzere birçok sistemde bozulmalara yol açarak hayat kalitesine negatif yönde etki edebilir (2). Bu sebeple üzerinde durulması gereken bir konudur. Çalışmamızda bir yeme bozukluğu türü olan ortoreksiya nervoza ele alınmıştır. Çalışmamız Dicle Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran bireylere uygulanmıştır. Bu bireylerin ortoreksiya nervozaya eğilimi, sağlık anksiyetesi ve yaygın anksiyete bozukluğu ile ilişkisi incelenmiştir. Katılımcıların %53'ü erkek, %47'si kadındır. Yaş ortalaması 33.8 ± 10.9 'dur. Çalışmamızda Orto-11 ölçeği, Sağlık Anksiyetesi Evanteri ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 testi kullanılmıştır.

Arusoglu (83) 2006 yılında Ankara'da Hacettepe Üniversitesi çalışanları üzerinde yaptığı ve ortoreksiyanın belirtilerini incelediği ve 19-66 yaş arasındaki bireylere uyguladığı çalışmasında ORTO-15 ölçeğini kullanmıştır. Bu çalışmaya göre eğitim düzeyi azaldıkça ortoreksiyaya eğilimin daha fazla olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda ise ORTO-11 ölçeği kullanılmıştır. Çalışmamızda eğitim düzeyi ile ortoreksiya eğilimi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bunun sebebi çalışmaların örneklemelerinin farklı özelliklerde olması olabilir. Hastane çalışanları sağlık bilgisine daha kolay ulaşabildiğinden sağlıklı yaşamaya ve bedensel algılara karşı daha hassas olabilir. Bu da ortoreksiya eğilimine daha yatkın olmalarına sebebiyet verebilir. Ayrıca bizim çalışmamızda genel popülasyonun kullanılması ve genel popülasyonda düşük eğitim düzeyinin daha çok düşük sosyoekonomik düzeyle alakalı olabilmesi de etken olabilir. Hastane popülasyonunda eğitim düzeyi düşük olsa bile belirli bir sosyoekonomik standart olduğu düşünülmektedir. Kullanılan bu iki farklı ölçeğin tutarlılık ve güvenilirlik düzeyinin farklı olması da bu sonuca yol açmış olabilir. ORTO-15 ölçeğinin orijinal ölçek olup ORTO-11 ölçeğinin ise ORTO-15 ölçeğinin kısaltılmış ve geliştirilmiş versiyonunun olmasının bu farkı açıklayabileceği düşünülmektedir. Alshaibani ve arkadaşlarının (84) tüm popülasyonlarda ve dil versiyonlarında ORTO-11/12/15/R ölçeğini kullanarak yaptığı ve 21 çalışmanın

incelendiği meta-analiz çalışmasında yaşın ve cinsiyetin bu ölçeklerdeki güvenilirliği yeterince etkilemediği sonucuna varılmıştır.

Aydemir ve arkadaşlarının (85) Erzurum'da 2013 yılında yaptığı Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe için güvenilirlik ve geçerliliğini incelediği, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği yanı sıra Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği, Bedensel Belirtileri Abartma Ölçeği ve Sürekli Kaygı Envanteri'ni kullandığı çalışmasında somatoform bozukluk ve anksiyete bozukluğunun görüldüğü kişilerde kontrol gruplarına göre sağlık anksiyetesi görülme oranının anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bunun sonucunda sağlık anksiyetesinin Türkçe sürümünün güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır. Nitekim bizim çalışmamızda da sağlık anksiyetesi ve YAD-7 ölçek puanları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Bu da yaygın anksiyete bozukluğu olan bireylerin vücutlarındaki en ufak değişikliklere daha duyarlı olup kendilerini negatif düşüncelere daha kolay yönlendirebilmelerine ve bu iki anksiyete türünün birbirlerini tetiklemelerine bağlanabilir.

Karadayı'nın (83) 2020 yılında İstanbul'da yaşları 18 ile 45 arasında değişen 203 kadın 178 erkek katılımcı üzerinden yaptığı, Yeme Tutum Testi, ORTO-11 ölçeği, Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği, Obsesif İnanışlar Ölçeği ve Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'ni kullandığı çalışmasında ortoreksiya ve bozuk yeme tutumlarının beden imgesi, sağlık kaygısı ve obsesif inançlarla olan ilişkisi incelenmiştir. Bu çalışmanın sonucunda sağlık anksiyetesinin artması ile birlikte kişilerde fiziksel görünüme verilen önemin artmasına bağlı olarak ortoreksiya nervozaya olan eğilimin de arttığı görülmüştür. Bizim çalışmamızda ise Sağlık Anksiyetesi Evanteri ile ORTO-11 ölçek puanları arasında genel kanının aksine anlamlı ve ters bir ilişki saptanmıştır. Bunun sebebinin Karadayı'nın çalışma yaptığı dönemde pandeminin etkisiyle beraber sağlık kaygısının o dönemde daha fazla olması, örneklem arasındaki farklılıklar olduğu kanısına varılmıştır. Ayrıca bizim çalışmamızda bazı bireylerin sağlıklı beslenme takıntısını anksiyete düzeylerini azaltmak için gösterdikleri de düşünülebilir. Buna ek olarak çalışmamızın üçüncü basamak bir üniversite hastanesinin aile hekimliği polikliniğinde yapılması ve randomizasyon sağlanamamış olması da sebep olarak gösterilebilir.

Yeşil ve arkadaşlarının (86) Ankara'nın Çankaya ilçesinde yaptığı, yetişkinlerde cinsiyetin ortoreksiya nervoza eğilimine etkisinin incelendiği 618 kişinin

katıldığı ve ORTO-11 ölçeğinin kullanıldığı çalışmada kadın katılımcıların erkeklere göre daha fazla ortoreksiya eğilimi gösterdiği saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise cinsiyetler arasında belirgin bir fark saptanmamıştır. Bunun sebebinin Yeşil ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların büyük çoğunluğunu kadın bireylerin oluşturması (399 kadın, 219 erkek) bizim çalışmamızda ise örnekleme erkek katılımcı sayısının biraz daha fazla olması olduğu kanaatine varılmıştır. Ayrıca çalışmanın yürütüldüğü popülasyonun farklı olması da etken olabilir. Ortoreksiya eğiliminin kültürden kültüre değişebileceği de dikkate alınmalıdır.

Arusoğlu'nun (83) sağlıklı beslenme takıntısının belirtilerini inceleyen 19-66 yaş aralığındaki bireylere uyguladığı ve ORTO-15 testini kullandığı çalışmasında ise yaş ile ortoreksik eğilimin doğru orantılı olduğu saptanmıştır. Yeşil ve arkadaşlarının (86) çalışmasında yaş ile ORTO-11 arasında negatif yönlü ancak istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır. Çalışmamızda ise yaş ile ORTO-11, YAD-7 ve SA ölçek puanları arasındaki ilişki anlamlı ve literatürle uyumlu bir şekilde negatif yönlü olarak tespit edilmiştir. Bunun sebebi olarak Arusoğlu'nun çalışmasında farklı ölçek kullanmış olması, ORTO-11 ölçeğinin ORTO-15 ölçeğine göre ortoreksiya eğilimini belirlerken daha seçici olduğunun bildirilmiş olması gösterilebilir. Ölçeklerin duyarlılığının farklı olmasının farklı sonuçların çıkmasına sebebiyet verebileceği düşünülmektedir.

Özcan ve arkadaşları (87) tarafından 2006 da bir üniversite hastanesinin psikiyatri polikliniğine başvuran 99 adet hasta üzerinde yapılan yaygın anksiyete bozukluğunun diğer değişkenlerle ve diğer anksiyete ve depresif bozukluklarla ilişkisinin incelendiği çalışmada yaygın anksiyete bozukluğu kadınlarda ve evlilerde daha yüksek bulunmuştur. Esen ve arkadaşlarının (88) 2018 yılında yaptığı, 19-66 yaş aralığındaki bireylere uyguladığı Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Kişilerin Sağlık Anksiyetesi Ölçeği ile Değerlendirildiği çalışmada ise evli bireylerde sağlık anksiyetesi puanlarının evli olmayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Arusoğlu ve arkadaşlarının (48) 2008'de yaptığı ortoreksiya nervoza ve ORTO-11'in Türkçe'ye uyarlandığı çalışmalarında evlilerin evli olmayanlara göre daha fazla ortoreksiya eğiliminde oldukları saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise evli olmayanların bütün ölçek puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bunun sebebinin evli olmayanların daha fazla sosyal medya etkisi altında kalarak fiziksel

özelliklerine dikkat etmek istemeleri, sorumlulukları daha az olduğundan daha fazla boş vakitlerinin olması ve beslenme alışkanlıklarına daha fazla vakit ayırabilmeleri, bekarken yeme alışkanlıklarının bir düzene bağlı olmaması olabilir. Gelecek kaygısı, bireysellik ve çevre baskısının da yaygın anksiyetenin evli olmayanlarda daha fazla görülmesine sebebiyet verebileceği düşünülmüştür.

Çalışmamız farklı meslek gruplarındaki bireyler üzerinde yapılmıştır. Çalışmamıza göre çalışmayan bireylerin SABBD alt grup puanları esnaf ve memurların puanına göre daha yüksek bulunmuştur. Bunun sebebinin çalışmayan bireylerde maddi kaygı ve gelecek kaygısının anksiyeteyi tetiklemesi, maddi sıkıntılardan dolayı yeterli düzeyde beslenmenin sağlanamaması ve bunun da sağlık kaygısına yol açması, uğraşsızlık olduğu düşünülmektedir. Esnafların puanı da işçi/çiftçi meslek grubu ve öğrencilere göre daha düşük bulunmuştur. Bunun sebebi öğrencilerin genellikle yurttan kalmasına bağlı olarak yeterli ve dengeli beslenmeyi sağlayamaması, maddi gelirlerinin kısıtlı olması, sınav stresi, aileden uzak kalma olabilir. Çiftçilerin topraktan gelen mahsüle bağımlı olması, sabit bir gelirin olmaması ve bunun kaygıya yol açması da sebep olarak gösterilebilir. Ayrıca işçilerdeki ve memurlardaki ast/üst ilişkisi de kaygı düzeyinin artma sebebi olabilir.

Demir tarafından (89) Konya'nın merkez ilçelerinde 2021 yılında yetişkin bireylerin sağlık kaygı düzeylerinin incelendiği bir çalışma yapılmıştır. Çalışmaya 404 katılımcı dahil edilmiştir. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Yalnızlık Ölçeği ve Sağlık Anksiyetesi Ölçeği kullanılmıştır. Bu çalışmaya göre gelir düzeyi düşük olanların sağlık kaygısı daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu bir şekilde gelir düzeyi ile sağlık anksiyetesi arasında ters ilişki saptanmıştır. Bundan maddi sıkıntıların sağlık kaygısını arttırdığı sonucu çıkarılmıştır. Maddi yetersizlikten kaynaklı doğru ve dengeli beslenememenin bireylerde sağlık ve gelecek adına endişe oluşturmalarının kaçınılmaz olduğu düşünülmektedir.

Aşık ve arkadaşları (90) Antalya'da Akdeniz Üniversitesi'nde 2016 yılında Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran hastalar üzerinde metabolik sendrom ve obezitenin değerlendirildiği bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmaya 18-70 yaş arasında olan 201 kişi katılmıştır. Herhangi bir obezite tedavisi almayan hastaların diyet yapma öyküleri sorgulanmıştır. Çalışmaya göre vücut kitle indeksi arttıkça yaş ortalaması artmaktadır. Vücut kitle indeksinin artmasıyla diyet yapma oranının arttığı tespit

edilmiştir. Ancak vücut kitle indeksinin artmasıyla diyetisyene başvurma oranının artmadığı saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise diyetisyene gitmemiş olanların gidenlere göre vücut kitle indeksi değerleri anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. VKİ değerleri düşük bireylerin diyetisyene gitmediği için düşük olmadığı, VKİ değerleri düşük olduğu için diyetisyene gitmedikleri düşünülmektedir. Zayıf olduklarından diyetisyene ihtiyaç duymamakla birlikte diyetisyeni sadece kilo vermeye yardımcı bir araç olarak görüyor olabilecekleri unutulmamalıdır. Aşık ve arkadaşlarının (90) çalışmasındaki VKİ değerleri yüksek bireyler ise diyetisyene sağlık problemi gibi başka sebeplerle başvurmuş olabileceğinden diyetisyene gitme oranı yüksek çıkmış olabilir. Ayrıca bu iki çalışma arasındaki farkın yer ve zaman farklılıklarından, örneklem farklılıklarından, kültürel ve çevresel farklılıklardan da kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

2017 yılında yayımlanan Atadağ ve arkadaşlarının (91) İstanbul Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne çeşitli sebeplerle gelen hastalar üzerinde yaptığı retrospektif çalışmada vitamin B12 ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu çalışmada 255852 katılımcı incelenmiştir. Çalışmada B12 eksikliği ile depresyon ve anksiyete arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bizim çalışmamızda ise B12 kullanan bireylerde VKİ değerleri anlamlı düzeyde düşük, sağlık anksiyetesi ölçek puanı ise anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi sağlık anksiyetesi olan bireylerin genel olarak takviye almaya daha fazla eğilimli olması, veya kaygı duyduğunda meydana gelen semptomları B12 vitamini eksikliğine yorması olarak açıklanabilir. B12 vitamini kullanan bireylerin anksiyetesinin olmasından ziyade anksiyetesi olanların B12 vitamini kullanabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. İki çalışma arasındaki farklılığın bizim çalışmamızda bireylerin kendi beyanı baz alınırken Atadağ ve arkadaşlarının çalışmasında hastanede yapılan tetkik sonuçlarının kullanılmasından da kaynaklanıyor olabileceği dikkate alınmalıdır.

Yıldırım Baş ve arkadaşları (92) tarafından 2019 yılında bir üniversite hastanesinin Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran, daha önce D vitamini almayan ve normal VKİ değerine sahip 224 kişiye D vitamini düzeyi ile ruhsal belirtilerin ilişkisinin incelendiği bir çalışma yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda D vitamini düzeyi düşük bulunan kişilerde anksiyete görülme riski daha yüksek bulunmuştur. Bu sebeple bu bireylerin anksiyete açısından daha detaylı incelenmesi önerilmiştir.

Nitekim bizim çalışmamızda da daha önce D vitamini takviyesi kullananlarda, ki bu durum bu bireylerde D vitamini eksikliği olduğuna işaret ediyor olabilmektedir, literatürle uyumlu olarak yaygın anksiyete bozukluğu ve sağlık anksiyetesi görülme ihtimalinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda VKİ'nin D vitamini kullananlarda anlamlı şekilde düşük olduğu saptanmıştır. Tüm bu bulgular göz önüne alındığında D vitaminin bireylerin ruh sağlığını belirleyen nörotransmitterler üzerinde etkili olabileceği, uyku kalitesini etkileyerek anksiyeteyi azaltabileceği sonucuna varılmıştır. Ayrıca vücudun D vitaminini kullanabilmesi için güneşe ihtiyaç duyduğunu göz önünde bulundurursak D vitamini eksikliğinin güneş azlığı sebebiyle olduğu durumlarda bireylerde karamsarlık ve anksiyete görülebileceği akılda tutulmalıdır.

2014 yılında spor yapanlarda ortoreksiya nervoza belirtilerini inceleyen Dalmaz (93), çalışmasını 20 ile 45 yaş aralığındaki 200 katılımcı üzerinden yapmıştır. Bu katılımcıların 87'si kadın 113'ü erkek olmakla beraber çalışmada Yeme Tutum Testi, Maudsley Obsesif Kompulsif Evanteri ve ORTO-15 testini kullanmıştır. Çalışmada spor yapanların ölçek puanları yapmayanlara göre daha düşük yani spor yapanların ortoreksiya nervoza eğilimleri daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda ise literatürle uyumlu olarak spor yapmayan bireylerin ORTO-11 ölçek puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu durum spor yapan bireylerin fiziksel özelliklerine daha fazla özen göstermesine ve bu sebeple beslenmesine daha fazla dikkat ettiklerine bağlanabilir. Spor yapan bireylerin daha fazla sağlık bilincine sahip olduğundan daha araştırmacı ve beslenme konusunda daha seçici oldukları, bunun da ortoreksik eğilimi arttırdığı sonucuna varılabilir.

Kocaeli ilinde Aslan'ın (94) yaptığı, 150 kadın katılımcı üzerinde yaptığı kesitsel çalışmada kadınlarda vücut kitle indeksine etki eden bazı faktörler incelenmiştir. Bu çalışmada eğitim düzeyi ilkokul seviyesinde olan bireylerde üniversite ve üstündeki eğitim düzeyine sahip bireylere göre vücut kitle indeksi daha yüksek bulunmuştur. Öztürk ve arkadaşlarının (95) Ankara'da 2018 yılında majör depresyon ile başvuran hastalarda yaptığı kesitsel çalışmada vücut kitle indeksi ile düşük eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. İlkokul eğitim seviyesinde olan bireylerin vücut kitle indeksleri diğer bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak ilkokul eğitim düzeyine sahip

bireylerin vücut kitle indeksleri üniversite ve lisansüstü düzeyindekilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu bulguların eğitim düzeyinin artmasıyla bilinçlenmenin artmasından, sosyoekonomik düzeyin artmasıyla birlikte daha sağlıklı besinlere ulaşımın kolaylaşmasından, eğitim düzeyi arttıkça araştırma ve sağlık bilgisinin atmasından kaynaklandığı sonucuna varılmıştır.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Çalışmamızda ortoreksiya nervoza eğiliminin sağlık anksiyetesi ve yaygın anksiyete bozukluğu ile ilişkisi incelenmiştir. YAD-7 ile ORTO-11 ölçek puanları arasında belirgin bir ilişkiye rastlanmamasına rağmen literatürde bu duruma ters düşen bulgular mevcuttur.

Sağlık anksiyetesi ile ortoreksiya nervoza arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sağlık anksiyetesi olan bireylerde ortoreksiya nervoza eğiliminin daha az olduğu sonucuna varılmıştır. Bu konu hakkında bulgumuzla uyumlu olmayan sonuçlar da mevcuttur.

YAD-7 ölçek puanı ile SA ölçek puanı arasında birbirini destekleyen anlamlı ve doğru orantılı bir ilişki saptanmıştır.

Cinsiyet ile eğitim durumu arasında ortoreksiya nervozaya eğilim açısından belirgin bir fark saptanmamıştır. Evli olmayan bireylerin evlilere göre daha fazla ortoreksik olduğu ve daha fazla hassasiyet gösterdikleri tespit edilmiştir.

Yaş arttıkça ORTO-11 ölçek puanını azaldığı, aynı zamanda YAD-7 ve SA ölçek puanlarının da yaş ile ters orantılı olduğu sonucuna varılmıştır.

6.2 Öneriler

Ortoreksiya nervozanın toplumda çok bilinen bir kavram olmamasından dolayı konu ile ilgili daha geniş kitlelere ve daha farklı meslek gruplarına daha kapsamlı çalışmalar yapılarak literatüre katkı sağlanmalıdır. Bu konuda birinci basamak hekimlerine önemli görevler düşmektedir. Birinci basamağa başvuran ve ortoreksiya nervoza eğilimi gösteren bireylerin doğru birimlere yönlendirilmesi sağlanarak ortoreksiya nervozanın erken tespiti ile önüne geçilmeye çalışılabilir.

Daha farklı yaş grupları üzerinde çalışmalar yapılarak ortoreksiya nervoza eğilimi erken yaşlarda tespit edilip önüne geçilmeye çalışılmalıdır.

Sosyal medyanın etkisi ile bireylerde beden algısı bozulabileceğinden kitle iletişim araçlarında sağlıklı ve dengeli beslenme ile ilgili daha fazla yayın yapılmalıdır. Medyadaki yayınlar uzmanlar tarafından denetlendikten sonra sunulmalıdır.

Sağlık anksiyetesi veya yaygın anksiyete bozukluğu olan bireylerde, ortoreksiya nervoza eğiliminin önüne geçilmek için Orto-11 ölçeği ile taramalar yapılmalıdır, bilgilendirici ve eğitici programlar düzenlenmelidir.

Birinci basamak hekimleri ruh sağlığı uzmanları ve diyetisyenlerin ortak çalışmalar yapması ile ortoreksik eğilimin azaltılabileceği unutulmamalıdır.



7. KAYNAKLAR

1. Baysal A. Beslenme. Ed: Hatiboğlu MT. pp. 1-11, Hatiboğlu Yayınevi 13. Baskı, Ankara, 2011.
2. Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi Ankara 2015. <https://tekinakpolat.com/wp-content/uploads/2017/12/turkiye-beslenme-rehberi.pdf> (Erişim tarihi: 10.03.2025).
3. Kartal A, Kılınç E. Halk Sağlığı Hemşireleri. Ed: Erkin Ö, Kalkım A, Göl İ. pp: 775-794, Çukurova Nobel Kitabevi, Ankara, 2021.
4. Yu Z, Muehleman V. Eating disorders and metabolic diseases. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2023 Jan 30;20(3):2446. Doi: 10.3390/ijerph20032446.
5. Kadioğlu M. Üniversite öğrencilerinde yeme bozuklukları ve öz-etkililik. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2009.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM-V-TR; American Psychiatric Association: Washington, DC, USA, 2022.
7. Bratman S, Knight D. Health food junkies: overcoming the obsession with healthful eating. Broadway Books. New York, 2000. https://www.academia.edu/34304637/Health_food_junkies_overcoming_the_obsession_with_healthful_eating_Bratman_S_Knight_D_New_York_Broadway_Books_2000 (Erişim tarihi: 12.03.2025).
8. 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. Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. 2018 Nov 9;24(2):209–46.
9. Şengül R, Hocaoglu Ç. Ortoreksiya Nervoza nedir? Tanı ve tedavi yaklaşımları. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2019 Jul 15;14(2): 101-104
10. Swinbourne JM, Touyz SW. The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. Eur Eat Disord Rev. 2007 Jul;15(4):253-74.

11. Ünsal A. Beslenmenin önemi ve temel besin öğeleri. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;2(3):1-10.
12. Gül T. Sağlıklı beslenme kavramı ve üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarına yönelik tutum ve davranışları. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana 2011.
13. Yardımcı H, Özfer Özçelik A. Üniversite öğrencilerinin öğün düzenleri ve beslenme eğitiminin beslenme bilgisine etkisi. Beslenme ve Diyet Dergisi. 2015;43(1):19–26.
14. Akyol P, İmamoğlu O. Üniversite öğrencilerinde cinsiyete göre beslenme alışkanlıkları. Ankara Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu SPORMETRE Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi. 2019 Sep 30;17(3):67–77.
15. Hatemi H, Turan N, Arık N, Yumuk V. Türkiye obezite ve hipertansiyon çalışması (TOHTA). Endokrinolojide Yönelişler Dergisi. 2002;1(1):11-18.
16. Striegel-Moore RH, Rosselli F, Perrin N, et al. Gender difference in the prevalence of eating disorder symptoms. Int J Eat Disord. 2009 Jul;42(5):471-4.
17. Baysal A. Beslenme. Ed: Hatiboğlu MT. pp. 469-517, Hatiboğlu Yayınevi 19. Baskı, Ankara, 2020.
18. Lo YT, Chang YH, Lee MS, Wahlqvist ML. Health and nutrition economics: diet costs are associated with diet quality. Asia Pac J Clin Nutr. 2009;18(4):598-604.
19. Siddiqui F, Salam RA, Lassi ZS, Das JK. The intertwined relationship between malnutrition and poverty. Front Public Health. 2020 Aug 28;8:453. doi: 10.3389/fpubh.2020.00453.
20. Peña M, Bacallao J. Malnutrition and poverty. Annu Rev Nutr. 2002;22:241-253.
21. Alt KW, Al-Ahmad A, Woelber JP. Nutrition and health in human evolution-past to present. Nutrients. 2022 Aug 31;14(17):3594. doi: 10.3390/nu14173594.
22. Koçyiğit E, Esgin Özge, Köksal E. Türkiye'nin değişen beslenme örüntüsü. Beslenme ve Diyet Dergisi. 2023;50(3):40-52. <https://doi.org/10.33076/2022.BDD.1670>
23. Baddou I, El Hamdouchi A, El Harchaoui I, Benjeddou K, Saeid N, Elmezibri M, et al. Objectively measured physical activity and sedentary time among children and adolescents in Morocco: A Cross-Sectional Study. BioMed Research International. 2018 Sep 26;2018:1–7.

24. Hills AP, Andersen LB, Byrne NM. Physical activity and obesity in children. *Br J Sports Med*. 2011 Sep;45(11):866-70. doi: 10.1136/bjsports-2011-090199.
25. Centrone Stefani M, Humphries DL. Exploring culture in the world of international nutrition and nutrition sciences. *Adv Nutr*. 2013 Sep 1;4(5):536-8.
26. Özen S. Sosyolojide bir alan: sağlık sosyolojisi ve sağlık-toplumsal yapı ilişkileri. *Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları*.1993;4:73-85.
27. Aslan D. Beden algısı ile ilgili sorunların yaratabileceği beslenme sorunları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2004;13(9):326-329.
28. Beyhan Y, Taş V. Mental sağlık ve beslenme. *Zeugma Health Res*. 2019;1(1):31-36.
29. Pichika R, Buchsbaum MS, Bailer U, Hoh C, DeCastro A, Buchsbaum BR, et al. Serotonin transporter binding after recovery from bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2011 Jun 13;45(3):345-52.
30. Lyman B. The nutritional values and food group characteristics of foods preferred during various emotions. *J Psychol*. 1982 Sep;112(1st Half):121-7. doi: 10.1080/00223980.1982.9923544.
31. Gürhan, N. Yemek ve din: Yemeğin dini simgesel anlamları üzerine bir inceleme. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*. 2017;6(2):1204-1223.
32. Türkiye Psikiyatri Derneği. Yeme Bozuklukları. İnternet Sitesi. <https://psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/32/yeme-bozukluklari> (Erişim tarihi: 10.04.2025)
33. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry*. 2016 Nov;29(6):340-5. doi: 10.1097/YCO.0000000000000278.
34. Udo T, Grilo CM. Prevalence and correlates of DSM-5-defined eating disorders in a nationally representative sample of U.S. adults. *Biol Psychiatry*. 2018 Sep 1;84(5):345-354. doi: 10.1016/j.biopsych.2018.03.014.
35. Williamson DA, Muller SL, Reas DL, Thaw JM. Cognitive bias in eating disorders: implications for theory and treatment. *Behav Modif*. 1999 Oct;23(4):556-77. doi: 10.1177/0145445599234003.
36. Tian Z. Understanding and treating eating disorders in a psychoanalytic approach. *The 4th International Conference on Educational Innovation and Philosophical*

Inquiries (online), 7 August 2023. DOI: 10.54254/2753-7048/18/20231276 (Erişim tarihi: 20.04.2025)

37. Ward A, Ramsay R, Treasure J. Attachment research in eating disorders. *Br J Med Psychol.* 2000 Mar;73(1):35-51. doi: 10.1348/000711200160282.
38. Treasure J, Zipfel S, Micali N, Wade T, Stice E. et al. Anorexia nervosa. *Nat Rev Dis Primers.* 2015 Nov 26;1:15074. doi: 10.1038/nrdp.2015.74.
39. Russell G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med.* 1979 Aug;9(3):429-48. doi: 10.1017/s0033291700031974.
40. Johnson SN, Forbush KT, Swanson TJ, Christensen KA. An empirical evaluation of the diagnostic threshold between full-threshold and sub-threshold bulimia nervosa. *Eat Behav.* 2021 Aug;42:101540. doi: 10.1016/j.eatbeh.2021.101540
41. Stunkard AJ, Grace WJ, Wolff HG. The night-eating syndrome; a pattern of food intake among certain obese patients. *Am J Med.* 1955 Jul;19(1):78-86. doi: 10.1016/0002-9343(55)90276-x.
42. Haworth JJ, Treadway S, Hobson AR. The prevalence of rumination syndrome and rumination disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neurogastroenterol Motil.* 2024 Jul;36(7):e14793. doi: 10.1111/nmo.14793.
43. Genet JJ, Siemer M. Rumination moderates the effects of daily events on negative mood: results from a diary study. *Emotion.* 2012 Dec;12(6):1329-39. doi: 10.1037/a0028070.
44. Zimmerman J, Fisher M. Avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID). *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2017 Apr;47(4):95-103. doi: 10.1016/j.cppeds.2017.02.005.
45. Young SL. Pica in pregnancy: new ideas about an old condition. *Annu Rev Nutr.* 2010 Aug 21;30:403-22.
46. Miao D, Young SL, Golden CD. A meta-analysis of pica and micronutrient status. *Am J Hum Biol.* 2015 Jan-Feb;27(1):84-93. doi: 10.1002/ajhb.22598.
47. Devrim A, Bilgiç P. Bigoreksiya; beden dismorfik bozukluğu mu yoksa yeme bozukluğu mu? *Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2018;27(1):64–69.
48. Arusoglu G, Kabakçi E, Köksal G, Merdol TK. Ortoreksiya nervoza ve Orto-11'in türkçeye uyarlama çalışması [Orthorexia nervosa and adaptation of ORTO-11 into Turkish]. *Turk Psikiyatri Derg.* 2008 Fall;19(3):283-91.

49. Bratman S. Orthorexia vs. theories of healthy eating. *Eat Weight Disord.* 2017 Sep;22(3):381-385. doi: 10.1007/s40519-017-0417-6.
50. 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.* 2015 Jul-Aug;56(4):397-403. doi: 10.1016/j.psych.2014.03.003.
51. Barthels F, Meyer F, Pietrowsky R. Orthorexic eating behavior. A new type of disordered eating. *Ernährungs Umschau.* 2015;62:156-161.
52. López-Gil JF, Tárraga-López PJ, Hershey M, et al. Overall proportion of orthorexia nervosa symptoms: A systematic review and meta-analysis including 30 476 individuals from 18 countries. *Journal of Global Health.* 2023 Nov 3;13.04087. doi: 10.7189/jogh.13.04087.
53. Niedzielski A, Kaźmierczak-Wojtaś N. Prevalence of orthorexia nervosa and its diagnostic tools-a literature review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 May 20;18(10):5488. doi: 10.3390/ijerph18105488.
54. Roncero M, Barrada JR, García-Soriano G, Guillén V. Personality profile in orthorexia nervosa and healthy orthorexia. *Front Psychol.* 2021 Sep 14;12:710604. doi: 10.3389/fpsyg.2021.710604.
55. Håman 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 Aug 14;10:26799. doi: 10.3402/qhw.v10.26799.
56. 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 Jun;9(2):151-7. doi: 10.1007/BF03325060.
57. Mathieu J. What is orthorexia? *J Am Diet Assoc.* 2005 Oct;105(10):1510-2. doi: 10.1016/j.jada.2005.08.021.
58. Dunn TM, Bratman S. On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eat Behav.* 2016 Apr;21:11-7. doi: 10.1016/j.eatbeh.2015.12.006.

59. Mavrandrea P, Gonidakis F. Exercise dependence and orthorexia nervosa in Crossfit: exploring the role of perfectionism. *Curr Psychol*. 2022 Aug 17;1-9. doi: 10.1007/s12144-022-03585-y.
60. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C. Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eat Weight Disord*. 2005 Jun;10(2):28-32. doi: 10.1007/BF03327537.
61. Bartrina JA. Ortorexia o la obsesión por la dieta saludable [Orthorexia or when a healthy diet becomes an obsession]. *Arch Latinoam Nutr*. 2007 Dec;57(4):313-5.
62. Mendeş B, Can B, Yılmaz S. COVID-19 Pandemisinde kaydedilenin kaygı düzeylerinin ve ortoreksiya nervosa eğilimlerinin değerlendirilmesi. *IGUSABDER*. 2022;16:258–270.
63. Farhane-Medina NZ, Luque B, Tabernero C, Castillo-Mayén R. Factors associated with gender and sex differences in anxiety prevalence and comorbidity: A systematic review. *Sci Prog*. 2022 Oct-Dec;105(4):368504221135469. doi: 10.1177/00368504221135469
64. Jalali A, Arash Ziapour, Karimi Z, Rezaei M, Emami B, Reza Pourmirza Kalhori, et al. Global prevalence of depression, anxiety, and stress in the elderly population: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*. 2024 Oct 4;24(1). doi: 10.1186/s12877-024-05311-8.
65. Koskela M, Chudal R, Luntamo T, Suominen A, Steinhausen HC, Sourander A. The impact of parental psychopathology and sociodemographic factors in selective mutism - a nationwide population-based study. *BMC Psychiatry*. 2020 May 12;20(1):221. doi: 10.1186/s12888-020-02637-6.
66. Garcia R. Neurobiology of fear and specific phobias. *Learn Mem*. 2017 Aug 16;24(9):462-471. doi: 10.1101/lm.044115.116.
67. Ruscio AM, Hallion LS, Lim CCW, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, et al. Cross-sectional comparison of the epidemiology of DSM-5 generalized anxiety disorder across the globe. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2017 May 1;74(5):465–75. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.0056.
68. Nutt DJ, Ballenger JC, Sheehan D, Wittchen HU. Generalized anxiety disorder: comorbidity, comparative biology and treatment. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2002 Dec;5(4):315-25. doi: 10.1017/S1461145702003048.

69. Bandelow B, Zohar J, Hollander E, Kasper S, Möller HJ, Bandelow B, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive compulsive and post-traumatic stress disorders – first revision. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2008 Jan;9(4):248–312. doi: 10.1080/15622970802465807.
70. Hogan B. Coping with health anxiety. Improving Access to Psychological Therapies (IAPT). 2010. <https://www.calmer-you.com/wp-content/uploads/2016/12/Coping-with-health-anxiety2-final1.pdf> (Erişim tarihi: 01.05.2025)
71. Barsky AJ, Klerman GL. Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *Am J Psychiatry*. 1983 Mar;140(3):273-83. doi: 10.1176/ajp.140.3.273.
72. Tyrer P, Salkovskis P, Tyrer H, Wang D, Crawford M, Dupont S, et al. Cognitive-behaviour therapy for health anxiety in medical patients (CHAMP): a randomised controlled trial with outcomes to 5 years. *Health Technology Assessment*. 2017;21(50):1-58.
73. Watt MC, Stewart SH. Cognitive-behavioral treatment of health anxiety disorders. *J Psychopathol Behav Assess*. 2006;28(3):203–5. doi: 10.1007/s10862-005-9003-8.
74. Tyrer P. Recent advances in the understanding and treatment of health anxiety. *Current Psychiatry Reports*. 2018 Jun 22;20(7):49. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0912-0>.
75. Isabella Uma Barlow, Lee E, Saling LL. Orthorexia nervosa versus healthy orthorexia: Anxiety, perfectionism, and mindfulness as risk and preventative factors of distress. *European Eating Disorders Review*. 2023 Sep 5;32(1):130-147. <https://doi.org/10.1002/erv.3032>.
76. Greville-harris M, Talbot CV, Moseley RL, Vuillier L. Conceptualisations of health in orthorexia nervosa: a mixed-methods study. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2022 Jul 21;27:3135-3143. <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01443-1>.
77. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HM, Clark DM. The health anxiety inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety

and hypochondriasis. Psychol Med. 2002 Jul;32(5):843-53. doi: 10.1017/s0033291702005822.

78. Karaer Ö, Aktaş K, Aslan S. Sağlık anksiyetesi envanteri (haftalık kısa form) Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. 45. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Kitabı, s.75. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Ankara, 20-24 Ekim 2009.

79. Aydemir Ö, Kırpınar İ, Satı T, Uykur B, Cengiz C. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. 47. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Kitabı, Ulusal Psikiyatri Kongresi, Antalya, 2011.

80. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Arch Intern Med 2006;166:1092-1097.

81. Konkan R, Şenormancı Ö, Güçlü O, Aydın E, Sungur MZ. Yaygın anksiyete bozukluğu-7 (YAB-7) testi Türkçe uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirliği. Nöropsikiyatri Arşivi. 2013;50:53-58.

82. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler (7.baskı). HYB Basım Yayın. Ankara, 2014.

83. Arusoğlu G. Sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya) belirtilerinin incelenmesi ve Orto-15 ölçeğinin uyarlanması. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Diyetetik Programı, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara 2006.

84. Alshaibani L, Elmasry A, Kazerooni A, Alsaeed J, Alsendy K, Alaamer R, et al. Reliability generalization meta-analysis of orthorexia nervosa using the ORTO-11/12/15/R scale in all populations and language versions. J Eat Disord. 2024 Mar 19;12(1):39. doi: 10.1186/s40337-024-00997-y.

85. Aydemir Ö, Kırpınar I, Sati T, Uykur B, Cengiz C. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe için Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Nöropsikiyatri Arşivi.2013;50(4):325-331.

86. Yeşil E, Turhan B, Tatan D, Şarahman C, et al. Yetişkin bireylerde cinsiyetin ortoreksiya nervosa eğilimine etkisi. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;7(1):1-9.

87. Özcan M, Uğuz F, Çilli AS. Ayaktan psikiyatri hastalarında yaygın anksiyete bozukluğunun yaygınlığı ve ek tanılar. Türk Psikiyatri Dergisi. 2006;17(4):276-285.

88. Esen AD, Kafadar D, Arıca S. Sigara bırakma polikliniğine başvuran kişilerin sağlık anksiyetesi ölçeği ile değerlendirilmesi. Eurasian Journal of Family Medicine. 2018;7(1):5-13.

89. Demir RN. Yetişkin bireylerin sosyal destek, yalnızlık ve sağlık kaygı düzeylerinin incelenmesi: Konya örneği. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Konya 2021.
90. Çakmak T, Aşık Z. Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda obezite ve metabolik sendrom değerlendirmesi. The Journal of Turkish Family Physician. 2016;7(4):94-102.
91. Atadağ Y, Aydın A, Köşker HD, Kaya D, Başak F. Vitamin B12 ve depresyon-aksiyete bozuklukları ilişkisi: Retrospektif kohort çalışma. Arch Clin Exp Med. 2017;2(1):6-8.
92. Baş FY, Gürdal O, Çankaya BA, Türkyön F, Karaosman HY. D Vitamin düzeyi ile ruhsal belirtiler ilişkisinin Scl-90 belirti tarama listesi analizi ile değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.2019;10(1):40-43.
93. Dalmaz M. Spor salonunda spor yapanlarda ortoreksiya nevroza belirtilerinin incelenmesi. İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İstanbul 2014.
94. Aslan N. Kadınlarda beden kitle indeksi ile ilişkili psikososyal faktörlerin belirlenmesi. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.2018;4(2):50-56.
95. Öztürk M, Şahiner IV, Şahiner Ş, Çayköylü A. Majör depresif bozukluk tanısı ile başvuran hastalarda beden kitle indeksinin depresyon şiddeti, yeme tutumu ve dürtüselliikle ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Derg. 2018;19(2):117-125.

8. EKLER

EK-1:

Sosyodemografik veri formu

S1.Yaş:

S2.Cinsiyet: 1- Erkek 2- Kadın

S3.Boy:

S4. Kilo:.....

S5.Meslek:

1-Çalışmıyor 2-Esnaf 3-Memur
4- İşçi 5-Çiftçi 6-Öğrenci

S6.Medeni durum:

1-Evli 2-Evli değil

S7.Eğitim durumu:

1-İlköğretim 2-Lise 3-Üniversite 4-Lisansüstü

S8.Gelir düzeyi:

1-Gelir giderden fazla 2-Gelir gidere eşit 3-Gider gelirden fazla

S9.Çocuğunuz var mı?

1-Evet 2-Hayır

S10.Daha önce hiç diyetisyene gittiniz mi?

1- Evet 2-Hayır

S11.Diyetisyene gitme sebebiniz aşağıdakilerden hangisi?

1-Kilo vermek 2-Diyabet, kolesterol vb. hastalıklar 3-Sağlıklı beslenmek

S12.Kronik hastalığınız var mı?

1-Evet (belirtiniz.....) 2-Hayır

S13.Düzenli spor yapar mısınız?

1-Evet 2- Hayır

S14.Daha önce hiç takviye ilaç (vitamin, mineral vb.) kullandınız mı?

1-Evet 2-Hayır

S15.Takviye ilaç aldıysanız aşağıdakilerden hangilerini kullandınız?

1-D vitamini 2-B12 vitamini 3-Demir 4-Kalsiyum 5-Magnezyum
6-Çinko 7-Kollajen 8- C vitamini 9- Diğer

(Belirtiniz).....

EK-2: ORTO-11 Ölçeği

- O1.**Son 3 ay içerisinde besinler konusunda endişelendiğiniz oldu mu?
(a)Her zaman (b)Sık sık (c)Bazen (d)Hiçbir zaman
- O2.**Sağlığınızla ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi?
(a)Her zaman (b)Sık sık (c)Bazen (d)Hiçbir zaman
- O3.**Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanları tüketmek kendinize olan güveninizi arttırır mı?
(a)Her zaman (b)Sık sık (c)Bazen (d)Hiçbir zaman
- O4.**Uyguladığınız beslenme tipi yaşam tarzınızı değiştirir mi? (dışarıda yeme sıklığı arkadaşlar vb. açısından)
(a)Her zaman (b)Sık sık (c)Bazen (d)Hiçbir zaman
- O5.**Sağlıklı beslenmenin dış görünümünüzü daha iyi hale getirebileceğini düşünür müsünüz?
(a)Her zaman (b)Sık sık (c)Bazen (d)Hiçbir zaman
- O6.**Sağlıksız beslendiğinizde kendinizi suçlu hisseder misiniz?
(a)Her zaman (b)Sık sık (c)Bazen (d)Hiçbir zaman
- O7.**Yemeğinizin sağlıklı olması sizin için lezzetli olmasından daha mı önemlidir?
(a)Her zaman (b)Sık sık (c)Bazen (d)Hiçbir zaman
- O8.**Sağlıksız olduğunu düşündüğünüz besinleri yediğiniz olur mu?
(a)Her zaman (b)Sık sık (c)Bazen (d)Hiçbir zaman
- O9.**Daha sağlıklı, daha taze besinler satın almak için daha fazla para harcamak ister misiniz?
(a)Her zaman (b)Sık sık (c)Bazen (d)Hiçbir zaman
- O10.**Sağlıklı beslenme ile ilgili düşünceler sizi günde üç saatten fazla meşgul eder mi?
(a)Her zaman (b)Sık sık (c)Bazen (d)Hiçbir zaman
- O11.**Piyasada sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz?
(a)Her zaman (b)Sık sık (c)Bazen (d)Hiçbir zaman

EK-3: Sağlık Anksiyetesi Envanteri

- Sa1.** (a) Sağlığım ile ilgili endişelenmem.
(b) Sağlığım ile ilgili nadiren endişelenirim.
(c) Sağlığım ile ilgili çok sık endişelenirim.
(d) Sağlığım ile ilgili hemen her zaman endişelenirim.
- Sa2.** (a) Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/acı hissedirim
(b) Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissedirim
(c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissedirim
(d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissedirim.
- Sa3.** (a) Genellikle vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında değilimdir.
(b) Bazen vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında olurum.
(c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.
(d) Sürekli vücudumdaki duyum ve değişikliklerin farkındayım.
- Sa4.** (a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiçbir zaman sorun olmamıştır.
(b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.
(c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam.
(d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı hiç koymaya çalışmıyorum.
- Sa5.** (a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur.
(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
(d) Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
- Sa6.** (a) Kendimi hasta olarak hayal etmem.
(b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
(c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
(d) Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
- Sa7.** (a) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.
(b) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.
(c) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.
(d) Hiçbir şey zihnimden sağlığım ile ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.
- Sa8.** (a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylerse tamamen rahatlarım.
(b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim.
(c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim.
(d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.
- Sa9.** (a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem.

(b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.

(c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm.

(d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm.

Sa10. (a) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen nadiren ne olduğunu merak ederim.

(b) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.

(c) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen her zaman ne olduğunu merak ederim.

(d) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.

Sa11. (a) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm.

(b) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm.

(c) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede düşük olduğunu düşünürüm.

(d) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.

Sa12. (a) Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem.

(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

(d) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem.

Sa13. (a) Ne olduğu açıklanamayan bir beden algısı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanmam.

(b) Ne olduğu açıklanamayan bir beden algısı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım.

(c) Ne olduğu açıklanamayan bir beden algısı fark edersem başka şeyleri düşünmekte çoğunlukla zorlanırım.

(d) Ne olduğu açıklanamayan bir beden algısı fark edersem başka şeyleri düşünmekte her zaman zorlanırım.

Sa14. (a) Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.

(b) Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğimi söyler.

(c) Ailem ve dostlarım sağlığım için fazlaca endişelendiğimi söyler.

(d) Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.

Aşağıdaki soruları yanıtlarken, sizi özellikle rahatsız eden bir hastalığınız (kalp hastalığı, kanser, Multipl Skleroz gibi) olsaydı nasıl olurdu diye düşünün. Tabii ki tam olarak nasıl olacağını bilemezsiniz ama genelde kendiniz ve ciddi bir hastalık konusundaki bilgilerinize dayanarak nasıl olacağı konusunda en iyi tahmini yapmaya çalışın.

Sa15. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabilirdim.

(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala biraz zevk alabilirdim.

(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk almazdım.

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hiç zevk almazdım.

Sa16. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu.

(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı orta düzey olurdu.

(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı çok az olurdu.

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı hiç olmazdı.

Sa17. (a) Ciddi bir hastalık yaşamın bazı alanlarını bozardı.

(b) Ciddi bir hastalık yaşamın birçok alanını bozardır.

(c) Ciddi bir hastalık yaşamın neredeyse her alanını bozardı.

(d) Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.

Sa18. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.

(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu biraz zedelenmiş hissederdim.

(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim.

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.

Son 2 hafta içerisinde aşağıdaki problemler ne sıklıkla sizi rahatsız etti?	Hiç	Sadece birkaç gün	Günlerin yarısından fazlasında	Hemen hemen her gün
Ya1. Sinirli, kaygılı, uçurumun kenarındaymış gibi hissetme				
Ya2. Endişelenmeyi kontrol edemem ya da durduramama				
Ya3. Farklı farklı konularda çok fazla endişelenme				
Ya4. Gevşeyip rahatlayamama				
Ya5. Yerinizde duramayacak kadar kıpır kıpır ve huzursuz olma				
Ya6. Kolayca kızma ya da rahatsız olma				
Ya7. Her an çok kötü bir şey olabileceği korkusu yaşama				

EK-5: İntihal Raporu:

GÖRÜNTÜLENİYOR:

ANASAYFA (HTTPS://WWW.TURNİTİN.COM/T_HOME.ASP?LANG=TR) > ELİF ET TEZ (HTTPS://WWW.TURNİTİN.COM/CLASS/49083581/INST... > ELİF EKİNCİ TURAN TEZ

Bu sayfa hakkında

Burası ödev gelen kutunuzdur. Bir yazılı ödevi görüntülemek için yazılı ödevin başlığını seçin. Bir Benzerlik Raporunu görüntülemek için yazılı ödevin benzerlik sütunundaki Benzerlik Raporu simgesini seçin. Gölge bir simge, o Benzerlik Raporunun henüz üretilmediğini belirtir.

Gönder (/t_submit.asp?aid=171348656&lang=tr)

Ara

Tüm Ödevler

Ç

Tümünü İndir

Şuraya Taşı

☐	Yazar	Başlık	Gönderim Numarası	Yüklendi	Görüntülendi	Benzerlik	Bayı
☒	Elif Ekinci Turan	Elif ET tez son	2705227525	24 Haziran 2025		8%	--

